



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN SAĞLIK HİZMETİ
KULLANIMINI VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Gamze BAYIN DONAR

Doktora Tezi

Ankara, 2019

DİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINI VE YAŞAM
KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Gamze BAYIN DONAR

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2019

KABUL VE ONAY

Gamze BAYIN DONAR tarafından hazırlanan ‘‘Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi’’ başlıklı bu çalışma, 18.06.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Menderes TARCAN (Başkan)

Prof. Dr. Mehmet TOP (Danışman)

Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

Dr. Öğr. Üyesi Pınar YALÇIN BALÇIK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

18/06/2019

Gamze BAYIN DONAR

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Prof. Dr. Mehmet TOP danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Gamze BAYIN DONAR

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőmesinde akademik görüş ve katkıları ile çalışmama yön veren danışman hocam Sayın **Prof. Dr. Mehmet TOP**'a,

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde önerileri ile katkı yapan ve tez izleme komitesinde yer alan Sayın **Prof. Dr. Menderes TARCAN**, **Prof. Dr. Ömer Rıfki ÖNDER** ve **Dr. Öğr. Üyesi Pınar YALÇIN BALÇIK**'a,

Doktora eğitimim süresince bilgi ve becerilerini paylaşıp yol gösteren bütün hocalarıma,

Çalışmanın yürütülmesine destek olan hastane ve diyaliz merkezi personeline, yöneticilerine ve katkı sağlayan tüm katılımcılara,

Doktora eğitimim süresince 2211-Yurtiçi Doktora Bursu ile maddi olarak beni destekleyen **TÜBİTAK Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı (BİDEB)**'na teşekkürlerimi sunarım.

Gamze BAYIN DONAR

ÖZET

BAYIN DONAR, Gamze. *Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanımını ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*, Doktora Tezi, Ankara, 2019

Bu araştırmanın amacı, kronik böbrek rahatsızlığı olan ve diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti kullanımı düzeylerini belirlemek ve bu düzeylere etki eden faktörleri ortaya koyabilmektir. Bu kapsamda, hastaların demografik özellikleri, hastalığa özgü özellikler, tedavinin uygulandığı kuruma özgü özellikler, hasta hekim ilişkisi ve hasta aktiflik düzeyi değişkenleri ile tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti kullanımı değişkenleri açıklanmaya çalışılmıştır. Araştırmanın evreni, Ankara ili Çankaya Bölgesindeki iki üniversite hastanesinin diyaliz ünitesinden ve iki özel diyaliz merkezinden hizmet alan kronik böbrek hastalarıdır. Araştırma kapsamında, 328 hastaya ulaşılmıştır. Hastaların yaşam kalitesini ölçmek amacıyla, Hays ve diğerleri (1994) tarafından geliştirilen KDQOL (Kidney Disease Quality of Life - Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi) Ölçeği, aktiflik düzeyini değerlendirebilmek amacıyla Hibbard ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilen Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği (Patient Activation Measure - PAM) ve hekim ile ilişkilerini belirlemek için Van der Feltz-Cornelis ve diğerleri (2004) tarafından geliştirilmiş olan Hasta Hekim İlişkisi Ölçeği (Patient Doctor Relationship Questionnaire - PDRQ) kullanılmıştır. Diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye olan uyumlarını ve sağlık hizmeti kullanımlarını belirlemek için ise literatürde en çok kullanılan göstergeler dikkate alınarak soru formu oluşturulmuştur. Değişkenlerin analizinde korelasyon, çoklu doğrusal ve lojistik regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Analizler sonucunda, hastaların hekim ile ilişkileri ve aktiflik düzeylerinin diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye uyum sağlamalarına etki eden önemli değişkenler olduğu saptanmıştır. Hastaların ilaç tedavisine ve sıvı kısıtına uyum sağlamaları, fiziksel ve ruhsal (mental) yaşam kalitelerine olumlu olarak etki etmektedir. Hastaların böbrek hastalığına özgü yaşam kalitelerine en çok etki eden değişkenler ise hastaların aktiflik düzeyi ve tedaviye uyum sağlama durumları olarak bulunmuştur. Ayrıca, hastaların yaşam kalitelerinin düşük olması ve tedaviye uyum göstermeme davranışları, sağlık hizmeti kullanımlarının artmasına etki etmektedir. Hekim ile olumlu ilişkiler kurarak daha aktif olan ve tedaviye daha iyi uyum sağlayan hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeye ve sağlık hizmeti kaynaklarının daha etkili kullanımına odaklanan bir hastalık yönetim modelinin benimsenmesi önem taşımaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen bu bulguların; sağlık yöneticilerine, sağlık çalışanlarına ve bireysel düzeyde hastalara tedavinin yönetimi ve hastalıkla mücadele konusunda kanıta dayalı bilgiler sağlaması beklenmektedir.

Anahtar Sözcükler

Kronik Böbrek Hastalığı, Diyaliz Tedavisi, Yaşam Kalitesi, Sağlık Hizmeti Kullanımı, Tedaviye Uyum, Hasta Hekim İlişkisi, Hasta Aktifliği

ABSTRACT

BAYIN DONAR, Gamze. *Evaluation of Factors Affecting Health Services Utilization and Quality of Life in Patients Receiving Dialysis Treatment*, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2019.

The aim of this study is to determine the treatment adherence, quality of life and health service utilization of patients with chronic kidney disease and receiving dialysis treatment and the factors affecting these levels. In this context, dependent variables are tried to be explained with demographic characteristics of the patients, disease specific characteristics, organizational characteristics, patient physician relationship and patient activity level variables. The population of the study consisted of chronic kidney patients, who received service from the dialysis unit of two university hospitals and two special dialysis centers. Within this study, 328 patients were reached. In order to measure the patients' quality of life, KDQOL (Kidney Disease Quality of Life) Scale developed by Hays et al. (1994) was used. In order to evaluate the activity level, Patient Activation Measure (PAM) developed by Hibbard et al. (2005) was used. To determine the relationship between patients and physicians, The Patient Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ) was developed by Van der Feltz-Cornelis et al. (2004) was used. In order to determine treatment adherence and the utilization of health services, a questionnaire was formed by taking into consideration the most frequently used indicators in the literature. Multivariate and logistic regression analyzes were used to analyze the variables. As a result of the analyzes, it was determined that the patients' relationships with the physician and their activity levels were important variables affecting the patients' adherence to the treatment. Patients' adherence to medication and fluid restriction positively affects their physical and mental quality of life. The variables that have the greatest impact on the quality of life of patients with renal disease, the patients' level of activity and adherence to treatment were found. In addition, the low quality of life of patients and non-compliance with treatment affect the increase the utilization of health services. It is important to adopt a disease management model that focuses on improving the quality of life and more effective use of health care resources with patients who are more active by establishing positive relationships with physicians and who are better treatment adherence. These findings obtained as a result of the research, it is expected to provide evidence-based information about the management of treatment and disease control to health managers, health professionals and individually patients.

Keywords

Chronic Kidney Disease, Dialysis Treatment, Quality of Life, Health Service Utilization, Adherence to Treatment, Patient Doctor Relationship, Patient Activation

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: KRONİK BÖBREK HASTALIĞI	7
1.1. KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ TANIMI	7
1.2. KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ	9
1.2.1. Mortalite (Ölüm)	9
1.2.2. Morbidite (Hastalık).....	11
1.2.3. İnsidans ve Prevalans	12
1.2.4. Ekonomik Sonuçlar	17
2. BÖLÜM: YAŞAM KALİTESİ	20
2.1. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI	20
2.2. YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ.....	24
2.2.1. Genel Yaşam Kalitesi Ölçümü.....	26
2.2.2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçümü.....	28
3. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI	31
3.1. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI KAVRAMI	31
3.2. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMININ BELİRLEYİCİLERİ.....	33
4. BÖLÜM: TEDAVİYE UYUM	38

4.1. TEDAVİYE UYUM KAVRAMI	38
4.2. TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER	39
4.3. KRONİK HASTALARDA TEDAVİYE UYUM	41
5. BÖLÜM: HASTA AKTİFLİĞİ	45
5.1. HASTA AKTİFLİĞİ KAVRAMI	45
5.2. KRONİK HASTALARDA AKTİFLİK	48
6. BÖLÜM: HEKİM HASTA İLİŞKİSİ	50
6.1. HEKİM HASTA İLİŞKİSİ KAVRAMI	50
6.2. HEKİM HASTA İLİŞKİSİ SÜRECİ	52
7. BÖLÜM: TEORİK TEMEL	55
7.1. TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER	56
7.2. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINI ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER	60
7.3. YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER	64
8. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM	69
8.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI	69
8.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ	69
8.3. HİPOTEZLER	70
8.4. VARSAYIMLAR	71
8.5. KISITLILIKLAR	71
8.6. EVREN VE ÖRNEKLEM	72
8.7. VERİ TOPLAMA ARACI	74
8.8. VERİLERİN ANALİZİ	78
8.8.1. Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri	78
8.8.2. Tanımlayıcı İstatistikler	82
8.8.3. Korelasyon Analizi	83
8.8.4. Regresyon Analizi	83
9. BÖLÜM: BULGULAR	87
9.1. TANIMLAYICI BULGULAR	87
9.2. TEMEL DEĞİŞKENLER İLE İLGİLİ BULGULAR	90
9.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYON MATRİSİ	98

9.4. REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI.....	103
9.4.1. Hekim Hasta İlişkisini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	103
9.4.2. Hasta Aktifliği Değişkenini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.....	105
9.4.3. Tedaviye Uyum Değişkenini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.....	107
9.4.4. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.....	113
9.4.5. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.....	124
9.5. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN SONUÇLARI.....	135
10. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	139
10.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....	139
10.2. HEKİM HASTA İLİŞKİSİ İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....	143
10.3. HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....	146
10.4. TEDAVİYE UYUM İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....	150
10.5. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....	155
10.6. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER.....	164
11. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	173
KAYNAKÇA	180
EK 1. ANKET FORMU.....	217
EK 2. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZİNİ.....	227
EK 3. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİNİ.....	228
EK 4. İBN-İ SİNA HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİNİ.....	229
EK 5. ÖZEL BETEMAR DİYALİZ MERKEZİ ARAŞTIRMA İZİNİ	230
EK 6. ÖZEL BAHAR DİYALİZ MERKEZİ ARAŞTIRMA İZİNİ.....	231
EK 7. TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK FORMU	232
EK 8. ÖZGEÇMİŞ	233

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AMA	: American Medical Association
AQLQ	: Asthma Quality of Life Questionnaire
DALY	: Disability Adjusted Life Years
DLQI	: Dermatology Life Quality Index
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DQOL	: Diabetes Quality-Of-Life
DW	: Durbin Watson
GERD-HRQL	: Gastroesophageal Reflux Disease-Health-Related Quality of Life
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HUI	: Health Utilities Index
KDIGO	: Kidney Disease Improving Global Outcomes
KDQOL	: Kidney Disease Quality of Life
KMO	: Kaisen Meyer Olkin - Örneklem Yeterliği Ölçüsü
NHP	: Nottingham Health Profile
Örn.	: Örnek
PAM	: Patient Activation Measure
PDRQ	: Patient Doctor Relationship Questionnaire
QWB	: Quality of Well-Being
SIP	: Sickness Impact Profile
SPSS	: Statistical Package for Social Science for Windows
TL	: Türk Lirası
USRDS	: United States Renal Data Systems
VIF	: Variance Inflation Factor - Varyans Şişme Değeri

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Kronik Böbrek Hastalığının Tedavisi İçin Ülkelerin Yıllık Harcadıkları Maliyetlerin Karşılaştırılması.....	18
Tablo 2. Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçlarının Sınıflandırılması	25
Tablo 3. Genel Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçları Örnekleri	27
Tablo 4. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçları Örnekleri	29
Tablo 5. Sağlık Hizmeti Kullanımının Özellikleri	32
Tablo 6. Tedaviye Uyum Göstermeme Davranışını Etkileyen Faktörler.....	41
Tablo 7. Aktif ve Pasif Hasta Davranışlarının Karşılaştırması	46
Tablo 8. Hekim - Hasta İlişki Türleri Matrisi	52
Tablo 9. Araştırmanın Yapıldığı Diyaliz Üniteleri ve Merkezlerinin Evren ve Örneklem Sayıları	73
Tablo 10. Araştırma Kapsamında Kullanılan Ölçeklerin Ölçüm Güvenilirlik Sonuçları	79
Tablo 11. Hekim Hasta İlişkisi Faktör Analizi.....	80
Tablo 12. Hasta Aktiflik Ölçeği Faktör Analizi	81
Tablo 13. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	88
Tablo 14. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı	89
Tablo 15. Tedavinin Uygulandığı Kuruma Özgü Özellikler.....	90
Tablo 16. Hastaların Hasta Aktiflik Düzeyine İlişkin Değerlendirmeleri.....	91
Tablo 17. Hastaların Hekim-Hasta İlişkisine İlişkin Değerlendirmeleri.....	92
Tablo 18. Hastaların Tedaviye Uyumlarına İlişkin Değerlendirmeleri.....	93
Tablo 19. Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanımlarına İlişkin Değerlendirmeleri	94
Tablo 20. Hastaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Değerlendirmeleri.....	96

Tablo 21. Temel Değişkenler Arasındaki Korelasyon Matrisi.....	100
Tablo 22. Hastane Türü, Sosyo-Demografik ve Klinik Değişkenler ile Temel Değişkenler Arasındaki Korelasyon Matrisi	102
Tablo 23. Hekim Hasta İlişkisini Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi.....	104
Tablo 24. Hasta Aktifliğini Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi	106
Tablo 25. İlaç Tedavisine Uyumu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi	108
Tablo 26. Beslenme Önerilerine Uyumu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi.....	110
Tablo 27. Sıvı Kısıtına Uyumu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi	112
Tablo 28. Hastaneye Başvuru Sayısını Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi.....	114
Tablo 29. Hastaneye Yatış Gün Sayısını Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi.....	116
Tablo 30. Acil Servise Başvuru Sayısını Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi.....	118
Tablo 31. Kullanılan İlaç Sayısını Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi.....	120
Tablo 32. Tedaviye İlişkin Harcanan Parayı Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi ...	122
Tablo 33. Böbrek Hastalığının Semptom/Problemleri Boyutunu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi.....	125
Tablo 34. Böbrek Hastalığının Etkileri Boyutunu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi	127
Tablo 35. Böbrek Hastalığının Yüğü Boyutunu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi	129
Tablo 36. Böbrek Hastalarının Fiziksel Yaşam Kalitesi Boyutunu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi.....	131
Tablo 37. Böbrek Hastalarının Ruhsal Yaşam Kalitesi Boyutunu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi.....	133
Tablo 38. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 1, 2, 3)	135
Tablo 39. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 4, 5)	137

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kronik Hastalıklar Yönetim Modeli	2
Şekil 2. Kronik Böbrek Hastalığı Seyrinin Kavramsal Modeli ve Tedavi Stratejileri.....	8
Şekil 3. Böbrek Hastalığına Atfedilen Toplam Mortalite Oranları.....	11
Şekil 4. Kronik Böbrek Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar	12
Şekil 5. Kronik Böbrek Hastalığının Küresel Prevalansı.....	13
Şekil 6. Türkiye’de Erişkin Popülasyonda Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı ve Evrelere Göre Dağılımı	14
Şekil 7. Farklı Ülkelerde Son Dönem Böbrek Hastalığının Yıllık İnsidansı (A) ve Prevalans Oranları (B)	15
Şekil 8. Türkiye’de Son Dönem Kronik Böbrek Hastalığının 2001-2017 Yılları Arasındaki İnsidans ve Prevalans Değişimleri.....	17
Şekil 9. Yaşam Kalitesinin Boyutları	21
Şekil 10. Yaşam Kalitesinin Kavramsallaştırılması	23
Şekil 11. Andersen ve Newman’ın Sağlık Hizmetleri Kullanımı Modeli	34
Şekil 12. Sağlık Hizmetleri Kullanımını Zamanla Etkileyen Bazı Temel Güçler.....	36
Şekil 13. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler	40
Şekil 14. Hasta Aktifliğinin Seviyeleri	47
Şekil 15. Hekim – Hasta İlişki Süreci.....	53
Şekil 16. Araştırmanın Kavramsal ve Teorik Çerçevesi.....	55
Şekil 17. Araştırmanın Modeli.....	70

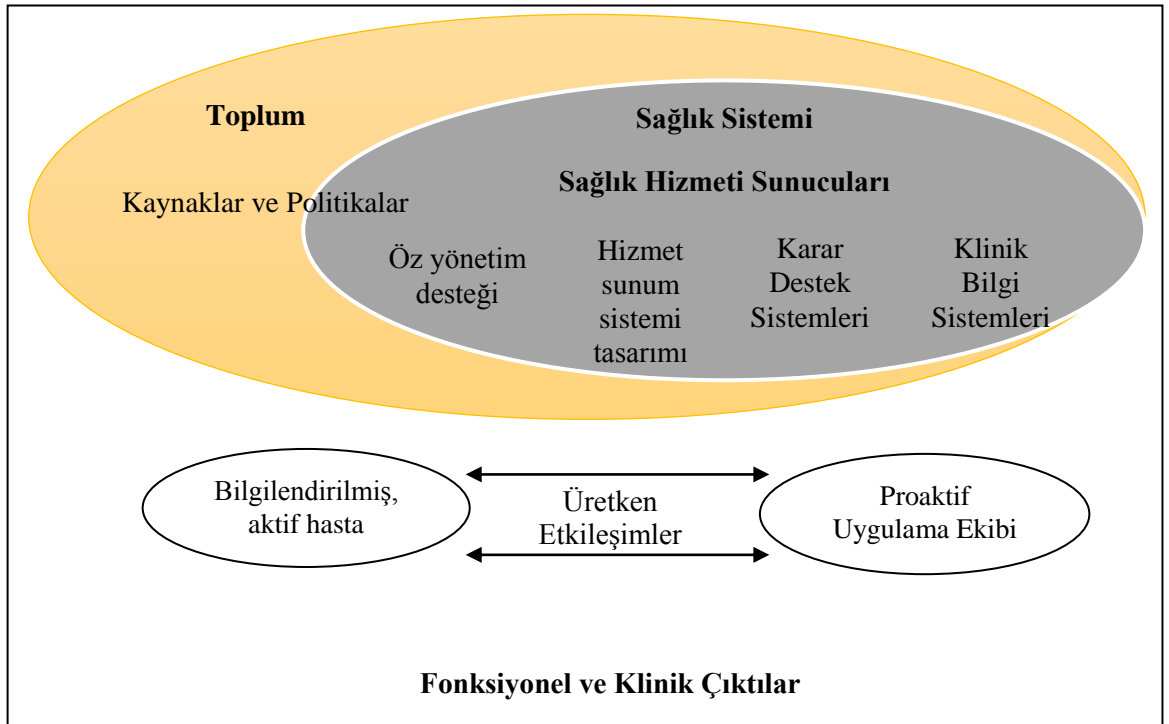
GİRİŞ

En temel sağlık sorunlarından birini oluşturan kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “geri döndürülemez patolojik değişiklikleri doğuran, rehabilitasyon için hastanın özel eğitimini gerektiren ve uzun süre gözetim, gözlem ya da bakım gerektiren” özelliklerden bir ya da daha fazlasına sahip olmak olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 2005, s.35). Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü, en fazla etkiye sahip olan 12 kronik hastalığı; “koroner kalp hastalığı, felç, akciğer kanseri, kolorektal kanser, depresyon, diyabet, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı, oral hastalıklar, artrit ve osteoporoz” olarak listelemiştir (AIHW, 2001, s.2).

Kronik hastalıklar, dünya çapında giderek artarak; hastalara, hizmet sunucularına ve sağlık sistemine yük getirmektedir. Türkiye Ulusal Hastalık Yükü Çalışması (2013)’na göre, kronik hastalıkların Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY) oranı tüm hastalık yükünün %81’ini oluşturmaktadır. Bu çalışma kapsamında, 13 yılda kronik hastalık yükünün %14 arttığı belirlenmiştir. Geleneksel sağlık hizmeti sunum yöntemleri, bu yükü karşılamak konusunda yetersiz kalmaktadırlar (Keleher vd., 2008, s.45; Norris vd., 2003, s.477). Düşen yaşam kalitesi, artan ölüm oranları ve sağlık harcamaları ile kronik hastalıklar, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir (Kanıt Dayalı Tıp Derneği, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalıkların her yıl 40 milyon insanı öldürdüğünü ve bu rakamın tüm ölümlerin %70’ine eşdeğer olduğunu vurgulamıştır (World Health Organization, 2017). Hem yüksek ölüm oranları hem de sağlık harcamalarındaki artış ile kronik hastalıklar, küresel bir halk sağlığı sorunudur. Kronik hastalık sahibi kişi, daha erken emekli olmakta, daha az çalışmakta ve çoğunlukla işsiz kalmaktadır. Ayrıca, cebinden daha fazla sağlık harcaması yapmakta ve evine daha az para getirmektedir (TUSIAD, 2012, s.13) Diğer taraftan, ülkeler, sağlık bütçelerinin büyük bir bölümünü kronik hastalıklara ayırmaktadırlar. Türkiye’de kronik hastalıkların önlenmesi ve erken tedavisinin ülke ekonomisine yüzde 10 oranında katkı sağlayabileceği öngörülmektedir (Carter vd., 2012, s.4).

Kronik hastalıkların getirdiği finansal ve sosyal yükü hafifleterek sağlık sonuçlarını iyileştirmek; kronik hastalıkların etkili bir biçimde yönetilmesi ile gerçekleşebilmektedir (Miller vd., 2016, s.2). Kronik hastalık bakımı için yeni bir strateji olarak ortaya çıkan kronik hastalık yönetimi, belirli bir hastalık varlığına (veya belirli risk faktörlerine sahip bir alt popülasyona) sahip belirli bir nüfustaki tüm üyeleri kapsayan, sağlık hizmeti sunumuna yönelik organize, proaktif, çok bileşenli, hasta odaklı bir yaklaşım olarak tanımlanabilmektedir (Norris vd., 2003, s.477). Weingarten (2002, s.1) kronik hastalık yönetimi kavramını, "bakıma sistematik bir yaklaşım ve potansiyel olarak birden fazla tedavi yöntemi kullanan kronik bir durumu yönetmek veya önlemek için tasarlanmış bir müdahale" olarak tanımlamıştır.

Zwar ve diğerleri (2017, s.10) kronik hastalık yönetim sürecinin altı adet ögeye sahip bir model ile açıklamıştır. Bu modele ait elementler; hizmet sunum sisteminin tasarımı, hastalara özyönetim desteği, karar destek sistemi, klinik bilgi sistemleri, sağlık kurumları ve kaynaklardır. Wagner ise "toplum, sağlık sistemi ve hizmet sunucular" başlıkları ile bir model oluşturmuştur (Şekil 1).



Şekil 1. Kronik Hastalıklar Yönetim Modeli

Kaynak: Wagner, 1998, s.3

Şekil 1’de de görüldüğü üzere, kronik hastalıkların yönetim programları, birçok bileşene sahip programlardır ve kronik bir hastalığın gidişatına odaklanan proaktif bir yaklaşım kullanmaktadırlar. Bu programlar, sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu, hastalar için sonuçların iyileştirilmesi için tasarlanmış müdahaleleri ve maliyet etkinliği içermektedir. En ideal yaklaşım, sağlık hizmeti sağlamanın optimal ve düşük maliyetli yolunu bulmaktır (RCP, RCGP & NHS Alliance, 2004, s.1,2). Yönetim programları, temelde üç düzeyde gerçekleştirilmektedir. Bunlar; sistem düzeyinde, sağlık hizmeti sunumu düzeyinde ve bireysel düzeydedir. Sistem düzeyinde kronik hastalıkların yönetimi, kronik hastalıkların azaltılması ya da önlenmesi konusunda yapılacak kaynak tahsislerini ve alınacak politik kararları kapsamaktadır (Singh, 2008). Sağlık hizmeti sunumu düzeyinde, çeşitli hizmet sunum bileşenleri aracılığıyla kronik hastalık yönetiminin koordinasyonuna odaklanılmaktadır. Sağlık organizasyonu, hizmet sunum sistemi tasarımı, toplum kaynakları ve politikaları, öz-yönetim desteği, karar destek ve klinik bilgi sistemlerini içermektedir (Bodenheimer vd., 2002, s.1909). Bireysel düzeyde hastalık yönetimi ise sağlık hizmetleri kullanıcılarının veya ailelerin bakımını koordine etmeye odaklanmaktadır. Psikolojik veya davranışsal teoriye dayalı yaklaşımlardır. Kullanıcılarda davranış değişikliği yaratmaya yöneliktir (Evers vd., 2006, s.521).

Norris ve diğerleri (2003, s.477), kronik hastalıkların yönetim sürecinde, kronik hastalığın gelişimi, komplikasyonları, eşlik eden hastalıkların önlenmesi ve sağlık hizmet sunum sistemlerinin entegre edilmiş olması gerekliliğini vurgulamışlardır. Yönetim sürecinin temel bileşenlerini; nüfusun tanımlanması, klinik uygulama kılavuzlarının veya diğer karar verme araçlarının geliştirilmesi, hizmet sunucu ya da sağlık sistemi odaklı yönetsel kararların alınması, klinik bilgi sistemlerinin kullanımı ve sağlık sonuçların ölçülmesi ve yönetimi olarak sıralamışlardır.

Kronik hastalık yönetiminde sonuçların ölçülmesi oldukça önemlidir. Bu noktada kronik hastalığı olan bireylerin tedavi süreçlerinde klinik olan ve olmayan sağlık sonuçlarının ölçülmesi ve gerekli değerlendirmelerin yapılması gerekir. Hastanın yaşam kalitesinin artırılması ve sağlık hizmeti kullanımının azaltılması; kronik hastalık yönetiminin en temel hedeflerindedir. Özellikle hastalığa özgü yaşam kalitesi ve genel sağlık statüsünün ölçülerek bunlara etki eden faktörlerin belirlenmesi önem

taşımaktadır. Bu gereklilikten dolayı bu çalışmada, kronik böbrek hastalarının yaşam kalitelerinin ölçümü ve değerlendirilmesi ele alınan konuların temelini oluşturmuştur. Hastanın tedaviye uyum sağlayarak tedavinin devamlılığını sağlamak, hastanın tedavi sürecine katılımını güçlendirerek aktiflik düzeyini artırmak, güçlü hasta - hekim ilişkisi oluşturmak, hastalığın durumu ile ilgili faktörler ve diğer sosyal ve ekonomik faktörler ise sağlık sonuçlarına etki eden diğer önemli değişkenleri oluşturmaktadır (Fireman vd., 2004, s.64; Hopman vd., 2015, s.190, 191; Ontario, 2013, s.10).

Planlanan tez çalışması kapsamında, kronik böbrek hastalığına sahip ve diyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitelerinin ve sağlık hizmeti kullanımlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Kronik böbrek hastalığı, hem dünyada hem de Türkiye’de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye’deki genel erişkin popülasyonda prevalansı %15,7’dir (Süleymanlar vd., 2011, s.1862). Buna göre, her 6-7 yetişkinden birinde çeşitli evrelerde böbrek hastalığı mevcuttur. Hastaların yaşamını sürdürebilmesi için diyaliz veya böbrek transplantasyonu tedavilerinin uygulanması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın ve Türk Nefroloji Derneği’nin verilerine göre 2017 yılsonu itibariyle 58.635 hemodiyaliz, 3.346 periton diyalizi ve 15.330 böbrek nakli olmak üzere toplamda 77.311 hasta bulunmaktadır (Türk Nefroloji Derneği, 2017). Ayrıca, Sağlık Bakanlığı’nın 2014-2017 yılları arasındaki Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planında, Türkiye’de diyaliz tedavilerinin yaklaşık maliyeti yıllık 1,5 milyar dolar olarak açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014, s.14).

Böbrek yetmezliği hastalığının morbidite ve mortalite oranları yüksek olup sağlık bütçelerine büyük yük getirmektedir. Kronik böbrek yetmezliği tedavisinde uygulanan diyaliz, hastaların ruhsal durumlarını, sosyal ilişkilerini, çalışma yaşamlarını etkileyerek günlük yaşam aktivitelerini sınırlamaktadır (Levey vd., 2007, s.247). Tüm bunlar, hastaların yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Diyaliz hastalarının yaşam kalitelerini inceleyen ulusal ve uluslararası çalışmalar da bunu kanıtlar niteliktedir. Pehlivan ve diğerleri (2016, s.13)’nin Eskişehir’de devlet hastanelerinde diyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hastaların yaşam kalitesi orta düzeyde bulunmuş ve en çok fiziksel rol güçlüğü ve duygusal rol güçlüğü yaşadıkları vurgulanmıştır. Nazlıcan ve diğerlerinin (2012, s.383) Adana’da iki diyaliz merkezinde hemodiyalize giren erişkin hastalar

üzerinde yürüttükleri çalışma, hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğunu ortaya koymuştur. Bayoumi ve diğerleri (2013, s.254), diyaliz tedavisi alan böbrek hastalarının sağlık sonuçlarının belirlenmesinde yaşam kalitesinin tutarlı ve güçlü bir belirleyici olduğunu vurgulamışlardır. De Boer ve diğerleri (1997) ile Nurmi ve diğerleri (2013)'nin yapmış oldukları çalışmalar ise düşük yaşam kalitesine sahip hastaların daha fazla sağlık hizmeti kullandıklarını ortaya koymuştur.

Okpechi ve diğerleri (2013, s.519), diyaliz hastalarının yaşam kalitesinin düşük olduğunu, ancak yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerin ortaya konularak yönetilmeleri ve düzeltilmeleri durumunda, hastaların yaşam kalitelerini artırmaya destek olacağını belirtmişlerdir. Bilginin geliştirilmesi, hasta aktifliğinin geliştirilmesi, hekim ile hasta arasında güven ilişkisinin oluşturulması ve yaşam kalitesi gibi sağlık sonuçların iyileştirilmesi; kronik hastalığı olan hastalar için önemli olan değişkenleri oluşturmaktadır (Greene vd., 2015, s.431; Hibbard vd. 2005, s.1919; Zolnierek ve DiMatteo, 2009, s.826). Aktif olan hastalar, sağlık bakımlarını yönetmek için daha fazla bilgi, beceri ve güvene sahip olmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları ise; hastalarıyla işbirliği yaparak hastaların bilgi ve becerilerini geliştirmek ve güven oluşturmak için önemli bir rol oynamaktadırlar (Johnson vd. 2016, s.15). Hekim ile olumlu ilişkiler kurarak daha aktif olan hastaların tedaviye daha iyi uyum sağladığı görülmektedir (Zolnierek ve DiMatteo, 2009; American Kidney Fund, 2018). Tedaviye uyum ise hem yaşam kalitesi hem de sağlık hizmeti kullanımları üzerinde önemli etkilerde bulunmaktadır (Jha vd., 2013, s.260; Hovinga vd., 2008, s.316). Tüm bu sonuçlardan yola çıkarak, diyaliz hastalarının yaşam sürelerini uzatmaya, yaşam kalitelerini arttırmaya ve sağlık hizmeti kullanımını azaltmaya yönelik çok boyutlu bir hastalık yönetim modelinin oluşturulmasının büyük önem taşıdığı söylenebilmektedir.

Literatürde, Türkiye'de kronik böbrek hastalığına sahip olan hastalar ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, genellikle yaşam kalitesi değişkenini belirlemeye yönelik çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Yaşam kalitesine etki eden faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda ise az sayıda değişken ile yaşam kalitesi açıklanmaya çalışılmıştır. Kronik böbrek hastalarının sağlık hizmeti kullanımlarına ilişkin çalışmaların ise sınırlı sayıda olduğu söylenebilir. Bu çalışma ile kronik böbrek hastalarının yaşam kaliteleri ve sağlık

hizmeti kullanımları çok boyutlu bir model ile açıklanmaya çalışılarak, alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın amacı, diyaliz tedavisi alan hastaların sağlık hizmeti kullanımlarını ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin incelenmesi, yaşam kalitesinin sağlık hizmeti kullanımıyla olan ilişkisinin ortaya konulması ve hastaların demografik ve klinik özellikleri ile tedavi alınan kurumun özelliklerinin hekim hasta ilişkisi, hasta aktifliği ve tedaviye uyum değişkenlerine olan etkisinin belirlenmesidir. Bu amaç kapsamında elde edilen bulguların; karar verici, sağlık yöneticisi, sağlık çalışanları ve bireysel düzeyde hastalara tedavinin yönetimi ve hastalıkla mücadele konusunda kanıta dayalı bilgiler sunması düşünülmektedir.

Çalışmanın birinci bölümünde kronik böbrek hastalığı tanımlanmış, mortalitesi, morbiditesi, insidansı, prevalansı ve ekonomik sonuçlarına ilişkin veriler ortaya konulmuştur. İkinci bölümde yaşam kalitesi, üçüncü bölümde sağlık hizmeti kullanımı, dördüncü bölümde tedaviye uyum, beşinci bölümde hasta aktifliği ve altıncı bölümde hekim hasta ilişkisi kavramları teorik açıdan incelenmiştir. Yedinci bölümde, araştırma hipotezlerinin ve modelinin teorik temelini oluşturan değişkenler arasındaki ilişkiler hakkında bilgi verilmiştir. Sekizinci bölümde araştırmanın gereç ve yöntemine, dokuzuncu bölümde araştırmanın bulgularına, onuncu bölümde bulgular ile ilgili tartışmaya ve son bölümde ise araştırmanın sonuç ve önerilerine yer verilmiştir.

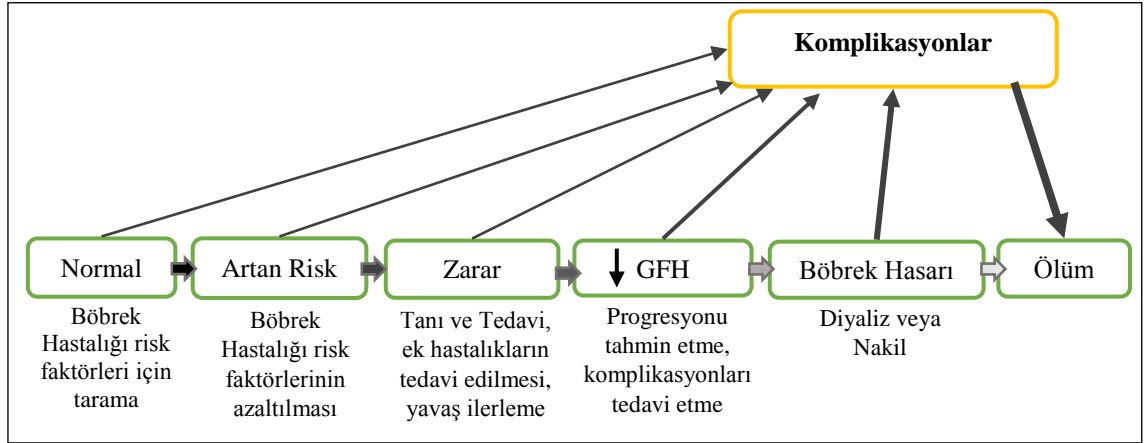
1. BÖLÜM: KRONİK BÖBREK HASTALIĞI

Bu bölüm kapsamında öncelikle kronik böbrek hastalığı tanımlanmış, sonrasında mortalitesi, morbiditesi, insidansı, prevalansı ve ekonomik sonuçlarına ilişkin veriler ile epidemiyolojik açıdan hastalığın yükü ortaya konulmaya çalışılmıştır.

1.1. KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ TANIMI

Kronik böbrek hastalığı, farklı kronik hastalıklardan kaynaklanan ve böbrek fonksiyonunun yapısını geri dönülemez olarak değiştiren bir hastalıktır. Hastalığın tanısı, böbrek fonksiyonlarında kronik bir azalma veya yapısal böbrek hasarı olarak konulmaktadır. Genel böbrek fonksiyonunun en temel göstergesi, glomerüler filtrasyon hızı (GFH)'dir. Bu hız, böbrek içindeki küçük filtreler olarak tanımlanan glomerülerden birim zaman başına akan nefronların hızını göstermektedir (Levey vd., 2015, s.837). Kronik böbrek hastalığının güncel uluslararası rehberlerdeki tanımı, en az üç ay süreyle nedeni ne olursa olsun glomerüler filtrasyon hızının 1.73 m^2 'de dakikada 60 ml'den az olması veya böbreğin hasar belirteçleri göstermesi ya da her iki durumun birlikte görülmesidir (Eknoyan vd., 2013, s.364).

Kronik böbrek hastalığının halk sağlığı problemi olarak tanınması ve kavramsal bir model olarak ortaya konması, 2002 yılında Ulusal Böbrek Vakfı Böbrek Hastalığı Sonucu Kalite Girişimi tarafından hastalığın sınıflandırılması ile gelişmiş ve 2004 yılında, KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes – Böbrek Hastalığı Küresel Sonuçlarının İyileştirilmesi) tarafından güncellenmiştir. Şekil 2, bu sınıflandırmayı göstermekte olup; hekimler, araştırmacılar ve halk sağlığı görevlileri tarafından nedene bakılmaksızın hastalığın daha kolay tespit edebilmesini, sonuçlarının, gelişiminin incelenmesini ve risk faktörlerinin belirlenmesine katkıda bulunmuştur (National Kidney Foundation, 2002, s.5,6; Levey vd., 2005, s.2089).



Şekil 2. Kronik Böbrek Hastalığı Seyrinin Kavramsal Modeli ve Tedavi Stratejileri

Kaynak: National Kidney Foundation, 2002, s.6

Şekil 2, kronik böbrek hastalığının aşamalarını temsil etmektedir. Aşamalar arasındaki oklar, risk faktörlerini temsil etmekte ve bu faktörlerle hastalığın ilerlemesi temsil edilmektedir. Hastalığın her aşamasında, yapılabilecek olan müdahaleler, aşamaların altında yer almaktadır. Kronik böbrek hastalığının teşhis ve tedavisindeki bu müdahaleler, hastalığın seyrini yavaşlatabilmekte, durdurabilmekte veya diğer ciddi durumların gelişmesini engelleyebilmektedir. Böbrek hastalığının erken evrelerinde, uygun bir diyet ve ilaçlar böbreklerin normal olarak kontrol altına alınmasına yardımcı olabileceken, ileri evrelerde uzun süreli diyaliz tedavisi veya böbrek nakli gerekmektedir (Levey vd., 2007, s.247,248). Böbrek nakli, hastalıklı böbreklerin artık gerçekleştiremediği işlevleri yerine getirmek için sağlıklı (donör) bir böbrek yerleştirmek için yapılan işlemdir. Diyaliz, böbrekler artık çalışmadığında kan temizleme işi yerine getirmek amacıyla yapılmaktadır. Diyaliz tedavisinin iki türü bulunmaktadır: Hemodiyaliz ve Periton Diyaliz. Hemodiyalizde, atık ürünler ve fazla sıvıdan uzaklaştırmak için bir diyaliz makinesi ile kan pompalanır. Diyaliz makinesine bir damara yerleştirilen geçici bir plastik kateter vasıtasıyla bağlanılmaktadır. Bu işlem, kanın vücuttan çıkarılmasına, temizlik için diyaliz makinesinde dolaşımına ve daha sonra vücuda geri dönmeye izin vermektedir. Çoğunlukla bir diyaliz merkezinde yapılmaktadır. Genellikle haftanın üç günü yapılmakta ve oturum başına üç ila beş saat sürmektedir. Periton diyalizi ise atık ürünlerin ve aşırı suyun giderilmesi için kullanılan başka bir diyaliz şeklidir. Hemodiyalizle aynı prensibe göre çalışmakta, ancak kanın bir makineden ziyade vücutta iken temiz sıvı ekleyerek, kandaki atık ürünleri biriktirmek

ve ardından boşaltmak suretiyle temizlenmektedir. Genellikle evde yapılmaktadır (World Kidney Day, 2015).

1.2. KRONİK BÖBREK HASTALIĞININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Kronik böbrek hastalığı, dünya çapında ortaya çıkan bir halk sağlığı sorunudur. Maliyetlerin, morbiditenin ve mortalitenin artması, toplumda kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon gibi hastalığa bağlı sağlık komplikasyonlarının önlenmesi ve/veya yavaşlatılması gereği, hastalığın kendi kendine yönetilmesine nasıl yardımcı olacağının daha iyi anlaşılmasını zorunlu kılmaktadır (National Kidney Foundation 2013; United States Renal Data Systems 2014, s.11,12). Kronik böbrek yetmezliği insidansının artması, hastalığı ve önlenmesini daha iyi anlamak için epidemiyolojik bir yaklaşım ile incelenmesi önem taşımaktadır. Bu başlık altında, kronik böbrek hastalığı epidemiyolojik açıdan incelenmiş olup mortalitesi, morbiditesi, insidansı, prevalansı ve ekonomik sonuçlarına ilişkin veriler ortaya konulmuştur.

1.2.1. Mortalite (Ölüm)

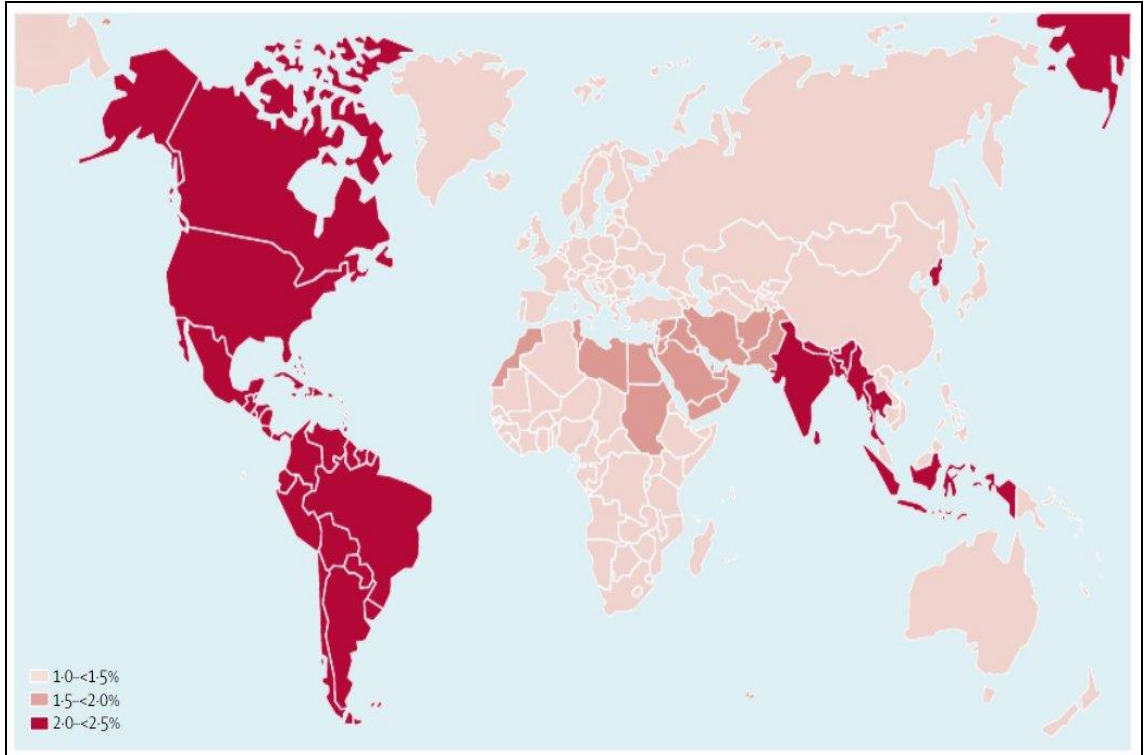
Belirli bir hastalığa özgü mortalite, nüfus sağlığının en temel ölçütlerinden birisidir. Mortalite oranları, sayıları, nerede, hangi yaşta ve nasıl olduğu; müdahaleleri planlamak ve sağlık araştırmalarını önceliklendirmek açısından önemli bir politik girdidir. Diğer taraftan, mortalite nedenlerinin eğilimleri, toplumların gelişmişlik seviyesinin önemli bir özetini sunmaktadır (Kyu vd., 2018, s.321).

Dünya genelinde nüfusun %10'u kronik böbrek hastalığından etkilenmekte ve milyonlarca kişi her yıl uygun tedaviye erişimi olmadığı için ölmektedir (World Kidney Day, 2015). Kronik böbrek hastalığı, zaman içinde kademeli olarak böbrek fonksiyonlarının kaybıyla karakterizedir. Hastalık, genellikle yavaş ve sessizce başlamakta ve aylar veya yıllar boyunca ilerlemektedir. Çoğu insan bu durumun farkında olmamaktadır. Semptomlar ortaya çıkmaya başladığında, böbrek fonksiyonu zaten önemli ölçüde bozulmuş olmaktadır. Bu aşamada, düzenli diyaliz tedavisi veya böbrek nakli sağkalım için tek seçenektir. Ancak bu süreçte, birçok hasta, kalp krizi veya inme gibi hastalığın komplikasyonlarından dolayı erken ölmektedir (Smith, 2018, s.2).

2015 yılı Global Hastalık Yüklü Çalışmasında, böbrek hastalığı, ölüm nedeni olarak onikinci en yaygın ölüm nedeni olmuş ve dünya çapında 1.1 milyon ölüm gerçekleşmiştir. Toplam kronik böbrek hastalığı mortalitesi, son on yılda %31,7 artarak şeker hastalığının ve demansın yanı sıra en hızlı yükselen ölüm sebeplerinden biri haline gelmiştir. Aynı çalışmada, 2005 yılından 2017 yılına %18,4'lük bir artış göstererek küresel yıllar yaşam kaybına yol açan onyedinci sıradaki hastalık olduğuna değinilmiştir (Neuen vd., 2017, s.1). Dünya genelinde 2 milyondan fazla insan yaşamını sürdürebilmek için diyaliz tedavisi görmekte ya da böbrek nakli olmaktadır. Ancak Couser ve diğerleri (2011, s.1259), bu sayının yaşamak için tedaviye ihtiyaç duyan insanların yalnızca %10'unu temsil ettiğini ileri sürmüştür.

Kronik böbrek hastalığının yüksek mortalite ve kardiyovasküler hastalıklar ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Foley vd., 1998, s.4). Tonelli ve diğerleri (2006, s.2034) otuz dokuz çalışmayı inceledikleri meta analizi çalışmalarında, toplamda 1.371.990 adet örnekleme ilişkin mortalite riskini incelemişlerdir. Böbrek fonksiyonu azalan örneklem ile sağlıklı olan örneklem karşılaştırıldığında, mortalite için göreceli risk oranı, böbrek fonksiyonu azalan örneklemin %93'ünde anlamlı olarak 1'den fazla bulunmuştur. Bu durum, ölümün mutlak riskinin azalan böbrek fonksiyonu ile doğrusal olarak arttığını göstermektedir. Webster ve diğerlerine (2017, s.1238) göre, böbrek fonksiyonlarında meydana gelen bozulmaların beraberinde getirdiği komplikasyonlar sonucu, kronik böbrek hastalığı olan kişilerin erken ölme ihtimalinin sağlıklı insanlara göre on kat daha fazla olmaktadır. Rao ve diğerleri (2012, s.280) tarafından Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avustralya'da ölüm nedenine ilişkin verilerin analizi, diyabet hastalığından ölen kişilerin önemli bir kısmının böbrek yetmezliğine sahip hastalar olduğunu, ancak ölüm nedeninin, komplikasyon olmaksızın diyabet olarak kodlandığını göstermiştir. Diyabetle ilişkili böbrek hastalığından bildirilen mortalitenin, gerçek orandan dört ile dokuz kat daha az olduğu tahmin edilmektedir.

Webster ve diğerleri (2017), böbrek hastalığına atfedilen toplam mortalite oranlarını kıtalara göre özetlemişlerdir. Şekil 3, bu dağılımı göstermektedir.



Şekil 3. Böbrek Hastalığına Atfedilen Toplam Mortalite Oranları

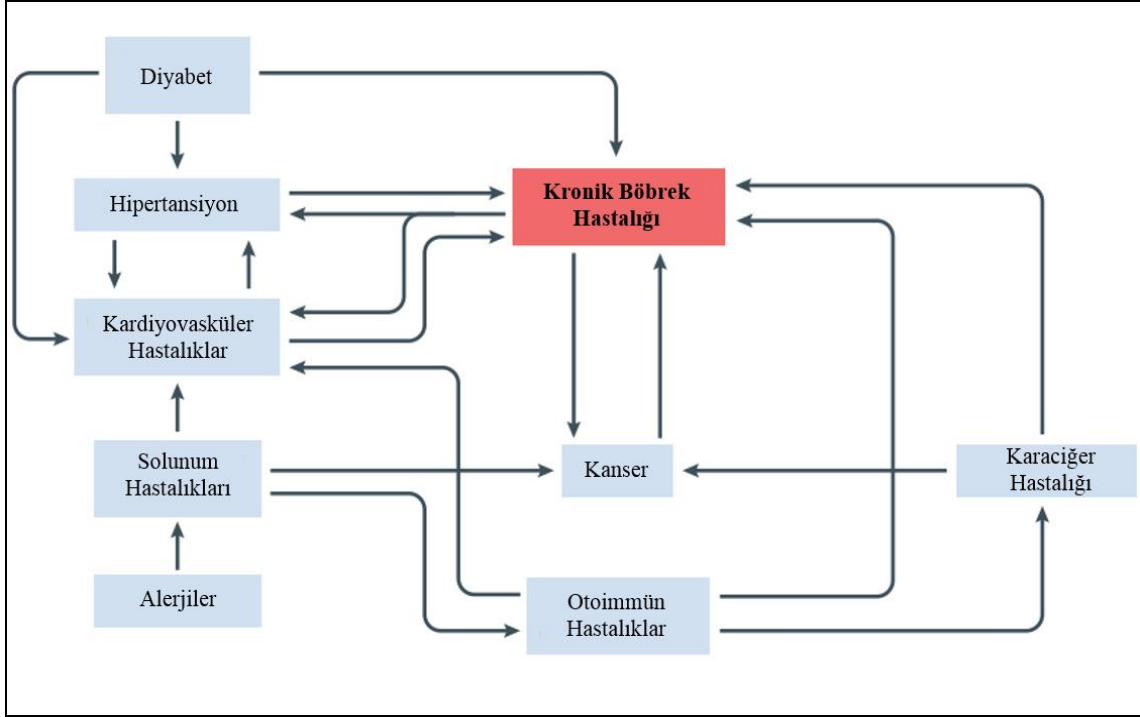
Kaynak: Webster vd., 2017, s.1240

Dünya genelinde kronik böbrek hastalığı mortalite oranlarının aralığı %1 ile %3 arasında değişmektedir. Şekil 3 incelendiğinde, mortalite oranının en fazla Kuzey ve Güney Amerika ile Güney Asya ülkelerinde olduğu görülmektedir.

1.2.2. Morbidite (Hastalık)

Kronik böbrek hastalığı, hem artan insidansı ile küresel bir sağlık sorunu niteliği taşımakta (Levey vd. 2007, s.247) hem de diyabet ve hipertansiyon gibi yaygınlığı dünya çapında artan küresel sağlık sorunları ile yakından ilişkilidir (Kidney Disease Improving Global Outcomes, 2013, s.73). Diyabet ve hipertansiyon, böbrek hastalığının en yaygın nedenleri arasında bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, nüfusun artması ve yaşlanması, böbrek hastalığı oranlarının yükselmesine neden olan diğer faktörlerdir. Enfeksiyonlar, iltihaplanma, böbrek taşları gibi idrar yolu tıkanıklıkları veya ağrı kesici ilaçlar ve antibiyotikler uzun süre boyunca alındığında da kronik böbrek hastalığına neden olabilmektedir (Smith, 2018, s.4). Şekil 4, kronik böbrek hastalığı ile ilişkili hastalıkları, aralarındaki bağlantılar ve etkileşimler ile ortaya koymaktadır. Bu

hastalıklardan bazıları, kolaylıkla tanımlanabilir ve sayısallaştırılabilir hastalıklardır ve spesifik bir yönetim yaklaşımı gerektirebilirken; bazıları da daha az belirgin patojenezlidirler ve sıklıkla ilişkili karmaşık semptomlar olarak ortaya çıkmaktadırlar (Bello vd., 2017a, s.145).



Şekil 4. Kronik Böbrek Hastalığı ve İlişkili Hastalıklar

Kaynak: Vanholder vd., 2017, s.399

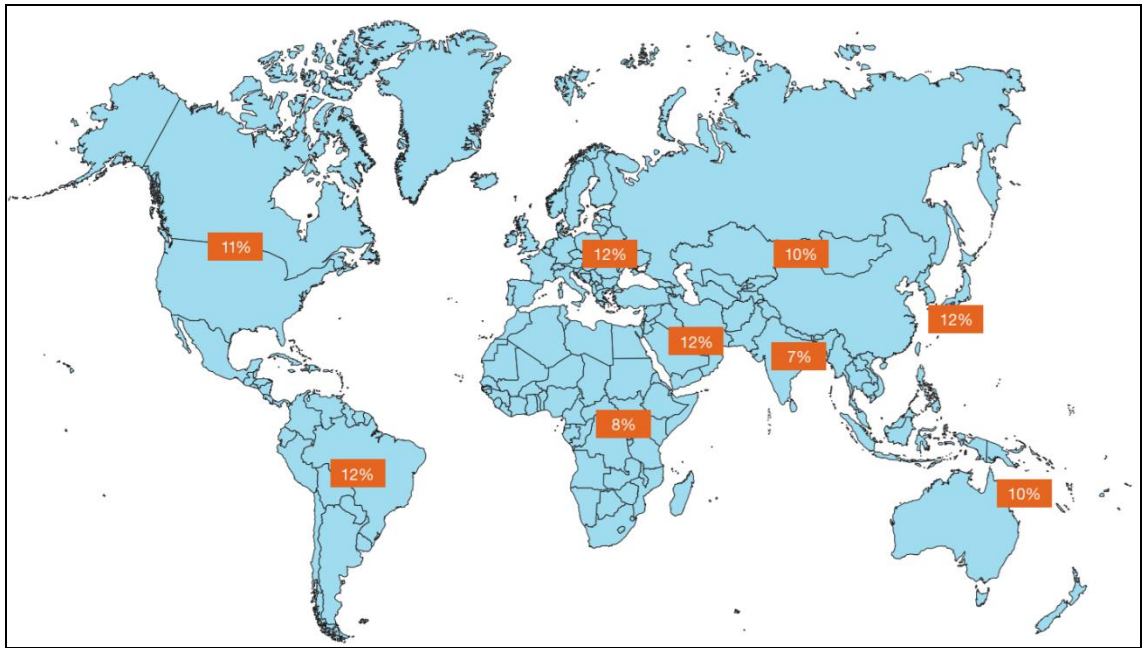
Hemen hemen tüm kronik bozukluklar birbirlerini çeşitli şekillerde etkilemektedirler. Kronik böbrek hastalığı sıklıkla bu şemanın son noktalarından biridir, fakat aynı zamanda bir dizi kronik duruma neden olarak kısır döngüye yol açabilmektedir (Vanholder vd., 2017, s.399).

1.2.3. İnsidans ve Prevalans

Bir nüfustaki sağlık olayları ile ilgili olarak, “Bu olaylardan kaç kişi etkileniyor?, Risk artmakta mı yoksa azalmakta mıdır?, Sorunun düzeyi nedir?, Nasıl önlenebilir?” sorularının temelinde iki temel kavram yer almaktadır. İnsidans ve prevalans kavramları, hastalık epidemiyolojisini tanımlarken yaygın olarak kullanılmaktadırlar (Carneiro vd., 2011, s.27). İnsidans, yeni ortaya çıkan veya yeni teşhis edilmiş bir

hastalığın risk altındaki topluma oranıdır. Genellikle bir zaman periyodunda (ör., aylık, yıllık) meydana gelen yeni vaka sayısı olarak rapor edilmektedir. Prevalans ise belirli bir zamanda, belirli bir hastalığa sahip bir toplumdaki kişilerin sayısıdır (Szklo ve Nieto, 2014, s.47). Her iki kavram da herhangi bir hastalık ya da sağlık olgusunun ortaya çıkma sıklığının ölçülmesini sağlayarak, hastalık veya sağlık durumunun önem ve önceliğini gösteren bir gösterge niteliği taşımaktadır (Jekel vd., 2007, s.120).

Kronik böbrek hastalığının insidans ve prevalansı, ülkeler ve bölgeler arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Prevalansın dünya çapında %10 olduğu tahmin edilmektedir. 2017 yılında yayınlanan Uluslararası Nefroloji Derneği Küresel Böbrek Sağlığı Atlası, kronik böbrek hastalığının tahmin edilen küresel prevalansını ortaya koymuştur (Bello vd., 2017b) (Şekil 5).

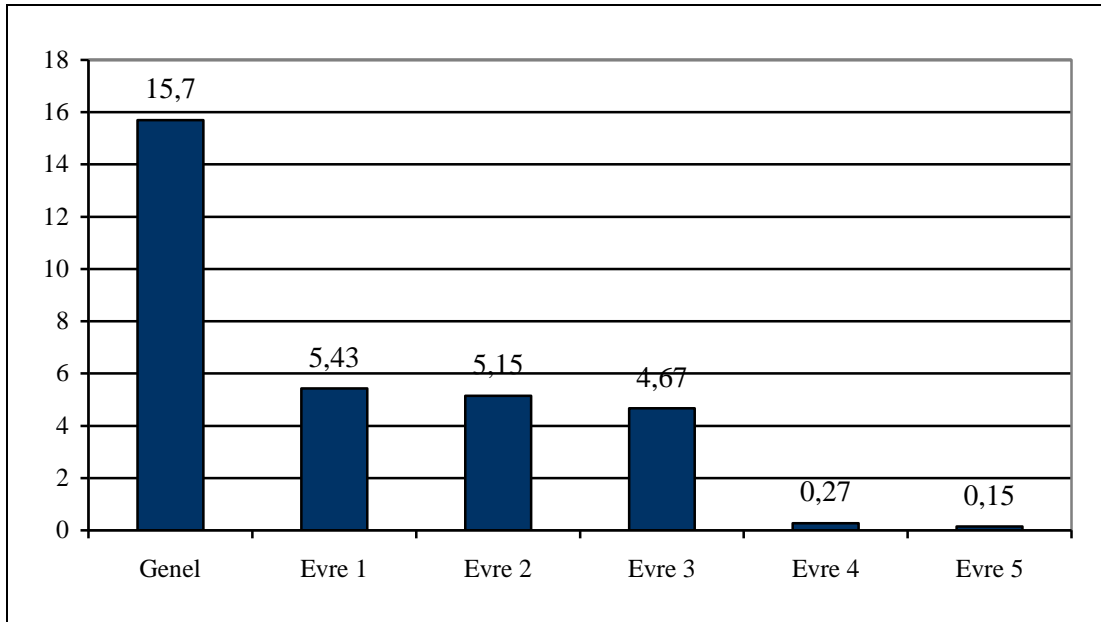


Şekil 5. Kronik Böbrek Hastalığının Küresel Prevalansı

Kaynak: Bello vd., 2017b, s.39

Şekil 5'e göre, Latin Amerika, Avrupa, Doğu Asya ve Orta Doğu'da kronik böbrek hastalığı prevalansının en yüksek olduğu ve nüfusun yaklaşık %12'sinin hastalığa sahip olduğu görülmektedir. En düşük prevalans ise Güney Asya (%7) ve Sahra altı Afrika'da (%8) bildirilmiştir.

Türk Nefroloji Derneği tarafından gerçekleştirilen CREDIT çalışmasında Türkiye kronik böbrek hastalığı prevalansı %15,7 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, kronik böbrek hastalığına sahip hasta sayısının 7,5 milyon olduğu ve her 6-7 yetişkinden birinde kronik böbrek hastalığı bulunduğu anlamına gelmektedir. Yine aynı çalışmada, kronik böbrek hastalığının prevalansı kadınlarda %18,4; erkeklerde 12,8 olarak bulunmuştur. Bölgelere göre bakıldığında, Marmara (%19,7) ve Güneydoğu Anadolu (%18,6) bölgelerinde prevalansın yüksek olduğu saptanmıştır (Süleymanlar vd., 2011). Şekil 6, Türkiye’de kronik böbrek hastalığının evrelere göre prevalansı dağılımını göstermektedir.



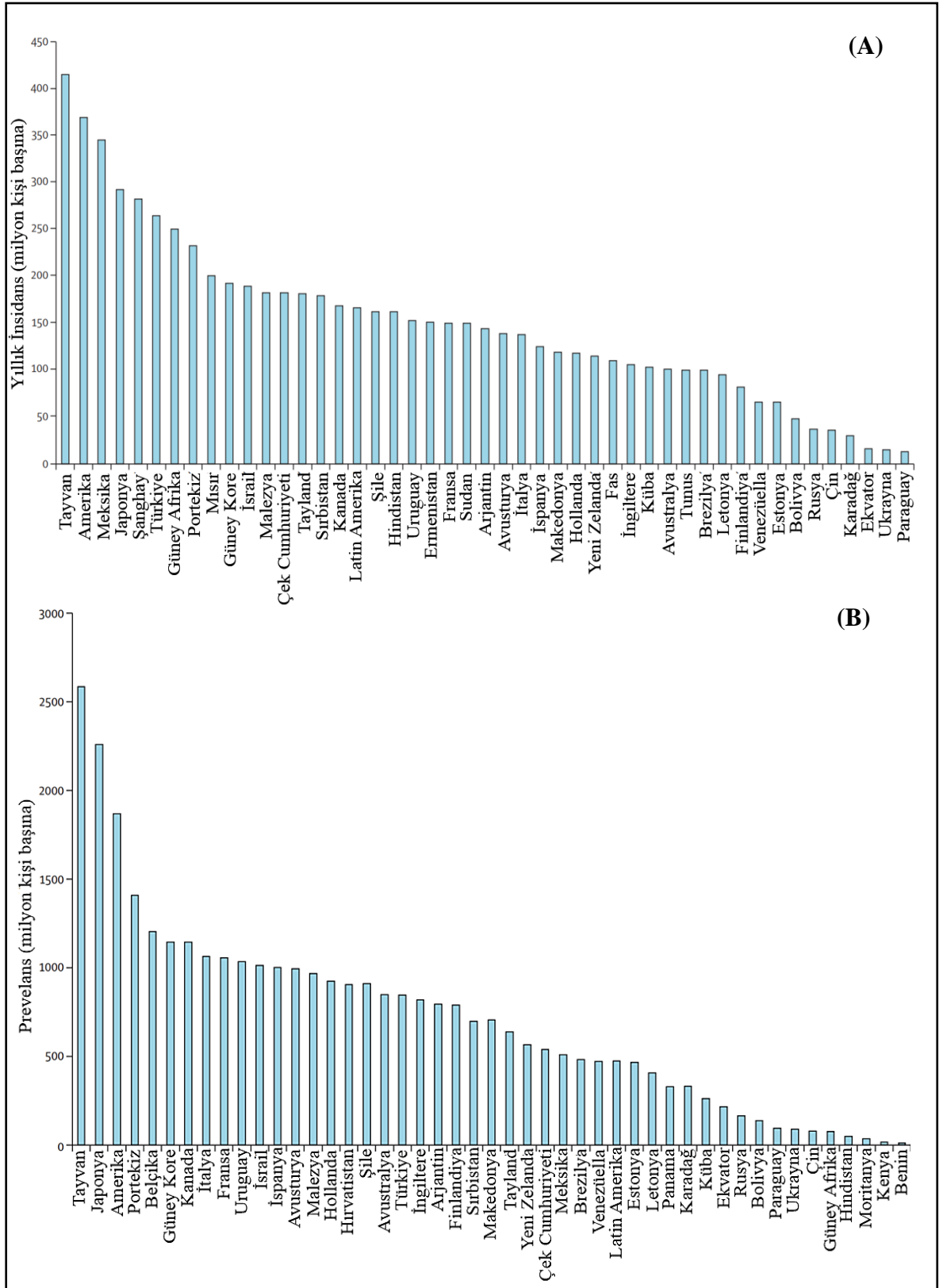
Şekil 6. Türkiye’de Erişkin Popülasyonda Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı ve Evrelere Göre Dağılımı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2014, s.6

Türkiye’de kronik böbrek hastalığının evrelere göre prevalans dağılımları incelendiğinde, birinci evrede prevalans oranı %5 iken; son evre böbrek hastalarında prevalans oranı %0,20 civarında olduğu görülmektedir.

Jha ve diğerleri (2013) ise Lancet dergisinde yayınladıkları makalelerinde, PubMed ve Medline’da “son dönem/evre kronik böbrek hastalığı” anahtar kelimesiyle yayınlanan makaleleri incelemişler ve seçtikleri 749 adet makaleyi meta analizi ile inceleyerek son

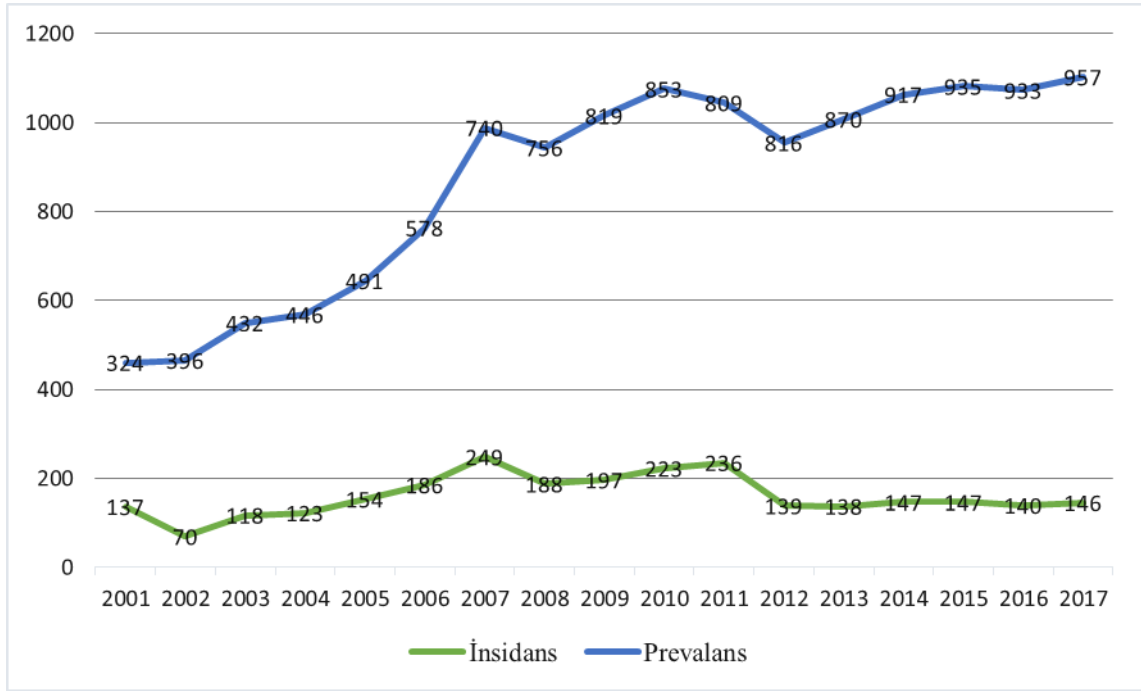
dönem kronik böbrek hastalığının insidans ve prevalansını belirlemişlerdir. Bu çalışmaya ilişkin sonuçlar Şekil 7’de gösterilmektedir. Farklı ülkelerde son dönem kronik böbrek hastalığının yıllık insidans ve prevalans oranları incelendiğinde, kronik böbrek hastalığının dünyanın farklı bölgelerinde dikkate alınması gereken küresel bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. Yıllık insidans verilerine bakıldığında, Tayvan, Amerika ve Meksika; en yüksek oranlara sahip ülkelerdir. Bu ülkelerin yıllık insidans oranı milyon kişi başına 350’nin üzerindedir. Prevalans oranlarına bakıldığında, Tayvan, Japonya ve Amerika, ilk 3 sıradadır. Bu ülkelerin prevalans oranları, milyon kişi başına 2500’ün üzerinde olduğu görülmektedir. Türkiye, araştırma kapsamındaki ülkeler arasında insidans sıralamasında altıncı; prevalans sıralamasında, ondokuzuncu sırada yer almaktadır.



Şekil 7. Farklı Ülkelerde Son Dönem Böbrek Hastalığının Yıllık İnsidansı (A) ve Prevalans Oranları (B)

Kaynak: Jha vd., 2013, s.262

Türk Nefroloji Derneği, 2017 yılında yayınladığı Türk Böbrek Kayıt Sistem Raporunda, son dönem böbrek hastalığının Türkiye’deki insidans oranını milyon nüfus başına 146; prevalans oranını ise milyon nüfus başına 957 olarak yayınlamıştır (Türk Nefroloji Derneği, 2017). Aşağıdaki Şekil 8, Türkiye’de kronik böbrek hastalığının 2001-2017 yılları arasındaki insidans ve prevalans değişimlerini göstermektedir.



Şekil 8. Türkiye’de Son Dönem Kronik Böbrek Hastalığının 2001-2017 Yılları Arasındaki İnsidans ve Prevalans Değişimleri

Kaynak: Türk Nefroloji Derneği, 2017

Şekil 8 incelendiğinde, Türkiye’nin insidans ve prevalans oranları artış hızı geçmiş yıllara göre son 6 yılda azalsa da, daha yavaş oranda artmaya devam etmektedir.

1.2.4. Ekonomik Sonuçlar

Kronik böbrek hastalığının artan prevalansı ve ilerlemesi, hastalarda, hizmet sunucularında ve toplumda ekonomik yükü yönetme konusundaki endişeleri de ortaya çıkarmaktadır. Böbrek hastalığının doğrudan ve dolaylı maliyetleri, hastalık ilerledikçe artan önemli maliyetlerdir (Wang vd., 2016, s.319). Diyaliz ve böbrek nakli gibi tedavi yöntemleri, artan maliyetlerle böbrek yetmezliğini en pahalı hastalıklarından biri haline getirmektedir (Kidney Disease Improving Global Outcomes, 2013, s.12). Özellikle

böbrek nakil maliyetinin son derece yüksek olması, gelişmiş ülkelerdeki sağlık bütçelerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Birçok gelişmiş ülke, sağlık harcamalarının %2-3'ünü böbrek hastalarının tedavisine harcamaktadır. Gelişmekte olan ve daha az gelişmiş olan ülkelerde ise maliyeti nedeniyle böbrek nakli sayısı oldukça azdır (Coresh ve Jafar, 2015, s.1926; Levey ve Coresh, 2012, s.176). Diğer taraftan, çalışamama, okula gidememe, yaşam kalitesinin düşmesi (fiziksel yorgunluk ve depresyon da dahil olmak üzere duygusal sorunlardan) ve ağır ekonomik koşullardan dolayı hastaların sosyal ve ekonomik refahı üzerinde önemli olumsuz etkisi vardır (Luyckx vd., 2013, s.103). Yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve her yaştaki yaşam süresini de büyük ölçüde azaltmaktadır (Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium, 2010, s.2077).

Yiğit ve Erdem (2015), gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kronik böbrek hastalığının tedavi yöntemlerine ilişkin maliyetleri ile ilgili araştırma bulgularını incelemişlerdir. Tablo 1, seçilmiş ülkelerin kronik böbrek hastalığının tedavisi için yıllık harcadıkları maliyetleri karşılaştırmaktadır.

Tablo 1. Kronik Böbrek Hastalığının Tedavisi İçin Ülkelerin Yıllık Harcadıkları Maliyetlerin Karşılaştırılması (Para Birimi: US\$)

Ülke	Hemodiyaliz	Periton Diyaliz
ABD	76.496	59.216
İspanya	46.270	31.470
Kanada	51.252	26.959
Kuzey Afrika	7.000	12.000
Meksika	24.032	15.724
Romanya	22.420	15.480
Sudan	10.500	11.500
Türkiye	14.652	14.389
İngiltere	31.800	28.690
Yunanistan	44.170	37.430

Kaynak: Yiğit ve Erdem (2015, s.199)'in çalışmasından alınan veriler, 2014 yılsonu döviz kuruna göre Amerikan dolarına (US\$) çevrilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde, diyaliz tedavisine ilişkin yıllık maliyetlerin en yüksek olduğu ülkenin ABD olduğu görülmektedir. ABD'de tedavinin yıllık maliyeti 76.496\$'dır. En düşük tedavi maliyetlerinin Asya ve Afrika ülkelerine ait olduğu tespit edilmiştir.

Hastalar için potansiyel finansal engelleri daha iyi anlamak için, hastaların sağlıkla ilgili toplam harcamalarının ne kadarını doğrudan kendilerinin yaptığının bilinmesi önemlidir (Bello vd., 2017b, s.42). Cepten yapılan ödemeler, ne kamu ne de özel sigortanın hastalığın tam maliyetini kapsamadığı durumlarda, sağlık hizmetinin bir kısmının ya da hizmetin tamamının hasta tarafından doğrudan ödenmesi olarak tanımlanmaktadır. Eğer bir sağlık hizmetinin büyük bir kısmı cepten ödeniyorsa, bu durum hastalara yüksek mali yük getirebilmekte ve bu durum tedaviye erişimi kısıtlayabilmektedir (OECD, 2015, s.124). Bello ve diğerleri (2017b, s.42), farklı ülkelerin kronik böbrek hastalığı diyaliz tedavisine özgü maliyetlerini incelemişler ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde maliyetin %35'inin; orta gelir düzeyine sahip ülkelerde %31'inin; orta gelirin üzerindeki ülkelerde ise %13'ünün cepten yapılan harcamalarla karşılandığı sonucuna ulaşmıştır. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığının (2017, s.80) Türkiye çapında böbrek yetmezliği tedavisinde kullanılan tedavi yöntemlerinin dolaylı maliyetlerinin analizini gerçekleştirdiği çalışmada, hastaların yaklaşık %60'ının tedavi için cepten sağlık harcaması yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hastalar, son 2 ay içinde ortalama 300 Türk Lirası (TL) cepten ödeme yapmışlardır.

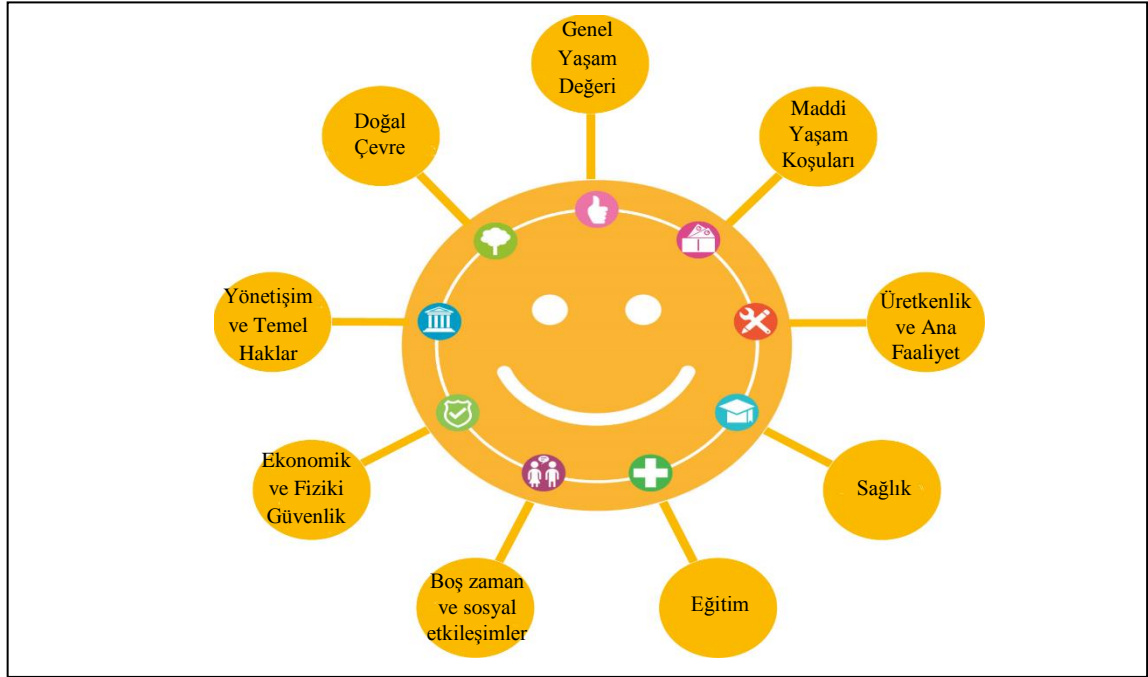
Bu bölüm kapsamında değinildiği üzere, kronik böbrek hastalığı, hastalara, sağlık hizmeti sunucularına ve sağlık sistemlerine büyük yük getirmektedir. Hastalığın bu yükü en aza indirecek şekilde etkili yönetimi, sağlık sonuçlarını iyileştirecek çok boyutlu bir hastalık yönetim modeli oluşturulması ile mümkün olabilmektedir. Literatür, kronik böbrek hastalarının yaşam kalitelerini artıracak ve sağlık hizmeti kullanımlarını azaltacak yönetim modelleri üzerinde durmaktadır. Tedaviye uyum, hasta aktifliği ve hekim hasta ilişkisi kavramları ise, bu yönetim modellerinin önemli değişkenlerini oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı doğrultusunda, sonraki bölümlerde, yaşam kalitesi, sağlık hizmeti kullanımı, tedaviye uyum, hasta aktifliği ve hekim hasta ilişkisi kavramları teker teker ele alınarak açıklanmıştır.

2. BÖLÜM: YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi, temel sağlık kararlarının alınmasında kullanılan önemli bir sağlık sonuç göstergesidir. Hem ekonomik hem sosyal değerlendirmeler hem de bireysel sağlık sonuçlarında risk ve refah ölçümlerinin tespit edilmesi için önem taşımaktadır. Kronik hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmek, hem sağlık hizmetlerinin hem de kronik hastalık yönetiminin en temel hedeflerinden birini oluşturmaktadır. Bu bölüm kapsamında, yaşam kalitesi kavramı tanımlanmış, yaşam kalitesinin ölçümü ve değerlendirilmesi konusu anlatılarak genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçüm araçları açıklanmıştır.

2.1. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI

Toplumda sağlık sonuçlarındaki ilerlemeyi ölçmeyi amaçlayan yaşam kalitesine ilişkin göstergeler, çok boyutludur ve toplumdaki bireylerin sağlık durumu, sosyal ilişkileri, serbest zamanları, eğitim seviyeleri, güvenlikleri ve memnuniyetleri gibi durumlarını kapsamaktadır. Yaşam kalitesi, en genel ifadeyle, toplum refahının farklı yönlerinin objektif göstergeler ile öznel olarak değerlendirilmesi şeklinde tanımlanabilmektedir. Eurostat, Avrupa Birliği'ne üye devletlerin temsilcileriyle birlikte yaşam kalitesini 8+1 farklı boyutla analiz etmek için kapsamlı bir çerçeve oluşturmuştur. Bu boyutların 8'i bireylerin kendi değerleri ve önceliklerine göre refahlarını sürdürme yeteneklerine odaklanırken; son boyut, yaşam memnuniyeti ve yaşamın anlamı gibi yaşamın genel değerini ifade etmektedir (Eurostat, 2015, s.9). Bu dokuz farklı boyut, Şekil 8'de gösterilmektedir.



Şekil 9. Yaşam Kalitesinin Boyutları

Kaynak: Eurostat, 2015, s.9

Şekil 9’da özetlenen yaşam kalitesi boyutlarından “sağlık” boyutu, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramını ifade etmekte olup (Mandzuk ve McMillan, 2005, s.12), bir sağlık durumu ya da sağlık müdahalesi ile ilgili etkinliği ve yararlılığı belirten bir kavramdır (Karimi ve Brazier, 2016, s.645). Bu çalışma kapsamında, yaşam kalitesi kavramı, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi olarak ele alınmıştır.

Literatürde, “yaşam kalitesi”, “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi” ve “sağlık statüsü” gibi farklı kullanımları bulunan bu kavram (Cunillera vd., 2010, s.854; Hill vd., 2010, s.438; Karimi ve Brazier, 2016, s.645), 1960’lı yıllarda tartışılmaya başlanmıştır. Ölüm oranlarının basit ölçümleri, nüfus yapısındaki değişiklikleri ölçmek için yetersiz kalmış ve yaşam kalitesinin ölçümü, morbidite ve biyolojik fonksiyonların ötesinde sağlık sonuçlarını da ortaya koyması nedeni ile önem kazanmıştır. Tıbbi tedavilerin hastaların ömrünü uzatması ya da ömrünü uzatmaksızın daha kaliteli yaşamlarını sağlaması ile yaşam kalitesi kavramı sağlık bakımında daha da önemli hale gelmeye başlamıştır (Spitzer, 1987, s.465). Yaşam kalitesi kavramı, günümüzde üç ana bilim dalı tarafından benimsenmektedir. Bunlar, ekonomi, tıp ve sosyal bilimlerdir. Her bir disiplin, yaşam kalitesinin kavramsallaştırılmasının ve ölçülmesinin gelişimini teşvik etmiştir (Cummins, 2005, s.699). Dolayısıyla, toplumsal refah değerlendirmelerinden bireylerin

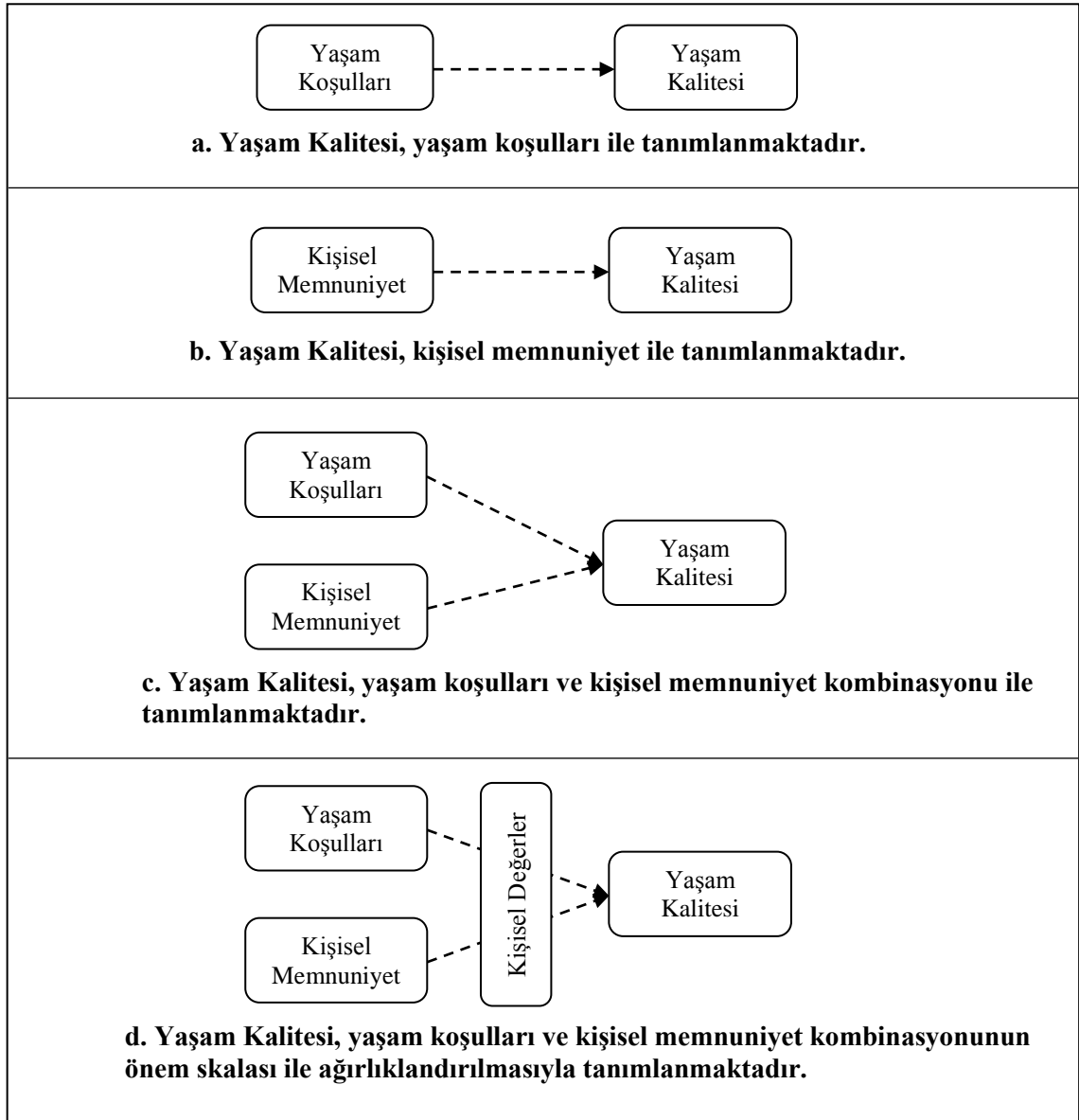
ya da grupların özel değerlendirmelerine kadar değişen seviyelerde kullanılacak bir kavramdır. Yaşam kalitesi günümüzde sağlık hizmetlerinin ve dolayısı ile sağlık sistemlerinin en önemli sonuç göstergeleri arasında yer almaktadır.

Yaşam kalitesi kavramını tanımlamaya yönelik birçok yaklaşım bulunmaktadır. İnsan ihtiyaçları, beklentiler ve öznel iyi olma bakış açılarına sahip farklı tanımlamalar vardır (Bowling, 2004, s.7). “Kişinin hayatından memnuniyetiyle ilgili bilinçli bilişsel algısı” (Rejeski ve Mihalko, 2001, s.99) ya da “bireyin hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile bağlantılı olarak yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında, yaşamındaki konumunu algılaması” (Whoqol Group, 1995, s.1405) şeklinde öznel tanımlamalar olduğu gibi, bazı yazarlar, objektif faktörlerin de yaşam kalitesine dâhil edilmesi gerektiğini savunmuşlardır (Cummins, 2005, s.700; Mandzuk ve McMillan, 2005, s.14).

Yaşam kalitesi hakkındaki yayımlarla ilgili temel eleştirilerden biri, “yaşam kalitesi” kavramını tanımlamak konusunda bir görüş birliğinin olmamasıdır (Gill ve Feinstein, 1994; Jenney ve Campbell, 1997; Carr ve Higginson, 2001; Cella ve Tulskey, 1990). Fayers ve Machin (2016, s.3) yaşam kalitesini, kişilerin yalnızca sağlık statülerini değil, fiziksel ve ruhsal durumları ile ilgili birçok başlığı da içeren öznel bir algı olarak tanımlamıştır. Sagha Zadeh ve diğerleri (2018, s.412), yaşam kalitesini, kişilerin sağlık durumlarındaki iyileşme ve kaynak kullanımını optimize etmek olarak ifade etmiştir. Haverman ve diğerleri (2017, s.393), yaşam kalitesini, yaşamın fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarındaki refah algısı olarak tanımlamışlardır. Livneh (2016, s.67) ise bir hastalık veya tedavi ile ilişkili fiziksel, duygusal ve sosyal bileşenleri kapsayan çok boyutlu ve kişisel kavram olan yaşam kalitesinin yapı, süreç, ölçü, amaç ve sonuç olarak ele alınabileceğini ve hem hedef hem de süreç sonuç göstergesi olduğunu vurgulamıştır. Bu tanımların ortak noktası, yaşam kalitesinin “*eşsiz kişisel bir yargı*” olduğu ve “*tıbbi olmayan sorunların*” da kişilerin yaşam kalitesi üzerinde etkide bulunabileceğidir.

Bu düşünceden yola çıkarak, Felce ve Perry (1995, s.52), yaşam kalitesini “Objektif tanımlayıcıları ve kişisel değerler grubuyla ağırlıklandırılmış fiziksel, maddi, sosyal ve duygusal refahın öznel değerlendirmelerini içeren genel bir iyilik hali” olarak

tanımlamıştır. Tüm bu tanımlamalardan yola çıkarak, yaşam kalitesi kavramının kavramsallaştırılmasının modeli, aşağıdaki şekilde özetlenmektedir (Şekil 10).



Şekil 10. Yaşam Kalitesinin Kavramsallaştırılması

Kaynak: Felce ve Perry, 1995, s.55

Karimi ve Brazier (2016, s.646), sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin dört farklı tanımın birleşimi olduğunu ileri sürmüştür. Bu tanımlar:

1. Kişinin yaşamındaki faaliyetlerinin ve sağlığın fiziksel, ruhsal (mental) ve sosyal alanlarındaki algıladığı refahının ne kadar iyi olduğunu gösterir.

2. Bireyin yaşamını etkileyen ve bireyin sağlığının bir parçası olan tüm faktörleri içeren her şey dahil bir kavramdır.
3. Bir hastalık veya tedavinin varlığı ile ilişkili ya da etkilenen refah halini içerir.
4. Farklı sağlık durumlarına atanan değerlere odaklanır.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirme, sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri olarak ön plana çıkmaktadır (Maor vd., 2001). Yaşam kalitesinin ölçümü, birtakım nedenlerden dolayı önemli hale gelmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda performans ölçümünün giderek artan bir şekilde ölçülebilir olması gerekliliği, randomize kontrollü çalışmalar için sonucu ölçmenin önemi ve kaynak tahsisinin gerekçesini belirleme konusunda katkı sağlaması; bu nedenleri oluşturmaktadır (Devlin vd., 2018, s.7,8). Yaşam kalitesi ölçütleri, sunulan hizmetin kalitesini değerlendirmede, hastalığın klinik ve biyolojik açılarından ölçümünde, sağlık ihtiyacının belirlenmesinde, maliyet etkililik ve maliyet değer analizlerinde, cerrahi girişimlerin etkililiğinin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan ölçütlerdir. Bu ölçütlerin kullanımı, hastaların nasıl hissettiğinin ve tedaviden ne ölçüde memnun kaldıklarının bir yansımasıdır. Bu bağlamda, yaşam kalitesi ile ilgili ölçütler, hastaların sahip oldukları hastalık ve ihtiyaç duydukları tedavi hakkındaki görüşlerini içererek, sağlık sonuçları hakkında genel bir perspektif sunmaktadır (Fayers ve Machin, 2016, s.3; Carr ve Higginson, 2001, s.1357). Yaşam kalitesini değerlendirmek, kronik hastalık yükünü belgelemek, zaman içinde sağlıktaki değişiklikleri izlemek, tedavilerin etkilerini değerlendirmek ve sağlık yatırımlarından elde edilen getiriyi ölçmek için önem taşımaktadır (Hays vd., 1994, s.329).

2.2. YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ

Yaşam kalitesinin tanımlanması ve ölçümü zor olmakla birlikte, bireylerin ve toplumun genel refah düzeyini gösteren önemli bir politik hedef niteliğindedir. Yaşam kalitesinin kişiye özel olması, değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle değerlendirmelerde sayısallaştırma tekniklerinden yararlanılmaktadır (Marković vd., 2015, s.2). Son yıllarda, araştırmacılar, yaşam kalitesini ölçmek için genel ve hastalığa özgü ölçüm araçları türetmeye çalışmaktadırlar. Genel ölçüm araçları, hastalık türüne bakılmaksızın farklı nüfus ve farklı hastalıklardaki sonuçları ölçerken; hastalığa özgü

olan araçlar ise kanser, astım, epilepsi gibi belirli bir hastalık türüne özel yaşam kalitesini ölçmektedir (Seow vd., 2019, s.387; Tu vd., 2017, s.2).

Tablo 2, genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçüm araçlarının sınıflandırılmasını göstermektedir.

Tablo 2. Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçlarının Sınıflandırılması

Genel Ölçüm Aracı
Sağlık Profilleri
Tercih Temelli Ölçümler
Hastalığa Özgü Ölçüm Aracı
Hastalığa Özgü (Ör., Diyabet)
Nüfusa Özgü (Ör. Yaşlılar)
Fonksiyona Özgü (Ör., Cinsel İşlev)
Durum ya da Probleme Özgü (Ör. Ağrı)

Kaynak: Coons vd., 2000, s.15

Hem genel hem de hastalığa özgü olan araçlar, sağlık sonuçları için özet bilgi sunmaktadır ve hastaların sağlık durumları ile ilgili algılarına dayandıkları için bu araçların tamamı subjektiftir. Sağlık politikası analistleri, klinik araştırmacılar ve sağlık hizmeti sunucuları; hastalık durumlarındaki değişiklikleri ve sağlık sonuçlarını değerlendirmek için bu ölçüm araçlarından faydalanmaktadırlar (Kane, 2006, s.123; Fayers ve Machin, 2016). Araştırmacıların genel veya hastalığa özgü ölçüm tercihleri, değerlendirmenin amacı ve süresine bağlı olabilmektedir. Araştırmacılar ve klinisyenler, genellikle, araştırılmakta olan müdahaleye, klinik olayın amacına, nüfusun özelliklerine ya da ölçümün yapıldığı ortama göre ilgili sonuç ölçütleri kullanmaktadırlar (Patrick ve Deyo, 1989, s.217).

Genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçümü örneklerle birlikte, bir sonraki bölümde ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

2.2.1. Genel Yaşam Kalitesi Ölçümü

Genel yaşam kalitesi ölçümleri, farklı tıbbi tedaviler veya sağlık müdahaleleri karşısında demografik ve kültürel alt gruplar genelinde, hastalık tipleri ve şiddetleri arasında geniş çapta uygulanabilir nitelikteki ölçümlerdir. Klinik araştırmalarda, klinik uygulamada ve politika analizlerinde sağlık durumunun ve yaşam kalitesinin genel bir değerlendirmesini sunmaktadır. Sağlık durumlarını geniş kapsamlı olarak özetlemek için tasarlanmıştır. Bu ölçümler, birçok farklı hastalık, hasta veya popülasyon için geçerli olan sağlık ya da yaşam kalitesini özetlemektedir. Dolayısıyla, genel yaşam kalitesi ölçümleri, farklı tanıları olan popülasyonlarda kullanılarak; sağlığın fiziksel, sosyal ve duygusal boyutlarını değerlendirmekte ve farklı tip hastalıklar için genel bir perspektifle, yaşam kalitesini değerlendirme avantajına sahip olmaktadır (Seow, 2019, s.387; Tu vd., 2017, s.2).

Genel ölçümler, bir hastalığa özgü olmayan unsurları yakalamaktadır. Böylece tedavilerin hastalıklar üzerindeki etkilerini karşılaştırmak için kullanılabilirler. Genel olarak, tedavi etkilerini değerlendirme ve maliyet etkinliği analizi için bir etkinlik ölçüsü oluşturma gibi iki temel amaç için kullanılmaktadır. Bu ölçümlerin geçerliliği sağlanmış olup farklı popülasyonlar arasında ölçülüp karşılaştırılabilmektedir. Genel yaşam kalitesi ölçümlerinin birçoğu ölüm, hastalık oranı ve ortalama yaşam beklentisi gibi özet rakamlar sağlamak için kullanılmaktadır. Fiziksel, sosyal, duygusal, cinsel, bilişsel işleyiş, acı enerji ve genel refah; en çok ölçülen boyutlardandır (Kane, 2006, s. 123-127).

Tablo 3, en çok kullanılan genel yaşam kalitesi ölçüm araçlarını göstermektedir.

Tablo 3. Genel Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçları Örnekleri

Ölçüm Aracı	Tanımı	Açıklama
Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36) ¹	Genel olarak algılanan sağlık durumunu ölçer.	RAND Corporation tarafından oluşturulmuş ve 8 kategoride 36 maddeden oluşmaktadır. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları, duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması bölümlerinden oluşmaktadır.
EuroQol Instrument (EQ-5D) ²	Genel olarak algılanan sağlık durumunu ölçer.	1990 yılında EuroQol Grubu tarafından ilk kez tanıtılmıştır. Hareketlilik, öz bakım, olağan faaliyetler, ağrı/rahatsızlık ve anksiyete/depresyon olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır.
Nottingham Health Profile (NHP) ³	Genel olarak algılanan sağlık durumunu ölçer.	NHP ile ilgili çalışmalar, 1975'te Nottingham Üniversitesi Toplum Sağlığı Departmanında başlamıştır. İki kısımdan oluşur. Birinci bölüm sağlık üzerine yoğunlaşır ve acı, enerji, uyku, dolaşım, duygusal tepki ve toplumsal izolasyonu ele alan 38 maddeden oluşur. İkinci bölümde, etkilenen yaşam alanlarına odaklanılmış ve meslek, ev işleri, sosyal yaşam, aile yaşamı, cinsel işlev, hobiler ve tatiller ile ilgili sorunları ele alan 7 maddeden oluşmaktadır.
Sickness Impact Profile (SIP) ⁴	Genel olarak algılanan sağlık durumunu ölçer.	Bergner ve diğerleri (1981) tarafından geliştirilen bu ölçek, fiziksel veya psikososyal boyutları olan 12 kategorideki 136 ifadeden oluşmaktadır.
Quality of Well-Being (QWB) Scale ⁵	Genel olarak algılanan sağlık durumunu ölçer.	Seiber ve diğerleri (2008) tarafından geliştirilmiş olup; fiziksel aktiviteler, sosyal faaliyetler, hareketlilik ve semptom/problem komplekslerinden oluşan 4 kategorideki 71 ifadeden oluşmaktadır.
Health Utilities Index (HUI) ⁶	Genel olarak algılanan sağlık durumunu ölçer.	Kanada'da McMaster Üniversitesi tarafından geliştirilmiştir. Duyu, hareketlilik, ağrı, biliş, ambulasyon ve duyguyu içeren bir dizi sağlık alanını ölçmektedir.

Kaynak: ¹Rand Health Care, ²Euroqol Group; ³Hunt vd., 1981; ⁴Bergner vd., 1981; ⁵Seiber vd., 2008; ⁶Torrance vd., 1995

Hastalığa özgü ölçümlerin hastalığın sonuçlarına daha duyarlı olduğu düşünülse de, genel ölçümlerin de hastalıklar arasında karşılaştırmaya olanak tanınması nedeniyle ekonomik değerlendirmeler için daha yararlı olduğu düşünülmektedir (Bowling, 2004; Cunningham, 2000, s.250).

2.2.2. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçümü

Hastalığa özgü ölçümler, spesifik tanısal grupları veya hasta popülasyonlarını değerlendirerek klinik açıdan önemli değişiklikleri ölçmek amacıyla kullanılmaktadırlar. Bunlar, klinisyenlerin, araştırmacıların veya hastaların farkettileri ve önemli olduğunu düşündükleri değişikliklerdir. "Hastalığa özgü" terimi, belirli koşullar veya teşhisler ile tanımlanmış yetişkin hasta popülasyonları için kullanılmaktadır. Bu ölçümler, ilgili hastalığın daha spesifik özelliklerini ölçmeye eğilimlidir ve belirli bir tıbbi durumun durumu yansıtan semptom ve belirtilere odaklanır. Bu nedenle teorik olarak, genel ölçümlerden ziyade tedaviye bağlı küçük değişikliklere karşı daha duyarlıdır (Tu vd., 2017, s.2; Seow, 2019, s.387). Ancak bu ölçümler her zaman hastalıkla ilgili olmayabilmektedir. Belirli koşullara (ağrı, nefes darlığı vb.), belirli işlevlere (cinsel, duygusal işlev vb.) ya da belirli popülasyonlara (yaşlı yetişkinler, engelli çocuklar vb.) ait ölçümler de hastalığa özgü ölçümler olarak sınıflanmaktadır (Patrick ve Deyo, 1989, s.217).

Hastalığa özgü ölçümler, belirli bir hastalığa özel bir sağlık durumunu derinlemesine özetlemek gibi bir avantaja sahiptir. Örneğin, artrit hastalığı için bir tedavinin etkisi araştırılmak istenirse, artritlen etkilenen sağlığın boyutlarını etkileyen bir ölçek kullanılabilir. Dolayısıyla, daha fazla verimlilik ve daha yüksek bakım kalitesi sağlayacak fikirleri sağlamaktır. Ancak, hastalığa özgü ölçütler kullanıldığında, bir çalışmadaki sonuçları diğer çalışmalarla karşılaştırmak açısından dezavantaja sahip olabilmektedir. Diyabet bakımındaki gelişmeler, artrit semptomlarındaki azalma ile kolayca karşılaştırılmamaktadır (Kane, 2006, s.168,169).

Tablo 4, hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçüm araçlarından en çok kullanılan araçlara ilişkin örnekleri göstermektedir.

Tablo 4. Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçları Örnekleri

Ölçüm Aracı	Tanımı	Açıklama
Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) ¹	Astım hastalarının algılanan sağlık durumunu ölçer.	Faaliyet sınırlaması (11 madde), belirtiler (12 madde), duygusal işlev (5 madde) ve çevresel maruz kalma (4 madde) olmak üzere dört boyutlu 32 maddeye sahiptir.
Dermatology Life Quality Index (DLQI) ²	36 farklı deri hastalığında kullanılmaktadır. En çok kullanılan hastalıklar; sedef, egzema, akne ve kronik ürtikerdir.	Belirtiler ve duygular, günlük aktiviteler, boş zaman, çalışma ve okul, kişisel ilişkiler ve tedavi ile ilgili 10 soruyu içermektedir.
Gastroesophageal Reflux Disease-Health-Related Quality-of-Life (GERD-HRQL) ³	Reflü Hastalığı olan hastalarının algılanan sağlık durumunu ölçer.	Ölçüm aracı, 11 ifadeden oluşmaktadır. 10 ifade, hastalığa özgü soruları sorarken, 1 ifade genel hasta memnuniyeti ile ilgilidir.
Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire ⁴	Kalp yetmezliği olan hastaların algılanan sağlık durumunu ölçer.	Fiziksel ve duygusal olmak üzere 2 boyuttan ve 21 ifadeden oluşmaktadır.
Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) ⁵	Kronik böbrek hastalığı olan hastalarının algılanan sağlık durumunu ölçer.	11 boyutun ölçümünü sağlayan 43 ifadeden oluşmaktadır. Kişilerin semptomları, hastalığın günlük hayata etkileri, hasarı, çalışma durumları, sosyal ilişki kalitesi ve uyku gibi özel problemlerini içerir.
Diabetes Quality-Of-Life (DQOL) ⁶	Ulusal Diyabet ve Sindirim ve Böbrek Hastalıkları Enstitüsü tarafından geliştirilmiş olup diyabet hastalarının algılanan sağlık durumunu ölçer.	Yaşam doyumu, diyabet etkisi, diyabet endişesi ve sosyal / mesleki kaygılardan oluşan dört boyutu vardır.

Kaynak: ¹Juniper vd., 1993; ²Finlay ve Khan, 1994; ³Velanovich, 2007; ⁴Rector ve Cohn, 2004; ⁵Hays vd., 1994; ⁶DCCT Research Group, 1988

Genel nüfus için birçok yaşam kalitesi ölçüm aracı geliştirilmiş olsa da, bu araçlar ile klinik olarak önemli olan küçük değişiklikleri tespit etmek her zaman mümkün olmayabilmektedir. Hastalığa özgü ölçümlerin popülerliği, klinik araştırmaların ve uygulayıcıların zamanla ortaya çıkan klinik değişikliklere en duyarlı ölçekleri kullanma gereksinimlerinden kaynaklanmıştır. Farklı hastalıklar, farklı vücut işlevlerini etkileyerek, farklı fiziksel ve duygusal sonuçlara neden olabilmektedir. Dolayısıyla

hastalığa özgü ölçümler, daha dar kapsamlı olmalarına karşın, klinik açıdan önemli farklılıkların kaçırılmaması açısından önem taşımaktadır (Patrick ve Deyo, 1989, s.220-225).

Bu bölüm kapsamında anlatıldığı üzere, yaşam kalitesi kavramı, kronik hastalıkların yönetilmesi sürecinde önemli bir sağlık sonuç verisidir. Dolayısıyla yaşam kalitesinin ölçülmesi ve etkileyen değişkenlerin belirlenmesi önemlidir. Bir sonraki bölümde, önemli sağlık sonuç göstergelerinden bir diğeri olan sağlık hizmeti kullanımı kavramına yer verilmiştir.

3. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Kronik hastalar, sağlık hizmetlerini genel nüfusa göre daha fazla kullanmaktadırlar. Bu durum, sağlık hizmetlerinin ve kaynaklarının etkili şekilde planlanması ve yönetilmesini gerektirmektedir. Kronik hastaların sağlık hizmeti kullanımlarını belirlemek ve bunu etkileyen değişkenleri saptamak, kronik hastalıkların yönetilmesi açısından önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti kullanımının azaltılması, kronik hastalık yönetiminin temel hedeflerinden birisidir. Bu bölüm kapsamında, sağlık hizmeti kullanımı kavramsal olarak tanımlanmış ve sağlık hizmeti kullanımının belirleyicileri açıklanmıştır.

3.1. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI KAVRAMI

Kronik hastalar, sağlık hizmetlerinin sürekli kullanıcılarıdır. Yaşlanan toplumlarda, yaşlı nüfusun sayısı artmakta olduğundan, toplumdaki kronik hasta sayısı da artmaktadır (Carr-Hill vd., 1996, s.1008). Bu durumun sonucu olarak, sağlık hizmetlerine yönelik talepler giderek artmakta ve sağlık hizmetleri maliyetlerinin de artmaya devam etmesi beklenmektedir (Klein, 1993, s.752). Bu maliyetleri en aza indirmek için, sağlık hizmetlerinin kullanılma durumlarının araştırılması gerekmektedir. Bu aşamada, sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek önem taşımaktadır. Böylelikle bu faktörlerin yönetim organları tarafından yürütülen planlı müdahalelerle en aza indirilmesi sağlanabilir (de Boer vd., 1997, s.101).

Sağlık hizmetleri kullanımı, profesyonel sağlık hizmeti arayışı ve sağlık problemlerini tedavi etmek veya önlemek amacıyla sağlık hizmetlerine yönelme süreci olarak tanımlanmaktadır (Scheppers vd., 2006, s.326). Gökkaya ve Erdem (2017, s.151)'e göre sağlık hizmeti kullanımı, belirli bir sağlık hizmetinin sağlık ihtiyacına sahip kişiler tarafından kullanılmasıdır. Önemli bir sağlık sonuç göstergesi olan sağlık hizmetleri kullanımı, sağlık durumu ve tüketici memnuniyeti gibi sonuçları etkileyen ve hatta sağlık politikalarının bir ölçütü olabilen bir kavramdır (Ngwakongwi, 2017, s.55).

Sağlık hizmetleri kullanımı; tür, yer, amaç ve zaman aralığına göre farklılık gösterebilmektedir. Hizmet kullanımının türü, alınan ve sunulan hizmetin türünü (hastane, hekim, diş hekimi, eczacı vs.) ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunulduğu

yer, sağlık hizmetinin alındığı yeri kapsamaktadır (hekimin ofisi, hastane polikliniği, acil servis odası vs.). Hizmet kullanımının amacı, koruyucu sağlık hizmeti sunmak, bir hastalığa ilişkin tedavi vermek veya hastayı gözetim altında tutmak olabilmektedir. Zaman ise hizmet sunumu sırasındaki görüşme, hizmetin kapsamı ya da hizmetin sürekliliği ile açıklanabilmektedir (Aday ve Andersen, 1974, s.214). Yukarıda bahsedilen hastaların sağlık hizmeti kullanımlarını belirleyen özellikler, Tablo 5’te tür, amaç ve zaman başlıkları ile ele alınmıştır.

Tablo 5. Sağlık Hizmeti Kullanımının Özellikleri

Tür	Amaç	Zaman
<ul style="list-style-type: none"> • Hastane • Hekim • İlaçlar • Dış Hekimi • Bakım Evi • Diğer 	<ul style="list-style-type: none"> • Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri • İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri • Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri 	<ul style="list-style-type: none"> • İletişim • Hacim • Aralıklı Bakım

Kaynak: Andersen ve Newman, 1973, s.5

İnsanlar, sağlık hizmetlerini birçok nedenden dolayı kullanmaktadırlar. Hastalıkları tedavi etmek ve iyileştirmek, gelecekteki sağlık sorunlarını önlemek veya geciktirmek, ağrıyı azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak için sağlık hizmetleri kullanılabilir. Sağlık hizmeti kullanımı, sağlık tesislerinden alınan hizmetleri kapsadığı gibi, reçeteli ilaçların ve diğer tıbbi ürünlerin kullanımını da kapsamaktadır (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018, s.21). Loue ve Sajatovic (2011, s.774)’e göre, sağlık hizmeti kullanımı, kişilerin sağlık sorunlarını önlemek ve tedavi almak, sağlık ve refah bakımını teşvik etmek ya da kişinin sağlık durumu hakkında bilgi elde etmesi amacıyla, aldıkları hizmet miktarının bir açıklamasıdır ve kısaca bireylerin tıbbi hizmetlere erişim oranı olarak tanımlanabilmektedir. Dolan ve Atchison (1993, s.961)’a göre ise sağlık hizmeti kullanımı, insanların bakıma muhtaç olduklarını, bakım almak isteyip istemediklerini ve bakıma erişip erişemeyeceklerini bilip bilmeme durumlarına göre şekillenen ihtiyaç ile belirlenmektedir. Bir hekimi ziyaret etme, sağlık profesyonelleri ile iletişim, hastaneye yatış, kişisel bakım alma, hemşirelik bakımı alma,

hastane, bakımevi ya da rehabilitasyon merkezlerinin kullanımı, acil servis kullanımı, uygulanan tetkik sayısı, kullanılan ilaç sayısı ve tedavi maliyeti; sağlık hizmeti kullanımını ölçmek için literatürde en çok kullanılan göstergelerdendir (Nurmi vd., 2013; Shimizu vd., 2015; Gobbens vd., 2012).

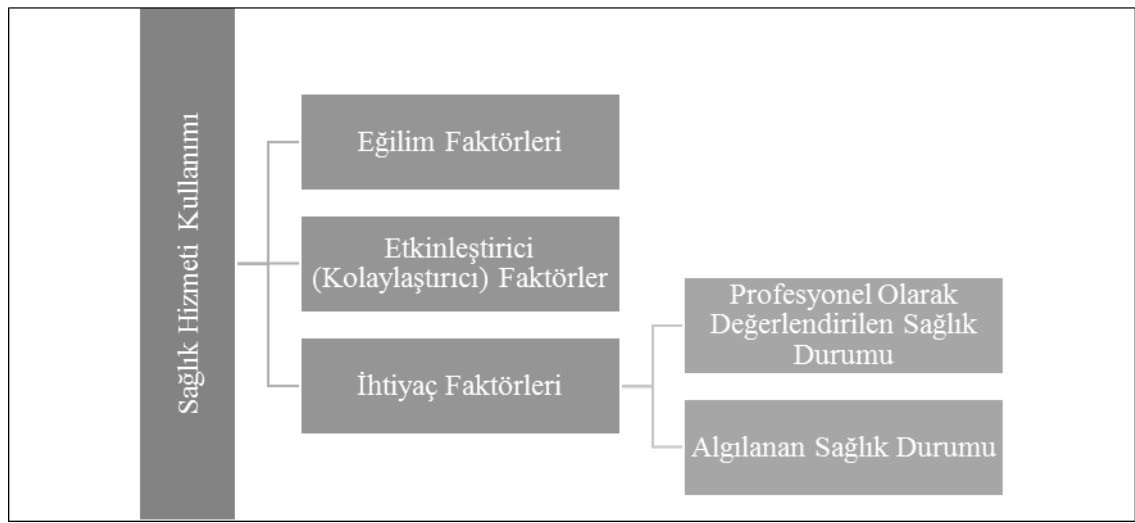
3.2. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMININ BELİRLEYİCİLERİ

Sağlık kaynaklarının kullanımındaki değişiklikleri izlemek, geleceğin sağlık harcamalarını tahmin etmek, personel ve malzeme gibi gelecekteki sağlık ihtiyaçlarını öngörmek için temel olarak kabul edilmektedir (Shimizu vd., 2015; Gobbens vd., 2012). Sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği ve kullanımı çeşitli faktörlere bağlıdır. Teorik olarak, “ihtiyaç”, sağlık hizmeti kullanımının en önemli belirleyicisidir (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018, s.17). Bradshaw (1972, s. 78, 79) sağlık ihtiyacını, dört farklı türe ayırmıştır. Bunlar; normatif, ihtiyaç, hissedilen ihtiyaç, ifade edilen ihtiyaç ve karşılaştırmalı ihtiyaçtır. Normatif sağlık ihtiyacı, bir sağlık profesyoneli tarafından belirlenen ihtiyaçtır. Dolayısıyla bu ihtiyaç, sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerileri doğrultusunda şekillenmektedir. Hissedilen ihtiyaç, toplumdaki bireyin hissettiği ihtiyaçtır. Bu ihtiyaç, tamamen bireyin öznel algılamalarına bağlıdır. İfade edilen ihtiyaç, hissedilerek algılanan ihtiyacın eyleme dönüştürülmesi ile açığa çıkmaktadır. Son olarak, karşılaştırmalı ihtiyaç, aynı sosyodemografik özelliklere sahip bireylerin ya da toplumların karşılaştırılması ile tanımlanmaktadır (Stirling vd., 2010, s. 123; Bradshaw, 1972, s. 78, 79).

Sağlık ihtiyaçları, sağlık hizmeti kullanımının önemli belirleyicileri olmalarına karşın; bazı sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu halde, ulaşılamamakta; bazı hizmetlere ihtiyaç duyulduğunun farkına varılamamakta; bazı hizmetlerin kullanımı ise birtakım protokollerin takip edilmesini gerektirmektedir (Kale vd., 2013, s.2; Kressin ve Groeneveld, 2015, s.112; Lyu vd., 2017, s.2). Dolayısıyla sağlık hizmeti kullanımı ile ihtiyaç ilişkisi literatürde “*linik buzdağı*” modeli ile kavramsallaştırılmıştır. Bu modele göre, buzdağının kendisi bir doktor tarafından tedavi edilebilecek tıbbi ihtiyaçlar kümesini temsil etmektedir. Buzdağının suyun üstünde olan kısmı, bir hekimin dikkatini çeken ihtiyaçları ifade etmektedir. Su üstündeki bu kısım ne kadar büyükse, sağlık hizmetine erişim o kadar büyük olmaktadır. Suyun altında kalan kısım ise,

hissedilmeyen, hissedilen ancak belirtilmeyen, hekimin farkedemediği ya da henüz teşhisi konulmamış hastalıklar olabilmektedir (Navarro, 1971, s.712, 713; Aday, 1975, s. 449; Aday ve Andersen, 1974, s. 210).

Andersen ve Newman sağlık hizmeti kullanımını değerlendirmek için bir model önermişlerdir (Andersen ve Newman, 1973). Bu model, bir takım koşulların bir kişinin kullandığı sağlık hizmetlerinin türüne veya miktarına katkıda bulunduğunu varsaymaktadır. Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen bu koşullar; eğilim faktörleri, kolaylaştırıcı faktörler ve ihtiyaç faktörleri olarak üçe ayrılmaktadır (Şekil 11).



Şekil 11. Andersen ve Newman'ın Sağlık Hizmetleri Kullanımı Modeli

Kaynak: Andersen ve Newman, 1973, s.14

Eğilim faktörleri arasında yaş, cinsiyet, ırk, eğitim ve medeni durum gibi demografik özellikler bulunmaktadır. Her ne kadar bireyler demografik özellikleri nedeniyle sağlık hizmetlerini kullanma eğilimi gösterebilirler de, bunu yapmaları için birtakım başka faktörler de mevcut olmaktadır. Bir kişinin sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili ihtiyacı karşılamasına izin veren bir koşul, etkinleştirme faktörü olarak tanımlanır. Etkinleştirici (kolaylaştırıcı) faktörler; gelir, sağlık sigortası, sosyal destek, sağlık merkezine uzaklık, sağlık kurumunun türü ve sağlık sistemi gibi sağlık hizmetlerinin kullanımını kolaylaştıran veya engelleyen koşullardan oluşur.

Diğer taraftan, bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanma gereği olarak hastalığı algılaması gerekmektedir. Bu durumda, ihtiyaç faktörleri ortaya çıkmaktadır. İki adet

ihtiyaç faktörü kategorisi vardır. Bunlar; profesyonel olarak değerlendirilen sağlık durumu ve öznel olarak değerlendirilen sağlık durumudur. Profesyonel olarak değerlendirilen sağlık durumu kategorileri hastalık şiddeti, hastalık süresi ve semptom şiddetini içermektedir. Algılanan sağlık durumu ise genel yaşam kalitesi, algılanan sağlık, günlük yaşam aktiviteleri, depresyon, psikososyal sıkıntı ve diğer psikolojik değişkenleri içerir (Bourbeau vd., 2003, s.6).

Sağlık hizmetlerinin ne kadar kullandığı, hangi sağlık hizmeti türlerinin kullanıldığı ve bu kullanımın zamanlaması, bazı temel güçler tarafından belirlenmektedir. Bu güçler sağlık profesyonelleri, meslek birlikleri, sosyal güvenlik kurumları ve sigorta şirketleri olabilmektedir. Bazı güçler (hekimler vb.) daha fazla kullanımı teşvik ederken; diğerlerinin (sosyal güvenlik kurumu vb.) caydırıcı etkileri olabilmektedir. Örneğin, antibiyotikler ve halk sağlığı girişimleri, insanların antibiyotik direncini artırmasına rağmen birçok bulaşıcı hastalık için sağlık hizmeti alma ihtiyacını da önemli ölçüde azaltmıştır. Bununla birlikte, kronik hastalık prevalansındaki artışlar, genel kullanımdaki artışlara katkıda bulunabilmektedir. Tüketici tercihleri, hastane ve bakımevi dışındaki ortamlarda alınan tedavi miktarını değiştirmiş olabilmektedir. Düzeltici göz ameliyatları gibi yeni tedavi teknolojileri, talebi artırabilmektedir (Bernstein vd., 2003, s.6).

Şekil 11, sağlık hizmetleri kullanımındaki eğilimleri zamanla etkileyen bazı temel güçleri tanımlamaktadır.

	<p>Sağlık Hizmeti Kullanımını Azaltabilecek Faktörler</p>		<p>Sağlık Hizmeti Kullanımını Artırabilecek Faktörler</p>
<p>Halk sağlığı / sanitasyon ilerlemeleri (Örn. Gıda ve su dağıtımı için kalite standartları)</p> <p>Hastalıkların önleme girişimlerinde risk faktörlerinin daha iyi anlaşılması (Örn. Sigara önleme programları, kolesterol ilaçları)</p> <p>Hastaları tedavi eden veya ortadan kaldıran tedavilerin keşfi / uygulanması</p> <p>Kullanımda düşüşü öneren belgeler ve yönergeler</p> <p>Maliyetleri azaltmak için ödeyici baskıları</p> <p>Uygulama örüntülerindeki değişiklikler (Örn. Özbakımı ve sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmek, hastanede kalış süresini kısaltmak)</p> <p>Tüketici tercihindeki değişiklikler</p> <p>Diğer bakım alanlarına geçişler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teknoloji izin verirse (Örn. Ayaktan ameliyat) • Alternatif bakım alanları mevcut ise (Örn. Destekli yaşam) 		<p>Artan arz (Örn. Ayaktan ameliyat merkezleri, destekli yaşam evleri)</p> <p>Yaşlı nüfusun artması</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yaşlanma ile ilişkili fonksiyonel sınırlamalar • Yaşlanma ile ilişkili daha fazla hastalık • Artan ölüm <p>Yeni ilaçlar, mevcut ilaçların genişletilmiş kullanımı</p> <p>Yeni prosedürler ve teknolojiler (Örn. Kalça değiştirme, stent yerleştirme)</p> <p>Yeni hastalıklar (Örn. Biyoterorizm)</p> <p>Artan sağlık sigortası kapsamı ve daha kapsamlı sigorta için tüketici / çalışan baskıları</p> <p>Nüfus Artışı</p> <p>Tüketici tercihleri ve taleplerindeki değişiklikler (Örn. Kozmetik cerrahi, kalça ve diz değiştirme, ilaçların doğrudan pazarlanması)</p>	

Şekil 12. Sağlık Hizmetleri Kullanımını Zamanla Etkileyen Bazı Temel Güçler

Kaynak: Bernstein vd., 2003, s.7

Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezine göre, son yıllarda, sağlık hizmeti sunum sistemlerinde meydana gelen değişiklikler, sağlık hizmeti kullanımını da etkilemiştir. Yeni ilaçlar, cihazlar, prosedürler ve testler gibi yeni ortaya çıkan teknolojiler, sağlık hizmetlerinin kapsamını değiştirmiş ve hizmet sunum alanlarında değişiklik yaratmıştır. Önceden birkaç haftalık iyileşmeyi gerektiren prosedürler, artık sadece birkaç gün gerektirmektedir. Buna ek olarak, nüfusun yaşlanması, nüfustaki sosyodemografik değişimler ve çeşitli hastalıkların prevalans ve insidansındaki değişiklikler sağlık hizmeti kullanımını etkilemiştir. Örneğin, kronik koşulların yaygınlığı arttıkça, işlev

kaybını en aza indirmek için hasta güçlendirmesine dayalı olarak tasarlanmış konut ve toplum temelli sağlık hizmetleri önem taşımaya başlamıştır. Diğer taraftan, sağlık harcamalarını kontrol etmek için sigorta şirketleri ve diğer ödeyeciler tarafından kullanılan bakım ve ödeme mekanizmalarındaki değişiklikler, sağlık hizmeti kullanımını da etkilemiştir (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018, s.17). Sağlık hizmetleri kullanımı, kişinin ya da ailenin geliri, sağlık sigortasının kullanılabilirliği, hastanın tercihleri ve inançları, kültürü, doktor-hasta ilişkileri, hastanın eğitim düzeyi, kurumsal faktörler ve politikalar gibi çok farklı değişkenler tarafından yönlendirilmektedir (Loue ve Sajatovic, 2011, s.774). Tüm bunlar göz önüne alındığında, eğer tüm insanlar sınırsız sağlık hizmeti alabiliyor olsalardı, hem hasta hem de sağlayıcı tarafından algılanan ihtiyaç, sağlık hizmeti kullanımının tek belirleyicisi olabilirdi. Ancak sağlık hizmetlerinin sınırsız ve herkese sunulmasının önünde ödeme gücü ya da kaynak kısıtlılığı gibi engeller olması, sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerin araştırılarak incelenmesini gerekli kılmaktadır (Bernstein vd., 2003, s.6).

Bu bölüm kapsamında değinildiği üzere, sağlık hizmeti kullanımını ve etkileyen faktörleri belirlemek, makro düzeyde sağlık hizmetlerinin, mikro düzeyde hastalıkların planlanarak yönetilmesi konusunda önemli bir araç olabilmektedir. Bir sonraki bölümde, kronik hastalık yönetiminin önemli bileşenlerinden biri olan tedaviye uyum konusuna yer verilmiştir.

4. BÖLÜM: TEDAVİYE UYUM

Kronik hastaların tedavi sürecine uyum sağlamaları, sağlıklarını sürdürmelerinin en önemli bileşenini oluşturmaktadır. Tedaviye uyum gösterme davranışı, önlenbilir nedenlerden kaynaklanan sağlık hizmeti kullanımının azalmasına ve yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunabilmektedir. Bu araştırmanın örneklemini oluşturan kronik böbrek hastalarının karmaşık tedavi rejimlerine uyum göstermeleri gerekmektedir. Aksi halde, hastalık, hastaneye yatış ya da ölüm riskini artıran olumsuz sağlık sonuçları meydana gelebilecektir. Bu bölüm kapsamında, tedaviye uyum kavramı açıklanmış, tedaviye uyumu etkileyen faktörler sıralanmış ve kronik hastalarda tedaviye uyum konusuna değinilmiştir.

4.1. TEDAVİYE UYUM KAVRAMI

Kronik hastalıklar, dünyadaki en yaygın ölüm ve sakatlık nedenini oluşturmaktadır. Kronik hastalık yönetimi ise genellikle uzun süreli bir bakım planı gerektirmektedir. Giriş bölümünde ifade edildiği üzere, kronik hastalık yönetiminde tedaviye uyum, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve uygun maliyetli sağlık bakımını sağlamak için önem taşımaktadır (Viswanathan vd., 2012, s.785).

Dünya Sağlık Örgütü, tedaviye uyumu, “bir kişinin bir sağlık kurumunun tavsiyeleri ile uyumlu olarak ilaç alması, diyet yapması ve yaşam tarzında değişiklikler yapmasının derecesi” olarak tanımlamıştır (Sabate, 2003, s.3). Ockene ve diğerleri (2002, s.630) fiziksel aktivite, diyet ve farmakoterapiye uyum dahil olmak üzere davranışlarda değişiklikler yapılmasını tedaviye uyum olarak nitelendirmiştir. Loghman-Adham (2003, s.155) tedaviye uyumu, sağlık hizmeti sunucusunun uygun gördüğü gerekliliklere olumlu olarak cevap veren hasta davranışı olarak tanımlamıştır. Cochrane ve diğerleri (2000, s.542) ise bir hastanın ilaç almak, diyeti takip etmek veya yaşam tarzı değişikliklerini yürütmek gibi davranışlarının tıbbi öneriler ile örtüşmesi olarak tanımlamışlardır. Selinger ve Robinson (2014, s.24) tedaviye uyumsuzluğu, belirlenen tedavi planından sapma olarak tanımlamışlardır. Burnier ve diğerlerine (2014, s.39) göre tedaviye uyum, hastanın tedaviye ilişkin davranışlarının sağlık hizmeti

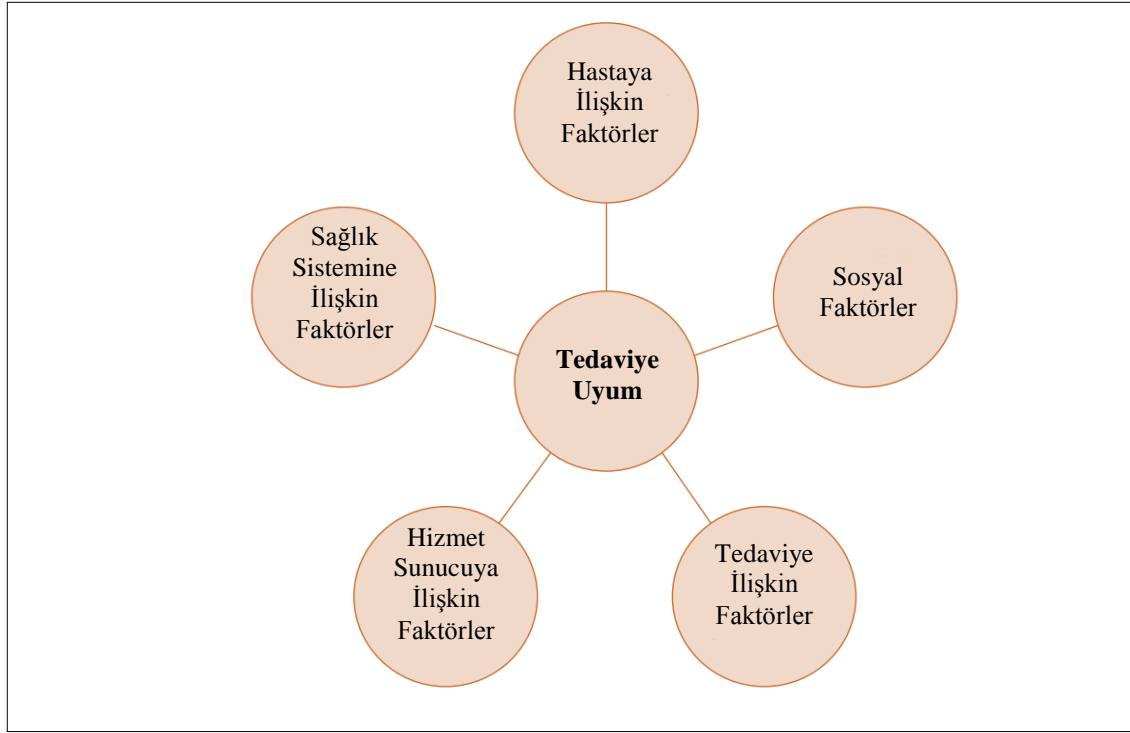
sunucusunun tavsiyeleri ile uyuma derecesi olarak tanımlanmıştır. Tedaviye uyumun iki ayrı bileşeni vardır. Bunlar; kalıcılık ve yürütmedir. Kalıcılık, hastanın önerilen tedaviye, tedavinin başlatılmasından kesilmesine kadar uyum göstermesi; yürütme ise önerilerin eksiksiz olarak yerine getirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Selinger ve Robinson, 2014, s.24).

Dünya Sağlık Örgütü, tedaviye uyumun artırılmasının tıbbi tedavideki gelişmelere göre sağlık üzerinde daha büyük bir etkiye sahip olduğunu vurgulamıştır (Brown ve Bussell, 2011, s.268). World Health Organization (2003, s.7) ise tıbbi tedaviye olan düşük uyumun, kronik hastalıkların yönetiminde ciddi bir zorluk olduğuna dikkat çekmiştir. Vélez-Vélez ve Bosch (2016, s.850), tıbbi tedaviye olan uyumsuzluğun özellikle kronik hastalıklarda daha yaygın olduğuna işaret etmiştir. Yapılan araştırmalar, kronik hastalık rejimlerine olan uyumun %50'nin altında olduğunu göstermektedir (Leggat vd., 1998; Schmid vd., 2009; Kugler vd., 2011; Clark vd. 2014). Tedaviye uyum göstermeme, ilaçlara cevap vermede başarısızlığın ve kötü tedavi sonuçlarının en yaygın nedeni olarak görülmektedir. Genellikle ek tıbbi testlere, tedavi planındaki değişikliklere, acil servis ziyaretlerine ya da hastaneye yatışa yol açarak, sonuçta tıbbi bakım maliyetinin artmasına neden olmaktadır (Loghman-Adham, 2003, s.168). Yani, tedaviye uymama durumu, morbidite, mortalite ve finansal maliyetlerle (gereksiz maliyet, tedavi maliyeti artışı) sonuçlanabilmektedir. Ayrıca, hem kaynak israfını hem de tedavi ile alınacak faydanın kaçırılmış fırsatını da beraberinde getirmektedir (Jenkins-Jones vd., 2018, s.309). Bender ve Rand (2004, s.191), tedaviye uyumsuzluğun ABD sağlık sistemine yıllık 100 - 300 milyar dolara mal olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde başka bir araştırma, hastaneye yatışların %10'unun tedaviye uyumsuzluktan kaynaklandığı sonucuna ulaşmıştır (Vermeire vd., 2001, s.331).

4.2. TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tedaviye uyum, ilaç alımından doktor kontrolüne gitmeye kadar, sağlık bakımının her aşamasını kapsamaktadır. Tedaviye uyum sağlamama durumu, farklı nedenler sonucunda olabilmektedir. Bekar olma, erkek olma, tam zamanlı çalışma, komorbidite, kronik hastalığın nedenleri, sonuçları, iyileşme potansiyeli ve semptomları gibi faktörler; farklı araştırmacılar tarafından tedaviye uyumu etkileyen faktörler olarak

bulunmuştur (Jackson vd., 2010; Giang vd., 2012; Yang vd., 2009; Vélez Vélez ve Bosch, 2016). Selinger ve Robinson (2014, s.28), tedaviye uyumu etkileyen faktörleri, beş başlık altında toplamıştır (Şekil 13).



Şekil 13. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler

Kaynak: Selinger ve Robinson, 2014, s.28

Ulaşılabilirlik ve erişim gibi sağlık sistemine ilişkin faktörler, hastanın inancı gibi hastaya ilişkin faktörler, gelir durumu gibi sosyal faktörler, yan etki gibi tedaviye ilişkin faktörler ve hekim ile ilişkiler gibi hizmet sunucuya ilişkin faktörler; tedaviye uyumu etkileyen faktörler olarak sınıflandırılmıştır. Tedaviye uyumu etkileyen bu faktörlerin tespit edilerek, kaynak israfı, düşük yaşam kalitesi, tedavinin beklenen sonuca ulaşmaması gibi uyumsuzluğun olumsuz sonuçlarının ortadan kaldırılması önem taşımaktadır (Selinger ve Robinson, 2014, s.27,28). Levensky (2006, s.447) de tedaviye uyumu etkileyen faktörleri beş grupta sınıflandırmıştır. Bu faktörler örneklerle aşağıdaki tabloda açıklanmıştır:

Tablo 6. Tedaviye Uyum Göstermeme Davranışını Etkileyen Faktörler

Hasta İle İlgili Faktörler
Tedavi gereksinimleriyle ilgili bilgi eksikliği Bilişsel açıklar (ör. Unutkanlık) Zayıf sağlık okuryazarlığı Öz-yönetim becerilerinin eksikliği Yetersiz sosyal destek Sağlık ve gelecek hakkında düşük motivasyon, ilgisizlik veya kötümserlik Olumsuz geçmiş deneyimler
Tedavi Rejimi İle İlgili Faktörler
Yüksek ve karmaşık tedavi talepleri (ör., Çok sayıda hapın alınması, diyetle önemli değişiklikler vb.) Tedavi gereksinimleri ile hastanın yaşam tarzı arasındaki zayıf uyum Tedavinin uzun süresi Sık ve / veya şiddetli yan etkiler Yüksek tedavi maliyeti
Hasta-Hizmet Sunucu İlişkisi İle İlgili Faktörler
Hasta ve hizmet sunucu arasındaki kötü iletişim Hasta ve hizmet sunucu arasındaki güven eksikliği Hasta ve hizmet sunucunun tedaviye ilişkin farklı beklentilerinin olması
Klinik Ortam İle İlgili Faktörler
Hizmete yetersiz erişilebilirlik Süreklilik / bakımın sağlanamaması Yardımcı olmayan personel Klinikte kötü itibar
Hastalığın Özellikleri
Uzun süreli sağlık problemi süresi Hastalığın şiddeti Hastanın yaşadığı semptomlar ve belirtiler (ör., hareket yetersizliği, görme sorunu vb.)

Kaynak: Levensky, 2006, s.447

4.3. KRONİK HASTALARDA TEDAVİYE UYUM

Genellikle karmaşık tedavi rejimlerini ve birden fazla hastalığı da beraberinde getiren kronik hastalıklarda, tıbbi tedaviye ve tedavi rejimine olan düşük bağlılık, yaygın bir sorunu oluşturmaktadır. Kronik böbrek hastalığının tedavisi de, çok yönlü ve karmaşık bir tedavi gerektirmekte olup, uygun sağlık sonuçları ve tatmin edici bir yaşam kalitesi elde etmek için tedavi protokollerine sıkı bir şekilde bağlı kalmak önem taşımaktadır. Kronik böbrek hastaları için tedaviye uyum; diyaliz programına, diyet önerilerine, sıvı kısıtlamasına, ilaç tedavisine uyum sağlamakla birlikte tedavi süresinde hastanın alışkanlıklarında ve yaşam biçiminde davranış değişiklikleri yapmasını kapsamaktadır.

Hastaların sağlığının sürdürülmesinde, hastanın tedavi programına aktif katılımı, tedavi rejimine ve önerilere uyumu önem taşımaktadır (Theofilou, 2013, s.188).

Diyaliz tedavisi alan hastalar, düzenli olarak sınırlayıcı sıvı alımını rutin olarak sürdürmek, diyet gereksinimlerini korumak, düzenli hemodiyaliz seanslarına katılmak ve birden fazla ilaç almak gibi kısıtlamaların olduğu bir tedavi rejimine bağlı olmak durumundadırlar (American Kidney Fund, 2018; Vélez-Vélez ve Bosch, 2016, s.850). Hastalarda beslenme rejimi, hastalığın ilerlemesinin önlenmesi veya yavaşlatılması, toksisitenin azaltılması, iyi beslenmenin sağlanması ve sıvı elektrolit dengesizliklerinin engellenmesi amacı ile uygulanmaktadır. Böbrek hastalarının ultrafiltrasyon miktarı ve idrar miktarları hesaplanarak günlük sıvı tüketim miktarları düzenlenmektedir. Fazla sıvı tüketilmesi, hastada toksik maddelerin birikimine buna bağlı olarak morbidite ve mortalite artışına sebep olabilmektedir. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında komplikasyonların oluşmaması amacıyla gerekli durumlarda antiasid, fosfat bağlayıcı ilaçlar, demir preparatları, diüretikler, antiemetik ilaçlar ve psikolojik sorunların tedavisi için farmakolojik ajanlardan faydalanılmaktadır (Ahrari vd., 2014, s.12).

Diğer taraftan, diyaliz tedavisi alan hastalarda tuz ve su tutma, fosfat retansiyonu, sekonder hiperparatiroidizm, hipertansiyon, kronik anemi, hiperlipidemi ve kalp hastalığı gibi birçok problem de görülmektedir. Ayrıca, diyaliz hastalarının neredeyse yarısında diyabet tanısı vardır (Kammerer vd., 2007, s.479). Bu sağlık sorunlarının yönetimi, bir hastanın yaşam tarzına dair çok sayıda, karmaşık ve kaçınılmaz olan talepleri ortaya koymaktadır (Saran vd., 2003, s.254).

Chiu ve diğerleri (2009, s.1089) ileri dönem böbrek hastalığına sahip diyaliz hastaları ile yapıtıkları araştırmalarında, hastaların günlük ortalama 19 ilaç aldıklarını ve dörtte birinin günlük 25'den fazla ilaç aldıklarını saptamıştır. Bailie ve diğerleri (2005, s.1110) ise hastalığın erken safhalarında, hastaların ortalama 6-12 ilaç ile tedavi edildikleri sonucuna ulaşmışlardır. Bu karmaşık tedavi rejimi içinde hastanın tedaviye bağlılık göstermesi ve uyum sağlaması büyük önem taşımaktadır (Jha vd., 2013, s.382; Burnier vd., 2014, s.39). Tedaviye uyum göstermeme durumu, hastaneye yatışlara, olumsuz sağlık sonuçlarına ve hatta ölümlere neden olabilmektedir. Dolayısıyla, kronik böbrek rahatsızlığına sahip hastaların tedaviye uyumlarının zayıf olması, önemli tıbbi, sosyal ve ekonomik sonuçları taşıyan yaygın bir sorundur (Kammerer vd., 2007, s.479).

Literatürde, kronik böbrek hastalarının tedaviye uyumları özellikle şu alanlarda ölçülmüştür: Diyaliz tedavisi seanslarına uyum, su alımına uyum, diyete uyum ve ilaç tedavisine uyum (Lins vd., 2017, s.559; Geldine vd., 2017, s.5). Diyaliz tedavisi alan hastaların ilaçlara bağlılığını ölçen bir araştırma sonucu, hastaların %55,4'ünün ilaç tedavisine uymadığını göstermiştir (Sgnaolin ve Figueiredo, 2012, s.109). Başka bir araştırma ise hastaların %50'sinin su alımındaki kısıtlılığa dikkat etmediğini, %44'ünün ise diyet önerilerine uymadığını göstermiştir (Khalil vd., 2011, s.6). Ghimire ve diğerleri (2015, s.2), hemodiyalize giren hastaların tedaviye uyumlarını, 44 çalışmadan elde ettikleri sistematik analiz bulguları ile ortaya koymuşlardır. Genç yaşta olmak, komorbidite ve tedavi rejiminin karmaşıklığı; tedaviye uyumu etkileyen başlıca faktörler olarak bulunmuştur. Diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye olan uyumlarının büyük önem taşıdığı göz önüne alındığında, tedaviye uyumu artırmak için altta yatan nedenleri incelemek, uyumsuzluğun önündeki engelleri anlamak ve önlemler geliştirmek önem taşımaktadır.

Amerikan Böbrek Fonu (American Kidney Fund), diyaliz tedavisine bağlılık ile ilgili en önemli zorlukları tanımlamak için diyaliz hastaları ve böbrek hastalığı uzmanları ile araştırmalar gerçekleştirmiş ve hastaların tedavi rejimlerine uyumlarını zorlaştıran ortak engelleri daha iyi anlamaya çalışmış ve hastaların tedaviye uyumlarını engelleyen 5 davranış türünü belirlemiştir (American Kidney Fund, 2018, s.4). Bu davranışlar, aşağıda sıralanmıştır:

- Bir diyaliz seansına katılmamak veya seansı erken sonlandırmak
- Tavsiye edilen ilaç dozlarına uymamak
- Tavsiye edilenden daha fazla sıvı tüketmek
- Tavsiye edilen diyete uymamak
- Yürüyüş gibi basit fiziksel aktiviteleri yapmamak, aktif olmamak

Amerikan Böbrek Fonu'nun 2018 yılında, Amerika'nın 50 eyaletinden 1200 diyaliz tedavisi alan hasta ile gerçekleştirdiği araştırmanın sonuçlarına göre ise; hastaların yarısından fazlası (%58) diyet önerilerine uyum göstermediklerini, %75'i haftada 1'den fazla defa bir hap veya ilaç dozu eksik aldıklarını, %30'undan fazlası ise önerilenden daha fazla sıvı tükettiklerini belirtilmiştir (American Kidney Fund, 2018, s.5).

Bu bölüm kapsamında anlatıldığı üzere, kronik hastalarda tedaviye uyum, olumlu sağlık sonuçları açısından büyük önem taşımaktadır. Bir sonraki bölümde, kronik hastalıkların yönetiminde önemli değişkenlerden biri olan hasta aktifliği kavramına yer verilmiştir.

5. BÖLÜM: HASTA AKTİFLİĞİ

Hasta aktifliği kavramı, artan yaşam kalitesi ve azalan sağlık hizmeti kullanımı gibi olumlu sağlık sonuçları ile yakından ilişkili bir kavramdır. Özellikle kronik hastaların aktiflik seviyesini artırmak sağlık sonuçlarında yaratacağı olumlu katkı ile o hastalığın yönetimi konusunda sağlık hizmeti sunucularına yol gösterebilecektir. Bu araştırmanın örneklemini oluşturan kronik böbrek hastalarının da yüksek aktifliğe sahip olmaları önemlidir. Bu bölüm kapsamında, hasta aktifliği kavramı açıklanmış ve kronik hastalarda aktifliğin önemine değinilmiştir.

5.1. HASTA AKTİFLİĞİ KAVRAMI

Nüfus artışı, hastaların sağlık ihtiyacı düzeylerindeki değişiklikler, finansal olarak sürdürülemez hale gelen sağlık sistemleri, gelecekteki talebi karşılayabilecek etkili bir sistemin nasıl en iyi şekilde geliştirilebileceği sorusu, hastaların sağlık sisteminde oynadığı rolü daha da önemli hale gelmiştir (Hibbard ve Gilbert, 2014, s.5). İnsanların günlük yaşamlarında yaptıkları - ne yedikleri, ne kadar egzersiz yaptıkları ve tıbbi tavsiyeleri ne kadar takip ettikleri - büyük ölçüde sağlıklarını ve sağlık hizmetleri gereksinimlerini belirlemektedir (World Health Organization, 2005, s.48). Hasta davranışının sağlık sonuçları üzerindeki etkisi ise hastalığın önlenmesinden uzun vadede sağlık koşullarının yönetimine kadar her şeyde görülebilmektedir. Bu durumun bir sonucu olarak, bireylerin kendi sağlığına daha fazla ilgi duymalarına yardımcı olacak birçok mekanizma geliştirilmiştir. Bunlar, hasta ve sağlık profesyonellerinin ortaklaşa yaptığı sağlık bakımı kararlarının sayısını arttırmak için ortak karar verme ve ortak davranışları ve müdahaleleri değiştirmeyi amaçlayan halk sağlığı girişimlerini içermektedir. Bu mekanizmaların merkezinde, insanların kendi sağlık hizmetlerine ne kadar katılabildiği konusu vardır (Chen vd., 2016, s.8).

Hastaların sağlık hizmeti ve tedavi süreçlerinin merkezinde yer alarak, bireysel bakımlarına katkı sağlamaları, hastaların aktifliğini ifade eden bir kavram olarak kullanılmaktadır (David vd., 2018, s.1778). Hibbard ve diğerleri (2004, s.1006), hasta aktifliğini davranışsal bir kavram olarak nitelendirmişler ve bireyin sağlık ve sağlık

hizmetlerini yönetme konusunda bilgi, beceri ve güveni olarak tanımlamışlardır. Buna ek olarak, aktiflik düzeyi yüksek olan hastaların sağlık bakım sürecindeki rollerini anlayarak, bu rolü yerine getirme yeteneğini edindiklerini savunmuşlardır. Hibbard ve Cunningham (2008, s.1), bir kişinin sağlık ve sağlık bakımını yönetme istekliliğini hasta aktifliği olarak tanımlamıştır. Hibbard ve Mahoney (2010, s.377)'a göre, hasta aktifliği, bireyin kendi sağlığını ve sağlık hizmetlerini idare etmede aktif rolünü ve bu rolü yerine getirme becerisini ne ölçüde anladığını ifade etmektedir. Rix ve Marrin (2015, s.3), hasta aktifliğini tanımlarken, aktif ve pasif hasta davranışları arasındaki farkın anlaşılmasının faydalı olabileceğini vurgulamışlardır. Tablo 7, aktif ve pasif hasta davranışlarını karşılaştırmaktadır.

Tablo 7. Aktif ve Pasif Hasta Davranışlarının Karşılaştırması

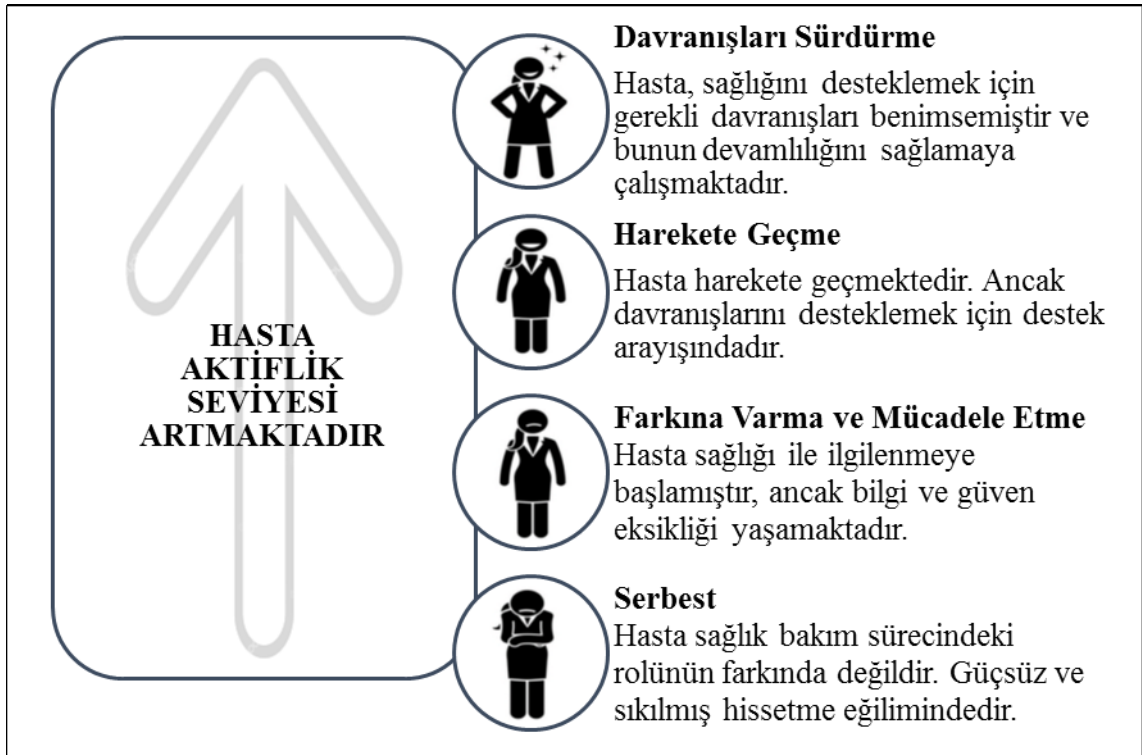
Aktif Hasta Davranışı	Pasif Hasta Davranışı
Temel sağlık ihtiyaçları için sorumluluk alır ve ilgi gösterir.	Refah düzeyini etkileyen sağlık ihtiyaçlarına az ilgi gösterir.
Kendini sınırlayan durumları teşhis etmek ve küçük tedavi önlemleri almak gibi davranışları üstlenir.	Erken belirtileri yok sayar, geciktirir ya da ihtiyaç duyduğunda yardım istemez.
Daha ciddi hastalıklar için en uygun tedavi şeklini seçmek için sağlık uzmanı ile ortak çalışır.	Tıbbi tavsiyeleri sistematik olarak takip etmez.
Uzun vadeli koşulları aktif olarak yönetir.	Artık tedavi edilmedikleri zaman, sağlığını yönetmeme durumuna hızlıca geri döner.

Kaynak: Rix ve Marrin, 2015, s.4

Hasta aktifliği, tedavi sürecini iyileştirmek amacıyla, sağlık hizmeti sunucusu ile hasta arasında güçlü işbirliği ve iletişime dayalı ilişki kurularak hastanın bakım sürecindeki etkinliğini artırma anlamına gelen çok yönlü bir kavramdır. Bu kavram, “hastayı güçlendirme”, “hasta katılımı”, “hastayı yetkilendirme”, “hasta merkezli bakım”, “hasta ile işbirliği” ve “öz-yönetim” gibi literatürde yer alan pek çok kavramla birlikte kullanılmaktadır (Bourbeau vd., 2003, s.585; Hibbard vd., 2004, s.1006). Hasta aktifliği kavramı, bu sıralanan kavramlardan daha geniş bir kapsam sunmaktadır (Greene vd., 2015, s.431,432). Aktif olan hasta, aynı zamanda güçlendirilmiş, yetkilendirilmiş, öz yönetim becerisine sahip, tedaviye katılım sağlanmış ve hizmet sunucu ile işbirliğini koruyan hastadır. Hastaların güçlendirilmesi, hastanın karar verme ve kendini

yönetmede iyi olma halini teşvik eden yaklaşımlardan biridir. Güç, hastanın kendisine ne olacağını etkileme yeteneğini ifade etmektedir. Yetkilendirmenin kullanılması, hastaların bağımsız problem çözme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak, kontrol duygularını güçlendirmek ve kişisel bakım sürecinde rasyonel karar verme prosedürlerini geliştirmek için gerekli eylemlerin hastaya aşılmasıdır (Tsay ve Hung, 2004, s.60; Ellis-Stoll vd., 1998, s.62). Bayın (2016, s.460)'a göre, hastaların özyönetim becerilerinin artırılarak güçlenmeleri ve uygun tedavi yönteminin seçimi, tedaviye uyumun sağlanması ve yan etkilerin belirlenmesi gibi sağlık hizmet sunumunda daha fazla söz sahibi olmaları, hasta katılımının temel unsurlarındandır. Tedavi sürecine katılım ise hastanın aktifliğinin artırılması ile mümkün olabilmektedir.

Hasta aktifliği, sağlık hizmet sunucularının bir hastayı kendi sağlığında aktif bir rol oynamaya teşvik ve motive ettiği bir süreçtir (Koşar, 2015, s.13). Bu süreçte, hastaların aktif olma derecesi, "aktiflik seviyeleri" olarak adlandırılmaktadır. Aktiflik seviyesi, düşükten yükseğe doğru giden 4 adet gruba ayrılmaktadır (Insignia Health, 2018). Şekil 14, bu 4 adet seviyeyi özetlemektedir.



Şekil 14. Hasta Aktifliğinin Seviyeleri

Kaynak: Insignia Health, 2018

5.2. KRONİK HASTALARDA AKTİFLİK

Günümüzde kronik hastalıkların etkili yönetiminin kendi bakımında rol oynayan, aktif hastalar ile sağlanabileceği kabul edilmektedir. Bu durum, yalnızca hastalığı süresince nasıl davranacağını bilen değil, aynı zamanda mevcut durumu ile ilgili bilgi, beceri, istek ve güvene sahip hastalar ile mümkün olabilmektedir. Dolayısıyla kronik hastalık bakım modelleri, hastaları sağlık bakım kalitesini etkilemede anahtar role sahip olduğu fikrine odaklanmaktadır (Von Korff vd., 1997, s.1097; Wagner vd., 2005, s.7; Koşar, 2015, s.20). Kronik hastalıkların etkili yönetimi için Wagner ve diğerleri (2005, s.7) tarafından geliştirilen kronik bakım modelinde temel faktör, sağlık profesyonelleri ile etkileşimde olan, hastalığının öz yönetimini yapabilen, aktif hastalardır (bilgi, beceri, güven ve isteği olan) ve hastalar bu modelin merkezinde yer almaktadırlar.

Aktifliğin artırılması, sağlık sonuçlarını iyileştirmede ve hastaların sağlıklarını yönetmelerine yardımcı olmada önemli bir faktördür. Yüksek düzeyde aktiflik gösteren hastalar bakım sürecindeki rollerini daha iyi anlamakta ve bu rolü yerine getirme yeteneğini kendilerinde hissetmektedirler (Hibbard ve Gilbert, 2014, s.12). Daha aktif hale getirilen hastaların, sağlık hizmetleri kaynaklarından daha etkili bir şekilde yararlandıklarını ve dolayısıyla da daha kaliteli ve düşük maliyetli sağlık hizmeti sunulabileceğini gösteren, giderek artan bir literatür vardır (Greene vd., 2015, s.431; Hibbard ve Greene, 2013, s.207). Diğer taraftan, araştırmalar, bu hastaların aktiflik düzeyi düşük diğer hastalarla kıyaslandığında, sağlık hizmetlerinden daha düzenli yararlandıkları, almaları gereken hizmeti geciktirme olasılıklarının daha düşük olduğu ve sağlık koşullarını daha etkin yönettiklerini dolayısıyla da sağlık sonuçlarına olumlu olarak katkıda buldukları sonucuna ulaşmışlardır (Hibbard ve Cunningham, 2008, s.2). Aktif hastaların sağlık hizmeti kullanım sürecinde, soru sorma, sağlık bilgisi arama ve durumları için tedavi kılavuzlarını bilme olasılıkları daha yüksek olmaktadır (Fowles vd., 2009, s.117; Hibbard, 2009, s.10). Aktiflik düzeyi düşük olan bireylerin ise aşağıda sıralanan davranışları göstermeleri daha olasıdır (Hibbard ve Gilbert, 2014, s.7):

- Sağlıklarını yönetme görevi ile aşırı bunalma,
- Sağlığını olumlu yönde etkileme yeteneğine güven duymamak,
- Bakım sürecindeki rollerini yanlış anlamak,

- Sınırlı düzeyde problem çözme becerilerine sahip olmak,
- Sağlığını yönetmek konusunda pasif olmaları,
- Sağlığını düşünmeyi tercih etmemek.

Hasta aktifliği, kronik hastalık yönetim modelinin de temel bir bileşenini oluşturmaktadır. Kronik hastalıkların tedavi süreçleri uzun sürelidir ve hastaların sağlık hizmetleri profesyonellerinin tedavi önerilerini takip etme ve bunlara uyma konusunda bilgi ve beceri kazanmaları önem taşımaktadır (Tsay ve Hung, 2004, s.60). Kronik hastalıklarda, hastaların uzun vadede hastalıklarının yönetimine aktif olarak katılmaları, daha kapsamlı bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bilgili ve aktifleştirilen bir hastanın sağlığını idare etme sürecinde, hasta yakını ve sağlık hizmeti sunucularının da işbirlikçi olarak yer alması önemlidir. Böylelikle daha iyi sağlık sonuçları ve daha az maliyetli sağlık hizmeti kullanımı elde edilmesi beklenmektedir (Hibbard vd., 2007, s.1444).

Yukarıda da değinildiği üzere, hasta aktifliği kavramının özellikle kronik hastalıklarda olumlu sağlık sonuçları üzerinde önemli rolü bulunmaktadır. Bir sonraki bölümde, kronik hastalık yönetiminin önemli bileşenlerinden biri olan hekim hasta ilişkisi kavramı ele alınmıştır.

6. BÖLÜM: HEKİM HASTA İLİŞKİSİ

Kronik hastalıklarda hasta ile hekim arasındaki ilişki, hastaların sağlık sonuçlarını etkileyen, hastaları aktifleştirerek güçlendiren, tedaviye uyum sürecini kolaylaştıran bir kavramdır. Hekim ve hasta arasındaki etkili ilişki, hastaların yaşam kalitelerini ve sağlık hizmetinden yararlanmalarını etkileme potansiyeline sahip olup, bu özelliği ile araştırmanın değişkenlerinden birini oluşturmaktadır. Pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi kronik böbrek hastalarının hekim ile ilişkisi de kronik böbrek hastalığının yönetilmesinin önemli bir basamağını oluşturmaktadır. Bu bölüm kapsamında, hekim - hasta ilişkisi kavramı tanımlanarak, ilişki sürecine ilişkin bilgi verilmiştir.

6.1. HEKİM HASTA İLİŞKİSİ KAVRAMI

Hekim – hasta ilişkisi, tıp alanında iyi tedavi ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmanın temel bileşenini oluşturmaktadır. Motivasyon, teşvik, güvence ve destek kaynağı olabilen bu ilişki, hastalara etkili sağlık hizmeti sunmak için en önemli faktörlerdendir. Bu ilişki süreci, kesin ve doğru tanıyı kolaylaştırmak ve etkili bakım ve tedavi sunmak için sosyal ve ilişki becerileri kullanarak hastalardan bilgi ve verilerin toplanması ile başlamaktadır. Bu aşama, en iyi sağlık hizmeti sonucuna ve hasta memnuniyetine ulaşmaya yardımcı olacak tıbbi ve klinik alandaki en önemli uygulamalar için temel teşkil etmektedir (Duffy vd., 2004, s.497; Brinkman vd., 2007, s.44).

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association - AMA)'ne göre, en basit tanımıyla, hekim hasta ilişkisi, bir hekim bir hastanın tıbbi ihtiyaçlarını karşıladığında ortaya çıkmaktadır. Bu ilişki, hekim ve hasta arasındaki karşılıklı rıza ile gerçekleşmektedir. Bazı durumlarda hastanın (veya hasta yakınının) rızası olmadan da sınırlı bir hasta-hekim ilişkisi gerçekleşebilmektedir. Bir hekim, bir hastaya acil bakım sağladığında veya mahkeme emri altında bir mahkum için tıbbi olarak uygun bir bakım sağladığı durumlar, buna örnek olarak verilebilmektedir (American Medical Association). Ha ve Longnecker (2010, s.38)'a göre, hasta hekim ilişkisi, tedavi amaçları ve psikososyal destek ile ilgili ortak algı ve duygulardan oluşmaktadır. Delbanco (1992, s.415)'ye göre, hekim ve hasta ilişkisinin 7 boyutu vardır. Bunlar;

- Hastanın değerleri, tercihleri ve ifade edilen ihtiyaçlara saygı,
- İletişim ve eğitim,
- Bakımın koordinasyonu ve entegrasyonu,
- Fiziksel konfor,
- Korku ve endişelerin duygusal destekle hafifletilmesi,
- Aile ve arkadaşların katılımı,
- Süreklilik.

Hekim-hasta arasındaki ilişkiyi anlayabilmek için, hekim-hasta ilişki türlerini tanımlamak gerekmektedir. Morgan (2008, s.61)'a göre, hekim ile hasta arasındaki ilişki türleri, hastanın ya da hekimin kontrolünün yüksek olduğu alanlara göre farklılık gösterebilmektedir. Dolayısıyla, hekim ile hasta arasındaki ilişki türleri hekim-merkeziyetçi ya da hasta - merkeziyetçi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Hekim - hasta ilişki türlerini gösteren bu matris, aşağıda Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8. Hekim - Hasta İlişki Türleri Matrisi

		Hekimin Kontrolü	
		Düşük	Yüksek
Hastanın Kontrolü	Düşük	Tedavi Öneri ve Gereklerinin Yerine Getirilmemesi	Paternalizm (Babacıl Davranış): Hekimin kendisini hastanın velisi yerine koyması
	Yüksek	Tüketici	Ortaklık

Kaynak: Morgan, 2008, s.61

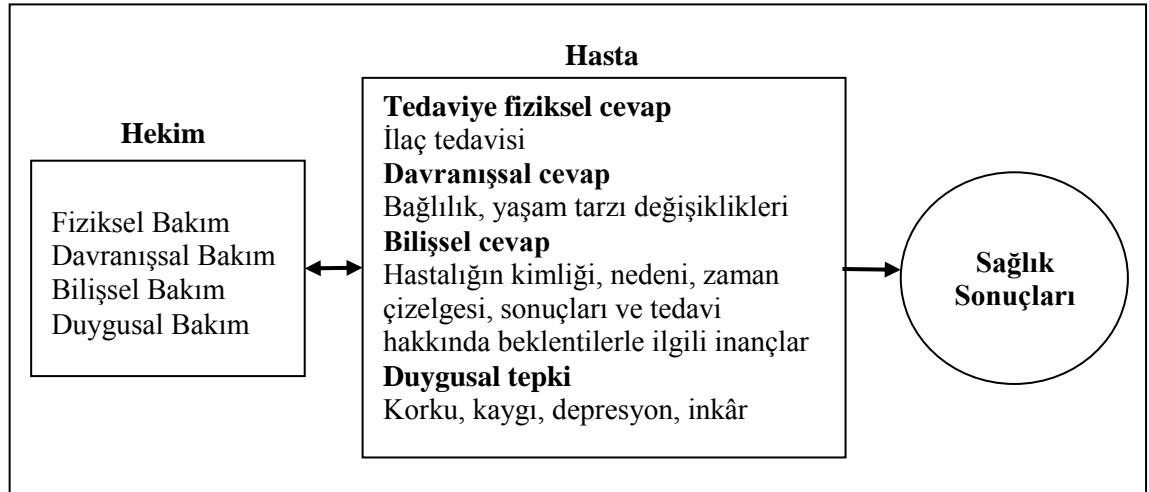
Hekim - hasta ilişki türleri matrisine göre, hekim kontrolü ve hasta kontrolü düşük olduğunda, hastalar, tedavi öneri ve gereklerini yerine getirmek konusunda istekli olmamaktadırlar. Hekim kontrolü yüksek, hasta kontrolü düşük olduğu durum; tedavi sürecinin sadece hekimin yönetiminde olduğu, hastaların söz sahibi olamadığı paternalizm yönetim sistemi adı ile tanımlanmıştır. Hekim kontrolü düşük, hasta kontrolünün yüksek olduğu durumda, hasta sağlık hizmetleri tercihinde tüketici gibi hareket etmeye başlamaktadır. Son olarak, hekim ve hasta kontrolünün yüksek olduğu ideal durum; ortaklık olarak tanımlanmaktadır (Morgan 2008, s.61).

6.2. HEKİM HASTA İLİŞKİSİ SÜRECİ

Hasta ile hekim arasındaki ilişki süreci, klinik tedaviyi iyileştirmek, tedavinin etkinliğini arttırmak, tıbbi bakımın kalitesini ve sürecini geliştirerek hasta güvenliğini arttırmak için bir kanal görevi görebilmektedir (Aziz vd., 2015, s.240). Bu bağlamda, hekim-hasta ilişkisinin üç temel amacı, aşağıda sıralanmaktadır (Brédart vd., 2005, s.351; Arora, 2003, s.792):

- İyi bir sosyal ve kişisel ilişki yaratmak
- Tıbbi ve klinik veri ve bilgilerin paylaşılmasını kolaylaştırmak
- Hastaların karar verme sürecine katılımını sağlamak

Hekim ile hasta arasındaki ilişki süreci, hekim ya da hasta kaynaklı birçok bileşeni barındırmakta ve bu bileşenler sağlık sonuçları üzerinde doğrudan etkili olabilmektedir. Kelley ve diğerlerine (2014, s.1) göre, hekim-hasta ilişkisinin iki ana bileşeni vardır. Bunlar; duygusal ve bilişeldir. Duygusal bileşenler; sağlık profesyonellerinin hastada yer alan korku ya da endişe gibi yararsız duyguları azaltabilmek için karşılıklı güven, empati, saygı, doğruluk, kabul ve sıcaklığa başvurmalarını ifade etmektedir. Bilişsel bileşen, hekimlerin hastaların tedavi veya hastalık hakkında olan inançlarını etkileyebilme biçimlerini tarif etmektedir. Bu bileşenler; veri ve bilginin toplanması, tıbbi bilgilerin paylaşılması, hastaları eğitmek ve kaliteli sağlık bakımını sağlamayı içermektedir. Hekim, tedavinin “iyi”, “güvenli” ve “etkili” olmasını beklediğini söylerse, hastaların tedaviye yönelik beklentileri olumlu olabilmekte; tedavinin “tehlikeli”, “güvensiz”, “etkisiz”, “sınırlı” ya da “potansiyel yan etkileri” olduğunu söylerse, hasta tedaviye yönelik negatif beklentide olabilmektedir (Di Blasi vd., 2001, s.758; Kelley vd., 2014, s.2). Dolayısıyla, hekimlerin hastalık süreçlerinde doğrudan ya da dolaylı etkilerde bulunabilecekleri söylenebilir. Şekil 15, bir hastalık sürecindeki hasta-hekim ilişkisi mekanizmasını göstermektedir.



Şekil 15. Hekim – Hasta İlişki Süreci

Kaynak: Di Blasi vd., 2001, s.758

Şekil 15'e göre, hekimin hasta için verdiği tıbbi yargı ve hastaya sağladığı bakım ile hastanın tedaviye vermiş olduğu cevaplar; sağlık sonuçları üzerinde olumlu ya da olumsuz etkiler doğurabilmektedir. Daha iyi iletişim ve anlayışla, özellikle hastanın duygu ve belirtileri de dikkate alınarak, hekimler daha etkili ve verimli tıbbi bakım sağlayabilmektedirler. Bu durum, sağlık hizmeti kullanımı ve hasta memnuniyeti gibi sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır (Lynch vd., 2007, s.267; Kaplan vd., 1989, s.110). Birçok çalışma da, doktorlar ve hastalar arasında sağlıklı bir etkileşimin bakım kalitesini ve hastanın refahını büyük ölçüde artırabildiği sonucuna ulaşmıştır (Conboy vd., 2010, s.480; Lee ve Lin, 2010, s.1811). Buna karşın; tıbbi kararlardaki bilgi eksikliği, zaman ve kaynak yetersizliği, hekimlerle etkili iletişim kuramama ve hastanın durumu hakkında eksik bilgiler edinme; olumsuz sağlık sonuçlarına yol açarak tıbbi hatalara neden olabilmektedir. Etkili hasta hekim ilişkisi, sağlık hizmetlerindeki tıbbi hata gibi çeşitli sorunların çözümü için gerekliliktir (Aziz vd., 2015, s.240).

Özellikle kronik hastalığın yönetiminde hekim-hasta iletişimi ayrıca önem taşımaktadır. Kronik hastalığın doğası gereği, hasta tarafından hekim ziyareti sırasında verilen tedavi rejimlerinin uygulanması önemli bir sorumluluk gerektirmektedir. Etkili hekim-hasta ilişkisi, tedavi rejiminin doğru bir şekilde uygulanması için kronik hastalara yeterli bilginin aktarılmasını, bu tedavi rejiminin uygulanmasının gerektiği konusunda hastanın ikna edilmesini ve hastanın takip edilmesini içeren uzun bir süreci kapsamaktadır

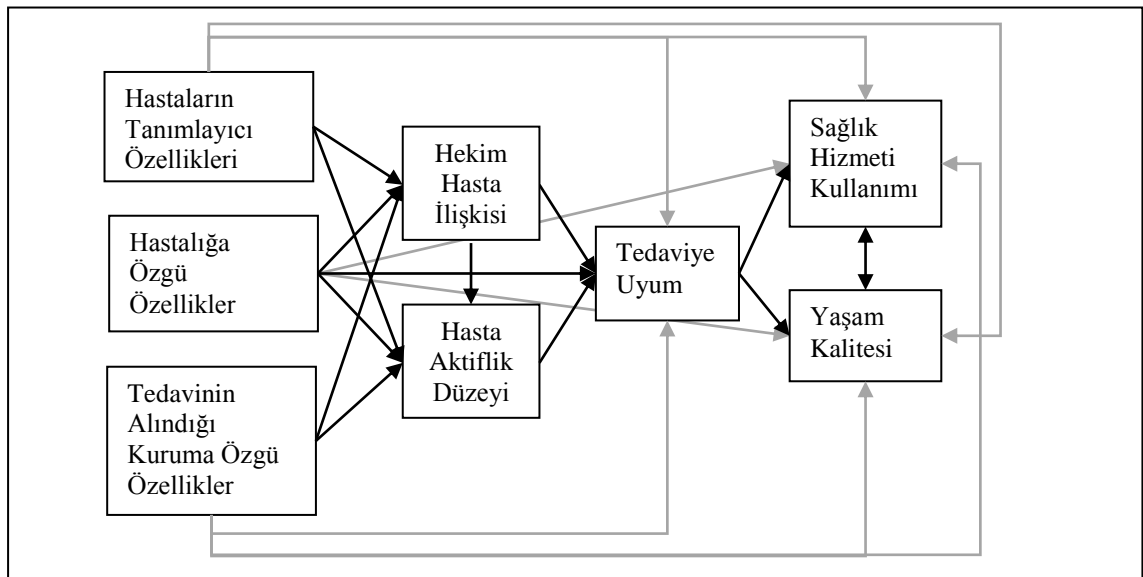
(Kaplan vd., 1989, s.111). Kronik hastalıklarda etkili hekim-hasta ilişkisi, hastanın önerilen tedaviye uyumunu artırmakta, hekimin doğru tanıyı daha hızlı kurmasını sağlamakta ve daha iyi sağlık sonuçları elde edilmesine yardımcı olmaktadır. Etkili ilişkinin sağlık sonuçları üzerindeki olumlu etkisi, hastaların sağlık hizmeti kullarımlarını azaltmakta ve sonuç olarak tedavi maliyetlerinin düşmesine katkı sağlamaktadır (Hanganu et al., 2018).

Tezin buraya kadar olan kısmında kronik böbrek hastalığı açıklanarak, hastalığın etkili yönetimi için önemli değişkenleri oluşturan yaşam kalitesi, sağlık hizmeti kullanımı, tedaviye uyum, hasta aktifliği ve hekim hasta ilişkisi konuları hakkında literatür bilgisine yer verilmiştir. Literatüre dayalı olarak geliştirilmiş bu çalışmanın değişkenleri arasındaki teorik ve kavramsal ilişki bir sonraki bölümde ele alınarak açıklanmıştır.

7. BÖLÜM: TEORİK TEMEL

Kronik hastalıkların yönetimine ilişkin çalışmalar, yaşam kalitesini artırma stratejilerinde, hastanın artan rolüne dikkat çekmektedir (Clark, 2014; Centers for Medicare & Medicaid Services, 2012). Hastalar, hem bakım ihtiyacını hem de bakım sonuçlarını belirlemede bu kadar büyük bir rol oynadığından, hastaların kendi sağlık ve sağlık hizmetlerinde daha aktif ve etkili yöneticiler olmaları gerektiği konusunda artan bir farkındalık vardır. Yaygın olarak benimsenen kronik bakım modellerinde, proaktif sağlık profesyonellerinin “bilinçli, aktif hastalarla” etkileşime girmesini sağlayan sağlık hizmetlerini tasarlayarak, hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeye ve sağlık hizmeti kaynaklarının daha etkili kullanımına odaklanılmaktadır (Greene ve Hibbard, 2012; Davis ve Schoenbaum, 2005; Casalino, 2005).

Bu çalışmanın ana modelini oluşturan “tedaviye uyum, sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesi” değişkenlerini etkileyen potansiyel değişkenler; literatür taraması ile belirlenmiştir. Literatür taraması sonucu elde edilen bulgular, araştırma hipotezlerinin ve modelinin teorik temelini oluşmasına katkıda bulunmuştur. Bu bölüm kapsamında, araştırmanın bağımlı değişkenlerini etkileme potansiyeline sahip bağımsız değişkenlerin türetildiği teorik yaklaşım ortaya konulmuştur. Aşağıda yer alan şekil, araştırmanın kavramsal ve teorik çerçevesini oluşturmaktadır (Şekil 16).



Şekil 16. Araştırmanın Kavramsal ve Teorik Çerçevesi

7.1. TEDAVİYE UYUMU ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

Hastaların sağlık profesyonellerinin tavsiyelerini takip etme derecesini gösteren tedaviye uyum değişkeni, tedavi sürecinin önemli bir bileşenini oluşturmaktadır (Bosworth vd., 2006). Sağlık sonuçları üzerinde önemli etkileri olabilen bu değişken, aynı zamanda pek çok değişken tarafından da etkilenmektedir. Literatürdeki incelemeler sonucunda, hastaların sosyodemografik özelliklerinin, hastalığa özgü özelliklerin, kuruma özgü özelliklerin, hasta-hekim ilişkisinin ve hasta aktiflik düzeyinin doğrudan ya da dolaylı olarak hastaların tedaviye olan uyumlarını etkileyebileceği belirlenmiştir. Buradan hareketle her bir değişkenin tedaviye uyum ile ilişkisini inceleyen çalışmalar ortaya konularak, sonuçları ilerleyen kısımlarda açıklanmaya çalışılmıştır.

▪ Sosyodemografik Özellikler

Hastaların sosyodemografik özellikleri, tedaviye uyum gösterme davranışları üzerinde etkili olabilmektedir. Literatürde, yaş, ırk, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi gibi değişkenlerin hastaların tedaviye uyum sürecinde anlamlı etkileri olabileceği üzerinde durulmuştur. Bame ve diğerleri (1993), demografik profillerin yüksek risk altındaki hasta gruplarını tanımlamak için etkili bir yol olabileceğinin üzerinde durmuştur. Kronik böbrek hastalarının tedaviye uyum gösterme davranışlarını incelediği çalışmalarında, daha genç ve bekar olan hastaların tedaviye daha az uyum gösterdikleri, daha düşük gelir grubundaki hastaların ilaç rejimine daha az uydukları ve daha düşük gelirli ve erkek hastaların sıvı kısıtlamalarına dikkat etmedikleri sonuçlarına ulaşmışlardır. Safdar ve diğerleri (1995) ise yine hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları araştırmalarında, erkek hastalarda uyumsuzluk oranlarının daha yüksek olduğunu, daha genç ve gelir durumu düşük olan hastaların diyaliz tedavisine daha düşük bağlılık gösterdikleri sonuçlarına ulaşmışlardır. Amerikan Böbrek Fonu'nun yaptığı araştırma ise 18-39 yaş arasındaki diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye daha az uyum gösterdiklerini vurgulamaktadır. Cochrane ve diğerlerinin (2000) astım hastaları ile yapmış oldukları çalışma, eğitim seviyesinin yüksek olmasının tedaviye uyumu artırdığını göstermiştir. Kulkarni ve diğerleri (2006), kalp rahatsızlığı olan hastalar ile çalışmışlar ve ilaç tedavisine daha az uyan hastaların daha yaşlı, bekar ve daha az eğitilmiş olduklarını saptamışlardır.

Yapılan araştırmalar, sosyodemografik değişkenlerin tedaviye uyum üzerindeki etkisi için fikir birliğine varmasalar da, özellikle kronik hastalığa sahip hastaların davranışları üzerinde anlamlı etkilerde bulunabileceğini ortaya koymaktadır. Bu durumdan yola çıkılarak, diyaliz tedavisi alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin hastaların tedaviye uyum davranışı üzerinde anlamlı etkilerde bulunabileceği varsayılmıştır.

▪ **Hastalığa Özgü Özellikler**

Tedaviye uyumsuzluk, birçok kronik hastalığın tedavisindeki yaygın bir sorundur. Kronik hastalıklarda, hastalığın şiddeti ve derecesi, tedaviye uyum konusunda etkili bir faktör olarak görölmektedir (Dunbar-Jacob ve Mortimer-Stephens, 2001). Yapılan araştırmalar, daha sağlıklı olan hastaların daha kötü sağlık durumuna sahip hastalara göre tedavi rejimine uyum gösterip göstermedikleri konusunda henüz fikir birliğine varmamıştır.

Hastalık şiddetinin ve kötü sağlık durumunun tedaviye uyumu azalttığını ileri süren çalışmalar, bu durumu iki olası sebeple açıklamaktadırlar. Bunlardan birisi azalan sağlık inancı, diğeri ise karmaşık tedavi rejimlerinin varlığıdır. Gao ve diğerleri (2000)'ne göre, hastalık şiddetinin yüksek olması, hastaların hastalık ve tedavi hakkındaki sağlık inançlarını olumsuz etkilemekte ve sağlık inancı azalan hastalar, tedaviye uyum göstermede zorluk yaşamaktadır. Loghman-Adham (2003), karmaşık tedavi rejimlerinin hastaların tedaviye uyumlarını zorlaştırdığını ileri sürmüştür. Christensen ve diğerleri (1992), tedavi uyumsuzluğunun özellikle son dönem böbrek hastalığına sahip hastalar arasında yaygın olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumu, böbrek hastalarının çok sayıda kronik hastalığa da sahip olmaları nedeniyle uymak zorunda oldukları karmaşık tedavi sürecinin hastaya önemli bir yük getirmesi ile açıklamışlardır. DiMatteo ve diğerlerine göre (2007), ağır hastalıklarla yaşama süreci, duygusal sıkıntı, sosyal izolasyon, hastalığın daha da ilerlemesi ve sonuçları ile ilgili kaygılar tedavi rejimine devamlılığı ve tedavinin kendi kendine yönetimini güçlü bir şekilde etkileyebilmektedir. Daha iyi sağlık durumunun tedaviye uyumu azalttığını ileri süren çalışmalar ise hasta daha az acı çekerken ve hastalık daha az ciddi olduğunda, hastaların hastalığı daha az ciddiye alarak, tedaviye daha zor uyum sağlayacağını ileri sürmüşlerdir (DiMatteo, 2004). Her iki görüşe sahip araştırmalar incelendiğinde, hastalık şiddeti ve komorbidite gibi

hastalığa özgü özelliklerin tedaviye uyum değişimi üzerinde anlamlı etkilerde bulunabileceği düşünülebilir.

▪ **Tedavi Alınan Kuruma Özgü Özellikler**

Tedavinin uygulandığı kuruma ilişkin özellikler de hastanın tedaviye uyum göstermesinde etkili olabilmektedir. Levensky (2006), kurumdaki personelin davranışları, çalışma saatleri ve kurum itibarının hastaların tedaviye uyumlarını etkilediğini vurgulamıştır. Chuang (2011), diyaliz tedavisi alan hastalar üzerinde yapmış olduğu doktora tez çalışmasında, diyaliz merkezinin hastane temelli ya da bağımsız olması, merkezin büyüklüğü, kentsel ya da kırsal yerleşim olması ve kar amaçlı olup olmadığı gibi birçok kurumsal özelliğine göre hastaların tedaviye uyumlarını incelemiştir. Literatürdeki bu araştırma bulgularından yola çıkılarak, kuruma özgü özelliklerin tedaviye uyum değişkenini anlamlı olarak etkileyebileceği varsayılmıştır.

▪ **Hekim-Hasta İlişkisi**

Hekim ile hasta arasındaki ilişki, tıbbi bakım sürecinin önemli bir bileşenidir ve hekim-hasta ilişkisiyle hastalar kendi tedavi rejimleri hakkında bilgilendirilmekte, motivasyonları konusunda cesaretlendirilmekte, desteklenmekte ve hastanın tedaviye devamlılığı için gerekli yardımlarda bulunmaktadır (Schneider vd., 2004; Bosworth vd., 2006). Hastanın tedaviye olan uyumu ile hekim-hasta ilişkisi arasındaki ilişkinin literatürde yoğun olarak ele alındığı gözlenmiştir. İyi bir hekim-hasta ilişkisinin, tedavi rejimlerine daha fazla uyum gösterme ile ilişkili olduğu varsayımı, birçok kantitatif araştırma ile test edilmiştir. Hasta hekim ilişkisinin; hastanın hastalığını ve tedavinin risk ve faydalarını anlamasına katkıda bulunacağını üzerinde durulmuştur.

Zolnierek ve DiMatteo (2009)'nun toplamda 127 çalışmayı özetleyerek yapmış olduğu meta-analizi, hastanın tedaviye olan uyumunun hekimlerin iletişimi ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ve doktorların hastalarla daha iyi iletişim kurabilmeleri için eğitildikleri takdirde hastaların tedaviye uyumunun geliştirilebileceği varsayımını desteklemiştir. Literatürdeki çalışmalar, tıbbi teşhis ve tedavi sürecinde hekimin rolünün, tedaviye uyumu sağlamada merkezi bir faktör olduğunu vurgulamış ve bu durumun nedenini önemli klinik ve psikososyal bilgilerin iletilmesini ve geri

kazanılmasını geliştirdiği, karar vermede hasta katılımını kolaylaştırdığı, tedavinin risk ve faydalarının açık bir şekilde anlaşılmasını sağladığı, uyum ve güven duygusu oluşturduğu ve hastalara destek ve teşvik sunduğu sonuçları ile açıklamıştır (Falvo ve Tippy, 1988; Charles vd., 1997; O'connor vd., 2003; Fiscella vd., 2004). Beck ve diğerleri (2002) ve Squier (1990) ise; hekim ve hasta arasındaki destek, empati, anlayış, işbirlikçi ortaklık ve etkili iletişimin tedaviye uyumu getireceğini savunmuşlardır. Diğer taraftan, Amerikan Böbrek Fonunun diyaliz merkezlerinde çalışan hekimlerle yaptıkları araştırma sonucunda, hekimlerin sağlık bilgilerinin iletilmesi için yeterli zaman ve kaynağa sahip olmadıklarından dolayı, hastanın tedaviye uyumsuzluğuna katkıda bulunmuş olabileceklerini belirtmişlerdir (American Kidney Fund, 2018). Bu araştırma sonuçlarından yola çıkılarak, hekim hasta ilişkisinin tedaviye uyum değişkenini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen potansiyel bir değişken olduğu varsayımında bulunulmuştur.

▪ Hasta Aktiflik Düzeyi

Kronik hasta popülasyonları için etkili özyönetim stratejilerinin temelinde, kişinin kendi sağlık ve sağlık bakımını kendi kendine yönetmede rol üstlenecek bilgi, güven ve yetenek olarak tanımlanan “hasta aktivasyonu” kavramı yer almaktadır (Hibbard vd., 2013). Bilgilendirilmiş, katılımcı ve güçlendirilmiş hastalar, kendi öz bakımlarını destekleyen tedavi süreçlerine katılma eğiliminde olmaktadır (Hibbard vd., 2004; Hibbard ve Cunningham, 2008).

Çalışmalar, hastanın aktifliğini kronik hasta popülasyonlarında, tedaviye uyumu etkileyen önemli bir bileşen olarak ele almışlardır (Hibbard ve Greene, 2013; Greene ve Hibbard, 2012). Mosen ve diğerleri (2007), kronik hastalığa sahip yetişkin bireyler üzerinde yapmış oldukları araştırma sonucunda, hasta aktifliği ile ilaç tedavisine olan uyum arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır. Skolasky ve diğerleri (2011), birden fazla hastalığa sahip 65 yaş üstü bireyler üzerinde yaptıkları araştırmalarında, daha aktif olan hastaların tedaviye daha uyumlu davrandıkları sonucuna ulaşmışlardır. Michie ve diğerleri (2003)'ne göre, hasta aktifliği, hem yeni davranışların benimsenmesini (örneğin, diyabette kan şekeri izlemeyi, ilaca bağlılığı vb.) hem de mevcut davranışlardaki değişiklikleri (örneğin, diyet değişikliği vb.) etkilemektedir. Ley (1997) ise tedaviye uyum sağlanmasının, sağlık hizmetleri profesyonelleri ile etkin iletişim

sonucu aktif olan hastanın davranışlarına bağlı olduğunu vurgulamıştır. Ciechanowski ve diğerleri (2004), daha aktif olan hastaların hekim ile olan ilişkilerinin daha yüksek olduğu, daha iyi hasta-hekim işbirliğine sahip olan hastaların daha aktif olduklarını ve daha aktif olan hastaların ise diyet, egzersiz ve ilaç rejimlerini takip etme olasılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Literatürdeki bulguların hasta aktifliği ile tedaviye uyum değişkeni arasındaki ilişkiyi desteklediği görülmektedir.

7.2. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINI ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

Sağlık hizmetinin kullanım miktarı, hastaların demografik özellikleri, hastalığın özellikleri, tedavi alınan kuruma ilişkin özellikler, hastanın hekim ile ilişkisi, hasta aktifliği, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi gibi birçok değişkenden doğrudan ya da dolaylı olarak etkilenmektedir. Bu faktörler, sağlık hizmetlerinin planlaması ve kaynak tahsisi süreçlerinde büyük önem taşımaktadır (Agborsangaya vd., 2013).

▪ Sosyodemografik Özellikler

Farklı sosyodemografik özelliklere sahip hastalar, farklı yaşam tarzları ve sağlık inançlarına sahip olmaları nedeni ile farklı sağlık hizmetleri kullanımları söz konusu olabilmektedir (Wolinsky vd., 1983). Walker ve diğerleri (2006), kronik hastalığa sahip olan hastaların sosyal ve ekonomik statüleri ile sağlık hizmeti kullanımları arasındaki ilişkiyi incelemiş ve yaş değişkeninin sağlık hizmeti kullanımını artıran anlamlı bir faktör olduğu sonucuna ulaşmıştır. Fischer ve diğerleri (2005), diyaliz tedavisi alan hastaların demografik özelliklerinin sağlık hizmeti kullanımlarına olan etkisini araştırmış ve cinsiyet değişkeninin anlamlı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Tavallai ve diğerleri (2009) ise oluşturdukları regresyon modelinde, diyaliz tedavisi alan hastalarda cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenlerinin acil servis kullanımlarına etkisini anlamlı bulmuştur. Literatürdeki araştırma bulgularından yola çıkarak, hastaların sosyodemografik özelliklerinin sağlık hizmeti kullanımlarına doğrudan ya da dolaylı olarak etki edebileceği öngörülmüştür.

▪ Hastalığa Özgü Özellikler

De Boer ve diğerleri (1997), hastalık şiddeti, semptom şiddeti ve komplikasyonlar gibi hastalığa özgü faktörlerin kronik hastalarda sağlık hizmeti kullanımını olumsuz yönde etkileyerek artırdığını vurgulamışlardır. Salman ve diğerleri (2018), komorbiditenin sağlık hizmeti kullanımı üzerinde yüksek düzeyde etkisi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışma kapsamında, kronik böbrek hastalarında hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığına sahip hastaların hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Vanholder ve diğerleri (2017) komorbiditeyi, kronik böbrek hastalarının sağlık hizmeti kullanımlarındaki en temel risk faktörü olarak sıralamıştır. Egede (2007)'nin yapmış olduğu araştırma sonuçları, birden fazla kronik hastalığa sahip kronik böbrek hastalarının olmayanlara göre 1,5 kat daha fazla hastaneye başvurduğunu, 1,94 kat daha fazla acil servise gittiğini ve 1,60 kat daha fazla hastaneye yatış gerçekleştirdiğini göstermektedir. Di Napoli ve diğerleri (2005) ise hastalık süresinin sağlık hizmeti kullanımında önemli bir belirleyici olduğunu ortaya koymuşlardır. Literatürdeki araştırma sonuçları doğrultusunda, hastalığa özgü özelliklerin hastaların sağlık hizmeti kullanımı üzerinde doğrudan ya da dolaylı etkisinin olabileceği öngörülmüştür.

▪ Tedavi Alınan Kuruma Özgü Özellikler

Diyaliz merkezleri, büyüklük, coğrafi konum, hasta demografisi, yönetim tarzı, nefrolog niteliği ve sayısı gibi özellikleri ile birbirlerinden farklılık göstermektedir. Ayrıca diyaliz merkezleri farklı mülkiyet ve yönetim yapılarına sahiptirler (Straube, 2014). Diyaliz merkezlerinin farklı mülkiyet ve yönetim yapılarına sahip olmasının kronik böbrek hastalığına sahip hastalar ve hastalık sonuçları üzerindeki etkileri de temel bir araştırma konusunu oluşturmaktadır.

Dalrymple ve diğerlerinin (2014) kar amacı gütmeyen ve kar amacı güden diyaliz tesisleri arasında yatış oranlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, genel hastaneye yatış oranlarının kar amaçlı diyaliz merkezlerinde %15 daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. United States Renal Data Systems (USRDS) (2013) raporu, hastane temelli büyük diyaliz merkezlerinde hastaneye başvuru ve yatış oranlarının daha küçük diyaliz merkezleri ile karşılaştırıldığında, daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Thamer ve

diğerleri (2007) ise diyaliz tesisinin örgütsel durumu ve mülkiyeti ile kullanılan ilaç dozları arasındaki ilişkiyi araştırmış, kar amacı gütmeyen büyük zincir diyaliz tesislerinin daha fazla doz kullandıkları sonucuna ulaşmışlardır. Literatürdeki bu bilgilerden yola çıkarak tedavi alınan kuruma ilişkin özelliğın hastaların sağlık hizmeti kullanımını üzerinde etkisinin olabileceğı öngörölmüştür.

▪ **Hekim-Hasta İlişkisi**

Daha öncede ifade edildiğı gibi, hekim hasta arasındaki ilişki ve iletişim, tedavinin başarısını etkileyen temel unsurlardandır. Hastanın hekime ulaşabilmesi, iletişimin kalitesi ve hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisi, tedavinin amacına ulaşma derecesini ve dolayısıyla da sağlık hizmeti kullanımı ve tedavi masrafları üzerinde etkide bulunabilmektedir. Plantinga ve diğerleri (2004) kronik böbrek hastaları üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında, zayıf hekim hasta ilişkisinin, memnuniyetsiz hasta yaratacağını, memnuniyetsiz hastanın tedavinin gereklerine uymayacağını, tedaviye uymayan hastanın hastane kullanımlarının artacağını ve tedavi masraflarının yükseleceğini vurgulamışlardır. Levinson ve diğerleri (2010), hasta ve hekim arasındaki olumlu iletişimin tedavi sonuçları ve sağlık kaynaklarının kullanımına olan etkisine dikkat çekmişlerdir. Literatürdeki bulgular doğrultusunda, hekim hasta ilişkisinin sağlık hizmeti kullanımı üzerinde etkisinin olabileceğı öngörölmüştür.

▪ **Hasta Aktiflik Düzeyi**

Hasta katılımının yüksek olduğu hasta merkezli bakımın sağlık hizmeti kullanımının azalmasına ve sağlık maliyetlerinin düşmesine etkisinin olacağı düşünülmektedir. Hasta merkezli bakım ve azalan sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkinin olası bir açıklaması, hastaların kendi bakımlarına aktif olarak katılırken doktorlarına artan güveni ve doktorlarının tedavi önerilerini daha iyi anlamaları olabilir. Hibbard ve Green (2013), daha aktif olan hastaları daha iyi sağlık sonuçları ve azalan maliyetler ile ilişkilendirmişlerdir. Bertakis ve Azeri (2011), hasta aktifliğı ve sağlık kaynaklarının kullanımını arasındaki ilişkiyi incelemiş, belirli bir süre boyunca, tedavisine aktif katılım gösteren hastaların sağlık kaynağı kullanım kategorilerinin (uzmanlık bakım klinikleri, hastaneye yatışlar ve laboratuvar ve tanı testleri ziyaretlerinin sayısı) azaldığını bulmuşlardır. Begum ve diğerleri (2011), tedavi sürecindeki düşük aktiflik düzeyinin

hastane kaynaklarının daha fazla kullanılması ile yakından ilişkili olduğunu vurgulamışlardır. Hibbard ve diğerleri (2013), en düşük aktiflik seviyesine sahip hastaların daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları ve yüksek maliyet getirdikleri sonucuna ulaşmışlar ve sağlık hizmeti sunum sistemlerinde, hasta aktifliğinin sağlık sonuçlarını iyileştirme ve maliyetleri azaltmaya yardımcı olacak bir araç olarak kullanılmasını önermişlerdir. Literatürdeki bu araştırma bulguları doğrultusunda, hasta aktifliğinin sağlık hizmeti kullanımı üzerinde etkisinin olabileceği öngörülmüştür.

▪ **Tedaviye Uyum**

Hastalar, yanlış anlama, unutma ya da sağlık profesyonellerinin tavsiyelerini dinlememe gibi sebeplerle tedaviye uyumsuzluk gösterebilmektedirler ve bu durum, problemlere neden olabilmektedir. Yanlış anlaşılan, unutilan ya da göz ardı edilen tıbbi tavsiyeler, kıt sağlık kaynaklarının israfına neden olabilmektedir (DiMatteo, 2004). Jha ve diğerleri (2013), hasta ve hizmet sunucu arasındaki bağlılığın ve tedaviye olan uyumun sağlık kaynaklarının etkili kullanımında önemli bir rolü olduğunu ve kronik hastaların tedaviye olan uyum ve bağlılığının, sağlık sistemi ve politika yapıcılar için kilit bir hedef niteliğinde olması gerektiğini vurgulamışlardır.

Literatürdeki bulgular, tedaviye uyum ve sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. DiMatteo (2004), Amerika'daki kronik hastaların 53 milyondan fazlası kamu tarafından finanse edilen 188,3 milyon tıbbi ziyaretin hastaların verilen tavsiyeyi takip etmemeleri nedeniyle gerçekleştiği sonucuna ulaşmışlardır. Hastalıklar bazında bakıldığında ise tedaviye devam göstermeme nedeniyle hipertansiyon için 8,4 milyon, diyabet için 7.6 milyon ve kanser için 4,5 milyon hastane ziyareti gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların 112,2 milyonunun ilaç tedavisine uyum göstermediği, 49,4 milyonunun önerilen diyetle uymadığı ve 22,6 milyonunun egzersiz önerilerine uymadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sokol ve diğerleri (2005), kronik hastalarda tedaviye uyum azaldıkça, artan hastane yatışı ve acil servis kullanımına dikkat çekmişlerdir. Aktif olmayan hastalar, olmayanlar ile karşılaştırıldıklarında, rutin egzersiz yapmak veya yıllık muayeneleri takip etmek gibi daha fazla tedaviye uyum göstermekte ve sonuç olarak daha az hastanede yatmaktadırlar (Rask vd., 2009; Begum vd., 2011). Ayrıca, bazı çalışmalar, hasta aktifliğinin hastaların tedaviye uyumlarını artırdığı ve bunun da kronik hasta popülasyonlarında hastaneye yatış ve acil servis kullanımı

üzerinde etkili olabileceğinin üzerinde durmuştur (Hibbard, 2009; Hibbard ve Greene, 2013). Literatürdeki bulguların tedaviye uyum ile sağlık hizmeti kullanımını değişkeni arasındaki ilişkiyi desteklediği görülmektedir.

▪ Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, sağlık hizmeti kullanımını tahmin etmek için önemli bir değişken olarak birçok çalışmada kullanılmıştır (Parkerson ve Gutman, 2000; Kimmel vd., 1998). Farklı hastalıklar için yapılan araştırma sonuçları, hastaların yaşam kaliteleri ile sağlık hizmetleri kullanım düzeyleri arasında anlamlı ve güçlü ilişkiler olduğunu göstermiştir. De Boer ve diğerleri (1997), kronik hastalarda yaşam kalitesi ve algılanan sağlığın hastane kullanımı ve hekim kullanımı üzerindeki etkisini anlamlı bulmuştur. Yaşam kalitesi arttıkça, sağlık hizmeti kullanımının azaldığını vurgulamışlardır. Nurmi ve diğerleri (2013)'ne göre, hastalığın etkin yönetimi ve semptomlarda azalma, sağlık hizmeti talebinde azalmayı ve daha iyi bir yaşam kalitesini beraberinde getirmektedir. Böbrek hastalığının büyüyen sıklığı ve artan prevalansı da hastaların bakımı ve tedavisi ile ilgili yükselen kaynak harcamalarını beraberinde getirmektedir (Khan vd., 2002).

Araştırma bulguları, kronik böbrek hastalığına sahip hastaların düşük yaşam kalitesine sahip olmaları, sağlık hizmeti talebinde önemli ekonomik sonuçlar doğurabildiğini göstermektedir. Dolayısıyla, yaşam kalitesi değişkeninin sağlık hizmeti kullanımını üzerinde belirleyici bir etkisi olduğu varsayılmaktadır. Böbrek hastalarının yaşam kalitesinin ölçülmesinin, sağlık hizmetlerinin planlanması ve kaynak tahsisi için önemli olacağı düşünülmektedir.

7.3. YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

Yaşam kalitesi, özellikle kronik böbrek hastalığı (KBH) gibi uzun vadeli hastalıklar için hastalığın hastaların yaşamlarını nasıl etkilediğinin önemli bir ölçütü olarak kabul edilmektedir. Hastaların tedaviye ve tedavinin gerektirdiği plana uyum sağlamaları, yaşam kaliteleri üzerinde önemli etkilerde bulunmaktadır. Hem tedaviye uyum değişkeninin hem de tedaviye uyumu etkileyen hastaların özellikleri, hastalığın durumu, tedavi yapılan kuruma ilişkin özellikler, hekim - hasta ilişkisi ve hasta aktifliği gibi değişkenlerin; hastaların yaşam kaliteleri üzerinde belirleyici olması beklenmektedir.

▪ Sosyodemografik Özellikler

Yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan çalışmaların birçoğu hastaların tanımlayıcı ve sosyodemografik özelliklerine odaklanmaktadır. Bu özellikler, yaşam kalitesini tahmin etmede belirleyici etmenler olarak görülmektedirler. Seica ve diğerlerinin (2008), diyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitelerini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve eğitim seviyesinin anlamlı etkileri olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yine bir başka çalışmada, yaş, gelir durumu ve cinsiyet; yaşam kalitesine etki eden değişkenler olarak sınıflandırılmıştır (Sayın vd., 2007). Bayoumi ve diğerleri (2013), diyaliz tedavisi alan hastalardan yaşı büyük, erkek ve işsiz olan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu belirlemişlerdir. Araştırma bulguları, kronik böbrek hastalığına sahip hastaların sosyodemografik özelliklerinin, yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı sonuçlar doğurabildiğini göstermektedir. Dolayısıyla, bu özelliklerin kronik böbrek hastalığına sahip hastaların yaşam kalitesi üzerinde dolaylı ya da doğrudan etkisinin olabileceği öngörülmüştür.

▪ Hastalığa Özgü Özellikler

Sayın ve diğerlerinin (2007) araştırma sonuçlarında, hastaların uzun süredir böbrek hastalığına sahip olması, uzun süredir diyaliz tedavisi görüyor olması ve kronik hastalıklara sahip olması; düşük yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. Valderrábano ve diğerleri (2001), böbrek hastalarının yaşam kalitesine en çok etki eden değişkenin komorbidite olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Sa'ed ve diğerleri (2016), böbrek hastalarının çoklu kronik hastalığa ve çoklu ilaç tedavisi rejimine sahip karmaşık tedavi durumunun hastaların yaşam kaliteleri üzerinde oldukça belirleyici olduğunu vurgulamışlardır. Literatürdeki araştırma bulgularından yola çıkarak, hastalığa özgü bu özelliklerin kronik böbrek hastalığına sahip hastaların yaşam kaliteleri üzerinde dolaylı ya da doğrudan etkili olabileceği öngörülmüştür.

▪ Tedavi Alınan Kuruma Özgü Özellikler

Kronik böbrek hastalığına sahip hastalar, yeterli diyaliz tedavisi, tıbbi rehberlik ve destek alabilmek için diyaliz merkezlerine sık sık gelmekte ve uzun vakit

geçirmektedirler. Farklı diyaliz merkezlerinde sunulan hizmet arasındaki farklar, hastaların yaşam kaliteleri üzerinde etkili olabilmektedir. Dolayısıyla, farklı diyaliz merkezlerinden diyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitelerindeki farklar ve merkez özelliklerinin oluşturabileceği olası farklılıklar; önemli bir araştırma konusu olmuştur (Mazairac vd., 2012; Devereaux vd., 2002; Garg vd., 1999). Bu kapsamda yapılan araştırmaların sonuçları incelendiğinde, çalışmalar arasında fikirbirliği bulunmamakla birlikte, hastaların tedavi aldıkları kuruma özgü özelliklerin, sağlık sonuçları ve hastaların kaliteli yaşam yıllarına etki ettiği görülmektedir (Mazairac vd., 2012). Dolayısıyla, bu çalışma kapsamında da, diyaliz merkezinin hastane bazlı ya da bağımsız diyaliz merkezi olmasının hastaların yaşam kalitelerini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen potansiyel bir değişken olduğu varsayımında bulunulmuştur.

▪ **Hekim-Hasta İlişkisi**

Hastaların hekim ile olumlu ilişki içinde olması; hastaların günlük sağlık bakımlarına aktif katılımını teşvik etmek, hastalık ile ilişkili risk faktörleri hakkındaki bilgilerini arttırmak, problem çözme ve tedaviye uyum sürecine katkıda bulunmak gibi hastalar üzerinde uzun süreli davranış değişikliği yaratabilme imkanını doğurmaktadır. Tüm bunlar ise hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki yaratmaktadır (Johnson vd. 2016). Alexander ve diğerleri (2012), hasta hekim arasındaki ilişkinin hasta aktifliği ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerde bulunduğu sonucuna ulaşmışlardır. Doktor-hasta iletişimi ile hastaların yaşam kalitesi ve memnuniyeti arasında yüksek ilişkili bulmuşlardır (Ong vd., 2000). Bu araştırma sonuçlarından yola çıkılarak, hekim hasta ilişkisinin yaşam kalitesi değişkenini doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen potansiyel bir değişken olduğu varsayımında bulunulmuştur.

▪ **Hasta Aktiflik Düzeyi**

Bireysel tedavi sürecini yönetmek için gerekli bilgi, özyönetim becerisi ve güvene sahip aktif hastalar, sağlık sonuçları ve yaşam kalitesinin önemli değişkenleri olarak kabul edilmektedirler. Levinson ve diğerleri (2010), kronik hastalıkların yönetiminde, hekimin rolüne ve sorumluluklarına dikkat çekmiş, güçlü iletişim becerileri ve olumlu ilişkiler ile güçlendirilen hastanın tedavi sürecindeki aktif rolünün yaşam kalitesini olumlu etkileyeceğini vurgulamışlardır. Begum ve diğerleri (2011)'ne göre, kendi bakımlarında

anamlı bir rol üstlenmeye hazır olan aktif hastalar, yaşam kalitesini ve sağlık çıktılarını iyileştirmede önemli bir rol oynamaktadırlar. Parchman ve diğerleri (2010), kronik hastalığa sahip hastaların tedavi sürecinde aktif rol almasının tedaviye uyumlarını artırdığı ve tedaviye uyum gösteren hastaların ise yaşam kalitelerinin olumlu etkikendiği sonucuna ulaşmışlardır. Literatürdeki bu araştırma bulgularından yola çıkarak, kronik böbrek hastalığına sahip hastaların aktiflik düzeyinin dolaylı ya da doğrudan yaşam kaliteleri üzerinde etkili olabileceği öngörölmüştür.

▪ **Tedaviye Uyum**

Kronik hastalığa sahip bireyler, hastalık ile başa çıkma, tedavinin getirdiği sıkıntılar ve gelecek kaygıları gibi olumsuz durumlar yaşamakta ve bunun sonucu olarak fiziksel ve sosyal hayatları etkilenmektedir. Kronik hastalıkların yönetiminde, hekim ile hastanın olumlu iletişime sahip olması, hastanın ve ailesinin güçlenmesi, hastalığın getirdiği sorunlar ile baş ederek öz yeterliliğinin gelişmesi, hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmakta, bu sayede de hastanın yaşam kalitesi gelişebilmektedir (Pelin, 2017). Bu nedenler ile kronik hastalığa sahip hastaların tedaviye uyum sağlamaları, yaşam kaliteleri üzerinde olumlu etkilerde bulunması beklenmektedir.

Tedaviye düşük bir bağlılık, kronik hastalığa sahip hastalar arasında yaşam kalitesi ve klinik çıktılar ile yakından ilişkili ve yaygın bir problemi oluşturmaktadır (Hovinga vd., 2008). Tedaviye uyum sorunu yaşayan hastalarda morbidite ve mortalite oranları artmakta, buna bağlı olarak iş ya da aile ile ilgili problemler meydana gelmekte ve sonuçta yaşam kalitesi düşmektedir. Hastaların tedaviye uyumu; hastalık sürecinin olumlu ilerleyişi ve tedavi sürecinin etkinliği açısından önem taşımaktadır (Dikeç ve Kutlu, 2015).

Kim ve Evangelista (2010), kronik böbrek hastaları üzerinde gerçekteştirdikleri çalışmaları ile tedavi önerilerine daha düşük bağlılık, artmış morbiditeyi ve beraberinde düşük yaşam kalitesini getirmektedir sonucuna ulaşmışlardır. Nabolsi ve diğerleri (2013), hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yaptıkları araştırmalarında, daha yüksek yaşam kalitesini, tedavi rejimine daha fazla bağlılık ile ilişkilendirmiştir. García-Llana ve diğerleri (2013), diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye uyumlarının yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini incelemişler ve ilaç tedavisini öngörölen plana uygun

olarak kullanan hastaların daha iyi yaşam kalitesine sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Boothby ve Salmon (2013), yaşam kalitelerini artırmak isteyen kronik böbrek hastalığına sahip hastaların tedavi rejiminde önemli bir yeri olan zorlu ve sürekli diyet, sıvı kısıtlaması ve karmaşık ilaç tedavisine uyum sağlamaları gerektiğini vurgulamışlardır. Buna ek olarak, hastaların diyet ve sıvı kısıtlamasına bağlı olarak sosyal ortamlarda bulunma, diyet ve sıvı kısıtlamalarından sıkılma, rahatsızlık hissi ve duygusal sıkıntı gibi bir takım zorluklar yaşadıklarını ve bunun sonucu olarak da fiziksel ve ruhsal yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini savunmuşlardır.

Literatürdeki bu araştırma bulgularından yola çıkılarak, tedaviye uyum değişkeninin ve tedaviye uyumu etkileme potansiyeline sahip diğer değişkenlerin yaşam kalitesi değişkenini anlamlı olarak etkileyebileceği varsayılmıştır.

▪ Sağlık Hizmeti Kullanımı

Yaşam kalitesini etkileyen bir diğer önemli değişken, sağlık hizmeti kullanımıdır. Literatürde, sağlık hizmeti kullanımı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yönelik farklı görüşler bulunmaktadır. Bazı araştırmalarda, yaşam kalitesi arttıkça sağlık hizmeti kullanımının azaldığı vurgulanmış; bazı araştırmalarda ise sağlık hizmeti kullanımı arttıkça yaşam kalitesinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Taşkaya (2014), kronik diyabet hastalarında acil servis kullanımının hastaların ruhsal yaşam kalitelerini artırdığı sonucuna ulaşmıştır. Gallegos-Carillo ve diğerleri (2008), hastaneye yatış, acil servise başvuru ve poliklinik kullanımının hastaların yaşam kalitesine olumlu etki ettiği sonucuna ulaşmışlardır.

Literatürdeki bu araştırma bulgularından yola çıkılarak, sağlık hizmeti kullanımı değişkeninin ve bu değişkeni etkileme potansiyeline sahip diğer değişkenlerin yaşam kalitesi değişkenini anlamlı olarak etkileyebileceği varsayılmıştır.

8. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

8.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI

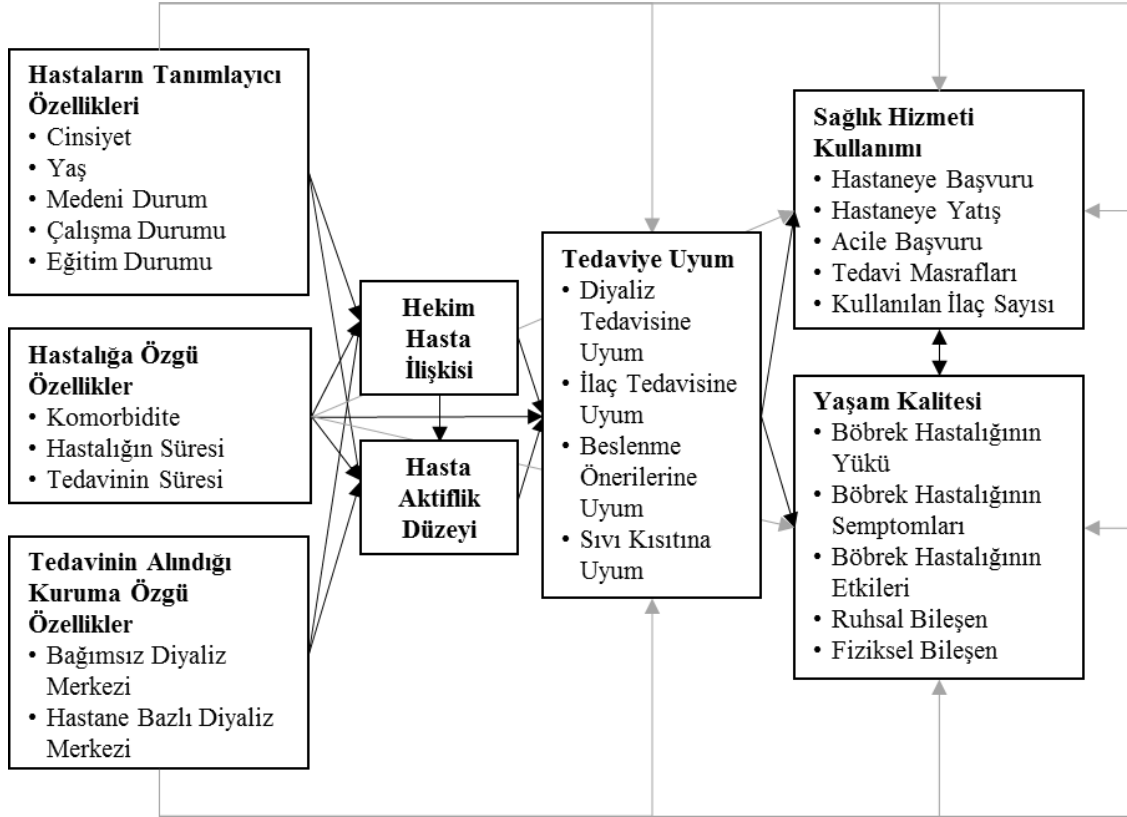
Bu araştırmanın amacı, kronik böbrek rahatsızlığı olan ve diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti kullanımı düzeylerini belirlemek ve bu düzeylere etki eden faktörleri ortaya koyabilmektir. Bu amaç doğrultusunda, diyaliz hastalarının tedaviye uyum göstermelerine, yaşam kalitesine ve sağlık hizmeti kullanımlarına etki edebilecek olan potansiyel değişkenler; konu ile ilgili incelenen yerli ve yabancı çalışmalar doğrultusunda belirlenmiştir. Bu kapsamda, tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti kullanımı değişkenleri; hastaların demografik özellikleri, hastalığa özgü özellikler, tedavinin uygulandığı kuruma özgü özellikler, hasta hekim ilişkisi ve hasta aktiflik düzeyi değişkenleri ile açıklanmaya çalışılmış ve aralarındaki ilişkiler ortaya konulmuştur.

8.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ

“Diyaliz tedavisi alan hastaların hekim ile ilişkileri ve aktiflik düzeyleri tedaviye uyumlarını etkilemekte midir?”, “Hastaların tedaviye uyum düzeyleri sağlık hizmeti kullanımlarını ve yaşam kalitelerini etkilemekte midir” soruları, bu araştırmanın problem cümlelerini oluşturmakta olup, aşağıda yer alan alt sorulara araştırma kapsamında yanıt aranacaktır.

- Diyaliz tedavisi alan hastaların hekim-hasta ilişkisini etkileyen faktörler nelerdir?
- Diyaliz tedavisi alan hastaların aktiflik düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?
- Diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye uyum düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
- Diyaliz tedavisi alan hastaların sağlık hizmeti kullanımını (acile başvuru, hastaneye yatış, tedavi masrafları, vb.) etkileyen faktörler nelerdir?
- Diyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitesini (genel yaşam kalitesi, böbrek hastalığının yükü, semptomlar/ problemler, böbrek hastalığının etkileri) etkileyen faktörler nelerdir?

Çalışmanın problem cümlesi, amacı ve bu amaç doğrultusunda ortaya konulan model, Şekil 17’de özetlenmektedir.



Şekil 17. Araştırmanın Modeli

8.3. HİPOTEZLER

Araştırmanın amacı doğrultusunda test edilecek olan hipotezler aşağıdaki gibidir:

H1: Hastaların tanımlayıcı özellikleri (Cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu), hastalığa özgü özellikler (komorbidite, hastalığın süresi) ve tedavinin alındığı kurumun türü değişkenleri, hekim hasta ilişkisine istatistiksel olarak anlamlı etki etmektedir.

H2: Hastaların tanımlayıcı özellikleri (Cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu), hastalığa özgü özellikler (komorbidite, hastalığın süresi), tedavinin alındığı kurumun türü ve hekim hasta ilişkisi değişkenleri, hasta aktifliğine istatistiksel olarak anlamlı etki etmektedir.

- H3: Hastaların tanımlayıcı özellikleri (Cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu), hastalığa özgü özellikler (komorbidite, hastalığın süresi), tedavinin alındığı kurumun türü, hekim hasta ilişkisi ve hasta aktifliği değişkenleri, hastaların tedaviye uyumlarına istatistiksel olarak anlamlı etki etmektedir.
- H4: Hastaların tanımlayıcı özellikleri (Cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu), hastalığa özgü özellikler (komorbidite, hastalığın süresi), tedavinin alındığı kurumun türü, hekim hasta ilişkisi, hasta aktifliği, tedaviye uyum (ilaç tedavisine uyum, beslenme önerilerine uyum, sıvı kısıtlamasına uyum) ve yaşam kalitesi (Böbrek hastalığının yükü, semptomları, etkileri, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi) değişkenleri, hastaların sağlık hizmeti kullanımlarına istatistiksel olarak anlamlı etki etmektedir.
- H5: Hastaların tanımlayıcı özellikleri (Cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu), hastalığa özgü özellikler (komorbidite, hastalığın süresi), tedavinin alındığı kurumun türü, hekim hasta ilişkisi, hasta aktifliği ve tedaviye uyum (ilaç tedavisine uyum, beslenme önerilerine uyum, sıvı kısıtlamasına uyum) ve sağlık hizmeti kullanım (hastaneye başvuru, hastaneye yatış, acile başvuru, tedavi masrafları, kullanılan ilaç sayısı) değişkenleri, hastaların yaşam kalitelerine istatistiksel olarak anlamlı etki etmektedir.

8.4. VARSAYIMLAR

Araştırma kapsamındaki diyaliz tedavisi alan hastaların ankete vermiş oldukları yanıtların yansız olduğu ve başkalarının fikirlerinden etkilenmediği ya da kişilerin bilinçli olarak yanlış/eksik bilgi vermediği varsayılmıştır.

8.5. KISITLILIKLAR

Bu çalışma, Ankara ili Çankaya Bölgesindeki iki üniversite hastanesinin diyaliz ünitesinden ve iki özel diyaliz merkezinden diyaliz hizmeti alan kronik böbrek hastalarını kapsamaktadır. Dolayısıyla, araştırma bulguları, bu diyaliz üniteleri ve diyaliz merkezlerinden hizmet alan hastaları kapsamakta olup, kronik böbrek hastalarına

genellenmesi mümkün değildir. Diğer taraftan, ulaşılan sonuçların diyaliz tedavisi alan hastalara ilişkin önemli çıkarımlar ortaya koyacağı söylenebilmektedir.

Veri toplama araçlarından Böbrek Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin boyutlarından biri olan ruhsal yaşam kalitesine ilişkin içsel tutarlılık katsayısı, 0,60 olarak bulunmuştur. Bu katsayı değerinin güvenilirlik açısından kabul edilebilirlik sınırında olmakla birlikte düşük olması, araştırmanın sınırlılıklarından bir diğerini oluşturmaktadır.

Veri toplama aracının hastalara hastane ortamında uygulanmış olmasının objektif değerlendirmeyi etkileyebilme olasılığı, çalışmanın bir diğer kısıtını oluşturmaktadır. Ancak, yine de anket uygulamasının çoğunlukla, hastaların diyaliz tedavisinden çıktıklarında ya da tedaviye girmek üzere bekledikleri bekleme salonunda yapılmış olmasının yanlı değerlendirmenin etkilerini azaltabileceği öngörülmüştür.

8.6. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini Ankara ilindeki iki üniversite hastanesinin diyaliz ünitesinden ve iki özel diyaliz merkezinden hizmet alan kronik böbrek hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Hacettepe Üniversitesi'nin "*Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu*"ndan ve araştırmanın yapıldığı hastaneler ve diyaliz merkezlerinden gerekli izinler alınmıştır. Etik Kurul izin yazısı EK 2'de; hastane ve diyaliz merkezlerden alınan izin yazıları ise Ek 3, Ek 4, Ek 5 ve Ek 6'da yer almaktadır.

Araştırmanın verileri, 10 Mayıs 2017 ve 1 Mayıs 2018 tarihleri arasında bu dört diyaliz ünitesinde diyaliz tedavisi alan hastalardan toplanmıştır. Araştırmanın örnekleme; 15 yaş ve üzerinde olan, araştırmada uygulanması planlanan veri toplama formlarını cevaplamaya uygun, görüşmeyi engelleyecek acil sağlık problemi bulunmayan ve aydınlanmış onam formunu onaylayarak araştırmaya katılmaya istekli olan hastalar dahil edilmiştir.

Araştırmanın evrenini oluşturan diyaliz üniteleri ve diyaliz merkezlerinin hasta sayıları, ilgili kurumlardan öğrenilmiştir. Kurumların sahip oldukları cihaz sayıları, günlük

verdikleri diyaliz seans sayıları ve aylık ortalama tedavi alan hasta sayıları öğrenilerek, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yapıldığı diyaliz üniteleri ve merkezlerinin aylık ortalama hasta sayıları ve araştırma kapsamında ulaşılan örneklem sayıları, Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9. Araştırmanın Yapıldığı Diyaliz Üniteleri ve Merkezlerinin Evren ve Örneklem Sayıları

Araştırmanın Yapıldığı Diyaliz Merkezleri	Cihaz Sayıları	Günlük Diyaliz Seans Sayısı	Aylık Ortalama Tedavi Alan Hasta Sayısı	Araştırma Kapsamında Ulaşılan Örneklem Sayısı
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Diyaliz Ünitesi	25	2	100	97
Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Diyaliz Ünitesi	35	2	130	110
Özel Bahar Diyaliz Merkezi	20	3	100	53
Özel Betemar Diyaliz Merkezi	40	2	130	68
Toplam			460	328

Diyaliz merkezlerine ilişkin veriler incelendiğinde, merkezlerin cihaz sayılarının en az 20, en çok 40 olduğu görülmektedir. Günlük diyaliz seansı sayısı; genellikle sabah 08:00 ve öğlen 13:00 olmak üzere 2 seanstan oluşmaktadır. Yalnızca Özel Bahar Diyaliz Merkezi, sabah, öğle ve akşam olmak üzere 3 seansta hizmet vermektedir.

Diyaliz merkezlerine gelen hastalar randevulu oldukları için, her ay hemen hemen aynı hastalar hizmet almaktadır. Bu nedenle diyaliz merkezlerinden aylık ortalama tedavi alan hasta sayısı, aynı zamanda o diyaliz merkezinin evrenini oluşturmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Diyaliz Ünitesinden 100 kişi; İbn-i Sina Hastanesi Diyaliz Ünitesinden 130 kişi; Özel Bahar Diyaliz Merkezi’nden 100 kişi ve Özel Betemar Diyaliz Merkezi’nden 130 kişi aylık ortalama hizmet alan hasta sayısıdır.

Bu dört diyaliz hizmeti veren kurumun aylık ortalama hasta sayıları toplamı 460'dır. Araştırma kapsamında, 328 diyaliz tedavisi alan hastaya ulaşılmıştır. Ulaşılan örneklem sayısı, evrenin %71,3'üdür.

8.7. VERİ TOPLAMA ARACI

Bu çalışma analitik nitelikte kesitsel bir saha araştırmasıdır. Verilerin toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Anketin hazırlanmasında, ulusal ve uluslararası literatür çalışmalarında kullanılan ölçekler ve soru formları seçilerek veri toplama aracı oluşturulmuştur. Veri toplama aracı, 6 bölümden oluşmaktadır. Her anketin başında, çalışmaya ilişkin bilgi ve anketin gönüllülük esasına dayandığına ilişkin gönüllü katılım formu yer almaktadır (EK 1). Ankete başlamadan her katılımcıya gönüllü katılım formu okutularak onayları alınmıştır.

Veri toplama aracının birinci bölümü, araştırmaya katılan hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu gibi bilgileri içeren demografik özelliklerine ilişkin sorulardan ve hastalığın süresi, diyaliz tedavisinin süresi ve komorbidite (eşlik eden hastalık) bilgilerini içeren hastalığa özgü sorulardan oluşmaktadır. Diğer beş bölümde ise böbrek hastalığına özgü yaşam kalitesi, hasta aktiflik düzeyi ve hekim hasta ilişkisi ölçekleri ile tedaviye uyum ve sağlık hizmeti kullanımı soru formları yer almaktadır. Bu ölçek ve soru formlarına ilişkin detaylı bilgilere aşağıda yer verilmiştir.

KDQOL™-36: KDQOL (Kidney Disease Quality of Life – Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Formu), kronik böbrek hastalığına sahip ve diyaliz tedavisi alan kişilerin yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Hays ve diğerleri (1994) tarafından geliştirilmiştir. Diyaliz tedavisi alan hastaların bakış açısıyla, sağlık durumu ve sonuçlarının genel bir ölçümünü sağlamaktadır. Türkçe'ye geçerliliği Yıldırım ve diğerleri (2007) tarafından yapılmış ve “Translation, Cultural Adaptation, Initial Reliability, and Validation of the Kidney Disease and Quality of Life-Short Form in Turkey” isimli makale ile yayınlanmıştır. Bu çalışma kapsamında, güvenilirlik için test tekrar test yöntemi ve Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Test tekrar test için katsayı 0,91; Cronbach alfa için ise 0,84 olarak bulunmuştur. Bu katsayılar, her bir boyut için 0,75 ile 0,91 arasında değişmekte olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Geçerilik için yapı geçerliliği

kullanılmış olup çalışmanın sonuçları, kronik böbrek hastalığına sahip Türk hastalar için bu anketin güvenilirliğini ve geçerliliğini göstermiştir. Diğer taraftan RAND şirketinin bir araştırma birimi olan RAND Sağlık Hizmetlerinin resmi internet sitesinde hem ölçeğin orijinali hem de farklı dillerdeki versiyonları yayınlanmıştır. Ayrıca, ölçeğin puanlaması için geliştirilen bir Excel puanlama aracı da websitesinde araştırmacılara açık olarak sunulmaktadır (https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html).

KDQOL, beş alt boyuta sahip 36 ifadeden oluşan bir ankettir. Bu boyutların ikisi genel yaşam kalitesini ölçerken; üç tanesi, böbrek hastalığına özgü yaşam kalitesini ölçmektedir. Genel yaşam kalitesi, SF-12 adıyla bilinen genel yaşam kalitesi ölçeğinin kısa formuyla ölçülmektedir. Böbrek hastalığının yükü, böbrek hastalığının semptomları/problemleri ve böbrek hastalığının etkileri ise böbrek hastalığına özgü yaşam kalitesi alt boyutlardır. Aşağıda bu alt boyutlara ilişkin bilgiler yer almaktadır:

- Genel yaşam kalitesini ölçen SF-12, 12 ifadeden oluşmakta olup, fiziksel (6 ifade) ve ruhsal (mental) (6 ifade) işleyişi ölçen iki boyutu vardır. Genel sağlık durumu, aktivite sınırları, istenen görevleri yerine getirme becerisi, depresyon, anksiyete, enerji seviyesi ve sosyal aktivitelerle ilgili maddeleri içermektedir.
- Böbrek hastalığının yükü alt boyutu, 4 ifadeden oluşmaktadır. Böbrek hastalığının günlük yaşama ne kadar etki ettiği, hastalığa ne kadar zaman ayrıldığı, hastaya yaşattığı hayal kırıklığı ve hastanın ne kadar yük hissettiği ile ilgili ifadeleri içermektedir.
- Böbrek hastalığının semptomları/problemleri alt boyutu, 12 ifadeden oluşmaktadır. Hastaların ağrıyan kasları, krampları, kaşıntılı veya kuru cilt, nefes darlığı, baş dönmesi, iştahsızlık, yorgunluk, halsizlik hissi, ellerde veya ayaklarda uyuşma, mide bulantısı gibi diyaliz tedavisinin belirtileri ile ilgili ifadelerden oluşmaktadır.
- Böbrek hastalığının etkileri alt boyutu, 8 ifadeden oluşmaktadır. Hastalığın hastaya yaşattığı sıkıntı ve zorluklara ilişkin ifadelerden oluşmaktadır. Sıvı kısıtlamaları, diyet kısıtlamaları, evde çalışabilme kabiliyeti, seyahat edebilme, doktorlara ve diğer tıbbi personele bağımlı olma hissi, stres ya da endişeler ve kişisel görünümünden memnuniyet gibi ifadeleri kapsamaktadır.

Her bir boyut, ilgili ifadelere verilen yanıtlara göre puanlanmaktadır. Puanlar minimum 0, maksimum 100 olabilmektedir. Toplam puanın 0 olması en kötü, 100 olması en iyi

yaşam kalitesi düzeyini göstermektedir. Dolayısıyla, puanın yüksekliği, yaşam kalitesinin de yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçeği (Patient Activation Measure - PAM): Hibbard ve diğerleri (2004) tarafından kronik hastalığı olan hastaların aktiflik düzeyini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiş olup, 2005’de yine Hibbard ve diğerleri tarafından kronik hastalığı olan bir popülasyonda kısa formu çalışılmıştır. Koşar (2015), “*Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı’nın (Patient Activation Measure) Türkçe’ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması*” isimli yüksek lisans tez çalışmasında, bu ölçeğin kısa formunu kronik hastalığa sahip hastalar üzerinde çalışmış ve Türkçeye uyarlayarak geçerlilik ve ölçümün güvenilirliğini yapmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayıları orijinal ölçeğin 0,91 olup, Türkçe’ye yapılan uyarlamasının 0,81 olarak bulunmuştur. Koşar ve diğerlerinin (2018), hemodiyaliz hastalarına uygulamış oldukları çalışmalarında ise 0,87 olarak saptanmıştır. PAM, geçerli, güvenilir, tek boyutlu ve Guttman tipi bir ölçektir.

Ölçek 22 madde olup, çalışılmış olan kısa formu 13 maddeden oluşmaktadır. Bu araştırma kapsamında, ölçeğin kısa formu kullanılmıştır. Ölçeğin cevapları, 1=kesinlikle katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=katılıyorum, 4=kesinlikle katılıyorum ve 5=Bilemiyorum/değerlendiremiyorum şeklindedir. Toplam PAM skorunu hesaplamak için ham skor, cevaplanan öğelerin sayısına bölünmekte (Bilemiyorum/değerlendiremiyorum cevapları hariç) ve 13 ile çarpılmaktadır. Ardından, bu puan, kalibrasyon tablolarına dayanarak, 0–100 aralığında bir ölçeğe dönüştürülmektedir. Dolayısıyla, ölçüm aracından alınan aktiflik puanları 0-100 arasında değişmektedir.

Bu puanın hesaplanmasında, ölçeği geliştirenlerin geliştirdiği bir puanlama aracı olarak excel tablosu kullanılmaktadır. Bir bireyin 13 maddeye verdiği puanlar sırayla puanlama tablosuna girildiğinde, o bireyin aktiflik puanı ve hangi aşamada/düzeyde yer aldığı ortaya çıkmaktadır. Puanlara göre aktiflik aşamaları aşağıda yer almaktadır:

Aşama 1: En düşük aktiflik: < 47

Aşama 2: 47 – 55

Aşama 3: 55 – 72

Aşama 4: En yüksek aktiflik: > 72.5

Aşamaların hedeflerine bakıldığında; Aşama 1, aktif rol almanın önemine inanmayı, Aşama 2, eyleme geçmek için bilgi ve güveni, Aşama 3, eyleme geçmeyi ve Aşama 4, stres altındayken bile rutini korumayı içermektedir.

Hasta Hekim İlişkisi (Patient Doctor Relationship Questionnaire - PDRQ): Van der Feltz-Cornelis ve diğerleri (2004) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin orijinali 15 ifadeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Anketin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri Mergen ve diğerleri (2012) tarafından yapılmış ve "Validity of The Turkish Patient Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-Turkish) in Comparison With Theuropep Instrument in a Family Medicine Center" isimli makale ile yayınlanmıştır. Ölçeğin orijinali, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki hekim-hasta ilişkisini ölçmek için tasarlanmıştır. Ancak daha sonra çeşitli araştırmacılar tarafından acil servise gelen hastalara (Shaker vd., 2011), poliklinik hastalarına (Weng vd., 2008), klinikte yatan hastalara (Ghuloum vd., 2010) ve kronik hastalığa sahip hastalara (Taşkaya, 2014) uygulanmıştır. Ölçekte "1" skoru "Kesinlikle Katılmıyorum", "5" skoru "Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde derecelendirilmiştir. Analizler kapsamında 4 adet ifade ölçekten çıkarılmış ve Türkçeye uyarlanan ölçekte 11 ifade yer almıştır. Ölçeğe ilişkin Cronbach Alpha katsayısı, 0,91 olarak bulunmuştur. Taşkaya (2014), ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini diyabet tanısına sahip hastalar üzerinde yapmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı, 0,97; test tekrar test sonucu elde edilen korelasyon katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur.

Tedaviye Uyum Soru Formu: Diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye olan uyumlarını belirleyen ve literatürde en çok kullanılan göstergeler dikkate alınarak bir soru formu oluşturulmuştur. Soru formunun hazırlanmasında, kronik böbrek hastalarının tedavi öneri ve gerekleri konusunda literatürde en çok kullanılan göstergeler temel alınmıştır (Chan vd., 2014; Chirona ve Bhengu, 2016; Chiu vd., 2009; Cukor vd., 2014; Ghimire vd., 2017; Hirth vd., 2008; Kim ve Evangelista, 2010; Nabolsi vd., 2015). Literatürde, diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye uyum göstermesinin önündeki engellerin araştırıldığı çalışmalar kapsamında, hastaların tedaviye uyum göstermediği en yaygın 4 davranış ortaya konulmuştur. Bu davranışlar, bir diyaliz seansını kaçırma ya da erken sonlandırma, tavsiye edilen ilaç önerilerine uymama,

beslenme önerilerine uymama ve sıvı kısıtına uyum göstermeme olarak tespit edilmiştir. Hastalara son 1 ay içinde bu davranışları gösterip göstermedikleri sorulmuştur. Bu çalışma kapsamında da hastaların tedaviye, ilaçlara, sıvı kısıtına ve önerilen diyetle uyumları ile ilgili sorulara yer verilmiştir.

Sağlık Hizmeti Kullanımı Soru Formu: Diyaliz tedavisi alan hastaların sağlık hizmeti kullanımlarını ölçmek amacıyla bir soru formu oluşturulmuştur. Bu form hazırlanırken, literatürde en çok kullanılan sağlık hizmeti kullanım ölçütleri dikkate alınmıştır (Khan vd., 2002; de Boer vd., 1997; Williams ve Mcgirt, 2012; Wolinsky vd., 1983; Bourbeau vd., 2003; Nurmi vd., 2013; Shimizu vd., 2015; Gobbens vd., 2012; Erdem ve Piriñçi, 2010). Diyaliz hastalığı veya etkileri nedeniyle hastaneye yatış gün sayısı, hastane kullanımı sayısı, acil servis kullanım sayısı, kullanılan ilaç sayısı ve ilaç ve tedaviye harcanan para miktarı gibi sağlık hizmeti kullanımını ölçmek için literatürde en çok kullanılan göstergelere ilişkin 5 adet soruya yer verilmiştir.

8.8. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmaya ilişkin veriler, Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) 20.0 paket programı kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Analizler için anlamlılık düzeyi, $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Bu bölüm kapsamında, araştırmada gerçekleştirilen geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, tanımlayıcı istatistikler, korelasyon analizi, çoklu doğrusal regresyon analizi ve lojistik regresyon analizi hakkında açıklamalara yer verilmiştir.

8.8.1. Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri

Araştırma kapsamında kullanılan 3 ölçeğe ilişkin güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ölçümlerin güvenilirlik analizleri için içsel tutarlılık katsayısından yararlanılmıştır. Cronbach Alfa katsayısı, toplam puanlar üzerinden hesaplanan ölçeğin güvenilirliğinin hesaplanmasında sıklıkla tercih edilmektedir. Alfa katsayısı, ölçek içinde yer alan ifadelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür (Alpar, 2013).

Araştırmada kullanılan Hekim Hasta İlişkisi Ölçeği, Hasta Aktiflik Ölçeği, Böbrek Hastalarına Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve ölçek boyutlarına ilişkin içsel tutarlılık katsayıları, Tablo 10’da yer almaktadır.

Tablo 10. Araştırma Kapsamında Kullanılan Ölçeklerin Ölçüm Güvenilirlik Sonuçları

Ölçekler	Soru Sayısı	İçsel Tutarlılık Katsayısı (Cronbach Alpha)
Yaşam Kalitesi	36	0,96
Böbrek Hastalığının Semptom/Problem Listesi	12	0,92
Böbrek Hastalığının Etkileri	8	0,92
Böbrek Hastalığının Yükü	4	0,83
SF-12 Fiziksel Bileşen	6	0,78
SF-12 Ruhsal Bileşen	6	0,60
Hekim Hasta İlişkisi	11	0,94
Hasta Aktiflik Düzeyi	13	0,75

Tablo 10’da yer alan güvenilirliği belirlemede kullanılan katsayılara ilişkin sonuçlara göre, Böbrek Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi (KDQOL) ölçeğinin içsel tutarlılık katsayısı toplamda 0,96 bulunmuştur. Ölçeğin boyutları incelendiğinde, katsayıların 0,60 – 0,92 aralığında değiştiği görülmektedir. Hekim hasta ilişkisi ölçeğine ilişkin katsayı, 0,94; hasta aktifliği ölçeğine ilişkin katsayı ise 0,75 bulunmuştur. Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklere ilişkin içsel tutarlılık katsayılarına bakıldığında, tüm değerlerin güvenilir sınır olan 0,60 (Alpar, 2012) ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamında kullanılan ölçekler, daha önce çeşitli araştırmalarda kullanılmış olup, Türkçe’ye uyarlamaları ve geçerlilik analizleri gerçekleştirilerek, geçerli bulunmuşlardır. Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği, kronik böbrek hastaları örnekleme özel olarak gerçekleştirilmiş ve Yıldırım ve diğerleri (2007) tarafından Türkiye’deki kronik böbrek hastalığına sahip hastalara uygulanarak, güvenilirlik ve geçerliliği test edilerek uygun bulunmuştur. Bu ölçek, Türkiye’deki kronik böbrek hastalığına sahip hastalar ile gerçekleştirilen farklı yaşam kalitesi çalışmalarında da kullanılmıştır (Çelik, 2005; Nişel vd., 2016; Tıgılı vd., 2017; Çolak, 2013).

Hasta Aktifliği Ölçeği, Koşar (2015) tarafından kronik hastalığa sahip hastalara uygulanmış ve geçerliliği test edilerek uygun bulunmuştur. Hekim hasta ilişkisi ölçeği ise Mergen ve diğerleri (2012) tarafından birinci basamak sağlık kuruluşlarına gelen hastalara uygulanarak, geçerliliği test edilerek uygun bulunmuştur. Her iki ölçeğin de farklı hasta grubundaki örneklemeler üzerinde uygulandığı görülmektedir. Bu nedenle, hasta aktifliği ve hekim hasta ilişkisi ölçekleri kronik böbrek hastalarına uygulanarak geçerlilikleri test edilmiştir. Yapı geçerliliğinin belirlenmesinde, en yaygın olarak kullanılan faktör analizi kullanılmıştır.

Tablo 11’de hekim hasta ilişkisi ölçeğine ilişkin faktör analizi sonuçları yer almaktadır.

Tablo 11. Hekim Hasta İlişkisi Faktör Analizi

Açıklanan Varyans		65,260
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğunun Ölçüsü		0,921
Bartlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	3214,59
	p	0,000
İfadeler		Faktör Yükleri
Hekim Hasta İlişkisi - 1		0,826
Hekim Hasta İlişkisi - 2		0,851
Hekim Hasta İlişkisi - 3		0,738
Hekim Hasta İlişkisi - 4		0,818
Hekim Hasta İlişkisi - 5		0,854
Hekim Hasta İlişkisi - 6		0,868
Hekim Hasta İlişkisi - 7		0,757
Hekim Hasta İlişkisi - 8		0,845
Hekim Hasta İlişkisi - 9		0,762
Hekim Hasta İlişkisi - 10		0,757
Hekim Hasta İlişkisi - 11		0,796

Hekim hasta ilişkisi ölçeğinin faktör analizi sonucu incelendiğinde, Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Ölçüsü (KMO) değeri, 0,921 olarak bulunmuştur. Örneklem yeterliliği hakkında bilgi veren bu değer en az 0,50 olması beklenmektedir. Field (2013, s. 696) 0,7- 0,8 aralığının kabul edilebilir olduğunu; 0,9 ve üzerinin ise ideal olduğunu belirtmiştir. Bartlett Küresellik Testi, korelasyon matrisi birim matris eşitliği

hipotezini test etmektedir. Bu test sonucunun anlamlı olduğu görülmektedir (X^2 : 3214,59; $p < 0,001$). Açıklanan varyans yüzdesi ise %65,26'dır. Ölçek ifadeleri, tek bir boyut altında toplanmıştır.

Hasta Aktiflik Ölçeğine ilişkin faktör analizi sonuçları, Tablo 12'de yer almaktadır.

Tablo 12. Hasta Aktiflik Ölçeği Faktör Analizi

Açıklanan Varyans		43,645
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluğunun Ölçüsü		0,763
Bartlett's Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare Değeri	1269,827
	p	0,000
İfadeler		Faktör Yükleri
Hasta Aktiflik Ölçeği - 1		0,741
Hasta Aktiflik Ölçeği - 2		0,777
Hasta Aktiflik Ölçeği - 3		0,713
Hasta Aktiflik Ölçeği - 4		0,709
Hasta Aktiflik Ölçeği - 5		0,677
Hasta Aktiflik Ölçeği - 6		0,686
Hasta Aktiflik Ölçeği - 7		0,442
Hasta Aktiflik Ölçeği - 8		0,751
Hasta Aktiflik Ölçeği - 9		0,703
Hasta Aktiflik Ölçeği - 10		0,513
Hasta Aktiflik Ölçeği - 11		0,556
Hasta Aktiflik Ölçeği - 12		0,429
Hasta Aktiflik Ölçeği - 13		0,596

Hasta aktifliği ölçeği faktör analizi sonuçlarına göre, faktör analizinin bu kümeye uygulanabileceğini ortaya koyan Barlet Testi değeri 1269,827 ($p < 0,001$) ve örneklemin yeterliliği hakkında bilgi veren KMO değeri, 0,763 olarak bulunmuştur. Örneklem yeterliliğinin kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu söylenebilir. Toplam varyansın açıklanma oranı ise 43,65'tir. Ölçek ifadeleri tek bir boyut altında toplanmıştır.

8.8.2. Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırma kapsamındaki hastaların sosyo-demografik, klinik özelliklerini ve tedavi aldıkları kurumun özelliklerini belirlemek ve araştırmanın diğer temel değişkenleri olan hekim hasta ilişkisi, hasta aktiflik düzeyi, hastaların tedaviye uyumları, sağlık hizmeti kullanımları ve yaşam kalitelerine ilişkin verileri özetlemek amacıyla tanımlayıcı istatistiklerden (frekans, standart sapma, ortalama) yararlanılmıştır.

Verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek amacıyla basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) ölçülerinden yararlanılmıştır. Basıklık (kurtosis) katsayısı, normal dağılım eğrisinin ne kadar dik veya basık olduğunu göstermektedir. Tam bir çan eğrisinin basıklık katsayısı sıfırdır. Bu katsayısının pozitif olduğu durumda, eğri normale göre daha dik; negatif olduğu durumda ise normale göre daha basık olmaktadır. Çarpıklık (skewness) katsayısı, $-\infty$ ile $+\infty$ aralığında değer almaktadır. Tam simetri durumunda aritmetik ortalama, mod ve meydan birbirine eşit olup çarpıklık katsayısı sıfır olmakta ve dağılım düzgün bir çan eğrisi şeklinde olmaktadır. Bu değerlerin pozitif çıkması verilerin sağa çarpık olduğunu, negatif olması ise sola çarpık olduğunu göstermektedir. Tabachnick ve Fidell (2013)'e göre, Kurtosis ve Skewness değerleri -1,5 ile +1,5 olduğu zaman normal dağılım olduğu kabul edilmektedir. Bazı yazarlar ± 2 ; bazı yazarlar ise ± 3 aralığındaki değerleri de normal kabul etmişlerdir (Büyüköztürk, 2012; George ve Mallery, 2010; Tabachnick ve Fidell, 2007). Bu araştırmadaki verilerin normal dağılıp dağılmadığı incelendiğinde; hem çarpıklık değerlerinin hem de basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 arasında olduğu ve bu değerlerin de normal dağılım sınırları içinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hastaların tedavi aldıkları kurum türüne göre hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesi değişkenlerinin ortalamalarında istatistiksel olarak anlamı bir fark olup olmadığını analiz etmek için Student t testi kullanılmıştır. Kurum türüne göre hastaların tedaviye uyumlarına ilişkin fark ise değişkenler iki kategorili ve niteliksel olduğu için Ki-kare testi (χ^2) ile değerlendirilmiştir.

8.8.3. Korelasyon Analizi

Değişkenler arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü belirlemek amacıyla korelasyon katsayılarından yararlanılmıştır. Temel değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek ve tanımlayıcı değişkenler ile temel değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla iki ayrı korelasyon tablosu oluşturulmuştur. Sürekli iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin boyutunun belirlenmesinde “Pearson ilişki katsayısı (r)”; iki kategorili iki değişken (2×2) arasındaki ilişkinin büyüklüğünü ölçmek için “Phi katsayısı (ϕ)”; çok kategorili olanlarında ise “C Olağanlık katsayısı (Contingency coefficient)” kullanılmıştır. İki kategorili değişken ile sürekli değişkenler arasındaki ilişki için “Nokta Çift Serili Korelasyon Katsayısı (r_{pb})”; çok kategorili bir değişken ile sürekli değişken arasındaki ilişki için ise “Spearman rho katsayısı (ρ)” kullanılmıştır (Alpar, 2013; Karagöz, 2010). Nokta Çift Serili Korelasyon Katsayısını analiz etmek için veriler “VassarStats: Website for Statistical Computation” isimli web sayfasındaki hesaplama motorunda analiz edilmiştir (<http://vassarstats.net/>).

8.8.4. Regresyon Analizi

Değişkenler arasındaki ilişkiyi özetlemek ve matematiksel olarak ifade edebilmek amacıyla çoklu regresyon analizi ve lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Hasta aktifliği değişkeni için 1 adet, hekim hasta ilişkisi değişkeni için 1 adet, sağlık hizmeti kullanımını tanımlayan hastaneye başvuru, acil servis kullanımı, hastaneye yatış, kullanılan ilaç sayısı ve tedavi masrafları değişkenleri için 5 adet; yaşam kalitesi değişkeninin alt boyutları olan böbrek hastalığının etkileri, semptomları, yükü, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi için 5 adet olmak üzere toplamda 12 ayrı çoklu regresyon modeli oluşturulmuştur. Her bir değişkeni etkileme potansiyeline sahip olduğu düşünülen faktörler, çoklu doğrusal regresyon denklemi ile incelenmiştir.

Tedaviye uyum değişkeni, iki kategorili bağımlı bir değişken olduğu için, lojistik regresyon modeli kullanılmıştır. Tedaviye uyumu tanımlayan değişkenlerden diyaliz tedavisine uyum değişkeni için hastaların %99'u tedaviye uyum gösterdiklerini belirttiklerinden, bu değişkene ilişkin model oluşturulamamıştır. Dolayısıyla, tedaviye uyumu tanımlayan sıvı kısıtına uyum, beslenme önerilerine uyum ve ilaç tedavisine uyum değişkenleri için ise 3 adet lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur.

8.8.4.1. Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

Çalışma kapsamındaki bağımlı değişkenleri etkilediği düşünülen bağımsız değişkenlerin etkisini ölçmek, değişkenler arasındaki ilişkiyi özetlemek ve bağımsız değişkenler aracılığı ile bağımlı değişkeni tanımlayabilmek amacıyla çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizi yöntemi olarak, enter yöntemi kullanılmıştır. Regresyon analizleri için önkoşul, örneklem büyüklüğüdür. Modeldeki her değişken için en az 5 adet örneklem sayısı olması gerekmektedir. Yani 50 adet değişken varsa, örneklem sayısı 250 kişi olmalıdır. Bu çalışma için bağımsız değişken ve örneklem sayısı arasındaki ilişkiye dair önkoşul sağlanmaktadır (Seber ve Lee, 2012; Coakes vd., 2009).

Regresyon analizi öncesinde, kategorik değişkenleri sürekli değişken haline dönüştürebilmek için kukla kodlama tekniği kullanılarak dummy (kukla) değişkenler oluşturulmuştur. Buna göre, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, hastane türü, kronik hastalığa sahip olma durumu ve tedaviye uyum değişkenleri için dummy değişkenler oluşturulmuştur. Referanslar, cinsiyet değişkeni için “erkek”; medeni durum değişkeni için “bekar”; çalışma durumu değişkeni için “çalışmama”, hastane türü değişkeni için “bağımsız diyaliz merkezi”; kronik hastalığa sahip olma değişkeni için “yok” olarak belirlenmiştir. Eğitim durumu değişkeni; eğitim almamış, ortaöğretim, lise ve üniversite mezunu olmak üzere 4 kategori olduğu için 3 adet kukla değişken oluşturulmuş ve “eğitim almamış” olmak referans olarak belirlenmiştir. Ayrıca, tedaviye uyum değişkenleri için “tedaviye uyum gösterme, ilaç rejimine uyma, beslenme önerilerine uyma ve sıvı kısıtına uyma” referans olarak kabul edilmiştir.

Regresyon modelinin tümel olarak anlamlılığını ölçmek için F istatistiğine bakılmıştır. F değerinin anlamlı olması, regresyon katsayılarından en az birinin sıfırdan farklı olduğu anlamına gelmektedir. Çoklu açıklayıcılık katsayısı (R^2), bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni ne oranda açıkladığını göstermekte olup 1'e yakın olması istenmektedir. Standartlaştırılmış regresyon katsayısı olan BETA katsayıları, her bir değişkenin modele olan katkısını ortaya koymaktadır. BETA değeri en yüksek olan değişken, modele daha fazla katkı yapmaktadır. Regresyon katsayıları ise her bir değişkenin bağımlı değişkende (y) meydana getireceği artış ya da azalışın miktarını

göstermektedir (Alpar, 2012). Araştırma kapsamında oluşturulan her bir regresyon modeli için bu istatistik ve katsayılar verilmiştir.

Regresyon modelinin yeterliliği; artıkların incelenmesi, aykırı ve etkili gözlemlerin belirlenmesi (otokorelasyon) ve çoklu bağlantının tespiti ile belirlenmiştir.

- Aykırı gözlemlerin belirlenebilmesi için, artıkların saçılım grafikleri incelenmiştir. Saçılımın +2 ile -2 arasında rastgele bir dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Cook uzaklığı (CI_2) ve DFITS ölçüleri, etkili gözlemlerin belirlenebilmesi için hesaplanmıştır. Ölçüm değerlerinin yüksek olmadığı görülmüştür. Bu sonuçtan yola çıkarak, “etkili gözlem yoktur” denilebilmektedir.
- Bazı önemli bağımsız değişkenlerin denkleme alınmaması, regresyon modelinin yanlış seçilmiş olması ya da bağımlı değişkende ölçüm hatalarının olması durumunda otokorelasyon (özilişki) sorunu ortaya çıkabilmektedir. Otokorelasyonun belirlenmesi amacıyla en sık kullanılan Durbin Watson (DW) istatistiğidir. Bu istatistiğin kullanılabilmesi için gözlem sayısının 15’in üzerinde olması gerekmektedir (Alpar, 2013). Bir regresyon modelinde, otokorelasyon sorunu yok ise DW değeri, 2’ye yaklaşmaktadır. Bu katsayının 1,5 ile 2,5 aralığında olması da uygun kabul edilmektedir (Field, 2013). Her bir modele ilişkin DW değerine, ilgili regresyon tablosunda yer verilmiştir.
- Çoklu bağlantı sorununu tespit etmek amacıyla her bir regresyon tablosu için varyans şişme değerleri (VIF) ve tolerans değerleri incelenmiştir. VIF değerlerinin 5 ya da 10’un üzerinde olması, güçlü çoklu bağlantının bir göstergesidir ve ilgili değişkenlere ilişkin regresyon katsayılarının güvenilir olmadığını bildirmektedir (Alpar, 2013). Bir değişkenin tolerans değerinin, 0,10 ya da daha düşük olması, o değişkenin diğer değişkenlerle bağlantılı olduğunu göstermektedir. Bu durum, bir çoklu bağlantı göstergesidir. Her bir modele ilişkin VIF ve Tolerans değerleri, ilgili regresyon tablosunda yer almaktadır. Ayrıca çoklu bağlantı sorununa yol açmaması için değişkenler arasındaki korelasyon katsayıları da incelenmiştir. Hastalık süresi ile tedavi süresi değişkenleri arasında yüksek ilişki bulunduğu için “tedavi süresi” değişkeni elenerek yalnızca “hastalık süresi” değişkeni modele dahil edilmiştir. Böbrek hastalığının semptom ve problem listesi ile böbrek

hastalığının etkileri değişkenleri arasında yüksek ilişki bulunduğu için “*Böbrek hastalığının semptom ve problem listesi*” değişkeni elenerek yalnızca “*böbrek hastalığının etkileri*” değişkeni modele dahil edilmiştir.

8.8.4.2. Lojistik Regresyon Analizi

Lojistik regresyon analizi, bağımlı değişkenin kategorik olması durumunda kullanılan bir regresyon modelidir (Alpar, 2013). Tedaviye uyum bağımlı değişkeni, iki kategorili niteliksel veri tipinde olduğu için tedaviyi uyumu etkileyen değişkenlerin tespitinde, lojistik regresyon yöntemi uygulanmıştır. Bağımlı değişkenler olan ilaç tedavisine, beslenme önerilerine ve sıvı kısıtına uymama durumu, referans olarak alınmış olup, 0 olarak kodlanmıştır. Bağımsız değişkenler için referans; cinsiyet değişkeni için “erkek”; medeni durum değişkeni için “bekar”; çalışma durumu değişkeni için “çalışmama”, kurum türü değişkeni için “bağımsız diyaliz merkezi”; kronik hastalığa sahip olma değişkeni için “yok”, eğitim durumu değişkeni için “eğitim almamış” olarak belirlenmiştir. Analiz yöntemi olarak, enter yöntemi seçilmiştir.

Lojistik regresyon modelinin genel olarak anlamlılığı χ^2 değeri ile modelin tahmin edilebilirliği Hosmer-Lemeshov χ^2 değeri ile, modeldeki değişkenlerin modeli açıklama yüzdesi Nagelkerke R^2 değeri ile ve herhangi bir olgu için olayın gerçekleşme olasılığı odds oranı ile sunulmuştur.

9. BÖLÜM: BULGULAR

Bulgular bölümü kapsamında, araştırma sonuçları dört bölüm olarak sunulmuştur. İlk bölümde diyaliz tedavisi alan hastaların sosyo-demografik, klinik özelliklerine ve tedaviyi aldıkları kurumun özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgulara yer verilmiştir. İkinci bölümde, temel değişkenlere ilişkin tanımlayıcı bulgular özetlenmiştir. Bu iki bölüm kapsamında; ortalama, standart sapma ve dağılımları içeren tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Üçüncü bölümde değişkenler arasındaki korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Dördüncü bölümde ise hipotezlere ilişkin analiz bulgularına yer verilmiştir. Bu kapsamda, çoklu regresyon analizlerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

9.1. TANIMLAYICI BULGULAR

Diyaliz tedavisi alan hastalar üzerinde yapılan bu araştırmaya 328 hasta katılmış olup, hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 13'te özetlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %52,4'ü kadındır. Araştırma kapsamındaki kadın erkek dağılımının eşit olduğu söylenebilir. Hastaların %69,2'si evlilerden oluşmaktadır. Eğitim durumu açısından bakıldığında, hastaların %37,8'inin lise; %35,4'ünün ortaöğretim mezunu oldukları görülmektedir. Çalışma durumlarına bakıldığında, hastaların %87,8'inin çalışmadıkları görülmektedir. Bu hastaların %38,7'si emekli, %32,3'ü ev hanımı, %12,8'i işsiz ve %4'ü öğrencidir. Hastaların %12,1'i ise kısmi ya da tam zamanlı bir işte çalışmaktadır. Örneklemin yaş dağılımı minimum 20 ile maksimum 91 arasında olup genel yaş ortalaması 53,95'tir ($\pm 17,11$).

Tablo 13. Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n= 328)

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	172	52,4
Erkek	156	47,6
Medeni Durum		
Evli	227	69,2
Bekar	63	19,2
Dul/Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	38	11,6
Eğitim Durumu		
Eğitimi yok	32	9,8
Ortaöğretim	116	35,4
Lise	124	37,8
Üniversite	53	16,2
Lisansüstü	3	0,9
Çalışma Durumu		
İşsiz	42	12,8
Ev Hanımı	106	32,3
Tam Zamanlı Çalışan	30	9,1
Kısmi Zamanlı Çalışan	10	3,0
Emekli	127	38,7
Öğrenci	13	4,0
	Ort.	S.Sapma
Yaş (Yıl)	53,95	17,11

Tablo 14'te araştırmaya katılan hastaların klinik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır.

Tablo 14. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
Diyaliz Tedavisi Görme Sıklığı (Haftada)		
2	31	9,5
3	292	89,0
4	5	1,5
Komorbidite (Eşlik Eden Hastalık)		
Var	214	65,2
Yok	114	34,8
	Ort.	S. Sapma
Hastalık Süresi (Yıl)	10,06	8,76
Tedavi Süresi (Yıl)	7,01	5,06

Hastaların %89'u haftada 3 kez diyaliz tedavisi almaktadırlar. Haftada 2 kez diyaliz tedavisi alan hastaların büyük bir çoğunluğunu (%71) 40 yaş altı hastaların oluşturduğu saptanmıştır. Kronik böbrek hastalarından eşlik eden hastalığa sahip olanların oranı %65,2'dir. Ek kronik hastalığa sahip olan hastaların %40'ında tansiyon, %28'inde diyabet ve %24'ünde kalp hastalıkları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu hastalıklar haricinde, KOAH gibi kronik solunum yolu hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve romatizma, fitik ve benzeri kronik kas ve iskelet sistemi hastalıkları da diyaliz tedavisi alan hastaların sahip oldukları diğer kronik hastalıklardır. Kronik böbrek hastalığa sahip olan hastaların bu hastalığa sahip oldukları süre, ortalama 10 yıl ($\pm 8,76$); diyaliz tedavisi aldıkları süre ise ortalama 7 yıl ($\pm 5,06$) olarak bulunmuştur.

Tablo 15'te araştırma kapsamındaki hastaların tedavi aldıkları kuruma özgü özelliklere yer verilmiştir.

Tablo 15. Tedavinin Uygulandığı Kuruma Özgü Özellikler

Değişkenler	n	%
Tedavinin Uygulandığı Kurumun Türü		
Bağımsız Diyaliz Merkezi	121	36,9
Hastane Bazlı Diyaliz Merkezi	207	63,1
Tedavinin Uygulandığı Kurumlar		
Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi	97	29,6
Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi	110	33,5
Özel Betamar Diyaliz Merkezi	68	20,7
Özel Bahar Diyaliz Merkezi	53	16,2

Tedavinin uygulandığı kurumun türüne bakıldığında, araştırma kapsamındaki hastaların %63'ünün hastane bazlı diyaliz merkezlerinden hizmet aldıkları; %36,9'unun ise bağımsız diyaliz merkezlerinden hizmet aldıkları saptanmıştır. Tedavinin uygulandığı kurumların yarısından fazlasını üniversite hastanesinin diyaliz birimleri oluşturmaktadır. Araştırma kapsamındaki hastaların %33,5'i Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nden, %29,6'sı Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nden hizmet almaktadırlar.

9.2. TEMEL DEĞİŞKENLER İLE İLGİLİ BULGULAR

Bu bölüm kapsamında hasta aktiflik düzeyi, hasta-hekim ilişkisi, tedaviye uyum, sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesi değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

Tablo 16, araştırma kapsamındaki hastaların hasta aktiflik düzeylerine ilişkin değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 16. Hastaların Hasta Aktiflik Düzeyine İlişkin Değerlendirmeleri

	Ort.	S. Sapma
Hasta Aktiflik Skoru	52,77	14,62
Hasta Aktiflik Seviyesi	n	%
Seviye 1 (< 47)	152	46,3
Seviye 2 (47 - 55)	53	16,2
Seviye 3 (55 - 72)	93	28,4
Seviye 4 (72,5 >)	30	9,1

Tablo 16'ya bakıldığında, diyaliz tedavisi alan hastaların ortalama aktiflik skoru 100 tam puan üzerinden 52,77 ($\pm 14,62$) olarak bulunmuştur. Hastaların puanları en düşük 29,00 ile en yüksek 100,00 arasında değişmektedir. Dört adet hasta aktiflik seviyesinin dağılımına bakıldığında, hastaların yarısına yakınının (%46,3) birinci seviyede aktifliğe sahip oldukları görülmektedir. Diğer bir deyişle, bu hastalar 100 aktiflik puanı üzerinden 47 puanın altında alarak en düşük seviyede olan aktiflik düzeyinde yer almışlardır. Hastaların %28,4'ü ise üçüncü seviye aktiflik düzeyine sahip olarak bulunmuştur.

Tedavinin uygulandığı kurumun türüne göre, hasta aktiflik düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark değerlendirildiğinde, t değeri -2,338 olarak bulunmuş ve bu iki grubun ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,02$). Özel bağımsız diyaliz merkezinden tedavi alan hastaların puan ortalamasının ($55,34 \pm 16,17$), hastane bazlı diyaliz merkezinden tedavi alan hastaların ortalamasından ($51,27 \pm 13,45$) daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 17, araştırma kapsamındaki hastaların hekim-hasta ilişkisine ilişkin değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 17. Hastaların Hekim-Hasta İlişisine İlişkin Değerlendirmeleri

İfadeler	n	Ort.	S.Sapma	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
1. Doktorum beni anlar.	328	3,52	0,63	-0,94	0,31
2. Doktoruma güvenirim.	328	3,65	0,58	-0,94	0,52
3. Doktorum kendini bana yardım etmeye adamaktadır.	328	3,16	0,68	-0,11	-0,64
4. Doktorumla hastalığım hakkında konuşabilirim.	328	3,78	0,68	-0,70	1,17
5. Doktorumun vermiş olduğu tedaviden memnunum.	328	3,64	0,61	-1,08	1,25
6. Doktorum bana yardım eder.	328	3,52	0,62	-0,76	0,32
7. Doktorum bana yeterli zamanı ayırır.	328	3,22	1,01	0,03	-0,91
8. Doktorumun önerdiği tedaviden fayda görüyorum.	328	3,66	0,59	-0,98	0,67
9. Ben ve doktorum hastalığın tıbbi belirtileri konusunda hemfikiriz.	328	3,72	0,64	-0,72	1,21
10. Doktoruma rahatlıkla ulaşabiliyorum.	328	3,19	0,98	-0,42	-0,84
11. Daha iyi hissettiğim için doktoruma müteşekkirim.	328	3,27	0,64	-0,33	-0,26
Hekim-Hasta İlişkisi Genel Ortalama	328	3,48	0,56	-0,63	0,03

Araştırma kapsamındaki hastaların hekim-hasta ilişkisi genel puan ortalaması 3,48 ($\pm 0,56$) olarak bulunmuştur. Bu ortalama değerinin 5’li Likert ölçeğin orta noktasına yakın olduğu görülmektedir. Hekim-hasta ilişkisine ait tüm ifadelerin ortalaması 3’ün üzerindedir. “Doktorum kendini bana yardım etmeye adamaktadır” ($3,16 \pm 0,68$), “Doktoruma rahatlıkla ulaşabiliyorum” ($3,19 \pm 0,98$) ve “Doktorum bana yeterli zamanı ayırır” ($3,22 \pm 1,01$) ifadeleri sırasıyla en düşük puan ortalamasına sahip ifadeleri olarak bulunmuştur. “Doktorumla hastalığım hakkında konuşabilirim” ($3,78 \pm 0,68$) ifadesi ise en yüksek ortalamaya sahip olan ifadedir.

Tablo 17’deki verilerin normal dağılıp dağılmadığını gösteren basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri incelendiğinde; çarpıklık değerlerinin 0,03 ile -1,08

arasında olduğu, normale yakın dağıldığını ve sola çarpık olduğu görülmektedir. Basıklık değerlerinin ise -0,84 ile 1,25 arasında değerler aldığı ve verilerin diklik değerinin normale göre daha dik olduğu söylenebilir. Tabachnick ve Fidell (2013)'e göre, Kurtosis ve Skewness değerlerinin -1,5 ile +1,5 aralığında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla her iki normallik dağılımı ölçüsünün de normal dağılım sınırları içinde olduğu söylenebilir.

Tedavinin uygulandığı kurumun türüne göre, hekim hasta ilişkisi puan ortalamaları arasındaki fark değerlendirildiğinde, t değeri -7,478 olarak bulunmuş ve bu iki grubun ortalamaları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$). Özel bağımsız diyaliz merkezinden tedavi alan hastaların puan ortalamasının ($3,75\pm 0,47$), hastane bazlı diyaliz merkezinden tedavi alan hastaların ortalamasından ($3,33\pm 0,55$) daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 18, hastaların tedaviye ve tedavi önerilerine uyumlarına ilişkin değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 18. Hastaların Tedaviye Uyumlarına İlişkin Değerlendirmeleri

Son 6 ay içinde tedaviye ve tedavi önerilerine uymadığınız oldu mu?		n	%
Diyaliz Tedavisine Uyum (Seans, zaman vb.)	Evet	3	0,9
	Hayır	325	99,1
İlaç Tedavisine Uyum	Evet	66	20,1
	Hayır	262	79,9
Beslenme Önerilerine Uyum	Evet	206	62,8
	Hayır	122	37,2
Sıvı Kısıtlamasına Uyum	Evet	184	56,1
	Hayır	144	43,9

Diyaliz tedavisi alan hastalara, diyaliz tedavisine ilişkin tedavi ve tedavi önerilerine son 6 ay içinde ne kadar uyum gösterdikleri sorulmuştur. Hastaların neredeyse tamamının (%99,1) diyaliz tedavisi seanslarına ve zamanlarına uyum gösterdikleri görülmüştür. Hastaların %80'i ilaç tedavisine uyduklarını belirtmişlerdir. Hastaların yarısından

fazlası (%62,8) beslenme önerilerine dikkat etmediklerini vurgulamışlardır. Ve yine yarısından fazlasının (%56,1) diyaliz tedavisi alan hastaların dikkat etmesi gereken sıvı kısıtlamasına uyum sağlamadıkları görülmüştür.

Tedavinin uygulandığı kurumun türüne göre, hastaların tedaviye uyumlarına ilişkin fark değerlendirildiğinde, yalnızca sıvı kısıtlamasına uyum değişkeni için anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=9,156$; $p=0,002$). Hastane bazlı diyaliz merkezlerinden tedavi alan hastaların, özel bağımsız diyaliz merkezlerinden hizmet alan hastalara göre sıvı kısıtlamasına daha çok uyum sağladıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 19, araştırmaya katılan hastaların böbrek hastalığı nedeniyle sağlık hizmeti kullanımlarına ilişkin değerlendirmelerini göstermektedir.

Tablo 19. Hastaların Böbrek Hastalığı Nedeniyle Sağlık Hizmeti Kullanımlarına İlişkin Değerlendirmeleri

Değişkenler	n	%
Hastaneye Başvuru Sayısı (Son 1 yıl içinde)		
Hiç	103	31,4
1 Kez	57	17,4
2 Kez	81	24,7
3 Kez ve Üzeri	87	26,5
Hastaneye Yatış Gün Sayısı (Son 6 ay içinde)		
Hiç	260	79,3
1 - 3 Gün	43	13,0
4 Gün ve Üzeri	25	7,7
Acil Servise Başvuru Sayısı (Son 6 ay içinde)		
Hiç	248	75,6
1 Kez	49	14,9
2 Kez ve Üzeri	31	9,5
Kullanılan İlaç Sayısı		
1 - 6 Adet	175	53,4
7 Adet ve Üzeri	153	46,6
	Ort.	S.Sapma
Tedaviye İlişkin Harcanan Para (Son 1 ay içinde) (TL)	205,41	347,03

Tablo 19'a göre, böbrek hastalığı kaynaklı olarak hastaların %68,6'sı son 1 yıl içinde en az 1 kez hastaneye başvurduklarını; %20,7'si en az 1 gün hastanede yattıklarını; %24,4'ü en az 1 kez acil servise başvurduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalara

bakıldığında, hastalar yıllık ortalama 1,57 kez hastaneye başvurmuş, 6 ay içinde ortalama 1 gün hastaneye yatmış ve 6 ay içinde ortalama 0,37 kez acil servis kullanmışlardır. Kullanılan ilaç sayısı değişkenine bakıldığında, hastaların %53,4'ü 1-6 adet ilaç kullandıklarını; %46,6'sı ise 7 adet ve üzeri sayıda ilaç kullandıklarını vurgulamışlardır. Hastaların kullandıkları ilaç sayısı ortalaması 6,24'tür.

Hastaların son 1 ay içinde tedaviye ilişkin harcadıkları paraya bakıldığında, hastaların %35,4'ü hiç harcama yapmadıklarını belirtmişlerdir. Harcama yapan hastaların cepten ödedikleri ortalama tutar 205,41 TL olarak hesaplanmıştır. Hastalar, harcama nedenleri olarak, hastane ya da diyaliz merkezinin servisinden memnuniyetsizlik nedeniyle ya da servisi kaçırma vb. nedenler ile özel araç, taksi ya da toplu taşıma ile diyaliz merkezlerine ulaşımı birinci neden olarak göstermişlerdir. Ayrıca ilaç masrafları, özel doktor ya da hastaneden sağlık hizmeti almak, ilk defa diyaliz tedavisi alacak olan hastalar için ya da fistül yerinde tıkanıklık nedeniyle fistül açma, anjiyo veya enfeksiyon kapma gibi nedenler ile katater ameliyatlarını sıralamışlardır.

Tedavinin uygulandığı kurumun türüne göre, sağlık hizmeti kullanımına ilişkin fark değerlendirildiğinde, hastane bazlı diyaliz merkezleri ile özel bağımsız diyaliz merkezlerinden hizmet alan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 20, diyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitelerine ilişkin değerlendirme sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 20. Hastaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Değerlendirmeleri

Değişkenler	Ort.	Standart Sapma	Çarpıklık (Skewness)	Basklık (Kurtosis)
Böbrek Hastalığının Semptom/Problem Listesi	71,29	15,81	-0,15	-1,22
Kaslarda acıma	70,66	22,85	-0,23	-0,88
Göğüs ağrısı	71,27	23,93	-0,29	-0,97
Kramplar	68,67	23,05	-0,11	-0,93
Cilt kaşıntısı	51,52	21,81	0,19	-0,93
Kuru cilt	51,52	21,81	0,19	-0,93
Nefes darlığı	78,96	22,62	-0,57	-0,97
Bitkinlik veya baş dönmesi	64,71	25,62	-0,04	-1,14
İştah azalması	80,18	23,54	-0,76	-0,73
Yorgunluk veya bitkinlik	57,32	22,96	0,08	-0,91
Ellerde veya ayaklarda uyuşukluk	89,86	15,95	-1,53	1,04
Bulantı veya mide bozulması	88,72	16,20	-1,27	1,01
Giriş bölgesinde sorun	82,16	21,29	-0,98	0,23
Böbrek Hastalığının Etkileri	57,63	16,09	0,29	-0,75
Sıvı kısıtlaması	32,39	16,95	0,45	0,63
Diyet kısıtlaması	59,83	21,52	0,02	-0,13
Ev içinde çalışabilme kapasitesi	55,95	23,19	0,20	-0,77
Seyahat edebilme kapasitesi	49,16	19,49	0,37	-0,28
Doktorlara ve diğer tıp personeline bağımlı olmak	63,80	20,56	0,23	-0,42
Böbrek hastalığının neden olduğu stres veya üzüntüler	63,57	20,10	0,27	-0,35
Cinsel yaşam	65,93	20,31	0,34	-0,79
Kişisel görünüm	70,43	18,91	0,02	-0,69
Böbrek Hastalığının Yüğü	33,21	18,65	-0,32	-0,82
Böbrek hastalığım yaşamımı çok fazla etkiliyor	20,88	13,90	0,92	1,63
Zamanımın çoğunu böbrek hastalığımla uğraşarak harcıyorum	19,82	11,39	-0,35	1,67
Böbrek hastalığımla gergin hissetmeme neden oluyor	41,16	29,55	0,28	-1,25
Aileme yük olduğumu düşünüyorum	50,99	30,18	-0,19	-1,13
Fiziksel Bileşen	48,23	22,78	-1,05	-0,77
Genel olarak sağlık durumu	30,49	19,95	-0,16	-0,95
Fiziksel Fonksiyon - Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ itmek gibi hafif etkinlikler	43,75	32,23	0,12	-0,62
Fiziksel Fonksiyon - Birkaç kat merdiven çıkmak	54,88	38,60	-0,17	-1,30
Fiziksel Rol- İstenildiğinden daha az işi yerine getirmek	28,05	44,99	0,98	-1,04
Fiziksel Rol- İşin veya diğer etkinliklerin türüne göre sınırlanmak	54,57	49,86	-0,19	-1,98
Ağrının günlük yaşama etkisi	77,59	25,51	-0,82	-0,50
Ruhsal Bileşen	57,12	17,60	-0,52	-1,08
Ruhsal Rol- İstenildiğinden daha az işi yerine getirmek	56,40	49,66	-0,26	-1,95
Ruhsal Rol- İş her zamanki kadar dikkatli yapmamak	78,35	41,25	-1,38	-0,09
Zindelik - Enerji durumu	48,48	14,68	0,73	0,01
Mental Sağlık - Sakin ve huzurlu hissetmek	52,80	18,62	0,59	-0,99

Mental Sağlık - Üzüntülü ve keyifsiz hissetmek	49,57	18,44	-0,31	-0,76
Sosyal İşlevsellik - Sosyal etkinlikleri etkilemesi	49,62	14,43	0,10	0,38

Kronik böbrek rahatsızlığı olan ve diyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde, en düşük ortalamanın “*böbrek hastalığının yükü*” boyutuna ait olduğu görülmektedir ($33,21 \pm 18,65$). Diyaliz tedavisi alan hastalar, böbrek hastalığının yükünü değerlendirirken; hastaların “Zamanımın çoğunu böbrek hastalığımla uğraşarak harcıyorum” ve “Böbrek hastalığım yaşamımı çok fazla etkiliyor” ifadelerine verdikleri cevapların ortalaması sırasıyla $19,82 \pm 11,39$ ve $20,88 \pm 13,90$ olarak bulunmuştur.

“*Böbrek hastalığının etkileri*”ne bakıldığında, yaşam kalitesi ortalamasının $57,63 \pm 16,09$ olduğu görülmektedir. En düşük puanı alan ifade, “sıvı kısıtlaması” ifadesidir. Bunu sırasıyla, seyahat edebilme, ev içinde çalışabilme ve diyet kısıtlaması ifadeleri takip etmektedir.

“*Böbrek hastalığının semptom ve problem listesi*”ne bakıldığında, yaşam kalitesi ortalamasının $71,29 \pm 15,81$ olduğu görülmektedir. Bu değer ortalamanın oldukça üzerindedir. En düşük ortalamaya sahip olan ifadeler, sırasıyla, cilt kaşıntısı, kuru cilt problemi, yorgunluk veya bitkinlik, baş dönmesi ve kramplardır.

Kronik böbrek hastalığına sahip olan hastaların genel yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde, fiziksel yaşam kalitesi ve ruhsal yaşam kalitesine ilişkin ortalamaların sırasıyla $48,23 \pm 22,78$ ve $57,12 \pm 17,60$ değerleri ile ortalama bir seviyede olduğu söylenebilir. Fiziksel yaşam kalitesine ilişkin ifadelerin ortalamaları değerlendirildiğinde, hastaların “istenilenden daha az iş yerine getirmeleri” ifadesinin en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Ruhsal yaşam kalitesi ortalamaları değerlendirildiğinde ise hastaların “enerji durumu”, “üzüntülü ve keyifsiz hissetmeleri” ve “hastalığın sosyal etkinliklerini etkilemesi” ifadeleri en düşük ortalamaya sahip ifadeler arasındadır.

Tablo 20’deki verilerin normal dağılıp dağılmadığını gösteren basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri incelendiğinde; hem çarpıklık değerlerinin hem de basıklık değerlerinin -1,5 ile +1,5 arasında olduğu ve bu değerlerin de normal dağılım sınırları içinde olduğu söylenebilir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Tedavinin uygulandığı kurumun türüne göre, hastaların yaşam kalitelerine ilişkin fark değerlendirildiğinde, böbrek hastalığının yükü ($t=2,480$; $p=0,014$), fiziksel ($t=3,408$; $p=0,001$) ve ruhsal bileşenler ($t=3,983$; $p<0,000$) boyutları için anlamlı farklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastane bazlı diyaliz merkezlerinden tedavi alan hastaların, özel bağımsız diyaliz merkezlerinden hizmet alan hastalara göre hem böbrek hastalığının yükü, hem fiziksel hem de ruhsal bileşenler açısından yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

9.3. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYON MATRİSİ

Bu bölüm kapsamında, değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaç kapsamında, temel değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkileri ve tanımlayıcı değişkenler ile temel değişkenler arasındaki ilişki ayrı tablolarla özetlenmiştir.

Tablo 21, temel değişkenler arasındaki korelasyon matrisini göstermektedir. Bu matris incelendiğinde, böbrek hastalığının etkileri ile böbrek hastalığının semptomları arasında ($r=0,846$; $p=0,000$), böbrek hastalığının yükü ile etkileri arasında ($r=0,785$; $p=0,000$) ve hekim hasta ilişkisi ile böbrek hastalığının semptomları arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($r=0,756$; $p=0,000$). Bu ilişki katsayılarına dayanarak, araştırma kapsamındaki hastaların böbrek hastalığının etkileri arttıkça, hastalığın semptomlarının ve yükünün arttığı söylenebilir. Ayrıca, hekim ile hasta arasındaki ilişki düzeyi arttıkça, böbrek hastalığının semptomlarında azalma meydana geldiği sonucuna ulaşılabilir. Diğer taraftan, böbrek hastalığının semptomları ile böbrek hastalığının yükü ($r=0,791$; $p=0,000$), kullanılan ilaç sayısı ($r=-0,750$; $p=0,000$) ve beslenmeye uyum ($r_{pb}=-0,720$; $p=0,000$) değişkenleri arasında da yüksek düzeyde ilişkiler bulunmuştur. Böbrek hastalığının semptomları azaldıkça, böbrek hastalığının yükü de azalmakta, kullanılan ilaç sayısı düşmekte ve hastaların beslenmeye uyum göstermeleri artmaktadır.

Hekim hasta ilişkisi arttıkça hastaların aktiflik düzeylerinin artması ($r=0,677$; $p=0,000$), böbrek hastalığının semptomları ve etkilerine bağlı yaşam kalitesi sonuçları azaldıkça hastaların hastaneye başvuru sayılarının artması ($r=-0,683$; $p=0,000$ ve $r=-0,667$; $p=0,000$) ve hastaneye başvuru sayısı arttıkça cepten yapılan harcamaların artması ($r=0,556$; $p=0,000$); korelasyon matrisinin diğer bulgularındandır.

Korelasyon matrisindeki diğer değişkenler arasında da anlamlı orta veya düşük düzeyli ilişkiler bulunmaktadır. Bu ilişkiler de Tablo 21’de koyu renkli olarak yer almaktadır.

Tablo 21. Temel Değişkenler Arasındaki Korelasyon Matrisi

Değişkenler	Hasta Aktifliği	Hekim-Hasta İlişkisi	Yaşam Kalitesi					Sağlık Hizmeti Kullanımı					Tedaviye Uyum				
			Böbrek Hastalığı Semptom Listesi	Böbrek Hastalığı Etkileri	Böbrek Hastalığı Yüğü	SF-12 Fiziksel Bileşen	SF-12 Ruhsal Bileşen	Hastaneye Başvuru	Acil Servise Başvuru	Hastaneye Yatış	Kullanılan İlaç	Harcanan Para	Tedaviye Uyum	İlaç Tedavisine Uyum	Beslenme Önerilerine Uyum	Sıvı Kısıtlamasına Uyum	
Hasta Aktifliği	r	1															
Hekim-Hasta İlişkisi	r	0,677 ^a	1														
	p	0,000															
Yaşam Kalitesi	Böbrek Hastalığı Semptom Listesi	r	0,708 ^a	0,756 ^a	1												
		p	0,000	0,000													
	Böbrek Hastalığı Etkileri	r	0,700 ^a	0,664 ^a	0,846 ^a	1											
		p	0,000	0,000	0,000												
	Böbrek Hastalığı Yüğü	r	0,645 ^a	0,614 ^a	0,791 ^a	0,785 ^a	1										
		p	0,000	0,000	0,000	0,000											
SF-12 Fiziksel Bileşen	r	0,615 ^a	0,605 ^a	0,749 ^a	0,732 ^a	0,732 ^a	1										
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000											
SF-12 Ruhsal Bileşen	r	0,437 ^a	0,418	0,579 ^a	0,599 ^a	0,654 ^a	0,341 ^a	1									
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
Sağlık Hizmeti Kullanımı	Hastaneye Başvuru	r	-0,573 ^a	-0,576 ^a	-0,683 ^a	-0,667 ^a	-0,558 ^a	-0,622 ^a	-0,454 ^a	1							
		p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000								
	Acil Servise Başvuru	r	-0,276 ^a	-0,284	-0,341 ^a	-0,341 ^a	-0,262 ^a	-0,291 ^a	-0,240 ^a	0,413 ^a	1						
		p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
	Hastaneye Yatış	r	-0,272 ^a	-0,369	-0,382 ^a	-0,307 ^a	-0,307 ^a	-0,296 ^a	-0,192 ^a	0,475 ^a	0,141 ^a	1					
		p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
Kullanılan İlaç	r	-0,694 ^a	-0,643 ^a	-0,750 ^a	-0,741 ^a	-0,741 ^a	-0,708 ^a	-0,505 ^a	0,663 ^a	0,342 ^a	0,334 ^a	1					
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
Cepten Harcanan Para	r	-0,441 ^a	-0,529 ^a	-0,477 ^a	-0,476 ^a	-0,476 ^a	-0,495 ^a	-0,323 ^a	0,556 ^a	0,282 ^a	0,530 ^a	0,547 ^a	1				
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
Tedaviye Uyum	Tedaviye Uyum	r	-0,03 ^b	-0,02 ^b	0 ^b	0 ^b	-0,04 ^b	-0,02 ^b	-0,01 ^b	0,01 ^b	0 ^b	-0,03 ^b	0,06 ^b	-0,02 ^b	1		
		p	0,556	0,653	0,976	0,992	0,442	0,764	0,912	0,912	0,944	0,569	0,285	0,719			
	İlaç Tedavisine Uyum	r	-0,41 ^b	-0,35 ^b	-0,44 ^b	-0,42 ^b	-0,50 ^b	-0,50 ^b	-0,46 ^b	0,45 ^b	0,18 ^b	0,25 ^b	0,47 ^b	0,49 ^b	0,112 ^c	1	
		p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,043		
	Beslenmeye Uyum	r	-0,66 ^b	-0,59 ^b	-0,72 ^b	-0,74 ^b	-0,69 ^b	-0,65 ^b	-0,51 ^b	0,60 ^b	0,31 ^b	0,24 ^b	0,69 ^b	0,43 ^b	0,074 ^c	0,386 ^c	1
		p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,181	0,000	
Sıvı Kısıtlama Uyum	r	-0,56 ^b	-0,45 ^b	-0,62 ^b	-0,65 ^b	-0,68 ^b	-0,64 ^b	-0,56 ^b	0,53 ^b	0,33 ^b	0,27 ^b	0,67 ^b	0,41 ^b	0,085 ^c	0,413 ^c	0,628 ^c	1
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,124	0,000	0,000	

a: Pearson Korelasyon Katsayısı; b: Nokta Çift Serili Korelasyon Katsayısı (r_{pb}); c: Phi Korelasyon Katsayısı

Tablo 22, tanımlayıcı değişkenler ile temel değişkenler arasındaki korelasyon matrisini göstermektedir. Kronik hastalığa sahip olma, hastalığın süresi, tedavinin süresi, yaş ve eğitim durumu değişkenleri ile temel değişkenler arasında anlamlı yüksek ve orta düzeyde ilişkiler bulunmuştur.

Korelasyon katsayıları incelendiğinde, hastaların kronik hastalığa sahip olma durumları (komorbidite) ile böbrek hastalığının semptomları ($r_{pb}=-0,73$; $p=0,000$), etkileri ($r_{pb}=-0,76$; $p=0,000$), hastaların kullandıkları ilaç sayısı ($r_{pb}=0,71$; $p=0,000$), beslenme önerilerine uyumları ($\emptyset=0,750$; $p=0,000$) ve aktiflik düzeyleri ($r_{pb}=-0,68$; $p=0,000$) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu bulgulardan yola çıkarak, hastalar kronik hastalığa sahip oldukça, böbrek hastalığının semptom ve etkileri kötüleşmekte, hastaların kullandıkları ilaç sayıları artmakta, beslenme önerilerine uyumları azalmakta ve aktiflik düzeyleri düşmektedir.

Hastaların tedavi aldıkları süre ile böbrek hastalığının semptomları ($r=-0,724$; $p=0,000$) ve fiziksel yaşam kaliteleri ($r=-0,719$; $p=0,000$) arasında anlamlı ve negatif ilişkiler bulunmaktadır. Tedavi alınan süre arttıkça, yaşam kalitesi düşmektedir.

Yaş değişkeni ile böbrek hastalığının semptomları ($r=-0,704$; $p=0,000$), fiziksel yaşam kalitesi ($r=-0,747$; $p=0,000$) ve kullanılan ilaç sayısı ($r=0,720$; $p=0,000$) değişkenleri arasında anlamlı ilişkiler vardır. Hastaların yaşı arttıkça, yaşam kalitesi boyutları düşmekte ve kullanılan ilaç sayısı artmaktadır.

Eğitim durumu değişkeni ile hasta aktifliği ve yaşam kalitesi boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça, aktiflik düzeyleri artmaktadır. Diğer taraftan, yaşam kaliteleri de olumlu olarak artmaktadır.

Tablo 22. Hastane Türü, Sosyo-Demografik ve Klinik Değişkenler ile Temel Değişkenler Arasındaki Korelasyon Matrisi

Değişkenler		Hasta Aktifliği	Hekim-Hasta İlişkisi	Yaşam Kalitesi				Sağlık Hizmeti Kullanımı					Tedaviye Uyum					
				Böbrek Hastalığı Semptom Listesi	Böbrek Hastalığı Etkileri	Böbrek Hastalığı Yükü	SF-12 Fiziksel Bileşen	SF-12 Ruhsal Bileşen	Hastaneye Başvuru	Acil Servise Başvuru	Hastaneye Yatış	Kullanılan İlaç	Harcanan Para	Tedaviye Uyum	İlaç Tedavisine Uyum	Beslenme Önerilerine Uyum	Sıvı Kısıtlamasına Uyum	
Hastane Türü	r	-0,14 ^a	-0,33 ^a	-0,03 ^a	0,04 ^a	0,14 ^a	0,19 ^a	0,24 ^a	-0,01 ^a	0,06 ^a	-0,01 ^a	-0,03 ^a	0,07 ^a	0,007 ^b	-0,058 ^b	0,065 ^b	-0,167 ^b	
	p	0,014	0,000	0,569	0,523	0,008	0,000	0,000	0,834	0,259	0,803	0,646	0,209	0,898	0,297	0,237	0,002	
Klinik Özellikler	Komorbidite	r	-0,68^a	-0,55 ^a	-0,73^a	-0,76^a	-0,65^a	-0,69^a	-0,59^a	0,62^a	0,32 ^a	0,23 ^a	0,71^a	0,38 ^a	0,070 ^b	0,366 ^b	0,750^b	0,593 ^b
		p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,204	0,000	0,000	0,000
	Hastalık Süresi	r	-0,506 ^c	-0,542 ^c	-0,601^c	-0,576 ^c	-0,568 ^c	-0,665^c	-0,516 ^c	0,466 ^c	0,289 ^c	0,233 ^c	0,598 ^c	0,382 ^c	-0,04 ^a	0,36 ^a	0,52 ^a	0,47 ^a
		p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,460	0,000	0,000	0,000
Tedavi Süresi	r	-0,603^c	-0,566 ^c	-0,724^c	-0,658^c	-0,682^c	-0,719^c	-0,581 ^c	0,541 ^c	0,336 ^c	0,189 ^c	0,736 ^c	0,406 ^c	-0,01 ^a	0,45 ^a	0,66^a	0,58 ^a	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,818	0,000	0,000	0,000	
Sosyo-Demografik Özellikler	Cinsiyet	r	0,00 ^a	0,03 ^a	-0,05 ^a	0,00 ^a	0,01 ^a	0,06 ^a	0,07 ^a	-0,03 ^a	-0,04 ^a	0,06 ^a	0,01 ^a	-0,06 ^a	0,027 ^b	-0,025 ^b	0,000 ^b	-0,006 ^b
		p	0,936	0,624	0,323	0,976	0,842	0,277	0,220	0,556	0,436	0,272	0,873	0,255	0,620	0,657	0,996	0,913
	Yaş	r	-0,625^c	-0,618^c	-0,704^c	-0,671^c	-0,649^c	-0,747^c	-0,533 ^c	0,568 ^c	0,275 ^c	0,257 ^c	0,720^c	0,455 ^c	-0,01 ^a	0,44 ^a	0,61^a	0,55 ^a
		p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,920	0,000	0,000	0,000
	Medeni Durum	r	-0,18 ^a	-0,08 ^a	-0,16 ^a	-0,18 ^a	-0,11 ^a	-0,19 ^a	-0,15 ^a	0,09 ^a	0,02 ^a	-0,07 ^a	0,20 ^a	0 ^a	-0,05 ^b	-0,01 ^b	0,197 ^b	0,182 ^b
		p	0,001	0,135	0,004	0,001	0,039	0,000	0,008	0,088	0,712	0,188	0,000	0,960	0,924	0,840	0,000	0,001
	Eğitim Durumu	r	0,643^d	0,490 ^d	0,613^d	0,597 ^d	0,613^d	0,652^d	0,548 ^d	-0,545 ^d	-0,380 ^d	-0,406 ^d	-0,619^d	-0,522 ^d	0,140 ^e	0,443 ^e	0,475 ^e	0,456 ^e
		p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,363	0,000	0,000	0,000
Çalışma Durumu	r	0,27 ^a	0,21 ^a	0,32 ^a	0,32 ^a	0,29 ^a	0,25 ^a	0,13 ^a	-0,20 ^a	-0,01 ^a	0 ^a	-0,28 ^a	-0,12 ^a	0,062 ^b	-0,141 ^b	-0,272 ^b	-0,252 ^b	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,018	0,000	0,795	0,936	0,000	0,034	0,261	0,011	0,000	0,000	

a: Nokta Çift Serili Korelasyon Katsayısı (r_{pb}); **b:** Phi Korelasyon Katsayısı (\emptyset); **c:** Pearson Korelasyon Katsayısı (r); **d:** Spearman Rho Korelasyon Katsayısı (p); **e:** Olağanlık Katsayısı (C)

9.4. REGRESYON ANALİZİ SONUÇLARI

Bu bölüm kapsamında, değişkenler arasındaki ilişkiyi özetlemek amacıyla, hekim hasta ilişkisi, hasta aktifliği, sağlık hizmeti kullanımını ve yaşam kalitesi değişkenleri için ayrı ayrı çoklu regresyon analizi; tedaviye uyum değişkenleri için ise lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Her bir değişkeni etkileme potansiyeline sahip olduğu düşünülen değişkenler, regresyon denklemleri ile incelenmiştir.

9.4.1. Hekim Hasta İlişkisini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Kronik böbrek hastalarının tanımlayıcı özelliklerinin, hastalığa özgü özelliklerinin ve tedavinin uygulandığı kuruma özgü özelliklerin hekim hasta ilişkisi üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 23'te yer almaktadır.

Tablo 23. Hekim Hasta İlişisini Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve βj için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	4,143	0,131		3,886	4,400	31,673	0,000		
X₁ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	-0,471	0,038	-0,411	-0,547	-0,396	-12,328	0,000	0,966	1,035
X₂ Lise (Ref=Eğitim Almamış)	0,377	0,083	0,330	0,213	0,540	4,534	0,000	0,403	2,919
X₃ Komorbidite (Ref= Yok)	-0,357	0,055	-0,307	-0,465	-0,250	-6,541	0,000	0,486	2,057
X₄ Üniversite (Ref=Eğitim Almamış)	0,341	0,089	0,232	0,167	0,516	3,843	0,000	0,394	2,402
X₅ Ortaöğretim (Ref= Eğitim Almamış)	0,263	0,074	0,227	0,117	0,408	3,550	0,000	0,363	2,803
X₆ Hastalık Süresi	-0,013	0,003	-0,204	-0,018	-0,007	-4,670	0,000	0,563	1,777
X₇ Yaş	-0,006	0,002	-0,199	-0,010	-0,003	-3,855	0,000	0,405	2,472
X₈ Cinsiyet (Ref= Erkek)	0,058	0,039	0,052	-0,020	0,135	1,466	0,144	0,854	1,171
X₉ Medeni Durum (Ref= Bekar)	0,041	0,043	0,034	-0,043	0,125	0,954	0,341	0,858	1,165
X₁₀ Çalışma Durumu (Ref= Çalışmama)	-0,002	0,061	-0,001	-0,122	0,119	-0,029	0,977	0,820	1,220
Bağımlı Değişken: Hekim Hasta İlişkisi									
Durbin Watson= 1,590									
r= 0,813 R²= 0,662 (F= 61,607; p= 0,000)									

Regresyon analizinde; cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite ve tedavinin alındığı kurumun türü olmak üzere 8 adet bağımsız değişken kullanılmıştır. Oluşturulan regresyon modelinin tümel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=61,607; p=0,000). Modelde otokorelasyon olup olmadığını gösteren Durbin Watson katsayısı 1,590 olarak bulunmuştur. Bu değer, otokorelasyon olmadığını göstermektedir. Modelde çoklu bağlantı sorunu olup olmadığını gösteren VIF ve Tolerans değerleri de kabul edilebilir sınırlar içinde olup, değişkenler arasında çoklu bağlantı olmadığına işaret etmektedir.

Modeldeki değişkenler, bağımlı değişkenin %66,2'sini açıklamaktadır ($R^2=0,662$). Kronik hastalığa sahip olma, tedavinin uygulandığı kurumun türü, yaşı, eğitim durumu ve hastalık süresi değişkenlerinin hekim hasta ilişkisi değişkenini anlamlı olarak etkilediği; cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu değişkenlerinin ise hekim hasta ilişkisi değişkenini anlamlı olarak etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

BETA değerlerine bakıldığında ise en yüksek değerin X_1 değişkenine ait olduğu görölmektedir ($\beta=-0,411$). Bu sonuç, diyaliz tedavisi alan hastaların hekim hasta ilişkisine en fazla etki eden değişkenin tedavinin uygulandığı kurumun türü olduğunu göstermektedir. Bu değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi, negatiftir. Kurum türü değişkeninde referans "bağımsız diyaliz merkezi"dir. Dolayısıyla, özel bağımsız diyaliz merkezinden hizmet almanın hekim hasta ilişkisine olumlu etki ettiği söylenebilir. Hekim hasta ilişkisine etki eden bir diğer değişken, eğitim durumudur. BETA değerlerine göre sırasıyla lise, üniversite ve ortaöğretim mezunu olmak hekim hasta ilişkisine pozitif etki etmektedir. Yani, hastaların lise mezunu olmaları, eğitim almamış, ortaokul ve üniversite mezunu olan hastalara göre hekim hasta ilişkisine daha fazla ve olumlu etki ettiği söylenebilir ($\beta=0,330$). Ayrıca kronik hastalığa sahip olma, yaşı ve hastalık süresinin artması, hekim hasta ilişkisine negatif etki etmektedir.

9.4.2. Hasta Aktifliği Değişkenini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Diyaliz tedavisi alan kronik böbrek hastalarının tanımlayıcı özelliklerinin, hastalığa özgü özelliklerinin, tedavinin uygulandığı kuruma özgü özelliklerin ve hekim hasta ilişkisinin hasta aktifliği üzerindeki etkilerini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonuçları Tablo 24'te yer almaktadır.

Tablo 24. Hasta Aktifliğini Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve β_j için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	36,853	7,726		21,651	52,055	4,770	0,000		
X₁ Hekim Hasta İlişkisi	8,260	1,627	0,313	5,059	11,462	5,077	0,000	0,338	2,956
X₂ Komorbidite (Ref= Yok)	-8,981	1,681	-0,293	-12,288	-5,675	-5,344	0,000	0,428	2,336
X₃ Yaş	-0,139	0,049	-0,163	-0,237	-0,042	-2,820	0,005	0,386	2,588
X₄ Üniversite (Ref=Eğitim Almamış)	5,208	2,623	0,135	0,046	10,369	1,985	0,048	0,281	3,561
X₅ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	-0,851	1,345	0,527	-3,496	-0,028	-0,633	1,795	0,651	1,535
X₆ Cinsiyet (Ref= Erkek)	-0,933	1,140	0,414	-3,176	-0,032	-0,818	1,310	0,848	1,179
X₇ Medeni Durum (Ref= Bekar)	-0,623	1,233	-0,020	-3,048	1,802	-0,506	0,613	0,856	1,168
X₈ Çalışma Durumu (Ref= Çalışmama)	1,129	1,765	0,025	-2,344	4,602	0,640	0,523	0,820	1,220
X₉ Hastalık Süresi	-0,030	0,083	-0,018	-0,193	0,132	-0,367	0,714	0,526	1,900
X₁₀ Lise (Ref=Eğitim Almamış)	2,762	2,476	0,092	-2,111	7,634	1,115	0,266	0,191	5,240
X₁₁ Ortaöğretim (Ref=Eğitim Almamış)	0,550	2,178	0,018	-3,735	4,835	0,252	0,801	0,253	3,955
Bağımlı Değişken: Hasta Aktifliği									
Durbin Watson= 1,843									
r=0,771 R²=0,595 (F= 41,986; p= 0,000)									

Regresyon analizinde cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü ve hekim hasta ilişkisi olmak üzere 9 adet bağımsız değişken kullanılmıştır (Tablo 24).

Regresyon modelinin tümel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (F=41,986; p=0,000). Modelde otokorelasyon olup olmadığını gösteren Durbin Watson katsayısı 1,843'tür. Bu değer, otokorelasyon olmadığını göstermektedir. VIF ve Tolerans değerleri

incelendiğinde, değerler kabul edilebilir sınırlar içinde olup, modelde çoklu bağlantı sorunu olmadığı görülmektedir.

Modeldeki bağımsız değişkenler, hasta aktifliği değişkeninin %59,5'ini açıklamaktadır ($R^2=0,595$). Hekim hasta ilişkisi, kronik hastalığa sahip olma, eğitim durumu ve yaş değişkenlerinin hasta aktifliği değişkenine anlamlı etki ettiği görülmektedir. Tedavinin alındığı kurumun türü, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve hastalık süresi değişkenleri ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

BETA değerlerine bakıldığında ise en yüksek değer hekim hasta ilişkisi değişkenine aittir ($\beta=0,313$). Bu sonuç, diyaliz tedavisi alan hastaların aktiflik düzeylerine en fazla etki eden değişkenin hekim hasta ilişkisi değişkeni olduğunu göstermektedir. Bu değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi, pozitifdir. Bu sonuçtan yola çıkılarak, hekim hasta ilişkisinin artmasının hastaların aktiflik düzeylerine olumlu etki edeceği söylenebilir. Kronik hastalığa sahip olma ve yaş değişkenleri ise hasta aktifliğine negatif etki etmektedir. Diyaliz tedavisi alan hastaların yaşlarının artması ve kronik hastalığa sahip olmaları, aktiflik düzeylerinin düşmesine neden olmaktadır. Ayrıca, hastaların üniversite mezunu olmaları, eğitim almamış, ortaöğretim ve lise mezunu olan hastalara göre hasta aktifliğine daha fazla ve pozitif etki etmektedir.

9.4.3. Tedaviye Uyum Değişkenini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Bu bölüm kapsamında diyaliz tedavisi alan kronik böbrek hastalarının ilaç tedavilerine, beslenme önerilerine ve sıvı kısıtlamasına uyumlarını etkileyen değişkenlerin belirlenmesine yönelik yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 25, Tablo 26 ve Tablo 27'de gösterilmektedir. Tedaviye uyum değişkenleri iki kategorili değişkenler oldukları için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Araştırma kapsamındaki hastaların diyaliz tedavisine (seans, zaman vb.) uyumlarını etkileyen değişkenleri belirlemeye yönelik yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda anlamlı bir model oluşturulamamıştır. Dolayısıyla, tedaviye uyum değişkenine ilişkin 3 adet lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur.

Tablo 25, hastaların ilaç tedavisine uyumlarını etkileyen değişkenlerin belirlenmesine ilişkin lojistik regresyon analizi sonucu elde edilen modeli göstermektedir.

Tablo 25. İlaç Tedavisine Uyumu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	B	S.Hata	Wald	Odds Oranı (Rölatif Risk) (%95 Güven Aralığı)	p
X₁ Ortaöğretim (Ref= Eğitim Almamış)	1,247	0,635	3,858	3,481	0,050
X₂ Cinsiyet (Ref= Erkek)	0,788	0,416	3,581	2,199	0,050
X₃ Hasta Aktifliği	0,302	0,059	26,021	1,352	0,000
X₄ Çalışma Durumu (Ref= Çalışmayan)	5,507	3055,001	0,000	246,532	0,999
X₅ Medeni Durum (Ref= Bekar)	0,653	0,450	2,103	1,921	0,147
X₆ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	0,531	0,509	1,089	1,701	0,297
X₇ Yaş	-0,004	0,019	0,037	0,996	0,847
X₈ Hastalık Süresi	-0,012	0,024	0,250	0,988	0,617
X₉ Hekim Hasta İlişkisi	-0,850	0,593	2,053	0,428	0,152
X₁₀ Komorbidite (Ref= Yok)	-16,976	30,999	0,000	0,000	0,996
X₁₁ Üniversite (Ref=Eğitim Almamış)	0,391	0,955	0,168	0,682	1,479
X₁₂ Lise (Ref=Eğitim Almamış)	0,721	0,772	0,873	0,350	2,057
Bağımlı Değişken: İlaç Tedavisine Uyum					
Nagelkerke R²= 0,571					
Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 0,481$; p= 1,000					
Model $\chi^2= 145,855$; p= 0,000					

Lojistik regresyon analizine cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hekim hasta ilişkisi ve hasta aktifliği değişkenleri olmak üzere toplamda 10 bağımsız değişken dahil edilmiştir (Tablo 25).

Hastaların ilaç tedavisine uyumlarına ilişkin lojistik regresyon modelinin genel olarak anlamlılığını gösteren χ^2 değeri anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=145,855$; p=0,000). Modelin tahmin edilebilirliğini gösteren ve 0,05'ten büyük olması beklenen Hosmer-Lemeshov χ^2 değeri, anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=0,481$; p=1,000). Bu sonuç, modelin tahmin edilebilirliğinin gerçek durum ile benzeştiğini göstermektedir.

Nagelkerke R^2 değeri, 0,571 bulunmuştur. Bu değer, modeldeki değişkenlerin modelin %57,1'ini açıkladığını göstermektedir. Model, orta düzeyin üzerinde açıklayıcılığa sahiptir. Eğitim durumu, cinsiyet ve hasta aktifliği değişkenleri, modeldeki anlamlı bulunan değişkenlerdir. Tedavinin alındığı kurumun türü, yaş, hastalık süresi, komorbidite, çalışma durumu, medeni durum ve hekim hasta ilişkisi değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

İlaç tedavisine uymama durumu, referans olarak alınmıştır. Odds oranı incelendiğinde, hiç eğitim almamış ya da eğitimini tamamlamamış hastalara göre ortaöğretim mezunlarının ilaç tedavisine uyma olasılığı 3,481 kat daha yüksek olmaktadır. Kadın olan hastaların ilaç tedavisine uyum gösterme olasılıkları, erkek hastalara göre 2,199 kat daha yüksektir. Hasta aktiflik puanındaki 1 puanlık artış hastaların ilaç tedavisine uyma olasılığını 1,349 kat artırmaktadır. Yani, tedavi sürecinde daha aktif olan hastalar, ilaç tedavisine daha fazla uyum sağlamaktadırlar.

Tablo 26, araştırma kapsamındaki hastaların beslenme önerilerine uyumlarını etkileyen faktörleri saptayabilmek amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda elde edilen modeli göstermektedir.

Tablo 26. Beslenme Önerilerine Uyumu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	B	S. Hata	Wald	Odds Oranı (Rölatif Risk) (%95 Güven Aralığı)	p
X ₁ Hekim Hasta İlişkisi	1,617	0,761	4,512	5,039	0,034
X ₂ Hasta Aktifliği	0,124	0,045	7,658	1,132	0,006
X ₃ Komorbidite (Ref= Yok)	-1,361	0,514	7,006	0,256	0,008
X ₄ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	0,317	0,537	0,348	1,372	0,555
X ₅ Çalışma Durumu (Ref= Çalışmayan)	-27,433	65,708	0,000	0,000	0,997
X ₆ Ortaöğretim (Ref=Eğitim Almamış)	16,430	65,707	0,000	13,753	0,998
X ₇ Lise (Ref=Eğitim Almamış)	17,022	65,707	0,000	24,887	0,998
X ₈ Üniversite (Ref=Eğitim Almamış)	17,206	65,707	0,000	29,394	0,998
X ₉ Yaş	-0,019	0,019	0,972	0,981	0,324
X ₁₀ Hastalık Süresi	-0,037	0,043	0,755	0,963	0,385
X ₁₁ Medeni Durum (Ref= Bekar)	-0,093	0,486	0,036	0,912	0,849
X ₁₂ Cinsiyet (Ref= Erkek)	-0,616	0,458	1,812	0,540	0,178
Bağımlı Değişken: Beslenme Önerilerine Uyum					
Nagelkerke R²= 0,757 Hosmer-Lemeshov $\chi^2 = 6,523$; p= 0,589 Model $\chi^2 = 264,271$; p= 0,000					

Lojistik regresyon analizine cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hekim hasta ilişkisi ve hasta aktifliği değişkenleri olmak üzere toplanda 10 bağımsız değişken dahil edilmiştir.

Hastaların beslenme önerilerine uyumlarına ilişkin lojistik regresyon modelinin genel olarak anlamlılığını gösteren χ^2 değeri anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=264,271$; p=0,000). Modelin tahmin edilebilirliğini gösteren Hosmer-Lemeshov χ^2 değeri, 0,05'ten büyük bulunmuştur ($\chi^2=6,523$; p=0,589). Bu sonuç, modelin tahmin edilebilirliğinin gerçek durum ile benzeştiğini göstermektedir.

Nagelkerke R^2 değeri, 0,757 bulunmuştur. Bu değer, modeldeki değişkenlerin modelin %75,7'sini açıkladığını göstermektedir. Model, yüksek düzeyde açıklayıcılığa sahiptir. Komorbidite, hasta aktifliği ve hekim hasta ilişkisi değişkenleri, modeldeki anlamlı bulunan değişkenlerdir. Tedavinin alındığı kurumun türü, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve hastalık süresi değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Beslenme önerilerine uymama durumu, referans olarak alınmıştır. Odds oranları incelendiğinde, hekim hasta ilişkisindeki 1 puanlık artış hastaların beslenme önerilerine uyma olasılığını 5,039 kat; hastaların aktiflik düzeyindeki 1 puanlık artış ise beslenme önerilerine uyma olasılığını 1,132 kat artırmaktadır. Komorbiditeye sahip olmak hastaların beslenme önerilerine uyum göstermesinde azaltıcı etki yaratmaktadır (Odds Oranı= 0,256).

Tablo 27, araştırma kapsamındaki hastaların sıvı kısıtına uyumlarını etkileyen değişkenlerin belirlenmesine ilişkin lojistik regresyon analizi sonucu elde edilen modeli göstermektedir.

Tablo 27. Sıvı Kısıtına Uyumu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	B	S.Hata	Wald	Odds Oranı (Rölatif Risk) (%95 Güven Aralığı)	p
X₁ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (<i>Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi</i>)	2,690	0,512	27,630	14,731	0,000
X₂ Hekim Hasta İlişkisi	1,110	0,606	3,355	3,035	0,047
X₃ Hasta Aktifliği	0,140	0,039	12,939	1,150	0,000
X₄ Hastalık Süresi	-0,015	0,030	0,250	0,985	0,617
X₅ Yaş	-0,014	0,015	0,815	0,986	0,367
X₆ Medeni Durum (<i>Ref= Bekar</i>)	-0,112	0,401	0,078	0,894	0,780
X₇ Cinsiyet (<i>Ref= Erkek</i>)	-0,209	0,356	0,344	0,811	0,558
X₈ Komorbidite (<i>Ref= Yok</i>)	-0,255	0,509	0,250	0,775	0,617
X₉ Çalışma Durumu (<i>Ref= Çalışmayan</i>)	-30,583	61,161	0,000	0,000	0,996
X₁₀ Ortaöğretim (<i>Ref= Eğitim Almamış</i>)	18,663	61,160	0,000	12,419	0,998
X₁₁ Lise (<i>Ref= Eğitim Almamış</i>)	18,542	61,160	0,000	12,520	0,998
X₁₂ Üniversite (<i>Ref= Eğitim Almamış</i>)	19,208	61,160	0,000	219,567	0,998
Bağımlı Değişken: Sıvı Kısıtlamasına Uyum					
Nagelkerke R ² = 0,651 Hosmer-Lemeshov χ^2 = 3,983; p= 0,859 Model χ^2 = 217,075; p= 0,000					

Lojistik regresyon analizine cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, hekim hasta ilişkisi ve hasta aktifliği değişkenleri olmak üzere toplamda 10 bağımsız değişken dahil edilmiştir.

Hastaların sıvı kısıtlamasına uyumlarına ilişkin lojistik regresyon modelinin genel olarak anlamlılığını gösteren χ^2 değeri anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=217,075$; p=0,000). Modelin tahmin edilebilirliğini gösteren Hosmer-Lemeshov χ^2 değeri, 0,05'ten büyük bulunmuştur ($\chi^2=3,983$; p=0,859). Bu sonuç, modelin tahmin edilebilirliğinin gerçek durum ile benzeştiğini göstermektedir.

Nagelkerke R^2 değeri, 0,651 bulunmuştur. Bu değer, modeldeki değişkenlerin modelin %65,1'ini açıkladığını göstermektedir. Model, orta düzeyin üzerinde açıklayıcılığa sahiptir. Tedavinin uygulandığı kurumun türü, hasta aktifliği ve hekim hasta ilişkisi değişkenleri, modeldeki anlamlı bulunan değişkenlerdir. Hastalık süresi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, cinsiyet ve komorbidite ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Sıvı kısıtına uymama durumu, referans olarak alınmıştır. Odds oranları incelendiğinde, hastaneden hizmet alan hastaların, bağımsız diyaliz merkezinden hizmet alan hastalara göre 14,731 kat sıvı kısıtına daha fazla uyum sağladıkları görülmektedir. Ayrıca, hekim hasta ilişkisindeki 1 puanlık artış hastaların sıvı kısıtına uyma olasılığını 3,035 kat; hastaların aktiflik düzeyindeki 1 puanlık artış ise sıvı kısıtına uyma olasılığını 1,150 kat artırmaktadır.

9.4.4. Sağlık Hizmeti Kullanımını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Bu bölüm kapsamında, diyaliz tedavisi alan kronik böbrek hastalarının sağlık hizmeti kullanımlarına etki eden değişkenlerin belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonuçları sunulmuştur. Hastaneye başvuru sayısı, acil servise başvuru sayısı, hastaneye yatış gün sayısı, tedaviye ilişkin masraflar ve kullanılan ilaç sayısı değişkenleri için 5 ayrı regresyon modeli oluşturulmuş olup, modeller Tablo 28, Tablo 29, Tablo 30, Tablo 31 ve Tablo 32'de gösterilmektedir.

Tablo 28, araştırma kapsamındaki hastaların hastaneye başvuru sayılarını etkileyen faktörleri saptayabilmek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda oluşturulan modeli göstermektedir.

Tablo 28. Hastaneye Başvuru Sayısını Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve βj için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	4,501	0,935		2,661	6,340	4,814	0,000		
X₁ Kronik Böbrek Hastalığının Yükü	-0,020	0,006	-0,261	-0,008	0,032	-3,260	0,001	0,325	3,449
X₂ Kronik Böbrek Hastalığının Etkileri	-0,023	0,007	-0,264	-0,037	-0,009	-3,306	0,001	0,326	3,427
X₃ Fiziksel Yaşam Kalitesi	-0,012	0,005	-0,201	-0,023	-0,002	-2,339	0,020	0,395	3,119
X₄ Hekim Hasta İlişkisi	-0,446	0,184	-0,175	-0,808	-0,085	-2,428	0,016	0,377	3,611
X₅ Beslenme Önerilerine Uyum (Ref=Tedaviye Uyma)	0,399	0,197	0,137	0,012	0,786	2,029	0,043	0,317	3,153
X₆ İlaç Tedavisine Uyum (Ref=Tedaviye Uyma)	0,407	0,169	0,115	0,074	0,740	2,402	0,017	0,626	1,597
X₇ Komorbidite (Ref=Yok)	0,271	0,207	0,092	-0,136	0,677	1,310	0,191	0,396	3,382
X₈ Sıvı Kısıtına Uyum (Ref=Tedaviye Uyma)	0,198	0,162	0,070	-0,122	0,517	1,217	0,225	0,441	2,268
X₉ Ruhsal Yaşam Kalitesi	-0,004	0,005	-0,050	-0,013	0,005	-0,839	0,402	0,411	2,431
X₁₀ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	-0,173	0,155	-0,059	-0,477	0,132	-1,117	0,265	0,514	1,946
X₁₁ Medeni Durum (Ref= Bekar)	-0,166	0,127	-0,054	-0,417	0,085	-1,304	0,193	0,835	1,197
X₁₂ Hastalık Süresi	-0,007	0,009	-0,042	-0,024	0,010	-0,777	0,438	0,489	2,044
X₁₃ Hasta Aktifliği	-0,004	0,006	-0,037	-0,015	0,008	-0,603	0,547	0,374	2,676
X₁₄ Yaş	0,003	0,005	0,036	-0,008	0,014	0,543	0,588	0,430	2,026
X₁₅ Çalışma Durumu (Ref= Çalışmayan)	0,079	0,184	0,018	-0,284	0,441	0,427	0,670	0,787	1,271
X₁₆ Cinsiyet (Ref= Erkek)	-0,037	0,118	-0,013	-0,268	0,195	-0,312	0,755	0,831	1,203
X₁₇ Ortaöğretim (Ref=Eğitim Almamış)	-0,223	0,235	-0,076	-0,685	0,239	-0,951	0,342	0,427	2,401
X₁₈ Lise (Ref=Eğitim Almamış)	-0,136	0,267	-0,047	-0,661	0,389	-0,511	0,610	0,371	3,832
X₁₉ Üniversite (Ref=Eğitim Almamış)	-0,471	0,283	-0,126	-1,028	0,086	-1,665	0,097	0,452	2,974
Bağımlı Değişken: Hastaneye Başvuru Sayısı									
Durbin Watson= 1,655									
r= 0,747 R²= 0,558 (F= 20,372; p= 0,000)									

Cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine uyum, beslenme önerilerine uyum, sıvı kısıtına uyum, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi, böbrek hastalığının etkileri ve yükü olmak üzere toplamda 17 adet bağımsız değişken ile regresyon analizi gerçekleştirilmiştir (Tablo 28). Hastaların hastaneye başvuru sayılarını etkileyen faktörlere ilişkin oluşturulan regresyon modeli, genel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=20,372$; $p=0,000$). Durbin Watson katsayısı 1,655'dir. Bu sonuç, modelde otokorelasyon olmadığını göstermektedir. Modelde çoklu bağlantı sorunu VIF ve Tolerans değerleri ile kontrol edilmiş olup, bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur.

Modeldeki bağımsız değişkenler, hastaneye başvuru sayısı değişkeninin %55,8'ini açıklamaktadır ($R^2=0,558$). Böbrek hastalığının etkileri, böbrek hastalığının yükü, fiziksel yaşam kalitesi, hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine uyum ve beslenme önerilerine uyum değişkenleri, modeldeki istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlerdir. Komorbidite, sıvı kısıtına uyum, ruhsal yaşam kalitesi, tedavinin alındığı kurumun türü, medeni durum, hastalık süresi, hasta aktifliği, yaş, çalışma durumu, cinsiyet ve eğitim durumu değişkenlerinin ise istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

BETA değerlerine bakıldığında ise bağımlı değişkene en fazla etki eden değişkenin kronik böbrek hastalığının yükü değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=-0,261$). Bu değişkenin bağımlı değişkene etkisi negatiftir. Bu sonuçtan yola çıkılarak, araştırma kapsamındaki hastaların böbrek hastalığının yüküne bağlı yaşam kalitelerinin azalmasının hastaların hastaneye başvuru sayılarını arttırdığı söylenebilir.

Modeldeki diğer değişkenlere bakıldığında, hastaların yaşam kalitelerine ilişkin böbrek hastalığının etkileri, fiziksel yaşam kalitesi ve hekim hasta ilişkisi değişkenlerinin iyileşmesi hastaneye başvuru sayısını azaltırken; hastaların beslenme önerilerine ve ilaç tedavisine uyum göstermemeleri, hastaneye başvuru sayısını artırmaktadır.

Tablo 29, araştırma kapsamındaki hastaların hastaneye yatış gün sayısını etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan regresyon analizi sonucu oluşturulan modeli göstermektedir.

Tablo 29. Hastaneye Yatış Gün Sayısını Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve β_j için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	10,443	2,676		5,177	15,708	3,903	0,000		
X₁ Hekim Hasta İlişkisi	-1,935	0,526	-0,354	-2,970	-0,900	-3,679	0,000	0,277	3,611
X₂ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	-0,883	0,443	-0,141	-1,754	-0,011	-1,994	0,047	0,514	1,946
X₃ Çalışma Durumu (Ref= Çalışmayan)	1,303	0,527	0,141	0,267	2,340	2,474	0,014	0,787	1,271
X₄ Medeni Durum (Ref= Bekar)	-0,751	0,365	-0,114	-1,469	-0,033	-2,059	0,040	0,835	1,197
X₅ Kronik Böbrek Hastalığının Etkileri	-0,039	0,020	-0,207	-0,078	0,000	-1,943	0,053	0,426	2,427
X₆ Sıvı Kısıtına Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	0,596	0,465	0,098	-0,319	1,511	1,282	0,201	0,441	2,268
X₇ Ruhsal Yaşam Kalitesi	0,017	0,014	0,100	-0,010	0,044	1,265	0,207	0,411	2,431
X₈ Komorbidite (Ref= Yok)	-0,556	0,591	-0,088	-1,720	0,607	-0,941	0,348	0,396	3,382
X₉ Cinsiyet (Ref= Erkek)	0,417	0,337	0,069	-0,246	1,079	1,237	0,217	0,831	1,203
X₁₀ İlaç Tedavisine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	0,457	0,485	0,060	-0,497	1,411	0,942	0,347	0,626	1,597
X₁₁ Beslenme Önerilerine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-0,197	0,563	-0,032	-1,304	0,910	-0,350	0,726	0,317	3,153
X₁₂ Kronik Böbrek Hastalığının Yükü	0,005	0,017	0,031	-0,029	0,039	0,290	0,772	0,325	3,449
X₁₃ Fiziksel Yaşam Kalitesi	-0,002	0,015	-0,015	-0,032	0,028	-0,131	0,896	0,395	3,119
X₁₄ Hastalık Süresi	-0,005	0,025	-0,014	-0,054	0,044	-0,193	0,847	0,489	2,044
X₁₅ Yaş	-0,001	0,016	0,000	-0,031	0,031	-0,006	0,996	0,330	3,026
X₁₆ Hasta Aktifliği	0,000	0,017	0,002	-0,033	0,034	0,022	0,982	0,374	2,676
X₁₇ Ortaöğretim (Ref=Eğitim Almamış)	-0,833	0,672	-0,132	-2,155	0,489	-1,240	0,216	0,327	3,401
X₁₈ Lise (Ref=Eğitim Almamış)	-0,630	0,764	-0,101	-2,133	0,873	-0,825	0,410	0,371	3832
X₁₉ Üniversite (Ref=Eğitim Almamış)	-1,125	0,810	-0,140	-2,720	0,469	-1,389	0,166	0,352	2,974
Bağımlı Değişken: Hastaneye Yatış Gün Sayısı									
Durbin Watson= 1,518									
r= 0,462 R²= 0,214 (F= 4,379; p= 0,000)									

Cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine uyum, beslenme önerilerine uyum, sıvı kısıtına uyum, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi, böbrek hastalığının etkileri ve yükü olmak üzere toplamda 17 adet bağımsız değişken regresyon analizine dahil edilmiştir (Tablo 29).

Hastaların hastaneye yatış sayılarını etkileyen faktörlere ilişkin oluşturulan regresyon modeli, bütün olarak anlamlı bulunmuştur ($F=4,379$; $p=0,000$). Modelde çoklu bağlantı sorunu VIF ve Tolerans değerleri ile kontrol edilmiş olup, bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Durbin Watson katsayısı 1,518'tür. Bu sonuç, modelde otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Modeldeki bağımsız değişkenler hastaların hastaneye yatış sayısı değişkeninin %21,4'ünü açıklamaktadır ($R^2=0,214$). Model, düşük düzeyde açıklayıcılığa sahiptir. Medeni durum, çalışma durumu, hekim hasta ilişkisi ve tedavinin uygulandığı kurum türü değişkenleri, istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlerdir. Yaşam kalitesinin boyutları, tedaviye uyum değişkenleri, hasta aktifliği, komorbidite, cinsiyet, hastalık süresi, yaş ve eğitim durumu değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

BETA değerlerine bakıldığında ise bağımlı değişkene en fazla etki eden değişkenin hekim hasta ilişkisi olduğu görülmektedir ($\beta=-0,354$). Bu değişkenin bağımlı değişkene etkisi negatiftir. Bu sonuçtan yola çıkılarak, araştırma kapsamındaki hastaların hekim ile ilişkileri arttıkça, hastaların hastaneye yatış sayılarının azaldığı söylenebilir. Modeldeki diğer değişkenlere bakıldığında, hastaların tedavi aldıkları kurum türü değişkeninin modele en fazla etki eden ikinci değişken olduğu görülmektedir ($\beta=-0,141$). Bu sonuca göre, hastalar hastane bazı diyaliz ünitesinden hizmet aldıkça, hastaneye yatış sayılarının azalacağı söylenebilir. Ayrıca, hastaların çalışıyor olması, hastaneye yatış sayılarını artırırken; hastaların evli olması hastaneye yatış sayısı üzerinde azaltıcı etkiye sahiptir.

Tablo 30, araştırma kapsamındaki hastaların acil servise başvuru sayısını etkileyen faktörleri belirlemek için oluşturulan regresyon modelini göstermektedir.

Tablo 30. Acil Servise Başvuru Sayısını Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve β_j için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	0,099	0,740		-1,357	1,555	0,134	0,893		
X₁ Sıvı Kısıtına Uyum (Ref= <i>Tedaviye Uyuma</i>)	0,359	0,129	0,217	0,106	0,612	2,796	0,006	0,441	2,268
X₂ Çalışma Durumu (Ref= <i>Çalışmayan</i>)	0,316	0,146	0,126	0,030	0,603	2,172	0,031	0,787	1,271
X₃ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= <i>Bağımsız Diyaliz Merkezi</i>)	0,240	0,122	0,141	-0,001	0,481	1,958	0,051	0,514	1,946
X₄ Fiziksel Yaşam Kalitesi	-0,001	0,004	-0,032	-0,009	0,007	-0,271	0,787	0,195	5,119
X₅ Ruhsal Yaşam Kalitesi	-0,004	0,004	-0,077	-0,011	0,004	-0,962	0,337	0,411	2,431
X₆ Hasta Aktifliği	0,001	0,005	0,022	-0,008	0,011	0,257	0,797	0,374	2,676
X₇ Hekim Hasta İlişkisi	0,115	0,145	0,078	-0,171	0,401	0,793	0,428	0,277	3,611
X₈ Hastalık Süresi	0,012	0,007	0,129	-0,001	0,026	1,756	0,080	0,489	2,044
X₉ İlaç Tedavisine Uyum (Ref= <i>Tedaviye Uyuma</i>)	-0,051	0,134	-0,025	-0,315	0,213	-0,379	0,705	0,626	1,597
X₁₀ Beslenme Önerilerine Uyum (Ref= <i>Tedaviye Uyuma</i>)	0,111	0,156	0,066	-0,195	0,418	0,716	0,474	0,317	3,153
X₁₁ Kronik Böbrek Hastalığının Etkileri	-0,011	0,006	-0,206	-0,021	0,000	-1,896	0,059	0,226	4,427
X₁₂ Kronik Böbrek Hastalığının Yükü	0,008	0,005	0,187	-0,001	0,018	1,719	0,087	0,225	4,449
X₁₃ Cinsiyet (Ref= <i>Erkek</i>)	-0,076	0,093	-0,046	-0,260	0,107	-0,820	0,413	0,831	1,203
X₁₄ Yaş	0,000	0,004	0,007	-0,008	0,009	0,076	0,939	0,330	3,026
X₁₅ Medeni Durum (Ref= <i>Bekar</i>)	-0,142	0,101	-0,080	-0,341	0,056	-1,410	0,159	0,835	1,197
X₁₆ Komorbidite (Ref= <i>Yok</i>)	0,086	0,163	0,050	-0,236	0,408	0,525	0,600	0,296	3,382
X₁₇ Ortaöğretim (Ref= <i>Eğitim Almamış</i>)	-0,115	0,186	-0,067	-0,480	0,251	-0,617	0,538	0,227	4,401
X₁₈ Lise (Ref= <i>Eğitim Almamış</i>)	-0,146	0,211	-0,086	-0,562	0,269	-0,693	0,489	0,171	5,832
X₁₉ Üniversite (Ref= <i>Eğitim Almamış</i>)	-0,205	0,224	-0,094	-0,646	0,236	-0,916	0,360	0,252	3,974
Bağımlı Değişken: Acil Servise Başvuru Sayısı									
Durbin Watson= 2,101									
r= 0,432 R²= 0,187 (F= 3,695; p= 0,000)									

Analize cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine uyum, beslenme önerilerine uyum, sıvı kısıtına uyum, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi, böbrek hastalığının etkileri ve yükü olmak üzere toplamda 17 adet bağımsız değişken dahil edilmiştir (Tablo 30).

Hastaların acil servise başvuru sayılarını etkileyen faktörlere ilişkin oluşturulan regresyon modeli, anlamlı bulunmuştur ($F=3,695$; $p= 0,000$). Modelde çoklu bağlantı sorunu VIF ve Tolerans değerleri ile kontrol edilmiş olup, bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Durbin Watson katsayısı 2,101'dir. Bu sonuç, modelde otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Modeldeki bağımsız değişkenler, acil servise başvuru sayısı değişkeninin %18,7'sini açıklamaktadır ($R^2=0,187$). Modelin açıklayıcılık katsayısı düşük bulunmuştur. Sıvı kısıtına uyum ve çalışma durumu değişkenleri, acil servise başvuru değişkenini istatistiksel olarak anlamlı etkilemektedir. Yaşam kalitesinin boyutları, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, tedavinin alındığı kurumun türü, ilaç tedavisine ve beslenme önerilerine uyum, hastalık süresi, cinsiyet, yaş, komorbidite ve eğitim durumu değişkenleri, acil servise başvuru değişkenine istatistiksel olarak anlamlı etki etmemektedir.

BETA değerlerine bakıldığında ise bağımlı değişkene en fazla etki eden değişkenin sıvı kısıtına uyum değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,217$). Sıvı kısıtına uyum değişkeni için referans tedaviye uyum göstermemektedir. Dolayısıyla hastalar sıvı kısıtlamasına uyum göstermedikçe, acil servisi kullanım sayılarının arttığı söylenebilir. Çalışma durumu değişkenine bakıldığında ise hastaların bir işte çalışıyor olmalarının, acil servise başvuru sayısını pozitif etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 31, araştırma kapsamındaki hastaların kullandığı ilaç sayısı değişkenini etkileyen faktörleri belirlemek için oluşturulan regresyon modeli, yer almaktadır.

Tablo 31. Kullanılan İlaç Sayısını Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve β için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	6,167	1,462		3,291	9,043	4,219	0,000		
X₁ Yaş	0,035	0,009	0,212	0,019	0,052	4,138	0,000	0,330	3,026
X₂ Kronik Böbrek Hastalığının Yüğü	-0,028	0,010	-0,182	-0,047	-0,009	-2,930	0,004	0,325	3,449
X₃ Sıvı Kısıtına Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	0,782	0,254	0,136	0,283	1,282	3,081	0,002	0,441	2,268
X₄ Komorbidite (Ref= Yok)	0,692	0,323	0,116	0,057	1,328	2,144	0,033	0,396	2,382
X₅ Hasta Aktifliği	-0,020	0,009	-0,100	-0,038	-0,001	-2,089	0,038	0,374	2,676
X₆ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	-0,086	0,242	-0,015	-0,562	0,390	-0,357	0,721	0,514	1,946
X₇ Fiziksel Yaşam Kalitesi	-0,001	0,008	-0,007	-0,017	0,015	-0,098	0,922	0,395	3,119
X₈ Ruhsal Yaşam Kalitesi	0,013	0,007	0,080	-0,002	0,028	1,747	0,082	0,411	2,431
X₉ Hekim Hasta İlişkisi	-0,313	0,287	-0,061	-0,879	0,252	-1,091	0,276	0,477	2,611
X₁₀ Hastalık Süresi	0,024	0,014	0,075	-0,002	0,051	1,791	0,074	0,489	2,044
X₁₁ İlaç Tedavisine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	0,499	0,265	0,070	-0,022	1,020	1,884	0,061	0,626	1,597
X₁₂ Beslenme Önerilerine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	0,198	0,307	0,034	-0,407	0,802	0,643	0,520	0,417	2,153
X₁₃ Kronik Böbrek Hastalığının Etkileri	-0,018	0,011	-0,102	-0,040	0,004	-1,645	0,101	0,426	2,427
X₁₄ Cinsiyet (Ref= Kadın)	0,300	0,184	0,053	-0,062	0,662	1,633	0,103	0,831	1,203
X₁₅ Medeni Durum (Ref= Evli)	0,031	0,199	0,005	-0,361	0,423	0,157	0,875	0,835	1,197
X₁₆ Çalışma Durumu (Ref= Çalışan)	0,244	0,288	0,028	-0,322	0,810	0,848	0,397	0,787	1,271
X₁₇ Ortaöğretim (Ref=Eğitim Almamış)	0,276	0,367	0,046	-0,446	0,998	0,752	0,453	0,427	2,401
X₁₈ Lise (Ref=Eğitim Almamış)	0,093	0,417	0,016	-0,728	0,914	0,223	0,823	0,371	2,832
X₁₉ Üniversite (Ref=Eğitim Almamış)	-0,504	0,443	-0,067	-1,375	0,367	-1,139	0,256	0,352	2,974
Bağımlı Değişken: Kullanılan İlaç Sayısı									
Durbin Watson= 1,908									
r= 0,858 R²= 0,736 (F= 44,806; p= 0,000)									

Regresyon analizine; cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine uyum, beslenme önerilerine uyum, sıvı kısıtına uyum, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi, böbrek hastalığının etkileri ve yükü olmak üzere toplamda 17 adet bağımsız değişken dahil edilmiştir (Tablo 31).

Hastaların kullandıkları ilaç sayısını etkileyen faktörlere ilişkin oluşturulan regresyon modeli, bütün olarak anlamlı bulunmuştur ($F=44,806$; $p=0,000$). Modeldeki bağımsız değişkenler, kullanılan ilaç sayısı değişkeninin %73,6'sını açıklamaktadır ($R^2=0,736$). Model, orta düzeyin üzerinde açıklayıcılığa sahiptir. Modelde çoklu bağlantı sorunu VIF ve Tolerans değerleri ile kontrol edilmiş olup, bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Durbin Watson katsayısı 1,908 bulunmuştur. Bu sonuç, modelde otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Böbrek hastalığının yükü, yaş, sıvı kısıtına uyum, komorbidite ve hasta aktifliği değişkenleri hastaların kullandıkları ilaç sayısı değişkenine istatistiksel olarak anlamlı etki etmektedir. Tedavinin alındığı kurumun türü, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi, hekim hasta ilişkisi, hastalık süresi, ilaç tedavisine ve beslenme önerilerine uyum, böbrek hastalığının etkileri, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu değişkenleri ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

BETA değerlerine bakıldığında ise bağımlı değişkene en fazla etki eden değişkenin yaş değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,212$). Bu sonuç, araştırma kapsamındaki hastaların yaşları arttıkça, daha fazla ilaç kullandıklarını göstermektedir. Komorbiditeye sahip olma ve sıvı kısıtına uymama değişkenleri, kullanılan ilaç sayısına pozitif etki etmektedir. Yani, hastaların kronik hastalıklara sahip olması ve sıvı kısıtına uymamaları durumunda, kullandıkları ilaç sayıları artma eğiliminde olmaktadır. Diğer taraftan hasta aktifliğinin artması ve kronik böbrek hastalığının yüküne bağlı yaşam kalitesinin iyileşmesi kullanılan ilaç sayısının azalmasına etki etmektedir.

Tablo 32, araştırma kapsamındaki hastaların tedaviye ilişkin harcadıkları para değişkenini etkileyen faktörleri belirlemek için oluşturulan regresyon modelini göstermektedir.

Tablo 32. Tedaviye İlişkin Cepten Harcanan Parayı Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve βj için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	797,791	260,586		285,025	1310,558	3,062	0,002		
X₁ İlaç Tedavisine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	262,673	47,223	0,306	169,750	355,596	5,562	0,000	0,626	1,597
X₂ Hekim Hasta İlişkisi	-184,731	51,211	-0,298	-285,502	-83,960	-3,607	0,000	0,377	2,611
X₃ Ortaöğretim (Ref=Eğitim Almamış)	147,794	65,426	0,206	19,052	276,537	2,259	0,025	0,427	2,401
X₄ Komorbidite (Ref= Yok)	111,590	57,578	0,155	224,889	1,710	1,938	0,050	0,396	3,382
X₅ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	-7,664	43,118	-0,011	-92,509	77,181	-0,178	0,859	0,514	1,946
X₆ Fiziksel Yaşam Kalitesi	-1,459	1,477	-0,097	-4,366	1,447	-0,988	0,324	0,395	3,119
X₇ Ruhsal Yaşam Kalitesi	1,879	1,322	0,096	-0,722	4,480	1,422	0,156	0,411	2,431
X₈ Hasta Aktifliği	-,018	1,673	-0,001	-3,309	3,273	-0,011	0,991	0,374	2,676
X₉ Hastalık Süresi	1,401	2,439	0,036	-3,397	6,200	0,575	0,566	0,489	2,044
X₁₀ Beslenme Önerilerine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	15,841	54,789	0,022	-91,970	123,651	0,289	0,773	0,317	3,153
X₁₁ Sıvı Kısıtına Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	64,955	45,284	0,094	-24,152	154,062	1,434	0,152	0,441	2,268
X₁₂ Kronik Böbrek Hastalığının Etkileri	-2,559	1,954	-0,120	-6,404	1,286	-1,310	0,191	0,326	3,427
X₁₃ Kronik Böbrek Hastalığının Yükü	-0,293	1,695	-0,016	-3,628	3,042	-0,173	0,863	0,325	3,449
X₁₄ Cinsiyet (Ref= Kadın)	-18,781	32,786	-0,027	-83,295	45,733	-0,573	0,567	0,831	1,203
X₁₅ Yaş	1,586	1,522	0,079	-1,409	4,581	1,042	0,298	0,430	2,026
X₁₆ Medeni Durum (Ref= Evli)	-77,054	35,530	-0,103	-146,969	-7,140	-2,169	0,051	0,835	1,197
X₁₇ Çalışma Durumu (Ref= Çalışan)	82,039	51,301	0,078	-18,908	182,985	1,599	0,111	0,787	1,271
X₁₈ Lise (Ref=Eğitim Almamış)	91,357	74,389	0,129	-55,021	237,736	1,228	0,220	0,371	3,832
X₁₉ Üniversite (Ref=Eğitim Almamış)	65,470	78,917	0,072	-89,818	220,758	0,830	0,407	0,352	2,974
Bağımlı Değişken: Cepten Harcanan Para									
Durbin Watson= 1,807									
r= 0,648 R²= 0,421 (F= 11,686; p= 0,000)									

Regresyon analizine cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine uyum, beslenme önerilerine uyum, sıvı kısıtına uyum, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi, böbrek hastalığının etkileri ve yükü olmak üzere toplamda 17 adet bağımsız değişken dahil edilmiştir (Tablo 32).

Hastaların tedaviye ilişkin cepten harcadıkları parayı etkileyen faktörlere ilişkin oluşturulan regresyon modeli, bütün olarak anlamlı bulunmuştur ($F=11,686$; $p=0,000$). Modeldeki bağımsız değişkenler, hastaların cepten harcadıkları para değişkeninin %42,1'ini açıklamaktadır ($R^2=0,421$). Bu açıklayıcılık katsayısı, orta düzeyin altındadır. Modelde çoklu bağlantı sorunu VIF ve Tolerans değerleri ile kontrol edilmiş olup, bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Durbin Watson katsayısı 1,807 bulunmuştur. Bu sonuç, modelde otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine uyum, eğitim durumu ve komorbidite değişkenleri, bağımlı değişkene istatistiksel olarak anlamlı etki etmektedir. Yaşam kalitesi değişkenleri, hasta aktifliği, tedavi alınan kurumun türü, hastalık süresi, beslenme ve sıvı kısıtına uyum, cinsiyet, yaş, medeni durum ve çalışma durumu değişkenlerinin cepten harcanan para değişkeni üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

BETA değerlerine bakıldığında ise bağımlı değişkene en fazla etki eden değişkenin ilaç tedavisine uyum değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,306$). Bu sonuç, araştırma kapsamındaki hastaların ilaç tedavisine uyum göstermemeleri durumunda, cepten harcadıkları tedavi masraflarının bu durumdan pozitif etkilenecek arttığını göstermektedir. Hekim hasta ilişkisi değişkeni, cepten yapılan harcamaları etkileyen bir diğer değişkendir. Hastaların hekim ile olan ilişkileri iyileştikçe, cepten harcadıkları para azalmaktadır. Ortaöğretim mezunu olan hastaların, eğitim görmemiş, lise ve üniversite mezunu olan diğer hastaların ortalamasına göre, daha fazla cepten para harcadıkları bulunmuştur. Ayrıca, hastaların komorbiditeye sahip olması, cepten harcanan para miktarına pozitif etki etmektedir.

9.4.5. Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Bu bölüm kapsamında, diyaliz tedavisi alan kronik böbrek hastalarının yaşam kalitelerine etki eden değişkenlerin belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonuçları sunulmuştur. böbrek hastalığının semptom/problemleri, böbrek hastalığının etkileri, böbrek hastalığının yükü, fiziksel ve ruhsal bileşen değişkenleri için 5 ayrı regresyon modeli oluşturulmuş olup, modeller Tablo 33, Tablo 34, Tablo 35, Tablo 36 ve Tablo 37’de gösterilmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların böbrek hastalığının semptom/problemlerine dayalı yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri saptayabilmek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda oluşturulan model, Tablo 33’te yer almaktadır.

Tablo 33. Böbrek Hastalığının Semptom/Problemleri Boyutunu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve βj için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	49,982	6,896		36,413	63,551	7,248	0,000		
X₁ Hekim Hasta İlişkisi	9,963	1,401	0,351	7,205	12,720	7,110	0,000	0,376	2,624
X₂ Kullanılan İlaç Sayısı	-1,102	0,280	-0,200	-1,653	-0,552	-3,941	0,000	0,362	2,819
X₃ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	3,455	1,113	0,106	1,264	5,646	3,103	0,002	0,575	1,740
X₄ Komorbidite (Ref= Yok)	-3,116	1,549	-0,094	-6,163	-0,068	-2,012	0,045	0,305	3,280
X₅ Yaş	-0,080	0,041	-0,087	-0,160	0,000	-1,961	0,050	0,344	2,910
X₆ Beslenme Önerilerine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-2,527	1,461	-0,078	-5,401	0,347	-2,730	0,045	0,333	3,004
X₇ Cinsiyet (Ref= Erkek)	-2,419	0,903	-0,077	-4,196	-0,642	-2,679	0,008	0,818	1,223
X₈ Hastaneye Başvuru Sayısı	-0,876	0,466	-0,079	-1,794	0,041	-1,879	0,061	0,385	2,600
X₉ Hastaneye Yatış Sayısı	-0,220	0,172	-0,042	-0,559	0,118	-1,280	0,202	0,614	1,629
X₁₀ Acil Servise Başvuru Sayısı	-0,807	0,564	-0,042	-1,917	0,303	-1,431	0,154	0,773	1,294
X₁₁ Cepten Harcanan Para	0,000	0,002	-0,006	-0,004	0,003	-,149	0,882	0,465	2,152
X₁₂ Hasta Aktifliği	0,058	0,046	0,054	-0,032	0,147	1,265	0,207	0,376	2,662
X₁₃ Sıvı Kısıtına Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-0,373	1,241	-0,012	-2,815	2,069	-0,301	0,764	0,438	2,284
X₁₄ İlaç Tedavisine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-0,107	1,329	-0,003	-2,723	2,509	-0,080	0,936	0,590	1,696
X₁₅ Hastalık Süresi	-0,024	0,065	-0,013	-0,152	0,105	-0,362	0,718	0,512	1,953
X₁₆ Çalışma Durumu (Ref= Çalışmama)	1,979	1,402	0,041	-0,780	4,738	1,411	0,159	0,786	1,273
X₁₇ Ortaöğretim (Ref=Eğitim Almamış)	-2,071	1,800	-0,063	-5,614	1,471	-1,151	0,251	0,324	3,466
X₁₈ Lise (Ref=Eğitim Almamış)	0,259	2,000	0,008	-3,676	4,194	0,130	0,897	0,377	3,649
X₁₉ Üniversite (Ref=Eğitim Almamış)	0,788	2,141	0,019	-3,426	5,001	0,368	0,713	0,355	3,921
X₂₀ Medeni Durum (Ref= Bekar)	0,191	0,980	0,006	-1,737	2,119	0,195	0,846	0,819	1,221
Bağımlı Değişken: Böbrek Hastalığının Semptom/Problemleri									
Durbin Watson= 1,770									
r= 0,892 R²= 0,795 (F= 59,142; p= 0,000)									

Regresyon analizinde; cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine, beslenme önerilerine, sıvı kısıtına uyum, hastaneye başvuru, hastaneye yatış, acil servise başvuru, kullanılan ilaç sayısı ve cepten harcanan para olmak üzere 18 adet bağımsız değişken dahil edilmiştir.

Hastaların semptom/problemlerine dayalı yaşam kalitelerini etkileyen faktörlere ilişkin oluşturulan regresyon modeli, genel olarak anlamlıdır ($F=59,142$; $p=0,000$). Modeldeki bağımsız değişkenler, hastaların semptom/problemlerine dayalı yaşam kalitelerinin %79,5'ini açıklamaktadır ($R^2=0,795$). Modelde çoklu bağlantı sorunu VIF ve Tolerans değerleri ile kontrol edilmiş olup, bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Durbin Watson katsayısı 1,770 bulunmuştur. Bu sonuç, modelde otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Hekim hasta ilişkisi, kullanılan ilaç sayısı, tedavinin alındığı kurumun türü, komorbidite, yaş, cinsiyet ve beslenme önerilerine uyum değişkenleri, hastaların hastalığın semptom/problemlerine dayalı yaşam kalitelerini anlamlı olarak etkilemektedir. Sağlık hizmeti kullanımının diğer değişkenleri, hasta aktifliği, medeni durum, çalışma durumu, hastalık süresi, eğitim durumu, ilaç tedavisine ve sıvı kısıtlamasına uyum değişkenleri ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

BETA değerlerine bakıldığında ise bağımlı değişkene en fazla etki eden değişkenin hekim hasta ilişkisi değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=0,351$). Bu sonuç, araştırma kapsamındaki hastaların hekim ile ilişkilerinin artması durumunda, semptom/problemlerine dayalı yaşam kalitelerinin de pozitif etkilenerek artacağını göstermektedir. Kronik hastalığa sahip olma, kullanılan ilaç sayısının artması, beslenme önerilerine uymama, yaşın artması, ve cinsiyetin kadın olması; hastaların semptom/problemlerine dayalı yaşam kalitelerini negatif etkileyerek, azalmasına neden olmaktadır. Tedavinin uygulandığı kurum türünün hastane bazlı diyaliz ünitesi olması ve hastaların tedavi sürecinde daha aktif olması ise yaşam kalitesine pozitif etki ederek artmasını sağlamaktadır.

Tablo 34, hastaların böbrek hastalığının etkilerine bağlı yaşam kalitesi değişkenini etkileyen faktörleri belirlemek için oluşturulan regresyon modelini göstermektedir.

Tablo 34. Böbrek Hastalığının Etkileri Boyutunu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve β için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	47,726	7,817		32,344	63,108	6,106	0,000		
X₁ Komorbidite (Ref= Yok)	-6,674	1,756	-0,198	-10,129	-3,219	-3,801	0,000	0,305	3,280
X₂ Hekim Hasta İlişkisi	4,717	1,588	0,163	1,591	7,843	2,970	0,003	0,376	2,624
X₃ Beslenme Önerilerine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-5,013	1,656	-0,151	-8,271	-1,755	-3,028	0,003	0,333	3,004
X₄ Hasta Aktifliği	0,121	0,052	0,110	0,019	0,223	2,343	0,020	0,376	2,662
X₅ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	3,353	1,262	0,101	0,870	5,837	2,657	0,008	0,575	1,740
X₆ Cinsiyet (Ref= Erkek)	-0,199	1,024	-0,006	-2,213	1,815	-0,194	0,846	0,818	1,223
X₇ Hastaneye Başvuru Sayısı	-1,167	0,529	-0,102	-2,207	-0,127	-1,208	0,051	0,385	2,600
X₈ Hastaneye Yatış Sayısı	-0,131	0,195	-0,025	-0,515	0,253	-0,672	0,502	0,614	1,629
X₉ Acil Servise Başvuru Sayısı	-0,647	0,639	-0,033	-1,906	0,611	-1,012	0,312	0,773	1,294
X₁₀ Kullanılan İlaç Sayısı	-0,566	0,317	-0,100	-1,190	0,058	-1,786	0,075	0,362	2,819
X₁₁ Cepten Harcanan Para	-0,000	0,002	-0,001	-0,004	0,004	-0,018	0,986	0,465	2,152
X₁₂ İlaç Tedavisine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	0,667	1,507	0,017	-2,298	3,632	0,443	0,658	0,590	1,696
X₁₃ Sıvı Kısıtına Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-2,394	1,407	-0,074	-5,163	0,374	-1,702	0,090	0,438	2,284
X₁₄ Hastalık Süresi	-0,018	0,074	-0,010	-0,163	0,128	-0,238	0,812	0,512	1,953
X₁₅ Çalışma Durumu (Ref= Çalışmama)	3,192	1,590	0,065	0,064	6,320	2,008	0,056	0,786	1,273
X₁₆ Ortaöğretim (Ref= Eğitim Almamış)	0,460	2,041	0,014	-3,556	4,476	0,225	0,822	0,324	3,466
X₁₇ Lise (Ref= Eğitim Almamış)	2,964	2,267	0,089	-1,497	7,425	1,307	0,192	0,177	3,649
X₁₈ Üniversite (Ref= Eğitim Almamış)	1,657	2,427	0,039	-3,119	6,433	0,683	0,495	0,355	3,921
X₁₉ Yaş	-0,042	0,046	-0,044	-0,133	0,049	-0,900	0,369	0,344	2,910
X₂₀ Medeni Durum (Ref= Bekar)	-0,038	1,111	-0,001	-2,223	2,148	-0,034	0,973	0,819	1,221
Bağımlı Değişken: Böbrek Hastalığının Etkileri									
Durbin Watson= 1,564									
r= 0,865 R²= 0,748 (F= 45,222; p= 0,000)									

Regresyon analizine; cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine, beslenme önerilerine, sıvı kısıtına uyum, hastaneye başvuru, hastaneye yatış, acil servise başvuru, kullanılan ilaç sayısı ve cepten harcanan para olmak üzere 18 adet değişken dahil edilmiştir. Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi ve ilaç tedavisine uyum değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Hastaların böbrek hastalığının etkilerine bağlı yaşam kalitesini etkileyen faktörlere ilişkin oluşturulan regresyon modeli, genel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=45,222$; $p=0,000$). Modelde çoklu bağlantı sorunu VIF ve Tolerans değerleri ile kontrol edilmiş olup, bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Durbin Watson katsayısı 1,564 bulunmuştur. Bu sonuç, modelde otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Modeldeki bağımsız değişkenler, böbrek hastalığının etkilerine bağlı yaşam kalitesi değişkeninin %74,8'ini açıklamaktadır ($R^2=0,748$). Hekim hasta ilişkisi, komorbidite, beslenme önerilerine uyum, hasta aktifliği ve tedavinin uygulandığı kurumun türü değişkenleri modele istatistiksel olarak anlamlı etki etmektedir. Sağlık hizmeti kullanımı değişkenleri, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, hastalık süresi, sıvı kısıtına ve ilaca uyum değişkenleri ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

BETA değerlerine bakıldığında, bağımlı değişkene en fazla etki eden değişkenin komorbidite değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=-0,198$). Bu sonuç, araştırma kapsamındaki hastaların kronik hastalığa sahip olmaları durumunda, böbrek hastalığının etkilerine bağlı yaşam kalitelerinin negatif etkilenecek azaldığını göstermektedir. Beslenme önerilerine uyum göstermeme, böbrek hastalığının etkilerine bağlı yaşam kalitesi üzerinde azaltıcı etki yaratmaktadır. Hastaların tedavi sürecinde aktif olması, hekim ile olumlu ilişkilerde bulunması ve hastane bazlı bir diyaliz ünitesinden hizmet alıyor olmaları; yaşam kalitelerini olumlu olarak etkilemektedir.

Tablo 35, araştırma kapsamındaki hastaların böbrek hastalığının yüküne bağlı yaşam kalitesi değişkenini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda oluşturulan regresyon modelini göstermektedir.

Tablo 35. Böbrek Hastalığının Yükü Boyutunu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve β için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	6,146	9,438		-12,426	24,718	0,651	0,515		
X₁ Lise (Ref=Eğitim Almamış)	10,093	2,737	0,263	4,708	15,479	3,688	0,000	0,377	3,649
X₂ Kullanılan İlaç Sayısı	-1,342	0,383	-0,206	-2,096	-0,589	-3,506	0,001	0,362	3,819
X₃ Hekim Hasta İlişkisi	6,882	1,918	0,205	3,108	10,656	3,588	0,000	0,276	3,624
X₄ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	7,395	1,524	0,192	4,396	10,393	4,853	0,000	0,575	1,740
X₅ Beslenme Önerilerine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-7,318	1,999	-0,191	-11,252	-3,384	-3,661	0,000	0,333	3,004
X₆ Üniversite (Ref=Eğitim Almamış)	8,704	2,930	0,177	2,938	14,471	2,970	0,003	0,255	3,921
X₇ Ortaöğretim (Ref=Eğitim Almamış)	6,567	2,464	0,169	1,718	11,415	2,665	0,008	0,324	3,466
X₈ Sıvı Kısıtına Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-6,243	1,699	-0,167	-9,585	-2,900	-3,675	0,000	0,438	2,284
X₉ İlaç Tedavisine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-3,105	1,819	-0,067	-6,686	0,475	-2,707	0,049	0,590	1,696
X₁₀ Hasta Aktifliği	0,103	0,062	0,081	-0,020	0,226	1,650	0,100	0,376	2,662
X₁₁ Komorbidite (Ref= Yok)	-1,173	2,120	-0,030	-5,345	2,998	-0,554	0,580	0,305	3,280
X₁₂ Cinsiyet (Ref= Erkek)	1,506	1,236	0,040	-0,926	3,938	1,219	0,224	0,818	1,223
X₁₃ Hastaneye Başvuru Sayısı	1,159	0,638	0,088	-0,097	2,414	1,816	0,070	0,385	2,600
X₁₄ Hastaneye Yatış Sayısı	-0,026	0,236	-0,004	-0,489	0,438	-0,108	0,914	0,614	1,629
X₁₅ Acil Servise Başvuru Sayısı	0,549	0,772	0,024	-0,970	2,068	0,711	0,477	0,773	1,294
X₁₆ Cepten Harcanan Para	-0,001	0,002	-0,012	-0,005	0,004	-0,267	0,789	0,465	2,152
X₁₇ Hastalık Süresi	-0,040	0,089	-0,019	-0,216	0,135	-0,452	0,651	0,512	1,953
X₁₈ Çalışma Durumu (Ref= Çalışmama)	2,518	1,919	0,044	-1,259	6,295	1,312	0,191	0,786	1,273
X₁₉ Yaş	-0,012	0,056	-0,011	-0,122	0,097	-0,222	0,824	0,344	2,910
X₂₀ Medeni Durum (Ref= Bekar)	1,951	1,341	0,048	-0,688	4,590	1,455	0,147	0,819	1,221
Bağımlı Değişken: Böbrek Hastalığının Yükü									
Durbin Watson= 1,577									
r= 0,851 R²= 0,725 (F= 40,163; p= 0,000)									

Regresyon analizi; cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine, beslenme önerilerine, sıvı kısıtına uyum, hastaneye başvuru, hastaneye yatış, acil servise başvuru, kullanılan ilaç sayısı ve cepten harcanan para olmak üzere 18 adet bağımsız değişken ile gerçekleştirilmiştir.

Hastaların böbrek hastalığının yüküne bağlı yaşam kalitesini etkileyen faktörlere ilişkin oluşturulan regresyon modeli, genel olarak anlamlıdır ($F=40,163$; $p=0,000$). Modelde çoklu bağlantı sorunu VIF ve Tolerans değerleri ile kontrol edilmiş olup, bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Durbin Watson katsayısı 1,577 bulunmuştur. Bu sonuç, modelde otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Modeldeki bağımsız değişkenler, böbrek hastalığının yüküne bağlı yaşam kalitesi değişkeninin %72,5'ini açıklamaktadır ($R^2=0,725$). Eğitim durumu, beslenme önerilerine uyum, sıvı kısıtına uyum, ilaç tedavisine uyum, tedavinin alındığı kurumun türü, hekim hasta ilişkisi ve kullanılan ilaç sayısı değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Cinsiyet, yaş, medeni durumu, çalışma durumu, hastalık süresi, hasta aktifliği, komorbidite ve diğer sağlık hizmeti kullanımı değişkenleri ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

BETA değerlerine bakıldığında, bağımlı değişkene en fazla etki eden değişken, eğitim durumu değişkenidir ($\beta=0,263$). Sırasıyla, lise, üniversite ve ortaöğretim mezunu olan hastaların diğer hastalara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların hekim ile ilişkisinin olumlu olması, böbrek hastalığının yüküne bağlı yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki yapmaktadır. Aynı şekilde, hastaların hastane bazlı bir diyaliz ünitesinden hizmet alıyor olmaları, yaşam kalitelerini olumlu olarak etkilemektedir. Kullanılan ilaç sayısının artması, sıvı kısıtına uymama, beslenme önerilerine uymama, ilaç tedavisine uyum göstermeme davranışları ise yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir.

Tablo 36, araştırma kapsamındaki hastaların fiziksel yaşam kalitesi değişkenini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda oluşturulan regresyon modelini göstermektedir.

Tablo 36. Böbrek Hastalarının Fiziksel Yaşam Kalitesi Boyutunu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve βj için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	40,035	10,426		19,519	60,552	3,840	0,000		
X₁ Yaş	-0,323	0,062	-0,241	-0,444	-0,202	-5,239	0,000	0,344	2,910
X₂ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	9,632	1,683	0,203	6,319	12,944	5,721	0,000	0,575	1,740
X₃ Hastalık Süresi	-0,402	0,098	-0,154	-0,595	-0,208	-4,079	0,000	0,512	1,953
X₄ Hekim Hasta İlişkisi	6,168	2,119	0,149	1,999	10,337	2,912	0,004	0,376	2,624
X₅ Lise (Ref=Eğitim Almamış)	6,256	3,024	0,133	0,307	12,206	2,069	0,039	0,377	2,649
X₆ Üniversite (Ref=Eğitim Almamış)	7,758	3,237	0,128	1,388	14,128	2,396	0,017	0,355	2,921
X₇ Komorbidite (Ref= Yok)	-4,312	2,342	-0,090	-8,920	0,296	-2,841	0,047	0,305	3,280
X₈ İlaç Tedavisine Uyum (Ref= Tedaviye Uyma)	-4,327	2,010	-0,076	-8,282	-0,372	-2,153	0,032	0,590	1,696
X₉ Cinsiyet (Ref= Erkek)	0,703	1,365	0,015	-1,983	3,390	0,515	0,607	0,818	1,223
X₁₀ Hastaneye Başvuru Sayısı	-1,516	0,705	-0,093	-2,903	-0,129	-1,151	0,052	0,385	2,600
X₁₁ Hastaneye Yatış Sayısı	0,184	0,260	0,024	-0,328	0,696	0,706	0,481	0,614	1,629
X₁₂ Acil Servise Başvuru Sayısı	0,252	0,853	0,009	-1,427	1,930	0,295	0,768	0,773	1,294
X₁₃ Kullanılan İlaç Sayısı	-0,360	0,423	-0,045	-1,192	0,473	-0,850	0,396	0,362	2,819
X₁₄ Cepten Harcanan Para	-0,002	0,003	-0,029	-0,007	0,003	-0,745	0,457	0,465	2,152
X₁₅ Beslenme Önerilerine Uyum (Ref= Tedaviye Uyma)	-1,191	2,208	-0,025	-5,536	3,155	-0,539	0,590	0,333	3,004
X₁₆ Sıvı Kısıtına Uyum (Ref= Tedaviye Uyma)	-2,785	1,876	-0,060	-6,477	0,908	-1,484	0,139	0,438	2,284
X₁₇ Hasta Aktifliği	0,077	0,069	0,049	-0,058	0,213	1,121	0,263	0,376	2,662
X₁₈ Çalışma Durumu (Ref= Çalışmama)	-1,302	2,120	-0,019	-5,474	2,870	-0,614	0,540	0,786	1,273
X₁₉ Ortaöğretim (Ref= Eğitim Almamış)	0,658	2,722	0,014	-4,698	6,014	0,242	0,809	0,324	2,466
X₂₀ Medeni Durum (Ref= Bekar)	1,138	1,481	0,023	-1,778	4,053	0,768	0,443	0,819	1,221
Bağımlı Değişken: Fiziksel Yaşam Kalitesi									
Durbin Watson= 1,801									
r= 0,882 R²= 0,778 (F= 53,520; p= 0,000)									

Regresyon analizi; cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine, beslenme önerilerine, sıvı kısıtına uyum, hastaneye başvuru, hastaneye yatış, acil servise başvuru, kullanılan ilaç sayısı ve cepten harcanan para olmak üzere 18 adet bağımsız değişken ile gerçekleştirilmiştir.

Hastaların fiziksel yaşam kalitesini etkileyen faktörlere ilişkin oluşturulan regresyon modeli, genel olarak anlamlıdır ($F=53,520$; $p=0,000$). Modelde çoklu bağlantı sorunu VIF ve Tolerans değerleri ile kontrol edilmiş olup, bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Durbin Watson katsayısı 1,801 bulunmuştur. Bu sonuç, modelde otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Modeldeki bağımsız değişkenler, fiziksel yaşam kalitesi değişkeninin %77,8'ini açıklamaktadır ($R^2=0,778$). Yaş, tedavinin uygulandığı kurumun türü, hekim hasta ilişkisi, hastalık süresi, eğitim durumu, komorbidite ve ilaç tedavisine uyum değişkenleri, fiziksel yaşam kalitesi değişkenini istatistiksel olarak anlamlı etkilemektedir. Sağlık hizmeti kullanımı değişkenleri, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, hasta aktifliği, beslenme ve sıvı kısıtına uyum değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

BETA değerlerine bakıldığında ise bağımlı değişkene en fazla etki eden değişkenin yaş değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=-0,241$). Bu sonuca göre, hastaların yaşının artması, fiziksel yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etki yapmaktadır. Eşlik eden kronik hastalığın varlığı, hastalık süresinin uzunluğu, ilaç tedavisine uyum göstermeme davranışları; fiziksel yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek azaltmaktadır. Tedavinin uygulandığı kurum türünün hastane bazlı diyaliz ünitesi olması ve hekim hasta ilişkisinin yüksek olması ise fiziksel yaşam kalitesini artırmaktadır. Eğitim durumu değişkeninin de fiziksel yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkisi vardır. Sırasıyla, lise ve üniversite mezunu olan hastaların fiziksel yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 37, araştırma kapsamındaki hastaların ruhsal yaşam kalitesi değişkenini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonucunda oluşturulan regresyon modelini göstermektedir.

Tablo 37. Böbrek Hastalarının Ruhsal Yaşam Kalitesi Boyutunu Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi

Değişken	Katsayı	S.Hata	BETA	α ve βj için %95 Güven Sınırları		t	p	Tolerans	VIF
				Alt Sınır	Üst Sınır				
Sabit	55,533	11,668		32,573	78,493	4,759	0,000		
X₁ Komorbidite (Ref= Yok)	-7,942	2,621	-0,215	-13,099	-2,785	-3,031	0,003	0,305	3,280
X₂ Tedavinin Alındığı Kurumun Türü (Ref= Bağımsız Diyaliz Merkezi)	7,029	1,884	0,193	3,322	10,736	3,731	0,000	0,575	1,740
X₃ İlaç Tedavisine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-7,576	2,249	-0,172	-12,002	-3,150	-3,368	0,001	0,590	1,696
X₄ Üniversite (Ref= Eğitim Almamış)	7,460	3,623	0,160	0,331	14,589	2,059	0,040	0,255	3,921
X₅ Sıvı Kısıtına Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-4,979	2,100	-0,140	-9,111	-0,847	-2,371	0,018	0,438	2,284
X₆ Hastalık Süresi	-0,250	0,110	-0,124	-0,467	-0,034	-2,273	0,024	0,512	1,953
X₇ Cinsiyet (Ref= Erkek)	1,060	1,528	0,030	-1,947	4,066	0,694	0,488	0,818	1,223
X₈ Hastaneye Başvuru Sayısı	-0,899	0,789	-0,072	-2,452	0,653	-1,140	0,255	0,385	2,600
X₉ Hastaneye Yatış Sayısı	0,256	0,291	0,044	-0,317	0,829	0,878	0,381	0,614	1,629
X₁₀ Acil Servise Başvuru Sayısı	-0,624	0,954	-0,029	-2,502	1,254	-0,654	0,514	0,773	1,294
X₁₁ Kullanılan İlaç Sayısı	0,149	0,473	0,024	-0,782	1,080	0,315	0,753	0,262	3,819
X₁₂ Cepten Harcanan Para	0,002	0,003	0,046	-0,003	0,008	0,808	0,420	0,465	2,152
X₁₃ Beslenme Önerilerine Uyum (Ref= Tedaviye Uyuma)	-0,166	2,471	-0,005	-5,029	4,697	-0,067	0,946	0,333	3,004
X₁₄ Hasta Aktifliği	0,074	0,077	0,061	-0,078	0,226	0,960	0,338	0,376	2,662
X₁₅ Hekim Hasta İlişkisi	0,975	2,371	0,031	-3,691	5,640	0,411	0,681	0,376	2,624
X₁₆ Çalışma Durumu (Ref= Çalışmama)	-3,553	2,373	-0,066	-8,222	1,116	-1,497	0,135	0,786	1,273
X₁₇ Ortaöğretim (Ref= Eğitim Almamış)	2,732	3,046	0,074	-3,262	8,726	0,897	0,370	0,324	3,466
X₁₈ Lise (Ref= Eğitim Almamış)	5,688	3,384	0,157	-0,971	12,346	1,681	0,094	0,377	2,649
X₁₉ Yaş	-0,054	0,069	-0,053	-0,190	0,081	-0,790	0,430	0,344	2,910
X₂₀ Medeni Durum (Ref= Bekar)	0,464	1,658	0,012	-2,798	3,726	0,280	0,780	0,819	1,221
Bağımlı Değişken: Ruhsal Yaşam Kalitesi									
Durbin Watson= 1,565									
r=0,729 R²=0,532 (F=17,320; p=0,000)									

Regresyon analizine cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastalık süresi, komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, ilaç tedavisine, beslenme önerilerine, sıvı kısıtına uyum, hastaneye başvuru, hastaneye yatış, acil servise başvuru, kullanılan ilaç sayısı ve cepten harcanan para olmak üzere 18 adet bağımsız değişken ile gerçekleştirilmiştir.

Hastaların ruhsal yaşam kalitesini etkileyen faktörlere ilişkin oluşturulan regresyon modeli, genel olarak anlamlıdır ($F=17,320$; $p=0,000$). Modelde çoklu bağlantı sorunu VIF ve Tolerans değerleri ile kontrol edilmiş olup, bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Durbin Watson katsayısı 1,565 bulunmuştur. Bu sonuç, modelde otokorelasyon olmadığını göstermektedir.

Modeldeki bağımsız değişkenler, ruhsal yaşam kalitesi değişkeninin %53,2'sini açıklamaktadır ($R^2=0,532$). Komorbidite, tedavinin alındığı kurumun türü, hastalık süresi, eğitim durumu, ilaç tedavisine uyum ve sıvı kısıtına uyum değişkenleri, modeldeki istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlerdir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, hasta aktifliği, hekim hasta ilişkisi, beslenme önerilerine uyum ve sağlık hizmeti kullanımı değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

BETA değerlerine bakıldığında ise bağımlı değişkene en fazla etki eden değişkenin komorbidite değişkeni olduğu görülmektedir ($\beta=-0,215$). Bu sonuca göre, hastaların komorbiditesinin olması, ruhsal yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Aynı şekilde, ilaç tedavisine ve sıvı kısıtına uyum göstermeme davranışları ve hastalık süresinin artması da ruhsal yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek azaltmaktadır. Diğer taraftan, hastane bazlı bir diyaliz ünitesinden hizmet almak ve üniversite mezunu olmak, ruhsal yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir.

9.5. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN SONUÇLARI

Araştırmanın amacı doğrultusunda uygun analiz yöntemleriyle test edilen hipotezlerin kabul ve ret sonuçları, Tablo 38 ve Tablo 39’da özetlenmiştir.

Tablo 38, hipotez 1, 2 ve 3’e ilişkin sonuçları göstermektedir.

Tablo 38. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 1, 2, 3)

Hipotezler	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 1	Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	Hekim Hasta İlişkisi	
	Cinsiyet		Ret
	Yaş		Kabul
	Medeni Durum		Ret
	Çalışma Durumu		Ret
	Eğitim Durumu		Kabul
	Hastalığa Özgü Özellikler		
	Komorbidite		Kabul
	Hastalığın Süresi		Kabul
	Tedavi Alınan Kurumun Özelliği		Kabul
	Hipotez 2		Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri
Cinsiyet		Ret	
Yaş		Kabul	
Medeni Durum		Ret	
Çalışma Durumu		Ret	
Eğitim Durumu		Kabul	
Hastalığa Özgü Özellikler			
Komorbidite		Kabul	
Hastalığın Süresi		Ret	
Tedavi Alınan Kurumun Özelliği		Ret	
Hekim Hasta İlişkisi		Kabul	
Hipotez 3	Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	Tedaviye Uyum	
	Cinsiyet		Kabul
	Yaş		Ret
	Medeni Durum		Ret
	Çalışma Durumu		Ret
	Eğitim Durumu		Kabul
	Hastalığa Özgü Özellikler		
	Komorbidite		Kabul
	Hastalığın Süresi		Ret
	Tedavi Alınan Kurumun Özelliği		Kabul
	Hekim Hasta İlişkisi		Kabul
Hasta Aktifliği	Kabul		

Hipotez 1, hekim hasta ilişkisine etki eden değişkenlere yönelik geliştirilmiştir. Bu hipotez, yaş, eğitim durumu, komorbidite, hastalığın süresi ve tedavi alınan kurumun

özelliği değişkenleri için kabul edilmiş olup, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu değişkenleri için reddedilmiştir.

Hipotez 2, hasta aktifliğine etki eden değişkenlere yönelik geliştirilmiştir. Bu hipotez, yaş, eğitim durumu, komorbidite ve hekim hasta ilişkisi değişkenleri için kabul edilmiş olup, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, hastalığın süresi ve tedavi alınan kurumun özelliği değişkenleri için reddedilmiştir.

Hipotez 3, tedaviye uyum değişkenine etki eden değişkenlere yönelik geliştirilmiştir. Tedaviye uyumu kapsayan ilaç, beslenme ve sıvı kısıtlamasına uyuma ilişkin değişkenlerden en az birine anlamlı etki eden değişkenler, tabloda kabul edilmiş olarak gösterilmiştir. Bu hipotez, cinsiyet, eğitim durumu, komorbidite, tedavi alınan kurumun özelliği, hekim hasta ilişkisi ve hasta aktifliği değişkenleri için kabul edilmiş olup, yaş, medeni durum, çalışma durumu ve hastalığın süresi değişkenleri için reddedilmiştir.

Tablo 39, hipotez 4 ve 5'e ilişkin sonuçları göstermektedir.

Tablo 39. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 4, 5)

Hipotezler	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Sonuç
Hipotez 4	Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	Sağlık Hizmeti Kullanımı	
	Cinsiyet		Ret
	Yaş		Kabul
	Medeni Durum		Kabul
	Çalışma Durumu		Kabul
	Eğitim Durumu		Kabul
	Hastalığa Özgü Özellikler		
	Komorbidite		Kabul
	Hastalığın Süresi		Ret
	Tedavi Alınan Kurumun Özelliği		
	Hekim Hasta İlişkisi		Kabul
	Hasta Aktifliği		Kabul
	Tedaviye Uyum		
	İlaç Tedavisine Uyum		Kabul
	Beslenme Önerilerine Uyum		Kabul
	Sıvı Kısıtına Uyum		Kabul
	Yaşam Kalitesi		
	Fiziksel Yaşam Kalitesi		Kabul
Ruhsal Yaşam Kalitesi	Ret		
Böbrek Hastalığının Etkileri	Kabul		
Böbrek Hastalığının Yükü	Kabul		
Hipotez 5	Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri	Yaşam Kalitesi	
	Cinsiyet		Kabul
	Yaş		Kabul
	Medeni Durum		Ret
	Çalışma Durumu		Ret
	Eğitim Durumu		Kabul
	Hastalığa Özgü Özellikler		
	Komorbidite		Kabul
	Hastalığın Süresi		Kabul
	Tedavi Alınan Kurumun Özelliği		
	Hekim Hasta İlişkisi		Kabul
	Hasta Aktifliği		Kabul
	Tedaviye Uyum		
	İlaç Tedavisine Uyum		Kabul
	Beslenme Önerilerine Uyum		Kabul
	Sıvı Kısıtına Uyum		Kabul
	Sağlık Hizmeti Kullanımı		
	Hastaneye Başvuru		Ret
	Hastaneye Yatış		Ret
	Acil Servise Başvuru		Ret
Kullanılan İlaç Sayısı	Kabul		
Cepten Harcanan Para	Ret		

Hipotez 4, sağlık hizmeti kullanımı değişkenine etki eden değişkenlere yönelik geliştirilmiştir. Sağlık hizmeti kullanımını kapsayan hastaneye başvuru, hastaneye yatış,

acil servise başvuru, kullanılan ilaç sayısı ve cepten harcanan paraya ilişkin değişkenlerden en az birine anlamlı etki eden değişkenler, tabloda kabul edilmiş olarak gösterilmiştir. Bu hipotez, cinsiyet, hastalığın süresi ve ruhsal yaşam kalitesi için reddedilmiş olup, diğer tüm değişkenler için kabul edilmiştir.

Hipotez 5, yaşam kalitesi değişkenine etki eden değişkenlere yönelik geliştirilmiştir. Yaşam kalitesinin boyutlarından fiziksel, ruhsal yaşam kalitesi, böbrek hastalığının semptomları, yükü ve etkileri değişkenlerden en az birine anlamlı etki eden değişkenler, tabloda kabul edilmiş olarak gösterilmiştir. Bu hipotez, medeni durum, çalışma durumu, hastaneye başvuru, hastaneye yatış, acil servise başvuru ve cepten harcanan para değişkenleri için reddedilmiş olup, diğer tüm değişkenler için kabul edilmiştir.

10. BÖLÜM: TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı, kronik böbrek rahatsızlığı olan ve diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti kullanımı düzeylerini belirlemek ve bu düzeylere etki eden faktörleri ortaya koyabilmektir. Bu kapsamda, bu değişkenler; hastaların demografik özellikleri, hastalığa özgü özellikler, tedavinin uygulandığı kuruma özgü özellikler, hasta hekim ilişkisi ve hasta aktiflik düzeyi değişkenleri ile açıklanmaya çalışılmıştır. Araştırma sonucunda ulaşılan bulgular, bu bölüm kapsamında tartışılarak değerlendirilmiştir.

10.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Araştırma kapsamında, %63'ü hastane bazlı diyaliz ünitelerinden, %36,9'u bağımsız diyaliz merkezlerinden hizmet alan toplamda 328 hasta ile çalışılmıştır. Young ve diğerlerinin (2000) çalışmasında, Fransa, Almanya, İtalya, Japonya, İspanya, Birleşik Krallık ve Amerika olmak üzere yedi ülkede hemodiyaliz hastaları ve tesisleri ile yapılan araştırma sonuçlarını derlemişlerdir. Kurum türleri değişkeni incelendiğinde, Almanya, Fransa ve İtalya'da yapılan çalışmaların %60'ının hastane bazlı diyaliz ünitelerinde, Japonya, İspanya ve İngiltere'deki çalışmaların %50'sinin hastane bazlı diyaliz ünitelerinde ve Amerika'daki çalışmaların ise %71'inin özel bağımsız diyaliz merkezlerinde gerçekleştirildiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, ülkelerin sağlık sistemlerinin yapısından ve sağlık hizmet sunum politikalarındaki farklılıklardan kaynaklanabilmektedir.

Cinsiyet değişkenine bakıldığında, hastaların %52,4'ünün kadın olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamındaki kadın erkek dağılımının eşit olduğu söylenebilir. Ricardo ve diğerlerinin (2013) çalışmasındaki hastaların %60'ı erkektir. Kim ve diğerlerinin (2013) araştırmasında, hastaların %54'ü erkeklerden oluşmaktadır. Chow ve diğerlerinin (2014) çalışmasındaki hastaların %68,2'si erkektir. Nişel ve diğerlerinin (2016) Avrupa, Japonya, Amerika ve Türkiye'de diyaliz tedavisi alan hastaların ülkeler itibariyle karşılaştırmalı analizini gerçekleştirdikleri çalışmada, hastaların Avrupa ülkelerinde %57,9'unun, Japonya'da %62,6'sının, Amerika'da %52,8'inin ve Türkiye'de %55,1'inin erkek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın aksine, literatürdeki çalışma

örneklemelerinde, erkek hastaların kadın hastalardan fazla olduğu görülmektedir. Bu durumun araştırmaya katılmaya istekli olan hastaların rastlantısal dağılımlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hastaların medeni durumlarına bakıldığında, %69,2'sinin evli, %30,8'inin bekar oldukları saptanmıştır. Chow ve Tam (2014)'ın araştırmasındaki hastaların %82,7'si evlidir. Cruz ve diğerleri (2011)'nin çalışmasında hastaların %50'si evlidir. Nguyen ve diğerlerinin (2018) araştırmasındaki hastaların ise %60'ı evlilerden oluşmaktadır. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığının (2017) araştırmasında, Türkiye'yi temsil eden örneklemin %69,1'i evlidir. Literatürdeki araştırmalarda da bu araştırmayı destekler nitelikte hastaların büyük bir çoğunluğunun evli olması, hastaların yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle evli olanların oranının yükselmesi ile açıklanabilmektedir.

Eğitim durumu değişkenine bakıldığında, hastaların %37,8'i lise; %35,4'ü ortaöğretim mezunudur. Hastaların %9,8'inin ise eğitimi yoktur. Cruz ve diğerleri (2011) tarafından yapılan araştırmada, hastaların yarısından fazlası (%61,1) ilkokul/ortaokul mezunudur. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığının (2017) araştırmasındaki örneklemin %52'si ortaöğretim mezunudur ve %23'ünün ise herhangi bir eğitimi yoktur. Nazlıcan ve diğerlerinin (2012) çalışması ise erkek ve kadın hastalar açısından eğitim durumunu ayrı ayrı değerlendirmiş ve erkeklerin çoğunluğunun (%51,6) ilkokul mezunu; kadınların çoğunluğunun (%45,3) ise okuryazar olmadığını bulmuştur. Eğitim durumuna ilişkin araştırma bulguları değerlendirildiğinde, hastaların eğitim seviyelerinin düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastaların çalışma durumlarına bakıldığında, hastaların %87,8'inin çalışmadıkları görülmektedir. Bu hastaların %38,7'si emekli, %32,3'ü ev hanımı, %12,8'i işsiz ve %4'ü öğrencidir. Hastaların %12,1'i ise kısmi ya da tam zamanlı bir işte çalışmaktadır. Manavalan ve diğerlerinin (2017) çalışması kapsamındaki hastaların %80'i işsizdir. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığının (2017) çalışması kapsamındaki hastaların %80,2'si çalışmamaktadır. Bu hastaların %48,6'sı ev hanımı ve %10'u işsizdir. Cruz ve diğerleri (2011), araştırmaları kapsamındaki hastaların %73,7'sinin emekli ya da sağlık durumu sebebiyle çalışmadıklarını belirtmişlerdir. Poppe ve diğerlerinin (2012) çalışmasında, hastaların

%73,3'ünün çalışmamakta, bu hastaların %37'si emekli ve %18'i sağlık durumu sebebiyle çalışmamaktadırlar. Literatürdeki bulgulara bakıldığında, hastaların büyük çoğunluğunun çalışmadığı görülmektedir. Kronik böbrek hastaları, zamanlarının büyük bir çoğunluğunu diyaliz tedavisine ayırmakta ve bu durum çalışma hayatlarını da olumsuz etkileyebilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yaş dağılımı minimum 20 ile maksimum 91 arasında olup genel yaş ortalaması $53,95 \pm 17,11$ olarak bulunmuştur. Manavalan ve diğerlerinin (2017) diyaliz hastaları ile yapmış oldukları çalışmada, hastaların yaş ortalaması, 49,00 olarak bulunmuştur. Ricardo ve diğerleri (2013), yaptıkları çalışmada, diyaliz tedavisi alan hastaların yaş ortalaması, $57,00 \pm 11,06$ 'dır. Thaweethamcharoen ve diğerlerinin (2013), hemodiyaliz tedavisi alan hastalar ile yaptıkları çalışmada, örneklemin yaş ortalaması, $57,45 \pm 15,09$ olarak bulunmuştur. Chow ve Tam (2014)'ın çalışmasındaki hastaların yaş ortalaması, $58,21 \pm 15,22$ 'dir. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığının (2017) Türkiye çapında yapmış oldukları çalışmaya ilişkin raporda, hastaların ortalama yaşı $52,28 \pm 16,74$ olarak hesaplanmıştır. Literatürdeki çalışmaların sonuçlarına da bakıldığında, hastaların yaş ortalamasının 55 civarında olduğu görülmektedir. Bu durum, kronik böbrek hastalığının orta yaş ve üzeri hastalarda yaygın olarak görülmesinden kaynaklanabilmektedir.

Hastaların klinik özellikleri değerlendirildiğinde, hastaların büyük bir çoğunluğunun (%89) haftada 3 kez diyaliz tedavisi aldığı görülmektedir. Haftada 2 kez diyaliz tedavisi alan hastalar, örneklemin %9,5'ini oluşturmakta olup bu hastaların büyük bir çoğunluğunu (%71) 40 yaş altı hastaların oluşturduğu saptanmıştır. Thaweethamcharoen ve diğerlerinin (2013) araştırmasındaki hastaların yarısından fazlası, haftada 3 kez hemodiyaliz tedavisi almaktadır. Slinin ve diğerleri (2015), diyaliz tedavisi alan hastalar ile yapılan 32 adet makaleye ilişkin sistematik analiz gerçekleştirmişler ve haftalık diyaliz seans sayısı ortalaması, hastaların tamamına yakınında haftada 3 olarak bulunmuştur.

Bu araştırma kapsamındaki hastaların bu hastalığa sahip oldukları süre, ortalama 10 yıl ($\pm 8,76$); diyaliz tedavisi aldıkları süre ise ortalama 7 yıl ($\pm 5,06$) olarak bulunmuştur. Rosemann ve diğerleri (2007), araştırma kapsamındaki hastaların kronik böbrek

hastalığına sahip oldukları süreyi, ortalama 13 yıl olarak hesaplamıştır. Poppe ve diğerlerinin (2012) çalışmasında, hastaların ortalama 10,81 yıldır bu hastalığa sahip oldukları bulunmuştur. Kim ve diğerleri (2013), çalışmaları kapsamındaki hastaların %30'unun 5 yıldan uzun süredir diyaliz tedavisi aldığını bulmuştur. Nişel ve diğerlerinin (2016) çalışmasında diyaliz tedavisi alan hastaların ülkeler itibariyle karşılaştırmalı analizi gerçekleştirilmiştir. Avrupa, Japonya, Amerika ve Türkiye'nin verilerinin karşılaştırıldığı çalışmada, diyaliz sürelerinin dağılımı incelenmiş ve Türk hastalarının yaklaşık %45'nin 7 yıldan fazla süredir hemodiyaliz tedavisi gördükleri saptanmıştır. Japonya'daki hastaların %40'ı, Avrupa'daki hastaların %24,1'i ve Amerika'daki hastaların %12,1'i 7 yıldan fazla süredir hemodiyaliz tedavisi görmektedirler.

Bir bireyde iki veya daha fazla kronik sağlık durumunun varlığı olarak tanımlanan komorbidite, kronik böbrek hastaları için artan bir endişe kaynağıdır. Bu araştırma kapsamındaki kronik böbrek hastalığına sahip olan hastaların ek bir kronik hastalığa sahip olanların oranı %65,2'dir. Ek kronik hastalığa sahip olan hastaların %40'ında tansiyon, %28'inde diyabet ve %24'ünde kalp hastalıkları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu hastalıklar haricinde, KOAH, romatizmal hastalıklar, troid, fitik ve benzeri hastalıklar da diyaliz tedavisi alan hastaların sahip oldukları diğer kronik hastalıklardır. Kronik böbrek hastalığına ilişkin literatürdeki çalışmalar da böbrek hastalığına eşlik eden kronik hastalıkları sıralamışlar ve benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı (2017)'nin yayınladığı raporda, hastaların %69,8'inde böbrek hastalığına eşlik eden kronik hastalığın olduğu belirtilmiştir. Fraser ve diğerlerinin (2015) çalışmasındaki hastaların %87,8'inde tansiyon, %24'ünde anemi, %22,9'unda kalp hastalıkları ve %16,9'unda diyabet hastalığı vardır. Lee ve diğerleri (2018) araştırmaları kapsamındaki hastaların %82,5'unda komorbidite olduğu bulunmuştur. Bu hastaların %64,4'ünde hipertansiyon; %33,2'inde diyabet olduğu saptanmıştır. Kamath ve diğerleri (2019), araştırmaları kapsamındaki hastaların kronik böbrek hastalığına eşlik eden kronik hastalıkları incelemişler ve en sık rastalanan hastalıkları sırasıyla hipertansiyon (%40), hipertansiyon ve diyabet kombinasyonu (%7,5), diyabet (%4,2) ve kalp hastalığı ve hipertansiyon kombinasyonu (%4,2) olarak belirtmişlerdir. Khan ve diğerlerinin (2002) araştırmaları kapsamındaki hastaların %88'i hipertansiyon, %54'ü kalp hastalığı, %44'ü diyabet hastalığına sahiptir. Literatürdeki

bulgular değerlendirildiğinde; hipertansiyon ve diyabetin; kronik böbrek hastalığına en çok eşlik eden hastalıklar olduğu görülmektedir.

10.2. HEKİM HASTA İLİŞKİSİ İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Kronik hastalarda hekim ile etkili iletişim, hastaların sağlık sonuçlarını etkileyen, hastaları güçlendiren, tedaviye uyumu artıran ve hasta memnuniyetini sağlayan bir kavramdır. Pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi kronik böbrek hastalarının hekim ile ilişkisi de kronik böbrek hastalığının yönetilmesinin önemli bir basamağını oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamındaki hastaların hekim-hasta ilişkisi genel puan ortalaması 3,48 ($\pm 0,56$) olarak bulunmuştur. Bu sonucun orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir. Hekim-hasta ilişkisine ait tüm ifadelerin ortalaması 3'ün üzerinde olmakla birlikte, "Doktorum kendini bana yardım etmeye adanmıştır" ($3,16 \pm 0,68$), "Doktoruma rahatlıkla ulaşabiliyorum" ($3,19 \pm 0,98$) ve "Doktorum bana yeterli zamanı ayırır" ($3,22 \pm 1,01$) ifadeleri sırasıyla en düşük puan ortalamasına sahip ifadeler olarak bulunmuştur. Bu araştırma sonuçları ile benzer şekilde, Alghabiwi ve diğerleri (2018), böbrek hastaları da dahil farklı kronik hastalıklara sahip hastalar ile yapmış oldukları çalışmalarında, hekim hasta ilişkisi ortalaması orta düzeyde bulunmuştur. Hastaların en düşük puanı "Doktoruma güveniyorum" ve "Doktorum bana yeterli zamanı ayırır" ifadelerine vermişlerdir. Pinheiro ve diğerleri (2013), diyaliz tedavisi alan hastaların hekim ile ilişkilerini araştırmışlar ve orta düzeyin üzerinde memnuniyete sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Hastaların en memnun olmadığı durum, doktorun kendilerine yeterli zaman ayırmamasıdır. Ladin ve diğerleri (2017), diyaliz tedavisi alan hastaların hekim ile ilişkilerini nitel bir araştırma ile incelemiştir. Araştırmanın sonucunda, hastalar, hekimlerin tedaviye ilişkin yeterli açıklama yapmadıklarını ve yeterli kadar zaman ayırmadıklarını ifade etmişlerdir. Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde, kronik böbrek hastalığına sahip hastaların hekim ile ilişkilerinin orta düzeyde olduğu ve hekimlerin kendilerine yeteri kadar zaman ayırmamasından şikayet ettikleri sonucuna ulaşılabilir.

Hastaların hekim ile ilişkilerini ve buna etki eden faktörleri belirleyebilmek, tedavi sürecinin etkililiğinin artırılmasında nelere dikkat edileceğine ilişkin veri sağlamaktadır. Bu araştırma kapsamında da hekim hasta ilişkisi değişkenini etkileme potansiyeline sahip değişkenler incelenmiş ve yaş, eğitim durumu, komorbidite, hastalık süresi ve tedavi alınan kurumun özelliği değişkenleri anlamlı bulunmuştur. Bu değişkenler hekim hasta ilişkisinin %63,9'unu açıklamaktadır. Anlamlı bulunan bu değişkenler, literatürdeki farklı araştırma sonuçlarıyla aşağıda tartışılmıştır.

Sosyo Demografik Özellikler

Bu araştırma kapsamında, hekim hasta ilişkisine etki ettiği düşünülen sosyodemografik özelliklerden yalnızca “yaş” ve “eğitim durumu” değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaş değişkeninin hekim hasta ilişkisi değişkenine negatif etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır ($\beta=-0,295$). Bu sonuç, yaş arttıkça, hastaların hekim ile ilişkilerinin azalacağı yönünde yorumlanabilmektedir. Eğitim düzeyinin artması, hekim hasta ilişkisine pozitif etki etmektedir. Sırasıyla lise, üniversite ve ortaöğretim mezunu olmanın hekim hasta ilişkisine anlamlı etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır ($\beta_{\text{Lise}}=0,330$; $\beta_{\text{Üniversite}}=0,232$; $\beta_{\text{Ortaöğretim}}=0,227$).

Bu araştırma sonucuyla benzer şekilde, Greer ve diğerleri (2011), eğitim durumunun hekim hasta ilişkisine olan etkisini istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Bu çalışmaya göre, üniversite eğitimi almamış hastaların hekim ile olan ilişkilerinin daha zayıf olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Okunrintemi ve diğerleri (2017) ise lise ve üniversite mezunu olan hastaların diğer hastalara göre hekim hasta iletişiminin daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yaş değişkenine ilişkin araştırma bulgularına bakıldığında, Ladin ve diğerleri (2017), yaşı büyük olan hastaların hekim ile ilişkiden duydukları memnuniyetin düşük olduğu sonucuna ulaşımlardır. Oi (2012), kronik hastalar üzerinde yapmış olduğu tez çalışmasında, yaş değişkeninin hekim hasta ilişkisine negatif etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların yaşı arttıkça, hekim ile olan ilişkileri zayıflamaktadır. Birçok sistematik inceleme ve kalitatif çalışma, yaşı büyük olan hastaların tedavi süreçleri hakkında hekim ile nadiren fikir alışverişi ve işbirliği yaptıklarını göstermektedir (Song

ve Ward, 2014; Morton vd., 2010; Walker vd., 2015). Bu durum yaş arttıkça hekim ile hasta arasındaki ilişkinin azalmasının sebebini açıklayabilmektedir.

Hastalığa Özgü Özellikler

Bu araştırma kapsamında, hekim hasta ilişkisine etki ettiği düşünülen hastalığa özgü özelliklerden “*Komorbidite*” ve “*Hastalık Süresi*” değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Her iki değişkenin de hekim hasta ilişkisine olan etkisi negatif bulunmuştur ($\beta_{\text{Komorbidite}}=-0,316$; $\beta_{\text{Hastalık Süresi}}=-0,233$). Hastaların komorbidite sahibi olması ve hastalık süresinin artması, hekim hasta ilişkisine negatif etki etmektedir.

Kaplan ve diğerleri (1989), sahip olunan kronik hastalık sayısı ve hastalık süresinin hekim hasta ilişkisine negatif etki ettiği sonucuna ulaşmıştır. Staiger ve diğerleri (2003), komorbidite sahibi olmanın hekim memnuniyetini olumsuz etkilediğini bulmuşlardır. Greer ve diğerleri (2011) ise hastalık süresi daha uzun olan ve 3 ya da daha fazla kronik hastalığa sahip hastaların hekim ile olan ilişkilerinin daha zayıf olduğu sonucuna ulaşmıştır. Lo ve diğerleri (2016), diyaliz tedavisi alan hastalardan komorbiditesi olanların hekimleri ile aralarındaki ilişkinin ve bilgi iletişiminin (ilaçlar ve tıbbi geçmiş) zayıf olduğunu ifade etmişlerdir. Tüm bu araştırma sonuçları, bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Komorbiditenin olması ve hastalık süresinin uzunluğu; hastaların umut, motivasyon ve memnuniyetleri üzerinde önemli ölçüde etkili olmaktadır. Umudunu ve motivasyonunu kaybeden hastaların hekim ile etkili ilişki kurmaları mümkün olmayabilmektedir. Bu durum, hastalığa özgü bu özelliklerin hekim hasta ilişkisi üzerindeki negatif rolünü açıklamaktadır.

Tedavi Alınan Kurumun Özelliği

Bu çalışmada, diyaliz tedavisi alan hastaların hekim hasta ilişkisine en fazla etki eden değişkenin tedavinin uygulandığı kurumun türü olduğu saptanmıştır ($\beta=-0,391$). Bu değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi, negatiftir. Kurum türü değişkeninde referans “bağımsız diyaliz merkezi”dir. Dolayısıyla, özel bağımsız diyaliz merkezinden hizmet almanın hekim hasta ilişkisine olumlu etki ettiği söylenebilir.

Hastane bazlı diyaliz merkezleri, bağımsız diyaliz merkezlerine göre, komorbiditesi daha yüksek, sağlık durumu daha ciddi hastalara hizmet etme eğiliminde oldukları ve hastalarının daha acil ve ciddi sorunlar yaşamaları nedeniyle daha fazla doktorla ilişki kurma ihtiyacı duyarak, doktorların zamanına daha fazla ihtiyaç duyabilmektedirler. (Wiener vd., 1986; Radecki vd., 1998). Ayrıca, özel diyaliz merkezlerinde hekimin her zaman merkezde olarak hastalarla daha fazla iletişim içinde olmaları; buna karşın, hastane temelli diyaliz ünitelerinde hekimlerin aynı zamanda klinik ve poliklinik hizmeti sunmaları sebebiyle, diyaliz tedavisi alan hastalara yeteri kadar zaman ayıramıyor olmaları; hastaneden hizmet alan hastaların hekim ile olumsuz ilişkilerinin sebebini açıklayabilmektedir.

10.3. HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Hasta aktifliği, pozitif sağlık sonuçları ve sağlık hizmeti kullanımı sonuçlarıyla yakından ilişkili bir kavramdır. Özellikle kronik hastalığa sahip olan hastaların aktiflik seviyesini belirlemek, o hastalığın iyileştirilmesine yönelik yapılacak müdahaleler konusunda sağlık hizmeti sunucularını yönlendirebilir. Karmaşık tedavi rejimlerine uymaları gereken kronik böbrek hastaları için de tedavi kararlarına katılmak, komplikasyonları önlemek ve risk faktörlerini yönetmek amacıyla yüksek aktifliğe sahip olmaları önem taşımaktadır.

Bu araştırma kapsamında, hastaların aktiflik skor ortalaması, 52,77 olarak bulunmuştur. Hastaların puanları en düşük 29,00 ve en yüksek 100,00 arasında değişmekte olup, hastaların yarısına yakınının (%46) aktiflik seviyesi, 1. seviyededir (en düşük aktiflik seviyesi). Bu çalışma sonuçları ile benzer olarak, Bulck ve diğerleri (2018), hemodiyaliz tedavisi alan hastaların genel aktiflik skor ortalamasını 51 olarak bulmuştur. Hastaların %44'ü birinci seviye aktiflik skoruna sahip olup, sağlıkları konusunda önemli bir rol oynadıklarına inanmadıklarını dile getirmişlerdir. Ayrıca, bulgularını literatürle karşılaştırarak, diyaliz tedavisi alan hastaların aktiflik seviyesinin, diğer kronik hasta gruplarına göre daha düşük olduğunu saptamışlardır. Johnson ve diğerlerinin (2016) yapmış oldukları çalışma sonucunda, kronik böbrek hastalarının aktiflik skoru, 62,25 olarak bulunmuştur. Zimbudzi ve diğerleri (2017), araştırmaları kapsamındaki kronik

böbrek hastalarının %46'sının düşük aktiflik seviyesine sahip olduğunu vurgulamıştır. Koşar ve diğerleri (2018), hemodiyaliz tedavisi alan hastaların aktiflik puan ortalamasını $40,63 \pm 8,44$ olarak hesaplamışlardır. Hastaların %82,8'si en düşük seviye olan 1. seviyede aktifliğe sahiptir. Literatürdeki bu çalışma sonuçlarına bakıldığında, kronik böbrek hastalarının aktiflik skorlarının orta düzeyin altında olduğu söylenebilmektedir.

Özellikle kronik böbrek hastalığına sahip hastaların özyönetimlerine yapacağı katkı ve hasta sonuçlarının önemi göz önüne alındığında, hastaların aktiflik düzeylerini belirlemek ve bu düzeye etki edebilecek değişkenlerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu araştırma kapsamında da hasta aktifliği değişkenini etkileme potansiyeline sahip değişkenler incelenmiş ve hekim hasta ilişkisi, komorbidite ve yaş değişkenleri anlamlı bulunmuştur. Bu değişkenler hasta aktifliğinin %58,6'sını açıklamaktadır. Anlamlı bulunan bu değişkenler, literatürdeki farklı araştırma sonuçlarıyla aşağıda tartışılmıştır.

Hekim Hasta İlişkisi

Bu araştırma kapsamında, hastaların aktiflik puanlarına en çok etki eden değişken hekim hasta ilişkisi değişkeni olarak bulunmuştur ($\beta=0,334$). Bu değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi, pozitifdir. Bu sonuçtan yola çıkılarak, hekim hasta ilişkisinin artmasının hastaların aktiflik düzeylerine olumlu etki edeceği söylenebilir. Hekim hasta ilişkisi ortalaması ile hasta aktiflik skoru arasındaki korelasyon analizi sonucu da %67,7 olarak bulunmuştur. Bu iki değişken arasında orta düzeyin üzerinde, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

Bu sonuç ile benzer şekilde, Oi (2012), hekim hasta ilişkisi ile hasta aktifliği arasındaki yüksek ilişkiye dikkat çekmiş ve hekim hasta ilişkisi iyileştikçe hastaların daha aktif oldukları sonucuna ulaşmıştır. Alegria ve diğerleri (2009), iyi hasta hekim ilişkisinin daha aktif hasta ile yakından ilişkili olduğunu vurgulamışlardır. Alexander ve diğerleri (2012), kronik hastalığı olan hastaların hekim ile ilişkilerinin hastaların sağlık bakım süreçlerinde aktif rol almalarına en fazla etki eden faktör olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Mukoro (2012), farklı araştırma sonuçları ile yapmış olduğu sistematik analizde, hasta aktifliği ve doktor-hasta iletişimi arasındaki güçlü ilişkiye dikkat

çekmiştir. Becker ve diğerleri (2008) ise hasta-hekim ilişkisinin hasta aktiflik düzeyine pozitif etki ettiğini bulmuşlardır.

Literatürdeki çalışmaların bulgularına bakıldığında, bu araştırmanın bulguları ile benzer nitelikte, tıbbi teşhis ve tedavi sürecinde hekimin rolünün hasta aktifliğine katkıda bulunduğunu göstermektedir. Bu durum, hekimin hastalara sunduğu destek, teşvik ve işbirliği ile hastaların tedavi süreçlerine daha fazla katılım göstererek hastalığının yönetiminde aktif rol almasıyla açıklanabilmektedir.

Hastalığa Özgü Özellikler

Araştırma kapsamında hastalığa özgü özelliklerin hastaların aktiflik düzeylerine olan etkileri analiz edilmiş ve yalnızca “komorbidite” değişkeninin aktifliğe olan etkisinin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Komorbidite, hasta aktifliğine anlamlı olarak etki eden ikinci sıradaki değişkendir ($\beta=-0,325$). Bu değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi negatiftir. Yani, hastaların komorbiditeye sahip olması, hasta aktifliğine negatif etki etmektedir.

Bu araştırma bulguları ile benzer olarak, Bos-Touwen ve diğerlerine (2015) göre, aktiflik seviyeleri, kronik hastalığın şiddetine bağlı olarak önemli ölçüde değişiklik gösterebilmektedir. Kronik böbrek hastalarının komorbidite skoru ile hasta aktiflik skoru arasında yapmış oldukları analiz sonucunda, hastaların komorbidite skorunun arttıkça, aktiflik düzeylerinin düştüğü sonucuna ulaşmışlardır. Trisolini ve diğerleri (2004), kronik böbrek hastalığı gibi kompleks ve çoklu kronik hastalıklara sahip olan hastaların aktiflik düzeylerinin düşük olduğunu vurgulamışlardır. Bulck ve diğerleri (2018), komorbidite varlığının aktiflik skoruna negatif etki ettiğini ve bu ilişkide yaş değişkeninin karıştırıcı faktör olduğunu vurgulamıştır. Mukoro (2012)'nin araştırma sonuçları, eşlik eden kronik hastalığa sahibi olan hastaların, olmayanlara kıyasla, daha düşük aktiflik seviyelerine sahip olma olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Zimbudzi ve diğerleri (2017), düşük ve yüksek aktiflik seviyesi olarak iki ayrı grup oluşturmuşlar ve diyabet ile kronik böbrek hastalığının bir arada yer aldığı hastaların düşük aktiflik seviyesinde olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Sosyo Demografik Özellikler

Bu araştırma kapsamında, hasta aktifliğine etki ettiği düşünülen sosyodemografik özelliklerden “yaş” ve “eğitim durumu” değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaş değişkeninin hasta aktifliği değişkenine negatif etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır ($\beta=-0,187$). Bu sonuç, yaş arttıkça, hastaların aktiflik seviyelerinin azalacağı yönünde yorumlanabilmektedir. Eğitim durumu değişkeninin etkisine bakıldığında, hastaların üniversite mezunu olmaları, eğitim almamış, ortaöğretim ve lise mezunu olan hastalara göre hasta aktifliğine daha fazla ve pozitif etki etmektedir ($\beta=0,135$).

Bu araştırma sonucuyla benzer şekilde, Bulck ve diğerleri (2018), yaşı daha ileri olan kronik böbrek hastalarının aktiflik düzeylerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Zimbudzi ve diğerleri (2017)’nin düşük aktiflik seviyesine etki eden faktörleri belirlemek için yapmış oldukları çok değişkenli regresyon analizinde, yaş değişkenini aktiflik seviyesine en çok etki eden değişken olarak bulmuşlardır. Diğer kronik hastalıklar ile yapılan araştırmalar da, benzer bulguları bildirmiştir (Graffigna vd., 2015; Ahn vd., 2015; Blakemore vd., 2016). Bu durum, yaşı daha ileri olan hastaların daha fazla kronik hastalığa sahip olmalarından dolayı aktif olabilmek için fonksiyonel ve bilişsel zorluklar yaşamalarından kaynaklanabilmektedir. Buna karşın, hasta aktifliği ile yaş arasında doğrudan bir ilişki bulamayan çalışmalar da bulunmaktadır (Lubetkin vd., 2010; Lo vd., 2016). Bu farklılıklar, çalışılan örneklemin klinik ve demografik özelliklerindeki farklılıklara bağlı olabileceği gibi farklı değişkenlerin etkisinden de kaynaklanabilmektedir.

Eğitim durumunun hasta aktifliğine olan etkileri incelendiğinde ise bu çalışma bulguları ile benzer olarak, Bulck ve diğerleri (2018), eğitim seviyesi daha yüksek olan kronik böbrek hastalarının aktiflik düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Mukoro (2012), 25 adet yayına ilişkin yaptıkları sistematik analiz sonucunda, hasta aktiflik puanları ile eğitim arasında güçlü ve pozitif ilişki olduğunu saptamıştır. Yani, daha eğitilmiş olanlar daha yüksek hasta aktiflik puanlarına sahip olma eğilimindedirler. Diğer kronik hastalıklar ile yapılan araştırmalar da, benzer sonuçlara ulaşmıştır (Fowles vd., 2009; Lubetkin vd., 2010).

10.4. TEDAVİYE UYUM İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Kronik hastalığa sahip popülasyonlarda, tedavinin gereklerine uyum sağlamak, o popülasyonların sağlıklarını sürdürmelerinin en temel bileşenini oluşturmaktadır. Tedaviye uyumun olmaması durumunda, önlenebilir nedenlerden daha fazla sağlık hizmeti kullanımı ya da kötü sağlık sonuçları sonucunda komplikasyonlar veya ölüm gerçekleşebilecektir. Kronik böbrek hastalığı olan hastaların da böbrek yetmezliğinin ciddi komplikasyonlarını önlemek için çoğunlukla haftada 3 kez diyaliz tedavisi görmeleri, ilaç tedavisi almaları, beslenme önerilerine uymaları ve sıvı kısıtlamasına dikkat etmeleri gerekmektedir. Bu uyumun olmaması, hastaneye yatış, hastalık ya da ölüm riskini artırıcı sonuçlar doğurabilmektedir.

Bu araştırma kapsamında, hastaların neredeyse tamamının diyaliz tedavisinin seans zamanlarına uyum gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Buna karşın hastaların %20'si ilaç tedavisine, %62,8'i beslenme önerilerine ve %56'sı sıvı kısıtlamasına uyum göstermedikleri zamanlar olduğunu belirtmişlerdir. Amerikan Böbrek Fonunun (2018), Amerika'daki 50 eyaletten 1200 diyaliz tedavisi alan hasta ile gerçekleştirdiği tedaviye uyum çalışmasında, hastaların %31'inin diyaliz tedavisini yarıda bıraktığı, %18'inin diyaliz seansına gelmediği, %23'ünün ilaç tedavisine uymadığı, %51'inin önerilenden daha fazla sıvı tükettiği ve %58'inin beslenme önerilerine uymadığı sonucuna ulaşılmıştır. Lins ve diğerleri (2018), Brezilya'da iki diyaliz merkezinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında, hastaların %32'sinin diyaliz seanslarına, %6'sının ilaç tedavisine, %18'inin sıvı kısıtlamasına ve %14'ünün beslenme önerilerine uymadığı sonucuna ulaşmışlardır. Chan ve diğerleri (2014), Amerika'da özel diyaliz merkezlerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, hastaların %7'sinin diyaliz tedavisinin seanslarına uyum göstermediklerini saptamışlardır. İbrahim ve diğerleri (2015), diyaliz tedavisi alan hastaların %50'sinin tedavinin en az bir kısmında uyumsuzluk gösterdiğini vurgulamışlardır. Benzer şekilde, Efe ve Kocaöz (2015) ise Türkiye'de yaptıkları çalışmalarında, hastaların %98,3'ünün diyet, %95,0'inin sıvı kısıtlamasına uymadıklarını belirtmişlerdir. Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde, hastaların çoğunlukla sıvı kısıtlamasına ve beslenme önerilerine uyma konusunda zorluk çektikleri söylenebilmektedir.

Hastaların tedaviye uyum ile ilgili bakış açılarını anlamak, uyumu kolaylaştırmak için gereken destek mekanizmasının sağlanması gibi potansiyel olarak değiştirilebilir faktörlerin belirlenmesine yardımcı olabilmektedir. Bu araştırma kapsamında da tedaviye uyum değişkenini etkileme potansiyeline sahip değişkenler incelenmiş ve hekim hasta ilişkisi, hasta aktifliği, komorbidite ve tedavi alınan kurumun özelliği değişkenleri anlamlı bulunmuştur. Anlamlı bulunan bu değişkenler, literatürdeki farklı araştırma sonuçlarıyla aşağıda tartışılmıştır.

Hekim Hasta İlişkisi

Bu araştırma kapsamında, hekim hasta ilişkisi değişkeni, hastaların beslenme önerilerine ve sıvı kısıtlamasına uyum sağlamalarını etkileyen faktörlerden biri olarak bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre, hekim hasta ilişkisindeki 1 puanlık artış hastaların beslenme önerilerine uyma olasılığını 5,393 kat; sıvı kısıtlamasına uyma olasılığını 3,124 kat artırmaktadır. Yani, hastaların hekim ile olan ilişkileri arttıkça, hastalar sıvı kısıtlamasına ve beslenme önerilerine daha fazla uyum sağlama eğiliminde olmaktadır.

Bu araştırma sonuçları ile benzer şekilde, Loghman-Adham (2003), literatürdeki diyaliz tedavisi alan hastaların uyumsuzluk nedenlerine ilişkin araştırma sonuçlarını sıraladığı çalışmada, hekim ile hasta arasındaki zayıf iletişimin tedaviye olan uyumsuzluğun önemli bir nedeni olduğu sonucuna ulaşmıştır. Zolnierek ve DiMatteo (2009), doktor ile ilişkinin, hastanın tedaviye uyumu ile önemli ölçüde pozitif ilişkili olduğunu vurgulamış ve hekim ile iyi iletişim kuran hastalar ile zayıf iletişimde olan hastalar arasında %19 daha yüksek bir uyumsuzluk riski olduğu sonucuna ulaşmıştır. Amerikan Böbrek Fonu (2018), hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki etkin olmayan iletişimin, tedaviye uyumsuzluğa katkıda bulunan kilit bir faktör olduğu sonucuna ulaşmıştır. Sağlık hizmeti sunucuları ile yapılan bu çalışmada, hekimler, sağlık bilgilerini iletmek için yeterli zamana ve kaynağa sahip olmadıklarını ve bu durumun hastanın tedaviye uyum göstermemesine katkıda bulunduğunu söylemişlerdir. Allen ve diğerleri (2011), hastaların hekimlerine duydukları saygı ve güvenin önemine dikkat çekmişlerdir. Hastaların saygı ve güven duydukları sağlık çalışanlarının hastalık yönetimi konusundaki açıklamalarını ve önerilerini dinlemeleri ile bu önerileri tedavi süreçlerine entegre etme becerilerinin doğrudan ilişkili olduğunu vurgulamışlardır.

Hasta Aktifliği

Hasta aktifliği, araştırma kapsamındaki hastaların hem ilaç tedavisine hem beslenme önerilerine hem de sıvı kısıtlamasına uyum sağlamalarına etki eden önemli bir değişken olarak bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre odds oranları incelendiğinde, hasta aktiflik puanındaki 1 puanlık artış hastaların ilaç tedavisine uyma olasılığını 1,349 kat; beslenme önerilerine uyma olasılığını 1,143 kat ve sıvı kısıtına uyma olasılığını 1,152 kat artırmaktadır. Bu bulgulardan yola çıkararak, hastaların aktiflik düzeylerinin artmasının, tedaviye uyum sağlamalarına pozitif etki edeceği söylenebilmektedir.

Bu araştırmanın bulguları ile benzer şekilde, Mechta Nielsen ve diğerleri (2017), hastaların yetkilendirilerek aktif olmaları ile tedaviye uyum göstermeleri arasında önemli bir ilişki olduğunu vurgulamışlardır. Araştırma kapsamındaki hastalar, doktor tarafından kendilerinin iyi bilgilendirildiği ve ilaçla ilgili kararlara dahil edildikleri durumlarda, ilaçlara uyma olasılıklarının daha yüksek olduğunu vurgulamışlardır. Kara (2007) alışmasında, hemodiyaliz tedavisi alan hastalardan tedavi süreci hakkında daha fazla bilgiye sahip olarak aktiflik düzeyi yüksek olan hastaların tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mukoro (2012), hasta aktifliği skorlarının, tedaviye uyumun artmasıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu bildirmiştir. Ayrıca, hasta aktifliği skorları daha yüksek olan hastaların önerilen tıbbi tavsiyeleri takip etmelerinin daha muhtemel olduğu ve mevcut ve gelecekte de sağlık hizmetlerini kullanma olasılıklarının daha düşük olduğu vurgulanmıştır.

Ghimire ve diğerleri (2017), hastaların ilaç tedavisine uymalarını etkileyen en temel değişkenin hasta ile ilişkili faktörler olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre, aktif hasta davranışları olan hastaların ilaçlar hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları, ilaca ilişkin inançları ve ilaçları kendi kendilerine yönetebilme becerilerine sahip olmaları; ilaç tedavisine uyumlarını artırmaktadır. Mechta Nielsen ve diğerlerinin (2018), yapmış oldukları sistematik analiz sonucunda, ilaç tedavisi ile ilgili kararlarda bütün kontrolü kendileri adına hekime bırakan hastaların, ilaçlar da dahil olmak üzere tedaviyle ilgili kararlar konusunda doktorlarla işbirliği yapan ve tedavi süreçlerinde aktif olarak rol alan hastalara göre, ilaç tedavisine daha az uyum sağladıkları sonucuna ulaşmışlardır. Bu araştırma kapsamında da hastaların ilaç tedavisine uyumlarını etkileyen tek değişken

hasta aktifliği olarak bulunmuştur. Bu değişken ilaç tedavisine uyumun %55'ini açıklamaktadır.

Hastalığa Özgü Özellikler

Bu araştırma kapsamında hastalığa özgü özelliklerin hastaların tedaviye uyumlarına olan etkileri analiz edilmiş ve “komorbidite” değişkenini istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Komorbiditeye sahip olan hastaların beslenme önerilerine düşük uyum gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışma ile benzer şekilde, Özkurt ve diğerleri (2017), eşlik eden kronik hastalıkların varlığı ve bunun sonucunda tedavi sürecinin karmaşıklaşmasının (ilaçların sıklığı, dozu), hastanın tedaviye uyum yeteneğini azalttığı sonucuna ulaşımlardır. Gao ve diğerleri (2000), birden fazla kronik hastalıkla mücadele etmek zorunda olup hastalık şiddeti yüksek olan hastaların tedaviye uyum göstermede zorluk yaşadıkları sonucuna ulaşımlardır. Christensen ve diğerleri (1992), böbrek hastalığına sahip hastaların özellikle birden çok hastalıkla aynı anda mücadele etmeleri gereken son dönemlerinde tedavi uyumsuzluğunun yaygın olduğunu belirtmişlerdir. Kim ve Evangelista (2010) ise artan komorbiditenin sıvı kısıtına ve beslenme önerilerine olan uyumu azalttığı sonucuna ulaşımlardır.

Bu durum, ağır kronik hastalıklarla yaşama sürecinin hastaya getirdiği yük, azalan sağlık inancı, duygusal sıkıntılar ve kaygılar ile açıklanabilmektedir. Özellikle, kronik böbrek hastalarında oldukça yaygın olan komorbidite, hastaların çok sayıda ilaç kullanımını ve özel tedavi rejimlerini takip etmelerini gerekli kılmaktadır. Hastaların karmaşık tedavi rejimlerine uymak durumunda olmaları, tedaviye olan uyumlarını azaltabilmektedir.

Sosyo Demografik Özellikler

Bu araştırma kapsamında hastaların sosyodemografik özelliklerinin tedaviye uyumlarına olan etkileri analiz edilmiştir. Bu değişkenlerden “eğitim durumu” değişkeni, anlamlı bulunmuştur. Eğitim durumu değişkeni yalnızca ilaç tedavisine uyum gösterme davranışını anlamlı olarak etkilemektedir. Araştırma bulgularına göre, hiç

eğitim almamış ya da eğitimini tamamlamamış hastalara göre ortaöğretim mezunlarının ilaç tedavisine uyma olasılığı 3,481 kat daha yüksek olmaktadır.

Chironda ve Bhengu (2016) yaptıkları sistematik analiz sonucunda, eğitim düzeyini, kronik böbrek hastalığı gibi kronik hastalıklarda uyum davranışında belirleyici olarak belirtilmişlerdir. Smith ve diğerleri (2010), düşük eğitimin, hastalık ve tedavi bilgisi ile zayıf korelasyon nedeniyle bağlılığın azalmasına neden olduğu bulmuştur. Browne ve Merighi (2010)'nin araştırmasında, diyaliz hastalarında eğitim seviyesinin düşüklüğü, düşük sağlık okuryazarlığı ile ilişkilendirilmiş ve böbrek hastalığının karmaşık tedavi rejimi ile birlikte tedaviye uyumu olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. James (2013)'e göre, eğitim seviyesi düşük olan hastalar, kendilerine nasıl bakacaklarına ya da ilaçlarını almak gibi tedavi rejimlerine uymaya ilişkin talimatları takip etmekte zorlanmaktadırlar. Beerendrakumar ve diğerleri (2018), hiç eğitim görmemiş olan hastaların sıvı kısıtlamasına ve beslenme önerilerine daha az uyum gösterdiklerini vurgulamışlardır.

Literatürdeki araştırma bulguları, eğitimin tedaviye uyumu etkileyen önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, yüksek eğitimi hastaların tedavi süreçleri ve tedavinin gereklilikleri konusunda daha fazla bilgi sahibi olmalarından kaynaklı olarak tedaviye daha fazla uyum sağlamaları ile açıklanabilmektedir.

Tedavi Alınan Kuruma özgü zellik

Bu araştırma kapsamında tedavi alınan kuruma özgü özelliğin hastaların tedaviye uyumlarına olan etkileri analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, tedavi alınan kurum türünün sıvı kısıtına uyum değişkenine anlamlı etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastaneden hizmet alan hastaların, bağımsız diyaliz merkezinden hizmet alan hastalara göre 14,731 kat sıvı kısıtına daha fazla uyum sağladıkları bulunmuştur.

Jones (1992), dört bağımsız ve üç hastane tabanlı tesiste diyaliz yapan 527 kronik hemodiyaliz hastasındaki tedavi varyasyonlarını analiz ettikleri çalışmalarında, hastane bazlı diyaliz merkezlerinden hizmet alanların hekim ve hemşire gibi sağlık profesyonelleri ile ilişkilerinin daha iyi olarak tedavi süreçlerine daha iyi adapte oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Chuang (2011), diyaliz tedavisi alan hastalar ile yaptığı araştırmada, diyaliz merkezinin hastane temelli ya da bağımsız olmasının

hastaların tedaviye olan uyumu üzerinde anlamlı etkiye sahip olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Literatürdeki araştırmalar arasında, farklılıkların olması, hastaların demografik yapısından, hekimlerin ve sağlık profesyonellerinin davranışlarındaki farklılıklardan kaynaklanabilmektedir.

10.5. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Kronik hastalığı olan hastalar, hastaneleri ve sağlık hizmetlerini genel popülasyondan daha yüksek oranda kullanmaktadırlar. Bu durum, sağlık sistemleri üzerinde baskı yaratmaktadır. Hastaların sağlık hizmeti kullanımlarını ölçmek ve etkileyen faktörleri ortaya koyabilmek; sağlık kaynaklarının planlanması ve yönetilmesi açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışma kapsamında, kronik böbrek hastalığı olan hastaların sağlık hizmeti kullanımları; hastaneye başvuru, acil servis kullanımı, hastaneye yatış, kullanılan ilaç sayısı ve hastaların cepten harcadıkları tedavi masrafları olmak üzere 5 farklı boyutla değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda, hastaların %68,6'sı son 1 yıl içinde en az 1 kez hastaneye başvurduklarını; %20,7'si en az 1 gün hastanede yattıklarını; %24,4'ü en az 1 kez acil servise başvurduklarını belirtmişlerdir. Ortalamalara bakıldığında, hastalar yıllık ortalama 1,57 kez hastaneye başvurmuş, ortalama 1 gün hastaneye yatmış ve 0,37 kez acil servis kullanmışlardır. Hastaların kullandıkları ilaç sayısı ortalaması 6,24'tür. Ayrıca, hastaların %64,6'sı tedavi için cepten harcama yapmışlar ve aylık ortalama tedavi masrafı 205,41 TL bulunmuştur. Diyaliz merkezine ulaşım için yapılan harcamalar, ilaç masrafları, özel doktor ya da hastaneden sağlık hizmeti almak, fistül açma, anjiyo veya enfeksiyon kapma gibi nedenler ile geçirilen ameliyatlar; harcama nedenleri olarak sıralanmıştır.

Kronik böbrek hastalığına sahip hastaların sağlık hizmeti kullanımları ile ilgili yapılan araştırma bulgularına bakıldığında; Kim ve Evangelista (2010), diyaliz tedavisi alan hastaların son 3 ayda hastaneye başvuru sayılarının 1,08 olduğunu, hastaneye yatış gün sayısının ise 4,77 olduğunu vurgulamışlardır. Sequist ve diğerleri (2018), hastaların %70'nin yılda en az 1 kez nefroloğa başvurduklarını bulmuşlardır. Khan ve diğerleri (2002), hastaların %47'sinin son 1 yılda hastaneye yatış yaptıkları sonucuna ulaşmıştır.

Alexander ve diğerlerinin (2009) yapmış oldukları araştırmada, hastaların yılda ortalama 5,48 kez hastaneye başvurdukları ve ortalama 0,31 kez hastaneye yattıkları bulunmuştur. Çalışmada ayrıca kronik böbrek hastalığı olmayan hastalar ile kronik böbrek hastaları karşılaştırılmış; hastalığa sahip olan hastaların diğer hastalara göre 1,81 kat daha fazla hastaneye başvurdukları ve 2,12 kat daha fazla hastaneye yattıkları sonucuna ulaşılmıştır. Gerson ve diğerlerinin (2005) çalışmasında, hastaların %13'ünün son 6 ayda en az 1 kez hastaneye başvurdukları, %8'inin en az 1 kez acil servise başvurdukları ve %22'sinin hastanede yattıkları bulgusuna yer verilmiştir.

Hastaların kullandıkları ilaç sayılarına ilişkin yapılan araştırma bulgularına bakıldığında, Kamath ve diğerleri (2019), üçüncü basamak bir sağlık kurumundan hizmet alan kronik böbrek hastalarının ortalama kullandıkları ilaç sayılarını 5,13 olarak bulmuştur. Ahlawat ve diğerlerinin (2015) çalışmasına göre, hastaların kullandıkları ortalama ilaç sayısı, 6,57'dir. Sutaria ve diğerleri (2015), hastaların %56'sının günde 5 ve daha üzeri sayıda ilaç kullandıklarını vurgulamışlardır. Araştırma sonuçlarının bu araştırmanın bulguları ile benzer olduğu görülmektedir. Kronik böbrek hastalarının çoklu kronik hastalığa sahip olmaları, yüksek düzeyde ilaç yüküne sahip olmalarına neden olmaktadır.

Tedavi için cepten harcanan tedavi masraflarına ilişkin bulgulara bakıldığında, Senanayake ve diğerleri (2017), Sri Lanka'da yapmış oldukları çalışmalarında, diyaliz tedavisi alan hastaların aylık ortalama 30,16 euro cepten harcama yaptıklarını bulmuşlardır. Cepten yapılan harcamaların nedenleri ise sırasıyla; ulaşım, yiyecek ve ilaç harcamaları olarak sıralanmıştır. Collins ve diğerleri (2014), Amerika'da yaptıkları çalışmalarında, cepten yapılan ödemelerin 137-155 ABD Doları arasında değişmekte olduğunu belirtmişlerdir. Kanada Böbrek Vakfı'nın 2018 yılında yayınladığı raporda, diyaliz tedavisi alan hastaların aylık ortalama cepten harcadıkları tedavi masrafının 116-200\$ arasında değişmekte olduğu vurgulanmıştır. Raporda, hastaların %75'nin evden diyaliz merkezine, diyaliz merkezinden eve ulaşım için para harcadıkları ve hastaların %90'ının maddi sıkıntılar nedeniyle son 6 ayda ilaç almak konusunda sıkıntı yaşadıkları bilgisi yer almaktadır (The Kidney Foundation of Canada, 2018). Essue ve diğerlerinin (2013) Avustralya'da yapmış oldukları çalışmada, hastaların cepten harcadıkları tedavi masrafı, son 3 ayda ortalama 907 Avustralya Doları'dır. Bu sonuç, araştırma

kapsamındaki diyaliz tedavisi alan hastaların %71'inin finansal katastrofi yaşadıklarını göstermiştir. Yani hastaların cepten harcadıkları tutar, hane gelirinin %10'unu aşmaktadır. Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığının (2017) gerçekleştirdiği, Türkiye genelinde diyaliz tedavisi alan hastalara yönelik dolaylı maliyetlerin belirlenmesini amaçlayan çalışmada, hastaların %57,1'inin kronik böbrek hastalığının tedavisine yönelik cepten harcama yaptıklarını ve toplamda aylık ortalama 208,40 TL harcadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, bu araştırma kapsamında elde edilen bulgu ile benzerlik göstermektedir. Yukarıda sıralanan araştırma bulgularındaki cepten harcama tutarları Türk Lirasına çevrildiğinde, hastaların böbrek hastalığı için aylık 200 ile 1300 TL aralığında cepten harcama yaptıkları görülmektedir. Harcama tutarları arasındaki fark, ülkelerin gelişmişlik düzeyinden, sunulan sağlık hizmetinin kapsamından, sağlık kurumundan memnuniyet düzeyi gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir.

Kronik böbrek hastalığının yönetilmesi sürecinde, sağlık kaynaklarının planlanması, sağlık hizmeti kararlarının alınması ve sağlık politikalarının oluşturulabilmesi açısından, sağlık hizmeti kullanımına ilişkin mevcut durumun ve etki eden değişkenlerin tespit edilmesi önem taşımaktadır. Bu araştırma kapsamında da sağlık hizmeti kullanımı değişkenini etkileme potansiyeline sahip değişkenler incelenmiş ve sosyodemografik, hastalığa özgü, kuruma özgü özellikler, hekim hasta ilişkisi, hasta aktifliği, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi değişkenleri anlamlı bulunmuştur. Anlamlı bulunan bu değişkenler, literatürdeki farklı araştırma sonuçlarıyla aşağıda tartışılmıştır.

Tedaviye Uyum

Bu araştırma kapsamında hastaların tedaviye olan uyumlarının sağlık hizmeti kullanımlarına olan etkileri araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, sıvı kısıtına uyum değişkeni, kullanılan ilaç sayısı ve acile başvuru sayısı değişkenlerine etki etmektedir. İlaç tedavine uyum değişkeni, hastaneye başvuru sayısına ve cepten harcanan para miktarına etki etmektedir. Beslenme önerilerine uyum değişkeni ise yalnızca hastaneye başvuru sayısını etkilemektedir. Tedaviye uyum değişkenlerinin sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi negatiftir. Hastalar tedaviye uyum sağladıkça, sağlık hizmeti kullanımı azalmaktadır.

Bu araştırma bulguları ile benzer olarak, Chan ve diğerlerinin (2014) araştırmasında, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda tedaviye zayıf uyum, kötü sağlık sonuçları ve yüksek sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkilendirilmiştir. Tedaviye uyum göstermeyen kronik böbrek hastalarının yılda 5,6 kat daha fazla hastaneye başvurduğu, 1,1 kat daha fazla acil servis kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. Som ve diğerleri (2017), tedaviye uyum göstermeyen hastaların sağlık hizmeti kullanımlarını artırdığını vurgulamışlardır. Tedavi rejimine ve önerilerine uyum göstermeyen hastaların hastaneye yatış, hastaneye başvuru, acil servise başvurma ve yoğun bakım kullanma sayılarının arttığı belirtilmiştir. Rich ve diğerleri (2018), tedaviye uyum göstermeyen hastaların daha fazla hastaneye başvurdukları ve acil servis kullandıkları sonucuna ulaşmışlardır. Dodd ve diğerleri (2018), hastaların diyaliz tedavisinin seanslarına uyum göstermeme ve ilaç tedavisine uymamalarının hastaların cepten harcadıkları tedavi masraflarının artmasına neden olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Benzer şekilde, Hirth ve diğerlerinin (2008) yapmış oldukları çalışma, cepten yapılan harcamalara en fazla etki eden faktörün ilaç tedavisine uyum göstermeme davranışı olduğunu ortaya koymuştur.

Literatürdeki araştırma bulguları, bu araştırma bulgularını destekler nitelikte olup, tedaviye uyumsuzluk durumunda sağlık hizmeti kullanımının arttığı görülmektedir. Bu durum, hastaların tedavi önerilerine ve gereklerine uymamaları durumunda sağlık sonuçlarının kötüleşmesi ve bunun sonucunda da sağlık ihtiyacının doğmasından kaynaklanabilmektedir.

Hasta Aktifliği

Bu araştırma kapsamında hastaların aktiflik düzeylerinin sağlık hizmeti kullanımlarına olan etkileri araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, hasta aktiflik düzeyinin yalnızca kullanılan ilaç sayısına etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Aktifliğin etkisi, negatif bulunmuştur. Hastaların aktiflik düzeyi arttıkça, kullanılan ilaç sayısı düşmektedir.

Aktiflik ve sağlık hizmeti kullanımını inceleyen diğer çalışmalara bakıldığında; Kinney ve diğerleri (2015), hasta aktifliği ile sağlık hizmeti kullanımı arasında negatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Hasta aktiflik skoru düşük olan hastaların daha fazla hastaneye başvurdukları, ilaç ve acil servis kullandıkları sonucuna ulaşmışlardır. Mukoro (2012), aktivasyon skorları daha yüksek olan hastaların anlamlı derecede daha

iyi sağlık durumları olduğunu ve doktor muayenehanesi ziyaretleri, acil servis ziyaretleri ve hastane yatış oranlarının önemli ölçüde düşük olduğunu vurgulamıştır. Begum ve diğerleri (2011), hasta aktifliği değişkeninin sağlık hizmeti kullanımına olan etkisini istatistiksel olarak anlamlı bulmuş ve en düşük seviyede aktiflik gösteren hastaların hastaneye yatma olasılıkları 1,4 kat; acil servise başvurma olasılıkları 1,3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.

Literatürdeki araştırmalar; hastaların aktiflik düzeyleri ile hastaneye başvuru, yatış, ilaç kullanımı ve acil servise başvuru değişkenlerinin ilişkisini anlamlı bulmuştur. Bu çalışma kapsamında ise aktiflik düzeyinin yalnızca kullanılan ilaç sayısı değişkenine anlamlı etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Yaşam Kalitesi

Bu araştırma kapsamında hastaların yaşam kalitelerinin sağlık hizmeti kullanımlarına olan etkileri incelenmiştir. Analiz sonucunda, yaşam kalitesinin boyutlarından fiziksel yaşam kalitesi, böbrek hastalığının etkileri ve yükü değişkenlerinin hastaların hastaneye başvuru sayısına anlamlı etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, böbrek hastalığının yükü değişkeni, kullanılan ilaç sayısına da anlamlı etki etmektedir. Hastaların yaşam kalitesi arttıka, hastaneye başvuru sayısının ve kullanılan ilaç sayısının azaldığı söylenebilir.

Chiu ve diğerleri (2009), düşük yaşam kalitesine sahip olan hastaların yüksek ilaç yüküne sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Parkerson ve Gutman (2000), 1 yıllık hastaneye başvuru sayısını tahmin edebilmek için yaşam kalitesi değişkenini belirleyici olarak kullanmış ve fiziksel yaşam kalitesi en güçlü belirleyici olarak bulmuştur. Houle ve diğerleri (2002), kronik böbrek hastaları örnekleminde yapmış oldukları araştırma sonucunda, hastaların fiziksel ve genel yaşam kalitelerinin hastaneye ve acil servise başvuru sayılarını etkilediğini bulmuşlardır. Tesfaye ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, kullanılan ilaç sayısının fiziksel yaşam kalitesine etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Mucsi (2008), düşük yaşam kalitesini, yüksek hastaneye yatış riski ile güçlü bir şekilde ilişkili bulmuştur. Oliveira ve diğerleri (2016), fiziksel yaşam kalitesi ile hastaneye yatış gün sayısı arasında negatif ilişki olduğunu vurgulamıştır. Mapes ve diğerleri (2003) fiziksel yaşam kalitesi düşük olan hastaların sağlık hizmeti kullanma

olasılıklarının %56 daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Perez ve diğerleri (2019), düşük yaşam kalitesi skorunu yüksek sayıda hastaneye ve acil servise başvuru ile ilişkilendirmiştir.

Literatürdeki araştırma bulguları, bu araştırmanın sonuçlarını desteklemekte ve yaşam kalitesindeki iyileşmeyi sağlık hizmetleri kullanımının azalması ile ilişkilendirmektedir. Bu durumun sebebi, kronik hastalıkların yükünde ve semptomlardaki azalmanın sağlık hizmeti talebinde de azalmayı beraberinde getirmesidir.

Hekim Hasta İlişkisi

Bu araştırma kapsamında hastaların hekim ile olan ilişkilerinin sağlık hizmeti kullanımlarına olan etkileri analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, hekim hasta ilişkisinin hastaneye başvuru sayısı, hastaneye yatış sayısı ve cepten harcanan para değişkenlerine etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Hekim hasta ilişkisinin etkisi, negatif bulunmuştur. Hastaların hekim ile olan ilişkileri iyileştikçe, sağlık hizmeti kullanımı azalmaktadır.

Okunrintemi ve diğerleri (2017), hekim hasta ilişkisi zayıf olan kronik böbrek hastalarının acil servise daha fazla başvurdukları ve hastaneye yatış gün sayısının daha yüksek olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca, hastaların yıllık cepten harcadıkları paranın hekim hasta ilişkisi zayıf olan hastalarda daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hekim ile ilişkisi zayıf olan bu hastaların diğer hastalara göre, sağlık hizmeti için yıllık ortalama 1243\$ daha fazla harcama yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. Clark ve diğerleri (2008), hekim hasta ilişkisini acil servis kullanımı ile ilişkilendirmiş ve hekim ile etkili iletişimin acil servis kullanımı üzerinde azaltıcı etkisi olduğunu bulmuştur. Fenton ve diğerlerinin (2012) çalışması, hekim ve hasta arasındaki etkili iletişimin hastaneye yatış sayısını azalttığını belirtmiştir. Bu sonuçlar, araştırma bulguları ile benzer nitelikte olup, hekim ile zayıf iletişim kuran hastalar ile artan sağlık hizmeti kullanımı arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Hastaların hekimleri ile iyi ilişkide olmaları, başka bir hekime başvuru gereksinimini azaltacağı için, hem hastaneye başvuru hem de cepten harcanan tedavi masrafları azalmaktadır.

Buna karşın, bu iki değişken arasındaki ilişkiyi anlamlı bulmayan çalışmalar da bulunmaktadır. Nunes ve diğerleri (2011), hekim hasta ilişkisi ile sağlık hizmeti

kullanımı arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmamıştır. Aynı şekilde, Stewart ve diğerleri (2000) de hekim ile hasta arasındaki ilişkinin hastaneye başvuru sayısına olan etkisinin anlamlı olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Bu durum, hastaların sağlık hizmeti kullanımı ihtiyacını açıklayan başka değişkenlerin varlığı ile açıklanabilmektedir.

Sosyo Demografik Özellikler

Bu araştırma kapsamında hastaların sosyodemografik özelliklerinin sağlık hizmeti kullanımlarına olan etkileri analiz edilmiştir. Bu değişkenlerden “yaş”, “çalışma durumu”, “medeni durum” ve “eğitim durumu” değişkenleri, sağlık hizmeti kullanımının farklı boyutları için anlamlı bulunmuştur. Yaş değişkeni, kullanılan ilaç sayısı değişkenini anlamlı ve pozitif olarak etkilemektedir. Hastaların yaşı arttıkça daha fazla ilaç kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Medeni durum ve çalışma durumu değişkenlerinin, hastaneye yatış değişkeni üzerindeki etkisi anlamlı bulunmuştur. Ayrıca çalışma durumu değişkeni acil servise başvuru sayısını da anlamlı etkilemektedir. Hastaların çalışıyor olması, hastaneye yatış ve acil servise başvuru sayılarını artırırken; hastaların evli olması hastaneye yatış sayısı üzerinde azaltıcı etkiye sahiptir. Eğitim durumu değişkeni ise hastaların cepten harcadıkları tedavi masrafları üzerinde anlamlı etkiye sahiptir. Ortaöğretim mezunu olan hastaların, diğer hastaların ortalamasına göre, daha fazla cepten para harcadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyet değişkeni ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Sosyodemografik özelliklerin sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde, Plantinga ve diğerleri (2005), yaş arttıkça, hastaneye başvuru sayısının arttığı; çalışmayan hastaların hastaneye daha fazla başvurduğunu, eğitim seviyesi iyileştikçe, hastaneye başvuru sayısının arttığını bulmuşlardır. Lynch ve diğerleri (2017), cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu değişkenlerinin sağlık hizmeti kullanım ölçütleriyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kadınlar erkeklerden daha fazla hastaneye başvuru yapmakta, evli olmayanlar daha fazla doktor ziyareti gerçekleştirmekte ve daha az eğitilmiş olan bireyler daha fazla hastane kullanmaktadırlar. Ayrıca, tam zamanlı çalışan kişilerin daha az kronik problem yaşamakta ve daha az hastane başvurusu yapmakta olduğu bulunmuştur. Khan ve diğerleri (2002), yaşlılık ile hastaneye yatış riskini yüksek düzeyde ilişkili bulmuşlardır.

Levine ve diğeri (2018), acil servis kullanımının en çok yaş değişkeninden etkilendiğini ve yaş arttıkça acil servis kullanımının da arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Alexander ve diğeri (2009), kadın olan hastaların hastaneye başvuru sayılarının erkek hastalara göre daha fazla olduğunu bulmuştur. Begum ve diğeri (2011), 50 yaş ve üzeri hastalarda, hastaneye yatış ve acil servise kullanımının daha fazla olduğunu, erkek hastaların hastaneye başvuru sayılarının kadınlardan fazla olduğunu, evli hastaların hastaneye başvuru ve yatış olasılığının daha fazla olduğu ve eğitim seviyesi yüksek olan hastaların sağlık hizmeti kullanımlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Taşkaya (2014)'nin çalışması, ortaöğretim mezunu hastaların, diğer hastalara göre, daha fazla cepten para harcadıkları sonucuna ulaşmıştır. Wang ve diğeri (2016) ise eğitim durumu arttıkça hastaların tedaviye ilişkin masraflarının azaldığı sonucuna ulaşmıştır.

Literatürdeki araştırma sonuçları incelendiğinde bu çalışma sonuçları ile benzer şekilde, yaş değişkeninin sağlık hizmeti kullanımını artıran bir değişken olduğu konusunda, fikir birliği olduğu görülmektedir. Medeni durum, cinsiyet, çalışma durumu ve eğitim durumu değişkenlerinin sağlık hizmeti kullanımına olan etkileri konusunda ise fikir birliği olmadığı görülmektedir. Bu farklılıklar, çalışılan örneklemin klinik ve demografik özelliklerindeki farklılıklara bağlı olabileceği gibi farklı değişkenlerin etkisinden de kaynaklanabilmektedir.

Hastalığa Özgü Özellikler

Bu çalışmada, hastalığa özgü özelliklerin hastaların sağlık hizmeti kullanımına olan etkileri analiz edilmiştir. Bu değişkenlerden “*komorbidite*” değişkeni, sağlık hizmeti kullanımının farklı boyutları için anlamlı bulunmuştur. Hastaların komorbiditeye sahip olmaları, kullandıkları ilaç sayısını ve cepten harcadıkları tedavi masraflarını pozitif olarak etkilemektedir. Hastalar, komorbiditeye sahip oldukça, kullandıkları ilaç sayısı ve cepten harcadıkları masraflar artmaktadır.

Kamath ve diğeri (2019), hastaların kullandıkları ilaç sayısına en çok etki eden faktörü komorbidite olarak bulmuşlardır. Imanishi ve diğeri (2017), komorbiditeyi sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden hastaneye yatış değişkenini en çok etkileyen değişken olarak bulmuşlardır. Starfield ve diğeri (2005) çalışmasında, giderek artan morbidite yükünün, özellikle komorbid koşullar için, uzmanlara giderek daha fazla

sayıda ziyaretle ilişkili olduğunu bulmuştur. Khan ve diğerleri (2002), komorbiditenin hastanede yatışların çoğunun nedeni olduğunu belirtmişlerdir. Lynch ve diğerleri (2017), alınan ilaç sayısı, hastaneye başvuru sayısı ile kronik problem arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğunu saptamışlardır. Alexander ve diğerlerinin (2009) çalışmasında, komorbiditesi olan hastaların hem hastaneye başvuru hem de hastaneye yatış sayıları, olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Kanada Böbrek Vakfı'nın 2018 yılı raporunda, böbrek hastalarının komorbiditeye sahip olmasının kullandıkları ilaç sayısının artırdığını, kullanılan ilaç sayısının fazlalığının ise tedavi masraflarını olumsuz etkilediği vurgulanmıştır (The Kidney Foundation of Canada, 2018).

Literatürdeki araştırma bulguları da bu çalışma ile benzer nitelikte olup, komorbiditeye sahip olmanın sağlık hizmeti kullanımını artırdığı konusunda fikir birliği vardır. Birden fazla kronik hastalığa sahip olan hastalar, her bir hastalık için çok sayıda ilaç tüketmek ve sağlık hizmetlerini kullanmak durumunda kalmaktadırlar. Bu durum da hastaların tedavi masraflarının artmasına neden olabilmektedir.

Tedavi Alınan Kuruma Özgü özellik

Bu araştırma kapsamında tedavi alınan kuruma özgü özelliğin hastaların sağlık hizmeti kullanımlarına olan etkileri analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, tedavi alınan kurum türünün hastaneye yatış sayısını anlamlı olarak etkilediği bulunmuştur. Bu sonuca göre, hastalar hastane bazı diyaliz ünitesinden hizmet aldıkça, hastaneye yatış sayılarının azalacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Hastane temelli ve bağımsız diyaliz merkezlerinin karşılaştırıldığı United States Renal Data Systems (USRDS) (2013) raporunda, sağlık hizmet kullanımının hastane temelli büyük diyaliz merkezlerinde daha küçük bağımsız diyaliz merkezlerinden daha düşük olduğu vurgulanmıştır. Hastane temelli diyaliz ünitelerinde, hastaneye başvuru ve yatış oranları daha az bulunmuştur. Dalrymple ve diğerlerinin (2014) kar amacı gütmeyen ve kar amacı güden diyaliz tesisleri arasında yatış oranlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, genel hastaneye yatış oranlarının kar amaçlı diyaliz merkezlerinde %15 daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatürdeki bu bulgular, bu araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmaların aksine, Thamer ve diğerlerinin

(2007) çalışmasında, diyaliz tesisinin örgütsel durumu ve mülkiyeti ile kullanılan ilaç dozları arasındaki ilişki araştırılmış ve kar amacı gütmeyen büyük zincir diyaliz tesislerinin daha fazla doz kullandıkları sonucuna ulaşmışlardır. Lee ve diğerleri (2010), kar amacı gütmeyen diyaliz tesislerinde hastaneye yatış sayısının daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Brunelli ve diğerleri (2014) ise kurum türü ile hastaneye yatış arasında anlamlı bir sonuç bulamamıştır.

Literatürde, hizmet alınan kurum türü ile sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar arasında fikirbirliği bulunmamaktadır. Bu farklılıklar, kâr durumu, örgütsel yapı, kadrodaki farklılıklar, personelin eğitim seviyesi ve diyaliz seanslarının uzunluğu ve ilaç dozlama protokolleri gibi tedavi veya bakım süreçlerindeki spesifik farklılıklarından kaynaklanabilmektedir.

10.6. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ BULGULARA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

Kronik hastalığa sahip hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmek, sağlık hizmetlerinin en temel hedeflerinden birini oluşturmaktadır. Hastaların fiziksel sağlık, ruhsal sağlık, hastalığa ilişkin etkiler ve problemler ile ilgili ifadeler yoluyla kişisel sağlık durumlarının değerlendirilmesi, hastalığın hastaya getirdiği yükün, hastanın yaşamına olan etkisinin ve hasta memnuniyetinin tespit edilmesine olanak sağlamaktadır.

Bu çalışma kapsamında, kronik böbrek hastalığı olan hastaların yaşam kaliteleri fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi, böbrek hastalığının semptomları, etkileri ve yükü olmak üzere 5 farklı boyutla değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucunda, bu boyutlardan en düşük ortalamanın “*böbrek hastalığının yükü*” boyutuna ait olduğu saptanmıştır (33,21±16,65). Bu ortalamanın orta düzeyin oldukça altında olduğu görülmektedir. Hastalar, “Zamanımın çoğunu böbrek hastalığımla uğraşarak harcıyorum” ve “Böbrek hastalığım yaşamımı çok fazla etkiliyor” ifadelerine en düşük puanı vermişlerdir. Hastaların genel yaşam kalitelerini oluşturan fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesine ilişkin ortalamaların sırasıyla 48,23±22,78 ve 57,12±17,60 değerleri ile ortalama bir seviyede olduğu saptanmıştır. “*Böbrek hastalığının etkileri*” boyutuna ilişkin ortalama 57,63±16,09; “*Böbrek hastalığının semptom ve problem listesi*” ortalaması ise

71,29±15,81 bulunmuştur. Genel olarak bu bulgular değerlendirildiğinde, kronik böbrek hastalarının yaşam kalitesinin düşük olduğu söylenebilmektedir.

Ricardo ve diğerlerinin (2013) yapmış oldukları çalışmada, hastaların böbrek hastalığının yükü 59,1; böbrek hastalığının etkileri 83,0; semptom ve problemleri 80,6; fiziksel yaşam kalitesi 40,1; ruhsal yaşam kalitesi ise 45,0 olarak bulunmuştur. Chow ve Tam (2014) çalışmalarında, böbrek hastalığının yükünün 25,00; etkilerinin 56,25; semptom ve problemlerinin 68,75; fiziksel yaşam kalitesinin 36,02 ve ruhsal yaşam kalitesinin 39,13 olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Chen ve diğerleri (2016), Çin’de yapmış oldukları araştırma sonucunda, en düşük yaşam kalitesi boyutunu 33,73 ortalama ile böbrek hastalığının yükü olarak bulmuşlardır. En düşük puanı alan ifadeler, “Böbrek hastalığım yaşamımı çok fazla etkiliyor” ve “Zamanımın çoğunu böbrek hastalığımla uğraşarak harcıyorum” ifadeleridir. Diğer ortalamalara bakıldığında, böbrek hastalığının etkileri 66,39; semptom ve problemleri 73,83 olarak hesaplanmıştır. Fructuoso ve diğerleri (2011) ise yaşam kalitesi ortalamalarını böbrek hastalığının yükü boyutu için 26,35; etkileri boyutu için 59,38; semptom ve problem listesi boyutu için 71,82; fiziksel yaşam kalitesi boyutu için 35,89 ve ruhsal yaşam kalitesi için 42,59 olarak saptamıştır. Duarte ve diğerleri (2005) ise Brezilya’da yapmış oldukları çalışma sonucunda, böbrek hastalığının yükünü 46,68; etkilerini 73,37; semptom/problem listesini 81,25; fiziksel yaşam kalitesini 59,00 ve ruhsal yaşam kalitesini 71,28 olarak bulmuşlardır.

Kronik böbrek hastalığına sahip hastaların yaşam kalitesini ölçmeye yönelik literatürde oldukça fazla çalışma olduğu görülmektedir. Tüm bu araştırma sonuçları incelendiğinde, araştırmaların çoğunda en düşük yaşam kalitesi boyutunun böbrek hastalığının yükü olduğu ve bu boyuta ilişkin ortalamanın orta düzeyin oldukça altında olduğu görülmektedir. Böbrek hastalığının etkileri, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi boyutlarına ilişkin ortalamaların orta düzeyde olduğu, böbrek hastalığının semptom ve problemlerine ilişkin yaşam kalitesi boyutunun ise orta düzeyin üzerinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Böbrek hastalarının yaşamlarının büyük bir çoğunluğunu diyaliz tedavisi olarak harcamaları, diyaliz tedavisi sonrası yorgunluk, bitkinlik gibi semptomların yaşamlarına etki etmesi, kendilerini yakınlarına bağımlı hissetmeleri, hastalığın fiziksel ve ruhsal

pek çok sonuçları olması gibi nedenler; hastaların böbrek hastalığının yüküne bağlı yaşam kalitelerinin düşük olmasını açıklayabilmektedir. Hastaların yaşam kalitesi düzeylerini saptayabilmek ve bu düzeye etki eden faktörleri belirleyebilmek, hastalık yönetimi açısından önem taşımaktadır. Bu araştırma kapsamında da yaşam kalitesi değişkenini etkileme potansiyeline sahip değişkenler incelenmiş ve sosyodemografik, hastalığa özgü, kuruma özgü özellikler, hekim hasta ilişkisi, hasta aktifliği ve tedaviye uyum değişkenleri anlamlı bulunmuştur. Anlamlı bulunan bu değişkenler, literatürdeki farklı araştırma sonuçlarıyla aşağıda tartışılmıştır.

Sosyo Demografik Özellikler

Bu araştırma kapsamında hastaların sosyodemografik özelliklerinin yaşam kalitelerine olan etkileri analiz edilmiştir. Bu değişkenlerden “yaş”, “cinsiyet” ve “eğitim durumu” değişkenleri, yaşam kalitesinin farklı boyutları için anlamlı bulunmuştur. Medeni durum ve çalışma durumu değişkenleri ise anlamlı bulunmayan değişkenlerdir. Yaş değişkeni, böbrek hastalığının semptomları, etkileri, yükü ve fiziksel yaşam kalitesi boyutlarına olan etkisi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaş değişkeninin bu değişkenlere olan etkisi negatiftir. Hastaların yaşı arttıkça, yaşam kalitelerinin azaldığı söylenebilir. Cinsiyet değişkeni, böbrek hastalığının semptomları boyutu için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadın hastaların böbrek hastalığının semptomlarına bağlı yaşam kalitesinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim durumu değişkeni ise böbrek hastalığının yükü, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi boyutlarına anlamlı etki etmektedir. Sırasıyla, lise ve üniversite mezunu olan hastaların diğer hastalara göre böbrek hastalığının yüküne bağlı yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Üniversite mezunu olmak, hem fiziksel hem de ruhsal yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir.

Fructuoso ve diğerleri (2011), diyaliz tedavisi alan hastalar ile yapmış oldukları araştırma sonuçları da bu çalışma ile benzer şekilde, yaş ve cinsiyet değişkenlerini istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Hastaların yaşı arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü sonucu, bu araştırma bulgularını desteklerken; bu çalışmanın aksine cinsiyet değişkeni için erkek hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Czyżewski ve diğerleri (2014), yaş değişkeninin yaşam kalitesi skoruna negatif etki ettiğini bulmuşlardır. Nguyen ve diğerlerinin (2018) kronik böbrek hastaları

ile gerçekleştirdikleri analiz sonuçları, 50 yaşın üzerinde ve kadın olan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Mujais ve diğerleri (2009), fiziksel yaşam kalitesi ortalamaları açısından, kadınların ortalamasının erkeklerden daha düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Nayana ve diğerlerinin (2017) diyaliz tedavisi alan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerine göre fiziksel ve ruhsal yaşam kalitelerindeki farklılıkları analiz ettikleri çalışmaları sonucunda ise; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa ulaşılmamıştır. Abdel-Kader ve diğerlerinin (2009), yapmış oldukları çalışma ise literatürdeki pek çok çalışmadan farklı olarak, böbrek hastalarının yaşı arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı sonucuna ulaşmıştır. Bu sonucu, daha genç olan hastaların beklenen ve gerçekleşen yaşam kaliteleri arasında daha büyük bir fark olduğu ve bu nedenle deneyimleri beklentileriyle daha uyumlu olan yaşlı hastalardan daha düşük puan aldıkları şeklinde yorumlamışlardır.

Bu çalışma sonuçları ile benzer olarak, Hajian-Tilaki ve diğerleri (2017), diyaliz tedavisi alan hastaların eğitim seviyelerinin yaşam kalitesi üzerinde bir farklılık oluşturup oluşturmadığını araştırmışlar, lise ve üniversite mezunu olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Manns ve diğerleri (2003) ve Lessan-Pezeshki ve Rostami (2009)'nin diyaliz tedavisi alan hastalar ile gerçekleştirdikleri çalışmalarda; yüksek eğitim gören hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Gerasimoula ve diğerleri (2015) ise üniversite mezunu olan hastaların toplam yaşam kalitesi skorunun diğer hastalardan yüksek olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bulmuşlardır. Bu durum, yüksek eğitim seviyesine sahip insanların daha bilinçli olarak tedavi sürecine aktif katılımlarından, hastalık ve tedaviye ilişkin daha fazla bilgi sahibi olmalarından ve tedavinin gereklerine daha iyi uyum sağlamalarından kaynaklanabilmektedir. Bununla birlikte, Kao ve diğerleri (2009) ile Lemos ve diğerleri (2015)'in kronik böbrek hastaları ile yapmış oldukları araştırmalarında, eğitim seviyesinin yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hastalığa İlişkin Özellikler

Araştırma kapsamında hastalığa özgü özelliklerin hastaların yaşam kalitelerine olan etkileri analiz edilmiş ve “komorbidite” ile “hastalık süresi” değişkenlerinin yaşam

kalitesinin farklı boyutları için etkisinin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Komorbiditenin hem genel yaşam kalitesi boyutlarına (fiziksel ve ruhsal) hem de böbrek hastalığına bağlı problemler ile böbrek hastalığının etkileri boyutlarına negatif etki ettiği tespit edilmiştir. Buna göre, hastaların böbrek hastalığına eşlik eden başka kronik hastalıklara sahip olması yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Hastalık süresinin ise yalnızca fiziksel ve ruhsal boyutlardan oluşan genel yaşam kalitesini anlamlı olarak etkilediği görülmüştür. Bu bulguya göre, hastalık süresi arttıkça, hastaların yaşam kaliteleri azalmaktadır.

Ricardo ve diğerleri (2013), kronik böbrek hastalığına sahip hastaların komorbidite skorunu ölçmüşler ve bu skorun yaşam kalitesinin 5 boyutuna da negatif etki ettiği sonucuna ulaşmışlardır. Bu sonuca göre, bu araştırma ile benzer şekilde, hastaların komorbidite skoru arttıkça, yaşam kalitesi ortalaması azalmaktadır. Peipert ve diğerleri (2018) ise kronik böbrek hastalığı olan hastaların aynı zamanda diyabet hastalığına sahip olma durumlarına göre yaşam kalitesi ortalamalarını karşılaştırmış ve böbrek hastalığına eşlik eden diyabet hastalığı da olan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu çalışma bulgularından farklı olarak, Nguyen ve diğerleri (2018) ise böbrek hastalığına eşlik eden hipertansiyon ve diyabet hastalıklarına sahip olmanın yaşam kalitesinde anlamlı bir fark oluşturmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Nayana ve diğerleri (2017), kronik böbrek hastalığı olan hastaların diyaliz tedavisi aldıkları süreye göre fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi skorlarını karşılaştırmışlar, ancak anlamlı bir fark bulamamışlardır. Gerasimoula ve diğerleri (2015), hastalık süresi ve komorbiditenin yaşam kalitesinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşmışlardır.

Literatürdeki farklı araştırmalardan edinilen bulgular, hastalığa ilişkin özelliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri konusunda fikir birliği olmadığını göstermektedir. Bu farklılığın, örneklem grubunun özelliklerinden ya da yaşam kalitesinin ölçülmesinde kullanılan ölçüm aracının genel ya da böbrek hastalığına özgü olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tedavi Alınan Kuruma Özgü Özellik

Araştırma kapsamında tedavi alınan kuruma özgü özelliğin, hastaların yaşam kalitelerine olan etkileri analiz edilmiş ve yaşam kalitesinin 5 boyutu için de anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu değişkenin yaşam kalitesi değişkeni üzerindeki etkisi, pozitifdir. Kurum türü değişkeninde referans “bağımsız diyaliz merkezi”dir. Dolayısıyla, hastane bazlı bir diyaliz ünitesinden hizmet alınan hastaların yaşam kalitelerine olumlu etki ettiği söylenebilir.

Bu araştırmanın bulguları ile benzer olarak, Anees ve diğerlerinin (2011) yapmış oldukları çalışmada, özel diyaliz merkezlerinden hizmet alan hastalara göre, hastane bazlı diyaliz merkezlerinden hizmet alan hastaların yaşam kalitesinin tüm boyutlarında daha yüksek ortalamaya sahip olduklarını vurgulamışlardır. Bu araştırma bulgularının aksine, Özgen ve Özcan (2002), kar amacı gütmeyen devlete ait diyaliz tesislerinin kar amacı güden diyaliz merkezlerine göre, diyaliz tedavisine bağlı sağlık sonuçlarının daha verimsiz olmasını olası görmüşlerdir. Straube (2014), kronik böbrek hastalığı olan hastaların sağlık sonuçları, diyaliz hizmeti veren kurumun türüne göre farklılık gösterir mi sorusuyla, farklı araştırma sonuçlarını tartışmış ve sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesi gibi sağlık sonuç çıktıları üzerinde etkisinin olabileceğine değinmiş ve bu konuda daha fazla araştırma yapılmasını önermiştir.

Hekim Hasta İlişkisi

Araştırmada hastaların yaşam kalitelerine etki eden faktörlere ilişkin yapılan analiz sonucunda, hekim hasta ilişkisi değişkeninin böbrek hastalığına özgü yaşam kalitesi boyutlarının 3’üne de anlamlı etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların hekimle olumlu ilişkiler kurması, böbrek hastalığına bağlı yaşam kalitesi skorunu artırmaktadır. Hekim hasta ilişkisinin, genel yaşam kalitesinin boyutlarına olan etkilerinden ise yalnızca fiziksel yaşam kalitesine olan etki anlamlı bulunmuştur. Aynı şekilde, hekim ile hasta arasındaki ilişkinin olumlu olması, hastaların fiziksel yaşam kalitesi skorlarına da olumlu etki yapmaktadır.

Lucchetti ve diğerleri (2010), kronik böbrek hastalığına sahip hastalarda, hekim hasta ilişkisinin yaşam kalitesi ile yüksek seviyede ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ong ve diğerkleri (2000), doktor ile hasta arasındaki etkili iletişimin hastaların yaşam kalitesi ve memnuniyeti ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Farin ve diğerkleri (2012), hekim hasta ilişkisinin hem fiziksel hem de ruhsal yaşam kalitesine anlamlı olarak etki ettiği sonucuna ulaşmışlardır. Pera (2011), İspanya’da bir hastanede yapmış olduğu nitel çalışmada, hastalar hekimlerin kendilerine yeteri kadar zaman ayırmadığını ve tedavi ile ilgili açıklama yapmadıklarını vurgulamışlardır. Bu durumun hastaların yaşam kalitelerine etki eden önemli bir faktör olduğunu tespit etmişler ve hekim sayısının artırılmasını öneri olarak sunmuşlardır. Gerasimoula ve diğerkleri (2015) ise hem hekim ile hem de diyaliz ünitesinde çalışan diğerk personel ile olumlu ilişkilerde bulunan hastaların yaşam kalitesi skorunun daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Tüm bu çalışma sonuçlarına bakıldığında, hekim ile olumlu ilişki kuran hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle kronik hastalığa sahip hastaların hekime olan güvenleri, hekim ile olan iletişimleri ve işbirlikleri; hastaların tedavi sürecine devamlılığını sağlayarak, yaşam kalitelerine olumlu etki edeceği söylenebilir.

Hasta Aktifliği

Araştırma kapsamında hasta aktifliği değişkeninin, hastaların yaşam kalitelerine olan etkileri analiz edilmiş ve sadece böbrek hastalığına özgü yaşam kalitesi boyutlarına anlamlı etki ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu değişkenin yaşam kalitesi değişkeni üzerindeki etkisi, pozitifdir. Hastaların aktiflik düzeyi arttıkça, böbrek hastalığına bağlı yaşam kaliteleri de artmaktadır.

Bu araştırma bulguları ile benzer şekilde, Zimbudzi ve diğerkleri (2017), hasta aktifliğinin böbrek hastalığına bağlı yaşam kalitesine istatistiksel olarak anlamlı etki ettiği ve bu değişkenler arasında yüksek ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Hasta aktiflik skoru düştükçe, hastaların kronik böbrek hastalığının problem listesi ve yüküne bağlı yaşam kalitesi de düşmektedir. O’Grady-Hamre ve diğerkleri (2013) çalışmalarında, kronik böbrek hastalarının tedavi sürecinde paylaşımcı karar verme ve hastaları güçlendirmenin önemini vurgulamış ve aktif olan hastaların yaşam kalitelerinin artacağını belirtmişlerdir. Begum ve diğerkleri (2011), kendi bakımlarında

rol üstlenmeye hazır olan aktif hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmede önemli bir rol oynadıklarını vurgulamışlardır. Johnson ve diğerlerinin (2016) yapmış oldukları araştırma sonuçları, 4. seviyede aktif olan hastaların yaşam kalitesi skorlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Lederer ve diğerleri (2015) ise diyaliz tedavisi alan hastalar ile yapmış oldukları çalışmalarında, hastaların hekim ile olan ilişkilerinde sadece “dinleyici” rolü üstlendiklerini ve bu tek taraflı ve pasif ilişkinin sağlık sonuçlarına olumsuz etki ettiği sonucuna ulaşmışlardır. Zimbudzi ve diğerleri (2017) ise aktiflik skoru düşük olan hastalarda, semptom/problem listesi, böbrek hastalığının yükü ve ruhsal yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu sonucuna ulaşmışlar ve yapmış oldukları çok değişkenli regresyon analizinde, böbrek hastalığının yüküne bağlı yaşam kalitesi ortalamasına en çok etki eden değişkenin aktiflik skoru olduğunu bulmuşlardır. Weng ve diğerleri (2010) ise diyaliz tedavisi süresince karşılaştıkları problemleri çözme becerisine sahip olan öz yeterliliği yüksek aktif hastaların ruhsal yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Diğer taraftan aktiflik seviyesinin fiziksel yaşam kalitesine olan etkisi anlamlı bulunmamıştır.

Yapılan araştırma bulguları incelendiğinde, hastaların aktifliği arttıkça yaşam kalitelerinin de iyileşme eğiliminde olduğu söylenebilir. Bu durum, aktif olan hastaların kendi sağlık bakımlarını yönetme konusunda bilgi, beceri ve güven sahibi oldukları için kendi sağlıklarını geliştirerek yaşam kalitelerini iyileştirmelerinin daha olası olmasından kaynaklanabilmektedir.

Tedaviye Uyum

Bu araştırma kapsamında hastaların tedaviye olan uyumlarının yaşam kalitelerine olan etkileri araştırılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, ilaç tedavisine uyum değişkeni, böbrek hastalığının yükü, fiziksel ve ruhsal yaşam kalitesi değişkenlerine; beslenme önerilerine uyum değişkeni, böbrek hastalığına özgü yaşam kalitesinin her 3 boyutuna ve sıvı kısıtına uyum değişkeni ise yaşam kalitesinin tüm boyutlarına etki etmektedir. Tedaviye uyum değişkeninin bağımlı değişkene etkisi negatiftir. Hastaların tedaviye olan uyumsuzluğunun artması, yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır.

Ibrahim ve diğeri (2015), tedaviye uyumsuzluğun düşük yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Nabolsi ve diğeri (2015), daha yüksek yaşam kalitesini tedavi rejimine daha fazla bağlılık ile ilişkilendirmişlerdir. Cukor ve diğeri (2014), sıvı kısıtına uyum değişkeni ile yaşam kalitesi arasındaki anlamlı ilişkiye dikkat çekmiş ve sıvı kısıtına uyum sağlamanın hastaların genel yaşam kalitelerine olumlu etki ettiği sonucuna ulaşmışlardır. Gerasimoula ve diğeri (2015), beslenme önerilerine uyum gösteren hastaların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. García-Llana ve diğeri (2013) ise ilaç tedavisine uyumun fiziksel yaşam kalitesine olumlu etki ettiğini tespit etmişlerdir.

Tüm bu araştırma bulgularının, bu çalışma ile benzer sonuçlara sahip olduğu görülmektedir. Hastaların tedaviye uyum göstermeleri, yaşam kalitelerini olumlu olarak etkilemektedir. Tedaviye uyum gösterme davranışı, tedavinin başarısını etkilemekte, başarılı olan tedavi ise olumlu sağlık sonuçları oluşumunu sağlayarak, yaşam kalitesini iyileştirebilmektedir.

11. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik böbrek hastalığı, sebepleri, sonuçları ve maliyetleri açısından dünya çapında yaygın, karmaşık ve büyüyen bir halk sağlığı problemini oluşturmaktadır. Nüfusun yaşlanması ve birçok ülkede hastalığın başlaması ve ilerlemesi ile ilişkili risk faktörlerinin artmasıyla birlikte; kronik böbrek hastalığı, hastalar, aileler, işverenler, sağlık bakım sistemleri ve bir bütün olarak toplum üzerinde önemli bir yüke neden olmaktadır. Hastalığın anlaşılması, ölçülmesi, önlenmesi ve tedavisine yönelik iyileştirme potansiyeli olan tüm hedeflerin gerçekleştirilmesi; gelecek kuşaklarda hastalığın yükünün azaltılmasına katkıda bulunabilecektir.

Kronik böbrek hastalığının sonuçlarını iyileştirmek, çok boyutlu yaklaşım ile hastalığın yönetimini gerekli kılmaktadır. Böylelikle, bir taraftan sınırlı kaynaklardan en iyi şekilde faydalanılması sağlanırken, diğer taraftan da hastaların sağlık ve refahının en üst düzeye çıkarılmasına olanak tanınabilecektir. Bu süreçte en önemli adımlar, hastalığın büyüklüğü hakkında mevcut durumu ortaya koyarak, mevcut durumu iyileştirebilecek fırsatları ve etkileyebilecek risk faktörlerini belirleyip önleyici stratejilerin uygulanması ve kaynakların doğru planlanmasıdır.

Bu araştırma kapsamında da kronik böbrek hastalarının mevcut durumu ortaya koyularak, mevcut durumu iyileştirebilecek fırsatlar ve etkileyebilecek risk faktörleri değerlendirilmeye çalışılmıştır. Kronik böbrek rahatsızlığı olan ve diyaliz tedavisi alan hastaların tedaviye uyumlarını, sağlık hizmeti kullanımlarını ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, hastaların demografik özellikleri, hastalığa özgü özellikler, tedavinin uygulandığı kuruma özgü özellikler, hasta hekim ilişkisi ve hasta aktiflik düzeyi değişkenlerinin tedaviye uyum, sağlık hizmeti kullanımı ve yaşam kalitesi değişkenleri üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Araştırmanın amacıyla uyumlu olarak regresyon analizleri ile test edilen hipotezler, önemli bulguları ortaya koymuştur. Bu araştırmanın öne çıkan sonuçları şu şekilde sıralanabilir:

- Araştırma kapsamındaki kronik böbrek hastalarının hekim ile olan ilişkilerine ilişkin genel puan ortalaması orta düzeyin üzerinde bulunmuştur.

- Kronik böbrek hastalarının hekimleri ile olan ilişkilerini; yaş, komorbidite ve hastalık süresi değişkenleri, negatif etkilerken; eğitim düzeyinin artması ve özel bağımsız diyaliz merkezinden hizmet almak pozitif etkilemektedir.
- Hastaların aktiflik puan ortalamasının düşük olduğu söylenebilir. Hastaların yarısına yakınının en düşük aktiflik seviyesine sahip olduğu bulunmuştur.
- Hastaların aktiflik düzeyine en fazla etki eden değişken hekim hasta ilişkisi olarak bulunmuştur. Hastaların hekim ile ilişkilerinin artması, aktiflik düzeylerine pozitif etki etmektedir. Yaş, eğitim durumu ve komorbidite ise aktifliğe etki eden diğer değişkenlerdir. Yaşın artması ve komorbiditenin varlığı, hastaların aktifliğini olumsuz etkilerken; eğitim düzeyinin artması hastaların aktifliğini olumlu etkilemektedir.
- Hastaların tedaviye uyumlarına ilişkin bulgular değerlendirildiğinde, hastaların neredeyse tamamının diyaliz tedavisi seanslarına, %80'inin ise ilaç tedavisine uyum gösterdikleri bulunmuştur. Hastaların yarısından fazlasının ise beslenme önerilerine ve sıvı kısıtlamasına uyum göstermedikleri zamanlar olduklarını belirtmişlerdir.
- Hastaların ilaç tedavisine uyumlarını kadın olmak, ortaöğretim mezunu olmak ve yüksek aktiflik düzeyine sahip olmak pozitif olarak etkilemektedir.
- Hastaların beslenme önerilerine olan uyumlarını; komorbiditeye sahip olmak, negatif etkilemektedir. Hekim ile ilişkisi olumlu ve daha aktif olan hastaların ise beslenme önerilerine daha fazla uyum sağladıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- Hastaların sıvı kısıtlamasına uyum gösterme davranışlarını etkileyen değişkenlere bakıldığında, hastaneden hizmet alan, daha aktif olan ve hekim ile olumlu ilişkilerde bulunan hastaların sıvı kısıtlamasına daha çok uyum gösterdikleri sonucuna ulaşılmıştır.
- Hastaların böbrek hastalığına özgü yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde, en düşük ortalamanın “*böbrek hastalığının yükü*” boyutuna ait olduğu bulunmuştur (33,21±18,65). Bu ortalama orta düzeyin oldukça altındadır. Böbrek hastalığının

etkileri boyutuna ilişkin ortalama, $57,63 \pm 16,09$ 'dur. Böbrek hastalığının semptom ve problem listesi boyutu ise $71,29 \pm 15,81$ olarak bulunmuştur.

- Böbrek hastalığının semptom ve problem listesi boyutunu etkileyen değişkenlere bakıldığında; hastaların komorbiditesinin olması, yaşın artması, sıvı kısıtına ve beslenme önerilerine uymama davranışları ve cinsiyetin kadın olması; hastaların semptom/problemlerine dayalı yaşam kalitelerini negatif etkileyerek, azalmasına neden olmaktadır. Hastaların hastane bazlı diyaliz ünitesinden hizmet alıyor olmaları ve aktif olmaları ise pozitif etki etmektedir.
- Böbrek hastalığının etkilerine bağlı yaşam kalitesi değişkenini etkileyen faktörlere bakıldığında; beslenme önerilerine ve sıvı kısıtına uyum göstermeme, böbrek hastalığının etkilerine bağlı yaşam kalitesi üzerinde negatif etki etmektedir. Hastaların aktiflik düzeylerinin yüksek olması, hekim ile olumlu ilişkilerde bulunması ve hastane bazlı bir diyaliz ünitesinden hizmet almaları; yaşam kalitelerini olumlu olarak etkilemektedir.
- Böbrek hastalığının yüküne bağlı yaşam kalitesi değişkenini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; hastaların eğitim düzeylerinin yüksek olması, hastane bazlı bir diyaliz ünitesinden hizmet almaları, hekim ile ilişkilerinin olumlu olması ve aktiflik düzeylerinin yüksek olması, yaşam kalitelerini olumlu olarak etkilediği saptanmıştır. Sıvı kısıtına, beslenme önerilerine ve ilaç tedavisine uyum göstermeme davranışları ise yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir.
- Hastaların genel yaşam kaliteleri değerlendirildiğinde, fiziksel yaşam kalitesi ve ruhsal yaşam kalitesine ilişkin ortalamaların sırasıyla $48,23 \pm 22,78$ ve $57,12 \pm 17,60$ değerleri ile ortalama bir seviyede olduğu bulunmuştur.
- Fiziksel yaşam kalitesi değişkenini etkileyen faktörler incelendiğinde; komorbiditenin varlığı, hastalık süresinin uzunluğu, ilaç tedavisine ve sıvı kısıtına uyum göstermeme davranışları; fiziksel yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek azalttığı tespit edilmiştir. Hastaların hastane bazlı diyaliz ünitesinden hizmet alması ve hekim ile ilişkisinin yüksek olması ise fiziksel yaşam kalitesini artırmaktadır.

- Ruhsal yaşam kalitesi değişkenini etkileyen faktörlere bakıldığında, hastaların komorbiditesinin olması, ilaç tedavisine ve sıvı kısıtına uyum göstermeme davranışları ve hastalık süresinin artmasının ruhsal yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek azalttığı; hastane bazlı bir diyaliz ünitesinden hizmet almaları ve eğitim durumunun yüksek olmasının ise olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
- Hastaların sağlık hizmeti kullanımına ilişkin veriler incelendiğinde, hastaların %68,6'sının son 1 yıl içinde en az 1 kez hastaneye başvurdukları; %20,7'sinin en az 1 gün hastanede yattıkları; %24,4'ünün en az 1 kez acil servise başvurdukları tespit edilmiştir. Hastaların kullandıkları ilaç sayısı ortalaması 6,24'tür. Hastaların %64,6'sı tedavi için cepten harcama yapmış olup, aylık ortalama tedavi masrafı 205,41 TL bulunmuştur.
- Hastaların hastaneye başvuru sayısını komorbidite ve ilaç tedavisine ve beslenme önerilerine uymama davranışları pozitif etkilerken; hekim hasta ilişkisi, böbrek hastalığının etkileri, böbrek hastalığını yükü, fiziksel yaşam kalitesi değişkenleri negatif etkilemektedir.
- Hastaların hastaneye yatış gün sayısını, hastaların evli olması, hastane bazlı diyaliz ünitesinden hizmet almaları ve hekim hasta ilişkisi değişkenleri negatif etkilerken; hastaların çalışıyor olmaları pozitif etkilemektedir.
- Hastaların acile başvuru sayısını, sıvı kısıtlamasına uyum göstermeme davranışı ve hastaların bir işte çalışıyor olmaları pozitif etkilemektedir.
- Hastaların kullandıkları ilaç sayısını, komorbiditeye sahip olma ve sıvı kısıtına uymama değişkenleri pozitif etkilerken; hasta aktifliğinin artması ve kronik böbrek hastalığının yüküne bağlı yaşam kalitesinin iyileşmesi negatif etkilemektedir.
- Hastaların tedaviye ilişkin cepten harcadıkları para miktarını, ilaç tedavisine uyum göstermeme davranışı, komorbiditeye sahip olma ve ortaöğretim mezunu olmak pozitif etkileyerek artırmakta; hekim hasta ilişkisi ise negatif etkileyerek azaltmaktadır.

Araştırmanın yukarıda sıralanan bulguları değerlendirildiğinde, kronik böbrek hastalığının yönetilmesi anlamında, önemli sonuçlar doğurduğu söylenebilir. Hastaların hekim ile ilişkilerinin aktiflik düzeyine olan anlamlı etkisi; aktif olan hastaların tedaviye daha fazla uyum göstermeleri; tedaviye uyum gösteren hastaların yaşam kalitelerinin artması ve yaşam kaliteleri düşük olan ve tedaviye uyum göstermeyen hastaların, sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmaları; araştırmanın önemli bulgularındandır.

Kronik böbrek hastaları, tüm yaşamları boyunca sürekli tedaviye ihtiyaç duymakta ve bunun sonucu olarak hekimleriyle çok fazla zaman harcamaktadırlar. Hekim ile kurulan bu ilişki, tedavi sürecinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. İyi bir hasta-hekim ilişkisi, etkili tedavi için temel teşkil etmektedir. Bu kapsamda, hekimlerin hastalara yeterli zamanı ayırmaları, rehberlik, bilgi ve diyaliz tedavisi süreci için hastalara destek ve güven vermeleri, bakımın kalitesini yükseltmek için hastayla ortak karar karar almayı teşvik etmeleri önerilebilmektedir. Hekim hasta ilişkisinin hasta aktifliği üzerindeki önemli etkisi dikkate alındığında, kronik böbrek hastalığının yönetim sürecinde, hastaların güçlendirilmesi ve hasta merkezli sunum planlanması için sağlık profesyonellerinin eğitilmesi ve hekimlerin bu konuda örgütsel olarak desteklenmeleri önem taşımaktadır. Hekim-hasta ilişkisi, çeşitli yollarla iyileştirilebilmektedir. Hastalara destek, empati ve anlayış sağlamak, hastayla işbirliğine dayalı ortaklıklar kurmak ve etkili iletişim, hastaların hastalığı anlamalarına ve tedavinin riskleri ve faydalarına hakim olmalarına katkıda bulunabilmektedir.

Hastaların diyaliz tedavi planına, ilaç, sıvı ve diyet kısıtlamasına uyum sağlanması, hastalığın ilerlemesini ve komplikasyonlarını yavaşlatmada önem taşımaktadır. Daha aktif olan hastaların tedaviye daha fazla uyum göstermelerine ilişkin araştırma bulgusu dikkate alındığında, hastaların güçlendirilerek tedavi sürecine aktif katılımlarının sağlanmasının önemli olduğu söylenebilir. Kronik hastalığa sahip hastaların uzun vadeli tedavi süreçlerine daha iyi uyum sağlayabilmeleri, sağlık hizmeti sunucusu ile entegre kararlar alarak güçlendirilip aktif hale gelmeleri ile mümkün olabilmektedir. Yani bireylerin kendi sağlık ve sağlık hizmetlerini idare etmede rol üstlenebilmeleri önem taşımaktadır.

Hastaların aktif olmalarında, hekimin rolü önemlidir. Hekimlerin hastaların günlük aktivitelerini planlamalarına ve ilaçları günlük aktivitelerle ilişkilendirmelerine

yardımcı olmaları; ilaçlara uyumu kolaylaştırabilecektir. Hastanın ilaçlarla ilgili inanç ve değerlerini ortaya koyarak ve yan etkilerle başa çıkabilmelerini desteklemek ilaç uyumuna katkı sağlayabilecektir. Hastaların tedavi kararlarına katılma isteklerini ele alan hasta merkezli bir yaklaşım, tedaviye uyuma destek olabilecektir. Doktorların hastaların tedavi konusundaki kaygılarını ve düşüncelerini anlamaları, tedavi rejiminin artılarını ve eksilerini hastalarla açık bir şekilde tartışmaları, öngörülen tedaviyi seçmeleri durumunda hastaları bekleyen yaşam tarzını onlarla paylaşmaları önemlidir. Dolayısıyla, doktorlar, hasta ile bir ortaklık kurmak ve ilaç alma, beslenme önerilerine uyma ve sıvı kısıtlamasına dikkat etme davranışlarını hastanın bakış açısından görmek için çaba göstermelidirler. Tedavi rejimini basitleştirerek, hastanın anlayabileceği hale getirmek ve hastaları teşvik etmek; tedaviye uyumu sağlamak için önerilebilmektedir.

Hasta aktifliği ve hekim hasta ilişkisi değişkenlerinin böbrek hastalığına bağlı yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğu bulgusu göz önüne alındığında, hasta bakış açısına daha fazla önem vererek, sağlık bakımını iyileştirmenin ve yaşam kalitesini artırabilmenin mümkün olacağı söylenebilir. Hastalar, sağlık sürecinin kilit karar vericilerdir. Böbrek hastalığının artan etkileri göz önüne alındığında, hastaların hastalığı kendi kendilerine yönetmeleri konusundaki bilgi, güven ve katılımını sağlama ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Hastaları sağlık bakımlarını kendi kendilerine yönetmeleri için dahil etmek ve bu konudaki yeteneklerini artırmak, yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için önemlidir. Dolayısıyla, hekimlerin, böbrek hastalığı ilerledikçe kaygıyı azaltmak gibi hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini koruyacak stratejiler geliştirmek için hastalar ile işbirliği yapmaları önerilebilir.

Araştırma sonuçları, tedaviye uymayan ve düşük yaşam kalitesine sahip hastaların artan sağlık hizmeti kullanımı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmeti kullanımlarını azaltmaya yönelik stratejiler, tedaviye uyumun ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesini hedef almalıdır. Etkili bir hekim hasta ilişkisi, hastalarının durumlarını daha iyi anlamalarını, daha aktif olmalarını, sağlık hizmet sunucularına güvenmelerini, karşılıklı anlaşmalarını ve dolayısıyla motivasyonlarını sağlamaktadır. Yeterli güven ve motivasyona sahip olan hastalar, tedavinin gereklerine ve tedavi önerilerine daha iyi uyum sağlayacaklardır. Daha iyi uyum sağlayan hastaların ise sağlık durumlarında

potansiyel iyileşmeler yaşayacak ve bu nedenle gereksiz sağlık hizmeti ve kaynağı kullanmayarak, sağlık harcamalarının azalmasına katkıda bulunacaktır.

Araştırma kapsamında ortaya konulan bulguların kronik hastalıkların yönetim sürecinde etkili olabileceği düşünülmekle birlikte, yapılan regresyon analizlerinin açıklayıcılık katsayıları incelendiğinde; bağımlı değişkenlerin %19 ile %77 arasında açıklayıcılığa sahip olduğu görülmektedir. Özellikle, %60'ın altında olan düşük açıklayıcılık katsayısına sahip acile başvuru sayısı ($R^2=0.19$), hastaneye yatış sayısı ($R^2=0.21$), cepten harcanan tedavi masrafları ($R^2=0.42$), ruhsal yaşam kalitesi ($R^2=0.53$) ve ilaç tedavisine uyum ($R^2=0.57$) değişkenlerini etkileyen başka faktörlerin de gelecekte yapılacak çalışmalarda incelenerek, analiz edilmesi önerilmektedir.

Literatürdeki bulgular ile araştırma bulgularının karşılaştırıldığı tartışma bölümünde, çoğu bulgunun literatürü desteklediği görülmekle beraber, tedavinin alındığı kuruma ilişkin özellikler değişkenine ilişkin bulguların karışık ve tutarsız olduğu tespit edilmiştir. Diyaliz tesisinin büyüklüğü, tipi, konumu, mülkiyeti ve yönetim yapılarının sağlık sonuç ve çıktıları üzerindeki etkisinin belirleneceği daha fazla sayıda araştırma yapmaya ihtiyaç olduğu söylenebilir. Ayrıca gelecekte yapılacak çalışmalarda, kronik böbrek hastalarının sağlık hizmeti kullanımına ve yaşam kalitesine etki edebilecek olan hemşire ve diğer diyaliz personeli ile ilişkiler, tedavi alınan kurumdan memnuniyet düzeyi, hastalık ve tedavi hakkında bilgi düzeyi, sağlık inanç düzeyi ve sağlık okuryazarlığı gibi değişkenler ile araştırmalar planlanması önerilebilir. Diğer taraftan, daha büyük örneklem gruplarıyla çalışılarak daha genel sonuçlar ortaya konulması ve farklı ölçüm araçları kullanılarak sonuçların değerlendirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen tüm bu bulguların; çalışmanın sınırlılık ve kısıtlılıklarına karşın, kronik böbrek hastalığının yönetimi konusunda çok boyutlu bir yaklaşım sunduğu düşünülmektedir. Bulguların, sağlık yöneticilerine, sağlık çalışanlarına ve bireysel düzeyde hastalara tedavinin yönetimi ve hastalıkla mücadele konusunda kanıta dayalı bilgiler sağlaması beklenmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdel-Kader, K., Myaskovsky, L., Karpov, I., Shah, J., Hess, R., Dew, M. A. & Unruh, M. (2009). Individual quality of life in chronic kidney disease: influence of age and dialysis modality. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4(4), 711-718.
- Aday, L. A. (1975). Economic and noneconomic barriers to the use of needed medical services. *Medical Care*, 447-456.
- Aday, L. A. & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Agborsangaya, C. B., Lau, D., Lahtinen, M., Cooke, T. & Johnson, J. A. (2013). Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: results of a cross-sectional survey. *Quality of life Research*, 22(4), 791-799.
- Ahlawat, R., D'Cruz, S. & Tiwari, P. (2015). Drug utilization pattern in chronic kidney disease patients at a tertiary care public teaching hospital: Evidence from a cross-sectional study. *J Pharma Care Health System*, 3(149), 2376-0419.
- Ahn, Y. H., Kim, B. J., Ham, O. K. & Kim, S. H. (2015). Factors associated with patient activation for self-management among community residents with osteoarthritis in Korea. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 26(3), 303-311.
- Ahrari, S., Moshki, M. & Bahrami, M. (2014). The relationship between social support and adherence of dietary and fluids restrictions among hemodialysis patients in Iran. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), 11-19.
- Alegria, M., Sribney, W., Perez, D., Laderman, M., & Keefe, K. (2009). The role of patient activation on patient-provider communication and quality of care for US and foreign born Latino patients. *Journal of General Internal Medicine*, 24(3), 534-541.
- Alexander, J. A., Hearld, L. R., Mittler, J. N. & Harvey, J. (2012). Patient-physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. *Health Services Research*, 47(3), 1201-1223.
- Alexander, M., Bradbury, B. D., Kewalramani, R., Barlev, A., Mohanty, S. A., & Globe, D. (2009). Chronic kidney disease and US healthcare resource utilization in a nationally representative sample. *American Journal of Nephrology*, 29(5), 473-482.

- Alghabiwi, R., Palianopoulou, M., & Karlsson, L. E. (2018). The Physician-Patient Relationship and its Association with Self-Efficacy in Female Patients Managing Chronic Diseases in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Community Medicine and Public Health*, 2.
- Allen, D., Wainwright, M., & Hutchinson, T. (2011). ‘Non-compliance’ as illness management: Hemodialysis patients’ descriptions of adversarial patient–clinician interactions. *Social Science & Medicine*, 73(1), 129-134.
- Alpar, R. (2012). *Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik–Güvenirlilik*. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Alpar, R. (2013). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler*. Detay Yayıncılık, Ankara.
- American Kidney Fund (2018). *Barriers to Treatment Adherence for Dialysis Patients*. <http://www.kidneyfund.org/assets/pdf/akf-adherence-report.pdf>.
- American Medical Association (AMA). *Patient-Physician Relationships*. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/patient-physician-relationships>.
- Andersen, R. & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 51(1), 95-124.
- Anees, M., Hameed, F., Mumtaz, A., Ibrahim, M., & Khan, M. N. S. (2011). Dialysis-related factors affecting quality of life in patients on hemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 5(1), 9.
- Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians’ communication behavior. *Social Science & Medicine*, 57(5), 791-806.
- Aziz, H., Bearden, R. & Elmi, A. (2015). Patient-physician relationship and the role of clinical decision support systems. *Clinical Laboratory Science* 28(4), 240-244
- Bailie, G. R., Eisele, G., Liu, L., Roys, E., Kiser, M., Finkelstein, F., ... & Saran, R. (2005). Patterns of medication use in the RRICKD study: focus on medications with cardiovascular effects. *Nephrol Dial Transplant*, 20(6), 1110–1115.
- Bame, S. I., Petersen, N. & Wray, N. P. (1993). Variation in hemodialysis patient compliance according to demographic characteristics. *Social Science & Medicine*, 37(8), 1035-1043.

- Bayın, G. (2016). Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sürecinde hasta ve toplum katılımının rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5): 458-466
- Bayoumi, M., Al Harbi, A., Al Suwaida, A., Al Ghonaim, M., Al Wakeel, J. & Mishkiry, A. (2013). Predictors of quality of life in hemodialysis patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 24(2), 254.
- Beck, R. S., Daughtridge, R. & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38.
- Becker, E. R., & Roblin, D. W. (2008). Translating primary care practice climate into patient activation: the role of patient trust in physician. *Medical Care*, 46(8), 795-805.
- Beerendrakumar, N., Ramamoorthy, L., & Haridasan, S. (2018). Dietary and fluid regime adherence in chronic kidney disease patients. *Journal of Caring Sciences*, 7(1), 17.
- Begum, N., Donald, M., Ozolins, I. Z. & Dower, J. (2011). Hospital admissions, emergency department utilisation and patient activation for self-management among people with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93(2), 260-267.
- Bello, A. K., Alrukhaimi, M., Ashuntantang, G. E., Basnet, S., Rotter, R. C., Douthat, W. G., ... & White, S. L. (2017a). Complications of chronic kidney disease: current state, knowledge gaps, and strategy for action. *Kidney International Supplements*, 7(2), 122-129.
- Bello, A. K., Levin, A., Tonelli, M., Okpechi, I. G., Feehally, J., Harris, D. ... & Johnson, D.W. (2017b). *Global Kidney Health Atlas: A report by the International Society of Nephrology on the current state of organization and structures for kidney care across the globe*. International Society of Nephrology, Brussels, Belgium.
- Bender, B. G. & Rand, C. (2004). Medication non-adherence and asthma treatment cost. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 4(3), 191-195.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B. & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 14(8), 787-805.

- Bernstein, A. B., Hing, E., Moss, A. J., Allen, K. F., Siller, A.B. & Tiggler, R. B. (2003). *Health care in America: Trends in utilization*. National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland
- Bertakis, K. D. & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(3), 229-239.
- Blakemore, A., Hann, M., Howells, K., Panagioti, M., Sidaway, M., Reeves, D., & Bower, P. (2016). Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity: correlates and change in a cohort study in the United Kingdom. *BMC health services research*, 16(1), 582.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H. & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*, 288(15), 1909-1914.
- Boothby, M. R. K. & Salmon, P. (2013). Öz yeterlilik ve hemodiyaliz tedavisi: nitel ve nicel bir yaklaşım. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(2), 84-93.
- Bos-Touwen, I., Schuurmans, M., Monninkhof, E. M., Korpershoek, Y., Spruit-Bentvelzen, L., Ertugrul-van der Graaf, I., ... & Trappenburg, J. (2015). Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross-sectional survey study. *PloS one*, 10(5), e0126400.
- Bosworth, H. B., Oddone, E. Z. & Weinberger, M. (2006). *Patient treatment adherence: Concepts, interventions, and measurement*. Psychology Press, London.
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau, M., Beaupré, A., Bégin, R., ... & Singh, R. (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A disease-specific self-management intervention. *Archives of Internal Medicine*, 163(5), 585-591.
- Bowling, A. (2004). *Measuring health*. McGraw-Hill Education, UK.
- Bradshaw, J. (1972). *Taxonomy of social need*. İçinde: McLachlan, Gordon, (ed.) Problems and progress in medical care: essays on current research, 7th series. Oxford University Press, London, s. 71-82.

- Brédart, A., Bouleuc, C. & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17(4), 351-354.
- Brinkman, W. B., Geraghty, S. R., Lanphear, B. P., Khoury, J. C., del Rey, J. A. G., DeWitt, T. G., & Britto, M. T. (2007). Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(1), 44-49.
- Brown, M. T. & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc.*, 86(4), 304-14.
- Browne, T., & Merighi, J. R. (2010). Barriers to adult hemodialysis patients' self-management of oral medications. *American Journal of Kidney Diseases*, 56(3), 547-557.
- Brunelli, S. M., Wilson, S., Krishnan, M., & Nissenson, A. R. (2014). Confounders of mortality and hospitalization rate calculations for profit and nonprofit dialysis facilities: analytic augmentation. *BMC Nephrology*, 15(1), 121.
- Burnier, M., Pruijm, M., Wuerzner, G. & Santschi, V. (2014). Drug adherence in chronic kidney diseases and dialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 30(1), 39-44.
- Bursac, Z., Gauss, C. H., Williams, D. K., & Hosmer, D. W. (2008). Purposeful selection of variables in logistic regression. *Source Code for Biology and Medicine*, 3(1), 17.
- Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı istatistik, araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorum*. Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara.
- Carneiro, I., Howard, N. & Bailey, L. (2011). *Introduction to epidemiology*. McGraw-Hill Education, UK.
- Carr, A. J. & Higginson, I. J. (2001). Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centred?. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7298), 1357.
- Carr-Hill, R. A., Rice, N. & Roland, M. (1996). Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *BMJ*, 312(7037), 1008-1012.
- Carter, S., Taylor, D., Kanavos, P., Grimaccia, F., Tordrup, D. & Tatar, M. (2012). *Transforming Health in Turkey: 21st Century Opportunities*. <https://tr.scribd.com/>

document/105228753/Transforming-Health-in-Turkey-21st-Century-Opportunities.
Erişim: 28.11.2018.

- Casalino, L. P. (2005). Disease management and the organization of physician practice. *JAMA*, 293(4), 485-488.
- Centers for Medicare and Medicaid Services (2012). *Chronic conditions among Medicare beneficiaries, chartbook*. 2012 edition, Baltimore, MD.
- Chan, K. E., Thadhani, R. I., & Maddux, F. W. (2014). Adherence barriers to chronic dialysis in the United States. *Journal of the American Society of Nephrology*, 25(11), 2642-2648.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692.
- Chen, J. Y., Choi, E. P., Wan, E. Y., Chan, A. K., Tsang, J. P., Chan, K. H., ... & Lam, C. L. (2016). Validation of the disease-specific components of the kidney disease quality of life-36 (KDQOL-36) in Chinese patients undergoing maintenance dialysis. *PloS one*, 11(5), e0155188.
- Chen, J., Mullins, C. D., Novak, P. & Thomas, S. B. (2016). Personalized strategies to activate and empower patients in health care and reduce health disparities. *Health Education & Behavior*, 43(1), 25-34.
- Chironda, G., & Bhengu, B. (2016). Contributing factors to non-adherence among chronic kidney disease (CKD) patients: a systematic review of literature. *Medical & Clinical Reviews*, 2(4), 29.
- Chiu, Y. W., Teitelbaum, I., Misra, M., De Leon, E. M., Adzize, T. & Mehrotra, R. (2009). Pill burden, adherence, hyperphosphatemia, and quality of life in maintenance dialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4(6), 1089-1096.
- Chow, S. K. Y., & Tam, B. M. L. (2014). Is the kidney disease quality of life-36 (KDQOL-36) a valid instrument for Chinese dialysis patients?. *BMC nephrology*, 15(1), 199.
- Christensen, A. J., Smith, T. W., Turner, C. W., Holman, J. M., Gregory, M. C. & Rich, M. A. (1992). Family support, physical impairment, and adherence in hemodialysis: an

investigation of main and buffering effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(4), 313-325.

Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium (2010). Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: a collaborative meta-analysis. *The Lancet*, 375(9731), 2073-2081.

Chuang, C. C. (2011). *Clinical and Cost Consequences of Non-Adherence in the End-Stage Renal Disease Population*. Doctor of Philosophy, Health Services Organization and Policy, Michigan University.

Ciechanowski, P., Russo, J., Katon, W., Von Korff, M., Ludman, E., Lin, E., ... & Bush, T. (2004). Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 720-728.

Clark, N. M., Cabana, M. D., Nan, B., Gong, Z. M., Shih, K. K., Birk, N. A., & Kaciroti, N. (2008). The clinician-patient partnership paradigm: outcomes associated with physician communication behavior. *Clinical Pediatrics*, 47(1), 49-57.

Clark, S., Farrington, K. & Chilcot, J. (2014). Nonadherence in dialysis patients: prevalence, measurement, outcome and psychological determinants. *Seminars in Dialysis*, 27(1), 42-49.

Coakes, S. J., Steed, L., Ong. C. (2009). *SPSS: analysis without anguish: Version 16 for Windows*. John Wiley & Sons, Australia.

Cochrane, M. G., Bala, M. V., Downs, K. E., Mauskopf, J. & Ben-Joseph, R. H. (2000). Inhaled corticosteroids for asthma therapy: patient compliance, devices, and inhalation technique. *Chest*, 117(2), 542-550.

Collins, A. J., Foley, R. N., Chavers, B., Gilbertson, D., Herzog, C., Ishani, A., ... & Peter, W. S. (2014). US Renal Data System 2013 annual data report. *American Journal of Kidney Diseases*, 63(1), A7.

Conboy, L. A., E., Macklin, J., Kelley, E., Kokkotou, A., Lembo & Kaptchuk, T. (2010). Which patients improve: Characteristics increasing sensitivity to a supportive patient-practitioner relationship. *Social Science and Medicine*, 70(3), 479-484

- Coons, S. J., Rao, S., Keininger, D. L. & Hays, R. D. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17(1), 13-35.
- Coresh, J. & Jafar, T. H. (2015). Disparities in worldwide treatment of kidney failure. *Lancet*, 385(9981), 1926-1928.
- Couser, W. G., Remuzzi, G., Mendis, S. & Tonelli, M. (2011). The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. *Kidney Int. Dec*, 80(12), 1258-1270.
- Cruz, M. C., Andrade, C., Urrutia, M., Draibe, S., Nogueira-Martins, L. A., & Sesso, R. D. C. (2011). Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics*, 66(6), 991-995.
- Cukor, D., Ver Halen, N., Asher, D. R., Coplan, J. D., Weedon, J., Wyka, K. E., ... & Kimmel, P. L. (2014). Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 25(1), 196-206.
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706.
- Cunillera, O., Tresserras, R., Rajmil, L., Vilagut, G., Brugulat, P., Herdman, M., ... & Brazier, J. (2010). Discriminative capacity of the EQ-5D, SF-6D, and SF-12 as measures of health status in population health survey. *Quality of Life Research*, 19(6), 853-864.
- Cunningham, S. J. (2000). Economics: Economic evaluation of healthcare—is it important to us?. *British Dental Journal*, 188(5), 250-254.
- Czyżewski, L., Sańko-Resmer, J., Wyzgał, J., & Kurowski, A. (2014). Assessment of health-related quality of life of patients after kidney transplantation in comparison with hemodialysis and peritoneal dialysis. *Annals of Transplantation*, 19, 576-585.
- Çelik, M. (2005). Son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesi ölçümü için kullanılan kidney disease quality of life short form 1.3 türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik araştırması. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Çolak, S. (2013). *Diyaliz hastalarında hastalık süresi ile fonksiyonellik düzeyi arasındaki bağıntının analizi*. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Dalrymple, L. S., Johansen, K. L., Romano, P. S., Chertow, G. M., Mu, Y., Ishida, J. H., ... & Nguyen, D. V. (2014). Comparison of hospitalization rates among for-profit and nonprofit dialysis facilities. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 9(1), 73-81.
- David, D., Barnes, D. E., McMahan, R. D., Shi, Y., Katen, M. T. & Sudore, R. L. (2018). Patient Activation: A Key Component of Successful Advance Care Planning. *Journal of Palliative Medicine*, 21(12), 1778-1782.
- Davis, K., Schoenbaum, S. C. & Audet, A. M. (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 953-957.
- DCCT Research Group. (1988). Reliability and validity of a diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trial (DCCT). *Diabetes Care*, 11(9), 725-732.
- De Boer, A. G., Wijker, W. & de Haes, H. C. (1997). Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy*, 42(2), 101-115.
- Delbanco, T. L. (1992). Enriching the Doctor-Patient Relationship by Inviting the Patient's Perspective. *Ann Intern Med.*, 116(5), 414-418.
- Devereaux, P. J., Schünemann, H. J., Ravindran, N., Bhandari, M., Garg, A. X., Choi, P. T. L., ... & Lavis, J. N. (2002). Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 288(19), 2449-2457.
- Devlin, N. J., Shah, K. K., Feng, Y., Mulhern, B. & van Hout, B. (2018). Valuing health-related quality of life: An EQ-5 D-5 L value set for England. *Health Economics*, 27(1), 7-22.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A. & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 357(9258), 757-762.
- Di Napoli, A., Pezzotti, P., Di Lallo, D., Tancioni, V., Papini, P. & Guasticchi, G. (2005). Determinants of hospitalization in a cohort of chronic dialysis patients in central Italy. *J Nephrol*, 18(1), 21-9.

- Dikeç, G. & Kutlu, Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 40-46.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209.
- DiMatteo, M. R., Haskard, K. B. & Williams, S. L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Medical Care*, 45(6), 521-528.
- Dodd, R., Palagyi, A., Guild, L., Jha, V., & Jan, S. (2018). The impact of out-of-pocket costs on treatment commencement and adherence in chronic kidney disease: a systematic review. *Health Policy and Planning*, 33(9), 1047-1054.
- Dolan, T. A. & Atchison, K. A. (1993). Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. *Journal of Dental Education*, 57(12), 876-887.
- Duarte, P. S., Ciconelli, R. M., & Sesso, R. (2005). Cultural adaptation and validation of the "Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF™ 1.3)" in Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 38(2), 261-270.
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K. & Frankel, R. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79(6), 495-507.
- Dunbar-Jacob, J. & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), S57-S60.
- Efe, D., & Kocaöz, S. (2015). Adherence to diet and fluid restriction of individuals on hemodialysis treatment and affecting factors in Turkey. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(2), 113-123.
- Egede, L. E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 409-416.
- Eknoyan, G., Lameire, N., Eckardt, K. U., Kasiske, B., Wheeler, D., Levin, A., ... & Levey, A. S. (2013). KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int*, 3(1), 5-14.

- Ellis-Stoll, C. C. & Popkess-Vawter, S. (1998). A concept analysis on the process of empowerment. *Advances in Nursing Science*, 21(2), 62-68.
- Erdem, R. & Pirinçci, E. (2010). Sağlık Hizmetleirnde Kullanım ve Kullanımı Etileyen Faktörler. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 20(1), 39-46.
- Essue, B. M., Wong, G., Chapman, J., Li, Q., & Jan, S. (2013). How are patients managing with the costs of care for chronic kidney disease in Australia? A cross-sectional study. *BMC nephrology*, 14(1), 5.
- Euroqol Group. EQ-5D Instruments/About EQ-5D. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>. Erişim: 10.11.2018
- EUROSTAT. (2015). *Quality of Life: Facts and Views*. Publications Office of the European Union.
- Evers, K. E., Prochaska, J. O., Johnson, J. L., Mauriello, L. M., Padula, J. A. & Prochaska, J. M. (2006). A randomized clinical trial of a population-and transtheoretical model-based stress-management intervention. *Health Psychology*, 25(4), 521-529.
- Falvo, D. & Tippy, P. (1988). Communicating information to patients: patient satisfaction and adherence as associated with resident skill. *The Journal of Family Practice*, 26(6), 643-647.
- Farin, E., Gramm, L., & Schmidt, E. (2013). The patient–physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine*, 36(3), 246-258.
- Fayers, P. M. & Machin, D. (2016). *Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes*. John Wiley & Sons, UK.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Fenton, J. J., Jerant, A. F., Bertakis, K. D., & Franks, P. (2012). The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of Internal Medicine*, 172(5), 405-411.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. Sage, London, UK.

- Finlay, A. Y. & Khan, G. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI)—a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and Experimental Dermatology*, 19(3), 210-216.
- Fireman, B., Bartlett, J. & Selby, J. (2004). Can disease management reduce health care costs by improving quality?. *Disease Management*, 23(6), 63-75.
- Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H. & Epstein, R. M. (2004). Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians?. *Medical Care*, 42(11), 1049-1055.
- Fischer, M. J., Brimhall, B. B., Lezotte, D. C., Glazner, J. E. & Parikh, C. R. (2005). Uncomplicated acute renal failure and hospital resource utilization: a retrospective multicenter analysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 46(6), 1049-1057.
- Foley, R. N., Parfrey, P. S. & Sarnak, M. J. (1998). Clinical epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 32(5), 112-119.
- Fowles, J. B., Terry, P., Xi, M., Hibbard, J., Bloom, C. T. & Harvey, L. (2009). Measuring self-management of patients' and employees' health: further validation of the Patient Activation Measure (PAM) based on its relation to employee characteristics. *Patient Education and Counseling*, 77(1), 116-122.
- Fraser, S. D., Roderick, P. J., May, C. R., McIntyre, N., McIntyre, C., Fluck, R. J., ... & Taal, M. W. (2015). The burden of comorbidity in people with chronic kidney disease stage 3: a cohort study. *BMC Nephrology*, 16(1), 193.
- Fructuoso, M., Castro, R., Oliveira, L., Prata, C., & Morgado, T. (2011). Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrología (English Edition)*, 31(1), 91-96.
- Gallegos-Carrillo, K., García-Peña, C., Durán-Muñoz, C., Mudgal, J., Durán-Arenas, L., & Salmerón-Castro, J. (2008). Health care utilization and health-related quality of life perception in older adults: a study of the Mexican Social Security Institute. *Salud Pública de México*, 50(3), 207-217.
- Gao, X., Nau, D. P., Rosenbluth, S. A., Scott, V. & Woodward, C. (2000). The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS Care*, 12(4), 387-398.

- García-Llana, H., Remor, E., & Selgas, R. (2013). Adherence to treatment, emotional state and quality of life in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis. *Psicothema*, 25(1), 79-86.
- Garg, P. P., Frick, K. D., Diener-West, M. & Powe, N. R. (1999). Effect of the ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation. *New England Journal of Medicine*, 341(22), 1653-1660.
- Geldine, C. G., Bhengu, B. & Manwere, A. (2017). Adherence of adult Chronic Kidney Disease patients with regard to their dialysis, medication, dietary and fluid restriction. *Research Journal of Health Sciences*, 5(1), 3-17.
- George, D. & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update*. 10th ed., Pearson, Boston.
- Gerasimoula, K., Lefkothea, L., Maria, L., Victoria, A., Paraskevi, T., & Maria, P. (2015). Quality of life in hemodialysis patients. *Materia Socio-Medica*, 27(5), 305.
- Gerson, A. C., Riley, A., Fivush, B. A., Pham, N., Fiorenza, J., Robertson, J., ... & Furth, S. L. (2005). Assessing health status and health care utilization in adolescents with chronic kidney disease. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(5), 1427-1432.
- Ghimire, S., Castelino, R. L., Jose, M. D., & Zaidi, S. T. R. (2017). Medication adherence perspectives in haemodialysis patients: a qualitative study. *BMC Nephrology*, 18(1), 167.
- Ghimire, S., Castelino, R. L., Lioufas, N. M., Peterson, G. M. & Zaidi, S. T. R. (2015). Nonadherence to medication therapy in haemodialysis patients: a systematic review. *PLoS one*, 10(12), 1-19.
- Ghuloum, S., Bener, A. & Burgut, F. T. (2010). Ethnic differences in satisfaction with mental health services among psychiatry patients. *Open Psychiatry Journal*, 4, 19-24.
- Giang, L., Selinger, C. P. & Lee, A. U. (2012). Evaluation of adherence to oral antiviral hepatitis B treatment using structured questionnaires. *World Journal of Hepatology*, 4(2), 43-49.
- Gobbens, R. J., van Assen, M. A., Luijkx, K. G. & Schols, J. M. (2012). The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. *The Gerontologist*, 52(5), 619-631.

- Gökkaya, D. & Erdem, R. (2017). Sağlık hizmetleri kullanımına etki eden faktörlerin hastalık şiddeti algısıyla değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26(1), 149-184.
- Graffigna, G., Barelo, S., Bonanomi, A., Lozza, E., & Hibbard, J. (2015). Measuring patient activation in Italy: translation, adaptation and validation of the Italian version of the patient activation measure 13 (PAM13-I). *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(1), 109.
- Greene, J. & Hibbard, J. H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), 520-526.
- Greene, J., Hibbard, J. H., Sacks, R., Overton, V. & Parrotta, C. D. (2015). When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Affairs*, 34(3), 431-437.
- Greer, R. C., Cooper, L. A., Crews, D. C., Powe, N. R., & Boulware, L. E. (2011). Quality of patient-physician discussions about CKD in primary care: a cross-sectional study. *American Journal of Kidney Diseases*, 57(4), 583-591.
- Ha, J. F. & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner Journal*, 10(1), 38-43.
- Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., & Hajian-Tilaki, A. (2017). A comparison of health-related quality of life in patients with renal failure under hemodialysis and healthy participants. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 28(1), 133.
- Hanganu, B., Manoilescu, I. S., Velnic, A. A., & Ioan, B. G. (2018). Physician-patient communication in chronic diseases. *The Medical-Surgical Journal*, 122(3), 417-424.
- Haverman, L., Limperg, P. F., Young, N. L., Grootenhuis, M. A. & Klaassen, R. J. (2017). Paediatric health-related quality of life: what is it and why should we measure it?. *Archives of Disease in Childhood*, 102(5), 393-400.
- Hays, R. D., Kallich, J. D., Mapes, D. L., Coons, S. J. & Carter, W. B. (1994). Development of the kidney disease quality of life (KDQOL™) instrument. *Quality of Life Research*, 3(5), 329-338.

- Hibbard, J. & Gilburd, H. (2014). *Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation*. The King's Fund, London.
- Hibbard, J. H. & Cunningham, P. J. (2008). How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter. *Res Brief*, 8, 1-9.
- Hibbard, J. H. & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs*, 32(2), 207-214.
- Hibbard, J. H. & Mahoney, E. (2010). Toward a theory of patient and consumer activation. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 377-381.
- Hibbard, J. H. (2009). Using systematic measurement to target consumer activation strategies. *Medical Care Research and Review*, 66(1), 9-27.
- Hibbard, J. H., Greene, J. & Overton, V. (2013). Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' scores'. *Health Affairs*, 32(2), 216-222.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R. & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors?. *Health Services Research*, 42(4), 1443-1463.
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stockard, J. & Tusler, M. (2005). Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Services Research*, 40(6), 1918-1930.
- Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R. & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, 39(4), 1005-1026.
- Hill, M. R., Noonan, V. K., Sakakibara, B. M. & Miller, W. C. (2010). Quality of life instruments and definitions in individuals with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 48(6), 438-450.
- Hirth, R. A., Greer, S. L., Albert, J. M., Young, E. W., & Piette, J. D. (2008). Out-of-pocket spending and medication adherence among dialysis patients in twelve countries. *Health Affairs*, 27(1), 89-102.

- Hopman, P., Heins, M. J., Rijken, M. & Schellevis, F. G. (2015). Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in The Netherlands: differences and underlying factors. *European Journal of Internal Medicine*, 26(3), 190-196.
- Houle, N., Bohannon, R., Frigon, L., Maljanian, R., & Nieszczezewski, J. (2002). Health promoting behaviors, quality of life, and hospital resource utilization of patients receiving kidney transplants. *Nephrology Nursing Journal*, 29(1), 35-44.
- Hovinga, C. A., Asato, M. R., Manjunath, R., Wheless, J. W., Phelps, S. J., Sheth, R. D., ... & Haskins, L. S. (2008). Association of non-adherence to antiepileptic drugs and seizures, quality of life, and productivity: survey of patients with epilepsy and physicians. *Epilepsy & Behavior*, 13(2), 316-322.
- Hunt, S. M., McKenna, S. P., McEwen, J., Williams, J. & Papp, E. (1981). The Nottingham Health Profile: subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 15(3), 221-229.
- Ibrahim, S., Hossam, M., & Belal, D. (2015). Study of non-compliance among chronic hemodialysis patients and its impact on patients' outcomes. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 26(2), 243.
- Imanishi, Y., Fukuma, S., Karaboyas, A., Robinson, B. M., Pisoni, R. L., Nomura, T., ... & Fukuhara, S. (2017). Associations of employment status and educational levels with mortality and hospitalization in the dialysis outcomes and practice patterns study in Japan. *PloS one*, 12(3), e0170731.
- Insignia Health (2018). Patient Activation Measure (PAM). <https://www.insigniahealth.com/products/pam-survey>. Erişim: 10.04.2018.
- Jackson, C. A., Clatworthy, J., Robinson A., & Horne, R. (2010). Factors associated with non-adherence to oral medication for inflammatory bowel disease: A systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 105(3), 525-539.
- James, J. A. (2013). *Patient engagement: People actively involved in their health and health care tend to have better outcomes--and, some evidence suggests, lower costs*. Project HOPE.
- Jekel, J. F., Katz, D. L., Elmore, J. G. & Wild, D. (2007). *Epidemiology, biostatistics and preventive medicine*. Elsevier Health Sciences, USA.

- Jenkins-Jones, S., Parviainen, L., Porter, J., Withe, M., Whitaker, M. J., Holden, S. E., ... & Ross, R. J. (2018). Poor compliance and increased mortality, depression and healthcare costs in patients with congenital adrenal hyperplasia. *European Journal of Endocrinology*, 178(4), 309-320.
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., ... & Yang, C. W. (2013). Chronic kidney disease: Global dimension and perspectives. *The Lancet*, 382(9888), 260-272.
- Johnson, M. L., Zimmerman, L., Welch, J. L., Hertzog, M., Pozehl, B. & Plumb, T. (2016). Patient activation with knowledge, self-management and confidence in chronic kidney disease. *Journal of Renal Care*, 42(1), 15-22.
- Jones, K. R. (1992). Variations in the hemodialysis treatment process. *Clinical Nursing Research*, 1(1), 50-66.
- Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Ferrie, P. J., & Griffith, L. E. (1993). Measuring quality of life in asthma. *American Review of Respiratory Disease*, 147(4), 832-832.
- Kale, M. S., Bishop, T. F., Federman, A. D. & Keyhani, S. (2013). Trends in the overuse of ambulatory health care services in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 173(2), 142-148.
- Kamath, L., Hema, N. G. & Himamni, S. (2019). A study of drug utilisation pattern in patients of chronic kidney disease at a tertiary care hospital. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 8(2), 170-175
- Kammerer, J., Garry, G., Hartigan, M., Carter, B. & Erlich, L. (2007). Adherence in patients on dialysis: strategies for success. *Nephrology Nursing Journal*, 34(5), 479-488.
- Kane, R. L. (2006). *Understanding health care outcomes research*. Jones & Bartlett Learning, USA.
- Kanıtı Dayalı Tıp Derneği (2013). Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Raporu. http://saglikliturkiye.org/modules/yayinlar/datafiles/saglikliyaslanma_vekronik_hastaliklarfarkindalikprojesi-2016-06-23.pdf Erişim: 10.04.2018.
- Kao, T. W., Lai, M. S., Tsai, T. J., Jan, C. F., Chie, W. C., & Chen, W. Y. (2009). Economic, social, and psychological factors associated with health-related quality of life of chronic

- hemodialysis patients in Northern Taiwan: a multicenter study. *Artificial Organs*, 33(1), 61-68.
- Kaplan, S. H., Greenfield, S. & Ware Jr, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27(3), 110-127.
- Kara, B. (2007). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49(2), 132-136.
- Karagöz, Y. (2010). *İlişki Katsayıları*. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Karimi, M. & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649.
- Keleher, H., Parker, R., Abdulwadud, O., Francis, K. & Segal, D. (2008). Nurses' crucial role in primary care. *LAMP*, 65(4), 45.
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J. & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*, 9(4), 1-7.
- Khalil, A. A., Frazier, S. K., Lennie, T. A. & Sawaya, B. P. (2011). Depressive Symptoms and Dietary Adherence in Patients with End-Stage Renal Disease. *Journal of renal care*, 37(1), 30-39.
- Khan, S. S., Kazmi, W. H., Abichandani, R., Tighiouart, H., Pereira, B. J., & Kausz, A. T. (2002). Health care utilization among patients with chronic kidney disease. *Kidney International*, 62(1), 229-236.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes (2013). KDIGO 2012 clinical practice guidelines for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int*, 3(1): 1-150.
- Kim, J. Y., Kim, B., Park, K. S., Choi, J. Y., Seo, J. J., Park, S. H., ... & Kim, Y. L. (2013). Health-related quality of life with KDQOL-36 and its association with self-efficacy and treatment satisfaction in Korean dialysis patients. *Quality of Life Research*, 22(4), 753-758.
- Kim, Y. & Evangelista, L. S. (2010). Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrology*

- Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 37(3), 271-281.
- Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., Cruz, I. & Veis, J. H. (1998). Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International*, 54(1), 245-254.
- Kinney, R. L., Lemon, S. C., Person, S. D., Pagoto, S. L., & Saczynski, J. S. (2015). The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 545-552.
- Klein, R. (1993). Health care reform: the global search for utopia. *BMJ: British Medical Journal*, 307(6907), 752.
- Koşar, C. (2015). *Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın (Patient Activation Measure) Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Koşar, C., Pakyüz, S. Ç., & Çaydam, Ö. D. (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sıvı Kısıtlamasına Uyumluluğu ve Hasta Aktifliği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 9-20.
- Kressin, N. R. & Groeneveld, P. W. (2015). Race/Ethnicity and overuse of care: a systematic review. *The Milbank Quarterly*, 93(1), 112-138.
- Kugler, C., Maeding, I. & Russell, C. L. (2011). Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. *J Nephrol*, 24(3), 366-375.
- Kulkarni, S. P., Alexander, K. P., Lytle, B., Heiss, G. & Peterson, E. D. (2006). Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. *American Heart Journal*, 151(1), 185-191.
- Kyu, H. H., Stein, C. E., Pinto, C. B., Rakovac, I., Weber, M. W., Purnat, T. D., ... & Gold, A. L. (2018). Causes of death among children aged 5-14 years in the WHO European Region: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(5), 321-337.

- Ladin, K., Buttafarro, K., Hahn, E., Koch-Weser, S. & Weiner, D. E. (2017). "End-of-Life Care? I'm not Going to Worry About That Yet." Health Literacy Gaps and End-of-Life Planning Among Elderly Dialysis Patients. *The Gerontologist*, 58(2), 290-299.
- Lederer, S., Fischer, M. J., Gordon, H. S., Wadhwa, A., Popli, S., & Gordon, E. J. (2015). Barriers to effective communication between veterans with chronic kidney disease and their healthcare providers. *Clinical Kidney Journal*, 8(6), 766-771.
- Lee, D. K., Chertow, G. M., & Zenios, S. A. (2010). Reexploring differences among for-profit and nonprofit dialysis providers. *Health Services Research*, 45(3), 633-646.
- Lee, W. C., Lee, Y. T., Li, L. C., Ng, H. Y., Kuo, W. H., Lin, P. T., ... & Lee, C. T. (2018). The Number of Comorbidities Predicts Renal Outcomes in Patients with Stage 3–5 Chronic Kidney Disease. *Journal of Clinical Medicine*, 7(12), 493.
- Lee, Y. Y. & Lin, J. L. (2010). Do patient autonomy preference matter? linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. *Social Science and Medicine*, 71(10), 1811–1818.
- Leggat, J. E., Orzol, S. M., Hulbert-Shearon, T. E., Golper, T. A., Jones, C. A., Held, P. J., & Port, F. K. (1998). Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 32(1), 139-145.
- Lemos, C. F., Rodrigues, M. P., & Veiga, J. R. P. (2015). Family income is associated with quality of life in patients with chronic kidney disease in the pre-dialysis phase: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 202.
- Lessan-Pezeshki, M., & Rostami, Z. (2009). Contributing factors in health-related quality of life assessment of ESRD patients: A single center study. *Int J Nephrol Urol*, 1(2), 129-136.
- Levensky, E. R. (2006). Nonadherence to treatment. In *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy*, Ed. Fisher, J.E. & O'Donohue, W.T. (pp. 442-452). Springer, Boston, MA.
- Levey, A. S. & Coresh, J. (2012). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 379(9811), 165-180.
- Levey, A. S., Atkins, R., Coresh, J., Cohen, E. P., Collins, A. J., Eckardt, K. U., ... & Powe, N. R. (2007). Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and

- initiatives—a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney International*, 72(3), 247-259.
- Levey, A. S., Becker, C. & Inker, L. A. (2015). Glomerular filtration rate and albuminuria for detection and staging of acute and chronic kidney disease in adults: a systematic review. *JAMA*, 313(8), 837-846.
- Levey, A. S., Eckardt, K. U., Tsukamoto, Y., Levin, A., Coresh, J., Rossert, J., ... & Eknoyan, G. (2005). Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International*, 67(6), 2089-2100.
- Levin, A., Tonelli, M., Bonventre, J., Coresh, J., Donner, J. A., Fogo, A. B., ... & Kasiske, B. (2017). Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *The Lancet*, 390(10105), 1888-1917.
- Levine, R., Javalkar, K., Nazareth, M., Faldowski, R. A., de Ferris, M. D. G., Cohen, S., ... & Rak, E. (2018). Disparities in health literacy and healthcare utilization among adolescents and young adults with chronic or end-stage kidney disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, 57-61.
- Levinson, W., Lesser, C. S. & Epstein, R. M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Affairs*, 29(7), 1310-1318.
- Lins, S. M. D. S. B., Leite, J. L., Godoy, S. D., Fuly, P. D. S. C., Araújo, S. T. C. D. & Silva, Í. R. (2017). Validation of the adherence questionnaire for Brazilian chronic kidney disease patients under hemodialysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 558-565.
- Lins, S. M. D. S. B., Leite, J. L., Godoy, S. D., Tavares, J. M. A. B., Rocha, R. G., & Silva, F. V. C. (2018). Treatment adherence of chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 54-60.
- Livneh, H. (2016). Quality of life and coping with chronic illness and disability: A temporal perspective. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 59(2), 67-83.
- Liyanage, T., Ninomiya, T., Jha, V., Neal, B., Patrice, H. M., Okpechi, I., ... & Rodgers, A. (2015). Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *The Lancet*, 385(9981), 1975-1982.

- Lo, C., Ilic, D., Teede, H., Cass, A., Fulcher, G., Gallagher, M., ... & Polkinghorne, K. (2016). The perspectives of patients on health-Care for co-Morbid Diabetes and Chronic Kidney Disease: A qualitative study. *PLoS One*, *11*(1), e0146615.
- Loghman-Adham, M. (2003). Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. *American Journal of Managed Care*, *9*(2), 155-173.
- Loue, S. & Sajatovic, M. (2011). *Encyclopedia of immigrant health (Vol. 2)*. Springer Science & Business Media, New York.
- Lubetkin, E. I., Lu, W. H., & Gold, M. R. (2010). Levels and correlates of patient activation in health center settings: building strategies for improving health outcomes. *Journal of Health Care for The Poor and Underserved*, *21*(3), 796-808.
- Lucchetti, G., Almeida, L. G. C. D., & Granero, A. L. (2010). Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address?. *Brazilian Journal of Nephrology*, *32*(1), 128-132.
- Luyckx, V. A., Naicker, S. & McKee, M. (2013). Equity and economics of kidney disease in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, *382*(9887), 103-104.
- Lynch, D. J., McGrady, A. V., Nagel, R. W. & Wahl, E. F. (2007). The patient-physician relationship and medical utilization. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, *9*(4), 266-270.
- Lyu, H., Xu, T., Brotman, D., Mayer-Blackwell, B., Cooper, M., Daniel, M., ... & Makary, M. A. (2017). Overtreatment in the United States. *PloS one*, *12*(9), 1-11.
- Manavalan, M., Majumdar, A., Kumar, K. H., & Priyamvada, P. S. (2017). Assessment of health-related quality of life and its determinants in patients with chronic kidney disease. *Indian Journal of Nephrology*, *27*(1), 37.
- Mandzuk, L. L. & McMillan, D. E. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, *9*(1), 12-18.
- Manns, B., Johnson, J. A., Taub, K., Mortis, G., Ghali, W. A., & Donaldson, C. (2003). Quality of life in patients treated with hemodialysis or peritoneal dialysis: what are the important determinants?. *Clinical Nephrology*, *60*(5), 341-351.

- Mapes, D. L., Lopes, A. A., Satayathum, S., Mccullough, K. P., Goodkin, D. A., Locatelli, F., ... & Bommer, J. (2003). Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney International*, 64(1), 339-349.
- Marković, M., Zdravković, S., Mitrović, M., & Radojičić, A. (2016). An iterative multivariate post hoc I-distance approach in evaluating OECD Better Life Index. *Social Indicators Research*, 126(1), 1-19.
- Mazairac, A. H., Grooteman, M. P., Blankestijn, P. J., Penne, E. L., van der Weerd, N. C., den Hoedt, C. H., ... & de Wit, G. A. (2012). Differences in quality of life of hemodialysis patients between dialysis centers. *Quality of Life Research*, 21(2), 299-307.
- Mechta Nielsen, T., Frøjk Juhl, M., Feldt-Rasmussen, B., & Thomsen, T. (2017). Adherence to medication in patients with chronic kidney disease: a systematic review of qualitative research. *Clinical Kidney Journal*, 11(4), 513-527.
- Mergen, H., Van der Feltz-Cornelis, C. M., Karoglu, N., Mergen, B. E. & Ongel, K. (2012). Validity of the Turkish patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-Turkish) in comparison with the Europep instrument in a family medicine center. *HealthMed*, 6(5), 1763-1770.
- Michie, S., Miles, J. & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter?. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 197-206.
- Miller, A. S., Cafazzo, J. A. & Seto, E. (2016). A game plan: Gamification design principles in mHealth applications for chronic disease management. *Health Informatics Journal*, 22(2), 184-193.
- Morgan, M. (2008). *The doctor-patient relationship: Sociology as applied to medicine*. Saunders Elsevier, Edinburgh.
- Morton, R. L., Tong, A., Howard, K., Snelling, P., & Webster, A. C. (2010). The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ*, 340, c112.
- Mosen, D. M., Schmittiel, J., Hibbard, J., Sobel, D., Remmers, C. & Bellows, J. (2007). Is patient activation associated with outcomes of care for adults with chronic conditions?. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 30(1), 21-29.

- Mucsi, I. (2008). Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease Patients. *Primary Psychiatry*, 15(1).
- Mujais, S. K., Story, K., Brouillette, J., Takano, T., Soroka, S., Franek, C., ... & Finkelstein, F. O. (2009). Health-related quality of life in CKD patients: correlates and evolution over time. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4(8), 1293-1301.
- Mukoro, F. (2012). Summary of the evidence on performance of the Patient Activation Measure (PAM). *NHS Kidney Care*, 1-22.
- Nabolsi, M. M., Wardam, L. & Al-Halabi, J. O. (2015). Quality of life, depression, adherence to treatment and illness perception of patients on haemodialysis. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 1-10.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). *Health-Care Utilization as a Proxy in Disability Determination*. National Academies Press. <https://www.nap.edu/read/24969/chapter/4#23>. Erişim: 10.04.2018.
- National Kidney Foundation (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*, 39(2).
- National Kidney Foundation (2013). *About chronic kidney disease*. <http://www.kidney.org/kidneydisease/aboutckd.cfm> . Erişim: 10.04.2018.
- Navarro, V. (1971). Redefining the health problem and implications for planning personal health services. *HSMHA health reports*, 86(8), 711.
- Nayana, S. A., Balasubramanian, T., Nathaliya, P. M., Hussain, P. N., Salim, K. M., & Lubab, P. M. (2017). A cross sectional study on assessment of health related quality of life among end stage renal disease patients undergoing hemodialysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 5(3), 148-153.
- Nazlıcan, E., Demirhindi, H. & Akbaba, M. (2012). Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(4), 383-388.
- Neuen, B. L., Chadban, S. J., Demaio, A. R., Johnson, D. W. & Perkovic, V. (2017). Chronic kidney disease and the global NCDs agenda. *BMJ*, 2, 1-4.

- Nguyen, N. T., Cockwell, P., Maxwell, A. P., Griffin, M., O'Brien, T., & O'Neill, C. (2018). Chronic kidney disease, health-related quality of life and their associated economic burden among a nationally representative sample of community dwelling adults in England. *PloS one*, *13*(11), e0207960.
- Ngwakongnwi, E. (2017). Measuring health services utilization in ethnic populations: Ethnicity and choice of frameworks. *The Open Public Health Journal*, *2*(2), 53-58.
- Nişel, R. N., Çınar, A., & Ekizler, H. (2016). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Uluslararası Mukayeseli Analizi. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, *38*(1), 249-259.
- Norris, S. L., Glasgow, R. E., Engelgau, M. M., Os'Connor, P. J. & McCulloch, D. (2003). Chronic disease management. *Disease Management & Health Outcomes*, *11*(8), 477-488.
- Nunes, J. A. W., Wallston, K. A., Eden, S. K., Shintani, A. K., Ikizler, T. A., & Cavanaugh, K. L. (2011). Associations among perceived and objective disease knowledge and satisfaction with physician communication in patients with chronic kidney disease. *Kidney International*, *80*(12), 1344-1351.
- Nurmi, E., Haapamäki, J., Paavilainen, E., Rantanen, A., Hillilä, M. & Arkkila, P. (2013). The burden of inflammatory bowel disease on health care utilization and quality of life. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *48*(1), 51-57.
- O'Grady-Hamre, M. C., BCD, C., ASWCM, D. F. L., & Fair Lawn, N. J. (2013). Support of Renal Patients and Families Facing End-of-Life Care Decisions: A Nephrology Social Worker's Reflection. *National Kidney Foundation Journal of Nephrology Social Work*, *37*, 29-33.
- Ockene, I. S., Hayman, L. L., Pasternak, R. C., Schron, E. & Dunbar-Jacob, J. (2002). Task force 4 - adherence issues and behavior changes: achieving a long-term solution. *Journal of the American College of Cardiology*, *40*(4), 630-640.
- O'connor, A. M., Légaré, F. & Stacey, D. (2003). Risk communication in practice: the contribution of decision aids. *BMJ*, *327*(7417), 736-740.
- OECD (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris.

- Okpechi, I. G., Nthite, T. & Swanepoel, C. R. (2013). Health-related quality of life in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 24(3), 519-526.
- Okunrintemi, V., Spatz, E. S., Di Capua, P., Salami, J. A., Valero-Elizondo, J., Warraich, H., ... & Borden, W. B. (2017). Patient–provider communication and health outcomes among individuals with atherosclerotic cardiovascular disease in the United States: Medical Expenditure Panel Survey 2010 to 2013. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 10(4), e003635.
- Oliveira, A. P. B., Schmidt, D. B., Amatneeks, T. M., Santos, J. C. D., Cavallet, L. H. R., & Michel, R. B. (2016). Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. *Brazilian Journal of Nephrology*, 38(4), 411-420.
- Ong, L. M., Visser, M. R., Lammes, F. B. & De Haes, J. C. (2000). Doctor–patient communication and cancer patients’ quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 41(2), 145-156.
- Ontario, H. Q. (2013). Continuity of care to optimize chronic condition management in the community setting: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*, 13(6), 1-41.
- Ozgen, H., & A. Ozcan, Y. (2002). A national study of efficiency for dialysis centers: an examination of market competition and facility characteristics for production of multiple dialysis outputs. *Health Services Research*, 37(3), 711-732.
- Özkurt, S., Sağlan, Y., Gölgeci, H., Sağlan, R., Balcıoğlu, H., Bilge, U., & Ünlüoğlu, İ. (2017). Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyumun değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 17(4), 275-283.
- Parkerson Jr, G. R. & Gutman, R. A. (2000). Health-related quality of life predictors of survival and hospital utilization. *Health Care Financing Review*, 21(3), 171-184.
- Patrick, D. L. & Deyo, R. A. (1989). Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Medical Care*, 27(3), 217-232.

- Pehlivan, F., Yüksel, Ş., Ahsen, A., Coşkun, K. Ş., Güzel, H. İ. & Mayda, H. (2016). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Mizaç ve Karakter Özellikleri ve Yaşam Kalitesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, 3(1), 13-16.
- Peipert, J. D., Bentler, P. M., Klicko, K., & Hays, R. D. (2018). Psychometric properties of the kidney disease quality of life 36-item short-form survey (KDQOL-36) in the United States. *American Journal of Kidney Diseases*, 71(4), 461-468.
- Pelin, M. (2017). *Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi*. Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- Pera, P. I. (2011). Living with diabetes: quality of care and quality of life. *Patient Preference and Adherence*, 5, 65.
- Perez, S. I. A., Senior, P. A., Field, C. J., Jindal, K., & Mager, D. R. (2019). Frailty, health-related quality of life, cognition, depression, vitamin d and health-care utilization in an ambulatory adult population with type 1 or type 2 diabetes mellitus and chronic kidney disease: a cross-sectional analysis. *Canadian Journal of Diabetes*, 43(2), 90-97.
- Pinheiro, J., Maia, M., & Alves, H. (2013). The physician-patient relationship in dialysis.
- Plantinga, L. C., Fink, N. E., Sadler, J. H., Levey, A. S., Levin, N. W., Rubin, H. R., ... & Powe, N. R. (2004). Frequency of patient-physician contact and patient outcomes in hemodialysis care. *Journal of the American Society of Nephrology*, 15(1), 210-218.
- Plantinga, L. C., Jaar, B. G., Fink, N. E., Sadler, J. H., Levin, N. W., Coresh, J., ... & Powe, N. R. (2005). Frequency of patient-physician contact in chronic kidney disease care and achievement of clinical performance targets. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(2), 115-121.
- Poppe, C., Crombez, G., Hanouille, I., Vogelaers, D., & Petrovic, M. (2012). Improving quality of life in patients with chronic kidney disease: influence of acceptance and personality. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 28(1), 116-121.
- Radecki, S. E., Mendenhall, R. C., Nissenson, A. R., Freeman, R. B., Blagg, C. R., Capelli, J. P., ... & Feinstein, E. I. (1988). Case-mix and treatment in end-stage renal disease: Hemodialysis v peritoneal dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 11(1), 7-14.

- Rand Health Care. *36-Item Short Form Survey (SF-36)*. https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form.html Erişim: 10.04.2018.
- Rao, C., Adair, T., Bain, C. & Doi, S. A. (2011). Mortality from diabetic renal disease: a hidden epidemic. *The European Journal of Public Health*, 22(2), 280-284.
- Rask, K. J., Ziemer, D. C., Kohler, S. A., Hawley, J. N., Arinde, F. J. & Barnes, C. S. (2009). Patient activation is associated with healthy behaviors and ease in managing diabetes in an indigent population. *The Diabetes Educator*, 35(4), 622-630.
- RCP, RCGP & NHS Alliance (2004). *Clinicians, Services and Commissioning in Chronic Disease Management in the NHS; the need for co-ordinated management programmes*. RCP, RCGP & NHS Alliance, London.
- Rector, T. S. & Cohn, J. (2004). *Minnesota living with heart failure questionnaire*. University of Minnesota, Minnesota.
- Rejeski, W. J. & Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological sciences and medical sciences*, 56(2), 23-35.
- Ricardo, A. C., Hacker, E., Lora, C. M., Ackerson, L., DeSalvo, K. B., Go, A., ... & Xie, D. (2013). Validation of the kidney disease quality of life short form 36 (KDQOL-36™) US Spanish and English versions in a cohort of hispanics with chronic kidney disease. *Ethnicity & Disease*, 23(2), 202.
- Rich, K. L., Modi, A. C., Mara, C., Pai, A. L., Varnell, C. D., Turnier, L., ... & Hooper, D. K. (2018). Predicting health care utilization and charges using a risk score for poor adherence in pediatric kidney transplant recipients. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 6(2), 107.
- Rix, A. & Marrin, K. (2015). *Prudent health care and patient activation: an appraisal prepared for the planned care programme*. Welsh Government, Cardiff.
- Rosemann, T., Laux, G., & Szecsenyi, J. (2007). Osteoarthritis: quality of life, comorbidities, medication and health service utilization assessed in a large sample of primary care patients. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 2(1), 12.

- Sa'ed, H. Z., Daraghmeh, D. N., Mezyed, D. O., Khdeir, R. L., Sawafta, M. N., Ayaseh, N. A., ... & Al-Jabi, S. W. (2016). Factors affecting quality of life in patients on haemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *BMC Nephrology*, 17(1), 44.
- Sabate, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization, Geneva.
- Safdar, N., Baakza, H., Kumar, H. & Naqvi, S. A. J. (1995). Non-compliance to diet and fluid restrictions in haemodialysis patients. *Journal-Pakistan Medical Association*, 45, 293-294.
- Sagha Zadeh, R., Eshelman, P., Setla, J. & Sadatsafavi, H. (2018). Strategies to improve quality of life at the end of life: interdisciplinary team perspectives. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(3), 411-416.
- Sağlık Bakanlığı (2014). *Türkiye böbrek hastalıkları önleme ve kontrol programı eylem planı (2014-2017)*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı (2017). Böbrek yetmezliği tedavisinde kullanılan periton diyalizi ve hemodiyaliz yönteminin dolaylı maliyetlerinin analizi. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Salman, B., Hussain, M., Shafique, K., Imtiaz, S. & Dhrolia, M. F. (2018). Risk factors of hospitalization among chronic kidney disease patients in tertiary care hospitals-A single-center experience. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 29(5), 1150.
- Saran, R., Bragg-Gresham, J. L., Rayner, H. C., Goodkin, D. A., Keen, M. L., Van Dijk, P. C., ... & Young, E. W. (2003). Nonadherence in hemodialysis: associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney International*, 64(1), 254-262.
- Sayin, A., Mutluay, R. & Sindel, S. (2007). Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplantation Proceedings*, 39(10), 3047-3053.
- Scheppers, E., Van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J. & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *Family Practice*, 23(3), 325-348.

- Schmid, H., Hartmann, B. & Schiffli, H. (2009). Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature. *European Journal of Medical Research*, 14(5), 185–190.
- Schneider, J., Kaplan, S. H., Greenfield, S., Li, W. & Wilson, I. B. (2004). Better physician-patient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *Journal of General Internal Medicine*, 19(11), 1096-1103.
- Seber, G. A. & Lee, A. J. (2012). *Linear regression analysis*. John Wiley & Sons, USA.
- Seiber, W. J., Groessl, E. J., David, K. M., Ganiats, T. G. & Kaplan, R. M. (2008). *Quality of well being self-administered (QWB-SA) scale*. Health Services Research Center, University of California, San Diego.
- Seica, A., Segall, L., Verzan, C., Văduva, N., Madincea, M., Rusoiu, S., ... & Grăjdeanu, L. (2008). Factors affecting the quality of life of haemodialysis patients from Romania: a multicentric study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 24(2), 626-629.
- Selinger, C. P. & Robinson, A. (2014). The Handbook of Behavioral Medicine. In *Non-adherence to Medical Treatment*. Ed. Mostofsky, D.I. (pp.23-35) John Wiley & Sons, UK.
- Senanayake, S. J., Gunawardena, N. S., Palihawadana, P., Bandara, S., Bandara, P., Ranasinghe, A. U., ... & Kumara, G. P. (2017). Out-of-pocket expenditure in accessing healthcare services among Chronic Kidney Disease patients in Anuradhapura District. *Ceylon Medical Journal*, 62(2), 100-103.
- Seow, L. S. E., Tan, T. H., Abdin, E., Chong, S. A. & Subramaniam, M. (2019). Comparing disease-specific and generic quality of life measures in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 273, 387-393.
- Sequist, T. D., Holliday, A. M., Orav, E. J., Bates, D. W., & Denker, B. M. (2018). Physician and patient tools to improve chronic kidney disease care. *Am J Manag Care*, 24(4), e107-e114.
- Sgnaolin, V. & Figueiredo, A. E. P. L. (2012). Adherence to pharmacological treatment in adult patients undergoing hemodialysis. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 34(2), 109-116.

- Shaker, H., Iraj, S., Naini, A. E. & Jouibari, M. A. M. (2011). Effect of shift work on patient-doctor relationship in emergency department. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(11), 1495-1499.
- Shimizu, U., Mitadera, Y., Aoki, H. & Akazawa, K. (2015). Dialysis patients' utilization of health care services covered by long-term care insurance in Japan. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 236(1), 9-19.
- Singh, D. (2008). *How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?* World Health Organization, Denmark.
- Skolasky, R. L., Green, A. F., Scharfstein, D., Boulton, C., Reider, L. & Wegener, S. T. (2011). Psychometric properties of the patient activation measure among multimorbid older adults. *Health Services Research*, 46(2), 457-478.
- Slinin, Y., Greer, N., Ishani, A., MacDonald, R., Olson, C., Rutks, I., & Wilt, T. J. (2015). Timing of dialysis initiation, duration and frequency of hemodialysis sessions, and membrane flux: a systematic review for a KDOQI clinical practice guideline. *American Journal of Kidney Diseases*, 66(5), 823-836.
- Smith, K., Coston, M., Glock, K., Elasy, T. A., Wallston, K. A., Ikizler, T. A., & Cavanaugh, K. L. (2010). Patient perspectives on fluid management in chronic hemodialysis. *Journal of Renal Nutrition*, 20(5), 334-341.
- Smith, D. (2018). *Chronic Kidney Disease: A Global Crisis*. <https://www.healthcare.siemens.com/news/chronic-kidney-disease.html>. Erişim: 22.11.2018.
- Sokol, M. C., McGuigan, K. A., Verbrugge, R. R. & Epstein, R. S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Medical Care*, 43(6), 521-530.
- Som, A., Groenendyk, J., An, T., Patel, K., Peters, R., Polites, G., & Ross, W. R. (2017). Improving dialysis adherence for high risk patients using automated messaging: Proof of concept. *Scientific Reports*, 7(1), 4177.
- Song, M. K., & Ward, S. E. (2014). The extent of informed decision-making about starting dialysis: does patients' age matter?. *Journal of Nephrology*, 27(5), 571-576.

- Spitzer, W. O. (1987). State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 465-471.
- Squier, R. W. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science & Medicine*, 30(3), 325-339.
- Staiger, T. O., Jarvik, J. G., Deyo, R. A., Martin, B., & Braddock III, C. H. (2003). Patient-Physician Agreement as a Predictor of Outcomes in Patients with Back Pain. *Journal of General Internal Medicine*, 233-234.
- Starfield, B., Lemke, K. W., Herbert, R., Pavlovich, W. D., & Anderson, G. (2005). Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *The Annals of Family Medicine*, 3(3), 215-222.
- Stirling, C., Andrews, S., Croft, T., Vickers, J., Turner, P., & Robinson, A. (2010). Measuring dementia carers' unmet need for services-an exploratory mixed method study. *BMC Health Services Research*, 10(1), 122-132.
- Straube, B. M. (2014). Do health outcomes vary by profit status of hemodialysis units? *Clin J Am Soc Nephrol*, 9(1), 1-2.
- Sutaria, A., Liu, L., & Ahmed, Z. (2016). Multiple medication (polypharmacy) and chronic kidney disease in patients aged 60 and older: a pharmacoepidemiologic perspective. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease*, 10(4), 242-250.
- Süleymanlar, G., Utaş, C., Arinsoy, T., Ateş, K., Altun, B., Altıparmak, M. R., ... & Serdengeçti, K. (2011). A population-based survey of Chronic REnal Disease In Turkey—the CREDIT study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(6), 1862-1871.
- Szklo, M. & Nieto, F. J. (2014). *Epidemiology: beyond the basics*. Jones & Bartlett Learning. Burlington, MA.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. 5th ed., Allyn and Bacon, Boston.
- Taşkaya, S. (2014). *Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri İle Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.

- Tavallai, S. A., Ebrahimnia, M., Shamspour, N. & Assari, S. (2009). Effect of depression on health care utilization in patients with end-stage renal disease treated with hemodialysis. *European Journal of Internal Medicine*, 20(4), 411-414.
- Tesfaye, W., Castelino, R. L., Wimmer, B. C., McKercher, C., Jose, M. D., Neil, A., & Zaidi, S. T. (2017). Medication burden, adherence and health-related quality of life in advanced chronic kidney disease. In *53rd Annual Scientific Meeting of the Australian and New Zealand Society of Nephrology (ANZSN)*.
- Thamer, M., Zhang, Y., Kaufman, J., Cotter, D., Dong, F. & Hernán, M. A. (2007). Dialysis facility ownership and epoetin dosing in patients receiving hemodialysis. *JAMA*, 297(15), 1667-1674.
- Thaweethamcharoen, T., Srimongkol, W., Noparatayaporn, P., Jariyayothin, P., Sukthinthai, N., Aiyasanon, N., ... & Vasuvattakul, S. (2013). Validity and reliability of KDQOL-36 in Thai kidney disease patient. *Value in Health Regional Issues*, 2(1), 98-102.
- The Kidney Foundation of Canada (2018). The Burden of Out-of-Pocket Costs for Canadians with Kidney Failure, 2018 Report. https://www.kidney.ca/file/Burden_of_Out-of-Pocket_Costs.pdf
- Theofilou, P. (2013). The Effect of Sociodemographic Features and Beliefs about Medicines on Adherence to Chronic Kidney Disease Treatment. *International Journal of Caring Sciences*, 6(2): 188-194
- Tıǧlı, A., Yakut, Y., & Çolak, T. (2017). Böbrek Transplantasyonu Sonrası Kalistenik Egzersiz Eğitiminin Yaşam Kalitesi Ve Egzersiz kapasitesine etkisi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 4(3), 91-96.
- Tonelli, M., Wiebe, N., Culeton, B., House, A., Rabbat, C., Fok, M., ... & Garg, A. X. (2006). Chronic kidney disease and mortality risk: A systematic review. *Journal of The American Society of Nephrology*, 17(7), 2034-2047.
- Torrance, G. W., Furlong, W., Feeny, D. & Boyle, M. (1995). Multi-attribute preference functions. *Pharmacoeconomics*, 7(6), 503-520.
- Trisolini, M., Roussel, A., Zerhusen, E., Schatell, D., Harris, S., Bandel, K., ... & Klicko, K. (2004). Activating chronic kidney disease patients and family members through the Internet to promote integration of care. *International Journal of Integrated Care*, 4(15).

- Tsay, S. L. & Hung, L. O. (2004). Empowerment of patients with end-stage renal disease—a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 59-65.
- Tu, X. J., Hwang, W. J., Ma, H. I., Chang, L. H. & Hsu, S. P. (2017). Determinants of generic and specific health-related quality of life in patients with Parkinson's disease. *PLoS one*, 12(6), 1-12.
- TUSIAD (2012). *Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü*. Sis Matbaacılık, İstanbul.
- Türk Nefroloji Derneği (2017). *Türk Böbrek Kayıt Sistem Raporu*. Türk Nefroloji Derneği Yayınları.
- Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması (2013). *Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- United States Renal Data Systems (2013). *Annual data report: atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States*. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, UK.
- United States Renal Data Systems (2014). *2014 USRDS Annual Data Report Volume 1: Chronic Kidney Disease*. <http://www.usrds.org/2014/view/Default.aspx>. Erişim: 10.10.2018.
- Valderrábano, F., Jofre, R. & López-Gómez, J. M. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38(3), 443-464.
- Van Bulck, L., Claes, K., Dierickx, K., Hellemans, A., Jamar, S., Smets, S., & Van Pottelbergh, G. (2018). Patient and treatment characteristics associated with patient activation in patients undergoing hemodialysis: A cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 19(1), 126.
- Van der Feltz-Cornelis, C. M., Van Oppen, P., Van Marwijk, H. W., De Beurs, E. & Van Dyck, R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry*, 26(2), 115-120.
- Vanholder, R., Annemans, L., Brown, E., Gansevoort, R., Gout-Zwart, J. J., Lameire, N., ... & Van Biesen, W. (2017). Reducing the costs of chronic kidney disease while delivering quality health care: a call to action. *Nature Reviews Nephrology*, 13(7), 393-409.

- Velanovich, V. (2007). The development of the GERD-HRQL symptom severity instrument. *Diseases of the Esophagus*, 20(2), 130-134.
- Vélez-Vélez, E. & Bosch, R. J. (2016). Illness perception, coping and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 849-863.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Viswanathan, M., Golin, C. E., Jones, C. D., Ashok, M., Blalock, S. J., Wines, R. C., ... & Lohr, K. N. (2012). Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 157(11), 785-795.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J., & Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127(12), 1097-1102.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. *Effective Clinical Practice: ECP*, 1(1), 2.
- Wagner, E. H., Bennett, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M., Schaefer, J. K., & Vonkorff, M. (2005). Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11(supplement 1), s-7.
- Walker, A., Pearse, J., Thurecht, L. & Harding, A. (2006). Hospital admissions by socio-economic status: does the Inverse care law 'apply to older Australians?. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 30(5), 467-473.
- Walker, R. C., Hanson, C. S., Palmer, S. C., Howard, K., Morton, R. L., Marshall, M. R., & Tong, A. (2015). Patient and caregiver perspectives on home hemodialysis: a systematic review. *American Journal of Kidney Diseases*, 65(3), 451-463.
- Wang, V., Vilme, H., Maciejewski, M. L. & Boulware, L. E. (2016). The economic burden of chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Seminars in Nephrology*, 36(4), 319-330.

- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L. & Masson, P. (2017). Chronic kidney disease. *The Lancet*, 389(10075), 1238-1252.
- Weingarten, S. R., Henning, J. M., Badamgarav, E., Knight, K., Hasselblad, V., Gano Jr, A. & Ofman, J. J. (2002). Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*, 325(7370), 925.
- Weng, H. C., Chen, H. C., Chen, H. J., Lu, K. & Hung, S. Y. (2008). Doctors' emotional intelligence and the patient–doctor relationship. *Medical Education*, 42(7), 703-711.
- Whoqol Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Wiener, J., Liu, K., & Schieber, G. (1986). Case-mix differences between hospital-based and freestanding skilled nursing facilities: A review of the evidence. *Medical Care*, 1173-1182.
- Williams, K. J. & McGirt, L. (2012). *Health Services Utilization*. Encyclopedia of Immigrant Health, 802-806.
- Wolinsky, F. D., Coe, R. M., Miller, D. K., Prendergast, J. M., Creel, M. J. & Chavez, M. N. (1983). Health services utilization among the noninstitutionalized elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 325-337.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>. Erişim: 12.04.2018.
- World Health Organization (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment. Switzerland: World Health Organization. global report*. Geneva. www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/. Erişim: 12.04.2018.
- World Health Organization (2017). *Noncommunicable diseases*. <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs355/en/>. Erişim: 12.04.2018.
- World Kidney Day (2015). *Chronic Kidney Disease*. <http://www.worldkidneyday.org/faqs/chronic-kidney-disease/>. Erişim: 12.12.2018.

- Yang, Y., Thumula, V., Pace, P. F., Banahan, B. F., Wilkin, N. E. & Lobb, W. B. (2009). Predictors of medication non-adherence among patients with diabetes in Medicare Part D programs: A retrospective cohort study. *Clinical Therapeutics*, 31, 2178–2188.
- Yıldırım, A., Ögütmen, B. & Bektaş, G. H. I. (2007). Translation, cultural adaptation, initial reliability and validation of the kidney disease and quality of life-short form (KDQOL-SF 1.3) in turkey. *Transplantation Proceedings*, 39, 51-54.
- Yiğit, V., & Erdem, R. (2015). Türkiye’de diyaliz ve böbrek transplantasyonu tedavisinin maliyet etkililik analizi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(13), 182-205.
- Young, E. W., Goodkin, D. A., Mapes, D. L., Port, F. K., Keen, M. L., Chen, K., ... & Held, P. J. (2000). The dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS): an international hemodialysis study. *Kidney International*, 57, S74-S81.
- Zimbudzi, E., Lo, C., Ranasinha, S., Fulcher, G. R., Jan, S., Kerr, P. G., ... & Zoungas, S. (2017). Factors associated with patient activation in an Australian population with comorbid diabetes and chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMJ*, 7(10), e017695.
- Zolnierok, K. B. H. & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834.
- Zwar, N., Harris, M., Griffiths, R., Roland, M., Dennis, S., Powell Davies, G. & Hasan, I. (2017). *A systematic review of chronic disease management*. Australian Primary Health Care Research Institute, Australia.

https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html. Erişim: 10.02.2017

<http://vassarstats.net/pbcorr.html>. Erişim: 10.01.2019

EK 1. ANKET FORMU

GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu soru formu ‘‘Sağlık Hizmeti Kullanımı, Tedaviye Uyum ve Hastalık Düzeyinin Diyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi’’ isimli bilimsel araştırmada kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Bu araştırmanın kronik böbrek rahatsızlığı olan ve diyaliz tedavisi alan hastaların yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek ve yaşam kalitesine etki eden faktörleri ortaya koyabilmek amacıyla gerçekleştirilmesi planlanmaktadır. Bu anket, sağlığınıza, nasıl hissettiğinizi ve günlük etkinliklerinizi ne kadar iyi sürdürebildiğinizi izlemeye yardımcı olacaktır.

Bu çalışmanın uygulanabilmesi için gerekli olan etik kurulu ve çalışılan kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Ankete vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak ve kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacaktır. Elinizdeki bilgi toplama formunda yer alan sorulara sizi en iyi yansıtacak şekilde cevaplar vermeniz araştırmadan elde edilen sonuçların doğruluğu açısından önemlidir.

Anketimiz 6 bölümden oluşmakta olup, yaklaşık 20 dk zamanınızı alacaktır. Araştırmamıza katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Ayrıca herhangi bir nedenle ya da hiçbir neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Araştırmaya ve araştırma sonuçlarına ait sorularınızı aşağıdaki e-mail adresine ileterek gerekli bilgileri alabilirsiniz. Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen soru formundaki soruları cevaplayınız.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz. Araştırmamıza katılımınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Sorumlu Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Mehmet TOP

Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü

Tel: 0312 297 63 56

Araştırmacı

Arş. Gör. Gamze BAYIN DONAR

Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü

Tel: 0312 297 63 56

E-mail: gamzebayin@gmail.com

BÖLÜM A: Tanımlayıcı Bilgiler

Aşağıda sizinle ilgili bilgiler yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz şekilde doldurunuz ve ilgili kutucuğa X işareti koyunuz.

1. Cinsiyetiniz

Erkek

Kadın

2. Doğum Yılıınız

.....

3. Medeni Durumunuz

Evli

Bekar

Boşanmış, dul, eşinden ayrı yaşıyor

4. Eğitim Durumunuz

Okuryazar değil

Lise Mezunu

Okuryazar

Lisans Mezunu

İlkokul Mezunu

Lisansüstü Mezunu

Ortaokul Mezunu

5. Çalışma Durumunuz

.....

6. Tedavi Türü

.....

7. Hastalık Süresi

.....

8. Diyaliz Uygulanma Sıklığı

.....

9. Kaç Yıldır Diyaliz Tedavisi Alıyorsunuz?

.....

10. Böbrek Hastalığınız Hariç Kronik Hastalığınız Var mı?

.....

BÖLÜM B: Böbrek Hastalığı ve Yaşam Kalitesi (KDQOL™-36)

Aşağıda sağlığınız ve genel aktivitelerinizde ne kadar iyi olduğunuz hakkındaki görüşleriniz sorgulanmaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz şekilde doldurunuz ve ilgili kutucuğa X işareti koyunuz.

Sağlığınız

Bu anket sağlığınız ve yaşamınız ile ilgili çok çeşitli sorular içermektedir. Bu konuların her biri ile ilgili nasıl hissettiğinizi merak ediyoruz.

1. Genel olarak, sağlığınız:

[] Mükemmel [] Çok İyi [] İyi [] Orta [] Kötü

Aşağıdaki maddeler tipik bir gün boyunca yapıyor olabileceğiniz etkinlikler ile ilgilidir. Bugünlerde sağlığınız bu etkinlikleri yerine getirirken sizi sınırlıyor mu? Eğer böyle ise ne kadar? [her satırda bir kutu içine X işareti koyun.]

	Evet, çok sınırlıyor	Evet, biraz sınırlıyor	Hayır, hiç sınırlamıyor
2. Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek, bowling veya golf oynamak gibi hafif etkinlikler	[]	[]	[]
3. Birkaç kat merdiven çıkmak....	[]	[]	[]

Son 4 hafta boyunca fiziksel sağlığınızın bir sonucu olarak işiniz veya diğer düzenli günlük etkinlikleriniz ile ilgili aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
4. İsteddiğinizden daha az işi yerine getirebildiniz	[]	[]
5. İşin veya diğer etkinliklerin türüne göre sınırlandınız	[]	[]

Son 4 hafta boyunca herhangi bir duygusal problemin (depresyon veya anksiyete hissi gibi) bir sonucu olarak işiniz veya diğer düzenli günlük etkinlikleriniz ile ilgili aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
6. İsteddiğinizden <u>daha az işi yerine getirebildiniz</u>	[]	[]
7. İşinizi veya diğer etkinlikleri her zamanki kadar <u>dikkatli</u> yapmadınız	[]	[]

8. Son 4 hafta boyunca, ağrı normal işiniz (hem ev dışındaki iş, hem ev işi dahil) üzerinde ne kadar etkili oldu?

[] Hiç [] Biraz [] Orta Derecede [] Epeyce [] Oldukça Fazla

Bu sorular son 4 hafta boyunca nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Her soru için lütfen nasıl hissettiğinizi en yakın şekilde anlatan yanıtı verin.

Son 4 hafta boyunca kaç kere.....

	Her Zaman	Çoğunlukla	Oldukça Çok	Bazen	Biraz	Hiçbir Zaman
9. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
10. Çok enerjik oldunuz?	[]	[]	[]	[]	[]	[]
11. Üzüntülü ve keyifsiz hissettiniz?	[]	[]	[]	[]	[]	[]

12. Son 4 hafta boyunca, fiziksel sağlığınız veya duygusal problemleriniz kaç kere sosyal etkinliklerinizi (arkadaşlarınızı, akrabalarınızı, vs. ziyaret) etkiledi?

[] Her Zaman [] Çoğu Zaman [] Bazen [] Çok Az [] Hiçbir Zaman

Böbrek HastalığınızAşağıdaki ifadelerden her biri sizin için ne kadar **doğru** veya **yanlış**?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
13. Böbrek hastalığım yaşamımı çok fazla etkiliyor	[]	[]	[]	[]	[]
14. Zamanımın çoğunu böbrek hastalığımla uğraşarak harcıyorum	[]	[]	[]	[]	[]
15. Böbrek hastalığımla uğraşmak kendimi gergin hissetmeme neden oluyor	[]	[]	[]	[]	[]
16. Aileme yük olduğumu düşünüyorum	[]	[]	[]	[]	[]

Son 4 hafta boyunca, aşağıdakilerden her biri sizi hangi ölçüde rahatsız etti?

	Hiç rahatsız etmedi	Biraz rahatsız etti	Orta ölçüde rahatsız etti	Oldukça rahatsız etti	Çok fazla rahatsız etti
17. Kaslarınızda acıma	[]	[]	[]	[]	[]
18. Göğüs ağrısı	[]	[]	[]	[]	[]
19. Kramplar	[]	[]	[]	[]	[]
20. Cilt kaşıntısı	[]	[]	[]	[]	[]
21. Kuru cilt	[]	[]	[]	[]	[]
22. Nefes darlığı	[]	[]	[]	[]	[]
23. Bitkinlik veya baş dönmesi	[]	[]	[]	[]	[]
24. İştah azalması	[]	[]	[]	[]	[]
25. Yorgunluk veya Bitkinlik	[]	[]	[]	[]	[]
26. Ellerde veya ayaklarda uyuşukluk	[]	[]	[]	[]	[]
27. Bulantı veya mide bozulması	[]	[]	[]	[]	[]
28. a. Giriş bölgesinde sorun (Sadece hemodiyaliz hastaları)	[]	[]	[]	[]	[]
28. b. Kateter bölgesinde sorun (Sadece peritoneal diyaliz hastaları)	[]	[]	[]	[]	[]

Böbrek Hastalığının Günlük Yaşamınız Üzerindeki Etkileri

Bazı insanlar böbrek hastalığının günlük yaşamları üzerindeki etkilerinden rahatsız olurken, bazıları olmaz. Böbrek hastalığı aşağıdaki alanların her birinde sizi ne kadar **rahatsız** ediyor?

	Hiç rahatsız etmiyor	Biraz rahatsız ediyor	Orta ölçüde rahatsız ediyor	Çok Fazla rahatsız ediyor	Çok fazla rahatsız ediyor
29. Sıvı kısıtlaması	[]	[]	[]	[]	[]
30. Diyet kısıtlaması	[]	[]	[]	[]	[]
31. Ev içinde çalışabilme kapasiteniz	[]	[]	[]	[]	[]
32. Seyahat edebilme kapasiteniz	[]	[]	[]	[]	[]
33. Doktorlara ve diğer tıp personeline bağımlı olmak	[]	[]	[]	[]	[]
34. Böbrek hastalığının neden olduğu stress veya üzüntüler	[]	[]	[]	[]	[]
35. Cinsel yaşamınız	[]	[]	[]	[]	[]
36. Kişisel görünümünüz	[]	[]	[]	[]	[]

BÖLÜM C: Hasta Aktivlik Ölçeği

İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Bilemiyorum/Değerlendiremiyorum
1. Her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığımdan ve bakımımdan sorumlu olan kişi benim.	[]	[]	[]	[]	[]
2. Kendi sağlık bakımımda aktif rol almak, sağlığım için en önemli faktördür	[]	[]	[]	[]	[]
3. Sağlık problemlerimi önleyebilme veya azaltabilme konusunda kendimden eminim	[]	[]	[]	[]	[]
4. Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum.	[]	[]	[]	[]	[]
5. Bir sağlık sorunum olduğunda, bu sorunla kendim baş edebilir miyim ya da doktora gitmem mi gerekiyor, bunu ayırt etmede kendimden eminim.	[]	[]	[]	[]	[]
6. Doktor bana sormasa bile, ona endişelerimi aktarabilme konusunda kendimden eminim.	[]	[]	[]	[]	[]
7. Tıbbi tedaviyi (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi) evde sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim	[]	[]	[]	[]	[]
8. Sağlık sorunlarımı ve bunlara nelerin neden olduğunu biliyorum	[]	[]	[]	[]	[]
9. Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum	[]	[]	[]	[]	[]
10. Şu ana kadar, doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim.	[]	[]	[]	[]	[]
11. Sağlığım ile ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum	[]	[]	[]	[]	[]
12. Sağlığım ile ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında, bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim	[]	[]	[]	[]	[]
13. Stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.	[]	[]	[]	[]	[]

BÖLÜM D: Hekim Hasta İlişkisi Ölçeği

İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Doktorum beni anlar.	[]	[]	[]	[]	[]
2. Doktoruma güvenirim.	[]	[]	[]	[]	[]
3. Doktorum kendini bana yardım etmeye adanmıştır.	[]	[]	[]	[]	[]
4. Doktorumla hastalığım hakkında konuşabilirim.	[]	[]	[]	[]	[]
5. Doktorumun vermiş olduğu tedaviden memnunum.	[]	[]	[]	[]	[]
6. Doktorum bana yardım eder.	[]	[]	[]	[]	[]
7. Doktorum bana yeterli zamanı ayırır.	[]	[]	[]	[]	[]
8. Doktorumun önerdiği tedaviden fayda görüyorum.	[]	[]	[]	[]	[]
9. Ben ve doktorum hastalığın tıbbi belirtileri konusunda hemfikiriz.	[]	[]	[]	[]	[]
10. Doktoruma rahatlıkla ulaşabiliyorum.	[]	[]	[]	[]	[]
11. Daha iyi hissettiğim için doktoruma müteşekkirim.	[]	[]	[]	[]	[]

BÖLÜM E: Tedaviye Uyum Soru Formu

Aşağıda sizinle ilgili bilgiler yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz şekilde doldurunuz ve ilgili kutucuğa X işareti koyunuz.

a. Tedaviye Uyum

Sizin için önerilmiş olan diyaliz tedavisine (seans, zaman vb.) uymadığınız oluyor mu?

Evet Hayır

b. İlaç Rejimine Uyum

Tedavi kapsamında almanız gereken ilaçları eksiksiz, zamanında ve düzenli olarak kullanmadığınız oluyor mu?

Evet Hayır

c. Beslenmeye Uyum

Tedaviniz ve hastalığınız ile ilgili beslenme önerilerine uymadığınız oluyor mu?

Evet Hayır

d. Sıvı Kısıtlamasına Uyum

Tedaviniz kapsamında önerilen sıvı kısıtlamasına uymadığınız oluyor mu?

Evet Hayır

BÖLÜM F: Sağlık Hizmeti Kullanımı Soru Formu

Aşağıda sizinle ilgili bilgiler yer almaktadır. Lütfen uygun gördüğünüz şekilde doldurunuz ve ilgili kutucuğa X işareti koyunuz.

a. Son 1 yıl içinde böbrek hastalığınız nedeni ile hastaneye başvurduunuz mu?

Evet (kez)

Hayır

Hatırlamıyorum

b. Son 6 ay içinde böbrek hastalığınız nedeni ile hastanede yattınız mı?

Evet (kez)

Hayır

Hatırlamıyorum

c. Son 6 ay içinde böbrek hastalığınız nedeni ile acil servise başvurduunuz mu?

Evet (kez)

Hayır

Hatırlamıyorum

d. Kullandığınız ilaç sayısı

.....

e. Son 1 ay içinde böbrek hastalığınız nedeni ile tedavi hizmetlerine ve ilaca ne kadar para harcadınız?

.....

EK 2. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -112

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 17 OCAK 2017 SALI
Toplantı No : 2016/02
Proje No : GO 16/739 (Değerlendirme Tarihi: 06.12.2016)
Karar No : GO 16/739- 16

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü öğretim üyelerinden öğretim üyelerinden Doç. Dr. Mehmet TOP' un sorumlu araştırmacı olduğu ve Arş. Gör. Uzm. Gamze BAYIN' ın doktora tezi olan, GO 16/739 kayıt numaralı ve "**Sağlık Hizmeti Kullanımı, Tedaviye Uyum ve Hastalık Düzeyinin Diyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi**" başlıklı proje önerisi araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|--|
| 1. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Başkan) | 10 Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Üye) | 11 Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım AKRA (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Neçdet AĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Müge DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK 4. İBN-İ SİNA HASTANESİ ARAŞTIRMA İZİNİ



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Hastane Müdürlüğü, Yazı İşleri Birimi



Sayı : 96487027-622.03-E.2915

30.01.2018


Konu : Gamze Bayın DONAR anket çalışması hk.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Sosyal Bilimler Enstitüsü)
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı

İlgi : 03.01.2018 tarih ve 91162869-1 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı araştırma görevlisi Gamze Bayın DONAR'ın "Sağlık Hizmeti Kullanımı, Tedaviye Uyum ve Hastalık Düzeyinin Diyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesinin Etkisi" başlıklı tezinin anket çalışmasını, Hemodiyaliz Ünitesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

 e-İmzalıdır

Prof.Dr. Ayşe Adile KÜÇÜKDEVECİ
Başhekim

*Öğrenci İşlerine
Yazışmasını Yapalım
06-02-2018*

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : RTTWWWQYYSFQDTLCF Belge Takip Adresi: <http://belgedogrulama.ankara.edu.tr/>
Hacettepe Mah. Talatpaşa Bulvarı No:48/50 Sıhhiye Altında/ANKARA
Telefon No:(312)508 23 55 Belgeçer No:(312)508 23 55
e-posta: yaziisl@medicine.ankara.edu.tr

Bilgi için:Aysel ÇETİN
Memur

EK 5. ÖZEL BETEMAR DİYALİZ MERKEZİ ARAŞTIRMA İZİNİ



Geçim Sokak No. 8 Cebeci/ANKARA (Pazar Yeri Karşısı) Tel : (0312) 562 12 00 • Fax: (0312) 363 88 81

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

Tarih : 23/10/2017

Sayı: 083

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetim Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Gamze BAYIN DONAR' ın üzerinde çalıştığı Sağlık Hizmeti Kullanımı Uyum ve Hastalık Düzeyinin Diyaliz Tedavisi gören Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı anket çalışması merkezimizce uygun görülmüştür.

ÖZEL BETEMAR DİYALİZ MERKEZİ
MESUL MÜDÜR
Dr. GÜLSEREN ÇELİKSÖZ

ÖZEL BETEMAR DİYALİZ MERKEZİ
23/10/2017
Dr. GÜLSEREN ÇELİKSÖZ
Mesul Müdür
Diy. Tescil No: 33298
Sertifika No: 16

EK 6. ÖZEL BAHAR DİYALİZ MERKEZİ ARAŞTIRMA İZİNİ



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BÖLÜMÜ BAŞKANLIĞINA


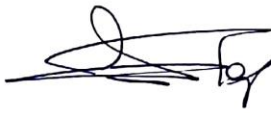
TARİH:16.04.2018

SAYI:01

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetim Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Gamze BAYIN DONAR'ın üzerinde çalıştığı Sağlık Hizmeti Kullanımı Uyum ve Hastalık Düzeyinin Diyaliz Tedavisi gören Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi başlıklı anket çalışması merkezimizce uygun görülmüştür.


ÖZEL BAHAR DİYALİZ MERKEZİ
Mesul Müdür
Dr. Mustafa ZAIMOĞLU
Dip. Tes. No: 24488
Sertifikalı Hekim
Diyaliz Sertifika No: 294
Tesis Kodu 12060406

EK 7. TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK FORMU

 <p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</p>
<p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</p> <p style="text-align: right;">Tarih: 27/06/2019</p> <p>Tez Başlığı: Diyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sağlık Hizmeti Kullanımını ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 226 sayfalık kısmına ilişkin, 27/06/2019 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezim benzerlik oranı %3'tür.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç 3- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar hariç 4- <input type="checkbox"/> Alıntılar dâhil 5- <input type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <div style="text-align: right;">  27.06.2019 </div> <p>Adı Soyadı: GAMZE BAYIN DONAR</p> <p>Öğrenci No: N12247060</p> <p>Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi</p> <p>Programı: Sağlık Yönetimi</p> <p>Statüsü: <input checked="" type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/> Bütünleşik Dr.</p>
<p><u>DANIŞMAN ONAYI</u></p> <p style="text-align: center;">UYGUNDUR.</p> <div style="text-align: center;">  <hr/> Prof. Dr. Mehmet TOP </div>

EK 8. ÖZGEÇMİŞ**Kişisel Bilgiler**

Adı Soyadı : GAMZE BAYIN DONAR

Doğum Yeri ve Tarihi : ANKARA / 30.04.1988

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık İdaresi Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi : Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurumlar : Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü (2013- Devam Ediyor)

İletişim

E-Posta Adresi : gamzebayin@hacettepe.edu.tr

Tarih : 2019