

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DİYALİZ HASTALARINDA
PROGRESİF GEVŞEME YÖNTEMLERİNİN
KAYGI DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNE OLAN
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

115674
T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

115674

Araş. Gör. Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM

Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU

İZMİR- 2002

ÖNSÖZ

Tezimin sürdürülmesinde ve sonlandırılmasında büyük katkıları olan çok değerli danışmanım Sn. Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU'na, araştırmamın her aşamasında her türlü olanağı sağlayan Sn. Prof. Dr. Gülümser ARGON'a, eğitimimde emeği geçen Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nın tüm öğretim üyelerine, tezimin her aşamasında görüşlerine başvurduğum, gerekli literatürleri bulmamda her zaman yardımcı olan ve destek veren Sn. Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK'e, maddi destek sağlayan GALEN DERNEĞİ'ne, araştırmama destek olan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyaliz Ünitesi Başhemşiresi Sn. Deniz KARADENİZ'e, Periton Diyalizi ve Hemodiyaliz Ünitesi'nin tüm çalışanlarına, tezimin analizlerinin yapılmasının her aşamasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan Sn. Uzm. Arkun TATAR'a, araştırmama katılan tüm hastalara, sürekli yanımda olduğunu hissettirerek beni destekleyen ANNEM'e, en zor anlarımda bile beni gülümsetebilen sevgili oğlum BARAN'a ve bana olan desteği kelimelerle anlatılamayacak kadar çok olan değerli eşim Op. Dr. Yusuf YILDIRIM'a TEŞEKKÜRLERİMİ sunarım.

Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM

İZMİR - 2002

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	ix
GRAFİKLER DİZİNİ	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xvi

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	4
1.2. Genel Bilgiler	5
1.2.1. Hemodiyaliz İle İlgili Kuramsal Bilgi	5
1.2.1.1. Hemodiyaliz ve Tarihçesi	5
1.2.1.2. Hemodiyaliz Damar Yolları	6
1.2.1.3. Hemodiyaliz Tedavisinin Avantajları	9
1.2.1.4. Hemodiyaliz Tedavisinin Dezavantajları	9
1.2.1.5. Hemodiyaliz Tedavisi Sırasında Görülen Komplikasyonlar	9
1.2.1.6. Hemodiyaliz Tedavisinin Yeterliliği	12
1.2.2. Periton Diyalizi İle İlgili Kuramsal Bilgi	13
1.2.2.1. Periton Diyalizi	13
1.2.2.2. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) ve Tarihçesi	14
1.2.2.3. SAPD Programına Hasta Seçim Kriterleri	15
1.2.2.4. SAPD Tedavisinin Avantajları	17
1.2.2.5. SAPD Tedavisinin Dezavantajları	17
1.2.2.6. SAPD Tedavisinin Komplikasyonları	18
1.2.2.6.1. SAPD Tedavisinde Enfeksiyöz Komplikasyonlar	18
1.2.2.6.2. SAPD Tedavisinde Enfeksiyon Dışı Komplikasyonlar	20
1.2.2.7. SAPD Tedavisinin Başarısının Değerlendirilmesi	21
1.2.3. Diyaliz Hastalarında Psikososyal Sorunlar	22

	<u>Sayfa</u>
1.2.3.1. Kaygı	24
1.2.3.1.1. Kaygının Düzeyleri	25
1.2.3.1.2. Kaygının Sınıflaması	25
1.2.3.1.2.1. Normal ve Patolojik Kaygı Ayırımı	25
1.2.3.1.2.2. Ekzojen (Dış) ve Endojen (İç) Kaygı Ayırımı	26
1.2.3.1.2.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ayırımı	26
1.2.3.1.3. Diyaliz Hastalarında Kaygı Ve Kaygı Yakınması Olan Diyaliz Hastalarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	27
1.2.3.2. Depresif Sendrom	34
1.2.3.3. Cinsel Sorunlar	34
1.2.4. Yaşam Kalitesi	35
1.2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımlanması	35
1.2.4.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	37
1.2.4.3. Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi	40
1.2.5. Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Kaygıyı Azaltmak Ve Yaşam Kalitesini Yükseltmek Amacı İle Uygulanan Davranışsal Yöntemlerden Gevşeme	42
1.2.5.1. Gevşeme Teknikleri	43
1.2.5.1.1. Biofeedback (Biyolojik Geri Bildirim)	43
1.2.5.1.2. Otojenik Gevşeme (Kendi Kendine Gevşeme)	43
1.2.5.1.3. Temel Nefes Egzersizi	43
1.2.5.1.4. Progresif Gevşeme Egzersizleri	46
1.2.5.2. Hastalara Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizi İçin Eğitim Rehberi	46
1.2.5.2.1. Progresif Gevşeme Basamakları	46
1.2.5.3. Progresif Gevşeme Egzersizi İçin Temel Bilgiler	51
1.2.6. Hasta Eğitimi	53
1.2.6.1. Başarılı Bir Eğitim İçin Uyulması Gerekli Prensipler	53
1.2.6.2. Hasta Eğitimini Etkileyen Faktörler	54
1.2.7. Progresif Gevşeme Egzersizlerinin, Kaygı Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	56

	<u>Sayfa</u>
1.3. Hipotezler	58
1.4. Sınırlamalar	59
1.5. Tanımlar	59

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM	
2. 1. Araştırmanın Tipi	60
2. 2. Araştırmanın Yeri	60
2. 3. Araştırmanın Evreni	61
2. 4. Araştırmanın Örnekleme	61
2. 5. Veri Toplama Tekniği	61
2. 5. 1. Veri Toplama Araçları	61
2. 5. 1. 1. Hasta Tanıtım Formu	61
2. 5. 1. 2. Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri	63
2. 5. 1. 3. Yaşam Kalitesi İndeksi	63
2. 5. 1. 3. 1. Yaşam Kalitesi İndeksinin Geçerliliğine İlişkin Bulgular	64
2. 5. 1. 3. 2. Yaşam Kalitesi İndeksinin Güvenirliliğine İlişkin Bulgular	65
2. 5. 1. 4. El Kitapçığı	72
2. 5. 1. 5. Gevşeme Egzersizleri Kaseti	72
2. 6. Anket Formlarının Uygulanması	72
2. 7. Verilerin Değerlendirilmesi	74
2. 8. Etik Yaklaşımlar	77
2. 9. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	77
2. 9. 1. Bağımlı Değişkenler	77
2. 9. 2. Bağımsız Değişkenler	77
2. 10. Süre ve Olanaklar	78

BÖLÜM III

Sayfa

BULGULAR	
3. 1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	79
3. 2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Veriler	84
3. 3. Hemodiyaliz Hastalarına İlişkin Veriler	89
3. 4. SAPD Hastalarına İlişkin Veriler	90
3.5. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizlerini Uygulama Durumlarının Değerlendirilmesi	93
3. 6. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyine İlişkin Bulgular	95
3. 7. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyine İlişkin Bulgular	113
3. 8. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	131
3. 9. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi	153

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ	
4.1. Tartışma	155
4.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi	155
4.1.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Verilerinin İncelenmesi	161
4.1.3. Hemodiyaliz Hastalarına İlişkin Verilerin İncelenmesi	165
4.1.4. SAPD Hastalarına İlişkin Verilerin İncelenmesi	166
4.1.5. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizlerini Uygulama Durumlarının İncelenmesi	167
4.1.6. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin İncelenmesi	168

	<u>Sayfa</u>
4.1.6.1. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Durumluk Kaygı Envanterine Verdikleri Yanıtların İncelenmesi	168
4.1.6.2. Hastaların Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyine Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi	169
4.1.6.3. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Durumluk Kaygı Puanının İncelenmesi	173
4.1.7. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin İncelenmesi	175
4.1.7.1 Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Sürekli Kaygı Envanterine Verdikleri Yanıtların İncelenmesi	175
4.1.7.2. Hastaların Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyine Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi	176
4.1.7.3. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Sürekli Kaygı Puanının İncelenmesi	180
4.1.8. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi	181
4.1.8.1. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesi Alt Skalası Sorularını Yanıtlama Durumlarının İncelenmesi	181
4.1.8.2. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarına Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi	184
4.1.8.3. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesi Puanının İncelenmesi	188
4.1.9. Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Durumluk Kaygı, Sürekli Kaygı Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	190
4. 2. SONUÇLAR	192
4. 2. 1. ÖNERİLER	199
ÖZET	201
SUMMARY	203
KAYNAKLAR	205

	<u>Sayfa</u>
<u>EKLER</u>	
EK-1 Hasta Tanıtım Formu	219
EK-2 Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri	223
EK-3 Yaşam Kalitesi İndeksi	225
EK- 4 Yaşam Kalitesi İndeksinin Orijinali	226
EK- 5 İçerik Geçerliğinde Başvurulan Uzmanlar	227
EK- 6 Diyaliz Hastalarında Gevşeme Egzersizleri (El Kitapçığı)	228
EK- 7 Gevşeme Egzersizleri Kaseti	229
ÖZGEÇMİŞ	230



TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
1. Kaygısı Olan Bireye Yönelik Hemşirelik Girişimleri	22
2. Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri Ve Boyutları	40
3. Derin Nefes Almanın Aşamaları	44
4. Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Aşamaları	51
5. Yaşam Kalitesi İndeksinin Kendal Uyuşum Katsayısı Sonuçları	65
6. Yaşam Kalitesi İndeksi Test-Tekrar Test Güvenirlik Korelasyonu	66
7. İki Uygulamada (Test-Tekrar Test) Ölçek Bütünü Ve Alt Boyutları Arası Korelasyon Katsayısı	67
8. 1. Uygulama (Test) İçin İki-Yarım Test Güvenirlik Analizi Sonuçları	68
9. 2. Uygulama (Tekrar Test) İçin İki-Yarım Test Güvenirlik Analizi Sonuçları	68
10. Yaşam Kalitesi İndeksi 1. Uygulama Ve 2. Uygulama Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları	69
11. 1. Uygulama (Test) İçin Madde Toplam Korelasyonu Sonuçları	70
12. 2. Uygulama (Tekrar Test) İçin Madde Toplam Korelasyonu Sonuçları	71
13. Anket Formlarının Ve Progresif Gevşeme Egzersizleri Eğitiminin Uygulama Sırası	74
14. Hastalara İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı	79
15. Hastaların Meslek, Sosyal Güvence, Gelir Durumu, Aile Tiplerini Gösteren Özelliklerine Göre Dağılımı	80
16. Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	81
17. Hastaların Çalışmama Nedenlerine Göre Dağılımı	82
18. Hastaların Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Aldıktan Sonra İşten Ayrılma Durumuna Göre Dağılımı	82
19. Hastalara Bakım Veren Kişilerin Varlığına Göre Dağılımları	83
20. Hastaların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	83
21. Hastaların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı	84
22. Hastaların Ailelerinde Böbrek Hastası Bulunup Bulunmama Durumlarına Göre Dağılımları	84
23. Hastaların Hastalık Tanısı Konma Sürelerine Göre Dağılımları	85

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
24. Hastaların İlk Tanularına Göre Dağılımları	85
25. Hastaların Hastalık Komplikasyonlarına Göre Dağılımları	86
26. Hastaların Diyaliz Tedavisi Dışında Kullandıkları İlaç Türlerine Göre Dağılımı	87
27. Hastaların Kt/V Değerlerine Göre Dağılımları	88
28. Hastaların KTI Değerlerine Göre Dağılımları	88
29. Hastaların Hemodiyalize Başlama Sürelerine, Giriş Sayısı ve Sürelerine Göre Dağılımı	89
30. Hastaların Tedaviye Gelirken Kullandıkları Araçlara Göre Dağılımı	89
31. Hemodiyaliz Hastalarının Diyetlerine Uyma Durumlarına Göre Dağılımı	90
32. Hastaların SAPD'ye Başlama Süresine Göre Dağılımı	90
33. SAPD Uygulamasına Başlamadan Önce Hastaların Hemodiyalize Girme Durumlarına Göre Dağılımı	91
34. Hastaların SAPD Uygulamaya Karar Verme Nedenlerine Göre Dağılımı ...	91
35. SAPD Hastalarının Günlük Değişim Sayıları ve Değişim İşleminin Günlük Yaşantılarına Engel Olma Durumlarına Göre Dağılımları	92
36. SAPD Hastalarının Değişim Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımı	92
37. Gruplar Gözönüne Alınmaksızın Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizlerini Uygulama Sayılarına Göre Dağılımı	93
38. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Durumluk Kaygı Envanteri İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	95
39. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Durumluk Kaygı Düzeyinin Dağılımı	96
40. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Durumluk Kaygı Envanteri İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	
41. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Dağılımı	98
42. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hemodiyaliz ve SAPD Grubuna Göre Dağılımı	98
43. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı	100

44. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	101
45. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Medeni Duruma Göre Dağılımı	103
46. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	103
47. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı	
48. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	105
49. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Gelir Durumuna Göre Dağılımı	107
50. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Diyalize Girme Süresine Göre Dağılımı	108
51. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların KT/V Değerine Göre Dağılımı	
52. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların KTI Değerine Göre Dağılımı	109
53. Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Kaseti Dinleme ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı	110
54. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Puanlarının Dağılımı	111
55. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Sürekli Kaygı Envanteri İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	
56. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Sürekli Kaygı Düzeyinin Dağılımı	112
57. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Sürekli Kaygı Envanteri İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	
58. Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Dağılımı	113
59. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Hemodiyaliz ve SAPD Hastalarının Sürekli Kaygı Puanlarının Dağılımı	

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
60. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı	114
61. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Yaş Hastaların Gruplarına Göre Dağılımı	115
62. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Medeni Duruma Göre Dağılımı	116
63. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	117
64. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı	118
65. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	118
66. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Gelir Durumuna Göre Dağılımı	120
67. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Diyalize Girme Süresine Göre Dağılımı	121
68. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların KT/V Değerine Göre Dağılımı	122
69. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların KTI Değerine Göre Dağılımı	122
70. Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Kaseti Dinleme ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı	128
71. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Hastaların Sürekli Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması	130
72. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi Genel Fiziki Durum Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	131
73. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi Önemli İnsan Faaliyetleri Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	132

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
74. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi Genel Yaşam Kalitesi Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	133
75. Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi Genel Fiziki Durum Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	134
76. Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi Önemli İnsan Faaliyetleri Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	135
77. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi Genel Yaşam Kalitesi Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı	136
78. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hemodiyaliz ve SAPD Grubuna Göre Dağılımı	137
79. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı	138
80. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Hastaların Gruplarına Göre Dağılımı	139
81. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Medeni Duruma Göre Dağılımı	140
82. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	141
83. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	142
84. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Diyalize Girme Süresine Göre Dağılımı ..	143
85. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların KT/V Değerine Göre Dağılımı	144
86. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların KTI Değerine Göre Dağılımı	145

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa</u>
87. Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Kaseti Dinleme ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı	146
88. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	148
89. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam ve Alt Skalaları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	150
90. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Durumluk Kaygı Puanı, Sürekli Kaygı Puanı ve Yaşam Kalitesi Puanının Karşılaştırılması ..	153



GRAFİKLER DİZİNİ

<u>Grafik No</u>	<u>Sayfa</u>
1. Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizlerini Uygulama Sayılarının Dağılımı	94
2. Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Durumluk Kaygı Puanı Ortalamasının Hastaların Kaseti Dinleme Ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı	111
3. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Hastaların Durumluk Kaygı Puanlarının Dağılımı	112
4. Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Sürekli Kaygı Puanı Ortalamasının Hastaların Kaseti Dinleme Ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı	129
5. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Hastaların Sürekli Kaygı Puanlarının Dağılımı	130
6. Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamasının Hastaların Kaseti Dinleme Ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı	147
7. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	149
8. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi Toplam Ve Alt Skalaları Puan Ortalamalarının Dağılımı	151
9. Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi Toplam Ve Alt Skalaları Puan Ortalamalarının Dağılımı	152
10. Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Hastaların Durumluk Kaygı Puanı, Sürekli Kaygı Puanı Ve Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	154

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa</u>
1. Arteriyo-Venöz Fistül	7
2. Arteriyo-Venöz Looped Grefti	8
3. Santral Ven Kateteri	8
4. Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları Ve Nitelikleri	36
5. Yaşam Kalitesi Tanımında Etkili Olan Faktörler	37
6. Derin Nefes	44



BÖLÜM I

GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de terminal üremi ile sonlanan kronik böbrek hastalıkları oldukça fazladır (11). Kronik böbrek yetmezliğine neden olan hastalıkların çoğunda kesin bir tedavi yöntemi yoktur (79). Hastalığın ilerlemesi ve böbrek fonksiyonlarının geri dönmeyecek biçimde kaybı sonucunda hastalara; yaşamlarını sürdürmeleri için periton diyalizi, hemodiyaliz ya da böbrek nakli tedavilerinden birinin uygulanması gereklidir. Aksi halde var olan süreç ölümle sonuçlanabilir (10, 11, 79, 142). Bu tedavi yöntemlerinin başlıca amacı; hastaların yaşam sürelerinin uzatmanın yanı sıra yaşam standartlarının da optimal düzeyde tutulmasıdır (10).

Türk Nefroloji Derneği'nin verilerine göre; 1999 yılında Türkiye'deki Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) prevalansı; 390 (milyon nüfus başına), Son Dönem Böbrek (SDBY) prevalansı; 276 olarak hesaplanmıştır ve 1999 yılında 5073 yeni KBY olgusu saptanmıştır (1, 6).

Türk Nefroloji Derneği'nin 1999 yılı bilgilerine göre; ülkemizde düzenli hemodiyaliz (HD) programına giren hasta sayısının 12.196 ve toplam hemodiyaliz merkez sayısının 219 olmasına karşılık 1.787 sürekli periton diyalizi (SAPD) hastası ve 42 sürekli ayaktan periton diyaliz merkezi olduğu bildirilmektedir (1). Sağlık Bakanlığı 2001 verilerine göre; ülkemizde 348 HD merkezi vardır. Aynı verilere göre ülkemizdeki HD hasta sayısı 18.063 ve SAPD hasta sayısı 2.240'tır (Sağlık Bakanlığı-Baxter) (6).

Hemodiyaliz (HD) ve sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) gören hastalar ile yapılan çalışmalarda, yaşam süreleri, incelendiğinde; Kaplan-Meier (1985) dört yıllık yaşam süresini HD için % 74, SAPD için % 62 olarak ve Gentil (1991) üç yıllık yaşam süresini HD' de % 80, SAPD' de ise % 62 olarak bulmuşlardır (66). Maicorra (1991) bir çalışmada HD ve SAPD gruplarında uygun eşleştirmeler yaparak hasta yaşam süresi eğrilerinin birbirine çok benzer olduğunu saptamıştır (79).

Kronik HD tedavisi gören hastalarda yıllık mortalite oranı ortalama % 8' dir. Böbrek hastalığı dışında başka bir hastalığı olmayan genç hastalarda mortalite oranı düşüktür. Buna karşılık diabetlilerde, yaşlı hastalarda mortalite oranı genel ortalamadan daha yüksektir (11). HD hastalarında ölüm nedenleri arasında % 45.5 oranı ile

kardiyovasküler nedenler, ikinci sırayı % 15 oranı ile serebrovasküler hastalıklar almaktadır (1).

Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda, mortalite nedenleri arasında % 49.2 oranı ile yine kardiyovasküler nedenler, ikinci sırayı ise % 14.4 oranı ile enfeksiyon almaktadır (1).

Günümüzde, rutin hale gelmiş olan diyaliz uygulamaları yolu ile, yaşam süresinin uzatılabilmesine ve daha kaliteli bir yaşam sağlanmasına karşın böbrekte gelişmiş olan hasar düzelmez. Üreminin meydana getirdiği problemlerin birçoğu düzenli diyaliz tedavisinden sonra kaybolur. Ancak bu kez de düzenli diyalize bağlı gelişen problem ve komplikasyonlar ortaya çıkar. Kanda belirli oranlarda bulunması gerekli olan maddelerin artışı, diyet, sıvı ve hareket kısıtlaması, belli ilaçları kullanma zorunluluğu, tedavi sonucu yeni bir ortama girme, sürekli ölüm tehdidi altında olma, korku ve güvensizlik duygularının açığa çıkmasına neden olur. Kronik bir hastalığın ve düzenli diyaliz tedavisinin ortaya çıkardığı sosyal, duygusal ve ekonomik zorluklar hasta ve ailesinin adaptasyonunu güçleştirir sonuçta hasta ve ailenin yaşam kalitesi etkilenir (11).

Kronik böbrek yetmezliği sağaltımı, her zaman stres verici bir yaşam deneyimi olarak tanımlanmıştır. Diyaliz hastaları diğer kronik hastalıkları olan bireyler gibi kaygı ve depresyon belirtilerini sıklıkla yaşarlar. Bunlar fiziksel hastalıkların en yaygın görülen psikolojik sonuçlarıdır (79, 90). Hemodiyalize giren hastalarda görülen ruhsal sorunlarla ilgili yapılan çalışmalarda en fazla ortaya çıkan sorunun depresyon ve kaygı olduğu bildirilmiştir (4, 10, 117, 131). Sağduyu ve Erten'in yaptığı bir çalışmada Hemodiyaliz hastalarının %22.9'unda ICD-10 tanı ölçütlerine göre en az bir ruhsal bozukluk olup, en sık sorunların %17.1 oranı ile depresyon ve %8.7 oranı ile yaygın bunaltı bozukluğu olduğu bildirilmiştir (4, 131). Ayrıca literatür incelemesinde; diyaliz hastalarının kaygı düzeyini belirlemek amacıyla bir çok çalışmaya rastlanılmaktadır (52, 62, 79, 84, 98, 115, 125, 172).

Kaygı; hastanın tedavi nedeni ile yaşadığı korku ve güvensizlik gibi olumsuz duyguların sonucunda ortaya çıkar (52). Bu duyguların; bireyin yaşamının ve bütünlüğünün tehdit altında olduğu şeklinde algılanışının, bir tepkisi de olduğu düşünülebilir. Moslow'un da belirttiği gibi temel gereksinimler karşılanmadığı veya

tehdit edildiği durumlarda kaygı artar. Hastada stresin fazla olması iyileşme sürecini ve hastalıkla başa çıkabilme yeteneğini ters yönde etkiler ve kişiyi pasif duruma sokar (52).

Günümüzde teknolojik gelişmelere paralel olarak; tıbbi tanı, tedavi ve korunma yöntemlerindeki ilerlemeler sonucu bireylerin sağlık bakım gereksinimlerinde değişikliklere ve son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların beklentilerinin artması yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmuştur. Hastalığın bir diğer olumsuz etkisi ise; birey, aile ve topluma yaptıkları direkt ve indirekt harcamalardır (9). Bu maddi kayıplara karşın, hastaya sağlık profesyonelleri tarafından uygulanan ve önerilen yeterli bakım ve tedavi ile hastaların yaşam kalitelerinin artırılması amaçlanmaktadır.

Yaşam kalitesi kavramı incelendiğinde; doyum-memnuniyet verici bir yaşam için, bireylerin sağlık bilinçlerinin güçlendirilmesini, sağlık bakım yeteneklerinin artırılmasını, öngörülen tedavi programına uyumun artırılmasını, sağlık konusundaki yeteneklerini sonuna kadar kullanabilmelerine olanak verecek davranış ve becerilerin geliştirilmesi gibi yönleri içerdiği görülmektedir (123).

Yaşam kalitesinin artırılması sağlık bakımında ve kronik hastalıkların tedavisinde önemli ve istendik bir sonuçtur (36, 163). Son dönem böbrek yetmezliği gibi kronik bir hastalığa sahip olma hastanın yaşamını her yönü ile etkilemektedir (97). ayrıca Yaşam kalitesi Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan hastalarda tedavi tiplerinin seçimini belirlemede major bir faktördür (76, 163). Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin tedavi tipleri arasındaki yaşam kalitesini karşılaştıran bir çok araştırma vardır. Fakat elde edilen sonuçlar hala birbiriyle uyuşmamaktadır (36, 99). Ferrans ve Power'a göre; bazı çalışmalar son dönem böbrek yetmezlikli hastanın yaşam kalitesini kötü olarak bildirmişlerdir. Buna karşın olarak; bazı çalışmalarda yaşam kalitesinin göreceli olarak iyi bulunduğunu bildirmişlerdir (36).

Simmons ve ark (1984), Evans ve ark (1985), Auer ve ark. (1990), Fox ve ark (1991), Lok (1996) yaptıkları çalışmaların çoğunda SAPD grubunun yaşam kalitesinin hemodiyaliz grubuna göre daha iyi olduğunu bildirilmişlerdir (50, 55, 97, 99, 138). Rosenbom ve ark. (1985), Tucker ve ark. (1992), Wang ve ark. (1993), Killingworth (1996), Waiser ve ark. (1998) yaptıkları çalışmalarda HD ve SAPD hastaları arasında yaşam kalitesi açısından fark olmadığını bildirmişlerdir (84, 130, 154, 162, 163).

Kronik diyaliz tedavisinin hedefi; sadece son dönem böbrek yetmezliği olan hastanın yaşamını korumayı yanısıra kendi- kendine yeterli hale gelmesini, öz-bakım

becerilerini yürütebilmesi ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesini, mesleğini devam ettirmesini ya da meslek edinmesini, hobilerini sürdürmesini ve sevdiklerine zaman ayırmasını ve ruhsal durumunu düzeltici gevşeme, egzersiz gibi davranışsal yöntemleri kullanarak rahatlamasını sağlamaktır (79). Gevşeme egzersizleri yolu ile hastaların gerginlik veya stresten mental ve fiziksel olarak kurtulmayı sağladığı bildirilmektedir. Gevşemenin olumlu etkileri incelendiğinde; stresin etkilerini ve kaygıyı azalttığı, ilgiyi ağrıdan başka yöne çektiği, iskelet kası gerginliği ve kasılmalarını hafiflettiği ve uykuyu kolaylaştırdığı görülmektedir (35, 72, 93, 146, 149).

Yapılan literatür incelemesinde; gevşeme egzersizlerinin cerrahi hastaları, kalp hastaları, romatoid artritli hastalar, kanser hastaları, böbrek yetmezliği hastaları, ülseratif kolitli hastalar ve doğum yapan kadın hastalar gibi bir çok hastalığın tedavisinde kullanıldığı saptanmıştır (16, 33, 92, 94, 107,). 1970'lerden beri Birleşik Devletler' de ağrı, bulantı/kusma, kaygı veya kemoterapinin yan etkilerini azaltmada gevşeme egzersizlerinin kullanıldığı bildirilmektedir (16).

Bu amaçla; Life Option Rehabilitation Advisory Council (1994) tarafından geliştirilen Böbrek Rehabilitasyonu prensiplerine uyularak hastaya eğitim verilmeli, hasta cesaretlendirilmeli, egzersiz yapması sağlanmalı, iş imkanı sağlanmalı ve sürekli olarak hastanın her yönü ile değerlendirilmesi yapılmalıdır (2).

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma; hastanın geri kalan yaşamını daha kaliteli sürdürmesine olanak sağlamak amacı ile yürütülen diğer tedavi ve bakım ilkelerinin yanısıra hastanın rahatlamasını sağlayarak kaygı ve depresyonun gelişimini engellemek amacıyla davranışsal yöntemlerden "Progresif Gevşeme Egzersizleri"nin hastalara öğretilerek, etkilerinin saptanması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın alt amaçları şunlardır:

- 1- Diyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerini saptamak,
- 2- Diyaliz hastalarının hastalığa ilişkin özelliklerini saptamak,
- 3- Diyaliz hastalarının durumluk-sürekli kaygı düzeyini saptamak,
- 4- Diyaliz hastalarının yaşam kalitesi düzeyini belirlemek,
- 5- Diyaliz hastalarında kaygı düzeyini etkileyebilecek etmenleri belirlemek,
- 6- Diyaliz hastalarında yaşam kalitesi düzeyini etkileyebilecek etmenleri belirlemek

- 7- Gevşeme tekniklerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyine etkisini belirlemek,
- 8- Diyaliz hastalarında gevşeme tekniklerinin yaşam kalitesine etkisini saptamaktır.

1. 2. GENEL BİLGİLER

1. 2. 1. HEMODİYALİZ İLE İLGİLİ KURAMSAL BİLGİ

1. 2. 1. 1. HEMODİYALİZ VE TARİHÇESİ

Hemodiyaliz; böbrek yetmezliğinde birikime uğrayan metabolizma sonucu açığa çıkan artık maddelerin, vücutta birikimi sonucu zararlı olan elektrolitlerin ve sıvının, diyaliz makinesinde yarı geçirgen bir zar aracılığıyla kandan, diyaliz solüsyonuna, difüzyona, ozmoza ve ultrafiltrasyona uğrayarak geçişi işlemidir (6, 77, 142).

Hemodiyaliz akut ve kronik böbrek yetmezliği olan hastaların tedavisinde kullanılan, pratik, günümüz teknolojisi ile paralel olarak hızla gelişmekte olan planlı bir tedavi yöntemidir (6).

Bir diyaliz uygulaması genellikle haftada 3 kez yapılır ve 4 saat sürer. Hastanın gereksinimine ve doktorun önerisine göre bu uygulama planlanmaktadır (71, 73, 102).

Dünyada diyalizle ilgili ilk çalışmalar ve görüşler 1854'ten önce ortaya çıkmasına rağmen, 1950'ye kadar pratik tedavi yöntemlerinden biri olmamıştır. Hemodiyaliz ile ilgili deneysel çalışmalara 1912 yılında başlanmıştır ve Abel, Rowntree ve Turner diyalizi "yapay böbrek" terimini kullanarak tanımlamışlardır. Konunun önemi ancak II. Dünya Savaşından sonra fark edilebilmiş ve bundan sonra yoğun çalışmalara başlanmıştır (91, 132).

Klinikte suni böbrek makinesi ile ilk hemodiyaliz uygulaması ise 1944 yılında Willem Johan Kolff tarafından yapılmıştır (150).

İlk diyaliz işlemi, böbrek yetmezliğinin akut dönemindeki hastayı korumak için yapılmıştır. 1960 yılına kadar hemodiyaliz seyrek olarak ve sadece akut vakalar için kullanılmıştır. Bunun nedeninin de, hemodiyaliz uygulamasında vasküler giriş yerinin sorun oluşturması olduğu söylenmektedir. 1960'da Quinton ve Scribner vasküler giriş yeri için eksternal arterio-venöz shunt tekniğini geliştirmişlerdir (11, 150).

1966'da Brescia ve Cimino'nun internal arterio-venöz fistül tekniğini geliştirmelerinden sonra, hemodiyaliz hastalarının vasküler giriş sorunu önemli ölçüde giderilmiş ve kronik hemodiyaliz uygulaması yaygınlaşmıştır (11, 150).

Türk Nefroloji'sinin gelişimi incelendiğinde ise; 1950'li yıllara kadar dayandığı görülmektedir (132). Ülkemizde hemodiyaliz uygulaması ilk kez 1962 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılmıştır. Hemodiyaliz uygulamasına 1962 yılında başlanılmasına karşın bir hemodiyaliz ünitesinin kurularak, sürekli hemodiyaliz programına geçilmesi 1974 yılını bulmuştur (150). İzmir'de ilk Nefroloji Kliniği'nin kurulması 1970'li yılların başından itibaren, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başlamıştır. 1980 yılında ise İzmir SSK Tepecik Eğitim Hastanesi HD merkezi kurulmuştur. Günümüzde bu merkezler ülkenin bir çok şehrine yayılarak hizmet vermektedir (132).

1. 2. 1. 2 HEMODİYALİZ DAMAR YOLLARI

Hemodiyalizde kanın diyalizi için damarsal yapının geliştirilmesi yoluyla sirkülasyon girişi sağlanmaktadır. Vasküler giriş olmadan etkili ve tekrarlı diyaliz sağlanamayacağından bazen hemodiyaliz hastasının yaşam bölgesi olarak da adlandırılmaktadır (11, 73, 168). İdeal damar yolu; yeterli akımı sağlayan uzun süre kullanılan ve düşük komplikasyon oranı olan damar yoludur.

Hemodiyaliz Damar Yolu Tipleri: (57)

- 1- Arteriyovenöz shunt
- 2- Arteriyovenöz fistül
- 3- Sentetik materyalden yapılan arteriyovenöz greft (PTFE Politetra floretoilen)
- 4- Çift lümenli kalıcı ve geçici HD katateri

❶- Arteriyovenöz Shunt

Bir arter ile bir venin polietilen bir kateter aracılığıyla cilt dışında birleştirilmesidir (29, 74). Eksternal shunt daha çok acil durumlarda ve sürekli olmayan durumlarda tercih edilir. Bu amaçla uygulamada alt veya üst ekstremiteler kullanılabilir (96). Cerrahi işlemi takiben hastaya hemen kanül bakımı yapılmalıdır ve hasta travmalardan korunmalıdır. Düzenli pansuman sırasında aseptik tekniklere dikkat edilmelidir. A-V kanülün olduğu koldan kan alınmamalı ve tansiyon ölçülmemelidir. Hastalar fazla sıkı giysiler giymemeli, ekstremitelerin ısınmasından kaçınılmalı, kanül

klembi her zaman kapalı olmalı, ağır veya hafif objeleri kaldırmamalıdır. Banyo ve yüzme kanül ile birlikte yapılabilir ancak ekstremitenin uzun süre su altında olmasından kaçınılmalıdır (11).

②- Arteriyovenöz Fistül

Kronik hemodiyaliz tedavisi uygulanacak hastalarda en çok tercih edilen vasküler girişim yolu arteriyovenöz fistüldür. AV fistülün olgunlaşmış hazır hale gelmesi için bir süre gerekir, bu nedenle AV fistülün uygun zamanda açılması önemlidir. Genel olarak, kronik böbrek yetmezliği tanısı ile izlenen hastalarda kreatinin klirensi 15 ml/dakikanın altına inince AV fistül açılmalıdır (88). Arteriyovenöz fistül, arter ile ven arasında yapılan subkutan anastomozdur (6, 29, 57, 74, 88) (Şekil 1). Akım arterden vene doğrudur. Uzun süreli diyaliz programına alınacak ve böbrek transplantasyonu yapılacak hastalara subkutan arterio-venöz anastomaz yapılması gereklidir (11, 73). Fistül operasyonuna bağlı morbidite oranı düşüktür. Fistüller 4-5 yıl kullanılabilir ve diğer damar yolları ile karşılaştırıldığında daha az düzeltme girişimi gerektirir (57, 168).



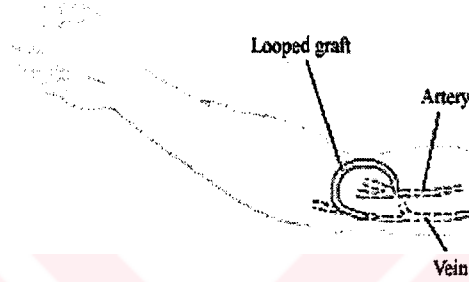
Şekil 1: AV Fistül

Fistül için en çok kullanılan ve tercih edilen bölge el bileği seviyesinde radyal arter ile sefalik ven arasındadır (Brescia-Cimino fistülü) (57, 88, 96). Fistül için küçük venlerden ziyade büyük venler tercih edilir. Bilekte fistülün açılması kolay ve komplikasyonu azdır. Eğer radyal arter sklerotikse, bilekte açılan fistül olgunlaşmamışsa ve sefalik vende defekt varsa, dirsekte brakial arter ile sefalik ven arasında fistül açılabilir. Bilek fistülü ile karşılaştırıldığında kan akımı fazladır. Genişlemiş olan venler kolay kapatıldığı için estetik olarak kötü görünmez. Bazı kaynaklarda yaşlılarda ve diyabetiklerde periferik dolaşım bozukluğu ve arteriyoskleroz yüzünden dirsek fistülü açılması gerektiği bildirilmektedir. Radyo-sefalik fistüle göre

açılması daha zordur. Kolda daha çok ödem görülür ve steal sendromu insidansı daha yüksektir.

④ Arteriyovenöz Greft

Diyalize giren hastaların çoğu fistül açılması için uygun damar anatomisine sahip değildir. Çoğunlukla politetrafloraetilen'den yapılan sentetik greftler kullanılır. Diyalizden 3-4 hafta önce takılmalıdır. Greft ön kola radiyel arter distali ile bazilik ven arasına düz bir şekilde veya brakial arter ile bazilik ven arasına U şeklinde yerleştirilir. U şeklindeki greftlerde düz greftlere göre kan akımı daha fazladır (57) (Şekil 2).



Şekil 2: AV Looped Grefti

④ Geçici ve Kalıcı Santral Venöz Kateterler

Hemodiyaliz kateterleri hem kronik hem de akut hastaların bakımı ve izlenmesinde emniyetli bir damar yolu sağlanması için gerekli malzemelerdendir (57).

Santral venöz kateter tipleri (Şekil 3):

1- Geçici kateterler

- Subklaviyen ven kateterizasyonu
- Juguler ven kateterizasyonu
- Femoral ven kateterizasyonu

2- Kalıcı Kateterler



Şekil 3: Santral Venöz Kateteri

1. 2. 1. 3. HEMODİYALİZ TEDAVİSİNİN AVANTAJLARI

Hemodiyaliz tedavisinin avantajları incelendiğinde (6, 69, 73, 96):

- 1- Hastanın diyaliz tedavisi ile haftada 2-3 kez 4-6 saat ilgilenilmesi, diğer zamanlarda serbest olması,
- 2- Metabolik dengeyi daha az etkilediği için şişmanlığın daha az olması,
- 3- Malnütrisyon ile daha az karşılaşılması,
- 4- Hastaneye yatma gereksiniminin daha az olması,
- 5- Karına ait komplikasyonların görülmemesi,
- 6- Hızlı sıvı, üre ve kreatinin uzaklaştırılması,
- 7- Serum trigliseridlerinin düşürülmesi,
- 8- Etkili potasyum uzaklaştırılmasıdır.

1. 2. 1. 4. HEMODİYALİZ TEDAVİSİNİN DEZAVANTAJLARI

Hemodiyaliz tedavisinin dezavantajları incelendiğinde (69, 71, 96):

- 1- Vasküler giriş yeri problemleri,
- 2- Diyet ve sıvı kısıtlaması,
- 3- Heparinizasyon gereksinimi,
- 4- Fazla araç gereksinimi,
- 5- Diyaliz sırasında dengesizlik sendromu ve hipotansiyon,
- 6- Anemiye neden olan artmış kan kaybı,
- 7- Özel yetişmiş personel gereksinimidir.

1. 2. 1. 5. HEMODİYALİZ TEDAVİSİ SIRASINDA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

A- AKUT KOMPLİKASYONLAR

Hemodiyaliz tedavisi hayat kurtarıcı bir tedavi yöntemi olmasına rağmen hastalarda birçok rahatsızlığa yol açar. Diyaliz teknolojisindeki gelişmeler ve bikarbonatın daha yaygın kullanılması ile hemodiyalize bağlı akut komplikasyonlar günümüzde azalmıştır ancak bu komplikasyonlar yine de sıktır (157).

✳ **Hipotansiyon:** En sık görülen komplikasyonların başında gelir. Hastaların %20-55'inde görülür. Hipotansiyon için başlıca predispozan faktörler düşük vücut indeksi

(sıklıkla kadınlarda), ileri yaş, diyabetes mellitus, iki diyaliz seansı arası aşırı kilo alımı ve mevcut kardiyovasküler hastalıktır (157). Hemodiyaliz sırasında hipotansiyon primer olarak kardiyak out-put ve sistemik rezistansın azalması, vasküler volümün hızlı bir şekilde ortadan kalkması nedeniyle meydana gelir (11, 12, 22, 58, 83, 96, 102).

✳️ **Kas krampları:** Kas krampları diyaliz hastalarında en yaygın yakınmadır, kişiye önemli bir rahatsızlık verir ve ağrılıdır. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber, hızlı Na ve su yer değiştirmesi veya nöromüsküler hipersensitiviteden kaynaklandığı düşünülmektedir. Predispozan faktörler hipotansiyon, hastanın kuru ağırlığının altında olması ve düşük sodyum içeren diyaliz solüsyonunun kullanılmasıdır. Kramplar diyalizin sonuna doğru 3-10 dk. sürer ve ağrılı olarak meydana gelir. Acil olarak kas çözücülerle kramp önlenmelidir ve hastadan fazla sodyum çekilmemelidir (11, 12, 58, 83, 96, 104, 157, 161).

✳️ **Bulantı ve kusma:** Rutin diyaliz tedavisinde %10'dan daha fazla oranda görülür. Neden olan faktörler çeşitlidir (58). Sıklıkla hipotansiyon ile ilişkilidir. Disequilibrium sendromunun erken belirtisi olabilir (83). Hipotansiyon varsa tedavi edilmelidir ve antiemetik ilaç kullanılabilir (157).

✳️ **Kaşıntı:** Çok sık rastlanan ve rahatsızlık veren bir semptomdur. Böbrek hastalığı olan kişilerde kaşıntı kontrol edilemeyen üreminin sonucunda meydana gelir. Ürenin toksik etkisi, safra tuzlarının ciltte birikmesi, psikolojik nedenler, demir preparatlarının fazla kullanılması, hiperparatroidi kaşıntıya neden olabilir. Hastalara; sauna ile vücut yüzeyinde birikenleri atmak ve banyo yağı deri kuruluğunu azaltmak şeklinde yardımcı olabilir (11, 12, 58, 104, 121).

✳️ **Diyaliz Disequilibrium Sendromu:** Kanda yükselmiş olan ürenin aniden düşürülmesi sonucu meydana gelir. Genç hastalarda ve çocuklarda daha sık rastlanır. Hastada baş ağrısı, bulantı-kusma, huzursuzluk, adale krampları, konfüzyon, beyin kanaması, hipertansiyon, senkop, kardiyak aritmiler, ileri derecede konvülsiyonlar görülebilir. Bu bulgular birkaç saatte hafif olarak geçebildiği gibi, delirium geliştiği takdirde şiddetli görülür ve birkaç gün sürebilir (11, 12, 58, 96, 157, 161, 169).

Bu sendromdan kaçınabilmek için yeni diyalize başlanacak hastalarda diyaliz süresinin, kan akımının, diyalizör yüzeyinin düşük tutulması gibi önlemlerle ilk seanslarda kan üresinde ancak % 30 kadar düşme hedeflenmesi önerilmektedir. (11, 12,

58, 161). Düşük sodyumlu diyalizattan kaçınılarak, 140-145 meq/sodyum ve 200 mg/dl glukoz içeren diyalizat kullanılmasının da yararlı olduğu bildirilmektedir (161).

B- KRONİK KOMPLİKASYONLAR

❖ **Hipertansiyon:** Son dönem böbrek hastalığının etiyolojisine bağlı olarak değişmekle birlikte, hemodiyaliz hastalarının % 80-90'ında sistemik hipertansiyon saptanmaktadır. En önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (87). Kronik böbrek yetmezliğinde hipertansiyonun etiyolojisi tam olarak anlaşılammakla beraber muhtemelen aşırı volüme bağlıdır. Kalp debisi ve sistemik damar direncinin birlikte artışı kan basıncını arttırmaktadır (11, 42). İki diyaliz arasında hipertansiyonun nedeni su ve tuzun birikmesi iken, düzenli diyaliz uygulanmaya başlandıktan sonra; sıvını atılmasıyla normal hale gelir. Antihipertansif tedavi gereksinimi, etkin diyaliz ve volüm kontrolü ile çok azalır. Hastalar ultrafiltrasyon, tedavisinde diyetle su ve tuz alımının kontrol edilmesi ile gerçek kuru ağırlıklarına getirilmelidir (11, 42, 49). Hemodiyaliz hastalarında hipertansiyon tedavisinde ilk ve en önemli adım hemodiyaliz yeterliğinin sağlanması ve hastanın gerçek kuru ağırlığına erişilmesidir. Hipertansiyonun tedavisinde hedef, sistolik kan basıncının 140 mmHg'nın altında, diyastolik kan basıncının 75-85 mmHg dolayında tutulması gerektiği bildirilmektedir (49). Diyaliz hastalarında hipertansiyon sıklığının artması nedeniyle kardiyovasküler sorunların da sıklığının arttığı bildirilmektedir (170).

❖ **Anemi:** Hematokrit seviyeleri son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda tipik olarak düşüktür. Bu eksiklik normalde böbrek tarafından üretilen eritropoetin hormonunun eksikliğinden kaynaklanmaktadır (8, 102). Anemi, son dönem böbrek yetmezlikli hastaların büyük çoğunluğunda problem yaratmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında, aneminin düzeltilmesi kardiyak fonksiyonları, egzersiz toleransını, santral sinir sistemi semptomlarını, iştahı, cinsel fonksiyonu olumlu yönde etkileyeceğinden önem taşır (161). Bu hastalarda anemiyi tedavi etmek ve diyaliz ile kontrol altına alabilmek oldukça güçtür. Hematokrit değeri %20-30 arasında olan bu hastalar genellikle transfüzyona bağımlıdırlar (11).

❖ **Böbrek osteodistrofisi:** Renal osteodistrofi son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda en önemli morbidite nedenlerinden biridir. Renal osteodistrofinin oluşmasında sekonder hiperparatroidizm, asidoz, hastanın diyet alışkanlığı, aldığı tıbbi tedavi gibi birçok

faktör rol oynamaktadır (59). Renal osteodistrofisi olan hastalar genellikle kemik ağrılarında şikayet ederler. Ağrının sık olarak belde, kalça ekleminde, dizler ve bacaklarda deneyimlendiği bildirilmektedir (11).

✳ **Hepatit:** Hemodiyaliz hastaları HBV ve HCV enfeksiyonu yönünden toplumun diğer kesimlerine göre daha yüksek risk altındadırlar (114). Hepatit C virüsü hemodiyaliz hastalarında kronik karaciğer hastalığının en sık nedenidir. Hepatit C virüsü enfeksiyonu, ülkemizde hemodiyaliz ünitelerinin en önemli ve en sık karşılaşılan sorunlarından birisidir (7). Türk Nefroloji Derneği'nin 1999 yılı verilerine göre HBs antijeni pozitif hemodiyaliz hastası oranı % 7.5, anti-HCV pozitifliği % 36.2'dir (7, 114). Sezer (1995), Çınar ve arkadaşları (1995) ve Ayhan ve arkadaşları (1997) çalışmalarında benzer sonuçları elde etmişlerdir (23, 41, 136). Bu hastalarda hepatitin nedeni kan transfüzyonları, IV ilaç bağımlılığı, veya enfeksiyonu önlemede kullanılan önlemlerin eksikliğinden kaynaklanır. Ülkemizde hemodiyaliz ünitelerinde HBV ve HCV enfeksiyonu sorununu azaltmak için; hastalarda sık HBV ve HCV enfeksiyon taraması yapılması ve tüm diyaliz üniteleri arasında bilgi akımının sağlanması, enfekte diyaliz hastalarının izolasyonu, tek kullanımlıklı aletlerin kullanımı ve genel önlemlerin alınması önerilmektedir (7, 96). Hepatitten korunmak için antijeni pozitif olanlara ayrı ünite de diyaliz yapılmalı ve makineleri ayrılmalı, çalışanlar eldiven kullanmalı, hasta ve çalışanlar koruyucu olarak aşı yaptırmalıdır (96).

1. 2. 1. 6. HEMODİYALİZ TEDAVİSİNİN YETERLİLİĞİ

Hemodiyaliz tedavisinde yeterlilik kavramı son yıllarda öne çıkmıştır. 1970'li yıllarda Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) amaç diyaliz hastalarına yeterli hemodiyaliz makinesi sağlamak idi ve günümüzde ABD'de bu amaç gerçekleştirilmiştir. Artık amaç, bu tedaviyi daha kaliteli hale getirmek yani yeterli diyaliz yapmak, hastaların yaşam kalitesini yükseltmek haline gelmiştir (39). Kronik hemodiyaliz programına alınan hastalarda diyaliz etkinliği, hastanın klinik özellikleri yanı sıra diyalizde kullanılan diyaliz membran özelliklerine de bağlıdır. Kronik hemodiyaliz uygulamasında amaç; diyaliz yapılan hastanın kendisini iyi hissetmesi, sağlıklı, üretken, kaliteli bir yaşama kavuşması, sıvı-elektrolit denge bozukluğunun düzelmesi, üremiye bağlı ortaya çıkabilecek metabolik ve ekstrarenal komplikasyonların önlenmesidir (11).

Buna göre; kronik hemodiyaliz programına alınan hastalarda diyalizin yeterliliğini gösteren kriterler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- ❖ Hastanın genel durumu ve beslenmesi iyi olmalıdır.
- ❖ Kan basıncı normal sınırlar içinde olmalıdır.
- ❖ Anemi tablosunu iyi tolere edebilmelidir.
- ❖ Kalsiyum ve fosfor metabolizmasında bir bozukluk olmamalıdır.
- ❖ Üremiye bağlı polinöropati ve/veya ansefalopati semptomları bulunmamalıdır.
- ❖ Diyaliz öncesi serum kreatinin düzeyleri kullanılan diyalizerin etkinlik sınırları içine girmelidir.
- ❖ Serum elektrolitleri normal sınırlar içinde bulunmalıdır.
- ❖ Hastanın yaşam kalitesi, sosyal ve iş yaşamı iyi olmalıdır.

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda diyaliz yeterliliği mortalite ve morbiditeyi etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Diyaliz tedavisi Kt/v oranı minimal 1.2 olacak şekilde planlanmalıdır (56, 152). Son yıllarda hemodiyaliz etkinliğini belirlemek için; hastalarda mortalite oranı, kan üre azotu, protein katabolizma oranı ve diyaliz sayısı arasındaki ilişki gibi parametrelerden yararlanılmaktadır (39).

1. 2. 2. PERİTON DİYALİZİ İLE İLGİLİ KURAMSAL BİLGİ

1. 2. 2. 1. PERİTON DİYALİZİ

Diyaliz tedavisi böbrek hastalığı olan bireylerin yaşamlarını devam ettirmede etkin rol oynayan tedavi yöntemlerinden birisidir (60). Periton diyalizi, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda alternatif tedavi yöntemlerindedir ve son yıllarda ülkemizde giderek artan sayıda hastaya uygulanmaktadır (111). Herhangi bir hastaneye, özel merkezlere ve özel eğitilmiş bir ekibe gereksinim duyulmadan kolay uygulanabilir olması, kısa sürede başlatılabilmesi, yavaş ve etkili bir düzelme sağlaması gibi avantajları nedeniyle periton diyalizi ülkemizde daha çok akut böbrek yetmezliklerinin tedavisinde tercih edilmektedir (60).

Periton diyalizi; Karın boşluğu ve barsağın dış yüzeyini örten ve biyolojik yarı geçirgen bir zar olan periton kullanılarak, vücuda toksik etkisi olan artık maddeleri absorbe eden, temizleyici diyaliz solüsyonu aracılığıyla uygulanır (37, 60, 79). Diyaliz solüsyonunun periton boşluğuna verilmesinden sonra, üremik toksinlerin yoğunlukları

bakımından bu solüsyonla kan arasında büyük fark vardır. Üremik toksinlerin kandaki yoğunluğu azalır diyaliz sıvısındaki yoğunluğu arttıkça, moleküllerin geçiş hızı azalır ve sonunda peritonun her iki yanındaki yoğunluğun aynı olduğu denge durumu sağlanır (17).

1. 2. 2. 2. SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİ ve TARİHÇESİ

Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) son dönem böbrek yetmezlikli hastaların kendi kendilerine uygulayabilecekleri önemli bir renal replasman tedavi yöntemidir (14). Son yıllarda giderek yaygınlaşan bir tedavi şeklidir (3, 44). Peritonun yarı geçirgen bir zar olarak kullanılması ilkesine dayanır (44). SAPD, periton boşluğuna doldurulan diyalizatın birkaç saatlik bir dengelenme süresinden sonra, yenisi ile değiştirildiği basit bir yöntemdir. Genellikle günde dört kez yapılan işlem, hasta tarafından ve hastane dışında gerçekleştirildiği için, SAPD tedavisinin başarısı eğitimi de içeren alt yapının etkinliğine bağlıdır (3).

Böbrek yetmezliği tedavisinde; periton diyalizi uygulamasının tercih edilmesi, 1900' lü yılların başlarına dayanır. Araştırmacılar infüzyon yoluyla periton boşluğuna verilen sıvının, küçük porlar aracılığı ile kanla hem kimyasal, hem de ozmotik bakımdan denge durumuna gelmeye çalıştığını keşfetmişlerdir (79).

Periton diyalizi ilk olarak Dr. Ganter tarafından akut üreminin tedavisi amacıyla 1923 yılında kullanılmış ve hastanın durumu, diyalizden sonra düzelme göstermiştir. 1950 yılına gelindiğinde, yayınlanan ve akut böbrek yetmezliğinin tedavisinde periton diyalizinin kullanıldığı vaka sayısı 100' e yaklaşmıştır (79, 96).

Son dönem böbrek yetmezliğinde (SDBY) SAPD tedavisi Popovich ve arkadaşlarının (1976) yöntemi tanımlamasından sonra uygulanmaya başlamıştır (14, 40, 44, 79, 96, 105). Bu işlemin özelliği, periton boşluğu içinde sürekli kalabilen, tıkanma riski minimale indirilmiş Tenckoff tipi ya da benzeri bir kateterin yerleştirilmesi karın boşluğuna doldurulan diyalizatın 4-6 saat arasında değiştirilmesi, geceleri ise 8 saat kadar kalmasıdır. Yöntemin gelişmesinde; 1977 yılında SAPD ile ilgili çalışmalara Missouri Üniversitesi'nden Dr. Kark Nolph'un katılması, aynı yıl Oreopulos ve arkadaşlarının (1977) kollabe olabilen plastik torbalarda diyalizati taşıma tekniğini geliştirmeleri bu yöntemi çok avantajlı kılmış, kısa sürede yaygın kullanıma açılmıştır (44, 96).

SAPD Türkiye' de uygulanmaya 1980' li yıllarda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi' nde başlanmıştır. Halen ülkemizde 42 SAPD kliniği ve 2821 SAPD hastası bulunmaktadır (1, 14).

Gerek uygulama tekniğindeki gelişmeler, gerekse hemodiyalize bağlı üstünlüklerinin kanıtlanması nedeniyle SAPD hastaların tedavisinde tüm dünyada gittikçe artan sayıda kullanılır hale gelmiştir ve böbrek yetmezliğinde kabul gören bir tedavi yöntemi olarak benimsenmiştir (40, 79).

1. 2. 2. 3. SAPD PROGRAMINA HASTA SEÇİM KRİTERLERİ

SAPD son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde uygulanan, hastanın tedaviye aktif katılmasını gerektiren ve iş gücünü önemli ölçüde koruyan bir tedavi seçeneğidir .

SAPD' ye hasta seçimi, programın başarısını tayin eden en önemli parametrelerden biridir (20).

SAPD' nin büyük hasta popülasyonlarında nasıl uygulanacağı, bu konuda uzman, hemodiyaliz ve periton diyalizi deneyimi geniş kişiler tarafından tartışılırken, tedavi tipinin seçilmesinde bir değil, birçok faktörün göz önüne alınması gerektiği görülmüştür. Bu faktörler, medikal, psikososyal ve toplumsal (demografik) faktörler olarak sınıflandırılabilir (20, 79).

Bu faktörler dışında ülkelerin sağlık politikalarına göre de SAPD' ye hasta seçimi değişiklikler göstermektedir (20).

Dr. Hamburger ve arkadaşları (1990), hastaları 5 gruba ayırmışlardır (3, 17, 20, 64, 79, 111, 160).

1- SAPD' nin Özellikle Endike Olduğu Hastalar:

* Medikal olarak: Unstabil kardiyovasküler hastalık, vasküler giriş yeri problemleri, transfüzyon güçlüğü.

* Demografik olarak: 0-5 yaş arası çocuklar

* Psikososyal yönden: Üniteden uzakta yaşamak, otonomi, bağımsızlık isteğinin çok güçlü olması.

2- SAPD' nin Endike Olduğu Hastalar

* Medikal olarak: Diabetes Mellitus (insuline bağımlı), kardiyovasküler hastalıklar (Angina, prostetik valvuler hastalık, aritmiler, valvuler kalp hastalığı), kronik hastalıklar

(semptomatik veya transfüzyona bağımlı anemi, HIV pozitifliği, kanama diatezi, hepatit, periferik vasküler hastalık, hemosideroz), transplant adayları.

* Demografik olarak: Tüm yaşlar, her iki cins, tüm ırklar.

* Psikososyal yönden: Aktif hayat tarzı, seyahat, iğne korkusu, daha esnek diyet isteği olanlar.

3- Değişebilir (Tartışmalı) SAPD Endikasyonları

* Medikal olarak: Obesite/karın çapının geniş olması, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, polikistik böbrek hastalığı, diverkülit hikayesi, asit, sırt ağrısı, herniler, geçirilmiş batin operasyonları, körlük, el hünerinin olmaması, skleroderma, steroid tedavisi, kronik rekürren pankreatit, lupus eritamosus.

* Demografik olarak: Huzur evinde yaşamak.

*Psikososyal yönden: Ciddi depresyon, uyuşturucu-alkol bağımlıları

4- SAPD' nin Tercih Edilmediği Durumlar

* Medikal olarak: Malnütrisyon, abdominal yapışıklıklar, ostomiler, reflü özofajit, gastroparezi, ciddi hipertrigliseridemi.

* Demografik olarak: Evsizlik, 1 ay içinde transplantasyon olacak hastalar.

* Psikososyal yönden: Kötü hijyen, uyumsuzluk, demans.

5- SAPD' nin Kontrendike Olduğu Durumlar

* Medikal olarak: Ciddi enflamatuar barsak hastalıkları (Akut diverkülit, aktif iskemik barsak hastalığı), abdominal apseler, 3. Trimestir gebelikler.

* Demografik olarak: Herhangi bir kontrendikasyonun olmadığı bildirilmektedir.

* Psikososyal yönden: Ciddi psikotik hastalık, entelektüel yetersizlik (yardımcısı olmayan hastalar için) sayılabilir.

SAPD' nin basit, hastanın özgürlüğünü sağlayan, kolay öğrenilebilen ve uygulanılabilen bir tedavi yöntemi olması; tedaviyi cazip hale getirmektedir (20).

Hasta seçiminde, SAPD konusunda deneyimli hemşirenin büyük rolü vardır. Hekim tarafından hasta SAPD' ye uygun görüldükten sonra, hastanın ev şartları, hijyeni, uyumu, hasta yakınlarının uyumu gibi birçok faktör göz önünde bulundurularak, son karar SAPD hemşiresi ile birlikte verilmelidir (20).

1. 2. 2. 4. SAPD'NİN AVANTAJLARI

SAPD'nin kullanımı ve popülaritesi gün geçtikçe artmaktadır. Nedenler incelendiğinde (6, 70, 71, 73, 79, 96, 158);

- 1- Hemodiyalizden daha az komplikasyonlarının olması,
- 2- Vasküler giriş yeri sorunu olmaması,
- 3- SAPD'nin basit ve kolay uygulanabilir bir teknik olması,
- 4- Daha az diyet kısıtlaması olması,
- 5- Daha az kardiyovasküler stres (kardiyovasküler stabilite),
- 6- Daha bağımsız olması ve seyahat kolaylığı sağlaması,
- 7- Diyabetik hastalarda intraperitoneal insülin yoluyla daha iyi kan şekeri kontrolünün sağlanması,
- 8- Heparin gereksinimi olmadığı için retinal hemoraji riskinin olmaması,
- 9- Hemoglobin seviyelerinin hemodiyalize göre daha iyi olması,
- 10- Eritropoetin gereksiniminin azalması,
- 11- Hepatit riskinin daha az olması,
- 12- Çocuk ve yaşlı hastalarda uygulama kolaylığı,
- 13- Üniteye ulaşım problemlerinin olmaması,
- 14- Çalışma ve okula devam olanaklarının artması,
- 15- Ucuzluk,
- 16- Makine, elektrik, su ve teknik ekip gereksiniminin olmaması,
- 17- Evde diyaliz yapılmasıdır.

1. 2. 2. 5. SAPD'NİN DEZAVANTAJLARI

SAPD uygulayan hastalarda, tedaviye bağlı bazı sorunlar görülebilmektedir. Bunlar (70, 71, 73, 79, 96, 158);

- 1- Bakteriyal veya kimyasal peritonit,
- 2- Diyalizat içine protein kaybı,
- 3- Katater çıkış yeri veya tünel enfeksiyonu,
- 4- Katater yeri ile ilgili vücut imajı problemleri,
- 5- Hiperglisemi,
- 6- Hiperlipideminin ağırlaşması,
- 7- Katater yeri için cerrahi bir işlem yapılması,

- 8- Multipl abdominal cerrahi veya travma olan hastalarda kontendike olması,
- 9- Periton geçirgenliğinin zaman içinde azalması,
- 10- Ultrafiltrasyon yetersizliği,
- 11- Psikolojik problemlerin olmasıdır.

1. 2. 2. 6. SAPD TEDAVİSİNİN KOMPLİKASYONLARI

Periton diyalizi uygulaması sırasında problemlerin oluşması tamamen önlenemediği halde, ayrıntılara dikkat etmek, tedbirli davranmak ve deneyimli olmak bu komplikasyonların görülme oranını en aza indirebilir (60).

1. 2. 2. 6. 1. SAPD TEDAVİSİNDE ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLAR

SAPD son dönem böbrek yetmezliğinde gittikçe yaygınlaşan bir tedavi yöntemidir. Son dönemdeki birçok gelişmeye rağmen enfeksiyon halen ciddi bir komplikasyon olarak kalmaktadır. SAPD’de karşılaşılan enfeksiyonlar (66):

- 1) Kateter çıkış yeri enfeksiyonu
- 2) Kateter tünel enfeksiyonu
- 3) Peritonit

1- Kateter Çıkış Yeri Enfeksiyonu

Kateterin vücuttan çıktığı bölgeye kateter çıkış yeri denir. Kateter çıkış yeri enfeksiyonu, Perratos tarafından, çıkış yerinde pürülan akıntı, kızarıklık ve duyarlılığın olması durumu olarak tanımlanmıştır (66, 79, 96, 111). SAPD hastalarının kateter çıkış yeri enfeksiyonu geçirme olasılıkları ilk yıl % 28-46, ikinci yıl % 37-64, üçüncü yıl ise % 44-78 olarak bulunmuştur (79). Çıkış yeri enfeksiyonlarının % 25-85’inden S. Aureus sorumlu bulunmuştur. Cavdar ve ark yaptıkları çalışmalarında da benzer sonuçları bulmuşlardır (34). Ayrıca S. epidermidus ve Pseudomonas da sorumlu tutulmakta olduğu bildirilmektedir (15, 17, 66, 79, 96, 111). Hastada kateter çıkış yeri enfeksiyonu görüldüğünde hemen uygun antibiyotik tedavisi önerildiği şekilde uygulanmalıdır. Çıkış yeri etrafındaki kabuklar hidrojen peroksit ile temizlenmeli ve akıntı miktarına bağlı olarak pansuman günde 1 veya 2 kez değiştirilmelidir. Tedaviye, çıkış yerinde ağrı, kızarıklık ve şişlik belirtileri iyileştikten ve çıkış yerinin rengi

morumsu ya da uçuk pembe halini aldıktan sonra da 7 gün boyunca devam edilmelidir (79, 155, 159).

2- Kateter Tünel Enfeksiyonu

Kateter tüneli, peritondan çıkan kateterin çıkış yerine kadar olan kısmını içine alan deri altı yoludur. Kateter tünel enfeksiyonundan; Stafilokok türleri, peritonit, çıkış yeri enfeksiyonlarından sorumlu olan tüm mikroorganizmalar sorumludurlar. Kateter tünel enfeksiyonu belirtileri incelendiğinde; tünel boyunca ağrı yada hassasiyet, şişlik, sertlik ve ısı artışıdır. Tedavide, oral veya intravenöz antibiyotik verilebilir ve dış keçeyi traşlamak gibi cerrahi yöntemler denenebilir. Ancak tedavi başarısız olduğunda kateterin çıkarılması ve hemodiyalize geçiş gerekmektedir. Hemşirenin hastaya çıkış yeri kontrolünü, tünel kontrolünü ve enfeksiyon belirtilerini de öğretme sorumluluğu bulunmaktadır (15, 66, 79).

3- Peritonit:

Parietal ve visseral peritonun inflamasyonudur. Peritonit SAPD'nin en sık karşılaşılan komplikasyonudur. Bu hastalardaki mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir (5, 34). Bu enflamasyon enfeksiyöz nitelikte olabildiği gibi kimyasal maddeler, allergenler gibi nonenfeksiyöz nedenlere de bağlı olabilir (15, 79, 126, 147, 148, 169).

Peritonite genellikle S. aureus veya S. epidermidis (deri florası) neden olur (96, 105, 126, 148, 158). Peritonitlerin %90-95'inden patojenjik bakteriler sorumlu iken %2-10 kadarı mantarlara bağlı olarak gelişmekte olduğu bildirilmektedir (147). Mantar peritonitleri nadir olup tedavileri güçtür. Olguların %80-90'ında etkeni Candida suşlarının oluşturduğu bildirilmektedir (126, 147, 148)

Periton diyalizi solüsyonlarını değiştirilme sayısı ile enfeksiyon görülme oranı arasında yakın bir ilişki olduğu, 40 veya daha az değişimde %5, 80 değişimde %24, 81 ve daha fazla değişimde %42 oranında enfeksiyon olduğu gözlenmiştir (60).

Peritonitin tedavisinde antibiyotikler peroral, intravenöz veya intraperitoneal olarak verilir. Tekrarlayan enfeksiyonlar periton kateterinin çıkarılmasını ve diyalizi sonlandırmayı gerektirebilir (96, 126).

Peritonit oluşmasına engel olmak için; insizyon yaparken, kateter takılırken ve sıvı alış-verişi yapılırken steril çalışma koşullarına titizlikle uyulmalıdır. Ayrıca her sıvı değişiminde set değiştirmeye, kanülü içeri itmeye, insizyon bölgesinin temizliğine ve

kuru olmasına, iyi drene olmasına özen gösterilmeli, her gün drene olan sıvıdan kültür alınmalı ve lökosit sayımı yapılmalıdır (60).

1 .2. 2. 6. 2. ENFEKSİYON DIŞI KOMPLİKASYONLAR

Bu komplikasyonlar sık görülür ve tedaviyi peritonit kadar olmasa bile önemli ölçüde sınırlarlar. Bu komplikasyonlar; üremik ortam nedeniyle sürekli yıpranan bir organizmada ortaya çıkarlar (15, 38).

1- Karın İçi Basınç Artışı Nedeniyle Gelişen Komplikasyonlar

Karın içi basınç artışı nedeniyle gelişen komplikasyonlar incelendiğinde; herniler, diyalizat sızması, hidrotoraks ve genital ödem olarak bildirilmiştir (38, 79, 96, 118, 161).

2- Muskulo-Skeletal Komplikasyonlar

Muskulo-skeletal komplikasyonlar ise; bel ağrısı, tendinit ve tendon rüptürlerini içermektedir (38, 96, 111).

3- Ultrafiltrasyon Yetersizliği

Periton membranının uzun yıllar diyalizat ve içindeki maddelerin (kimyasal etkenler, bakteri toksinleri, vb.) etkisinde olması nedeniyle yapısal değişikliklere uğradığı bildirilmektedir. Periton membranının glikoza olan geçirgenliğinin artması ve osmotik gradientin korunamaması nedeniyle ortaya çıkan bu ultrafiltrasyon yetersizliğine, Tip I ultrafiltrasyon (UF) yetersizliği denir. Daha az olarak görülen Tip II ultrafiltrasyon yetersizliğinde ise solüt transportu bozulması ve transfer yüzeyinin azalması durumunda olduğu saptanmıştır (38, 161).

4- Sklerozan Kapsülleyici Peritonit (SKP)

Periton dializinin en tehlikeli komplikasyonudur. % 50'ye dek varan mortalitesi olan bu komplikasyon çok seyrek görülür. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte asetat içeren diyalizat, rekürrent peritonitler, plastik partiküller, formaldehit, bakteri filtreleri vb. gibi pek çok etkenin bu tehlikeli komplikasyona yol açabileceği bildirilmiştir (3, 38, 161). Ölüm nedeni intestinal obstrüksiyon ve şiddetli malnütrisyonudur (161).

5- Metabolik Komplikasyonlar

- SAPD sırasında glikoz emilmesi artmış insülin sekresyonu ve artmış plazma insülin seviyeleriyle sonuçlanır. Hiperinsülinemi trigliseridlerin hepatik üretimini artırır ve bu da hiperlipidemiye daha da arttırmaktadır.
- Periton diyalizi ile günde 5-20 gram protein kaybedilmekte, peritonit sırasında bu miktar daha da artmaktadır. SAPD hastalarında günlük protein alımı en az 1.1 g/kg olmalıdır. Aksi takdirde serum albümin seviyesi normalin altına düşmektedir.
- Suda eriyen vitamin ve minerallerinde diyalizatla atılımı sonucu, su, sodyum, potasyum eksikliği ve solunumsal veya metabolik alkaloz gibi yetersizlikler oluşabilmektedir (79, 96).

1. 2. 2. 7. SAPD TEDAVİSİNİN BAŞARISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Diyaliz yeterliliği, hastanın iyilik halinin klinik açıdan belirlenmesi şeklinde tanımlanabilir (79). Kronik periton diyalizi hastalarında, diyaliz yeterliliğinin değerlendirilmesinde; klinik değerlendirme, biyokimyasal göstergeler ve kinetik göstergeler olmak üzere 3 farklı yaklaşımın kullanılabileceği bildirilmektedir (17, 80, 81, 159).

1- Klinik Değerlendirme:

- ☞ Hastanın kendini iyi hissetmesi ve iyi görünmesi
- ☞ Üremik semptomların olmaması
- ☞ Kan basıncının kontrol altında olması
- ☞ Hastanın kuru ağırlığında azalma olması
- ☞ Kalp yetmezliği, perikarditin olmaması
- ☞ Aktivitelerinin yeterli olması
- ☞ Hospitalizasyon gerekliliğinin az olmasıdır.

2- Biyokimyasal Göstergeler:

- ☞ Eritropoetin kullanmaksızın hematokritin %25' in üzerinde olması
- ☞ BUN düzeyinin 50/70 mg/dl olması
- ☞ Serum kreatinin düzeyinin vücut kitlesine göre 15 mg/dl' nin altında olması
- ☞ Serum albumin düzeyinin 3-5 gr/dl' nin üzerinde olması
- ☞ Serum Ca düzeyinin 9.5-10.5 mg/dl civarında olması

- ↻ Alkalen fosfataz düzeyinin normal veya normalin üst sınırında olması
- ↻ Parathormon düzeyinin normalin iki katı düzeyinde olması
- ↻ Kan bikarbonat düzeyinin 22-26 mEq/lit olması

3- Kinetik Göstergeler:

A- Periton eşitleme testi

B- KT/V testi

Bu testler hastaya uygulanması gereken diyalizin dozunu ve uygulanan tedavinin yeterli olup olmadığını göstermektedir. Diyaliz yeterliliği için yapılan kinetik hesaplamalarda üre ve kreatinin gibi küçük molekül ağırlıklı üremik toksinler esas alınmaktadır (17, 80, 81, 159).

1. 2. 3. DİYALİZ HASTALARINDA PSİKOSOSYAL SORUNLAR

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda diyaliz ve böbrek transplantasyonu gibi tedavilerin uygulanmaya başlanması ile hastaların yaşam süreleri uzamış ve buna paralel olarak da hastalara ait psikolojik sorunlar daha çok dikkat çekmeye başlamıştır.

Abram () kronik diyaliz tedavisini kabullenmede önde gelen sorunun; hastalığın temelde kronik bir hastalık olması nedeniyle, hastanın bağımlılık-bağımsızlık çatışması ve yaşamını sürdürebilmek için bir makineye bağımlı olma zorunluluğu olduğunu bildirmektedir. Abram hastaların diyalize uyum sürecini dört aşamada değerlendirmiştir (67, 117, 150).

1. Dönem: Diyalize başlamadan önceki dönem (üremik dönem)'dir. Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fizyolojik ve ruhsal komplikasyonlarını yaşamaktadırlar. Yaşamının tehdit altında olduğu endişesi yaygın bir bulgudur.

2. Dönem: Diyaliz uygulamasına başladıktan sonra hasta bu aşamaya girmektedir. Bu "dengeye geçiş" fazı olarak değerlendirilmektedir. Abram bu fazda üç değişik aşama tarif eder. Bunlar: Apati, öfori ve kaygıdır. Diyalize ilk başlanıldığında hasta organik durumun kötülüğü nedeniyle apatiktir. İlk üç diyaliz sonrasında, kan biyokimyasındaki düzelmeye paralel olarak apati hali hafifler, kaybolur, yerini öfori hali alır. Etrafından haberdar olmaya başlar, bilmediği bu süreç hastayı ürkütebilir , bu dönemde hasta geçici bir kaygı dönemi yaşayabilir. İkinci dönemin bir ile üç hafta kadar sürdüğü bildirilmektedir

3. Dönem: Hastanın fizyolojik dengeye ulaşması ile üçüncü dönem olan “nekahat dönemine” geçilir. Bu dönem üç ay kadar sürer. Hasta durumu ile ilgili gerçeklerle yüz yüze gelir. Fiziksel olarak zayıftır, genellikle kaygılıdır ve diyalizle ilgili problemlerle karşılaşmak depresyona yol açabilir. Hastanın fiziksel ve psikolojik olarak güçlenmesi ve normal yaşantıya dönmesi iki, üç ay kadar zaman alır. Bu dönem gerekli psikoterapotik yaklaşımların yapılması gereken bir dönemdir.

4. Dönem: Üçüncü ayın sonundan yaklaşık birinci yılın sonuna kadar olan dönem “normale dönüş dönemi”dir. Ölümünden kurtuluşun gerçekleştiği ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönemdir. Günlük yaşama dönmüş, tedavi programına alışılmaya başlanmıştır. Abram araya girebilecek fiziksel komplikasyonların depresyon ve kaygıyı alevlendirebileceğini belirterek, yaklaşık altı ayda bir yıl arasında bir sürede hastaların çoğunluğunun yeterli bir uyum düzeyine ulaştıklarını ileri sürmüştür (67, 117, 150).

Kronik böbrek hastalığı organik, mental ve psikososyal ciddi sorunların geliştiği bir tablodur. Gerek kronik fiziksel hastalığın kendisi, gerekse makineye bağlı kalmanın zorunluluğu, birçok psikososyal sorunlara ve psikiyatrik bozukluklara neden olabilmektedir (28). Diyaliz hastaları diğer kronik hastalığı olan bireyler gibi kaygı ve depresyon belirtilerini sıklıkla yaşarlar. Bunlar fiziksel hastalıkların en yaygın görülen psikolojik sonuçlarıdır (28, 67, 79, 117). Ayrıca diyaliz hastalarında her iki cinsten cinsel fonksiyon bozukluklarının da sıklıkla görülmesi bu olayın ciddiyetini arttırmaktadır (150).

Kronik böbrek yetmezliği sağaltımı her zaman stres verici bir yaşam olayı olarak tanımlanmıştır (90). Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle diyaliz programına alınan hastalarda, organik rahatsızlıklara ek, pek çok ruhsal ve sosyal sorunların da eşlik ettiği görülmektedir. Bu hastaların yaşadığı başlıca fiziksel ve psikososyal sorun alanlarını, Gutman ve ark. (1981), Fenn ve Ochitil (1988), McKegney ve Gallagher (1989), Özkan (1993), Kaplan ve ark. (1994) aşağıdaki şekilde bildirmişlerdir:

1. Haftada üç gün ve ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamaları ile yaşamın diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmesi,
2. Diyaliz ünitesinde sık görülen ölümler ve ölüm korkusunun sürekli olarak yaşanması,
3. Fiziksel durumda sık gelişen değişmelerin olması, bunlar incelendiğinde;
 - Üreminin artmasıyla bulantı, yorgunluk, uyku hali, dikkat azalması

- Diyaliz uygulamasının hemen ardından sıvı elektrolit dengesindeki ani değişime bağlı baş ağrısı, bulantı, kas krampları, sinirlilik, bazen de eşlik eden yönelim bozukluğu, deliryum ve konvulsiyonlar
 - Ardından bir dahaki diyaliz uygulamasına kadar süren kısa iyilik hali,
4. Uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulabilmesi,
 5. Sıklıkla başka bedensel hastalıkların da eklenebilmesi (anemi, hipertansiyon gibi) ve halsizlik, impotans gibi buna bağlı sorunlar,
 6. Diyalizde geçirilen zamana, kalan zamanlarda da fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş veriminin düşmesi, sosyal yaşamın fakirleşmesi,
 7. Hastanın nakil için yakınlarından böbrek talebinin ve hasta yakınlarının böbrek verme konusunda yaşadığı tereddütlerin doğurduğu baskılar ya da kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme sürecine girilmesi,
 8. Sıvı ve gıda alımında büyük kısıtlamalar getiren diyet programlarını uygulama güçlüğü.

Bu ağır fiziksel ve psikolojik stres etkeninin altında kalan hastalarda, başta depresyon ve kaygı bozuklukları olmak üzere, ruhsal bozuklukların sık görüldüğü bildirilmektedir (131).

1. 2. 3. 1. KAYGI:

Kaygı; Başa bir tehlike geleceği duygusu, huzursuzluk, gerilim ve korku ile karakterize, hoş olmayan bir emosyonel durum olarak tarif edilir. Beck kaygıyı genellikle bilinmeyen ve anlaşılmayan, yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi olarak tanımlamıştır (27). Kaygı stresli durumlara karşı normal bir yanıt, fizyolojik, psikolojik olarak deneyimlenen gerçek veya gerçek olmayan tehlikenin algılanmasına emosyonel bir reaksiyondur (45). Kaygı, solunum hızının değişmesini, kalp vuruş hızının artmasını, deri renginin sararmasını, ağız kuruluğunu, terlemeyi, kaslarda bir gerginliği, titremeyi içeren karakteristik bir otonom sinir sistemi faaliyeti şeklinde kendini gösterir (27).

Kaygı genel olarak insanın varoluşu için gerekli yaşamsal bir güçtür. Bireyin olgunlaşma sürecinde kuvvetli bir faktördür.

1. 2. 3. 1. 1. KAYGININ DÜZEYLERİ

Dört düzey kaygı yaşandığı bildirilmektedir (13, 27).

1-Hafif Kaygı: Kişi tetiktir. Duyuların kullanımı artmıştır. Kişilerarası ilişkileri azaltarak kendini sınırlayabilir. Bir çok sağlıklı insan hafif düzeyde kaygı yaşar. Bu huzursuzluk duygusu bireyi bilgi araştırmaya ya da soru sormaya yönlendirir.

2-Orta Düzeyde Kaygı: Bireysel uyarılma durumundan gerilim, sinirlilik ya da merak duyguları hissetme noktasına çıkarır. Algılama yetenekleri azalmıştır. Dikkat çevresel aktivitelerden çok, bir durumun belli bir boyutuna odaklanmıştır. Kişide, kas gerginliği, kalp atım sayısı ve solunum sayısında artma görülür.

3-Ciddi Düzeyde Kaygı: Bireyin enerjisinin çoğunu tüketir ve müdahale gerektirir. Algılama daha da daralmıştır. Kişi gerçekten neler olduğuna odaklanmayarak, genellikle kaygı uyandıran durumun küçük bir detayına takılmıştır. Öğrenme yeteneği azalmıştır, yalnızca basit komutları izleyebilir. Çarpıntı, terleme, özellikle boyun ve sırt kaslarında kasılma, solunum sayısında artma gibi fiziksel bulgularda artma görülür.

4-Panik: Bireyin kaygısı, kontrolünü kaybetmesine yol açacak kadar korkutucu ve çok güçlü bir düzeydedir. Diğer kaygı düzeylerinden daha seyrek yaşanır. Paniklemiş kişinin algılaması olayları tamamıyla çarpıtacak kadar bozulmuştur. Korku, endişe, dehşet hisleri yaygındır. Hallüsinasyonlar görülebilir. Öğrenme yeteneği kişi korku dolu ve tek noktaya odaklanmış olduğu için yoktur. Paniklemiş bireyde konuşamama ve hareket edememe görülür (45, 79).

1. 2. 3. 1. 2. KAYGININ SINIFLANDIRILMASI

1. 2. 3. 1. 2. 1. NORMAL VE PATOLOJİK KAYGI AYIRIMI

1- Normal Kaygı: Normal kaygı insanda doğuştan itibaren varolan ve belirli düzeye kadar sağlıklı yaşanması gereken bir duygu durumdur. Çünkü kişinin kendini geliştirmesine, başarılı olabilmek için daha aktif biçimde çalışmasına, kendi varlığını sürdürmesine engel olabilecek tehlikeli konularda onu uyararak gerekli tedbirleri alması, daha yaratıcı ve üretici olmasına yol açar, belli bir düzeye kadar performansı artırır, onu motive eder. Ayrıca kaygı insan olmanın özgün elemanlarından biridir (27).

2- Patolojik (Hastalıklı/Zararlı) Kaygı: Burada yaşanan kaygı duygusu artık belli bir eşiği aşmış kişiyi olumsuz biçimde etkilemeye, günlük yaşamını bozmaya yani ona zarar vermeye başlamıştır. Kişinin bu duyguyla baş edebilme gücünü aştığı için, onu yaşam

biçimini değiştirmek zorunda bırakabilir, kaçınma ve kaçma davranışı izlenebilir, hatta bazen yaşamı tümüyle alt üst olabilir. Patolojik kaygı, normal kaygıya göre daha yoğun ve ızdırap verici olarak yaşanır. Yoğunluğu, süresi ve şiddeti uyaranla orantılı değildir. Başlangıç ve bitişinde dış etkenler değil, içsel uyaranlar rol oynar (27).

1. 2. 3. 1. 2. 2. EKZOJEN (DIŞ) VE ENDOJEN (İÇ) KAYGI AYIRIMI

1- Ekzojen Kaygı: Normal kaygıya benzer. Dış dünyadan gelen uyaranlara bir yanıt olarak ortaya çıkar. “Tonik” bir niteliğe sahiptir yani belirtiler beklenmeyen dalgalanmalar göstermez (27).

2- Endojen Kaygı: Ataklar şeklinde ortaya çıkar. Belirtiler fazik ve klonik karakterdedir, yani inişli çıkışlıdır. Dış dünyadan gelen uyaranlarla ilgisi ya yoktur yada çok azdır. Daha çok kişiye özel içsel nedenlerle ilgili olduğu düşünülmektedir (27).

1. 2. 3. 1. 2. 3. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI AYIRIMI

1-Durumluk Kaygı: Öner’in tanımına göre; bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Birçok durumda bu kaygı normal, hatta mücadele gücü vermesi yönünden yararlıdır. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma, titreme gibi fiziksel değişimler bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesi olarak görülür (113). Baltaş stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olduğunu, eğer şiddeti devam ediyorsa bunun bir anlamı olduğunu belirtmiştir. (24).

2-Sürekli Kaygı: Bazı kişiler sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşamaktadırlar. Genellikle mutsuzdurlar. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır (113). Sürekli kaygı bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Bu durum, kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi olarak da tanımlanabilir (113).

Sürekli kaygı zamanla değişmeyen, kaygıya karşı doğan bir kişilik eğilimidir. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun yaşarlar (45).

Spielberger kaygıyı incelemiş ve gerçek bir tehlike veya tehditin bulunduğu çevresel koşullar karşısında olan bireyin kompleks emosyonel tepkisini “Durumluk Kaygı” olarak tanımlamıştır. Çevresel koşullardan bağımsız olarak bireyin huzursuzluk,

endişe duyma, stres altında aşırı duyarlık göstermesine “Sürekli Kaygı” demiştir. Kaygı yaşantılarındaki bu ayrımın yapılması Spielberger’in (1966) “İki Faktörlü Kaygı Kuramı” ile, kaygı türlerinin ölçülmesi ise Spielberger ve ark.’larının (1970) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) ile mümkün olmuştur (113).

1. 2. 3. 1. 3. DİYALİZ HASTALARINDA KAYGI VE KAYGI YAKINMASI OLAN DİYALİZ HASTALARINA YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Kronik hastalıkların bir çoğunda olduğu gibi, diyaliz hastalarında da kaygı en yaygın yakınmadır. Makineye bağımlılık, otonominin sınırlanması, fiziksel durum, iş, aile düzenlerindeki bozulmalar bu kaygıyı artırır. Hastalığın, yaşantının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlevlerin bozulacağı korkusu, ekonomik yetersizlik, diyaliz personeli ve ailenin beklentileri ve diyalizin stresiyle başa çıkamama korkusu bu kaygıyı daha da artırır (28, 67, 79, 90, 117, 133). Diyaliz tedavisi sırasında kaygı belirtileri ön planda olabilir. Özellikle hemodiyaliz tedavisine yeni başlayan hastalarda kendi kanının bir makine içinde dolaştığını görmek ve bu sırada kendisi ve diğer hastalarla ilgili ciddi komplikasyonlarla karşılaşmak kaygı tablosu oluşturmaya yetecektir (90). Duygularını ifade edebilen, yeni ilgi ve yaşam alanları yaratabilen hastalarda uyum daha kolaydır (117). Kaygılı bireyin algılanması, öğrenmesi, sorun çözme becerisi, sağlıklı bir gelişim sürdürmesi ve tedaviye uyumu olumsuz yönde etkileneceğinden, kaygının ortaya çıkmasının engellenmesi ya da erken dönemde belirlenerek uygun yaklaşımlarla ele alınması, hasta bireye yönelik hemşirelik bakımının önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Kaygı yakınması olan bireye yönelik hemşirelik girişimleri Tablo 1’de gösterilmektedir (32, 79, 139).

Tablo 1: Kaygı Yakınması Olan Bireye Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı	Beklenen Sonuçlar	Hemşirelik Girişimleri
Kaygı	* Hastanın kaygıdan kurtulmak için eğlence aktiviteleri ile ilgilendiği gözlenir, * Progresif gevşeme tekniklerini günde bir kez	-Önce kaygının varlığını ve düzeyini belirleyin, -Kaygı ortaya çıkarabilecek durumları belirleyin (kişisel savunma mekanizmaları, kişilik özellikleri, özgüveni, değerleri, inançları, idealleri), -Hastanın yakınmalarını dinleyin ve önemseyin,

<p>uyguladığı saptanır, * Hatalı düşüncelerini ve bedensel duyarlılığını kaygıya bağlama yeteneğini geliştirir, * Kendi ve olaylar hakkındaki yanlış algılamalara karşı problem çözme tekniğini kullanabilme yeteneği gözlenir,</p>	<p>-Hastanın geçmişte kullandığı kaygıyla başetme yöntemlerini belirleyin, -Kaygı ile başetmede kullanılan yöntemleri açıklayın (Problem çözme yöntemi, gevşeme yöntemleri, karar verme-yapma yöntemi, profesyonel yardım alma, eğlendirici aktiviteler, hobiler, akraba ve arkadaşları ile biraraya gelme v.b.), -Ciddi kaygısı olan bireyler için: Sessiz ve rahat bir çevre sağlayın, -Stresi ve sıkıntıyı arttıran nedenleri uzaklaştırın, -Kaygısı olan başka bireylerle görüşmesini sınırlayın, -Kısa ve basit cümleler kurun, -Yumuşak ve kesin bir ses tonuyla konuşun, -Hastaya dokunma gibi sözsüz iletişim tekniklerini kullanın, -Karar vermesini gerektiren sorulardan kaçının, -Kaygıya neden olan durumu araştıran sorulardan kaçının, -Hastayla yapıcı ve olumlu iletişim kurun, -Aktif, sözlü bir iletişim kurun, -Hastanın kaygısını azaltacak, yaratıcı ve paylaşımı sağlayan etkinlikler önerin (müzik grupları, basit oyunlar, günlük ev işleri, rutin işler, yürüyüş yapma, yüzme, basit bulmacalar gibi), -Kaygıyı uyaran ve arttıran etkilerden kaçın ve hastanın kaygısını kabul edin, -Hazır olduğunda duygularını dile getirmesi için cesaret verin, istiyorsa ağlamasına izin verin, -Gerekli bilgileri açık ve doğru olarak verin, -Hastanın yapıcı çözümler bulmasına ve</p>
---	--

		<p>umudunu korumasına yardım edin,</p> <p>-Tehdit, ilgisizlik, red, yargılayıcı tutum, sabırsızlık, gerçekçi olmayan beklentiler, yüzeysellik, güçsüzlük kaygıyı artırır, gelecekte bunların önlenmesi için yardım edin,</p> <p>-Hastanın günlük aktivitelerini kendi isteğine ve amaçlarına göre düzenleyin,</p> <p>-Eğer hastanın kaygısı orta düzeyde ise; kaygıyı ortaya çıkaran şimdiki kaygı deneyimi ile geçmişteki deneyimi arasındaki benzerlikleri ortaya çıkarın, daha önce böyle hissettiniz mi?, sonrasında ne oldu?, sıkıntınızı azaltmak için ne yaptınız? gibi sorular sorun,</p> <p>-Kaygı öncesi düşüncelerini ve beklentilerini tanımlamasını sağlayın,</p> <p>-Kaygıyı arttıran ya da azaltan ilişkilerini tanımlamasını sağlayın,</p> <p>-Benliği tehdit eden nedenleri belirginleştirin,</p> <p>-Kaygıyı azaltma stratejilerini geliştirmesine yardım edin,</p> <p>-Hastaya problem çözme yöntemini kullanması için yol gösterin,</p> <p>-Hasta ile birlikte sonuca götürecek yöntemleri değerlendirin,</p> <p>-Hasta ile birlikte başarısızlığa neden olan etmenlerin alternatiflerini arayın.</p>
<p>Düşünce Sürecinde Değişiklik</p>	<p>* Zaman, yer, kişi ve olayları doğru bir şekilde ifade etmeli,</p> <p>* Tedavi, yapılan işlemler nedenini ifade edebilmeli,</p> <p>* Günlük yaşam</p>	<p>-Hastanın ciddi düzeyde kaygı ya da paniği varsa, çevresel uyaranları en aza indirin,</p> <p>-Adını sık sık söyleyerek sakin ve güvenilir bir şekilde konuşun,</p> <p>-Anlattığı cümlelerin doğruluğunu kabul edin ve kısa cümleler kullanın. Açık ve öz talimatlar</p>

	<p>aktivitelerini uygun bir şekilde yerine getirebilmeli, * Stresörleri ve olumlu baş etme yöntemlerini tanımlayabilmeli</p>	<p>verin, -Hastaya, bir konuya dikkatini toplamasını, bilinçlice seçilmiş değişik bir konu ile ilgilenebilmesi için kendini izlemeyi öğretin, -Kaygı deneyiminden önceki düşüncelerini tanımlaması ve deneyimleri hakkındaki yanlış anlamaları düzeltmeye başlaması için hastaya yardım edin, -Problem çözme yöntemini kullanmayı öğretin, -Kaygı uyandıran deneyimi hakkında gerçekçi düşünmeyi öğretin, -Hastaya olabilecek en kötü şeyi tanımlatın, bu karar verme korkusunu azaltabilir. Zorluk seziniyorsa bu iyiye işarettir, -Kendinden çok şey beklememeyi, gerçekçi amaçlar koymayı öğretin, -Hastaya, kendini zayıf ya da yetersiz olarak düşünmeksizin evde ve işde yardım istemeyi öğretin.</p>
<p>Sözlü İletişimde Bozulma</p>	<p>* Diğer insanlarla etkileşimi ve işbirliği yapma yeteneği konularında kendine güvenin arttığını sözel olarak ifade ettiği saptanır, * Kesin ve anlaşılır mesajları aldığı ve verdiği saptanır.</p>	<p>-Hastanın tekrarlayan sorularına az ve kısa olarak yanıt verin, -Önemsiz ve abartılmış şikayetlerini eleştirmeden dinleyin, -Günlük programı ve tedavisinde kaygı yaratan nedenleri sezmeye çalışın, -Yapılan plan ve programı hastaya anlatın, isterse bir kağıda yazın, -Özellikle kaygılı olduğu zamanlarda, hastaya hafızasına güvenmektense programını yazmayı öğretin, -Küçük şikayetleri, kekelemesi, tıkanması ve tekrarlayan soruları olduğu zaman hastanın</p>

		<p>kaygısını tanımlamasına yardım edin,</p> <p>-Şikayetlerin ve sözel güçlüklerin kaygıya bağlı olduğunu hastaya öğretin,</p> <p>-Hastaya kekelediği zaman daha yavaş konuşmasını hatırlatın,</p> <p>-Tıkanma ve kekelemeyi azaltmak, enerjiyi arttırmak için hastaya derin ve yavaş nefes almasını önerin, hasta daha sonra tıkanmasının nedenini hatırlayacaktır,</p> <p>-Hastanın dayanıklılığını onaylayın,</p> <p>-Yavaş ve derin nefes alarak konuşmasını destekleyin.</p>
Beslenmede Değişiklik	<p>* Hastada kilo kaybı olmaması,</p> <p>* Yeme alışkanlığını değiştiren emosyonel ve psikolojik faktörleri açıklayabilmeli</p>	<p>-Yiyecek ve sıvı alımını ve bunun kaygı durumuyla ilişkisinin değerlendirin,</p> <p>-Yiyecek ve sıvı alımını izleyin,</p> <p>-Küçük ve daha sık öğünler yemesini önerin,</p> <p>-Gerektiğinde bulantı için ilaç verin,</p> <p>-Kalori alımını azaltmak yada arttırmak için önerilen yiyecekleri öğretin.</p>
Barsak Alışkanlığında Değişiklik	<p>*Hastanın barsak alışkanlığının normale dönmesi,</p> <p>* Hasta kaygısının konstipasyona veya diyareye neden olabileceğini anlayabilmeli,</p> <p>*Hasta kaygısını azaltmak için uygun kaynakları kullanabilmeli.</p>	<p>-Barsak alışkanlığını ve bunun kaygı düzeyi ile ilişkisini değerlendirin</p> <p>-Uygun diyet ve sıvı alımını</p> <p>-Egzersiz yapmasını önerin,</p> <p>-Gerekli ise laksatif verin,</p> <p>-Konstipasyonu önlemede rutin barsak alışkanlığının önemini öğretin</p> <p>-Hasta diyare ise, doktor istemi ile ilaç verin.</p>

<p>Sosyal İzolasyon</p>	<p>*Sosyalleşmesini sağlayacak etkileşim tutumlarını tanımlama ve uygulama, *Sosyalleşmesini sağlayacak yöntemleri tanımlama ve uygulama, *İzolasyondan kurtulma isteğini ifade etme.</p>	<p>-Hastanın diğer bireyler ile iletişim güçlüklerini, korkularını ve yeteneklerini değerlendirin, -Geçmişte hoşlandığı sosyal becerileri ve aktiviteleri tanımlatın ve uygun aktiviteleri yaparak kendine olan güveninin artması için hastayı teşvik edin, -Sosyal aktiviteleri paylaşmadaki sorumluluğu öğretin. Başarı veya başarısızlığın tamamen ona ait olamayacağını belirtin, -Sosyal ilişkilerini ve korkularını tanımlaması için hastaya yardım edin, -Hastaya, onun için önemli kişilerle duygularını paylaşmayı ve onlardan yardım istemeyi öğretin, -Diğer insanlarla ilişkileri hakkındaki, olumlu duygularının farkına varmayı öğretin, -Hastaya reddettiği ya da açıkça tanımlamaktan hoşlanmadığı ve karar veremediği incelemeyi reddettiği olayları ve kişileri birbirinden ayırtedebilmesi için yardım edin, -Hastaya, dayanıklılık düzeyini, yeteneklerini ve eksiklerini kabul etmesi için destek olun.</p>
<p>Beden İmajında Bozulma</p>	<p>* Kendisi hakkındaki duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade etmesi ve diyaliz tedavisini kabul etmesi * Tedaviye bağlı olabilecek yan etkileri kabul etmesi,</p>	<p>-Hastanın, böbrek fonksiyonlarındaki bozulma ve diğer vücut sistemlerindeki değişmeye, diyalizin gerekliliğine ve böbrek nakli olasılığına verdiği tepkileri dikkatle izleyin, -Hastada inkar, suçluluk, saldırganlık, kırgınlık, değersizlik, küskünlük, güvensizlik ve kaygı durumlarının olup olmadığını belirleyin, -Hastanın yaşamında ortaya çıkan psikososyal değişiklikleri tanımlayın; sosyal ilişkilerinde değişiklik, huzursuzluk, düşmanlık, aşırı bağımlılık, korku veya red, iş kaybı, maddi</p>

		<p>gelirde düşme, geleceğe yönelik beklentilerde değişikli gibi,</p> <p>-Hastanın kronik böbrek yetmezliği ve diyalize ilişkin yanıtını etkileyebileceği için, kültürel geçmişini ve dini inançlarını tanımlayın,</p> <p>-Yeni durumu kabul etmesine ve rehabilitasyonuna yardım edin,</p> <p>-Hastanın cinsel yaşamında olabilecek sorunları açıklayın. Libido kaybı, impotans, orgazm olamama yaşanabilecek başlıca problemler olabilir,</p> <p>-Destekleyici danışmanlık yapın,</p> <p>-Gerçekçi hedefler belirlemesine yardım edin.</p>
<p>Kaygı nedeniyle libido azalmasına bağlı: Seksüel örüntülerde değişim</p>	<p>* Cinsel işlevlerine ilişkin kaygılarını paylaşacaktır,</p> <p>* Yaşamındaki stresörleri tanıyacaktır,</p> <p>* Cinsel partneri ile doyumda artma olduğunu ifade edecektir,</p> <p>* Cinsel aktiviteye dönme isteğini bildirecektir,</p> <p>* Önceki cinsel aktiviteye dönecektir.</p>	<p>-Seksüel fonksiyonlara ilişkin ilgiyi, aktiviteyi, tutum ve bilgileri inceleyip tanımlayınız,</p> <p>-Uygunsa kronik hastalığın seksüel işlevselliğe etkilerini tartışınız,</p> <p>-Soru sorması için cesaretlendiriniz.</p> <p>-Seksüel fonksiyonların kaygı düzeyi ile ilişkisini saptayınız,</p> <p>-Kaygı düzeyini azaltmak için düzenli bir egzersiz programı başlatın,</p> <p>-Kaygıya yönelik tedavi planına uyumunu arttırın.</p>
<p>Korku</p>	<p>* Hasta korkusunun kaynaklarını tanımlamalı,</p> <p>* Hastada korkunun fiziksel belirti ve bulguları olmamalı,</p> <p>* Korkusunu azaltmak için en az bir baş etme yöntemi kullanılmalıdır.</p>	<p>-Korkusunun kaynaklarını tanımlamalı,</p> <p>-Kaygıyı azaltmak için verilecek olan bilgi hastanın anlama kapasitesine göre verilmeli,</p> <p>-Tüm tedaviler ve hastalık süreci hastanın soruları cevaplanarak açıklanmalı,</p> <p>-Hasta çevreye oryante edilmelidir.</p>

1. 2. 3. 2. DEPRESİF SENDROM:

Diyaliz hastalarında, depresif mizaçlı uyum güçlüğü ve major depresyon akut dönemden sonra görülen en yaygın reaksiyondur. Diyaliz hastalarının psikososyal yönlerini inceleyen çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bir çok çalışmada, diyalizin en sık görülen psikiyatrik komplikasyonunun depresyon olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda kaygı görülme sıklığının da oldukça yüksek olduğu bildirilmektedir (67, 117, 150).

Sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, otonomilerini, çalışabilme yeteneklerini kaybetme endişesi, ve kayıp duygusu depresyon gelişiminde en önemli unsurlardır. Fiziksel durumun kötüleşmesi ile depresyon şiddeti arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Diyete uymama, diyalizi reddetme gibi uyum güçlükleri sıklıkla depresyona bağlı davranışlar olduğu bildirilmektedir. Depresyon gerek immün sistem işlevlerini olumsuz yönde etkilemesi ile gerekse hastada ortaya çıkan geri çekilme, izolasyon ve mücadele etme isteğinin azalması ile kronik hastalığın seyrini olumsuz olarak etkilemektedir (117). Son dönem böbrek yetmezliğinde depresif semptomların % 10 ile % 40 arasında görüldüğü çeşitli çalışmalarla bildirilmiştir. Rodin (1980) böbrek yetmezliği olan hastalarda en önde gelen psikiyatrik konsültasyon nedeninin depresyon olduğunu ileri sürmektedir. Lowry (1979) yaptığı bir çalışmada, incelediği diyaliz popülasyonunda DSM III kriterlerine göre % 22 oranında major depresyon tespit ettiğini bildirmiştir (150). Penn ve ark., (1980) hemodiyaliz hastalarında % 17 oranında psikiyatrik bozukluk saptadıklarını bildirirken, Kaplan de-Nour (1976) hastaların % 50'sinde depresyon saptamıştır (150). Craven ve ark.'larının (1987) yaptıkları çalışmada diyaliz hastalarında depresyonun sosyodemografik değişkenlerle ilişkileri araştırılmış ve daha çok kadınların, gençlerin, yalnız yaşayanların, işsizlerin ve diyaliz süresi iki yıl ve daha az olanların tanı aldığı görülmüştür (131).

1. 2. 3. 3. CİNSEL SORUNLAR:

Diyaliz hastalarında cinsel işlev bozukluğu yaygın bir sorundur (67, 117, 131). Fearing (1992), Milde ve ark (1996), son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların iki cinsinde de –özellikle erkeklerde- seksüel fonksiyonlarının büyük miktarlarda bozulduğu bildirilmiştir. Milde ve ark (1996), tarafından yapılan son çalışmada diyaliz hastalarının %65'nin seksüel ilişkilerinden memnun olmadığı görülmüştür (109). Erkeklerde yapılan bir araştırmada ise cinsel işlev bozukluğunun % 70 oranında görüldüğü saptanmıştır (67, 117, 150). Cinsel problemlerin nedenleri tam olarak açıklanamamıştır. Muhtemelen psikolojik komplikasyonlara bağlı olduğu kadar, fiziksel rahatsızlığın da etkileri olduğu bildirilmektedir. Etkisi olabilecek belirgin psişik faktörler arasında önde gelenleri depresyon, kaygı, aile

rollerindeki değişmeler olarak sayılmaktadır (67, 117, 150). Bununla beraber empotans genellikle organik nedenlere bağlı olarak görölmektedir. Etki eden faktörler incelendiğinde; üremi ile birlikte olan hormonal değişiklikler, diyabet, vasküler bozukluk veya antihipertansif ilaçların kullanımı gibi faktörlerdir (117).

Kadınlarda cinsel istek azalması, orgazm olamama ve menstrual fonksiyonlarda bozulma tanımlanmıştır. Erkeklerde gözlenen sorunlar arasında empotans, infertilite ve sık olarak mastürbasyon davranışının olduğu bildirilmektedir (67, 117, 150).

1 .2. 4. YAŞAM KALİTESİ

1. 2. 4. 1. YAŞAM KALİTESİNİN TANIMLANMASI

Son yıllarda, özellikle gelişmiş toplumlardaki bilim ve yönetim çevrelerinin, üzerinde yoğunlaştıkları alan olarak, yaşam kalitesi kavramı ile sıkça karşılaşmaktayız. Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişme içerisinde olması ve çok yönlü özellik taşıması tanımlanmasını güçleştirmektedir (26).

Yaşam kalitesi kavramı, ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine karşın, oldukça geniş kapsamlıdır. Bu kavram, yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder (123). Genel olarak mutluluk, doyum ve uyum olarak tanımlanmaktadır (46).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” şeklinde tanımlanmıştır. Burada temel olarak savunulan “iyi bir sosyal çevre bireysel kalite algılarının da iyi olması sonucunu doğurur” fikridir (11, 26, 123).

Çeşitli araştırmacıların yaşam kalitesine ilişkin tanımları incelendiğinde:

Hoernquist; yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin olma gereksiniminin derecesi olarak tanımlamıştır (18) .

Szalai’ne göre yaşam kalitesi kavramını, bireyin yaşamının iyi ve tatminkar özelliklerinin genel değerlendirimidir şeklinde ifade etmiştir.

Mc Daniel ve Bach, yaşam kalitesinin dört temel özelliğinden bahsetmektedirler;

- a) dinamik özelliği (zaman içinde değişim gösterebilmesi)
- b) çok boyutluluk
- c) interaktif olması (birey çevre ilişkisinden etkilenmesi)

Shaw yaşam kalitesini formülize ederek tanımlamıştır;

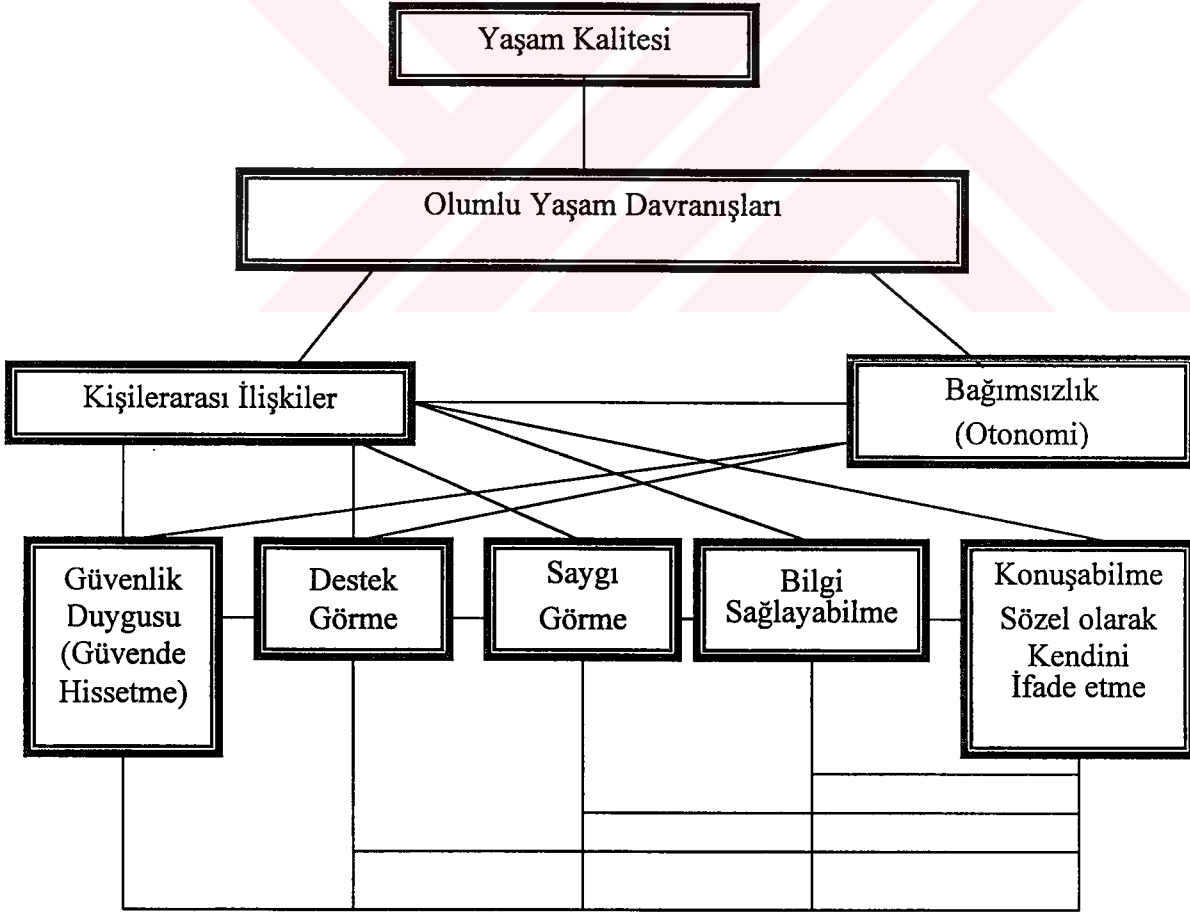
“yaşam kalitesi = doğal ihtiyaçlar (hastanın ailesinin bu yöndeki çabaları + toplumun bu yöndeki çabaları)”dır (18).

Andrews ve Witney (1974), yaşam kalitesi kavramını bireylerin doyumu ve onların sosyal ilişkilerinin kesişimi olarak tanımlanmıştır (26).

Bertero, yaşam kalitesini sosyolojik açıdan tanımlamış ve bu tanımı bağımsızlık (otonomi), sevme (sevgi) ve esenlik olmak üzere üç kavram üzerine temellendirmiştir. Bertero, yaşam kalitesi kavramını, olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır (Şekil 4).

Şekil 4’de görüldüğü gibi, olumlu yaşam davranışlarının iki alt boyutu kişilerarası ilişkiler ve bağımsızlıktır. Kişilerarası ilişkiler ve bağımsızlık boyutları altında birbirleriyle etkileşen güvenlik, destek görme, saygı görme, bilgi ve konuşabilme boyutları bulunmaktadır (26).

Şekil 4: Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları (İçeriği) ve Nitelikleri



1. 2. 4. 2. SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ

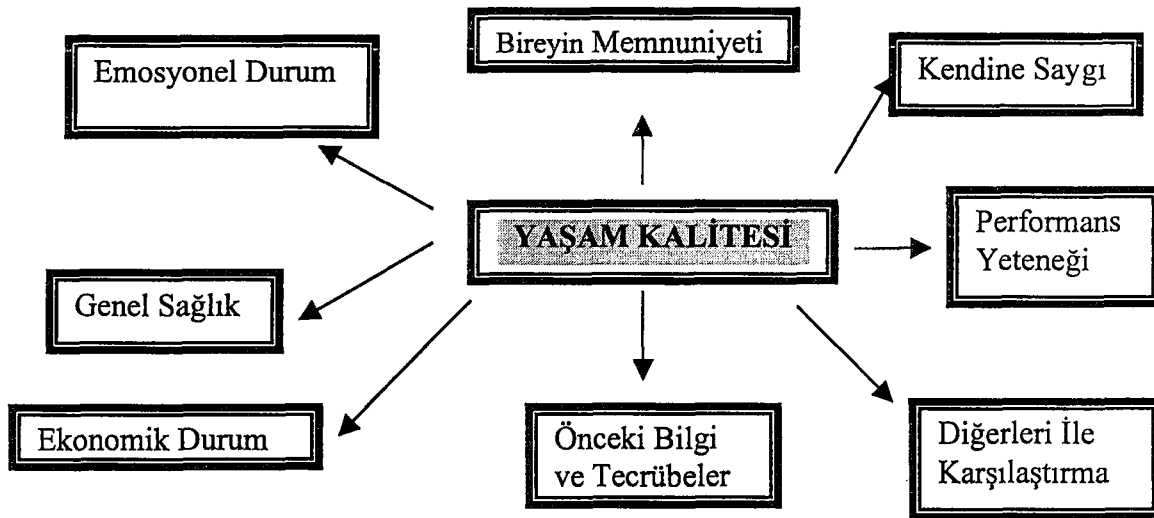
Sağlık bakım sistemi kapsamında, özellikle kronik hastalıklarda ve yeni tıbbi teknolojik yöntemlerin değerlendirilmesinde bireyin fonksiyonel, psikolojik ve sosyal iyilik durumlarının değerlendirilmesine gereksinim duyulmuştur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmelerinde farklı tanımlar yapılmıştır.

Gotay yaşam kalitesini, hastaların fiziksel, psikososyal ve sosyal iyiliğinden etkinlenen günlük yaşam aktiviteleri, hastalık, tedavi ve semptomlarını kontrol ile ilgili doyumunu olarak tanımlanmaktadır.

Calman yaşam kalitesini, hastanın deneyim ve beklentileri, gerçek ve algılanan amaçları arasındaki fark olarak tanımlar.

Grant, Padilla ve arkadaşları (1990) bireyin yaşamını karakterize eden olumlu veya olumsuz bir kişisel durum olduğunu; Lewis ise; yaşam kalitesinin kişisel kontrolle birlikte geliştirildiğini bildirmektedir (46).

Patterson (1975) yaşam kalitesinin her yönünü değerlendirmede gerekli olduğu var sayılan karakteristikleri saptamak yolu ile farklı bir yaklaşım getirmiştir. Bu karakteristikler incelendiğinde; genel sağlık, performans durumu, genel rahatlık, ekonomik ve sağlık durumu gibi komponentlerdir. Her iki görüşün birleştirilmesi ile elde edilen yaşam kalitesi şeması Şekil – 5’de gösterilmiştir (11, 51).



Şekil 5: Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler

Padilla ve ark.(1990), yaşam kalitesinin bölümlerini hemşirelik ile ilişkilendirerek özetlemiştir. Bu bölümler incelendiğinde:

- Yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imajı, kaygı, otokontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, gelişme ve öğrenme durumu/ilişkileri, hedefe ulaşma durumu, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi duyguları içeren psikolojik/emosyonel esenlik,
- Fonksiyonel yeterlilik, günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, seks, uyku, zindelik/güçlülük, yorgunluk, sağlık/hastalık görüşü ve tanı/tedavi sonucunu içeren fiziksel esenlik,
- Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal ve bireysel esenlik,
- Var olan mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilme gibi finansal ve maddi esenlik (26).

Yaşam kalitesi, subjektif bir olgudur, gözlenemez, bu nedenle de en yakın göstergelerle ölçülebilir. Bu göstergeler;

- * Gözlenen veriler
- * Kan tetkikleri gibi fizyolojik göstergeler
- * Alkol alışkanlığı, suisid oranı gibi davranışsal göstergeler
- * Bireysel raporlardır.

Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır. Duruma bağlı olarak, yaşam kalitesi sağlık durumu, emniyet, yetersizlik, kaygı, depresyon, ilaçlara bağımlılık, intellektüel fonksiyon, seksüel fonksiyon, semptomların hafiflemesi, günlük yaşam aktiviteleri, bireyin yaşamdan doyum bulması ve sosyal gibi bir birden fazla belirti içermekle birlikte sınırlı değildir (11, 26)

Evans ve arkadaşları (1990), yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişlerdir (11).

Tüm bireyler temel fiziksel gereksinimlere sahiptir ve bu gereksinimler her insan için aynıdır. Virginia Henderson insanların temel gereksinimlerinin birbirinin aynı olduğuna, ancak birbirinin aynı iki insan var olmadığına inanır. Bu nedenle hemşirenin hastanın gereksinimlerini hastaya özgü olarak değerlendirmesi gerekmektedir (11,26).

Yeme-içme, hareket, solunum, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, çalışma, cinselliği ifade etme, uyku alışkanlığı gibi gereksinimler insan hayatının sürekliliği ve

sağlıklı olması için gerekli olan gereksinimlerdir. Birey bu temel gereksinimlere ulaşamadığı zaman, bu bölümlerden biri veya birkaçı sağlıksız hale gelir, bireyin iyilik halinin bozulmasına neden olur (11).

Kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel gereksinimlerin karşılanması son derece önemlidir. Günlük yaşam aktivitelerinin bozulması ve fiziki aktivitenin sınırlanması bu hastalarda en rahatsız edici durumdur (11, 26). Her kronik hastalığı olan kişi veya aile, kendilerine olan güven ve saygının, aile içi statünün ve bağımsızlığın yitilmesi, kabul edilmeme ve ümitsizlik gibi duygularla büyük kişisel ve duygusal kayıplara uğramaktadır. Tüm bu temel insan gereksinimlerinin yaşam kalitesini etkilemekte olduğu bildirilmektedir (26).

Psikolojik göstergeler; yaşam doyumu, psikolojik etki ve emosyonel iyilik hali olup yaşam deneyimlerinin subjektif değerlendirilmesi ile elde edilirler. Bu yaklaşımların ana amacı; davranışsal yargıların ve psikolojik büyümenin sonuçlarını göstermektir. Psikolojik göstergeler içerisinde kaliteyi belirlemede bireyin kendi yaşantısına ilişkin değerlendirmelerin temel etmen olduğu savunulmuştur. Yaşam kalitesinin belirleyicilerinden olan psikolojik göstergeler, bir yaşantı sonrası yapılan öznel bir değerlendirme ya da bilişsel-duygusal bir boyuttur (11).

Yaşam kalitesinin farklı araştırmacılar tarafından belirtilen belirleyicileri ve boyutları Tablo 2’de görülmektedir (46).

Tablo 2- Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri ve Boyutları

Yaşam Kalitesi Belirleyicileri	Yaşam Kalitesi Boyutları
Klinik Durum: Hastalıklar, hastalık şiddeti, semptomlar Sağlık Bakımı: İlaç tedavisi, tedaviler, tavsiyeler, bilgiler Yaşam Şekli: Egzersiz, sigara içimi, alkol almak, diyet/beslenme, stresi yönetebilme Yaşam Durumu: Sosyal destek, yaşam olayları Demografik Özellikler: Kazanç, eğitim, ırk Kültür :	Fiziksel Fonksiyonlar: Fiziksel yeterlilik Bilişsel Fonksiyonlar: Mental yeterlilik Aktiviteler: Öz-bakım, rol, sosyal, eğlence Vücut Sağlığı: Fiziksel rahatlık, rahatsızlık, ağrı, yorgunluk Duygusal Sağlık: Depresyon, heyecan hali, olumlu duygu Öz-kavram: Özgüven, kişisel kontrol Genel Beklentiler: Sağlık beklentileri, yaşamdan tatmin olma, genel anlamda yaşam kalitesi Ruhsal Sağlık: Güçlü inanç, umut, umutsuzluk, dini inanç Beklenen Kontrol: Yaşamın Anlamı:

1. 2. 4. 3. DİYALİZ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ

Son yıllara kadar kronik böbrek yetmezliği ölümlerle eşdeğer olarak düşünülmekteydi. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların kaderi çeşitli diyaliz tipleri ve böbrek transplantasyonu ile değişmiştir. Diyaliz ilk uygulanmaya başladığında, dikkatler tedavinin yaşamı uzatabileceği üzerinde odaklanmıştır. İlgiler şimdi değişmiştir ve çabaların çoğu yaşam kalitesi üzerinde yoğunlaşmıştır (95).

Düzenli diyaliz tedavisine giren hastaların yaşam kalitesi son yıllarda önemle üzerinde durulan bir konudur (90). Düzenli diyaliz tedavisine giren hastaların bakımında amaç hastanın yaşam kalitesini yükseltmektir (53). Günümüzde tedavi ile ilgili yaklaşımlarda artık hastaları sadece sağaltmak amaçlanmamaktadır. Aynı zamanda hastanın kalan yaşamını uzatmak, yaşamını mümkün olduğunca iyi geçirmesi için girişimlerde bulunmak konuları ile ilgilenmektedir (11, 90).

Son dönem böbrek yetmezliği gibi kronik bir hastalığa sahip olma hastanın yaşamını her zaman etkilemektedir (97). Çoğul stresörler ve yaşam şeklinin olası kaybı nedeniyle yaşam kalitesi diyaliz hastaları için önemli bir konudur (99). Yaşam kalitesi ayrıca son dönem böbrek yetmezliğinin çeşitli tedavi tiplerinin seçimini belirlemede major bir faktördür (76, 163). Son dönem böbrek yetmezliğinin çeşitli tedavi tipleri arasındaki yaşam kalitesini karşılaştıran bir çok çalışma yapılmasına karşın, değişik sonuçlar saptanmıştır (11, 21, 47, 48, 50, 99, 100, 124, 154, 171).

Evans ve arkadaşları (1985) son dönem böbrek yetmezliği (başarılı transplantasyon uygulanmış hastalar, ev hemodiyalizi uygulayanlar, sürekli ayaktan periton diyalizi uygulayanlar ve merkezde hemodiyaliz uygulayan) olan 859 hastanın yaşam kalitesini incelemişler ve sonuçta böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda en yüksek yaşam kalitesi bildirilmişlerdir, ikinci sırada evde hemodiyaliz uygulayan hastalar, üçüncü sırada SAPD uygulayan hastalar dördüncü sırada ise merkezde hemodiyaliz uygulayan hastalar olarak bir sıralama elde etmişlerdir (50, 97, 99).

Morris & Jones (1989) 138 ESRD'li hastanın yaşam kalitesini incelediği çalışmasında bu çalışmaya benzer sonuçları elde ettiklerini belirtmişlerdir (108).

Simmons ve ark. (1984) SAPD ve merkezde HD uygulayan ve başarılı renal transplant uygulanmış 458 hastanın yaşam kalitesini incelemişler ve SAPD hastalarında merkezde HD uygulayan hastalardan daha yüksek yaşam kalitesi sonuçlarını elde etmişlerdir. Buna karşın Evans ve arkadaşlarının (1985) sonuçların zıt olarak merkezde HD uygulanan hastalarda böbrek transplantasyonu uygulanmış hastalardan daha önemli oranda yüksek yaşam kalitesi saptamıştır (97, 138).

Lok (1996) SAPD ve HD uygulayan 64 hastada yaptığı çalışmada yaşam kalitesini iki grupta da ortalamasının altında bulmuştur. Fakat SAPD grubunda HD hastalarından daha yüksek sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir (97, 99).

Fox ve ark (1991) ESRD' li hastaların yaşam kalitesini incelemek için ev hemodiyalizi, SAPD ve hastane HD uygulayan hastaları karşılaştırdılar. Diğer iki tedavi

yöntemiyle karşılaştırıldığında evde hemodiyaliz uygulayan hastalarda yaşam kalitesinin önemli oranda daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (55).

Wang ve ark. (1993) yaptıkları çalışmada 17 SAPD ve 17 HD hastasının yaşam kalitesini karşılaştırmışlar ve bu iki grup arasında yaşam kalitesi bakımından bir fark bulamadıklarını bildirmişlerdir (163). Waiser ve arkadaşları (1998) çalışmasında da Wang'ın sonuçlarına benzer sonuçlar elde edilmiş, ortalama yaşam kalitesi hemodiyaliz, SAPD, transplant için sıra bekleyen ve sırada olmayan hastalar için yaklaşık olarak eşit olduğu saptanmıştır (162).

1. 2. 5. SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA KAYGIYI AZALTMAK VE YAŞAM KALİTESİNİ YÜKSELTMEK AMACI İLE UYGULANAN DAVRANIŞAL YÖNTEMLERDEN GEVŞEME

Gevşeme 1920 yıllarında ilk defa Jacobson tarafından farkedilmiştir, 1960'lardan sonra bir kalp uzmanı ve araştırmacı olan Herbert Benson tarafından bilim alanına bir teknik olarak kazandırılmıştır (24).

“Derin Gevşeme” duygusu, gevşekliğin bedensel durum ve özelliklerine bağlı olarak ortaya çıkartılabilir. Gerçekten gevşemeyi başarmış bir insanın, solunumu derin ve rahat, elleri ve ayakları sıcak ve ağır, kalp vuruşları sakin ve düzenli, karnı sıcak, alını serindir. Bu durumdaki bir insanın kasları gevşemiş, hormonal dengesi sağlanmış ve beden metabolizması bozulmuştur (24). Gevşeme egzersizlerinin kan basıncını, kalp vuruşlarını ve solunum hızını azalttığı çeşitli çalışmalarla saptanmıştır (65, 85).

Gevşeme öğrenilebilir bir davranıştır, bireylere veya gruplara öğretilir, bireysel hisleri ve davranışları kontrol etmeye izin verdiği için özellikle yararlıdır. Çeşitli teknikler kullanılır fakat her biri ritmik solunum, kas gerginliğini azaltma ve bilinç durumunu değiştirmeyi içerir (149).

1. 2. 5. 1. GEVŞEME TEKNİKLERİ

1. 2. 5. 1. 1. BIOFEEDBACK (BİYOLOJİK GERİ BİLDİRİM)

Gevşeme yanıtının öğrenilmesini son derece kolaylaştıran yöntemlerden biri biofeedback'tir. Biofeedback, insanın normal ve normal dışı olan ve kendisinin farkında olmadığı fizyolojik tepkilerinin bir araç yardımı ile farkında olduğu ve bir eğitim programı içinde otonom faaliyetlerini (beden sıcaklığı, ter bezi salgısı v.b.) istenilen yönde düzenlemeyi öğrendiği bir yöntemdir.

Biofeedback, bir anlamda insanın kendi içi fizyolojik faaliyetlerini gözleyebileceği bir penceredir. Biofeedback tekniği, onbeş yıldır teşhise, tedaviye ve korunmaya yönelik amaçlarla Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da kullanılmaktadır. Biofeedback tekniği, düşünceler, duygular ve beden arasındaki ilişkiyi somut bir biçimde ortaya koyar. Bu yöntemle kişi kendisine yansıtılan bedensel faaliyetlerini kontrol etmekte ve bunları kendi isteği doğrultusunda kullanmak alışkanlığını kazanır ve gevşeme için ne yapması gerektiğini öğrenmiş olur (24).

1. 2. 5. 1. 2. OTOJENİK GEVŞEME (KENDİ KENDİNE GEVŞEME)

Gevşeme yanıtının kazanılmasında kullanılan önemli tekniklerden bir tanesi "otojenik gevşeme"dir. Schulz ve Luthe adlarında iki Alman hekimin geliştirdikleri bu teknik, bir çok hastalıkta denenmiş ve elde edilen olumlu sonuçlar yayınlanmıştır. Otojenik metot, zihnin istirahat halinde bir vücut imajı üzerine konsantre olmasıyla, kaslarda tam bir gevşeme elde edilmesidir (63). Günümüzde, otojenik gevşeme egzersizleri ABD'deki ağrı kontrol kliniklerinde ve gevşeme yanıtının öğrenilmesinin önemli olduğu her durumda yaygın olarak kullanılmaktadır (24).

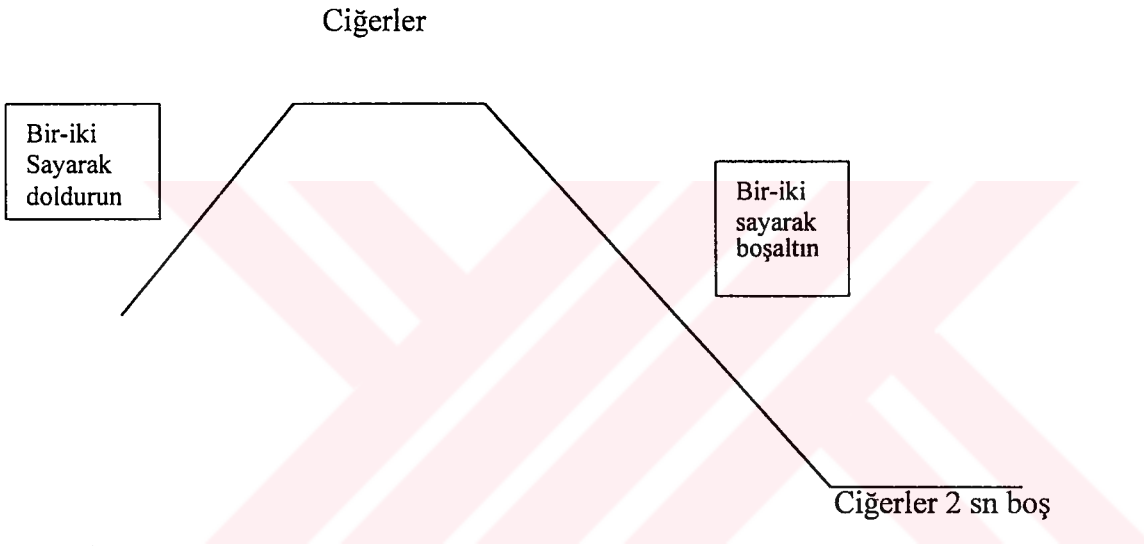
1. 2. 5. 1. 3. TEMEL NEFES EGZERSİZİ

Stres altındaki bireyler genellikle hızlı ve derin nefes alırlar. Göğüs solunumu olarak bilinen solunumun bu tipi kısa nefes alıp vermeye, kas gerginliğinin artmasına ve kanın yetersiz oksijenlenmesine neden olabilir. Nefes egzersizleri hem solunum fonksiyonlarının geliştirilmesini hem de stres ve anksiyeteyi azaltmayı sağlamaktadır (72).

yi bir nefes almada iyi bir nefes vermek önem ta maktadır. Nefes alma işleminin bütünü zihinsel olarak denetlenmeli, ağır, derin ve sessiz olmalıdır (Şekil-6).

Derin, tam bir nefes, diyaframın aşağıya hareket etmesi ve akciğerin en alt bölümünün havayla dolmasıyla başlar. Daha sonra orta bölüm havayla dolar ve göğüs genişler. Son olarak da akciğerin üst bölümü dolar ve omuzlar hafifçe kalkabilir (24).

Bu tür nefesi daha iyi hissedebilmek ve bunu sık sık uygulayabilmek için sağ avcunuzun üstünü karın deliğinizin hemen altına, sol elinizi de göğsünüzün üstüne, memelerinizin hizasına koyun. Eğer diyaframı harekete geçirecek şekilde nefes alıyorsanız, sağ elinizin hareket etmesi gerekir. Daha farklı şekilde söylersek, karın boşluğunuzun, yukarıdan gelen basınç nedeniyle şişmesi ve sağ elinizi dışarı itilmesi gerekir. Bu nefes biçimi sağlıklı, doğru ve derin nefestir (24, 72).



Şekil 6: Derin nefes

Tablo 3 : Derin Nefes Almanın Aşamaları

Derin Nefes Almanın Aşamaları	
1.	Nefes alma egzersizine başlamadan önce (daha önce belirtildiği gibi) sağ avucunuzu göbeğinizin hemen altına, sol elinizi göğsünüzün üstüne koyun ve gözlerinizi kapatın.
2.	Nefes almadan önce ciğerinizi iyice boşaltın. (Nefes verirken ciğerler zorlanmamalı ve nefes itilmeden kendiliğinden çıkmalı)
3.	Ciğer kapasitenizi hayali olarak ikiye bölün ve “bir”, “iki” diye içinizden sayarak ciğerinizin bütününe doldurun... Kısa bir süre bekleyin, “bir-iki” diye diye sayarak,

nefesinizi aldığınızın iki katı sürede boşaltın. Sağ eliniz göğüs kemiklerinizin, hareketli bir köprü gibi, yana doğru açıldığını hissetmeli... Yeni bir nefes almadan iki saniye bekleyin.

4. İkinci ve üçüncü maddede yazılanları tekrarlayarak bir derin nefes daha alın ve verin. Egzersizi bir kere daha tekrarlayıncaya kadar mutlaka en az 4-5 normal nefes alın (8, 24, 41, 68, 72).

Unutulmaması gereken en önemli noktalardan birisi; temel egzersiz ara vermeden arka arkaya tekrarlanmamalıdır. Derin nefes almanın bedensel yararlarını hissedebilmek için bu nefes biçiminin kişinin günlük hayatının içine girmiş olması gerekir. Bunun için de günde 40-60 arasında derin nefes alınması gerekir. Derin nefes egzersizini başlangıçta unutmamak ve alışkanlık haline gelmesini sağlamak için *hatırlatıcılara* başvurmak gerekir (24).

Bu konudaki hatırlatıcılar iki türdür.

I. Birincisi günlük hayatta sık karşılaşılan bazı durumları nefes almayla eşleştirmek veya bu durumları nefes alma vesilesi yapmaktır.

- * Asansör beklerken,
- * Asansör çıkarken,
- * Telefon çaldığında, telefonu açmadan,
- * Mufakta bir şeyin kaynamasını beklerken,
- * Zilini çaldığınız bir kapının açılmasını beklerken,

Ağır, derin ve sessiz bir nefes alınmalı, nefes alındığı zaman dikkati omuzlara ve alınına verilmeli ve gergin olup olunmadığı kontrol edilmelidir (24).

II. tür hatırlatıcılar ise, “**renkli küçük etiket**”lerdir. Bu etiketleri evinin, kişisel eşyaların bir çok yerine yapıştırarak, onlarla karşılaştıkça nefes alma alışkanlığı geliştirilebilir. Tuvalet aynası, gardrobun içi kapağı, ayakkabı dolabının içi, çantanın içi, saatin bir köşesi. Bu hatırlatıcıları görmek bireylere derin bir nefes alması gerektiğini hatırlatacaktır. Böylece kazanılan alışkanlığı sürdürmek için, günde 40 civarında derin nefes alma alışkanlığı sağlanacaktır (24).

Nefes egzersizleri tamamlandıktan sonra vücudu germe ve gevşetme egzersizlerine başlanmaktadır (72).

1. 2. 5. 1. 4. PROGRESİF (İLERLEYEN) GEVŞEME

Bu teknik Jacobson tarafından geliştirilmiştir ve 1920'lerde geliştirilmeye başlanmış yaygın olarak araştırma ve inceleme konusu olmuş ve bu tekniğin kas gerginliğini azaltmak konusundaki başarısı ve yararı kanıtlanmıştır. Progresif gevşeme tekniği insan vücudundaki büyük kas gruplarının (elle başlayan, ayakla biten kas grupları) iradeli olarak gerilmesini ve gevşetilmesini içerir (16, 24, 72, 94). Kas grupları farklı şekillerde gruplara ayrılmıştır, fakat en çok kullanılan grup aşağıdaki gibidir:

1. Eller ve kollar
2. Boyun, omuz ve yüz
3. Göğüs, karın, kalça
4. Ayaklar ve parmaklar'dır (72, 103).

Bir kas gergin durumda olduğunda, bu gerginlik ne ölçüde yoğunsa, kas serbest bırakıldığında yaşanacak olan gevşeme aynı ölçüde derin olacaktır (24).

Gevşemede iki önemli husus kasları gevşetmek ve düşünmemektir. Kaslarımızı kurallı olarak serbest bırakabildiğimiz ölçüde gerçek zihinsel dinlenme elde edilir (63).

Bir progresif gevşeme egzersizinin başarılı olabilmesi için en önemli şart, dış çevreden gelecek olan uyaranların mümkün olan en alt düzeye indirilmesidir. Bu nedenle egzersizin uygulanması için elverişli ortam olarak, loş ışıklı, sakin bir oda düşünülebilir. Egzersiz böyle bir odada rahat bir koltuğa oturarak veya sırt üstü yatarak yapılabilir, başının altına küçük bir yastık yerleştirilir. Bacaklardaki kasları gevşetmek için ayaklar desteklenir, bireyin kıyafetleri bol ve rahat olmalıdır (24, 72, 89, 103).

1. 2. 5. 2. HASTALARA UYGULANAN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZİ İÇİN EĞİTİM REHBERİ

1. 2. 5. 2. 1. GEVŞEME BASAMAKLARI

Hastanın Pozisyonu: Hasta oturur veya yatar durumda en rahat ettiği pozisyonu almalıdır. Gözlerini kapatmasını, ayak ayak üstüne atmamasını, konsatrasyonunu belirtilen kas grupları üzerinde toplamasını, rahat, sessiz, ağır ve derin bir nefes alması, egzersizleri yaparken gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat etmesi söylenir.

(24, 72, 75, 93, 101).Hasta progresif gevşeme egzersizini yaparken aşağıdaki aşamaları tekrar etmesi söylenir (31).

1. EL VE KOL KASLARINI GEVŞETMEK İÇİN HASTAYA UYGULANACAK EGZERSİZLER

Ellerinizi yumruk halinde sıkarak gerebilirsiniz.

Şimdi yumruklarınızı iyice sıkın

Gergin... İyice gergin...

El ve kollarınızdaki gerginliği hissedin..

Ve şimdi yavaşça yumruklarınızı açın....

Ellerinizde hiç gerginlik kalmasın...

Elleriniz tamamen gevşek...

Gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin...

El ve kollarınızdaki kasları gevşetmeye devam ederken, dikkatinizi “**rahatla**” kelimesi üzerinde yoğunlaştırın..

Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağızınızdan nefesinizi verin.

2. KOLLARIN ÜST KISMINDAKİ KASLARI GEVŞETMEK İÇİN HASTAYA UYGULANACAK EGZERSİZLER

Kollarınızın üst kısmındaki kasları kollarınızı dirseklerinizden bükerek ve ellerinizi omuzlarınıza değdirerek gerebilirsiniz..

Kollarınızı dirseklerinizden bükün...

Ellerinizi omuzlarınıza değdirin...

Gergin... İyice gergin...

Kollarınızdaki gerginliği hissedin ve yavaşça kollarınızı iki yana doğru indirerek gevşetin...

Kollarınızda hiç gerginlik kalmasın...

Kol kaslarınızda gerginlikle gevşeklik arasındaki farka dikkat edin...

Kollarınızda hiç gerginlik yok...

Kol kaslarınızı gevşetmeye devam ederken, dikkatinizi “**rahatla**” kelimesi üzerinde yoğunlaştırın..

Ne kadar rahatladığınızı hissetmeye çalışın.. Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağızınızdan vermeye devam edin...

3. OMUZ KASLARINI GEVŞETMEK İÇİN HASTAYA UYGULANACAK EGZERSİZLER

Omuzlarınızı mümkün olduğu kadar yukarıya doğru kaldırarak gerebilirsiniz...

Omuzlarınızı yukarı doğru kaldırın...

Gergin... Daha da gergin...

Omuzlarındaki gerginliği hissedin ve yavaşça omuzlarınızı eski haline getirerek gevşetin...

Omuzlarınız tamamen gevşek olsun...

Omuzlarındaki gerginlikle gevşeklik arasındaki farka dikkat edin...

Kaslarınızı gevşetmeye devam ederken, dikkatinizi “**rahatla**” kelimesi üzerinde yoğunlaştırın..

Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin....

4. BOYUN KASLARINI GEVŞETMEK İÇİN HASTAYA UYGULANACAK EGZERSİZLER

Boyun kaslarınızı başınızı mümkün olduğu kadar geriye doğru iterek gerebilirsiniz...

Başınızı geriye doğru itin...

Gergin... İyice gergin...

Gerginliği hissedin ve yavaşça boynunuzu eski haline getirerek gevşetin...

Boynunuzda hiç gerginlik kalmasın...

Boyun kaslarındaki gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin...

Gevşetmeye devam ederken, dikkatinizi “**rahatla**” kelimesi üzerinde yoğunlaştırın..

Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin....

5. BOYNUN ARKA KISMINDAKİ KASLARI GEVŞETMEK İÇİN HASTAYA UYGULANACAK EGZERSİZLER

Başınızı mümkün olduğu kadar öne doğru gererek çenenizi göğsünüze değdirmeye çalışın...

Gergin... İyice gergin...

Boynunuzun gerildiğini hissederek ve yavaşça boynunuzu eski haline getirerek gevşetin...

Hiç gerginlik kalmasın...

Gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin...

Gevşetmeye devam ederken, dikkatinizi “**rahatla**” kelimesi üzerinde yoğunlaştırın..

Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin....

6. YÜZ KASLARINI GEVŞETMEK İÇİN HASTAYA UYGULANACAK EGZERSİZLER

Bu kaslarınızı kaşlarınızı mümkün olduğu kadar çatıp, gözlerinizi sıkıca yumarak, dudaklarınızı büzüp dişlerinizi birbirine kenetleyerek gerebilirsiniz...

Bu şekilde yüzünüzü mümkün olduğu kadar buruşturun...

Gergin... İyice gergin...

Yüzünüzdeki gerginliği hissedin ve şimdi yavaşça yüzünüzü eski haline getirerek gevşetin...

Kaşlarınız çatık kalmasın, göz kapaklarınız, dudaklarınız, dişleriniz birbirine hafifçe değsin...

Yüzünüz tamamen gevşek olsun...

Gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin...

Gevşetmeye devam ederken, dikkatinizi “**rahatla**” kelimesi üzerinde yoğunlaştırın..

Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin....

7. GÖĞÜS KASLARINI GEVŞETMEK İÇİN HASTAYA UYGULANACAK EGZERSİZLER

Bu kaslarınızı derin bir nefes alıp, bir süre tutarak gerebilirsiniz...

Derin bir nefes alın...

Tutun... Tutun ve yavaşça nefesinizi verirken gevşeyin...

Göğüs kaslarınızda hiç gerginlik kalmasın...

Gerginlikle gevşeklik arasındaki farka dikkat edin...

Ne kadar rahatladığınızı hissetmeye çalışın..

Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağzınızdan vermeye devam edin....

8. KARIN KASLARINI GEVŞETMEK İÇİN HASTAYA UYGULANACAK EGZERSİZLER

Bu kaslarınızı karnınızı karşıdan bir yumruk darbesi almaya hazırlanır gibi iyice içinize çekerek gerebilirsiniz...

Karnınızı içeri çekin...

İyice sıkın...Sıkın...

Karın kaslarınızda gerginliği hissedin ve yavaşça karnınızı eski haline getirirken dikkatinizi “**rahatla**” kelimesi üzerinde yoğunlaştırın..

Kaslarınız tamamen gevşek olsun...

Gerginlikle gevşeklik arasındaki farka dikkat edin...

Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağızınızdan vermeye devam edin....

9. KALÇA KASLARINI GEVŞETMEK İÇİN HASTAYA UYGULANACAK EGZERSİZLER

Bu kasları kalçalarınızı sıkarak gerebilirsiniz...

Şimdi kalçalarınızı sıkın...

Gergin... İyice gergin...

Kalçalarınızda gerginliği hissedin ve şimdi yavaşça kalçalarınızı gevşetin...

Kalçalarınızda hiç gerginlik kalmasın...

Kalçalarınızda gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin...

Burnunuzdan yavaş ve derin bir nefes alıp, ağızınızdan vermeye devam edin....

10. BACAK KASLARINI GEVŞETMEK İÇİN HASTAYA UYGULANACAK EGZERSİZLER

Bacak kaslarınızı bacaklarınızı hafifçe havaya doğru kaldırarak ve ayak parmaklarınızı yere doğru yaklaştırarak gerebilirsiniz....

Bacaklarınızı hafifçe havaya doğru kaldırıp, parmaklarınızı yere doğru yaklaştırın...

Gergin... İyice gergin...

Bacaklarınızda gerginliği hissedin ve şimdi yavaşça bacaklarınızı eski haline getirip gevşetin...

Bacaklarınızda hiç gerginlik kalmasın...

Gerginlik ve gevşeklik arasındaki farka dikkat edin...

Gevşemeye devam ederken, dikkatinizi “**rahatla**” kelimesi üzerinde yoğunlaştırın..

Ne kadar rahatladığınızı hissetmeye çalışın...

11. BACAKLARIN ARKA KISMINDAKİ KASLARI GEVŞETMEK İÇİN HASTAYA UYGULANACAK EGZERSİZLER

Bacaklarınızı yukarı doğru kaldırarak ve ayak parmaklarını kendinize doğru yaklaştırarak gerebilirsiniz...

Bacaklarınızı yukarı doğru kaldırıp parmaklarını kendinize doğru yaklaştırın...

Gergin... İyice gergin...

Bacaklarındaki gerginliği hissedin ve yavaşça bacaklarınızı eski haline getirip gevşetin...

Bacaklarınızda hiç gerginlik kalmasın...

Gevşemeye devam ederken, dikkatinizi “**rahatla**” kelimesi üzerinde yoğunlaştırın..

Bacaklarınızda hiç gerginlik kalmasın....

Şimdi bu gevşekliğin bütün vücudunuza yayıldığını hissedin. Nefesinizin rahat ve düzenli olmasına özen gösterin. Her nefes verişinizde biraz daha gevşeyin. Tüm bedeniniz gevşek ve rahat.

Kendi kendinize 4'ten 1'e kadar sakin bir şekilde sayın ve 1'de gözlerinizi yavaşça açın.

1. 2. 5. 3. PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZİ İÇİN TEMEL BİLGİLER

Yukarıda ayrıntılı bir şekilde belirtilen progresif gevşeme egzersizleri basamaklarının ana hatlarıyla incelenmesi Tablo 4'de gösterilmektedir.

Tablo 4: Progresif Gevşeme Egzersizleri Basamaklarının Ana Hatlarıyla İncelenmesi

Progresif Gevşeme Egzersizinin Yararları:

I-Progresif gevşeme tekniği stresi ve kaygıyı azaltmak ve bunlarla başa çıkmak için mükemmel bir yoldur.

II-Gerçek gevşeme, oturmak, ayakta durmak gibi farklı durumlarda kendinizi gevşek ve rahat hissetmenizdir.

Temel Progresif Gevşeme Basamakları,

- A- Gerin, 5'e kadar sayın ve gevşetin. Bunu başınızdan ayağınıza kadar her kas grubu ile yapın. eğer gerek varsa, germe ve serbest bırakma fazını çoğunlukla gergin olan kas gruplarında yoğunlaştırarak tekrarlayın.
- B- Her kas grubunu gevşettikten sonra, derin bir nefes alın ve bu nefesi yavaş yavaş bırakın.
- C- Kaslarınızı kendinizi rahatsız edecek veya bir krampa sebep olacak kadar germeyin.

Progresif Gevşeme Egzersizinin İpuçları;

Gevşeme eğitiminde başarının anahtarı uygulamadır. Tercihan iki, ancak mümkün olmazsa, günde en az bir kere uygulama yapmaya gayret edin.

- A- Çevrenize, bedeninizdeki ve kaslarınızdaki gerginliği kontrol etmenizi sağlayacak "hatırlatıcılar" yerleştirin.

Saatinize gergin olup olmadığınızı kontrol etmenizi hatırlatacak renkli bir bant yapıştırın.

Banyo veya gardrop aynanıza "Gevşek miyim?" sorusunu yazın.

Sıkıntılı olabilecek veya hesapta olmayan durumları "gevşemek" için özel imkanlara çevirin.

Her Gün Düzenli Uygulama:

A- Progresif gevşeme tekniğini hergün sessiz, rahat bir yerde uygulayın mümkünse bu uygulama günde iki defa olsun.

B- Uygulamayı yatarak veya rahat bir koltukta oturarak yapabilirsiniz. Ancak bir süre sonra oturarak gevşeme becerisini kazanmanız hem yararlıdır, hem de tercih sebebidir.

C- Uygulama sırasında uykuya dalıyorsanız, dirseklerinizi dayayarak oturun ve uygulamayı bu durumda sürdürün.

D- Uygulama sırasında üzerinizde bulunan her türlü sıkı giyeceği, kravat ve ayakkabınızı çıkartın, kemerinizi açın.

Uygulama sırasında ayak ayak üstüne atmayın; ellerinizi veya parmaklarınızı kavuşturmayın, birleştirmeyin, üst üste koymayın. Çünkü bu pozisyonlar başlangıçta rahatlık verseler bile, bir süre sonra kan dolaşımının doğal akışını engeller.

1. 2. 6. HASTA EĞİTİMİ

Eğitim, bireylere istenilen davranışları kazandırma ve davranışlarında gerekli değişimleri elde etme sürecidir.

Dünya Sağlık Örgütü Ekspertler Komitesi sağlık eğitimini, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacı ile birey olarak veya topluca karar aldırarak amacıyla yapılan faaliyetler olarak tanımlamıştır (45).

Sağlık eğitimi, hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır ve hastalığın olumsuz etkilerine uyum yapabilmeyi, sağlığın iyileştirilmesini, korunması ve yükseltilmesini sağlar (45). Sağlık eğitimi, kişinin hastalığın sonuçlarına uyumuna, önerilmiş tedaviyi sürdürmesine yardım eder.

Eğitim sürecinde etkili iletişim temeldir. Her iki süreç beraber olarak yürütülmelidir. Eğitimin sürdürülmesinde hasta ve hemşire sürekli etkileşim içinde olmalıdır. Eğitim süreci etkili iletişim yetenekleri ve sistematik, planlı bir yaklaşımı gerektirir (82).

1. 2. 6. 1. BAŞARILI BİR EĞİTİM İÇİN UYULMASI GEREKLİ PRENSİPLER

Hemşirelere başarılı bir eğitim uygulamalarında rehberlik edecek bir çok öğretme ve öğrenme prensibi bulunmaktadır.

- 1- Hasta eğitim sürecinin temel basamakları hemşirelik süreci ile paralel yürümelidir. Veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme basamaklarını içeren planlı ve sistematik bir süreç kullanılmalıdır.
- 2- Eğitim bireyin ihtiyaçlarına, yeteneğine ve öğrenme motivasyonuna göre bireyselleştirilmelidir. Bireysel karakteristikler öğrenmeye etki ederler. Soyaçekim, çevre, değerler, tavırlar, inançlar öğrenme üzerinde etkiye sahiptirler.
- 3- Birey öğrenmek istemelidir.
- 4- Rahat ve sakin bir çevre öğrenmeyi artırır. bu nedenle, hastanın konsantre olabilmesi için dikkati başka yöne çekilmeyecek sessiz bir odada eğitim uygulanmalıdır.

- 5- Motivasyon öğrenmeyi artırır. İnsanlar önemli ve ilgi çekici olduğuna inandıkları şeyleri öğrenirler. Onlar için önemli ve ilginç olmadıklarına inandıkları şeyleri öğrenme olasılıkları daha azdır.
- 6- Etkili iletişim öğrenmeyi artırır. Güzel iletişim becerileri hayati öneme sahiptir. Etkili iletişim en iyi olarak basit ve anlaşılır bir mesajın aktarılması ile sağlanır. Mesaj açık olmalıdır ve belirsizliklerden kaçınmalıdır. Basit kelimeleri ve kısa cümleleri kullanmak anlaşılabilirliği kolaylaştırır. Tıbbi ve teknik kelimeler kullanmaktan kaçınılmalıdır. Kısa ve açık mesajlar daha kolay anlaşılır ve yanlış anlamaları en aza indirmektedir.
- 7- Öğretmek için zaman ayrılmalıdır. Öğretme seansları için randevu ayarlanmalıdır. Öğretim tesadüfi olmamalıdır.
- 8- Öğretim oturumları kısa ve anlamlı olmalıdır.
- 9- Birey öğrenme sürecinin tüm evrelerinde aktif olarak ilgilii olmalıdır.
- 10- Amaçlar ve hedefler gerçekçi olmalıdır.
- 11- En önemli bilgileri ilk önce verilmelidir.
- 12- Öğrenmeyi bir durumdan diğerine transfer edin. Yeni öğretilen şeyler daha önceki deneyimlerle/bilgilerle ilgili olmalıdır.
- 13- Öğrenme basitten karmaşığa doğru yapılmalıdır.
- 14- Birey ve eğitimci birlikte çalışmalıdır.
- 15- Uygulama için fırsat sağlanmalıdır. Yeni becerileri uygulamasına zaman tanınması çok önemlidir.
- 16- Öğrenmeyi pozitif olarak destekleyin.
- 17- Hemen geribildirim alınmalı ve olumlu davranışlar pekiştirilmelidir (82).

1. 2. 6. 2. HASTA EĞİTİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hasta eğitimini etkileyen, içsel ve dışsal bir çok faktör vardır. Bunların en önemlisi eğitim için hastanın fiziksel, emosyonel ve deneyime dayalı olarak istekli olmasıdır.

Fizik isteklilik, hastanın fizik olarak hazır olan öğrenme yeteneğidir.

Emosyonel isteklilik, hastanın öğrenmeye olan motivasyonunu kapsar. Emosyonel isteklilik, hasta ile gerçek öğrenme amaçlarının saptanarak, iyi ve sıcak bir iletişim kurularak ilerletilebilir.

Öğrenme için deneyime dayalı isteklilikte, hastanın geçmiş deneyimleri rol oynar (82).

Hasta eğitimine başlamadan önce hasta hakkında yeterli veri toplanmalıdır. Veriler hastanın bir çok yönünü açıklığa kavuşturacak yeterlilikte olmalıdır. Toplanan verilere ilave olarak;

- 1- Yaş, öğrenme sıklığı, öğrenme hızı, öğrenme çevresi, geçmiş yaşam deneyimleri, zihinsel gelişim, gelişme durumu, görme duyma durumu ve zamana reaksiyon gibi biyofiziksel boyut,
- 2- Bireysel, sosyal durum, uyum ve öğrenme durumu, yaşama bakış tarzı, kaygı durumu, korku durumu, şüphe durumu, ve savunma durumu gibi psikososyal durum,
- 3- Yaşam tarzı sorguları, meşguliyet, ev düzeni, diyet, uyku, egzersiz, cinsellik, başa çıkma yöntemleri, stresörler, değer ve inançlar gibi sosyo-kültürel boyut,
- 4- Bilgi, davranış, hüner ve yaşam tarzı gibi çevresel boyut,
- 5- Öğrenme sıklığı ve öğrenim çevresi gibi öğrenme boyutu gibi hastanın tüm boyutları konusunda bilgi toplanmalıdır (127).

Öğrenme yeteneği, bireyin motivasyonu ile yakından ilişkilidir. Öğrenme yeteneği aşağıda sıralanan faktörlerden etkilenmektedir (127):

Fiziksel Durum:

Ağrı, bulantı, halsizlik, uyku değişiklikleri, tedavinin yan etkileri gibi faktörler konsantrasyonu ve öğrenme yeteneğini etkiler. Diyaliz yetersizliği nedeni ile bulantı-kusması olan, fistül yerinde veya periton kateterinin giriş yerinde ağrısı olan birey yeterince öğrenmeye konsantre olamaz.

Çevresel Faktörler:

Televizyon, radyo, telefon, ziyaretçiler, başka hastalara uygulanan işlemler dikkati dağıtır ve öğrenmeyi etkiler.

Duygusal Yanıtlar:

Yüklü duygular, üzüntü, korku, endişe, keder, öfke ya da mutluluk öğrenmeyi etkiler.

Öğrenme Çevresi: Öğrenmeyi etkileyen bir çok faktör vardır.

- Mahremiyet: Eğer birey durumdan rahatsızlık hissediyorsa, bu gibi durumlarda hasta mahremiyeti önemlidir.

- Araç-gereç: Hasta eğitiminde doğru araç-gereç ve öğretim materyali kullanılmalıdır. Bu materyaller, kitapçık, broşür, teyp, video, kaset vb. içerebilir. Eğer eğitimcide bu tip materyaller yoksa, eğitimci organize olmamış veya iyi hazırlanmamış gibi görüneceğinden, eğitim daha etkisiz olacaktır.
- Odanın büyüklüğü: Mümkünse eğitim uygun büyüklükte oda da yürütülmelidir. Büyük ve az eşyalı bir odada bireyin rahat bir ortamda olması ve gevşemesi güç olabilir. Benzer şekilde, grup uygulamaları için kullanılacak odanın görme ve duyma rahatlığını sağlayacak derecede büyük olması gerekmektedir. Isı, ışık ve hava akımı yeterli derecede sağlanmalıdır.
- Psikolojik çevre:

Sayılan bu öğrenme çevresi her zaman yeterince gerçekleşemeyebilir. Unutulmaması gereken nokta; hastanın hazır olduğu zaman eğitim her ortamda geçkeleşebilir ve amacına ulaşabilir (82).

1. 2. 7. PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİNİN, KAYGI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Gevşeme yanıtı, gerginlik veya stresten mental ve fiziksel olarak kurtulmayı sağlamaktadır. Gevşemenin olumlu etkileri stresin etkilerini azaltmayı, kaygıyı azaltmayı, ilgiyi ağrıdan başka yöne çekmeyi, iskelet kası gerginliği ve kasılmalarını hafifletmeyi ve uykuyu kolaylaştırmayı içerir. Gevşeme solunum, kan basıncı, nabız, metabolik hız ve enerji kullanımını azaltarak vücudun savaş-kaç reaksiyonunu sağlar (72, 93, 149).

Gevşeme teknikleri cerrahi hastaları, kalp hastaları ve doğum yapan kadın hastalar için kullanılmıştır (16, 30, 92). 1970' lerden beri Birleşik Devletler' de bulantı/kusma, kaygı veya kemoterapinin yan etkilerini azaltmada gevşeme egzersizleri kullanılmaktadır ve olumlu etkileri saptanmıştır.

Çalışmaların çoğu kemoterapinin yan etkilerini azaltmada gevşeme tekniklerinin etkisini göstermiştir (16, 94, 107). Lerman ve ark.' ları (1990) kemoterapi alan hastalarda yaptığı çalışmada, gevşeme egzersizlerinin kemoterapiden sonra oluşan bulantıyı azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir (94).

Gevşeme egzersizleri akut ağrıyı azaltmak amacıyla da bazı araştırmacılar tarafından kullanılmıştır. Akut ağrıda gevşemenin kullanımını destekleyen bazı zayıf kanıtlar da vardır. Buna rağmen bu kesin değildir ve hem pozitif hem de negatif çalışmaların çoğu metodolojik yetersizliklerden kaynaklanmaktadır (135). Frenz ve ark. (1956), Egbert ve ark. (1964), Aiken & Henrichs (1971), Gessel & Aldermen (1971), Flaherty & Fitzpatrick (1978), Wilson (1981), Kurttner ve ark. (1981), Lobb ve ark. (1984), Miller (1987), Mullooly ve ark. (1988), Mandle ve ark. (1990), Miller (1992) yaptıkları farklı hasta grubundaki çalışmalarında çeşitli gevşeme yöntemlerinin akut ağrıyı azaltmadaki olumlu etkilerini saptamışlardır (33, 135). Bu çalışmalara karşıt olarak; Field (1974), Bafford (1977), Horowitz ve ark. (1984), Levin ve ark. (1987), Korol & von Baeyer (1992) kalp cerrahisi, genel cerrahi, ortopedik cerrahi ve ağız cerrahisi ameliyatları sırasında oluşan akut ağrının azaltılmasında gevşeme yöntemlerinin etkisini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmalarda, gevşeme yöntemlerinin ağrıyı azaltmadaki olumlu etkilerini saptayamamışlardır (135).

Son yıllarda gevşeme yöntemlerinin kullanımı kronik hastalığı olan bireylerin bakımının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Greeff (1998) uykusuzluk çeken kronik alkolik erkeklerde progresif gevşeme tekniklerinin uyku düzeni üzerine olan etkisini incelediği çalışmasında; bu gevşeme tekniklerinin uyku düzenini anlamlı olarak düzelttiğini saptamıştır (61).

Progresif gevşeme tekniklerinin bulantı ve kusmayı azaltıcı etkisi tam olarak gösterilememişken, kaygıyı azaltıcı bazı etkilerinin olduğu bildirilmiştir (16). Gevşeme egzersizlerinin kaygı düzeyine etkisini incelemek için farklı yıllarda ve çeşitli hasta gruplarında çalışmalar yapılmıştır (13, 16, 30, 35, 85, 86, 122, 128, 129, 143, 153, 166).

Kaygının santral sinir sisteminde artmış aktivite nedeniyle bir gerilme durumu oluşturduğu ve bir çok sistemi etkilediği bildirilmektedir. Nöromüsküler sistem, kas ve eklemlerdeki rahatsızlıklara, baş-boyun ağrılarına uzamış kas kasılması ile yanıt verir. Uzamış kas kasılmasından kaynaklanarak oluşan ağrıya sekonder olarak refleks kasılmalar da oluşur. Böylece hastanın kaygısı ve gerilimi artar. Gevşeme cevabının öğrenilmesi ile, bedende kaygı sırasında ortaya çıkan cevabın “tam tersi” meydana gelir (89).

Spoth (1981) Cue-kontrollü relaksasyonun genel kaygı üzerine etkisini araştırmıştır ve relaksasyonun genel kaygı düzeyini düşürdüğünü saptamıştır (141). Mullooly ve ark. (1988), Lafroboise (1989), Mandle ve ark. (1990), Miller (1992) çeşitli

çalışmalarında gevşeme yöntemleri uygulanan hastalarda ağrının ve kaygı düzeyinin azaldığını saptamışlardır (135). Farklı olarak, Bernal i Cercos ve ark. (1995) kaygı ve somatoform bozukluğu olan hastalarda yaptıkları çalışmada, gevşeme yöntemlerinin hastalarda ağrıyı azalttığı fakat kaygı düzeyi üzerinde etkili olmadığını saptamışlardır (33).

Psikiyatri ünitesinde yapılan bir çalışmada progresif kas gevşeme egzersizlerinin kaygıyı azalttığı gösterilmiştir (165).

Warner ve ark.'larının (1992) kardiyak kateterizasyon uygulanan hastalarda yaptığı çalışmada, gevşeme tekniklerinin kaygıyı azalttığını göstermişlerdir (164). Yine kardiyak rehabilitasyon uygulanan hastalarda progresif kas gevşeme egzersizleri kullanılmış ve deney grubunda kaygı düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (30).

Alarcon ve ark.'larının (1982) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada progresif gevşeme egzersizlerinin uygulandığı deney grubunda kaygı düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak azaldığını saptamışlardır (13).

Progresif gevşeme egzersizleri Alzheimer'li hastalarda da uygulanmış ve bu egzersizlerin kaygı semptomlarını azalttığı saptanmıştır (144).

Yapılan literatür taramasında; Seers (1993), Trzcieniecka-Green & Steptoe (1994), Sipirito (1984) ve Cheung ve arkadaşlarının (2001) gevşeme egzersizleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi saptadığı çalışmalara rastlanmıştır (35, 135, 140, 153). Cheung ve arkadaşları (2001) progresif gevşeme egzersizlerinin yaşam kalitesini yükselttiğini saptamışlardır (35).

1. 3. HİPOTEZLER

Ho: Diyaliz hastalarında progresif gevşeme tekniklerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyine etkisi yoktur.

Ho: Diyaliz hastalarında progresif gevşeme tekniklerinin yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H1: Diyaliz hastalarında progresif gevşeme tekniklerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyine etkisi vardır.

H1: Diyaliz hastalarında progresif gevşeme tekniklerinin yaşam kalitesine etkisi vardır.

1. 4. SINIRLAMALAR

1- Araştırmanın yeri Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyaliz Ünitesi ile sınırlandırılmıştır.

2-Araştırmaya Hemodiyaliz ünitesine periyodik olarak devam eden (giriş saati ve günü belli olan) hastalar ve SAPD uygulayan ve üniteye kontrole gelen hastalar alınmıştır.

3-SAPD hastaları için; aletli periton dializi uygulayan, değişim işlemini eşi yapan ve eğitim görme aşamasında olan hastalar özel gereksinimleri ve sorunları olacağı düşünüldükçe araştırma kapsamına alınmamıştır.

4-Araştırmaya; 18 yaş ve üzeri, en az okur yazar olan, iletişim kurmada güçlüğü ve zihinsel problemi bulunmayan hastalar alınmıştır.

1. 5. TANIMLAR

Hemodiyaliz: Böbrek yetmezliğinde birikime uğrayan metabolizma sonucu açığa çıkan artık maddelerin, vücutta birikimi zararlı olan elektrolitlerin ve sıvının, dializ makinesinde yarı geçirgen bir zar aracılığıyla kandan, dializ solüsyonuna, difüzyonu, ozmoza ve ultrafiltrasyona uğrayarak geçmesi işlemidir (11).

Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD): Kanda biriken toksik maddelerin temizlenmesinde yararlanılan diğer dializ yöntemlerine göre basit, güvenilir, fiyatı düşük ve dializ makinesine bağımlı olmayan bir yöntemdir (79).

Kaygı: Mutluluğu tehdit eden, gerçek ya da hayali objelerin yol açtığı, gerginlik, huzursuzluk ve korku duygularının yaşandığı subjektif bir deneyimdir (79).

Durumluk Kaygı: Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur (45).

Sürekli Kaygı: Kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılamasıdır (45).

Yaşam Kalitesi: Fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin olma ihtiyacının derecesidir (18).

Progresif Gevşeme: Derin nefes egzersizi ile birlikte kullanılan özel kas gruplarının gerilmesi ve gevşetilmesini içeren, bireyde gevşeme durumu oluşturan davranışsal bir yöntemdir (35).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, diyaliz hastalarının durumluk-sürekli kaygı düzeylerini ve yaşam kalitelerini belirlemek, hastalara uygulanan ve eğitimini yapılan progresif gevşeme tekniklerinin durumluluk-sürekli kaygı ve yaşam kalitesi düzeylerinde oluşturduğu değişiklikleri saptamak amacıyla planlanan deneysel bir çalışmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyaliz Ünitesi 'nde yürütülmüştür.

Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı olarak dağınık klinikler şeklinde 1955-56 ders yılında eğitime başlamış, 14 Mart 1972'de Bornova'daki binasına geçmiş, 17 Ağustos 1972 tarihinde Yüksek Öğretim Kurumu kararıyla doğrudan rektörlüğe bağlanıp, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ismini almış ve sağlık hizmetlerini yürütmeye devam etmiştir. Hastane 1200 yatak olarak planlanmasına karşın, yetkili kurul kararıyla sayı arttırılmıştır. Hastane bugün toplam 1857 yatak kapasitesi ile çalışmaktadır. Hastanede modern tıbbın gerektirdiği bütün Anabilim Dalları mevcuttur.

Ege Üniversitesi Diyaliz Ünitesi; 1976 yılında İç Hastalıkları Anabilim Dalı' na bağlı olarak kurulmuştur. Hizmet vermeye 4 adet hemodiyaliz makinası ve 1 adet su arıtma cihazı ile başlamıştır. 1976' da 1 hastası olan Diyaliz Ünitesi' nin 1977' de 15 hastası olmuştur.

1983' de Diyaliz Ünitesi' nin yeri değiştirilmiş, yeni bir alt yapı oluşturulmuştur. Prof. Dr. Ali Başçı önderliğinde diyaliz tedavisinde önemli aşamalar kaydedilmiştir. Diyaliz Ünitesi' nde ortalama 30 tane devamlı kronik hemodiyaliz hastası planlanan tedavi programı doğrultusunda diyalize girmektedirler.

Periton Diyalizi bölümü ise 1991 yılından itibaren hizmet vermektedir. Periton diyalizi bölümünde toplam 100 hastaya periton diyalizi uygulanmakta olup, bunlardan 74 kişisi sürekli ayaktan periton diyalizi, 26 kişisi ise aletli periton diyalizi uygulaması yapmaktadır.

Aynı ünite içerisinde akut hemodiyaliz, çocuk hemodiyaliz ve çocuk periton diyalizi çalışmaları da yürütülmektedir. Diyaliz Ünitesi'nde 24 hemşire, 4 diyaliz teknikeri, 5 teknisyen, 1 diyetisyen, 2 psikolog 1 sekreter ve 5 yardımcı personel görev yapmaktadır.

2. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini Şubat 2001 - Ağustos 2001 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde Hemodiyaliz (HD) ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) tedavisi gören tüm kronik böbrek yetmezliği hastaları oluşturmuştur.

2. 4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini; Şubat 2001-Ağustos 2001 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde kronik olarak tedaviye devam eden araştırma sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmayı ve Gevşeme Egzersizleri Kaseti'ni dinlemeyi kabul eden 19 hemodiyaliz ve 27 sürekli ayaktan periton diyalizi hastası olmak üzere toplam 46 diyaliz hastası oluşturmuştur.

2. 5. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Araştırma verileri 4 aşamada toplanmıştır.

İlk aşamada; Yaşam Kalitesi İndeksi'nin (Ek 3) geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek için, dil geçerliği ve içerik geçerliği yapılmış olan ölçek; belirlenen örneklem grubuna (n:30) test-tekrar test yöntemi kullanılarak 15 gün ara ile iki kez yüzyüze görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Bu hastaların verileri araştırma kapsamına alınmamıştır.

İkinci aşamada; sosyo-demografik özellikler, hastalığa ve tedavi yöntemine ilişkin özelliklerin yer aldığı Hasta tanıtım formu (Ek 1), Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (Ek 2), Yaşam Kalitesi İndeksi (Ek 3), bir el kitapçığı (Ek 6) ve Gevşeme Egzersizleri Kaseti (Ek 7) kullanılmıştır.

2. 5. 1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

2. 5. 1. 1. HASTA TANITIM FORMU:

Kronik Böbrek Yetmezliği ile ilgili literatür ve mevcut çalışmalar göz önüne alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu; bireye ilişkin sosyodemografik

özellikleri, hastalığa ilişkin tanımlayıcı bilgileri ve hemodiyaliz veya SAPD uygulayan hastalara ilişkin soruları içermek üzere dört bölümden oluşmaktadır .

A- Bireye İlişkin Sosyo-Demografik Değişkenler; HD ve SAPD uygulanan hastanın cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, oturduğu bölge, aile tipi, bakımıyla ilgilenen kişi, bakımına yardım edenin akrabalık derecesi, sigara ve alkol kullanma durumu gibi sorulardan oluşmaktadır.

B- Hastalığa İlişkin Değişkenler; Ailesinde başka böbrek hastası olup olmadığı, hastalık tanısının ne olduğu ve bu tanının ne zaman konduğu, kronik böbrek yetmezliği hastalığının tedavi şekli, böbrek hastalığı dışında bir hastalığı olup olmadığı gibi sorulardan oluşmaktadır.

KT/V : Hasta kayıtlarından elde edilmiştir. Diyaliz yeterliliğini bir göstergesi olan KT/V değeri normalde üç ay aralıklarla bakılır. Araştırmanın yapıldığı tarihlere en yakın olan değerler alınmıştır. Hemodiyaliz hastaları için 1.6'in üzeri yeterli, 1.6'in altı yetersiz olarak kabul edilmiştir. Sürekli ayaktan periton diyalizi hastaları için ise 2.1'in üzeri yeterli, 2.1'in altı yetersiz olarak kabul edilmiştir.

KTI: Hasta kayıtlarından elde edilmiştir. Hastada sıvı yüklenmesi durumu olup olmadığını gösteren KTI değeri normalde altı ayda bir bakılmaktadır. Bu süre hastanın durumuna göre daha az da olmaktadır. Hem hemodiyaliz hem de sürekli ayaktan periton diyalizi hastaları için KTI değeri 0.46'nın üzerinde olduğunda hastada dolaşım yüklenmesi/hipervolemi olduğu düşünülmektedir.

C- Hemodiyaliz Hastaları İle İlgili Sorular: Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi gördüğü, hemodiyalize haftada kaç gün ve kaç saat girdiği, hemodiyalize gidip gelmede hangi aracı kullandığı, hangi ilaçları kullandığı, diyetine dikkat edip etmediğine ilişkin sorular bulunmaktadır.

D- Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastaları İle İlgili Sorular: SAPD'yi ne kadar süredir uyguladığı, daha önce hemodiyaliz tedavisi uygulanıp uygulanmadığı, uygulandı ise süresi, SAPD tedavisine geçme nedeni, günde kaç değişim yaptığı, hangi ortamlarda değişim yaptığı, değişimin günlük yaşantısına engel olup olmadığı gibi sorular yer almaktadır.

2. 5. 1. 2. DURUMLULUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Bu ölçek Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte (1977) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış ve Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği belirlenmiş olan bir öz değerlendirme anketidir. Başlangıçta normal erişkinlerde kaygıyı araştırmak için geliştirilen bu ölçeğin, sonraki denemelerde gençlere ve fiziksel hastalığı olanlara da uygulanabileceği görülmüştür (113).

Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri toplam kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluluk kaygı; bireyin kontrolünü kaybettiğini hissettiği ve güçsüz kaldığı durumlarda ortaya çıkar. İçinde bulunulan durumun tehdit edici ve tehlike yaratan biçimde algılanmasından, yorumlanmasından kaynaklanır. Durumluluk Kaygı Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini ölçmek amacıyla hazırlanmış 20 soruyu içermektedir.

Süreklilik kaygı ise; bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığına ilişkin 20 soruyu içermektedir. Durumluluk kaygıya göre durağan ve süreklidir. Süreklilik Kaygı Ölçeği bireyin genellikle kendisini nasıl hissettiğini belirtmesi amacıyla hazırlanmıştır (113).

2. 5. 1. 3. YAŞAM KALİTESİ İNDEKSİ

Bu çalışmada Padilla ve ark'larının (1983) geliştirdiği Yaşam Kalitesi İndeksi kullanılmıştır. Kronik hastalıkla ilgili tıbbi bakım, hastanede yatma, uyku, seks, iştah, bulantı ve kusma gibi konuları kapsamaktadır. Yaşam kalitesi fiziksel aktivite, sosyal aktivite ve yaşam memnuniyeti olmak üzere 14 maddelik üç bölümden oluşmuştur. Likert tipi ölçek kullanılarak 3 seçenekli bir dizide hastalara sunulmuştur. Padilla ve ark. (1983), tarafından elde edilen güvenilirlik katsayısı $r: 0.88$, $P < 0.01$ 'dir (99). Çalışmada ise $r:0.92$ olarak saptanmıştır. Araştırmada indeksin test - tekrar test güvenilirliğinin, orijinal çalışmadan daha yüksek çıktığı görülmektedir. Yaşam Kalitesi İndeksi'nin korelasyon katsayısının orijinal çalışmadan yüksek çıkmasının nedeninin dil geçerliliği aşamasında uzman görüşlerinden yararlanılarak geçerli, doğru, kolay ifadeler oluşturulması ve hastalarla yüz yüze görüşülerek doldurulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Lok (1996) diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada indeksin cronbach alfa katsayısını 0.71 olarak saptamıştır (99). Araştırmada Yaşam Kalitesi İndeksi'nin iki uygulama için alfa değerleri tatmin edici düzeyde yüksektir (0.78 , 0.75) ve orijinal çalışmadan daha yüksek sonuçlar elde edilmiştir.

2. 5. 1. 3. 1. Yaşam Kalitesi İndeksinin Geçerliliğine İlişkin Bulgular

Geçerlik; ölçülmek istenen şeyi, başka şeylerle karıştırmadan ölçebilme yeteneğidir. Bir başka deyişle ölçmede geçerlik, ölçülmek istenen şeyin ölçülebilmış olma derecesidir (78).

a- Dil geçerliliği

Araştırmanın ilk aşamasında ölçeğin dil geçerliliğine yönelik çalışma yapılmıştır. Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi, orijinal ölçeğin doğasını bir miktar değiştirir, bu değişim dilden kaynaklanan farklılıklara bağlıdır. Bu farklılığın en aza indirgenmesi araştırmanın ilk amacı olmalıdır. Bu amacı gerçekleştirmek için en sık başvurulan yöntemlerden biri “uzman görüşü”dür. Yani, ifadelerin konusunda uzman kişilerin görüşüne sunulmasıdır (25, 78).

İngilizce ifadelerin Türkçe’ye çevrilmesi ve Türkçeleşmiş ifadelerin tekrar İngilizce’ye çevrildiğinde aynı anlamı verip vermediği incelenmiştir. Öncelikle araştırmacı tarafından yapılan çeviri, daha sonra iki dili (Türkçe/İngilizce) bilen 2 İngiliz Dili uzmanına ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda görev yapmakta olan 6 öğretim üyesi tarafından İngilizce’den Türkçe’ye çevrilmiş, en uygun ifadeler seçildikten sonra ölçeğin yeniden İngilizce’ye çevirisi yine İngiliz Ana Bilim Dalı Öğretim üyesine yaptırılmıştır. Geri çeviri orijinal ölçek ifadeleri ile karşılaştırılmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

b. İçerik Geçerliliği

Bir ölçeğin geçerli olması için içerik geçerliliğinin yapılması gerekmektedir. İçerik geçerliliği; ölçme aracında bulunan soruların ölçme amacına uygun olup olmadığı, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği sorunu ile ilgili olup, “uzman görüşüne” göre saptanır (78).

Türkçe formu içerik geçerliliği açısından Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda görev yapmakta olan 2 öğretim üyesine, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyaliz Servisi’nde görev yapan 4 uzman doktora, 4 diyaliz hemşiresine ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini değerlendirmek üzere 100 puan üzerinden değerlendirmeleri için verilmiştir (Ek-5).

Kendal uyum katsayısı (W) (Kendall Coefficient Of Concordance) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik (kapsam) geçerliliği gerçekleştirilmiştir (137).

Yaşam Kalitesi İndeksi’ndeki 14 sorunun içerik geçerliliği için, 10 uzmanın verdiği yanıtlara göre yapılan istatistiksel analizde Kendal Uyum Katsayısı (Kendall

Coefficient Of Concordance) kullanılmış, $W:0.5815$; $p<0.01$ sonucu elde edilmiştir (Tablo 5). Buna göre uzman görüşleri birbirleriyle uyumlu olduğu ve ölçeğin her bir maddesinin kullanıma uygun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5 : Yaşam Kalitesi İndeksi' nin Kendal Uyuşum Katsayısı Sonuçları

Cases	W	Chi - Square	D.F.	Significance
10	,5815	75,6005	13	,0000

2. 5. 1. 3. 2. Yaşam Kalitesi İndeksinin Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Geçerlik, güvenilirliği gerektirir, yani bir ölçümün geçerli sayılablmesinin ilk koşulu, onun güvenilir olmasıdır (78). Güvenirlik aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır (78, 112). Güvenirlik korelasyon katsayısı ile belirlenir ve korelasyon katsayısı (r) 0 ile 1 arasında değişen değerler alır. Değer 1' e yaklaştıkça güvenilirliğin yüksek olduğu kabul edilir. Güvenirliği düşük olan bir ölçmenin hiçbir bilimsel değeri olmadığı gibi, güvenilirliğin yüksek olması da ölçmenin amaca uygunluğunun göstergesi değildir. O halde güvenirlik, zorunlu fakat yeterli bir koşul değildir (78, 145).

Testin güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlar:

- 1- Test maddelerinin (a) hatalı olması, (b) çok zor yada çok kolay olması, (c) sayısının yetersizliği, (d) homojen olmaması (112).
- 2- Yanıtlayıcı bireyin nitelikleri; (a) Denek ilk yanıtını hatırlayıp aynı yanıt verebilir, (b) ilk görüşmede çaba harcayıp duyarlı yanıt verdiği halde, ikinci de çaba harcamadan duyarsız yanıt verebilir, (c) ikinci görüşme arasında geçen zamanda fikir değiştirmiş olabilir (112, 156).
- 3- Test uygulamasındaki hatalar (112).
- 4- Test puanlamasındaki hatalar (112).

Yapılan bir ölçmede üç tür güvenirlik ölçütü aranabilmektedir.

- Zamana göre değişmezlik (stabilite),
- İç tutarlık (Internal consistency-ölçeğin kendi içindeki maddelerinin birbirleriyle olan tutarlığı),
- Ölçme aracının kullanıldığı farklı araştırma sonuçları arasındaki tutarlık (26, 123).

a) Zamana Karşı Değişmezlik (Süreklilik/Stabilite/Test-Tekrar Test Güvenirliği)

Zamana karşı değişmezlik ölçütü, herhangi bir şeyin benzer koşullar altında ve belli bir zaman aralığı verilerek ölçümleri sonucu elde edilen veri grupları arasındaki ilişkidir (78).

Testin tekrarı yönteminde iki farklı yol izlenir:

1-Test bir gruba aralıksız veya kısa bir dinlenmeden sonra uygulanır. Buna “aralıksız yöntem” denir.

2-İki ile dört hafta gibi bir zaman aralığı ile iki kez uygulanır. Buna “aralıklı yöntem” denir. Güvenirliği bulmak için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu işlemle elde edilen korelasyon testin tekrarı güvenilirlik katsayısını verir. Test puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenirliliğin bulunmasında genellikle “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Eşitliği” kullanılmaktadır (116).

Yaşam Kalitesi İndeksinin zamana göre değişmezliğini saptamak amacıyla test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır (112). Kronik böbrek yetmezliği tanısı konmuş, araştırma örneklemine benzeyen 30 hastaya (araştırma örneklemine alınacak hasta sayısını azaltmaması düşünülerek Sosyal Sigortalar Kurumu İzmir Eğitim Hastanesi Diyaliz Ünitesi’ndeki hastalar seçilmiştir) formlar 15 gün ara ile iki kez uygulanmıştır. Bu hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır. (112). Zamana göre değişmezlik çözümlemesi için “Pearson’ s Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği” kullanılarak analiz edilmiştir (116). Test-tekrar test sonuçları Tablo 6’ da gösterilmiştir.

Tablo 6: Yaşam Kalitesi İndeksi Test-Tekrar Test Güvenirlik Korelasyonu

	Yaşam Kalitesi İndeksi Tekrar Test
Yaşam Kalitesi İndeksi Test	.92

Literatürde güvenirliliğin .70 - .80 olmasının ölçme aracının araştırmalarda kullanılması için yeterli olduğu ifade edilmektedir (116).Yeteri kadar yüksek korelasyon katsayısı (toplam r: 0,92), hem testten elde edilen ölçmelerin kararlılığını hem de ölçülen nitelikte, iki uygulama arasındaki zaman içinde fazla değişme olmadığını gösterir (25). Bu sonuçlara göre ölçeklerin zamansal süreçteki tutarlılığı yeterli düzeyde bulunmuştur.

Ayrıca Tablo 7’de test ve tekrar testde ölçek bütünü ile alt boyutları arasındaki korelasyon katsayıları verilmiştir. görüldüğü gibi, tüm katsayıların 0.30’un üzerinde olduğu ve aralarında pozitif olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 7: İki Uygulamada (Test – Tekrar test) Ölçek Bütünü ve Alt Boyutları Arası Korelasyon Katsayısı

	Test	Tekrar test	Test Genel Fiziki Durum	Tekrar test Genel Fiziki Durum	Test Önemli İnsan Faaliyetleri	Tekrar test Önemli İnsan Faaliyetleri	Test Genel Yaşam Kalitesi
Test Genel Fiziki Durum	.7652	.6726					
Tekrar test Genel Fiziki Durum	.7360	.8113	.8470				
Test Önemli İnsan Faaliyetleri	.7543	.7336	.3203	.4026			
Tekrar test Önemli İnsan Faaliyetleri	.6654	.7319	.3024	.3971	.8939		
Test Genel Yaşam Kalitesi	.7954	.7213	.4160	.4300	.4446	.3588	
Tekrar test Genel Yaşam Kalitesi	.7095	.7555	.3532	.4192	.4284	.3293	.8792

b) Ölçeğin İki-Yarım Test Güvenirliği

Test yarılama yönteminde test iki yarıya ayrılmaktadır. Testin bu iki yarısı ayrı ayrı puanlanmakta ve bireylerin iki yarıdan aldıkları puan arasındaki korelasyon bulunmaktadır. Testi yarılama yönteminde testi iki eşit parçaya bölmede “random”, “testin birinci yarısı ile ikinci yarısı” ya da “tek ve çift numaralı sorular” gibi üç yöntem

kullanılmaktadır (116). Araştırmada ölçeklerin iki yarım test güvenilirlik katsayılarını elde etmek için Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ölçeğin ilk yarısı ve son yarısı, Spearman-Brown güvenilirlik katsayısı ölçeğin tek ve çift numaraları şeklinde ayrılarak ve her iki yarı için ayrı ayrı olarak Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı ve Eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı farklı yöntemlerle yapılan güvenilirlik analizleridir (25, 78, 151). Çalışmada da iki değer 0.75 olarak bulunmuştur. 7 maddelik birinci yarı alpha değeri 0.73, 7 maddelik ikinci yarı alpha değeri 0.67 olarak saptanmıştır. İkinci yarının alpha değerinin birinci yarıdan daha düşük çıkmasının nedeninin 9 ve 14. maddelerin toplam güvenilirlik katsayılarının düşük çıkmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 8 : 1. Uygulama (Test) İçin İki-Yarım Test Güvenirlik Analizi Sonuçları

İki yarı arasındaki korelasyon	.6800
Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı	.7505
Eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı	.7507
7 maddelik 1. Yarı Alpha değeri	.7299
7 maddelik 2. Yarı Alpha değeri	.6721
Kişi sayısı	30.0

Tablo 9: 2. Uygulama (Tekrar test) İçin İki-Yarım Test Güvenirlik Analizi Sonuçları

İki yarı arasındaki korelasyon	.6272
Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı	.6900
Eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı	.6931
7 maddelik 1. Yarı Alpha değeri	.7234
7 maddelik 2. Yarı Alpha değeri	.7162
Kişi sayısı	29.0

2. uygulama (tekrar test) için iki yarı -birinci yarı ile ikinci yarı- (ilk 7 soru ile ikinci 7 soru) arasındaki korelasyon 0.63 olarak saptanmıştır. Guttman Split-half güvenilirlik katsayısı 0.69, Eşit iki yarı Spearman-Brown katsayısı da 0.69 olarak saptanmıştır. 7

maddelik birinci yarı alpha değeri 0.72, 7 maddelik ikinci yarı alpha değeri 0.72 olarak bulunmuştur.

c) İç Tutarlılık

Yaşam Kalitesi İndeksi' nin iç tutarlılığı için “Madde Toplam Puan Güvenirlik Sonuçları (Corrected Item Total Correlation)” ve “Cronbach' s Alpha Analizleri” kullanılmıştır. İç tutarlılığın dayandığı temel görüş; her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bütün içinde, bilinene ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır (78).

Cronbach Alpha katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin bir ölçüsüdür. Birbirleriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin katsayısı ne kadar yüksek okursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır. Likert tipi ölçeklerde iç tutarlılığın sınanmasında en uygun yol Cronbach alpha güvenirlik katsayısının hesaplanmasıdır (25, 78, 151). Cronbach alpha katsayısı Tablo 10'da gösterilmektedir ve yeterli düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 10: Yaşam Kalitesi İndeksi'nin Birinci Uygulama ve İkinci Uygulama Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları

	N	Madde Sayısı	Alpha
Yaşam Kalitesi İndeksi 1. Uygulama	30	14	0.78
Yaşam Kalitesi İndeksi 2. Uygulama	30	14	0.75

Araştırmada kullanılan ölçeklerin maddeleri için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanmış ve tek tek bütün maddelerin ölçeğin bütünü ile tutarlılığı belirlenmiştir. Her bir maddenin varyansı ile toplam varyansı arasındaki ilişkiyi ve ölçekteki her bir maddenin eşit ağırlıkta olup olmadığını saptayan madde-toplam puan güvenilirliği katsayıları 1. uygulama (test) için Tablo 11’ de, 2. uygulama (tekrar test) için Tablo 12’ de gösterilmiştir.

Tablo 11 : 1. Uygulama (Test) İçin Madde-Toplam Korelasyonu Sonuçları

MADDELER	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıktığında Ölçek Alfa’sı
Şu anda ne kadar ağrı duymaktasınız?	28.8667	16.6023	.2683	.7833
Ne kadar bulantınız var?	28.9000	14.5759	.4986	.7024
Ne sıklıkta kusuyorsunuz?	28.9000	14.5759	.4986	.7024
Kendinizi ne kadar güçlü hissediyorsunuz?	29.8000	14.2345	.4577	.7046
İştahınız nasıldır?	28.9333	15.4437	.3346	.7200
Olağan görevlerinizi yapabiliyor musunuz?	29.4333	14.2540	.4867	.7015
Yemek yiyebiliyor musunuz?	29.0000	15.1724	.4515	.7102
Cinsel doyum sağlayabiliyor musunuz?	29.9667	14.9989	.2963	.7551
İyi uyuyabiliyor musunuz?	29.4667	15.2230	.1517	.7837
Yaşam kaliteniz ne ölçüde iyidir?	29.7333	15.5816	.3489	.7194
Eğlenebiliyor musunuz?	30.2333	14.8057	.4646	.7066
Yaşamınızdan memnun musunuz?	29.5667	13.9782	.5184	.7068
Kendinizi yararlı hissediyor musunuz?	29.7000	14.2172	.3892	.7138
Tıbbi bakımın maliyeti sizi endişelendiriyor mu?	28.7333	17.4437	-.1569	.7897

N = 30; Madde sayısı = 14; Alpha =0.78

Tablo 12 : 2. Uygulama (Tekrar test) İçin Madde-Toplam Korelasyonu Sonuçları

Maddeler	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıktığında Ölçek Alfa'sı
Şu anda ne kadar ağrı duymaktasınız?	28.7241	13.6355	-.3258	.7553
Ne kadar bulantınız var?	28.8621	11.1946	.5560	.7214
Ne sıklıkta kusuyorsunuz?	28.8621	11.1946	.5560	.7214
Kendinizi ne kadar güçlü hissediyorsunuz?	29.7931	11.2414	.4524	.7331
İştahınız nasıldır?	29.0000	12.1429	.3103	.7559
Olağan görevlerinizi yapabiliyor musunuz?	29.5172	11.4729	.3829	.7440
Yemek yiyebiliyor musunuz?	29.0345	12.0345	.3988	.7463
Cinsel doyum sağlayabiliyor musunuz?	29.9655	11.8916	.2886	.6890
İyi uyuyabiliyor musunuz?	29.3793	12.6724	.1885	.7119
Yaşam kaliteniz ne ölçüde iyidir?	29.7586	12.9754	.3581	.6733
Eğlenebiliyor musunuz?	30.2069	11.5985	.3929	.6732
Yaşamınızdan memnun musunuz?	29.5862	11.6798	.3289	.6527
Kendinizi yararlı hissediyor musunuz?	29.6552	11.3768	.3571	.6880
Tıbbi bakımın maliyeti sizi endişelendiriyor mu?	28.7241	14.0640	-.2098	.6974

N = 30; Madde sayısı = 14; Alpha = 0.75

r değerinin 0.20 olması hali minimum etkililik derecesi olarak kabul edilmektedir (116).

9 ve 14. maddelerin varyanslarının toplam puan varyansına olan korelasyonları 0.20'nin altında (anlamsız) bulunmuştur. İkinci uygulamada madde 14'ün toplam güvenilirlik katsayısı .2098'e yükselmiştir. Korelasyonunun 0.20'inin üzerinde olmasından dolayı bu madde indeksten çıkartılmamıştır. Madde 9'un da korelasyon sayısı bir miktar yükselmiştir (0.1889). Bu maddenin korelasyon katsayısı 0.20'inin üzerinde olmadığı halde; kişi sayısının az olması (n=30) ve örnek grubunun özel bir grup olduğu için bu madde çıkartılmamıştır. Madde toplam puanlarının denek sayısının

çok olduğu homojen gruplarda yapılan araştırmalarla daha çok yükseleceği tahmin edilmektedir. Ayrıca lek bütününden elde edilen cronbach alfa sayısının yeterli düzeyde yüksek olmasından dolayı bu madde ölçekten çıkartılmamıştır.

2. 5. 1. 4. EL KİTAPÇIĞI

Diyaliz hastasına yönelik Gevşeme Egzersizleri ile ilgili hazırlanan el kitapçığı araştırmacı tarafından toplanan literatür bilgileri ışığında geliştirilmiştir (24, 31, 67, 45, 68, 89, 90, 101, 117, 149).

Kitapçık; Diyaliz hastalarında kaygının nedeni, kaygının tanımı, kaygının tipleri, gevşemenin tanımı, gevşemenin yararları, gevşeme teknikleri, gevşeme egzersizinin başarılı olması için dikkat edilmesi gereken durumlar, progresif gevşeme egzersizleri ve yaşam kalitesi gibi konuları içermektedir (EK 6).

2. 5. 1. 5. GEVŞEME EGZERSİZLERİ KASETİ

Hastalara Gevşeme Tekniklerinin öğretilmesi için Türk Psikologlar Derneğinin hazırladığı kaset dinlettirilmiştir. Kaset Psikolog Elif Kabakçı' nın sesinden gevşeme egzersizleri talimatlarını içermektedir ve fonda hastayı rahatlatacak müzik bulunmaktadır. Bu kasette önce solunum egzersizleri ve sonra progresif kas germe egzersizleri yer almaktadır (31) (EK 7).

Hazırlanan el kitapçığı ve gevşeme egzersizleri kaseti hastalara eğitim sırasında verilmiştir. Kaset ve kitapçık için bir ücret talep edilmemiştir.

2. 6. ANKET FORMUNUN UYGULANMASI

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği'nden ve Diyaliz nitesi'nden izin alınmıştır. Anket formu uygulanmadan önce hastalara araştırmanın amacı ve formların içeriği hakkında açıklamalarda bulunulup, katılımları için onayları alınmıştır.

Hastaların tümüne Tablo 13' de görüldüğü gibi, araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Tanıtım Formu (Ek I), Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (Ek II), Yaşam Kalitesi İndeksi (Ek III) uygulanmıştır. Araştırmanın rnekleme girebilmesi için gerekli olan özelliklere sahip olduğu belirlenen hastalara anket formu, soru yanıt yöntemi ile uygulanmıştır ve hastanın verdiği yanıtlar kendisinin yanında, araştırmacı tarafından yazılmıştır. Her hastaya soruları yanıtlaması için 20-25 dakika arasında süre

tanınmıştır. Hasta ile ilgili olan bazı genel bilgiler (ilk tanı, başka bir hastalık varlığı, kullandığı ilaçlar, KT/V, KTI değeri) hasta dosyasından alınmak sureti ile doldurulmuştur.

Bu anketlerin uygulanışı bittikten sonra, araştırmacı tarafından hastalara 30-40 dakikalık Progresif Gevşeme Egzersizleri ile ilgili bir eğitim programı uygulanmıştır. Gevşeme egzersizleri akıldan (cue kontrollü) veya eğitim kasetleri yolu ile sağlanmaktadır (94). İkisinde de prosedür aynıdır, fakat bu çalışmada teyple olan gevşeme egzersizleri tercih edildi. Çünkü teyple olan gevşeme egzersizleri hastaların zihinlerini tamamen boş bırakır ve verilen emirleri takip etmelerini sağlamaktadır.

Diyaliz hastalarına verilmiş olan gevşeme egzersizleri eğitimi hasta eğitim kurallarına ve yabancı literatürde uygulanan prosedürlere göre yapıldı (16, 94). Hastalar diyaliz ünitesinde sessiz bir odaya alındı. Eğitim verilirken hastalara, araştırmacı tarafından sağlanan mini teyp ile Gevşeme Egzersizleri Kaseti dinlettirilmiş, gerekli açıklamalar yapılmıştır, önce araştırmacı tarafından bu kasetteki egzersizler yapılmış ve sonra hastalardan bunları uygulamaları istenmiştir. Ayrıca kitapçıktan gerekli yerler anlatılmıştır. Hastalar arasındaki bireysel farklılıklar göz önüne alınarak gerektiğinde tekrarlar yapılmıştır. Eğitim hastaların sosyo - kültürel yapıları dikkate alınarak verilmiştir. Soru ve endişelerini sormaları için hastalara fırsat verilmiştir (16, 94). Hastalara kaset ve kitapçık verilmiştir ve Gevşeme Egzersizlerini evde günde 2 kez veya en az 1 kez teypten dinlemeleri ve uygulamaları istenmiştir (94).

Bu eğitimler bittikten 6 hafta sonra hastalara Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (Ek II), Yaşam Kalitesi İndeksi (Ek III) tekrar uygulanmıştır.

Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Yaşam Kalitesi İndeksi hastalara;

- 1- Gevşeme teknikleri ile ilgili eğitimden önce,
- 2- Gevşeme teknikleri ile ilgili eğitimden 6 hafta sonra olmak üzere 2 kez uygulanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13: Anket Formlarının ve Gevşeme Egzersizleri Eğitiminin Uygulanış Sırası

1. Dönem	2. Dönem	3. Dönem
Gevşeme Egzersizleri Eğitimi Öncesi	Gevşeme Egzersizleri	Gevşeme Egzersizleri Eğitimi Sonrası
1- Anket Formu (Ek I) 2- Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (Ek II) 3- Yaşam Kalitesi İndeksi (Ek III)	1- Gevşeme Egzersizleri Kaseti (Ek VII) 2- Kitapçık ile eğitim (Ek VI)	1- Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (Ek II) 2- Yaşam Kalitesi İndeksi (Ek III)

2. 7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket formları araştırmacı tarafından değerlendirilip veri kodlama formuna geçirilmiştir. Hata kontrolleri yapılan veriler bilgisayara verilerek dökümleri yapılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan verilerin değerlendirilmesi için aşağıdaki analizler yapılmıştır (25, 78, 113, 116, 137, 151).

1- Yaşam Kalitesi İndeksi'nin geçerlik incelemesine yönelik olarak; dil geçerliği, içerik geçerliği, iç tutarlık hesaplanmıştır. İçerik geçerliği için “uzman görüşü” alınmış, “Kendal Uyuşum Katsayısı (W) (Kendal Coefficient Of Concordance)” hesaplanmıştır (137).

2- Güvenirlik incelemesi için; test-tekrar test (zamana karşı değişmezlik/stabilite/test-retest reliability) güvenirliliği, iki yarım test güvenirliliği, Cronbach alfa katsayısı, iç tutarlık (madde toplam puan korelasyonları) hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenirlik düzeyini tespit etmek için “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları”, ölçeklerin güvenirlik düzeylerini tespit etmek için Cronbach alfa, iki yarım test güvenirlikleri için Guttman Split-half güvenirlik katsayısı ve Spearman-Brown güvenirlik katsayısı değerleri, madde toplam puan korelasyon değerleri için “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları” hesaplanmıştır. Her iki uygulama için ayrı ayrı değerler elde edilmiştir (25, 78, 116, 151).

3- Hastalarla ilgili tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

4- Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri; Spibelberger tarafından (1970) geliştirilen Öner ve Le Compte tarafından Türk toplumuna uyarlanan Durumluluk-Sürekli Kaygı

Envanteri el kitabında açıklandığı şekilde puanlanarak değerlendirilmiştir. Envanterdeki ilk yirmi ifade durumluk kaygı düzeyini, diğer yirmi ifade ise sürekli kaygı düzeyini ölçmektedir. Hem durumluluk hem de sürekli kaygı ölçeğinde doğrudan ve tersine dönmüş olmak üzere iki tip ifade bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler olumlu duyguları dile getirir. Yine her iki ölçek için dördümlü Likert tipi cevap seçenekleri bulunmaktadır ve seçeneklerin ağırlık değerleri 1 ile 4 arasındadır. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise, 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. Her bir ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın yüksek olması kaygı düzeyinin yüksek olduğunu gösterir.

Durumluluk Kaygı Ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri; Hayır (1), Biraz (2), Oldukça (3), Tamamıyla (4) şeklindedir. Yine aynı ölçekte 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerini kapsayan 10 tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Durumluluk kaygı düzeyi değerlendirilirken doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin toplam puanları hesaplanmış, doğrudan ifadelerin toplam puanından, ters ifadelerin toplam puanı çıkartılmıştır. Bulunan değere durumluk kaygı ölçeği için önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer olan 50 sayısı eklenerek her hastanın durumluk kaygı puanı hesaplanmıştır.

Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri; Nadiren (1), Bazen (2), Çoğu zaman (3) ve Hemen her zaman (4) şeklinde puanlanmıştır. Sürekli kaygı envanterinde de 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri kapsayan 7 tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Hastaların sürekli kaygı düzeyleri değerlendirilirken yine doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin toplam puanları hesaplanmış, daha sonra doğrudan ifadelerin toplam puanından, tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılmıştır. Elde edilen değere sürekli kaygı ölçeği için değişmeyen değer olan 35 sayısı eklenerek hastaların sürekli kaygı puanı hesaplanmıştır.

Araştırmacı tarafından doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler için toplam ağırlık puanları ayrı ayrı hesaplanmıştır (113).

5- Hastaların gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrasındaki durumluk ve sürekli kaygı düzeyi toplam puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını incelemek için iki

ortalama arasındaki farkın önemlilik testinden (Student t testi) yararlanılmıştır (134, 145).

6- Diyaliz hastalarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyine etki edebileceği düşünülen diyaliz grupları, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, diyaliz süresi, egzersizleri uygulama sayıları gibi değişkenler arasında bir etkileşim olup olmadığını belirlemek için tek-yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

7- Yaşam Kalitesi İndeksi; 3 bölümden oluşmaktadır. Yaşam Kalitesi İndeksinde doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler olmak üzere iki tip ifade bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumlu duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumsuz duyguları göstermektedir. 1, 2, 3, ve 14. maddeleri içeren 4 tane tersine dönmüş ifade bulunmaktadır Yaşam Kalitesi İndeksi için üçlü Likert tipi seçenekler bulunmaktadır. Seçeneklerin ağırlık dereceleri 1 ile 3 arasındadır ve Hiç (1), Biraz (2), Çok (3) şeklinde puanlanmıştır. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 3'e, 3 ağırlık değerinde olanlar 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 3 değerindeki cevaplar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise, 1 değerindeki cevaplar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, 3 değerindekiler ise düşük yaşam kalitesi düzeyini gösterir. İndeks 14 ifadeden oluştuğu için toplam puan değeri 14-42 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (99).

Hastaların aldıkları puanlar toplandıktan sonra denek sayısına bölünerek araştırmaya ait toplam yaşam kalitesi puan ortalaması hesaplanmıştır. Alt bölümlerin her bir maddesi için seçilen yanıtların dağılımları sayı ve yüzde olarak verilmiştir.

Hastaların gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrasında aldıkları toplam puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını incelemek için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinden (Student t testi) yararlanılmıştır.

8- Diyaliz hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarına etki edebileceği düşünülen diyaliz grupları, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, egzersizleri uygulama sayıları gibi değişkenler arasında bir etkileşim olup olmadığını belirlemek için tek-yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

9- Gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyi, gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı düzeyi ve gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam

kalitesi arasında nasıl bir ilişki olduğunu değerlendirebilmek için de Pearson' s Moment Product Correlation Analizi uygulanmıştır.

2. 8. ETİK YAKLAŞIMLAR

Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirir. Çalışmada rehber alınan etik düşünceler “Herşeyden önce, zarar verme” kuralını içeren “önce yarar” ilkesine dayandı. Çalışmada kullanılan anket formlarının psikolojik olarak sıkıntıya neden olmayacağı düşünüldü. Araştırmaya katılım, bireylerin hazırlıklı olmadıkları durumlarla karşılaşmalarına veya dezavantajlı bir duruma düşmelerine neden olmadı. Çalışmaya katılmanın yararı, tüm katılımcıların gevşeme egzersizlerini öğrenmeleri ve kendi kendilerini bu egzersizleri uygulayabilmeleri oldu. Ayrıca, bu çalışma sonuçlarının, kaygı düzeylerini azaltmada ve yaşam kalitelerini yükseltmede katkıda bulunacağı düşünüldü.

Araştırmada gözönünde bulundurulmuş diğer bir etik ilke, “insan onuruna saygı” idi. Çalışmaya katılan bireyler, çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları konusunda bilgilendirildiler. Ayrıca hastalar, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılmaya hakları olduğu konusunda da bilgilendirildiler. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere, araştırmacının dışında, kendilerinden alınan bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı ya da bu bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda açıklama yapılarak güvenleri kazanıldı.

2. 9. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

2. 9. 1. Bağımlı Değişkenler

Bu araştırmada, hastalara Gevşeme Egzersizleri öncesi ve sonrası uygulanan Durumluluk-Sürekli Kaygı puan ortalaması ve Yaşam Kalitesi puan ortalaması bağımlı değişkenlerdir.

2. 9. 2. Bağımsız Değişkenler

Araştırma kapsamındaki bireylerin sosyo-demografik özelliklerinden; cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, HD veya SAPD'nin tipi ve süresi, KT/V değeri ve KTI değeri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2. 10. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma 2000 yılı içinde planlanmış ve 2001 yılı Ocak ayı içinde tez önerisi olarak sunulmuştur. 5 Şubat 2001 tarihinden itibaren veriler toplanmaya başlanmış ve 6 Ağustos 2001 tarihinde bitirilmiştir. Ağustos 2001 – Ocak 2002 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanan verilerin değerlendirme çalışmaları yürütülerek, araştırma raporu “Yüksek Lisans Tez Çalışması” olarak sunulmuştur.



BÖLÜM III

BULGULAR

3. 1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI

Tablo 14 : Hastalara İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

ÖZELLİKLER	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
<u>Oturduğu Yer</u>						
İzmir içi	17	89.47	14	51.85	31	67.39
İzmir dışı	2	10.53	13	48.15	15	32.61
<u>Yaş Grubu</u>						
18 – 24	4	21.05	2	7.41	6	13.04
25 – 44	7	36.84	17	62.96	24	52.17
45 – 64	8	42.11	8	29.63	16	34.78
<u>Cinsiyet</u>						
Kadın	8	42.11	11	40.76	19	41.30
Erkek	11	57.89	16	59.26	27	58.70
<u>Medeni Durum</u>						
Evli	9	47.37	19	70.37	28	60.87
Bekar	9	47.37	7	29.63	17	36.96
Dul	1	5.26			1	2.17
<u>Eğitim Durumu</u>						
İlkokul	6	31.57	4	14.82	10	21.74
Ortaokul	2	10.53	3	11.11	5	10.87
Lise	9	47.37	8	29.63	17	36.96
Yük. Okul/Üni.	3	10.53	12	44.44	14	30.43
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

Tablo 14’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan hastalara ilişkin bazı sosyo-demografik özellikler aşağıda verilmiştir. Hastaların oturdukları yere göre

dağılımı incelendiğinde; % 67.39'u İzmir içinde, % 32.61'i İzmir dışındaki komşu illerde (Manisa, Muğla, Balıkesir,Aydın) oturmaktadır. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları; %13.04' ünün 18-24 yaş arasında, %52.17' sinin 25-44 yaş arasında ve %34.78' inin ise 45-64 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Hastaların yaş ortalaması X= 38.74 olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamındaki hastaların %41.30' nu kadın, %58.70' ini erkek hastalar oluşturmaktadır. Hastaların %60.87' sinin evli, %36.96' sının bekar, %21.74' ünün ilkokul, %10.87' sinin ortaokul, %36.96' sının lise ve %30.43' ünün yüksekokul/üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Tablo 15: Hastaların Meslek, Sosyal Güvence, Gelir Durumu, Aile Tiplerini Gösteren Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
<u>Meslek Grubu</u>						
Memur	-	-	9	33.33	9	19.57
Emekli	7	36.84	3	11.11	10	21.74
İşçi	-	-	1	3.70	1	2.17
Serbest Meslek	1	5.26	4	14.82	5	10.87
Ev Hanımı	7	36.84	7	25.93	14	30.43
Öğrenci	-	-	2	7.40	2	4.35
İşsiz	4	21.05	1	3.70	5	10.87
<u>Sosyal Güvence</u>						
Emekli Sandığı	12	63.16	19	70.37	31	67.39
S.S.K.	4	21.05	6	22.23	10	21.74
Bağ-Kur	-	-	1	3.70	1	2.17
Yeşil Kart	2	10.53	-	-	2	4.35
Özel	1	5.26	1	3.70	2	4.35
<u>Gelir Durumu</u>						
Gelir gidere göre yüksek	9	47.37	18	66.67	27	58.70
Gelir gidere göre düşük	6	31.57	2	7.40	8	17.39
Gelir gideri dengeler	4	21.05	7	25.93	11	23.91

Aile Tipi						
Çekirdek aile	15	78.94	25	92.60	40	86.95
Geniş aile	2	10.53	-	-	2	4.35
Parçalanmış aile	2	10.53	2	7.40	4	8.70
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

Tablo 15’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların %19.57’ si memur, %21.74’ ü emekli, %2.17’ si işçi, %10.87’ si serbest meslek sahibi, %30.43’ ü ev hanımı, %4.35’ i öğrenci ve %10.87’ si işsiz olarak yaşamlarını sürdürmekte oldukları saptanmıştır.

Diyaliz hastalarının sosyal güvence durumları incelendiğinde ise; %67.39 ’u Emekli Sandığı, %21.74’ ü SSK, %2.17’ si Bağ-Kur, %4.35’ i Yeşil Kart ve %4.35’ i Özel sosyal güvence kurumlarından yararlandıkları görülmektedir.

Hastalara gelir durumları sorulduğunda; %58.70’ i gelirinin gidere göre yüksek, %17.39’ u düşük, %23.91’ i ise gelirinin giderine göre dengeli olduğunu belirtmişlerdir.

Hastalar aile yapılarına göre incelendiklerinde; %86.95’ i çekirdek aile, %4.35’ i geniş aile ve %8.70’ i parçalanmış aile yapısı gösterdikleri saptanmıştır.

Tablo 16: Hastaların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

ÇALIŞMA DURUMU	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Çalışan	1	5.26	14	51.85	15	32.61
Çalışmayan	18	94.74	13	41.15	31	67.39
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

Hastalara “halen para getiren bir işte çalışıyor musunuz?” sorusu yöneltildiğinde, hastaların %32.61’ i çalıştığını, %67.39’ u ise çalışmadığını belirtmiştir.

Tablo 17: Hastaların Çalışmama Nedenlerine Göre Dağılımı

ÇALIŞMAMA NEDENİ	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
Hastalık nedeni ile	6	33.33	5	38.46	11	35.48
Emekli	3	16.67	2	15.38	5	16.13
Malulen Emekli	4	22.22	1	7.69	5	16.13
Ev Hanımı	5	27.78	3	23.09	8	25.81
Öğrenci olması	-	-	2	15.38	2	6.45
TOPLAM	18	100.00	13	100.00	31	100.00

Tablo 17’ de hastaların çalışmama nedenleri incelendiğinde; %35.48’ i hastalık nedeni ile, %16.13’ ü emekli olması nedeni ile, %16.13’ ü malulen emekli olması nedeni ile, %25.81’ i evhanımı olması nedeni ile ve %6.45’ i öğrenci olması nedeni ile çalışmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 18: Hastaların Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Aldıktan Sonra İşten Ayrılma Durumuna Göre Dağılımı

İŞTEN AYRILMA DURUMU	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
Evet	9	47.37	3	11.11	12	26.09
Hayır	10	52.63	24	88.89	34	73.91
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

Tablo 18’de hastaların Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı aldıktan sonra işten ayrılma durumları görülmektedir. Hastaların %26.09’ u işten ayrılmak zorunda kaldığını, %73.91’ i ise işten ayrılmadığını bildirmişlerdir.

Tablo 19: Hastalara Bakım Veren Kişilerin Varlığına Göre Dağılımları

YARDIMCI OLAN KİŞİLER	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
Yok	1	5.25	2	7.40	3	6.52
Eşi	8	42.11	19	70.37	27	58.70
Çocuklar	2	10.53	-	-	2	4.35
Anne-Baba	8	42.11	6	22.23	14	30.43
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

Tablo 19’da hastaların bakımlarına yardımcı olan kişilerin dağılımları görülmektedir. Hastaların %6.52’ si kendisine yardım eden kimsenin olmadığını, %58.70’ i eşlerinin yardım ettiğini, %4.35’ i çocuklarının, %30.43’ ü ise anne ve babasının yardımcı olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 20: Hastaların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

SİGARA KULLANMA DURUMU	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
Sigara Kullanma Durumu	3	15.79	12	44.44	15	32.61
İçen	16	84.21	15	55.56	31	67.39
İçmeyen						
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00
Günde İçilen Sigara Miktarı						
1-9 adet/gün	1	33.33	8	66.67	9	60.00
10-20 adet/gün	2	66.67	4	33.33	6	40.00
TOPLAM	3	100.00	12	100.00	15	100.00
Önceden Sigara Kullanma Durumu						
İçen	10	52.63	16	59.26	26	56.52
İçmeyen	9	47.37	11	40.74	20	43.48
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

Tablo 20’de görüldüğü gibi; hastaların şu anda %52.61’ inin sigara içtiği, %67.39’ unun ise sigara içmediği saptanmıştır. Sigara içen hastaların %60.00’ inin yarım paket ve %40.00’ inin ise bir paket sigara içtiği saptanmıştır. Ayrıca hastaların önceden sigara içme durumlarına bakıldığında, %56.52’ sinin içtiği, %43.48’ inin ise hiç sigara içmediği saptanmıştır.

Tablo 21: Hastaların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

ALKOL KULLANMA DURUMU	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
Halen içen	–	–	8	29.63	8	17.39
İçen fakat bırakan	1	5.26	4	14.81	5	10.87
Hiç içmeyen	18	94.74	15	55.56	33	71.74
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

Tablo 21’ de görüldüğü gibi hastaların %17.39’ unun halen alkol kullanmakta olduğu, %71.74’ ünün hiç alkol kullanmadığı ve %10.87’ sinin önceden kullandığı hastalandıktan sonra bıraktığı saptanmıştır.

1. 2. HASTALARIN HASTALIKLARINA İLİŞKİN VERİLER

Araştırma kapsamına giren hastaların bu hastalıklarına ilişkin özellikleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 22: Hastaların Ailelerinde Böbrek Hastası Bulunup Bulunmama Durumlarına Göre Dağılımları

AİLEDE BAŞKA BÖBREK HASTASI OLMASI	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
Yok	17	89.48	23	85.19	40	86.96
Anne-Baba	1	5.26	2	7.41	3	6.52
Kardeşler	–	–	1	3.70	1	2.17
Diğer (Anneanne, hala)	1	5.26	1	3.70	2	4.35
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

Tablo 22’de görüldüğü gibi; hastaların büyük çoğunluğunun (%86.96) ailesinde başka böbrek hastalığı bulunmamaktadır. %6.52’ sinin anne-babasinda, %2.17’ sinin kardeşlerinde ve %4.35’ inin diğer aile fertlerinde (anneanne, hala) böbrek hastalığı bulunmakta olduğu görülmüştür.

Tablo 23: Hastaların Hastalık Tanısı Konma Sürelerine Göre Dağılımları

HASTALIK SÜRESİ (Ay Olarak)	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
0-24	5	26.32	4	14.81	9	19.57
25-48	1	5.26	5	18.52	6	13.04
49-72	1	5.26	7	25.93	8	17.39
73 ay ve üzeri	12	63.16	11	40.74	23	50.00
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

Tablo 23’ de hastalara, kronik böbrek yetmezliği tanısı konmasından itibaren geçen süre görülmektedir. Hastaların %19.57’ si 0-24 ay, %13.04’ ü 25-48 ay, %17.39’ u 49-72 ay ve %50.00’ si 73 ay ve üzeri hastalık yaşına sahiptirler.

Tablo 24: Hastaların İlk Tanılarına Göre Dağılımları

İLK TANI *	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
K.B.Y. (Nedeni belli değil)	6	31.58	8	29.64	14	30.42
Kronik Glomerulonefrit	4	21.05	6	22.24	10	21.73
Hipertansif Böbrek Hast.	1	5.26	4	14.82	5	10.86
Diyabetik Nefropati	–	–	2	7.40	2	4.38
Amiloidozis	1	5.26	2	7.40	3	6.51
Reflü Nefropatisi	1	5.26	1	3.70	2	4.38
Nefrotik Sendrom	2	10.53	1	3.70	3	6.51
Pyelonefrit	2	10.53	2	7.40	4	8.70
Diğer (Prostat, Polikistik Böbrek v.b)	2	10.53	1	3.70	3	6.51
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

(*) Hasta dosyalarından alınmıştır.

Tablo 24’de hastaların ilk tanılarına göre dağılımları gösterilmektedir. Hasta dosyalarından alınan verilere göre; hastaların % 30.42’sinin KBY’ne neden olan hastalığının belli olmadığı, % 21.73’ünün kronik glomerulonefrit, % 10.86’sının hipertansif böbrek hastalığı, % 4.38’inin diyabetik nefropati, % 6.51’inin amiloidozis, % 4.38’sinin reflü nefropatisi, % 6.51’inin nefrotik sendrom, % 8.70’inin pyelonefrit, % 6.51’inin prostat, polikistik böbrek gibi diğer hastalık tanılarını aldığı görülmektedir.

Tablo 25: Hastaların Hastalık Komplikasyonlarına Göre Dağılımları

HASTALIK KOMPLİKASYONLARI *	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
<u>Hastada Komplikasyon Olup</u>						
<u>Olmama Durumu</u>						
Var	10	52.63	11	40.74	21	45.65
Yok	9	47.37	16	59.26	25	54.35
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00
<u>Komplikasyonlar</u>						
Kardiyovasküler Problemler	4	40.00	4	36.37	8	38.10
Gastro-intestinal Sistem Hast.	–	–	2	18.18	2	9.52
Hepatit B, C	5	50.00	3	27.27	8	38.10
Eklem-Bağ Dokusu Hast.	1	10.00	1	9.09	2	9.52
Endokrin Sistem Hast. (DM)	–	–	1	9.09	1	4.76
TOPLAM	10	100.00	11	100.00	21	100.00

Tablo 25’ de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan hastaların dosya kayıtlarından elde edilen sistemik muayene sonuçlarına göre, %45.65’ inde hastalığa bağlı olarak komplikasyonun görüldüğü, %54.35’ inde ise hiç komplikasyon olmadığı saptanmıştır.

Hastalığa bağlı olarak komplikasyon olduğu saptanan hastaların %38.10’ unda kardiyovasküler problemler, %9.52’ sinde gastro-intestinal sistem problemleri, %38.10’ unda hepatit B veya C, %9.52’ sinde eklem-bağ dokusu hastalıkları ve %4.76’ sında endokrin sistem hastalıklarının olduğu saptanmıştır.

Tablo 26: Hastaların Diyaliz Tedavisi Dışında Kullandıkları İlaç Türlerine Göre Dağılımı

İLAÇ TÜRÜ, İLAÇ SAYISI *	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
Kardiyovasküler ilaçlar	4	8.89	10	16.39	14	13.21
Kalsiyum ilaçları	19	42.22	19	31.15	38	35.85
Vitaminler	3	6.67	4	6.56	7	6.60
Demir ilaçları + EPO	7	15.56	18	29.51	25	23.58
Sodyum ilaçları	8	17.78	-	-	8	7.55
Diğer (Diüretik v.b.)	4	8.89	10	16.39	14	13.21
TOPLAM	45(**)	100.00	61(**)	100.00	106(**)	100.00
İlaç Sayısı						
1 ilaç kullanan	2	10.53	3	11.11	5	10.87
2 ilaç kullanan	8	42.11	6	22.22	14	30.44
3 ilaç kullanan	6	31.58	7	25.93	13	28.26
4 ilaç kullanan	2	10.52	6	22.22	8	17.39
5 ve daha fazla ilaç kullanan	1	5.26	5	18.52	6	13.04
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

(*) Hasta dosyalarından alınmıştır.

(**) Hastalar birden fazla ilaç kullandıkları için “n” sayısı değişmiştir.

Tablo 26’da görüldüğü gibi hastaların % 13.21’i kardiyovasküler ilaçlar, % 35.85’i kalsiyum, % 6.60’ı vitamin, % 23.58’inin demir ve EPO, % 7.55’inin sodyum, % 13.21’inin diüretik gibi diğer ilaçları kullandıkları saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 10.87’sinin bir ilaç, % 30.44’ünün iki ilaç, % 28.26’sının üç ilaç, % 17.39’unun dört ilaç, % 13.04’ünün beş veya daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır.

Tablo 27: Hastaların Kt/V Değerlerine Göre Dağılımları

KT/V DEĞERİ	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
Yetersiz	8	42.10	7	25.90	15	32.61
Yeterli	11	57.90	20	74.1	31	67.39
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

Tablo 27’de görüldüğü gibi; hastaların % 32.61’inin Kt/V değerinin yetersiz olduğu, % 67.39’unun ise yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 28: Hastaların KTI Değerlerine Göre Dağılımları

KTI DEĞERİ	Hemodiyaliz Grubu		SAPD Grubu		Toplam	
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>
Hipervolemi (0.46’nın üzeri)	4	21.10	27	100.00	31	67.40
Normovolemi (0.46’nın altı)	15	70.90			15	32.60
TOPLAM	19	100.00	27	100.00	46	100.00

Hastaların KTI değerleri Tablo 28’de gösterilmektedir. Bu sonuçlara göre hastaların % 67.4’ünün hipervolemik, % 32.6’sının ise normovolemik olduğu saptanmıştır.

3. 3. HEMODİYALİZ HASTALARINA İLİŞKİN VERİLER

Tablo 29: Hastaların Hemodiyalize Başlama Sürelerine, Giriş Sayısı ve Sürelerine Göre Dağılımı

BAŞLAMA SÜRESİ, GİRİŞ SAYISI - SÜRESİ	Hemodiyaliz Grubu	
	<u>Ş</u>	<u>%</u>
Hemodiyalize Başlama Süresi (Ay Olarak)		
0 – 12 ay	6	31.58
13 – 24 ay	1	5.26
25 – 36 ay	2	10.53
37 ay ve üzeri	10	52.63
Giriş Sayısı – Süresi (Haftada)		
3 kez, 4 saat	4	21.05
3 kez, 4.5 saat	3	15.79
3 kez, 5 saat	12	63.16
TOPLAM	19	100.00

Tablo 29’ da hastaların hemodiyalize giriş süreleri ve giriş sayısı-süresine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların %31.58’ i 0-12 ay, %5.26’ sı 13-24 ay, %10.53’ ü 25-36 ay ve %52.63’ ü 37 aydan daha fazla süreden beri hemodiyalize girdiklerini bildirmişlerdir.

Hastaların %21.05’ i haftada 3 kez 4’er saat, %15.79 ’u haftada 3 kez 4.5 saat ve %63.16’ sı ise haftada 3 kez 5’er saat diyalize girdiklerini bildirmişlerdir.

Tablo 30: Hastaların Tedaviye Gelirken Kullandıkları Araçlara Göre Dağılımı

KULLANILAN ARAÇ	Hemodiyaliz Grubu	
	<u>Ş</u>	<u>%</u>
Otobüs	8	42.11
Dolmuş	4	21.05
Taksi	3	15.79
Kendi Arabası	3	15.79
Tren/Metro	1	5.26
TOPLAM	19	100.00

Tablo 30’da hastaların tedaviye gelirken kullandıkları araca göre dağılımı incelendiğinde; hastaların,%42.11’ i otobüsle, %21.05’ i dolmuşla, %15.79 ’u taksitle, %15.79’ u kendi arabasıyla ve %5.26’ sı ise tren/metro gibi araçlara binerek diyalize geldiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 31: Hemodiyaliz Hastalarının Diyetlerine Uyma Durumlarına Göre Dağılımı

DİYETE UYMA DURUMU	Hemodiyaliz Grubu	
	<u>S</u>	<u>%</u>
Evet	8	42.10
Hayır	2	10.53
Bazen	9	47.37
TOPLAM	19	100.00

Hastaların %42.10’ u diyetlerine uyum gösterdiğini, %10.53’ ü uymadıklarını ve %47.37’ si ise zaman zaman diyete uymadıklarını bildirmişlerdir.

3. 4. SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİ HASTALARINA İLİŞKİN VERİLER

Tablo 32: Hastaların SAPD’ye Başlama Süresine Göre Dağılımı

BAŞLAMA SÜRESİ (Ay Olarak)	SAPD Grubu	
	<u>S</u>	<u>%</u>
0 – 12 ay	11	40.74
13 – 24 ay	4	14.81
25 – 36 ay	7	25.93
37 ay ve üzeri	5	18.52
TOPLAM	27	100.00

Tablo 32’de hastaların SAPD’ye başlama süreleri verilmiştir. Hastaların SAPD’ye başlama sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; %40.74’ ünün 0– 2 ay, %14.81’ inin 13-24 ay, %25.93’ ünün 25-36 ay ve %18.52’ sinin 37 ay ve daha fazla süredir SAPD uyguladıkları saptanmıştır.

Tablo 33: SAPD Uygulamasına Başlamadan Önce Hastaların Hemodiyalize Girme Durumlarına Göre Dağılımı

HEMODİYALİZ TEDAVİSİ GÖRMESİ, TEDAVİNİN SÜRESİ	SAPD Grubu	
	<u>S</u>	<u>%</u>
Hemodiyalize Girmeyenler	10	37.04
0 – 6 Ay Hemodiyalize Girenler	10	37.04
7– 12 Ay Hemodiyalize Girenler	5	18.52
13 – 24 Ay Hemodiyalize Girenler	1	3.70
25 Ay ve üzeri Hemodiyalize Girenler	1	3.70
TOPLAM	27	100.00

Tablo 33’de hastaların SAPD uygulaması öncesi hemodiyalize girme durumlarına bakıldığında; %37.04’ ünün hemodiyalize hiç girmediği, %37.04’ ünün 0-6 ay, %18.52’ sinin 7-12 ay, %3.70’ inin 13-24 ay ve %3.70’ inin ise 25 ay ve üzeri sürelerle hemodiyalize girdikleri saptanmıştır.

Tablo 34: Hastaların SAPD Uygulamaya Karar Verme Nedenlerine Göre Dağılımı

SAPD SEÇME NEDENİ	SAPD Grubu	
	<u>S</u>	<u>%</u>
Tıbbi Endikasyon İle	4	14.81
Bağımsız Olduğu İçin	23	85.19
TOPLAM	27	100.00

Hastaların SAPD uygulamasını seçme nedenlerine bakıldığında, % 14.81’inin tıbbi endikasyon nedeni ile, % 85.19’unun ise daha bağımsız olduğu için SAPD’yi tercih ettiklerini bildirmişlerdir.

Tablo 35: SAPD Hastalarının Günlük Değişim Sayıları ve Değişim İşleminin Günlük Yaşantılarına Engel Olma Durumlarına Göre Dağılımları

DEĞİŞİM SAYISI, DEĞİŞİMİN GÜNLÜK YAŞANTIYA ENGEL OLMASI	SAPD Grubu	
	§	%
<u>Değişim Sayısı (Gün)</u>		
4 defa	18	66.67
5 defa	8	29.63
6 defa	1	3.70
<u>Değişimin Günlük Yaşantıya Engel Olması</u>		
Engel Olma	5	18.52
Engel Olmama	22	81.48
TOPLAM	27	100.00

Tablo 35’de SAPD uygulayan hastaların günlük değişim sayılarına baktığımızda, % 66.67’si 4 kez, % 29.63’ü 5 kez ve % 3.70’i günde 6 kez değişim yaptığını bildirmişlerdir.

Hastalarda, % 18.52’sinin değişim işleminin günlük yaşantılarına engel olduğunu, % 82.48’inin ise engel olmadığı saptanmıştır.

Tablo 36: SAPD Hastalarının Değişim Yaptıkları Yerlere Göre Dağılımı

DEĞİŞİM YERİ	SAPD Grubu	
	§	%
Ev	24	88.89
Ev+İş	3	11.11
TOPLAM	27	100.00

Tablo 36’da hastaların SAPD değişimini yaptıkları ortamlar incelendiğinde; hastaların % 88.89’u değişimi evlerinde, % 11.11’i ise hem ev hem de işyerlerinde yaptıklarını bildirmişlerdir.

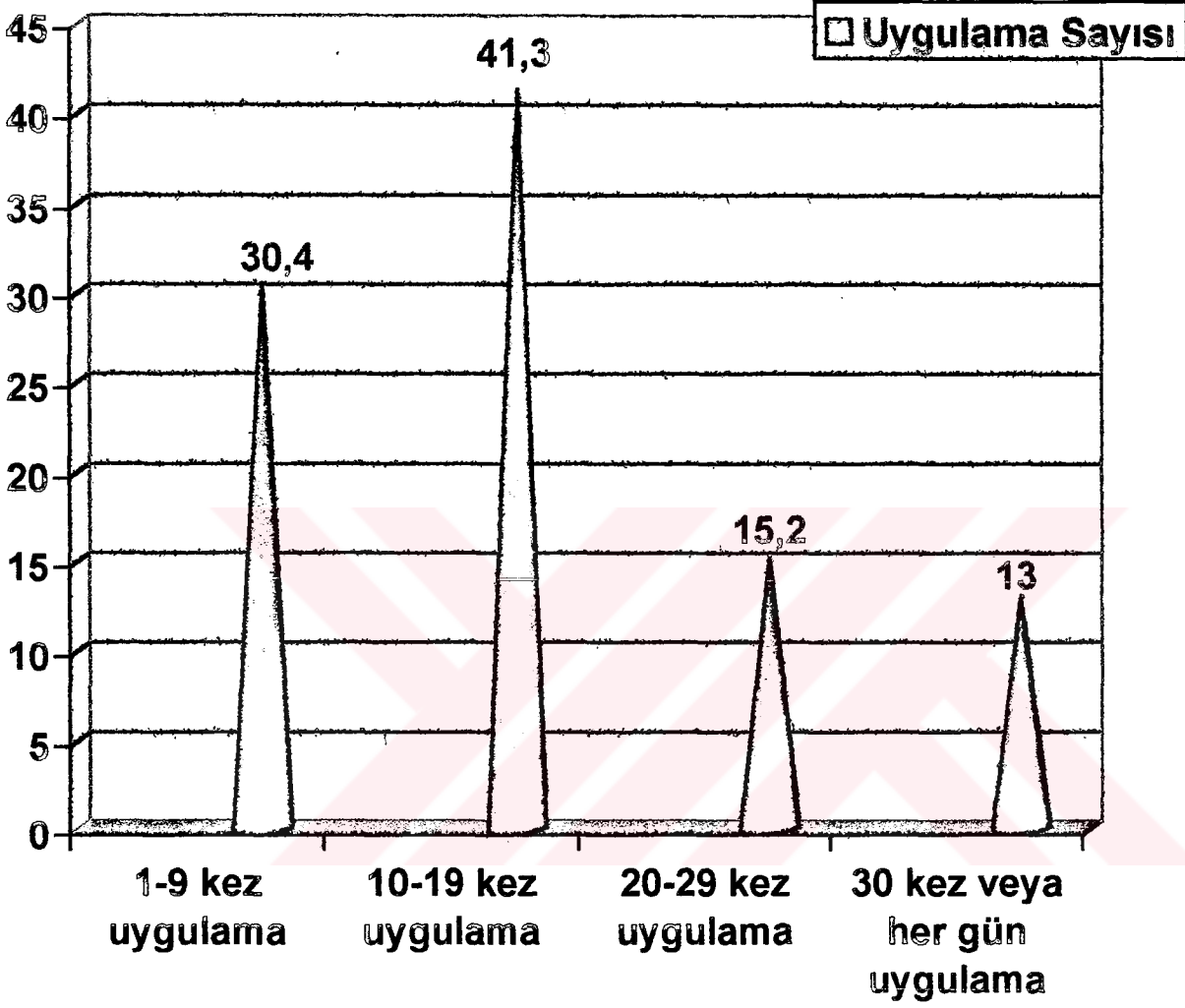
3. 5. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİNİ UYGULAMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 37: Diyaliz Hastalarının Progresif Gevşeme Egzersizlerini Uygulama Sayılarına Göre Dağılımı

UYGULAMA SAYISI	S	%
1-9 kez uygulayan	14	30.4
10-19 kez uygulayan	19	41.3
20-29 kez uygulayan	7	15.2
30 kez veya hergün uygulayan	6	13.0
TOPLAM	46	100.0

Tablo 37’ de hastaların progresif gevşeme egzersizlerini uygulama sayılarına göre dağılımı gösterilmektedir. Gevşeme egzersizlerini hastaların; %30.4’ ü 1-9 kez, % 41.3’ ü 10-19 kez, %15’ si 20-29 kez, % 13.0’ ı 30 kez veya hergün uygulama yaptıklarını belirtmişlerdir (Grafik 1).

Grafik 1 : Diyaliz Hastalarının 6 Hafta İçinde Progresif Gevşeme Egzersizlerini Evde Uygulama Sayılarının Karşılaştırılması



3. 6. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULAR

Hastalara; durumluk kaygı düzeyini belirlemek için kullanılan “Durumluk Kaygı Envanteri” nden elde edilen yanıtlar ve puan ortalamaları değerlendirmeleri ve durumluk kaygı düzeyini etkileyebilecek etmenler sırayla; Tablo 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53 ve 54’ de gösterilmiştir.

Tablo 38: Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Durumluk Kaygı Envanteri İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

DURUMLUK KAYGI	Hayır		Biraz		Oldukça		Tamamıyla	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kendimi sakin hissediyorum.	4	8.7	23	50.0	11	23.9	8	17.4
Kendimi emniyette hissediyorum.	6	13.0	21	45.7	14	30.4	5	10.9
Huzursuzum.	25	54.3	17	37.0	1	2.2	3	6.5
Pişmanlık duygusu içindeyim.	30	65.2	9	19.6	5	10.9	2	4.3
Kendimi rahat hissediyorum.	5	10.9	26	56.5	12	26.1	3	6.5
İçimde sıkıntı hissediyorum.	14	30.4	18	39.1	7	15.2	7	15.2
İlerde olabilecek kötü olayları düşünerek üzülüyorum.	17	37.0	9	19.6	18	39.1	2	4.3
Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	1	2.2	16	34.8	12	26.1	17	37.0
Kendimi kaygılı hissediyorum.	21	45.7	15	32.6	6	13.0	4	8.7
Kendimi rahatlık içinde hissediyorum.	3	6.5	16	34.8	17	37.0	10	21.7
Kendime güvenim olduğunu hissediyorum	13	28.3	18	39.1	10	21.7	5	10.9
Kendimi sinirli hissediyorum	14	30.4	15	32.6	8	17.4	9	19.6
İçimde bir huzursuzluk var.	16	34.8	18	39.1	9	19.6	3	6.5
Çok gergin olduğumu hissediyorum.	21	45.7	14	30.4	9	19.6	2	4.3
Sükunet içindeyim.	3	6.5	12	26.1	23	50.0	8	17.4
Halimden memnunum.	4	8.7	24	52.2	7	15.2	11	23.9
Endişe içindeyim.	17	37.0	18	39.1	8	17.4	3	6.5
Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum.	31	67.4	6	13.0	6	13.0	3	6.5
Kendimi neşeli hissediyorum.	3	6.5	20	43.5	16	34.8	7	15.2
Keyfim yerindedir.	5	10.9	20	43.5	15	32.6	6	13.0

Tablo 38’de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı envanterine verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların en fazla oranla; % 50'sinin kendisini biraz sakin hissettiği, % 45.4'ünün biraz emniyette hissettiği, % 54.3'ünün huzursuz olmadığı, % 65.2'sinin pişmanlık duygusu içinde olmadığı, % 56.5'inin biraz rahat hissettiği, % 39.1'inin içinde biraz sıkıntı hissettiği, % 39.1'inin ileride olabilecek kötü olayları oldukça düşünerek üzüldüğü, % 37'sinin dinlenmiş hissetmediği, % 45.7'sinin kendini kaygılı hissetmediği, % 37'sinin oldukça rahatlık içinde hissettiği, % 39.1'inin kendine biraz güveninin olduğu, % 32.6'sının biraz sinirli hissettiği, % 39.1'inin içinde biraz huzursuzluk olduğu, % 45.7'sinin gergin olmadığı, % 50'sinin oldukça sükunet içinde olduğu, % 52.2'sinin halinden biraz memnun olduğu, % 39.1'inin biraz endişe içinde olduğu, % 67.4'ünün kendini heyecanlı ve şaşkın hissetmediği, % 43.5'inin biraz neşeli hissettiği ve % 43.5'inin keyfinin biraz yerinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 39 : Diyaliz Hastalarının Gevşeme Egzersizleri Öncesi Durumluk Kaygı Düzeyinin Dağılımı

KAYGI PUANI	n	\bar{X}	Ss
Gevşeme Egzersizleri Öncesi Durumluk Kaygı	46	43,4130	4,339

Tablo 39'da hastaların gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan diyaliz hastalarının gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı düzeyi 43.4130 olarak saptanmıştır.

Tablo 40: Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Durumluk Kaygı Envanteri İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

DURUMLUK KAYGI	Hayır		Biraz		Oldukça		Tamamıyla	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kendimi sakin hissediyorum.	1	2.2	2	4.3	16	34.8	27	58.7
Kendimi emniyette hissediyorum.	-	-	1	2.2	18	39.1	27	58.7
Huzursuzum.	34	73.9	12	26.1	-	-	-	-
Pişmanlık duygusu içindeyim.	39	84.8	7	15.2	-	-	-	-
Kendimi rahat hissediyorum.	-	-	4	8.7	17	37.0	25	54.3
İçimde sıkıntı hissediyorum.	32	69.6	13	28.3	1	2.2	-	-
İlerde olabilecek kötü olayları düşünerek üzülüyorum.	35	76.1	10	21.7	1	2.2	-	-
Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	4	8.7	7	15.2	17	37.0	18	39.1
Kendimi kaygılı hissediyorum.	37	80.4	7	15.2	2	4.3	-	-
Kendimi rahatlık içinde hissediyorum.	1	2.2	4	8.7	23	50.0	18	39.1
Kendime güvenim olduğunu hissediyorum	-	-	2	4.3	19	41.3	25	54.3
Kendimi sinirli hissediyorum	36	78.3	7	15.2	3	6.5	-	-
İçimde bir huzursuzluk var.	39	84.8	5	10.9	2	4.3	-	-
Çok gergin olduğumu hissediyorum.	38	82.6	8	17.4	-	-	-	-
Sükunet içindeyim.	-	-	2	4.3	27	58.7	17	37.0
Halimden memnunum.	2	4.3	3	6.5	26	56.5	15	32.6
Endişe içindeyim.	34	73.9	10	21.7	2	4.3	-	-
Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum.	43	93.5	2	4.3	1	2.2	-	-
Kendimi neşeli hissediyorum.	1	2.2	8	17.4	23	50.0	14	30.4
Keyfim yerindedir.	-	-	4	8.7	21	45.7	21	45.7

Tablo 40'da görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan hastaların en fazla oran ile; % 58.7'sinin kendisini tamamıyla sakin hissettiği, % 58.7'sinin tamamıyla emniyette hissettiği, % 73.9'unun huzursuz olmadığı, % 84.8'inin pişmanlık duygusu içinde olmadığı, % 54.3'ünün tamamıyla rahat hissettiği, % 69.6'sının içinde sıkıntı hissetmediği, % 76.1'inin ileride olabilecek kötü olayları düşünerek üzülmediği, % 39.1'inin tamamıyla dinlenmiş hissettiği, % 80.4'ünün kaygılı hissetmediği, % 50'sinin oldukça rahatlık içinde hissettiği, % 54.3'ünün kendine tamamıyla güveninin olduğu, % 78.3'ünün sinirli hissetmediği, % 84.8'inin içinde huzursuzluk olmadığı, % 84.8'inin gergin olmadığı, %

58.7'sinin oldukça sükunet içinde olduğu, % 56.5'inin halinden oldukça memnun olduğu, % 73.9'unun endişe içinde olmadığı, % 93.5'inin kendini heyecanlı ve şaşkın hissetmediği, % 50'sinin oldukça neşeli hissettiği ve % 45.7'sinin keyfinin oldukça yerinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 41 : Diyaliz Hastalarının Gevşeme Egzersizleri Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Dağılımı

KAYGI PUANI	n	X	Σ
Gevşeme Egzersizleri Sonrası Durumluk Kaygı	46	28,9783	7,787

Tablo 41'de hastaların gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan diyaliz hastalarının durumluk kaygı düzeyi 28.9783 olarak saptanmıştır.

Tablo 42: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hemodiyaliz ve SAPD Grubuna Göre Dağılımı

		GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ								
Gevşeme Egzersizleri	GRUPLAR	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	Kareler ortalaması	SD	F	p
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Hemodiyaliz	19	43,8947	4,9766	GENEL	847,1522	45	---		
	SAPD	27	43,0741	3,8921	GRUPLAR ARASI	7,5108	1	7,5108	0,3936	,5337
					GRUP İÇİ	839,6413	44	19,0828		
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Hemodiyaliz	19	31,8947	9,8877	GENEL	2728,9783	45	---		
	SAPD	27	26,9259	5,1659	GRUPLAR ARASI	275,3369	1	275,3369	4,9375	,0315
					GRUP İÇİ	2453,7368	44	55,7646		

Tablo 42' de progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin Hemodiyaliz ve SAPD grubuna göre dağılımı görülmektedir. Gevşeme egzersizleri öncesi hemodiyaliz grubunun durumluk kaygı düzeyi 43.8947, gevşeme egzersizleri sonrası 31.8947; SAPD grubunun gevşeme egzersizleri öncesi kaygı düzeyi 43.0741, egzersiz sonrası 26.9259 olarak saptanmıştır.

Gevşeme egzersizleri öncesi yapılan analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (F=0.3936, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=4.9375, p< 0.05).

Tablo 43: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ									
Gevşeme Egzersizleri	CİNSİYET	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler	
								ortalama	F
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Kadın	19	43,7895	4,7443	GENEL	847,1522	45	-----	
	Erkek	27	43,1481	4,1016	GRUPLAR ARASI	4,5869	1	4,5869	0,2395
					GRUP İÇİ	842,5653	44	19,1492	,6270
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Kadın	19	28,8947	9,0792	GENEL	2728,9789	45	-----	
	Erkek	27	29,0370	8,9198	GRUPLAR ARASI	0,2258	1	0,2258	0,0036
					GRUP İÇİ	2728,7524	44	62,0171	,0522

Tablo 43' de gruplar gözönüne alınmaksızın hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin cinsiyete göre dağılımı görülmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi kadın hastaların durumluk kaygı düzeyi 43.7895, erkek hastaların kaygı düzeyi 43.1484 olarak saptanmıştır. ANOVA varyans analizi sonucunda gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (F=0.2395, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası kadın hastaların durumluk kaygı düzeyi 28.8947, erkek hastaların kaygı düzeyi 29.0370 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0.0036, p> 0.05).

Tablo 44: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ										
Gevşeme Egzersizleri	YAŞ GRUPLARI	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	P
Egzersizleri	25-44	24	43,7500	3,5993	GRUPLAR ARASI	19,8813	2	14,9407	0,7861	,4621
Öncesi	45-64	16	43,6875	2,6887	GRUP İÇİ	817,2708	43	19,0063		
Gevşeme	18-24	6	28,0000	5,7966	GENEL	2728,9783	45	-----		
Egzersizleri	25-44	24	30,4167	8,7274	GRUPLAR ARASI	106,7074	2	53,3537	0,8749	,4242
Sonrası	45-64	16	27,1875	6,8432	GRUP İÇİ	2622,2708	43	60,9830		

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 44); Gevşeme egzersizleri öncesi 18-24 yaş arası hastaların durumluk kaygı düzeyi 41.3333, 25-44 yaş arası hastaların kaygı düzeyi 43.7500, 45-64 yaş arası hastaların kaygı düzeyi 43.6875 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptanmıştır (F=0.7861, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası 18-24 yaş arası hastaların durumluk kaygı düzeyi 28.0000, 25-44 yaş arası hastaların kaygı düzeyi 30.4167, 45-64 yaş arası hastaların kaygı düzeyi 27.1875 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını görmüştür (F=0.8749, p> 0.05).

Tablo 45: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Gevşeme Egzersizleri	MEDENİ DURUM	GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ							
		N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	Kareler ortalaması	F	P
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Evli	28	44,0714	3,5374	GENEL	847,1522	45	-----	
	Bekar	17	42,6471	5,3495	GRUPLAR ARASI	51,4127	2	25,7063	1,3891
	Dul	1	38,0000		GRUP İÇİ	795,7395	43	18,5056	,2603
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Evli	28	26,8929	5,4863	GENEL	2728,9783	45	-----	
	Bekar	17	31,8824	9,9051	GRUPLAR ARASI	346,5350	2	173,2675	3,1273
	Dul	1	38,0000		GRUP İÇİ	2382,4433	43	55,4057	,0539

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin medeni duruma göre dağılımı görülmektedir (Tablo 45).

Gevşeme egzersizleri öncesi evli hastaların durumluk kaygı düzeyi 44.0714, bekar hastaların kaygı düzeyi 42.6471, dul hastaların kaygı düzeyi 38.0000 olarak saptanmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1.3891, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası evli hastaların durumluk kaygı düzeyi 26.8929, bekar hastaların kaygı düzeyi 31.8824, dul hastaların kaygı düzeyi 38.0000 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (F=3.1273, p> 0.05).

Tablo 46: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

		GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ						
Gevşeme Egzersizleri	EĞİTİM DURUMU	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler	Kareler	P
						toplamı	ortalaması	
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	İlkokul	10	45,1000	3,7550	GENEL	847,1522	45	-----
	Ortaokul	5	43,0000	3,5355	GRUPLAR ARASI	37,4791	3	12,4930
	Lise	17	42,7647	5,0686	GRUP İÇİ	809,6731	42	19,2779
	Fakt/Yükokul	14	43,1429	4,1298				
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	İlkokul	10	29,7000	10,9889	GENEL	2728,9783	45	-----
	Ortaokul	5	27,4000	7,6458	GRUPLAR ARASI	36,4346	3	12,1449
	Lise	17	28,2941	7,6583	GRUP İÇİ	2692,5437	42	64,1082
	Fakt/Yükokul	14	29,8571	6,8401				

Tablo 46' da hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin eğitim durumuna göre dağılımı görülmektedir. Gevşeme egzersizleri öncesi; ilkokul mezunu hastaların durumluk kaygı düzeyi 45.1000, ortaokul mezunu hastaların kaygı düzeyi 43.0000, lise mezunu hastaların kaygı düzeyi 42.7647, fakülte/yüksekokul mezunu hastaların kaygı düzeyi 43.1429 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (F=0.6480, p> 0.05). Gevşeme egzersizleri sonrası; ilkokul mezunu hastaların durumluk kaygı düzeyi 29.7000, ortaokul mezunu hastaların kaygı düzeyi 27.4000, lise mezunu hastaların kaygı düzeyi 28.2941, fakülte/yüksekokul mezunu hastaların kaygı düzeyi 29.8571 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (F=0.1894, p> 0.05).

Tablo 47: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

Gevşeme Egzersizleri	SOSYAL GUVENCE	GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ									
		N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	P	
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Emekli Sandığı	31	43,1613	4,0422	GENEL	847,1522	45	-----			
	Bağ-Kur	1	33,0000		GRUPLAR ARASI	207,5586	4	51,8897	3,3263	,0190	
	S.S.K.	10	46,1000	3,8137	GRUP İÇİ	639,5935	41	15,5998			
	Özel (Sigorta)	2	40,0000	4,2426							
	Yeşil Kart	2	42,5000	0,7071							
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Emekli Sandığı	31	28,5806	8,0902	GENEL	2728,9783	45	-----			
	Bağ-Kur	1	30,0000		GRUPLAR ARASI	82,5299	4	20,6325	0,3196	,8632	
	S.S.K.	10	30,1000	8,6980	GRUP İÇİ	2646,4484	41	64,5475			
	Özel (Sigorta)	2	33,0000	,0000							
	Yeşil Kart	2	25,0000	1,4142							

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin sosyal güvence durumuna göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 52); Yapılan varyans analizinde gevşeme egzersizleri öncesi gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=3.3263, p< 0.05). Yapılan Tukey ileri istatistik testinde gruplar arasındaki farkın S.S.K. ile Özel sigorta arasında olduğu saptanmıştır. Gevşeme egzersizleri sonrası; yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=0.3196, p> 0.05).

Tablo 48: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Gevşeme Egzersizleri	GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ									
	ÇALIŞMA DURUMU	N	X	Ss	Yarıyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Çalışan	15	42,7333	4,1484	GENEL	847,1522	45	-----		
	Çalışmayan	31	43,7419	4,4570	GRUPLAR ARASI	10,2834	1	10,2834	0,5407	,4661
					GRUP İÇİ	836,8688	44	19,0197		
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Çalışan	15	27,2667	4,6823	GENEL	2728,9783	45	-----		
	Çalışmayan	31	29,8065	8,8635	GRUPLAR ARASI	65,2062	1	65,2062	1,0771	,3050
					GRUP İÇİ	2663,7720	44	60,5403		

Tablo 48' de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin çalışma durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi; çalışan hastaların; durumluk kaygı düzeyi 42.7333, çalışmayan hastaların kaygı düzeyi 43.7419 olarak saptanmıştır. Yapılan analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0.5407, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası; çalışan hastaların durumluk kaygı düzeyi 27.2667, çalışmayan hastaların kaygı düzeyi 29.8065 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gösterilmektedir (F=1.0771, p> 0.05).

Tablo 49: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Gelir Durumuna Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ									
Gevşeme Egzersizleri	GELİR DURUMU	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler	
								ortalama	F
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Karşılıyor	27	42,2963	4,6145	GENEL	847,1522	45	-----	
	Denk	11	44,4545	2,1616	GRUPLAR ARASI	89,2953	2	44,6476	2,5333
	Karşılmıyor	8	45,7500	4,7434	GRUP İÇİ	757,8569	43	17,6246	,0912
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Karşılıyor	27	27,7404	6,5256	GENEL	2728,9783	45	-----	
	Denk	11	28,1818	6,6906	GRUPLAR ARASI	270,6567	2	135,3284	2,3671
	Karşılmıyor	8	34,2500	11,3610	GRUP İÇİ	2458,3215	43	57,1703	,1059

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası hastaların durumluk kaygı düzeyinin gelir durumuna göre dağılımı görülmektedir (Tablo 49).

Gevşeme egzersizleri öncesi geliri giderleri karşılayan hastaların durumluk kaygı düzeyi 42.2963, geliri gidere denk olan hastaların kaygı düzeyi 44.4545, geliri gideri karşılamayan hastaların kaygı düzeyi 45.7500 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığını belirlemiştir (F=2.5333, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası geliri giderleri karşılayan hastaların durumluk kaygı düzeyi 27.7404, geliri gidere denk olan hastaların kaygı düzeyi 28.1818, geliri gideri karşılamayan hastaların kaygı düzeyi 34.2500 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=2.3671, p> 0.05).

Tablo 50: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Diyalize Girme Süresine Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ									
Gevşeme Egzersizleri	DİYALİZ SÜRESİ	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler	
								ortalama	F
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	0-12 ay	17	43,6111	4,9603	GENEL	847,1522	45	---	
	13-24 ay	5	40,2500	1,7078	GRUPLAR ARASI	45,6355	3	15,2118	0,7971
	25-36 ay	9	44,1111	4,2850	GRUP İÇİ	801,5167	42	19,0837	
	37 ay ve üzeri	15	43,6000	4,0320					
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	0-12 ay	17	28,3889	5,4680	GENEL	2728,9783	45	---	
	13-24 ay	5	25,7500	2,0616	GRUPLAR ARASI	393,9949	3	131,3316	2,3623
	25-36 ay	9	25,2222	4,3525	GRUP İÇİ	2334,9833	42	55,5948	
	37 ay ve üzeri	15	32,8000	10,8969					

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası hastaların durumluk kaygı düzeyinin diyalize girme süresine göre dağılımı Tablo 55’de gösterilmektedir. Gevşeme egzersizleri öncesi; 0-12 ay arası diyalize giren hastaların durumluk kaygı düzeyi 43.6111, 13-24 ay arası giren hastaların kaygı düzeyi 40.2500, 25-36 ay arası giren hastaların kaygı düzeyi 44.1111, 37 ay ve üzeri süredir diyalize giren hastaların kaygı düzeyi 43.6000 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0.7971, p> 0.05). Gevşeme egzersizleri sonrası; 0-12 ay arası diyalize giren hastaların durumluk kaygı düzeyi 28.3889, 13-24 ay arası giren hastaların kaygı düzeyi 25.7500, 25-36 ay arası giren hastaların kaygı düzeyi 25.2222, 37 ay ve üzeri süredir diyalize giren hastaların kaygı düzeyi 32.8000 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark anlamlı olarak değerlendirilememiştir (F= 2.3623, p> 0.05).

Tablo 51: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların KT/V Değerine Göre Dağılımı

Gevşeme Egzersizleri	KT/V DEĞERİ	GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ								
		N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	P
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Yetersiz	15	43,5333	4,0685	GENEL	847,1522	45	-----		
	Yeterli	31	43,3548	4,5280	GRUPLAR ARASI	0,3221	1	0,3221	0,0167	,8977
					GRUP İÇİ	846,8301	44	19,2461		

Tablo 51' de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı düzeyinin KT/V değerine göre dağılımı gösterilmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi KT/V değeri yetersiz olan hastaların durumluk kaygı düzeyi 43.5333, KT/V değeri yeterli olan hastaların kaygı düzeyi 43.3548 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0.0167, p> 0.05).

Tablo 52: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların KTI Değerine Göre Dağılımı

		GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ								
Gevşeme Egzersizleri	KTI DEĞERİ	N	X̄	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Hipervolemi	31	43,1613	4,1239	GENEL	847,1522	45	-----		
	Normovolemi	15	43,9333	4,8619	GRUPLAR ARASI	6,0253	1	6,0253	,3152	,5774
					GRUP İÇİ	841,1269	44	19,1165		

Tablo 52' de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin KTI değerine göre dağılımı gösterilmektedir.

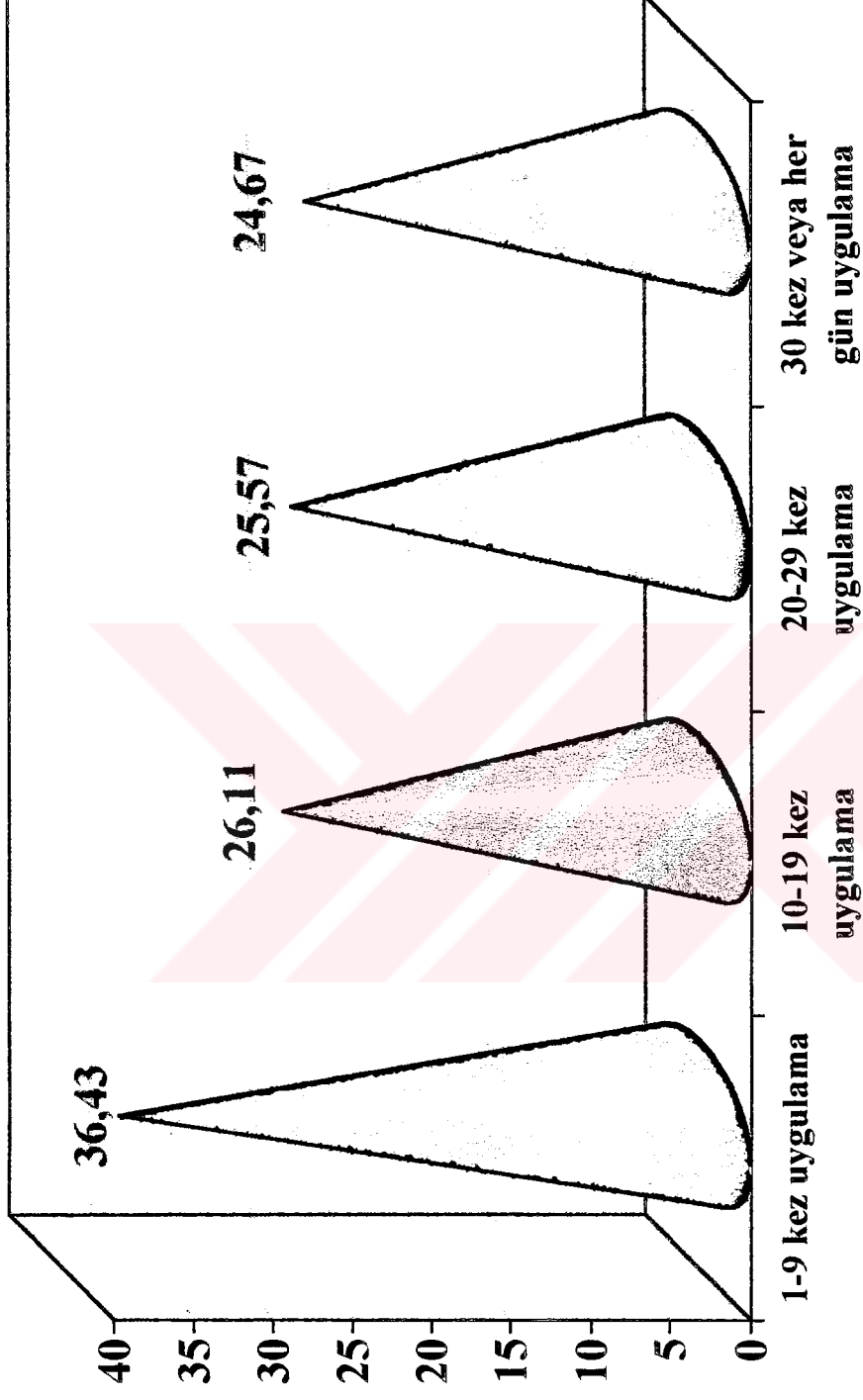
Gevşeme egzersizleri öncesi KTI değerine göre hipervolemik olan hastaların durumluk kaygı düzeyi 43.1613, KTI değerine göre normovolemik olan hastaların kaygı düzeyi 43.9333 olarak saptanmıştır. Yapılan analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (F=0.3152, p> 0.05).

Tablo 53: Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Durumluk Kaygı Düzeyinin Hastaların Kaseti Dinleme ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ								
UYGULAMA SAYISI	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	Kareler ortalaması	F	P
1-9 kez uygulayan	14	36,4286	8,6087	GENEL	2728,9783	45	-----	
10-19 kez uygulayan	19	26,1053	3,9285	GRUPLAR ARASI	1126,7126	3	375,5709	9,8448
20-29 kez uygulayan	7	25,5714	5,9960	GRUP İÇİ	1602,2657	42	38,1492	,0000
30 kez-hergün uygulayan	6	24,6667	5,3914					

Tablo 53' de hastaların progresif gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı düzeyinin kaseti dinleme ve egzersizleri uygulama sayısına göre dağılımı gösterilmektedir.

Gevşeme egzersizleri sonrası; egzersizleri evde 1-9 kez uygulayan hastaların durumluk kaygı düzeyi 36.4286, 10-19 kez uygulayan hastaların kaygı düzeyi 26.1053, 20-29 kez uygulayan hastaların kaygı düzeyi 25.5714, 30 kez veya hergün uygulayan hastaların kaygı düzeyi 24.6667 olarak saptanmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (F= 9.8448, $p < 0.05$). Yapılan Tukey ileri analizinde gruplar arasındaki farkın 1-9 kez uygulayan ile 10-19 kez uygulayan; 1-9 kez uygulayan ile 20-29 kez uygulayan; 1-9 kez uygulayan ile 30 kez veya hergün uygulayan arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Grafik 2). Uygulama sayısı arttıkça durumluk kaygı puanının azaldığı görülmektedir.



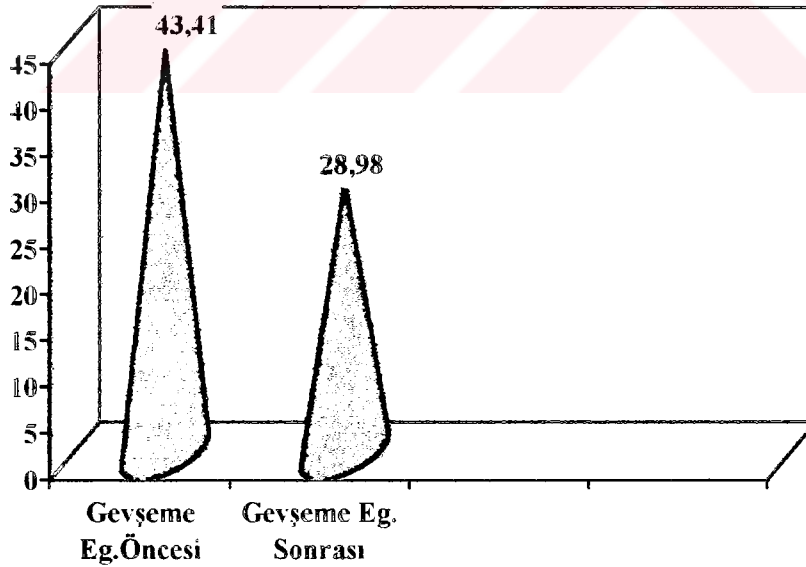
Grafik 2: Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Hastaların Durumluk Kaygı Puanı Kaseti Dinleme ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı

Tablo 54: Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Puanlarının Dağılımı

KAYGI PUANI	n	\bar{X}	Ss	Ortalamanın Standart hatası	Serbestlik derecesi	t	p
Gevşeme Egzersizleri Öncesi Durumluk Kaygı	46	43,4130	4,339	0,640	45	11,96	0,000
Gevşeme Egzersizleri Sonrası Durumluk Kaygı		28,9783	7,787	1,148			

Tablo 54’ de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması gösterilmektedir.

Buna göre; Gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı düzeyi 43.4130, gevşeme egzersizleri sonrası kaygı düzeyi 28.9783 olarak saptanmıştır. Yapılan t testi sonucunda bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t = 11.96$, $p < 0.001$) (Grafik 3).



Grafik 3: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Hastaların Durumluk Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması

3. 7. HASTALARIN PROGRESIF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULAR

Hastalara; sürekli kaygı düzeyini belirlemek için kullanılan “Sürekli Kaygı Envanteri”nden elde edilen yanıtlar, puan ortalamaları değerlendirmeleri ve sürekli kaygı düzeyini etkileyebilecek faktörler sırayla gösterilmiştir.

Tablo 55: Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Sürekli Kaygı Envanteri İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

SÜREKLİ KAYGI	Nadiren		Bazen		Çoğu zaman		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Keyfim yerindedir	5	10.9	16	34	21	45.7	4	8.7
Çabuk yorulurum.	6	13.0	12	26.1	13	28.3	15	32.6
Olur olmaz hallerde ağlayacak gibi olurum	18	39.1	13	28.3	9	19.6	6	13.0
Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim	11	23.9	17	37.0	14	30.4	4	8.7
Çabuk karar vermediğim için fırsatları kaçıırım.	22	47.8	10	21.7	9	19.6	5	10.9
Kendimi zinde hissederim.	13	28.3	18	39.1	13	28.3	2	4.3
Sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	12	26.1	11	23.9	16	34.8	7	15.2
Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	24	52.2	15	32.6	7	15.2	-	-
Gerçekten çok önemli olmayan şeyler için endişelenirim.	26	56.5	8	17.4	9	19.6	3	6.5
Mutluyum.	5	10.9	9	19.6	27	58.7	5	10.9
Her şeyi kötü tarafından alırım	22	47.8	14	30.4	7	15.2	3	6.5
Kendime güvenim yok	29	63.0	14	30.4	3	6.5	-	-
Kendimi emniyette hissederim.	3	6.5	15	32.6	24	52.2	4	8.7
Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçırım.	15	32.6	2	4.3	15	32.6	14	30.4
Kendimi hüznünlü (kederli) hissederim.	17	37.0	16	34.8	10	21.7	3	6.5
Hayatımdan memnunum.	5	10.9	10	21.7	25	54.3	6	13.0
Aklımdan bazı önemsiz düşünceler ve geçer ve beni rahatsız eder.	19	41.3	16	34.8	6	13.0	5	10.9
Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.	27	58.7	12	26.1	5	10.9	2	4.4
Tutarlı bir insanım	4	8.7	10	21.7	24	52.2	8	17.4
Son zamanlarda gerginlik ve huzursuzluk içindeyim.	14	30.4	9	19.6	13	28.3	10	21.7

Tablo 55’de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı envanterine verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir. Hastaların en fazla oranla; % 45.7’sinin keyfinin

çoğu zaman yerinde olduğu, % 32.6'sının her zaman çabuk yorulduğu, % 39.1'inin nadiren olur olmaz durumlarda ağlayacak gibi olduğu, % 37'sinin bazen diğerleri kadar mutlu olmayı istedikleri, % 47.8'inin çabuk karar vermediği için nadiren fırsatları kaçırdığı, % 39.1'inin kendini bazen zinde hissettiği, % 34.8'inin çoğunlukla soğukkanlı ve kendine hakim olduğu, % 52.2'sinin nadiren güçlüklerin yenemeyeceği kadar biriktiğini, % 56.5'nin önemli olmayan şeyler için nadiren endişelendiği, % 58.7'sinin çoğu zaman mutlu olduğu, % 47.8'inin nadiren herşeyi kötü tarafından aldığı, % 63'ünün nadiren kendine güveninin olmadığı, % 52.2'sinin çoğu zaman kendini emniyette hissettiği, % 32.6'sının nadiren yine 32.6'sının çoğu zaman sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçtığı, % 37'sinin kendini nadiren hüzünlü hissettiği, % 54.3'nün hayatından çoğu zaman memnun olduğu, % 41.3'ünün nadiren aklından önemsiz düşünceler geçtiği ve kendini rahatsız ettiğini, % 58.7'sinin hayal kırıklıklarını nadiren ciddiye aldığı, % 52.2'sinin çoğu zaman tutarlı birisi olduğu, % 30.4'ünün son zamanlarda nadiren gerginlik ve huzursuzluk içinde olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 56 : Diyaliz Hastalarının Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Sürekli Kaygı Düzeyinin Dağılımı

KAYGI PUANI	n	X	Ss
Gevşeme Egzersizleri Öncesi Sürekli Kaygı	46	43,6304	9,488

Tablo 56'da diyaliz hastalarının gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı düzeyinin dağılımı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı düzeyi 43.6304 olarak saptanmıştır.

Tablo 57: Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Sürekli Kaygı Envanteri İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

SÜREKLİ KAYGI	Nadiren		Bazen		Çoğu zaman		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Keyfim yerindedir	-	-	3	6.5	29	63.0	14	30.4
Çabuk yorulurum.	8	17.4	19	41.3	16	34.8	3	6.5
Olur olmaz hallerde ağlayacak gibi olurum	33	71.7	8	17.4	4	8.7	1	2.2
Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim	23	50.0	19	41.3	3	6.5	1	2.2
Çabuk karar vermediğim için fırsatları kaçıırım.	28	60.9	16	34.8	2	4.3	-	-
Kendimi zinde hissederim.	-	-	11	23	26	56.5	9	19.6
Sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım	4	8.7	4	8.7	16	34.8	22	47.8
Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	38	82.6	7	15.2	-	-	1	2.2
Gerçekten çok önemli olmayan şeyler için endişelenirim.	37	80.4	8	17.4	1	2.2	-	-
Mutluyum.	-	-	1	2.2	26	56.5	19	41.3
Her şeyi kötü tarafından alırım	34	73.9	9	19.6	3	6.5	-	-
Kendime güvenim yok	39	84.8	5	10.9	2	4.3	-	-
Kendimi emniyette hissederim.	-	-	3	6.5	22	47.8	21	45.7
Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçırım.	18	39.1	19	41.3	7	15.2	2	4.3
Kendimi hüznü (kederli) hissederim.	31	67.4	14	30.4	1	2.2	-	-
Hayatımdan memnunum.	-	-	1	2.2	25	54.3	43.5	43.5
Aklımdan bazı önemsiz düşünceler ve geçer ve beni rahatsız eder.	31	67.4	12	26.1	3	6.5	-	-
Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.	36	78.3	6	13.0	4	8.7	-	-
Tutarlı bir insanım	-	-	3	6.5	21	45.7	22	47.8
Son zamanlarda yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim.	26	56.5	17	37.0	3	6.5	-	-

Tablo 57’de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı envanterine verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir. Hastaların en fazla oranla; % 63’ünün keyfinin çoğu zaman yerinde olduğu, % 41.3’ünün bazen çabuk yorulduğu, % 71.7’sinin olur olmaz durumlarda nadiren ağlayacak gibi olduğu, % 50’sinin diğerleri kadar mutlu olmayı nadiren istedikleri, % 60.9’unun çabuk karar vermediği için nadiren fırsatları kaçırdığı, % 56.5’inin çoğu zaman kendini zinde hissettiği, % 47.8’inin her zaman soğukkanlı ve kendine hakim olduğu, % 82.6’sının nadiren güçlüklerin yenemeyeceği kadar

birikdiğini, % 80.4'ünün önemli olmayan şeyler için nadiren endişelendiği, % 56.5'inin çoğu zaman mutlu olduğu, % 73.9'unun nadiren herşeyi kötü tarafından aldığı, % 84.8'inin nadiren kendine güveninin olmadığı, % 47.8'inin çoğu zaman kendini emniyette hissettiği, % 32.6'sının nadiren yine 41.3'ünün bazen sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçtığı, % 67.4'ünün kendini nadiren hüzünlü hissettiği, % 54.3'nün hayatından çoğu zaman memnun olduğu, % 67.4'ünün nadiren aklından önemsiz düşünceler geçtiği ve kendini rahatsız ettiğini, % 78.3'ünün hayal kırıklıklarını nadiren ciddiye aldığı, % 47.8'inin her zaman tutarlı birisi olduğu, % 56.5'inin son zamanlarda nadiren gerginlik ve huzursuzluk içinde olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 58 : Diyaliz Hastalarının Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Dağılımı

KAYGI PUANI	-		
	n	X	Ss
Gevşeme Egzersizleri Sonrası Sürekli Kaygı	46	31,0870	6,487

Tablo 58'de diyaliz hastalarının gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı düzeyinin dağılımı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı düzeyi 31.0870 olarak saptanmıştır.

Tablo 59: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hemodiyaliz ve SAPD Grubuna Göre Dağılımı

		GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ								
Gevşeme Egzersizleri	GRUPLAR	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	P
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Hemodiyaliz	19	43,9474	9,7438	GENEL	4050,7174	45	-----		
	SAPD	27	43,4074	9,4838	GRUPLAR ARASI	3,2515	1	3,2515	0,0353	,8517
					GRUP İÇİ	4047,4659	44	91,9879		
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Hemodiyaliz	19	32,6842	6,9606	GENEL	1893,6522	45	-----		
	SAPD	27	29,9630	6,0095	GRUPLAR ARASI	82,5839	1	82,5839	2,0064	,1637
					GRUP İÇİ	1811,0682	44	41,1606		

Tablo 59' da progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı düzeyinin Hemodiyaliz ve SAPD grubuna göre dağılımı görülmektedir. Gevşeme egzersizleri öncesi hemodiyaliz grubunun sürekli kaygı düzeyi 43.9474, SAPD grubunun sürekli kaygı düzeyi 43.4074 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0.0353, p> 0.05). Gevşeme egzersizleri sonrası hemodiyaliz grubunun sürekli kaygı düzeyi 32.6842, SAPD grubunun sürekli kaygı düzeyi 29.9630 olarak saptanmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizinde gruplar arasındaki fark anlamlı olarak değerlendirilememektedir (F=2.0064, p> 0.05).

Tablo 60: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ									
Gevşeme Egzersizleri	CİNSİYET	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler	
								ortalama	F
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Kadın	19	43,7895	9,2711	GENEL	4050,7174	45	-----	
	Erkek	27	43,5185	9,8112	GRUPLAR ARASI	,8188	1	0,8188	0,0089
					GRUP İÇİ	4049,8986	44	92,0432	,9253
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Kadın	19	32,6842	8,2466	GENEL	1893,6522	45	-----	
	Erkek	27	29,9630	4,7514	GRUPLAR ARASI	82,5839	1	82,5839	2,0064
					GRUP İÇİ	1811,0682	44	41,1606	,1637

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı düzeyinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 60' da gösterilmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi kadın hastaların sürekli kaygı düzeyi 43.7895, erkek hastaların kaygı düzeyi 43.5185 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmamıştır (F=0.0089, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası kadın hastaların sürekli kaygı düzeyi 32.6842, erkek hastaların kaygı düzeyi 29.9630 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=2.0064, p> 0.05).

Tablo 61: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Gevşeme Egzersizleri	YAŞ GRUPLARI	GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ								
		N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	P
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	18-24	6	48,3333	5,9217	GENEL	4050,7174	45	-----		
	25-44	24	44,1667	9,9681	GRUPLAR ARASI	245,1132	2	122,5566	1,3848	,2613
	45-64	16	41,0625	9,4690	GRUP İÇİ	3805,6042	43	88,5014		
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	18-24	6	33,5000	4,4159	GENEL	1893,6522	45	-----		
	25-44	24	32,1250	7,5718	GRUPLAR ARASI	157,7772	2	78,8886	1,9542	,1541
	45-64	16	28,6250	4,6170	GRUP İÇİ	1735,8750	43	40,3692		

Tablo 61' de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı düzeyinin yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi 18-24 yaş arası hastaların sürekli kaygı düzeyi 48.3333, 25-44 yaş arası hastaların kaygı düzeyi 44.1667, 45-64 yaş arası hastaların kaygı düzeyi 41.0625 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gösterilmektedir (F=1.3848, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası 18-24 yaş arası hastaların sürekli kaygı düzeyi 33.5000, 25-44 yaş arası hastaların kaygı düzeyi 32.1250, 45-64 yaş arası hastaların kaygı düzeyi 28.6250 olarak saptanmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizinde gruplar arasında istatistiksel fark olmadığı saptanmıştır (F=1.9542, p> 0.05).

Tablo 62: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ									
Gevşeme Egzersizleri	MEDENİ DURUM	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler	
								F	p
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Evli	28	41,2500	7,7298	GENEL	4050,7174	45	-----	
	Bekar	17	46,6471	10,8624	GRUPLAR ARASI	59,5850	2	274,7925	3,3749 ,0435
	Dul	1	59,0000		GRUP İÇİ	3501,1324	43	81,4217	
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Evli	28	29,1071	5,2869	GENEL	1893,6522	45	-----	
	Bekar	17	34,0000	7,2887	GRUPLAR ARASI	288,9736	2	144,4868	3,8718 ,0284
	Dul	1	37,0000		GRUP İÇİ	1604,6786	43	37,3181	

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası hastaların sürekli kaygı düzeyinin medeni duruma göre dağılımı Tablo 62' de görülmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi evli hastaların sürekli kaygı düzeyi 41.2500, bekar hastaların kaygı düzeyi 46.6471, dul hastaların kaygı düzeyi 59.0000 olarak bulunmuştur. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=3.3749, p<0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası evli hastaların sürekli kaygı düzeyi 29.1071, bekar hastaların kaygı düzeyi 34.0000, dul hastaların kaygı düzeyi 37.0000 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (F=3.8718, p<0.05). Tukey ileri analizinde gruplar arasındaki farkın evli ve bekar hastalar arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 63: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Gevşeme Egzersizleri	EĞİTİM DURUMU	GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ									
		N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p	
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	İlkokul	10	44,2000	10,7579	GENEL	4050,7174	45	-----			
	Ortaokul	5	42,8000	9,7314	GRUPLAR ARASI	20,1325	3	6,7108	0,0699	,9757	
	Lise	17	44,1765	9,0086	GRUP İÇİ	4030,5849	42	95,9663			
	Fakt/Yükokul	14	42,8571	10,0450							
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	İlkokul	10	33,8000	9,0284	GENEL	1893,6522	45	-----			
	Ortaokul	5	29,6000	5,7271	GRUPLAR ARASI	100,8648	3	33,4998	0,7877	,5076	
	Lise	17	30,7647	6,0055	GRUP İÇİ	1792,7874	42	42,0585			
	Fakt/Yükokul	14	30,0714	5,1956							

Tablo 63' de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı düzeyinin eğitim durumuna göre dağılımı görülmektedir. Gevşeme egzersizleri öncesi; ilkokul mezunu hastaların sürekli kaygı düzeyi 44.2000, ortaokul mezunu hastaların kaygı düzeyi 42.8000, lise mezunu hastaların kaygı düzeyi 44.1765, fakülte/yüksek okul mezunu hastaların kaygı düzeyi 42.8571 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (F=0.0699, p> 0.05). Gevşeme egzersizleri sonrası; ilkokul mezunu hastaların sürekli kaygı düzeyi 33.8000, ortaokul mezunu hastaların kaygı düzeyi 29.6000, lise mezunu hastaların kaygı düzeyi 30.7647, fakülte/yüksek okul mezunu hastaların kaygı düzeyi 30.0714 olarak saptanmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizinde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0.7877, p> 0.05).

Tablo 64: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

Gevşeme Egzersizleri	SOSYAL GÜVENCE		N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p
	GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ										
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Emekli Sandığı		31	40,8065	8,0422	GENEL	4050,7174	45	-----	3,1136	,0251
	Bağ-Kur		1	41,0000		GRUPLAR ARASI	943,7787	4	235,9447		
	S.S.K.		10	51,7000	8,8137	GRUP İÇİ	3106,9387	41	75,7790		
	Özel (Sigorta)		2	44,0000	18,2426						
	Yeşil Kart		2	48,0000	1,7071						
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Emekli Sandığı		31	29,5161	5,2337	GENEL	1893,9783	45	-----	2,1261	,0949
	Bağ-Kur		1	37,0000		GRUPLAR ARASI	325,5299	4	81,3276		
	S.S.K.		10	34,7000	8,7946	GRUP İÇİ	1568,4484	41	38,2522		
	Özel (Sigorta)		2	37,0000	7,0711						
	Yeşil Kart		2	28,5000	,7071						

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyinin sosyal güvence durumuna göre dağılımı Tablo 64' de görülmektedir. Yapılan varyans analizinde gevşeme egzersizleri öncesi gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=3.1136, p<0.05). Yapılan Tukey ileri istatistik testinde gruplar arasındaki farkın S.S.K. ile Emekli Sandığı arasında olduğu belirlenmiştir.

Gevşeme egzersizleri sonrası; yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (F=2.1261, p>0.05).

Tablo 65: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ										
Gevşeme Egzersizleri	ÇALIŞMA DURUMU	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p
	Çalışmayan	31	44,8387	9,2668	GRUPLAR ARASI	138,7905	1	138,7905	1,5611	,2181
					GRUP İÇİ	3911,9269	44	88,9074		
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Çalışan	16	28,2667	2,8149	GENEL	1893,6522	45	-----		
	Çalışmayan	31	32,4516	7,3159	GRUPLAR ARASI	1716,6108	1	177,0414	4,5379	,0388
					GRUP İÇİ	177,0414	44	39,0139		

Tablo 65' de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı düzeyinin çalışma durumuna göre dağılımı görülmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi; Yapılan analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (F= 1.5611, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası; Yapılan analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=4.5379, p< 0.05). Çalışan hastaların durumluk kaygı puanlarının çalışmayan hastalara göre daha fazla azaldığı görülmektedir.

Tablo 66: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Gelir Durumuna Göre Dağılımı

		GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ ve SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ								
Gevşeme Egzersizleri	GELİR DURUMU	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Karşılıyor	27	41,7778	9,4760	GENEL	4050,7174	45	-----		
	Denk	11	42,7273	9,2854	GRUPLAR ARASI	550,9939	2	275,4970	3,3849	,0431
	Karşılmıyor	8	51,1250	6,5778	GRUP İÇİ	3499,7235	43	81,3889		
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Karşılıyor	27	29,5926	4,3876	GENEL	1893,6522	45	-----		
	Denk	11	30,9091	7,3274	GRUPLAR ARASI	284,3496	2	142,1748	3,7989	,0303
	Karşılmıyor	8	36,3750	9,0386	GRUP İÇİ	1609,3026	43	37,4256		

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı düzeyinin gelir durumuna göre dağılımı Tablo 66' da gösterilmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi geliri giderleri karşılayan hastaların sürekli kaygı düzeyi 41.7778, geliri gidere denk olan hastaların kaygı düzeyi 42.7273, geliri gideri karşılamayan hastaların kaygı düzeyi 51.1250 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark anlamlı olarak saptanmıştır (F= 3.3849, p< 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası geliri giderleri karşılayan hastaların sürekli kaygı düzeyi 29.5926, geliri gidere denk olan hastaların kaygı düzeyi 30.9091, geliri gideri karşılamayan hastaların kaygı düzeyi 36.3750 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F= 3.7989, p< 0.05).

Gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası farkın hangi gruptan kaynaklandığı araştırmak için yapılan Tukey ileri istatistik analizinde geliri giderini karşılayan hastalarla karşılamayan hastalar arasında fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 67: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Diyalize Başlama Süresine Göre Dağılımı

Gevşeme Egzersizleri	DİYALİZ SÜRESİ	GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ									
		N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	P	
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	0-12 ay	17	46,0000	9,6345	GENEL	4050,7174	45	-----			
	13-24 ay	5	42,0000	10,2307	GRUPLAR ARASI	166,3174	3	55,4391	0,5994	,6190	
	25-36 ay	9	42,0000	8,9303	GRUP İÇİ	3884,4000	42	92,4857			
	37 ay ve üzeri	15	42,2000	9,8358							
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	0-12 ay	17	31,7222	6,3783	GENEL	1893,6522	45	-----			
	13-24 ay	5	28,2500	2,8723	GRUPLAR ARASI	193,7355	3	46,5785	1,1154	,3536	
	25-36 ay	9	28,4444	5,3645	GRUP İÇİ	1753,9167	42	41,7599			
	37 ay ve üzeri	15	32,6667	7,5939							

Tablo 67' de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı düzeyinin diyalize başlama süresine göre dağılımı görülmektedir. Gevşeme egzersizleri öncesi; 0-12 ay arası diyalize giren hastaların sürekli kaygı düzeyi 46.0000, 13-24 ay arası giren hastaların kaygı düzeyi 42.0000, 25-36 ay arası giren hastaların kaygı düzeyi 42.0000, 37 ay ve üzeri süredir diyalize giren hastaların kaygı düzeyi 42.2000 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (F=0.5994, p> 0.05). Gevşeme egzersizleri sonrası; 0-12 ay arası diyalize giren hastaların sürekli kaygı düzeyi 31.7222, 13-24 ay arası giren hastaların kaygı düzeyi 28.2500, 25-36 ay arası giren hastaların kaygı düzeyi 28.4444, 37 ay ve üzeri süredir diyalize giren hastaların kaygı düzeyi 32.6667 olarak saptanmıştır. Yapılan analizde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F= 1.1154, p> 0.05).

Tablo 68: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların KT/V Değerine Göre Dağılımı

		GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ								
Gevşeme Egzersizleri	KT/V DEĞERİ	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	P

Tablo 68' de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı düzeyinin KT/V değerine göre dağılımı görülmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi KT/V değeri yetersiz olan hastaların sürekli kaygı düzeyi 47.4667, KT/V değeri yeterli olan hastaların kaygı düzeyi 41.7742 olarak saptanmıştır. Yapılan analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (F= 3.8711, p> 0.05).

Tablo 69: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların KTI Değerine Göre Dağılımı

		GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ								
Gevşeme Egzersizleri	KTI DEĞERİ	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler	Kareler			
						toplamı	ortalaması	SD	F	P
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Hipervolemik	31	43,6774	9,9779	GENEL	4050,7174	45	-----		
	Normovolemik	15	43,5333	8,7167	GRUPLAR ARASI	,2099	1	,2099	,0023	,9621
					GRUP İÇİ	4050,5075	44	92,0570		

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı düzeyinin KTI değerine göre dağılımı Tablo 69' da gösterilmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi KTI değerine göre hipervolemik olan hastaların sürekli kaygı düzeyi 43.6774, KTI değerine göre normovolemik olan hastaların kaygı düzeyi 43.5333 olarak saptanmıştır. Yapılan analizde gruplar arasındaki fark anlamlı olarak değerlendirilememiştir (F= 0.0023, p> 0.05).

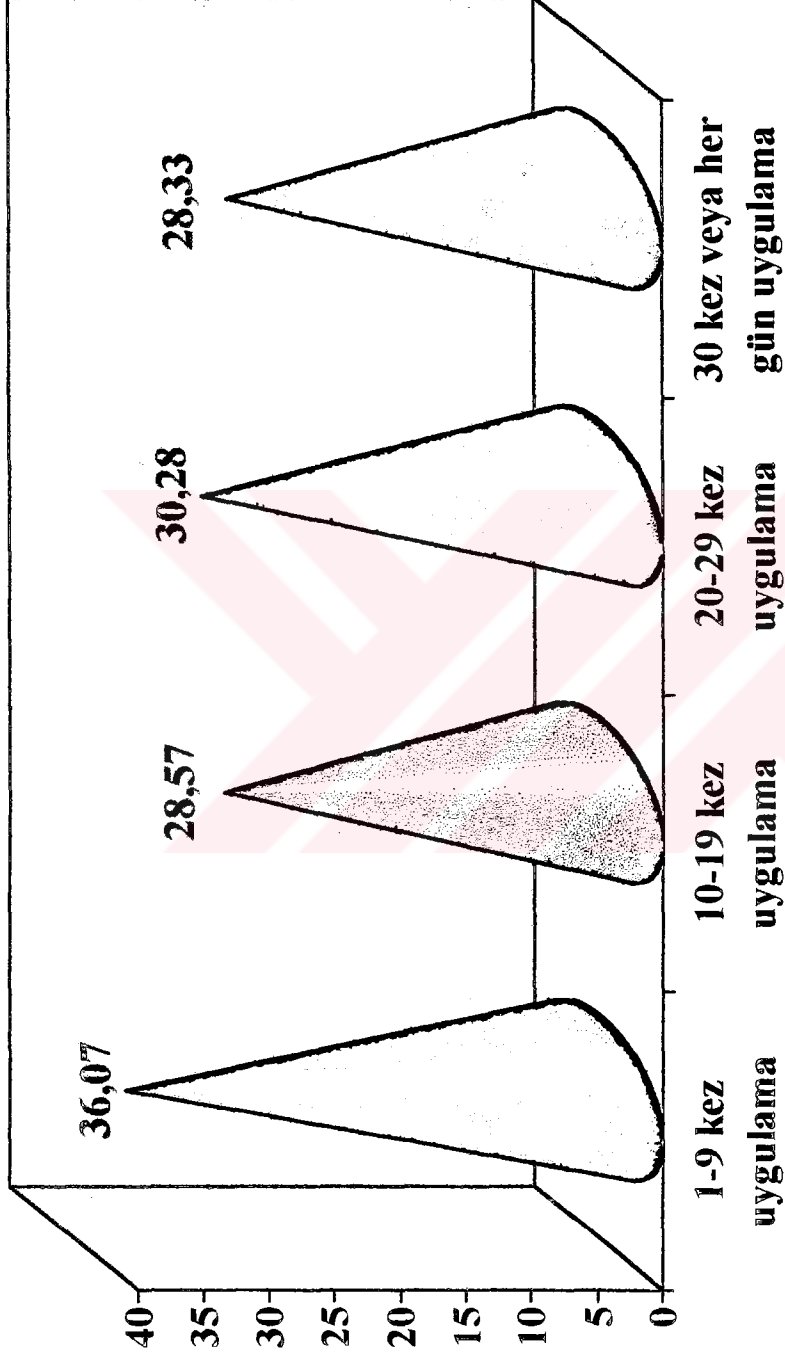
Tablo 70: Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Sürekli Kaygı Düzeyinin Hastaların Kaseti Dinleme ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı

		GEVŞEME EGZERSİZLERİ SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ							
UYGULAMA SAYISI	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	P
1-9 kez uygulayan	14	36,0714	8,4623	GENEL	1893,6522	45	-----		
10-19 kez uygulayan	19	28,5789	2,9686	GRUPLAR ARASI	517,3301	3	172,4434	5,2623	,0036
20-29 kez uygulayan	7	30,2857	5,2190	GRUP İÇİ	1376,3221	42	32,7696		
30 kez-hergün uygulayan	6	28,3333	4,9666						

Tablo 70' de gruplar gözönüne alınmaksızın hastaların progresif gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı düzeyinin kaseti dinleme ve egzersizleri uygulama sayısına göre dağılımı görülmektedir (Grafik 4).

Gevşeme egzersizleri sonrası; egzersizleri evde 1-9 kez uygulayan hastaların sürekli kaygı düzeyi 36.0714, 10-19 kez uygulayan hastaların kaygı düzeyi 28.5789, 20-29 kez uygulayan hastaların kaygı düzeyi 30.2857, 30 kez veya hergün uygulayan hastaların kaygı düzeyi 28.3333 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=5.2623, p< 0.05).

Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan Tukey ileri analizinde, 1-9 kez uygulama yapanlar ile 10-19 kez uygulama yapanlar arasında ve 1-9 kez uygulama yapanlar ile 30 kez veya hergün uygulama yapanlar arasında olduğu saptanmıştır. Hastaların egzersizlerini uygulama sayısı arttıkça sürekli kaygı düzeyinin azaldığı saptanmıştır.



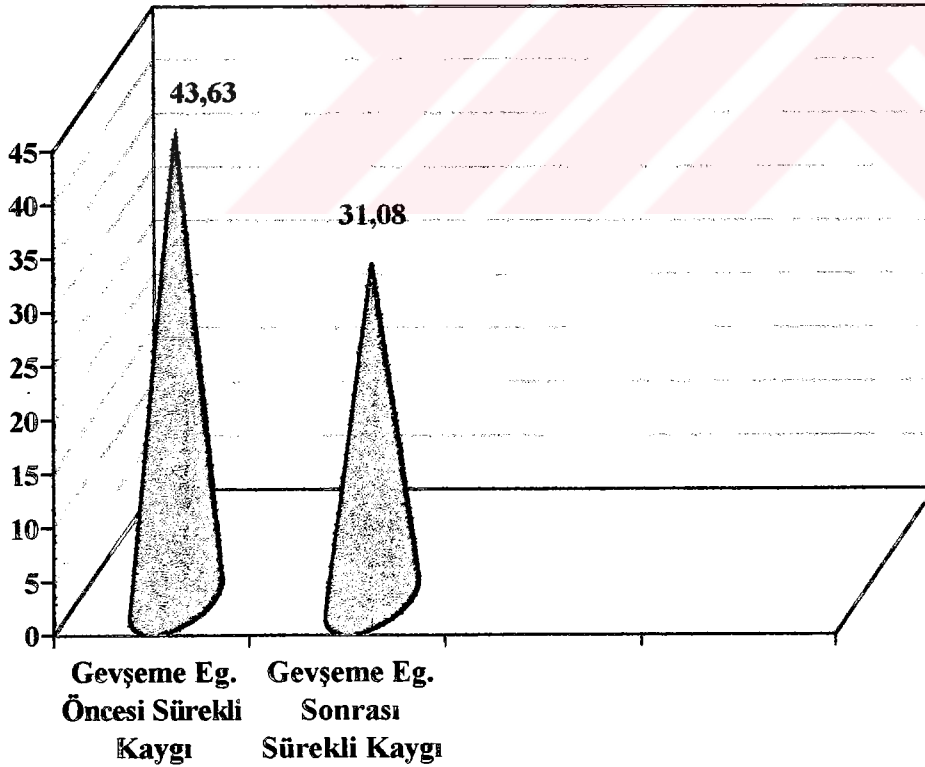
Grafik 4: Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Sürekli Kaygı Puanın Kaseti Dinleme ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı

Tablo 71: Diyaliz Hastalarının Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Puanlarının Dağılımı

KAYGI PUANI	n	\bar{X}	SD	Ortalama Standart hatası	Serbestlik derecesi	t	p
Gevşeme Egzersizleri Öncesi Sürekli Kaygı Puanı	46	43,6304	9,488	1,399	45	11,60	0,000
Gevşeme Egzersizleri Sonrası Sürekli Kaygı Puanı		31,0870	6,487	0,956			

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 71’ de gösterilmektedir

Buna göre; Gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı düzeyi 43.6304, gevşeme egzersizleri sonrası kaygı düzeyi 31.0870 olarak saptanmıştır. Yapılan t testi sonucunda bu fark istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir ($t=11.60$, $p<0.001$) (Grafik 5).



Grafik 5: Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Sürekli Kaygı Puanlarının Karşılaştırılması

3. 8. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI YAŞAM KALİTESİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 72: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi Genel Fiziki Durum Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

GENEL FİZİKİ DURUM	TOPLAM (n= 46)					
	1*		2*		3*	
	S	%	S	%	S	%
Şu anda ne kadar ağrı duymaktasınız?	35	76.1	8	17.4	3	6.5
Ne kadar bulantınız var?	34	73.9	12	26.1	-	-
Ne sıklıkta kusuyorsunuz?	36	78.3	10	21.7	-	-
Kendinizi ne kadar güçlü hissediyorsunuz?	3	6.5	32	69.6	11	23.9
İştahınız nasıldır?	1	2.2	14	30.4	31	67.4

1* Hiç 2* Biraz 3* Çok

Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri öncesi yaşam kalitesi genel fiziki durum alt skalası ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 72’ de gösterilmektedir. Yanıtlar en fazla oran ile “Şu anda ne kadar ağrı duymaktasınız” sorusuna ; hastaların % 76.1’i hiç, “Ne kadar bulantınız var” sorusuna; hastaların % 73.9’ u hiç, “Ne sıklıkta kusuyorsunuz” sorusuna; hastaların % 78.3’ ü hiç, “Kendinizi ne kadar güçlü hissediyorsunuz” sorusuna; hastaların % 69.6’sı biraz , “İştahınız nasıl” sorusuna; hastaların % 67.4’ü çok şeklinde yanıtladıkları görülmüştür.

Tablo 73: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi Önemli İnsan Faaliyetleri Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

ÖNEMLİ İNSAN FAALİYETLERİ	TOPLAM (n= 46)					
	1*		2*		3*	
	S	%	S	%	S	%
Olağan görevlerinizi yapabiliyor musunuz?	4	8.7	11	23.9	31	67.4
Yemek yiyebiliyor musunuz?	-	-	7	15.2	39	84.8
Cinsel doyum sağlayabiliyor musunuz?	15	32.6	20	43.5	11	23.9
İyi uyuyabiliyor musunuz?	8	17.4	11	23.9	27	58.7

1* Hiç 2* Biraz 3* Çok

Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri öncesi yaşam kalitesi önemli insan faaliyetleri alt skalası ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 73’ de gösterilmektedir. Yanıtlar en fazla oran ile “Olağan görevlerinizi yapabiliyor musunuz” sorusuna ; hastaların % 67.4’ ü çok, “Yemek yiyebiliyor musunuz” sorusuna; hastaların % 84.8’ i çok, “Cinsel doyum sağlayabiliyor musunuz” sorusuna; hastaların % 43.5’ i biraz , “İyi uyuyabiliyor musunuz” sorusuna; hastaların % 58.7’ si çok şeklinde yanıtladıkları görülmüştür.

Tablo 74: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi Genel Yaşam Kalitesi Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

GENEL YAŞAM KALİTESİ	TOPLAM (n=46)					
	1*		2*		3*	
	S	%	S	%	S	%
Yaşam kaliteniz ne ölçüde iyidir?	3	6.5	34	73.9	9	19.6
Eğlenebiliyor musunuz?	13	28.3	19	41.3	14	30.4
Yaşamınızdan memnun musunuz?	5	10.9	17	37.0	24	52.2
Kendinizi yararlı hissediyor musunuz?	10	21.7	10	21.7	26	56.5
Tıbbi bakımın maliyeti sizi endişelendiriyor mu?	35	76.1	5	10.9	6	13.0

1* Hiç 2* Biraz 3* Çok

Tablo 74’ de hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri öncesi yaşam kalitesi genel yaşam kalitesi alt skalası ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı gösterilmiştir. Yanıtlar en fazla oran ile “Yaşam kaliteniz ne ölçüde iyidir” sorusuna; hastaların % 73.9’ u biraz, “Eğlenebiliyor musunuz” sorusuna; hastaların % 41.3’ ü biraz, “Yaşamınızdan memnun musunuz” sorusuna; hastaların % 52.2’ si çok, “Kendinizi yararlı hissediyor musunuz” sorusuna; hastaların % 56.5’ i çok, “Tıbbi bakımın maliyeti sizi endişelendiriyor mu” sorusuna; hastaların % 76.1’ i hiç şeklinde yanıtladıkları görülmüştür.

Tablo 75: Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi Genel Fiziki Durum Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

GENEL FİZİKİ DURUM	TOPLAM (n=46)					
	1*		2*		3*	
	S	%	S	%	S	%
Şu anda ne kadar ağrı duymaktasınız?	43	93.5	3	6.5	-	-
Ne kadar bulantınız var?	43	93.5	3	6.5	-	-
Ne sıklıkta kusuyorsunuz?	45	97.8	1	2.2	-	-
Kendinizi ne kadar güçlü hissediyorsunuz?	-	-	29	63.0	17	37.0
İştahınız nasıldır?	-	-	11	23.9	35	76.1

1* Hiç 2* Biraz 3* Çok

Hastaların Gevşeme Egzersizleri sonrası yaşam kalitesi genel fiziki durum alt skalası ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 75’ de gösterilmektedir. Yanıtlar en fazla oran ile “Şu anda ne kadar ağrı duymaktasınız” sorusuna ; hastaların % 93.5’ i hiç, “Ne kadar bulantınız var” sorusuna; hastaların % 93.5’ i hiç, “Ne sıklıkta kusuyorsunuz” sorusuna; hastaların % 97.8’ i hiç, “Kendinizi ne kadar güçlü hissediyorsunuz” sorusuna; hastaların % 63.0’ ı biraz, “İştahınız nasıl” sorusuna; hastaların % 76.1’ i çok şeklinde yanıtladıkları görülmüştür

Tablo 76: Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi Önemli İnsan Faaliyetleri Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

ÖNEMLİ İNSAN FAALİYETLERİ	TOPLAM (n=46)					
	1*		2*		3*	
	S	%	S	%	S	%
Olağan görevlerinizi yapabiliyor musunuz?	-	-	11	23.9	35	76.1
Yemek yiyebiliyor musunuz?	-	-	7	15.2	39	84.8
Cinsel doyum sağlayabiliyor musunuz?	13	28.3	23	50.0	10	21.7
İyi uyuyabiliyor musunuz?	2	4.3	13	28.3	31	67.4

1* Hiç 2* Biraz 3* Çok

Tablo 76' da hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri sonrası yaşam kalitesi önemli insan faaliyetleri alt skalası ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı gösterilmektedir. Yanıtlar en fazla oran ile "Olağan görevlerinizi yapabiliyor musunuz" sorusuna ; hastaların % 76.1' i çok, "Yemek yiyebiliyor musunuz" sorusuna; hastaların % 84.8' i çok, "Cinsel doyum sağlayabiliyor musunuz" sorusuna; hastaların % 50.0' 0 biraz , "İyi uyuyabiliyor musunuz" sorusuna; hastaların % 67.4' ü çok şeklinde yanıtladıkları görülmüştür.

Tablo 77: Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi Genel Yaşam Kalitesi Alt Skalası İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumlarının Dağılımı

GENEL YAŞAM KALİTESİ	TOPLAM (n= 46)					
	1*		2*		3*	
	S	%	S	%	S	%
Yaşam kaliteniz ne ölçüde iyidir?	1	2.2	31	67.4	14	30.4
Eğlenebiliyor musunuz?	5	10.9	24	52.1	17	37.0
Yaşamınızdan memnun musunuz?	-	-	17	37.0	29	63.0
Kendinizi yararlı hissediyor musunuz?	3	6.5	9	19.6	34	73.9
Tıbbi bakımın maliyeti sizi endişelendiriyor mu?	34	73.9	10	21.8	2	4.3

1* Hiç 2* Biraz 3* Çok

Tablo 77' de hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri sonrası yaşam kalitesi genel yaşam kalitesi alt skalası ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı gösterilmektedir. Yanıtlar en fazla oran ile “Yaşam kaliteniz ne ölçüde iyidir” sorusuna; hastaların % 67.4’ ü biraz, “Eğlenebiliyor musunuz” sorusuna; hastaların % 52.1’i biraz, “Yaşamınızdan memnun musunuz” sorusuna; hastaların % 63.0’ ı çok, “Kendinizi yararlı hissediyor musunuz” sorusuna; hastaların % 73.9’ u çok, “Tıbbi bakımın maliyeti sizi endişelendiriyor mu” sorusuna; hastaların % 73.9’ u hiç şeklinde yanıtladıkları görülmüştür.

Tablo 78: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hemodiyaliz ve SAPD Grubuna Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI TOPLAM PUAN										
Gevşeme Egzersizleri	GRUPLAR	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p
SAPD	27	29,3333	3,2463	GRUPLAR ARASI	30,32951	1	30,32	3,0049	,0900	
				GRUP İÇİ	444,1053	44	10,0933			
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Hemodiyaliz	19	29,5263	2,0647	GENEL	234,9565	45	-----		
	SAPD	27	29,6667	2,4651	GRUPLAR ARASI	,2197	1	0,2197	,0412	,8401
					GRUP İÇİ	234,7368	44	5,3349		

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi hemodiyaliz grubunun yaşam kalitesi puan ortalaması 27.6842, SAPD grubunun puan ortalaması 29.3333 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=3.0049, p> 0.05). Progresif gevşeme egzersizleri sonrası hemodiyaliz grubunun yaşam kalitesi puan ortalaması 29.5263, SAPD grubunun puan ortalaması 29.6667 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (F=0.0412, p> 0.05).

Tablo 79: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Cinsiyetine Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI TOPLAM PUAN										
Gevşeme Egzersizleri	CİNSİYET	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler		Kareler		
						toplamı	SD	ortalama	F	P
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Kadın	19	28,6842	3,8594	GENEL	474,4348	45	-----		
	Erkek	27	28,6296	2,8168	GRUPLAR ARASI	,0332	1	0,0332	0,0031	,9560
Gevşeme Egzersizleri Sonrası					GRUP İÇİ	474,4016	44	10,7819		
	Kadın	19	29,8947	2,2827	GENEL	234,9565	45	-----		
	Erkek	27	29,4074	2,3082	GRUPLAR ARASI	2,6485	1	2,6485	0,5016	,4825
					GRUP İÇİ	232,3080	44	5,2797		

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 79' da görülmektedir. Gevşeme egzersizleri öncesi kadın hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 28.6842, erkek hastaların puan ortalaması 28.6296 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0.0031, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası kadın hastaların yaşam kalitesi puan ortalamasının 29.8947, erkek hastaların puan ortalamasının 29.4074 olduğu ve yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0.5016, p> 0.05).

Tablo 80: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Gevşeme Egzersizleri	YAŞ GRUPLARI	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler	
								ortalama	F
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	18-24	6	26,0000	1,8974	GENEL	474,4348	45	-----	
	25-44	24	29,2083	3,5993	GRUPLAR ARASI	50,0389	2	25,0195	2,5350
	45-64	16	28,8125	2,6887	GRUP İÇİ	424,3958	43	9,8697	,0911
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	18-24	6	28,1667	1,7224	GENEL	234,9565	45	-----	
	25-44	24	29,7500	2,4182	GRUPLAR ARASI	14,6857	2	7,3428	1,4334
	45-64	16	29,9375	2,1747	GRUP İÇİ	220,2708	43	5,1226	,2497

Tablo 80' de diyaliz hastalarının progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi 18-24 yaş arası hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 26.0000, 25-44 yaş arası hastaların puan ortalaması 29.2083, 45-64 yaş arası hastaların puan ortalaması 28.8125 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (F=2.5350, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası 18-24 yaş arası hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 28.1667, 25-44 yaş arası hastaların puan ortalaması 29.7500, 45-64 yaş arası hastaların puan ortalaması 29.9375 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1.4334, p> 0.05).

Tablo 81: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Medeni Duruma Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ ve SONRASI TOPLAM PUAN										
Gevşeme Egzersizleri	MEDENİ DURUM	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Evli	28	29,5000	3,1329	GENEL	474,4348	45	-----		
	Bekar	17	27,2353	3,1131	GRUPLAR ARASI	54,3760	2	27,1880	2,7831	,0730
	Dul	1	29,0000		GRUP İÇİ	420,0588	43	9,7688		
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Evli	29	30,0714	2,1590	GENEL	234,9565	45	-----		
	Bekar	17	28,7647	2,3593	GRUPLAR ARASI	20,0406	2	10,0203	2,0048	,1471
	Dul	1	31,0000		GRUP İÇİ	214,9160	43	4,9980		

Gruplar gözönüne alınmaksızın hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının medeni duruma göre dağılımı Tablo 81' de görülmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi, evli hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 29.5000, bekar hastaların puan ortalaması 27.23533, dul hastaların puan ortalaması 29.0000 olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizinde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (F=2.7831, p> 0.05).

Gevşeme egzersizleri sonrası evli hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 30.0714, bekar hastaların puan ortalaması 28.7647, dul hastaların puan ortalaması 31.0000 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=2.0048, p> 0.05)

Tablo 82: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI TOPLAM PUAN									
Gevşeme Egzersizleri	EĞİTİM DURUMU	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler	
								ortalama	F
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	İlkokul	10	29,7000	3,1990	GENEL	474,4348	45	-----	
	Ortaokul	5	28,2000	3,0332	GRUPLAR ARASI	45,7995	3	15,2665	1,4959 ,2295
	Lise	17	27,4706	2,6485	GRUP İÇİ	428,6353	42	10,2056	
	Fakt/Yükokul	14	29,5000	3,7978					
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	İlkokul	10	30,8000	1,9889	GENEL	234,9565	45	-----	
	Ortaokul	5	29,0000	2,6458	GRUPLAR ARASI	22,4994	3	7,4998	1,4826 ,2331
	Lise	17	29,0000	1,6583	GRUP İÇİ	212,4571	42	5,0585	
	Fakt/Yükokul	14	29,7143	2,8401					

Tablo 82' de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımı görülmektedir. Gevşeme egzersizleri öncesi; ilkokul mezunu hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 29.7000, ortaokul mezunu hastaların puan ortalaması 28.2000, lise mezunu hastaların puan ortalaması 27.4706, fakülte/yüksekokul mezunu hastaların puan ortalaması 29.5000 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark anlamlı olarak değerlendirilememiştir (F=1.4959, p> 0.05). Gevşeme egzersizleri sonrası; ilkokul mezunu hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 30.8000, ortaokul mezunu hastaların puan ortalaması 29.0000, lise mezunu hastaların puan ortalaması 29.0000, fakülte/yüksekokul mezunu hastaların puan ortalaması 29.7143 olarak saptanmıştır. Yapılan analizde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1.4826, p> 0.05).

Tablo 83: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI TOPLAM PUAN										
Gevşeme Egzersizleri	ÇALIŞMA DURUMU	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Çalışan	15	30,0667	3,1728	GENEL	474,4348	45	-----		
	Çalışmayan	31	27,9677	3,1036	GRUPLAR ARASI	44,5337	1	44,5337	4,5580	,0384
					GRUP İÇİ	429,9011	44	9,7705		
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	Çalışan	17	30,1333	2,2318	GENEL	234,9565	45	-----		
	Çalışmayan	31	29,3548	2,3029	GRUPLAR ARASI	6,1264	1	6,1264	1,1780	,2837
					GRUP İÇİ	228,8301	44	5,2007		

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi; çalışan hastaların; yaşam kalitesi puan ortalaması 30.0667, çalışmayan hastaların puan ortalaması 27.9677 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=4.5580, p< 0.05). çalışan hastaların yaşam kalitesi toplam puanlarının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Progresif gevşeme egzersizleri sonrası; çalışan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 30.1333, çalışmayan hastaların puan ortalaması 29.3548 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark anlamlı olarak değerlendirilememiştir (F=1.1780, p> 0.05).

Tablo 84: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Diyalize Girme Süresine Göre Dağılımı

Gevşeme Egzersizleri	DİYALİZ SÜRESİ	GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI TOPLAM PUAN									
		N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p	
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	0-12 ay	17	28,3889	2,8930	GENEL	474,4348	45	-----			
	13-24 ay	5	27,5000	2,3805	GRUPLAR ARASI	12,5348	3	4,1783	0,3799	,7680	
	25-36 ay	9	29,4444	4,1866	GRUP İÇİ	461,9000	42	10,9976			
	37 ay ve üzeri	15	28,8000	3,4059							
Gevşeme Egzersizleri Sonrası	0-12 ay	18	29,4444	1,9470	GENEL	234,9565	45	-----			
	13-24 ay	4	28,5000	3,0000	GRUPLAR ARASI	8,5787	3	2,8596	0,5305	,6638	
	25-36 ay	9	29,6667	2,9580	GRUP İÇİ	226,3778	42	5,3899			
	37 ay ve üzeri	15	30,0667	2,1536							

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi; 0-12 ay arası diyalize giren hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 28.3889, 13-24 ay arası giren hastaların puanı 27.5000, 25-36 ay arası giren hastaların puanı 29.4444 37 ay ve üzeri süredir diyalize giren hastaların puanı 28.8000 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0.3799, p> 0.05). Gevşeme egzersizleri sonrası; 0-12 ay arası diyalize giren hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 29.4444, 13-24 ay arası giren hastaların puanı 28.5000, 25-36 ay arası giren hastaların puanı 29.6667, 37 ay ve üzeri süredir diyalize giren hastaların puanı 30.0667 olarak saptanmıştır. Yapılan ANOVA varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (F= 0.5305, p> 0.05).

Tablo 85: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların KT/V Değerlerine Göre Dağılımı

Gevşeme Egzersizleri	KT/V DEĞERİ	GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ ve SONRASI TOPLAM PUAN							
		N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	Kareler ortalaması	F	p
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Yetersiz	15	27,4667	2,0999	GENEL	474,4348	45	-----	
	Yeterli	31	29,2258	3,5657	GRUPLAR ARASI	31,2821	1	31,2821	3,1060
					GRUP İÇİ	443,1527	44	10,0717	,0850

Tablo 85' de gruplar gözönüne alınmaksızın hastaların Progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının KT/V değerlerine göre dağılımı görülmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi KT/V değeri yeterli olmayan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 27.4667, KT/V değeri yeterli olan hastaların puan ortalaması 29.2258 olarak saptanmıştır. Yapılan analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=3.1060, p> 0.05).

Tablo 86: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların KTI Değerlerine Göre Dağılımı

		GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ YE SONRASI TOPLAM PUAN							
Gevşeme Egzersizleri	KTI DEĞERİ	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	Kareler ortalaması	F	P
Gevşeme Egzersizleri Öncesi	Hipervolemi	31	29,1613	3,3476	GENEL	474,4348	-----		
	Normovolemi	15	27,6000	2,8486	GRUPLAR ARASI	24,6412	24,6412	2,4105	,1277
					GRUP İÇİ	449,7935	44	10,2226	

Tablo 86' da diyaliz hastalarının progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının KTI değerlerine göre dağılımı görülmektedir.

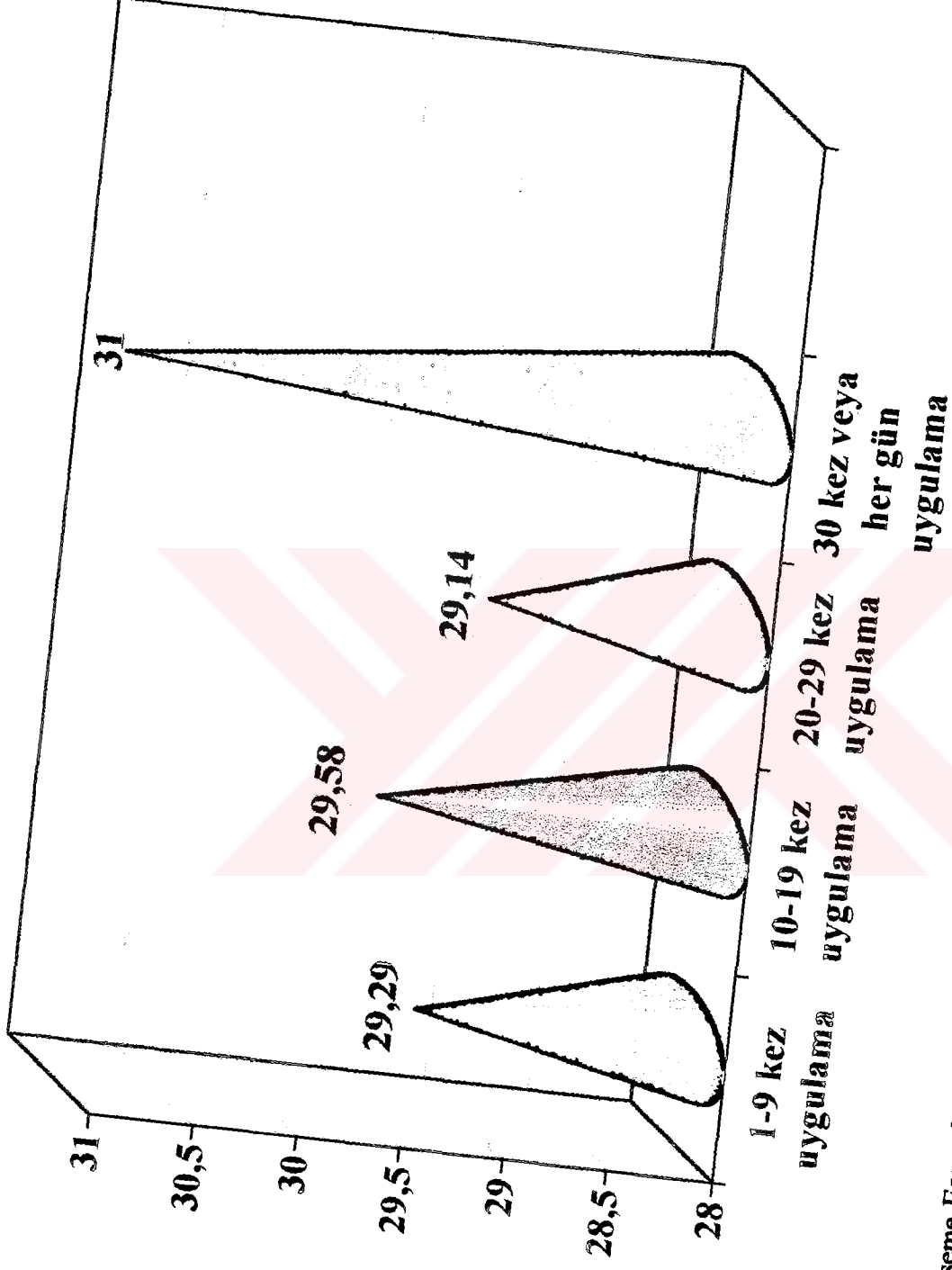
Gevşeme egzersizleri öncesi KTI değeri 0.46'nın üzerinde olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 29.1613, KTI değeri 0.46'nın altında olan hastaların puan ortalaması 27.6000 olarak saptanmıştır. Yapılan analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (F=2.4105, p> 0.05).

Tablo 87: Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Hastaların Kaseti Dinleme ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı

		GEVŞEME EGZERSİZLERİ SONRASI TOPLAM PUAN							
UYGULAMA SAYISI	N	X	Ss	Varyans kaynağı	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p
1-9 kez uygulayan	14	29,2857	2,1278	GENEL	234,9565	45	-----		
10-19 kez uygulayan	19	29,5789	2,6101	GRUPLAR ARASI	14,6107	3	4,8702	,9283	,4355
20-29 kez uygulayan	7	29,1429	1,9518	GRUP İÇİ	220,3459	42	5,2463		
30 kez-hergün uygulayan	6	31,0000	1,7889						

Tablo 87' de hastaların Progresif gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının kaseti dinleme ve egzersizleri uygulama sayısına göre dağılımı görülmektedir (Grafik 6).

Gevşeme egzersizleri sonrası; egzersizleri evde 1-9 kez uygulayan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 29.2857, 10-19 kez uygulayan hastaların puan ortalaması 29.5789, 20-29 kez uygulayan hastaların puan ortalaması 29.1429, 30 kez veya hergün uygulayan hastaların puan ortalaması 31.0000 olarak saptanmıştır. Yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=0.9283, p> 0.05).



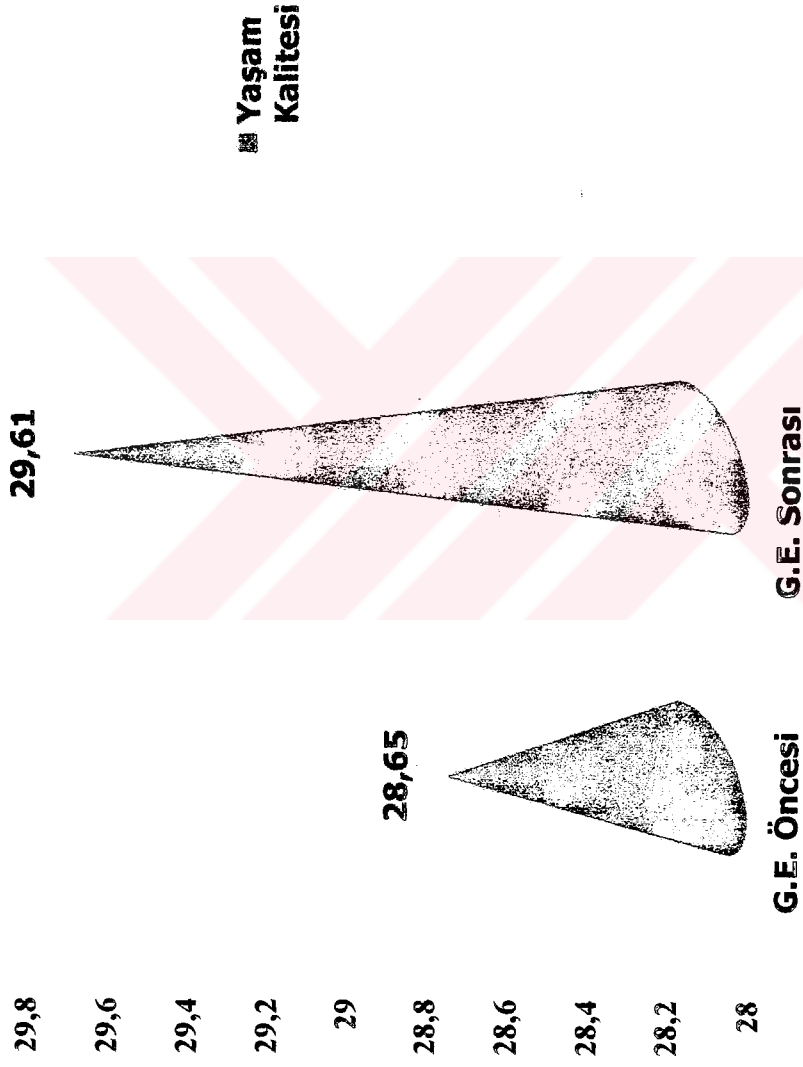
Grafik 6: Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puanın Hastaların Kaseti Dinleme ve Egzersizleri Uygulama Sayısına Göre Dağılımı

Tablo 88: Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

YAŞAM KALİTESİ	Korelasyon		Ortalamanın Standart hatası	Serbestlik derecesi	t	p
	n	X				
Gevşeme Egzersizleri Öncesi Yaşam Kalitesi	46	28,6522	3,247	45	-3,28	0,002
Gevşeme Egzersizleri Sonrası Yaşam Kalitesi		29,6087	2,285			

Tablo 88’ de hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Buna göre; Gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 28.6522, gevşeme egzersizleri sonrası puan ortalaması 29.6087 olarak saptanmıştır. Yapılan t testi sonucunda bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (t = -3.28, p< 0.05) (Grafik 7). Elde edilen sonucun, araştırmanın hipotezini (Gevşeme Egzersizlerinin yaşam kalitesine etkisi vardır) destekler olduğu görülmektedir.

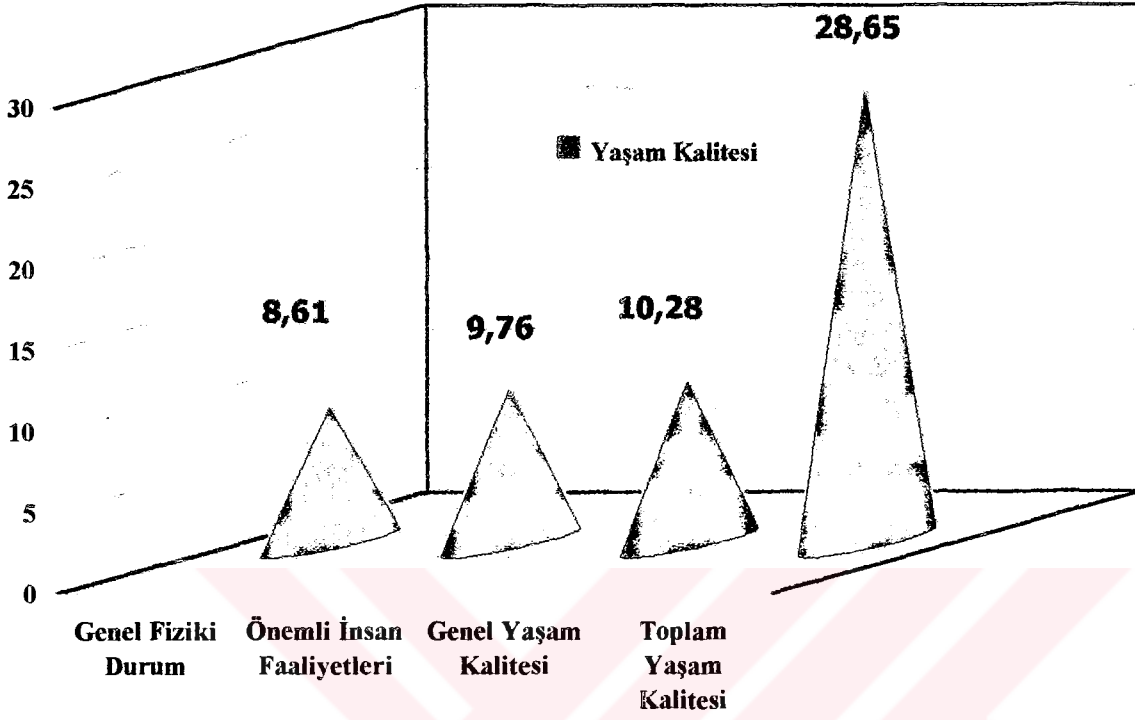


Grafik 7: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Hastaların Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

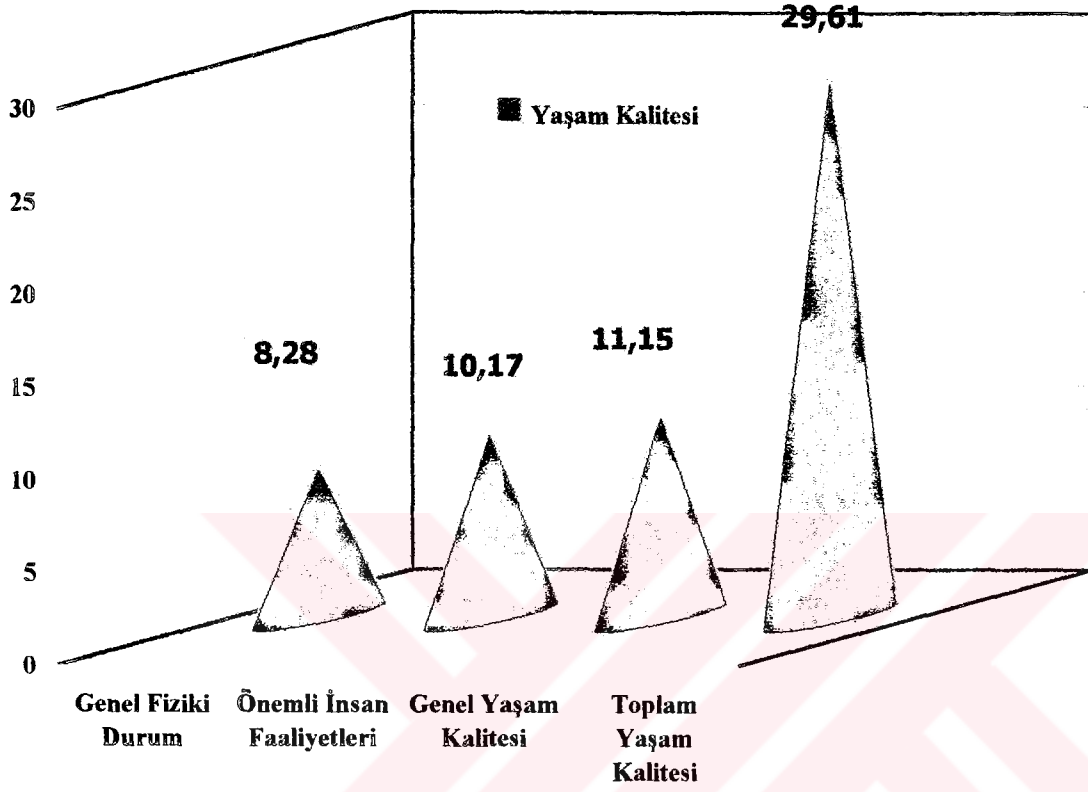
Tablo 89: Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam ve Alt Skalaları Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

YAŞAM KALİTESİ	Gevşeme Egzersizleri Öncesi			Gevşeme Egzersizleri Sonrası			t	p
	n	X̄	S	n	X̄	S		
Genel Fiziki Durum	46	8,61	1,14	46	8,28	0,75	0,05	< 0,05
Önemli İnsan Faaliyetleri	46	9,76	1,48	46	10,17	1,30	0,12	< 0,05
Genel Yaşam Kalitesi	46	10,28	1,93	46	11,15	1,30	0,00	< 0,05
Toplam Yaşam Kalitesi İndeksi	46	28,65	3,25	46	29,61	2,29	3,28	< 0,05

Tablo 89’ da hastalarının progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ve alt skalaları puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Buna göre; yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının gevşeme egzersizleri öncesi $x=28.65$, gevşeme egzersizleri sonrası $x=29.61$ ($t=3.28$, $p<0.05$) olduğu saptanmıştır. “Genel Fiziki Durum” alt skala puan ortalamasının progresif gevşeme egzersizleri öncesi $x=8.61$, gevşeme egzersizleri sonrası $x=8.28$ ($t=0.05$, $p<0.05$); “Önemli İnsan Faaliyetleri” alt skala puan ortalamasının progresif gevşeme egzersizleri öncesi $x=9.76$, gevşeme egzersizleri sonrası $x=10.17$ ($t=0.12$, $p<0.05$); “Genel Yaşam Kalitesi” alt skala puan ortalamasının progresif gevşeme egzersizleri öncesi $x=10.28$, gevşeme egzersizleri sonrası $x=11.15$ ($t=0.00$, $p<0.05$) olduğu saptanmıştır (Grafik 8, Grafik 9).



Grafik 8: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi Toplam ve Alt Skalaları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması



Grafik 9: Hastaların Progresif Gevşeme Egzersizleri Sonrası Yaşam Kalitesi Toplam ve Alt Skalaları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

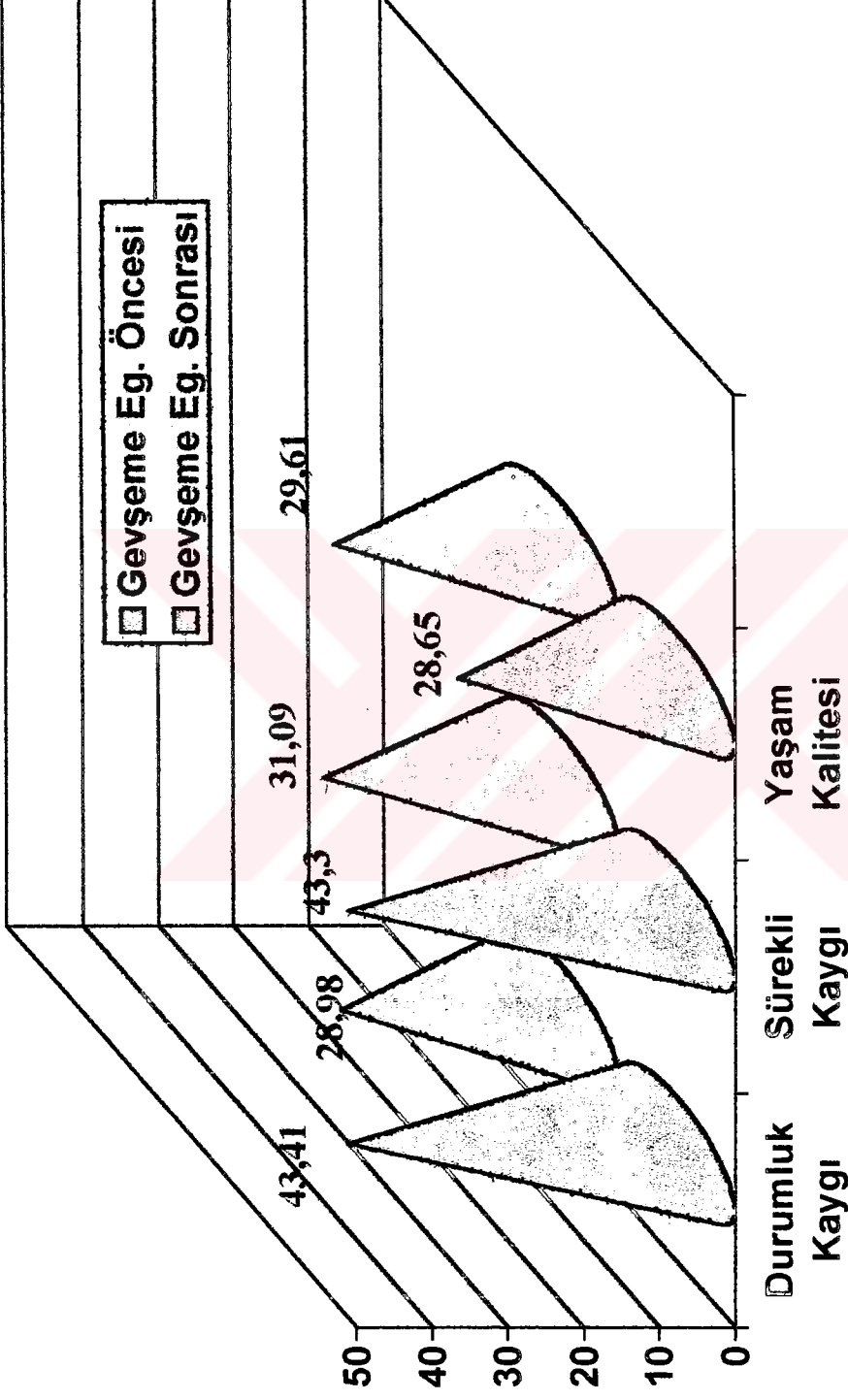
3. 9. GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI, SÜREKLİ KAYGI VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Tablo 90: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi Ve Sonrası Durumluk Kaygı Puanı, Sürekli Kaygı Puanı ve Yaşam Kalitesi Puanının Karşılaştırılması

DURUMLUK KAYGI	Gevşeme Eg. Öncesi Durumluk Kaygı	Gevşeme Eg. Sonrası Durumluk Kaygı	Gevşeme Eg. Öncesi Sürekli Kaygı	Gevşeme Eg. Sonrası Sürekli Kaygı	Gevşeme Eg. Öncesi Yaşam Kalitesi
Gevşeme Eg. Sonrası Durumluk Kaygı	,1844				
Gevşeme Eg. Öncesi Sürekli Kaygı	,0702	,3921**			
Gevşeme Eg. Sonrası Sürekli Kaygı	-,0526	,6458**	,6364**		
Gevşeme Eg. Öncesi Yaşam Kalitesi	,2328	-,2253	-,4652**	-,2686	
Gevşeme Eg. Sonrası Yaşam Kalitesi	,2206	-,1541	-,3707*	-,1146	,7989**

* p < 0.05, ** p < 0.01

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanı, sürekli kaygı puanı ve yaşam kalitesi puanının karşılaştırılması Tablo 90' da verilmiştir. Gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.3921$, $p<0.01$). Gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.6458$, $p<0.01$). Gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.6364$, $p<0.01$). Gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi toplam puanı arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.4652$, $p>0.05$). Gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi toplam puanı arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.3707$, $p<0.05$). Gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puanı ile gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.7989$, $p<0.01$).



Grafik 10: Progresif Gevşeme Egzersizleri Öncesi ve Sonrası Hastaların Durumluk Kaygı Puanı, Sürekli Kaygı Puanı ve Yaşam Kalitesi Toplam Puanının Karşılaştırılması

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

4. 1. TARTIŞMA

4. 1. 1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamında toplam 46 hasta bulunmakta olup, bu sayının %41.30' unu (19) hemodiyaliz, %58.70' ini (27) SAPD hastaları oluşturmaktadır (Tablo 14).

Hastaların % 67.39'u İzmir içinde, % 32.61'i İzmir dışındaki komşu illerde (Manisa, Muğla, Balıkesir,Aydın) oturmaktadır (Tablo 14). İzmir dışında oturanların büyük çoğunluğu (% 48.15) SAPD hastasıdır. Bunun nedeninde SAPD hastalarının 15-30 günde bir kontrole gelmelerinin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Akyol (1992) hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini incelediği çalışmasında, hastaların % 63.46'sının İzmir içinde, % 36.54'ünün İzmir dışında yaşadıklarını saptamıştır (11).

Hastaların %13.03' ü 18-24 yaş, %52.17' si 25-44 yaş, %34.78' i 45-64 yaş grubundadır. En genci 18 ve en yaşlısı 64 yaşında olan hastaların yaş ortalaması 38.74 olarak bulunmuştur (Tablo 14). Hemodiyaliz grubunun yaş ortalaması 38.79, SAPD grubunun yaş ortalaması ise 38.70 olarak bulunmuştur (Tablo 14).

Son dönem böbrek yetmezliği her yaş grubundaki bireyleri etkileyebilir fakat orta yaş grubunda görülme olasılığı daha fazladır (2, 121). Yapılan literatür incelemesinde; 19 yaş altında diyaliz tedavisi gören hastaların oranının % 2 olduğu bildirilmektedir (2). 1978'de son dönem böbrek yetmezliği hastalarının % 32'sini 60 yaş üzerindeki hastaların oluşturduğu, 1992 yılında ise bu oranın % 42'ye çıkmış olduğu saptanmıştır. Birleşik Devletler Böbrek Hastalığı Sistemi (USRDS) 1993 verilerine göre; 1987-1990 yılları arasında son dönem böbrek yetmezliği tedavisi gören hastaların yaş ortalaması 61 olarak saptanmıştır. Yine aynı yılın verilerine göre; son dönem böbrek yetmezliği hastalarının % 54'ünün 20-64 yaş arasında olduğu bildirilmiştir (2).

Bu konu ile ilgili yapılan literatür incelemesinde; hastaların yaş ortalamaları ile ilgili farklı sonuçlar bulunmuştur. Lok (1996) çalışmasında diyaliz tedavisi gören hastaların yaş ortalamasını 42.5, Cristovao (1999) 50.24, Evans ve ark. (1985) 55.5 olarak saptamıştır (36, 50, 99).

Tablo 14'den izlendiği gibi çalışmadaki yaş ortalaması 38.74 saptanırken, Akyol'un (1992) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının yaş ortalaması daha genç bir yaş olan 24.53 olarak bulunduğu bildirilmiştir (11).

Araştırma kapsamındaki hastaların % 41.30' unu kadın, %58.70' ini erkek hastalar oluşturmaktadır (Tablo 14). Görüldüğü gibi çalışmadaki hastaların yarıdan fazlasının (% 58.70) erkek olduğu saptanmıştır. Yapılan literatür incelemesinde; kronik böbrek yetmezliğinin kadın ve erkeklerde eşit oranda görüldüğü ve her iki cinsiyet arasında bir fark olmadığı bildirilmektedir (2, 121).

Türk Nefroloji Derneği verilerine göre 1999 yılında düzenli hemodiyaliz programına alınan hastaların % 56.5'inin erkek, % 43.5'inin kadın, aynı yılın verilerine göre sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi gören hastaların % 51.2'sinin erkek, % 48.4'ünün kadın olduğu bildirilmiştir (1). Çalışmadaki sonuçlar Türkiye geneli cinsiyet dağılımı sonuçları ile uyumludur.

Birleşik Devletler Böbrek Hastalığı Sistemi'nin (USRDS) 1993 verileri incelendiğinde de çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir ve erkek oranı % 54.4 olarak saptanmıştır (2).

Lok (1996), Evans ve ark.(1985), yaptıkları çalışmalarda erkek oranını sırasıyla % 62.5, % 55.5 olarak bulmuşlardır (50, 99). Bu sonuçlar çalışma sonuçlarına uyum göstermektedir.

Araştırma kapsamına giren hastaların %60.87' sinin evli, %36.96' sının bekar, %2.17' sinin boşanmış olduğu saptanmıştır (Tablo 14).

Durna ve ark. (1997) düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, hastaların % 64'ünün evli olduğunu saptamışlardır (48). Evans ve ark.(1985), yaptıkları çalışmalarında da hastaların % 75'inin evli olduğunu bulmuşlardır (50). Hastaların yaş ortalamasının 38.74 olmasından dolayı hastaların çoğunun evli olduğu düşünülmektedir.

Hastalar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde; %21.74' ünün ilkokul, %10.87' sinin ortaokul, %36.96' sının lise ve %30.43' ünün yüksekokul/üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 14).

Bu çalışmada; hastaların eğitim seviyesinin oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, toplumda okur yazarlık oranının ve eğitim düzeyinin giderek yükseldiğini, verilecek eğitim programlarının hastalar tarafından daha kolay algılanabileceğini düşündürmektedir.

Çeşitli yıllarda yapılan çalışma sonuçları son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların toplumdaki eğitim seviyesi oranına göre daha düşük eğitim seviyesine sahip olduklarını saptamışlardır (2).

Durna ve ark. (1997) hastaların % 41'inin ilkokul mezunu olduğunu, sadece % 9'unun yüksekokul/üniversite mezunu olduğunu saptamışlardır (48). Akyol da (1992) Durna ve ark.'larını sonuçlarına benzer sonuçlar bulmuştur (11).

Araştırmaya katılan hastaların %19.57' si memur, %21.74' ü emekli, %2.17' si işçi, %10.87' si serbest meslek sahibi, %30.43' ü ev hanımı, %4.35' i öğrenci ve %10.87' si işsiz olarak yaşamlarını sürdürmektedirler (Tablo 17). Görüldüğü gibi hastaların % 30.43'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Emekli olan hastaların oranının fazla olması, yaş ile birlikte böbrek yetmezliğinin arttığını, hemodiyaliz tedavisinin haftada üç gün 5'er saat hastayı hastaneye bağlaması ve hastalarda yetmezlik sonucu gelişen halsizlik gibi belirtilerin hastaları malülen emekliliğe ittiği düşünülmektedir. Akyol (1992), Durna ve ark. (1997)'nin araştırmaları çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (11, 48).

Diyaliz hastalarının sosyal güvence durumları incelendiğinde; %67.39 'u Emekli Sandığı, %21.74' ü SSK, %2.17' si Bağ-Kur, %4.35' i Yeşil Kart ve %4.35' i Özel sosyal güvence kurumlarından yararlanmakta oldukları görülmüştür (Tablo 15). Araştırma yapılan kurumun üniversite hastanesi olması nedeniyle sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Kronik böbrek hastalığının maliyeti, tüm dünyada ve ülkemizde oldukça yüksektir. Hastalığın tanısı ve takibi sırasında yapılan laboratuvar tetkikleri, hastane masrafları, ilaç giderleri, uygun hastalara yapılan transplantasyon giderlerinin yanısıra bu maliyette en önemli yeri diyaliz tedavisine ait maliyet giderleri tutmaktadır. Fransa'da 1994 yılında diyaliz tedavisi için 1.5 milyar Amerikan Doları harcanmıştır.

Bu tüm yıllık sağlık giderlerinin % 1.5'ini oluşturmakta olup, nüfusun sadece % 0.034'ü için yapılan bir harcamadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1997 yılında son dönem böbrek yetmezliği tedavisi için 1 yılda harcanan para 15.6 milyar dolar olup, bu harcama tüm sağlık harcamalarının % 1'inden fazla olduğu bildirilmektedir. Bu kadar yüksek tedavi masraflarının hastalarca karşılanabilmesi çok güçtür. Bu nedenle tüm dünyada ve ülkemizde bu masraflar özel veya resmi sosyal güvenlik kuruluşlarınca karşılanmaktadır. Tedavi giderlerinin bağlı olunan kurum tarafından ödenmesi durumunda, tedavi olanağı sağlanmakta ve hastaların tedaviyi kabul etmesi daha kolay olmaktadır (9).

1994 yılında yapılan bir araştırmaya göre ülkemizde, diyaliz hastaların % 59'u SSK, % 17'si Emekli Sandığı, % 7'si Bağkur, % 12'si Yeşil Kart ve % 1'inin ise Özel Sigorta gibi sosyal kuruluşlara bağlı olduğu bildirilmiştir (9).

Hastalara gelir durumları sorulduğunda; %58.70' i gelirin gidere göre yüksek, %17.39' u düşük, %23.91' i ise gelirin giderine göre dengeli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 15).

Yapılan çalışmalarda diyaliz hastalarının gelir durumlarının genel topluma göre daha düşük seviyede olduğu bildirilmektedir (2). Görüldüğü gibi çalışmada, hastaların yarısından fazlasında gelir durumu gidere göre yüksektir. Bu durumun hastaların eğitim durumunun yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hastaların %86.95' i çekirdek aile, %4.35' i geniş aile ve %8.70' i parçalanmış aile yapısını gösteren ailelerde yaşamaktadırlar (Tablo 15).

Son dönem böbrek yetmezliği kronik bir durum olduğu için hastalığın tedavi sürecinde ailenin bakıma katkısı önemlidir. Ancak evde birey sayısı arttıkça bakıma ilginin azalacağı düşünülmektedir.

Hastalara "halen para getiren bir işte çalışıyor musunuz?" sorusu yöneltildiğinde, hastaların %32.61' i çalıştığını, %67.39' u ise çalışmadığını belirtmiştir (Tablo 16).

Tıbbi ve ilaç tedavisindeki ilerlemeler karşın, diyaliz hastalarının çalışma oranının düşük kalmakta olduğu bildirilmektedir. Çalışmalar diyaliz hastalarının sadece ¼'ünün tam gün veya yarım gün çalıştığını göstermektedir. Hastaların % 75'i diyaliz tedavisine başlamadan önce çalışırken, diyaliz tedavisinden sonra bu oran tam tersine dönmektedir. Toplam diyaliz hastalarının yaklaşık olarak yarısını çalışma yaşında olan

hastaların oluşturduğu bildirilmektedir. Cinsiyet, yaş, evlilik durumu ve eğitim düzeyinin çalışma durumunu etkilediği ve özellikle eğitim düzeyi ile çalışma durumu arasında güçlü istatistiki verilerin olduğu bildirilmektedir (2).

Lok (1996) HD ve SAPD hastalarının yaşam kalitesini incelediği çalışmasında, hastaların çalışmama oranını %56.00 olarak bulmuştur (99). Bu sonuçlar çalışma ile uyum göstermektedir.

Hemodiyaliz grubunda; çalışma oranı %5.26, çalışmama oranı ise %94.74 olarak bulunmuştur.

Akyol' un yaptığı çalışmada (1992) hemodiyaliz hastalarının %75.00' inin, Cristovao'nun (1999) çalışmasında ise hastaların % 64.2'sinin çalışmadığı saptanmıştır (11, 36). Durna ve ark'daşlarının (1997) yaptığı çalışmada da hemodiyaliz hastalarının sadece % 29'unun çalıştığı saptanmıştır. Bu sonuçlar da araştırma sonuçlarını desteklemektedir (48). Bu durumun hastaların haftada üç gün makineye bağlı olmasından dolayı olduğu tahmin edilmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi sürdüren hastaların tam olarak rehabilite edilmesi ve iş yaşamlarına geri dönmeleri mümkündür. Yapılan çalışmalar bir merkeze bağlı olarak tedavi gören hastaların yaklaşık % 60'ının, evde diyaliz tedavisi sürdüren hastaların ise yaklaşık % 80'inin iş yaşamlarına devam etmelerinin mümkün olabildiğini göstermektedir (77).

SAPD grubundaki hastaların % 51.85' inin çalıştığı, % 41.25' inin ise çalışmadığı saptanmıştır. Görüldüğü gibi HD hastalarına göre SAPD hastalarının büyük çoğunluğu çalışmaktadır. Bunun nedeninin SAPD tedavisinin HD tedavisine oranla daha bağımsız bir tedavi yöntemi olduğu düşünülmüştür.

Evans ve arkadaşlarının (1985) ve Kaya' nın (1998) yaptıkları çalışmalarda SAPD uygulayan hastaların yaklaşık olarak sadece %25' inin çalıştığını belirtmişlerdir (50, 79).

Diyaliz hastalarının çalışmama nedenleri incelendiğinde; hastaların % 35.48' i hastalık nedeni ile, % 16.13' ü emekli olması nedeni ile, % 16.13' ü malulen emekli olması nedeni ile, % 25.81' i evhanımı olması nedeni ile ve % 6.45' i öğrenci olması nedeni ile çalışmadığını bildirmişlerdir (Tablo 17).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık nedeni ile çalışmaması özellikle de diyaliz gibi pahalı, iyi beslenme, düzenli ilaç alımını gerektiren bir tedavi yönteminde

hastaların ekonomik yönden daha da güç durumda kalmasına yol açmaktadır. Uygulanan iş rehabilitasyonu ile hastaların gelir elde edecek bir işe sahip olacakları düşünülmektedir.

Cristovao (1999) hastaların % 47.95'inin hastalık nedeniyle malulen emekli olmak zorunda oldukları için çalışmadıklarını bildirmiştir. HD hastalarının % 33.33'ünün, SAPD hastalarının % 38.46'sının hastalık nedeni ile çalışmadığını bildirmiştir (36).

Akyol (1992) % 48.72 oranı ile, Kaya (1998) % 25.00 oranı çalışmalarda benzer sonuçları elde etmişlerdir (11, 79).

Durna ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları çalışmada da hemodiyaliz hastalarının % 34'ünün hastalık nedeniyle işlerini bıraktıkları saptanmıştır (48).

Araştırma kapsamına alınan hastaların kronik böbrek yetmezliği tanısı aldıktan sonra işten ayrılma durumları incelendiğinde (Tablo 18); hastaların % 26.09'unun işten ayrıldığı, % 73.91'inin ise işten ayrılmadığı saptanmıştır.

Yapılan literatür incelemesinde, diyaliz tedavisi öncesi çalışma yaşında olan hastaların % 73.3'ünün çalıştığı, % 26.7'sinin çalışmadığı bildirilmektedir (2). Çalışmanın sonuçlarla uyumlu olmadığı diyaliz tedavisi öncesinde de hastaların büyük çoğunluğunun zaten çalışmadığı görülmektedir. Bu sonuçların kadın hastaların hepsinin ev hanımı olmasından ve hastaların bir kısmının hastalık öncesinde emekli olmuş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Hastaların bakımlarına yardımcı olan kişilerin dağılımları incelendiğinde; hastaların % 6.52'si yardımcı olan kimsenin olmadığını, % 58.70'i eşlerinin yardım ettiğini, % 4.35'i çocuklarının, % 30.43'ü ise anne ve babasının yardımcı olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 19).

Literatürde de en fazla oranla eşlerin bakıma yardımcı olduğu görülmüştür (2).

Hastalığa uyum sağlamada, aile üyelerinin önemi büyüktür. Aile üyeleri ve yakın arkadaşlar böbrek yetmezliği ve diyaliz tedavisi nedeni ile oluşan yaşam değişikliklerine ve emosyonel duruma uyumda, hastalara çok büyük katkılarının olduğu bilinmektedir. Hastaların % 93.48 gibi büyük çoğunluğunun evde bakımlarında yardımcı kişilere sahip olduğu görülmektedir. Bu durumun hastalara, hastalıkları ile baş etmede kolaylık sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 32.61' inin şu anda sigara içtiği, % 67.39' unun ise sigara içmediği saptanmıştır. Sigara içen hastaların % 60.00' inin yarım paket ve % 40.00' inin ise bir paket sigara içtiği saptanmıştır. Ayrıca hastaların önceden sigara içme durumları incelendiğinde, % 56.52' sinin içtiği, % 43.48' inin ise hiç sigara içmediği saptanmıştır (Tablo 20). Normal bir bireyin bile içmemesi gereken sigarayı bu kronik hastalar tarafından içilmesi ya da içilmeye devam edilmesi düşündürücüdür.

Hastaların %17.39' unun halen alkol kullanmakta olduğu, %71.74' ünün hiç alkol kullanmadığı ve %10.87' sinin önceden alkol kullandığı hastalandıktan sonra bıraktığı saptanmıştır (Tablo 21).

Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların büyük çoğunluğunda kardiyovasküler problemlerin ve hipertansiyonun sık görüldüğü bilinmektedir. Bu hastalıkların tedavisinde alkol alımının kısıtlanması gerekmektedir. Ayrıca diyaliz tedavisinde de sigara ve alkol kısıtlamasının gerekliliği bilinmektedir.

4. 1. 2. HASTALARIN HASTALIĞA İLİŞKİN VERİLERİNİN İNCELENMESİ

Hastaların %86.96' sının ailesinde başka böbrek hastalığı bulunmamaktadır. %6.52' sinin anne-babasinda, %2.17' sinin kardeşlerinde ve %4.35' inin diğer aile fertlerinde (anneanne, hala) böbrek hastalığı bulunmaktadır (Tablo 22).

Kalıtım kronik böbrek yetmezliğinin etiolojisinde önemli bir yere sahiptir (121). Çalışmamızda kalıtımın ön plana çıkmadığı ve ailesinde başka böbrek hastası olan hasta sayısının çok az olduğu görülmektedir.

Akyol (1992) çalışmasında bu oranı % 73.08 ve Kaya (1998) % 76.9 olarak saptamışlardır (11, 79).

Araştırma kapsamındaki hastaların kronik böbrek yetmezliği tanısı konmasından itibaren geçen süreleri incelendiğinde; hastaların %19.57' sinin 0-24 ay, %13.04' ünün 25-48 ay, %17.39' unun 49-72 ay ve %50.00' sinin 73 ay ve üzeri hastalık yaşına sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 23).

Hastaların dosyalarından alınan verilere göre, hastaların % 30.42'sinin KBY'ne neden olan hastalığının belli olmadığı, % 21.73'ünün kronik glomerulonefrit, % 10.86'sının hipertansif böbrek hastalığı, % 4.38'inin diyabetik nefropati, % 6.51'inin amiloidozis, % 4.38'sinin reflü nefropatisi, % 6.51'inin nefrotik sendrom, % 8.70'inin

pyelonefrit, % 6.51'inin prostat, polikistik böbrek gibi diğer hastalık tanımlarını aldığı saptanmıştır (Tablo 24).

Kronik böbrek yetmezliğinin en sık nedeni kronik glomerulonefrittir. İkinci sırada hipertansiyon ve damar hastalıkları gelmektedir (121). Daha yeni literatürler incelendiğinde ise, diyabetes mellitusun kronik böbrek yetmezliğinin birinci nedeni olduğu bildirilmektedir. Yeni böbrek yetmezliği tanısı konan hastaların 1/3'ünden fazlasının diyabetik olduğu belirtilmektedir. Hipertansiyon yine ikinci sırada yer almaktadır. Hipertansiyon son dönem böbrek yetmezlikli hastaların yaklaşık % 25'inde böbrek yetmezliğine neden olan tek etyolojik etmendir. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların % 80'inde hipertansiyon saptanmaktadır. Kronik böbrek yetmezliğinin diğer nedenleri arasında polikistik böbrek hastalığı, intersitisyel nefrit, ve diğer hastalıklar yer almaktadır. Kalıtımın da son dönem böbrek yetmezliği etiolojisinde önemli bir yere sahip olduğu bildirilmektedir (2, 42, 121).

Evans ve ark.'ları (1985), Ayhan ve ark (1997), Kaya (1998), çalışmalarında da benzer sonuçlar elde etmişlerdir (23, 50, 79).

Araştırma kapsamına alınan hastaların dosya kayıtlarından elde edilen sistemik muayene sonuçlarına göre, %45.65' inde hastalığa bağlı olarak bir komplikasyon geliştiği, %54.35' inde ise bir komplikasyon gelişmediği saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmada, hastalığa bağlı olarak bir komplikasyon olduğu saptanan hastaların %38.10' unda kardiyovasküler problemler, %9.52' sinde gastro-intestinal sistem problemleri, %38.10' unda hepatit B veya C, %9.52' sinde eklem-bağ dokusu hastalıkları ve %4.76' sında endokrin sistem hastalıklarının olduğu saptanmıştır (Tablo 25).

Bu çalışmada da diğer çalışmalarda olduğu gibi % 40.00 oranı ile HD, % 36.37 oranı ile de SAPD hastaları arasında kardiyovasküler problemlerin en sık rastlanan komplikasyonlar olduğu saptanmıştır. Diyaliz hastalarında kardiyovasküler problemlerin sıklığı artmıştır; bu artışın en önemli nedeni, hastalarda diyabetes mellitus ve hipertansiyon sıklığının artması olduğu bildirilmiştir. Kardiyovasküler problemler, diyaliz hastalarında en çok karşılaşılan ölüm nedenidir, diyaliz hastalarında ölümlerin yaklaşık % 40-50'sinden sorumludur (170). Yapılan çalışmalarda hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler

nedenlerin ilk sırayı aldığı bildirilmektedir (1). Çalışmada bu oranlar daha düşük çıkmıştır ve bu sonuçlar literatür ile uyumludur.

Evans ve ark. (1985), çalışmalarında; hastaların % 38.5'inde kardiyovasküler problemler, % 14.4'ünde gastro-intestinal sistem problemleri, % 23.7'sinde eklem-bağ dokusu hastalıkları, % 8.5'inde solunum sistemi hastalıkları, % 9.2'sinde nörolojik problemler, % 3.6'sında ise Hepatit B veya C pozitifliği saptanmıştır (50).

Akyol (1992), Ayhan ve ark. (1997) hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmalarında benzer sonuçları elde etmişlerdir (11, 23).

Özellikle HD hastalarında en sık karşılaşılan komplikasyon %50.00 oranı ile hepatit B veya C pozitifliğidir. Bunun nedeninin kan transfüzyonları, IV ilaç bağımlılığı, veya enfeksiyonu önlemede yetersiz önlemlerden kaynaklandığı düşünülmüştür. Hepatit C virus enfeksiyonu, ülkemizde hemodiyaliz ünitelerinin, en önemli ve en sık karşılaşılan sorunlarından birisidir. Türk Nefroloji Derneğinin 1999 yılı verilerine göre 9967 hemodiyaliz hastasının % 36.2'sinde anti-HCV pozitifdir. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda anti-HCV prevalansı daha düşüktür. Hemodiyaliz hastalarında tedavi süresi uzadıkça anti-HCV pozitif hasta oranının artmakta olduğu bildirilmektedir. Yine Türk Nefroloji Derneğinin 1999 yılı verilerine göre; HBs antijeni pozitif hemodiyaliz hastası oranı % 7.5 olduğu bildirilmiştir (1).

Sezer ve arkadaşlarının (1995) 51 hemodiyaliz hastası ile yaptığı çalışmada antiHCV oranını %62.7 olarak belirlemişlerdir (136). Çınar ve arkadaşlarının (1995) İstanbul'da'ki 6 hemodiyaliz ünitesinde 729 hemodiyaliz hastası ile yaptıkları incelemede ise antiHCV pozitifliğinin % 51.7 olduğunu saptamışlardır (41).

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 13.21'i kardiyoasküler ilaçlar, % 35.85'i kalsiyum, % 6.60'ı vitamin, % 23.58'inin demir + EPO, % 7.55'inin sodyum, % 13.21'inin diüretik gibi diğer ilaçları kullandıkları saptanmıştır (Tablo 26).

Hastaların en çok kalsiyum ilaçları kullandığı görülmektedir. Bu ilacın, diyaliz hastalarında yüksek oranda görülen böbrek osteodistrofisi gelişiminden sorumlu olan fosfatı bağlamada kullanılması nedeniyle daha fazla kullanıldığı düşünülmektedir.

Hastalarda en sık kullanılan ikinci ilacın demir ve EPO ilaçları olduğu saptanmıştır. Anemi, kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda en sık karşılaşılan sorundur ve yaşam kalitesini de etkilediği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Hastalarda

yorgunluğa ve halsizliğe neden olan anemiye tedavi etmek için yıllar önce kan transfüzyonları kullanılmaktaydı. Eritropoetin eksikliğinden kaynaklanan anemi, günümüzde EPO olarak adlandırılan sentetik eritropoetin formu ile tedavi edilmektedir (2, 8). Diyaliz hastalarında demir eksikliği de sık karşılaşılan sorunlardan bir tanesidir; bu hastalarda demir kullanımı çok olmaktadır.

Türk Nefroloji Derneği 1999 verilerine göre hemodiyaliz hastalarının % 69.5'inin, SAPD hastalarının ise % 49.8'inin EPO kullanmakta olduğu bildirilmiştir (1).

Bu hastalara günlük kaç ilaç kullandıkları sorulduğunda; % 10.87'sinin bir ilaç, % 30.44'ünün iki ilaç, % 28.26'sının üç ilaç, % 17.39'unun dört ilaç, % 13.04'ünün beş veya daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır (Tablo 26).

Araştırmada hastaların % 89.13'ünün 2 veya daha fazla sayıda ilaç kullandığı saptanmıştır. Böbrek birçok ilacın veya metabolitinin vücuttan uzaklaştırılmasına katkıda bulunan bir yaşamsal organdır; bu nedenle böbrek fonksiyonlarında bozulma, ilacın veya metabolitinin vücutta toksik düzeylere yükselmesine neden olabilir. Ayrıca böbrek yetmezliği olan hastalarda, ilacın böbrek dışı metabolizmasında da anormallikler olabildiği bilinmektedir. Diyaliz tedavisinin dışında kullanılan ilaçlar böbreğe ayrı bir yük bindireceği ve hastanın durumunu daha karmaşık bir hale getirebileceği düşünülmektedir.

Akyol (1992), Evans ve ark (1985) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında benzer sonuçları elde etmişlerdir (11, 50).

Hastaların tedavi yeterliliğini gösteren Kt/V değerleri incelendiğinde (Tablo 27); % 32.61'inin Kt/V değerinin yetersiz olduğu, % 67.39'unun ise yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların çoğunun Kt/V değerinin yeterli düzeyde olduğu görülmektedir.

SAPD için haftalık ideal KT/V değeri 2.1, hemodiyaliz için 1.6-1.8 olarak kabul edilmektedir. Buradaki KT değeri 24 saatlik (idrar ve dializat) toplam dışa akım hacmidir. V ise bayanlar için 0.55 erkekler için 0.60 sabitleriyle ideal vücut ağırlığının çarpımı sonucunda bulunan ürenin hacimsel dağılımıdır (159).

Hastaların kardiyotoraksik indeksini gösteren KTI değerlerinin dağılımları incelendiğinde (Tablo 28) % 67.4'ünün KTI değerine göre hipervolemik, % 32.6'sının KTI değerine göre normovolemik olduğu saptanmıştır.

4. 1. 3. HEMODİYALİZ HASTALARINA İLİŞKİN VERİLERİN İNCELENMESİ

Hastaların hemodiyalize giriş sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; hastaların %31.58' i 0-12 ay, %5.26' sı 13-24 ay, %10.53' ü 25-36 ay ve %52.63' ü 37 aydan daha fazla süreden beri hemodiyalize girdiklerini bildirmişlerdir (Tablo 27).

Türk Nefroloji Derneği (1999) verilerine göre; düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hemodiyaliz hastalarının % 18.6'sının 6-12 ay, % 17.7'sinin 13-24 ay, % 37.3'ü ise 37 aydan daha fazla süreden beri hemodiyalize girdikleri bildirilmiştir (1).

Hastaların hemodiyalize giriş sayısı ve süresi incelendiğinde; hemodiyaliz hastalarını hepsinin haftada 3 gün hemodiyaliz tedavisine girdikleri saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %21.05' inin haftada 3 kez 4'er saat, %15.79 'unun haftada 3 kez 4.5 saat ve %63.16' sının ise haftada 3 kez 5'er saat diyalize girdikleri saptanmıştır (Tablo 27).

Hemodiyaliz tedavisi, genellikle büyük oranda haftada üç kez ya da iki kez düzenli olarak uygulamayı gerektirmektedir. Yapılan literatür taramasında; hemodiyaliz tedavisi gören bir hastanın kreatinin klirensinin > 140 meq/L'de tutulması için haftada üç kez ve en az 3.5 saat diyalize girmesi gerektiği bildirilmektedir (121).

Ülkemizde Yeşiltepe (1995) tarafından yapılan çalışmada hasta grubunun % 50'sinin haftada üç gün, % 42'sinin iki gün hemodiyaliz tedavisi gördüğü belirlenmiştir (171). Durna ve arkadaşları (1997) hastaların % 58'inin haftada üç gün hemodiyaliz tedavisi gördüklerini saptamışlardır (48). Türk Nefroloji Derneği (1999) verilerine göre; hastaların % 69.6'sının haftada üç kez hemodiyalize girdikleri bildirilmiştir (1).

Lok (1996) çalışmasında HD hastalarının diyalize girme sıklığını haftada üç kez ve günde ortalama 3.5 saat olarak saptamıştır (99). Bu sonuçların hepsi çalışma ile uyum içindedir.

Hastaların tedaviye gelirken kullandıkları araca göre dağılımı incelendiğinde; hastaların, %42.11' i diyalize otobüsle, %21.05' i dolmuşla, %15.79 'u taksiyle, %15.79' u kendi arabasıyla ve %5.26' sı ise tren/metro gibi araçlara binerek diyalize gittiklerini belirtmişlerdir (Tablo 28). Ulaşım aracı olarak daha çok otobüs tercih edilmektedir. Bu tercihte otobüsün ekonomik olmasının rol oynadığı düşünülmektedir.

Hastaların %42.10' u diyetlerine uyum gösterdiğini, %10.53' ü diyete uymadıklarını ve %47.37' si ise diyetlerine bazen uyduklarını bazen uymadıklarını

bildirmişlerdir (Tablo 29). Bu sonuca göre; hastaların yaklaşık olarak yarısının diyetine tam olarak uymadığı görülmektedir.

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda diyet kısıtlaması (düşük protein, fosfat alımı, sodyum ve sıvı kısıtlaması) çok önem taşımaktadır ve hastaların diyetlerine uymaları gerekmektedir. Yapılan literatür incelemesinde, hemodiyaliz hastalarının diyet ve sıvı alımı sınırlamasını yeterince iyi uygulamadıkları durumlarda sıvı yüklenmesi, pulmoner ödem, hiperkalemi, hiperfosfatemi ve metabolik kemik hastalığı açısından yüksek risk altında olduğu saptanmıştır (121). Şu anda böbrek yetmezliği olan hastalarda sodyum, potasyum, fosfor ve protein alımının doğru biçimde sınırlandırılması ile beraber diyet müdahalesi yapılmakta ve hastaların diyetlerine uyması önemle önerilmektedir (121).

4. 1. 4. SAPD HASTALARINA İLİŞKİN VERİLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamındaki hastaların SAPD'ye başlama sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; %40.74' ünün 0– 2 ay, %14.81' inin 13-24 ay, %25.93' ünün 25-36 ay ve %18.52' sinin 37 ay ve daha fazla süredir SAPD uyguladıkları saptanmıştır (Tablo 30).

Türk Nefroloji Derneği (1999) verilerine göre; SAPD hastalarının % 19.2'sinin 6 aydan daha az süredir, % 19.1'inin 6-12 aydır, % 22.9'unun 13-24 aydır, % 17.5'inin 25-36 aydır ve % 21.2'sinin ise 37 ay ve daha fazla süredir SAPD uyguladıklarını bildirmiştir (1). Türkiye genelindeki bu sonuçlar çalışmayı destekler niteliktedir.

Hastaların daha önce hemodiyalize girme durumlarına bakıldığında, %37.04' ünün hemodiyalize hiç girmediği, %37.04' ünün 0-6 ay, %18.52' sinin 7-12 ay, %3.70' inin 13-24 ay ve %3.70' inin ise 25 ay ve üzeri sürelerle hemodiyalize girdikleri saptanmıştır (Tablo 31).

Hastaların SAPD uygulamasını seçme nedenleri incelendiğinde, % 14.81'inin tıbbi endikasyon nedeni ile, % 85.19'unun ise daha bağımsız olduğu için SAPD'yi tercih ettiklerini bildirmişlerdir. SAPD uygulayan hastaların büyük çoğunluğu daha bağımsız olduğu için bu tedavi yöntemini seçtiklerini belirtmişlerdir (Tablo 32).

SAPD tedavisinin basit ve kolay uygulanabilir olması, daha bağımsız olması ve her yerde uygulama kolaylığı olması gibi avantajları vardır. Bu durumlar hastaların SAPD tedavisini seçmesini sağlamaktadır.

De Vecchi ve ark. (1994) araştırmalarında, hem HD hem de SAPD tedavisini deneyimleyen 120 hastayı incelemişlerdir. Bu hastalardan % 76.33'ünün (92) SAPD tedavisinin ilk tercihleri olduğu ve SAPD'yi seçme nedenlerinin; daha bağımsız olmak, daha fazla boş vakit olması, kendini daha iyi hissetmek ve daha az üzölmek olduğunu bildirmişlerdir (97).

SAPD uygulayan hastaların günlük değişim sayılarına baktığımızda, % 66.67'si 4 kez, % 29.63'ü 5 kez ve % 3.70'i günde 6 kez değişim yaptığını bildirmişlerdir (Tablo 33).

Kaya (1998) yaptığı ęalıřmasında % 86.5'inin günde dört kez, % 11.5'inin beş kez ve % 1.9'unun ise altı kez değişim yaptığını saptamıştır (79).

Hastaların % 18.52'si değişim işleminin günlük yaşantılarına engel olduğunu, % 82.48'i ise engel olmadığını bildirmişlerdir (Tablo 33).

Değişim işleminin hastaların büyük çoğunluğunda engel olmamasının nedeninin SAPD hastalarının %66.67' sının günde 4 değişim yapmasından kaynaklandığı düşünölmektedir. Kaya'nın ęalıřmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (79).

Hastaların SAPD değişimini yaptıkları ortamlar incelendiğinde; hastaların % 88.89'u değişimi evlerinde, % 11.11'i ise hem ev hem de işyerlerinde yaptıklarını bildirmişlerdir (Tablo 34).

SAPD değişimleri gerekli ortam sağlandığında ve temizlik koşullarına uyulduğunda okulda, evde ve işyerinde rahatlıkla yapılabileceği için tıbbi gereksinime göre, ęalıřan hastalar için en uygun tedavi yöntemi olduğu bildirilmektedir (2).

4. 1. 5. HASTALARIN GEVŞEME EGZERSİZLERİNİ UYGULAMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Progresif gevşeme egzersizleri eğitiminin verilmesinden sonra geçen altı hafta içinde bu gevşeme egzersizlerini hastaların; %30.4' ü 1-9 kez, % 41.3' ü 10-19 kez, %15' si 20-29 kez, % 13.0' ı 30 kez veya hergün uygulama yaptıklarını belirtmişlerdir (Tablo 37) (Grafik 1).

Hastalara gevşeme egzersizleri eğitimi verilirken; bu egzersizleri her gün düzenli olarak uygulamalarının önemi özellikle belirtilmiştir.

Cheung ve arkadaşları (2001) hastalardan progresif gevşeme egzersizlerini haftada 2-3 kez uygulanmasını istemişlerdir. Bu ęalıřmada hastaların uygulama sayısı 1-

5 hafta içinde toplam 8 iken, 6-10 hafta arasında uygulama sayısı toplam 6 kez olarak saptanmıştır (35). Hastaların progresif gevşeme egzersizlerini haftada en az bir kere uyguladıkları ve süre geçtikçe uygulama sayısının azaldığı görülmektedir (35).

4. 1. 6. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

4.1. 6. 1. DİYALİZ HASTALARININ PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI ENVANTERİNE VERDİKLERİ YANITLARIN DAĞILIMI

Araştırma kapsamına alınan hastaların gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı düzeyini belirlemeye yönelik verdikleri yanıtların sayı ve yüzde dağılımları Tablo 38'de gösterilmektedir.

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi; en fazla oranla; hastaların huzursuz olmadığı, pişmanlık duygusu içinde olmadığı, kendini kaygılı hissetmediği, gergin olmadığı, kendini heyecanlı ve şaşkın hissetmediği saptanmıştır. Ayrıca hastaların, kendisini biraz sakin hissettiği, biraz emniyette hissettiği, biraz rahat hissettiği, içinde biraz sıkıntı olduğu, kendisini dinlenmiş hissetmediği, kendine biraz güveninin olduğu, kendini biraz sinirli hissettiği, içinde biraz huzursuzluk olduğu, halinden biraz memnun olduğu, biraz endişe içinde olduğu, kendini biraz neşeli hissettiği ve keyfinin biraz yerinde olduğu saptanmıştır. İleride olabilecek kötü olayları oldukça düşünerek üzüldüğü, kendisini oldukça rahatlık içinde hissettiği, oldukça sükunet içinde olduğu çalışma sonuçlarından elde edilen sonuçlar olarak saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki diyaliz hastalarının gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı Tablo 39'da görülmektedir. Hastalarının gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı düzeyi 43.4130 olarak saptanmıştır.

Ankara Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi'nde (1980) 40 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, durumluk kaygı puanı $X = 45.35$ olarak bildirilmiştir (125).

Progresif gevşeme egzersizleri sonrası; Tablo 40'da görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan hastaların; en fazla oranla kendisini tamamıyla sakin hissettiği, kendisini tamamıyla emniyette hissettiği, kendisini tamamıyla rahat hissettiği, kendisini tamamıyla dinlenmiş hissettiği, kendine tamamıyla güveninin olduğu, huzursuz olmadığı, pişmanlık duygusu içinde olmadığı, içinde sıkıntı hissetmediği, ileride olabilecek kötü olayları düşünerek üzülmeyeceği, kendini kaygılı hissetmediği, kendini sınırlı hissetmediği, içinde huzursuzluk olmadığı, gergin olmadığı, endişe içinde olmadığı, kendini heyecanlı ve şaşkın hissetmediği, kendisini oldukça rahatlık içinde hissettiği, oldukça sükunet içinde olduğu, halinden oldukça memnun olduğu, kendini oldukça neşeli hissettiği ve keyfinin oldukça yerinde olduğu saptanmıştır.

Progresif gevşeme egzersizleri hastaların yanıtlarında olumlu değişimler meydana getirmiştir ve bu sonuçlar progresif gevşeme egzersizinin yarattığı olumlu sonuçları gösterdiğini düşündürmektedir ve literatüre uygun sonuçlardır.

Hastaların gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanı (Tablo 41) incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan diyaliz hastalarının durumluk kaygı düzeyi 28.9783 olarak saptanmıştır.

4. 1. 6. 2. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI DÜZEYİNE ETKİ EDEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Diyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyine etki edebilecek faktörler incelendiğinde;

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı hemodiyaliz ve SAPD gruplarına göre incelendiğinde; hemodiyaliz grubuna ait ortalamanın $x = 43.89$, SAPD grubuna ait kaygı ortalamasının $x = 43.07$ olduğu saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F = 0.3936$, $p > 0.05$) (Tablo 42).

Zimmernonn ve ark.'larının (2001) çalışması sonuçları destekler niteliktedir, HD ve SAPD hastalarının kaygı düzeyini inceledikleri çalışmada, gruplar arasında kaygı düzeyi açısından istatistiksel olarak bir fark saptanamamıştır (172).

Bu çalışmalara karşıt olarak Özcan ve ark., HD grubu ile SAPD grubu arasında durumluk kaygı düzeyleri açısından istatistiki olarak anlamlı bir sonuç saptamıştır (115).

Griffin ve ark. (1994) SAPD grubundaki hastaların kaygı puanını HD grubundaki hastalardan daha yüksek olarak saptamıştır. Bunu nedeninin ise, SAPD hastalarının stresi daha fazla deneyimlemeleri ve merkezdeki HD hastalarına göre tıbbi personelden ve diğerlerinden sosyal destek eksikliği nedeniyle daha fazla izolasyon deneyimlemeleri olarak bildirmişlerdir (62).

Fadıloğlu (1987) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmasında durumluk kaygı düzeyini 46.36 olarak (52), Salihoğlu (1980) ise hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmasında durumluk kaygı puanını diyaliz öncesi 45.35, diyaliz sonrası 42.40 olarak bulmuştur (79).

Pınar (1996) yaptığı çalışmada, hemodiyaliz hastalarının durumluk kaygı düzeyini $X=39$ olarak saptamıştır (125).

Özcan ve ark, hemodiyaliz ve SAPD uygulayan hastaların durumluk kaygı düzeyini inceledikleri çalışmalarında, HD hastalarının durumluk kaygı puanını 45.94, SAPD grubununkini ise 39.08 olarak saptamışlardır (115).

Kaya (1998) SAPD uygulayan hastaların durumluk kaygı puanını 33.25 olarak bulmuştur (79). Bu sonuçlar çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Gevşeme egzersizleri sonrasında hemodiyaliz ve SAPD gruplarının durumluk kaygı puanı incelendiğinde; hemodiyaliz grubuna ait ortalamanın $X = 31.89$, SAPD grubuna ait ortalamanın $x= 26.93$ olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiki analizde de bu iki ortalama arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F= 4.9375$, $p<0.05$) (Tablo 42). Hemodiyaliz grubunda 12, SAPD grubunda 16.14 puanlık bir azalma saptanmıştır. Görüldüğü gibi SAPD grubunun durumluk kaygı puanında hemodiyalize göre daha fazla bir azalma meydana gelmiştir. Hemodiyaliz hastalarının tedavi modeline bağlı olarak daha çok kaygı yaşadıkları görülmüştür.

Hastaların durumluk kaygı puanı ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında (Tablo 43); progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 0.2395$, $p>0.05$, $F= 0.0036$, $p>0.05$).

Bu bulgular bize kadın ve erkek hastaların her ikisinin de hastalıktan aynı oranda etkilendiğini göstermektedir.

Killingworth (1996), durumluk kaygı düzeyleri ile cinsiyet arasında bir ilişki saptanamamıştır (84).

Buna karşın; Burton ve ark.(1989), cinsiyet ile durumluk kaygı arasında bir fark saptamışlardır (84). Bu sonuç çalışma bulguları ile paralellik göstermemektedir.

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanı ile yaş grupları istatistiksel olarak karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F=0.7861$, $p>0.05$, $F= 0.8749$, $p>0.05$) (Tablo 44).

Diyaliz tedavisinin neden olduğu psikolojik sorunların her yaş grubunda da eşit olarak algılandığı için yaş grupları arasında bir fark saptanmadığı düşünülmektedir.

Kaya (1998) SAPD uygulayan hastalarda yaptığı çalışmada da yaş grupları ile durumluk kaygı puanı arasında anlamlı bir ilişkinin var olmadığını saptamıştır (79).

Yabancı literatür incelendiğinde ise; Killingworth'un (1996) HD ve SAPD uygulayan hastaların yaşam kalitesini ve kaygı durumlarını incelediği çalışmasında, yaş grupları ile durumluk kaygı düzeyi arasında anlamlı bir sonuç saptanamamıştır (84).

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanı ile medeni durumları arasında yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadığı görülmüştür ($F= 1.3891$, $p>0.05$; $F= 3.1273$, $p>0.05$) (Tablo 45).

Hastaların eğitim durumlarının durumluk kaygı puanı üzerine etkisi incelendiğinde (Tablo 46); hastaların eğitim düzeyi ile progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F=0.6480$, $p> 0.05$; $F= 0.1894$, $p>0.05$).

Progresif gevşeme egzersizlerinin hastaların eğitim düzeyine ve hasta özelliklerine göre verilmesi nedeniyle eğitim durumları arasında fark bulunmadığı düşünülmektedir. Ayrıca hastaların % 67.39'u gibi büyük çoğunluğunun lise veya üniversite/yüksek okul mezunu olması da gruplar arasında fark olmamasını sağlamıştır.

Sosyal güvence ile progresif gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($F= 0.5407$, $p<0.05$) (Tablo 47). Durumluk kaygı puanı ile sosyal güvence arasındaki farkın hangi kurumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Tukey ileri istatistik testinde gruplar arasındaki farkın S.S.K. ile Özel sigorta ve S.S.K. ile Emekli Sandığı arasında olduğu saptanmıştır. Görüldüğü gibi fark S.S.K. kurumundan kaynaklanmaktadır, bu kurumdan faydalanan hastalar araştırma yapılan hastaneye sevkli olarak geldikleri için ara ara sevk problemleri yaşamaktadırlar, bu nedenle S.S.K.'lı hastaların durumluk kaygısının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Progresif gevşeme egzersizleri sonrası; durumluk kaygı düzeyi ile sosyal güvence arasında yapılan varyans analizinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($F= 0.3196$, $p> 0.05$) (Tablo 47).

Hastaların gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanı ile çalışma durumları arasında yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 0.5407$, $p> 0.05$; $F= 1.0771$, $p>0.05$) (Tablo 48). Bu sonuç Kaya'nın (1998) çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir (79).

Bu çalışmalara karşıt olarak; Pınar (1996) çalışmasında durumluk kaygı puanı ile çalışma durumu arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmiştir (125).

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanı ile gelir durumları arasında yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 2.5333$, $p>0.05$; $F= 2.3671$, $p>0.05$) (Tablo 49).

Diyalize başlama süresi ile hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanı karşılaştırılmış aralarında istatistiksel olarak bir fark saptanamamıştır ($F= 0.7971$, $p>0.05$; $F= 2.3623$, $p>0.05$) (Tablo 50).

Pınar'ın (1996) çalışmasında diyaliz süresi ile durumluk kaygı puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (125).

Killingworth (1996) yaptığı çalışmada, diyaliz süresi ile durumluk kaygı düzeyleri arasında bir fark saptanamamıştır (84).

Bu çalışmalara zıt olarak; Burton ve ark. (1989) çalışmalarında diyaliz süresi ile kaygı düzeyleri arasında bir fark saptamışlardır (84).

Hastaların Kt/V değeri ile durumluk kaygı düzeyi arasında progresif gevşeme egzersizleri öncesi anlamlı bir fark saptanamamıştır ($F= 0.0167$, $p>0.05$) (Tablo 51).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi KTI değerleri ile hastaların durumluk kaygı düzeyi arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanamamıştır ($F= 0.3152$, $p>0.05$) (Tablo 52).

Durumluk kaygı puanı ile hastaların progresif gevşeme egzersizlerini uygulama sayısı karşılaştırıldığında; değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($F= 9.8448$, $p<0.05$) (Tablo 53) (Grafik 2). Tukey ileri analizinde 1-9 kez uygulayan hastalar ile 10-19 kez uygulayan hastalar arasında; 1-9 kez uygulayanlar ile 20-29 kez uygulayanlar arasında ve 1-9 kez uygulayanlar ile 30 kez veya hergün uygulayanlar arasında fark bulunmuştur.

Gevşeme egzersizlerinde başarının sırrı işlemi uygulamadır (24). Günde iki mümkün değilse en az bir kere işlemin uygulanması gerekmektedir. Bu sonuçlar gevşeme egzersizlerini uygulama sayısının artması ile durumluk kaygının azaldığını göstermektedir ve sonuçları desteklemektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların, progresif gevşeme egzersizlerini evde uygulama sayısı arttıkça durumluk kaygı düzeyinin azaldığı görülmektedir.

4. 1. 6. 3. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI PUANLARININ İNCELENMESİ

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı incelendiğinde; ortalamanın $X = 43.41$, progresif gevşeme egzersizleri sonrasında ortalamanın $X= 28.98$ olduğu saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur ($t= 11.96$, $p<0,05$) (Tablo 54) (Grafik 3). Durumluk kaygı puanında 14.43' lük bir azalma saptanmıştır.

Progresif gevşeme egzersizlerinin hastaların durumluk kaygı düzeyini azalttığı görülmektedir; bu sonuçlar beklenen sonuçlardır ve araştırmanın hipotezini desteklediği görülmüştür.

Progresif gevşeme egzersizlerinin kaygı düzeyini azalttığı çeşitli araştırmalarla saptanmıştır. Kim & Lee (1989) progresif gevşeme egzersizlerinin kaygı düzeyine olan etkisini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada; hastaların gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı düzeyini $X= 54.2$ egzersiz sonrası ise $X= 41.8$ olarak saptamıştır. Kim & Lee'nin (1989) çalışmasında çalışmanın değerlerine yakın oranda bir azalma saptanmıştır (85).

Arakawa (1997) kemoterapi hastalarında gevşeme egzersizlerinin kaygı düzeyine etkisini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanını $X= 46.3$, gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanını $X= 41.5$ olarak saptamıştır. Arakawa' nın çalışmasında 4.8' lik bir azalma saptanmıştır (16).

Stoudenmire (1975), Knox (1980), Cheung ve arkadaşları (2001) gevşeme yöntemlerinden sonra durumluk kaygı düzeyinin azaldığını saptamışlardır (36, 86, 143).

Rasid (1998) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada; öğrencilerin durumluk kaygı puanının progresif gevşeme egzersizleri sonrasında azaldığını saptamıştır (128).

Bohachick (1984) kalp hastalarına verdiği aşamalı gevşeme eğitimi sonucunda eğitim verilen grupta kontrol grubuna göre durumluk kaygı düzeyinde anlamlı bir fark saptandığını belirlemiştir (30).

Wilk (2001) kalp hastalarının rehabilitasyonunda progresif kas gevşemesi yöntemini kullanmıştır. Bu yöntem sonucunda deney grubunun durumluk kaygı düzeyinin kontrol grubuna göre azaldığını saptamıştır (166).

Alarcon ve ark. (1982) kronik hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada deney grubundaki hastalara diyaliz öncesi 30 dakikalık ilerleyici gevşeme egzersizleri uygulamışlardır. Deney grubunda durumluk kaygı puanın kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (13).

Bu çalışmalar araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Progresif gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanının, progresif gevşeme egzersizlerinden önceki puana göre daha düşük bulunması beklenen bir sonuçtur. Elde edilen bu sonuç hastalara verilen progresif gevşeme egzersizlerinin olumlu etkisini göstermektedir ve araştırmanın hipotezini (Progresif gevşeme egzersizlerinin durumluk kaygı düzeyini azaltıcı etkisi vardır) desteklemektedir.

4. 1. 7. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

4. 1. 7.1. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİNE VERDİKLERİ YANITLARIN DAĞILIMI

Tablo 55’de hastaların gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı envanterine verdikleri yanıtların dağılımı görülmektedir.

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi, en fazla oranla, hastaların keyfinin çoğu zaman yerinde olduğu, çoğu zaman soğukkanlı ve kendine hakim olduğu, çoğu zaman mutlu olduğu, çoğu zaman kendini emniyette hissettiği, hayatından çoğu zaman memnun olduğu, çoğu zaman tutarlı birisi olduğu, çoğu zaman sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçtığı saptanmıştır. Hastaların her zaman çabuk yorulduğu, nadiren olur olmaz durumlarda ağlayacak gibi olduğu, nadiren güçlüklerin yenemeyeceği kadar biriktiğini, önemli olmayan şeyler için nadiren endişelendiği, çabuk karar vermediği için nadiren fırsatları kaçırdığı, nadiren herşeyi kötü tarafından aldığı, nadiren kendine güveninin olmadığı, kendini nadiren hüzünlü hissettiği, nadiren aklından önemsiz düşünceler geçtiği ve kendini rahatsız ettiğini, hayal kırıklıklarını nadiren ciddiye aldığı, son zamanlarda nadiren gerginlik ve huzursuzluk içinde bazen diğerleri kadar mutlu olmayı istedikleri, kendini bazen zinde hissettiğini bildirmişlerdir.

Hastalarının gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı düzeyinin dağılımı görülmektedir (Tablo 56). Araştırma kapsamına alınan hastaların gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı düzeyi 43.6304 olarak saptanmıştır.

Progresif gevşeme egzersizleri sonrası hastaların sürekli kaygı envanterine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 57’de gösterilmektedir.

En fazla oranla hastaların keyfinin çoğu zaman yerinde olduğu, çoğu zaman kendini zinde hissettiği, çoğu zaman mutlu olduğu, çoğu zaman kendini emniyette hissettiği, hayatından çoğu zaman memnun olduğu, olur olmaz durumlarda nadiren

ağlayacak gibi olduğu, diğerleri kadar mutlu olmayı nadiren istedikleri, çabuk karar vermediği için nadiren fırsatları kaçırdığı, nadiren güçlüklerin yenemeyeceği kadar biriktiğini, önemli olmayan şeyler için nadiren endişelendiği, nadiren herşeyi kötü tarafından aldığı, nadiren kendine güveninin olmadığı, kendini nadiren hüzünlü hissettiği, nadiren aklından önemsiz düşünceler geçtiği ve kendini rahatsız ettiğini, hayal kırıklıklarını nadiren ciddiye aldığı, son zamanlarda nadiren gerginlik ve huzursuzluk içinde olduğunu, her zaman soğukkanlı ve kendine hakim olduğu, her zaman tutarlı birisi olduğu, bazen çabuk yorulduğunu, bazen sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçtığını bildirmişlerdir.

Progresif gevşeme egzersizlerinin olumlu etkileri hastaların yanıtlarında olumlu değişimler meydana getirmiştir ve bunlar beklenen sonuçlardır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı düzeyi 31.09 olarak saptanmıştır (Tablo 58). Sürekli kaygı puanının gevşeme egzersizlerine göre azaldığı görülmektedir.

4. 1. 7. 2. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİNE ETKİ EDEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanı, hemodiyaliz ve SAPD gruplarına göre karşılaştırıldığında; progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı düzeyi incelendiğinde; hemodiyaliz grubuna ait ortalamanın $X = 43.95$, SAPD grubuna ait kaygı ortalamasının $x = 43.41$ olduğu saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F = 0.0353$, $p > 0.05$) (Tablo 59).

Diyaliz hastalarında normal yaşam düzeninin önemli ölçüde bozulduğu bilinmektedir. Bu hastalar kendilerini sıkıntılı bir diyaliz işlemine, tıbbi bakıma ve tıbbi personele bağımlı bulurlar ve sıvı-diyet kısıtlaması, ilaç alımı, sık hastalanma, iş kaybı strese ve kaygıya neden olmaktadır. Bu durumların hem hemodiyaliz hem de periton

diyalizi hastalarını etkilemekte olduğu ve her iki grup da eşit oranda kaygı oluşturduğu düşünülmektedir.

Özcan ve ark, HD ve SAPD grubu arasında sürekli kaygı düzeyini inceledikleri çalışmada iki grup arasında bir fark saptamışlardır (115).

Fadıloğlu (1987) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmasında sürekli kaygı puanını 50.42 olarak, Kaya (1998) SAPD uygulayan hastaların sürekli kaygı puanını 39.76 olarak saptamıştır (52, 79). Bu sonuçlar çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Özcan ve ark., sürekli kaygı puanlarını, HD grubu için 49.65, SAPD grubundaki hastalar için 44.12 olarak saptamışlardır (115). Killingworth (1996) tarafından yapılan çalışmada, HD ve SAPD grubu arasında hem durumluk hem de sürekli kaygı düzeyi arasında bir fark saptanamamıştır (84).

Burton ve arkadaşları (1989) buna karşıt olarak; diyaliz grupları ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyi arasında bir fark saptamıştır (84).

Progresif gevşeme egzersizleri sonrasında hemodiyaliz ve SAPD gruplarının sürekli kaygı puanı incelendiğinde; hemodiyaliz grubuna ait ortalamanın $X = 32.68$, SAPD grubuna ait ortalamanın $x = 26.96$ olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiki analizde de bu iki ortalama arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır ($f = 2.0064$, $p > 0.05$) (Tablo 59). Hemodiyaliz grubunda 11.27, SAPD grubunda 16.45 puanlık bir azalma saptanmıştır. Bu sonuçlar bize progresif gevşeme egzersizleri eğitiminin; her iki gruba da eşit şartlarda verildiğini göstermektedir.

Sürekli kaygı puanı ile hastaların cinsiyetleri karşılaştırıldığında (Tablo 60); progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F = 0.0089$, $p > 0.05$, $F = 2.0064$, $p > 0.05$). Bu bulgular bize kadın ve erkek hastaların her ikisinin de hastalıktan aynı oranda etkilendiğini göstermektedir.

Livesley (1982) kronik hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada; kadınların kaygı puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir (98).

Sürekli kaygı puanı ile yaş grupları karşılaştırıldığında progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($F = 1.3848$, $p > 0.05$, $F = 1.9542$, $p > 0.05$) (Tablo 61).

Diyaliz tedavisinin neden olduğu psikolojik sorunların her yaş grubunda da eşit olarak algılandığı için yaş grupları arasında bir fark saptanmadığı düşünülmektedir.

Rice ve arkadaşları (1985) gevşeme egzersizlerinden sonra; yaş grupları ile sürekli kaygı düzeyi arasında bir ilişki saptayamamışlardır. Bu sonuç çalışma ile uyum içindedir (129).

Sürekli kaygı puanı ile hastaların medeni durumları arasında hem progresif gevşeme egzersizleri öncesi hem de sonrası anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($F=3.3749$, $p<0.05$; $F=3.8718$, $p<0.05$) (Tablo 62). Yapılan Tukey ileri istatistik testinde gruplar arasındaki bu farkın evli ve bekar hastalardan kaynaklandığı saptanmıştır. Evli hastaların sürekli kaygı puanı gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası bekar hastalardan daha düşük bulunmuştur. ESRD'nin kronik bir hastalık olması nedeniyle, hastalar için eş, arkadaş veya aile desteği çok önemlidir. Eşlerin hastaların tedavi sürecine destek olduğu için sürekli kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanı ile eğitim düzeyi arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir sonuç saptanamamıştır ($F=0.0699$, $p>0.05$; $F=0.7877$, $p>0.05$) (Tablo 63).

Rice ve arkadaşları (1985) gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı düzeyi ile eğitim durumu arasında bir fark bulamamıştır (129). Bu sonuç çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile sosyal güvence arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($F=3.1136$, $p<0.05$) (Tablo 64). Diyaliz işlemi hastaları psikolojik olarak etkilediği gibi oldukça fazla bir maliyete neden olduğundan aynı zamanda maddi olarak da etkilemektedir. Sosyal güvence olmaması durumunda hastaların bu maddi yükü karşılamaları zordur ve bu durum hastalarda kaygıya neden olmaktadır.

Sürekli kaygı puanı ile sosyal güvence arasındaki farkın hangi kurumdan olduğunu saptamak amacıyla yapılan Tukey ileri istatistik testinde gruplar arasındaki farkın S.S.K. ile Özel sigorta ve S.S.K. ile Emekli Sandığı arasında olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan tüm hastaların sosyal güvenceye sahip oldukları halde, gruplar arasında fark çıkmasının nedeninin çalışmanın yapıldığı tarihler arasında S.S.K. hastalarının bu kurumda tedavilerinin yapılmaması olduğu düşünülmektedir.

Sürekli kaygı düzeyi ile sosyal güvence arasında da progresif gevşeme egzersizleri sonrası anlamlı bir fark saptanamamıştır ($F= 2.1261, p>0.05$) (Tablo 64).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile çalışma durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 1.5611, p>0.05$) (Tablo 65).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık nedeni ile çalışamaması, diyaliz tedavisi gibi iyi beslenme ve düzenli ilaç alımını gerektiren bir tedavi yönteminde hastaların ekonomik yönden güç durumda kalmasına ve kaygı yaşamalarına neden olmakta olduğu bildirilmektedir (79).

Çalışmaya karşıt olarak; Kaya (1998) araştırmasında sürekli kaygı düzeyi ile çalışma durumu arasında anlamlı bir fark saptamıştır (79).

Progresif gevşeme egzersizleri sonrası, sürekli kaygı düzeyi ile çalışma durumu arasında bir ilişki saptanmıştır ($F= 4.5379, p< 0.05$) (Tablo 65). Çalışan hastaların sürekli kaygı puanının çalışmayanlara göre daha fazla azaldığı bulunmuştur.

Sürekli kaygı puanı ile hastaların gelir durumları arasında hem progresif gevşeme egzersizleri öncesi hem de sonrası anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($F= 3.3849, p<0.05; F= 3.7989, p<0.05$) (Tablo 66). Bu farkın geliri giderini karşılamayan hasta grubu ile geliri giderini karşılayan hasta grubu arasında olduğu bulunmuştur. Geliri giderini karşılayan hastaların sürekli kaygı puanının daha düşük olduğu görülmektedir.

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanı ile diyalize başlama süresi arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($F= 0.5994, p>0.05; F= 1.1154, p>0.05$) (Tablo 67).

Kaya'nın (1998) yaptığı çalışmada sürekli kaygı ile diyaliz süresi arasında fark bulunamamıştır (79).

Bu çalışmalara zıt olarak; Burton ve ark. (1989) çalışmalarında diyaliz süresi ile kaygı düzeyleri arasında bir fark saptamışlardır (84).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi Kt/V değeri ile sürekli kaygı düzeyi arasında yapılan analizin anlamlı olmadığı görülmüştür ($F= 3.8711, p>0.05$) (Tablo 68).

KTI değeri ile sürekli kaygı düzeyi arasında progresif gevşeme egzersizleri öncesi anlamlı bir etkileşim olmadığı görülmüştür ($F= 0.0023, p>0.05$) (Tablo 69).

Sürekli kaygı puanı ile gevşeme egzersizlerini uygulama sayısı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($F= 5.2623, p<0.05$) (Tablo 70) (Grafik 4). Tukey ileri analizinde

1-9 kez uygulayan hastalar ile 10-19 kez uygulayan hastalar arasında; 1-9 kez uygulayanlar ile 20-29 kez uygulayanlar arasında ve 1-9 kez uygulayanlar ile 30 kez veya hergün uygulayanlar arasında fark bulunmuştur.

Gevşeme egzersizlerini uygulama sayısının artması ile sürekli kaygının azaldığını görülmektedir ve sonuçları desteklemektedir.

4. 1. 7. 3. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI SÜREKLİ KAYGI PUANININ İNCELENMESİ

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı incelendiğinde; ortalamanın $X = 43.63$, progresif gevşeme egzersizleri sonrasında ortalamanın $X = 31.09$ olduğu saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur ($t = 11.60$, $p < 0,001$) (Tablo 71) (Grafik 5). Sürekli kaygı puanında 12.54' lük bir azalma saptanmıştır. Progresif gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı puanının, gevşeme egzersizlerinden önceki puana göre daha düşük bulunması beklenen bir sonuçtur ve hastalara verilen progresif gevşeme egzersizlerinin olumlu etkisini göstermektedir. Progresif gevşeme egzersizlerinin hastaların sürekli kaygı puanını azalttığı saptanmıştır.

Stoudenmire (1975), progresif gevşeme egzersizlerinin sürekli kaygı düzeyini azaltmadığını bildirdiği çalışma bu çalışmaya paralellik göstermemektedir (143).

4. 1. 8. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

4. 1. 8. 1. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI YAŞAM KALİTESİ ALT SKALA SORULARINI YANITLAMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Progresif Gevşeme Egzersizleri öncesi;

Hastaların yaşam kalitesi genel fiziki durum alt skalası ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 72' de verilmiştir.

Hastaların % 23.9'unun ağrısının, % 26.1'inin bulantısının, % 21.7'sinin kusmasının olduğu, % 93.5'inin kendini güçlü hissettiği ve % 97.8'inin iştahının olduğu saptanmıştır.

Hastanın bulantı-kusma oranlarının bu kadar düşük olma nedeninin diyaliz tedavisinin yeterli düzeyde yapıldığını düşündürmektedir.

Akyol (1992) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada; hastaların % 73'ünün bulantı ve kusmasının olduğunu, % 81.77'sinin vücudunda ağrı hissettiğini, % 61.54'ünün iştahının iyi olduğunu saptamıştır (11).

Lok (1996) çalışmasında HD hastalarının % 64'ünün hala ağrı deneyimlemekte olduğunu ve % 57'sinin hala bulantısının olduğunu belirtmiştir (99). Çalışmada ağrısı ve bulantısı olan HD hastalarının oranı daha azdır.

Hastaların yaşam kalitesi önemli insan faaliyetleri alt skalası ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; (Tablo 73).

Diyalize devam eden hastaların % 96.3'ünün olağan görevlerini yerine getirebildiği, hepsinin yemek yiyebildiği, % 67.4'ünün cinsel doyum sağlayabildikleri, % 82.6'sının uyuyabildiği saptanmıştır.

Akyol (1992) tarafından yapılan çalışmada, hastaların % 65.38'inin cinsel yaşamından memnun olduğu belirtilmiştir (11).

Lok'un (1996) çalışmasında HD hastalarının sadece %21'inin, SAPD hastalarının % 42.9'unun olağan görevlerini yerine getirebildiği, HD hastalarının % 28.6'sının iyi uyuyabildiği saptanmıştır (99).

Erkeklerde yapılan bir araştırmada cinsel işlev bozukluğunun % 70 oranında görüldüğünü göstermiştir (67, 117, 150).

Fearning (1992), Milde ve ark. (1996) tarafından yapılan çalışmalarda diyaliz hastalarında seksüel fonksiyonların önemli ölçüde bozulduğu saptanmıştır (109). Milde ve ark.'nın (1996) yaptığı son araştırma verileri, diyaliz hastalarının % 65'inin seksüel ilişkilerinden memnun olmadığını göstermiştir (109).

Diyaliz hastalarında uyku bozukluklarının sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir. Uyku bozuklukları ile hem hemodiyaliz hem de SAPD hastalarında aynı oranda karşılaşılmaktadır (43).

Walke, Fine & Kryger, (1995) alışmalarında diyaliz hastaların % 85'inden fazlasında major uyku sorunları olduğunu saptamışlardır (120). Ayrıca uyku bozukluklarının subjektif yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (106).

Bu çalışmalara karşıt olarak çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun (% 67.4) cinsel hayatlarından memnun olduğu ve yine büyük çoğunluğunun (% 82.6) uyuyabildiği saptanmıştır. Hastaların çoğunun cinsel hayatlarından memnun olma nedeninin hastaların bu soru karşısında utanmış olmaları nedeniyle soruyu doğru olarak yanıtlanmadıkları olduğu düşünülmektedir.

Hastaların yaşam kalitesi genel yaşam kalitesi alt skalası ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 74' de verilmiştir.

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi hastaların % 73.9'unun yaşam kalitesinin biraz iyi olduğu, % 71.7'sinin eğlenebildiği, % 89.1'inin yaşamından memnun olduğu, % 78.2'sinin kendisini yararlı hissettiği ve % 74.1'inin tıbbi bakımın maliyetinden endişelenmediği saptanmıştır.

Akyol'un (1992) alışmasında hastaların % 77'sinin yaşamından memnun olduğu ve kendisini çevresindekilere karşı yararlı hissettiği saptanmıştır (11).

Lok'un (1996) alışmasında HD hastalarının sadece %28.5'inin, SAPD hastalarının % 57.1'inin yaşamlarından memnun olduğu bildirilmiştir (99).

Progresif Gevşeme Egzersizleri sonrası;

Hastaların yaşam kalitesi genel fiziki durum alt skalası ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 75' de verilmiştir.

Hastaların % 6.5'inin ağrısının, % 6.5'inin bulantısının, % 2.2'sinin kusmasının olduğu ve hastaların tamamının kendini güçlü hissettiği ve iştahının olduğu saptanmıştır.

Görüldüğü gibi progresif gevşeme egzersizleri sonrası hastaların ağrısının, bulantısının ve kusmasının azaldığı saptanmıştır. Bu beklenen bir sonuçtur. Çünkü gevşeme egzersizlerinin ağrıyı gidermede ve bulantı-kusmayı azaltmadaki etkisi saptanmıştır.

Lerman ve arkadaşları (1990), Molassiotis ve arkadaşları (2002) kemoterapi alan hastalarda yaptığı çalışmalarda, progresif gevşeme egzersizlerinin kemoterapiden sonra oluşan bulantıyı ve kusmayı azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir (94, 107).

Shaw & Ehrlich (1987) ülseratif koliti olan hastalarda yapılan çalışmalarında, yedi farklı ağrı ölçümü sonucu progresif gevşeme egzersizleri uygulanan deney grubu lehine önemli farklılıklar bildirmişlerdir (33).

Benzer olarak, Dulski & Newman (1989) romatoid artritli kadın hastaları deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayırmıştır. Deney grubundakilere progresif gevşeme egzersizlerini uygulamıştır. Daha sonra iki grubu da Mc Gill Ağrı Skalası ile değerlendirmiş, deney grubundaki hastaların ağrı puanları kontrol grubundakilere göre önemli oranda daha düşük çıkmıştır (33).

Trzcieniecka-Green&Steptoe (1994) çalışmalarında gevşeme egzersizlerinin fizyolojik genel iyilik halini yükselttiğini saptamışlardır (153).

Progresif gevşeme egzersizleri sonrası, hastaların yaşam kalitesi önemli insan faaliyetleri alt skalası incelendiğinde; hepsinin olağan görevlerini yerine getirebildiği ve yemek yiyebildiği, % 71.7'sinin cinsel doyum sağlayabildikleri, % 95.7'sinin uyuyabildiği saptanmıştır (Tablo 76).

Görüldüğü gibi tüm sorulara verilen yanıtların yüzdesinde olumlu yönde bir artma meydana gelmiştir. Gevşeme egzersizlerinin olumlu etkileri yine bu sonuçlarla ortaya çıkmaktadır.

Trzcieniecka-Green & Steptoe (1994) kalp hastalarında gevşeme egzersizlerinin etkisini saptamak amacı ile yaptığı çalışmasında; gevşeme egzersizlerinin cinsel ilişkinin kalitesini ve cinsel doyumunu arttırdığını saptamışlardır. Ayrıca çalışmalarında gevşeme egzersizlerinin hastanın günlük yaşam aktivitelerini arttırdığını da bildirmişlerdir ve bu şekilde hastalar olağan görevlerini yerine getirebilmektedir (153).

Kim & Lee (1989), progresif gevşeme egzersizlerinin uyku bozukluklarını düzeltmedeki etkisini saptamak amacı ile yaptığı çalışmada progresif gevşeme egzersizlerinin uyku süresini uzattığını ve uyku bozukluğunu düzelttiğini saptamışlardır (85).

Hastaların yaşam kalitesi genel yaşam kalitesi alt skalası ile ilgili sorulara verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 77' de verilmiştir. Progresif gevşeme egzersizleri sonrası, hastaların % 67.4'ünün yaşam kalitesinin biraz iyi olduğu, % 89.1'inin eğlenebildiği, hastaların hepsinin yaşamından memnun olduğu, % 93.5'inin kendisini yararlı hissettiği ve % 73.9'unun tıbbi bakımın maliyetinden endişelenmediği saptanmıştır.

Progresif gevşeme egzersizlerinin yaşam doyumunu arttırdığı ve fiziksel, psiko-sosyal iyilik halini geliştirdiği bildirilmektedir (35).

Spirito ve arkadaşları (1984) kistik fibrozisi olan hastalarda gevşeme eğitiminin yaşam kalitesine olan etkisini incelediği çalışmada, yaşam kalitesinin olumlu yönde değiştiğini saptamışlardır (140). Yine sorulara verilen yanıtlarda gevşeme egzersizleri sonrasında olumlu yönde bir artma ortaya çıkmıştır.

4. 1. 8. 2. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI YAŞAM KALİTESİ PUAN ORTALAMALARINA ETKİ EDEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puan ortalamaları hemodiyaliz ve SAPD gruplarına göre karşılaştırıldığında (Tablo 78); hemodiyaliz grubuna ait ortalamanın $X = 27,6842$, SAPD grubuna ait ortalamanın $x = 29,3333$ olduğu saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=3.0049$, $p>0,05$)

ESRD'nin çeşitli tedavi tipleri arasındaki yaşam kalitesini karşılaştıran bir çok araştırma vardır. Fakat sonuçlar hala birbiriyle uyuşmamaktadır (99). Simmons ve ark, (1984), Evans ve ark (1985), Morris & Jones (1989), Auer ve ark. (1990), Fox ve ark (1991), Lok (1996) tarafından yapılan çalışmaların çoğunda SAPD grubunun yaşam kalitesi hemodiyaliz grubuna göre daha iyi olarak saptanmıştır (21, 50, 55, 97, 99, 108, 138).

Wang ve ark. (1993) yaptıkları çalışmada SAPD ve HD grubu arasında yaşam kalitesi bakımından bir fark bulamadılar (163). Bu sonuçlar Rozenbom ve ark. (1985), Tucker ve ark. (1992), Killingworth (1996), Luk Suet (2001)'in sonuçları ile paralellik göstermektedir (84, 100, 130, 154). Waiser ve ark. (1998) yaptıkları çalışmada da Wang'ın sonuçlarına benzer sonuçlar elde edilmiştir (162). Tüm bu sonuçlar, çalışma ile uyum içindedir.

Progresif gevşeme egzersizleri sonrasında hemodiyaliz ve SAPD gruplarının yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; hemodiyaliz grubuna ait ortalamanın $X = 29,5262$, SAPD grubuna ait ortalamanın $x = 29,6667$ olduğu saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($F=0,0412$, $p>0,05$).

Progresif gevşeme egzersizleri sonrasında hemodiyaliz ve SAPD gruplarının yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında bir fark bulunmaması bize gevşeme egzersizleri eğitiminin her iki gruba da eşit şartlarda verildiğini göstermektedir.

Hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında (Tablo 79); progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 0.0031$, $p>0.05$, $F= 0.5016$, $p>0.05$).

Durna ve Yeşiltepe (1995) hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada cinsiyet ile yaşam kalitesi puanı arasında bir ilişki bulamamışlardır (47).

Norman B. Levy'nin (1975) hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini saptamak üzere 18 hastada yaptığı bir çalışmada hastalığa kadınların erkeklerden daha iyi uyum sağladıkları saptanmıştır (110).

Evans ve ark (1985) ise, hastaların cinsiyet durumlarına göre fiziksel iyilik halinin erkeklerde kadınlara göre, psikolojik iyilik halinin ise kadınlarda erkeklere göre daha iyi olduğunu saptamışlardır (50).

Lindquist (1997) ve Luk Suet (2001) bu sonuçlara karşıt olarak kadınlarda yaşam kalitesi puanını erkeklerden daha düşük olarak saptamışlardır (97, 100). Feste'nin (1991) çalışma bulguları da Lindquist'in bulgularını destekler niteliktedir. Feste (1991) çalışmasında erkeklerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi görüşlerinin kadınlara göre daha iyi olduğunu saptamıştır (54).

Yaşam kalitesi puan ortalamaları ile yaş grupları karşılaştırıldığında (Tablo 80); hastaların yaşı ile progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 2.5350, p>0.05, F= 1.4334, p>0.05$).

Bu sonuçlar Akyol'un (1992) sonuçları ile paralellik göstermektedir (11).

Yeşiltepe (1995), Durna ve Yeşiltepe (1995), Cristovao (1999), Tucker ve ark. (1992), Luk Suet-Ching (2001) yaptıkları çalışmalarda yaş grupları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (36, 47, 100, 154, 171).

Alınan bu sonuçlar ESRD hastalığının ve semptomlarının tüm hastalarda aynı şekilde etki yaptığı şeklinde yorumlanabilir.

Bu çalışmalardan farklı olarak Pınar ve ark., (1995) hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında, hasta yaşı ile yaşam kalitesi toplam puanları arasında negatif korelasyon saptamışlardır, yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düşmekte olduğu bildirilmiştir (124).

Gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puan ortalamaları ile medeni durumları arasında yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 2.7801, p>0.05, F= 2.0048, p>0.05$) (Tablo 81).

Durna ve Yeşiltepe (1995) tarafından yapılan çalışmada da yaşam kalitesi ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki saptanamadığı bildirilmiştir (47).

Luk Suet-Ching (2001) Hong Kong'lu hastaların yaşam kalitesini incelediği çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir fark bulamamıştır (100).

Bu sonuçlara karşıt olarak, Evans ve ark. (1985), tarafından yapılan çalışmada; evli olan hastaların yaşam kaliteleri en yüksek bulunmuştur (50).

Hastaların eğitim durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde (Tablo 82); hastaların eğitim düzeyi ile gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 1.4959, p>0.05, F= 1.4826, p>0.05$). Gevşeme egzersizlerinin hastaların eğitim düzeyine göre verilmesi ve eğitimin hasta özelliklerine göre yapılması nedeniyle eğitim durumları arasında fark bulunmadığı düşünülmektedir.

Wolcott ve ark. (1988), Tucker ve ark. (1992), Durna ve Yeşiltepe (1995) eğitim düzeyi ile hastaların yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin önemli olmadığını belirlemişlerdir (47, 154, 167).

Ancak, Palmore ve ark. (1977), Evans ve ark. (1985), Luk Suet-Ching (2001) çalışmalarında eğitim durumunun artmasına paralel olarak yaşam kalitesinin arttığını, daha iyi eğitim ile daha iyi yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir (50, 100, 119).

Bu çalışmalara benzer olarak, Grumke ve ark. (1994) hasta eğitim programlarının etkinliği konusunda yaptıkları çalışmada hastaların eğitim düzeyi ne olursa olsun, uygulanan eğitimden yararlandıklarını belirlemişlerdir (47).

Gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi puan ortalaması ile diyaliz hastalarının çalışma durumları arasında yapılan analiz sonucunda (Tablo 83); istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($F= 4.5580, p<0.05$).

Çalışan hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Bu beklenen bir sonuçtur ve literatür bilgisi ile uyumludur. Hastalara uygulanan iş rehabilitasyonu ile işverenlerin eğitimi ile hastaların çalışabilecekleri iş ortamlarının sağlanabileceği düşünülmektedir. Böylece hastaların yaşam kalitelerinin artırılması da mümkün olabilecektir.

Evans ve ark. (1985), son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam kalitesini saptamaya yönelik olarak yaptığı çalışmada, çalışan hastaların yaşam kalitesinin özellikle subjektif yaşam doyumlarının yüksek olduğunu bulmuşlardır (50).

Durna ve Yeşiltepe (1995)'nin bulguları da çalışmamızla paralellik göstermektedir (47).

Hastaların gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi puan ortalaması ile çalışma durumları arasında yapılan analiz sonucunda (Tablo 83); istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 1.1780, p>0.05$).

Gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puanı ile diyalize başlama süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($F= 0.3799, p>0.05$; $F= 0.5305, p> 0.05$) (Tablo 84).

Wolcott ve ark (1988), Pınar ve ark. (1995), Durna ve Yeşiltepe (1995) Cristovao (1999), hemodiyaliz hastalarının diyalize başlama zamanlarının yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığını belirlemişlerdir (36, 47, 124, 167).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının KT/V değerlerine göre dağılımı (Tablo 85) görülmektedir. Yapılan

analizde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=3.1060, $p > 0.05$).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası hastaların KTI değerleri ile yaşam kalitesi toplam puanları karşılaştırıldığında (Tablo 86) aralarında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (F= 2.4105, $p > 0.05$).

Yaşam kalitesi puan ortalamaları ile gevşeme egzersizlerini uygulama sayısı karşılaştırıldığında (Tablo 87) (Grafik 6); iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (F= 0.9283, $p > 0.05$).

Progresif gevşeme egzersizlerini uygulama sayısı ile durumluk-sürekli kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmış iken, yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Uygulama sayısının yaşam kalitesini yükseltmede önemli olmadığı saptanmıştır.

4. 1. 8. 3. HASTALARIN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI YAŞAM KALİTESİ PUANININ İNCELENMESİ

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi, yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; ortalamanın $X = 28,6522$, gevşeme egzersizleri sonrasında ortalamanın $X = 29.6087$ olduğu saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur ($t = -3,28$, $p < 0,05$) (Tablo 88) (Grafik 7).

Progresif gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi puan ortalamasının gevşeme egzersizlerinden önceki puana göre yüksek bulunması beklenen bir sonuçtur. Elde edilen bu sonuca göre; hastalara verilen gevşeme egzersizlerinin hastaların yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir ve araştırmanın hipotezini desteklemektedir.

Cheung ve arkadaşları (2001) stomalı hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisini saptamak üzere yaptıkları çalışmada; progresif gevşeme egzersizlerinin yaşam kalitesini yükselttiğini saptamışlardır (35). Sipirito ve arkadaşlarının (1984) sonuçları da çalışma ile uyumludur (140). Çeşitli çalışmalarda progresif gevşeme egzersizlerinin yaşam kalitesini yükselttiği, baş etme yöntemlerini değiştirdiği bildirilmektedir (35). Bu sonuçlar çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Hastaların Yaşam Kalitesi alt skala değerlendirmeleri incelendiğinde (Tablo 89);

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi genel fiziki durum alt skala puan ortalaması $x=8.61$, progresif gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi genel fiziki durum alt skala puan ortalaması $x=8.28$ olarak saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($0.046, p<0.05$) (Tablo 89) (Grafik 8, 9).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi önemli insan faaliyetleri alt skala puan ortalaması $x=9.76$, gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi önemli insan faaliyetleri alt skala puan ortalaması $x= 10.17$ olarak saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($0.12, p<0.05$) (Tablo 89) (Grafik 8, 9). Bu farkın özellikle önemli insan faaliyetleri alt skala değişkenlerinden **olağan görevlerinizi yerine getirebiliyor musunuz** (gevşeme egzersizleri öncesi % 67.4 çok; gevşeme egzersizleri sonrası % 76.1 çok) ve **iyi uyuyabiliyor musunuz** (gevşeme egzersizleri öncesi % 58.7 çok, gevşeme egzersizleri sonrası % 67.4 çok) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Progresif gevşeme egzersizlerinin yararlarından birinin “**uykuyu kolaylaştırmak**” olduğu bilinmektedir. Greeff (1998) uykusuzluk çeken kronik alkolik erkeklerde progresif gevşeme tekniklerinin uyku düzeni üzerine olan etkisini incelediği çalışmasında; bu gevşeme tekniklerinin uyku düzenini anlamlı olarak düzelttiğini saptamıştır (61). Bu soruya verilen yanıtların artması, progresif gevşeme egzersizlerinin uyku üzerine etkili olduğunu göstermektedir.

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi genel yaşam kalitesi alt skala puan ortalaması $x=10.28$, progresif gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi genel yaşam kalitesi alt skala puan ortalaması $x= 11.15$ olarak saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($0.00, p<0.05$) (Tablo 89) (Grafik 8, 9). Bu farkın özellikle genel yaşam kalitesi alt skala değişkenlerinden **eğlenebiliyor musunuz** (gevşeme egzersizleri öncesi % 30.4 çok; gevşeme egzersizleri sonrası % 37 çok), **yaşamınızdan memnun musunuz** (gevşeme egzersizleri öncesi % 52.2 çok; gevşeme egzersizleri sonrası % 63 çok) ve **kendinizi yararlı hissediyor musunuz** (gevşeme egzersizleri öncesi % 56.5 çok; gevşeme egzersizleri sonrası % 73.9 çok) kaynaklandığı düşünülmektedir.

4. 1. 9. GEVŞEME EGZERSİZLERİ ÖNCESİ VE SONRASI DURUMLUK KAYGI, SÜREKLİ KAYGI VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanı, sürekli kaygı puanı ve yaşam kalitesi puanının karşılaştırılması Tablo 90' da gösterilmektedir.

Gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($r= 0.1844$, $p>0.05$).

Gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı arasında bir ilişki saptanamamıştır ($r= 0.0702$, $p>0.05$). bu sonuca karşıt olarak; Öner (1977) durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında önemli ve korelatif bir ilişkinin bulunduğunu saptamıştır (113).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puanı ile gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı arasında bir ilişki saptanamamıştır ($r= 0.2328$, $p>0.05$). Yaşam kalitesi toplam puanının durumluk kaygı puanından etkilenmediği görülmektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puanı arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= - 0.4652$, $p< 0.05$). Sürekli kaygı puanı arttıkça yaşam kalitesi toplam puanı azalmaktadır. Bu beklenen bir sonuçtur, bireylerin sürekli olarak kaygı yaşamalarının yaşam kalitesini azaltacağı düşünülmektedir.

Gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($r= - 0.1146$, $p> 0.05$). Gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanırken; gevşeme egzersizleri sonrası böyle bir ilişki görülmemektedir. Gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi sürekli kaygı puanından etkilenmemektedir.

Gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= 0.6458$, $p<0.01$). Gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanı azaldıkça sürekli kaygı puanı da azalmıştır. Bu sonuçlar beklenen sonuçlardır ve araştırmayı desteklemektedir.

Gevşeme egzersizlerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyini azalttığı saptanmıştır. Kaya (1998) SAPD hastalarında durumluk kaygı puanı ile sürekli kaygı puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= 0.6198$, $p<0.05$) (79).

Gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= 0.3921$, $p<0.01$).

Gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= 0.6364$, $p<0.01$). Gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı puanının gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanına göre azaldığı görülmektedir ve bu sonuç da; progresif gevşeme egzersizlerinin etkisini göstermektedir.

Gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi toplam puanı arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= - 0.3707$, $p<0.05$). Sürekli kaygı puanı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır.

Gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puanı ile gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= 0.7989$, $p< 0.01$). Yine gevşeme egzersizlerinin olumlu etkisi burada da görülmektedir, gevşeme egzersizlerinin yaşam kalitesini yükselttiği saptanmıştır. Bu sonuçların çalışmanın hipotezini desteklediği görülmektedir.

4. 2. SONUÇLAR

Diyaliz hastalarında gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi amaçlanan bu deneysel araştırmanın genel sonuçlarına göre:

Progresif gevşeme egzersizlerinin hastaların durumluk kaygı düzeyini (t: 11.96, $p < 0.001$) ve sürekli kaygı düzeyini azalttığı (t: 11.60, $p < 0.001$) ve yaşam kalitesini yükselttiği (t: -3.28, $p < 0.05$) saptanmıştır.

Yaşam Kalitesi İndeksi'nin geçerlik çalışmasında; dil geçerliliği ve içerik geçerliliği (content validity) için uzman görüşü alınmıştır. İçerik geçerliliği için Kendall Uyuşum Katsayısı hesaplanmıştır (Tablo 5)

Yaşam Kalitesi İndeksinin test – tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak saptanmıştır (Tablo 6).

Yaşam Kalitesi İndeksinin birinci ve ikinci uygulama için iki yarı arasındaki korelasyon 0.68, 0.62, Gutman Split Half güvenilirlik katsayıları 0.75, 0.69, Sperman Brown katsayıları 0.75, 0.69 olarak saptanmıştır (Tablo 8, Tablo 9).

Yaşam Kalitesi İndeksinin birinci ve ikinci uygulama için cronbach alfa değerleri 0.78, 0.75 olarak bulunmuştur (Tablo 10).

Araştırma kapsamında toplam 46 hasta bulunmakta olup, bu sayının % 41.30' unu (19) hemodiyaliz, % 58.70' ini (27) SAPD hastaları oluşturmaktadır. Hastaların % 52.17' si 25-44 yaş grubundan olup, yaş ortalaması 38.74 olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamındaki hastaların % 58.70' i erkek hastalar olup, % 60.87' sinin evli, %36.96' sının lise mezunu olduğu (Tablo 14).

Araştırmaya katılan hastaların % 21.74' nü emeklilerin oluşturduğu, tüm hastaların sosyal güvencesi bulunduğu, % 58.70' i gelirinin gidere göre yüksek olduğu, % 86.95' nin çekirdek aile yapısını gösteren ailelerde yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 15).

Hastaların halen % 67.39' nun para getiren bir işleri olmadığı (Tablo 16), % 35.48' nin hastalık nedeni ile çalışmadıkları (Tablo 17) ve % 26.09'unun kronik böbrek yetmezliği tanısı aldıktan işinden ayrıldığı (Tablo 18) saptanmıştır.

Hastaların % 58.70'i eşlerinin yardımcı olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 19).

Araştırma kapsamına alınan hastaların % 67.39' unun ise sigara içmediği (Tablo 20), % 71.74' ünün hiç alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 21).

Hastaların hastalığa ilişkin verileri incelendiğinde; %86.96' sının ailesinde başka böbrek hastalığı bulunmadığı (Tablo 22),

Araştırma kapsamındaki hastaların % 50.00' si nin 73 ay ve üzeri hastalık yaşına sahip oldukları (Tablo 23),

Hasta dosyalarından alınan verilere göre; hastaların % 30.42'sinin kronik böbrek yetmezliğine neden olan hastalığın belli olmadığı, % 21.73'ünün kronik glomerulo nefrit tanısı aldığı saptanmıştır (Tablo 24).

Hastaların % 54.35' inde hastalığa bağlı bir komplikasyon olmadığı saptanmıştır (Tablo 25).

Diyaliz hastalarının % 67.39'unun Kt/V değerlerinin yeterli (Tablo 27); % 67.4'ünün KTI değeri kötü (Tablo 28) olduğu saptanmıştır.

Hemodiyaliz hastalarına ilişkin veriler incelendiğinde; hastaların %52.63' nün 37 aydan daha fazla süreden beri hemodiyalize girdikleri ve % 63.16' sının haftada 3 kez 5'er saat diyalize girdikleri saptanmıştır (Tablo 29).

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların % 42.1'inin diyetine uyum gösterdiği, % 47.37'sinin zaman zaman diyetine uymadığı saptanmıştır (Tablo 31).

SAPD hastalarına ilişkin veriler incelendiğinde; araştırma kapsamındaki hastaların % 40.74' ünün 0– 12 aydır SAPD uyguladıkları saptanmıştır (Tablo 32).

Hastaların % 37.04' ünün hemodiyalize hiç girmedigi, % 37.04' ünün 0-6 ay sürelerle hemodiyalize girdikleri saptanmıştır (Tablo 33).

Hastaların % 85.19'unun daha bağımsız olduğu için SAPD'yi tercih ettikleri saptanmıştır (Tablo 34).

SAPD uygulayan hastaların % 66.67'sinin günde 4 kez değişim yaptığı, % 82.48'nin değişim işleminin günlük yaşantılarına engel olmadığı (Tablo 35),

Hastaların % 88.89'nun değişimi evlerinde yaptığı saptanmıştır (Tablo 36).

Kaygı düzeyini azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için eğitimi verilen progresif gevşeme egzersizleri, hastalar % 41.3'ünün 6 hafta boyunca 10-19 kez uyguladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 37).

Gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı ortalaması 43.41 olarak saptanmıştır (Tablo 39). Gevşeme egzersizleri sonrası puan ortalaması 28.98 olarak saptanmıştır (Tablo 41).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanının diyaliz grupları ($F= 0.3936, p>0.05, F= 4.9375, p>0.001$) (Tablo 42);

Gruplar göz önüne alınmaksızın hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanının cinsiyet ($F= 0.2395, p>0.05, F= 0.0036, p>0.05$) (Tablo 43);

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanının yaş grupları ($F=0.7861, p>0.05, F= 0.8749, p>0.05$) (Tablo 44);

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanının medeni durum ($F= 1.3891, p>0.05, F= 3.1273, p>0.05$) (Tablo 45);

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanının eğitim düzeyi ($F= 0.6483, p>0.05, F= 0.1894, p>0.05$) (Tablo 46);

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanının çalışma durumu ($F= 0.5407, p>0.05, F= 1.0771, p>0.05$) (Tablo 48);

Gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanının gelir durumu ($F= 2.5333, p>0.05, F= 2.3671, p>0.05$) (Tablo 49);

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası durumluk kaygı puanının diyalize başlama süresi arasında yapılan istatistiksel analizler sonucunda anlamlı bir fark saptanamamıştır ($F= 0.7971, p>0.05; F= 0.3623, p>0.05$) (Tablo 50).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanının KT/V değeri arasında yapılan istatistiksel analizde aralarında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F=0.0167, p> 0.05$) (Tablo 51).

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanının KTI değeri arasında yapılan analizde anlamlı bir sonuca rastlanamamıştır ($F=0.3152, p> 0.05$) (Tablo 52),

Progresif gevşeme egzersizlerini uygulama sayısı ile durumluk kaygı puanı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($F= 9.8448, p< 0.05$) (Tablo 53). Uygulama sayısı arttıkça durumluk kaygı puanının azaldığı görülmüştür.

Diyaliz tedavisine devam eden hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı $x = 43.41$, progresif gevşeme egzersizleri sonrasında kaygı puanı $x = 28.98$ olarak saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut olduğu görülmektedir ($t= 0.000, p<0,001$) (Tablo 54).

Gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ortalaması 43.63 olarak saptanmıştır (Tablo 56). Gevşeme egzersizleri sonrası puan ortalaması 31.09 olarak saptanmıştır (Tablo 58).

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanı diyaliz grupları ($F= 0.0353, p>0.05, F= 2.0064, p > 0.05$) (Tablo 59);

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanının cinsiyet ($F= 0.0089, p>0.05, F= 2.0064, p>0.05$) (Tablo 60);

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanı yaş grupları ($F= 1.3848, p > 0.05, F= 1.9542, p > 0.05$) (Tablo 61);

Sürekli kaygı puanı ile hastaların medeni durumları arasında hem progresif gevşeme egzersizleri öncesi hem de sonrası anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($F= 3.3749, p<0.05, F= 3.8718, p<0.05$) (Tablo 62).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanının eğitim durumları ($F= 0.0699, p>0.05, F= 0.7877, p>0.05$) (Tablo 63);

Sürekli kaygı puanı ile hastaların gelir durumları arasında hem progresif gevşeme egzersizleri öncesi hem de sonrası anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($F= 3.3849, p<0.05; F= 3.7989, p<0.05$) (Tablo 66).

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası sürekli kaygı puanı diyalize başlama süreleri ile karşılaştırılmış ve yapılan istatistiksel analiz sonucunda aralarında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($F= 0.5994, p>0.05; F= 1.1154, p>0.05$) (Tablo 67).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanının KT/V değeri arasında yapılan istatistiksel analizde aralarında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 3.8711, p > 0.05$) (Tablo 68).

Sürekli kaygı puanı ile progresif gevşeme egzersizleri öncesi KTI değeri arasında bir fark saptanamamıştır ($F= 0.0023, p>0.05$) (Tablo 69).

Hastaların progresif gevşeme egzersizlerini uygulama sayısı ile sürekli kaygı puanı karşılaştırıldığında (Tablo 70); değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($F= 5.2623, p<0.05$). Uygulama sayısı arttıkça sürekli kaygı puanı azalmaktadır.

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı $x = 43.63$, progresif gevşeme egzersizleri sonrasında sürekli kaygı puanı $x= 31.09$ olarak

saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t= 0.000$, $p<0,001$) (Tablo 71).

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının diyaliz grupları ($F= 3.0049$, $p>0.05$, $F= 0.0412$, $p>0.05$) (Tablo 78),

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının cinsiyet ($F= 0.0031$, $p>0.05$, $F= 0.5016$, $p>0.05$) (Tablo 79),

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının yaş grupları ($F= 2.5350$, $p>0.05$, $F= 1.4334$, $p>0.05$) (Tablo 80),

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının medeni durum ($F= 2.7801$, $p>0.05$, $F= 2.0048$, $p>0.05$) (Tablo 81),

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının eğitim düzeyi ($F= 1.4959$, $p>0.05$, $F= 1.4826$, $p>0.05$) (Tablo 82),

Yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ile çalışma durumları arasında yapılan analiz sonucunda (Tablo 83); progresif gevşeme egzersizleri öncesi istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($F= 4.5580$, $p<0.05$), progresif gevşeme egzersizleri sonrası yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 1.1780$, $p>0.05$)

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi ve sonrası yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının diyalize başlama süresi arasında yapılan istatistiksel analizler sonucunda anlamlı bir fark saptanamamıştır ($F= 0.3799$, $p>0.05$, $F= 0.5305$, $p>0.05$) (Tablo 84).

Yaşam kalitesi toplam puanı ile Kt/V değeri arasında yapılan analizde progresif gevşeme egzersizleri öncesi anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 3.1060$, $p>0.05$) (Tablo 85).

KTI değeri ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında progresif gevşeme egzersizleri öncesi anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmüştür ($F= 2.4105$, $p>0.05$) (Tablo 86).

Hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları ile progresif gevşeme egzersizlerini uygulama sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($F= 0.9283$, $p>0.05$) (Tablo 87).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puan ortalamaları $x= 28,6522$, progresif gevşeme egzersizleri sonrasındaki toplam puan ortalamaları $x= 29.6087$ olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($t=- 3,28$, $p<0,05$) (Tablo 88).

“Genel Fiziki Durum” alt skala puan ortalamasının progresif gevşeme egzersizleri öncesi $x=8.61$, gevşeme egzersizleri sonrası $x= 8.28$ ($t= 0.05$, $p< 0.05$); “Önemli İnsan Faaliyetleri” alt skala puan ortalamasının progresif gevşeme egzersizleri öncesi $x=9.76$, gevşeme egzersizleri sonrası $x=10.17$ ($t= 0.12$, $p< 0.05$); “Genel Yaşam Kalitesi” alt skala puan ortalamasının progresif gevşeme egzersizleri öncesi $x=10.28$, gevşeme egzersizleri sonrası $x=11.15$ ($t= 0.00$, $p< 0.05$) olduğu saptanmıştır (Tablo 89).

Gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($r= 0.1844$, $p>0.05$).

Gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı arasında bir ilişki saptanamamıştır ($r= 0.0702$, $p>0.05$).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puanı ile gevşeme egzersizleri öncesi durumluk kaygı puanı arasında bir ilişki saptanamamıştır ($r= 0.2328$, $p>0.05$).

Progresif gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanı ile progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= 0.3921$, $p<0.01$) (Tablo 90).

Progresif gevşeme egzersizleri sonrası durumluk kaygı puanı ile progresif gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= 0.6458$, $p<0.01$) (Tablo 90).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile progresif gevşeme egzersizleri sonrası sürekli kaygı puanı arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r= 0.6364$, $p<0.01$) (Tablo 90).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puanı arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -0.4652$, $p > 0.05$) (Tablo 90).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı ile progresif gevşeme egzersizleri yaşam kalitesi toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -0.3707$, $p < 0.05$) (Tablo 90).

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puanı ile progresif gevşeme egzersizleri sonrası yaşam kalitesi toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.7989$, $p < 0.01$) (Tablo 90).



4. 2. 1. ÖNERİLER

Gevşeme egzersizlerini uygulamanın, diyaliz hastalarının kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisini saptamak amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen bulgular ve sonuçlar doğrultusunda, uygulanan progresif gevşeme egzersizleri eğitiminin kaygı düzeyini azalttığı ve yaşam kalitesini yükselttiği saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlara göre, şu önerilerde bulunmaktadır:

- 1- Hastanın hastalık öncesi aktivite düzeyinin saptanması, aktivite kısıtlamasına neden olan fiziksel, sosyal ve ekonomik durumların tanımlanması ve aktivite düzeyini etkileyebilecek klinik göstergelerin belirlenmesi,
- 2- Hastanın, günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal yaşantısını düzenleyebilmesi ve mesleki yeterliliğe ulaşabilmesi için uygun rehabilitasyon programlarından yararlanabilmesi,
- 3- Rehabilitasyon programlarının uygulanmasında ailenin rolü ve sorumluluğunun belirlenmesi,
- 4- Hastanın yorgunluk zamanı ve durumunun dikkate alınarak dinlenme, egzersiz ve diyalizi içeren yaşam planının düzenlenmesi,
- 5- Hasta ve ailesinin geri bildirimlerine göre, hastalık ve yaşam tarzına uyumlarını kolaylaştırmak ve arttırmak amacı ile hastalık, diyaliz, diyet ve ilaç konularında planlı ve sürekli sağlık eğitimi yapılması ve destek sağlanması,
- 6- Diyaliz tedavisi uygulanan hasta ve ailelerinin kaygılarını ve diğer duygularını özgürce ifade edebilecekleri ve tartışabilecekleri bir ortam sağlanması ve benzer sorunları paylaşabilecekleri grup toplantıları düzenlenmesi,
- 7- Hasta ile ilgilenen ekibin bütün üyeleri arasında tam bir uyumun sağlanması,
- 8- Hastanın “Gevşeme Egzersizlerini” her gün mümkünse günde iki kez mümkün değilse günde en az bir kez düzenli olarak uygulaması,
- 9- Hastanın “Gevşeme Egzersizlerini” rahatça uygulayabilmesi için diyaliz ünitelerinde uygun bir ortam ve zaman ayarlaması,
- 10- Diyaliz Ünitesi’nde merkezi olarak hastanın rahatlamasını sağlayacak uygun müzik dinletilmesi,
- 11- Hemodiyaliz Ünitesi’nde hastaların motivasyonlarını arttırmak amacı ile Gevşeme Egzersizlerini toplu olarak uygulamasının sağlanması,

- 12- Gevşeme Egzersizlerinin, çalışan hemşire ekibine de öğretilerek hasta bakım planının bir parçası haline getirilmesi ve hemşirenin bağımsız bir fonksiyonu olarak hastalara sürekli olarak bu egzersizlerin uygulanmasının sağlanması,
- 13- Gevşeme egzersizlerine ek olarak; hastanın aktivite potansiyelini geliştirici uygun diğer egzersiz programlarının hastaya önerilmesi ve uygulamanın yaşamının bir parçası olmasının sağlanması ile yaşam kalitesinin yükseltilmesi,
- 14- Diyaliz tedavisi uygulanan hastaların kaygı düzeylerini ve yaşam kalitelerini etkileyen durumları ortaya çıkaracak kapsamlı bilgi için, daha geniş sayıdaki hasta grubu ve değişik Diyaliz Merkezleri ile araştırmanın tekrarlanması önerilebilir.



ÖZET

Bu çalışma, diyaliz (hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi) hastalarında progresif gevşeme yöntemlerini uygulamanın kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisini incelemek amacıyla deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

05 Şubat – 06 Temmuz 2001 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Diyaliz Ünitesi' nde diyaliz tedavisi gören 46 (19 hemodiyaliz ve 27 SAPD) hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmada veriler hastalara anket formu ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında “Hasta Tanıtım Formu” (Ek 1), “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” (Ek 2), “Yaşam Kalitesi İndeksi” (Ek 3), El Kitapçığı (Ek 6) ve Gevşeme Egzersizleri Kaseti (Ek 7) kullanılmıştır. Tüm hastalara progresif gevşeme egzersizleri eğitimi uygulanmıştır. Eğitimden altı hafta sonra “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” ve “Yaşam Kalitesi İndeksi” hastalara tekrar uygulanmıştır.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; yüzdellik, Student t testi, Tek-yönlü (ANOVA) Varyans analizi ve Pearson's Moment Product Korelasyon Analizi yöntemleri kullanılmıştır.

Yaşam Kalitesi İndeksinin test – tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak birinci uygulama için cronbach alfa değeri 0.78, ikinci uygulama için cronbach alfa değeri 0.75 olarak bulunmuştur .

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi, hastaların durumluk kaygı puanı $x=43.41$; progresif gevşeme egzersizleri sonrasında durumluk kaygı puanı $x=28.98$ olarak saptanmıştır. Bu iki ortalama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($t=11.96$, $p<0,05$).

Hastaların progresif gevşeme egzersizleri öncesi sürekli kaygı puanı $x=43.63$, progresif gevşeme egzersizleri sonrasında sürekli kaygı puanı $x=31.09$ olarak saptanmıştır. Bu fark anlamlı olarak saptanmıştır ($t=11.60$, $p<0,05$).

Durumluk - Sürekli Kaygı puanı ile diyaliz grupları, hastaların yaşı, cinsiyetleri, eğitim durumları ve diyalize başlama süresinin, Kt/v ve KTI değerlerinden etkilenmediği; fakat uygulama sayısının önemli olduğu ve uygulama sayısı arttıkça durumluk-sürekli kaygı puanının azaldığı saptanmıştır.

Progresif gevşeme egzersizleri öncesi yaşam kalitesi toplam puan ortalaması $x=28,6522$, progresif gevşeme egzersizleri sonrasındaki toplam puan ortalaması $x=29.6087$ olarak saptanmıştır. Bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=3,28$, $p<0,05$).

Hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamalarının cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu, Kt/V ve KTI değerlerinden etkilenmediği ve gevşeme egzersizlerini evde uygulama sayısının yaşam kalitesinde önemli olmadığı saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda, progresif gevşeme egzersizlerini uygulamanın diyaliz hastalarının kaygı düzeyini azalttığı ve yaşam kalitesini olumlu etkilediği (yükselttiği) ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Diyaliz, Gevşeme, Progresif Gevşeme Egzersizleri, Durumluk-Sürekli Kaygı, Yaşam Kalitesi.

SUMMARY

This study has been planned as an experimental research in order to determine the impact of a progressive relaxation training on anxiety levels and quality of life in dialysis (hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis) patients.

Forty six patients (19 hemodialysis and 27 continuous ambulatory peritoneal dialysis) who had been treated with dialysis in the Dialysis Unit Ege University Faculty of Medicine between 05 February - 05 August 2001 composed the sampling of study.

The data was collected by means of a questionnaire. Patients Recognition Form, State-Trait Anxiety Inventory, Quality of Life Index for dialysis patients were used to collect the necessary data. As a training materials; a Hand Book which written by investigators and Relaxation Training Cassette were used. All of forms were applied to all patients prior to progressive relaxation training. Then, progressive relaxation training were given to the all patients by investigator. After six weeks, from progressive relaxation training, State-Trait Anxiety Inventory and Quality of Life Index were reapplied to all patients.

In evaluation of data, Percentage, Student T Test, One-Way (ANOVA) Variance Analysis, Further Tuckey Post Hoc test and The Pearson's Moment Product Correlation Analysis were used.

Test- retest reliability coefficient between the first and second application of Quality of Life Index found as 0.92, for the first application cronbach alpha found as 0.78, and for the second application cronbach alpha found as 0.75.

As a result of this research; before progressive relaxation training, the mean score for State Anxiety was found as $x=43.41$; mean score after progressive relaxation training State Anxiety was found as $x=28.98$. The difference of the State Anxiety level of the patients between on both before and after progressive relaxation training were found significant relationship ($t: 11.96, p < 0.05$).

Before progressive relaxation training, trait anxiety mean score was found as $x=43.63$ mean score after progressive relaxation training trait anxiety was found as $x=31.09$. The difference of the trait anxiety level of the patients between on both before and after progressive relaxation training were found significant relationship ($t: 11.60$, $p < 0.05$).

There found no statistically significant differences between State-Trait Anxiety levels and in the patients ages and sexes, the levels of education, type of dialysis, the number of dialysis, the values of Kt/V and KTI. However, there was a significant difference between State-Trait Anxiety levels and to practise the relaxation exercise at home.

When the total quality of life score was examined; it was found as $x:28.6522$ before progressive relaxation training, and it was found as $x: 29.6087$ after progressive relaxation training. There were statistically significant difference between two scores ($t: - 3.28$, $p < 0.05$).

It was no found that total quality of life score of patients were affected by their personal characteristics, i.e. age, sex, marital status, education level. Similar results had been also determined in total quality of life score and to practise the relaxation exercise at home.

The result of the study imposed that; progressive relaxation training for dialysis patients decreased State-Trait Anxiety levels and has a positive impact on the quality of life.

Key Words: Dialysis, Relaxation, Progressive Relaxation Training, State-Trait Anxiety, Quality of Life.

KAYNAKLAR

- 1- "Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon", Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul, 2000.
- 2- "Renal Rehabilitation Bridging The Barriers", The Life Options Rehabilitation Advisory Council, Medical Education Institute, 1994.
- 3- Akçiçek, F., "Renal Replasman Tedavisi: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD)", Nefroloji El Kitabı, Güzel Sanatlar Matbaası, 2. Baskı, İstanbul, 1999, ss: 294-300.
- 4- Akıncı, F., "Hemodiyalize Giren Hastaların Psikososyal Sorunları ve Hemşirelerin Sorumlulukları", Hemşirelik Forumu, Diyaliz ve Transplantasyon Özel Sayısı, 3;2, Mart-Nisan 2000, ss: 1-5.
- 5- Akman, S., Bahat, E., Güven, A.G., "SAPD Hastalarında Peritonit ve Nazal Taşıyıcılık", 17. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi Bildiri Özetleri, İstanbul, 2000, ss:132.
- 6- Akpolat, T., Utaş, C., "Renal Replasman Tedavisi: Diyaliz Hakkında Genel Bilgiler, Hemodiyaliz", Nefroloji El Kitabı, Güzel Sanatlar Matbaası, 2. Baskı, İstanbul, 1999, ss: 283-293.
- 7- Akpolat, T., Utaş, C., "Hepatit C", Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği Yayını, Anadolu Yayıncılık, 2. Baskı, Kayseri, 2001, ss: 165-71.
- 8- Akpolat, T., Tokgöz, B., "Hematolojik Sorunlar ve Eritropoetin Kullanımı", Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği Yayını, Anadolu Yayıncılık, 2. Baskı, Kayseri, 2001, ss: 200-17.
- 9- Akpolat, T., Cengiz, K., "Diyaliz Tedavisinin Maliyeti", Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği Yayını, Anadolu Yayıncılık, 2. Baskı, Kayseri, 2001, ss: 322-24.
- 10- Aksoy, T. Ve ark., "Renal Replasman Tedavisinde Olan Hastaların Tedavi Seçenekleri Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Tespiti ve Karşılaştırılması", 10. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Bildiri Özetleri, İstanbul, 2000, ss:172.
- 11- Akyol (Durmaz), A., "Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan

- Etkisinin İncelenmesi”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1992.
- 12-Akyol (Durmaz), A., “Hemodiyaliz Komplikasyonları”, E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7;2, İzmir, 1991, ss:51-58.
- 13-Alarcon, R.D., Jenkins, C.S., Heestand, D.E., et al, “The Effectiveness of Progressive Relaxation in Chronic Hemodialysis Patients”, Journal of Chronic Disease, 35; 10, 1982, ss: 797-802.
- 14-Albaz, M., Menteş (Çınar), S., “Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) Hastalarının Değerlendirilmesi: Ev Koşulları İle SAPD Komplikasyonları Arasındaki İlişki”, Çınar Dergisi, İzmir, 5;1-2, 1999, ss:13-20.
- 15-Altıparmak, M. R., “Sürekli Ayaktan Periton Diyalizinde Komplikasyonlar”, Aktüel Tıp Dergisi, 2;4, 1997, ss:244-247.
- 16-Arakowa, S., “Relaxation To Reduce Side Effects of Chemotherapy”, Cancer Nursing, 20;5, 1997, ss: 342-348.
- 17-Arık, N., “Periton Diyalizi”, Nefroloji, (Ed: Arık, N.), Deniz Matbaacılık, İstanbul, 2001, ss:244-250.
- 18-Arslan, Ş., Kutsal, G. Y., “Geriatride Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi”, Turkish Journal of Geriatrics, 2;4, Ankara, 1999, ss:173-178.
- 19-Aştı, (Özkan), N., “Destek Sistemler”, Demans (Bunama) ve Başağıkma Yolları El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, Çapa, İstanbul, 1997, ss:75-78.
- 20-Ataman, R., “Sürekli Ayaktan Periton Dializi (SAPD) Programına Hasta Seçim Kriterleri”, SAPD Temel Bilgiler Kitabı, (Ed: Akçiçek F.), Türk Nefroloji Derneği Yayını, E.Ü. Basımevi, Bornova, İzmir, 1997, ss:63-73.
- 21-Auer, J., Goker, R., Stou, JB., Hillier, VF., Kincrey, J., Simon, LG., Oliver, DO., “The Oxford-Manchester Study of Dialysis Patients Age, Risk Factor And Treatment Method in Relation to Quality of Life”, Scand J Urol Nephrol Suppl, 131, 1990, ss: 31-7.
- 22-Ayaz, H. ve ark., “Hemodiyalizde Oluşan Hipotansiyonu Önlemede Taze Donmuş Plazmanın Etkisi”, 10. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi Bildiri Özetleri, İstanbul, 2000, ss:161.

- 23- Ayhan, S., Karaoğlu, A., Yıldız, Ç., Çolak, R., Çeliker, H., “Yaş, Cinsiyet ve Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisinin Kronik Hemodiyalizde Yaşam Süresine Olan Etkileri”, Fırat Tıp Dergisi, 1;3, 1997, ss: 175-179.
- 24- Baltaş, A., Baltaş, Z., “Bedenle İlgili Teknikler”, Stres ve Başa Çıkma Yolları, Cenker Matbaacılık, 1986, ss: 162-176.
- 25- Baykul, Y., “Eğitimde ve Psikolojide Ölçme”, Klasik Test Teorisi ve Uygulaması, ÖSYM Yayınları, Ankara, 2000, ss: 141-199/201-223.
- 26- Bayramova, N., “Psoriasisli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), E. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2000.
- 27- Beck, CM., Rawlins, RP., Williams, SR., “Anxiety And Nursing Approach”, Mental Health Psychiatric Nursing: A Holistic Life Cycle Approach, The Mosby Company, St. Louis Toronto, 1984, ss: 401-44.
- 28- Bekki, Z., “Kronik Böbrek Hastalığı ve Dializde Konsültasyon-Liyazon Psikolojisinin Yeri ve Önemi”, Çınar Dergisi, 4; 4, İzmir, 1998, ss: 96-100.
- 29- Birol, L., Akdemir, N., Bedük, T., “Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı”, İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, V. Baskı, Ankara, 1995, ss:467-474.
- 30- Bohachick, P., “Progressive Relaxation Training in Cardiac Rehabilitation: Effect on Psychologic Variables”, Nur Res, 33;5, 1984 Sep-Oct, ss: 283-7.
- 31- Boyacıoğlu, G., Kabakçı, E., “Gevşeme Egzersizleri Kaseti”, 3. Baskı, Türk Psikologlar Derneği, Ankara.
- 32- Carpenito, J.L. (Çev: Erdemir F.), Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 7. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1999.
- 33- Carroll, D., Seers, K., “Relaxation For The Relief of Chronic Pain: A Systematic Review”, Journal of Advanced Nursing, 27, 1998, ss: 476-87.
- 34- Cavdar et all., “Staphylococcal Exit-Site Infections are Associated With Peritonitis”, EDTNA/ERCA Abstracts Journal, XXVII, 2001, Supplement 1, ss: 55.
- 35- Cheung, Y.L., Molassiotis, A., Chang, AM., “A Pilot Study On The Effect Of Progressive Muscle Relaxation Training Of Patients After Stoma Surgery”, European Journal Of Cancer Care, 10, 2001, ss: 107-14.

- 36- Cristovao, F., "Stress, Coping and Quality of Life Among Chronic Haemodialysis Patients", EDTNA/ERCA Journal, XXV; 4, October-December 1999, ss: 35-38.
- 37- Cura, A., "Periton Dializi Endikasyonları ve Sonuçları", Dializ (Aydın Kitabı), No:66, (Ed: Yeğinboy S.), E.Ü. Tıp Fak. Dekanlığı Yayın Bürosu, Bornova, İzmir, 1990.
- 38- Çamsarı, T., "Sürekli Ayaktan Periton Dializi (SAPD) Peritonit Dışı Komplikasyonlar", SAPD Temel Bilgiler Kitabı, (Ed: Akçiçek F.), Türk Nefroloji Derneği Yayını, E.Ü. Basımevi, Bornova, İzmir, 1997, ss:75-85.
- 39- Çamsarı, T., "Diyaliz Yeterliliği", SAPD Temel Bilgiler Kitabı, (Ed: Akçiçek F.), Türk Nefroloji Derneği Yayını, E.Ü. Basımevi, Bornova, İzmir, 1997, ss:159-168.
- 40- Çelik, A., Çamsarı, T. ve ark., "Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin Tedavisinde 2 Yıllık Sürekli Ayaktan Periton Dializi (CAPD) Deneyimlerimiz", Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 9;1, 1995, ss:38-43.
- 41- Çınar, S., Olgun, N., ve ark., "Hemodiyaliz Ünitelerinde Hepatit C Virüsü Antikoru İnsidansı ve Alınan Önlemler", XII. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi Özet Kitab, 03-07 Ekim 1995, Abant, ss: 69.
- 42- Çolakoğlu, M., "Hemodiyaliz Hastalarında Hipertansiyon", Diyaliz ve Nefroloji Bülteni, 2;1, 1998, ss: 54-56.
- 43- De Vecchi A., Finazzi, S., Padalino, R., Santagostino, T., Bottaro, E., Roma Bensi, R., "Sleep Disorders In Peritoneal And Haemodialysis Patients As Assessed Self-Administered Questionnaire", Int J Artif Organs, 23(4), 2000 Apr, ss: 237-42.
- 44- Demir, S., "Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi", SAPD Temel Hemşirelik Bilgileri, Türk Nefroloji Derneği Yayını, E.Ü. Basımevi, Bornova, İzmir, 1997, ss:13-18.
- 45- Dereli, N., "İlk Kez Kalıcı Pacemaker Yerleştirilen Hastalara Uygulanan Programlanmış Eğitimin Hastanın Anksiyete Düzeyine Olan Etkisinin İncelenmesi", (Yayınlanmamış Doktora Tezi), E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1992.
- 46- Durna, Z., "Kanserli Hastada Yaşam Kalitesinin Ve Bakım Gereksinimlerinin Saptanmasına İlişkin Bir Çalışma", (Doçentlik Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1994.
- 47- Durna, Z., Yeşiltepe, G., "Düzenli Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi", XII. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, 03-07 Ekim 1995, Abant.

- 48- Durna, Z., Özcan, Ş., Erdoğan, N., Yeşiltepe, G., “Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeyleri”, Hemşirelik Forumu Dergisi, Diyaliz ve Transplantasyon Özel Sayısı, 3; 2, Mart-Nisan 2000, ss: 6-14.
- 49- Ertürk, Ş., “Hipertansiyon”, Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği Yayını, Anadolu Yayıncılık, 2. Baskı, Kayseri, 2001, ss: 184-86.
- 50- Evans, RW., Manninen DL., Garrison, LP. Jr, Hart, LG., Blagg, CR., Gutman, RA., Hull, AR., Lowrie, EG., “The Quality Of Life Of Patients With End-Stage Renal Disease”, N Eng J Med, 28;312 (9), 1985, Feb, ss: 553-9.
- 51- Fadiloğlu, Ç., “Kanserli Hastada Yaşam Kalitesi”, (Yayınlanmamış Profesörlük Tezi), E.Ü.Hemşirelik Yüksek okulu, İzmir, 1992.
- 52- Fadiloğlu, Ç., “Hemodiyaliz Tedavisi Sırasında Ortaya Çıkan Komplikasyonların ve Hastalardaki Kaygı Düzeyinin Değerlendirilmesi”, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 26;4. 1987, ss:1601-1611.
- 53- Fadiloğlu, Ç., Akyol (Durmaz), A., Kaya, B., “Hemodialize Giren Hastaların Sosyal Destek Ağının İncelenmesi”, Çınar Dergisi, İzmir, 1995, ss:15-21.
- 54- Feste, C., “Sel-Image Affects Quality of Life , Today And Tomorrow”, Diabetes In The News, December, 1991, ss: 36-37.
- 55- Fox, E., Peace, K., Neale, TJ., Morrison, RB., Hatfield, PJ., Mellsop, G., “Quality Of Life For patients With End-Stage Renal Failure”, Ren Fail, 13(1), 1991, ss: 31-5.
- 56- Gago, C., et all, “Influence of Haemodialysis Sampling on Kt/v Result”, EDTNA/ERCA Journal, XXVI; 1, January-March 2000, ss: 15-16.
- 57- Gelmez, M., “Hemodializ Damar Yolları”, Çınar Dergisi, İzmir, 6;1-2, 2000, ss: 1-19.
- 58- Gencil, Z., “Hemodializ Tedavisi Sırasında Görülen Erken Komplikasyonlar”, Çınar Dergisi, İzmir, 1995, ss:11-14.
- 59- Gonzalez, E.A., Martin, K.J., “Renal Osteodstrohy: Pathogenesis and Management”, Nephrology Dialysis Transplantation, 10;3, 1995, ss: 13-21.
- 60- Gökdoğan, F., “Periton Dializi ve Hemşirelik Bakımı”, Hemşirelik Bülteni Dergisi, IV;18, 1990, ss:61-67.
- 61- Greeff, AP., Conradie, WS., “”Use of Progressive Relaxation Training for Chronic Alcoholics With İnsomnia”, Psychol Rep, 82;2, 1998 Apr, ss: 407-12.

- 62- Griffin, KW., Wadhwa, NK., Friend, R., Suh, H., Howell, N., Cabralda, T., Jao, E., Hatchett, L., Eitel, PE., "Comparision of Quality of Life Hemodialysis And Peritoneal Dialysis Patients", Adv Perit Dial, 10, 1994, ss: 104-8.
- 63- Güner, D., "Gerilimler Karşısında Gevşemeyi Biliyor muyuz?", Ruh ve Madde, 42;503, 2001, ss: 36-44.
- 64- Hamburger, R., J. Ve ark., "A Dialysis Modality Decision Guide Based On The Experience Of 6 Dialysis Center", Dialysis&Transplantatin2;2, 1990, ss:66-69.
- 65- Hahn, YB., Ro, YJ., Song, HH., Kim, HS., Yoo, YS., "The Effect Of Thermal Biofeedback And Progressive Muscle Relaxation Training In Reducing Blood Pressure Of Patients With Essential Hypertension", Image J Nurs Sch, 25 (3), 1993 Fall, ss: 204-7.
- 66- Hastaoğlu, Ş., "Sürekli Ayaktan Periton Dializi (SAPD) Enfeksiyöz Komplikasyonlar", SAPD Temel Hemşirelik Bilgileri, Türk Nefroloji Derneği Yayını, E.Ü. Basımevi, Bornova, İzmir, 1997, ss:49-58.
- 67- Hastaoğlu, Ş., "Diyaliz Hastalarının Psikolojik Sorunları", Çınar Dergisi, İzmir, 1:3, 1995, ss:21-23.
- 68- Hoemon, S.P., "Foundations of Rehabilitation Nursing", Rehabilitation Nursing Process And Application, Second Edition, Mosby, 1996, ss:214-215.
- 69- <http://www.chronichealth.com/mbkc/Education Manual/Hemodialysis.html>.
- 70- <http://www.chronichealth.com/mbkc/Education Manual/Peritoneal Dialysis.html>.
- 71- <Http://www.cnpd.com/choices.html> .
- 72- Http://www.findarticles.com/cf_0/g2603/0006/26.../article.jhtml?term=relaxation+dialysis.
- 73- <Http://www.kdf.org.sg/aboutkidney-main.html>.
- 74- <Http://www.kilim.com.tr/numune/bobrek.html>.
- 75- Jacobson, E., "Relaxation Technique", Sam Houston State University Counseling Center.
- 76- Jofre,R., Lopez-Gomez MJ., Moreno, F., Sanz-Gvajardo, D., Valderabano, F.", "Changes in Quality of Life After Renal Transplantation", American Journal of Kidney Disease, 32;1, 1998, ss: 93-100.
- 77- Jungers, P. Et all, Hemodiyalizin Esasları, (Çev: Balioğlu, I.) Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1995.
- 78- Karasar, N., Bilimsel Araştırma Yöntemi, 7. Basım, Ankara, 1995, ss: 147-151.

- 79-Kaya, B., "Sürekli Ayaktan Periton Dializi uygulayan Hastaların Kaygı Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1998.
- 80-Kaya, G., "Periton Diyaliz Etkinliğinin Değerlendirilmesi", Çınar Dergisi, 2;2, İzmir, 1996, ss: 58-61.
- 81-Kaya, G., "SAPD Tedavisinde Periton Diyalizi Etkinliğinin Değerlendirilmesi", SAPD Temel Hemşirelik Bilgileri, Türk Nefroloji Derneği Yayını, E.Ü. Basımevi, Bornova, İzmir, 1997, ss:35-42.
- 82-Kemm, J., Close, A., "Putting Health Education Into Practice", Health Promotion Theory & Practice, Macmillan Press Limited, 1995, ss:171-93.
- 83-Kılınç, L., "Hemodializ Sırasında Oluşan Komplikasyonlar ve Hemşirelik Yaklaşımı", Çınar Dergisi, 4;1, İzmir, 1998.
- 84-Killingworth, A., Van Den Akker, O., "The Quality Of Life Of Renal Dialysis Patients: Traying To Find The Missing Measurement", Int. J. Nur. Stud., 33(1), 1996, ss: 107-120.
- 85-Kim, DS., Lee, GJ., "The Effect Of Muscle Relaxation Training On Patients With İnsomnia Complaints", Kanho Hakhoe Chi, 19(2), 1989, Aug, ss: 191-202.
- 86-Knox, WJ., "An Exploratory Study of State-Trait Anxiety As a Function of Automoted Relaxation Training, Desired Changes And Drinking Behavior", J Clin Psychol, 36;1, Jan 1980, ss: 332-7.
- 87-Koç, M., Özener, İ.Ç., Akoğlu, E., "Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Kan Basıncı Kontrolünün Yeterliliği", 17. Ulusal Nefroloji Hipertansiyon Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi Bildiri Özetleri, İstanbul, 2000, ss:126.
- 88-Kolbakır, F., "Vasküler Girişim Yolu", Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, (Ed: Akpolat T., Utaş C.), Türk Nefroloji Derneği Yayını, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, 1997, ss: 38-47.
- 89-KottLee, F.J., Filehmann, J., "Therapeutic Exercise to Develop Neuromuscular Coordination", Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation, 4. Edition, W.B. Saunders, 1990, ss:477.
- 90-Kumbasar, H., "Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyaliz ve Psikososyal Sorunlar", Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2;1, İzmir, 1997, ss:69-74.

- 91- K c ker, H., “ lkemizde Periton Diyalizi, Transplantasyon ve Hemodiyaliz”,  ınar Dergisi, 2;3, İzmir, 1996, ss:87-90.
- 92- Lang, V.E., “Relaxation Technique Reduces Patient Anxiety Before Surgery”, http://www.findarticles.com/cf_dls/m325/1061/62829128/p1/article.jhtml, 2000.
- 93- Lark, M.S., “Relaxation Techniques for Relief of Anxiety & Stress”, http://www.findarticles.com/cf_dls/m3225/10_61/62829128/p1/article.jhtml
- 94- Lerman, C., River, B., et all, “Effects of Coping Style And Relaxation on Cancer Chemotherapy Side effects And Emotional Responses”, Cancer Nursing, 13;5, 1990, ss: 308-315.
- 95- Lewis, M. C., “Renal Diseases”, The American Psychiatric Press Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry, ss: 573-578.
- 96- Lewis, S.M., Collier, I.C., Heitkemper, M.M., “Nursing Role in Management”, Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems, Mosby, Fourth Edition, ss: 1392-1401.
- 97- Lindquist, R., Sjoden, PO., “Coping Strategies And Quality Of Life Among Patients On Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)”, Adv. Nurs., 27(2), 1998, Feb, ss: 312-9.
- 98- Livesley, WJ., “Symptoms Of Anxiety And Depression In Patients Undergoing Chronic Haemodialysis”, J Psychosom Res, 26(6), 1982, ss: 581-4.
- 99- Lok, P., “Stressors, Coping Mechanisms and Quality of Life Among Dialysis Patient in Australia”, Journal of Advenced Nursing, 23, 1996, ss:873-881.
- 100- LukSuet-Ching, W., “The Quality Of Life ForHong Kong Dialysis Patients”, Journal Of Advanced Nursing, 35(2), 2001, July, ss: 218-27.
- 101- Makin, P.E., Lindley, P.A., “Rahatlama Yolları”, Pozitif Stres Yönetimi, Profesyonel Gelişim Serisi 2, Bayer, ss: 65-88.
- 102- Martin, F.A.P., “Dialysis, Kidney”, http://www.findarticles.com/cf_dls/g2601/0004/2601000426/p1/article.jhtml.
- 103- Martin, F.A.P., “Relaxation”, http://www.findarticles.com/cf_dls/g2603/0006/2603000623/p2/article.jhtml
- 104- Menteş ( ınar), S., “Hemodializde Kronik Komplikasyonlar”,  ınar Dergisi, 4;3, İzmir, 1998, ss:59-71.

- 105-Menteş (Çınar), S., "Akut Periton Diyalizi ve Bakım", Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, Yoğun Bakım Hemşireleri Yayın Organı, 2;2;1, 1998, ss:32-36.
- 106-Menteş (Çınar), S., Sezerli, M., Dinçer, F., Yeşilbilek, A., "Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Sorunları", Hemşirelik Forumu, Transplantasyon ve Diyaliz Özel Sayısı, 1(4), 1998, Ağustos, ss: 166-172.
- 107-Molassiotis, A., Yung, HP., Yam, BM., Chan, FY., Mok, TS., " The Effectiveness Of Progressive Muscle Relaxation Training İn Managing Chemotherapy-İnduced Nause And Vomiting İn Chinese Breast Cancer Patients: A Randomised Controlled Trail", Support Care Cancer, 10(3), 2002 Apr, ss: 237-46.
- 108-Morris, PL., Jones, B., "Life Satisfaction Across Treatment Methods For Patients With End-Stage Renal Failure", Med J. Aust, 17;150(8), Apr 1989, ss: 428-32.
- 109-Newton, S.E., "Sexual Dysfunction in Men on Chronic Hemodialysis", Rehabilitation Nursing, 24;1, Jan/Feb 1999, ss: 24-26.
- 110-Norman, B.L., Gary, D.W., "The Quality Of Life On Maintance Hemodialysis", The Lancet, June, 1975, ss:14-16.
- 111-Oymak, O., "Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi", Hemodiyaliz El Kitabı, (Ed: Akpolat T., Utaş C.), Türk Nefroloji Derneği Yayını, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, 1997, ss:108-121.
- 112-Öner, N., "Kültürlerarası Ölçek Uyarlamasında Bir Yöntembilim Modeli", Psikoloji Dergisi, IV. Ulusal Psikoloji Kongresi Özel Sayısı, 6, 1987, ss: 80-82.
- 113-Öner, N., Le Compte, A., "Durumluk ve Sürekli Kaygı El Kitabı", 2. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Matbaası, 1985.
- 114-Özbakır, Ö., "Gastrointestinal Sorunlar", Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği Yayını, Anadolu Yayıncılık, 2. Baskı, Kayseri, 2001, ss: 266-70.
- 115-Özcan, Y., Baştürk, M., Aslan, S.S., Utaş, C., "Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Morbidite ve Yaşam Kalitesi", www.psikiyatri.online.com
- 116-Özgüven, İ.E., Psikolojik Testler, 2. Baskı, PD Rem Yayınları, Ankara, 1998, ss: 83-120.
- 117-Özkan, S., "Kronik Böbrek Hastalığı ve Dializde Psikiyatrik Morbidite1, Psikiyatrik Tıp:Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi, Roche Yayınları, 1993, ss:187-190.

- 118-Öztarhan, S., “Sürekli Ayaktan Periton Dializi (SAPD) Enfeksiyöz Dışı Komplikasyonlar”, SAPD Temel Hemşirelik Bilgileri, Türk Nefroloji Derneği Yayını, E.Ü. Basımevi, Bornova, İzmir, 1997, ss:59-64.
- 119-Palmore, E., Kivett, V., “Change in Life Satisfaction: a Longitudinal Study of Persons Aged”, J. Gerontol, 32, 1977, ss: 311-316.
- 120-Parker, K.P., Bliwise, D.C., Rye, D.B., ”Hemodialysis Disrupts Basic Sleep Regulatory Mechanisms: Building Hypothesees”, Nursing Research, 49;6, November/December 2000, ss: 327-331.
- 121-Patrick, ML., Woods, SL., Craven, RF., Rokasley, JS., Bruno, PM., “Nursing Care Of Patients With Alteritions In Renal And Urinary Function”, Medical Surgical Nursing: Pathophysiological Concepts, Second Edition, Philadelphia, 1991, ss: 1107-17.
- 122-Pender, NJ., “Effects Of Progressive Muscle Relaxation Training On Anxiety And Health Locus Of Control Among Hypertensive Adults”, Res Nurs Health, 8(1), 1985 Mar, ss: 67-72.
- 123-Pınar, R., “Diyabetes Mellitüs’lü Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1995.
- 124-Pınar, R., Çınar, S., İşsever, H., Albayrak, M., İlhan, S., “ Hemodiyalize Devam Eden ve Transplant Olan Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması”, Çınar Dergisi, 1;3, 1995, ss: 1-5.
- 125-Pınar, R., “Hemodiyaliz Tedavisine Devam Eden Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Durumluk Kaygı Düzeyleri”, Çınar Dergisi, 2;2, İzmir, 1996, ss: 50-52.
- 126-Piraino, B., “Peritoneal Diyalizin Bir Komplikasyonu Olarak Peritonit”, Ren, No:4, ss: 54-63.
- 127-Potter, AP., Perry, AG., Fundamentals Of Nursing Concepts, Process And Practise, The CV. Mosby Company, Princepton, 1985.
- 128-Rasid, M.Z., “The Effects of Two Types of Relaxation Training on Students’ LevelsofAnxiety”,http://www.findarticles.com/cf_dls/m2248/n129_v33/20740161/p2/article.htm, 1998.

- 129-Rice, V.H., Caldwell, M., Butler, S., Robinson, J., "Relaxation Training And Response To Cardiac Catheterization: A Pilot Study", *Nurs Res*, 35(1), 1986, Jan-Feb, ss: 39-43.
- 130-Rozenbaum, E.A., Pliskin, J.S., Bornoon, S., Chaimovit, Z.C., "Comperative Study of Costs and Quality of Life of Chronic Ambulatory Peritoneal Dialysis and Hemodialysis Patients in Israel", *Isr J Med Sci*, 21;4, Apr 1985, ss: 335-9.
- 131-Sağduyu, A., Ertan, Y., "Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Hastalarında Ruhsal Bozukluklar", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9;11, 1988, ss:13-22.
- 132-San, A., "Ülkemizde Hemodiyaliz Tarihçesi", *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği Yayını, Anadolu Yayıncılık, 2. Baskı, Kayseri, 2001*, ss: 350-59.
- 133-Saounatsou, M., "Relation Between Response to Illness and Comliance in Haemodialysis Patients", *EDTNA/ERCA Journal*, XXV; 4, 1999 October-December, ss: 32-34.
- 134-Seamen, H, C., *Research Methots, Principles, Practice and Theory for Nursing, Third Edition, California, 1989.*
- 135-Seers, K., Carroll, D., "Relaxation Techniques For Acute Pain Management: A Systematic Review", *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1998, ss: 466-475.
- 136-Sezer, T., Süleymanlar, İ. ve ark., "Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Yapılan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Hepatit C Virüs Enfeksiyonu: Karşılaştırmalı Analiz Sonuçları", *XII. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi Özet Kitabı, 03-07 Ekim 1995, Abant*, ss: 86.
- 137-Siegel, S., (Çev: Topsever, Y.), *Davranış Bilimleri İçin Parametrik Olmayan İstatistikler, A.Ü. Dil ve Tarih – Coğrafya Fakültesi Yayınları:274.*
- 138-Simmons, RG., Anderson, CR., Kamstra, L., "Comparision Of Quality Of Life Patients On Continous Ambulatory Peirtoneal Dialysis, Hemodialysis, And After Transplantation", *Am J Kidney Dis*, 4(3), 1984, Nov, ss: 253-5.
- 139-Sparks, M.S., Taylor, M.C., *Nursing Diagnosis Reference Manual, Third Edition, Springhouse Corporation, Springhouse, Pennsylvania, 1995.*
- 140-Spirito, A., Russo, DC., Masek, BJ., "Behaviorl Intervantions And Stress Management Training For Hospitalized Adolescents And Young Adults With Cystic Fibrosis", *Gen Hosp Psychiatry*, 6(3), 1984, July, ss: 211-8.

- 141-Spohr, R., Meade, C., "Differential Application of Cue-Controlled Relaxation in The Reduction of General Anxiety", J Behav Ther Exp Psychiatry, , 12;1, 1981 Mar ss: 57-61.
- 142-Staney, S.E., "Caring for a Rehabilitation Patient with Chronic Renal Failure and End-Stage Renal Disease", Rehabilitation Nursing, 21;6, 1996, ss: 303-306.
- 143-Stoudenmire, J., "A Comparision Of Muscle Relaxation Training And Music In The Reduction Of State And Trait Anxiety", J Clin Psychol, 31(3), 1975 Jul, ss: 490-2.
- 144-Suhr, J., "Alzheimer's Patients May Benefit from Muscle Relaxation", <http://www.pslgroup.com/dg/7e126.htm>, 1998.
- 145-Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V., Bioistatistik, 3. Baskı, hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1993.
- 146-Şahin, H., N., "Gevşeme Teknikleri ve Yararları", Stresle Başa Çıkmada Olumlu Bir Yaklaşım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları:2, Ankara, 1994, ss:101-106.
- 147-Taşkapan, H., Utaş, C., "CAPD Hastalarında Mantar Peritonitleri", Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi, 4, 1999, ss: 174-177.
- 148-Taşkapan, H., ve ark., "Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz Hastalarında Mantar Peritoniti Gelişmesinde Risk Faktörleri", Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi, 4, 1998, ss: 202-206.
- 149-Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P., "Stress and Adaptation", Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1989, ss:141.
- 150-Telaferli, B., "Sürekli Hemodiyaliz Tedavisinde Genel Uyum ve Prognoz Üzerine Etkili Ruhsal Faktörler", (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D., İstanbul, 1992.
- 151-Tezbaşaran, A., Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu, 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara, 1997, ss: 21-51.
- 152-Thomson, T., "An Adequacy Nurse Improves Adequacy of Dialysis", EDTNA/ERCA Journal, XXVI; 4, October-December 2000, ss: 19-21.
- 153-Trzcieniecka-Green, A., Steptoe, A., "Stress Management In Cardiac Patients: A Preliminary Study Of The Predictors Of Improvement In Quality Of Life", J Psychosom Res, 38(4), 1994, May, ss: 267-80.

- 154-Tucker, C.M., Ziller, R.C., Smith, WR., Marj, D.R., Coons, M.P., "Quality of Life of Patients on In-Center HD Versus CAPD", *Perit Dial*, 12;2, 1992, ss: 264-5.
- 155-Twardowsky, Z.,J., "Katater Bölgesi Bakım Önerileri", *Diyaliz ve Transplantasyon Kültürü Dergisi*, 10, 1997.
- 156-Ulusoy, M., *Sosyal Araştırma Yöntemleri – Anket, Örneklem Alan Çalışması Bilgi İşlem 1. Baskı*, 72 TDFO Ltd. Şti. Ankara, 1999.
- 157-Utaş, C., Akpolat, T., "Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları", *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*, Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, 1999, ss: 91-97.
- 158-Ünal, B., "Ayaktan Devamlı Periton Diyalizi (ADPD)", *Çınar Dergisi*, İzmir, 1995, ss: 9-11.
- 159-Ünal, B., "Sürekli Ayaktan Periton Dializi (SAPD) Diyaliz Tedavisi Başarısının Değerlendirilmesi", *Çınar Dergisi*, 4;4, İzmir, 1998, ss:92-95.
- 160-Ünal, B., "Sürekli Ayaktan Periton Dializi Tedavisinde Hasta Seçim Kriterleri", *SAPD Temel Hemşirelik Bilgileri*, Türk Nefroloji Derneği Yayını, E.Ü. Basımevi, Bornova, İzmir, 1997, ss:19-23.
- 161-Vural, A., "Hemodiyaliz", *Nefroloji*, (Ed: Arık N.), Deniz Matbaacılık, İstanbul, 2001, ss: 225-238.
- 162-Waiser, J., Budde, K., Schreiber, M., Peibst, O., Koch, U., Bohler, T., Hoffken, B., Hauser, I., Neumayer, HH., "The Quality Of Life End Stage Renal Disease Care" *Transpl Int*, 11(1), 1998, ss: 42-5.
- 163-Wang, T., Liu, B., Ye, RG., "Comparision Of Quality Of Life In Continuous Peritoneal Dialysis And Hemodialysis Patients", *Chung Hua Nei Ko Tsa Chih*, 32(11), 1993, Nov, ss: 754-6.
- 164-Warner, CD., et all, "The Effectiveness of Teaching a Relaxation Technique to Patients Undergoing Elective Cardiac Catheterization", *Caediovasc Nurs*, 1992 Jan, 6;2, ss: 66-75.
- 165-Weber, S., "The Effects of Relaxation Exercises on Anxiety Levels in Psychiatric İnpatients", *J Holist Nurs*, 1996 Sep, 14;3, ss: 196-205.
- 166-Wilk, C., Turkoski, B., "Progressive Muscle Relaxation in Cardiac Rehabilitation: A Pilot Study", *Rehabil Nurs* 26;6, Nov-Dec 2001, ss: 238-42.

- 167-Wolcott, DL., Nissenson, AR., "Quality Of Life In Chronic Dialysis Patients: A Critical Comparision Of Continious Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) And Hemodialysis", Am J Kidney Dis, 11;5, May 1988, ss: 402-12.
- 168-Yang, R., Humprey, S., "Review of Arteriovenous Fistula Care", EDTNA/ERCA Journal, XXVI; 1, January-March 2000, ss: 11-14.
- 169-Yeğınboy, S., "Hemodiyaliz Komplikasyonları", Dializ (Ayn Kitabı), No:66, (Ed: Yeğınboy S.), E.Ü. Tıp Fak. Dekanlığı Yayın Bürosu, Bornova, İzmir, 1990 ss:65-66.
- 170-Yeşildağ, O., "Kardiyovasküler Problemler", Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği Yayını, Anadolu Yayıncılık, 2. Baskı, Kayseri, 2001, ss: 195-99.
- 171-Yeşiltepe, G., "Düzenli Hemodiyaliz Tedavisinde Olan Hastalara Uygulanan Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1995.
- 172-Zimmermann, P.R., de Figueiredo, CE, Fonseca, NA., "Depression, Anxiety and Adjustment in Renal Replacement Therapy: A Quality of Life Assesment", Clinic Nephrol, 56;5, Nov 2001, ss: 387-90.

(EK- I)

HASTA TANITIM FORMU

Denek

No:

Kolon

A- Sosyo-Demografik Değişkenler

1) Cinsiyetiniz?

1- Kadın

2- Erkek

2) Kaç yaşındasınız? (.....)

3) Medeni durumunuz?

1- Evli

3- Ayrı yaşıyor

2- Bekar

4- Dul

4) Eğitim durumunuz?

1- Okur-yazar değil

4- Ortaokul mezunu

2- Okur-yazar

5- Lise mezunu

3- İlkokul mezunu

6- Fakülte/Yüksekokul mezunu

5) Sosyal güvenceniz var mı?

1- S.S.K.

3- Bağ-Kur

2- Emekli Sandığı

4- Özel (Sigorta)

6) Halen para getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1- Evet (8. Soruya geçiniz)

2- Hayır (7. Soruya geçiniz)

7) Nedenini kısaca belirtiniz?

.....

8) İş- mesleki durumunuz nedir?

1- İşçi

4- Emekli

Meslek:

2- Memur

5- Ev hanımı

3- Serbest

9) Kronik Böbrek Yetmezliği tanısı aldıktan sonra işinizden ayrıldınız mı?

1- Evet

2- Hayır

10) Çalışma durumunuz?

1- Tam gün çalışma

2- Yarım gün yada belirli saatlerde çalışma

3- Hiç çalışmama

11) Oturduğunuz bölge?

1- İzmir içi

2- İzmir dışı

12) Ulaşımında zorlanıyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

13) Evde kaç kişi yaşıyorsunuz? (.....)

1- Yalnız

1- Parçalanmış Aile

2- Eşimle

2- Çekirdek aile

3- Çocuklarla

4- Diğer (.....)

3- Geleneksel Geniş Aile

14) Sizin bakımınızla ilgilenen biri var mı, kimler?

1- Hayır

4- Anne-Baba

2- Eş Diğer

5- Bakıcı

3- Çocuklar

6- Diğer

15) Geliriniz giderinizi karşılıyor mu?

1- Karşılıyor

3- Karşılmıyor

2- Gelir gidere denk

16) Şu an sigara içiyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

17) Ne kadar içiyorsunuz? (.....)

18) Hastalanmadan önce sigara içer miydiniz?

1- Evet

2- Hayır

19) Alkol kullanıyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

20) Hastalanmadan önce alkol kullanır mıydınız?

1- Evet

2- Hayır

B- Hastalık İle İlişkili Değişkenler

21) Ailenizde sizden başka böbrek hastası var mı, kimler?

1- Hayır

4- Kardeşler

2- Anne-Baba

5- Diğer (.....)

3- Çocuklar

22) Hastalık tanısı ne zaman kondu? (.....)

23) Dializ tedavisini ne şekilde sürdürüyorsunuz?

1- Ayaktan 3- Evden uygulayarak

2- Hastanede yatarak

24) Dialize neden olan tanı nedir? (Dosyadan bakılacak)

1- Kronik Glomerulonefrit

2- Hipertansif Böbrek Hastalığı

3- Pyelonefrit

4- Diabetes Mellitus

5- Sistemik Lupus Eritamatozus

6- Diğer (.....)

25) Böbrek hastalığı dışında bir hastalığınız var mı?

1- Evet (22. Soruya geçiniz) 2- Hayır (23. Soruya geçiniz)

26) Hastada böbrek hastalığı dışında başka bir hastalığınız var mı? (Hasta bilmiyorsa dosyadan bakılacak)

1- Myokarda infarktüsü geçirmiş mi?

2- Diğer kardiyovasküler problemler

3- Solunum sistemi hastalıkları

4- Gastro-istestinal sistem problemleri

5- Nörolojik problemler

6- Kas-iskelet sistemi hastalıkları

7- Enfeksiyon

8- Hepatit

9- Anemiden başka hematolojik problemleri

10- Artrit

27) Hangi ilaçları kullanıyor? (Dosyadan bakılacak)

1-

3-

2-

4-

Hemodializ Hastaları İçin

28) Hemodialize ne süreden beri giriyorsunuz? (.....)

29) Hemodialize haftada kaç saat, kaç kez giriyorsunuz? Hafta Saat

30) Hemodialize gidip gelmede sıklıkla en çok hangi aracı kullanıyorsunuz?

- | | |
|-----------|------------------|
| 1- Otobüs | 4- Kendi arabası |
| 2- Dolmuş | 5- Tren/Metro |
| 3- Taksi | 6- Diğer (.....) |

31) Dialize girmeden önce diyetinize dikkat ediyor musunuz?

- | | |
|---------|----------|
| 1- Evet | 2- Hayır |
|---------|----------|

SAPD Hastaları İçin

28) SAPD'yi ne kadar süredir uyguluyorsunuz? (.....)

29) SAPD uygulamasına başlamadan önce hemodializ tedavisi gördünüz mü?

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1- Evet (35. Soru) | 2- Hayır (36. Soru) |
|---------------------|----------------------|

30) (Evet ise) Ne kadar süre hemodializ tedavisi gördünüz? (.....)

31) SAPD'ye geçme nedeniniz?

- 1- Doktorumun önerisi ile geçtim
- 2- Kendim istedim

32) Sizin SAPD uygulamasını seçme nedeniniz?

- 1- Daha bağımsız olduğu için
- 2- Diyet daha rahat olduğu için
- 3- Hemodializde makine komplikasyonlarına dayanamadım.

33) Kaç saatte bir değişim yapıyorsunuz?

- | | | |
|-----------|-----------|-----------|
| 1- 4 defa | 2- 5 defa | 3- 6 defa |
|-----------|-----------|-----------|

34) Hangi ortamlarda değişim yapıyorsunuz?

- | | | |
|---------|---------|-----------|
| 1- İşte | 2- Evde | 3- Okulda |
|---------|---------|-----------|

36) Değişim işlemi günlük yaşantınıza engel oluyor mu?

- | | |
|---------|----------|
| 1- Evet | 2- Hayır |
|---------|----------|

(EK- 2)

DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

STJ FORMU TX-1

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da “o anda” nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin “o anda” nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hayır	Biraz	Oldukça	Tamamıyla
1- Kendimi sakin hissediyorum.	()	()	()	()
2- Kendimi emniyette hissediyorum.	()	()	()	()
3- Huzursuzum.	()	()	()	()
4- Pişmanlık duygusu içindeyim.	()	()	()	()
5- Kendimi rahat hissediyorum.	()	()	()	()
6- İçimde sıkıntı hissediyorum.	()	()	()	()
7- İlerde olabilecek kötü olayları düşünerek üzülüyorum.	()	()	()	()
8- Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	()	()	()	()
9- Kendimi kaygılı hissediyorum.	()	()	()	()
10- Kendimi rahatlık içinde hissediyorum.	()	()	()	()
11- Kendime güvenim olduğunu hissediyorum.	()	()	()	()
12- Kendimi sinirli hissediyorum.	()	()	()	()
13- İçimde bir huzursuzluk var.	()	()	()	()
14- Çok gergin olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()
15- Sükunet içindeyim.	()	()	()	()
16- Halimden memnunum.	()	()	()	()
17- Endişe içindeyim.	()	()	()	()
18- Kendimi fazlasıyla heyecanlı ve şaşkın hissediyorum.	()	()	()	()
19- Kendimi neşeli hissediyorum.	()	()	()	()
20- Keyfim yerindedir.	()	()	()	()

STJ FORMU TX-2

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da “genel” nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin “genel” nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
21- Keyfim yerindedir.	()	()	()	()
22- Çabuk yorulurum.	()	()	()	()
23- Olur olmaz hallerde ağlayacak gibi olurum.	()	()	()	()
24- Diğerleri kadar mutlu olmayı isterdim.	()	()	()	()
25- Çabuk karar vermediğim için fırsatları kaçıırım.	()	()	()	()
26- Kendimi zinde hissederim.	()	()	()	()
27- Sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	()	()	()	()
28- Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	()	()	()	()
29- Gerçekten çok önemli olmayan şeyler için endişelenirim.	()	()	()	()
30- Mutluyum.	()	()	()	()
31- Her şeyi kötü tarafından alırım.	()	()	()	()
32- Kendime güvenim yok.	()	()	()	()
33- Kendimi emniyette hissederim.	()	()	()	()
34- Sıkıntı ve güçlük veren durumlardan kaçırım.	()	()	()	()
35- Kendimi hüznü (kederli) hissederim.	()	()	()	()
36- Hayatımdan memnunum.	()	()	()	()
37- Aklımdan bazı önemsiz düşünceler ve geçer ve beni rahatsız eder.	()	()	()	()
38- Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.	()	()	()	()
39- Tutarlı bir insanım.	()	()	()	()
40- Son zamanlarda beni düşündüren konular yüzünden gerginlik ve huzursuzluk içindeyim.	()	()	()	()

(EK-3)

YAŞAM KALİTESİ İNDEKSİ

Aşağıda Yaşam Kalitesi ile ilgili 14 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme “X” işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Hiç	Biraz	Çok
- Genel Fiziki Durum			
1- Şu anda ne kadar ağrı duymaktasınız?	()	()	()
2- Ne kadar bulantınız var?	()	()	()
3- Ne sıklıkta kusuyorsunuz?	()	()	()
4- Kendinizin ne kadar güçlü hissetmektesiniz?	()	()	()
5- İştahınız ne ölçüdedir?	()	()	()
- Önemli İnsan Faaliyetleri			
6- Olağan görevlerinizi yapabiliyor musunuz? (ör: büro mesaisi, ev işleri, bahçe işleri vb.)	()	()	()
7- Yemek yiyebilmekte misiniz?	()	()	()
8- Cinsel doyum sağlayabilmekte misiniz?	()	()	()
9- İyi uyuyabilmekte misiniz?	()	()	()
- Genel Yaşam Kalitesi			
10- Yaşam kaliteniz ne ölçüde iyidir?	()	()	()
11- Eğlenebiliyor musunuz? (ör: hobiler, dinlenme yerleri, sosyal faaliyetler vb.)	()	()	()
12- Yaşamınızdan memnun musunuz?	()	()	()
13- Kendinizi yararlı hissediyor musunuz?	()	()	()
14- Tıbbi bakımın maliyeti sizi endişeye sevk ediyor mu?	()	()	()

EK 4

QUALITY OF LIFE INDEX

- *General Physical Conditions*

- 1- How much pain are you experiencing now?
- 2- How much nausea do you experience?
- 3- How frequently do you vomit?
- 4- How much strength do you feel?
- 5- How much appetite do you have?

- *Important Human Activities*

- 6- Are you able to work at your usual tasks?
(e.g. office work, house work, gardening etc)
- 7- Are you able to eat?
- 8- Are you able to obtain sexual satisfaction?
- 9- Are you able to sleep well?

- *General Quality of Life*

- 10- How good is your quality of life?
- 11- Are you having fun?
(e.g. hobbies, recreations, social activities etc)
- 12- Is your life satisfying?
- 13- Do you feel useful?
- 15- Do you worry about the cost of medical care?

(EK – 5)

İÇERİK GEÇERLİĞİNDE YARDIMCI OLAN UZMANLAR

- 1- Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU (E. Ü. H.Y.O. Öğretim Üyesi)
- 2- Prof. Dr. Gürhun ATABAY (E. Ü. İç Hastalıkları Bölüm Başkanı)
- 3- Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN (E. Ü. H.Y.O. Öğretim Üyesi)
- 4- Prof. Dr. Fehmi AKÇİÇEK (E. Ü. İç Hastalıkları Nefroloji Öğretim Üyesi)
- 5- Uzm. Dr. Hüseyin TÖZ (E. Ü. İç Hastalıkları Nefroloji Uzmanı)
- 6- Uzm. Dr. Gülay AŞÇI (E. Ü. İç Hastalıkları Nefroloji Uzmanı)
- 7- Uzm. Hemş. Müesser GELMEZ (E.Ü. Diyaliz Kliniği Hemodiyaliz Sorumlu Hemşiresi)
- 8- Yük. Hemş. Deniz KARADENİZ (E.Ü. Diyaliz Kliniği Başhemşiresi)
- 9- Yük. Hemş. Leyla KILINÇ (E.Ü. Diyaliz Kliniği Hemodiyaliz Hemşiresi)
- 10- Yük. Hemş. Betül ÜNAL (E.Ü. Diyaliz Kliniği Periton Diyalizi Sorumlu Hemşiresi)

EK VI

(Arka Kapaktır)



EK VII

(Arka Kapaktır)



ÖZGEÇMİŞ

1976 yılında İzmir' de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir' de tamamladı. 1994 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu' nda öğrenimine başladı ve 1998 yılında okul üçüncüsü olarak mezun oldu. Aynı yıl Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Servisi' nde göreve başladı. Eylül 1998 tarihinde Sağlık Bilimleri Enstitüsü' nün açmış olduğu İç Hastalıkları Hemşireliğinde Yüksek Lisans Programına başladı. Aralık 1999 tarihinde Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim Dalı' na Araştırma Görevlisi olarak atandı. Halen aynı kuruluştaki çalışmakta ve Yüksek Lisans programına devam etmektedir. Evli ve bir çocuk annesidir.

