



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA
TEZİ**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA UYKU
HİJYENİ EĞİTİMİ VE PROGRESİF
GEVŞEME EGZERSİZİNİN UYKU, YAŞAM
KALİTESİ VE DEPRESYONA ETKİSİ**

GÜLAY TURGAY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HAZİRAN 2018



**HEMODİYALİZ HASTALARINDA UYKU HİJYENİ EĞİTİMİ VE
PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZİNİN UYKU, YAŞAM KALİTESİ VE
DEPRESYONA ETKİSİ**

Gülay TURGAY

**DOKTORA TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

HAZİRAN 2018

G l y TURGAY tarafından hazırlanan ‘‘Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Hijyeni Eğitimi ve Progresif Gevşeme Egzersizinin Uyku, Yaşam Kalitesi ve Depresyona Etkisi’’ adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY B RL ğ  ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında DOKTORA TEZ  olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Ülkü POLAT

   Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



Başkan: Prof. Dr. Dilek EK C 

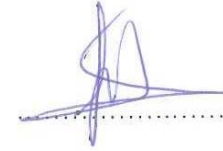
Hemşirelikte Yönetim, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



 ye: Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU

   Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



 ye: Doç. Dr. Nermin GÜRHAN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği,
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum



 ye: Doç. Dr. Fatma İlknur ÇINAR

   Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi: 28/06/2018

Jüri  yeleri tarafından DOKTORA tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit   Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa ASLAN
Sağlık Bilimleri Enstit   Müdürü

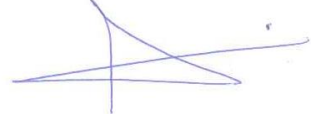
ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Gülay TURGAY

28/06/2018



HEMODİYALİZ HASTALARINDA UYKU HİJYENİ EĞİTİMİ VE PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZİNİN UYKU, YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESYONA ETKİSİ

(Doktora Tezi)

Gülay TURGAY

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Haziran 2018

ÖZET

Araştırma hemodiyaliz hastalarına verilen uyku hijyeni eğitimi ve uygulanan progresif gevşeme egzersizinin (PGE), uygulama yapılan ve yapılmayan gruplar arasında uyku, yaşam kalitesi ve depresyon üzerindeki farkı belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma 43 hasta (20 müdahale, 23 kontrol) ile ön test-son test kontrol gruplu ve yarı deneysel olarak yapılmıştır. Verilerin toplanmasında hasta tanıtım formu, Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKİ), SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır. Çalışmanın birinci ölçüm aşamasında, hastalara veri toplama araçları uygulanmıştır. Müdahale grubundaki hastalara uyku hijyeni ve PGE eğitimi verilmiştir. Müdahale grubundaki hastalara, altı hafta boyunca haftada iki kez araştırmacı tarafından PGE yaptırılmıştır. Sonraki hafta, hastaların tamamına veri toplama araçları yeniden uygulanmış ve ikinci ölçüm sonuçları elde edilmiştir. Sonraki altı haftada, müdahale grubundaki hastalar kendi kendilerine haftada iki kez PGE yapmışlardır. Araştırmanın son haftası, tüm hastalara yeniden veri toplama araçları uygulanmış ve üçüncü ölçüm sonuçları elde edilmiştir. Çalışma sonucunda, müdahale grubundaki hastaların üçüncü ölçüm PUKİ global skor ve BDE puan ortalamaları anlamlı derecede düşük tespit edilmiştir. Hastaların gruplar arası üçüncü ölçüm yaşam kalitesi puan ortalamaları (fiziksel rol kısıtlılıkları hariç) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Uyku hijyeni eğitimi ve PGE'nin, depresyon şiddetini azaltmada, uyku ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre hemşirelerin hemodiyaliz hastalarına PGE ve uyku hijyeni eğitimi vermesi önerilmiştir.

Bilim Kodu : 1032.2

Anahtar Kelimeler : Depresyon, hemodiyaliz, progresif gevşeme egzersizi, uyku hijyeni, uyku kalitesi, yaşam kalitesi.

Sayfa Adedi : 100

Danışman : Doç.Dr. Ülkü POLAT

THE EFFECT OF SLEEP HYGIENE TRAINING AND PROGRESSIVE RELAXATION
EXERCISE ON SLEEP, QUALITY OF LIFE AND DEPRESSION IN HEMODIALYSIS
PATIENTS

(Ph. D. Thesis)

Gülay TURGAY

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

June 2018

ABSTRACT

The study was conducted to determine the difference of sleep quality, quality of life and depression between the hemodialysis patients that are given progressive relaxation exercise (PRE) and sleep hygiene training and not given. A semi-experimental study was conducted with 43 patients (20 intervention, 23 control) with pretest - posttest control groups. Data was collected by using the patient identification form, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), SF-36 life quality scale and Beck Depression Inventory (BDI). In the first phase of the measurement, data collection tools were applied to the patients. The intervention group were given sleep hygiene and PRE training. The intervention group was then subjected to PRE by the investigator twice a week for six weeks. In the following week, data collection tools were reapplied to the patients and the second measurement results were obtained. In the following six weeks, the intervention group did self-administered PRE twice weekly. At last, all patients redata collection tools were applied and the third measurement results were obtained. As a result of the study, the third measurement of PSQI global score and BDI of the patients in the intervention group was found to be significantly low. The difference between the groups' mean scores of the third measurement quality of life (except physical role limitations) was significant. Sleep hygiene training and PRE were effective in decreasing depression severity, and improving sleep and quality of life. For this reason, giving PRE and sleep hygiene training to patients by nurses are suggested.

Science Code : 1032.2

Key Words : Depression, hemodialysis, progressive relaxation exercise, sleep hygiene, sleep quality, quality of life.

Page Number : 100

Advisor : Assoc. Prof. Dr. Ülkü POLAT

TEŞEKKÜR

Bu tez “Gazi Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Birimleri” tarafından desteklenmiştir.
Proje Kodu: 11/2016-01

Çalışma boyunca desteğini esirgemeyen danışmanım Sayın Doç. Dr. Ülkü POLAT’a

Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya değerli katkılar sunan Sayın Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU’ya ve Sayın Doç. Dr. Nermin GÜRHAN’a

Tez çalışmam sürecinde yardımlarını esirgemeyen Başkent Üniversitesi Diyaliz Ünitesi çalışanlarına ve araştırmadaki katılımcılara,

Hayatımın her döneminde bana destek olan sevgili anneme, ablam Tülay’a, yeğenlerim Afra ve Sahra’ya, çok değerli eşime ve oğullarıma

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Son Dönem Böbrek Yetmezliği ve Hemodiyaliz	5
2.2. Uyku	7
2.2.1. Uykuyu etkileyen faktörler	8
2.3. Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Sorunları ve Hemşirenin Rollerini.....	10
2.3.1. Uyku kısıtlama tedavisi	12
2.3.2. Uyarıların kontrol etme tedavisi.....	12
2.3.3. Uyku hijyeni ilkeleri	12
2.3.4. Gevşeme teknikleri	14
2.4. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Rollerini	16
2.5. Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Hemşirenin Rollerini	18
3. YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.3.1. Araştırmanın evreni	20

	Sayfa
3.3.2. Araştırmanın örnekleme	20
3.4. Verilerin Toplanması.....	21
3.4.1. Veri toplama araçları	21
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	24
3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	24
3.7. Araştırmanın Uygulaması.....	26
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
4. BULGULAR	29
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
4.2. Hastaların Ölçümlere Göre Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular	33
4.3. Hastaların Ölçümlere Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	36
4.4. Hastaların Ölçümlere Göre Depresyon Durumuna İlişkin Bulgular	39
5. TARTIŞMA	41
5.1. Hastaların Ölçümlere Göre Uyku Kalitesine İlişkin Bulguların İncelenmesi	41
5.2. Hastaların Ölçümlere Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların İncelenmesi...	44
5.3. Hastaların Ölçümlere Göre Depresyon Durumuna İlişkin Bulguların İncelenmesi	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
6.1. Sonuç	49
6.2. Öneriler.....	51
KAYNAKLAR	53
EKLER.....	63
EK-1. Anket Formu	64
EK-2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi	69
EK-3. Short Form-36	73
EK-4. Beck Depresyon Envanteri.....	77

	Sayfa
EK-5. Uyku Kitapçığı	79
EK-6. Gevşeme Egzersizleri Broşürü	88
EK-7. PUKİ Kullanım İzni	89
EK-8. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni	90
EK-9. Beck Depresyon Envanteri Kullanım İzni	91
EK-10. Gevşeme Egzersizleri CD si Kullanım İzni	92
EK-11. Serdar Mete Topsakal İzin Yazısı	93
EK-12. Etik Kurul Onayı	94
EK-13. Tez Uygulama İzin Yazısı	95
EK-14. Aydınlatılmış Olur Formu	96
EK-15. Gevşeme Egzersizleri Bireysel Eğitim Talebi	98
ÖZGEÇMİŞ	99

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	29
Çizelge 4.2. Hastaların hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklerinin dağılımı.....	30
Çizelge 4.3. Hastaların hastalığa ilişkin eğitim alma durumlarının dağılımı	31
Çizelge 4.4. Hastaların uykuya ilişkin özelliklerinin dağılımı	32
Çizelge 4.5. Hastaların PUKİ global skor -bileşen puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	33
Çizelge 4.6. Hastaların SF 36 ölçek puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	36
Çizelge 4.7. Hastaların ölçümlere göre Beck depresyon puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması.....	39

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 3.1.Uygulama şeması.....	25



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
CD	: Kompakt Disk
cm	: Santimetre
DM	: Diyabetes mellitus
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
HT	: Hipertansiyon
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
kg	: Kilo
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
m	: Metre
m²	: Metrekare
ml/dk	: Mililitre/dakika
MS	: Multiple Skleroz
PD	: Periton diyalizi
PGE	: Progresif Gevşeme Egzersizi
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
RRT	: Renal replasman tedavisi
SAPD	: Sürekli ayaktan periton diyalizi
SDBH	: Son Dönem Böbrek Hastalığı
SDBY	: Son dönem böbrek yetmezliği
SF-36	: Kısa Form 36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)
SPSS	: Statistical Packagefor Social Sciences

1. GİRİŞ

Hemodiyaliz hastalarında uyku hijyeni eğitimi ve progresif gevşeme egzersizinin uyku, yaşam kalitesi ve depresyona etkisi

Son dönem böbrek hastalığı (SDBH), glomerüler filtrasyon hızında azalma sonucunda böbreğin sıvı-elektrolit dengesini düzenleme yeteneğinin ve metabolik–endokrin fonksiyonlarının geri dönüşsüz, ilerleyici olarak bozulmasıdır. Son dönem böbrek hastalığı, genellikle bireyin yaşamını tehdit eden ve renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) neden olmaktadır [1-4]. Dünya genelindeki nüfusun yaklaşık %10'unun SDBH'den etkilendiği ve 2 milyondan fazla kişiye RRT seçeneklerinden uygun olanının başlandığı belirtilmektedir [5]. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği ortak raporuna göre, 2016 yılı sonu itibarıyla toplam 74.475 bireye RRT uygulanmıştır. En sık uygulanan RRT tipi ise hemodiyaliz (HD) (%76) dir [6].

Hemodiyaliz teknolojilerindeki gelişmeler, SDBY hastalarında daha uzun sağ kalıma neden olmaktadır. Bununla birlikte HD hastaları, hastalıktan ve/veya HD tedavisinden kaynaklanan ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olan birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar [2,7-9]. Hemodiyaliz hastalarında yaşanan semptomlar, diyet ve sıvı alımı konusundaki uyum sorunları, ailevi ve iş/okul yaşamı ile ilgili sorunlar, ekonomik kayıplar, beden imajı değişiklikleri gibi fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlar yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [10]. Yapılan çalışmalarda, SDBY hastalarının yaşam kalitelerinin genel popülasyona ve diğer kronik hastalıklara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir [10-15].

Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli sorunlardan biri uyku sorunudur. Hemodiyaliz hastalarında uyku sorunları; patofizyolojik nedenler (asit-baz, elektrolit ve melatonin metabolizması bozuklukları, demir eksikliği, üremik toksinler, renal anemi -nöropati, diyabet, kronik ağrı gibi), yaşam tarzı ile ilişkili nedenler (HD seansları sırasında uyuklama, HD seanslarının sabah erken saatlere ya da geç saatlere kayması, HD sonrası eve dönüşteki uzun bekleme süreleri, alkol ve kafein tüketimi) ve psikolojik nedenlerle (depresyon, kaygı, endişe, cinsel sorunlar, psikososyal sorunlar, HD makinesine bağımlılık) sık görülmektedir [9,16-25]. Hemodiyaliz

hastalarında uyku sorunları prevalansı %40- 80 olup, bu oran genel popülasyondan yüksektir [26]. Literatürde uyku kalitesini değerlendirmeye yönelik HD hastalarıyla yapılan çalışmalarda; hastaların, derin uyku sürelerinin kısaldığı, toplam uyku sürelerinin azaldığı, çeşitli uyku sorunlarının görüldüğü ve uyku kalitelerinin kötü olduğu belirtilmektedir [16,21,28-37]. En sık görülen uyku bozukluklarının ise; huzursuz bacak sendromu, obstüriktif uyku apne sendromu, gündüz yikusu ve insomnia olduğu bildirilmektedir [26].

Literatürde HD hastalarında uyku kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen en önemli sorunlar arasında depresyonun yer aldığı ve birbirleriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Hemodiyaliz hastalarında depresyon insidansı %5-%60 arasındadır [38]. Depresyon, bireyin yaşama isteğinin kaybolduğı, kendisini kederli hissettiğı, gelecekle ilgili karamsar düşüncelerinin bulunduğı, kimi zaman intihar girişimlerinin olduğu, cinsel istek, iştah ve uyku ile ilgili fizyolojik değışikliklerin yaşandığı bir sorundur. Gelişen depresyon ve uyku bozuklukları HD hastalarının sağlığını, yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü etkileyerek, uyku kalitelerinin bozulmasına, performans yeteneklerinin düşmesine, günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesine neden olmaktadır [11,39-41].

Uyku, bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen sağlığın önemli bir bileşenidir. Bu nedenle hastaların uyku bozukluklarının erken tanınması ile uyku ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi hedeflenmelidir. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin bakımdaki temel amaçlarından biri hastaların semptom yönetimini sağlayarak uyku ve yaşam kalitelerini attırmaktır. Kronik hastalıklarda uyku kalitesini arttırmak için farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Ancak farmakolojik tedavi yöntemlerinin yetersiz kalması ve çeşitli sorunlara neden olması nonfarmakolojik tedavi yöntemlerini ön plana çıkarmıştır. Uyku sorunlarının nonfarmakolojik tedavisinde en sık kullanılan yöntemlerden biri uyku hijyeni eğitimidir [27,42,43]. Uyku hijyeni kavramı ilk olarak Peter Hauri (1991) tarafından kullanılmıştır. Uyku hijyeni, normal uyku düzenini bozan bireysel davranışlardan kaçınarak iyi uyumayı sağlayacak davranışları kazandırmayı hedeflemektedir [41].

SoleiMani ve arkadaşlarının (2016) 59 HD hastası ile yaptığı çalışmasında, hastalara uyku hijyeni eğitimi verilmiş ve eğitim sonrasında hastaların uyku kalitelerinin iyileştiğı görülmüştür [44]. Yine Saeedi ve arkadaşlarının (2014) 76 HD hastasında yaptığı

çalışmada da verilen uyku hijyeni eğitiminin uyku kalitesine olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir [37].

Uyku kalitesine olumlu etkisi olan nonfarmakolojik tedavi yaklaşımlarından bir diğeri de progresif gevşeme egzersizidir. Progresif gevşeme egzersizi (PGE), vücuttaki 16 kas grubunun önce kontraksiyonunun, ardından da gevşemesinin sağlandığı bir uygulamadır. Uygulamanın amacı, bireyin bedenindeki gerilmelerle gevşeme durumu arasındaki farkı hissetmesini sağlamaktır. Progresif gevşeme egzersizi, hemşirelik araştırmalarına 1971 yılında Aiken ve Henrichs tarafından açık kalp ameliyatı olacak bireylere uygulanması ile girmiştir. Etkili ve pahalı olmayan bir yöntem olması nedeniyle de hemşire araştırmacılar tarafından kullanımı yaygınlaşmıştır[45].

Literatürde gevşeme egzersizlerinin sıklıkla; gebelerde [46,47], meme kanserinde [48,49], multiple sklerozda (MS) [50], Kronik Obstrüktif Akığer Hastalığında (KOAH) [51,52], yaşlılarda [53,54] , endometrioziste [55], pulmoner arteriyel hipertansiyonda [56], pulmoner rehabilitasyonda [57], osteoartritte [58], fibromiyaljide [59] , psikiyatri hastalarında [60,61] ve kalp hastalarında [62,63] kullanıldıkları görülmektedir. Bu hasta/hastalıklarda PGE'nin ağrının azaltılmasında [46,49,58,64], kan basıncı kontrolünde [47], konforun sağlanmasında [48], mobilitayı arttırmada [58], anksiyete [48,55,56,59-61], depresyon [55,56,59] ve yorgunluğun azaltılmasında [50-52,54] , uyku [49-53,59,65] ve yaşam kalitesinin [46,54,55,59,62,63] artırılmasında ve akut stresin [66] yönetiminde yararlı olduğu gösterilmiştir. Hemodiyaliz hastalarında ise PGE'nin; anksiyeteyi [67,68], yorgunluğu [67,69], ağrıyı [69] ve öfke tepkilerini azalttığı [70], uyku [67,71-73] ve yaşam kalitesini [68,69,73] arttırdığını belirten sınırlı çalışmaya rastlanılmıştır.

Amini ve arkadaşlarının (2016) 100 HD hastasında yaptığı girişimsel bir çalışmada progresif gevşeme ve aerobik egzersizin uyku kalitesini anlamlı olarak yükselttiği ve PGE'nin aerobik egzersize göre uyku bozuklukları, anksiyete ve yorgunluk semptomlarını daha fazla iyileştirdiği görülmüştür [67]. Saeedi ve arkadaşlarının (2012) 39 HD hastasıyla yaptığı çalışmada, PGE'nin hastaların uyku kalitelerini iyileştirdiği belirlenmiştir [67]. Yongmei Hou ve arkadaşlarının (2014) insomniası olan 103 HD hastasıyla yaptıkları çalışmada PGE'nin, hastaların uyku kalitelerini ve depresyonlarını iyileştirdiği saptanmıştır [74].

Ülkemizde ise Kuzeyli Yıldırım'ın (2005) 46 diyaliz hastasıyla yaptığı çalışmada, PGE'nin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği ortaya konmuştur. Bu çalışmada PGE'nin, HD ve sürekli ayaktan periton diyaliz (SAPD) tedavisi alan hastalarda uyku ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelenmiştir [73]. Hemodiyaliz hastalarında, PGE ve uyku hijyeni eğitiminin birlikte kullanıldığı çalışmaya ise rastlanmamıştır. Literatürdeki çalışmalarda PGE eğitimi belli bir süre hastalara verilmiş, daha sonra hastalardan bu eğitimleri kendilerinin yapmaları istenmiştir. Bu çalışmada, PGE uygulaması birebir araştırmacı tarafından hastalara 6 hafta yaptırılmış; daha sonraki altı hafta ise hastalardan PGE'yi kendilerinin uygulamaları istenmiştir. Araştırmacı ile yapılan birebir PGE uygulaması ile hastaların kendilerinin yaptıkları uygulamalar arasındaki farkı ortaya koymak adına diğer çalışmalardan farklıdır. Bu çalışmanın; nonfarmakolojik bir girişimin SDBY/HD'ye bağlı ortaya çıkan uyku sorunlarının ve depresyonun iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında yararını gösterme yönünden literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışma, hemodiyaliz hastalarına verilen uyku hijyeni eğitimi ve uygulanan progresif gevşeme egzersizinin, uygulama yapılan ve yapılmayan gruplar arasında uyku, yaşam kalitesi ve depresyon üzerindeki farkı belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Son Dönem Böbrek Yetmezliği ve Hemodiyaliz

Son Dönem Böbrek Yetmezliği, böbrek fonksiyonlarının geri dönüşsüz kaybı sonucunda, glomerüler filtrasyon hızının 5-10 ml/dk'ya düşmesi ve tedavi seçeneklerinden uygun olanının başlanması gerektiği evredir [1-4,7]. 2013 yılı verilerine göre bazı ülkelerdeki RRT gerektiren hasta insidansı milyon nüfus başına: İsveç 116, Norveç 101, Kanada 152, Fransa 160, Birleşik Krallık 113 ve izlenen diğer ülkeler arasında en yüksek Tayvan 458 ve en düşük Bangladeş 45 olarak rapor edilmiştir. Yine aynı ülkelerin sırasıyla milyon nüfus başına prevelans hızları 940, 901, 1193, 1177, 905 iken izlenen ülkeler arasındaki en yüksek Tayvan 3138 ve en düşük 66 ile Endonezya olduğu saptanmıştır [75]. Ülkemizde ise Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği ortak raporuna göre ise, 2016 yılı sonu itibarıyla toplam 74.475 hastaya RRT uygulanmaktadır. Renal replasman tedavi gerektiren SDBH nokta prevelansı ise milyon nüfus başına 933 iken, insidansı 140 olarak hesaplanmıştır [6].

Böbrek hastalıklarında etyolojik faktörlerinin erken tespitinin yapılabilmesi ve progresyon sürecinin etkin yönetilebilmesi oldukça önemlidir. Son dönem böbrek yetmezliğinin etyolojisinde 1990'lı yıllarda kronik glomerülonefrit birinci sırada yer alırken, diabetes mellitus 2001 yılından bu yana en sık rastlanan etyolojik neden olarak görülmektedir [6,76]. Son dönem böbrek hastalarına doğru zamanda, RRT'den uygun olanının başlanması komplikasyonların yönetilebilmesi açısından oldukça önemlidir. Renal replasman tedavileri başlıca iki başlık altında toplanmaktadır [2,4,8]. Bunlar :

1.Diyaliz

- ✓ Periton diyaliz
- ✓ Hemodiyaliz

2.Renal transplantasyondur.

Transplantasyon, etkinlik-maliyet açısından en uygun RRT modelidir. Ayrıca günümüzde yapılan diyaliz tedavilerine göre de daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktadır. Ancak Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği ortak raporuna göre 2016 yılı sonu itibarıyla fonksiyonel greftle takip edilen yaklaşık 14.280 (% 19,17) hasta

bulunmaktadır. 2016 yılında toplam 3416 hastaya nakil yapılmış olup bunların sadece %22,8'i kadavra vericiden nakil olmuştur[6].

Diğer bir RRT seçeneği ise periton diyalizdir. Sıvı içeren iki kompartmanı ayıran bir membran aracılığı ile su ve solütlerin transportunun yapıldığı bir tedavi seçeneğidir. Bu kompartmanlar, peritoneal kapillerdeki kan ve periton boşluğundaki diyaliz solüsyonudur [2,4]. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği ortak raporuna göre 2016 yılı sonu itibarıyla, periton diyaliz (PD) ile izlenmekte olan yaklaşık 3.508 (% 4,71) hasta bulunmaktadır. Yine aynı yıl PD tedavisine başlayan yeni hasta sayısı 1020'dir [6].

Diğer RRT seçeneği ise hemodiyalizdir. Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın bir membran ve bir makine yardımıyla sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesi işlemidir [8]. Türkiye Cumhuriyeti.Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği ortak raporuna göre(2016) RRT arasında en fazla tercih edileni HD'dir(% 77,31) [6]. Hemodiyaliz tedavisi, hastanın sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesizliğini düzelterek, üremiye bağlı oluşabilecek metabolik ve ekstrarenal komplikasyonları önleyerek, hastanın yaşam süresinin yanında yaşam kalitesini de arttırmaktadır. Ancak hastalığın kendisinden ve kullanılan tedavi yönteminden kaynaklanan komplikasyonlar gelişebilmektedir. Hemodiyaliz tedavisinden kaynaklanan ve en sık karşılaşılan komplikasyonlar sırasıyla: hipotansiyon (%20-30), kramp (%5-20), bulantı-kusma (%5-15), baş ağrısı (%5), göğüs/sırt ağrısı (%2-5), kaşıntı (%5) ve ateştir (< %1). Bunların yanı sıra daha nadir karşılaşılan, ancak bireyin yaşamını tehdit eden komplikasyonlar da gelişebilmektedir [2,7]. Ayrıca hastanın haftanın belirli günlerinde sağlık kurumuna gitmek zorunda olması, tedavinin ertelenmesinin/ara verilmesinin imkânsız olması, zor bir diyetle uyulması; hastanın aile, iş ve sosyal yaşantısını olumsuz olarak etkilemekte ve psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir. Diyaliz hastalarında en sık karşılaşılan psikolojik komplikasyonlar: depresyon, demans, ilaç/alkol ile ilişkili bozukluklar, anksiyete ve kişilik problemleridir. Depresyon bunların en önemlisidir. Farkına varılmaz ve tedavi edilmezse diyalizin sonlandırılmasına ya da intihara yol açabilir. İnsidansı %5-%60 arasında değişmektedir [4-7]. Görülen bu ruhsal, sosyal ve fiziksel sorunlara bağlı olarak da hastaların uyku ve yaşam kaliteleri etkilenmektedir [7].

2.2. Uyku

Uyku, karmaşık olmasının yanı sıra birbiriyle organize evrelerden oluşan, iç ve dış faktörlerden etkilenen, geri dönüşümü olan bir bilinçsizlik sürecidir [77,78]. Uyku-uyanıklık siklusu oluşumunda en önemli uyaran güneş ışığıdır. Biyolojik ritme bağlı olarak oluşur. Sirkadiyen ritm, ışık uyaranlarının suprakiazmatik nükleusu etkileyerek, 24 saat devam eden evrelerin tekrarlanması ile oluşur ve hipotalamusun anteriorunda bulunan suprakiazmatik nükleus aracılığı ile düzenlenmesi sağlanır. Bu ritmin oluşumu, retinal fotoreseptörlerle sağlanır. Diğer önemli faktör ise melatonindir. Melatonin suprakiazmatik nükleusa bağlı salgılanarak, karanlıkta en üst seviyeye ulaşır. Işığın olmaması ile hipotalamusta nöroendokrin düzenlemeler etkilenir ve melatonin gibi bazı hormonların salgılanması ve/veya baskılanması ile uyku süreci başlar. Bu uyku siklusu süreci Non-RapidEyeMovement (NonREM) ve RapidEyeMovement (REM) uykusu adı verilen iki aşamadan oluşur[79,80].

Serotonerjik kontrol altındaki Non-REM uykusu dört evreden oluşur. Non-REM I (Tüm gece uykusunun %2-5 ini kapsar) ve Non-REM II (tüm gece uykusunun %44-45 ini kapsar) yüzeysel uykuyu oluştururken; Non-REM III (tüm gece uykusunun %20-25'ini kapsar) ve Non-REM IV (tüm gece uykusunun %20-25'ini kapsar) yavaş dalga uykusu en derin uykuyu oluşturmaktadır. Diğer aşama ise adrenerjik kontrol altında olan ve hakim mediatörü norepinefrin olan REM uykusudur. Tüm gece uykusunun %20-25'ini kapsar. REM uykusunda vücut gevşer, hızlı göz hareketleri ve hızlı beyin dalgaları gözlenir. Normal uykuya Non-REM uykusu ile başlanır, uyku süresince birbirini takip eden Non-REM'in dört evresi, sonra Non-REM IV, III, II olarak evreler geriye döner. Birey daha sonra Non-REM I'e dönmeden REM evresine tekrar girerek Non-REM II, III, IV evrelerini tamamlar. Birey uykusunun herhangi bir aşamasında uyanırsa yeniden Non-REM I'e döner. Evreler ortalama olarak 90-120 dk dır. Uykunun başlangıcından ilk REM' in sonuna kadar olan döneme bir uyku siklusu denir. Bu sikluslar bir gecede ortalama 4-6 defa tekrar eder [79-82].

2.2.1. Uykuyu etkileyen faktörler

Yaş

Uyku evrelerinin uzunluğu yaşa bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Uyku ihtiyacı bireysel farklılıklarla birlikte gelişim evrelerine göre de değişebilir. Bebeklik döneminde ortalama uyku süresi 16-18, çocukluk çağında 13-14, adolesan çağında ortalama 7- 8 saattir. Yaşlılık döneminde ise uyku süreleri 6 saatten az olabilmekte ve gündüz uyuma eğilimi artmaktadır [83-85].

Cinsiyet

Araştırmalar, kadınların erkeklerle karşılaştırıldığında, uyku sürelerinin daha uzun olduğunu, daha kısa sürede uykuya daldıklarını ve uyku kalitelerinin daha iyi olduğunu belirtmektedir. Buna karşın kadınların erkeklerden daha fazla uyku şikayeti bildirdiği görülmektedir. Bunun nedeninin; kadınların ev, iş ve ailedeki rollerinin ve sorumluluklarının erkeklerden fazla olmasıyla birlikte hamilelik, menapoz, menstrual sıklısta gelişen nörohormonal değişikliklere bağlı olduğu da belirtilmektedir [86].

Hastalık

Hastalıklar bireyleri fiziksel ve psikolojik olarak etkileyerek uyku sorunlarına neden olmaktadır. Astım, gastroözofageal reflü, duodenal ülser, anjina, konjestif kalp yetmezliği, üremi, alerjik rinit, hipertiroidi, diyabet, beslenme sorunları, ağrılar, fiziksel travmalar uyku sorunlarına neden olabilmektedir. Bu fiziksel sorunların yanı sıra stres, anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlar da uykuyu etkilemektedir. Diyaliz hastalarının ise derin uyku süreleri kısalmakta ve toplam uyku süresi azalmaktadır [27,83,87,88].

Çevresel faktörler

Işık, ısı, koku, ses, odaki hava akımı, kullanılan yatağın, yastığın yumuşak ya da sert oluşu gibi çevresel faktörler uyku kalitesini etkilemektedir. Uykunun düzenlenmesinde ışık temel faktörlerdendir. Çünkü sirkadiyan ritm, endojen bir etkidir ve dışarıdan alınan ışığa bağlı mesajlarla düzenlenmektedir [77,88,89].

Fiziksel aktivite

Aktivite ve egzersiz yorgunluğu arttırmakta, bireyin uykuya dalmasını kolaylaştırmaktadır. Ancak düzensiz yapılan fiziksel aktivite uykuyu olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle yatma saatinden en az 4 saat öncesinde egzersiz yapmanın bırakılması önerilmektedir [27].

Duygusal durum

Günlük hayatta karşılaşılan üzüntü, anksiyete, depresyon, korku, kayıp gibi faktörler uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu problemler bireyin uyku kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır [59,67].

İlaçlar

Birçok ilaç çeşitli yan etkilere neden olmakta ve uykuyu etkilemektedir. Sedatifler, hipnotikler, antidepresan ve amfetaminler uykusuzlukta kullanılan farmakolojik ajanlardandır. Bunlar, tolerans ve kesilme bulguları, bağımlılık, iş performanslarında azalma, uyuşukluk ve gün içerisinde devam eden çeşitli etkilere sebep olmaktadır [90].

Alkol ve uyarıcılar

Uyumadan önce alınan alkol, gecenin ilk yarısında REM uykusunu baskılar, gecenin ikinci yarısında REM rebaunduna neden olur. REM uykusunda artma ile beraber REM aktivitesini de artırır. Gece kabusları ile uyanmalara neden olur. Çay, kahve, kola, çikolata, soda ve enerji içecekleri farklı oranlarda kafein içerir. Yatma saatinden 30-60 dakika önce alındığında; uykuya geçişi geciktirir, uyanıklık sayısını artırır, toplam uyku süresini, derin uykuyu azaltır ve subjektif uyku kalitesini etkiler [90].

Diyet

Beslenme alışkanlığının düzenli olması uyku için önemlidir. Gece fazla ve ağır besinlerin tüketilmesi kişide sindirim güçlüğüne, dolayısıyla uykunun bölünmesine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda besinlerle alınan karbonhidrat, protein ve bazı elzem yağ asitlerinin uyku regülasyonunu etkilediği belirtilmektedir. Fakat diyet uygulamaları KBY hastalarının biyokimyasal parametrelerine göre doktor ve diyetisyen gözetiminde yapılmalıdır [90,91].

Yaşam biçimi

Bireylerin yaşam biçimleri, çalışma şekilleri ve süreleri uyku düzenini etkilemektedir. Çalışma şekli özellikle vardiya şeklinde olanlarda, ilerleyen süreçte biyolojik saatlerinde değişimler yaşanmaktadır [90]. Hemodiyaliz hastalarında ise HD seansları sırasında uyuklama, HD seanslarının sabah erken saatlere ya da geç saatlere kayması ve HD sonrası eve dönüşteki uzun bekleme süreleri uykuyu etkilemektedir [17].

2.3. Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Sorunları ve Hemşirenin Roller

Uyku sorunları diyaliz tedavisi alan hastalar tarafından sık bildirilen bir durumdur. Prevalansı %40-80' dir. Diyaliz hastalarında uyku sorunları birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlar arasında: Patafizyolojik faktörler (asit-baz, elektrolit ve melatonin metabolizması bozuklukları, demir eksikliği, üremik toksinler, renal anemi ve nöropati, diyabet, kronik ağrı vb.), psikolojik faktörler (depresyon, kaygı, endişe, cinsel sorunlar, psikososyal sorunlar, HD cihazına bağımlı olmak) ve yaşam tarzıyla ilgili faktörler (sedanter yaşam, HD seansları sırasında uyuklama, sabahın erken saatlerinde veya geç saatte HD tedavisi alıyor olma, uzun bekleme ve HD merkezine gidiş-dönüşte yolda geçen süre, alkol ve kafein tüketimi vb.) yer almaktadır [39].

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda en sık görülen uyku bozuklukları ise insomnia, huzursuz bacak sendromu ve obstrüktif uyku apne sendromudur [26]. İnsomnia yorgunluk, sabah baş ağrısı, konsantrasyon bozukluğu, gündüz işlev bozukluğu, uykunun başlatılması ve sürdürülmesinde zorlanma ile ilişkili bir durumdur. Böbrek hastalığı olan bireylerde prevelansı %84,5'tir. Biyokimyasal ve metabolik değişiklikler, melatonin metabolizmasındaki değişiklikler, yaşam tarzı faktörleri, ağrı, depresyon ve anksiyete insomniayı tetiklemektedir [39].

Obstrüktif uyku apne sendromu ise genel popülasyonda %15-30'dan fazla yetişkin erkekleri, %5-15'den fazla da yetişkin kadınları etkilemektedir. Böbrek hastalığı olan bireylerde ise genel popülasyona göre 4-10 kat daha fazla görülmektedir. Obstrüktif uyku apne sendromu, SDBY hastalarında görülen (%50-60) en yaygın komorbid durumlardandır. Uykuda görülen solunum bozuklukları artmış kardiyovasküler risk ile ilişkilendirilmekte ve GFH 30 mL/dk/1.73 m²'nin altında olan hastalarda mortalite ve

morbiditeye neden olabilmektedir. Son dönem böbrek yetmezliği, metabolik asidoz, kemoreseptörlerin duyarlılığının bozulması, üremik toksinler, genel kas güçsüzlüğü özellikle de farenks dilatatör kaslarının güçsüzlüğü ve interdiyalitik dönemde sıvı birikimi nedeniyle üst solunum yolunun daralması sonucu obstrüktif uyku apne sendromunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu durum, artmış kan basıncı, oksidatif stres ve tekrarlayan hipoksiye neden olabildiği için de önemli bir risk faktörü olarak belirtilmektedir [36].

Sık görülen uyku bozukluklarından bir diğeri de huzursuz bacak sendromudur. Toplumda prevalansı %2-12 olup, HD hastalarında Uluslararası Huzursuz Bacak Çalışma Grubu kriterlerine göre yapılan çalışmalarda, %6.6-62 arasında değişmektedir. Hemodiyaliz hastalarında kardiyovasküler komplikasyon ve enfeksiyona neden olmakta ve bu durum kötü prognozu beraberinde getirmektedir [26,36]. Uyku bozukluklarının sonucunda bu fiziksel problemler hastaların uyku kalitelerinin bozulmasına, performanslarının düşmesine, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik yaşamalarına neden olmaktadır [26,36,39].

Hemşire, bireyin yetersizliklerinin yarattığı sorunları gidermede, kendi bilgi ve deneyimleri ile önceliklerin saptanmasında temel insan gereksinimlerinden yararlanır. Temel insan gereksinimlerinin karşılanmasında, uyku gereksinimlerinin değerlendirilmesi oldukça gereklidir. Henderson, geliştirdiği hemşirelik kuramında önceliği fizyolojik gereksinimlere vermiştir. Bu fizyolojik gereksinimler insanın biyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel boyutlarını kapsayan 14 maddeden oluşmaktadır. “Uyku ve istirahat” ise beşinci gereksinim olarak belirtilmektedir. Henderson, hemşirelerin uyku gereksinimi ile ilgili işlevini “hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek” olarak belirtmiştir [93]. Dinlenme örüntüsünün nitelik ve niceliğinde rahatsızlığa yol açan ya da yaşam şeklini etkileyen bir durum olarak tanımlanan “uyku örüntüsünde rahatsızlık” NANDA’nın belirlediği hemşirelik tanıları arasında yer alan önemli bir hemşirelik tanısıdır [94]. Hemşirelerin, SDBY hastalarına bütüncül bir yaklaşımla yardım edebilmeleri için, hastanın uyku örüntüsüne ilişkin sorunlarının doğru ve erken tespitini yapabilmesi önemlidir. Ayrıca hastaların uyku sorunlarının belirli periyotlarla klinik değerlendirmesi diyaliz çalışanları için rutin hale gelmelidir. Aksi takdirde uzun süre devam eden uyku sorunları genel sağlık ve işlevselliği etkileyerek daha ciddi sonuçlara neden olabilmektedir.

Uyku sorunlarının çözümüne yönelik hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik tedaviler uygulanabilmektedir. Uykusuzluğun tedavisinde ilaçların çeşitli yan etkilerinin bulunması nedeniyle nonfarmakolojik tedavi yöntemleri ön plana çıkmıştır. Nonfarmakolojik tedavi yaklaşımları; uyaranları kontrol etme tedavisi, uyku kısıtlama tedavisi, gevşeme, uyku hijyeni konusunda eğitimi ve danışmanlığı içermektedir [27,95-97].

2.3.1. Uyku kısıtlama tedavisi

Uyku kısıtlama tedavisi, hastanın yatakta geçirdiği süreyi kısaltarak, istenilen uyku süresine ulaşmasını amaçlayan tedavi yöntemidir. Genelde insomniası olan hastaların yetersiz olan uykularını geri kazandırabilmek için uygulanır. [95-97].

2.3.2. Uyaranları kontrol etme tedavisi

Uyaran kontrol tedavisi, tüm çevresel ve yatma zamanı uyaranlarının kontrollerinin sağlanarak, uyku ile uyumsuz olan tüm davranışları düzenlemeyi amaçlayan tedavi yöntemidir. Genelde uykuya başlama ve devam ettirmede güçlük yaşayanlar için tercih edilir [27].

2.3.3. Uyku hijyeni ilkeleri

Uyku hijyeni eğitimi; sağlıklı uyku düzenine etki eden veya engelleyen kişisel davranışlardan kaçınmayı ve uykuya olumlu yönde katkı sağlayacak davranışları içeren tedavi yöntemidir. Aşağıda uyku hijyeni ilkeleri verilmektedir [27,37,41,44].

Uyku hijyeni ilkeleri

1. Uykunuz gerçekten geldiğinden uyumaya gidin.
2. Eğer 20 -30 dakika içinde uyuyamazsanız yataktan kalkın ve uykunuz gelinceye kadar başka şeyler ile uğraşın.
3. Düzenli bir uyku programınız olsun. İzinli günler de dahil her gün aynı saate yatıp aynı saatte kalkmaya özen gösterin.
4. Yatmadan önceki hazırlıkları aynı düzende sürdürüp farklı yerlerde yatmamaya özen gösterin.

5. Doktorunuz önermedikçe kısa süreli kestirmelerden kaçının. Kısa süreli kestirmelerinizin öğlen saat 3'ten önce ve 1 saatten daha az olmasına dikkat edin.
6. Düzenli yapılan egzersiz uyku kalitesini artırır. Haftanın belli günlerinde bir miktar yürüyüş yapmak, koşmak veya yüzmek gibi fiziksel aktiviteler gevşemeye ve iyi uyumaya yardımcı olur. Ancak yatma saatinden en az 4 saat öncesinde egzersiz yapmayı bırakın.
7. Yatmadan önce müzik dinleme, kitap okuma, solunum ve gevşeme egzersizleri, masaj gibi uyku ritüelleri geliştirin. Bu durum vücuda uyku vaktinin geldiği ipuçlarını verecektir.
8. Yatağı yalnızca uyumak ve cinsel ilişki için kullanın. Televizyon seyretmek, kitap okumak, çalışmaktan kaçının.
9. Yatma saatinden en az 4-6 saat öncesinde kafein içeren yiyecek-içecek- ilaç (çay, kahve, kola, çikolata, bazı ağrı kesiciler...) , alkol, sigara ve nikotin içeren gıda (patlıcan, yeşil domates, karnabahar....) alımını kesin.
10. Yatağa aç girmeyin. Son yemek yatmadan 3 saat önce yenmiş olmalıdır. Yatmadan önce bir bardak süt ya da ıhlamur içmek uyku kalitenizin artmasını sağlayacaktır.
11. Gecenin geç saatlerine yapılacak iş bırakmayın.
12. Doktor önerisi olmadan uyku ilacı kullanmayın.
13. Yatma saatinden 90 dakika öncesinde sıcak duş alın. Bu durum vücut ısısının yükselmesine neden olur. Sonrasında oluşan vücut ısısındaki düşme kendinizi uykulu hissetmenizi sağlayacaktır.
14. Odanın ısısı çok sıcak ya da soğuk olmamalıdır. Sıcak oda (24 °C üzeri), huzursuzluğa yol açarken, soğuk oda (12° C altında) ise uykuya dalmayı zorlaştırır. Oda çok aydınlık olmamalıdır. Işığın çok parlak ve beyaz olması da uykuya dalmayı güçleştirebilir. Bu nedenle yatak odasının fiziksel şartlarını kişisel ihtiyaçlarınıza göre düzenleyin. Isı, ışık, ses açısından ortamın rahat olduğundan emin olun.
15. Farklı kalitedeki yatak ve yastık da uykuyu etkileyecektir. Bazı kişiler yumuşak bazıları daha sert yatak/yastık tercih ederler. Aynı şekilde yorganın kalınlığı da önemlidir. Çok kalın ya da çok ince olması ilerleyen saatlerde üşümeye ya da çok fazla ısınmaya neden olarak uykunun sık bölünmesine neden olabilir. Bu nedenle; kişisel tercihlere ve mevsime uygun yatak, yastık ve yorgan seçilmelidir.
16. Bir sonraki gün ya da geleceğe dair planlamaları gün içerisinde yapın, yatağa gittiğinizde endişe verici konular düşünmeyin.

2.3.4. Gevşeme teknikleri

Gevşeme teknikleri, kas gerginliğini azaltan, nefes alıp vermeyi yavaşlatan diğer taraftan da zihnin rahatlamasına yardımcı olan yöntemleri içermektedir. Günlük yaşamdaki ilgi ve işlevselliği artırabilmek amacıyla biofeedback, otojenik gevşeme, temel nefes egzersizi, progresif gevşeme egzersizleri ve bunun gibi birçok etkili baş etme yöntemleri kullanılmaktadır [45,46,68].

Temel nefes egzersizi

Doğru ve derin nefes almayı öğrenmek, gevşemenin en önemli adımıdır. Nefes almanın kendisi bir gevşeme yolu olduğu gibi, bütün gevşeme egzersizleri içinde, egzersizin bir parçası olarak kullanılmaktadır[99].

Biyolojik geri bildirim (Biofeedback)

Biofeedback, insanın normal ve anormal 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 vb.) istenilen yönde düzenlemeyi öğrendiği bir yöntemdir. Biofeedback, bir anlamda insanın kendi iç fizyolojik faaliyetlerini gözleyebileceği bir penceredir. Gevşeme yanıtının öğrenilmesini son derece kolaylaştıran yöntemlerden biridir[45,100].

Kendi kendine gevşeme (Otojenik Gevşeme)

İnsanın konsantre olarak kendini gevşetmesi esasıyla çeşitli organ fonksiyonlarının ve duygusal gerilimlerin kontrol altına alınması durumudur [100].

Progressif (İlerleyen) gevşeme

Bu teknik Edmund Jacobson tarafından 1920'lerde geliştirilmeye başlanmış, ilk olarak 1929'da Edmund Jacobson'un "Progresif Gevşeme" isimli kitabında tanımlanmış, yaygın olarak araştırma ve inceleme konusu olmuştur. Progresif gevşeme egzersizlerinin hemşirelik araştırmalarına 1971 yılında Aiken ve Henrichs'in açık kalp ameliyatı olacak

hastalara gevşeme eğitimini uygulaması ile girmiş ve etkili bir yöntem olması, pahalı olmaması gibi nedenlerle kullanımı yaygınlaşmıştır. Progresif gevşeme tekniği insan vücudundaki büyük kas gruplarının iradeli olarak gerilip gevşetilmesini içerir. Progresif gevşeme egzersizlerinin amacı; vücuttaki 16 kas grubunun önce kontraksiyonunun, ardından da gevşemesinin sağlanarak bireyin bedenindeki tüm gerilmelerle gevşeme durumu arasındaki farklılığı hissetmesini sağlamaktır [45,99].

Progresif gevşeme egzersizleri uygulama basamakları

El ve kol kaslarını gevşetmek için uygulanan egzersizler

Kollarınızı iki yana sarkıtın ve bir yandan nefes alırken, ellerinizi yumruk yaparak el kaslarınızı gerin. Yumruklarınızı sıkın, sıkın, biraz daha böyle durun ve yumruklarınızı açın ellerinizin gevşemesine izin verin.

Ellerinizdeki gevşekliği bozmadan kol kaslarınızı gerin, gerin ve biraz daha gergin tutup bırakın. Kol kaslarınızın çözüldüğünü hissedin.

Omuz ve boyun kaslarını gevşetmek için uygulanan egzersizler

Omuzlarınızı yukarı doğru kaldırarak omuz ve boyun kaslarınızı gerin, gerin biraz daha gergin kalıp bırakın. Gerginliğin omuzlarınızdan ve boynunuzdan uzaklaştığını hissedin.

Göğüs kaslarını gevşetmek için uygulanan egzersizler

Derin bir nefes alıp göğsünüzde tutun, göğsünüzdeki kasların gerildiğini fark edin, kaslarınızı gergin tutun, tutun ve bırakın. Derin ve rahat nefes alıp vermeye devam edin. Göğüs kaslarınızın gevşediğini hissedin.

Karın kaslarını gevşetmek için uygulanan egzersizler

Burnunuzdan derin bir nefes alıp karınızdaki tutun, tutun karın kaslarınızın iyice gerildiğini fark edin ve ağızınızdan nefes verirken bu kaslarınızı da bırakın. Karın kaslarınızın gevşediğini hissedin.

Kalça kaslarını gevşetmek için uygulanan egzersizler

Derin bir nefes alıp, kalça kaslarınızı gerin, nefesinizi tutun ve kalçalarınızdaki gerginliği bir kaç saniye daha hissedin ve bırakın. Kalça kaslarınız iyice gevşesin. Oturduğunuz yerde iyice yayılsın.

Bacak kaslarını gevşetmek için uygulanan egzersizler

Bacaklarınızdaki kasları kasın ve gerildiklerini fark edin ve nefes verirken bu kasları da bırakın ve gevşemelerine izin verin.

Bacaklarınızı gevşek tutarak ayaklarınızı öne doğru uzatarak ayaklarınızdaki bütün kasları gerin ve ayak parmaklarınızı bükün ve bırakın. Ayak parmaklarınızı düzeltin ve gevşemelerine izin verin. Ayağınızdaki gerginliğin kaybolduğunu hissedin.

Dikkatinizi tüm bedeninize verin. Kaslarınızın rahat ve gevşek olduğundan hareket ettirmek istemediğinizi hissediyorsunuz.

Yüz kaslarını gevşetmek için uygulanan egzersizler

Derin bir nefes alırken yüzünüzdeki kasları gerin, yüzünüzü buruşturun, kaşlarınızı çatın ve çenenizi kasın. Yüzünüzdeki kasların hepsinin gerildiğini hissedin. Nefesinizi verirken tüm yüz kaslarınızı serbest bırakın. Yüzünüzdeki gevşekliği hissedin.

Derin bir nefes alırken bütün bedeninizi kasın kollarınızı, omuzlarınızı, göğsünüzü, karnınızı, kalçalarınızı, bacaklarınızı, ayaklarınızı kasın kasın ve bırakın. Tüm bedeninizdeki kasların gevşediğini hissedin.

Bedeninizin tümü iyice gevşemiş durumda ve rahat. Artık nefesleriniz sakin ve düzgün durumda [99].

2.4. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Roller

Yaşam kalitesi; sürekli değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir

kavramdır. Yaşam süresinin uzaması ile beraber yaşamı tehdit eden akut gelişen durumlar, komorbid hastalıklar, kronik diyaliz tedavisi nedeniyle ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal semptomlar, genel iyi oluşun bozulması yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir [9,10,101].

Yapılan çalışmalarda HD tedavisi alan hastaların, genellikle yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirtilmektedir [10-15]. Hastaların, uyulması güç olan terapötik bir diyet ve sıvı kısıtlamasına uyum sağlamaya çalışmaları, uygulanan ilaç tedavileri ve diyaliz tipine bağlı olarak seçilen damara ulaşım yolu (katater/fistül varlığı) ve beden imajında meydana gelen değişiklikler bireyin ve ailesinin yaşamında değişikliklere neden olmaktadır. Ayrıca KBY’de diğer kronik hastalıklardan farklı olarak tedavide damara erişim yoluna ihtiyaç duyulması, açılan damar yolunun zarar görme ihtimali önemli bir stres faktörüdür. Bunun yanı sıra diyalizdeki işlemler, sekonder gelişen hastalıklar, komplikasyonlar, makineye ve sağlık profesyonellerine bağımlı olma, geleceğe yönelik kaygılar, bireylerin rol performanslarındaki değişiklikler gibi faktörlere bağlı olarak hastalığın yükü artmakta hem bireyin hem de yakın çevresinin yaşam kalitesi azalmaktadır [9,68,69,73]. Ancak, bireyler değerlendirilirken yaşam kaliteleri göz ardı edilebilmektedir. Sağlık ekibi tarafından hastalara bütüncül yaklaşımla tanı anından itibaren bakım, tedavi ve danışmanlık hizmetinin verilmesi ve bu süreçte hasta ve hasta yakınlarının dahil edilmesi sağlanmalıdır. Hemşireler; öncelikle KBY tanı ve tedavisinin her hastanın bireysel yaşamında yarattığı etkilerin farkında olmalı, fiziksel ve psikososyal gereksinimleri, sürekli stresörlerle mücadele etmenin hasta için neyi ifade ettiğini ve yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğini belirlemelidir [9]. Hemşireler, bireysel olarak hastaların gereksinimlerini planlamalı, önceliklerini iyi tespit etmeli ve uygun girişimlerde bulunarak, girişimlerin etkinliğini değerlendirmelidir. Yaşam kalitesinin artırılması için hastalara bireysel veya grup eğitimleri verilmeli ve farkındalıkları artırılmalıdır. Bu şekilde hastaların öz bakım sorumluluklarını üstlenmeleri, semptomlarını kontrol etmeleri stresörlerin azalmasını sağlayarak yaşam kalitesinin iyileştirilmesine olumlu katkılar sağlayacaktır. Sonuç olarak, sağlık ekibi tarafından HD tedavisi alan hastaların yaşam kalitesi çok yönlü bir yaklaşımla geliştirilmelidir [9-15].

2.5. Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Hemşirenin Roller

Depresyon bir duygu durum bozukluğudur. Bireyin yaşama isteğinin kaybolduğu, kendisini kederli hissettiği, gelecekle ilgili karamsar düşüncelerinin bulunduğu bir hastalıktır [102]. Depresyon, diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ve insidansının %5-60 arasında değişen bir hastalıktır[38]. Etiyolojisinde birçok faktör ile karşılaşılmakta ve mortalite ile ilişkili olduğu da gösterilmektedir. Hastalarda uyku bozuklukları, konsantrasyonda bozulma, suçluluk duygusu, intihar/ölüm düşüncesi, cinsel istekte azalma, yorgunlukta artma, iştah azalması ve artan vücut ağırlarına neden olabilmekte ve bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir. Hastalarda böbreğin işlevini yitirmesi, fiziksel ve bilişsel yetilerin etkilenmesi, aile ve iş yaşantılarındaki rollerin ve cinsel işlevlerin kaybı gibi çok sayıda kayıp yaşamaları hastalar için oldukça önemlidir. Bu süreçte hastaların sosyal destek sistemlerinin zayıf olması sürecin yönetiminde zorluklara neden olmaktadır[103,104].

Hemşire, hastaların psikolojik durum ve iyilik halini periyodik olarak sorgulamalı, geçerli ölçümlerle değerlendirmeli, temel iletişim ve tanılama becerilerini etkin kullanmalı ve hastayla terapötik ilişki kurabilme becerilerini geliştirmelidir[105]. Ayrıca, her hastanın gereksinimlerine uygun bakımını planlamalı, önceliklerini iyi tespit etmeli, uygulamaya yönelik etkin girişimlerde bulunması ve sonrasında girişimin etkinliğini değerlendirmesi oldukça önemlidir. Ayrıca, hasta için güvenli çevrenin oluşturulması, hastanın yeterli dinlenmesinin, beslenmesinin sağlanması, bireysel bakımın sürdürülmesi, kendisine zarar vermesinin önlenmesi, fizyolojik ve psikolojik bütünlüğün sürdürülmesi, uyumu kolaylaştırmak için baş etme yollarının öğretilmesi/geliştirilmesinin sağlanarak tedavinin sürdürülmesine yönelik müdahalelerde bulunulmalıdır[103,104].

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı

Araştırma HD tedavisi alan hastalara verilen uyku hijyeni eğitimi ve uygulanan progresif gevşeme egzersizinin uygulama yapılan ve yapılmayan gruplar arasında uyku, yaşam kalitesi ve depresyon üzerindeki farkı belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın hipotezleri:

H1: Uyku hijyeni eğitimi ve progresif gevşeme egzersizinin eğitim öncesi ve sonrası uyku kalitesi puan ortalamaları arasında fark vardır

H2: Uyku hijyeni eğitimi ve progresif gevşeme egzersizinin eğitim öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark vardır

H3: Uyku hijyeni eğitimi ve progresif gevşeme egzersizinin eğitim öncesi ve sonrası depresyon puan ortalamaları arasında fark vardır

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde ve Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Çiğdem Diyaliz Merkezi'nde HD tedavisi alan hastalar ile yapılmıştır. Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde 220 hasta tedavi görmektedir. Bu merkez üç adet on iki yataklı salon, bir adet Hepatit B ve C hastalarına ait üçer yataklı salonla hizmet vermektedir. Ayrıca ünite de acil müdahale odası, doktor odası, ofis, teknisyen odası, personel giyinme odaları, hasta giyinme odaları, bekleme salonu ve konferans salonu bulunmaktadır. Çiğdem Diyaliz Merkezi'nde ise 140 hasta tedavi görmekte, bir adet 16 yataklı salon, bir adet ikişer yataklı salon, bekleme salonu, doktor odası, hemşire odası ve giyinme odası bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini, 1 Ocak – 10 Ekim 2017 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde ve Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Çiğdem Diyaliz Merkezi'nde düzenli olarak HD tedavisi alan hastalar oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın örnekleme

Müdahale ve kontrol grubu için örnekleme dahil etme kriterleri

- Gönüllü olma
- Okuma ve yazma bilme
- 18 yaş ve üstünde olma
- Bilinç düzeyi, oryantasyonu yerinde olma
- İşitme sorunu yaşamıyor olma
- Solunum sıkıntısı yaşamıyor olma
- En az 6 aydır HD tedavisine devam ediyor olma
- Kronik hastalık (KOA, Kalp Yetmezliği) tanısı almamış olma
- Birey beyanına göre uyku problemi yaşıyor olma
- Haftada 2 ya da 3 kez düzenli olarak diyaliz tedavisi alıyor olma

Araştırmanın örneklem seçim basamakları

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde 220 ve Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Çiğdem Diyaliz Merkezi'nde 140 toplamda 360 HD tedavisi alan hasta bulunmaktadır. Ancak araştırmanın örnekleme dahil etme kriterlerine göre; 360 hastanın 291'inin uyku sorununun olmadığı, 3'ünün haftada bir HD tedavisi aldığı, 2'sinin kronik hastalığının olduğu (KOA, Kalp Yetmezliği), 1'inin üç aydır HD tedavisi aldığı ve 18'inin de çalışmaya katılmak istemediği belirlenmiştir. Toplam 45 hasta ile çalışmaya başlanmıştır. Eğitim süresince kontrol grubunun müdahale grubundan etkilenmemesi için Ümitköy Diyaliz Merkezi'ndeki hastalar müdahale (22), Çiğdem Diyaliz Merkezi'ndeki hastalar kontrol (23) grubu olarak belirlendi. Ancak çalışmanın üçüncü ölçüm aşamasında müdahale grubundaki bir hastanın

ex olması, bir hastanın yoğun bakıma sevk edilmesi nedeniyle çalışma 43 hasta ile tamamlanmıştır. Yapılan posterior power analizi sonucunda 0,25 etki büyüklüğü %5 hata payı ile çalışmanın gücü % 95 bulunmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan hasta tanıtım formu (EK-1), uyku kalitesini değerlendirmek için Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) (EK-2), yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 yaşam kalitesi ölçeği (EK-3), depresyon durumunu değerlendirmek için Beck Depresyon Envanteri (BDE) (EK-4) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Ayrıca uyku hijyeni eğitimi için literatür doğrultusunda hazırlanan uyku hijyeni eğitim kitapçığı (EK-5) ve gevşeme egzersizlerinin hastalara öğretilmesi için Türk Psikologlar Derneği'nin hazırladığı kompakt disk (CD) ve gevşeme egzersizleri ile ilgili hazırlanan broşür kullanılmıştır (EK-6).

3.4.1. Veri toplama araçları

Hasta tanıtım formu (EK- I)

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalıkları hakkında genel bilgileri içeren bir formdur. Literatürden yararlanılarak hazırlanan, üç bölümden oluşan anket formunun birinci bölümünde hastaların sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölümünde diyaliz tedavisine ilişkin özellikleri ve üçüncü bölümünde ise uyku alışkanlıkları ile ilgili özellikleri içeren toplam 33 soru bulunmaktadır.

Pittsburg uyku kalite indeksi (PUKİ) (EK-2)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [106]. Bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirliği 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için Mehmet Yücel Ağargün'den (EK-7) mail yoluyla izin alınmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80' dir. Katsayının 0,60-0,80 arasında olması güvenilirlik düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir [107]. Bu çalışmada da PUKİ'nin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,736 olarak bulunmuştur.

PUKİ, son bir ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendiren toplam 24 sorudan oluşmaktadır. 19'u öz bildirim sorusudur. Sonuncu öz bildirim sorusu ve diğer 5 soru klinik bilgi için kullanılırken puanlamaya dahil edilmemektedir. Puanlamaya katılan 18 maddenin her biri 0-3 puan üzerinden değerlendirilerek 7 bileşen puanı ve bir global skor elde edilmektedir. Bileşenlerin bazıları tek bir madde ile belirtilirken, bazıları birkaç maddenin gruplandırılması sonucu elde edilmektedir. Bileşenler; öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7) dur. Tek bir madde ile belirtilen bileşenler: Bileşen 1 (soru 6), Bileşen 3 (soru 4), Bileşen 6 (soru 7) dir. Bileşen 2 puanı; soru 2 ve soru 5a, bileşen 4 puanı; soru 1, soru 3 ve soru 4, bileşen 5 puanı; soru 5b-i, bileşen 7 puanı; soru 8 ve soru 9 puanlarının toplamından elde edilmektedir. Soru 4, hem bileşen 3'ün hem de bileşen 4'ün puanlamasında kullanılmaktadır. Bileşen puan ortalamalarının yüksek olması o bileşene ait uyku bozukluğunun artmış olduğunu göstermektedir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. PUKİ global puanının 5'den fazla oluşu, uyku kalitesinin kötü olduğunun göstergesidir [106,107].

Yaşam kalitesi ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey SF-36) (EK-3)

Short Form 36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmalarında yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Ware [108] tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenirliği 1995 yılında Pınar [109] tarafından yapılmıştır. Ölçeğin kullanım izni, Rukiye Pınar'dan (EK-8) mail yoluyla alınmıştır. Ölçeğin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.92, test-tekrar test güvenirlik katsayıları 0,73-0,90 arasında değişmektedir. Bu çalışmada da SF 36'nın cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,86'dır. Alt boyutların değerlendirilmesinde; her boyut 0 ile 100 puan arasında skorlanır ve puanın yüksek olması yaşam kalitesinin iyi olduğunun göstergesidir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği 8 sağlık kavramından oluşmaktadır. Bunlar: fiziksel fonksiyon (10 madde;3a-3j), sosyal fonksiyon (2 madde; 6,10), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde;4a-4d), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde;15a- 15c), mental sağlık (5 madde;9b,9c,9d,9f,9h), enerji (4 madde;9a,9e,9g,9i), ağrı (2 madde;7,8) ve sağlığın genel algılanması (5 madde;1,11a-11d) olmak üzere sekiz alt boyuttan oluşmaktadır. Ayrıca bu maddelerin dışında ölçekte yer aldığı halde puanlamaya dahil edilmeyen (2. Madde) genel olarak sağlığın geçen yıl ile karşılaştırılmasını içeren bir madde daha yer almakta ve toplam 36 maddeden oluşmaktadır [108,109].

Beck depresyon envanteri (BDE) (EK-4)

Depresyon riskini ve düzeyini ölçmeyi sağlayan bir ölçektir. Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir [110-113]. Beck depresyon envanterinin, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir [114-115]. Envanterin kullanım izni Nesrin Hisli Şahin'den (EK-9) mail yoluyla alınmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,92'dir. Bu çalışmada da BDE'nin cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,644 olarak bulunmuştur. Beck depresyon envanteri, toplam 21 maddeden oluşan ve bireyin kendini değerlendirmesine yönelik dörtlü likert tipi sorulardan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin 11'i bilişsel, 2'si duygusal, 2'si açıkça görülen davranışlar, 1'i kişiler arası sorunlar ve 5'i somatik semptomları ölçen alt boyutları bulunmaktadır. Ölçekteki her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Maddelerin tanı için puan aralıkları; 11–17 arası puan hafif düzeyde depresyonu, 18-29 arası puan orta düzeyde depresyonu, 30-63 arası puan ise, şiddetli düzeyde depresyon olduğunu göstermektedir [110-115].

Uyku hijyeni eğitim kitapçığı (EK-5)

Uyku hijyeni eğitim kitapçığı literatür [17,27,59,67,77-91] doğrultusunda hazırlanmış olup uyku, uykuyu etkileyen faktörler, uyku bozuklukları ve tedavi yaklaşımları ile uyku hijyeni ilkelerini içermektedir.

Gevşeme egzersizleri CD'si

Gevşeme tekniklerinin öğrenilmesi için hastalara, Türk Psikologlar Derneği'nin hazırladığı gevşeme egzersizleri CD'si kullanıldı. CD'de, fonda hastayı rahatlatacak bir müzik eşliğinde gevşeme egzersizlerinin talimatları yer almaktadır. Progresif Gevşeme Egzersiz CD'sinin kullanım izni Türk Psikologlar Derneği'nden mail yoluyla alınmıştır (EK-10)

Gevşeme egzersizleri broşürü (EK-6)

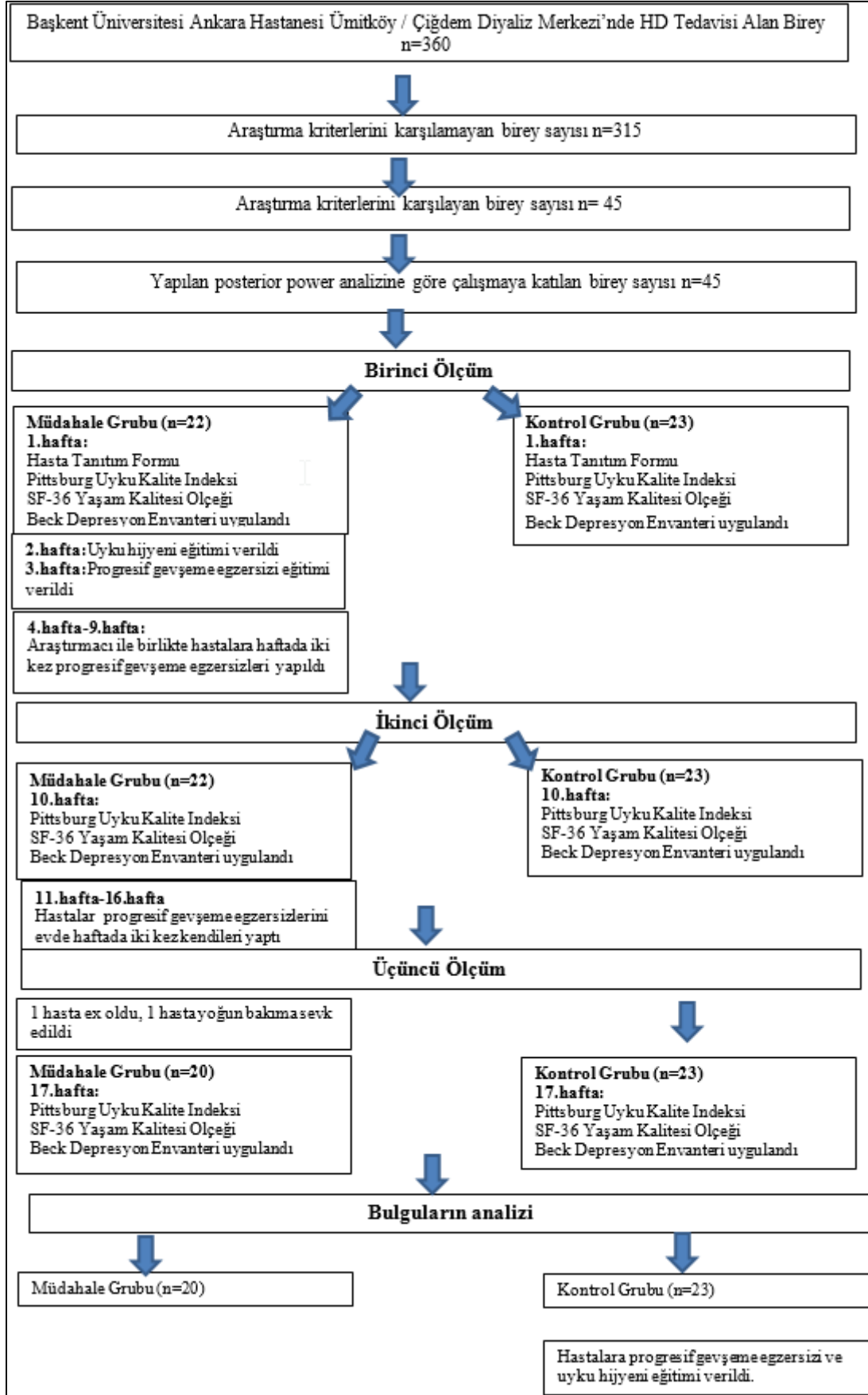
Gevşeme egzersizleri broşürü, hastaların gevşeme tekniklerini daha kolay öğrenebilmeleri için CD'deki egzersiz basamaklarını içeren görsel ve yazılı talimatları içermektedir. Broşürdeki fotoğrafların kullanımı için Serdar Mete Topsakal'dan yazılı izin alınmıştır (EK-11).

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygunluğu ve yapılabilmesi için Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (sayı no:183) “Etik Onay” (EK 12) ve araştırmanın yürütülebilmesi için Başkent Üniversitesi Hastanesi’nin Başhekimliği’nden “yazılı kurum izni” (EK-13) alınmıştır. Araştırmada insan olgusunun kullanımında bireysel hakların korunması gerektiğinden ‘İsteklilik, Gönüllük’ ilkesi ışığında ‘Bilgilendirilmiş Onam’ koşulu yerine getirilmiştir (EK-14).

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Başkent Üniversitesi Ümitköy Diyaliz Ünitesi’nde 02-06 Haziran 2016 tarihleri arasında 5 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Yapılan anket uygulamalarında “Hasta Tanıtım Formu” doldurulması sırasında karışıklıklar yaşandığı deneyimlendiğinden form “şekil” olarak değiştirilmiş olup soru değişikliğine gidilmemiştir. Ön uygulamada, hastaların çalışmaya katılım istekleri yüksek idi. Anket uygulamaları ve egzersizler hastaların kendilerini iyi hissetikleri zaman aralıklarında yapılmıştır.



Şekil 3.1.Uygulama şeması

3.7. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce Psikolog Yüksel Demirel'den 30.05.2016-10.06.2016 tarihlerinde haftada iki gün PGE eğitimi alındı (EK-15). Uygulamanın ilk basamağında eğitim süresince kontrol grubunun müdahale grubundan etkilenmemesi için Ümitköy Diyaliz Merkezi'ndeki hastalar (22) müdahale, Çiğdem Diyaliz Merkezi'ndeki hastalar (23) kontrol grubu olarak belirlendi. Şekil 3.1'de uygulama şeması gösterilmektedir.

Müdahale grubu (n=20)

Birinci ölçüm (Eğitim öncesi) (n=22)

Çalışmanın birinci haftasında, hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alındı. Kendilerini iyi hissettikleri zaman aralıklarında tüm hastalara veri toplama araçları (hasta tanıtım formu , PUKİ, SF-36 ve BDE) yüz yüze görüşülerek uygulandı. Elde edilen bu veriler birinci ölçüm olarak değerlendirildi.

İkinci ölçüm(Eğitim sonrası) (n=22)

Çalışmanın ikinci haftasında hastalara konferans salonunda ya da eğitim odasında bire bir ya da grup olarak uyku hijyeni eğitimi verildi. Eğitim bitiminde hastalara uyku hijyeni eğitim kitapçığı dağıtıldı. Çalışma boyunca hastaların talepleri doğrultusunda eğitime ilişkin soruları cevaplandı.

Üçüncü haftada; hastalara konferans salonunda PGE eğitimi verildi. Egzersiz basamakları araştırmacı tarafından hastalara tek tek yaptırıldı. Eğitim sonrasında hastalara Türk Psikologlar Derneği'nin hazırlamış olduğu gevşeme egzersizlerinin talimatlarını içeren CD doğrultusunda hazırlanmış olan MP3'ler ve eğitim broşürü verildi.

Çalışmanın dördüncü ve dokuzuncu haftaları arasında (6 hafta) hastalara, haftanın farklı günlerinde olmak üzere iki kez araştırmacı tarafından PGE yaptırıldı. Uygulamalar ilk haftalarda ortalama 25-30 dakika sürerken ilerleyen haftalarda bu süre ortalama 20 dakikaya kadar indi.

Onuncu haftada hastalara PUKİ, SF-36 ve BDE tekrar uygulandı. Elde edilen bu veriler ikinci ölçüm olarak değerlendirildi.

Üçüncü ölçüm (Eğitim sonrası) (n=20)

Çalışmanın 11. ve 16. haftaları arasında (6 hafta) hastalardan haftanın farklı günlerinde en az iki kez olmak üzere PGE'yi evlerinde kendi kendilerine uygulamaları istendi. Uygulama sıklıklarına yönelik hatırlatmalar, hastaların diyaliz seansları sırasında veya telefon ile araştırmacı tarafından yapıldı. Altı haftanın ardından 17. haftada hastalara tekrar PUKİ, SF-36 ve BDE tekrar uygulandı. Elde edilen bu veriler üçüncü ölçüm olarak değerlendirildi. Ancak çalışmanın son haftasında bir hastanın ex olması ve bir hastanın yoğun bakıma sevk edilmesi nedeniyle çalışma 20 hasta ile tamamlandı. Bu nedenle bu hastalara ait veriler birinci ve ikinci ölçümden de çıkarılarak bulgular 20 hasta ile analiz edildi.

Kontrol grubu

Birinci ölçüm (Eğitim öncesi)(n=23)

Çalışmanın birinci haftasında, hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alındı. Kendilerini iyi hissettikleri zaman aralıklarında tüm hastalara veri toplama araçları (hasta tanıtım formu , PUKİ, SF-36 ve BDE) yüz yüze görüşülerek uygulandı. Elde edilen bu veriler birinci ölçüm olarak değerlendirildi.

İkinci ölçüm(Eğitim sonrası) (n=23)

Çalışmanın onuncu haftasında hastalara PUKİ, SF-36 ve BDE tekrar uygulandı. Elde edilen bu veriler ikinci ölçüm olarak değerlendirildi.

Üçüncü ölçüm (Eğitim sonrası) (n=23)

Çalışmanın 17. haftasında hastalara PUKİ, SF-36 ve BDE tekrar uygulandı. Elde edilen bu veriler üçüncü ölçüm olarak değerlendirildi.

Çalışma tamamlandıktan sonra hastalara uyku hijyeni eğitimi, PGE eğitimi yapıldı ve tüm eğitim materyalleri hastalara verildi.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 18 paket programında değerlendirilmiştir.

- Bir çalışmanın örneklem büyüklüğünü anlamlılık düzeyi, çalışmanın gücü, etki büyüklüğü, duyarlılığı, varyansı ve dağılımı gibi faktörler etkilemektedir. Bu nedenle parametrik test kullanımında en az 30 örneklem sayısı kullanımının mutlak gerekli olmadığı literatürde gösterilmiştir [116,117]. Çalışmanın normal dağılım göstermesi, varyansların homojenliği ve grupların bağımsız olması durumunda örneklemin 30'dan büyük olma şartı aranmaksızın parametrik test kullanılabilir [118].
- Çalışmamızdaki verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi kullanılarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda uyku, yaşam kalitesi ve depresyon skorlarını ölçen değişkenlerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Bu nedenle çalışmamızdaki istatistiksel değerlendirmede parametrik testler kullanılmıştır.
- Çalışmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır.
- Kontrol ve müdahale gruplarının demografik, eğitim ve uyku alışkanlıklarının gruplara göre dağılımı, yüzde değerleri ve tablo olarak verilmiştir.
- Dağılımların gruplar arasında gösterdiği farklılık Ki-Kare analizi ile gösterilmiştir.
- Kontrol ve müdahale gruplarında yaş ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile incelenmiştir.
- Kontrol ve müdahale gruplarında uyku, yaşam kalitesi ve depresyon ölçeklerinde zamana göre ortalamalar arasındaki fark tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile değerlendirilmiştir.
- İstatistik anlamlılık gösteren ölçüm zamanlarındaki farklılık Bonferroni düzeltmeli t testi kullanılarak incelenmiştir.
- Her bir ölçüm noktasında kontrol ve müdahale grupları ortalamaları arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile analiz edilmiştir.
- Çalışmada istatistik anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ alınmıştır.
- Tablolarda istatistikler aritmetik ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, HD hastalarına verilen uyku hijyeni eğitimi ve uygulanan PGE'nin etkisi çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda beş başlık altında ele alındı;

- 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- 4.2. Hastaların ölçümlere göre uyku kalitesine ilişkin bulgular
- 4.3. Hastaların ölçümlere göre yaşam kalitesine ilişkin bulgular
- 4.4. Hastaların ölçümlere göre depresyon durumuna ilişkin bulgular

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; müdahale ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri (sosyo-demografik özellikleri, hastalık ve tedavi ile ilgili özellikleri, hastalığa ilişkin eğitim alma durumları, uyku alışkanlıkları ve sorunları ile ilgili özellikleri) yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=43)

Özellik	Müdahale Grubu n=20		Kontrol Grubu n=23		*p
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	12	60,0	10	43,5	0,280
Erkek	8	40,0	13	56,5	
Medeni Durum					
Evli	11	55,0	16	69,5	0,144
Bekar	9	45,0	7	30,5	
Eğitim Durumu					
Okur Yazar	1	5,0	3	13,1	0,622
İlköğretim	9	45,0	8	34,8	
Lise	6	30,0	5	21,7	
Üniversite	4	20,0	7	30,4	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	1	5,0	5	21,7	0,287
Çalışmıyor	19	95,0	18	78,3	
Aylık Gelir Durumu					
Gelir Giderden Az	6	30,0	5	21,7	0,631
Gelir Gidere Denk	9	45,0	13	56,6	
Gelir Giderden Fazla	5	25,0	5	21,7	
Evde Yaşayan Kişi Sayısı					
Yalnız	2	10,0	3	13,0	0,283
İki-üç	18	90,0	18	78,3	
dört-Beş	0	0,0	2	8,7	
Bakımı İle İlgilenen Birey/Bireyler Olma Durumu					
Evet	16	80,0	16	69,6	0,434
Hayır	4	20,0	7	30,4	
Sigara içme durumu					
Evet	15	75,0	17	73,9	0,971
Hayır	5	25,0	6	26,1	

Değerler yüzde olarak sunulmuştur

*Ki-kare testi, $p>0,05$

Çizelge 4.1’de hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Çizelgede belirtilmemekle birlikte araştırma kapsamına alınan müdahale grubundaki hastaların yaş ortalamaları $53,2 \pm 16,4$ ’dir. Çizelge 4.1. incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan müdahale grubundaki hastaların %60’nın kadın, %55’inin evli, % 45’inin ilköğretim mezunu, %95’inin çalışmadığı, %45’inin gelirinin giderine denk olduğu, % 90’ının evde iki-üç kişi yaşadığı, % 80’inin bakımı ile ilgilenen birey/bireyler olduğu ve % 75’inin sigara kullandığı görülmektedir.

Çizelgede belirtilmemekle birlikte araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamaları $57,7 \pm 13,3$ ’dir. Çizelge 4.1. incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki hastaların %56,5’inin erkek, %69,5’inin evli, % 34,8’inin ilköğretim mezunu, %78,3’ünün çalışmadığı, %56,6’sının gelirinin giderine denk olduğu, % 78,3’ünün evde iki-üç kişi yaşadığı, % 69,6’sının bakımı ile ilgilenen birey/bireyler olduğu ve % 73,9’unun sigara kullandığı görülmektedir.

Çizelge 4.2. Hastaların hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklerinin dağılımı (n=43)

	Müdahale Grubu n=20		Kontrol Grubu n=23		*p
	n	%	n	%	
Hemodiyaliz sıklığı					
Haftada3 seans	18	90,0	18	78,3	0,298
Haftada2 seans	2	10,0	5	21,7	
Hemodiyaliz Süresi					
3 saat	1	5,0	0	0,0	0,278
4 saat	19	95,0	23	100,0	
Vasküler Giriş Yolu					
Arteriovenöz Fistül	18	90,0	18	78,3	0,307
Arteriovenöz Greft	1	5,0	1	4,3	
Vasküler Kateterizasyon	1	5,0	4	17,4	
Hemodiyaliz Tedavisine Başlama Zamanı					
6 ay-1 yıl	1	5,0	3	13,0	0,441
2-3 yıl	5	25,0	6	26,1	
4-6 yıl	3	15,0	10	43,5	
7 yıl ve üzeri	11	55,0	4	17,4	
Primer Hastalığı					
DiabetesMellitus	1	5,0	5	21,7	0,256
Hipertansiyon	9	45,0	7	30,5	
**Diğer	10	50,0	11	47,8	
HD başlamadan önce başka tedaviler alma durumu					
Evet	6	30,0	3	13,0	0,173
Hayır	14	70,0	20	87,0	
Ailede başka diyaliz hastası olma durumu					
Evet	6	30,0	2	8,7	0,073
Hayır	14	70,0	21	91,3	

Değerler yüzde olarak sunulmuştur

*Ki-kare testi , $p > 0,05$

**Diğer: Glomerüler hastalıklar, Polikistik böbrek hastalığı, etyolojisi bilinmeyenler

Çizelge 4.2’ de müdahale ve kontrol gruplarının hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Çizelge 4.2 incelendiğinde; araştırmadaki müdahale grubundaki hastaların %90’ının haftada üç seans HD tedavisi alırken, kontrol grubunda bu oran %78,3’tür. Müdahale grubunun % 95’i dört saat süre ile HD tedavisi alırken, kontrol grubunun tamamı dört saat süre ile diyaliz olmaktadır. Vasküler girişim yolu her iki grupta en yüksek oranda (%90,0-%78,3) arteriovenöz fistüldür. Müdahale grubundaki hastaların HD başlama zamanında en yüksek oran %55 ile 7 yıl ve üzeri tedavi alanlar iken, sonrasında %25 ile 2-3 yıl, %15 ile 4-6 yıl, 6ay-1 yıl tedavi alanların oranı ise % 5’tir. Kontrol grubunda ise; HD başlama zamanında en yüksek oran %43,5 ile 4-6 yıl, sonrasında %26,1 ile 2-3 yıl, %17,4 ile 7 yıl ve üzeri tedavi alanlar gelirken en düşük oran % 13 ile 6 ay-1 yıl tedavi alanlar gelmektedir. Primer hastalığı hipertansiyon olanlar müdahale grubunda % 45, kontrol grubunda ise %30,5 ’tir. Aynı sırayla Diabetes Mellitus oranı %5 - % 21,7’dir. Diğer nedenler arasında ise her iki grupta glomerüler hastalıklar, polikistik böbrek hastalığı ve etyolojisi bilinmeyenler yer almaktadır. Hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce diğer RRT alanların oranı müdahale grubunda %30 iken, kontrol grubunda %13’tür. Müdahale grubundaki hastaların %30’unun ailesinde diyaliz hastası bulunurken bu oran kontrol grubunda %8,7’dir.

Çizelge 4.3. Hastaların hastalığa ilişkin eğitim alma durumlarının dağılımı (n=43)

	Müdahale Grubu n=20		Kontrol Grubu n=23		*p
	n	%	n	%	
Hastalığa İlişkin Eğitim alma durumu					
Evet	11	55,0	12	52,2	0,746
Hayır	9	45,0	11	47,8	
**Eğitim Alınan Kaynak					0,312
Doktor	11	100	10	83,3	
Hemşire	8	72,7	6	50,0	
Başka bir hastadan	3	27,7	1	8,3	
Kitap/İnternet	2	18,1	3	25,0	
**Alınan Bilginin İçeriği					0,086
Hastalık	11	100	11	91,6	
Tedavi süreci	11	100	8	66,6	
Tedavinin yan etkileri	11	100	5	41,6	
Evde bakım	6	54,5	5	41,6	
Tetkik ve Kontroller	8	72,7	6	50,0	
Alınan Eğitimi Yeterli Bulma Durumu					0,612
Evet	9	84,6	8	63,6	
Hayır	2	15,4	4	36,4	

Değerler yüzde olarak sunulmuştur

*Ki-kare testi, p>0,05

**n katlanmıştır

Çizelge 4.3 ‘te müdahale ve kontrol gruplarının böbrek hastalığı ve diyalize ilişkin eğitim alma durumlarının dağılımı (n=43) verilmektedir.

Çizelge 4.3 incelendiğinde; hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında eğitim alanların oranı müdahale grubunda %55 iken kontrol grubunda bu oran %52,2’dir. Alınan bilgiyi müdahale grubundaki hastaların tamamı doktordan alırken, %72,7’si hemşireden aldıklarını bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların ise %83,3’ü doktor tarafından, %50’si hemşire tarafından bilgilendirilmiştir. Verilen bilgilerin yeterli olduğunu ifade edenlerin oranı müdahale grubunda %84,6 iken kontrol grubunda %63,6’dır. Tabloda yer almamakla birlikte başka hangi konuda eğitim almak istediklerinin araştırıldığı soruya ise hastalar yanıt vermemiştir.

Çizelge 4.4. Hastaların uykuya ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=43)

Özellik	Müdahale Grubu n=20		Kontrol Grubu n=23		
	n	%	n	%	*p
Uyku öncesi yapılan alışkanlıkları olma durumu					
Var	5	25,0	4	17,4	0,541
Yok	15	75,0	19	82,6	
Uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitim alma durumu					
Alan	0	0	1	4,3	0,345
Almayan	20	100	22	95,7	

Değerler yüzde olarak sunulmuştur

*Ki-kare testi , $p>0,05$

Çizelge 4.4’de müdahale ve kontrol gruplarının uykuya ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=43) yer almaktadır. Çizelge 4.4 incelendiğinde; müdahale grubundaki hastaların (%75) ve kontrol grubundaki hastaların (%82,6) çoğunun uyku öncesi yaptıkları alışkanlıklarının olmadığı görülmektedir. Müdahale grubunun tamamı, kontrol grubunun ise tamamına yakını (%95,7) uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

4.2. Hastaların Ölçümlere Göre Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; müdahale ve kontrol gruplarının ölçümlere göre uyku kalitesi puanları yer almaktadır.

Çizelge 4.5. Hastaların PUKİ global skor -bileşen puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması (n=43)

	Müdahale Grubu(n=20)	Kontrol Grubu(n=23)	
	Ortalama±Standart Sapma	Ortalama±Standart Sapma	*p
Birinci ölçüm öznel uyku kalitesi puanı (Bileşen 1)	2,10±0,64 ^a	1,39±0,89	0,500
İkinci ölçüm öznel uyku kalitesi puanı (Bileşen 1)	1,35±0,67 ^b	1,57±0,78	0,344
Üçüncü ölçüm öznel uyku kalitesi puanı (Bileşen 1)	1,35±0,74 ^b	1,91±0,73	0,017
**p	0,001	0,100	
Birinci ölçüm uyku latensi puanı (Bileşen 2)	1,90±0,96	2,39±1,50	0,217
İkinci ölçüm uyku latensi puanı (Bileşen 2)	1,45±0,88	1,87±0,86	0,125
Üçüncü ölçüm uyku latensi puanı (Bileşen 2)	1,70±0,92	2,22±0,60	0,033
**p	0,103	0,219	
Birinci ölçüm uyku süresi puanı (Bileşen 3)	1,50±1,27	1,48±0,89 ^a	0,948
İkinci ölçüm uyku süresi puanı (Bileşen 3)	1,35±1,30	2,13±1,01 ^a	0,033
Üçüncü ölçüm uyku süresi puanı (Bileşen 3)	1,70±0,97	2,35±1,30 ^b	0,0001
**p	0,466	0,0001	
Birinci ölçüm alışılmış uyku etkinliği puanı (Bileşen 4)	1,20±1,10	2,17±1,19	0,900
İkinci ölçüm alışılmış uyku etkinliği puanı (Bileşen 4)	1,00±1,29	2,09±1,12	0,005
Üçüncü ölçüm alışılmış uyku etkinliği puanı (Bileşen 4)	0,80±1,05	2,70±0,63	0,0001
**p	0,309	0,080	
Birinci ölçüm uyku bozukluğu puanı (Bileşen 5)	1,60±0,50 ^a	1,04±0,76 ^a	0,800
İkinci ölçüm uyku bozukluğu puanı (Bileşen 5)	1,25±0,44 ^a	1,48±0,59 ^b	0,166
Üçüncü ölçüm uyku bozukluğu puanı (Bileşen 5)	1,35±0,48 ^b	2,17±0,65 ^b	0,0001
**p	0,016	0,0001	
Birinci ölçüm uyku ilacı kullanma puanı (Bileşen 6)	1,20±0,83	1,26±1,09 ^{ab}	0,333
İkinci ölçüm uyku ilacı kullanma puanı (Bileşen 6)	0,70±0,65	0,96±0,63 ^a	0,841
Üçüncü ölçüm uyku ilacı kullanma puanı (Bileşen 6)	1,05±1,39	1,83±0,88 ^b	0,202
**p	0,310	0,007	
Birinci ölçüm gündüz işlev bozukluğu puanı (Bileşen 7)	0,85±1,08	0,43±0,94 ^a	0,188
İkinci ölçüm gündüz işlev bozukluğu puanı (Bileşen 7)	0,50±0,94	0,57±0,9 ^{ab}	0,823
Üçüncü ölçüm gündüz işlev bozukluğu puanı (Bileşen 7)	0,25±0,78	1,35±1,40 ^b	0,003
**p	0,096	0,012	
Birinci ölçüm PUKİ global skoru	10,35±4,10 ^a	10,17±4,08 ^a	0,889
İkinci ölçüm PUKİ global skoru	7,60±3,83 ^b	10,65±3,63 ^a	0,011
Üçüncü ölçüm PUKİ global skoru	8,20±3,38 ^{ab}	14,53±2,85 ^b	0,0001
**p	0,007	0,0001	

Değerler ortalama ±standart sapma olarak sunulmuştur

*p: Bağımsız gruplarda t testi (gruplar arasında ölçüm değerlerinin karşılaştırılması)

**p: Bağımlı gruplarda t testi (grup içi ölçüm değerlerinin karşılaştırılması)

a,b,c aynı sütundaki farklı harfleri taşıyan grup ortalamaları farkı, Bonferroni düzeltilmeli t testi

Çizelge 4.5’de hastaların PUKİ global skor-bileşen puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması (n=43) yer almaktadır.

✓ Müdahale ve kontrolün gruplar arası karşılaştırılmasında

Çizelge 4.5 incelendiğinde; müdahale ve kontrol gruplarının, birinci ölçüm bileşen puan ortalamaları sırasıyla; öznel uyku kalitesi (Bileşen 1) $2,1 \pm 0,64$ ve $1,3 \pm 0,89$; uyku latensi (Bileşen 2) $1,9 \pm 0,96$ ve $2,3 \pm 1,50$; uyku süresi (Bileşen 3) $1,5 \pm 1,27$ ve $1,4 \pm 0,89$; alışılmış uyku etkinliği (Bileşen 4) $1,2 \pm 1,10$ ve $2,1 \pm 1,19$; uyku bozukluğu (Bileşen 5) $1,6 \pm 0,50$ ve $1,0 \pm 0,76$; uyku ilacı kullanma (Bileşen 6) $1,2 \pm 0,83$ ve $1,2 \pm 1,09$; gündüz işlev bozukluğu (Bileşen 7) $0,8 \pm 1,08$ ve $0,4 \pm 0,94$ olarak bulunmuştur. Birinci ölçümde müdahale ve kontrolün gruplar arası karşılaştırılmasında, her iki grubun puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Birinci ölçümde, müdahale grubundaki ($10,3 \pm 4,10$) ve kontrol grubundaki ($10,1 \pm 4,08$) hastaların PUKİ global skor ortalamaları benzer olup, gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p > 0,05$).

Müdahale ve kontrol gruplarının, ikinci ölçüm bileşen puan ortalamaları sırasıyla; öznel uyku kalitesi (Bileşen 1) $1,3 \pm 0,67$ ve $1,5 \pm 0,78$; uyku latensi (Bileşen 2) $1,4 \pm 0,88$ ve $1,8 \pm 0,86$; uyku süresi (Bileşen 3) $1,3 \pm 1,30$ ve $2,1 \pm 1,01$; alışılmış uyku etkinliği (Bileşen 4) $1,0 \pm 1,29$ ve $2,0 \pm 1,12$; uyku bozukluğu (Bileşen 5) $1,2 \pm 0,44$ ve $1,4 \pm 0,59$; uyku ilacı kullanma (Bileşen 6) $0,7 \pm 0,65$ ve $0,9 \pm 0,63$; gündüz işlev bozukluğu (Bileşen 7) $0,5 \pm 0,94$ ve $0,5 \pm 0,94$ bulunmuştur.

İkinci ölçümde müdahale ve kontrolün gruplar arası karşılaştırılmasında, bileşen 3 ve bileşen 4 puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p < 0,05$) diğer bileşen puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). İkinci ölçümde; müdahale grubundaki hastaların PUKİ global skor ortalamasının ($7,6 \pm 3,83$), kontrol grubuna ($10,6 \pm 3,63$) göre düştüğü ve bu aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Birinci ve ikinci ölçüm PUKİ global skor ortalaması karşılaştırıldığında ise, müdahale grubunun ikinci ölçümde skor ortalamasının düştüğü; kontrol grubunda ise, birinci ölçüm ve ikinci ölçüm skor ortalamasının değişmediği görülmüştür.

Müdahale ve kontrol gruplarının, üçüncü ölçüm bileşen puan ortalamaları sırasıyla; öznel uyku kalitesi (Bileşen 1) $1,3 \pm 0,74$ ve $1,9 \pm 0,73$; uyku latensi (Bileşen 2) $1,7 \pm 0,92$ ve $2,2 \pm 0,60$; uyku süresi (Bileşen 3) $1,7 \pm 0,97$ ve $2,3 \pm 1,30$; alışılmış uyku etkinliği (Bileşen 4) $0,8 \pm 1,05$ ve $2,7 \pm 0,63$; uyku bozukluğu (Bileşen 5) $1,3 \pm 0,48$ ve $2,1 \pm 0,65$; uyku ilacı kullanma (Bileşen 6) $1,0 \pm 1,39$ ve $1,8 \pm 0,88$; gündüz işlev bozukluğu (Bileşen 7) $0,2 \pm 0,78$ ve $1,3 \pm 1,40$ bulunmuştur.

Üçüncü ölçümde müdahale ve kontrolün gruplar arası karşılaştırılmasında, bileşen 6 hariç diğer tüm bileşen puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Üçüncü ölçümde müdahale grubundaki hastaların PUKİ global skor ortalamasının ($8,2 \pm 3,38$), kontrol grubuna ($14,5 \pm 2,85$) göre düştüğü ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

✓ Müdahale ve kontrolün grup içi karşılaştırılmasında ise

Müdahalenin grup içi bileşen 1 puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; birinci ve ikinci ölçüm ile birinci ve üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p < 0,05$); ikinci ve üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Farklılığın, birinci ölçümden kaynaklandığı görülmektedir. Müdahalenin grup içi bileşen 5 puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; birinci ve üçüncü ölçüm ile ikinci ve üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p < 0,05$); birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Farklılığın üçüncü ölçümden kaynaklandığı görülmektedir. Müdahalenin grup içi PUKİ global skor ortalamalarının karşılaştırılmasında, birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p < 0,05$), birinci ile üçüncü ve ikinci ile üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Kontrolün grup içi bileşen 3 puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; birinci ile üçüncü ve ikinci ile üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p < 0,05$), birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Farklılığın üçüncü ölçümden kaynaklandığı görülmektedir. Kontrolün grup içi bileşen 5 puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; birinci ve ikinci ölçüm ile birinci ve üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p < 0,05$); ikinci ve üçüncü

ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Farklılığın birinci ölçümden kaynaklandığı görülmektedir. Kontrolün grup içi bileşen 6 puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; sadece ikinci ve üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$). Kontrolün grup içi bileşen 7 puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; sadece birinci ve üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$). Kontrolün grup içi PUKİ global skor ortalamalarının karşılaştırılmasında, birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken ($p>0,05$), birinci ile üçüncü ve ikinci ile üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın üçüncü ölçümden kaynaklandığı görülmektedir.

4.3. Hastaların Ölçümlere Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; müdahale ve kontrol gruplarının ölçümlere göre yaşam kalitesi puanları yer almaktadır.

Çizelge 4.6. Hastaların SF 36 ölçek puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması (n=43)

	Müdahale Grubu(n=20)	Kontrol Grubu(n=23)	
	Ortalama±Standart Sapma	Ortalama±Standart Sapma	*p
Birinci ölçüm fiziksel fonksiyon puanı	39,00±31,39 ^a	36,09±23,25	0,729
İkinci ölçüm fiziksel fonksiyon puanı	48,50±27,72 ^a	37,39±26,01	0,183
Üçüncü ölçüm fiziksel fonksiyon puanı	58,69±30,70 ^b	23,91±23,40	0,0001
**p	0,05	0,162	
Birinci ölçüm fiziksel rol kısıtlılıkları puanı	27,50±37,08	27,17±39,10	0,978
İkinci ölçüm fiziksel rol kısıtlılıkları puanı	30,75±42,95	36,96±41,19	0,632
Üçüncü ölçüm fiziksel rol kısıtlılıkları puanı	40,00±40,87	18,48±37,09	0,078
**p	0,341	0,258	
Birinci ölçüm duygusal rol kısıtlılıkları puanı	38,32±40,85	36,23±45,95	0,876
İkinci ölçüm duygusal rol kısıtlılıkları puanı	28,83±40,55	37,68±47,46	0,518
Üçüncü ölçüm duygusal rol kısıtlılıkları puanı	53,33±43,79	18,84±38,69	0,009
**p	0,133	0,273	

Çizelge 4.6. (devam) Hastaların SF 36 ölçek puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması (n=43)

	Müdahale Grubu(n=20)	Kontrol Grubu(n=23)	
	Ortalama±Standart Sapma	Ortalama±Standart Sapma	*p
Birinci ölçüm enerji puanı	50,75±17,40	49,35±9,08 ^{ab}	0,738
İkinci ölçüm enerji puanı	53,75±20,31	53,04±10,73 ^a	0,885
Üçüncü ölçüm enerji puanı	56,25±20,31	41,09±16,02 ^b	0,014
**p	0,568	0,005	
Birinci ölçüm mental sağlık puanı	63,60±16,71	58,43±11,67	0,242
İkinci ölçüm mental sağlık puanı	60,80±14,01	57,39±14,25	0,435
Üçüncü ölçüm mental sağlık puanı	62,20±18,69	50,09±12,58	0,016
**p	0,874	0,079	
Birinci ölçüm sosyal fonksiyon puanı	55,63±26,43	55,43±19,88 ^a	0,979
İkinci ölçüm sosyal fonksiyon	60,63±23,39	50,54±23,68 ^{ab}	0,169
Üçüncü ölçüm sosyal fonksiyon puanı	60,25±23,06	31,52±21,93 ^b	0,0001
**p	0,689	0,003	
Birinci ölçüm ağrı puanı	62,38±25,26	65,98±23,20 ^a	0,629
İkinci ölçüm ağrı puanı	65,25±20,24	53,04±25,28 ^{ab}	0,199
Üçüncü ölçüm ağrı puanı	72,88±23,42	44,13±21,8 ^b	0,0001
**p	0,094	0,011	
Birinci ölçüm genel sağlık puanı	43,75±20,12	49,57±12,05 ^a	0,250
İkinci ölçüm genel sağlık puanı	49,75±20,80	41,96±13,63 ^{ab}	0,149
Üçüncü ölçüm genel sağlık puanı	42,50±16,26	31,30±19,72 ^b	0,051
**p	0,089	0,001	

Değerler ortalama ±standart sapma olarak sunulmuştur

*p: Bağımsız gruplarda t testi (gruplar arasında ölçüm değerlerinin karşılaştırılması)

**p: Bağımlı gruplarda t testi (grup içi ölçüm değerlerinin karşılaştırılması)

a,b,c aynı sütundaki farklı harfleri taşıyan grup ortalamaları farkı, Bonferroni düzeltmeli t testi

Çizelge 4.6'da hastaların SF 36 ölçek puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması (n=43) yer almaktadır.

✓ Müdahale ve kontrolün gruplar arası karşılaştırılması

Çizelge 4.6 incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubunun birinci ölçümdeki yaşam kalitesi boyutlarının puan ortalamaları sırasıyla; fiziksel fonksiyon 39,0±31,9; 36,0±23,25; fiziksel rol kısıtlılıkları 27,5±37,08 ; 27,1±39,10; duygusal rol kısıtlılıkları 38,3 ±40,85;

36,2±45,95; enerji 50,7 ±17,40; 49,3 ±9,08; mental sağlık 63,6 ±16,71; 58,4 ±11,67; sosyal fonkiyon 55,6± 26,43; 55,4 ±19,88 ; ağrı 62,3 ±25,26; 65,9± 23,20 ve genel sağlık 43,7 ±20,12; 49,5 ±12,05 olarak bulunmuştur. Birinci ölçümde müdahale ve kontrolün gruplar arası karşılaştırılmasında, her iki grubun puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.6 incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubunun ikinci ölçümdeki yaşam kalitesi boyutları puan ortalamaları sırasıyla; fiziksel fonksiyon 48,5± 27,72; 37,3 ±26,01; fiziksel rol kısıtlılıkları 30,7±42,95; 36,9±41,19; duygusal rol kısıtlılıkları 28,8 ±40,55; 37,6 ±47,46 ; enerji 53,7 ±20,31; 53,0± 10,73 ; mental sağlık 60,8 ±14,01; 57,3 ±14,25 ; sosyal fonkiyon 60,6 ±23,39; 50,5±23,68 ; ağrı 65,2±20,24; 53,0±25,28 ve genel sağlık 49,7 ±20,80; 41,9 ±13,63 olarak bulunmuştur. İkinci ölçümde müdahale ve kontrolün gruplar arası karşılaştırılmasında, her iki grubun puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.6 incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubunun üçüncü ölçümdeki yaşam kalitesi boyutları puan ortalamaları sırasıyla; fiziksel fonksiyon 58,6 ±30,70; 23,9± 23,40 ; fiziksel rol kısıtlılıkları 40,0 ±40,87; 18,4±37,09; duygusal rol kısıtlılıkları 53,3 ±43,79; 18,8 ±38,69 ; enerji 56,2± 20,31; 41,0±16,02; mental sağlık 62,2 ±18,69; 50,0± 12,58; sosyal fonkiyon 60,2 ±23,06; 31,5± 21,93; ağrı 72,8 ±23,42; 44,1±21,82 ve genel sağlık 42,5 ±16,26; 31,3 ±19,72 olarak bulunmuştur. Müdahale ve kontrolün gruplar arası üçüncü ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; fiziksel rol kısıtlılıkları hariç diğer yaşam kalitesi boyutlarının (fiziksel fonksiyon, duygusal rol kısıtlılıkları , enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık) tamamında ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

✓ Müdahale ve kontrolün grup içi karşılaştırılmasında ise

Müdahalenin grup içi fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken ($p>0,05$), birinci ile üçüncü ve ikinci ile üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer yaşam kalitesi boyutları (fiziksel rol kısıtlılıkları, duygusal rol kısıtlılıkları , enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık) arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrolün grup içi puan ortalamalarının

karşılaştırılmasında enerji, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Enerji puan ortalamasında ikinci ve üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık puan ortalamalarının birinci ve üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

4.4. Hastaların Ölçümlere Göre Depresyon Durumuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde; müdahale ve kontrol gruplarının ölçümlere göre depresyona ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.7. Hastaların ölçümlere göre Beck depresyon puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması (n=43)

	Müdahale Grubu(n=20)	Kontrol Grubu(n=23)	
	Ortalama±Standart Sapma	Ortalama±Standart Sapma	*p
Birinci ölçüm depresyon puanı	15,65±8,12 ^a	14,52±6,14	0,608
İkinci ölçüm depresyon puanı	14,75±7,31 ^a	15,30±7,10	0,802
Üçüncü ölçüm depresyon puanı	10,45±6,52 ^b	18,13±5,39	0,0001
**p	P=0,017	P=0,068	

Değerler ortalama ±standart sapma olarak sunulmuştur

*p: Bağımsız gruplarda t testi (gruplar arasında ölçüm değerlerinin karşılaştırılması)

**p: Bağımlı gruplarda t testi (grup içi ölçüm değerlerinin karşılaştırılması)

a,b,c aynı sütundaki farklı harfleri taşıyan grup ortalamaları farkı, Bonferroni düzeltmeli t testi

Çizelge 4.7’de müdahale ve kontrol gruplarının ölçümlere göre Beck depresyon puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması (n=43) yer almaktadır. Çizelge 4.7 incelendiğinde; müdahale ve kontrolün gruplar arası birinci ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların depresyon puan ortalamalarının sırasıyla 15,6±8,12; 14,5±6,14 olduğu ancak ortalamalar arası farklılığın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Müdahale ve kontrolün gruplar arası ikinci ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; depresyon puan ortalamalarının sırasıyla 14,7±7,31; 15,3±7,10 olduğu ancak ortalamalar arası farklılığın anlamlı olmadığı bulunmuştur($p>0,05$).Müdahale ve kontrolün gruplar arası üçüncü ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; depresyon puan ortalamalarının sırasıyla 10,4±6,52; 18,1±5,39 olduğu ve gruplar arası puan farklılığının anlamlı olduğu bulunmuştur($p<0,05$).

Müdahale ve kontrolün grup içi karşılaştırılmasında ise; kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubunda ise, birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken ($p>0,05$), birinci ile üçüncü ve ikinci ile üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın üçüncü ölçümden kaynaklandığı görülmektedir.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde, çalışmaya dahil edilen hastaların nonfarmakolojik yöntemlerden olan uyku hijyeni eğitimi ve PGE'nin uyku, yaşam kalitesi ve depresyona etkisi literatür ışığında üç başlık altında tartışılmıştır;

- 5.1. Hastaların ölçümlere göre uyku kalitesine ilişkin bulguların incelenmesi
- 5.2. Hastaların ölçümlere göre yaşam kalitesine ilişkin bulguların incelenmesi
- 5.3. Hastaların ölçümlere göre depresyon durumuna ilişkin bulguların incelenmesi

5.1. Hastaların Ölçümlere Göre Uyku Kalitesine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Literatürde HD hastalarında patofizyolojik, psikolojik ve yaşam tarzı ile ilişkili faktörler nedeniyle uyku sorunlarına sık rastlanılmaktadır [17-24]. Yaşanılan uyku sorunları da bireyin günlük yaşam aktivitelerinde değişen düzeylerde olumsuzluk yaşamasına neden olmaktadır. Çalışmamıza katılan hastaların; diyaliz tedavisi almaya başladıktan sonra uyku sorunları yaşadıkları, uyku alışkanlıklarının değiştiği ancak uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitim almadıkları (%2,3'ü hariç) görülmüştür (Çizelge 4.4). Bu çalışmada hastalara verilen uyku hijyeni eğitimi ve PGE'nin uyku kalitesine etkisi değerlendirilmiştir.

Çalışmada uyku kalitesini değerlendirmeye yönelik kullanılan PUKİ'den, alınan global skorun 5'den büyük olması uyku kalitesinin kötü olduğunun göstergesidir. Bu çalışmada, eğitim öncesi yapılan ölçümde (birinci ölçüm) müdahale (10,35±4,10) ve kontrol grubundaki (10,17±4,08) hastaların PUKİ global skor ortalamalarının benzer ve yüksek olduğu, hastaların uyku kalitelerinin kötü olduğu saptanmıştır. Literatürde uyku kalitesini değerlendirmeye yönelik HD hastalarıyla yapılan çalışmalarda da hastaların uyku kalitelerinin kötü olduğu görülmektedir [11,12,16,21,28-36].

Literatürde aynı çalışma içerisinde hem araştırmacı ile, hem de bireysel olarak PGE'nin etkisinin araştırıldığı çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmada, uyku hijyeni eğitimi ve PGE eğitimi tamamlandıktan sonraki ilk altı hafta hastalar, araştırmacı ile birebir; daha sonraki altı hafta da ise bireysel olarak haftada iki kez olmak üzere PGE uyguladılar. Tüm bu uygulamalardan sonra yapılan üçüncü ölçüm global PUKİ skor ortalamasının, diğer ölçüm skor ortalamalarına göre düşük olduğu yani hastaların uyku kalitelerinin iyileştiği

görülmüştür. Ancak hastalara araştırmacı tarafından PGE yaptırıldıktan sonraki ölçüm sonuçlarının, PGE'yi kendi kendilerine yaptıkları ölçüm sonuçlarından daha iyi olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.5). Aradaki bu farkın, hastaların PGE'yi araştırmacı ile birebir uyguladığında, daha etkin ve düzenli yapmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde de PGE'den en iyi şekilde yararlanmak için doğru ve düzenli uygulamanın mutlak gerekli olduğu belirtilmektedir [73]. Kontrol grubunda ise; üçüncü ölçüm global PUKİ skor ortalamasının, diğer ölçümlere göre daha da yüksek olduğu ve uyku kalitelerin giderek kötüleştiği görülmüştür (Çizelge 4.5).

Ölçümlere göre grup içi PUKİ bileşen puan ortalamalarına bakıldığında ise; müdahale grubunda sadece öznel uyku kalitesi (bileşen 1) ve uyku bozukluğu (bileşen 5) puan ortalamalarında anlamlı bir düşüş görülmüştür. Ancak tüm bileşen puan ortalamalarının anlamlı olmamakla birlikte özellikle ikinci ölçüm sonrası, birinci ölçüme göre düştüğü dikkat çekmektedir. Kontrol grubunda ise; bileşen (3,5,6,7) puan ortalamalarında anlamlı artış görüldüğü yani hastaların uyku kalitelerinin kötüleştiği saptanmıştır (Çizelge 4.5).

Gruplar arası üçüncü ölçüm PUKİ bileşen puan ortalamalarında ise; kontrol grubunda, bileşen 6 hariç tüm bileşen puan ortalamalarının müdahale grubuna göre yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.5.). Bu sonuç müdahale grubuna verilen uyku hijyeni eğitiminin ve uygulanan PGE'nin hastaların uyku kalitelerini iyileştirdiğini göstermektedir.

Çalışmamızla benzer şekilde Saeedi ve arkadaşları (2014) 76 HD hastasına, uyku hijyeni eğitimi vermiş ve hastaların PUKİ global skor, uyku latensi(bileşen 2), uyku bozukluğu (bileşen 5) ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7) puan ortalamalarının eğitim sonrasında anlamlı derecede düştüğü başka bir ifadeyle hastaların uyku kalitelerinin iyileştiğini saptamışlardır [37]. SoleiMani ve arkadaşlarının, (2016) 59 HD hastası ile uyku hijyeni eğitiminin etkinliğini araştırdığı diğer bir çalışmada; müdahale grubundaki hastaların PUKİ global skor ve alt bileşenlerinin tamamının puan ortalamalarının düştüğü gözlenmiştir [44].

Saeedi ve arkadaşlarının (2012), 39 HD hastasıyla yaptığı çalışmada, PGE eğitimi sonrasında hastaların PUKİ global skor ve bileşen puan ortalamalarının tamamında (uyku

ilacı kullanma bileşen puanı hariç) istatistiksel olarak anlamlı düşüş gerçekleştiği, hastaların uyku kalitelerinin iyileştiği tespit edilmiştir[119].

Yongmei Hou ve arkadaşlarının (2014), insomniası olan 103 HD hastasıyla yaptıkları çalışmada; müdahale grubundaki hastalara, uyku ile ilgili davranış değişikliğine ilişkin eğitim ve PGE uygulanmış, eğitim sonrasında hastaların PUKİ global skor ve alt bileşen puan ortalamalarının tamamında eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş tespit edilirken, kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir[74].Amini ve arkadaşlarının (2016), 100 HD hastasında yaptığı girişimsel bir çalışmada; progresif gevşeme ve aerobik egzersisinin uyku kalitesini anlamlı olarak yükselttiği ve PGE'nin aerobik egzersizine göre uyku bozuklukları, anksiyete ve yorgunluk semptomlarını daha fazla iyileştirdiği saptanmıştır [67].

Erdem'in (2005) HD (n=31) ve SAPD (n=30) hastalarıyla yaptığı çalışmada, PGE'nin tüm hastalarda uyku kalitesini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarının sonuçları incelendiğinde ise; gevşeme egzersizleri sonrası, uyku kalitesi ölçeğinin PUKİ global skor ortalamasının ve tüm alt bileşenlerinin puan ortalamalarının düştüğü görülmüştür [73].Literatürdeki çalışma sonuçlarının tamamı çalışmamızla paralellik göstermektedir. Sonuç olarak, HD hastalarına verilen uyku hijyeni eğitimi ve uygulanan PGE'nin hastaların uyku kalitelerini iyileştirdiği saptanmıştır.

Gevşeme egzersizleri, SDBY dışında diğer kronik hastalıklarda da semptom yönetiminde kullanılmıştır. Literatürde uyku kalitesinin iyileştirilmesine yönelik Meme kanseri, MS, KOAHve fibromiyaljide kullanılmıştır [49-52,59]. Nazik ve arkadaşlarının (2014), 60 meme kanseri tanısı olan hastalarla yaptıkları çalışmada PGE'nin hastaların uyku kalitelerini iyileştirdiği görülmüştür [49]. Dayapoğlu ve arkadaşlarının (2012) öntest -son test kontrol gruplu yarı deneysel tipte 32 MS hastasında yaptığı çalışmada PGE'nin hastaların yorgunluk düzeyini azalttığı, uyku kalitesini arttırdığı saptanmıştır[50]. Akgün Şahin ve Dayyapoğlu'nun (2015) [51] , Yılmaz ve Kapucu'nun (2017) [52], KOAH hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda da uygulanan PGE'nin hastaların uyku sorunlarını azalttığı, uyku kalitelerini iyileştirdiği sonucuna varılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda hastalara verilen uyku hijyeni eğitimi ve uygulanan PGE'nin hastalarda stresin etkilerini azaltması , uykuyu kolaylaştırması ve dikkati başka yöne çekmesi

gibi olumlu etkileri nedeniyle hastaların uyku kalitesini iyileştirdiği saptanmıştır. Bu sonuçlar beklenen sonuçlar olup araştırmanın birinci hipotezini desteklemektedir.

5.2. Hastaların Ölçümlere Göre Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan bireylerde, hastalıktan ve/veya tedaviden kaynaklanan nedenlerle, hastaların yaşam kalitesinde azalma görülmektedir. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini inceleyen araştırmalarda hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu bildirilmektedir [11-15].

Bu çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinden her boyut için alınabilecek puan aralığı 0-100'dür. Puandaki artış, yaşam kalitesinin arttığının göstergesidir. Müdahale ve kontrol grubunun SF-36 yaşam kalitesi birinci ölçüm puan ortalamaları incelendiğinde yaşam kalitesi ölçeği boyutlarının yarısından fazlasından alınan puan ortalaması yaklaşık 50 puanın altındadır. Ayrıca hem müdahale hem de kontrol grubunun birinci ölçüm fiziksel rol kısıtlılıkları puan ortalamasının en düşük olduğu; müdahale grubunun birinci ölçüm mental sağlık puan ortalamasının, kontrol grubunda ise ağrı puan ortalamasının en yüksek olduğu görülmüştür (Çizelge 4.6.).

Müdahale grubunun grup içi fiziksel fonksiyon puan ortalamasında anlamlı yükselme saptanırken, diğer alt boyut puan ortalamalarının benzer olduğu, ayrıca ölçüm puan ortalamalarında düşmelerin olmadığı görülmüştür. Fiziksel egzersiz; diyaliz hastalarının fiziksel fonksiyonunu, fonksiyonel kapasitesini ve yaşam kalitesini arttırırken, depresyon ve anksiyete semptomlarını da azaltmaktadır. Diyaliz hastalarının düşük fiziksel aktivite seviyeleri sadece hastalığın getirmiş olduğu psikolojik yükten değil aynı zamanda hastaların egzersiz yapamamalarına neden olan birçok engelden kaynaklanmaktadır [120]. Yaşam kalitesi boyutlarından olan fiziksel fonksiyon boyutunda ise hastaların taşıma, kaldırma, itme, yürüme koşma, kat çıkma, diz çökme gibi etkinlikleri yaparkenki kısıtlanma durumu değerlendirilmektedir. Bu çalışmada müdahale grubundaki hastaların ikinci ve üçüncü ölçüm sonrasındaki fiziksel fonksiyon puan ortalamasında birinci ölçüme göre anlamlı bir yükselme olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun grup içi karşılaştırılmasında enerji, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık puan ortalamalarında anlamlı düşme görülmüştür. Anlamlı olmamakla birlikte

diğer yaşam kalitesi boyutlarında da düşme saptanmıştır. Bu durum, izlemde kontrol gurubu hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının düştüğü ancak müdahale grubunun puan ortalamalarında belirgin bir azalmanın olmadığı ve yapılan uygulamanın bu anlamda etkili olduğunu düşündürmektedir. Müdahale ve kontrol grubunun üçüncü ölçüm puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırmasında ise, fiziksel fonksiyon rol kısıtlılıkları hariç tüm boyutlarda anlamlı farklılık gözlenmiştir(Çizelge4.6.). Sonuç olarak bu çalışmada, uygulama sonrası müdahale grubunda yaşam kalitesi puan ortalamalarında iyileşme görülürken, kontrol grubunda iyileşmenin olmadığı saptanmıştır.

Kuzeyli Yıldırım'ın (2001) HD (n=19) ve SAPD (n=27) hastalarında PGE'nin yaşam kalitesini etkilediğini, hastaların egzersiz öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğunu bulmuştur [68]. Kaplan'ın (2012) 96 HD hastasının yorgunluk, ağrı ve yaşam kalitesine PGE'nin etkisini incelediği randomize kontrollü çalışmada, PGE'nin hastaların yorgunluk ve ağrı şiddetini azalttığı, yaşam kalitesini yükselttiği saptanmıştır [69].

Erdem'in (2005) HD (n=31) ve SAPD (n=30) hastalarıyla yaptığı çalışmada, PGE'nin diyaliz hastalarında yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır [73].

Diyaliz hastalarıyla yapılan, araştırma sonuçları bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Literatürde, farklı örneklem gruplarıyla yapılan, PGE'nin yaşam kalitesine etkisini inceleyen araştırmalar da yer almaktadır. Çalışmamızla benzer şekilde Hassanpour-Dehkordi ve arkadaşlarının (2016), yaşlılarla (n=60) yaptığı çalışmada, hastalara uygulanan PGE'nin yorgunluk ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiş ve uygulama sonrası ölçülen yaşam kalitesi boyutları puan ortalamalarının müdahale grubunda iyileştiği ancak kontrol grubunda iyileşmenin olmadığı bulunmuştur [54]. Dehdari ve arkadaşlarının (2009) İran'da bypass ameliyatı sonrasında 6 hafta süresince kardiyak rehabilitasyona alınan 110 hastada yaptığı vaka kontrol çalışmasında, PGE'nin hastaların yaşam kalitesi boyutları puan ortalamalarında uygulama öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı yükselme olduğu belirlenmiştir [62]. Bu çalışmanın aksine Yu ve arkadaşlarının (2010) Çinde 121 kalp yetmezliği hastasında ön test-son test kontrol gruplu girişimsel çalışmada PGE'nin hastaların sadece emosyonel ve sosyal durumuna pozitif etki yaptığı bulunmuştur [63]. Aradaki farklılığın veri toplama aracındaki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Akmeşe ve arkadaşlarının (2014) gebelerde PGE'nin sırt ağrısı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek için yaptığı çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak duygusal rol kısıtlılığı puan ortalaması uygulama öncesi, dördüncü haftası ve sekizinci haftasında değerlendirilmiş ve duygusal rol kısıtlılığı puan ortalama sonuçlarının değişmediği, aynı değerde olduğu bulunmuştur. Bu farklılığın, anne adayında yaşanan duygusal değişimlerin yoğunluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Zhao ve arkadaşları (2012) gonadotropin-releasing hormone agonist tedavisi altındaki endometriozis hastalarında PGE eğitiminin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde etkili olduğu belirtilmiştir [55]. Arcos-Carmona ve arkadaşlarının (2012) 58 fibromiyalji hastasıyla yaptıkları çalışmada 10 haftalık PGE uygulamasının ardından hastaların yaşam kalitelerinde iyileşme görülmüştür [59].

Bu sonuçlar doğrultusunda hastalara verilen uyku hijyeni eğitimi ve uygulanan PGE'nin hastalarda stresin etkilerini ve kaygıyı azaltması, ağrıyı, kas gerginliğini, kan basıncını ve yorgunluğu azaltması, uykuyu kolaylaştırması, dikkati başka yöne çekmesi, fiziksel ve mental iyileşmeyi sağlaması gibi olumlu etkileri nedeniyle hastaların yaşam kalitesini yükselttiği saptanmıştır. Bu sonuçlar literatür ile paralellik göstermekte olup araştırmanın ikinci hipotezini desteklemektedir.

5.3. Hastaların Ölçümlere Göre Depresyon Durumuna İlişkin Bulguların İncelenmesi

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi ve duygusal iyilik durumundaki değişimle ilişkili olarak depresyon ve anksiyete sık görülen psikolojik sorunlardandır [45]. Hastalarda görülen psikososyal sorunların saptanması ve hastaya özel hemşirelik girişimlerinin planlaması, uygulaması ve değerlendirebilmesi son derece önemlidir. Bu çalışmada müdahale ve kontrol grubundaki hastaların, birinci ve ikinci ölçüm sonrasında BDE puan ortalamalarının benzer olduğu, ancak üçüncü ölçüm puan ortalamasının müdahale grubunda azalırken, kontrol grubunda arttığı ve gruplar arası farklılığın anlamlı olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.7.) Depresyon tanısı için puan dağılımları; 11-17 arasında alınan puan hafif düzeyde depresyonu, 18-29 arasında alınan puan orta düzeyde depresyonu, 30-63 arasında alınan puan ise, şiddetli düzeyde depresyon olduğunu göstermektedir. Buna göre her iki gruptaki hastaların hafif düzeyde depresyonunun olduğu görülmektedir.

Çalışmamızla paralel olarak endometrioziste, pulmoner hastalığı olanlarda, fibromiyaljide ve yeme bozukluğu olan hastalarda yapılan çalışmalarda PGE'nin depresyon düzeyini düşürmede etkili olduğu gösterilmiştir [55-57,59, 121]. Zhao ve arkadaşlarının (2012) gonadotropin-releasing hormone agonist tedavisi altındaki endometriozis hastalarında, depresyonun iyileştirilmesinde PGE'nin etkili olduğu gösterilmiştir [55]. Li ve arkadaşlarının (2015) 114 pulmoner arteriyel hipertansiyonu olan hastayla yaptıkları çalışmada, müdahale grubundaki hastaların depresyonlarının 12 hafta boyunca ve haftada bir kez uygulama sonrası depresyon durumlarını iyileştirdiği saptanmıştır[56]. Lolak ve arkadaşlarının (2008) 83 kronik solunum bozukluğu olan hastayla yaptıkları çalışmada da PGE'nin depresyona olumlu etkilerinin olduğu belirtilmiştir[57].

Arcos-Carmona ve arkadaşlarının (2012) 58 fibromiyalji hastasıyla yaptıkları çalışmada hastaların 10 haftalık PGE uygulamasından sonra depresyon durumlarında iyileşme görülmüştür [59]. Vander Wal ve arkadaşlarının (2015) gece yeme sendromu olan hastalarla yaptıkları çalışmada PGE'nin depresyon durumunu azaltmada etkili olduğunu bildirmişlerdir[121].

Yapılan PGE'nin hastalarda stresin etkilerini ve kaygıyı azaltması, dikkati başka yöne çekmesi ve mental durumu iyileştirmesi gibi olumlu etkileri sebebiyle hastaların depresyonunu iyileştirdiği düşünülmektedir. Bu sonuçlar literatür ile paralellik göstermekte olup araştırmanın üçüncü hipotezini desteklemektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuç

1. Çalışmamızda müdahale ve kontrol gruplarının; demografik, hastalığa ve uykuya ilişkin özellikler açısından benzer olduğu, hasta grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$)
2. Hastaların uyku kalitesi puan ortalaması sonuçları;
 - Birinci ölçümde, müdahale grubundaki ($10,35\pm4,10$) ve kontrol grubundaki ($10,17\pm4,08$) hastaların PUKİ global skor ortalamaları benzer olup, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).
 - İkinci ölçümde; müdahale grubundaki hastaların PUKİ global skor ortalamasının ($7,60\pm3,83$), kontrol grubuna ($10,65\pm3,63$) göre düştüğü ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,011$).
 - Üçüncü ölçümde müdahale grubundaki hastaların PUKİ global skor ortalamasının ($8,20\pm3,38$), kontrol grubuna ($14,53\pm2,85$) göre düştüğü ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,0001$).
 - Müdahale grubunda; grup içi PUKİ global skor ortalamalarının karşılaştırılmasında, birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p<0,05$), diğer ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).
 - Kontrol grubunda; grup içi PUKİ global skor ortalamalarının karşılaştırılmasında, birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken ($p>0,05$), birinci ile üçüncü ve ikinci ile üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,0001$). Farklılığın üçüncü ölçümden kaynaklandığı görülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmanın birinci hipotezi kabul edilmiştir.

3. Hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması sonuçları;
 - Müdahale ve kontrol grubunun gruplar arası birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

- Müdahale ve kontrol grubunun gruplar arası üçüncü ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; fiziksel rol kısıtlılıkları hariç diğer yaşam kalitesi boyutlarının (fiziksel fonksiyon, duygusal rol kısıtlılıkları , enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık) tamamında ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
- Müdahale grubunun grup içi fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken ($p>0,05$), birinci ile üçüncü ve ikinci ile üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,05$). Diğer yaşam kalitesi boyutları (fiziksel rol kısıtlılıkları, duygusal rol kısıtlılıkları , enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık) arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Kontrol grubunun grup içi enerji puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; sadece ikinci ve üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,005$). Diğer ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Kontrol grubunun grup içi sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; sadece birinci ve üçüncü ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmanın ikinci hipotezi kabul edilmiştir.

4. Hastaların depresyon puan ortalaması sonuçları;

- Müdahale ve kontrol grubunun gruplar arası birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Üçüncü ölçümde müdahale grubundaki hastaların depresyon puan ortalamasının ($10,45\pm6,52$), kontrol grubuna ($18,13\pm5,39$) göre düştüğü ve bu aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,0001$).
- Kontrol grubunun grup içi karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Müdahale grubunun grup içi depresyon puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, birinci ve ikinci ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken ($p>0,05$), diğer ölçüm puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı olup, farklılık üçüncü ölçümden kaynaklanmaktadır ($p=0,017$).

Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmanın üçüncü hipotezi kabul edilmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Diyaliz ünitelerinde çalışan sağlık profesyonelleri tarafından, KBY'li hastaların tanısı konulduğu andan itibaren; uyku , yaşam kalitesi ve depresyon durumunun geçerli ölçekler kullanılarak, periyodik olarak değerlendirilmesi
- Hastalarda uyku, yaşam kalitesi ve depresyon durumuna etki eden faktörlerin erken dönemde tespit edilerek uygun girişimlerde bulunulması
- Uyku bozukluklarının tedavisi için hastalara nonfarmakolojik yöntemler hakkında eğitimler verilmesi
- Hastaların gevşeme egzersizlerini periyodik olarak yapması
- Çalışmanın farklı gruplarda daha büyük örneklem grubu ve daha uzun sürede etkinliğinin tekrarlanması
- Sağlık profesyonellerinin de uyku ve yaşam kalitesi ile ilgili bilgilerini araştırarak çalışmalar yapması ve bilgi eksikliğini hizmet içi eğitimlerle tamamlanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. İnternet: Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) (2012). Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease: 2013;3(1). URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.kdigo.org%2Fclinical_practice_guidelines%2Fpdf%2FCKD%2FKDIGO_2012_CKD_GL.pdf+&date=2018-07-08 Son Erişim Tarihi: 18.02.2018.
2. Akdağ, İ. (2006). Hemodiyalizde akut komplikasyonlar ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 2(37),40-8.
3. Süleymanlar, G. (2007). Kronik böbrek hastalığı ve yetmezliği: tanımı, evreleri ve epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 3(38), 1-7.
4. Daugirdas, J.T. and Blake, P.G. (2010). Ing T.S.Çeviri Editörü. Semra Bozfakıoğlu 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
5. İnternet: URL: <http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.kidney.org%2Fkidneydisease%2Fglobal-facts-about-kidney-disease.&date=2018-03-17>, Son Erişim Tarihi: 03.02.2017.
6. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon - Registry (2016). Ankara: Türk Nefroloji Derneği.
7. Akça, K. N. ve Doğan, A. (2011). Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi*, 1, 15-22.
8. Akpolat,T., Utaş,C. ve Süleymalar, G.(2007). Nefroloji El Kitabı. (4.ed).İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, 283-349.
9. Kara, B. (2012). Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: Yaşam Kalitesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(5),631-638.
10. Acaray, A. ve Pınar, R. (2004). Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1).
11. Sert, F., Demir, A. B., Bora, İ., Yıldız, A., Ocakoğlu, G. ve Ersoy, A. (2015). Kronik renal yetmezlikli ve böbrek nakilli hastalarda uyku bozukluğunun araştırılması ve bunun yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*, 1, 15-9.
12. Edalat-Nejad, M. and Qlich-Khani, M. (2013). (Quality of life and sleep in hemodialysis patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 24(3), 514-518.
13. Tel, H. (2009). Determining quality of life and sleep in hemodialysis patients., *Dialysis &Transplantation*, 38(6), 210–215.

14. Akyol, A. (2017). Böbrek yetmezlikli hastalarda yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 3(3),162-70.
15. Atasoy, İ., Çolak, H., Akdeniz, Y., Tanrısev, M. ve Özyurt, B. (2013). Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 23(3),133-141.
16. Çölbay, M., Yüksel, Ş., Acartürk, G., Uslan, İ. ve Karaman, Ö. (2007). Huzursuz bacak sendromlu hemodiyaliz hastalarında uyku kalitesi. *Genel Tıp Dergisi*, 17, 35-41.
17. Cengic, B., Resic, H., Spasovski, G., Avdic, E. and Alajbegovic, A. (2012). Quality of sleep in patients under going hemodialysis. *International Urology and Nephrology*, 44, 557-567.
18. Novak, M., Shapiro, C. M., Mendelssohn, D. and Mucsi, I. (2006). Diagnosis and management of insomnia in dialysis patients. *Seminars Dialysis*, 19, 25–31.
19. Koch, B. C. P., Nagtegaal, J. E., Kerkhof, G. A. and Wee, P. M. (2009). Circadian sleep-wake rhythm disturbances in end-stage renal disease. *Nature Reviews Nephrology*, 22, 1– 15.
20. Shayamsunder, A. K., Patel, S. S., Jain, V., Peterson, R. A. and Kimmel, P. L. (2005). Sleepiness, sleeplessness and pain in end-stage renal disease: distressing symptoms for patients. *Seminars Dialysis*, 18, 109–118.
21. Sabbagh, R., Iqbal, S., Vasilevsky, M. and Barre, P. (2008). Correlation between physical functioning and sleep disturbances in hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 12, 20-24.
22. Tada, T., Kusano, K. F., Ogawa, A. Iwasaki, J., Sakuragi, S., Kusano, I., Takatsu, S., Miyazaki, M. and Ohe, T. (2007). The predictors of central and obstructive sleep apnea in hemodialysis patients. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 22, 1190–1197.
23. Beecroft, J. M., Zaltzman, J., Prasad, R., Meliton, G. and Hanly, P. J. (2007). Impact of kidney transplantation on sleep apnea in patients with end-stage renal disease. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 22(9), 3028–3033.
24. Tang, S. C. W. and Neng, L.K. (2009). Sleep disturbances and sleep apnea in patients on chronic peritoneal dialysis. *Journal Nephrology*, 22, 318–325.
25. Tosun, N., Kalender, N., Cinar, F.I., Bagcivan, G., Yenicesu, M., Dikici, D. ve Kaya, D. (2015). Relationship between dialysis adequacy and sleep quality in haemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), 2936-2944.
26. Fonseca, N. T., Urbano, J. J., Nacif, S. R., Silva, A. S., Peixoto, R. A., Urbano, G. J., Oliveira, E. F., Santos, I. R., Oliveira, C. S., Insalaco, G. and Oliveira, L. V. (2016). A systematic review of sleep disorders in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(7), 2164-2170.

27. Mollaoğlu, M. (2011). *Sleep in Patients with ESRD Undergoing Hemodialysis*. Carpi A, Donadio C, Tramonti G.(Eds.). Progress in Hemodialysis - From Emergent Biotechnology to Clinical Practice.
28. Hou, Y., Hu, P., Liang, Y. and Mo, Z. (2014, Jul). Effects of cognitive behavioral therapy on insomnia of maintenance hemodialysis patients. *Cell Biochemistry and Biophysics*, 69(3), 531-537.
29. Wang, R., Tang, C., Chen, X., Zhu, C., Feng, W., Li, P. and Lu, C. (2016, Sep). Poor sleep and reduced quality of life were associated with symptom distress in patients receiving maintenance hemodialysis. *Health and Qual of Life Outcomes*, 8-14(1), 125.
30. Parvan, K., Lakdizaji, S., Roshangar, F. and Mostofi, M. (2013). Quality of sleep and its relationship to quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Caring Sciences*, 30-2(4), 295-304.
31. Masoumi, M., Naini, A. E., Aghaghazvini, R., Amra, B. and Gholamrezaei, A. (2013, Feb). Sleep quality in patients on maintenance hemodialysis and peritoneal dialysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(2),165-172.
32. Emami-Zeydi, A., Jannati, Y., Darvishi Khezri, H., Gholipour-Baradari, A., Espahbodi, F., Lesani, M. and Yaghoubi, T. (2014). Sleep quality and its correlation with serum c-reactive protein level in emodialysis. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 25(4), 750-755.
33. Sabet, R., Naghizadeh, M. and Azari, S. (2012). Quality of sleep in dialysis patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17, 4.
34. Bastos, J. P., Sousa, R. B., Nepomuceno, L. A., Gutierrez-Adrianzen, O. A., Bruin, P. F., Araújo, M. L. and Bruin, V. M. (2007). Sleep disturbances in patients on maintenance hemodialysis: role of dialysis shift. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(6),492-6.
35. De Santo, R. M., Lucidi, F., Violani, C. and Di Iorio, B. R. (2005). Sleep disorders in hemodialyzed patients--the role of comorbidities. *International Journal of Artificial Organs*, 28(6), 557- 565.
36. Hüzmeli, C., Candan, F., Şeker-Koçkara, A., Akkaya, L. ve Kayataş, M. (2014). Hemodiyaliz hastalarında uyku kalite bozukluğu ve huzursuz bacak sendromu arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36, 466-473.
37. Saeedi, M., Shamsikhani, S., Varvani-Farahani, P. and Haghverdi, F. (2014, Jan). Sleep hygiene training program for patients on hemodialysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 8(1), 65-69.
38. Çelik, H. C. ve Acar, T. (2007). Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 12(1), 23-27.
39. Hui, D. S., Wong, T. Y., Ko, F. W., Li, T. S., Choy, D. K., Wong, K. K., Szeto, C. C., Lui, S. F. and Li, P. K. (2000). Prevalence of sleep disturbances in Chinese

- patients with end-stage renal failure on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 36, 783-788.
40. Benz, R. L., Pressman, M. R., Hovick, E. T. and Peterson, D. D. (2000). Potensial novel preditors of mortality in end-stage renal disease patients with sleep disorders. *American Journal of Kidney Diseases*, 35, 1052-1560.
 41. Stephanski, E. J. and Wyatt, J. K. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment on insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 7(3), 215-223.
 42. Kılıç, Z., Şentürk, A. ve Göriş, S. (2015). Kronik hastalığı olan bireylerde uyku sorunlarında tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımı. *Article Spatula DD*, 5(2),69-77.
 43. Yang, B., Xu, J., Xue, Q., Wei, T., Xu, J., Ye, C., Mei, C. and Mao, Z. Non-pharmacological interventions for improving sleep quality in patients on dialysis: systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 25645131.
 44. Soleimani, F., Motaarefi, H. and Hasanpour-Dehkordi, A. (2016, Dec). Effect of sleep hygiene education on sleep quality in hemodialysis patients. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(12), 1-4.
 45. Demiralp, M. ve Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 132-139.
 46. Akmeşe, Z. B. ve Oran, N. T. (2014). Effects of progressive muscle relaxation exercises accompanied by music on low back pain and quality of life during pregnancy. *Journal Midwifery Womens Health*, 59(5),503-9.
 47. Aalami, M., Jafarnejad, F. and Modarres-Gharavi, M. (2016). The effects of progressive muscular relaxation and breathing control technique on blood pressure during pregnancy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(3),331-6.
 48. Yilmaz, S. G. ve Arslan, S. (2015). Effects of progressive relaxation exercises on anxiety and comfort of Turkish breast cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(1), 217-20.
 49. Nazik, E., Öztunç, G. ve Şahin, B. (2014). Araştırma kemoterapi alan meme kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi ve ağrıya etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17, 3.
 50. Dayapoğlu, N. ve Tan, M. (2012, Oct). Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(10), 983-987.
 51. Akgün-Şahin, Z. ve Dayapoğlu, N. (2015). Effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with chronic obstructive lung disease (COPD). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(4), 277-281.
 52. Yilmaz, C. K. ve Kapucu, S. (2017, Nov-Dec). The effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in individuals with COPD. *Holistic Nursing Practice*, 31(6), 369-377.

53. Sun, J., Kang, J., Wang, P., Zeng, H. (2013). Self-relaxation training can improve sleep quality and cognitive functions in the older: a one-year randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10),1270-80.
54. Hassanpour-Dehkordi, A. and Jalali, A. (2016). Effect of progressive muscle relaxation on the fatigue and quality of life among iranian aging persons. *Acta Medica Iranica*, 54(7),430-436.
55. Zhao, L., Wu, H., Zhou, X., Wang, Q., Zhu, W. and Chen, J. (2012). Effects of progressive muscular relaxation training on anxiety, depression and quality of life of endometriosis patients under gonadotrophin-releasing hormone agonist therapy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 162(2), 211-5.
56. Li, Y., Wang, R., Tang, J., Chen, C., Tan, L., Wu, Z., Yu, F. and Wang, X. (2015). Progressive muscle relaxation improves anxiety and depression of pulmonary arterial hypertension patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 792895.
57. Lolak, S., Connors, G. L., Sheridan, M. J. and Wise, T. N. (2008). Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and depression in patients enrolled in an outpatient pulmonary rehabilitation program. *Psychother Psychosom*, 77(2),119-125.
58. Baird, C. L. and Sands, L. (2004). A pilot study of the effectiveness of guided imagery with progressive muscle relaxation to reduce chronic pain and mobility difficulties of osteoarthritis. *Pain Management Nursing*, 5(3),97-104.
59. Arcos-Carmona, I. M., Castro-Sánchez, A. M., Matarán-Peñarrocha, G. A., Gutiérrez-Rubio, A. B., Ramos-González, E. and Moreno-Lorenzo, C. (2011). [Effects of aerobic exercise program and relaxation techniques on anxiety, quality of sleep, depression, and quality of life in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial]. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 137(9), 398-401.
60. Vancampfort, D., De Hert, M., Knapen, J., Maurissen, K., Raepsaet, J., Deckx, S., Remans, S. and Probst, M. (2011). Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25(6), 567-575.
61. Georgiev, A., Probst, M., De Hert, M., Genova, V., Tonkova, A. and Vancampfort, D. (2012). Acute effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in chronic Bulgarian patients with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 24(4),367-72.
62. Dehdari, T., Heidarnia, A., Ramezankhani, A., Sadeghian, S. and Ghofranipour, F. (2009). Effects of progressive muscular relaxation training on quality of life in anxious patients after coronary artery bypass graft surgery. *Indian Journal of Medical Research*, 129(5),603-608.
63. Yu, D.S., Lee, D.T. and Woo, J. (2010). Improving health-related quality of life of patients with chronic heart failure: effects of relaxation therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 392-403.

64. Wallbaum, A. B., Rzewnicki, R., Steele, H. and Suedfeld, P. (1991). Progressive muscle relaxation and restricted environmental stimulation therapy for chronic tension headache: a pilot study. *International Journal of Psychosomatics*, 38(1-4),33-9.
65. Alparslan, G. B., Orsal, Ö. ve Unsal, A. (2016). Assessment of sleep quality and effects of relaxation exercise on sleep quality in patients hospitalized in internal medicine services in a university hospital: the effect of relaxation exercises in patients hospitalized. *Holistic Nursing Practice*, 30(3),155-165.
66. Anshel, M. H. (1996). Effect of chronic aerobic exercise and progressive relaxation on motor performance and affect following acute stress. *The Journal of Behavioral Medicine*, 21(4),186-96.
67. Amini, E., Goudarzi, I., Masoudi, R., Ahmadi, A. and Momeni, A. (2016). Effect of progressive muscle relaxation and aerobic exercise on anxiety, sleep quality, and fatigue in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 8(12),1634-1639.
68. Kuzeyli-Yıldırım, Y. ve Fadiloğlu, Ç. (2005). Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1),33-45.
69. Kaplan, E. (2012). *Diyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı, yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
70. Demir, B. ve Okanlı, A. (2013). Hemodiyaliz hastalarında gevşeme egzersizi ve öfke eğitiminin öfke ifadelerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (4).
71. Saeedi, M., Ashktorab, T., Saatchi, K., Zayeri, F. and Akbari, A. A. S. (2012). The effect of progressive muscle relaxation on sleep quality of patients undergoing haemodialysis. *Journal Critical Care Nurse*, 5(1),23–29.
72. Saeedi, M., Saatchi, K., Zayeri, F., Akbari, A.A.S. and Askhtorab, T. (2006). The Effect of progressive muscle relaxation on sleep quality of patients undergoing hemodialysis. *Critical Care Nurse Journal*, 5(1), 7044.
73. Erdem, N. (2005). *Diyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin uyku ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
74. Hou, Y., Hu, P., Liang, Y. and Mo, Z. (2014). Effects of cognitive behavioral therapy on insomnia of maintenance hemodialysis patients. *Cell Biochem Biophys*, 69(3), 531-7.
75. İnternet: URL:
http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.usrds.org%2F2016%2Fview%2Fv2_01.aspx&date=2018-03-17, Son Erişim Tarihi: 22.10.2017.

76. Süleymanlar, G., Utaş, C., Arinsoy, T., Ateş, K., Altun, B., Altıparmak, M. R., Ecder, T., Yılmaz, M. E., Çamsarı, T., Başçı, A., Odabas, A. R. ve Serdengeçti, K. (2011). Advance Access publication 4 November 2010 A population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey—the CREDIT study. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 26, 1862–1871.
77. Öztürk, L. (2007). Yanıtını arayan eski bir soru: Niçin uyuyoruz? *İstanbul Tıp Dergisi*, 70, 114-21.
78. Kılıç, Z., Şentürk, A. ve Göriş, S. (2015). Kronik hastalığı olan bireylerde uyku sorunlarında tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımı. *Article Spatula DD*, 5(2), 69-77.
79. Şahin, L. ve Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 93-98.
80. Chaudhary, B. A. and Blanchard, A. R. (2002). Sleep mechanics. In: Collop NA, Phillips BA (Eds). *Sleep Medicine*, 1-11.
81. Pıçak, R., İsmailoğulları, S., Mazıcıoğlu, M., Üstünbaş, H. B. ve Aksu, M. (2010). Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(3).
82. Guyton, A. C. (2001). *Textbook of Medical Physiology* (11 th ed). Bölüm Çeviri: Demiralp T. Beynin etkinlik durumları, uyku, beyin dalgaları, epilepsi, psikozlar. Kitap: Tıbbi Fizyoloji. İstanbul: Merck Yayıncılık, 689-691
83. Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y. ve Temel, F. (2007). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uykusunu Etkileyen Bazı Faktörler. *Toraks Dergisi*, 8(4), 234-240.
84. İnternet: Sleep Patterns: How Sleep Patterns Change Over Lifetime. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.sleepdex.org%2Fpatterns.htm.&date=2018-03-17>, Son Erişim Tarihi: 15.03.2018.
85. Clinical Practice Guideline on Management of Sleep Disorders in the Elderly (2018). *Indian Journal Psychiatry*, 60(3), 383-396.
86. Krishnan, V. and Collop, N. A. (2006). Gender differences in sleep disorders. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 12(6), 383-389.
87. Özcan, N. K. (2007). *Uyku ve uyku sorunu olan hastanın bakımı*. (içinde) Temel Hemşirelik Kavram İlkeler Uygulamalar (Ed. F. Ay), İstanbul: Medikal Yayıncılık.
88. Yüksel-Deniz, S. (2014). *Hastanede yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
89. İnternet: External Factors that Influence Sleep URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fhealthysleep.med.harvard.edu%2Fhealthy%2Fscience%2Fhow%2Fexternal-factors.+&date=2018-03-17>, Son Erişim Tarihi: 15.03.2018.

90. İnternet:
URL:<http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.noroloji.org.tr%2FTNDDData%2FUploads%2Ffiles%2Fuyku%2520bozukluklar%C4%B1&date=2018-03-17>, Son Erişim Tarihi: 12.01.2018.
91. Gezmen-Karada, M. ve Aksoy, M. (2009). Uyku regülasyonu ve beslenme. *Göztepe Tıp Dergisi*, 24(1), 9-15.
92. Hüzmeli, C., Candan, F., Şeker-Koçkara, A., Akkaya, L. ve Kayataş, M. (2014). Hemodiyaliz hastalarında uyku kalite bozukluğu ve huzursuz bacak sendromu arasındaki ilişki. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36, 466-473.
93. Ahtisham, Y. and Jacoline, S. (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice; Virginia's Henderson Need Theory. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443-450.
94. Carpenito, L.J. (2005). *Handbook of Nursing Diagnosis*. Tercüme: Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, 400-404.
95. Edinger, J. D. and Sampson, W. S. (2003). A primary care “friendly” cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep*, 26, 177–182.
96. Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R. and Quillian, R. E. (2001). Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 285, 1856–1864.
97. Montgomery, P. and Dennis, J. (2004). A systematic review of non-pharmacological therapies for sleep problems in later life. *Sleep Medicine Reviews*, 8, 47–62.
98. Stephanski, E. J. and Wyatt, J. K. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 7(3), 215-223.
99. Stresle Etkili Başa Çıkma Yöntemi: Gevşeme Egzersizleri CD. Türk Psikologlar Derneği yayını. 2010.
100. Fadiloğlu, Ç. Esen, A. ve Karadakovan, A. (1986). Baş ağrısı yakınması olan hastada tedavi yöntemleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2, 3.
101. Saxena, S. and Orley, J. (1997). Quality of life assessment: the World Health Organization perspective *Eur Journal Psychiatry*, 12(3), 263-266.
102. Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
103. Gerogianni, G., Kouzoupis, A. and Grapsa, E. (2018). A holistic approach to factors affecting depression in haemodialysis patients. *International Urology and Nephrology*.
104. Chan, L., Tummalapalli, L. S., Ferrandino, R., Poojary, P., Saha, A., Chauhan, K. and Nadkarni, G.N. (2017). The Effect of depression in chronic hemodialysis patients on patient hospitalization outcomes. *Blood Purification*, 43, 226–234.

105. Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(1), 57-72.
106. Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.H., Berman, S.R. and Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
107. Ağargün, M.Y., Kara, H. ve Anlar, Ö. (1996). Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliliği ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-15.
108. Ware, J.E. (1992). Sherbourne CD. The MOS 36 item short form health survey (SF 36). *Medical Care*, 30, 473-483.
109. Pınar, R. (2005). Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients. *Quality of Life Research*, 14, 259-264.
110. Beck, A.T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology*, 4, 561-571.
111. Beck, A.T. (1974). Assessment of depression: The Depression Inventory. *Pharmacopsychiatry*, 7, 151-169.
112. Beck, A. (1975). Quantitative rating of depressive states. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 51, 161-170.
113. Beck, A.T. (1984). Internal consistencies of the original and revised BDI. *Journal Of Clinical Psychology*, 40(6), 1365-1367.
114. Hisli, N. (1998). Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 22, 118-126.
115. Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 23, 3-13.
116. Sauro, J. and Lewis J.R. (2016). *Quantifying the User Experience*. 2nd Edition. Practical Statistics for User Research. Chapter 9. Six Enduring Controversies, 254-256.
117. Kar, S.S. and Ramalingam, A. (2013). Is 30 the magic number? Issues in sample size estimation. *National Journal of Community Medicine*, 4(1), 175-179.
118. Kim, TK. (2015). T test as a parametric statistic. *Korean Journal of Anesthesiology*, 68(6), 540-6.
119. Saeedi, M., Ashktorab, T., Saatchi, K., Zayeri, F. and Amir, Ali Akbari, S. (2012). The effect of progressive muscle relaxation on sleep quality of patients undergoing haemodialysis. *Journal Critical Care Nursing*, 5(1), 23-29.
120. Taş, D. ve Akyol, A. (2017). Egzersiz ve kronik böbrek yetmezliği. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(12).

121. Vander-Wal, J. S., Maraldo, T. M., Vercellone, A. C. and Gagne, D. A. (2015). Education, progressive muscle relaxation therapy, and exercise for the treatment of night eating syndrome. A pilot study. *Appetite*, 89, 136-44.





EK-1. Anket Formu

I. Sosyo-Demografik Özellikler**1. Cinsiyetiniz?**

- ☐ Kadın
☐ Erkek

2. Yaşınız?

.....

3. Medeni**Durumunuz?**

- ☐ Evli
☐ Bekar

4. Eğitim Durumunuz?

- ☐ Okur yazar
☐ İlköğretim
☐ Lise
☐ Yüksekokul ve üzeri

5. Çalışma Durumunuz?

- ☐ Çalışıyorum
☐ Çalışmıyorum
☐ Hastalık Nedeni ile Çalışmıyorum

6. Sağlık güvenceniz var mı?

- ☐ Yeşil Kart
☐ Emekli Sandığı
☐ Bağ-Kur

7. Aylık gelir durumunuz?

- ☐ Gelirim giderimden az
☐ Gelirim giderime denk
☐ Gelirim giderimden fazla

EK-1. (devam) Anket Formu

8. Evde yaşayan kişi sayınız?

- ☐ Yalnız
- ☐ İki
- ☐ 3-5
- ☐ 6 ve üstü

9. Bakımınızla ilgilenen ve size yardımcı olan biri var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (Kim:.....)

II. Hemodiyaliz Tedavisi ile ilgili Özellikler**10. Hemodiyaliz sıklığınız?**

- ☐ 3 seans/hf
- ☐ 2 seans/hf
- ☐ 1 seans/hf

11. Hemodiyaliz süreniz?

- ☐ 3 saat
- ☐ 4 saat
- ☐ 4,5 saat
- ☐ 5 saat

12. Vasküler girişim yolunuz hangisidir?

- ☐ Arteriovenöz Fistül
- ☐ Arteriovenöz Greft
- ☐ Vasküler Kateterizasyon

13. Hemodiyaliz tedavisine başlama zamanınız?

- ☐ 6 ay-1 yıl
- ☐ 2-3 yıl
- ☐ 4 -6 yıl
- ☐ 7-9 yıl
- ☐ 10 yıl ve üzeri

EK-1. (devam) Anket Formu

14. Primer hastalığınız?

- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Hipertansiyon/Nefroskleroz
- ☐ Glomerüler hastalıklar
- ☐ Kistik böbrek hastalıkları
- ☐ Diğer (belirtiniz).....

15. Hastalık başladığında hemodiyaliz tedavisine başlamadan önce başka tedaviler (Transplantasyon, CAPD, APD vb.) uygulandı mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır (17. Soruya geçiniz)

16. Hangi tedaviler uygulandı?

- ☐ CAPD
- ☐ APD
- ☐ Transplantasyon
- ☐ Diğer (ise belirtiniz.....)

17. Böbrek yetmezliğine eşlik eden bir sağlık kuruluşunca tanısı konulmuş hastalığınız var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır (ise 19.soruya geçiniz)

18. Hastalığınızın/hastalıklarınızın ne/neler olduğunu belirtiniz.

.....

19. Hastalık ve tedavi süresince ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında herhangi bir bilgi ya da eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır (ise 24.soruya geçiniz)

20. Cevabınız evet ise bu konuda kimden bilgi aldınız?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Doktor
- ☐ Hemşire
- ☐ Başka bir hasta
- ☐ Kitap/internet
- ☐ Diğer (belirtiniz).....

EK-1. (devam) Anket Formu

21. Aldığınız bilginin içeriği (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz):

1. Hastalıkla ilgili
2. Tedavinin ne olduğu
3. Tedavinin yan etkileri
4. Hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım
5. Yapılacak tetkikler ve kontroller
6. Diğer (lütfen açıklayınız):.....

22. Size verilen bilgileri yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

23. Başka hangi konularda bilgi verilmesini isterdiniz?

.....

24. Ailede başka hemodiyaliz hastası var mı?

- ☐ Evet (Yakınlık derecesi:.....)
- ☐ Hayır

25. Sigara içiyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (Miktarı:.....)
- ☐ Bıraktım (kullanma süresi.....)
- (bırakma süresi üzerinden geçen zaman.....)

III.Uyku paterni ile ilgili özellikler:**26. Uyumadan önce yaptığınız ve uykuya rahat dalmanızı sağlayan herhangi bir alışkanlığınız var mı?**

- ☐ Evet
- ☐ Hayır(ise 29.soruya geçiniz)

27. Yanıtınız “evet” ise alışkanlıklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Sıcak duş alırım
- 2) Kalkıp dolaşırım
- 3) TV seyredirim
- 4) Müzik dinlerim
- 5) Kitap okurum
- 6) Sohbet ederim
- 7) Ilık bir şeyler içerim
- 8) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

EK-1. (devam) Anket Formu

28. Hemodiyaliz tedavisi uygulanmaya başladığından bu güne kadar uyku alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır(ise 31.soruya geçiniz)
- ☐ Kısmen

29. Uyku alışkanlığınızda yaşadığınız sorunlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- 1) Hiç uyuyamıyorum
- 2) Uykuya dalmakta zorlanıyorum
- 3) Sık sık uyanıyorum
- 4) Uyanmakta zorlanıyorum
- 5) Solunum sıkıntısı ile uyanma
- 6) Gündüz uyuklama
- 7) Uyku saatimde değişiklik oluyor
- 8) Çok erken uyanıyorum
- 9) Uyku ile ilgili bozukluklar (uyurgezerlik, kabus görme, horlama vb.)
- 10) Diğer(Lütfen belirtiniz.....)

23.Uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır(ise 34.soruya geçiniz)

24.Yanıtınız “evet” ise bu eğitim kim/kimler tarafından verildi?

- ☐ Doktor
- ☐ Hemşire
- ☐ Aile
- ☐ Arkadaşlar
- ☐ Diğer (belirtiniz).....

25.Verilen öneriler etkili oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

26.Sizce uyku sorunu/sorunları yasamanıza neden olan faktörler nelerdir?

.....

EK-2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

Aşağıdaki sorunlar yalnızca geçen ayki alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

Genel yatış saati.....

2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman aldı?

Dakika.....

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

Genel kalkış saati.....

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz?(bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

Bir gecedeki uyku süresi.....saat

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

5. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?

(1) geçen ay boyunca hiç

(3) haftada birden az

(2) haftada bir veya iki kez
fazla

(4) haftada üç veya daha

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandığınız oluyor mu?

(1) geçen ay boyunca hiç

(3) haftada birden az

(2) haftada bir veya iki kez
fazla

(4) haftada üç veya daha

EK-2. (devam) Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

(c) Lavaboya gitmek üzere kalkmak zorunda kaldığınız oluyor mu?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| (1) gecen ay boyunca hiç | (3) haftada birden az |
| (2) haftada bir veya iki kez fazla | (4) haftada üç veya daha fazla |

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediğiniz oluyor mu?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| (1) gecen ay boyunca hiç | (3) haftada birden az |
| (2) haftada bir veya iki kez fazla | (4) haftada üç veya daha fazla |

(e) Öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız oluyor mu?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| (1) gecen ay boyunca hiç | (3) haftada birden az |
| (2) haftada bir veya iki kez fazla | (4) haftada üç veya daha fazla |

(f) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| (1) gecen ay boyunca hiç | (3) haftada birden az |
| (2) haftada bir veya iki kez fazla | (4) haftada üç veya daha fazla |

(g) Ağrı duyduğunuz oluyor mu?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| (1) gecen ay boyunca hiç | (3) haftada birden az |
| (2) haftada bir veya iki kez fazla | (4) haftada üç veya daha fazla |

(h) Diğer neden(ler) lütfen belirtiniz.

Evet (1)

Hayır (2)

(i) Gecen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| (1) gecen ay boyunca hiç | (3) haftada birden az |
| (2) haftada bir veya iki kez fazla | (4) haftada üç veya daha fazla |

EK-2. (devam) Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

6. Geçen ay uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

- | | |
|-------------------|--------------------|
| (1) Çok iyi | (3) Oldukça kötü |
| (2) Oldukça iyi | (4) Çok kötü |

7. Gecen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| (1) gecen ay boyunca hiç | (3) haftada birden az |
| (2) haftada bir veya iki kez fazla | (4) haftada üç veya daha fazla |

8. Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| (1) gecen ay boyunca hiç | (3) haftada birden az |
| (2) haftada bir veya iki kez fazla | (4) haftada üç veya daha fazla |

9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- (1) hiç problem oluşturmadı. (2) yalnızca çok az bir problem oluşturdu.
 (3) bir dereceye kadar problem oluşturdu. (4) çok büyük bir problem oluşturdu.

10. Eşiniz veya oda arkadaşınız var mı?

- (1) Eşiniz veya oda arkadaşınız yok.
 (2) Diğer odada uyuyan oda arkadaşı var.
 (3) Aynı odada var fakat; aynı yatakta değil. (4) Eş aynı yatakta.

Eğer bir oda arkadaşınız veya eşiniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.....

(a) Gürültülü horlama oldu mu?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| (1) gecen ay boyunca hiç | (3) haftada birden az |
| (2) haftada bir veya iki kez fazla | (4) haftada üç veya daha fazla |

(b) Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar oldu mu?

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| (1) gecen ay boyunca hiç | (3) haftada birden az |
| (2) haftada bir veya iki kez fazla | (4) haftada üç veya daha fazla |

EK-2. (devam) Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

(c) Uyurken bacaklarında seğirmeler veya sıçrama oldu mu?

(1) gecen ay boyunca hiç

(3) haftada birden az

(2) haftada bir veya iki kez
fazla

(4) haftada üç veya daha

(d) Uyku sırasında uyumsuzluk veya şaşkınlık oldu mu?

(1) gecen ay boyunca hiç

(3) haftada birden az

(2) haftada bir veya iki kez
fazla

(4) haftada üç veya daha

(e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınızı; lütfen belirtiniz...

(1) gecen ay boyunca hiç

(3) haftada birden az

(2) haftada bir veya iki kez
fazla

(4) haftada üç veya daha

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

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a. Mükemmel
- b. Çok iyi
- c. İyi
- d. Orta
- e. Kötü

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a. Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
- b. Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
- c. Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı
- d. Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
- e. Bir yıl öncesine göre çok daha kötü

3) Aşağıdaki maddeler her gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a.Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporla katılmak gibi etkinlikler			
b.Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
c.Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
d.Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
e.Merdivenle birkaç kat çıkma			
f.Eğilme ya da diz çökme			
g.Bir-iki kilometre yürümek			
h.Bir kaç sokak öteye gitmek			
i.Bir sokak öteye yürümek			
j.Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

EK-3. (devam) SHORT Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)

4) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a.İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
b.Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c.İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?		
d.İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

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

	Evet	Hayır
a.İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
b.Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c.İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

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

- Hiç etkilemedi
- Biraz etkiledi
- Orta derecede etkiledi
- Oldukça etkiledi
- Aşırı etkiledi

EK-3. (devam) SHORT Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)

7) Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

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

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

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

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

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
b. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
d. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
e. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
f. Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
g. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
h. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
i. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

EK-3. (devam) SHORT Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)

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

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

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

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a.Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim					
b.Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
c.Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
d.Sağlığım mükemmel					

EK-4. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum

EK-4. (devam) Beck Depresyon Envanteri (BDE)

11)	a. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntıları var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntıları beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

Uyku Eğitim Kitapçığı¹



İçindekiler

Hazırlayan: Gülay TURGAY

1. Giriş.....	2
2. Uyku.....	3
3. Uykuyu Etkileyen Faktörler.....	4
3.1. Yaş.....	4
3.2. Cinsiyet.....	4
3.3. Hastalık.....	4
3.4. Çevresel Faktörler.....	4
3.5. Fiziksel Aktivite.....	4
3.6. Duygusal Durum.....	5
3.7. İlaçlar.....	5
3.8. Alkol ve Uyarıcılar.....	5
3.9. Diyet.....	6
3.10. Yaşam Biçimi.....	6
4. Uyku Bozuklukları ve Tedavi Yaklaşımları.....	7
5. Uyku Hijyeni İlkeleri.....	8
Kaynaklar.....	12

EK-5. (devam) Uyku Kitapçığı



Değerli hastamız, kronik böbrek yetmezliği (KBY) tüm dünyada sık karşılaşılan önemli sağlık sorunlarından biridir. Kişiye kronik böbrek yetmezliği tanısı konulduktan sonra tedavi yöntemlerinden uygun olanı (böbrek nakli, hemodiyaliz, periton diyaliz)başlanmalıdır.

Tedavi yöntemlerinden olan hemodiyaliz, bireyin yaşam kalitesini arttırmakla birlikte; bulantı, kusma, ağrı, kaşıntı, kramp, yorgunluk, iştahsızlık gibi olumsuz belirtilere ayrıca, depresyon, uyku sorunları gibi ciddi hastalıklara da yol açabilmektedir.

Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda; KBY hastalarının %40-85'i uyku sorunları yaşamaktadır. Bireylerin şikayetleri genellikle yatağa girdikten sonra uyuyamama, uykunun sürekli olmayışı, bacaklarında hissettikleri huzursuzluktur. Yaşanılan bu şikayetler bireyde yorgunluk yaratmakla birlikte, hücrelerin yenilenme sürecinde aksamalara, hafıza problemlerine, öğrenmede zorlanmaya, gün içinde uyuklamaya, yapılması gereken günlük faaliyetlerin aksamasına, huzursuzluğa sebep olmakta ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu eğitim kitapçığı, uyku düzeninizi sürdürmenizi, yeterli ve dinlendirici bir uyku uyumanızı sağlayacak, uygulanması kolay ve etkili öneriler içermektedir.

2. UYKU



Uyku, sağılığın ve verimliliğin sürdürölmesinde hayati öneme sahip olan yaşam için vazgeçilmez bir gereksinimdir ve yaşamın üçte birini kapsamaktadır.

Uyku süresi, kişiden kişiye değışmekle birlikte, ortalama 4 -10 saat arasındadır. Türkiye'de toplumun büyük çoğunluğunun (%75) 7-8 saat süreyle uyuma alışkanlığına sahip olduğu, yapılan araştırmalarla ortaya çıkmıştır.



EK-5. (devam) Uyku Kitapçığı

Yaş

3.Uykuyu Etkileyen

Uyku evrelerinin uzunluğu yaşa bağlı değişiklikler göstermektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte uyku gereksinimi azalır, bunun yanında uykuya dalma süresi artar.

3.1. Cinsiyet

Araştırmalar, kadınların erkeklere göre daha fazla uyku sorunu yaşadıklarını, bununla birlikte erkeklerden daha fazla uyuduklarını göstermektedir.

3.2. Hastalık

Hastalık bireyde hem fiziksel hem de psikolojik stres yaratmakta olup uyku düzenini olumsuz etkilemektedir.

3.3. Çevresel Faktörler

Işık, ısı, koku, hava akımı, gürültü, yatağın ve yastığın rahatsızlığı gibi faktörler uykusuzluğa neden olabilmektedir.

3.4. Fiziksel Aktivite

Aktivite ve egzersiz yorgunluğu arttırmakta, bireyin uykuya dalmasını kolaylaştırmaktadır. Düzensiz yapılan egzersiz ise uykunun bozulmasına neden olabilmektedir.



3.5. Duygusal Durum

Günlük yaşamdaki strese neden olan durumlar uyku düzenini bozmaktadır. Stres, bazı kişilerde uykuya dalmayı güçleştirirken, bazılarında gereksinimden daha fazla uyumaya neden olabilmektedir.

EK-5. (devam) Uyku Kitapçığı

3.6. İlaçlar

Birçok ilaç uykusuzluk ve yorgunluk gibi yan etkilere neden olarak uyku kalitesini bozmaktadır.

3.7. Alkol ve Uyarıcılar

Az veya orta miktarda alkol alınması başlangıçta uyku verici bir etki yaparak uykuya dalmayı kolaylaştırırsa da, uyku süresince problemlerin yaşanmasına sebep olmaktadır.

Sigara, çay, kahve, kakao, çikolata, kola gibi kafein içeren içeceklerin fazla miktarda tüketilmesi de uyku problemlerin yaşanmasına neden olmaktadır.

3.8. Diyet

Gece fazla ve ağır besinlerin tüketilmesi kişide sindirim güçlüğüne, dolayısıyla uykunun bölünmesine neden olmaktadır. Yeterli miktarda protein içeren diyetler uykuyu arttırırken, Karbonhidrat içerikli besinlerin alımı da kişide sakinlik ve rahatlığa neden olmaktadır. Fakat diyet uygulamaları KBY hastalarında doktor ve diyetisyen gözetiminde yapılmalıdır.

3.9. Yaşam Biçimi

Bireylerin yaşam biçimleri, çalışma şekilleri ve süreleri uyku düzenini etkilendiği görülmektedir.



4.Uyku Bozuklukları ve Tedavi Yaklaşımları

Uyku bozuklukları kişinin yaşam kalitesinin azalmasına ve kişinin sağlığında bozulmalara neden olmaktadır. Diyaliz tedavisi gören hastalarda uyku bozuklukları sık karşılaşılan sorunlardandır. Diyaliz hastalarının uyku süreleri kısalmakta, derin uyku zamanları azalmaktadır. Yeni bir hastalık tanısı almak, tedavi yöntemlerinin beraberinde getirdiği kısıtlılıklar, hastalığa bağlı gelişen değişiklikler, ağrı, diyetle ilgili uyumda yaşanan zorluklar, solunum güçlükleri, yorgunluk, kramp, ileri yaş ve duygusal sorunlar hemodiyaliz hastalarında uyku sorunlarına neden olabilmektedir.

EK-5. (devam) Uyku Kitapçığı

Uyku sorunlarını çözmeye yönelik ilaç ve ilaç dışı tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Uykusuzluğun tedavisinde ilaçların sınırlı kalması, yan etkilerinin varlığı ve hastaların sürekli bu ilaçları kullanmak zorunda kalmaları nedeniyle ilaç dışı yöntemler geliştirilmiştir. Kişide uyku bozukluğu geliştiğinde ilk denenmesi gereken yöntem uyku hijyeni eğitimi olmalıdır. Uyku hijyeni eğitimi; genellikle normal uyku düzenine etki eden veya engelleyen bireysel davranışlardan kaçınmayı veya iyi uykuyu destekleyecek davranışları teşvik etmeyi amaçlamaktadır.



5.UYKU HİJYENİ İLKELERİ

1. **Uykunuz gerçekten geldiğinden uyumaya gidin.**
2. Eğer **20 -30 dk dakika içinde uyuyamıyorsanız yataktan kalkın** ve uykunuz gelinceye kadar başka şeyler ile uğraşın.
3. Düzenli bir uyku programınız olmalı. İzinli günler de dahil **her gün aynı saate yatıp aynı saate kalkmaya** özen gösterin.
4. Yatmadan önceki hazırlıkları aynı düzende sürdürüp farklı yerlerde yatmamaya özen gösterin.
5. Doktorunuz önermedikçe **kısa süreli kestirmelerden kaçınmın**. Kısa süreli kestirmelerinizin öğlen saat 3'ten önce olmasına ve 1 saatten daha az olmasına dikkat edin.
6. Düzenli yapılan egzersiz uyku kalitenizi artırır. Haftanın belli günlerinde bir miktar yürüyüş yapmak, koşmak veya yüzmek gibi fiziksel aktiviteler gevşemenize ve iyi uyumamıza yardımcı olacaktır. Ancak **yatma saatinden en az 4 saat öncesinde egzersiz yapmayı bırakmış olmalısınız**.

EK-5. (devam) Uyku Kitapçığı

7. Yatmadan önce müzik dinleme, kitap okuma, solunum ve gevşeme egzersizleri ,masaj gibi **uyku ritüelleri geliştirin**. Bu durum sizin vücudunuza uyku vaktinin geldiği ipuçlarını verecektir.
 8. **Yatağınızı**, yalnızca uyumak ve cinsel ilişki için kullanın. **Televizyon seyretmek, kitap okumak, çalışmaktan kaçının.**
 9. **Yatma saatinden en az 4-6 saat öncesinde kafein içeren yiyecek-içecek- ilaç** (Çay, kahve, kola, çikolata, bazı ağrı kesiciler...) , **alkol, sigara ve nikotin içeren gıda** (patlıcan, yeşil domates, karnabahar....) **alımını kesin.**
 10. **Yatağa aç girmeyin.** Yatmadan önce bir bardak süt ya da ıhlamur içmek uyku kalitenizin artmasını sağlayacaktır. Son yemek yatmadan 3 saat önce yenmiş olmalıdır.
 11. Gecenin geç saatlerine yapılacak iş bırakmayın.
 12. **Doktor önerisi olmadan uyku ilacı kullanmayın.**
 13. **Yatma saatinden 90 dakika öncesinde sıcak duş alın.** Bu durum sizin vücut ısınızın yükselmesine neden olur. Sonrasında oluşan vücut ısısındaki düşme kendinizi uykulu hissetmenizi sağlayacaktır.
 14. **Odanızın ısısı çok sıcak ya da soğuk olmamalıdır.** Sıcak oda (24 °C üzeri), huzursuzluğa yol açarken, soğuk oda (12° C altında) ise uykuya dalmayı zorlaştırır . Odanız çok aydınlık olmamalıdır. Çok fazla parlak ve beyaz ışık uyanıklığa yol açtığından uykuya dalmayı güçleştirebilir.
- Bu nedenle yatak odanızın fiziksel şartlarını kişisel ihtiyaçlarınıza göre düzenleyin. Isı, ışık, ses açısından ortamın rahat olduğundan emin olun.**
15. Farklı kalitedeki yatak ve yastık da uykunuzu etkileyecektir. Bazı kişiler yumuşak bazıları daha sert yatak/yastık tercih ederler. Aynı şekilde yorganın kalınlığı da önemlidir. Çok kalın ya da çok ince olması ilerleyen saatlerde üşümeye ya da çok fazla ısınmaya neden olarak uykunun sık bölünmesine neden olabilir. **Bu nedenle; kişisel tercihlere ve mevsime uygun yatak, yastık ve yorgan seçilmelidir.**
 16. **Bir sonraki gün ya da geleceğe dair planlamalarınızı gün içerisinde yapın, yatağa gittiğinizde endişe verici konular düşünmeyin.**

EK-5. (devam) Uyku Kitapçığı



Sağlıklı Uykular...

Kaynaklar

1. Cengic B, Resic H, Spasovski G, Avdic E, Alajbegovic A. (2012). Quality of sleep in patients undergoing hemodialysis. *Int Urol Nephrol*. 44:557–567
2. Mollaoğlu, M. (2011). Sleep in Patients with ESRD Undergoing Hemodialysis. Carpi A, Donadio C, Tramonti G.(Eds.). Progress in Hemodialysis - From Emergent Biotechnology to Clinical Practice. ISBN 978-953-307-377-4.
3. Arcos-Carmona, I. M., Castro-Sánchez, A. M., Matarán-Peñarrocha, G. A., Gutiérrez-Rubio, A. B., Ramos-González, E. and Moreno-Lorenzo, C. (2011, Oct). [Effects of aerobic exercise program and relaxation techniques on anxiety, quality of sleep, depression, and quality of life in patients with fibromyalgia: a randomized controlled trial]. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 137(9),398-401.
4. Amini, E., Goudarzi, I., Masoudi, R., Ahmadi, A. and Momeni, A. (2016). Effect of progressive muscle relaxation and aerobic exercise on anxiety, sleep quality, and fatigue in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 8(12),1634-1639.
5. Öztürk, L. (2007). Yanıtını arayan eski bir soru: Niçin uyuyoruz? *İstanbul Tıp Dergisi*,70, 114-21.
6. Kılıç, Z., Şentürk, A. ve Göriş, S. (2015). Kronik hastalığı olan bireylerde uyku sorunlarında tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımı. *Article Spatula DD*, 5(2),69-77.
7. Şahin, L. ve Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1),93-98.
8. Chaudhary, B. A. and Blanchard, A. R. (2002). Sleep mechanics. In: Collop NA, Phillips BA (Eds). *Sleep Medicine*, 1-11.
9. Pıçak, R., İsmailoğulları, S., Mazıcıoğlu, M., Üstünbaş, H. B. ve Aksu, M. (2010). Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(3).
10. Guyton, A. C. (2001). *Textbook of Medical Physiology* (11 th ed). Bölüm Çeviri: Demiralp T. Beynin etkinlik durumları, uyku, beyin dalgaları, epilepsi, psikozlar. Kitap: *Tıbbi Fizyoloji*. İstanbul: Merck Yayıncılık, 689-691
11. Karagözoğlu, Ş., Çabuk, S., Tahta, Y. ve Temel, F. (2007). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uykusunu Etkileyen Bazı Faktörler. *Toraks Dergisi*, 8(4), 234-240.
12. İnternet: Sleep Patterns: How Sleep Patterns Change Over Lifetime. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.sleepdex.org%2Fpatterns.htm.&date=2018-03-17>, Son Erişim Tarihi: 15.03.2018.

EK-5. (devam) Uyku Kitapçığı

13. Clinical Practice Guideline on Management of Sleep Disorders in the Elderly. Indian Journal Psychiatry, 2018 60(3), 383-396.
14. Krishnan, V. and Collop, N. A. (2006). Gender differences in sleep disorders. Current Opinion in Pulmonary Medicine, 12(6), 383-389.
15. Özcan, N. K. (2007). Uyku ve uyku sorunu olan hastanın bakımı. (içinde) Temel Hemşirelik Kavram İlkeler Uygulamalar (Ed. F. Ay), İstanbul: Medikal Yayıncılık.
16. Yüksel-Deniz, S. (2014). Hastanede yatan hastaların uyku kalitesi ve uyku durumlarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
17. İnternet: External Factors that Influence Sleep URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fhealthysleep.med.harvard.edu%2Fhealthy%2Fscience%2Fhow%2Fexternal-factors.+&date=2018-03-17>, Son Erişim Tarihi: 15.03.2018.
18. İnternet: URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.noroloji.org.tr%2FTNDData%2FUploads%2Ffiles%2Fuyku%2520bozukluklar%C4%B1&date=2018-03-17>, Son Erişim Tarihi: 12.01.2018.
19. Gezmen-Karada, M. ve Aksoy, M. (2009). Uyku regülasyonu ve beslenme. Göztepe Tıp Dergisi, 24(1), 9-15.

EK-6. Gevşeme Egzersizleri Broşürü



Bacaklarındaki kasları kasın ve gerildiklerini fark edin ve nefes verirken bu kasları da bırakın ve gevşemelerine izin verin.



Bacaklarınızı gevşek tutarak ayaklarınızı öne doğru uzatarak ayaklarınızda bütün kasları gerin ve ayak parmaklarınızı bükün ve bırakın. Ayak parmaklarınızı düzeltin ve gevşemelerine izin verin. Ayağınızda gerginliğin kaybolduğunu hissedin.



Dikkatinizi tüm bedeninize verin. Kaslarınızın rahat ve gevşek olduğundan hareket ettirmek istemediğinizi hissediyorsunuz.



Derin bir nefes alırken yüzünüzdeki kasları gerin, yüzünüzü buruşturun, kaşlarınızı çatın ve çenenizi kasın. Yüzünüzdeki kasların hepsinin gerildiğini hissedin. Nefesinizi verirken tüm yüz kaslarınızı serbest bırakın. Yüzünüzdeki gevşekliği hissedin.




Derin bir nefes alırken bütün bedeninizi kasın kollarınızı, omuzlarınızı, göğsünüzü, karnınızı, kalçalarınızı, bacaklarınızı, ayaklarınızı kasın ve bırakın. Tüm bedeninizdeki kasların gevşediğini hissedin.



GEVŞEME EGZERSİZLERİ BROŞÜRÜ



Bedeninizin tümü iyice gevşemiş durumda ve rahat. Nefesleriniz sakin ve düzgün. Bedeniniz bulunduğu durumdan artık çok hoşnut :)



Oturduğunuz koltukta kendinizi en rahat pozisyona getirin ve gözlerinizi kapatın.



Yavaş ve kolay bir biçimde nefesinizi burnunuzdan alın ve ağzınızdan verin. Her nefes verişte bedeninizin biraz daha gevşediğini, rahatladığını fark edin. Dikkatinizi dinlediklerinize yoğunlaştırın. Diğer düşünceler kafanızdan uzaklaşacaktır. Dinlediklerinizi yaparken sakin ve kolay şekilde nefes alıp vermeye devam edin.




Kollarınızı iki yana sarkıtın ve bir yandan nefes alırken, ellerinizi yumruk yaparak el kaslarınızı gerin. yumruklarınızı sıkın, biraz daha böyle durun ve yumruklarınızı açın ellerinizin gevşemesine izin verin



Ellerinizdeki gevşekliği bozmadan kol kaslarınızı gerin, gerin ve biraz daha gergin tutup bırakın. Kol kaslarınızın çözüldüğünü hissedin.




Omuzlarınızı yukarı doğru kaldırarak omuz ve boyun kaslarınızı gerin, gerin biraz daha gergin kalıp bırakın. Gerginliğin omuzlarınızdan ve boynunuzdan uzaklaştığını hissedin.

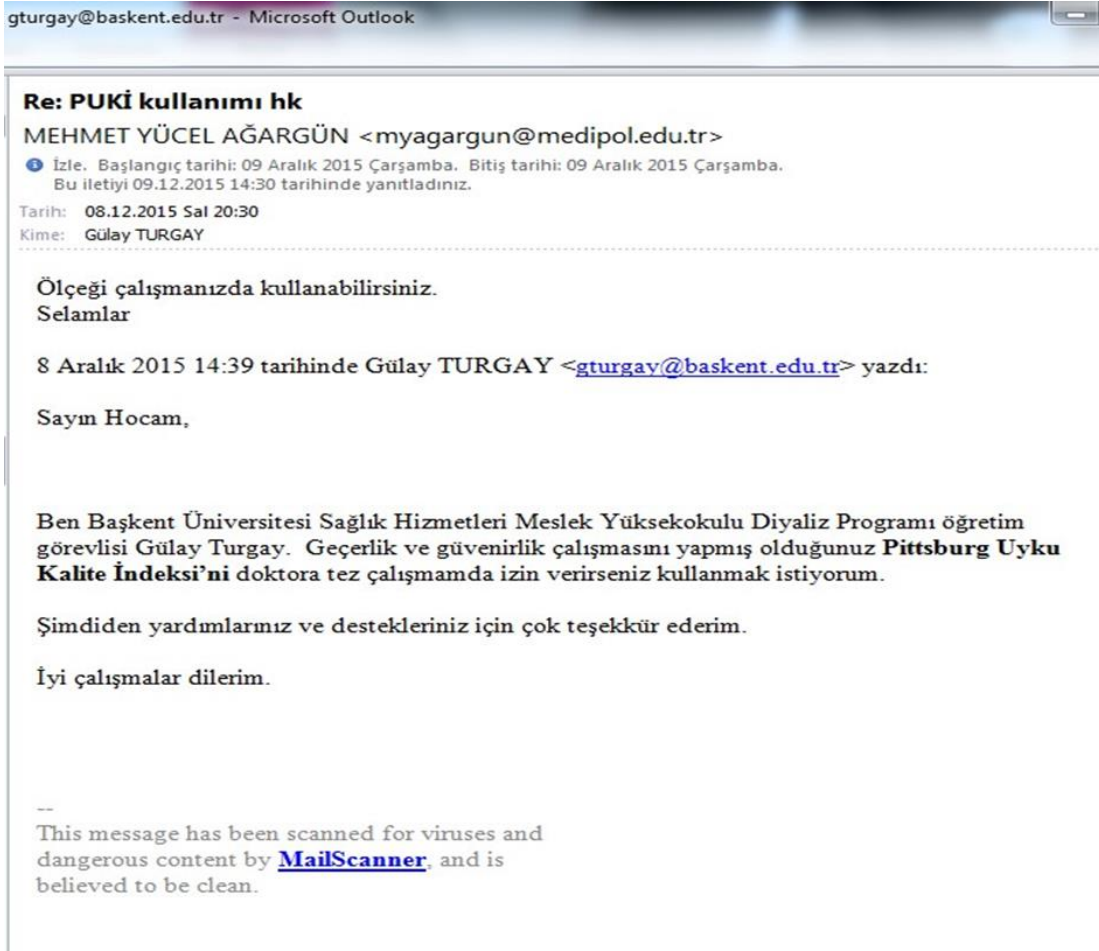



Derin bir nefes alıp göğsünüzde tutun, göğsünüzdeki kasların gerildiğini fark edin, kaslarınızı gergin tutun, tutun ve bırakın. Derin ve rahat nefes alıp vermeye devam edin. Göğüs kaslarınızın gevşediğini hissedin.

Burnunuzdan derin bir nefes alıp karnınızda tutun, tutun karnı kaslarınızın iyice gerildiğini fark edin ve ağzınızdan nefes verirken bu kaslarınızı da bırakın. Karnı kaslarınızın gevşediğini hissedin.

Derin bir nefes alıp, kalça kaslarınızı gerin, nefesinizi tutun ve kalçalarındaki gerginliği bir kaç saniye daha hissedin ve bırakın. Kalça kaslarınız iyice gevşesin. Oturduğunuz yerde iyice yayılsın.

EK-7. PUKİ Kullanım İzni



EK-8. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni



EK-9. Beck Depresyon Envanteri Kullanım İzni

Re: FW: Beck depresyon envanteri hk.

Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com>

İzle. Başlangıç tarihi: 22 Ocak 2016 Cuma. Bitiş tarihi: 22 Ocak 2016 Cuma.

Tarih: 08.01.2016 Cum 11:48

Kime: Gülay TURGAY

İleti

BDE2010.doc (51 KB)

Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine bir Çalışma.pdf (4 MB)

Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerli.pdf (6 MB)

Sayın Turgay,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Kuşkusuz bu durum, Ölçeğin orijinalini geliştirenlerin izninin olduğu anlamında değildir. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını ve ölçeğin ikinci sayfasındaki kaynakları kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

18 Aralık 2015 11:53 tarihinde Gülay TURGAY <gturgay@baskent.edu.tr> yazdı:

Sayın Hocam,

Beck depresyon envanteri'ni doktora tez çalışmamda izin verirseniz kullanmak istiyorum. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

İyi çalışmalar dilerim.

EK-10. Gevşeme Egzersizleri CD si Kullanım İzni

← → ↻ <https://outlook.live.com/owa/?path=/mail/inbox/rp>

Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara 🔍

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | ...

↑ ↓ ✕ 🔄 Geri al

^ Klasörler

Gelen Kutusu 34

Gereksiz E-posta 1

Taslaklar 70

Gönderilmiş Öğeler

Silinmiş Öğeler 39

doktora acil

doktora araştırma 9

doktora modeller 2

doktora onkolji

doktora rehabilitasyon

doktora vaka yönetimi

doktora yoğun bakım

fizyopatoloji

hemodiyaliz teknikleri

kongre

palliative care

Re: Gevşeme Egzersizleri CD si hk

 **Türk Psikologlar Derneği**
5.1.2016
Siz ✕

Yanıtla |

13.4.2016 11:47 tarihinde yanıt verdiniz.

Gülşay Hanım merhaba,

Yayınımızı tezinizde kullanabileceğinize dair yönetim kurulu kararımız 17 Ocak 2016 tarihinde alınacaktır. Yayını tezinizde kullanmanız açısından bir sakınca bulunmamaktadır ancak resmi iznin bu tarih itibarı ile geçerli olacağını bildirmek isterim.

Saygılarımla,

Ebru Ergin
Genel Merkez Koordinatörü

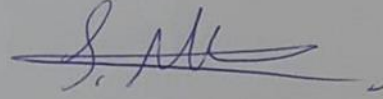
Meşrutiyet Cad. 22/12
06640 Çankaya/Ankara
T: +90 312 425 67 65
F: +90 312 417 40 59
ebuergin@psikolog.org.tr
bilgi@psikolog.org.tr
www.psikolog.org.tr

18 Aralık 2015 16:02 tarihinde gülşay turgay <gturgay_gmh@hotmail.com> yazdı:

EK-11. Serdar Mete Topsakal İzin Yazısı

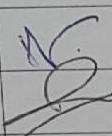
Gazi Üniversitesi Doktora öğrencilerinden
Gölay TURBAY'ın " Hemodiyaliz Hastalarında Uyku
Hijyeni Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine
Etkisi" başlıklı tez çalışması için eğitim materyali
olarak kullanılacak olan progresif gevşeme egzersiz
broşüründe fotoğraflarımın kullanılmasını kabul ediyorum.

Serdar Mete TOPSAKAL



03.01.2017

EK-12. Etik Kurul Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU									
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu							
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara							
	TELEFON	0312 202 69 58							
	FAKS	0312 202 46 73							
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr							
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Ülkü POLAT							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	G.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi							
	DESTEKLENTİ (Varsa)								
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar-Doktora Tezi							
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐				
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili				
ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		10.03.2016	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐					
AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU		10.03.2016	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐					
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı				Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒							
	BIYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐							
	DİĞER	☐							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 183								
	Toplantı tarihi: 28.03.2016								
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve "bütçesi dışında" uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlere gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir. Etik Kurulun kararı, projenin bütçesi BAP tarafından kabul edildiği takdirde yürürlüğe girecek olup, BAP kararının Kurulumuza bildirilmesi gerekmektedir.								
GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (13.04.2013), İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof.Dr.Sezai ŞAŞMAZ							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Sezai ŞAŞMAZ BAŞKAN	Deri ve Zührevi Hast. AD.	G.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Zeki YILDIRIM BAŞKAN YARD.	Göğüs Hast. AD.	G.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Tolgı Raşat AYDOS RAPORTÖR	Tıbbi Farmakoloji A.D.	B.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.İrfan KARAGÖZ ÜYE	Biyomedikal Kalibrasyon ve Araşt. Merkezi Müdürü	G.Ü.M.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı

EK-13. Tez Uygulama İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 01/06/2016-8584
Evrak Tarih ve Sayısı: 14/04/2016-E.13681

 T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 14574941-100-
Konu : TEZ UYGULAMA İZİN YAZISI
(GÜLAY TURGAY)HK.

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Başkent Üniversitesi Hastanesi)

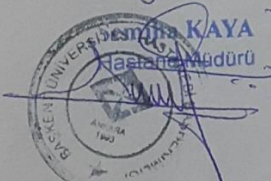
İlgi : 13/04/2016 tarihli ve 87008936-100- 46798 sayılı yazı,

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Gülay Turgay'ın Doç. Dr. Ülkü POLAT 'ın danışmanlığında yürütmekte olduğu "Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışmasının uygulamasını Ümitköy Diyaliz Merkezi ve Çiğdem Diyaliz Merkezinde yapabilmesi için gerekli izinlerin verilmesi hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Yasemin DÜNDAR
Enstitü Müdürü V.

Uygundur.
Yasemin DÜNDAR
Enstitü Müdürü



Evrakı Doğrulamak için : <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr> Pin: 67991
Emniyet Mah. Taç Sok. No 3 06330 Eczacılar Fakültesi Dekanlık Binası 1 Kat Etiler
Y. Mahalle/ANKARA
Tel 0 (312) 202 33 87 Faks 0 (312) 212 49 85
e-Posta : saglik@gazi.edu.tr İnternet Adresi : <http://saglikb.gazi.edu.tr/>
Bilgi için Satu İNAN
Memur
Telefon No 202 26 52

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-14. Aydınlatılmış Olur Formu

(Müdahale Grubu)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi”dir . Bu araştırmanın amacı, Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara verilen uyku hijyeni eğitimi ve uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin uyku ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Bu çalışmada size uyku hijyeni eğitimi verilecek ve progresif gevşeme egzersizlerinin uygulanması öğretilcektir. Daha sonra size verilen eğitim doğrultusunda altı hafta boyunca araştırmacı ile birlikte haftada iki gün progresif gevşeme egzersizi sizlere diyaliz ünitesinde uygulanacaktır. Bu uygulamadan sonra bu egzersizleri altı hafta boyunca da sizden kendinizin en az haftada iki kez olmak üzere uygulamanız istenecektir. Bu çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı yaklaşık olarak 60 kişidir. Bu çalışmada sizin sorumluluklarınız olarak; Çalışmada size verdiğimiz anket ve formları eksiksiz doldurmanız, Çalışmada yapacağımız uyku hijyeni eğitimine katılımınız, Hemodiyaliz ünitesine geldiğiniz günlerde (haftanın iki günü) yapacağımız progresif gevşeme egzersiz eğitimlerine katılmanız ve 6 hafta boyunca çalışmacı ile birlikte üniteye yer alan konferans salonunda bu egzersizleri yapmaya/kurallara uymaya istekli olmanız, Araştırmacı ile 6 hafta bu egzersizleri yaptıktan sonraki 6 hafta süresince de aynı egzersizleri haftada iki gün kendinizin yapması beklenmektedir.

.Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ya da rahatsızlık söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için nolu telefondan Öğr.Gör. Gülay Turgay’ a başvurabilirsiniz. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, araştırma uygulamasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya araştırmanın etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün; Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının; Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının; Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	

EK-14. (devam) Aydınlatılmış Olur Formu

(Kontrol Grubu)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi”dir . Bu araştırmanın amacı, Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara verilen uyku hijyeni eğitimi ve uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin uyku ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Bu çalışmada size uyku hijyeni eğitimi verilecek ve progresif gevşeme egzersizlerinin uygulanması öğretilenektir. Daha sonra size verilen eğitim doğrultusunda altı hafta boyunca araştırmacı ile

birlikte haftada iki gün progresif gevşeme egzersizi sizlere diyaliz ünitesinde uygulanacaktır. Bu uygulamadan sonra bu egzersizleri altı hafta boyunca da sizden kendinizin en az haftada iki kez olmak üzere uygulamanız istenecektir. Bu çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı yaklaşık olarak 60 kişidir. Bu çalışmada sizin sorumluluklarınız olarak; Çalışmada size verdiğimiz anket ve formları eksiksiz doldurmanız, Çalışmada yapacağımız uyku hijyeni eğitime katılımınız, Hemodiyaliz ünitesine geldiğiniz günlerde (haftanın iki günü) yapacağımız progresif gevşeme egzersiz eğitimlerine katılmanız ve 6 hafta boyunca çalışmacı ile birlikte ünite de yer alan konferans salonunda bu egzersizleri yapmaya/kurallara uymaya istekli olmanız, Araştırmacı ile 6 hafta bu egzersizleri yaptıktan sonraki 6 hafta süresince de aynı egzersizleri haftada iki gün kendinizin yapması beklenmektedir.

.Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ya da rahatsızlık söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için nolu telefonda Öğr.Gör. Gülay Turgay’ a başvurabilirsiniz. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, araştırma uygulamasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya araştırmanın etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün; Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının; Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının; Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Turgay Gülay
 Uyuğu : T.C
 Doğum tarihi ve eri : 26.03.1979
 Medeni hali : Evli
 Telefon :03122466666
 e-mail : gturgay_gmh@hotmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Doktora	Gazi Üniversitesi/SBF.	Devam ediyor
Yüksek Lisans	Başkent Üniversitesi /SBF	2010
Lisans	Gazi Üniversitesi /Kırşehir SYO	2001
Lise	Sokullu Mehmet Paşa Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	1997

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2011-devam ediyor	Başkent Üniversitesi/ SHMYO	Öğretim Görevlisi
2001-2011	Başkent Üniversitesi Hastanesi, Nefroloji Kliniği	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Turgay, G. ve Kav, S. (2012). Turkish healthcare professionals' views on palliative care. *Journal Palliat Care*, 28(4), 267-273.

Ulusal Hakemli Dergide Yayınlanan Makaleler

Gökdoğan, F., Kes, D., Tuna, D. ve Turgay, G. (2017). Hemodiyaliz Hastalarının Hipertansiyon Yönetimine İlişkin Evde Yaptıkları Uygulamalar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(2),196-203.

Ökdem, Ş., Turgay, G., Eler, Ç. ve Doğan, A. (2016). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 26(2), 66-71.

Turgay, G., Tural, E. ve Sezer, S. (2017). Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi, Depresyon ve Komorbidite Yönünden Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(3), 311-316.

Turgay, G. ve Sezer, S. (2017). Hasta Uyumunda Eğitimin Rolü. *Türkiye Klinikleri Nefroloji Özel Dergisi*, 10(2), 157-160.

Turgay, G., Tural, E. ve Sezer, S. (2018). Restless Legs Syndrome, Sleep Quality and Fatigue in Hemodialysis Patients. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2(2), 196-203.

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Gökdoğan, F., Kes, D., Tuna, D. ve Turgay, G. (2015, 22-25 Ekim). 25. *Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi*. Hemodiyaliz Hastalarının Hipertansiyon Yönetimine İlişkin Evde Yaptıkları Uygulamalar, Antalya.

Turgay, G., Tural, E. ve Sezer, S. (2017, 19-23 Ekim). 26. *Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi*. Sözel bildiri. Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi, Depresyon ve Komorbidite Yönünden Değerlendirilmesi, Antalya.

Turgay, G., Tural, E. ve Sezer, S. (2017, 19-23 Ekim). 26. *Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi*. Sözel bildiri. Hemodiyaliz Hastalarında Huzursuz Bacak Sendromu, Uyku Kalitesi ve Yorgunluk, Antalya.

Turgay, G. ve Kav, S. (2011, 23-27 September). *European Multidisciplinary Cancer Congress in Stockholm, Sweden*, Poster presentation. Turkish Health Care Professionals' Views on Palliative Care.

Turgay, G. ve Kav, S. (2011, 20-24 Nisan). XIX. *Ulusal Kanser Kongresi*. Sözel bildiri. Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri, Antalya.

Kav, S., Akgün Çıtak, E., Özhan Elbaş, N., Karaaslan Eşer, A. ve Turgay, G. (2016, 17-18 Ekim). *European Oncology Nursing Society Conference (EONS 10)*. Poster presentation. Attitudes of Vocational School of Health Students towards Persons with Cancer. Dublin, Ireland.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

