

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA AĞRI VE
UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

NURGÜL ÖZÇELİK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. SABİRE YURTSEVER

MERSİN-2011

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA AĞRI VE
UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

NURGÜL ÖZÇELİK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. SABİRE YURTSEVER

TEZ NO: 198

MERSİN-2011

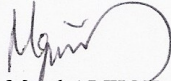
Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan “Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz uygulanan bireylerde ağrı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi” başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18/11/2011



Doç. Dr. Sabire YURTSEVER
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Meral ALTIÖK
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi



Yrd. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN
Gazi Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 07.12.2011 tarih ve 2011/416 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü
İmza mührü



TEŞEKKÜR

Çalıőmanın planlanmasını, yürütölmesini yönlendiren ve her aőamada bana destek olan sevgili hocam ve değerli danıőmanım Sayın **Doç. Dr. Sabire Yurtsever**'e,

Çalıőmamı HD ünitelerinde yürütmeme izin veren Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Mersin Devlet Hastanesi ve özel diyaliz merkezlerinden Özel Diamer Diyaliz Merkezi, Özel Mersin Nefroloji Diyaliz Merkezi, Özel Mersin Rnc Diyaliz Merkezi'nin Başhekimlik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Çalıőmamı yürüttüğüm HD ünitelerinde görev yapan ve olumlu iőbirlięi sağladığım meslektaőlarıma,

Çalıőmam süresince bana destek olan eőim Sinan Özçelik'e, arkadaőım Emine Arıbay'a ve aileme içtenlikle teőekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÖZETxi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	5
2.1.1. Tanımı.....	5
2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etyolojisi.....	5
2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri.....	8
2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri.....	9
2.1.4.1. Diyaliz	9
2.1.4.1.1. Diyalizin Tanımı.....	9
2.1.4.1.2. Diyaliz Prensipleri.....	9
2.1.4.1.2.1. Peritoneal Diyaliz	9
2.1.4.1.2.2. Hemodiyaliz	10
2.1.4.1.2.2.1. Tarihçesi.....	10
2.1.4.1.2.2.2. Hemodiyaliz Prensipleri.....	10
2.1.4.1.2.2.3. Hemodiyalizin Komplikasyonları.....	11

2.1.4.1.2.2.3.1. Hemodiyaliz Akut Komplikeasyonları.....	11
2.1.4.1.2.2.3.2. Hemodiyaliz Kronik Komplikeasyonları.....	11
2.2. Ağrı Hakkında Genel Bilgiler.....	12
2.2.1. Ağrı Kavramı ve Tanımı.....	12
2.2.2. Ağrının Sınıflandırılması.....	14
2.2.2.1. Mekanizmasına Göre Sınıflandırma.....	14
2.2.2.2. Süreye Göre Sınıflandırma.....	15
2.2.2.3. Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırılması.....	16
2.2.3. Ağrı Değerlendirmesi.....	17
2.2.4. Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı Sorunu.....	18
2.2.5. Ağrısız Olan Hemodiyaliz Hastalarına Hemşirelik Yaklaşımları.....	19
2.3. Uyku Hakkında Genel Bilgiler.....	22
2.3.1. Tarihçe.....	22
2.3.2. Uykunun Tanımı.....	23
2.3.3. Uykunun Fizyolojisi.....	24
2.3.4. Uyku-Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritim).....	24
2.3.5. Uykunun Evreleri.....	25
2.3.5.1. Non-Rapid Eye Movement (Hızlı Olmayan Göz Hareketleri).....	25
2.3.5.2. Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketleri).....	26
2.3.6. Normal Uyku Süresi/Uyku Gereksinimi.....	27
2.3.7. Uyku Gereksinimini Etkileyen Faktörler.....	28
2.3.7.1. Yaş.....	28
2.3.7.2. Cinsiyet.....	28
2.3.7.3. Hastalık.....	28
2.3.7.4. İlaçlar.....	29
2.3.7.5. Fiziksel aktivite.....	29

2.3.7.6. Çevre.....	29
2.3.7.7. Emosyonel Durum.....	30
2.3.7.8. Beslenme.....	30
2.3.7.9. Yaşam Biçimi.....	30
2.3.7.10. Huzursuz Bacak Sendromu.....	30
2.3.8. Uyku Bozuklukları.....	31
2.3.9. Diyaliz Hastalarında Uyku Sorunları.....	31
2.3.10. Uyku Problemi Olan Hemodiyaliz Hastalarına Hemşirelik Yaklaşımları	33
2.4. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi.....	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Amacı.....	37
3.2. Araştırmanın Şekli.....	37
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri.....	37
3.4. Araştırmanın Evreni.....	38
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	38
3.6. Verilerin Toplanması.....	39
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	39
3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu.....	39
3.6.1.2. Mc-Gill Ağrı Soru Formu (MASF).....	39
3.6.1.3. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKI).....	40
3.6.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması.....	42
3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	42
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
4. BULGULAR.....	44
5. TARTIŞMA.....	87

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	103
6.1. Sonuçlar.....	103
6.2. Öneriler.....	107
7. KAYNAKLAR.....	108
EKLER.....	124
EK-1. Kronik Hastalıkların Dağılımı.....	124
EK-2. Hastaların Kullandıkları İlaçlar.....	125
EK-3. Veri Toplama Formu.....	126
EK-4. Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF).....	133
EK-5. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKI).....	134
EK -6. MERSİN 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı.....	136
EK- 7. Araştırmanın Yapılabilmesine Yönelik İzin Yazıları.....	138
ÖZGEÇMİŞ.....	142

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. 2008 yılsonu itibariyle Amerika’da KBY’nin etyolojik nedenlere göre dağılımı.....	6
Çizelge 2.2. Avrupa’da 2008 yıl sonu itibariyle KBY’nin etyolojik nedenlere göre dağılımı.....	6
Çizelge 2.3. Türkiye’de 2008 ve 2009 yılı içinde ilk RRT olarak HD’e başlanan ve kronik HD programına alınan hastaların altta yatan etyolojik nedenlere göre dağılımı (İnsidans).....	7
Çizelge 2.4. Türkiye’de 2009 yılı içinde RRT olarak HD’e başlanan hasta sayısı.....	7
Çizelge 3.1. MASF’nun alt boyutları, soruların numaraları, puan aralıkları, minimum-maksimum değerleri.....	40
Çizelge 4.1. McGill Ağrı Soru Formu ve PUKI puan ortalamaları, maksimum ve minimum ölçek puanları ile standart sapmaları.....	45
Çizelge 4.2. Hastaların McGill Ağrı Soru Formuna göre ağrı özellikleri dağılımı.....	46
Çizelge 4.3. Hastaların sosyo- demografik özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları.....	47
Çizelge 4.4. Hastaların BKI’lerine göre McGill Ağrı Soru Formu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları.....	53
Çizelge 4.5. Hastaların sigara ve alkol kullanma davranışlarına göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları.....	55
Çizelge 4.6. Hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları.....	59
Çizelge 4.7. Hastaların uyku sorununu gidermeye yönelik uygulamaların dağılımı.....	64
Çizelge 4.8. Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları.....	65
Çizelge 4.9. Hastaların ağrılarına eşlik eden yakınmaların dağılımı.....	69
Çizelge 4.10. Hastaların bildirdikleri ağrı lokalizasyonlarının dağılımı.....	71

Çizelge 4.11. Ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlerin dağılımı.....	72
Çizelge 4.12. Ağrının giderilmesi için yapılan uygulamaların dağılımı.....	73
Çizelge 4.13. Hastaların ağrıya bağlı sosyal faaliyetlere katılma, yaşamdan zevk alma ve diğer insanlarla ilişkilerinin etkilenme durumu dağılımı.....	73
Çizelge 4.14. Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumuna göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları.....	74
Çizelge 4.15. Hastaların uykuya ilişkin özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları.....	80
Çizelge 4.16. Hastaların deneyimledikleri uyku sorunlarının dağılımı.....	83
Çizelge 4.17. Hastaların McGill Ağrı Soru Formu ile Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt ölçek puanları, bu puanların birbirleriyle korelasyonu.....	85

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABY: Akut Böbrek Yetmezliği

APS: Amerikan Ağrı Derneği

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BTx: Böbrek Transplantasyonu

DM: Diyabetes Mellitus

EEG: Elektroensefalografi

ERA-EDTA: European Renal Association - European Dialysis and Transplant Association

GFH: Glomeruler Filtrasyon Hızı

GİS: Gastrointestinal Sistem

GYA: Günlük Yaşam Aktivitesi

HD: Hemodiyaliz

HT: Hipertansiyon

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

MASF: McGill Ağrı Soru Formu

mnb: Milyon Nüfus Başına

Non-REM=NREM: Hızlı Olmayan Göz Hareketleri (Non-Rapid Eye Movement)

PD: Periton Diyalizi

PUKI = PSQI: Pittsburg Uyku Kalite İndeksi = Pittsburg Sleep Quality Index

RAS: Reticular Aktivating System

REM: Hızlı Göz Hareketleri (Rapid Eye Movement)

RRT: Renal Replasman Tedavisi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences Windows

TND: Türk Nefroloji Derneği

USRDS: United States Renal Data System

ÖZET

Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Bu çalışma, kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz uygulanan bireylerde ağrı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne kayıtlı 10 hasta, Mersin Devlet Hastanesi'ne kayıtlı 74 hasta, Özel Diemer Diyaliz Merkezi'ne kayıtlı 50 hasta ve Özel Mersin Nefroloji Diyaliz Merkezi'ne kayıtlı 55 hasta olmak üzere araştırma kriterlerine uyan 189 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren "Kişisel Bilgi Formu", hastaların ağrı durumunu belirlemek amacıyla "McGill Ağrı Soru Formu" ve hastaların uyku kalitesini belirlemek amacıyla "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi" kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS 11.5 paket programında Shapiro-Wilk normal dağılım testi, student t testi, one way ANOVA ve Tukey testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamaları 53,25 olup, %37,6'sı 61 yaş ve üzerindedir. Hastaların %55'i erkek, %67,7'si evli, %51,9'u ilköğretim mezunu, %49,7'sinin geliri giderine denk, %68,3'ü çekirdek aileye sahip, %48,7'si normal kiloda idi. Hastaların %60,3'ünün hastalık süresinin 1-5 yıl olduğu, %92,6'sının başka bir kronik hastalığının da bulunduğu, %72'sinin 1-6 yıl hemodiyaliz tedavisi aldığı, %93,1'ine haftada üç kez hemodiyaliz uygulandığı belirlenmiştir.

Hastaların tümünün ağrı deneyimledikleri, %97,4'ünün ağrıya eşlik eden yakınmasının olduğu, hastaların tümünün deneyimledikleri ağrının günlük yaşam aktivitelerini etkilediği ve %57,1'nin hemodiyalizden sonra uyku alışkanlığında değişiklik olduğu saptanmıştır. Hastaların deneyimledikleri ağrı sıklığı arttıkça uyku kalitelerinin düştüğü ve uyku kalitesi bozulan hastaların deneyimledikleri ağrı sıklığının arttığı saptanmıştır ($p<0,05$). 61 yaş ve üstünde olan, ilde yaşayan, geliri giderine denk olan, başka bir kronik hastalığı olan, kendini "çok hasta" olarak algılayan, kronik hastalığına yönelik ilaç kullanan, ilaçlarını kullanırken bazen aksatan, ağrıyı gün içinde sıklıkla akşam deneyimleyen, ağrıya eşlik eden yakınması olan, günde üç defa ağrı kesici kullanan, deneyimledikleri ağrı nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri'leri etkilenen, hemodiyaliz'den sonra uyku alışkanlığında değişiklik olan, uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitim alan hastaların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ölçek puan ortalamaları ve McGill Ağrı Soru Formu'ü ölçek toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Ağrı, Uyku Kalitesi, Kronik Böbrek Yetmezliği, Hemşirelik

ABSTRACT

Determination of the Relationship Between Pain and Sleep Quality of Hemodialysis Patients

This study was carried out to define the relationship between the pain and the sleep quality of people who are applied hemodialysis for chronic renal failure. There are 189 patients, who were appropriate for the research, included in this study. 10 of these patients were registered in Mersin University Health Research and Appliance Center, 74 of those were registered in the Mersin State Hospital, 50 of those were registered in the Private Diamer Dialysis Center and the remaining 55 patients were registered in the Private Mersin Nephrology Dialysis Center in Mersin.

Several methods are used to gather the data for the research. "Personal Information Form" was used to collect the introductory information of the patients, "Form McGill Pain Questionnaire" was used to specify the pain statuses of the patients and "Pittsburgh Sleep Quality Index" was used to specify the sleep quality of the patients. Collected data was evaluated regarding to the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.1 package program and Shapiro-Wilk Normality Test, Student t Test, One Way ANOVA Test and Tukey test.

The average age of the patients who are included in the study is 53,25 and 37,6% of them are in the age of 61 and older, 55% of them are men, 67,7% of them are married, 51,9% of them are graduated from primary school, 49,7% of them have equal incomes and outcomes, 68,3% of them have immediate family, 48,7% of them have ideal weight. It is determined that %60,3 of them have chronic renal failure for 1-5 years, 92,6% of them have second chronic diseases, 72% of them had 1-6 years of hemodialysis and 93,1% of them have hemodialysis session 3 times a week.

Along the patients who are included in the study, all of the patients are reported as experiencing pain and 97,4% of them have also complaints about their pain. All of the patients' Activities of Daily Living are affected by the pain they experience and 57,1% of them are detected having changes in their sleep habits.

It is stated that as the pain which is experienced by the patients becomes more common, the sleep quality they have decreases. And as well, they have pain more frequent when their sleep quality is disrupted ($p < 0,05$). Patients that are older than 61 years, live in the city, have equal incomes and outcomes, have second chronic diseases, feel "very sick", use drugs for chronic diseases, using drugs deficiently, have pain usually in the evenings, have complaints in addition to the pain, take painkillers 3 times a day, have their Activities of Daily Living affected because of pain, have changes in sleep habits after starting hemodialysis sessions and trained to cope with sleeping problems have higher Pittsburgh Sleep Quality Index average values and Form McGill Pain Questionnaire average values ($p < 0,05$).

Keywords: Hemodialysis, Pain, Sleep Quality, Chronic Renal Failure, Nursing

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar yaşamın her döneminde, her yaşta görülebilen, genellikle tam olarak iyileşmeyen, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklara veya fiziksel yetersizliklere neden olan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren sağlık sorunlarıdır. Bu hastalıkların ortaya çıkmasında genetik, psikososyal ve ekonomik etkenler rol oynamaktadır (1). Daha önceleri gelişmiş ülkelerin önemli bir sağlık sorunu olarak görülen kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre artık gelişmekte olan ülkelerin de önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Bu ülkelerde kronik hastalıkların görülme sıklığı çok hızlı artış göstermektedir (2, 3).

Önlenebilir kronik hastalıklar, zaman içinde hastalarda çeşitli fonksiyonların kaybolmasına neden olarak bireyleri başkalarına bağımlı hale getirebilmektedir (3, 4). Kronik hastalıklar içinde yer alan, bireylerde bağımlılığa ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olan kronik böbrek yetmezliği (KBY), tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hastaların yaşamlarını önemli derecede etkileyen hastalıklardan birisidir. Renal fonksiyonların kronik ve geri dönüşsüz kaybı olarak tanımlanabilen KBY, aynı zamanda yaşamı tehdit eden biyo-psiko-sosyal sorunlar ve çeşitli komplikasyonlara yol açan önemli bir hastalıktır. Bu hastalık, yüksek prevalansı ve yol açtığı hastalık riski artışına bağlı olarak bütün dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (5-7).

Türk Nefroloji Derneği (TND) verilerine göre 2009 yılında Türkiye'de Renal Replasman Tedavisi (RRT) gerektiren KBY nokta prevalansı milyon nüfus başına (mnb) 819 olarak saptanmış olup; RRT gereken hasta sayısı 59.443 olmakla beraber, bu sayının 46.650'si RRT olarak hemodiyaliz (HD) programına alınmaktadır. Dünyada her yıl, her bir milyon kişiden yaklaşık 150-200'üne KBY tanısı konmaktadır. HD, ülkemizde en sık uygulanan RRT yöntemidir (8, 9). United States Renal Data System (USRDS)'in verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 2008 yılı itibari ile RRT gerektiren KBY nokta prevalansı mnb 1,699 olup, insidansı ise mnb 350,8 olarak tespit edilmiştir. RRT olarak HD'e başlanıp kronik HD programına alınma insidansı 321,5, prevalansı ise 1,096,5 olarak belirlenmiştir (10, 11). European Renal Association - European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA) verilerine göre Avrupa'da

2008 yılsonu itibari ile RRT gerektiren KBY insidansı mnb 9,3 olup, prevalansı ise mnb 56 olarak tespit edilmiştir. RRT olarak HD programına alınma insidansı mnb 4,2 prevalansı ise mnb 7,3 olarak belirlenmiştir (12).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de KBY hastalarının insidans ve prevalansı artmaktadır. KBY hastalarının yaşamlarını sürdürebilmeleri için hastalara diyaliz [HD, periton diyalizi (PD)] ya da böbrek transplantasyonu (BTx) yapılması gerekmektedir (6). HD, Akut Böbrek Yetmezliği (ABY) ya da KBY tedavisinde kullanılan, temel işlevi vücutta biriken metabolik atıkların yarı geçirgen zar aracılığı ile vücuttan uzaklaştırılması esasına dayanan ve günümüz teknolojisi ile paralel olarak hızla gelişen bir tedavi yöntemidir (13).

Günümüzde rutin hale gelmiş olan diyaliz uygulamaları yoluyla yaşam süresinin uzatılabilmesi ve daha kaliteli bir yaşam sağlanmasına karşın, böbrek patolojisinde iyileşme olmamaktadır. Ürenin meydana getirdiği problemlerin birçoğu düzenli diyaliz tedavisinden sonra kaybolabilmektedir. Ancak bu kez de düzenli diyalize bağlı gelişen, hastanın yaşamını olumsuz yönde etkileyen birçok rahatsız edici semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmede önemli bir etken olan bu semptomlardan bir tanesi de “ağrı” şikayetidir (14-20).

Ağrı, çok boyutlu bir olgu olup; fiziksel, biyolojik, sosyal bileşenleri bulunmaktadır ve HD hastaları için önemli bir sorundur (7,20-22). Yapılan çalışmalarda HD hastalarında ağrının önemli bir semptom olduğu ve bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır (23-27). Devam eden veya dindirilemeyen ağrı, hastanın yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etkiye neden olabilmektedir. Özellikle, orta veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulduğu görülebilmektedir (22, 23).

Hemodiyaliz uygulanan hastalarda ağrı deneyimi yaygın olmasına karşın, çok az araştırma, HD hastalarında ağrı sorununu ele almıştır (28). Fortina ve ark. (23)'nın yaptıkları araştırmaya göre HD tedavisi uygulanan hastaların %37'sinin kronik ağrı yaşadığı saptanmıştır. Bir başka çalışmada da HD tedavisi sırasında hastaların %5'inde baş ağrısı, %2-5'inde göğüs ağrısı ve %2-5'inde de sırt ağrısı belirlenmiştir (29). Bınık ve ark. (30)'nın yaptıkları çalışmada HD sırasında kramp (%81), baş ağrısı (%62), karın ağrısı (%17), fistül yerinde ağrı (%15), göğüs ağrısı (%13) ve kemik ağrılarının (%11) olduğu rapor edilmiştir. Bu ağrıların lokalizasyonlarına bakıldığında; %55'inde ayak ve

alt bacak, %23'ünde baldır, %12'sinde tüm bacak, %9'unda el ve ayak kramplarına bağlı ağrı olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların tamamının mide ağrısından yakındığı saptanmıştır. Ayrıca %20'sinde göz ağrısı, %20'sinde boyun ağrısı, %20'sinde ayak tabanında, %20'sinde çeşitli bağ dokusunda, %20'sinde diz arkasında ağrı olduğu rapor edilmiştir. Hastaların %9'unun kaşıntıya bağlı acı/ağrı çektikleri belirtilmiştir.

Kas iskelet sistemiyle ilişkili olarak oluşan ağrılar (osteoartrit, osteoporoz, renal osteodistrofi), diyaliz prosedürü ile ilişkili oluşan ağrılar, periferik nöropatiye bağlı nöropatik ağrı, periferik vasküler hastalığa bağlı iskemik ağrı, karpal tünel sendromu, angina, primer böbrek hastalıkları olmak üzere HD hastalarında birçok nedene bağlı olarak ağrı gelişebilmektedir (20). Predispozan faktörler, hipotansiyon, hastanın kuru ağırlığının altında olmasına bağlı olarak hastada kas krampları görülebilmektedir. Ancak kas kramplarının nedeni kesin olarak bilinmemektedir. HD hastalarında baş ağrısının sebebi asetat ile ilişkili olabileceği gibi, diyaliz dengesizlik sendromunun erken bir belirtisi de olabilmektedir. Göğüs ve sırt ağrısının nedeni ise kesin olarak bilinmemekle birlikte kompleman aktivasyonu ile ilişkili olabilmektedir (28).

Hemodiyaliz hastalarında ağrı olgusu ihmal edilmemelidir. Ağrı yönetimi yeterli yapılmadığında hastanın yaşamında fonksiyonel ve psikolojik birçok problemlere neden olabileceği gibi uyku bozukluğuna da neden olabilmektedir (23, 24, 28). Uyku kalitesinin bozulması hastaların duygu, düşünce ve motivasyonunun bozulmasına neden olabilmektedir. Yetersiz uyuyan insanlarda yorgunluk, dikkatte azalma, ağrıya karşı duyarlılığın artması, konfüzyon, iritabilite, sinirlilik, mantık dışı düşünceler, hallüsinasyon, iştahsızlık, kazalar, iş ve günlük hayatta uyumsuzluklar görülebilmektedir. Bu nedenle uyku, bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir (25, 29-31).

Günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıklar, metabolik değişiklikler, ağrı, diyet kısıtlamaları, sıvı fazlalığı, dispne, yorgunluk, kramp, ileri yaş, kronik metabolik asidoz ile birlikte gelişen hipokapni, üst solunum yollarını etkileyen periferik nöropatinin varlığı HD hastalarında uyku bozukluğunun en önemli nedenleridir (31, 32). Ayrıca KBY hastalarında anormal hücrel interlökin hücre üretimi nedeniyle uykuya meyil olduğu, diyalizin ise uykuya neden olan bu maddelerin vücuttan atılmasını sağlayarak uykusuzluğa ve uyku bozukluklarına yol açtığı belirtilmektedir (32-34).

Yapılan çalışmalarda HD hastalarında uyku bozukluklarının çok yaygın olduğu, görülme sıklığının %20-83 arasında değiştiği belirtilmektedir (24, 25, 29, 31, 33-39). Çalışmalarda HD hastalarının %67-75'inin uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir (25-27, 34, 40-43). Merlino ve ark. (43)'nin yaptıkları çalışmada hastaların %24'ünde uyku kalitesinin kötü olmasının sebebi ağrı olarak belirlenmiştir. Sayar ve ark. (44)'nin ağrısı olan hastalarla yaptıkları çalışmada uyku kalitesinin önemli derecede etkilendiği saptanmıştır. Atkinson ve ark. (45) kronik ağrısı olan hastaların uyku kalitelerinin düşük olduğunu belirlemişlerdir.

Kronik böbrek yetmezliği sebebiyle HD tedavisi programında olan hastalar çoğunlukla yatağa yattıktan sonra uyuyamama (uykuya dalamama), sık uyanma, gündüz yorgunluğu, plansız uyuklama ve bacaklarında huzursuzluktan yakınmaktadır. Bu uyku şikayetleri sonucunda gelişen kötü uyku kalitesinin sağlığa ilişkin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve hastalarda mortaliteyi arttırdığı belirtilmektedir (29, 33, 35).

Bu nedenle HD hastalarında ağrıya müdahale edilmesi, ihmal edilmemesi ve ağrıya bağlı gelişebilecek olan uyku problemlerinin erken tanımlanması son derece önemlidir. HD hastalarında ağrı rutin görülen bir semptom değildir ancak, gözardı edilemeyecek sıklıkta görülebilmektedir. Bu hastaların yaşadıkları ağrı, uyku bozukluklarına yol açarken; deneyimledikleri uykusuzluk da bireylerde ağrıya karşı duyarlılığın artmasına neden olabilmektedir. Ayrıca, ağrı ve ağrıya bağlı olarak gelişen uyku problemleri nedeniyle hastaların yaşam kalitesi her yönüyle olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Hastaların günlük yaşantılarında konforu arttırabilmek için, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin sınırlayıcı etkilerinin en aza indirilmesi gerekmektedir. Bu konuda hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Tedavileri, bakımları süresince sürekli hasta ile birlikte olan, hastalarını bütüncül olarak değerlendiren hemşirelerin hastaların ağrı ve uyku durumlarını değerlendirme ve etkilendiğinde etkin girişimlerde bulunma sorumlulukları vardır (7, 18, 34, 37, 46). Hemşirenin kanıt temelli uygulama yapmasında bu konunun araştırılması son derece önemlidir. Literatürde HD hastalarında ağrı ve uyku kalitesini araştıran çalışmalar vardır. Ancak ağrı deneyimleyen HD hastalarında uyku kalitesini araştıran çalışmalar sınırlıdır.

Bu çalışma ile HD hastalarında ağrı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi sağlanacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Böbrek Yetmezliği

2.1.1.Tanımı

Kronik böbrek yetmezliği, fonksiyonel nefron sayısının kaybı ile birlikte seyreden, kalıcı olarak glomeruler filtrasyon hızının (GFH) azalması durumudur. GFH'nda azalma sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik, endokrin fonksiyonlarda kronik, ilerleyici bozulma hali mevcuttur (47-49).

Kronik böbrek yetmezliği, nefronların süregelen hasarı ile karakterizedir ve etken ajan ortadan kalksa bile hastalık ilerleyici bir seyir göstermektedir. KBY, temelde yatan böbrek hastalığının etyolojisi ne olursa olsun en az üç ay süren objektif böbrek hasarı ve/veya GFH 60ml/dk/1,73m²'nin altına inmesi durumu olarak tanımlanabilmektedir (48-52).

2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi

Kronik böbrek yetmezliğinin çok çeşitli nedenleri vardır. Bu nedenler ülkeden ülkeye, ırk ve cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir. Toplumlar arasında büyük değişkenlikler görülürken genel olarak en sık görülen nedenler arasında diyabetik nefropati, hipertansif nefroskleroz, kronik glomerulonefritler, polikistik böbrek hastalığı ve pyelonefrit yer almaktadır. Ülkemizde son yıllarda yapılan çalışmalarda KBY etyolojisinde diyabetes mellitus (DM) en sık rastlanan nedendir ve sıklığı geçen yıllara göre artmaya devam etmektedir. KBY etyolojisinde yüksek oranda bulunan hipertansiyonun (HT) ise primer mi, yoksa renal yetersizliğe mi bağlı olduğu tartışmalıdır (8, 9, 53, 54).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeUSRDS ve Avrupa'da ERA-EDTA verilerine göre, KBY'ne yol açabilen 50 farklı neden bildirilmiştir. Bunlar arasında; DM, HT, glomerulonefrit ilk üç sırayı almaktadır (10, 11). 2008 yıl sonu itibariyle Amerika'da ve Avrupa'da KBY'nin etyolojik nedenlere göre dağılımı Çizelge 2.1'de (10, 11) ve Çizelge 2.2'de (12) gösterilmiştir. Türkiye'de 2008 ve 2009 yılı içinde ilk RRT olarak

HD'e başlanan ve kronik HD programına alınan hastaların altta yatan etyolojik nedenlere göre dağılımı Çizelge 2.3'de gösterilmiştir (8, 9). Türkiye'de 2009 yılı içinde RRT olarak HD'e başlanan hasta sayısı tablo 2.4'de gösterilmiştir (9).

Çizelge 2.1. 2008 yılsonu itibariyle Amerika'da KBY'nin etyolojik nedenlere göre dağılımı

Etyolojik Nedenler	n	%
DM	153	44,0
HT	99	27,9
Glomerulonefrit	24	6,7
Polikistik Böbrek Hastalığı	9	2,4
Ürolojik nedenler	5	1,4
Diğer	45	12,7
Etyoloji bilinmiyor	14	3,9
Kayıp (bilgi yok)	2	1,1

Çizelge 2.2. Avrupa'da 2008 yıl sonu itibariyle KBY'nin etyolojik nedenlere göre dağılımı

Etyolojik Nedenler	Fransa		Almanya		İsveç	
	n	İnsidans hızı mnb	n	İnsidans hızı mnb	n	İnsidans hızı mnb
DM	122	27,1	180	52,0	116	27,9
HT	122	27,8	180	19,0	116	14,4
Glomerulonefrit	122	15,1	180	14,6	116	13,9
Polikistik Böbrek Hastalığı	122	8,4	180	6,4	116	8,7
Pyelonefrit	122	5,7	180	10,2	116	4,7
Diğer	122	20,1	180	17,4	116	21,3
Etyoloji bilinmiyor	122	16,3	180	57,6	116	16,8

Çizelge 2.3. Türkiye’de 2008 ve 2009 yılı içinde ilk RRT olarak HD’e başlanan ve kronik HD programına alınan hastaların altta yatan etyolojik nedenlere göre dağılımı (İnsidans)

Etyolojik Nedenler	2008		2009	
	n	%	n	%
DM	5061	30,7	4597	32,7
HT	4388	26,6	3488	26,3
Glomerulonefrit	1254	7,6	957	7,2
Polikistik Böbrek Hastalığı	583	3,5	407	3,1
Pyelonefrit	510	3,1	317	2,4
Amiloidoz	321	1,9	250	1,9
Renal vasküler hastalık	238	1,4	184	1,4
Diğer	1236	7,5	966	7,3
Etyoloji bilinmiyor	2560	15,5	1936	14,6
Kayıp (bilgi yok)	359	2,2	146	1,1
Toplam	16510	100,0	13248	100,0

Çizelge 2.4. Türkiye’de 2009 yılı içinde RRT olarak HD’e başlanan hasta sayısı

Yıllar	Hemodiyaliz Hasta Sayısı
1990	3069
1991	3494
1993	5400
1995	6527
1996	7014
1997	9658
1998	11339
1999	12196
2000	14086
2001	18815
2002	20600
2003	23387
2004	25321
2005	28507
2006	33950
2007	39267
2008	46659
2009	48433

2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri

Böbrek yetmezliği ilerledikçe hemen hemen tüm organ ve sistemleri etkilemeye başlar. KBY'nin semptom ve bulguları şunlardır;

Sıvı Elektrolit Bozuklukları: Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hipokalemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz ve hipermagnezemi (55).

Sinir Sistemi: Stupor, koma, konuşma bozukluğu, uyku bozuklukları, demans, konvulsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, meningism, huzursuz bacak sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma ve ruhsal bozukluklar (56).

Gastrointestinal Sistem (GİS): Hıçkırık, parotit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatitler, mortalite bozuklukları, intestinal obstrüksiyon, perforasyon ve asit (57).

Hematopöietik Sistem: Normokrom normositer anemi, eritrosit fragilitesinde artış, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşıyla sağlanan immünitelerde azalma ve tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma (60).

Kardiyovasküler Sistem: Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi ve kapak hastalığı (61).

Pulmoner Sistem: Plevral sıvı, üremik akciğer ve pulmoner ödem (56).

Cilt: Kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon ve nekroz (57).

Metabolik-Endokrin Sistem: Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon ve hiperprolaktinemi (55).

İskelet Sistemi: Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz, D vitamini metabolizması bozukluğu ve artrit (60).

Diğer: Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu ve noktüri (57, 61).

2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda RRT'leri; HD, PD ya da BTx'dur. KBY bulunan hastalar her üç tedaviden de zaman içerisinde yararlanmak durumunda kalabilmektedir (58, 59). TND verilerine göre 2008 yılsonu itibarı ile 52,827 KBY hastalarından %74,9'una HD, %9,6'sına PD, %14,4'üne BTx uygulandığı bildirilmektedir (8). 2009 yılsonu itibarıyla ise 58,468 KBY hastasının %79,6'sına HD, %8,3'üne PD ve %12,1'ine ise BTx uygulandığı belirtilmektedir (9).

2.1.4.1. Diyaliz

2.1.4.1.1. Diyalizin Tanımı

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solüt değişimini temel alan bir tedavi şeklidir. Sıvı ve solüt hareketi, genellikle hastanın kanından diyalizata doğrudur ve bu diyalizatın uzaklaştırılması ile hastada mevcut olan sıvı-solüt dengesizliği normal değere yaklaştırılır (60, 61).

2.1.4.1.2. Diyaliz Prensipleri

Diyaliz iki şekilde uygulanmaktadır; PD ve HD.

2.1.4.1.2.1. Peritoneal Diyaliz

Periton diyalizi, peritona giriş sağlayan bir yol ile periton boşluğuna diyalizatın verilmesi, belirli bir süre tutulması ve bir süre sonunda boşaltılması şeklinde olmaktadır. Diyalizatın periton boşluğunda beklediği dönemde, kanda yüksek konsantrasyonda bulunan üre gibi azotlu maddeler ve diğer üremik toksinler difüzyonla diyalizata geçerek vücuttan uzaklaştırılabilmektedir. Kan ve diyalizat arasındaki ozmotik eşitlik sağlanıncaya kadar su kapillerdeki kandan periton boşluğuna geçerek vücuttan sıvı

çekilmektedir. Hastanın evinde, aileden birinin yardımıyla, hatta hastanın kendisi tarafından uygulanabilmektedir (62, 63).

2.1.4.1.2.2. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz, KBY olan hastaların tedavisinde en sık başvurulan yöntemdir.

2.1.4.1.2.2.1. Tarihçesi

İlk olarak 1946 yılında Kolff tarafından ABY'nin tedavisinde, 1960'lardan itibaren de KBY olan hastaların tedavisinde uygulanmaya başlanmıştır. Dünyada diyalizle ilgili ilk çalışmalar ve görüşler 1854'ten önce ortaya çıkmasına rağmen, 1950'ye kadar pratik tedavi yöntemlerinden biri olamamıştır. Deneysel olarak ilk HD uygulaması 1913 yılında nefrektomi yapılan köpekler üzerinde yapılmıştır. İnsanda ilk HD uygulaması ise 1944 yılında Hollandalı bir hekim olan Kolff tarafından yapılmıştır. Bu uygulamada yarı geçirgen membran olarak sellüloz asetat membran ve antikoagülan olarak heparin kullanılmıştır. Fakat asıl çözüm Brescia ve Cimino (61, 64)'nin getirdiği arteriyovenöz fistül teknolojisi ile elde edilmiştir.

2.1.4.1.2.2.2. Hemodiyaliz Prensipleri

Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın antikoagülasyonla vücut dışında makine yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek, sıvı-solüt (üre, kreatinin vb.) içeriğinin yeniden düzenlenip hastaya geri verilmesi işlemidir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı (erişkinde genellikle yaklaşık dakikada 200-600 ml) ve bir membran ile makine kullanılmalıdır. Suda eriyebilen, plazma proteinlerine bağlı olmayan düşük molekül ağırlıklı maddeler HD ile vücuttan uzaklaştırılabilmektedir (52, 65, 66). Yeterli kan akımının sağlanması için kalıcı veya geçici vasküler giriş yolu sağlanmalıdır. Geçici vasküler giriş yolu sağlamak için günümüzde kullanılan en yaygın yöntem çift lümenli bir kateterin femoral, subklaviyen veya internal juguler vene yerleştirilmesidir. Kalıcı vasküler giriş yolları ise arteriyovenöz greft ve arteriyovenöz fistüldür. Arteriyovenöz fistül, arter ile ven

arasında bir pencere açılmasıdır. Bu amaçla sıklıkla distalden başlayarak ön kol ve kol kullanılır. Eğer fistül girişimi beklendiği şekilde olmuşsa (üzerine dokunulduğunda dolgunluk ve thrill sesi alınıyorsa) hasta üç hafta sonra HD makinesine bu fistül aracılığı ile bağlanabilmektedir (52, 65-70).

2.1.4.1.2.2.3. Hemodiyalizin Komplikasyonları

Günümüzde HD nispeten güvenli bir işlem olmasına karşın HD'e bağlı komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bunlar ekstra korporeal dolaşıma bağlı yan etkiler, teknik hatalar ve hastalarda ortaya çıkan anormal reaksiyonlar şeklindedir.

2.1.4.1.2.2.3.1. Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları

Diyaliz teknolojisindeki gelişmeler ve bikarbonatın daha yaygın kullanılması ile HD'e bağlı akut komplikasyonlar günümüzde azalmıştır ancak bu komplikasyonlar yine de sıktır. Hipotansiyon, uykusuzluk veya sürekli uyku hali, kramp, huzursuz bacak sendromu, bulantı-kusma, baş ağrısı, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, kaşıntı, ateş ve titreme HD sırasında sık karşılaşılan ancak genellikle hayatı tehdit etmeyen komplikasyonlardır. HD işlemi sırasında diyaliz dengesizlik sendromu, diyalizer reaksiyonları, aritmi, kalp tamponadı, kanama (kafa içi, GİS...), konvülsiyon, hemoliz, hava embolisi, diyalizerin yırtılması, diyalizerde kanın pıhtılaşması, sıvı-elektrolit metabolizması bozuklukları, diyalizat ısısında değişiklikler ve hipoksemi gibi komplikasyonlara da rastlanabilmektedir. Bu komplikasyonlar nadirdir ancak ciddi, hayatı tehdit edebilen komplikasyonlardır. Ayrıca serum ilaç düzeylerinde azalma, kompleman aktivasyonu ve geçici nötropeni de gelişebilmektedir (71-74).

2.1.4.1.2.2.3.2. Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları

Hemodiyalizin kronik komplikasyonları; üremi, asetat birikimi, alüminyum toksisitesi, yetersiz diyaliz veya yetersiz beslenmeye bağlı olarak gelişebilmektedir.

Bu komplikasyonlar şu şekilde sıralanabilir;

Hematolojik komplikasyonlar (Anemi, kanama diatezi, hipokomplementemi, lökopeni ve enfeksiyona eğilim), kardiovasküler sistem komplikasyonları (HT, sistemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, perikardit), GİS komplikasyonları (gastroenterit, GİS kanaması, konstipasyon, karaciğer hastalıkları ve asit), iskelet sistemi komplikasyonları (Üremik kemik hastalığı), dermatolojik komplikasyonlar (üremik kaşıntı ve küçük damarlardaki kalsifikasyonlara bağlı gelişen cilt nekrozları), metabolik ve endokrin komplikasyonlar (hiperlipidemi, endokrin anormallikler, infertilite ve seksüel fonksiyon bozuklukları), nörolojik komplikasyonlar (alüminyum nörotoksitesi, üremik periferik nöropati), enfeksiyonlar (hepatitler ve HIV), fistüle bağlı gelişen komplikasyonlar, diyaliz amiloidozu, psikososyal sorunlar (stres, anksiyete, suçluluk, düşmanlık, depresyon, endişe, kendini değersiz görme, gelecek hakkında belirsizlik, sosyal yaşamın kısıtlanması, bağımsızlığını kaybetme düşüncesi, rol değişiklikleri, üzüntü ve umutsuzluk) (71-76).

Diyaliz tedavisinin hedefi; KBY olan hastanın yaşamını korumanın yanısıra kendi kendine yeterli hale gelmesini, özbakım yeteneğini devam ettirebilmesini, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesini, mesleğini devam ettirebilmesini ve hobilerini sürdürebilmesini sağlamaktır (25,75-77). Ancak düzenli diyalize bağlı gelişen, hastaların yaşamını olumsuz yönde etkileyen rahatsız edici semptomların ortaya çıkmasıyla birlikte, hastaların yaşamdan doyum almaları olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu noktada hemşirenin rolü ve amacı; hastaların yaşam doyumunu en üst düzeye çıkarmaktır. Bu sorumlulukları yerine getirirken ağrı ve uyku gibi yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir (78-80). Yukarıda da ifade edildiği gibi HD'e bağlı olarak hastalarda ağrı ortaya çıkabilmektedir.

2.2. Ağrı Hakkında Genel Bilgiler

2.2.1. Ağrı Kavramı ve Tanımı

Ağrı Türkçe bir kelimedir. Divan ü Lügat-it Türk adlı ilk sözlüğümüzde (XI. yüzyıl), “ağrımak” ve “ağrı” kelimeleri vardır. Bütün dillerde olduğu gibi Türkçe’de de ağrının en eski sözcüklerden biri olma olasılığı yüksektir. Açlık, susuzluk gibi acı ve ağrı duygusu da canlılığa zorunlu olarak eşlik etmektedir (81). Latince ceza, işkence,

intikam anlamında “poena” sözcüğünden gelen ağrı (pain), tanımı oldukça güç bir kavramdır (81, 82). Ağrı bedenin bir bölgesinden köken alan, hoş olmayan ve kişiyi kaçış veya panik davranışına yönelten bir algılama şeklidir. Ağrı her zaman subjektiftir. Biyologlar ağrının doku harabiyeti ile ortaya çıktığını vurgulamaktadırlar. Ancak birçok insan doku harabiyeti ve fizyopatolojik değişiklik olmadan da ağrı duyduğunu belirtmektedir. Bu duyguyu doku harabiyeti ile ilgili olandan ayırt etmeye olanak yoktur. Eğer hastalar bu duyguyu ağrı olarak tanımlıyorlarsa, bunu ağrı olarak kabul etmek doğru olacaktır. Ağrının tanımı Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı tarafından 1979 yılında şu şekilde yapılmıştır: "Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, hoş olmayan bir duyudur" (82-84). Erdine'nin (85) aktardığına göre Merskey, ağrıyı; gerçekte mevcut olan veya potansiyel doku hasarı ile birlikte bulunan, hoş olmayan duyuşsal ve emosyonel tecrübe olarak tanımlamaktadır. Ertekin (86) ise ağrıyı, bedenin bir köşesinden köken alan, hoş olmayan, kişiyi panik ve kaçış davranışına yönelten algılamadır şeklinde tanımlamıştır.

Ağrı, insanın en önemli duyularından birisi olup günlük klinik uygulamadaki en yaygın yakınmalardan birini oluşturmaktadır. Ağrı fiziksel, davranışsal, emosyonel ve bilişsel boyutları olan karmaşık bir etkileşim olarak kabul edilmektedir (81, 83). Çok boyutlu bir deneyim olan ağrı her kişi için özeldir. Nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnik, kültürel, dinsel, bilişsel ve çevresel boyutları olan karmaşık bir duyumdur. Çocukluk çağından itibaren yaşanan deneyimler ile öğrenilir. Bireyin kişilik özellikleri, duygu durumu, etnik alt yapısı, geçmiş deneyimleri, ağrı ile baş edebilme becerisinin yanısıra ailenin tutumu gibi faktörler ile de ağrıya karşı oluşan tepkiler belirlenmektedir (86, 87). Objektif (nesnel), uyarıların yanısıra bu öznel özellikleri kişinin ağrı eşiği adını verdiğimiz, ağrıya karşı yanıtında önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle ağırlı bir uyarana karşı yanıtta kişiden kişiye farklılıklar görülmektedir (87).

Yukarıdaki tanımlamada yer alan önemli öğelerden biri, olası bir doku hasarının bulunup bulunmamasıdır. Birçok kronik ağrıda (migrende ya da trigeminal nevraljide) belirgin objektif bir bulgu elde edilemeyebilir. Ancak bu durum hastanın yakınmasının psikolojik olduğu anlamına gelmez. Bu tip ağrıları hemen psikojenik kökenli ağrılar olarak tanımlamak doğru değildir. Ağrının önemli bir özelliği duyuşsal, yani sinir lifleri ile taşınan objektif bir olgu olması, diğer bir özelliği ise emosyonel, yani yukarıda sözü

edilen diğer tüm öğelerden etkilenmesidir. Tüm bu özellikleri, ağrıyı diğer birçok semptomdan farklı olarak, kişiye özgü hale getirmektedir (81, 87-89).

2.2.2. Ağrının Sınıflandırılması

2.2.2.1. Mekanizmasına Göre Sınıflandırma

2.2.2.1.1. Nosiseptif ağrı

Nosiseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Ağrı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından ağrı olarak algılanan uyarılar, nosiseptörlerce algılanmaktadır. Nosiseptörlerin çeşitli somatik kökenli ağrılarda, visseral ağrılarda olduğu gibi uyarılmasıyla genellikle ağrı olarak bildiğimiz sızlama şeklinde, bıçak batır gibi, zonklama olarak tanımladığımız tarzda ağrı ortaya çıkmaktadır (90, 91).

2.2.2.1.2. Deafferantasyon

Ağrı, periferik veya santral sinir sistemindeki lezyonlara bağlı olarak somatosensoryal uyarıların santral sinir sistemindeki iletiminin kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Deafferantasyon ağrılarında örnek olarak brakial pleksus avülsiyonu, postherpetik nevralji, travmatik paraplejiler ve fantom ağrısı verilebilir. Deafferantasyon ağrısı yanıcı özellikte olup, duysal kaybın olduğu bölgede lokalizedir. İlk birkaç ay içerisinde tedavi edilmediği takdirde çok uzun süreli ve geçmeyen inatçı ağrılara yol açabilmektedir. Her lezyon sonrasında da görülmeyebilir (91, 92).

2.2.2.1.3. Reaktif ağrı

Reaktif ağrı, vücudun çeşitli olaylara karşı bir reaksiyonu olarak, motor ve sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasıyla ortaya çıkmaktadır. Reaktif ağrılardan birisi olan miyofasyal ağrı; sürekli, künt, derin, sızlayıcı

niteliktedir. Vücut kaslarının değişik bölgelerinde tetik noktası adını verdiğimiz noktalar vardır. Bu noktaların uyarılması ile yansıyan ağrılar ortaya çıkmaktadır. Hastada bu noktalara basıldığı takdirde sıçrama olayı meydana gelmektedir (93, 94).

2.2.2.1.4. Nöropatik (nonnosiseptif) ağrı

Nöropatik ağrı, periferik sinirlerde, travma veya metabolik hastalık sonucunda nosiseptörlerin doğrudan etki altında kalmasıyla ortaya çıkan ağrıdır. Uyuşukluk, yanma, elektrik çarpması, karıncalanma ve keçelenme gibi hisler mevcuttur (86, 95).

2.2.2.1.5. Psikosomatik ağrı

Psikojenik ağrı ise ağrıya neden olabilecek yapısal veya fonksiyonel bir neden olmaksızın ortaya çıkan veya ağrı kaynağının oluşturabileceği ağrının çok ötesinde bir şiddette hissedilen ağrı duyusudur. Genellikle hastanın farkında olmadığı bir emosyonel sorun veya stres vardır (86, 95).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda nosiseptif ağrı, nöropatik ağrı görülmektedir (20).

2.2.2.2. Süreye Göre Sınıflandırma

2.2.2.2.1. Akut ağrı

Yaralanma, infeksiyon veya cerrahi girişimlerden sonra oluşan lezyon sonucunda ani olarak başlayan, nosiseptif nitelikte olan, doku hasarı ile başlayıp, yara iyileşme sürecinde giderek azalan ağrı tablosudur. Akut ağrı bir hastalık değil, bir semptomdur (93, 95, 96).

2.2.2.2.2. Kronik ağrı

Birçok defa nosiseptif nitelikte olup, altı aydan daha uzun süren ve yararlı biyolojik amacı olmayan ağrıdır. Otonomik yanıtlar akut ağrıdaki kadar fazla

olmamakla beraber, sempatik tonusun artışı ve nöroendokrin fonksiyonda artış belirgindir. Organik faktörlerle oluşan bedensel deneyim, psikolojik faktörlerle oluşan zihinsel deneyim ve çevresel faktörlerle oluşan sosyal deneyimin rolü vardır. Erken yaşamdaki olumsuz deneyimler, fizyolojik ve psikolojik travmalar etkindir. Çevresel faktörler ağrı davranışını teşvik etmektedir (97, 98).

2.2.2.3. Ağrının Kaynaklandığı Bölgeye Göre Sınıflandırılması

2.2.2.3.1. Somatik ağrı

Genellikle somatik sinir lifleri ile taşınan ağrıdır. Aniden başlayan ve keskin olup, iyi lokalize olan, batma, sızlama, zonklama tarzında olan ağrılardır. Sinirlerin yayılım bölgesinde algılanmaktadır. Genellikle travma, kırık, çukuk gibi durumlarda görülen ağrı, somatik ağrı olarak adlandırılmaktadır (99, 100).

2.2.2.3.2. Visseral ağrı

İç organlardan kaynaklanan, çoğunlukla künt tarzda olup, yavaş yavaş artan, kolay lokalize olmayan ve başka bölgelere doğru yayılan ağrılardır. Örneğin; pankreas ağrısının sağ omuza yayılması, apandisit ağrısının göbeğe yayılması, miyokarddan kaynaklanan ağrıların sol kola yayılması gibi (85, 100).

2.2.2.3.3. Sempatik ağrı

Sempatik sinir sisteminin aktive olmasıyla ortaya çıkan, yanma tarzında kendini gösteren ağrılardır. Primer hastalık geçtikten bir süre sonra, haftalar hatta aylar sonra başlayıp, şiddeti gittikçe artmaktadır. Deri hassas ve soğuktur. Soğuk ortamda daha da artmaktadır. Sempatik ağrıların en önemli özelliklerinden birisi yanma tarzında olmasıdır. Hasta, karda uzun süre çıplak kalındığındaki gibi yanma ile üşüme arasında bir his tanımlamaktadır. Ağrı özellikle geceleri artmaktadır (86, 100).

2.2.3. Ağrı Değerlendirilmesi

Ağrı kavramını değerlendirirken fiziksel boyutuyla beraber ağrının bireyselliği gözardı edilmemelidir. Hastanın ağrı bildirimini esas alınmalıdır. Çünkü ağrı gibi öznel bir sorunda ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişmektedir. Ağrının kişiye özgü bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanımayı ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir (83, 101, 102).

Ayrıca ağrısı olan hastayı değerlendirirken kişinin ağrı eşiğini de göz önünde bulundurmanız gerekmektedir. Ağrı eşiği bireyin tanımlayabileceği en hafif ağrı düzeyidir ve kişiden kişiye değişebildiği gibi, aynı kişide zaman içinde de değişiklik gösterebilmektedir. Psikolojik durum, kültürel farklılıklar, dini inanç, yorgunluk, ağrı hafızası, fiziki ortam ağrıya karşı oluşan reaksiyonu, tepkileri ve ağrının şiddetini etkileyebilmektedir (92, 103) Ağrı eşiğini azaltan nedenler arasında; uykusuzluk, yorgunluk, anksiyete, korku, üzüntü, çaresizlik, depresyon, öfke, rahatsız edici bir ortamda bulunma, iş kaybı, ailevi kaygılar, tedirginlik ve stres sayılabilmektedir. Ruhsal durumun iyi olması veya düzelmesi, yeterli uyku, dinlenme, anlayış, dışa dönük kişilik, gevşeme ise ağrı eşiğini arttıran nedenlerdir (103, 104).

Hastayı değerlendirirken her basamakta; fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler göz önüne alınmalı, bu faktörlerin karşılıklı etkileşime neden olarak ağrının düzeyinde etkili olabilecekleri unutulmamalıdır. Ağrısı olan hastaların değerlendirilmesinde önemli konular öykü ve fizik muayenedir. İyi bir öykü, ağrısı olan bir hastada doğru tanıya ulaşmada en önemli faktördür. Öyküde; hastaların şikayeti, hikayesi, ağrının yeri, yayılımı, sıklığı, süresi, seyri, şiddeti, niteliği, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler, hastanın kullandığı tedavi, ağrının beraberinde bulunan diğer semptomlar, benzer bulguların daha önce yaşanıp yaşanmadığı, travmanın varlığı, genel sağlık hikayesi, sistemlerin değerlendirilmesi, her sistemde ağrı sorgulaması, geçmiş genel sağlık hikayesi, sigara, alkol, ilaç kullanımı, aile hikayesi, ailede benzer ağrı şikayeti olanlar, iş ve sosyal hikayesi, medeni durumu, eğitimi, meslek ve işvereni, maddi durumu, sosyal ortamlara katılımı, ağrının sosyal yaşamı etkileme düzeyi değerlendirilir (102, 105, 106).

Ağrıyı değerlendirmede kullanılacak yöntemlerden biri de gözlemdir. Ağrı deneyimleyen hastada belirli bir davranışsal ve fizyolojik yanıt olmaktadır. Ağrı yaşayan bireylerde kıvrınma, olağandışı vücut pozisyonu, ağrıyan bölgeyi ovma, yüzde

ağrılı ifade, ağlama, inleme gibi davranışsal tepkiler, kalp atım hızı ve kan basıncında yükselme, solunumda değişme, terleme, solukluk gibi fizyolojik belirtiler görülebilmektedir (88, 89, 96, 107). Fizyolojik ve davranışsal değişiklikler ağrı yaşayan ancak ağrısını sözel olarak ifade edemeyen ya da etmeyen hastaların ağrısı olduğunu anlamada ipucu olabileceğinden hemşire tarafından bilinmesi önemlidir (89, 107).

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir göstergenin hastanın kendi ağrı ifadesi olmasına karşın, ağrısını ifade etmekte güçlük çeken ya da değişik düşünce ve inançları nedeniyle ağrısını ifade etmek istemeyen hastaların “ağrıları yoktur” şeklinde değerlendirilmeleri ağrının olası olumsuz etkilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle gerçekten ağrısını bildiremeyecek olan hastalar ile bildirmek istemeyenler iyi ayırt edilmeli; olası ağrı nedenleri ve hastanın durumu göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılmalıdır (105, 106, 108). Ağrı, subjektif bir deneyim olduğundan, varlığı ve şiddeti yalnızca hasta tarafından tanımlanabilir. Bu nedenle sağlık personelinin hastanın ağrısına yönelik beklenti koymaları ya da varsayımda bulunmaları hatalı yaklaşımlara yol açabilir. Fiziksel bulguların ve davranışların olmaması sağlık çalışanları tarafından genellikle ağrının olmadığı şeklinde yanlış yorumlanabilmektedir (89, 102, 107, 109, 110).

2.2.4. Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı Sorunu

Ağrı, HD hastalarında sık görülen ve çoğunlukla yetersiz tedavi edilen önemli semptomlardandır. Ağrının yönetimindeki yetersizlikler hayatın birçok yönünde aksamaya neden olabilmekte ve hastaların yaşam kalitelerini son derece olumsuz etkileyebilmektedir (7, 20, 22). Günümüzde Amerikan Ağrı Derneği ağrının beşinci yaşam bulgusu olduğunu belirtmektedir (111).

Kas iskelet sistemiyle ilişkili olarak oluşan ağrılar (osteoartrit, osteoporoz, renal osteodistrofi, diskrit/osteomyelit), diyaliz prosedürü ile ilişkili oluşan ağrılar, periferik nöropatiye bağlı nöropatik ağrı, periferik vasküler hastalığa bağlı iskemik ağrı, karpal tünel sendromu, angina, primer böbrek hastalıkları, diğer sorunlar (malignite, travma) olmak üzere HD hastalarında birçok nedene bağlı olarak ağrı gelişebilmektedir (20, 76). Davison (20)'un yaptığı çalışma sonucunda HD hastalarında ağrı kaynakları kas-iskelet sistemine bağlı ağrılar (%63), diyaliz ilişkili ağrılar (%14), periferik nöropatiye bağlı

ağrılar (%13), periferik damar hastalığına bağlı ağrılar (%10), karpal tünele bağlı olarak gelişen ağrılar (%2) olarak belirlenmiştir. Predispozan faktörler, hipotansiyon, hastanın kuru ağırlığının altında olmasına bağlı olarak hastada kas krampları görülebilmektedir. Ancak nedeni kesin olarak bilinmemektedir. HD hastalarında baş ağrısının sebebi asetat ile ilişkili olabileceği gibi, diyaliz dengesizlik sendromunun erken bir belirtisi de olabilmektedir. Göğüs ve sırt ağrısının nedeni ise kesin olarak bilinmemekle birlikte kompleman aktivasyonu ile ilişkili olabilmektedir (28).

Bınık ve ark. (30)'nın yaptıkları çalışmada böbrek yetmezliği öncesinde hastaların belirttiği ağrı çeşitleri; kramp (%9,3), baş ağrısı (%15), karın ağrısı (%11,1), göğüs ağrısı (%28,6), kemik ağrısı (%33,3) olarak rapor edilmiş. HD sırasında ise kramp (%81), baş ağrısı (%62), karın ağrısı (%17), fistül ağrısı (%15), göğüs ağrısı (%13), kemik ağrısı (%11) olarak belirtilmiştir. HD sonrasında ise kramp (%62), baş ağrısı (%43), kemik ağrısı (%15), kaşıntı (%15), göğüs ağrısı (%13), bacak ağrısı (%5,7), diğer ağrı nedenleri (%22,6) olarak ifade edilmiştir. 205 Kanadalı HD hastası ile yapılan bir kesitsel çalışmada 103 hastada (%50,2) kronik ağrı ve 85'inde (%41,4) ise orta ve ileri dereceli ağrı rapor edilmiştir. Orta ve ileri derece kronik ağrı hisseden hastalarda, hafif ağrı hisseden ya da ağrı hissetmeyen hastalara oranla uyku bozukluğunun daha yaygın olduğu saptanmıştır (7).

Ağrının erken dönemde tanınip tedavi edilmesi, hastanın baş etme tutumlarının tanınarak uygun baş etme yöntemlerini kullanmasının sağlanması, ağrının dayanılabilir sınırlar içinde tutulması, kişinin daha erken dönemde günlük yaşam aktivitelerine dönmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi uygun hemşirelik girişimleriyle sağlanabilmektedir (112, 113).

2.2.5. Ağrısı Olan Hemodiyaliz Hastalarına Hemşirelik Yaklaşımları

Ağrı kontrolü sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirlemede anahtar bir rol oynamaktadır. Devam eden veya dindirilmeyen ağrı hastanın yaşamının her alanında zararlı ve bozucu etkiye sahip olabilmektedir. Ağrı, bireylerde anksiyete ve duygusal sıkıntı oluşturmakta; iyilik haline zarar verebilmekte; fonksiyonel kapasiteyi etkilemekte ve ailesel, sosyal, mesleki rolleri yerine getirme yeteneğini engellemektedir.

Kişinin yemek yeme alışkanlıklarını, uyku düzenini ve sosyal yapısını da olumsuz yönde etkilemektedir (77, 114-116).

Günümüzde ağrı kontrolü multidisipliner bir yaklaşımla yürütülen ekip işidir ve hemşire bu ekipte önemli bir role sahiptir. Hemşirenin ağrı kontrolündeki rolü; ağrının nedenlerini, özelliklerini, ağrı kontrolünü etkileyen faktörleri bilerek ekibin aktif bir üyesi olarak çalışmak ve hastayı rahatlatmaktır (80, 114, 117, 118). Hemşire, tedaviye etkin olarak katılmalı, tedavi sonucunu izlemeli, farmakolojik olmayan ağrı yöntemlerini kullanarak ağrıyı yaşanabilir sınırlar içinde tutmalı, gelişebilecek sorunları önleyebilmelidir (107, 119-122). Kimmel ve ark. (123) ağrının giderilmesinde hemşirelik yaklaşımının ilaç uygulamasından daha etkili olduğunu göstermişlerdir. Bu nedenle hemşirelerin ağrıyı kontrol altına alma konusundaki bilgi, deneyim ve istekli olup olmama durumları tedavinin başarısında belirleyici bir unsur olmaktadır.

Ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan özellikler;

- Hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması
- Hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması
- Ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik etmesi
- Planlanan analjezik tedavisini uygulaması ve sonuçlarını izlemesi
- Hasta ile empati kurması ve sempati sağlamasıdır (96, 107, 117, 121).

Ağrıya yaklaşımda hastanın ve hemşirenin bireysel özellikleri, hasta hemşire etkileşiminde önemli belirleyicidir. Hemşire ve hasta için ağrının ne anlam taşıdığı önemlidir (124, 125). Hastaya karşı terapötik bir tutum oluşturabilmek için hemşire ağrı konusunda, kendi duygularını ve inançlarını gözden geçirmelidir. Hemşirenin kendi ağrı inançları ve deneyimleri ağrılı hasta bakımını olumsuz yönde etkilememelidir. Ağrılı hasta bakımında hasta ile hemşire arasında karşılıklı güven oluşması son derece önemlidir (117, 125).

Ağrı karşısında her hasta farklı yanıt ve tepkiler verir. Ağrısı olan hastalar tükenme, beden bütünlüğünü kaybetme, yalnızlık, bağımlı olma ve ölüm korkusundan dolayı aşırı gergin, endişeli, öfkeli ve hassas olabilirler. Bu nedenle hastaların destek ve cesarete daha fazla gereksinimleri vardır. Hemşire bu durumda hastanın ağrısını ve durumunu çok iyi değerlendirebilmelidir. Doğru, etkin bir ağrı tanılması ve

değerlendirmesi yapan hemşire bu bilgilerin ışığı altında hemşirelik bakımını planlayabilecektir (107, 114, 125).

Hemşirenin ağrısı olan HD hastasının bakım planını yaparken dikkat etmesi gereken noktalar şöyledir;

- Hemşireler diyaliz hastalarında ağrıların tanınması ve değerlendirilmesinde, ağrı kontrolünün etkin olarak sağlanmasında liderlik rolünü üstlenmelidirler.
- Hemşireler hastanın ağrısını olabildiğince gidermek için ellerinden gelen her şeyi yapmak üzere sorumluluk almalıdırlar.
- Hastanın korkuları tanımlanmalı, bunları gidermek için girişimler planlanmalıdır.
- Hastaya bütüncül yaklaşımla bakım verilmelidir.
- Nedeni ne olursa olsun ağrının bir “yardım arayışı” olduğu unutulmamalıdır.
- Sağlık personeli ve hasta yakınlarının ağrı hakkındaki yanlış inançları saptanmalı ve düzeltilmeye çalışılmalıdır.
- Ağrının kaynağı bulunmaya çalışılmalı ve tedavi için uygun önlemler alınmalıdır.
- Ağrının artmasına neden olan durumlar (uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, dizüri gibi) için planlama yapılmalıdır.
- Hemşire hastanın ağrısını gidermek ve en aza indirebilmek için uygun yöntemleri hasta ile birlikte seçmeli, plan yapmalı ve uygulamalıdır.
- Hemşire hastanın ağrısını gidermede uygulanacak olan yöntemlerle ilgili hastayı hazırlamalı, yöntemin ağrıyı gidermedeki etkisini ve nasıl uygulanacağı ile ilgili açıklama yapmalı, bilgi eksikliğini saptayarak eğitim vermelidir.
- Hastanın daha önceki ağrı deneyiminde ağrısını azaltan girişimler sorulmalıdır.
- Hasta yakınlarının bakıma katılması sağlanmalıdır.
- Farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı sağlanmalıdır.
- Hemşireler etkili bir ağrı yönetimi için sağlık sisteminden kaynaklanan engelleri/güçlükleri en aza indirme ya da azaltma konusunda çaba harcamalıdırlar.
- Hemşireler ağrı kontrolünün hasta hakkı olduğu konusunda, diyalize bağlı ağrının değerlendirilmesinde, tedavisinde, var olan kaynak ve seçeneklerin sunulmasında esas sorumlu kişiler olmalıdırlar.
- Hemşireler diyaliz hastalarında gelişen ağrı konusunda araştırmalar yapmalı, araştırma sonuçlarını eğitim ve uygulamalarında kullanmalıdırlar (80, 107, 114, 122, 125, 126).

Literatürde ağrı algılamasının uyku bozuklukları üzerinde önemli etkilerinin olduğu belirtilmektedir (7, 24, 30, 43-45, 127). Uyku kalitesinin geliştirilebilmesi için, uyku kalitesini bozabilecek etmenleri tanımak ve bu faktörlere karşı önlem almak gerekmektedir (24, 30).

2.3. Uyku Hakkında Genel Bilgiler

2.3.1. Tarihçe

Hayatın yaklaşık üçte birlik bir bölümünü harcadığımız uykunun gizemini çözmek için, insanoğlu asırlar boyunca çaba harcamıştır. Pozitif bilimlerin henüz gelişmediği dönemlerde mitolojik olaylarla uyku anlaşılmaya ve anlatılmaya çalışılmıştır. Bilim dünyasındaki kayıtlara göre birçok büyük düşünür Aristo, Hipokrat, Freud ve Pavlov uyku ve rüyanın psikolojik ve fizyolojik temellerini açıklamaya çalışmışlardır. Ancak gerçek anlamda uykunun sırları, uyku sırasında vücut fonksiyonlarının kaydedilmesi ve incelenmesiyle çözülmeye başlanmıştır (128).

Uyku konusunda ilk gelişmeler 1929 yılında Hans Berger'in uykuda ilk elektroensefalografi (EEG)'yi kaydetmesi ile başlamıştır. Uykuda EEG aktivitesi ile ilgili ilk tanımlamalar ise 1937 yılında Loomis ve ark. (129) tarafından yapılmıştır. Bu araştırmacılar uykunun beş evresini tanımlamışlar ancak REM döneminin hangi evrede gerçekleştiğini saptayamamışlardır. Kleitman ve Aserinsky (130) EEG'de, uykunun hızlı göz hareketlerinin olduğu REM evresini göstermişlerdir. Dement ve Kleitman (131) REM uykusunu tanımlamışlardır ve uyku evrelerinin geceleri tekrarlayan periyotlar halinde birbirini izlediğini göstermişlerdir. Rechtschaffen ve Kales (132) ise insan uyku evrelerinin standart terminoloji, teknik ve skorlama el kitabını hazırlamışlardır. Uyku evrelemesinde halen bu grubun belirlediği prensipler esas alınmaktadır (133, 134).

2.3.2. Uykunun Tanımı

Hartmann (135) uykuyu düzenli olarak tekrarlayan, çeşitli derecedeki uyaranlarla tekrar uyanıklık durumuna kolayca geçilebilen fizyolojik hareketsizlik durumu olarak belirtmektedir (134).

Maslow'un hiyerarşik ihtiyaçlarına göre uyku önemlidir ve yeterli uyku uyumak insanın en temel ihtiyacıdır. İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entellektüel olarak sağlıklı bir birey olması, bu temel gereksinimlerinin karşılanmasına bağlıdır. Bireyin bu temel gereksinimleri karşılanmadığı zaman iyilik hali bozulmaktadır. Uyku, Henderson'a göre ise temel insan gereksinimleri arasında beşinci sırada yer almaktadır (136, 137).

Günümüzde uyku, “organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyaranlarla geri dönebilen biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu” olarak tanımlanmaktadır. Tüm insanlar için ortak bir gereksinim olan uyku, yaşamımızın ortalama 1/3'ünü oluşturmaktadır. Uyku sadece günlük yaşamın dışında kalmış bir zaman parçası değil, bedenin kendisini yenilediği, sağlıklı ve uzun yaşamın temeli olan nefes alma, yemek yeme ve boşaltım kadar önemli, vazgeçilmez bir gerekliliktir (138).

Uykunun nitelik ve niceliği de çok önemlidir. Ağargün ve ark. (139) çalışmalarında hem toplum hem de klinik örneklerde uyku kalitesi ile ilgili yakınmalar yaygın olduğu için uyku kalitesinin oldukça önemli bir kavram olduğunu belirtmişlerdir. Uyku kalitesi tanımlanması ve nesnel olarak ölçülmesi güç olan karmaşık bir fenomendir. Uyku kalitesi; uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini ve uykunun derinliği, dinlendiriciliği gibi daha öznel yönlerini içermektedir. Hastalıklar, ilaçlar, nikotin, kafein, alkol, uykusuzluk, yorgunluk, ajitasyon gibi nedenler uyku kalitesini bozmaktadır. Toplumda erişkin hastaların %15-35'inde uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü gibi uyku kalitesini ilgilendiren bozukluklar bulunmaktadır. Kötü uyku kalitesi birçok psikolojik bozuklukta ve tıbbi hastalıkta karşımıza çıkabilmektedir (137, 140).

2.3.3. Uykunun Fizyolojisi

Uyku ve uyanıklık beyin sapı, spinal kord ve serebral kortekste yer alan Reticular Aktivating System (RAS) ve medullada yer alan Bulbar Synchronizing Region (BSR) tarafından düzenlenmektedir. Beyin merkezleri aralıklı olarak inhibe ve aktive olmaktadır. İnhibasyon uykuya neden olurken, aktivasyon da uyanıklığı sağlamaktadır. RAS dokunma, ağrı, iştme, görme gibi uyarıları anlamlandırmaktadır. RAS'ın beyin sapındaki kısmı uyanık durumda iken gelen uyarıları kortekse iletmektedir. RAS serebral korteksten ve periferden gelen uyarılarla aktive edildiğinde uyanıklık oluşmaktadır (141-143). Uyku süresince korteksten gelen uyarılar çok azdır. Dopamin, serotonin, histamin, norepinefrin, asetilkolin ve gammaaminobütirik asit gibi nörotransmitterler uykuda rol oynamaktadır. Serotonin uykuyu başlatan en önemli nörotransmitterdir. Mezensefalon ve pons arasında yer alan RAS içinde bulunan "rafe çekirdeği" tarafından salgılanmaktadır. Bu salgılanma sonucunda uyku ile BSR'un aktivitesinde artma meydana gelmektedir. Serotonin seviyesi yeterince yükselince RAS inhibe olmaktadır (negatif feedback). Ayrıca gözlerin kapalı olması, karanlık ve sessiz bir ortam, rahat ve uygun pozisyonda olmak RAS'ın uyarılmasını azaltarak bireyin uykuya dalmasını sağlamaktadır (144, 145).

2.3.4. Uyku-Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritim)

Vücut işlevlerinin düzenli olarak işleyişine Latince "circadien" kelimesinden türemiş olan sirkadiyen denilmektedir. 24 saatlik olan gece-gündüz ya da uyku-uyanıklık dönemi sirkadiyen ritim olarak adlandırılmakta ve insanın biyolojik saatinin bir bölümünü oluşturmaktadır. Biyolojik saat insanın belli bir dönemde uykuya dalmasına başka bir dönemde ise uyanmasına neden olmaktadır. Uyku, sirkadiyen ritimle ilgili ve uyumludur. Uyku-uyanıklık döngüsünün bozulması uykunun kalitesini bozarak fiziksel ve mental işlevlerin azalmasına neden olmaktadır. Sirkadiyen ritminin en önemli düzenleyicisi ışık ve ısıdır. İnsanlar alışık oldukları saatlerde daha kolay uyurlar ve kalkma saatleri alışkanlıklarına bağlı olarak değişmektedir. Bireyin bu durumu sirkadiyen ritmiyle uyumludur (142, 143). Hastanede yatan hastaların uyku-uyanıklık döngüsü değişmektedir. Yapılan uygulamalar nedeni ile hastalar sık sık uyanmak durumunda kalabilmektedirler. Bu durumda hastaların sirkadiyen ritimleri

bozulabilmektedir. Hasta hastaların uyku kalitesinde azalma olmakta, hastalıklarının seyri ve dolayısıyla sağlıkları olumsuz etkilenmektedir. Kalp hızı, kan basıncı, beden sıcaklığı, hormon salınımı, metabolik aktiviteler, kişisel performans ve duyu durum değişiklikleri de bu sirkadiyen ritmin bir parçasıdır (69, 146, 147).

2.3.5. Uykunun Evreleri

Uyku, eş anlamlı olarak beynin elektriksel aktivitesini ölçen EEG, göz hareketlerini ölçen elektrookülogram ve kasın istirahat durumunda kasılıp gevşeme durumunu ölçen elektromiyogram polisomnograf ile değerlendirilmektedir. Bu değerlendirmeler uyku laboratuvarlarında gerçekleştirilmektedir. EEG bulguları uyku ve evrelerini belirlemede kullanılmaktadır. Uyku iki ana bölüm ve beş evreden oluşmaktadır. Uyku ve uyanıklık durumu, biyolojik ritm ve siklus (tekrarlayan periyotlar) özelliğine sahip bir süreçtir. Uyku siklusu adı verilen bu süreç hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku (Non-Rapid Eye Movement, Non-REM, NREM) ve hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku (Rapid Eye Movement, REM) adı verilen aşamalardan oluşmaktadır. Normalde, uykuya NREM uykusu ile başlanır ve dört evreden oluşur (146-148).

2.3.5.1. Non-Rapid Eye Movement (Hızlı Olmayan Göz Hareketleri)

Hızlı göz hareketlerinin olmadığı; psikolojik ve fiziksel aktivitenin azaldığı genel uyku NREM uykusudur. Uykunun ilk saatlerinde görülür ve derin, dinlendirici tipteki uykudur. NREM uykusu fiziksel iyilik sağlamaktadır. Uykuda fiziksel olarak böbreklerden fosfat atılımı, büyüme ve adrenal hormonların salınımı, vitamin kullanımı, deri onarımı, epitel hücre çoğalması ve protein sentezi gerçekleşmektedir. Özellikle bebeklerin büyümesi, yaraların kapanması NREM uykusu sırasında olmaktadır (69, 138, 146). Uyku sırasında bazal metabolizmanın yavaşlaması ile vücudun enerjisi korunmaktadır, dolaşım sistemi daha iyi çalışmaktadır. Biyolojik işlevlerin yavaşlaması ile kalp daha çok kanla dolmakta ve her vuruşta daha fazla kanı dolaşıma vermektedir. NREM görsel olarak değerlendirilen EEG traselerinde dört uyku aşamasına ayrılmaktadır (69, 143,148).

Evre I: Tam uyanıklık, uyku arasında geçiş evresidir ve uyku hafif düzeydedir. Kişi gürültü, dokunma ve diğer duymusal uyarılarla uyandırılabilir. Kalp atımı, ısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlamaktadır. Olağan bir uyku sırasında evre I, yarım dakika ile yedi dakika arasında sürmektedir. Uyku periyodunun %4-5'inde meydana gelmektedir (141, 149).

Evre II: Kişiyi rahatsız eden bir durum yoksa, hemen II. evreye geçilmektedir. I. evreye göre daha derindir. Birey uykuya geçmektedir. Kalp ve solunum sayısı yavaş yavaş azalmaktadır. Beden ısısı düşmektedir. Kas tonüsü azalmaya devam etmektedir. Bu evre 10-20 dakika sürmekte ve tüm uykunun %40-50'sini kapsamaktadır (149).

Evre III: II. evreden daha derindir. Uyuyan bireyi uyandırmak için daha güçlü uyarana gerekmektedir. Parasempatik sinir sisteminin etkisine bağlı olarak solunum düzenli, kalp atışları yavaş, kaslar gevşek ve vücut sıcaklığı düşüktür. Protein sentezi artmaktadır. Bu evre 15-30 dakika sürer ve tüm uykunun %10'unu kapsamaktadır (141, 150).

Evre IV: Vücudun fiziksel olarak dinlendiği ve fizyolojik olayların geliştiği derin uyku evresidir. Kalp atımı, solunum sayısı ve vücut ısısı azalmakta, kaslar gevşemekte, metabolizma yavaşlamaktadır. Bu evrede horlama, uykuda anlamsız konuşma, uyurgezerlik ve enürezis gibi durumlar görülebilmektedir. Bu evrede somatotropin ve büyüme hormonu salgılanmaktadır. Yine bu evre sırasında uyandırılma eşiği yüksektir. IV. evre 15-30 dakika sürmekte ve tüm uykunun %10'unu kapsamaktadır (141, 151).

2.3.5.2. Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketleri)

Rapid Eye Movement uykusunda otonom sinir sisteminin aktive olması nedeniyle kalp hızı, solunum sayısı, kan basıncı, bazal metabolizma, gastrik sekresyon artmakta, göz hareketleri hızlanmakta, kas tonüsü tamamen kaybolmaktadır. Rüyalar en çok REM döneminde görülür ve kişi uyandırıldığında rüyasını en ince detayına kadar anlatabilmektedir. Gece süresince, her 90-100 dakikada bir REM periyodu görülmektedir. İlk REM periyodu on dakikadan kısadır, daha sonrakiler 15-40 dakika sürmektedir. Bu evre tüm evrenin %20-25'ni kapsamaktadır (134, 141). REM uykusu öğrenme-bellek, ruhsal denge ve sosyal uyum için önemlidir ve mental iyilik

sağlamaktadır. Gün içindeki olaylar gözden geçirilmekte, önemli bilgiler depolanmakta, günlük problemler çözümlenmektedir. Stres ve yeni deneyimler yaşamak REM uykusuna olan gereksinimi arttırmaktadır. Birey yeterli REM uykusu uyumazsa gün içinde gergin ve anksiyeteli olmaktadır (149, 152).

Non-Rapid Eye Movement uykusunu, REM uykusu izlemektedir. Normal uykuya NREM uykusu ile başlanmakta, uyku süresince birey birbirini takip eden NREM'in dört evresini geçirmekte, sonra NREM IV, III, II olmak üzere geriye doğru dönmektedir. Birey NREM I'e dönmek ya da uyanmak yerine REM evresine girmekte ve tekrar NREM, II, III, IV evrelerini geçirmektedir. Birey uykusunun herhangi bir evresinde uyanırsa tekrar uykunun başlangıç evresi olan NREM I'e dönmektedir. Ortalama her evre 90-120 dk'dır. Uykunun başlangıcından ilk REM döneminin sonuna kadar olan döneme bir uyku siklusu denmektedir. Bu sikluslar gece boyunca 4-6 defa tekrar etmektedir. Gecenin ilk yarısında gerek sayı, gerekse süre açısından NREM, ikinci yarısında ise REM dönemi ağırlık kazanmaktadır. NREM uykusu fiziksel dinlenmenin, REM uykusu ise ruhsal dinlenmenin gerçekleşmesini sağlamaktadır. Normal ve sağlıklı bir uyku için hem bu dönemlerin belli bir sıra izlemesi, hem de her dönemin gece boyu toplamının belli bir miktara ulaşması gerekmektedir (74, 146-148).

2.3.6. Normal Uyku Süresi / Uyku Gereksinimi

İnsanların gereksinim duydukları uyku; yaş, cinsiyet, beslenme, aktivite, sağlık durumu çevresel ortam ve bireysel özelliklere göre farklılık göstermektedir. Yenidoğanda uyku ritmi 8-10 dönemden oluşan polifazik karakter göstermektedir. Total uyku süresi 16-20 saat olup bunun %57'si gece uykusudur. Uyku periyodu 40 dk'dan oluşmaktadır (40, 153). Yeni doğan bebeklerin uykularının %50'sini REM evresi oluşturmaktadır ve gün içinde uyudukları süre 17 saati bulmaktadır (153). Okul öncesi çocukların; günde 11 saat uyku gereksinimleri vardır. Uykunun %20'si REM evresidir (142). Okul dönemindeki çocuklarda; ortalama uyku süresi 10 saattir. Uykunun %18,5'i REM evresidir. Bu çağdaki çocuklar genellikle sakin bir gece geçiremezler (154). Adölesanlar ve genç yetişkinlerde uyku ihtiyacı 8-10 saat olmakla birlikte uykunun %20'sini REM evresi oluşturmaktadır (74). Yaşlılıkta ise uykunun derinliği ve süresi etkilenmektedir. Gece uykusunun süresi azalırken, gün içerisindeki uyuklamaların

sayısı ve süresi artış göstermektedir. Uykunun %20-25'i REM evresidir. Yaşlılarda uyku gereksinimi 6-8 saat kadardır (154).

2.3.7. Uyku Gereksinimini Etkileyen Faktörler

Birçok fizyolojik, ruhsal ve çevresel etken uykunun niteliğini ve niceliğini etkilemektedir. Nitelik olarak uyku evrelerinin tam olarak yaşanmasını, nicelik olarak da toplam bireysel uyku zamanını etkileyen etmenler vardır (140, 141). Bu etkenler; aşağıda belirtilmiştir.

2.3.7.1. Yaş

Yaş, bir bireyin uyku fizyolojisinin en güçlü belirleyicisidir. Yaşla birlikte en önemli değişiklikler üç yaşından sonra, ergenlikten sonra, özellikle erkeklerde 30 yaşından sonra meydana gelmektedir. Yaşın artması ile birlikte uykunun derinliği ve süresi etkilenmektedir (64, 155). Yaşlanma süreciyle gelişen duyu bozuklukları, solunum sorunları, idrar güçlükleri, kronik bir hastalığın olması gibi nedenlerle uyku kalitesi bozulabilmektedir. Azalmış gece uykusu, gündüz uyuklamaları yaşlı bireylerde uyku/uyanıklık dengesinde bozulmaya neden olmaktadır (134, 140, 156).

2.3.7.2. Cinsiyet

Yavaş dalga uykusu ve uyku etkinliği erkeklerde kadınlara göre daha fazla azalma göstermektedir. Kadınların erkeklerden daha çok uyku sorunu belirtmelerine ve uyku ilacı almalarına karşın kadınların erkeklerden belirgin olarak daha fazla uyudukları saptanmıştır (134, 136).

2.3.7.3. Hastalık

Hastalıkların fizyolojik ve psikolojik etkileri uyku ritminin kalitesini ve miktarını bozabilmektedir. Hasta kişiler normal kişilere göre daha fazla uykuya ihtiyaç duymaktadırlar. Genellikle ağrıya yol açan tıbbi hastalıklar başta olmak üzere astım,

gastroözefagial reflü, duodonal ülser, anjina, konjestif kalp yetmezliği, KBY, üremi, alerjik rinit, nöbetler, hipertiroidi, DM, postoperatif ağrılar, çeşitli kaşıntılı durumlar, öksürüğe neden olan hastalıklar, hiatus hernisi, çizgili kas krampları, ortopedik tesbit, parkinson hastalığı, romatizmal durumlar, uykusuzluğa yol açabilmektedir. Ruhsal bozukluklardan obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, mani ve demans uykusu kalitesinde bozukluk oluşturan durumlardır (136, 140, 157).

2.3.7.4. İlaçlar

Bazı ilaçların kullanılması uykunun kalitesini bozduğu gibi uyku için önerilen bazı ilaçlar da yararlarından çok yeni problemlere neden olabilmektedir. Sedatifler, hipnotikler, antidepresan ve amfetaminler REM uykusunu etkilemektedir. Hipnotikler uyku evrelerinin uzamasına ve ilacın kesilmesinden sonra uykusuzluğa yol açabilmektedir. Diüretikler, digoksin ve beta blokerler bireyin sık sık uyanmasına neden olabilmektedir. KBY olan hastalarda düzenli olarak kullanılan ilaçların çoğunun (beta blokerler, steroidler gibi) uykuyu engelledikleri bilinmektedir (157, 158).

2.3.7.5. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite sırasında salınan serotonin temel uyku nörotransmitteridir. Derin dinlenmeyi sağlamanın yanısıra NREM III ve IV uykusunu düzenlemektedir. Gün boyunca spor yapan ve aktif olan hastaların gece daha kolay uyuduklarına inanılmaktadır. Hafif bir yorgunluk uyumayı kolaylaştırırken, kötü ve stresli bir iş günü sonunda yaşanan aşırı yorgunluk uykuya dalmayı güçleştirmektedir (134, 158). Alessi ve ark. (158) fiziksel aktivitenin artırılmasının gün boyu uyuklama durumunu azalttığını belirtmektedir. Eser ve ark. (159) yaptıkları çalışmada ise egzersizin uyku kalitesini arttırdığını saptamışlardır.

2.3.7.6. Çevre

Birçok insan için en iyi uyku ortamı kendi evidir. Işık, ısı, koku, hava akımı, gürültü, yatağın, yastığının rahatsızlığı uykusuzluğa neden olabilmektedir (137-141).

2.3.7.7. Emosyonel Durum

Hastalıklar ve günlük yaşamdaki anksiyete ve stres uykusuzluğun en sık rastlanan sebebi olup, uykuyu iki şekilde etkilemektedir;

- 1) Stres yaşayan birey gereksiniminden daha fazla uyuma eğilimi göstermekte,
- 2) Anksiyete ve stres nedeniyle REM süresi azalmaktadır (140, 147, 160).

2.3.7.8. Beslenme

Belli yiyecek ve içeceklerin alınmasının uykuyu etkilediği bilinmektedir. Diyetle bulunan kafeinli içecekler bireyin uykuya geçme yeteneğini bozmaktadır. Diyetle yer alan alkollü içecekler az miktarda alındığında uykuya geçişi hızlandırmakta ancak miktar arttırıldığında REM ve delta evreleri sınırlanmaktadır (138, 147, 158). Besinlerle alınan L-Tryptophan (esansiyel aminoasit) bir transmitter olan serotoninin ön maddesidir. Bundan dolayı esansiyel aminoasitlerden yoksun diyet uykuyu bozarken, yeterli protein içeren diyet uykuyu arttırmaktadır. Nikotinin uyarıcı etkisi bireyin uykuya geçişini zorlaştırmaktadır (34, 37, 74, 147).

2.3.7.9. Yaşam Biçimi

Hastaların yaşam biçimi uyku düzenini ve uyku kalitesini etkilemektedir. Vardiyalı çalışma sisteminde, değişen uyku programına uyum sağlamak zordur ve biyolojik saatte kayma olmaktadır. Uyku-uyanıklık ritminin yeni bir saat düzenine uyumu en az beş gün sürmektedir. Ayrıca gece geç saatlerde yapılan sosyal aktiviteler ve geceleri yemek yeme hastaların uyku düzenini ve kalitesini etkileyebilmektedir (143, 152, 161).

2.3.7.10. Huzursuz Bacak Sendromu

Huzursuz bacak sendromu, bacakları hareket ettirebilmek için yoğun biçimde zorlanmaya yol açan rahatsızlık verici duyular, disteziler, huzursuzluk ve kas seğirmeleri ile karakterizedir. Geceleri uyumadan önce başlamakta, bacakları oynatmak veya yürümeyle geçici olarak geçmekte, bacaklar hareketsiz kalınca yeniden ortaya

çıkmaktadır. Bu duyular uykuya dalmayı geciktirebilir ya da kişiyi uykusundan uyandırabilmektedir (35, 148, 160).

2.3.8. Uyku Bozuklukları

Sık karşılaştığımız problemlerden biri olan uyku bozuklukları ilk kez 1979 yılında sınıflandırılmıştır. İlk sınıflamada dört ana grupta ele alınan uyku bozuklukları 1991 yılında detaylı olarak incelenmiş International Classification of Sleep Disorders (ICSD) adıyla yayınlanmıştır. Son olarak 2005 yılında ikinci versiyonu yayınlanan ve halen tüm dünyada büyük oranda kabul gören Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması ICSD-2'ye göre 85 hastalık listelenmektedir. Bu hastalıklar sekiz kategoride ele alınmaktadır;

- 1-İnsomnialar
- 2-Uykuda solunum bozuklukları
- 3-Solunum bozukluğuna bağlı olmayan hipersomniler
- 4-Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları
- 5-Parasomniler
- 6-Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları
- 7-İzole semptomlar, normal varyantları
- 8-Diğer uyku bozuklukları (162, 163).

Uykusuzluk (insomnia), özellikle kadınlar ve yaşlılar olmak üzere, her yıl tüm erişkinlerin %20-40'ını etkilemektedir. Aşırı uyuma (narkolepsi) ile ilgili uyku sorunlarının yaygınlığı ise %5-12 arasında değişirken, uyku apnesi ise tüm erişkinlerin %25'inde görülmektedir. Toplumlarda görülen diğer uyku sorunları ise; horlama, uyurgezerlik, uykuda konuşma, kabus görme, diş gıcırdatma ve noktürnal enürezistir (164).

2.3.9. Diyaliz Hastalarında Uyku Sorunları

Diyaliz hastalarında normal hayat düzeni önemli ölçüde bozulmuştur ve uyku bozuklukları oldukça sıktır. Diyalizle tedavi edilen KBY hastalarında %30-70 veya daha yüksek oranlarda uyku problemleri olduğu bildirilmektedir (33, 39, 148, 164, 165).

Diyaliz hastalarında görülen uyku bozuklukları huzursuz bacak sendromu, obstrüktif uyku apnesi, uyku sırasında periyodik bacak hareketleri ve aniden uyanmalar, yatağa yattıktan sonra uyuyamama (uykuya dalamama), gündüz yorgunluğu, plansız uyuklama, uykusuzluk gibi uyku yapısındaki değişikliklerdir (166). Uyku sorunları, hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Yaşamda kısıtlılıklar, hastalığa bağlı gelişen metabolik değişiklikler, ağrı, diyet kısıtlamaları, dispne, yorgunluk, kramp, ileri yaş, kronik metabolik asidoz ile birlikte olan hipokapni, asetat diyalizinin kullanılması, üst solunum yolu sinirlerini etkileyen periferik nöropatinin varlığı ve emosyonel sorunlar HD hastalarında uyku sorunlarına neden olabilmektedir. Ayrıca üremik hastalarda, derin uyku süreleri kısalmakta ve toplam uyku süresi azalmaktadır (26, 34, 37, 167). KBY olan hastalarda anormal hücrel interlökin üretimi nedeniyle uykuya meyil olduğu, HD'in ise uykuya neden olan bu maddelerin atılmasını sağlayarak, uyku sorunlarına yol açtığı belirtilmektedir (33).

Barrett ve ark. (75) diyaliz hastalarında yaptıkları çalışmalarında, HD hastalarının %40, PD hastalarının %20 oranında uyku bozukluğundan şikayet ettiğini saptamışlardır. Walker ve ark. (78) HD hastalarında uyku bozukluklarının %83 oranında görüldüğünü ve bunların sonucunda gelişen kötü uyku kalitesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Holley ve ark. (148) HD hastalarında %52, PD hastalarında %50 oranında uyku problemi tespit etmişlerdir. De Vecchi ve ark. (168) yaptıkları çalışmalarında, PD hastalarında %49, HD hastalarında ise %56 oranında uyku problemi görüldüğünü saptamışlardır.

Sonuçta uyku sorunları sebebi ile hemodiyaliz hastalarının uyku kalitesindeki bozulma hastanın performans yeteneğinin azalmasına, günlük aktivitelerinin etkilenmesine, enerji seviyesinin azalmasına ve gündüz uykulu bir halde olmasına yol açmaktadır (166, 168). Uzun süre devam eden uyku bozukluğu gündüz uyuklamaya, mental keskinliğin azalmasına, genel sağlığın ve fonksiyonların bozulmasına neden olarak hastaların yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (148, 166, 169). Bu nedenle hemşirelik uygulamalarında temel amaç; uyku problemlerinin erken tanınması ve uyku kalitesinin geliştirilmesidir (78, 148).

2.3.10. Uyku Problemi Olan Hemodiyaliz Hastalarına Hemşirelik Yaklaşımları

İnsanın günlük yaşam aktivitelerinden biri olan uyku da temel insan gereksinimlerinin başında yer almaktadır. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen sağlığın önemli bir değişkeni olarak görülmektedir. Yeterli uyku vücudun yenilenmesi, beyin fonksiyonlarının iyi çalışması, enerji depolanması, iyi görünüm ve hastalıklardan korunmak için önemlidir. Uyku kalitesi bireyin uandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir (170).

Hemşire kuramcılar, uyku gereksinimine temel bakım problemleri arasında yer vermekte ve uyku ile ilgili problemler hemşirelik literatüründe bir hemşirelik tanısı olarak yer almaktadır. Hemşire kuramcılarında Henderson, hemşirelerin uyku gereksinimi ile ilgili işlevini "hastanın uyku ve dinlenmesine yardım etmek" olarak ifade etmiştir. Uyku gereksinimi, Henderson'a göre temel insan gereksinimleri arasında beşinci sırada ve Abraham Maslow'un temel insan gereksinimleri piramidinde fizyolojik gereksinimler arasında yer almaktadır (141, 154, 159). Roper, Logan ve Thirney de 12 günlük yaşam aktivitesi arasında uyku alışkanlığına yer vermiştir. Dinlenme örüntüsünün nitelik ve niceliğinde rahatsızlığa yol açan ya da yaşam şeklini etkileyen bir durum olarak tanımlanan "uyku örüntüsünde rahatsızlık" yaşam kalitesini de etkileyen ve North American Nursing Diagnosis Association'nın belirlediği hemşirelik tanıları arasında yer alan önemli bir hemşirelik tanısıdır (136, 141, 154).

Hemşirelik, uyku gereksinimlerini de içeren, temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamaya yönelik bir meslektir. Hemşirelerden, bakım verdikleri hastalarına bütüncül bir yaklaşımla yardım edebilmeleri için hastanın diğer problemlerinin yanısıra uykuyla ilgili temel bilgileri, uyku ile ilgili olarak yaşadıkları problemleri, uykularını etkileyen hastalıkları bilmeleri ve gerektiğinde uyku problemine müdahale etmeleri istenmektedir. Hemşirelik, hastayı merkez alan bakım anlayışını benimsediği için; fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali gibi yaşam kalitesi boyutlarını geliştirmeyi hedeflemektedir (136, 137). Hastaların uyku kalitesinin bilinmesi ve değerlendirilmesi, uyku problemine müdahale etme sorumluluğu taşıyan hemşirelerin konuya dikkatlerini çekme yönünden önemlidir (156, 161, 171).

Uyku düzeni bozukluğu olan hastanın bakımının planlanmasında başlıca amaç, uyku değişikliklerini kontrol etmek ve gidermektir. Uyku tedavisindeki başarı, hastanın yaşam biçimine ve uyku bozukluğuna yönelik yapılan yaklaşıma bağlıdır. Eğer hastanın

uyku-uyanıklık siklusu bozulmuşsa, etkinlikler hastanın uyanık kalmasını sağlayacak biçimde gün boyunca planlanmalı ve gece uykuyu arttıracak rahatlatıcı işlemlere öncelik verilmelidir (134, 141, 166). Çevredeki uyaranların kontrolü ve temel uyku hijyeni ilkelerini uygulamak, uykuyu kolaylaştırmada ilk yapılması gereken hemşirelik girişimleridir. Hemşireler, sağlıklı uyku ve yaşam tarzı davranışlarını geliştirmeyi hedefleyen kendi bakım stratejilerini yapılandırma konusunda hastaya yol gösterici olmalıdır (154, 156). Fiziksel iyileşme ve psikolojik bütünlüğün sürdürülmesinde uyku ve dinlenme periyodlarının bölünmemesi, temel hemşirelik girişimlerinden biridir. Uygulanan girişimler, hastaların normal uyku düzeninin korunmasını hedeflemelidir (158).

Hastanın mevcut uyku sorunları; hastanın günlük yaşamında yaşadığı uykuya dalma, uykuyu sürdürme, uyanma sıklığı, uyanma zamanına ilişkin yaşadığı sorunlar ve bunlara yönelik geliştirdiği çözüm yolları hasta ile birlikte tartışılmalıdır (134, 166, 171). Bunun yanı sıra hastanın genel görüntüsü, sık esneme, göz çevresinde siyah halkalar, yorgun görünüm, gün boyu uyuklama, algıda azalma gibi uyku bozukluğu belirtileri açısından dikkatle gözlenmelidir (159, 166, 167). Hasta ve ailesinin, uyku ve dinlenmenin yapı ve önemini anlamalarına yardım etmek önemli bir hemşirelik işlevidir. Bu eğitim, uykuyu bozan alışkanlıkları, uyku düzenindeki değişiklikleri, uyku ve gevşemeyi sağlayan uygulamaları içermelidir. Uyku bozuklukları sorun haline geldiğinde ve hemşirelik işlemleri yetersiz kaldığında hemşire bu konuda yardımcı olabilecek psikolog veya psikiyatrist gibi diğer sağlık ekip üyelerini önermelidir. Hastaya aynı zamanda hastalık durumlarının uykuyu nasıl bozduğu da anlatılmalıdır. Ayrıca hastaya yapılacak en önemli eğitim, uyku ilaçlarının zararları ve bağımlılık gibi yan etkilerinden söz edilerek bunların yerine uykuyu sağlayacak besinler, egzersiz ve gevşeme teknikleri gibi alternatif işlemler hakkında bilgi verilmelidir (140, 141, 153).

Sabah uyuklamalarında REM uykusunun, öğleden sonra uyuklamalarında ise NREM uykusunun yoğun olduğunu bilmek, hemşirenin gece uykusu bozulan bir hasta için gündüz uygun olan uyuma süresini planlaması yönünden yardımcı olabilmektedir (142, 154). Kişi yalnızca rahat olduğunda ve gevşeyebildiğinde uykuya dabilir. Korku, şüphe, üzüntü ya da sevinç hastanın gevşemesini ve uyumasını engellemektedir. Hastalarla iyi bir iletişim kurularak korku ve endişeleri hafifletilebilir. Gevşeme

tekniklerinin özellikle uykusuzluk tedavisinde, uykuyu sağlamak için kullanılan ilaçlardan daha etkin olduğu gösterilmektedir (141, 146).

Hemşire, hasta için planladığı hedeflere ulaşip ulaşmadığını kontrol etmeli, her bir uygulamadan kısa bir süre sonra değerlendirme yapmalıdır. Örneğin; karanlık ve sessiz bir odada bireyin uyuyup uyumadığı kontrol edilmelidir. Hastanın deneyimlediği uykunun etkinliği ve yeterliliği değerlendirilmeli ve gerekli ise değişiklikleri yapmak için her gün uyku ile ilgili verileri kaydedilmelidir. Bakımın değerlendirilmesi için hastanın, uyku süresini ve kalitesini algılaması kadar, rahatlatıcı işlemleri, uykuyu arttırıcı teknikleri ve yaşam biçimine olan etkilerini de algılaması esastır. Ayrıca hastanın uykusunu bozan ve uyumasını sağlayan etmenleri kontrol etme ve bakımına katılma isteği de yeterli ve etkili uyku için gereklidir (134, 140, 141, 169).

Hemşire, tüm uyku sorunlarını değerlendirmede şu kriterleri kullanabilir:

- Hastanın dinlenmiş olduğunu belirtmesi,
- Hastanın 20-30 dakika içinde uykuya daldığını belirtmesi,
- Hastaya, uyandıktan sonra bir gece önceki uykusu ile karşılaştırma yapmasını istemesi,
- Hastanın uyandıktan sonra birkaç dakika içinde uykuya daldığını belirtmesi,
- Hastanın herhangi bir uygulama yapılmadan önceki uykusuna göre uyanma sıklığının azaldığını belirtmesi,
- Hastanın alışkın olduğu kadar uyduğunu ve uyku gereksiniminin karşılandığını belirtmesi,
- Hastanın huzursuzluk, depresyon ve kaygı dönemlerinin azaldığını belirtmesi,
- Hasta ve eşinin uykuyu sağlayan ve bozan etmenleri tartışabilmesi,
- Hastanın uyandığı zaman gevşemesi ve uykudan sonra karar verme yeteneği ve belleğinin iyi olmasıdır (134, 140, 167).

Hemşire veri toplarken ve değerlendirme yaparken uykunun hasta için önemini bilip, yaşamın birçok yönünü etkilediğini unutmamalıdır. Uyku sorunlarına yol açan etmenler ne olursa olsun, hemşire, hastanın normal uyku düzenini arttıran özel uygulamaları yerine getirebilmelidir (154, 156).

2.4. Konunun Hemşirelik Açısından Önemi

Ağrının varlığı uykuyu etkileyen en büyük etmenlerden biridir. Ağrının giderilmesi ya da hafifletilmeye çalışılması uykuyu kolaylaştırmaktadır (142). Cohen ve ark. (24)'nın KBY hastalarında yaptıkları çalışmaya göre hastaların %69'unda ağrı, %55,2'sinde uyku bozukluğu önemli iki semptom olarak bulunmuştur. Davison ve ark. (7)'nin yaptığı çalışmada ağrının belirgin derecede uykusuzluğa neden olduğu saptanmıştır.

Hemodiyaliz tedavisine bağlı ağrı deneyimleyen, uyku problemleri yaşayan bireyin bakımında uygun yaklaşımlarda bulunan hemşire; eğitim, bakım, tedavi, araştırma, danışmanlık, destekleyicilik, rehabilitasyon rollerini de gerçekleştirmiş olacaktır. Hemşireler; ağrıyı tanımlama ve değerlendirme, ağrıyı gidermede uygun yöntemleri seçme, ağrı ve ağrıya bağlı olarak gelişen uyku problemlerini tanımlama ve değerlendirme, uykuyla ilgili temel bilgileri bilme, hastalarının uyku problemlerine müdahale etmek için gerekli çabayı gösterme, ağrı ve uyku ile ilgili yeni gelişmeleri takip etme sorumluluğunda olmalıdırlar (107, 114, 116, 124, 166). Literatürde HD hastalarında ağrı ve uyku kalitesini araştıran çalışmalar vardır. Ancak ağrı deneyimleyen HD hastalarında uyku kalitesini araştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma ile HD hastalarında ağrı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi sağlanacaktır. Böylece, ağrı sorunu olan hastalarda uyku kalitesinin de ele alınmasının önemi kanıt temelli olarak ortaya konulacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın amacı

Bu çalışma, HD hastalarında ağrı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yerler ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Mersin Devlet Hastanesi ve özel diyaliz merkezlerinden Özel Diamer Diyaliz Merkezi ve Özel Mersin Nefroloji Diyaliz Merkezi'nde yapılmıştır.

Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinin HD ünitesi sekiz yatak kapasitesine sahip olup, sekiz HD makinesi bulunmaktadır. Bu merkeze kayıtlı hasta sayısı 12'dir. Üniteye üç hemşire 08:00-17:00 saatleri arasında çalışmaktadır.

Mersin Devlet Hastanesi HD ünitesinde ise 28 HD makinesi ve yatağı bulunmaktadır. Üniteye kayıtlı hasta sayısı 84'dür. Çalışan sekiz hemşire, bir uzman hekim, dört pratisyen hekim bulunmaktadır. Hemşireler, 08:00-17:00 saatleri arasında çalışmaktadır.

Özel Diamer Diyaliz Merkezi, 30 yatak kapasitesine sahip olup 30 HD makinesi bulunmaktadır. Bu merkeze kayıtlı hasta sayısı 96'dır. Merkezde altı hemşire, iki uzman hekim, iki pratisyen hekim 08:00-20:00 saatleri arasında çalışmaktadır.

Özel Mersin Nefroloji Diyaliz Merkezi, 25 yatak kapasitesine sahip olup, 25 HD makinesi bulunmaktadır. Bu merkeze kayıtlı hasta sayısı 106'dır. Merkezde sekiz hemşire, bir uzman hekim, iki pratisyen hekim 08:00-20:00 saatleri arasında çalışmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 1 Aralık 2010 / 31 Mart 2011 tarihleri arasında Mersin ili belediye sınırları içinde yer alan ve HD üniteleri bulunan Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 12 hasta, Mersin Devlet Hastanesi'nde 84 hasta ve özel diyaliz merkezlerinden Özel Diamer Diyaliz Merkezi'nde 96 hasta, Özel Mersin Nefroloji Diyaliz Merkezi'nde 106 hasta, Özel Mersin Rnc Diyaliz Merkezi'nde 80 hasta, Özel Ata Mersin Diyaliz Merkezi'nde 133 hasta, Özel Mersin Diyaliz Merkezi'nde 119 hasta olmak üzere KBY tanısı ile HD uygulanan toplam 630 hasta oluşturmuştur. Özel diyaliz merkezlerinin belirlenmesinde basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, resmi kurumlardan Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde kayıtlı 10 hasta, Mersin Devlet Hastanesi'nde kayıtlı 74 hasta ve özel diyaliz merkezlerinden Özel Diamer Diyaliz Merkezi'nde kayıtlı 50 hasta, Özel Mersin Nefroloji Diyaliz Merkezi'nde kayıtlı 55 hasta olmak üzere araştırma kriterlerine uyan 189 hasta oluşturmuştur. Bu hastaların çalışmaya dahil edilmelerinde şu kriterler dikkate alınmıştır. Hastaların;

- Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun olması,
- Araştırmaya katılmaya istekli olması,
- 18 yaş ve üzerinde olması,
- En az üç aydır HD tedavisi uygulanıyor olması,
- Son on beş gün içerisinde herhangi bir ağrısının olması.

3.6.Verilerin Toplanması

3.6.1.Verı Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, KBY nedeni ile HD uygulanan bireyleri tanıtıcı bilgileri içeren “Kişisel Bilgi Formu” (Ek-3), hastaların ağrı durumunu belirlemek amacıyla “McGill Melzack Ağrı Soru Formu” (Ek-4) ve hastaların uyku kalitesini belirlemek amacıyla “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi” (Ek-5) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, KBY tanısı ile HD uygulanan hastaların ağrı düzeyini ve uyku kalitesini etkileyebileceği düşünülen bazı kişisel ve hastalığa ilişkin faktörleri belirlemek amacı ile konuyla ilgili literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur (EK-3). Kişisel Bilgi Formu sosyo-demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, oturduğu yer, ekonomik durum, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler, alışkanlıkları) ilişkin 13 soru ve hastalıkla ilgili özelliklerin (hastalığın süresi, kronik hastalıkları, hastalığı algılama durumu, hemodiyaliz tedavi süresi, sürekli kullandığı ilaçlar, ağrı ve uyku ile ilgili bilgiler) yer aldığı 34 olmak üzere toplam 47 sorudan oluşmaktadır (7, 17, 24, 31, 34, 37).

3.6.1.2. Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu

Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF), 1971 yılında Melzack ve Targerson tarafından geliştirilmiş olup (172), ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Yazıcı ve ark. (173) tarafından 1998’de; Kuşuoğlu ve ark. (174) tarafından 2003’ de; Öksüz ve ark. (175) tarafından 2007’de yapılmıştır.

Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu kullanılarak yapılan ölçümde; ağrının yeri, zamanla ilişkisi, şiddeti, hastada yarattığı his ve hasta için yaşanabilir ağrı belirlenir. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almaktadır. Form dört bölümden oluşmaktadır.

Birinci Bölüm: Bu bölümde hastanın ağrısının yerini vücut şeması üzerinde işaretlemesi ve ağrı derinden geliyorsa “D”, vücut yüzeyinde ise “Y”, hem derinde hem de yüzeyde ise “DY” harfleri ile belirtmesi istenir.

İkinci Bölüm: Bu bölümde ağrıyı duyuşal, algısal, karışık ve değerlendirme yönünden inceleyen 20 takım kelime grubu vardır. Her grup ağrıyı değişik yönleri ile tanımlayan 2-6 kelimedenden oluşur. Hastanın ağrısına uyan kelime kümesini seçmesi ve seçtiği kümenin içinde ağrısına uyan kelimeyi işaretlemesi söylenir. MASF'nun ikinci bölümünde yer alan 20 kelime kümesinin ilk 10'u ağrının duyuşal boyutunu, sonraki beş küme algısal boyutunu, 16. küme ise değerlendirmeyi içerir. Geriye kalan son dört küme ağrının çeşitli yönlerini gösteren kelimelerden oluşmaktadır.

Üçüncü Bölüm: Bu bölümde ağrının zamanla ilişkisi yer alır. Ağrının sürekliliği, sıklığı, ağrıyı arttıran/azaltan faktörleri belirlemeye yönelik kelime grupları vardır.

Dördüncü Bölüm: Bu bölümde ise ağrı şiddetini belirlemeye yönelik “hafif” ağrı ile “dayanılmaz” ağrı arasında değişen beş kelime grubu; ayrıca “yaşanabilir= hedef ağrı” olarak da tanımlanan ve hastanın kabul edebileceği veya rahatsız olmadan yaşayabileceği ağrı şiddetini belirlemeye yönelik altı soru yer almaktadır (Ek-4).

Çizelge 3.1. MASF'nun alt boyutları, soruların numaraları, puan aralıkları, minimum - maksimum değerleri

MASF'nun Alt Boyutları	Soruların Numaraları	Puan Aralıkları	Minimum Değerleri	Maksimum Değerleri
Duyuşal	1-10	1-6	0	42
Algısal	11-15	1-6	0	14
Değerlendirme	16	1-6	0	5
Karışık	17-20	1-6	0	17
Total Skor			0	78

3.6.1.3. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKI-Pittsburg Sleep Quality Index)

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi, 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup (176), geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1996 yılında Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır (177).

Bireyin son bir aylık uyku kalitesini değerlendiren PUKI, toplam 24 soru içerir. Bunların 19 tanesi öz bildirim sorusudur ve hastanın şahsı tarafından yanıtlanır. 5 soru hastanın eşi veya oda arkadaşı tarafından cevaplandırılır ve yalnızca klinik bilgi için kullanılır, puanlamaya katılmaz. Öz bildirim niteliğindeki sorulardan sonuncusu olan 19. soru ise bir oda arkadaşı veya eşinin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve bu soru puanlamada kullanılmaz (177).

Öz bildirim soruları uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Puanlamaya katılan 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bu 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 uyku işlev bozukluğu (bileşen 7) hakkında bilgi verir (177-179).

Öznel uyku kalitesi (Bileşen 1); 6. sorunun puanlamasıyla elde edilir. 0- 3 puan arasında değerlendirilir.

Uyku latensi (Bileşen 2); 2. soru ve 5a'nın puanlarının toplamından elde edilir ve 0-3 arasında puanlandırılır. 2. soruda uyku süresi < 15 dakika ise 0, 16-30 dakika ise 1, 31-62 dakika ise 2, 60 dakikanın üzerinde ise 3 puan olarak değerlendirilir. 2. soru ve 5a'nın puanlarının toplamı 1-2 puan ise 1, 3-4 puan ise 2, 5-6 puan ise 3 olarak puanlanır.

Uyku süresi (Bileşen 3); 4. sorunun puanlamasıyla elde edilir. 0-3 arasında puanlandırılır. Uyku süresi ≥ 7 saat ise 0, 6-6,9 saat ise 1, 5-5,9 saat ise 2, 5 saatin altı 3 olarak puanlanır.

Alışılmış uyku etkinliği (Bileşen 4); soru 1, 3 ve 4 puanlarının toplanmasıyla hesaplanır. 0-3 puan arasında puanlanır. Puanlandırılmasında; 1. soru (bireyin yatma saati) ve 3. soru (kalkma saati) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur ve soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi saptanır. Uyuma saatlerinin süresi / yatakta geçen saatlerin süresi x 100 formülüyle alışılmış uyku etkinliği hesaplanır. %85 ve üzeri ise 0, %75-84 ise 1, %65-74 ise 2, %65 ve altında ise 3 puan olarak değerlendirilir.

Uyku bozukluğu (Bileşen 5); soru 5b, 5j'nin toplamlarının puanlaması ile elde edilir. 0-3 arasında puanlandırılır. Toplamı 0 ise 0 puan, 1-9 ise 1 puan, 10-18 ise 2 puan, 19-21 ise 3 puan olarak değerlendirilir.

Uyku ilacı kullanımı (Bileşen 6); 7. soru puanlamasıyla elde edilir. 0-3 arasında puanlandırılır.

Gündüz uyku işlev bozukluğu (Bileşen 7); 8. ve 9. soruların puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Toplam puan 0 ise 0 puan, 1-2 ise 1 puan, 3-4 ise 2 puan, 5-6 ise 3 puan olarak puanlandırılır (177, 180).

Global PUKI (PSQI): Tüm bileşenlerin 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Toplam puan 0–21 arasında olup ≥ 5 ise kötü uyku kalitesini, <5 ise iyi uyku kalitesini göstermektedir. Tanısal duyarlılığı %89,6 ve özgüllüğü %86,5'tir (177).

İndeks, psikiyatri ve genel tıp uygulamalarında kolay ve yaygın kullanılabilen bir ölçektir. Tüm indeksin doldurulması ortalama 5-10 dakika; puanlaması yaklaşık 5 dakika sürmektedir (177, 179, 180) (Ek-5).

3.6.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulanması

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, Özel Mersin Rnc Diyaliz Merkezi'nde fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun ve araştırmaya katılmaya istekli, 18 yaş ve üzeri olan, en az üç aydır HD tedavisi uygulanan, son on beş gün içerisinde herhangi bir ağrı deneyimi olan hemodiyaliz ünitelerinde KBY nedeni ile HD uygulanan toplam 19 hastaya 01 Eylül-30 Eylül 2011 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama formunda değişiklik yapılmamıştır.

3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formlarının uygulanması amacı ile resmi kurumlardan Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Mersin Devlet Hastanesi, özel diyaliz merkezlerinden Özel Diamer Diyaliz Merkezi, Özel Mersin Nefroloji Diyaliz Merkezi Hastanesi'nin başhekimlik ve başhemşireliklerinden resmi izin alınmıştır.

Araştırmanın uygulaması, etik kurul onayı alındıktan sonra 1 Aralık 2010 – 31 Mart 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Bireylere araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanmış, ardından araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu

vurgulanarak araştırmaya katılmaları konusunda sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Hastaların rahat yanıt verebilmeleri amacıyla diyaliz işlemi başlatıldıktan sonra formlar araştırmacı tarafından görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Hastaların formları yanıtlama süreleri; Kişisel Bilgi Formu'nda ortalama 15 dakika, PUKİ'de ortalama 10 dakika, MASF'da ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, SPSS 11.5 (Statistical Package for The Social Sciences Windows) paket programına girildikten sonra normallik kontrolleri Shapiro Wilk testi ile test edilmiş ve normal dağılım gösterdiği gözlenmiştir. Ölçek puanların demografik özellikler bakımından karşılaştırmaları için Student t testi ve One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Anlamlı farklılıklar için ikili karşılaştırmalar Tukey testi ile test edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık seviyesi olarak $p<0,05$ alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde;

- McGill Ağrı Soru Formu ve PUKI puan ortalamaları, maksimum ve minimum ölçek puanları ile standart sapmalarını içeren bulgular,
- Hastaların MASF'na göre ağrı durumlarına ilişkin özellikleri içeren bulgular,
- Kronik Böbrek Yetmezliği nedeniyle HD uygulanan hastaların sosyo-demografik özellikleri, BKİ'leri, sigara-alkol kullanma durumları, hastalıkları ile ilgili özellikleri, ağrıya ilişkin özellikleri, uykuya ilişkin özellikleri ve hastaların GYA'nin etkilenme durumuna göre PUKI ve MASF total ve alt ölçekleri puan ortalamalarını içeren bulgular,
- Uyku sorunu olan hastaların aldıkları uyumalarına yardımcı önlemleri içeren bulgular,
- Hastaların HD seansları sırasında vakitlerini değerlendirme aktivitelerini içeren bulgular,
- Hastaların ağrılarına eşlik eden yakınmaları içeren bulgular,
- Hastaların bildirdikleri ağrı lokalizasyonlarını içeren bulgular,
- Ağrıyı arttıran ve azaltan faktörleri içeren bulgular,
- Ağrının giderilmesi için alınan önlemleri içeren bulgular,
- Hastaların ağrıya bağlı sosyal faaliyetlere katılma, yaşamdan zevk alma ve diğer insanlarla ilişkilerinin etkilenme durumunu içeren bulgular,
- Hastaların deneyimledikleri uyku sorunlarını içeren bulgular,
- Ölçek puanlarının birbirleri ile korelasyonlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.1. MASF ve PUKI puan ortalamaları, maksimum - minimum değerleri ve standart sapmaları

n	MASF			PUKI		
	Ortalama ±SD	Min.	Max.	Ortalama ±SD	Min.	Max.
189	30,79±12,60	6	58	12,59±3,91	4	20

Çizelge 4.1.'de MASF ve PUKI puan ortalamaları, maksimum ve minimum ölçek puanları ile standart sapmalarına yer verilmiştir. MASF puan ortalamalarının 30,79 (min:0, max:78), PUKI puan ortalamalarının 12,59 (min:0, max:21) olduğu belirlenmiştir. MASF'ndan alınan maksimum puan 58, minimum puan 6; PUKI' den alınan maksimum puan 20, minimum puan ise 4'dür. Hastaların uyku kalitelerinin düşük, ağrı puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.2. Hastaların McGill Ağrı Soru Formuna göre ağrı özellikleri

Ağrı Özellikleri	n	%
Mevcut ağrı derecesi		
Hafif	7	3,7
Rahatsız edici	94	49,7
Şiddetli	83	43,9
Çok şiddetli	5	2,6
Ağrının en kötü halini tanımlayan kelime		
Şiddetli	3	1,6
Çok şiddetli	97	51,3
Dayanılmaz	89	47,1
Ağrının en az halini tanımlayan kelime		
Hafif	172	91,0
Rahatsız edici	17	9,0
Ağrıyı tanımlamak için kullanılan kelime		
Devamlı	23	66,1
Kararlı	38	12,2
Sabit	3	20,1
Ritmik	10	5,3
Periyodik	27	14,3
Aralıklı	52	27,5
Genel	2	1,1
Anlık	6	3,2
Geçici	28	14,8
Ağrının hissedildiği yer		
Derinde	87	46,0
Yüzeyde	56	29,6
Hem derinde hem yüzeyde	46	24,3

Çalışma kapsamına alınan hastaların McGill Ağrı Soru Formuna göre ağrı özellikleri Çizelge 4.2.'de verilmiştir. Hastalar mevcut ağrı durumlarını %49,7'si rahatsız edici ve %43,9'u şiddetli olarak belirtmişlerdir. Hastalar ağrılarının en kötü halini %51,3'ü çok şiddetli ve %47,1'i dayanılmaz olarak ifade etmişlerdir. Hastalardan ağrının en az halini tanımlamaları istendiğinde ise %91'i hafif, %9'u rahatsız edici ağrılarının olduğunu bildirmişlerdir.

Hastalar ağrılarını tanımlamak için %66,1'i devamlı, %27,5'i aralıklı kelimelerini kullanmışlardır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %46'sı ağrılarını derinde, %29,6'sı yüzeyde ve %24,3'ü ise hem derin hem yüzeyde hissettiklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 4.3. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Yaş								
≤39 yaş	45	23,8	10,76±2,86 ^{a,b,c}	15,27± 7,21 ^a	3,58±3,08	1,93±1,25	6,11±3,21	27,13±13,13
40-50	35	18,5	13,11±4,54	19,00 ± 6,58	4,26±3,08	1,83±1,10	7,49±3,58	32,57±12,11
51-60	38	20,1	13,29±3,97	17,66 ± 7,08	4,29±3,33	2,00±1,09	6,00±2,36	29,95±12,65
≥61	71	37,6	13,11±3,85	19,34 ± 6,88	4,21±3,12	2,00±1,08	7,14±3,28	32,69±12,17
P			0,004	0,017	0,671	0,089	0,077	0,098
Cinsiyet								
Kadın	85	45,0	12,49±4,00	18,82±7,06	4,44±2,98	2,02±1,21	6,85±3,11	32,25±12,09
Erkek	104	55,0	12,66±3,85	17,27±7,06	3,80±3,24	1,89±1,04	6,63±3,27	29,61±12,94
p			0,768	0,134	0,165	0,432	0,651	0,152
Medeni durum								
Evli	128	67,7	13,07±3,89	18,52±7,13	4,16±3,13	1,91±1,08	6,95±3,18	31,48±12,55
Bekar	28	14,8	10,32±3,12 ^{d,e}	14,43±6,39 ^{d,e}	3,25±3,00	1,89±1,13	5,75±3,38	25,68±12,25
Boşanmış/Dul	33	17,5	12,64±4,03	18,82±6,78	4,48±3,22	2,15±1,28	6,70±3,03	32,45±12,40
p			0,003	0,015	0,273	0,533	0,197	0,061

Çizelge 4.3 (devamı). Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Eğitim durumu								
Okur- yazar değil	45	23,8	12,60±4,47	17,96±8,34	4,09±3,04	1,76±1,32	6,13±3,22	12,60±13,87
Okur-yazar	12	6,3	13,00±3,54	19,08±5,04	5,00±2,86	1,92±1,38	7,17±3,21	33,17±10,63
İlköğretim mezunu	98	51,9	12,71±3,56	17,88±7,06	4,20±3,29	1,98±1,06	7,03±3,34	31,11±13,01
Lise mezunu	22	11,6	11,36±3,96	16,68±5,91	3,23±2,45	2,00±0,82	6,05±2,72	27,95±9,52
Yüksekokul mezunu	12	6,3	13,33±4,87	20,00±6,19	3,75±3,60	2,42±1,00	7,33±2,61	33,50±11,49
p			0,592	0,735	0,570	0,474	0,396	0,688
Çalışma durumu								
Çalışan	20	10,6	11,25±3,49	14,85±6,32	2,40±2,82	1,50±1,05	5,15±2,58	23,90±10,92
Çalışmayan	169	89,4	12,75±3,94	18,34±7,10	4,28±3,12	2,00±1,12	6,92±3,22	31,61±12,57
p			0,106	0,037	0,011	0,056	0,019	0,009
Yaşanılan yer								
Köy	16	8,5	12,12±3,54	17,44±7,86	3,62±3,77	1,62±0,96	6,12±3,38	28,81±14,86
İlçe / Kasaba	62	32,8	11,61±3,81 ^f	16,27±7,43 ^f	3,68±3,03	1,66±1,24 ^f	5,79±3,16 ^f	27,55±12,81 ^f
İl	111	58,7	13,20±3,93	18,99±6,64	4,38±3,09	2,16±1,03	7,34±3,07	30,79±12,60
p			0,033	0,050	0,308	0,008	0,006	0,022

Çizelge 4.3 (devamı). Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Gelir düzeyi								
Gelir-gider dengeli	94	49,7	13,36±3,74 ^h	19,66±6,40 ^{g,h}	4,32±3,27	2,28±0,93 ^{g,h}	7,33±2,98 ^h	33,50±11,55 ^h
Gelir-giderden az	71	37,6	12,32±4,02	16,83±7,18	4,10±3,07	1,77±1,26	6,39±3,51	29,23±13,28
Geliri yok	24	12,7	10,33±3,40	14,71±7,83	4,08±3,13	1,21±0,93	5,37±2,53	24,83±12,14
p			0,002	0,002	0,250	0,000	0,014	0,004
Aile tipi								
Çekirdek aile	129	68,3	12,62±4,02	17,91±6,84	4,04±3,16	1,95±1,06	6,81±3,30	30,73±12,46
Geniş aile	43	22,8	12,86±3,60	17,95±8,12	4,28±3,12	1,84±1,19	6,47±3,03	30,53±13,60
Parçalanmış	17	9,0	11,65±3,92	18,41±6,54	3,94±3,09	2,24±1,39	6,76±2,97	31,94±11,67
p			0,551	0,964	0,893	0,467	0,826	0,923
Birlikte yaşadığı kişiler								
Yalnız	13	6,9	12,69±4,25	19,08±6,26	4,46±3,28	2,15±0,99	6,15±2,44	31,85±11,40
Aile	167	88,4	12,57±3,93	17,70±7,19	4,00±3,14	1,93±1,14	6,72±3,26	30,36±12,77
Oğlu/Kızı	9	4,8	12,67±3,50	21,33±5,72	5,11±2,89	2,00±1,12	7,79±2,95	37,33±9,95
p			0,993	0,276	0,531	0,789	0,501	0,259

- (a): “61 yaş ve üstü” olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(b): “40-50” yaş aralığında olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(c): “51-60” yaş aralığında olan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(d): “Evli grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(e): “Boşanmış/dul” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(f): “İl” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(g): “Gelir-giderden az” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(h): “Geliri yok” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre MASF alt boyutları olan duyusal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile PUKI ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.3.'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan HD uygulanan hastaların %23,8'i 39 yaş ve altında, %18,5'i 40–50 yaş arasında, %20,1'i 51-60 yaş arasında, %37,6'sı 61 yaş ve üzerinde olup yaş ortalamaları 53,25'dir. Yapılan istatistiksel analizde 39 yaş ve altında olan hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları, diğer yaş aralığında olan hastaların puanından daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). 39 yaş ve altında olan hastaların MASF'nun duyusal alt grubu puan ortalamalarının 61 yaş ve üstü olan gruptan daha düşük olduğu ve aradaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). MASF ölçek toplam puan ortalamaları ve algısal, değerlendirme, karışık alt ölçekleri puan ortalamaları ise her dört yaş aralığında olanlarda birbirine yakın olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %55'i erkektir. PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında kadınların puan ortalamalarının erkeklerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların %67,7'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda evlilerin PUKI ölçek ortalama puanı boşanmış/dul ve bekar olanlardan daha yüksek bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dul/boşanmış olanların MASF ortalama puanı evli ve bekar olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). MASF'nun duyusal alt grubu puan dağılımı bakımından boşanmış/dul olan hastaların ortalama puanı evli ile bekar olanlardan daha yüksek bulunmuştur ve yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). MASF'nun algısal, değerlendirme, karışık alt grupları puan ortalamaları bakımından incelendiğinde ise üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Örneklem kapsamına alınan hastaların %51,9'u ilköğretim mezunu idi. PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF ölçek puan ortalamaları ve duyuşal, değerlendirme, karışık alt ölçekleri puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında yüksekokul mezunu olan hastaların puan ortalamalarının diğer dört grubun puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Lise mezunu olanların diğer dört gruba göre PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF ölçek puan ortalamaları ve duyuşal, algısal, karışık alt ölçekleri puan ortalamaları daha düşük bulunmuş, ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %89,4'ü herhangi bir işte çalışmamaktaydı. MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında çalışmayanların puan ortalamalarının çalışanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde değerlendirme alt ölçek puanı dışında iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). PUKI ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde ise, çalışan ve çalışmayanların puanları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %58,7'sinin ilde yaşadığı belirlenmiştir. İlde yaşayanların PUKI ölçek puan ortalamalarının köy ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Aynı zamanda ilde yaşayanların MASF alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının diğer iki gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde ise duyuşal ve algısal alt grupları dışında diğer puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Örnekleme oluşturan hastaların %37,6'sının gelirinin giderinden az, %49,7'sinin gelirinin giderine denk olduğu ve %12,7'sinin ise gelirinin olmadığı belirlenmiştir. Geliri olmayan hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek puan ortalamaları geliri giderine eşit olan ve geliri giderinden az olan gruplara göre daha düşük bulunmuştur. PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF ölçek puan ortalamaları ve duyuşal, değerlendirme, karışık alt ölçekleri puan ortalamaları bakımından yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %68,3'nün çekirdek aile, %22,8'nin geniş aile ve %9'unun parçalanmış aile yapısına sahip oldukları belirlenmiştir. Parçalanmış aile yapısına sahip olan hastaların PUKI ölçek puan ortalamalarının geniş ve çekirdek aile yapısına sahip olan hastalardan daha düşük olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). MASF'a göre yapılan değerlendirmede parçalanmış aileye sahip olan hastaların MASF ölçek puan ortalamaları ve duyuşal, değerlendirme alt ölçekleri puan ortalamalarının diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu belirlenmiş, fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Geniş aileye sahip olan hastaların MASF algısal alt ölçeği puan ortalaması diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çekirdek aileye sahip olan hastaların MASF karışık alt ölçeği puan ortalaması diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Her iki alt ölçek için gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Örnekleme kapsamına alınan hastaların %6,9'nun yalnız yaşadığı, %88,4'nün ailesi ile birlikte yaşadığı ve %4,8'nin oğlu veya kızı ile yaşadığı belirlenmiştir. PUKI ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde üç grubun puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ailesi ile yaşayan hastaların diğer iki gruba göre MASF ölçek puan ortalamaları ve karışık alt grubu dışındaki alt ölçeklerinin puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. Hastaların BKİ'lerine göre McGill Ağrı Soru Formu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

BKİ	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
< 19kg/m ² (zayıf)	22	11,6	10,91±3,73	15,50±5,64 ^a	3,09±2,76 ^a	1,59±1,14	6,14±3,21	26,77±10,24 ^a
19-24,9kg/m ² (normal)	92	48,7	12,37±3,90	17,39±7,26 ^a	3,85±3,12 ^a	1,87±1,13	6,42±3,24	29,65±13,05 ^a
25-29,9kg/m ² (kilolu)	45	23,8	13,60±3,71	18,58±6,34 ^a	4,22±3,05 ^a	2,18±0,98	6,98±3,09	31,73±10,98 ^a
30-34,9kg/m ² (hafif şişman)	23	12,2	12,35±4,12	19,26±8,04	4,61±3,26	1,91±1,12	7,13±3,29	32,91±13,97
35-39,9kg/m ² (orta şişman)	5	2,6	14,60±3,36	28,00±3,54	8,60±1,52	3,00±1,58	10,00±0,71	49,60±5,50
40kg/m ² (aşırı şişman)	2	1,1	16,00±4,24	18,00±1,41	5,50±2,12	2,50±0,71	9,00±1,41	35,00±4,24
p			0,065	0,012	0,012	0,090	0,130	0,008

(a): “Orta şişman” grubundan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Örneklem kapsamına alınan hastaların Beden Kitle Indexi'ne (BKI) göre MASF alt boyutları olan duyusal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile PUKI ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.4.'de verilmiştir.

Çalışmaya alınan hastaların %48,7'sinin normal ve %23,8'inin kilolu olduğu belirlenmiştir. Zayıf olan hastaların PUKI ölçek puan ortalamalarının diğer gruplardan daha düşük olduğu belirlenmiş ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Aynı şekilde zayıf olan hastaların MASF alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının diğer gruplardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde ise değerlendirme ve karışık alt grupları dışında farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.5. Hastaların sigara ve alkol kullanma davranışlarına göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Alışkanlıklar	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Sigara kullanma durumu								
Kullanmayan	98	51,9	12,06±3,87	17,68±7,24	3,76±2,98	1,77±1,10	6,46±3,15	29,77±12,44
Kullanan	33	17,5	12,64±4,04	17,61±6,96	4,73±3,66	2,24±1,37	6,91±3,39	31,52±13,60
Bırakan	58	30,7	13,45±3,82	18,66±6,95	4,28±3,04	2,10±0,95	7,09±3,17	32,12±12,35
p			2,325	0,392	1,350	3,057	0,762	0,700
Sigara kullanma süresi (n:33)								
1-10 yıl	11	33,3	9,91±2,81 ^a	14,55±6,74	3,73±2,83	2,00±1,34	5,45±2,34	25,73±10,53
11-20 yıl	9	27,3	13,67±4,21	18,33±5,52	4,67±3,54	2,44±1,51	8,22±3,38	34,78±13,12
21 yıl ve üzeri	13	39,4	14,23±3,83	19,69±7,57	5,62±4,35	2,31±1,38	7,23±3,90	34,15±15,49
p			0,017	0,186	0,466	0,764	0,178	0,228
Günlük içilen sigara sayısı (n:33)								
1-10 adet	8	24,2	10,62±2,67	13,50±6,07	2,87±2,85	1,37±1,06	5,00±2,20	22,75±9,51
11-20 adet	25	75,8	13,28±4,23	18,92±6,81	5,32±3,74	2,52±1,36	7,52±3,51	34,32±13,65
p			0,106	0,054	0,101	0,037	0,067	0,034

Çizelge 4.5 (devamı). Hastaların sigara ve alkol kullanma davranışlarına göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Alışkanlıklar	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Sigara bırakma süresi (n:58)								
1-10 yıl	40	69,0	13,50±3,89	17,97±7,48	3,95±2,96	2,05±1,04	6,50±3,00	30,47±12,76
11-20 yıl	12	20,7	13,75±4,00	20,08±5,62	5,17±2,95	2,08±0,79	8,42±3,18	35,75±10,74
21 yıl ve üzeri	6	10,3	12,50±3,39	20,33±5,75	4,67±3,88	2,50±0,55	8,33±3,61	35,83±12,09
p			0,803	0,547	0,460	0,563	0,109	0,324
Alkol kullanma durumu								
Kullanmayan	157	83,1	12,34±3,90	17,78±7,20	4,03±3,06	1,88±1,15	6,61±3,27	30,43±12,79
Kullanan	7	3,7	14,14±4,78	21,57±5,77	6,00±3,79	2,57±1,13	8,00±2,16	38,14±11,39
Bırakan	25	13,2	13,72±3,60	18,16±6,62	3,88±3,33	2,24±0,88	7,12±2,93	31,04±11,49
p			0,147	0,381	0,252	0,108	0,431	0,285
Alkol kullanma süresi (n:7)								
1-10 yıl	4	57,1	12,25±4,27	18,75±5,68	4,00±3,92	2,00±1,15	6,75±1,26	31,50±10,79
11 yıl ve üzeri	3	42,9	16,67±4,93	25,33±3,79	8,67±1,15	3,33±0,58	9,67±2,08	47,00±3,00
p			0,259	0,146	0,107	0,131	0,067	0,064
Alkol bırakma süresi (n:25)								
1-10 yıl	19	76,0	13,58±4,09	17,84±6,87	3,68±3,46	2,21±0,92	6,68±2,94	29,95±11,93
11 yıl ve üzeri	6	24,0	14,17±1,33	19,17±6,24	4,50±3,08	2,33±0,82	8,50±2,66	34,50±10,09
p			0,735	0,679	0,612	0,773	0,192	0,409

(a): Sigarayı “21-31 yıl” kullanan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan hastaların sigara ve alkol kullanma davranışlarına göre MASF alt boyutları olan duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile PUKI ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.5.'de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların %17,5'inin sigara kullandığı, %51,9'unun sigarayı bıraktığı belirlenmiştir. Sigarayı bırakan hastaların PUKI ölçek toplam puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuş ancak yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sigarayı bırakan hastaların MASF ölçek puanı ile duyuşal, karışık alt ölçekleri puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuş ancak gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların %33,3'ünün 1-10 yıl, %27,3'ünün 11-20 yıl, %39,4'ünün 21-31 yıl sigara içtiği belirlenmiştir. Hastalardan 21-31 yıl sigara kullananların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde PUKI ölçek puan ortalamaları ačiusından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmamıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sigara içtiğini belirten hastaların %24,2'sinin 1-10 adet, %75,8'inin 11-20 adet sigara içtiği belirlenmiştir. Günde 11-20 adet sigara içen hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları günde 1-10 adet sigara içen hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Fakat gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Günde 11-20 adet sigara içen hastaların MASF alt grupları ve ölçek puan ortalamaları günde 1-10 adet sigara içen hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde ise değerlendirme alt grubu ve ölçek toplam puanı ačiusından aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların %69'unun 1-10 yıl, %20,7'sinin 11-20 yıl, %10,3'ünün 21-31 yıl önce sigarayı bıraktıkları belirlenmiştir. PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %83,1'inin alkol kullanmadığı, %13,2'sinin alkol kullanmayı bıraktıkları belirlenmiştir. Hastaların alkol kullanma durumuna göre aldıkları PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Alkol kullandığını ifade eden hastaların %57,1'inin 1-10 yıl, %42,9'unun 11-21 yıl alkol kullandığı belirlenmiştir. PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Örneklem kapsamına alınan hastaların %76'sının 1-10 yıl, %24'ünün 11-30 yıl önce alkolü bıraktıkları belirlenmiştir. PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.6. Hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Hastalık Özellikleri	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Hastalık süresi								
1-5 yıl	114	60,3	12,50±3,86	18,46±7,16	4,41±3,20	1,97±1,08	6,66±3,22	31,61±12,72
6-10 yıl	47	24,9	12,81±4,25	17,02±6,52	3,55±3,03	1,72±1,10	6,81±1,17	29,09±11,91
11 yıl ve üzeri	28	14,8	12,57±3,67	17,54±7,72	3,64±2,97	2,25±1,27	6,90±3,27	30,32±13,38
p			0,902	0,750	1,588	2,006	0,079	0,691
Kronik hastalık								
Olan**	175	92,6	12,86±3,83	18,51±6,92	4,21±3,15	1,99±1,07	6,91±3,14	31,69±12,31
Olmayan	14	7,4	9,21±3,47	11,14±5,59	2,50±2,41	1,50±1,61	4,50±3,16	19,64±11,05
p			0,001	0,000	0,049	0,117	0,006	0,000
Hastalığı algılama durumu								
Çok hasta hissediyor	28	14,8	14,96±4,01 ^{a,b}	20,68±7,60 ^a	5,04±3,07	1,82±1,19	7,21±2,62	35,11±12,36 ^a
Hasta hissediyor	122	64,6	12,56±3,88	17,99±6,61	4,13±3,17	2,05±1,07	6,80±3,19	30,89±12,04
Hasta hissetmiyor	39	20,6	10,97±3,08	15,95±7,66	3,26±2,90	1,74±1,21	6,15±3,58	27,38±13,77
p			0,000	0,026	0,069	0,268	0,375	0,046

**Kronik hastalıkların dağılımı EK-1’de verilmiştir.

Çizelge 4.6 (devamı). Hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Hastalık Özellikleri	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olma								
Olan	108	57,1	12,42±3,93	17,74±6,78	3,99±3,11	2,01±1,15	6,84±3,25	30,60±12,37
Olmayan	81	42,9	12,81±3,90	18,27±7,51	4,21±3,17	1,88±1,09	6,58±3,14	31,05±12,98
p			0,490	0,612	0,635	0,422	0,578	0,810
HD süresi								
3-12 ay	10	5,3	15,50±5,34	19,40±10,19	5,80±3,43	2,40±1,17	8,10±3,14	35,70±15,88
1-6 yıl	136	72,0	12,37±3,82	18,19±6,80	4,14±3,06	1,91±1,09	6,62±3,25	30,96±12,18
7-11 yıl	27	14,3	12,85±3,84	16,11±6,08	3,33±3,04	1,93±1,11	6,85±2,71	28,19±11,35
12 yıl ve üzeri	16	8,5	12,12±3,42	18,31±8,84	3,81±3,54	2,06±1,44	6,56±3,63	30,75±15,84
p			2,134	0,809	1,586	0,643	0,685	0,897
Haftada uygulanan HD sayısı								
2 defa	13	6,9	11,46±3,91	17,00±8,25	4,38±3,33	1,69±1,32	7,54±3,43	31,38±14,72
3 defa	176	93,1	12,67±3,91	18,04±7,01	4,06±3,13	1,97±1,11	6,67±3,18	30,75±12,48
p			0,284	0,611	0,722	0,388	0,346	0,861

Çizelge 4.6 (devamı). Hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Hastalık Özellikleri	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
HD seanslarının süresi								
1-3 saat	4	2,1	10,75±5,56	15,75±13,57	4,00±3,46	1,25±0,50	6,50±3,11	27,50±18,65
4-5 saat	185	97,9	12,63±3,88	18,02±6,94	4,09±3,14	1,97±1,13	6,74±3,21	30,86±12,50
p			0,344	0,528	0,957	0,206	0,885	0,599
Sürekli ilaç kullanma durumu								
Kullanan	171	90,5	12,90±3,83	18,47±6,92	4,20±3,17	2,00±1,09	6,89±3,15	31,63±12,41
Kullanmayan	18	9,5	9,61±3,45	13,17±7,01	2,94±2,53	1,50±1,34	5,22±3,32	22,89±11,99
p			0,001	0,002	0,105	0,072	0,035	0,005
İlaçları düzenli kullanma durumu								
Kullanan	139	73,5	12,51±3,78	17,73±6,80 ^c	3,86±3,00 ^c	1,84±1,06 ^c	6,51±3,07 ^c	30,08±11,95 ^c
Kullanmayan	5	2,6	10,95±4,33 ^c	14,48±7,46 ^c	3,81±3,11	1,76±1,41 ^c	5,95±3,51 ^c	26,00±13,91 ^c
Bazen aksatan	27	14,3	14,26±3,76	21,93±6,70	5,48±3,58	2,70±0,91	8,48±3,11	38,26±12,29
p			0,013	0,001	0,043	0,001	0,006	0,001

(a): “Kendini hasta hissetmeyen” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): “Kendini hasta hisseden” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(c): “İlaçlarını kullanırken bazen aksatan” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri ve bu özelliklerine göre MASF alt boyutları olan duyusal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile PUKI ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.6.'da verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %60,3'ünün 1-5 yıl, %24,9'unun 6-10 yıl, %14,8'inin 11 yıl ve daha uzun süredir KBY hastası oldukları belirlenmiştir. Hastalık süresi ile PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %92,6'sında başka bir kronik hastalık bulunduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından incelendiğinde de kronik hastalığı olan hastaların puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve iki grup arasında, değerlendirme alt grubu dışında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların %14,8'i "kendini çok hasta hissettiğini", %64,6'sı "hasta hissettiğini", %20,6'sı da "hasta hissetmediğini" ifade etmiştir. "Kendini çok hasta hissedenlerin" PUKI ölçek puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca MASF'nun değerlendirme dışındaki alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları "kendini çok hasta hisseden" hastalarda diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan önemlilik kontrollerinde ise gruplar arasındaki farklılık MASF'nun duyusal alt grubu ile ölçek toplam puan ortalamaları bakımından anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %57,1'i hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olan ve olmayanların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarına bakıldığında puanlar birbirine yakın bulunmuş ve istatistiksel olarak da gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların %72'sine 1-6 yıl süre ile HD tedavisi uygulandığı belirlenmiştir. 3-12 aydır HD tedavisi alan hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında her iki ölçeğin puan ortalamaları bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Örneklemi oluşturan hastaların %93,1'ine haftada üç seans HD tedavisi uygulandığı saptanmıştır. Haftada iki kez HD tedavisi uygulanan hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun duyuşal ve değerlendirme alt grubu puan ortalamaları haftada üç kez HD tedavisi uygulanan hastalardan daha düşük bulunmuştur. MASF'nun algısal, karışık alt grubu ile ölçek toplam puan ortalamalarının ise yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Hastaların %97,9'unun HD seansı 4-5 saat sürmektedir. HD seansı 1-3 saat olan hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının, HD seansı 4-5 saat olan bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak iki grubun PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarına bakıldığında puanlar birbirine yakın bulunmuş ve istatistiksel olarak da gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Örneklemi oluşturan kronik hastalığı olan hastaların %90,5'i kronik hastalığına yönelik ilaç kullanmaktadır. İlaç kullananların, kullanmayanlara göre PUKI ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kronik hastalığına bağlı ilaç kullananların MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İki grubun duyuşal ve karışık alt ölçekleri puan ortalamaları ile ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel analizinde farklılığın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Kronik hastalığına yönelik ilaç kullanan hastaların %74,6'sının ilaçlarını düzenli kullandığı, %11,1'inin ilaçlarını düzenli kullanmadığı ve %14,3'ünün ilaçlarını kullanırken bazen aksattığı belirlenmiştir. MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında, ilaçlarını kullanırken bazen aksatanların puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel

analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). PUKI ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, ilaçlarını düzenli kullanmayanların puan ortalamaları diğer iki gruba göre düşük bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.7. Hastaların uyku sorununu gidermeye yönelik uygulamalar (n:189)*

Yapılan uygulamalar	n	%
TV seyretme	80	42,3
Sıcak duş alma	50	26,5
Müzik dinleme	28	14,8
Ilık bir şeyler içme	26	13,8
Ev içinde dolaşma	19	10,1
Kitap okuma	18	9,5
Sohbet etme	4	2,1

* n katlanmıştır

Hastalar uyku sorununu gidermeye yönelik %42,3'ü TV izlediğini, %26,5'i sıcak duş aldığını, %14,8'i ise müzik dinlediğini belirtmiştir.

Çizelge 4.8. Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Ağrıya İlişkin Özellikler	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Ağrının gün içinde ortaya çıkma sıklığı								
Sürekli	61	32,3	13,13±4,10	18,51±7,13	4,36±3,05	1,87±1,22	7,07±3,42	31,66±12,07
Günde 1-2 kez	36	19,0	12,75±4,34	17,97±6,63	3,89±3,19	2,14±0,93	6,36±2,88	30,36±12,13
Günde 3 ve daha fazla	22	11,6	14,00±3,38	19,77±7,67	5,27±3,34	2,36±1,14	6,86±3,01	34,23±13,72
Diyaliz sırasında veya sonrasında	46	24,3	11,63±3,35	17,72±6,83	3,70±3,05	1,93±1,02	6,74±3,06	30,31±12,14
Birkaç günde bir	24	12,7	11,50±4,26	15,42±7,44	3,33±3,10	1,54±1,22	6,29±3,62	27,04±14,34
p			0,067	0,294	0,209	0,109	0,805	0,388
Ağrının gün içinde sıklıkla deneyimlenme zamanı								
Sabah	10	5,3	11,80±4,10	16,60±5,87	3,20±2,86	2,10±1,37	6,30±2,98	28,20±10,65
Öğle	6	3,2	11,17±2,99	17,67±4,72	4,00±3,46	2,00±0,63	6,33±2,73	30,00±9,14
Öğleden sonra	75	39,7	11,80±3,51 ^a	15,99±6,48 ^a	3,31±2,79 ^a	1,71±1,09	6,23±3,13	27,35±11,60 ^a
Akşam	98	51,9	13,36±4,12	19,64±7,40	4,78±3,27	2,12±1,12	7,18±3,27	33,75±13,10
p			0,044	0,008	0,016	0,109	0,251	0,009

Çizelge 4.8 (devamı). Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Ağrıya İlişkin Özellikler	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Ağrıya eşlik eden yakınmalar								
Olan	184	97,4	12,70±3,88	18,11±7,08	4,17±3,12	1,97±1,13	6,80±3,20	31,11±12,56
Olmayan	5	2,6	8,40±2,61	12,60±5,41	1,00±1,73	1,40±0,89	4,00±1,87	19,00±8,37
p			0,015	0,086	0,025	0,266	0,053	0,034
Analjezik kullanma sıklığı								
Ağrısı olduğunda	103	54,8	11,44±3,61 ^b	15,92±6,96 ^b	3,47±2,80 ^b	1,70±1,14 ^b	5,98±3,12 ^b	27,26±12,12 ^b
Günde bir kez	2	1,1	10,00±5,66	22,00±7,07	4,50±6,36	2,50±0,71	5,50±3,54	34,50±17,68
Günde iki kez	39	20,7	12,59±3,70 ^b	18,18±6,09 ^b	3,64±3,36 ^b	2,18±0,91	7,00±2,70	31,00±11,84 ^b
Günde üç kez	44	23,4	15,52±3,20	22,66±5,84	6,00±2,84	2,36±1,08	8,45±3,03	39,27±9,81
p			0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000
Ağrının kontrolüne ilişkin eğitim alma durumu								
Alan	108	57,1	12,59±3,86	17,92±7,28	4,19±3,07	1,94±1,13	6,76±3,06	30,81±12,54
Almayan	81	42,9	12,58±4,00	18,04±6,86	3,95±3,22	1,96±1,12	6,69±3,39	30,77±12,76
p			0,983	0,908	0,612	0,911	0,886	0,979

Çizelge 4.8 (devamı). Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Ağrıya İlişkin Özellikler	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Eğitimi veren kişi/kişiler (n:108)								
Doktor	22	11,6	12,05±3,77	17,73±7,12	3,68±2,47	1,68±0,89	6,77±3,07	30,32±11,28
Hemşire	10	5,3	10,80±4,82	15,10±8,44	2,60±3,17	1,60±1,35	5,10±3,28	24,40±14,91
Doktor ve hemşire	44	23,3	12,32±3,60	15,95±7,04	4,07±2,72	1,89±1,24	6,16±2,99	28,07±12,22
Arkadaş	7	3,7	14,14±4,10	21,57±5,09	5,86±4,26	2,28±0,76	8,43±1,72	38,14±11,10
Doktor / hemşire / arkadaş	12	6,3	14,25±3,36	20,00±6,61	4,50±3,68	2,17±0,94	8,33±2,96	34,25±11,69
Doktor / hemşire / kişisel bilgi (internet)	13	6,9	13,46±4,12	23,15±6,07	5,46±3,43	2,46±1,13	7,69±2,90	38,77±10,83
p			0,358	0,018	0,259	0,409	0,114	0,038

Çizelge 4.8 (devamı). Hastaların ağrıya ilişkin özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Ağrıya İlişkin Özellikler	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Ağrı kontrolüne ilişkin önerilerin etkili olma durumu								
Etkili oldu	48	25,4	12,40±3,62	19,08±7,68	4,62±2,86	1,96±1,07	6,94±3,45	32,62±13,27
Etkili olmadı	82	43,4	12,57±3,98	17,98±6,84	3,94±3,21	1,94±1,14	6,68±3,37	30,66±12,72
Kısmen etkili oldu	59	31,2	12,76±4,10	17,05±6,90	3,85±3,24	1,97±1,16	6,63±2,74	29,49±11,91
p			0,890	0,338	0,380	0,989	0,870	0,440

(a): Ağrıyı gün içinde sıklıkla “akşam” deneyimleyen gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): Ağrısı olduğu zaman “günde üç defa” ağrı kesici kullanan gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Çizelge 4.9. Hastaların ağrılarına eşlik eden yakınmaları (n:189)*

Yakınmalar	n	%
Uykusuzluk	165	87,3
Halsizlik	132	69,8
Bulantı	103	54,5
İştahsızlık	57	30,2
Baş dönmesi	42	22,2
Cinsel isteksizlik	20	10,6
Göz yaşarması	19	10,1
Kusma	19	10,1
Çift görme	8	4,2

* n katlanmıştır

Araştırma kapsamına alınan hastaların ağrıya ilişkin özellikleri ve bu özelliklerine göre MASF alt boyutları olan duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile PUKI ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.8.'de verilmiştir.

Hastaların tümü ağrı deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Hastaların %32,3'ü gün içinde sürekli, %24,3'ü diyaliz sırasında veya sonrasında, %19'u günde 1-2 kez, %12,7'si birkaç günde bir, %11,6'sı gün içinde üç ve daha fazla ağrı deneyimlediklerini belirtmişlerdir. PUKI ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, ağrıyı birkaç günde bir deneyimleyenlerin puan ortalamaları diğer dört gruba göre daha düşük bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında ise ağrıyı birkaç günde bir deneyimleyenlerin puan ortalamaları diğer dört gruba göre daha düşük bulunmuştur ve yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan hastaların ağrıyı gün içinde sıklıkla deneyimleme zamanı değerlendirildiğinde %51,9'unun akşam, %39,7'sinin öğleden sonra, %5,3'ünün sabah, %3,2'sinin öğlen ağrı deneyimledikleri saptanmıştır. Ağrıyı gün içinde akşam daha çok deneyimleyenlerin PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek puan ortalamaları diğer dört gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde ise PUKI ölçek puan ortalamaları, MASF'nun duyuşal ile algısal alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %97,4'ünün ağrıya eşlik eden yakınmasının olduğu belirlenmiştir. Hastaların %87,3'ünün uykusuzluk, %69,8'inin halsizlik, %54,5'inin bulantı, %30,2'sinin iştahsızlık, %22,2'sinin baş dönmesi yakınmalarının olduğu belirlenmiştir. Ağrıya eşlik eden yakınması olanların PUKI ölçek puan ortalamaları ağrıya eşlik eden yakınması olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında ise ağrıya eşlik eden yakınması olanların puan ortalamaları olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların algısal alt ölçeği puan ortalamaları ile ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki istatistiksel fark olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Örneklem kapsamına alınan hastaların %54,8'i ağrısı olduğu zaman, %23,4'ü günde üç defa, %20,7'si günde iki defa ağrı kesici kullandıklarını belirtmişlerdir. PUKI ölçek puan ortalamaları değerlendirildiğinde, günde üç defa ağrı kesici kullananların puan ortalamaları diğer üç gruba göre daha yüksek bulunmuş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Günde üç defa ağrı kesici kullananların MASF'nun değerlendirme dışındaki alt ölçekleri ve ölçek toplam puanı diğer üç gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde ise gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların ağrının kontrolüne ilişkin %57,1'inin eğitim aldığı belirlenmiştir. Eğitim alan ve almayan grupların PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları birbirine yakın olup, gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Ağrılarının kontrolüne ilişkin eğitim aldığını ifade eden hastaların %23,3'ü doktor ve hemşireden, %11,6'sı doktordan, %6,9'u doktor, hemşire ve internetten, %6,3'ü doktor, hemşire ve arkadaştan, %5,3'ü hemşireden, %3,7'si arkadaşlarından bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Hemşireden eğitim alan kişilerin PUKI ölçek puan ortalamaları diğer dört gruba göre düşük bulunmuş, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından incelendiğinde ise hemşireden, ağrının kontrolüne ilişkin eğitim alan kişilerin puan ortalamaları diğer dört gruba göre daha düşük bulunmuştur ve duyuşsal alt ölçeği ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak

anlamli fark saptanmifstir (p<0,05). Algisal, değerlendirme, karifsk alt olęekleri puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamli fark saptanmamifstir (p>0,05).

ęalıřma kapsamına alınan hastalar ağrı kontrolüne ilişkin verilen eğitimi %43,4'ü etkili olmadığını, %31,2'si kısmen etkili olduğunu ve %25,4'ü etkili olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel analizde PUKI olęek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve olęek toplam puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamli fark saptanmamifstir (p>0,05).

ęizelge 4.10. Hastaların bildirdikleri ağrı lokalizasyonu (n:189)*

Ağrı lokalizasyonu	n	%
Ayak ve bacak	117	61,9
Baş, yüz, ağız	108	57,1
Omuz, el, kol	64	33,9
Sırt ve bel	52	27,5
Mide	45	23,8
Karın	23	12,2
Göğüs	22	11,6
Fistül	20	10,6

* n katlanmifstir

Araştırma kapsamına alınan hastaların bildirdikleri ağrı lokalizasyonu ęizelge 4.10.'da verilmiştir. Hastaların %61,9'u ayak ve bacak bölgesinde, %57,1'i baş, yüz ve ağız bölgesinde, %33,9'u omuz, el ve kol bölgesinde, %27,5'i sırt ve bel bölgesinde ve %23,8'i midesinde ağrısının olduğunu belirtmiştir.

Çizelge 4.11. Ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler (n:189)*

Ağrıyı arttıran faktörler	n	%
HD uygulaması sırasında invaziv girişimler	178	94,2
Uykusuzluk	139	73,5
Soğuk uygulama	51	27,0
Yorgunluk	48	25,4
Hipotansiyon	35	18,5
Stres	32	16,9
Gürültü / ışık	23	12,2
Hareket etmek	13	6,9
Diğer sağlık sorunları	9	4,8
Ayakta durmak	7	3,7
Ağrıyı azaltan faktörler		
Ağrı kesici almak	159	84,1
Masaj yapmak	138	73,0
Dinlenmek	83	43,9
Sıcak uygulama yapmak	67	35,4
Uyumak	38	20,1
Hareket etmek	22	11,8

* n katlanmıştır

Hastaların ağrılarını arttıran ve azaltan faktörlerin dağılımı Çizelge 4.11.'de gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %94,2'si HD uygulaması sırasında invaziv girişimlerin, %73,5'i uykusuzluğun, %25,4'ü yorgunluğun ağrılarını arttırdığını bildirmişlerdir.

Hastaların %84,1'i ağrı kesici almanın, %73'ü masaj yaptırmanın, %43,9'u dinlenmenin, %35,4'ü sıcak uygulamanın, %20,1'i uyumanın ve %11,8'i de hareket etmenin ağrılarını azalttığını ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.12. Ağrının giderilmesi için yapılan uygulamalar (n:189)*

Uygulamalar	n	%
Ağrı kesici alma	182	96,3
Uyuma / dinlenme / yalnız kalma	126	66,7
Tıbbi yardım alma	82	43,4
TV seyretme / müzik dinleme	70	37,0
Dua / ibadet / meditasyon	65	34,4
Bitkisel uygulamalar yapma	58	30,7
Duş alma	27	14,3
Bir şeyler yeme / içme	13	6,9

* n katlanmıştır

Örnekleme oluşturan hastaların ağrılarını gidermek için yapılan uygulamalara baktığımızda, % 96,3'ünün ağrı kesici almayı, %66,7'sinin uyumayı, dinlenmeyi ve yalnız kalmayı, %43,4'ünün tıbbi yardım almayı, %37'sinin TV seyretmeyi ve müzik dinlemeyi seçtiği saptanmıştır.

Çizelge 4.13. Hastaların ağrıya bağlı sosyal faaliyetlere katılma, yaşamdan zevk alma ve diğer insanlarla ilişkilerinin etkilenme durumu

Aktiviteler	n	%
Ağrı nedeniyle sosyal faaliyetlerin etkilenme derecesi		
Az	33	17,5
Biraz	107	56,6
Çok	49	25,9
Ağrı nedeniyle yaşamdan zevk almanın etkilenme derecesi		
Az	44	23,3
Biraz	101	53,4
Çok	44	23,3
Ağrı nedeniyle insanlarla ilişkilerin etkilenme derecesi		
Az	44	23,3
Biraz	106	56,1
Çok	39	20,6

Araştırma kapsamına alınan hastaların ağrı nedeniyle %25,9'u sosyal faaliyetlerinin, %23,3'ü yaşamdan zevk almalarının ve %20,6'sı diğer insanlarla ilişkilerinin “çok” etkilendiğini ifade etmişlerdir.

Çizelge 4.14. Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ağrı sorunu nedeniyle etkilenme durumuna göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Günlük Yaşam Aktivitelerinin Etkilenme Durumu	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Beslenme								
Az	96	50,8	13,05±3,99	18,73±7,02	4,17±3,14	1,87±1,02	6,87±3,09	31,65±12,54
Orta	74	39,2	12,27±3,69	16,95±7,26	3,99±3,13	2,04±1,18	6,69±3,28	29,81±12,83
Çok	19	10,1	11,47±4,24	18,11±6,57	4,05±3,27	2,00±1,41	6,16±3,52	30,32±12,40
p			0,185	0,266	0,933	0,625	0,667	0,635
Banyo Yapma								
Az	98	51,9	11,80±3,85 ^{a,b}	16,76±7,36 ^a	3,56±3,05 ^a	1,69±1,15 ^{a,b}	6,13±3,33 ^b	28,15±12,91 ^{a,b}
Orta	83	43,9	13,16±3,84	18,63±6,30 ^a	4,31±3,03 ^a	2,18±1,00	7,24±2,96	32,48±11,33 ^a
Çok	8	4,2	16,37±2,00	26,00±5,78	8,12±2,10	2,75±1,16	8,75±2,38	45,62±8,18
p			0,001	0,001	0,000	0,002	0,012	0,000
El-Yüz Yıkama								
Az	174	92,1	12,47±3,88	17,85±7,08	4,03±3,10	1,94±1,13	6,72±3,25	30,61±12,66
Orta	13	6,9	13,62±4,23	19,15±7,70	4,38±3,55	1,92±1,12	6,85±2,79	32,31±12,84
Çok	2***	1,1						
p			0,309	0,525	0,698	0,952	0,895	0,643
Hareket								
Az	17	9,0	10,88±3,84 ^c	15,35±7,07 ^c	3,18±3,61	1,88±1,50	5,94±3,23	25,82±12,27 ^c
Orta	147	77,8	12,41±3,85 ^c	17,69±7,08 ^c	3,96±3,08	1,86±1,08 ^c	6,60±3,10	30,24±12,51 ^c
Çok	25	13,2	14,80±3,54	21,40±6,14	5,44±2,80	2,52±0,96	8,04±3,51	37,40±11,25
p			0,003	0,014	0,041	0,024	0,064	0,007

*** İstatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Çizelge 4.14 (devamı). Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ağrı sorunu nedeniyle etkilenme durumuna göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Günlük Yaşam Aktiviteleri	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Giyinme								
Az	108	57,1	11,91±3,84 ^d	16,19±7,04 ^d	3,57±3,17	1,80±1,17	6,38±3,33	28,05±12,89 ^d
Orta	74	39,2	13,42±3,83	20,30±6,35	4,64±2,98	2,14±0,98	7,18±2,96	34,24±11,23
Çok	7	3,7	14,29±4,15	20,71±8,08	6,14±2,48	2,43±1,40	7,43±3,21	36,71±12,54
p			0,018	0,000	0,016	0,069	0,216	0,002
Uyku/ İstirahat Şekli								
Az	13	6,9	8,46±2,22 ^{e,f}	10,62±6,44 ^{e,f}	1,23±1,42 ^{e,f}	1,08±1,04 ^{e,f}	4,69±2,56 ^f	17,62±9,73 ^{e,f}
Orta	96	50,8	11,21±3,30 ^{f,g}	16,99±6,53 ^{f,g}	3,61±3,14 ^{f,g}	1,86±1,09 ^g	6,26±3,15 ^f	28,94±11,90 ^{f,g}
Çok	80	42,3	14,91±3,46	20,34±6,79	5,11±2,92	2,20±1,10	7,62±3,11	35,16±11,88
p			0,000	0,000	0,000	0,002	0,001	0,000
Boşaltım								
Az	138	73,0	12,11±3,86 ⁱ	17,25±6,88	3,76±3,00	1,87±1,10	6,35±3,15 ^h	29,31±12,09
Orta	46	24,3	13,61±3,79	19,50±7,42	4,74±3,27	2,17±1,18	7,65±3,12	34,04±13,20
Çok	5	2,6	16,40±3,13	23,80±5,40	7,00±3,74	2,20±1,10	8,80±3,27	41,80±11,99
p			0,006	0,030	0,019	0,249	0,018	0,012
Ziyaret								
Az	26	13,8	10,31±3,53 ^{j,k}	13,00±5,82 ^{j,k}	3,19±2,95	1,42±1,14 ^j	4,85±3,02 ^{j,k}	22,12±10,36 ^{j,k}
Orta	145	76,7	12,66±3,74 ^k	18,66±6,89	4,08±3,11	2,02±1,11	6,96±3,12	31,86±12,37
Çok	18	9,5	15,33±4,06	19,56±7,66	5,39±3,31	2,17±1,10	7,61±3,27	34,72±12,70
p			0,000	0,000	0,073	0,030	0,003	0,000

Çizelge 4.14 (devamı). Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin ağrı sorunu nedeniyle etkilene durumuna göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Günlük Yaşam Aktiviteleri	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Alışveriş								
Az	18	9,5	9,72±3,36 ^{l,m}	14,17±5,69 ^m	3,33±3,24	2,06±1,11	5,50±2,85	24,56±9,55 ^m
Orta	146	77,2	12,62±3,76 ⁿ	18,07±7,07	4,01±3,08	1,89±1,10	6,71±3,22	30,82±12,74
Çok	25	13,2	14,44±4,11	20,12±7,28	5,08±3,28	2,24±1,23	7,72±3,09	35,16±12,22
p			0,000	0,022	0,161	0,328	0,079	0,024
Ev İşleri / Bahçe İşleri								
Az	12	6,3	9,83±3,24 ^p	14,83±6,21 ^p	3,17±3,56	2,08±0,79	5,92±2,94	25,25±9,88 ^p
Orta	148	78,3	12,32±3,74 ^p	17,57±7,14 ^p	3,91±3,07	1,89±1,13	6,55±3,17	30,05±12,75 ^p
Çok	29	15,3	15,07±3,92	21,28±6,13	5,34±3,02	2,24±1,18	8,00±,21	36,86±10,97
p			0,000	0,010	0,045	0,271	0,053	0,008

- (a): GYA'den banyo yapma durumunun “çok” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(b): GYA'den banyo yapma durumunun “orta derecede” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(c): GYA'den hareket etme durumunun “çok” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(d): GYA'den giyinme durumunun “orta derecede” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(e): GYA'den uyku durumunun “orta derecede” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(f): GYA'den uyku durumunun “çok” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(g): GYA'den uyku durumunun “az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(h): GYA'den boşaltım durumunun “orta derecede” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(i): GYA'den boşaltım durumunun “çok” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(j): GYA'den ziyaret etme durumunun “orta derecede” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(k): GYA'den ziyaret etme durumunun “çok” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(l): GYA'den alış-veriş yapma durumunun “orta derecede” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(m): GYA'den alış-veriş yapma durumunun “çok” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(n): GYA'den alış-veriş yapma durumunun “az” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı
(p): GYA'den ev/bahçe işleri yapma durumunun “çok” etkilendiği gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan hastaların GYA'nın ağrı sorunu nedeniyle etkilenme durumuna göre MASF alt boyutları olan duyuşsal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile PUKI ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.14.'de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan tüm hastalar deneyimledikleri ağrının GYA'ni etkilediklerini belirtmişlerdir. GYA'den beslenme durumunun etkilenme derecesine baktığımızda, %50,8'i beslenme durumlarının az etkilendiğini, %39,2'si orta derecede etkilendiğini ve %10,1'i çok etkilendiğini belirtmişlerdir. Grupların PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu gözlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan da anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan hastaların ağrı nedeniyle banyo yapma aktivitelerinin %51,9'unun az etkilendiği, %43,9'unun orta derecede etkilendiği, %4,2'sinin çok etkilendiği belirlenmiştir. PUKI ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, banyo yapma aktivitelerinin çok etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında ise, banyo yapma aktivitesinin çok etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastalardan %92,1'i ağrı nedeniyle el-yüz yıkama aktivitelerinin az etkilendiğini, %6,9'u orta derecede etkilendiğini ve %1,1'i ise çok etkilendiğini belirtmiştir. Grupların PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun ölçek toplam puanı ile alt ölçekleri puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel açıdan da anlamlı fark olmadığı saptanmamıştır ($p>0,05$). El-yüz yıkama durumunun çok etkilendiğini belirten iki kişi olduğu için istatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

Örnekleme oluşturan hastaların %9'u hareket etmelerinin az etkilendiğini, %77,8'i orta derecede etkilendiğini ve %13,2'si de çok etkilendiğini belirtmişlerdir. PUKI ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, hareket etme aktivitelerinin çok etkilendiğini belirten grubun ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark

saptanmıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında ise, hareket etme aktivitelerinin çok etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur ve karışık alt ölçeği dışında gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Örnekleme oluşturan hastaların %57,1'i ağrı nedeniyle giyinme aktivitelerinin az etkilendiğini, %39,2'si orta derecede etkilendiğini ve %3,7'si de çok etkilendiğini bildirmişlerdir. PUKI ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, giyinme aktivitesinin az etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında giyinme aktivitelerinin çok etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamalarının diğer iki gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde ise değerlendirme ve karışık alt grupları dışında puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastalardan %6,9'u ağrı nedeniyle uykularının az etkilendiğini, %50,8'i orta derecede etkilendiğini ve %42,3'ü ise çok etkilendiğini belirtmiştir. PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında, uykularının çok etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak da önemli derecede anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Örnekleme oluşturan hastaların %73'ü ağrı nedeniyle boşaltım fonksiyonlarının az etkilendiğini, %24,3'ü orta derecede etkilendiğini, %2,6'sı ise çok etkilendiğini bildirmişlerdir. PUKI ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, boşaltım fonksiyonunun az etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında ise, boşaltım fonksiyonlarının çok etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur ve değerlendirme alt ölçeği puanı dışında gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %13,8'i ağrı nedeniyle akrabalarını ziyaret etme aktivitelerinin az etkilendiğini, %76,7'si orta derecede etkilendiğini ve %9,5'i ise

çok etkilendiğini belirtmişlerdir. PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında ziyaret etme aktivitelerinin çok etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. MASF'nun algısal alt ölçek puanı dışında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların %9,5'i deneyimledikleri ağrı nedeniyle alışveriş yapma aktivitelerinin az etkilendiğini, %77,2'si orta derecede etkilendiğini ve %13,2'si ise çok etkilendiğini belirtmişlerdir. PUKI ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, alışveriş yapma aktivitelerinin az etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında ise, alışveriş yapma aktivitelerinin çok etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Grupların duyuşsal alt ölçek puanı ve ölçek toplam puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Örneklemi oluşturan hastaların %6,3'ü ev / bahçe işlerini yapma aktivitelerinin az etkilendiğini, %78,3'ü orta derecede etkilendiğini ve %15,3'ü de çok etkilendiğini ifade etmişlerdir. PUKI ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde, ev/bahçe işlerini yapma aktivitelerinin az etkilendiğini belirtenlerin puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında ise, ev / bahçe işlerini yapma aktivitelerinin çok etkilendiğini belirtenlerin ortalamaları, ölçeğin değerlendirme alt grubu dışında diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuş, duyuşsal, algısal alt ölçeği ve ölçek toplam puanı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.15. Hastaların uykuya ilişkin özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Uykuya İlişkin Özellikler	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Uykuya rahat dalmaya yönelik alışkanlıkları								
Olan	102	54,0	12,92±3,82	18,67±6,76	4,37±3,18	2,07±1,00	6,89±3,05	31,99±12,30
Olmayan	87	46,0	12,20±4,00	17,15±7,41	3,75±3,05	1,82±1,24	6,54±3,37	29,39±12,88
p			0,204	0,143	0,172	0,123	0,452	0,158
HD'den sonra uyku alışkanlığında değişiklik olma durumu								
Olan	108	57,1	14,30±3,62	19,10±6,77	4,70±3,18	2,06±1,08	7,38±3,21	33,26±12,23
Kısmen olan	81	42,9	10,31±3,04	16,46±7,26	3,26±2,88	1,80±1,17	5,86±3,00	27,51±12,41
p			0,000	0,011	0,002	0,112	0,001	0,002
Uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitim alma durumu								
Alan	63	33,3	14,68±3,68	20,02±6,37	4,83±3,15	2,19±1,08	7,71±2,63	34,75±11,22
Almayan	126	66,7	11,54±3,61	16,94±7,22	3,71±3,07	1,83±1,13	6,24±3,35	28,82±12,83
p			0,000	0,005	0,021	0,039	0,003	0,002

Çizelge 4.15 (devamı). Hastaların uykuya ilişkin özelliklerine göre McGill Ağrı Soru Formu ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt gruplarına ait puan ortalamaları

Uykuya İlişkin Özellikler	n	%	Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
			Global skor (x±SD)	Duyusal (x±SD)	Algısal (x±SD)	Değerlendirme (x±SD)	Karışık (x±SD)	Toplam (x±SD)
Eğitimi veren kişi/kişiler (n:63)								
Doktor	8	4,2	15,00±3,55	17,38±5,34	4,38±2,92	1,63±1,41	6,63±2,26	30,00±10,04
Hemşire	16	8,5	13,31±4,30	21,06±6,44	5,50±3,29	2,56±1,15	7,75±2,82	36,88±11,58
Doktor ve hemşire	26	13,8	15,77±2,66	19,23±7,00	4,46±3,22	2,04±0,82	7,58±2,74	33,31±11,56
Arkadaş	7	3,7	14,00±4,76	22,00±6,16	5,71±3,59	2,57±1,13	8,57±2,30	38,86±11,85
Kişisel bilgi (İnternet)	6	3,2	12,83±4,26	20,00±5,62	3,33±3,20	2,17±1,17	7,00±2,45	32,50±11,40
p			0,000	0,111	0,195	0,094	0,159	0,066
Uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin önerilerin etkili olma durumu								
Etkili oldu	21	11,1	13,86±4,03 ^a	21,19±6,72 ^a	4,57±3,30	2,43±1,03	7,81±3,06	36,00±11,86 ^a
Etkili olmadı	129	68,3	11,69±3,70 ^b	17,02±7,16	3,75±3,06	1,84±1,12	6,21±3,32 ^b	28,91±12,70
Kısmen etkili oldu	39	20,6	14,87±3,47	19,36±6,40	4,92±3,17	2,08±1,11	7,88±2,39	34,23±11,35
p			0,000	0,016	0,092	0,059	0,004	0,009

(a): Uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin önerilerin “etkili olmadığını” belirten gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

(b): Uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin önerilerin “kısmen etkili olduğunu” belirten gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Araştırma kapsamına alınan hastaların uykuya ilişkin özelliklerine göre MASF alt boyutları olan duyusal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puan ortalamaları ile PUKI ölçek toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 4.15.'de verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların %54'ünün uykuya rahat dalmaya yönelik alışkanlıklarının olduğu belirlenmiştir. Uykuya rahat dalmaya yönelik alışkanlıkları olan ile uykuya rahat dalmaya yönelik alışkanlıkları olmayan grupların PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puanları birbirine yakın bulunmuştur. Gruplar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Örneklemi oluşturan hastaların %57,1'inde HD'den sonra uyku alışkanlığında değişiklik olduğu ve %42,9'unda HD'den sonra uyku alışkanlığında kısmen değişiklik olduğu saptanmıştır. PUKI ölçek puan ortalamaları HD'den sonra uyku alışkanlığında değişiklik olanlarda yüksek bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından incelendiğinde, HD'den sonra uyku alışkanlığında değişiklik olanların puan ortalamaları HD'den sonra uyku alışkanlığında kısmen değişiklik olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde MASF'nun değerlendirme alt ölçeği dışında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin %33,3'ü eğitim aldığını belirtmişlerdir. Eğitim alanların PUKI ölçek puan ortalamaları, MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları eğitim almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde de gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %4,2'si dokordan, %8,5'i hemşireden, %13,8'i doktor ve hemşireden, %3,7'si arkadaşlarından ve %3,2'si de internetten uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Doktor ve hemşireden eğitim alan kişilerin PUKI ölçek puan ortalamaları diğer dört gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından incelendiğinde ise arkadaşlarından eğitim alan kişilerin puan ortalamaları

diğer dört gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Örnekleme oluşturan hastaların %11,1'i uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin verilen eğitimin etkili olduğunu, %68,3'ü etkili olmadığını ve %20,6'sı da kısmen etkili olduğunu belirtmişlerdir. Eğitimin etkili olmadığını belirten hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları diğer iki gruba göre daha düşük bulunmuş ve yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında eğitimin etkili olmadığını belirten hastaların ölçek puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur. MASF'nun toplam puan ortalamaları ile duyuşsal ve karışık alt ölçekleri puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde; iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.16. Hastaların deneyimledikleri uyku sorunları (n:189)*

Uyku sorunları	n	%
Uykuya dalmakta zorlanma	122	64,6
Sık sık uyanma	97	51,3
Uyku saatinde değişiklik olma	82	43,4
Gündüz uyuklama	73	38,6
Çok erken uyanma	64	33,9
Hiç uyuyamama	62	32,8
Solunum sıkıntısı ile uyanma	25	13,2
Uyanmakta zorlanma	8	4,2
Uyku ile ilgili bozukluklar (uyurgezerlik, kabus görme, horlama vb.)	4	2,1
Uyku sorunu yaşamalarına neden olan faktörler		
HD seanslarından önce veya sonra ağrı	180	95,2
Hasta olması	149	78,8
Kramp	78	41,3
Stres / korku	58	30,7
Fazla sıvı alma	45	23,8
Yorgunluk	29	15,3
Solunum sıkıntısı	23	12,2
Kaşıntı	22	11,6
Diğer sağlık sorunları	14	7,4

* n katlanmıştır

Çalışma kapsamına alınan HD uygulanan bireylerin tümü uyku sorunları deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %64,6'sı uykuya dalmakta zorlandığını, %51,3'ü sık sık uyandığını, %43,4'ü uyku saatinde değişiklik olduğunu, %38,6'sı gündüz uyukladığını, %33,9'u çok erken uyandığını, %32,8'i ise hiç uyuyamadığını belirtmiştir.

Örnekleme oluşturan hastaların uyku sorunu yaşamalarına neden olan faktörler değerlendirildiğinde, %95,2'si HD seanslarından önce veya sonra deneyimlediği ağrı nedeniyle, %78,8'i hastalığı nedeniyle, %41,3'ü kramp nedeniyle, %30,7'si stres ve korkuya bağlı, %23,8'i fazla sıvı aldığı için uyku sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Çizelge 4.17. Hastaların McGill Ağrı Soru Formu ile Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği total ve alt ölçek puanları, bu puanların birbirleriyle korelasyonu

	PUKİ	McGill Ağrı Soru Formu Puan Ortalamaları				
		McGill (r)	Duyusal (r)	Algısal (r)	Değerlendirme (r)	Karışık (r)
PUKİ	1					
McGill		1				
Duyusal			1			
Algısal				1		
Değerlendirme					1	
Karışık						1

Araştırma kapsamına alınan hastaların PUKI ölçek toplam puanı ile MASF alt boyutları olan duyusal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puanlarının birbirleri ile korelasyonları izelge 4.17.'de verilmiştir.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede; PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun duyusal, algısal, değerlendirme, karışık alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamalarının birbirleri ile pozitif yönde anlamlı ilişkilerinin olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan HD uygulanan hastaların MASF puan ortalamalarının 30,79 (min:6, max:58), PUKI puan ortalamalarının 12,59 (min:4, max:20) olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamaları 53,25 idi. 51-60 yaş aralığında olan hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları, diğer yaş aralığında olan hastaların puanından daha yüksek belirlenmiştir. 61 yaş ve üstü olan hastaların MASF'nun duyuşal alt grubu ve ölçek toplam puan ortalamalarının diğer yaş aralığında olan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak hastaların yaşı arttıkça uyku kalitelerinin bozulduğu saptanmıştır (25, 31, 34, 37, 79, 181-185). Bazı çalışmalarda ise yaş ile uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (27, 33, 38, 148, 168, 186, 187).

Yaşlanma süreciyle gelişen fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlarla birlikte, özellikle sağlık sorunları nedeniyle ortaya çıkan semptomlar ve kullanılan ilaçlar uyku kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir. Yaşın artması ile birlikte uykunun derinliği ve süresi etkilenebilmektedir.

Yaptığımız çalışmada hastaların yaşı arttıkça ağrı değerlendirme puanlarında artış görülmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada da bizim bulgumuza benzer olarak yaş ile ağrı değerlendirme puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (188). Yapılan diğer çalışmalarda ağrı duyarlılığının yaş ile birlikte azalma gösterdiği belirlenmiştir (189-191).

Ağrı gibi öznel bir sorunda ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişmektedir. Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası sürekli ağrı deneyimledikleri için ağrıya nörofizyolojik ve psikolojik olarak uyum gösterdikleri düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası erkek idi. PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından

karşılaştırıldığında kadınların puan ortalamalarının erkeklerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda bizim bulgumuza benzer olarak cinsiyetin ağrı algısını etkilemediği, genel olarak kadın ve erkekler arasında ağrıya tepkide fark olmadığı belirlenmiştir (190, 192, 193). Erkeklerin ve kadınların ağrıya benzer tepkiler verdikleri görülmekle birlikte, uygulamada kadınların erkeklerden daha çok ağrı deneyimledikleri belirtilmektedir (194). Bınık ve ark. (30) yaptıkları çalışmada kadınların erkeklere göre daha fazla ağrı deneyimlediklerini saptamışlardır. Ağrının kişiye özgü bir semptom olması nedeniyle cinsiyetin ağrı algısını etkilemediği düşünülmektedir. Ağrı gibi öznel bir sorunda, ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişebilmektedir.

Yapılan bazı çalışmalarda, bizim çalışma bulgumuzu destekleyecek şekilde, cinsiyetin uyku kalitesi üzerinde etkili olmadığı saptanmamıştır (25, 27, 31, 148, 168, 181, 182). Tersine Unruh ve ark. (79) yaptıkları çalışmada, erkeklerde uyku kalitesinin kadınlara göre daha kötü olduğunu bulmuşlardır. Fakat Çölbay ve ark. (34)'nın yaptığı çalışmada kadınların uyku kalitesinin erkeklere göre daha kötü olduğu belirlenmiştir. Uykunun temel bir gereksinim olması nedeniyle cinsiyetin uyku kalitesini etkilemediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının evli olduğu ve evlilerin PUKI ölçek ortalama puanının boşanmış/dul ve bekar olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dul/boşanmış olanların MASF ortalama puanlarının evli ve bekar olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada, uyku puanı değişiminin medeni duruma göre incelendiğinde, uyku kalitesinin evli olan hastalarda boşanmış / dul ve bekar olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgudan farklı olarak Demir (178)'in yaptığı çalışmaya göre medeni durumun uyku kalitesi üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Kuzeyli ve ark. (25)'nin yaptığı çalışmada ise dul olan hastaların uyku kalitesinin evli ve bekar olanlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, medeni durumun ağrı şikayeti üzerine etkili olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak Davison ve ark. (7)'nin yaptıkları çalışmada evli olan hastaların ağrı puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bınık ve ark. (30)'nın yaptıkları çalışmada ise bekar olan hastaların ağrı puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Evli olan hastaların uyku kalitesinin düşük olmasının nedeni, evli olanların evden, ailesinden uzak olması, aile içindeki rol kayıpları ve evdeki sorumluluklarının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca günlük yaşamdaki anksiyete, stres ve diğer emosyonel sorunlar hastaların uyku kalitesinin bozulmasına neden olabilmektedir.

Örneklem kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası ilköğretim mezunu idi. PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF ölçek puan ortalamaları ve duyuşsal, değerlendirme, karışık alt ölçekleri puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında yüksekokul mezunu olan hastaların puan ortalamalarının okur-yazar olmayan, okur-yazar olan, ilköğretim ve lise mezunu olan grupların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre hastaların uyku kalitesi ve ağrı puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Aslan ve ark. (188)'ları yaptıkları çalışmada, bizim bulgumuzun tersine, eğitim düzeyi düşük olan hastaların ağrı puanının yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada ise eğitim düzeyi yüksek olan hastaların ağrı puanının yüksek olduğu saptanmıştır (30). Yapılan bazı çalışmalarda, bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların uyku kalitesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (166, 178).

Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla gelecek kaygısı yaşamaları, hastalığını kabullenmemeleri ve hastalığa uyum sağlayamamaları nedeniyle hastalığın neden olduğu semptomlar ile baş etmede yeterli olmadıkları düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun (%89,4) herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında çalışmayan hastaların puan ortalamalarının çalışanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak çalışmayan hastaların ağrı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmayanların PUKI ölçek puan ortalamalarının, çalışanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmış ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmayan hastaların iş arkadaşlarından alabilecekleri sosyal desteklerin olmaması, kendilerini dinlemeleri nedenlerinden dolayı hastalık ve semptomları ile baş etmede yeterli olamadıkları düşünülebilir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının ilde yaşadığı belirlenmiştir. İlde yaşayanların PUKI ölçek puan ortalamalarının köy ve ilçede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda ilde yaşayanların MASF alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının diğer iki gruptan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak ilde yaşayan hastaların uyku kalitesi ve ağrı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İlde hızlı kentleşmeye, teknolojik gelişmelere bağlı olarak fiziksel aktivite azlığı, çalışma hayatı ve geçim sıkıntısının yol açtığı stres nedeniyle hastalar gereksinimlerinin karşılanması hususunda önemli derecede güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu nedenle ilde yaşayan hastaların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu ve hastaların uyku kalitelerinin bozulmuş ve ağrı şikayetlerinin artmış olduğu düşünülebilir.

Örnekleme oluşturan hastaların hemen hemen yarısının gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Geliri giderine denk olan hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek puan ortalamalarının geliri olmayan ve geliri giderinden az olan gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmış ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Yapılan bir çalışmada sosyo-ekonomik durumun uyku kalitesini etkilediği saptanmıştır (159). Koopman ve ark. (195) da yaptıkları çalışmada düşük gelir düzeyinin uyku bozukluğuna neden olduğunu saptamışlardır.

Hastalar diyalize bağımlı oldukları için çalışma ve sosyal yaşantıları kesintiye uğramakta ve gelir durumları değişmektedir. Buna bağlı olarak geçim sıkıntısının ve gelecek kaygısının yol açtığı stres nedeniyle hastaların uyku kalitelerinin bozulmuş ve ağrı şikayetlerinin artmış olduğu düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının çekirdek aile yapısına sahip oldukları belirlenmiştir. Geniş aile yapısına sahip olan hastaların PUKI ölçek puan ortalamalarının parçalanmış ve çekirdek aile yapısına sahip olan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Parçalanmış aile yapısına sahip olan hastaların MASF ölçek puan ortalamaları ve duyuşsal, değerlendirme alt ölçekleri puan ortalamalarının diğer iki gruba göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, bizim çalışma bulgumuzu destekleyecek şekilde, hastaların sahip olduğu aile yapısına göre uyku kalitesi ve ağrı puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (196).

Örnekleme kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının ailesi ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Ailesi ile birlikte yaşayan, yalnız yaşayan, oğlu veya kızı ile birlikte yaşayan üç grubun PUKI ölçek toplam puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ailesi ile yaşayan hastaların diğer iki gruba göre MASF ölçek puan ortalamaları ve karışık alt grubu dışındaki alt ölçeklerinin puan ortalamaları daha düşük saptanmıştır. Fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Çalışmamızda hastaların yarısından fazlası ailesi ile birlikte yaşamaktadır ve çekirdek aile yapısına sahiptirler. Türk toplumu aile merkezli bir yapıya sahiptir. Aile içi ilişkiler birçok topluma göre daha sıkı ve ailedeki bireyler birbirine bağlıdır. Aile içindeki bireylerde bireysel paylaşımlar ve sosyal desteğin iyi olması nedeniyle hastalarımız hastalığa bağlı gelişen semptomlarla daha etkin baş edebilmektedirler.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarıya yakınının normal kiloda olduğu belirlenmiştir. Aşırı şişman olan hastaların PUKI ölçek puan ortalamalarının zayıf, normal, kilolu, hafif şişman, orta şişman olan gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda bizim çalışma bulgumuzu destekleyecek şekilde, BKİ'nin uyku kalitesi üzerine etkili olmadığı saptanmıştır (34, 37, 148, 197-199). Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak BKİ yüksek olan hastaların sıklıkla uyku sorunu yaşadığı bildirilmektedir (200). Orta şişman olan hastaların MASF alt grupları ve aşırı şişman olan hastaların MASF ölçek toplam puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, bizim çalışma bulgumuzu destekleyecek şekilde, BKİ puanı yüksek olan hastalarda ağrı değerlendirme puanlarının arttığı saptanmıştır (30). Obezite uyku bozukluklarında önemli bir risk faktörü olarak bilinmektedir. BKİ 25 ve üzerinde olan bireyler için uyku bozukluğu riski artmaktadır (201).

Aşırı şişman olan hastalarımızın ağrı şikayetleri olmaktadır. Hemodiyaliz seansları arasında fazla kilo alınması durumunda HD sırasında aşırı sıvı çekilmesi nedeniyle, kramplar, kramplara bağlı bacak ağrısı, göğüs ağrısı, hipotansiyona bağlı baş ağrısı gibi birçok ağrı şikayetleri ortaya çıkabilmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının sigara ve alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Sigara kullanmayı bırakan hastaların MASF'nun duyuşal, karışık alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları ile PUKI ölçek toplam puan ortalamalarının sigara kullanan ve kullanmayan hastaların ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alkol kullanmayan hastaların MASF alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamalarının ile PUKI ölçek toplam puan ortalamalarının alkol kullanan, alkol kullanmayı bırakan hastaların ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda alkol kullanma ve bırakma süresi ile uyku kalitesi ve ağrı puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çalışma bulgumuza göre, sigara içme süresinin uzaması ile uyku kalitesinin azaldığı, içilen sigara sayısının artması ile ağrı puanının arttığı belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda, bizim çalışma bulgumuza benzer olarak, sigara kullanımının uyku kalitesi üzerine etkili olmadığı belirlenmiştir (36, 37, 168, 181, 182). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgudan farklı olarak bazı çalışmalarda sigara kullanan hastalarda uykusuzluk sorununun daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (43, 148, 166, 199). Yapılan çalışmalarda, alkol kullanan hastalar ile kullanmayan hastaların uyku kaliteleri açısından fark olmadığı saptanmıştır (134, 197, 199). Bu çalışmalar bizim bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak yapılan bazı çalışmalarda ise alkol kullanma alışkanlığının uyku kalitesini bozduğu belirlenmiştir (43, 201).

Alkol kullanımı uykuya dalma süresinin kısılmasına neden olarak, uykuya dalmayı kolaylaştırmasına karşın uyanmayı geciktirmektedir. Fakat uyku sık sık kesilmekte, ertesi gün hastalar kendini dinlenmiş hissetmediklerinden dolayı yorgun ve sinirli olabilmektedirler. Hastalar sigara kullanmayı stresle başa çıkmada kullandıkları yöntemlerden biri olarak seçtiklerinden dolayı sigarayı bırakan hastalarda stres düzeylerinin artması, uyku ve ağrı puanının yüksek olarak belirlenmesinin sebebi olarak düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının 1-5 yıldır KBY hastası oldukları belirlenmiştir. Hastalık süresi ile PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırıldığında grupların puanlarının birbirine yakın olduğu belirlenmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun başka bir kronik hastalığının bulunduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Örnekleme oluşturan kronik hastalığı olan hastaların büyük çoğunluğu (%90,5) kronik hastalığına yönelik ilaç kullanmaktadır. İlaç kullananların, kullanmayanlara göre PUKI ölçek puan ortalamalarının ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığına yönelik ilaç kullanan hastaların yarıdan fazlasının ilaçlarını düzenli kullandığı belirlenmiştir. İlaçlarını kullanırken bazen aksatanların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının ilaçlarını kullanmayan ve düzenli kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda HD hastalarının KBY dışında eşlik eden başka bir kronik hastalığı olduğu ve hastaların yarıya yakınında HT ile DM hastalığı olduğu belirlenmiştir (7, 17, 25, 37). Yapılan bir çalışmada, bizim çalışma bulgumuza paralel olarak, kronik hastalıklarda uyku problemlerinin daha sık olduğu bildirilmiştir (202). Yapılan başka bir çalışmada bizim çalışma bulgumuzdan farklı olarak KBY dışında başka hastalığın olup olmasının uyku kalitesini etkilemediği saptanmıştır (25). Cohen ve ark. (24) yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olan hastalarda uyku ve ağrı puanlarının yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Hasta kişiler normal kişilere göre daha fazla uykuya ihtiyaç duyabilmektedir. Ancak kronik hastalıklara bağlı olarak birçok biyo-psiko-sosyal faktör hastaların uyku kalitesini bozabilmektedir. Ayrıca kronik hastalıklara bağlı olarak yaşadıkları ağrı, uyku bozukluklarına yol açarken; deneyimledikleri uykusuzluk da hastalarda ağrıya karşı duyarlılığın artmasına neden olabilmektedir.

Hastaların düzenli olarak kullandıkları ilaçlar (beta blokerler, antihipertansif ilaçlar) uykuya dalmalarını engelledikleri için uyku kalitesi bozulabilmektedir. İlaçlarını düzenli kullanmayı aksatan hastalar, hastalığını kabullenmemiş ve hastalığa uyum sağlayamayarak, onunla birlikte yaşamayı öğrenmemiş ve hastalığın neden olduğu semptomlarla daha etkin başedemeyen bireyler olduğu sonucuna varılabilir.

Araştırmaya katılan hastaların yarıdan fazlası “kendini hasta hissettiğini” ifade etmiştir. “Kendini çok hasta hissedenlerin” PUKI ölçek puan ortalamalarının kendini

hasta hisseden ve hasta hissetmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca MASF'nun değerlendirme dışındaki alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının “kendini çok hasta hisseden” hastalarda diğer gruplara göre daha yüksek saptanmıştır.

“Kendini çok hasta hisseden” bireylerin enerji seviyesi ve sağlıkla ilgili sorunlara ilişkin farkındalıkları azalmakta, dolayısıyla hastalar yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen birçok rahatsız edici semptomla etkin olarak başa çıkamamaktadırlar. Bu nedenle hastaların uyku kalitelerinin bozulduğu ve daha sık ağrı deneyimledikleri ifade edilebilir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu ifade etmiştir. Hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtenlerle yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade edenlerin PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuştur. Hastalığı hakkında bilgi sahibi olan hastaların sağlıkla ilgili olan sorunlara farkındalıkları artmakta ve karşılaştıkları problemleri daha kolay kontrol altına alabilmektedirler.

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasına 1-6 yıl süre ile HD tedavisi uygulandığı belirlenmiştir. 3-12 aydır HD tedavisi alan hastaların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının 1-6 yıl, 7-11 yıl, 12 yıl ve üzeri HD tedavisi alan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların büyük bir kısmına haftada üç seans HD uygulandığı ve günün dört saatini diyaliz ünitesinde geçirdikleri saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada haftada uygulanan HD sayısı ve HD seanslarının süresi ile PUKI ölçek puan ortalamaları, MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.

Yapılan çalışmalarda, bizim bulgumuza benzer olarak, diyaliz süresinin uyku kalitesi üzerine etkili olmadığı belirlenmiştir (25, 27, 34). Literatürde bizim çalışma bulgularımızdan farklı olarak, HD tedavi süresi uzadıkça uyku kalitesinin bozulduğu saptanmıştır (79, 183, 203, 204). Davison ve ark. (7) yaptıkları çalışmada, bizim bulgumuzdan farklı olarak HD süresi uzadıkça ağrı şiddetinin arttığını saptamışlardır.

Yapılan bir çalışmaya göre bizim bulgumuzla benzer olarak, hastaların yarısından fazlasına haftada üç seans HD tedavisi uygulandığı, uygulanan HD seansının dört saat sürdüğü saptanmıştır (31). Cohen ve ark. (24) tarafından yapılan çalışmada, bizim

çalışma bulgularımıza paralel olarak haftada uygulanan HD sayısının uyku kalitesini etkilemediği belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, bizim bulgumuzdan farklı olarak haftada uygulanan HD seanslarının sayısı ve süresi azaldıkça uyku kalitesinin bozulduğu saptanmıştır (199). Başka bir çalışmada ise haftada uygulanan HD seansı arttıkça hastaların uyku kalitelerinin de arttırdığı bulunmuştur (205).

Yaşamda kısıtlılıklar, hastalığa bağlı gelişen metabolik değişiklikler, ağrı, diyet kısıtlamaları, dispne, yorgunluk, kramp, kronik metabolik asidoz ile birlikte olan hipokapni, üst solunum yolu sinirlerini etkileyen periferik nöropatinin varlığı, emosyonel sorunlar ve hastaların üremik toksinlere daha uzun süre maruz kalmalarından dolayı daha uzun süredir HD tedavisi uygulanan hastaların uyku kalitesinin daha kötü olması beklenebilir. Fakat kısa süreli HD tedavisi uygulanan hastalarda diyaliz başlangıcında hastanın işinin, gelirin ve sosyal durumunun etkilenmesi, hastalığa uyum sağlayamaması, tedaviye uyumunun daha az olması nedeniyle uyku kalitesi etkilenebilmektedir. Hastanın ağrıyla etkin baş etme yöntemlerini kullanamaması, uykusuzluk, yorgunluk, korku, üzüntü, çaresizlik, depresyon, öfke, rahatsız edici bir ortamda bulunma, iş kaybı, ailevi kaygılar, tedirginlik ve strese bağlı olarak ağrı eşiğinin azalması nedeniyle kısa süreli HD tedavisi uygulanan hastalarda ağrı puanının yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Hastalar mevcut ağrı durumlarını %49,7'si rahatsız edici, %43,9'u şiddetli olarak belirtmişlerdir. Hastaların yarıdan fazlası ağrılarının en kötü halini çok şiddetli, en az halini ise hafif olarak ifade etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada hastaların yarıdan fazlasında ağrı şiddetinin orta ve şiddetli düzeyde olduğu saptanmıştır (41). Hastaların yarıdan fazlası ağrılarını tanımlamak için devamlı kelimesini kullanmışlardır. Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğu ağrılarını derinde hissettiklerini belirtmişlerdir. İnvaziv girişimler, uykusuzluk, soğuk uygulama, yorgunluğa bağlı olarak hastalar ağrı yaşayabilmektedir.

Hastaların tümü ağrı deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Hastaların yarıdan fazlasının ise gün içinde sürekli ağrı deneyimledikleri saptanmıştır. Ağrıyı günde üç ve daha fazla deneyimleyenlerin PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının ağrıyı sürekli, günde 1-2 kez, birkaç günde bir, diyaliz sırasında veya sonrasında deneyimleyenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan hastaların ağrıyı gün içinde sıklıkla deneyimleme zamanı

değerlendirildiğinde, hastaların yarısından fazlasının akşam ağrı deneyimledikleri saptanmıştır. Ağrıyı gün içinde akşam daha çok deneyimleyenlerin PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek puan ortalamalarının diğer dört gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bizim çalışmamızdan farklı olarak yapılan bir çalışmaya göre ağrı sıklığının uyku kalitesinde bozulmaya neden olduğu saptanmıştır (24). Lin ve ark. (206) çalışmalarında ağrı sıklığının ağrı düzeyi üzerinde etkili olduğunu saptamışlardır. Yapılan bir çalışmada, bizim bulgumuzla benzer olarak ağrının akşamları ve geceleri daha yoğun olduğu bulunmuştur (207). Hastaların gün içinde ağrı deneyimleme süresi arttıkça başta uyku olmak üzere günlük yaşamı etkileyecek birçok sorun ortaya çıkabilmektedir. Ağrının gün içinde daha çok akşam deneyimlenmesiyle hastalar yatağa yattıktan sonra uyuyamama, sık uyanma, gündüz yorgunluğu, plansız uyuklama gibi şikayetler sonucunda hastaların uyku kalitesinin etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun ağrıya eşlik eden yakınmasının olduğu saptanmıştır. Hastaların yarısından fazlasının uykusuzluk, halsizlik, bulantı yakınmalarının, hastaların yarısından azının ise iştahsızlık, baş dönmesi yakınmalarının olduğu belirlenmiştir. Ağrıya eşlik eden yakınması olanların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının ağrıya eşlik eden yakınması olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların deneyimledikleri ağrı; uykusuzluk, bulantı, iştahsızlık, baş dönmesi gibi semptomlarda artışa yol açabilmektedir. Buna bağlı olarak da hastaların uyku kalitesi bozulabilmektedir. Uyku kalitesinin bozulması hastaların duygu, düşünce ve motivasyonunun bozulmasına neden olabilmekte, hastaların ağrıyla etkin baş edemedikleri düşünülmektedir.

Örneklem kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası ağrısı olduğu zaman ağrı kesici kullandıklarını belirtmişlerdir. Günde üç defa ağrı kesici kullananların MASF'nun değerlendirme dışındaki alt ölçekleri ve ölçek toplam puanı ile PUKI ölçek puan ortalamalarının günde bir kez, günde iki kez ve ağrısı olduğunda ağrı kesici kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların ağrıyla baş etmede tıbbi yardım almadan ağrı kesici kullandıkları ve ağrı kontrolünde başarılı olamadıkları sonucuna varılabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlasının ağrının kontrolüne ilişkin eğitim aldığı belirlenmiştir. Eğitim alan ve almayan grupların PUKI ölçek puan ortalamalarının ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu belirlenmiştir.

Ağrılarının kontrolüne ilişkin eğitim aldığı ifade eden hastaların %23,3'ü doktor ve hemşireden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Doktor, hemşire ve arkadaştan bilgi alanların PUKI ölçek puan ortalamalarının diğer kaynaklardan bilgi aldığı belirtenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Doktor, hemşire ve internetten bilgi alanların MASF'nun duyuşal alt grubu ve ölçek toplam puan ortalamaları diğer kaynaklardan bilgi aldığı belirtenlere göre daha yüksek bulunmuş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çalışmamızda ağrılarının kontrolüne ilişkin eğitimi hemşireden alanların ağrı puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, bizim çalışma bulgumuza paralel olarak ağrı eğitimi alan hastaların ağrı puanının düşük olduğu saptanmıştır (208-210).

Eğitim, hastaların hastalıklarıyla ilgili daha çok bilgiye sahip olmalarını sağlamakta, bireysel kontrol duygusunu arttırmakta ve dolayısıyla hastaların karşılaştıkları problemleri daha kolay çözebilmesini ve sosyal destek kaynaklarını daha fazla kullanabilmelerini sağlamakta hastalar böylece hastalığa bağlı gelişen semptomlarla daha etkin baş edebilmektedirler. Hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması nedeniyle, hasta ile hemşire arasında karşılıklı güven oluşabilmekte ve hastalar davranış değişikliği yapabilmektedirler.

Örnekleme kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası ayak / bacak, baş / yüz / ağız bölgesinde ağrısının olduğunu belirtmiştir. Bınık ve ark. (30) yaptıkları çalışmada HD sırasında hastaların yarısından fazlasında kramp ve baş ağrısı olduğunu saptamışlardır. Yapılan bir çalışmaya göre hastaların çoğunun kas iskelet hastalıklarından kaynaklanan ağrılardan şikayetçi oldukları saptanmıştır (41). Yapılan bir başka çalışmada ise HD tedavisi sırasında hastalarda baş ağrısı, göğüs ağrısı ve sırt ağrısı olduğu belirlenmiştir (29).

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası HD uygulaması sırasında invaziv girişimlerin, uykusuzluğun, yorgunluğun ağrılarını arttırdığını bildirmişlerdir. Ayrıca hastaların büyük çoğunluğu ağrı kesici almanın, masaj

yaptırmanın ve dinlenmenin ağrılarını azalttığını ifade etmişlerdir. Büyükyılmaz ve Aştı (211) çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun (% 95,3) ağrı kesici almanın ağrıyı azalttığını, yarıdan fazlasının hareket etmenin ağrıyı arttırdığını ifade ettiklerini saptamışlardır. Yapılan bir çalışmada terapötik dokunmanın ağrı algısını azalttığı belirlenmiştir (212). Yapılan başka bir çalışmada ise hastaların yarıdan fazlası yürümenin ve hareket etmenin, yarıdan azı yatmanın ve oturmanın ağrılarını arttırdığını bildirmişlerdir.

Örnekleme oluşturan hastaların ağrılarını gidermek için aldıkları önlemlere baktığımızda yarıdan fazlasının ağrı kesici almayı, uyumayı, dinlenmeyi, yalnız kalmayı ve tıbbi yardım almayı seçtiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak yapılan çalışmalarda hastaların ağrılarını daha çok ilaçla geçirmek eğiliminde olduğu saptanmıştır (213-216).

Araştırma kapsamına alınan hastalar ağrı nedeniyle sosyal faaliyetlerinin, yaşamdan zevk almalarının ve diğer insanlarla ilişkilerinin “çok” etkilendiğini ifade etmişlerdir. Yapılan bir çalışmada ağrı nedeniyle hastaların aile, sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneklerinin engellendiği, hastaların fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarının ciddi bir şekilde etkilendiği, ağrının hastaların kişiler arası ilişkilerini bozduğu saptanmıştır (215).

Çalışma kapsamına alınan tüm hastalar deneyimledikleri ağrının GYA’ni etkilediklerini belirtmişlerdir. GYA’nden beslenme, banyo yapma, hareket etme, giyinme, uyku, boşaltım, akrabalarını ziyaret etme, alışveriş yapma ve ev / bahçe işlerini yapma aktivitelerinin çok etkilendiğini belirtenlerin PUKI ölçek puan ortalamalarının az ve orta derecede etkilendiğini belirtenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre hastaların deneyimledikleri ağrının GYA’nden uyku durumunu çok fazla etkilediği ve hastaların uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır (216).

Çalışmamızda GYA’nden beslenme durumu ve el-yüz yıkama aktiviteleri dışında diğer GYA’nin hastaların deneyimledikleri ağrı nedeniyle çok etkilenmesi sonucu hastaların uyku kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada uykusuzluğun aile ve sosyal yaşam kalitesinin bozulmasına neden olduğu bildirilmiştir (217). Bu araştırmanın bulguları verilen araştırma sonuçlarıyla aynı doğrultudadır.

Günlük yaşam aktivitelerinden banyo yapma, hareket etme, giyinme, uyku, boşaltım, akrabalarını ziyaret etme, alışveriş yapma ve ev / bahçe işlerini yapma aktivitelerinin çok etkilendiğini belirtenlerin MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının az ve orta derecede etkilendiğini belirtenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalara göre ağrısı olan hastaların GYA'nin ciddi bir şekilde etkilendiği ve bu durumun da uyku kalitesini etkilediği ve ağrı deneyimleme sıklığını arttırdığı belirlenmiştir (215, 218).

Düzenli diyalize bağlı gelişen, hastaların yaşamını olumsuz yönde etkileyen birçok rahatsız edici semptomla ilgili olarak hastaların GYA'leri etkilenebilmektedir. GYA'nin etkilenmesine bağlı olarak da hastaların uyku kalitesinin azalmış ve ağrı şikayetlerinin artmış olduğu düşünülmektedir.

Hastaların çoğu uyumalarına yardımcı olması için televizyon izlediğini belirtmiştir. Hastaların yarıdan azı ise uyumalarına yardımcı olması için sıcak duş aldığını, müzik dinlediğini ve ılık bir şeyler içtiğini belirtmiştir. Uzun (166) yaptığı çalışmada hastaların tümünün uyumalarına yardımcı olması için kitap okuduklarını ve radyo dinlediklerini saptamıştır. Yapılan bir çalışmada hastaların yarıdan fazlasının uyumalarına yardımcı olması için progresif gevşeme egzersizleri yaptığı saptanmıştır (219). Yapılan bir başka çalışmada ise hastaların yatakta uyumayı beklemedikleri, kalkıp dolaştıkları, televizyon izledikleri, sohbet ettikleri ve ılık bir şeyler içtikleri saptanmıştır (220).

Hastaların HD seanslarından önce veya sonra deneyimlediği ağrı, hastalığa bağlı gelişen metabolik değişiklikler, kramp, stres / korku, sıvı fazlalığı, yorgunluk, solunum sıkıntısı, kaşıntı ve diğer sağlık sorunları HD hastalarında uyku sorunlarına neden olabilmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarıdan fazlasının uykuya rahat dalmaya yönelik alışkanlıklarının olduğu belirlenmiştir. Uykuya rahat dalmaya yönelik alışkanlıkları olan ile uykuya rahat dalmaya yönelik alışkanlıkları olmayan grupların PUKI ölçek puan ortalamaları ve MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puanları birbirine yakın saptanmıştır.

Örnekleme oluşturan hastaların yarıdan fazlasının HD'den sonra uyku alışkanlığında değişiklik olduğu saptanmıştır. HD'den sonra uyku alışkanlığında değişiklik olanların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek

toplam puan ortalamalarının HD'den sonra uyku alışkanlığında kısmen değişiklik olanlardan daha yüksek saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak, hastaların yarıya yakınının HD'den sonra uyku alışkanlığında değişiklik olduğu saptanmıştır (18).

Günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıklar, metabolik değişiklikler, ağrı, diyet kısıtlamaları, sıvı fazlalığı, yorgunluk, kramp, üst solunum yollarını etkileyen periferik nöropatinin varlığı HD hastalarında uyku bozukluğunun en önemli nedenleridir. KBY hastalarında anormal hücrel interlökin hücre üretimi nedeniyle uykuya meyil olabilmekte, diyaliz ise uykuya neden olan bu maddelerin vücuttan atılmasını sağlayarak uykusuzluğa ve uyku bozukluklarına yol açabilmektedir. Hastaların deneyimledikleri uykusuzluk da bireylerde ağrıya karşı duyarlılığın artmasına neden olabilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından azı uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitim aldığını belirtmişlerdir. Eğitim alanların PUKI ölçek puan ortalamaları ile MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Karagözoğlu (220) yaptığı çalışmada hastaların yarısından azının uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitim aldıklarını belirtmiştir. Yapılan bir çalışmaya göre diyaliz ünitelerinin büyük çoğunluğunda hasta eğitimi ve hizmetiçi eğitim verilmediği saptanmıştır (13).

Çalışma kapsamına alınan hastaların en çok doktor ve hemşireden uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin bilgi aldıkları saptanmıştır. Doktor ve hemşireden eğitim alan kişilerin PUKI ölçek puan ortalamalarının doktor, hemşire, arkadaş ve internette bilgi alanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Arkadaşlarından eğitim alan kişilerin MASF'nun alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının diğer dört gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada hastaların %57,5'i hemşireden, %23,5'i doktordan, %19'u ailesinden uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin bilgi aldıklarını belirtmişlerdir (220).

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin verilen eğitimin etkili olmadığını belirtmişlerdir. Eğitimin etkili olduğunu belirten hastaların MASF'nun duyusal, değerlendirme alt grupları ve ölçek toplam puan ortalamalarının eğitimin etkili olmadığını, eğitimin kısmen etkili olduğunu belirten gruplara göre daha yüksek olduğu, eğitimin kısmen etkili olduğunu belirten

hastaların PUKI ölçek puan ortalamalarının eğitimin etkili olduğunu ve etkili olmadığını belirten gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kişinin uyku sorunlarıyla etkin baş edebilmesi, hastalığa ve HD programına uyum sağlaması, sağlık anlayışının olumlu yönde değişmesi, hastaların kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla üstlenmesi, tedavi sürecine katkıda bulunabilecek davranışlar geliştirmesi ve tüm bunların sonucunda kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesi için hastalara eğitim verilmesi önemlidir. Hastalara eğitim vermek için yeterli zaman ayrılması ve uygun ortamda eğitim verilmemesi nedeniyle uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin hastalara verilen eğitimin etkili olmadığı düşünülebilir.

Çalışma kapsamına alınan HD uygulanan hastaların tümü uyku sorunları deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası uykuya dalmakta zorlandığını ve sık sık uyandığını belirtmiştir. Uzun ve ark. (166) yaptıkları çalışmada hastaların çoğunun (%97,4) uyku ile ilgili yakınmasının olduğunu saptamışlardır. Hastaların belirttiği bu yakınmaların; uykuya dalmakta güçlük çekme, solunum sıkıntısı ile uyanma, sık uyanma ve gündüz uyuklama şeklinde olduğunu belirlemişlerdir. Yapılan bir çalışmaya göre hastaların yarısından fazlasının uyku alışkanlıklarında değişiklik olduğu, uyku alışkanlığında değişiklik olanların yarısından fazlasının uykuya dalmakta zorlandıkları ve gündüz uyukladığı saptanmıştır (220).

Örnekleme oluşturan hastaların uyku sorunu yaşamalarına neden olan faktörler değerlendirildiğinde, hastaların yarısından fazlası HD seanslarından önce veya sonra deneyimlediği ağrı nedeniyle ve hastalığı nedeniyle uyku sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Lafçı (221) yaptığı çalışmada hastaların yarısından fazlasının ağrı ya da hastalığa bağlı şikayetler nedeniyle uyku sorunu yaşadıklarını saptamıştır.

Uyku kalitesinin bozulması hastaların duygu, düşünce ve motivasyonunun bozulmasına neden olabilmektedir. Yetersiz uyuyan insanlarda yorgunluk, dikkatte azalma, ağrıya karşı duyarlılığın artması, sinirlilik, mantık dışı düşünceler, iştahsızlık, kazalar, iş ve günlük hayatta uyumsuzluklar görülebilmektedir. Ağrı ve ağrıya bağlı olarak gelişen uyku problemleri nedeniyle hastaların yaşam kalitesi her yönüyle olumsuz yönde etkilenebilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların PUKI ölçek toplam puanı ile MASF alt boyutları olan duyusal, algısal, değerlendirme, karışık ve ölçek toplam puanlarının birbirleri ile korelasyonları değerlendirildiğinde, PUKI ölçek puan ortalamaları ile

MASF'nun duyuşal, algısal, değerlendirme, karışık alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamalarının birbirleri ile pozitif yönde anlamlı ilişkilerinin olduğu belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda bizim bulgumuza benzer olarak HD hastalarında ağrı deneyimi ve uyku bozukluklarının çok yaygın olduğu saptanmıştır (23, 25, 29, 30, 31, 39, 42). Davison ve ark. (7) yaptıkları çalışmada bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak, uyku kalitesi bozuk olan hastaların ağrı Şikayetlerinin arttığını ve hastaların bildirdikleri ağrı Şiddetinin fazla olduğunu ayrıca ağrısı olan hastaların uyku kalitesinin de bozulduğunu saptamışlardır. Yapılan diğer çalışmalarda da hastaların uykularını olumsuz yönde etkileyen faktörlerin başında ağrının yer aldığı saptanmıştır (18, 43-45, 142, 199, 222, 223). Bıyık (41) yaptığı çalışmada hastaların ağrıları arttıa uyku kalitelerinin de bozulduğunu saptamıştır. Literatür bilgilerine göre de ağrısı olan bireyin uyumakta güçlük çektiği ya da hiç uyuyamadığı belirtilmiştir (88, 146, 194). Hastaların yaşadıkları ağrı, uyku bozukluklarına yol açabilirken, deneyimledikleri uykusuzluk da bireylerde ağrıya karşı duyarlılığın artmasına neden olabilmektedir.

Ağrı yönetimi yeterli yapılamadığı durumlarda hastanın yaşamında fonksiyonel ve psikolojik birçok problemlere neden olabildiği gibi uyku bozukluğuna da neden olabilmektedir. Uyku kalitesinin bozulması nedeniyle de hastaların ağrıya karşı duyarlılığı artmakta, iş ve günlük hayatlarında uyumsuzluklar görülebilmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Çalışma kapsamına alınan hastaların MASF puan ortalamalarının 30,79, PUKI puan ortalamalarının 12,59 olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1.).
- Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalamaları 53,25'tir. 51-60 yaş aralığında olan hastaların uyku kalitelerinin 39 yaş ve altı, 40-50 yaş arası, 61 yaş ve üstü olan hastalardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. 61 yaş ve üstü olan hastaların ağrı puanı diğer yaş aralığında olan hastaların ağrı puanından daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Kadınların uyku kalitesi değerlendirme puanı ile ağrı puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan hastaların %67,7'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Çalışmada evli olan hastaların uyku kalitelerinin bekar ve boşanmış / dul olanlardan daha kötü olduğu saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %89,4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuştur. Çalışmayan hastaların ağrı puanlarının çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %58,7'sinin ilde yaşadığı belirlenmiştir. İlde yaşayan hastaların köy ve ilçede yaşayan hastalara göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %49,7'sinin gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Geliri giderine denk olan hastaların, geliri olmayan ve geliri giderinden az olan hastalara göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların yarıya yakınının normal kiloda olduğu belirlenmiştir. Orta şişman olan hastaların ağrı puanlarının; zayıf, normal, kilolu, hafif şişman, aşırı şişman olan hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.

- Çalışmaya katılan hastaların %39,4'ünün 21-31 yıl süre ile sigara içtiği belirlenmiştir. 21-31 yıl süre ile sigara içen hastaların uyku kalitelerinin 1-10 yıl ve 11-20 yıl süre ile sigara içen hastalardan daha kötü olduğu saptanmıştır.
- Sigara içtiğini belirten hastaların %75,8'inin 11-20 adet sigara içtiği belirlenmiştir. Günde 11-20 adet sigara içen hastaların ağrı puanlarının günde 1-10 adet sigara içen hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %92,6'sında başka bir kronik hastalık bulunduğu belirlenmiştir. Başka bir kronik hastalığı olan hastaların başka bir kronik hastalığı olmayanlara göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Örnekleme oluşturan kronik hastalığı olan hastaların %90,5'i kronik hastalığına yönelik ilaç kullanmaktadır. Kronik hastalığına bağlı ilaç kullanan hastaların ilaç kullanmayanlara göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Kronik hastalığına yönelik ilaç kullanan hastaların %74,6'sının ilaçlarını düzenli kullandığı belirlenmiştir. İlaçlarını kullanırken bazen aksattığı belirlenen hastaların ilaçlarını kullanan ile kullanmayanlara göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan hastaların %64,6'sı kendini "hasta hissettiğini" ifade etmiştir. "Kendini çok hasta hisseden" hastaların kendini hasta hisseden ve hasta hissetmeyenlere göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %49,7'sinde mevcut ağrı durumları rahatsız edici olarak saptanmıştır. Hastalar ağrılarının en kötü halini %51,3'ü çok şiddetli olarak, ağrılarının en az halini %91'i hafif ağrı olarak bildirdikleri belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğunun ağrılarının devamlı ve derinde hissettikleri saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların ağrıyı gün içinde sıklıkla deneyimleme zamanı değerlendirildiğinde %51,9'unun akşam ağrı deneyimledikleri saptanmıştır. Ağrıyı gün içinde sıklıkla akşam deneyimleyen hastaların ağrıyı sabah, öğlen, öğleden sonra deneyimleyen hastalara göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

- Çalışma kapsamına alınan hastaların %97,4'ünün ağrıya eşlik eden yakınmasının olduğu saptanmıştır. Hastaların %87,3'ünün uykusuzluk, %69,8'inin halsizlik yakınmalarının olduğu belirlenmiştir. Ağrıya eşlik eden yakınması olan hastaların olamayanlara göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %54,8'i ağrısı olduğu zaman ağrı kesici kullandıklarını belirtmişlerdir. Günde üç defa ağrı kesici kullanan hastaların günde bir kez, günde iki kez ve ağrısı olduğunda ağrı kesici kullananlara göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların ağrının kontrolüne ilişkin %57,1'inin eğitim aldığı belirlenmiştir. Ağrılarının kontrolüne ilişkin eğitim aldığını ifade eden hastaların %23,3'ü doktor ve hemşireden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %61,9'u ayak ve bacak bölgesinde, %57,1'i baş, yüz ve ağız bölgesinde, %33,9'u omuz, el ve kol bölgesinde ağrısının olduğunu belirtmişlerdir.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %94,2'si HD uygulaması sırasında invaziv girişimlerin, %73,5'i uykusuzluğun ağrılarını arttırdığını bildirmişlerdir. Ayrıca hastaların %84,1'i ağrı kesici almanın, %73'ü masaj yaptırmanın, %43,9'u dinlenmenin ağrılarını azalttığını ifade ettikleri saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların ağrılarını gidermek için aldıkları önlemlere baktığımızda, %96,3'ünün ağrı kesici almayı, %66,7'sinin uyumayı, dinlenmeyi ve yalnız kalmayı seçtiği belirlenmiştir.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların ağrı nedeniyle %25,9'u sosyal faaliyetlerinin, %23,3'ü yaşamdan zevk almalarının ve %20,6'sı diğer insanlarla ilişkilerinin "çok" etkilendiğini ifade ettikleri saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan tüm hastalar deneyimledikleri ağrının GYA'ni etkilediklerini belirtmişlerdir. Banyo yapma, hareket, giyinme, uyku/ istirahat şekli, boşaltım, ziyaret olmak üzere GYA'nin çok etkilendiğini belirten hastaların az ve orta derecede etkilendiğini belirtenlere göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

- Çalışma kapsamına alınan hastaların %57,1'inde HD'den sonra uyku alışkanlığında değişiklik olduğu ve %42,9'unda HD'den sonra uyku alışkanlığında kısmen değişiklik olduğu bulunmuştur. HD'den sonra uyku alışkanlığında değişiklik olan hastaların kısmen değişiklik olan hastalara göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin %33,3'ünün eğitim aldığı bulunmuştur. Uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitim alanların almayanlara göre ağrı puanlarının daha yüksek ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %13,8'i doktor ve hemşireden, %8,5'i hemşireden uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin bilgi aldıkları belirlenmiştir. Uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitimi doktordan alan hastaların uyku kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %42,3'ü uyumalarına yardımcı olması için televizyon izlediğini belirtmiştir.
- Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle HD uygulanan hastalar uyku sorunları deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %64,6'sı uykuya dalmakta zorlandığını, %51,3'ü sık sık uyandığını, %43,4'ü uyku saatinde değişiklik olduğunu belirtmişlerdir.
- Hastaların %95,2'si HD seanslarından önce veya sonra deneyimlediği ağrı nedeniyle, %78,8'i hastalığı nedeniyle, %41,3'ü kramp nedeniyle uyku sorunu yaşadıklarını bildirmişlerdir.
- Hastaların ağrı puanları arttıkça, uyku kalitelerinin düştüğü saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ağrı deneyimleyen tüm hastalara ağrı eğitim programının uygulanması,
- Ağrı deneyimleyen tüm hastaların ağrı ile baş etmeye yönelik bilgi ve uygulamalarının düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Özellikle yaşlı hastalar ve kadın hastalarda uyku sorunlarına daha sık rastlanması ve ağrı puanlarının daha yüksek olması nedeniyle, ileri yaş hastalar ile kadın hastaların ağrı ve uykuyla ilgili problemlerle etkin başa çıkma yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi,
- Ağrıya eşlik eden yakınmalar hastaların uyku kalitesini ve ağrı ile baş etme tutumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle hastaların bu tür şikayetlerinin gözden kaçırılmaması ve çözüm yollarının aranması,
- Ayrıca hemşirelerin ağrı ve uyku kalitesi ile ilgili bilgilerini araştıran çalışmaların yapılması, bilgi eksikliği varsa bu eksikliğin hizmetiçi eğitimlerle tamamlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. **Lacroix A, Assal JP.** Kronik hastalığa yeni yaklaşımlar. Çeviri: Piyal B, Tabak S. *Hastaların Terapötik Eğitimi*. 2. Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık, **2007**.
2. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü “Kronik Hastalıklar Raporu”, 2006. Erişim: [http:// www.saglik-ekonomisi.com](http://www.saglik-ekonomisi.com), Erişim Tarihi: 13.02.2011.
3. **Demirağ AS.** Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, **2009**; 1: 58-65.
4. **Mutlu E.** Hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek kaynakları ve hastalık sürecinin benlik saygısına etkisi. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara, **2007**.
5. **Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ.** Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*, **2010**; 2(2): 27-32.
6. **Biröl L, Akdemir N, Bedük T.** *İç Hastalıkları Hemşireliği Kitabı*. 5. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, **1995**: 467-474.
7. **Davison SN, Jhangri GS.** The impact of chronic pain on depression, sleep and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, **2008**; 30(5): 465-473.
8. **Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N.** *Türkiye’de nefroloji-diyaliz ve transplantasyon registry 2008*. İstanbul: Metris Matbaacılık, **2009**.
9. **Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N.** *Türkiye’de nefroloji-diyaliz ve transplantasyon registry 2009*. İstanbul: Metris Matbaacılık, **2010**.
10. United States Renal Data System. USRDS 2008 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2008. Erişim: www.usrds.org. Erişim tarihi: 04.11.2010.
11. **Housman AE, Lad AS.** Incidence and prevalence. United States Renal Data System, USRDS 2010. Annual Data Report, 2010. Erişim: www.usrds.org/2010/slides/individ/2_a.zip. Erişim tarihi: 04.11.2010.
12. European Renal Association - European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA) Registry: ERA-EDTA Registry Annual Report-2008, 2010. Erişim: www.era-edta-reg.org. Erişim tarihi: 09.10.2010.

13. Akdemir N, Akkuş Y, Kapucu SS, Karacan Y. Hemodiyaliz ünitelerinde durum saptama çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**; 13(1): 35-45.
14. Gök Özer F, Beydağ KD, Cengiz Ş, Kiper S. Hemodiyalize giren hastaların umutsuzluk düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2009**; 4(10): 124-136.
15. Şengel Ö. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede aminoasitlerin rolü. *Çınar Dergisi*, **1998**; 4(4): 101-108.
16. Karakoç A, Olgun N. Hemşirelik hizmetlerinin hemodiyaliz doyumuna üzerine etkisi. *Hemşirelik Forumu*, **2001**; 6(4): 53-59.
17. Yurtsever S, Bedük T. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun değerlendirilmesi. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2003**; 2: 3-11.
18. Kara M. Hastanede yatan hastaların uyku ile ilgili sorunları ve hemşirenin bu soruna ilişkin tutumları. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Erzurum, **1996**.
19. Mittal SK, Ahern L, Flaster E. Self-Assessed physical and mental function of hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, **2001**; 16(7): 1387-1394.
20. Davison SN. Pain in hemodialysis patients: Prevalence, cause severity and management. *Am J Kidney Disease*, **2003**; 42(6): 1239-1247.
21. Güleç G, Güleç S. Ağrı ve ağrı davranışı. *Ağrı Dergisi*, **2006**; 18(4): 5-9.
22. Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, Danko H, Mass AH. ESRD Patient quality of life: Symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors and anorexia. *Am J Kidney Disease*, **2003**; 42(4): 713-721.
23. Fortina F, Aglata S, Ragazzoni E, Sacco A, Cardillo V, Travaglini S, Brini P, Cavagnino A. Chronic pain during dialysis. *Minerva Urol Nefrol (Electronic Journal)*, 1999; 51(2): 7-85. Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10429417>.
24. Cohen SD, Patel SS, Khetpal P, Peterson RA, Kimmel PL. Pain, sleep disturbance and quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clin J Am Soc Nephrol (Electronic Journal)*, 2007; 2: 919-925. Erişim: <http://www.cjasn.asnjournals.org/cps/content/abstract/2/5/919>.
25. Kuzeyli Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Dumaz Akyol A, Ünal B. Diyaliz hastalarında uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**; 20(1): 35-46.
26. Kusleikaite N, Bumblyte A, Rezukeviciene L. Sleep disorders and quality of life in patients on hemodialysis. *Medicina*, **2005**; 41(1): 69-74.

27. **Ilescu EA, Coo H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA, Hogman WM.** Quality of sleep and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, **2003**; 18: 126-132.
28. **Utaş C, Akpolat T.** Hemodiyaliz akut komplikasyonları. Türk Nefroloji Derneği Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Erişim: www.tsn.org.tr. Erişim tarihi: 25.06.2010.
29. **Erdem N.** Diyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin uyku ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, **2005**.
30. **Bıık YM, Baker AG, Kalogeropoulos D, Devins GM, Guttman RD, Hollomby DJ, Barre PE, Hutchison T, Hamme MP, McMullen L.** Pain, control over treatment and compliance in dialysis and transplant patients. *Kidney International*, **1982**; 21: 840-848.
31. **Köse E.** Hemodiyaliz hastalarında beslenme durumları ve uyku kalitesi arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, şanlıurfa, **2009**.
32. **Karabulutlu E.** Hemodiyalize giren hastaların günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, **2001**.
33. **Menteş SÇ, Sezerli M, Diņer F, Yeşilbilek A.** Kronik hemodiyaliz hastalarında uyku sorunları. *Hemşirelik Forumu*, **1998**; 1(4): 166-172.
34. **Çölbay M, Yüksel ř, Acartürk G, Karaman Ö, Ünlü M.** Hemodiyaliz hastalarının Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ile değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **2007**; 55(2): 167-173.
35. **Çölbay M, Yüksel ř, Acartürk G, Uslan İ, Karaman Ö.** Huzursuz bacak sendromlu hastalarda uyku kalitesi. *Genel Tıp Dergisi*, **2007**; 17(1): 35-41.
36. **Ertekin S.** Hastanede yatan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, **1998**.
37. **Eryavuz N.** Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyon, **2007**.
38. **Hui DS, Wong TY, Ko FW, Li TS, Choy DK.** Prevalence of sleep disturbances in Chinese patients with end-stage renal failure on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis*, **2000**; 36(4): 783-788.
39. **Locking H, Huyge L, Strangio D.** Sleep pattern disturbance in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrology Nursing Journal*, **2001**; 28(1): 40-44.

40. **Parker KP, Kutner NG, Bliwise DL, Bailey JL, Rye DB.** Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and quality of life instable patients on hemodialysis. *Health Qual Life Outcomes.* **2003**; 21:68.
41. **Bıyık Z.** Nöropatik ağrılı hemodiyaliz hastalarında nöropatik ağrı, yaşam kalitesi, depresyon, uyku kalitesi ve kaşıntı üzerine Gabapetin ve Pregabalin tedavisinin etkilerinin karşılaştırılması. Uzmanlık tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, **2009**.
42. **Mucsi I, Molnar MZ, Rethelyi J, Vamos E, Csepányi G, Tompa G, Barotfi S, Marton A, Novak M.** Sleep disorders and illness intrusiveness in patients on chronic dialysis. *Nephrol Dial Transplant,* **2004**; 19 (7): 1815-1822.
43. **Merlino G, Planı A, Dolso P, Adorat M, Cancelli I, Valente M, Luigi Gigli G.** Sleep disorders in patient with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplant (Electronic Journal),* **2006**; 21(7): 184-190.
Erişim: <http://ndt.oxfordjournals.org>.
44. **Sayar K, Arıkan M, Yöntem T.** Sleep quality in chronic pain patients. *Can J Psychiatry,* **2002**; 47(9): 844-848.
45. **Atkinson JH, Anconi-Israel S, Slater MA, Garfin SR, Gillin JG.** Subjective sleep disturbance in chronic back pain. *Clin J Pain,* **1988**; 4: 225-232.
46. **Vural A.** Kronik böbrek yetmezliği ve tedavisi. III. İç Hastalıkları Günleri. Ankara, **2002**: 339-358.
47. **Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yöner Ö.** Kronik böbrek yetmezliğinde etyolojik değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* **2002**; 24 (2): 62-64.
48. **Oyan B, Altun B, Usalan C.** Kronik böbrek yetmezliğinde protein alımının progresyon üzerine etkisi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi,* **1999**; 4:167-173.
49. **Jacobson HR.** Chronic renal failure: Pathophysiology. *Lancet,* **1991**; 338: 419-423.
50. **Akoğlu E, Süleymanlar G.** Kronik böbrek yetmezliği. *Temel İç Hastalıkları.* Ankara: Güneş Kitabevi, **1996**: 769-776.
51. **Galassi G, Ferrari S, Cobelli M, Rizzuto N.** Neuromuscular complications of kidney diseases. *Nephrol Dial Transplant,* **1998**; 13(7): 7-41.
52. **Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ.** Böbrek yetmezliği: Genel bilgiler. *Hekimler İçin Hemodiyaliz El Kitabı.* 1. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, **2008**.
53. **İliçin G, Ünal S, Biberoglu K, Akalın S, Süleymanlar G.** Kronik Böbrek Yetmezliği, *Temel İç Hastalıkları.* 3.baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2003**: 769-777.

54. **Kutner NG, Johansen KL, Kaysen GA, Pederson S, Chen SC, Agodoa LY, Eggers PW, Chertow GM.** The comprehensive dialysis study (CDS). A USRDS special study. *Clin J Am Soc Nephrol*, **2009**; 4: 645–650.
55. **El Nahas AM, Bello AK.** Chronic kidney disease: the global challenge, *Lanset*, **2005**; 365: 331-340.
56. **Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G.** *Nefroloji El Kitabı*. 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp kitabevi, **2007**: 283-349.
57. **Akpolat T, Yalçın AU.** Kronik böbrek yetmezliği. *Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı*. 3. Baskı, İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası, **2001**: 11-20.
58. **Değirmenci Saltürk AG.** Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin diyaliz yeterliliği ile ilişkisi. Uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Dahiliye Kliniği, İstanbul, **2006**.
59. **Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G.** Hemodiyaliz. *Nefroloji El Kitabı*. 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2002**: 328-329.
60. **Türkmen F.** Hemodiyaliz. *Seminer El Kitabı*. 1. Baskı, İstanbul: Deniz Ofset Matbaacılık, **2002**: 52-67.
61. **Akpolat T, Utaş C.** Diyaliz: Genel Bilgiler. *Hemodiyaliz El Kitabı*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Matbaası, 1997: 22-108.
62. **Zawada ET.** Indications for dialysis. *Handbook for Dialysis*. Boston: Little Brown and Company, **2003**: 3-9.
63. **Lew SQ, Piraino B:** Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients. *Seminars in Dialysis*, **2005**; 18: 119-123.
64. **Van Stone JC, Daugirdas JT.** Physiologic principles. *Handbook of Dialysis*. Boston: Little, Brown and Company, **1994**: 13-29.
65. **Öztürk G.** Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda malnütrisyonun değerlendirilmesine ve beslenme durumlarının saptanmasına yönelik bir çalışma. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2005**.
66. **Gokal R.** Peritoneal dialysis and complications of technique. *Oxford Textbook of Clinical Nephrology*. 3rd Ed., New York: Published in the United States by Oxford University Press Inc., **2005**: 1955-1985.
67. **Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS.** *Handbook of Dialysis*. 4th Ed., Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, **2007**.

68. Davison AM. Options in renal replacement therapy. *Replacement of Renal Function by Dialysis*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, **1996**: 1304-1315.
69. Guyton CA, Hall EJ. *Tıbbi Fizyoloji*. Çeviri: Çavuşoğlu H. 10. Baskı, Ankara: Nobel kitapevi, **2001**; 689-691.
70. Susan A. Harris C, Edwina A. Patients surviving more than 10 years on hemodialysis. The natural history of the complications of treatment. *Nephrol Dial Transplant*, **1998**; 13: 1226-1233.
71. Bergman H, Daugirdas JT, Ing TS. Complications during hemodialysis. *Handbook of Dialysis*. 4th Ed., Boston: Little Brown and Company, **1994**: 149-68.
72. Mujais SM, Ing T, Kjellstrand CM. Acute complications of hemodialysis and their prevention and treatment. *Replacement of Renal Function by Dialysis*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, **1996**: 688-725.
73. Erkoç R. Hemodiyaliz sırasında oluşan komplikasyonlar. *Diyaliz El Kitabı*. 3. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2003**: 148-168.
74. Menteş SÇ. Hemodiyaliz komplikasyonları. *Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **2000**: 27-60.
75. Barrett BJ, Vavasour HM, Major A, Parfrey PS. Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron*, **1990**; 55: 10-15.
76. Davison SN. Chronic kidney disease: Psychosocial impact of chronic pain. *Geriatrics*, **2007**; 62 (2): 17-23.
77. Patel SS, Kimmel PL: Quality of life in patients with chronic kidney disease: Focus on end-stage renal disease treated with hemodialysis. *Semin Nephrol*, **2005**; 26: 68-79.
78. Walker S, Fine A, Kryger MH. Sleep complaints are common in a dialysis unit. *Am J Kidney Disease*, **1995**; 26 (5): 751-756.
79. Unruh ML, Hartunian MG, Chapman MM, Jaber BL. Sleep quality and clinical correlates in patients on maintenance dialysis. *Clin Nephrol*, **2003**; 59 (4):280-288.
80. Baran G, Göz F. Ağrı ve ağrılı hastada hemşirelik süreci. *Sendrom*, **2001**; 13: 110-114.
81. Erdine S. Ağrının Tarihçesi. *Ağrı*. 1. Baskı, İstanbul: Alemdar Ofset, **2000**: 3-11.
82. Feldt K. The checklist of nonverbal pain indicators. *Pain Manage Nursing*, **2000**; 1(1): 13-20.

83. **Pasero C, Mc Caffery M.** When patients can't report pain. *Am J Nursing*, **2000**; 100 (9): 22-23.
84. **Özyuvacı E, Altan A, Yücel A.** Postoperatif ağrı tedavisi. *Sendrom*, **2003**; 15 (8): 83-92.
85. **Erdine S.** Ağrıda Multidisipliner Yaklaşımlar. III. Ulusal Ağrı Kongresi. İstanbul, **1993**: 1-18.
86. **Ertekin C.** Ağrının nöroanatomisi ve nörofizyolojisi. *Ağrı ve Tedavisi*. İzmir: Yapım Matbaacılık, **1993**: 1-18.
87. **Slovan R, Rosen G, Rom M, Shir Y.** Nurses assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, **2005**; 52 (2): 125-32.
88. **Potter AP, Perry AG.** Fundamentals of nursing concepts, process and practice: Sleep. *Clinical Nursing*. 6th Ed., USA: Skills & Techniques, **2006**.
89. **Cimete G.** Ağrı kavramı. *Türk Hemşireler Dergisi*, **1994**; 44 (5): 42-5.
90. **Raj PP.** Ağrının Taksonomisi. *Ağrı*. Çeviri: Erdine S. 1. Baskı, İstanbul: Alemdar Ofset, **2000**: 12-20.
91. **Erdine S.** Ağrının Tanımı. *Ağrı Sendromları ve Tedavisi*. 2. Baskı, İstanbul: Gizben Matbaacılık, **2003**: 1-7.
92. **Berker E, Dinçer N.** Kronik ağrı ve rehabilitasyonu. *Ağrı*, **2005**; 17: 10-16.
93. **Güleç G, Güleç S.** Ağrı ve Ağrı Davranışı. *Ağrı Dergisi*, **2006**; 18: 4.
94. **Keskin S.** Ağrı ve Hemşirelik. Erişim: www.nigde.edu.tr. Erişim Tarihi: 01.01.2010.
95. **Yücel A.** Akut ağrı nörofizyolojisi. *Hasta Kontrollü Analjezi (PCA)*. İstanbul: MER Matbaacılık ve Yayıncılık, **1997**: 5-19.
96. **Eti Aslan F.** Ağrıya ilişkin yanlışlar ve gerçekler. *Sendrom*, **2002**; 14 (4): 94-8.
97. **Deardorf W, Rubin H, Scott D.** Comprehensive multidisciplinary treatment of chronic pain. *Pain*, **1991**; 45: 35-44.
98. **Bonica JJ.** General considerations of chronic pain. *The Management of Pain*. 2nd Ed., Philadelphia: Lea and Febiger, **1990**: 180-196.
99. **Yegül İ.** Sempatik sinir blokları. *Ağrı*. 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2007**: 667-686.

- 100. Türkoğlu M.** Ağrı tanımlaması ve ölçümü. *Ağrı ve Tedavisi*, İzmir: Yapım Matbaacılık, **1993**: 19-28.
- 101. Türk N.** Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin iki diyaliz seansı arasındaki beslenme durumuna etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, **2006**.
- 102. Pasero C, Gordon DB.** JCAHO on assessing and managing pain, *Am J Nursing*, **1999**; 99 (7): 22.
- 103. Cozzola M, Atzeni F, Sanzi-Puttini P.** Pain in fibromyalgia syndrome. *J Funct Syndrom*, **2002**; 2: 57-68.
- 104. Erdine S.** Ağrı mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım. Ağrı. 3.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007: 37-49.
- 105. Strong J, Ashton R, Chant D.** The measurement of attitudes towards and beliefs about pain. *Pain*, **1992**; 48: 227-236.
- 106. Puntillo KA.** Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart Lung*, **1990**; 19 (5): 526-533.
- 107. Eti Aslan F, Badır A.** Ağrı kontrol gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları, *Ağrı*, **2005**; 17: 2.
- 108. Köknel Talu G.** Ağrılı hastanın değerlendirilmesi. *Ağrı*. 3.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2007**: 61-69.
- 109. Tulunay M, Tulunay FC.** Ağrının değerlendirilmesi ve ağrı ölçümleri. *Ağrı*, **2000**; 91-107.
- 110. Deardorf W, Rubin H, Scott D.** Comprehensive multidisciplinary treatment of chronic pain. *Pain*, **1991**; 45: 35-44.
- 111. Tapp J, Kropp D.** Evaluating pain management delivered by direct care nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, **2005**; 20 (2): 167-73.
- 112. Nourbala MH, Hollisaaz MT, Nasiri M, Bahaeloo HS, Najafi M, Araghizadeh H.** Pain affects health-related quality of life in kidney transplant recipients. *Transplant Proc.*, **2007**; 39: 1126-1129.
- 113. Çeliker R, Borman P, Öktem F, Gökçe Kutsal Y.** Psychological disturbance in fibromyalgia: relation with pain severity. *Clin Rheumatol*, **1997**; 16 (2): 179-184.

114. **Kocaman G.** *Ağrı-Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı, İzmir: Saray Medikal Yayıncılık, **1994**.
115. **Aydın E.** *Tıp Etiğine Giriş*. 1. Baskı, Ankara: Pegem A Yayıncılık, **2001**: 16-24.
116. **Kimmel PL, Elmont SL, Newman JM, Danko H, Moss AH.** ESRD patient quality of life: Symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *Am J Kidney Disease*, **2003**; 42: 713-721.
117. **Eti Aslan F.** *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapevi, **2006**.
118. **Öztürk H.** Cerrahi ağrı nedeni, etkileri ve cerrahi ağrı neden geçirilmeli. 1.Ulusal Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu. Bursa, **2002**: 117-125.
119. **Nural N.** Kanser riski altında olan kişilerin saptanmasında hemşirelerin rolü. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **1995**.
120. **Kocaman G, Karayurt Ö.** Postoperatif ağrının hasta ve hemşireler tarafından değerlendirilmesi. 92. Ulusal Cerrahi Kongresi. İstanbul, **1992**: 82-83.
121. **Karaçay P, Eti Aslan F, Şelimen D.** Acil travma ünitelerinde ağrı geçirme yaklaşımlarının belirlenmesi. *Ağrı*, **2006**; 18(1): 44-51.
122. **Karadeniz C, Atalay M.** Hemşirelerin ağrıya ve ağrısı olan hastalara yaklaşımları konusunda bilgilerinin saptanması. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir, **1990**: 539-548.
123. **Kimmel PL, Elmont SL, Newman JM, Danko H, Moss AH.** ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors and ethnicity. *Am J Kidney Dis.*, **2003**; 42: 713-721.
124. **Yücel A.** Ağrılı hastanın ve ağrı tedavisinin değerlendirilmesi. *Algoloji*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Yayıncılık, **2004**: 21-29.
125. **Yeğül İ.** Postoperatif ağrı tedavisi. *Ağrı ve Tedavisi*. İzmir: Yapım Matbaacılık, **1993**: 249-254.
126. **Özer S, Akyürek B, Başbakkal Z.** Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı Dergisi*, **2006**; 18: 4.
127. **Power JD, Perruccio AV, Badley EM.** Pain as a mediator of sleep problems in arthritis and other chronic conditions. *Arthritis Rheum*, **2005**; 53: 911-919.
128. **Dement W.** A person history of sleep disorders medicine. *J Clin Neurophysiol*, **1990**; 1: 17-47.

129. **Loomis AL, Harvey EN, Hobart GA.** Cerebral states during sleep as studied by human brain potentials. *J. Exp. Psychol*, **1937**; 21: 127-144.
130. **Aserinsky E, Kleitman N.** Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. *Science*, **1953**; 18: 273-274.
131. **Dement W, Kleitman N.** Cyclic variations in EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility and dreaming. *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.*, **1957**; 9(4): 673-690.
132. **Rechtschaffen A, Kales A.** *A manual of standardized terminology, techniques, and scoring system for sleep stages of human subjects.* 1nd. Ed., Los Angeles: U.S. National Institutes of Health, **1968**.
133. **Köktürk O.** Uykuda solunum bozuklukları. Tarihçe, tanımlar, hastalık spektrumu ve boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **1998**; 46(2): 187-92.
134. **Görgülü Ü.** KOAH hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Bilim uzmanlığı tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, **2003**.
135. **Hartmann, E.** The Functions of Sleep. *Ann. Psychoanal*, **1974**; 2: 271-289.
136. **Çakırcalı E.** *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar.* 3. Baskı, İzmir: Güven-Nobel Tıp Kitabevleri, **2000**.
137. **Akdemir N.** Dinlenme-uyku ve düzensizlikleri. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı.* 1. Baskı, İstanbul: Vehbi Koç Yayınları. **2003**:129-139.
138. **Karagözlü Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F.** Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Dergisi*, **2007**; 8(4): 234-240.
139. **Ağargün MY, Kara H, Solmaz M.** Subjektive sleep quality and suicidalty in patients with major depression. *Journal of Psychiatry Research*, **1997**; 31(3): 37-381.
140. **Kara M.** Uyku Hijyeni. *Türk Hemşireler Dergisi*, **1997**; 47(6):22-24.
141. **Potter AP, Perry AG.** *Basic Nursing Essential for Practice.* 5th Ed., England: Mosby Year Book, **2003**: 689-706.
142. **Taylor C, Lillis C, Priscilla LM.** *Fundamentals of the Nursing.* 4th Ed., Philadelphia: J.B. Lippincott Company, **2001**:1013-1036.

- 143. Black J, Hawks HJ, Keene MA.** *Foundations of Medical Surgical Nursing*. 6th Ed., England: Mosby, **2003**: 431-443.
- 144. Rao A, Gray D.** Impact of heart failure on quality of sleep. *Postgrad Med Journal*, **2005**; 81(1): 99-102.
- 145. Porth CM.** *Pathophysiology Concept of Altered Health Status*. 5th Ed., Philadelphia: Mosby Year Book, **1998**.
- 146. Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S.** *Fundamentals of Nursing*. Pearson-Prentice Hall. New Jersey, **2004**; 1113-1131.
- 147. Ay F, Ertem Ü, Özcan N, Güneş B, Işık R, Savran S.** *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: Medikal Yayıncılık, **2007**: 409-421.
- 148. Holley JL, Francois B, Rault R.** A comparison of reported sleep disorders in patient on chronic hemodialysis and continuous peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis.*, **1992**; 2: 156-161.
- 149. Aydın H, Sütçügil L.** Uykuda bilişsel işlevler. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri*, **2001**; 2: 75-78.
- 150. Köktürk O.** Uykunun izlenmesi, polisomnografi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, **1999**; 47(4): 499-511.
- 151. Scanlan MF, Roebuck T, Little PJ, Redman JR, Naughton MT.** Effect of moderate alcohol upon obstructive sleep apnea. *Eur Respir J.*, **2000**; 16: 909-13.
- 152. Aygün E, Rezaki M.** Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2004**; 15(4): 300-308.
- 153. Uran G.** Kırsal kesimde evde ve huzurelerinde kalan 60 yaş üzeri yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ile uyku kalitelerinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, **2001**.
- 154. Roper N, Logan WW, Tierney AJ.** *The Elements of Nursing*. 4th Ed., London: Churchill Livingstone, **1996**.
- 155. Burkart JM.** Adequacy of peritoneal dialysis. *Principles and Practice of Dialysis*. 4th Ed., Philadelphia: Wolters Kluwer Company, **1999**: 241-266.
- 156. Parker KP, Dunban SB.** Sleep and heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, **2002**; 17(1): 30-41.
- 157. Puntriano M.** The relationship between dialysis adequacies and sleep problems in hemodialysis patients. *Anna Journal*, **1999**; 26(4): 405-407.

- 158. Alessi CA, Martin JL, Webber AP, Cynthia KE, Harker JO.** Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake patterns in nursing home residents. *J. Am Geriatr Soc.*, **2005**; 53(5): 803-810.
- 159. Eser I, Khorshid L, Çınar Ş.** Sleep quality of older adults in nursing homes in Turkey. *Journal of Gerontological Nursing*, **2007**; 33(10): 42-49.
- 160. Kutner NG, Biliwise DL, Brogan D, Zhang R.** Race and restless sleep complaint in older chronic dialysis patient and nondialysis community controls. *J. Gerontol B Psychol Sci Soc.*, **2001**; 3:170-175.
- 161. Bingöl N.** Hemşirelerin uyku kalitesi, iş doyumunu düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum, **2006**.
- 162. Kaynak H.** Uluslararası Uyku Sınıflaması-2. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, **2007**; 3(26): 4-7.
- 163. Aksu T, İlkay E.** Obstrüktif uyku apne sendromu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, **2007**; 35(6): 382-388.
- 164. Benz L, Pressman MR, Schleifer CR, Hovick ET.** Potential novel predictors of mortality in end-stage renal disease patients with sleep disorders. *Am J Kidney Dis.*, **2000**; 35(6): 1052-1060.
- 165. Shayamsunder AK, Patel SS, Jain V, Peterson RA, Kimmel PL.** Sleepiness, sleeplessness and pain in end-stage renal disease: Distressing symptoms for patients. *Seminars in Dialysis*, **2005**; 18(2): 18-109.
- 166. Uzun Ş, Kara B, İşcan B.** Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, **2003**; 12(1): 61-66.
- 167. Parker KP.** Sleep disturbances in dialysis patients. *Sleep Medicine Reviews*, **2003**; 7(2): 43-131.
- 168. De Vecchi A, Finazzi S, Padalino R, Santagostino T, Bottaro E, Roma E, Bossi R.** Sleep disorders in peritoneal and haemodialysis as assessed by a self-administered questionnaire. *Int J Artif Organs*, **2000**; 23(4): 237-242.
- 169. Kurella M, Luan J, Lash J, Chertow GM.** Self-assessed sleep quality in chronic kidney disease. *Int Urol Nephrol*, **2005**; 37: 159-165.
- 170. Lee CY, Low LS, Twinn S.** Older men's experiences of sleep in the hospital. *Journal of Clinical Nursing (Electronic Journal)*, **2007**; 16: 336-343.
Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

- 171. Southwell MT, Wistow G.** Sleep in hospital at night: are patient's needs being met. *Journal of Advanced Nursing (Electronic Journal)*, **1995**; 21: 1101-1109.
Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- 172. Melzack R, Torgerson WS.** On the language of pain. *Anesthesiology*, **1971**; 34: 50-59.
- 173. Yazıcı S, Eti Aslan F, Olgun N.** Adölesan ve erişkinlerin postoperatif ağrı değerlendirilmesinde McGill Melzack Ağrı Soru Formu'nun kullanımına yönelik bir çalışma. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Ankara, **1998**: 313-318.
- 174. Kuğuoğlu S, Eti-Aslan F, Olgun N.** McGill Melzack Ağrı Soru Formu'nun Türkçe'ye uyarlanması. *Ağrı Dergisi*, **2003**; 15(1): 47-51.
- 175. Öksüz E, Malhan S, Mutlu TE.** Türkçe McGill Standart Ağrı Ölçeği: Kültürel adaptasyon, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 2. Sağlıkta Yaşam Kongresi. İzmir, **2007**: 70.
- 176. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TF.** The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument psychiatric practice and researc. *Psychiatry Res*, **1989**; 28: 193-213.
- 177. Agargün MY, Kara H, Anlar O.** Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **1996**; 7: 107-115.
- 178. Demir A.** Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında, uyku kalitesi, yaşam kalitesi ve depresyonun prospektif değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, **2009**.
- 179. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ.** Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the pittsburgh sleep quality index. *Sleep*, **1991**; 14(4): 331-338.
- 180. Beck LS, Schwartz LA, Towsley G, Dudley W, Barsevick A.** Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, **2004**; 27(2):140-148.
- 181. Yoshioka M, Ishii T, Fukunishi I.** Sleep disturbance of end-stage renal disease. *Jpn J Psychiatry Neurol*, **1993**; 47: 847-851.
- 182. Brandenberger G, Viola AU, Ehrhart J.** Age-related changes in cardiac autonomic control during sleep. *J Sleep Res*, **2003**; 12: 173-180.
- 183. Kamel NS, Gammack JK.** Insomnia in the elderly: Cause, approach, and treatment. *Am J Med*, **2006**; 119: 463-469.
- 184. Demir M, Yüksel G, Sezer MT.** Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması. 24. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi. Antalya, **2007**: 75.

- 185. Dolgun R, Aksoy T, Şepitçi S, Besler M, Ak H.** Periton diyalizi ve hemodiyaliz hastalarında uyku sorunları ve yaşam kalitesi. 17. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi. İzmir, **2007**: 160-161.
- 186. Kalousova M, Tesar V, Sonka K.** Sleep disorders in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Sb Lek*, **2001**; 102(3): 395-400.
- 187. Stepanski E, Faber M, Zorick F, Basner R, Roth T.** Sleep disorders in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Am Soc Nephrol*, **1995**; 6: 192-197.
- 188. Yavuz A, Özbayır T.** Postoperatif ağrı yönetiminde non-farmakolojik girişimler ve hastanın kendi ağrısını değerlendirmesine göre analjezik uygulaması yöntemi ve rutin analjezi yönteminin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2000**.
- 189. Eti Aslan F.** Postoperatif ağrının bireysel özelliklerle ilişkisi. *Türk Hemşireler Dergisi*, **1997**; 47(6): 3-8.
- 190. Herr KA, Mobily PR.** Complexities of pain assessment in the elderly. *J. Gerontol Nurs*, **1991**; 17(4): 12.
- 191. Kocaman G, Karayurt Ö.** Ağrı kontrolünde yaş faktörünü inceleyen bir araştırma. *Sağlıklı Yaşlanma Sempozyumu Kitabı*. Ankara: Başbakanlık SHÇEK Basımevi, **1995**: 199-203.
- 192. Yücel A.** Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü. *Ağrı*. 1. Baskı, İstanbul: Alemdar Ofset, **2000**: 695-698.
- 193. Sipton EA.** *Pain: Acut and Chronic*. 2nd Ed, London: Oxford University Press Inc., **1999**: 1-36.
- 194. Bloodworth D, Calvillo O, Smith K, Grabois M.** Chronic pain syndromes: Evaluation and treatment. *Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia: WB Saunders Company, **2000**: 913 - 933.
- 195. Koopman C, Nouriani B, Erickson V, Anupindi R, Butler LD, Bachmann MH, Sephton SE, Spiegel D.** Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer. *The Breast Journal*, **2002**; 8(6): 362-370.
- 196. Tel H.** Determining quality of life and sleep in hemodialysis patients. *Dial Transplan*, **2009**; 1: 1-5.
- 197. Skobel E, Norra C, Sinha A, Brever C, Hanrath P, Stellbrink C.** Impact of sleep related breathing disorders on health-related quality of life in patients with chronic heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, **2005**; 7: 505-511.

- 198. Araujo IC, Kamimura MA, Diaibe SA, Canziani ME, Manfredi SR, Avesani CM, Sesso R, Cuppari L.** Nutritional parameters and mortality in incident hemodialysis patients. *J.Ren Nutr*, **2006**; 16(1): 27-35.
- 199. Unruh ML, Buysse DJ, Dew MA, Evans IV, Wu AW, Fink NE, Powe NR, Meyer KB.** Sleep quality and its correlates in the first year of dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*, **2006**; 1: 802-810.
- 200. Ferrier K, Campbell A, Yee B, Richards M, O'Meeghan T, Weatherall M, Neill A.** Sleep disorder breathing occurs frequently in stable outpatients with congestive heart failure. *Chest*, **2005**; 128(4): 2116- 2122.
- 201. Çuhadaroğlu Ç.** Uykuda solunum bozuklukları. *Akciğer*, **2007**; 13(1): 44-50.
- 202. Monacchia M, Keller S, Ware JE.** Sleep problems, health-related quality of life, work functioning and health care utilization among the chronically ill. *Quality of Life Research*, **2001**; 10: 331-345.
- 203. Veiga J, Gonçalves N, Gomes F, Santos N, Baptista A, Paiva T.** Sleep disturbances in end-stage renal disease patients on hemodialysis. *Dialysis and Transplantation*, **1997**; 26(6): 380-384.
- 204. Tel H, Esmek M.** Sleep in hemodialysis patients. *Dial Transplant*, **2007**; 36: 479-484.
- 205. Hanly PJ, Pierratos A.** Improvement of sleep apnea in patients with chronic renal failure who undergo nocturnal hemodialysis. *N Engl J Med*, **2001**; 344(2): 102-107.
- 206. Lin CC, Lui Y, Ward SE.** Effect of cancer pain of performance status, mood states and level of hope among, Taiwanese cancer patients. *Journal Pain Symptom Management*, **2003**; 25: 29-37.
- 207. Anke AG, Stenehjem AE, Stanghelle JK.** Pain and life quality within 2 years of spinal cord injury. *Paraplegia*, **1995**; 33(10): 555-559.
- 208. Chang MC, Chang YC, Chiou JF, Tsou TS, Lin CC.** Overcoming patient-related barriers to cancer pain management for home care patient. A pilot study. *Cancer Nurs*, **2002**; 25(6): 470-476.
- 209. Lin CC, Chou PL, Wu SL, Chang YC, Lai YL.** Long-term effectiveness of a patient and family pain education program on overcoming barriers to management of cancer pain. *Pain*, **2006**; 122(3): 271-281.
- 210. Oliver JW, Norvirz NL, Kaplan SH, Meyers FJ.** Individualized patient education and coaching to improve pain control among cancer outpatients. *J Clin Oncol*, **2001**; 19: 2206-2212.

- 211. Büyükyılmaz F, Aştı T.** Ortopedi ve travmatoloji hastalarında postoperatif ağrı tanılması. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2005**.
- 212. Lindaman C.** Talking to physicians about pain control. *Am J Med*, **1992**; 46(1): 49-55.
- 213. Özer N, Bölükbaşı N.** Postoperatif dönemdeki hastaların ağrıyı tanılamaları ve hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik girişimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2000**; 3(2): 54-55.
- 214. Puntillo K, Weiss SJ.** Pain: Its mediators and associated morbidity in critical ill cardiovascular surgical patients. *Nursing Research*, **1994**; 43(1): 31-35.
- 215. Allard P, Maunsell E, Labbe J, Dorval M.** Educational interventions to improve cancer pain control: A systematic review. *Journal of Palliative Medicine*, **2001**; 4(2): 191-203.
- 216. Kuzeyli Yıldırım Y.** Kanser ağrısı deneyimleyen hastalarda ağrı eğitim programının ağrı yönetimi, plazma beta endorfin düzeyleri ve yaşam kalitesine etkisi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2006**.
- 217. Leger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C.** SF-36: Evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosomatic Medicine*, **2001**; 63: 49-55.
- 218. Won A, Lapane K, Gambassi G.** Correlates and management of nonmalignant pain in nursing home. *J Am Geriatr Soc.*, **1999**; 47: 936-942.
- 219. Kuzeyli Yıldırım Y.** Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir, **2002**.
- 220. Karagözoğlu Ş, Çabuk S, Tahta Y, Temel F.** Hastanede yatan yetişkin hastaların uykusunu etkileyen bazı faktörler. *Toraks Dergisi*, **2007**; 8(4): 234-40.
- 221. Lafçı D.** Müziğin kanser hastalarının uyku kalitesi üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana, **2009**.
- 222. Babadağ K, Altun İ.** Hastane ve cerrahi girişimin uyku sürecine etkisi. Ulusal Cerrahi Kongresi. Antalya, **1996**: 127-128.
- 223. Wilson KG, Watson ST, Currie SR.** Daily diary and ambulatory activity monitoring of sleep in patients with insomnia associated with musculoskeletal pain. *Pain*, **1998**; 75: 75-84.

EKLER

EK – 1: HASTALARDA VAROLAN KRONİK HASTALIKLAR

Kronik Hastalıklar	n*	%
HT	146	77,2
Koroner Arter Hastalığı	72	38,1
DM	60	31,7
Nefrolitiazis	14	7,4
Romatizma	12	6,3
Serebrovasküler Hastalık	10	5,3
Solunum sistemi hastalıkları	7	3,7
Sindirim sistemi hastalıkları	7	3,7
Üriner infeksiyon	5	2,6
Polikistik Böbrek Hastalığı	6	3,2
Glomerulonefrit	6	3,2
Üriner infeksiyon	5	2,6

*n katlanmıştır

EK – 2: HASTALARIN KULLANDIKLARI İLAÇLAR

Kullanılan İlaçlar	n*	%
Antihipertansif ilaçlar	151	79,9
Nöropsikiyatrik ilaçları	85	45,0
Antidiyabetik ilaçlar	60	31,7
Proton pompası inhibitörü	33	17,5
Antiepileptik ilaçlar	16	8,5
Nörotropik ajan	6	3,2
Solunum sistemine ait ilaçlar	4	2,1

*n katlanmıştır

EK – 3: VERİ TOPLAMA FORMU

HEMODİYALİZ HASTALARINDA AĞRI VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİYİ BELİRLEMeye YÖNELİK VERİ TOPLAMA FORMU

Dosya No:
Görüşme Tarihi:
Kayıtlı olduğu hemodiyaliz merkezi:

BÖLÜM I

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz nedir?
 - 1) Kadın
 - 2) Erkek
3. BOY: KILO: BKİ:
4. Medeni durumunuz nedir?
 - 1) Evli
 - 2) Bekar
 - 3) Boşanmış
 - 4) Dul
5. Eğitim durumunuz nedir?
 - 1) Okur- yazar değil
 - 2) Okur -yazar
 - 3) İlköğretim mezunu
 - 4) Lise mezunu
 - 5) Yüksekokul mezunu
 - 6) Diğer (Lütfen açıklayınız.....)
6. Mesleğiniz / İşiniz nedir?
 - 1) İşsiz
 - 2) Emekli
 - 3) İşçi
 - 4) Ev Hanımı
 - 5) Memur
 - 6) Diğer (Lütfen açıklayınız
7. Sosyal güvenceniz nedir ?
 - 1) Sosyal güvencesi yok
 - 2) S.S.K.
 - 3) Bağ-Kur
 - 4) Yeşil Kart
 - 5) Emekli Sandığı
 - 6) Özel (Sigorta)

8. Nerede oturuyorsunuz?

- 1) Köy
- 2) Kasaba
- 3) İlçe
- 4) İl

9. Ailenizin gelir düzeyini nasıl tanımlarsınız ?

- 1) Gelir - gider dengeli
- 2) Gelir - giderden fazla
- 3) Gelir - giderden az
- 4) Geliri yok

10. Aile tipiniz nedir?

- 1) Çekirdek aile
- 2) Geniş aile
- 3) Parçalanmış
- 4) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

11. Kimlerle yaşıyorsunuz?

- 1) Yalnız
- 2) Ailemle
- 6) Kurumda kalıyorum
- 7) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

12. Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Hiç içmedim
- 2) yıldır, paket içiyorum
- 3) yıldır içmiyorum

13. Alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Hiç içmedim
- 2) yıldır içiyorum
- 3) yıldır içmiyorum

BÖLÜM II

14. Kaç yıldır kronik böbrek yetmezliğiniz var?

15. Kronik böbrek yetmezliği dışında herhangi bir hastalığınız var mı?

- 1) Yok
- 2) DM
- 3) HT
- 4) CVH
- 5) Demans
- 6) Kardiyovasküler Hastalıklar
- 7) Osteoporoz
- 8) Solunum Sistemi Hastalıkları
- 9) Romatizma
- 10) Sindirim Sistemi Hastalıkları
- 11) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

16. Hastalığınızı nasıl algılıyorsunuz?
1) Kendimi çok hasta hissediyorum
2) Kendimi hasta hissediyorum
3) Kendimi hasta hissetmiyorum
4) Kendimi hiç hasta hissetmiyorum
17. Kendinizi hastalığınızla ilgili konularda bilgi sahibi olarak görüyor musunuz?
1) Evet
2) Hayır
18. Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi görüyorsunuz?
1) 3-6 ay
2) 7-12 ay
3) 1-6 yıl
4) 7-11 yıl
5) 12 yıl ve üzeri
19. Haftada kaç gün hemodiyaliz tedavisi uygulanıyor?
1) Bir
2) İki
3) Üç
4) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
20. Hemodiyaliz tedavisi günde ne kadar süre uygulanıyor?
1) 1-3 saat
2) 4-5 saat
3) 6 saat ve üzeri
21. Hemodiyaliz seanslarında genellikle vaktinizi nasıl geçiriyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1) Uyuyarak
2) Diğer hastalarla konuşarak
3) Televizyon izleyerek
4) Müzik dinleyerek
5) Kitap okuyarak
6) Dergi okuyarak
7) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
22. Sürekli kullandığınız ilacınız var mı? Varsa belirtiniz.
1) Evet (Lütfen açıklayınız.....)
2) Hayır
23. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?
1) Evet
2) Hayır
3) Bazen aksatıyorum
24. Hemodiyaliz seanslarında ya da seanslar dışında ağrı ilgili şikayetleriniz oluyor mu?
1) Evet
2) Hayır

25. Bu ağrı ya da ağrıların sıklığı ne kadardır?
1) Sürekli
2) Günde 1-2 kez
3) Günde birçok kez
4) Diğer (Lütfen açıklayınız.....)
26. Ağrınız gün içinde sıklıkla ne zaman ortaya çıkmaktadır ?
1) Sabah
2) Öğle
3) Öğleden sonra
4) Akşam
27. Vücudunuzun hangi bölgesinde/bölgelerinde ağrı yaşamaktasınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1) Baş, yüz ve ağız
2) Omuz, el ve kol
3) Ayak ve bacak
4) Göğüs
5) Karın
6) Sırt ve bel bölgesi
7) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
28. Ağrınızın olduğu dönemde ağrınıza eşlik eden yakınmalar var mı?
1) Evet
2) Hayır
29. Yanıtınız “evet” ise hangi yakınma / yakınmalar olmaktadır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1) Halsizlik
2) Bulantı
3) İştahsızlık
4) Cinsel İsteksizlik
5) Baş dönmesi
6) Göz yaşarması
7) Kusma
8) Uykusuzluk
9) Çift görme
30. Yaşadığınız ağrı günlük aktivitelerinizi etkiliyor mu?
1) Evet
2) Hayır

31. Yanıtınız “evet” ise hangi aktiviteleriniz etkilenmektedir ?

AKTİVİTELER	ETKİLENME DERECEŚİ		
	AZ	ORTA	ÇOK
BESLENME			
BANYO YAPMA			
EL-YÜZ YIKAMA			
HAREKET			
GİYİNME			
UYKU/İSTİRAHAT ŞEKLİ			
BOŞALTIM			
ZİYARET			
ALIŞ-VERİŞ			
EV İŞLERİ/BAHÇE İŞLERİ			

32. Genel olarak ağrınız sosyal faaliyetlere katılımınızı ne ölçüde etkiliyor?

- 1) Etkilemiyor
- 2) Az etkiliyor
- 3) Biraz etkiliyor
- 4) Tamamıyla etkiliyor

33. Ağrınız yaşamdan zevk almanızı ne ölçüde etkiliyor?

- 1) Etkilemiyor
- 2) Az etkiliyor
- 3) Biraz etkiliyor
- 4) Tamamıyla etkiliyor

34. Ağrınız diğer insanlarla (eş, dost, çocuklar) ilişkilerinizi nasıl etkiliyor?

- 1) Etkilemiyor
- 2) Az etkiliyor
- 3) Biraz etkiliyor
- 4) Tamamıyla etkiliyor

35. Ağrınızı gidermede ağrı kesici alıyor musunuz?

- 1) Evet (ağrı kesicinin ismi...../sıklığı))
- 2) Hayır

36. Ağrınızı gidermek için aldığınız önlemler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Uyumak / Dinlenmek / Yalnız kalmak
- 2) TV izlemek / Müzik dinlemek
- 3) Bir şeyler yemek / içmek
- 4) Ağrı kesici almak
- 5) Dua / İbadet / Meditasyon
- 6) Duş almak
- 7) Doktora gelmek
- 8) Bitkiler
- 9) Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

37. Ağrınızı kontrol altına almaya ilişkin eğitim aldınız mı?
1) Evet
2) Hayır
38. Yanıtınız “evet” ise bu eğitim kim/kimler tarafından verildi?
1) Doktor
2) Hemşire
3) Aile
4) Arkadaşlar
5) Kişisel Bilgiler
39. Verilen öneriler etkili oldu mu?
1) Evet
2) Hayır
3) Kısmen
40. Uyumadan önce yaptığımız ve uykuya rahat dalmanızı sağlayan herhangi bir alışkanlığınız var mı?
1) Evet
2) Hayır
41. 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.....)
42. Hemodiyaliz tedavisi uygulanmaya başladığından bu güne kadar uyku alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu? (Cevabınız hayır ise 44. soruya geçin)
1) Evet
2) Kısmen
3) Hayır
43. 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.....)

44. Uyku sorunlarıyla baş etmeye ilişkin eğitim aldınız mı?

- 1) Evet
- 2) Hayır

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

- 1) Doktor
- 2) Hemşire
- 3) Aile
- 4) Arkadaşlar
- 5) Kişisel Bilgiler

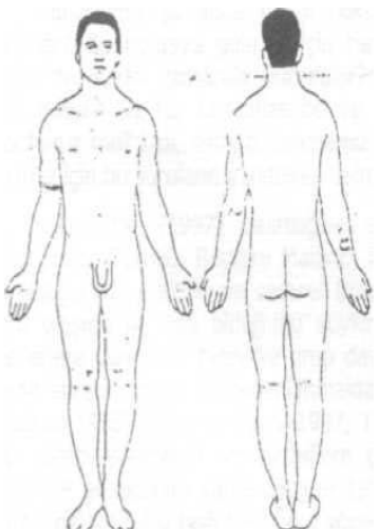
46. Verilen öneriler etkili oldu mu?

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Kısmen

47. Sizce uyku sorunu/sorunları yaşamanıza neden olan faktörler nelerdir?

EK-4: MC GİLL MELZACK AĞRI SORUFORMU(MASF)

MC GİLL MELZACK AĞRI SORUFORMU(MASF)

<p>MCGILL-MELZACK AĞRI SORU FORMU</p> <p>Hastanın Adı:..... Yaşı:..... Dosya No:.....Tarih:..... Klinik Sorun : Tanı :..... Analjezik (Şayet verilmişse) 1.Tipi:..... 2.Dozu:.....</p> <p>Hastanın algılama ölçütü: En iyi tahmini belirtilen sayıyı daire içersine alın. 1 (düşük) 2 3 4 5 (yüksek) Bu ölçek; ağrınıza ilişkin bize daha fazla bilgi vermek üzere hazırlanmış olup dört bölümden oluşmuştur. (1) Ağrınızın yeri (2) Özelliği (3) Zamanla ilişkisi (4) şiddeti Şu anda bizce ağrınızı nasıl hissettiğiniz çok önemlidir. Lütfen her bölümün başında bulunan açıklamaları izleyiniz.</p> <p>I. BÖLÜM AĞRINIZ NEREDE? Lütfen aşağıdaki şekil üzerinde ağrınızı nerede / nerelerde hissettiğinizi işaretleyiniz. Eğer ağrınız derinde ise D harfi, yüzeyde ise Y harfini işaretlediğiniz yerin yan tarafına yazınız. Şayet hem derinde hem de yüzeyde ise DY harflerini yazınız.</p> 	<p>II. BÖLÜM: AĞRINIZIN ÖZELLİĞİ Aşağıdaki kelimelerin bazıları şu andaki ağrınızı tanımlamaktadır, Sadece ağrınızı en iyi tanımlayan kelimeleri daire içine alınız Uygun gelmeyenleri boş bırakınız. Her grupta uygun olan sadece bir kelime işaretleyiniz</p> <table><tr><td>1</td><td>6</td><td>11</td><td>17</td></tr><tr><td>Pır pır eden</td><td>Çekiştirici</td><td>Yorucu</td><td>Yayılan</td></tr><tr><td>Titreyen</td><td>Sürükleyici</td><td>Tüketici</td><td>Dağılan</td></tr><tr><td>Çarpan</td><td>Burkutucu</td><td>12</td><td>İçe işleyen</td></tr><tr><td>Zonklayan</td><td>7</td><td>Tiksindirici</td><td>Delen</td></tr><tr><td>Vuran</td><td>Sıcaklık veren</td><td>Boğucu</td><td>18</td></tr><tr><td>Döven</td><td>Yakıyor gibi</td><td>13</td><td>Sıkıntı verici</td></tr><tr><td>2</td><td>Haşlanıyor gibi</td><td>Korku veren</td><td>Uyuşuklaştıran</td></tr><tr><td>Sıçrayan</td><td>Dağlayıcı</td><td>Korkunç</td><td>Hissizleştiren</td></tr><tr><td>Yansıyan</td><td>8</td><td>Dehşetli</td><td>Sürükleyici</td></tr><tr><td>Fırlayan</td><td>Sızlıyor gibi</td><td>14</td><td>Sıkıştırıcı</td></tr><tr><td>3</td><td>Kaşıntılı</td><td>Cezalandırıcı</td><td>Yırtıcı</td></tr><tr><td>Diken diken</td><td>Acıtcı</td><td>Bitap düşürücü</td><td>19</td></tr><tr><td>Oyuluyor gibi</td><td>İğne batar gibi</td><td>Dayanılmaz</td><td>Ürperten</td></tr><tr><td>Deliyorlar gibi</td><td>9</td><td>Şiddetli</td><td>Üşüten</td></tr><tr><td>Şiş saplanır gibi</td><td>Künt</td><td>Öldürücü</td><td>Donduran</td></tr><tr><td>Şimşek çakar gibi</td><td>Çıldıratan</td><td>15</td><td>20</td></tr><tr><td>4</td><td>Yaralayıcı</td><td>Biçare eden</td><td>Sürekli</td></tr><tr><td>Çok keskin</td><td>Sızlayan</td><td>Kör eden</td><td>Rahatsız eden</td></tr><tr><td>Kesiliyor gibi</td><td>Yoğun</td><td>16</td><td>Bulanıt veren</td></tr><tr><td>Yırtılır gibi</td><td>10</td><td>Usandıran</td><td>İstirap veren</td></tr><tr><td>5</td><td>Hassas</td><td>Sıkıntılı</td><td>Berbat</td></tr><tr><td>Kemirici sancı</td><td>Gergin</td><td>Perişan eden</td><td>İşkence eder</td></tr><tr><td>Kasılır tarzda</td><td>Törpüleyen</td><td>Yoğun</td><td>tarzda</td></tr><tr><td>Eziliyor gibi</td><td>Keskin</td><td>Dayanılmaz</td><td></td></tr></table> <p>III. BÖLÜM: ZAMANLA AĞRINIZIN İLİŞKİSİ 1. Ağrınızı tanımlamak için hangi kelimeyi/kelimeleri kullanırsınız? 1 2 3 Devamlı Ritmik Genel Kararlı Periyodik Anlık Sabit Aralıklı Geçici</p> <p>2. Neler ağrınızı rahatlatıyor?</p> <p>3. Neler ağrınızı arttırıyor?</p> <p>IV. BÖLÜM: AĞRINIZIN ŞİDDETİ V. İnsanlar artan yoğunluğa göre ağrılarını belirten beş kelime birleşirler. Bunlar 1 2 3 4 5 Hafif Rahatsız edici Şiddetli Çok şiddetli Dayanılmaz Aşağıdaki her soruyu yanıtlamak için sorunun yanındaki boşluğa, size en uygun rakamı yazınız. 1. Şu andaki ağrınızı hangi kelime tanımlar? 2. Ağrınızın en kötü halini hangi kelime tanımlar? 3. Ağrınız en az olduğunda hangi kelime tanımlar? 4. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü dış ağrısını hangi kelime tanımlar? 5. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü baş ağrısını hangi kelime tanımlar? 6. Şu ana kadar geçirdiğiniz en kötü karın ağrısını hangi kelime tanımlar?</p>	1	6	11	17	Pır pır eden	Çekiştirici	Yorucu	Yayılan	Titreyen	Sürükleyici	Tüketici	Dağılan	Çarpan	Burkutucu	12	İçe işleyen	Zonklayan	7	Tiksindirici	Delen	Vuran	Sıcaklık veren	Boğucu	18	Döven	Yakıyor gibi	13	Sıkıntı verici	2	Haşlanıyor gibi	Korku veren	Uyuşuklaştıran	Sıçrayan	Dağlayıcı	Korkunç	Hissizleştiren	Yansıyan	8	Dehşetli	Sürükleyici	Fırlayan	Sızlıyor gibi	14	Sıkıştırıcı	3	Kaşıntılı	Cezalandırıcı	Yırtıcı	Diken diken	Acıtcı	Bitap düşürücü	19	Oyuluyor gibi	İğne batar gibi	Dayanılmaz	Ürperten	Deliyorlar gibi	9	Şiddetli	Üşüten	Şiş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran	Şimşek çakar gibi	Çıldıratan	15	20	4	Yaralayıcı	Biçare eden	Sürekli	Çok keskin	Sızlayan	Kör eden	Rahatsız eden	Kesiliyor gibi	Yoğun	16	Bulanıt veren	Yırtılır gibi	10	Usandıran	İstirap veren	5	Hassas	Sıkıntılı	Berbat	Kemirici sancı	Gergin	Perişan eden	İşkence eder	Kasılır tarzda	Törpüleyen	Yoğun	tarzda	Eziliyor gibi	Keskin	Dayanılmaz	
1	6	11	17																																																																																																		
Pır pır eden	Çekiştirici	Yorucu	Yayılan																																																																																																		
Titreyen	Sürükleyici	Tüketici	Dağılan																																																																																																		
Çarpan	Burkutucu	12	İçe işleyen																																																																																																		
Zonklayan	7	Tiksindirici	Delen																																																																																																		
Vuran	Sıcaklık veren	Boğucu	18																																																																																																		
Döven	Yakıyor gibi	13	Sıkıntı verici																																																																																																		
2	Haşlanıyor gibi	Korku veren	Uyuşuklaştıran																																																																																																		
Sıçrayan	Dağlayıcı	Korkunç	Hissizleştiren																																																																																																		
Yansıyan	8	Dehşetli	Sürükleyici																																																																																																		
Fırlayan	Sızlıyor gibi	14	Sıkıştırıcı																																																																																																		
3	Kaşıntılı	Cezalandırıcı	Yırtıcı																																																																																																		
Diken diken	Acıtcı	Bitap düşürücü	19																																																																																																		
Oyuluyor gibi	İğne batar gibi	Dayanılmaz	Ürperten																																																																																																		
Deliyorlar gibi	9	Şiddetli	Üşüten																																																																																																		
Şiş saplanır gibi	Künt	Öldürücü	Donduran																																																																																																		
Şimşek çakar gibi	Çıldıratan	15	20																																																																																																		
4	Yaralayıcı	Biçare eden	Sürekli																																																																																																		
Çok keskin	Sızlayan	Kör eden	Rahatsız eden																																																																																																		
Kesiliyor gibi	Yoğun	16	Bulanıt veren																																																																																																		
Yırtılır gibi	10	Usandıran	İstirap veren																																																																																																		
5	Hassas	Sıkıntılı	Berbat																																																																																																		
Kemirici sancı	Gergin	Perişan eden	İşkence eder																																																																																																		
Kasılır tarzda	Törpüleyen	Yoğun	tarzda																																																																																																		
Eziliyor gibi	Keskin	Dayanılmaz																																																																																																			

EK- 5: PITTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ

PITTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Açıklamalar

Aşağıdaki sorular sizin yalnızca son birkaç aydır yaşadığınız uyku düzeni ve uyku alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarınız son bir ay içinde gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1-Geceleri genellikle ne zaman yattınız?

Son bir ay, saat

2-Geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?

Son bir ay, dakika

3-Sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

Son bir ay, saat

4-Geceleri gerçekten kaç saat uyudunuz?(Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

Son bir ay, saat

Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz.

5-Aşağıdaki sorunları belirten uyku problemlerini ne sıklıkta yaşadınız?

a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

b) Gece yarısı veya sabah erken uyandınız

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

c) Banyo yapmak için kalkmak zorunda kaldınız

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

e) Öksürdünüz ve gürültülü bir şekilde horladınız

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

f) Aşırı derecede üşüdünüz

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

h) Kötü rüya gördünüz

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

i) Ağrı duydunuz

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

Diğer nedenler; Lütfen belirtiniz

Bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

6-Uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirirsiniz?

1.Çok iyi 2.Oldukça iyi 3.Oldukça kötü 4.Çok kötü

7-Uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

8-Araç kullanırken, yemek yerken veya sosyal aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

9-Bu durum işlerinizi yeter kadara istekle yapmanızda ne derecede problem oluştu mu?

1-Hiç problem oluşturmadı

2-Yalnızca çok az bir problem oluşturdu.

3-Bir dereceye kadar problem oluşturdu.

4-Çok büyük bir problem oluşturdu.

10-Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

1-Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok

2-Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var

3-Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil

4-Partner aynı yatakta

11-Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun?

a) Gürültülü horlama

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

b) Uykuda iken nefes alıp verme esnasında uzun aralıklar

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; Lütfen belirtiniz.

1.Hiç 2.Haftada birden az 3.Haftada bir veya iki kez 4.Haftada üç veya daha fazla

EK -6. MERSİN 1 NO'LU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
03/11/2010	08	2010/78

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sabire YURTSEVER'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Komisyonumuz kararının başvuru sahibine iletilmesine toplantıya katılan Komisyon Üyeleri'nin oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Bahar ULUBAŞ
Başkan Yrd.

(Katılmadı)
Prof. Dr. Cengiz ÖZCAN
Üye

İmza
Prof. Dr. Gönül ASLAN
Üye

(Katılmadı)
Prof. Dr. Gürbüz POLAT
Üye

İmza
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Üye

Doç. Dr. İclal GÜRSES
Üye

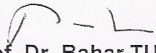
İmza
Doç. Dr. İrfan AYAN
Üye

(Katılmadı)
Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI
Üye

İmza
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

(Katılmadı)
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER
Üye

İmza
Av. Habibe ÖZER
Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Komisyon Başkanı
ASLI GİBİDİR



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU




ARAŞTIRMA BAŞVURUSU DEĞERLENDİRME FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Sabire YURTSEVER				
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BAĞLI BULUNDUĞU BİRİM	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalığı Hemşireliği				
	DESTEKLEYİCİ	<input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> TÜBİTAK <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Diğer:				
	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI MERKEZ	MEÜ. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Mersin Devlet Hastanesi Özel Diamer Diyaliz Merkezi Özel Mersin Nefroloji Diyaliz Merkezi				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası				
	ARAŞTIRMANIN STATÜSÜ	<input checked="" type="checkbox"/> Yüksek lisans tezi <input type="checkbox"/> Doktora tezi <input type="checkbox"/> Uzmanlık tezi <input type="checkbox"/> Bireysel araştırma projesi <input type="checkbox"/> Diğer:				
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarih	Dili			
	Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Başvuru Formu	13/10/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	13/10/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
	Anket Formu	13/10/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
	Sorumlu/Yardımcı Araştırmacı/ Koordinatörlerin Öz Geçmişleri	13/10/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce		
Biyolojik Materyal Transfer Formu		<input type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce			
Diğer:3 adet literatür	13/10/2010	<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe	<input type="checkbox"/> İngilizce			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih:				
	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sabire YURTSEVER'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Hemodiyaliz Hastalarında Ağrı ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan yukarıda belirtilen belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik yönden sakınca bulunmadığına ve kararın başvuru sahibi ile Mersin Üniversitesi Rektörlüğüne iletilmek üzere Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığına bildirilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.					
KOMİSYON İLE İLGİLİ BİLGİLER						
ÇALIŞMA ESASI	Mersin Üniversitesi Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik					
KOMİSYON BAŞKANI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN					
KOMİSYON ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Bağlı Bulunduğu Birim	Cinsiyet	İlişki*	Katılım**	İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	Mersin Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Bahar ULUBAŞ	Göğüs Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Cengiz ÖZCAN	Kulak, Burun Boğaz Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Gönül ASLAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Gürbüz POLAT	Tıbbi Biyokimya	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. İclal GÜRSES	Tıbbi Patoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Resul BUĞDAYCI	Halk Sağlığı	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER	Tıp Tarihi ve Etik	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Habibe ÖZER	Avukat	Mersin Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile ilişkisi; ** toplantıda bulunma.

EK- 7. ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİNE YÖNELİK İZİN YAZILARI


T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ DEKANLIĞI
Tıp Fakültesi Dekanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Nefroloji Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.20.11.10.07/ 32-2977
Konu : Klinik Uygulama

Tarih: 22 / 11 / 2010

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İlgi: 28.10.2010 tarih ve B30.2.MEÜ.0.H1.70.02.774/9123 sayılı yazınız.

İlgi yazıda anılan Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nurgül Özçelik' in " Kronik Böbrek Yetmezliği nedeniyle Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerde Ağrı ve uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi " konulu anket çalışmasını Hemodiyaliz ünitesinde uygulaması uygun görülmüştür..

Doç. Dr. Ahmet A.KIYKIM
Nefroloji Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Kamuran KONCA
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Ahmet İLVAN
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
GELEN EVRAK

TARİHİ	24 Kasım 2010
NOSU	8541

Form No: NFR-FR-01 Form Yay. Tarihi: 18.03.2004 Form Rev. Tarihi: 02.05.2006 Form Rev. No: 03

T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B.10.4 İSM.4.33.00.09 /
KONU : Klinik Uygulama.

39002

01 KAS 2010

VALİLİK MAKAMINA
MERSİN

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı 22.10.2010 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.70.03.00-605.01-1271/14744 sayılı yazınız.

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nurgül ÖZÇELİK' in "Kronik Böbrek Yetmezliği nedeniyle Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerde Ağrı ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasını 01 Aralık 2010-31 Mart 2011 tarihleri arasında Mersin Devlet Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde kronik böbrek yetmezliği nedeniyle başvuruda bulunan 18 yaş üzeri en az üç aydır hemodiyaliz uygulanan hastalara yönelik uygulanması, iş akışını engellemeyecek şekilde, uygun görülen saatlerde yapılması, çalışma sonuç raporunun bir suretinin Müdürlüğümüze gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Dr.Esma TERZİER
İl Sağlık Müdürü V.

OKUR
26.10/2010
Kadir OKATAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Sayı : 2011 - 580
Konu : Klinik Uygulama Hk.

T.C
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

İlgi : 22.10.2011 tarih ve 14746 sayılı yazınız ;

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans Öğrencisi Nurgül Özçelik tarafından 'Kronik Böbrek Yetmezliği nedeniyle Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerde Ağrı ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi' konulu anket çalışması Merkezimizde 18 yaş üzeri en az üç aydır Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara uygulanmıştır

26.10.2011
Uz.Dr. M. Necati Kıralp
Dahiliye Uzmanı

DIAMER DİYALİZ
TIBBİ MALZEME ÖZEL SAĞLIK
HİZ. SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ.
Yeni Mh. GMK Bulvarı No:189/B Mezitli-MERSİN
Tel: 0324 358 99 99 Fks: 0324 357 43 01
Mersin VD 734 040 6792

**MERSİN NEFROLOJİ
ÖZEL DİYALİZ MERKEZİ A.Ş**

Sayı : 546
Konu : Klinik Uygulama Hk.

**T.C
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik**

26.10.2011

Üniversiteniz Sağlık Birimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans Öğrencisi Nurgül ÖZÇELİK 'Kronik Böbrek Yetmezliği nedeniyle Hemodiyaliz Uygulanar Bireylerde Ağrı ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi 'konulu anket çalışmasını Merkezimizde 18 yaş üzeri en az üç aydır Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara uygulanmıştır. Gereğini bilgilerinize arz ederiz .Saygılarımızla.

Dr. Erkan KAYALI
Mesul Müdür
Özel Mersin Nefroloji Diyaliz Merkezi

Seher GILMAN VHKİ

26.10.2011

Sayı: 2419

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1979 yılında Silifke’de doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Silifke’de tamamlamıştır. 2001 yılında Koyulhisar Devlet Hastanesi’nde göreve başlamış ve aynı yıl Mersin Devlet Hastanesi’ne atanmıştır. 2004 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’ndan mezun olan araştırmacı, 2011 yılında Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimi tamamlamıştır ve halen Mersin Devlet Hastanesi’nde Başhemşire Yardımcısı olarak görev yapmaktadır.