



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

**HEMODİYALİZ HASTALARINA UYGULANAN
PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZİNİN
ANKSİYETE DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ**

MERAL AKGÜL

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI**

SİVAS-2019

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

**HEMODİYALİZ HASTALARINA UYGULANAN
PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZİNİN
ANKSİYETE DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ**

MERAL AKGÜL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Meral KELLEÇİ**

SİVAS-2019

“Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizinin Anksiyete Düzeyi ve Uyku Kalitesine Etkisi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Psikiyatri Hemşireliği** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____

Üye _____

Üye _____

Üye _____

Üye (Danışman) _____

ONAY

Bu tez çalışması,tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bana rehberlik eden, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak yol gösteren çok değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Meral KELLEÇİ'ye, çalışmamın istatistik analizinde destekleri için Sayın Dr. Öğretim Üyesi Ziyet ÇINAR'a,

Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde ve Sivas Diyaliz Merkezi'nde çalışan değerli meslektaşlarım ve ekibine ayrıca çalışmaya katılan tüm hastalara,

Beni yetiştiren, hayatım boyunca attığım her adımda bana destek olan, sevgilerini ve emeklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen canım annem Samiye AKGÜL ve canım babam İbrahim AKGÜL'e, sevgilerinden güç aldığım canım kardeşlerim Duygu ve Mehtap'a

En içten duygularıyla teşekkür ediyorum.

Meral AKGÜL

ÖZET

HEMODİYALİZ HASTALARINA UYGULANAN PROGRESİF GEVŞEME EGZERSİZİNİN ANKSİYETE DÜZEYİ VE UYKU KALİTESİNE ETKİSİ

Meral AKGÜL

Yüksek Lisans Tezi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

2019, 99 sayfa

Araştırma hemodiyaliz hastalarına uygulanan progresif gevşeme egzersizinin anksiyete düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile öntest-sontest kontrol gruplu yarı deneysel olarak planlandı.

Araştırmanın örneklemini hemodiyalize giren 42 birey oluşturdu. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde diyalize giren hastalar deney grubuna, Özel Sivas Diyaliz Merkezinde diyalize giren hastalar kontrol grubuna alındı. Araştırmada veriler; Hasta Tanıtım Formu, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI FORM TX) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile toplandı. Deney grubuna 4 aşamadan oluşan Progresif Gevşeme Egzersizi programı uygulandı. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Ölçekler 6. ve 8. haftada tekrar uygulandı. Evde hastaların egzersizi uygulamaları için SMS hatırlatıcılar gönderildi. Verilerin analizinde verilerin normal dağılım koşullarını sağladığı tespit edilmiş ve parametrik testler uygulandı. Frekans dağılımı, ortalama, standart sapma ile veriler sunulmuş istatistiksel analizlerde Ki-Kare testi, student t testi ve ANOVA testi kullanıldı.

Deney ve kontrol grubu yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet ve durumluk anksiyete düzeyi açısından benzer özelliklere sahipti ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubunun uygulama sonrası 6. hafta durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, 8.haftada durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı bir farkın olduğu belirlendi ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi sürekli anksiyete puanları ve 6. hafta uygulama sonrası sürekli anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark

bulunmazken, 8. hafta uygulama sonrası sürekli anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark tespit edildi ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi ve 6. hafta uygulama sonrası PUKİ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, 8. hafta uygulama sonrası PUKİ puanları arasında anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$).

Araştırma sonucunda hemodiyaliz hastalarına uygulanan progresif gevşeme egzersizinin anksiyete düzeyi ve uyku kalitesi olumlu yönde etkilediği belirlendi. Progresif gevşeme egzersizleri hemodiyaliz hastalarının anksiyete düzeylerini düşürmekte ve uyku kalitelerini yükseltmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, diyaliz hastası, uyku kalitesi, anksiyete, progresif gevşeme, hemşirelik bakımı.

ABSTRACT

THE EFFECT OF PROGRESSIVE RELAXATION EXERCISE TO HEMODIALYSIS PATIENTS ON ANXIETY LEVEL AND SLEEP QUALITY

Meral AKGÜL

Master Thesis

Department of Nursing of Mental Health and Psychiatric

Supervisor: Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

2019, 99 pages

This study was planned experimentally to evaluate the effect of progressive relaxation exercise on anxiety level and sleep quality in hemodialysis patients.

The sample of the study consisted of 42 individuals undergoing hemodialysis. The patients who entered the dialysis group in the hemodialysis unit of Cumhuriyet University Health Services Application and Research Hospital Hemodialysis Unit were recruited to the control group. Data in the study; Patient Identification Form, State-Trait Anxiety Inventory (STAI FORM TX) and Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) were collected. Progressive Relaxation Exercise program, consisting of 4 stages, was applied to the study group. The data were collected by face-to-face interview technique. The scales were reapplied at the 6th and 8th weeks. SMS reminders for patients' exercise exercises at home were sent. In the analysis of the data, it was determined that the data provided normal distribution conditions and parametric tests were applied. Data were analyzed by means of frequency distribution, mean and standard deviation. Chi-square test, student t test and ANOVA test were used.

The study and control groups had similar features in terms of age, education level, gender and state anxiety level ($p > 0.05$). While there was no significant difference between the state and anxiety scores of the study and control group at the 6th week, there was a significant difference between the state anxiety scores at the 8th week ($p < 0.05$). While there was no significant difference between the trait anxiety scores of the study and control groups before and after the application, there was a significant difference between the trait anxiety scores at the end of the 8th week ($p < 0.05$). While there was no significant difference between the PSQI scores of the study and control

group before and after the 6th week of implementation, there was a significant difference between the PSQI scores after the 8th week ($p < 0.05$).

As a result of the study, it was determined that the progressive relaxation exercise applied to hemodialysis patients affected the level of anxiety and sleep quality positively. Progressive relaxation exercises reduce the anxiety levels of hemodialysis patients and increase their sleep quality.

Key Words: Haemodialysis, Haemodialysis patients, sleep quality, anxiety, progressive relaxation, nursing care.



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
TABLolar	xi
ŞEKİLLER	xii
KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği	5
2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi	5
2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi	5
2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Belirtileri	6
2.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliği'nin Evreleri	7
2.1.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi.....	8
2.1.7. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Hemodiyaliz	9
2.1.8. Hemodiyaliz Komplikasyonları	9
2.2. Anksiyete	11
2.2.1. Anksiyete Düzeyleri	12
2.2.3. Anksiyetili Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı.....	14
2.3. Uyku	15
2.3.1. Uyku ve Evreleri.....	17
2.3.2. Anksiyetenin Uyku Üzerindeki Etkileri	19
2.3.3. Uyku Sorunları Yaşayan Kişiyeye Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları.....	20
2.4. Gevşeme Egzersizleri.....	22
2.4.1. Gevşeme Egzersizi Çeşitleri	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	27
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	27
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	28
3.5. Veri Toplama Araçları	28
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-I).....	29
3.5.2. Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI FORM TX) (EK-II).....	29
3.5.3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-III).....	29
3.6. Eğitim ve Uygulama Programı	30
3.6.1. Progresif Gevşeme Egzersiz Programı (EK-IV)	30
3.6.2. Progresif Gevşeme Egzersizi Uygulama Kayıt Çizelgesi (EK-V).....	31
3.7. Verilerin Toplanması	31
3.8. Verilerin Analizi	35
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	36

4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
KAYNAKÇA	59
EKLER	71
Ek-1. Hasta Tanıtım Formu.....	71
Ek-2. Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği.....	72
Ek-3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	74
Ek-4. Progresif Gevşeme Egzersizi Uygulama Kayıt Çizelgesi	77
Ek-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu	78
İZİNLER	80
Ek-6. Cumhuriyet Üniversitesi İzin Yazısı	80
Ek-7. Etik Kurul Kararı.....	81
Ek-8. Özel Sivas Diyaliz Merkezi İzin Yazısı	83
Ek-9: Gevşeme Egzersileri CD İzin Yazısı.....	84
ÖZGEÇMİŞ	85

TABLULAR

Sayfa No

Tablo 2.1. KBY’de Risk Faktörleri.....	6
Tablo 3.1. Verilerin Toplanmasına İlişkin Akış Şeması	35
Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.2. Hastalık Durumu Açısından Karşılaştırılması	39
Tablo 4.3. Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ..	40
Tablo 4.4. Demografik Özelliklerine Göre Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 4.5. Hastalık Durumuna Göre Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.6. Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.7. Demografik Özelliklerine Göre Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.8. Hastalık Durumuna Göre Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 4.9. Uyuma Durumları Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4.10. PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.11. Demografik Özelliklerine Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 4.12. Hastalık Durumuna Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4.13. Anksiyete ve Uyku Arasındaki İlişki.....	50

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. Uygulama Akış Şeması.....	32
--------------------------------------	----



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
EEG	: Elektroensefaografide
FGF	: Fibroblast Growth Factor
GABA	: Gama-Aminobutirik Asit
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	: Hemodiyaliz
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KDOQI	: Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite
PDGF	: Platelet Derivating Growth Factor
PGE	: Progresif Gevşeme Egzersizleri
PUKİ	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SDBY	: Son Dönem Kronik Böbrek Yetmezliği
STAI	: Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği
TGF	: Transforming Growth Factor

1. GİRİŞ

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY); glomerüler filtrasyon hızının (GFH) azalması sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanır (Kaptan ve Dedeli, 2012; TND REGISTRY, 2017). Uluslararası Nefroloji Derneği ve Uluslararası Böbrek Vakıfları Federasyonu girişimi olan Dünya Böbrek Günü'nün 10.yıldönümünün kutlanması amacıyla yayınlanan raporda, KBY'nin giderek küreselleşen bir halk sağlığı sorunu haline geldiği ifade edilmiştir (Garcia, 2015). Türk Nefroloji Derneğinin verilerine göre; 2016 yılında Türkiye'de renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliği (SDBY) nokta prevalansı milyon nüfus başına 933 olarak saptanmıştır. 2016 Yılında Türkiye'de RRT gerektiren SDBY insidansı 140'dır. Günümüzde KBY için en yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemi hemodiyalizdir. 2016 Yılı itibariyle Hemodiyalize giren hasta sayısı ise 56.687'dir (TND REGISTRY, 2017).

KBY gibi kronik bir hastalığa sahip olan kişilerde hastalığın getirdiği, sosyal (arkadaş ve aileyle olan ilişkiler), ekonomik (maddi zorluklar, tedavi maliyetleri, işten ayrılma vb.) ve psikolojik (ruhsal çöküntü, depresyon, kaygı) sorunlar ağır bir şekilde yaşanmaktadır (Yürügen, 2001; Vicdan ve Karabacak, 2014). Bu hastaların yaşamlarında çeşitli kayıplar meydana gelmektedir. Çünkü bu hastalar yeni imgelerini kabul etmeye ve yaşam tarzlarını diyaliz tedavisine uydurmaya çalışmaktadırlar. Düzenli olarak hemodiyalize giren hastalar iş hayatlarını sürdürme, sosyal hayatlarına devam etme, sıkıntılı bir diyaliz işlemine, tıbbi bakıma ve tıbbi personele bağımlı olma ve gıdalar ile sıvıları sınırlandırma konusunda zorluk yaşamaktadırlar (Akpolat ve Utaş, 1999; Gerogianni ve Babatsikou, 2014; Vicdan ve Karabacak, 2014). Hem hastaların kendileri hem de aileleri için günlük alışkanlıkları ve yaşam tarzlarında değişimlerle ilişkili olduğundan hemodiyalize girmek zorunda olan hastaların yaşam kaliteleri anlamlı ölçüde etkilenmektedir (Kuzeyli ve Fadıloğlu, 2005). Hemodiyalizin neden olduğu sosyal etkilerle birlikte hastaların kronik yorgunluk, seksüel fonksiyonlarda bozulma (Gerogianni ve Babatsikou, 2014), uyku sorunları (Gerogianni ve Babatsikou, 2014) ve gelecekle ilgili kaygılar yaşadıkları da bilinmektedir (Cukor ve ark., 2008; Demirbilek ve ark., 2010; Erdenen ve ark., 2010; Yavuz ve ark., 2012).

Hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları anlamlı sorunlardan biri olan anksiyete; tüm canlılar için doğal ve kaçınılmaz bir yaşantıdır, evrensel bir duygudur ve her birey yaşam olaylarıyla ilişkili olarak belli seviyede anksiyete deneyimlemektedir. Anksiyete, birçok insan için değişik derecelerde tedirginlik ve rahatsız edici bir deneyimdir (Esen ve ark., 2015). Sıkıntı, endişe ve anksiyete, dilimizde anksiyete karşılığı olarak kullanılmaktadır. Hastalar bu durumu “kötü bir şey olacakmış hissi” veya “nedensiz bir korku” şeklinde ifade etmektedirler (Çelik ve Acar, 2007; Lehrer ve Carr, 2014). Genellikle, anksiyete baş ağrısı, terleme, çarpıntı, göğüste sıkışma, mide ağrısı, rahatsızlık, huzursuzluk, titreme, sık sık gerilim, mide bulantısı, baş dönmesi gibi semptomlarla kendini göstermektedir (Beck ve Emery, 2011; Sudha, 2012).

Hemodiyaliz hastalarında yüksek düzeyde anksiyete olduğu görülmektedir (Demirbilek ve ark., 2010; Alaa ve ark., 2010; Özgür ve ark., 2003; Esen ve ark., 2015; Erdenen ve ark., 2010). Bu nedenle hastalarda anksiyetenin klinik bulgularının değerlendirilmesi ve bireyin psikososyal yönden ele alınması son derece önemlidir (Demirbilek ve ark., 2010). Esen ve ark. tarafından 2015 yılında yapılan bir çalışmada 77’si Periton diyalizi, 83’ü HD olmak üzere toplam 160 hastanın %48’inde anksiyete tespit edilmiştir (Esen ve ark., 2015). Anksiyete ile birlikte uyku sorunları da hemodiyalize giren hastaların yaşadıkları diğer anlamlı bir sorundur (Alaa ve ark., 2010). Uyku, “organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyaranlarla geri dönebilen biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu” olarak tanımlanmaktadır (Gökpınar, 2015). Normal uyku ve dinlenme kesintiye uğrarsa, fiziksel ruhsal ve duygusal değişiklikler meydana gelebilir. Isı, ışık, stres, hastalıklar gibi çoğu faktörler uykusuzluğa neden olur. Birçok tıbbi ve psikiyatrik durumlar hastanın normal uyku düzenini etkilemektedir (Baklan, 2011; Baltaş ve Baltaş, 2015; Gorman ve Sultan, 2014). Yapılan birçok çalışmada hemodiyaliz hastalarında uyku sorunlarının yaygın olduğu ve görülme sıklığının %20-85 arasında olduğu görülmektedir (Alaa ve ark., 2010; Eslami ve ark., 2014; Sert ve ark., 2015; Sabet, 2012).

Yaşamda kısıtlılıklar, hastalığa bağlı gelişen metabolik değişiklikler, ağrı, diyet kısıtlamaları, dispne, yorgunluk, kramp, ileri yaş, emosyonel sorunlar hemodiyaliz hastalarında uyku sorunlarına neden olabilmektedir (Sert ve ark., 2015). Üremik hastalarda, derin uyku süreleri kısaltmakta ve toplam uyku süresi azalmaktadır (Sert ve

ark., 2015). 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 (Hintistan ve Deniz, 2018). Uyku sorunu olan hastanın bakımının planlanmasında başlıca amaç, uyku değişikliklerini kontrol etmek ve gidermektir (Gorman ve Sultan, 2014; Ulusoy ve Yavuz, 2014). Uyku sorunlarının yönetiminde, müzik terapi, davranış terapileri, progresif gevşeme egzersizleri, hipnoterapi, biofeedback, refleksoloji, yoga, masaj, aromaterapi, akupres ve akupunktur gibi tamamlayıcı-destekleyici tedavi yöntemleri kullanılabilir (Kılıç ve ark., 2015).

Anksiyete ve uyku sorunları birbiri ile ilişkilidir. Kontrol edilemeyen yüksek anksiyete uyku sorunlarına, uyku sorunu ise bireyin daha gergin olmasına ve dinlenmiş hissetmemesine neden olmaktadır (Alaa ve ark., 2010). Hemodiyaliz hastaları ile çalışan hemşirenin hastasının anksiyetesini kontrol etmesini sağlaması ve uyku kalitesini arttırması beklenmektedir. Bu sorunlar NANDA'da da birer hemşirelik tanısı olarak yer almaktadır (Carpenito ve Carpenito-Moyet, 2012). NANDA hemşirelik tanısı kapsamında, hemşirelerin hastayalara yönelik girişimleri önemlidir. Bu tanılara yönelik yapılacak girişimlerden birisi de hastaya gevşeme egzersizlerinin öğretilerek yaşamına geçirmesini sağlamaktır. Ancak bu konuda hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmaların sınırlı olduğu, progresif gevşemenin uyku kalitesine etkisi ya da birkaç çalışmada anksiyete düzeyine etkisinin çalışıldığı dikkati çekmektedir (Kuzeyli Yıldırım, 2002; Demir ve Okanlı, 2013; Erdem, 2005). Oysa hastanın uyku kalitesinin arttırılması ve anksiyetenin kontrol altında olması hemşireliğin amaçlarından biridir. Günümüzde hemşirelerden kanıta dayalı olarak çalışması beklenmektedir. Ancak progresif gevşeme egzersizinin uyku kalitesini arttırması ve anksiyete düzeyine etki etmesi ile ilgili yeterli kanıtın olmadığı dikkati çekmektedir.

Prograsif gevşeme; 1929'ta Chicago'da, Dr. Edmons Jacopson tarafından geliştirilmiştir. Bu egzersiz anksiyeteyi tetikleyen olaylar ve düşünceler sonrasında kas gerginliği olduğu varsayımı üzerine geliştirilmiştir (TPD, 2014; Lehrer ve Carr, 2014; Rowshan, 2015; Çam ve Ergin, 2014).

Gevşeme egzersizleri yolu ile hastaların gerginlik ve stresten, ruhsal ve fiziksel olarak kurtuldukları, uykularının olumlu olarak etkilendiği, iskelet kası gerginliği ve

kasılmalarının hafiflediği, ilginin ağrıdan başka yöne çekildiği belirtilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2015; TPD, 2014). Yapılan birçok araştırmada progresif gevşeme egzersizlerinin uyku ve yaşam kalitesini iyileştirdiği belirtilmektedir (Nazik ve ark., 2014; Kaplan, 2012; Lehrer ve Carr, 2014). Gevşeme egzersizi ile kas gerginliği, stresin etkileri, ağrı, anksiyete ve yorgunluk azalır, öfke kontrolü sağlanır, kan basıncı düşer, bağışıklık artar ve uyku kolaylaşır. Bu gevşeme kişiye derin bir dinlenme, büyük bir tazelenme ve adeta yeniden doğmuşluk duygusu verir ve günün bir kısmını kendine ayırmış olmanın sağladığı yarar da özgüveni arttırır (Kaplan, 2012; Nazik ve ark., 2014; Demiralp ve Oflaz, 2011; Arıoğlu, 2012; Lehrer ve Carr, 2014; Baltaş ve Baltaş, 2015).

Anksiyete ve uyku konusunda etkili yöntemlerden biri olarak gevşeme egzersizleri; yaygın kullanılan, bireyin davranışlarını ve ruhsal süreçlerini değiştirmek için etkili ve ucuz bir yöntemdir. Farklı hastalık gruplarıyla yapılan çalışmalarda progresif gevşeme egzersizlerinin anksiyete seviyesini düşürmede etkili olduğu bulunmuştur (Lehrer ve Carr, 2014; Yılmaz ve Arslan, 2015). Anksiyete ve stresi azaltma, kas kasılmaları ve zorlanmalarını yatıştırma, uyumayı kolaylaştırma gibi yararlarından dolayı (Baltaş ve Baltaş, 2014; TPD, 2014) progresif gevşeme egzersizlerinin uygulanması kronik hastalığı olan bireylerin bakımının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Duman, 2016). Hastaların uyku sorunlarıyla başa çıkmalarının sağlanması hemşirelik bakımının anlamlı amaçlarından birisidir. Hemodiyalizde çalışan hemşireler tarafından hemodiyalize giren hastalara progresif gevşeme egzersizinin öğretilmesi ve yaşamına geçirmesinin sağlanması bireyin bir taraftan anksiyetesini kontrol etmesini sağlarken diğer taraftan uyku kalitesini arttırabilir. Bu şekilde hemşirelik bakımının etkileri objektif olarak gösterilebilir.

Bu araştırmanın amacı hemodiyaliz hastalarına uygulanan progresif gevşeme egzersizinin anksiyete düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkisinin tespit edilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), böbrekte glomerüler filtrasyonun hızının düşmesi neticesinde böbreğin metabolik-endokrin işlevlerinin kronik olarak bozulması ve sıvı-solüt dengesinin ayarlayamaması hali olarak tanımlanmaktadır. KBY'nin farklı hastalıklara bağlı olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu hastalıklardan bazıları; amiloidoz, hipertansiyon, polikistik, glomerülonefrit, diyabetes mellitusdur. İfade edilen hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan KBY nefronların geriye dönüşümsüz kaybına neden olan, progresif ve kronik bir sendromdur (Yürügen, 2001; Akpolat ve ark., 2002; Arık ve Dilek, 2008; Tanrıverdi ve ark., 2010; Kaptan ve Dedeli, 2012; TND REGISTRY, 2017).

2.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

Dünya genelinde yetişkinlerin yaklaşık %10'unda farklı süreçlerde böbrek hastalıklarının olduğu tahmin edilmektedir (Bello ve ark., 2010; TND REGISTRY, 2017). 2015 yılında Amerika'da 30 milyon kişinin KBY için risk altında bulunduğu belirtilmektedir. 2015 yılı itibariyle 200 bin hastaya hemodiyaliz tedavisi verilmiş ve 200 binden fazla hastayada böbrek nakli yapılmıştır. KBY için Amerika'da yıllık harcama 64 milyar dolar seviyesindedir (Saran ve ark., 2018). Türk Nefroloji Derneği'nin 2016 yılındaki verilerine göre ülkemizde renal replasman tedavisi alan 74.475 hasta bulunmaktadır. RRT alan hastaların %76.12'sinin hemodiyaliz tedavisi gördüğü belirlenmiştir. Ayrıca 2016 yılında hemodiyalize başlayan hastaların %66.4'ü acil hemodiyalize alınmak durumunda kalmıştır (TND REGISTRY, 2017).

Türk Nefroloji Derneğinin verilerine göre; 2016 yılında Türkiye'de renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliği (SDBY) nokta prevalansı milyon nüfus başına 933 olarak saptanmıştır. 2016 Yılında Türkiye'de RRT gerektiren SDBY insidansı 140'dır. KBY yaşayan hastaların tedavisinde genel olarak kabul gören yöntem hemodiyalizdir. 2016 yılının verilerine göre hemodiyaliz alan hasta sayısı 56687 kişidir (TND REGISTRY, 2017).

2.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi

Kronik böbrek yetmezliğinin sebepleri bulunulan bölgeye ve ülkeye göre farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki verilere göre SDBY'e sebep

olan elli farklı faktör bulunmaktadır. Buna göre böbrek yetmezliklerin %11'i glomerülonefrit, %26'sı hipertansiyon ve %39'u ise diabetes mellitus sebebiyle ortaya çıkmıştır. ABD'de her yıl içerisinde milyonda 1900 kişide KBY'e rastlanmaktadır (U.S Renal Data System, 2013). KBY'nin ortaya çıkmasında bazı risk faktörleri etkili olmaktadır. Bu risk faktörlerine Tablo 2.1'de yer verilmiştir.

Tablo 2.1. KBY'de Risk Faktörleri

Ailede KBY Öyküsü	Hipertansiyon	Proteinüri
Böbrek kütleinin azalması	Diyabetes Mellitus	Obezite
İleri düzey yaş	Üriner Sistemdeki Taşlar	Sigara
Düşük doğum ağırlığı	İlaç toksisitesi	Üriner enfeksiyon
Eğitim düzeyinin düşüklüğü	Bağışıklık Sistemi Hastalıkları	Kötü glisemik kontrol
İrk	Sistemik enfeksiyonlar	Denetimsiz hipertansiyon
Sosyoekonomik durumun kötü olması	Üriner sistem tıkanmaları	Dislipidemi

Kaynak: Lederer ve ark., 2007; Levey ve Coresh, 2012.

2.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Belirtileri

Kişilerin böbrek dokularında bir gerileme ortaya çıktığında canlı nefronlarda birtakım değişimler ortaya çıkmaktadır. Evreler kapsamında ortaya çıkan değişimlerin ne düzeyde oldukları biyokimyasal ve klinik anormalliklerin düzeyini ortaya koymaktadır. Böbrek işlevlerinde kaybın en düşük olduğu (%60'ın altı) durumda böbreğin fizyolojik uyumu tam olmaktadır. Glomerüler Filtrasyon Hızı'nın (GFR) olağan değerinin (%90 üstü) %20'sinin altına düşmesiyle, kusma, asidoz, bulantı, anemi, uykusuzluk, kan basıncında artış, kas zayıflığı-yorgunluğu ortaya çıkabilmektedir. GFR olağan değerinin %50'in altına düşmesiyle beraber ise renal işlev bozukluğuna sebep olan faktörün etkinliği ortadan kalksa bile, progresif işlev kaybı ortaya çıkmaktadır (Arık ve Dilek, 2008, Acar, 2018).

Bireylerin, laboratuvar tekniklerine ve öyküsüne bağlı olarak böbrek hasarının olup olmadığının göz önünde bulundurulması gereken bazı haller bulunmaktadır. Söz

konusu durum ve haller, böbrek hastalığının varlığının irdelenmesini gerektiren durumlardır.

Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite (KDOQI) kılavuzu kapsamında KBY'nin tanınmasında yararlanılabilecek belirtiler şu şekilde ifade edilmiştir (Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease, 2002):

1. GFR'de bir değişiklik olsun ya da olmasın üç ay ya da daha uzun süreli böbrek hasarları, böbreklerde işlevsel ya da yapısal anormalliğin olması;
 - Böbrek hasarı belirtileri,
 - Patolojik anormallikler,
 - Kan anormallikleri (renal tübüler sendromlar),
 - Böbrek transplantasyonu,
 - İdrar anormallikleri (proteinüri),
 - Görüntüleme testlerinde ortaya çıkan anormallikler,
 - Böbrek transplant alıcıları.
2. Üç ay ya da üç aydan fazla devam eden GFR düşüşü (60 mL/dk/ 1,73 m²'nin altı), (böbrek hasarı görülsün ya da görülmesin).

2.1.5. Kronik Böbrek Yetmezliği'nin Evreleri

Kronik böbrek yetmezliğinde evrelerin kesin sınırları bulunmamaktadır. Bu durum evrelerin birbirlerine geçmesine sebep olmaktadır (Akoğlu ve Süleymanlar, 1996). KBY'nin başlangıç döneminde yalnızca böbreğin işlevsel rezervlerinde bir düşüş söz konusu olmaktadır. Böbreğin biosentetik, ekskresyon ve regülatuar işlevleri genel olarak sağlam olması sebebiyle kliniksel açıdan bulgulara ya da belirtilere rastlanmamaktadır (Akoğlu ve Süleymanlar, 1996; KDIGO, 2012).

KBY'nin orta evrelerinde bazı klinik semptomlar ve azotemi gözlemlense bile hastaların büyük bölümü belirti göstermemektedir. Fakat hipovolemi, infeksiyon, nefrotoksik ya da obstrüksiyon ilaç kullanılmasına bağlı olarak akut haller üremik tablo ortaya çıkmasına sebep olabilecektir. Farklılaştırılan etmenlerin ortadan kaldırılmasıyla birlikte hasta genel olarak eski haline geri dönebilmektedir (Akoğlu ve Süleymanlar, 1996; KDIGO, 2012).

Hastalık ilerledikçe GFR 20-25 mL/dk'nın altına düşmeye başlamaktadır. Bu sebepten dolayı böbreğin regülatuar ve biyosentez işlevleri, ekskresyonun büyük ölçüde bozulması semptomların (noktür, persistan halsizlik ve kemik ağrıları) görülmesine sebep olmaktadır. KBY'de son evreye girildiğinde ise böbrek işlevlerinin ileri düzeyde

kaybıyla birlikte giderek artış gösteren azotemi ile birlikte organ sistemleriyle ilgili semptomlar ortaya çıkacaktır. Terminal süreçte açığa çıkan bu klinik durum üremi olarak ifade edilmektedir (Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease, 2002; KDIGO, 2012). Denetim altında tutulmayan hipertansiyon, enfeksiyonlar, hiperhipovolemi radyokontrast ajanların nefropatisi ve nefrotoksik ilaç kullanımı gibi öğeler evrelerin iç içe geçmesine neden olabilmektedir. Hastalık sürecinde glomerüler kapiller, renal maladaptasyon, glomerüler hipertrofi, fosfor, dislipidemi, trombojenik faktörler, proteinüri, progresif renal fibrozis, transforming growth factor (TGF) beta, fibroblast growth factor (FGF), platelet derivating growth factor (PDGF) etkili olmaktadır. GFR düşüş hızı genel olarak 40 yaşından büyük kişilerde yıllık 1 ml/dk/1,73 m² olmaktadır. GFR 60 ml/dk/1,73 m² altında olan kişilerde GFR'de azalma 4mL/min/1,73 m²/yıl olması halinde böbrek yetmezliği oluşumu ortalama 10 yıl ya da daha az olmaktadır. Yıl içerisinde düşüşün 4mL/min/1,73 m²/yıl olması hızlı bir düşüş olduğunu ortaya koymaktadır (Dane, 2015).

2.1.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi

KBY yaşayan hastaların tedavisinde genel olarak kabul gören yöntem hemodiyalizdir. Hemodiyaliz işleminde hastadan kan alımı yapıp, bu kan yarı geçirgen olan bir membran kullanılarak bir makineden geçirilmekte ve bu makinede solüt ve sıvı içeriğini yeniden düzenlemektedir. Hemodiyaliz işleminde arzu edilen düzeyde kan akışının sağlanması için (yetişkinlerde genel olarak dakikada 200 ile 600 ml) geçici ya da kalıcı vasküler giriş yolunun bulunması gerekmektedir. Diyaliz sürecinde temizlemesi yapılan kanlar hastaya geri verilmektedir (Akpolat ve ark., 2002; Rennke ve Denker, 2014). Hastadan alınan kan ile diyalizi gerçekleştirilen diyalizat arasındaki solüt kontrasyon farkı gözetilerek difüzyon yöntemiyle uzaklaştırılmaktadır (Cheung, 2011).

Kronik Böbrek Yetmezliği gibi kronik hastalığı olan bireylerde ruhsal, sosyal ve ekonomik problemler oldukça sorunlu boyutlarda kendini göstermektedir (Yürügen, 2001). Bu bireylerin yaşam kaliteleri düşmektedir. Bunun nedeni diyaliz makinesine giren hastaların kendilerini bazı aktivitelerden soyutlamak durumunda kalmasıdır. Belli aralıklarla hemodiyalize giren hastalar, sosyal yaşamlarını ve iş hayatlarını istedikleri gibi sürdürememe, belli gıdaları tüketememe, belli zaman aralıklarında hemodiyaliz yaptırma zorunluluğunda olma gibi konularla karşı karşıya kalmaktadırlar (Gerogianni ve Babatsikou, 2014). Sürecin hem kendilerini hem de yakındakilerini etkilemesi yaşam kalitesini anlamlı düzeyde düşürmektedir. Hemodiyalizle birlikte ortaya çıkan toplumsal

sorunlarla beraber hastanın cinsel fonksiyonunda bozulmalar, kronik yorgunluk (Gerogianni ve Babatsikou, 2014; Balaban ve ark., 2017), uyku problemleri (Gerogianni ve Babatsikou, 2014) ve ilerleyen süreçle ilgili anksiyete duyma benzeri sorunlarla karşılaştıkları da bilinmektedir (Yavuz ve ark., 2012; Demirbilek ve ark., 2010; Erdenen ve ark., 2010).

2.1.7. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Hemodiyaliz

Hemodiyaliz cihazı vasıtasıyla bedende birikerek sistemlere zarar verebilecek artık maddeler bedenden uzaklaştırılmaktadır. Bu açıdan hemodiyaliz cihazı yapay bir böbrek görevini üstlenmektedir (Akdemir ve Birol, 2005; Tomar ve ark., 2016). Hemodiyaliz tedavisinin hafta da makul olarak kabul gören süresi 12 saattir. Kişinin böbrek yetmezliğinin şiddeti ve kişinin idrar miktarına bağlı olarak bir hafta içinde 2-3 defa 4 ile 6 saatlik seanslar halinde uygulanması mümkündür (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

Hemodiyaliz cihazında yer alan yarı geçirgen membranın porları küçük ve su moleküllerinin geçişine izin verir. Ancak bu porlar kan hücreleri ve proteinler gibi büyük moleküllerin geçişine izin vermemektedir. Kan akımının yeterli düzeyde olabilmesi için geçici ya da kalıcı vasküler giriş yolunun sağlanması gerekmektedir. Günümüzde geçici vasküler giriş yolu için yaygın olarak kullanılan yöntem çift lümenli bir kateterin internal jugüler, femoral ya da sublavian vene yerleştirilerek kateterizyon uygulanmasıdır (Akdemir ve Birol, 2005). Bununla birlikte Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda fistül veya şant açılmaktadır. Şant bir ven ile bir arterin, kateter aracılığıyla birlikte deri dışında birleştirilmesini ifade etmektedir. Fistül ise ven ve arterin anastomoz ile doğrudan birbirlerine bağlanmasıdır (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

2.1.8. Hemodiyaliz Komplikasyonları

Hemodiyaliz genel olarak güvenilir bir tedavi biçimi olmakla beraber; baş ağrısı, hipotansiyon, uykusuzluk, bulantı-kusma, kramp ve kaşıntı gibi komplikasyonlara da neden olabilmektedir. Gelişim ve büyümede gerilik, kalp tamponadı, aritmi, hemoliz, havale, kanama, diyalizerin yırtılması, sıvı-elektrolit metabolizması bozuklukları, periferik nöropati, hepatit, hava embolisi, metabolik kemik hastalığı ve tüberküloz ise ortaya çıkabilecek anlamlı komplikasyonlardır (Dane, 2015; Gençay ve ark., 2017).

Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda ifade edilen komplikasyonların dışında ruhsal problemler, yorgunluk, işini kaybetme ve sosyal ilişkiler kapsamında bozulma

gibi negatif durumlar da ortaya çıkabilmektedir (Dane, 2015; Topbaş ve Bingöl, 2017). Hemodizyaliz hastalarında rastlanan ruhsal problemler şu şekildedir:

- Bağımlılık-Bağımsızlık Çatışması: Hemodiyaliz hastaları tedavi gördükleri kuruma oldukça bağlı olmaktadır. Bağımlılık korkusu olan hastalarda genel olarak sürece isyan davranışına rastlanmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik pazarlık gibi belirtiler ile ilaçlara ve diyeteye uymama, çocuksu davranışlar gibi sergilenmektedir (Yavuz ve ark., 2012).
- Ölüm-yaşam çatışması: Hemodiyaliz gören hastalar hem ömürlerini uzatmaya çalışmakta hem de hemodiyalizin güçlükleriyle mücadele etmek durumunda kalmaktadır. Bu mücadele sırasında hastaların büyük bir bölümü yaşamaya yönelik umutlarını yitirmektedir (Dane, 2015).
- İnkâr eğilimi: Hemodiyaliz hastaları tedavilerinin geçici olduğunu iddia ederek hastalıklarını inkâr etme eğiliminde olmaktadır. Pek çok hasta kısa süre içinde iyileşeceğini düşünmektedir. Bazı durumlarda hastaların inkâr eğilimi o kadar fazla olmaktadır ki hastalar tedaviyi reddetmektedir (Dane, 2015).
- Beden imgesi bozuklukları: Pek çok hasta hemodiyaliz cihazını kendi vücudunun bir parçası veya kendi vücudunu cihazın bir parçası olarak görmektedir. Genel olarak cihaza insani nitelikler yüklerler. Bu görüşler genel olarak bilinç dışı olmaktadır. Nadir olarak psikoza dönüşmektedir (Cimilli, 1994; Topbaş ve Bingöl, 2017).
- Depresyon: Kronik böbrek hastalıkları ve hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda en fazla rastlanan ruhsal sorundur. Genel olarak hastanın yaşadığı kayıplara veya yaşayabileceği kayıplara yönelik sergilediği tutumlardır. Kendini yaşamdan zevk alamama, keder ve mutsuzluk gibi duygularla açığa vurmaktadır (Önsöz ve Yeşilbalkan, 2013; Esen ve ark., 2015; Buldan ve Kurban, 2018).
- Anksiyete bozuklukları: Hemodiyaliz alan hastalar, tedavi sürecinin süreklilik göstermesi nedeniyle bazı içsel çatışmalar yaşayabilmekte, bazı korkulara kapılabilmekte ve kendini tehlike ile tehdit altında hissederek anksiyeteye sürüklenebilmektedir (Esen ve ark., 2015; Buldan ve Kurban, 2018).

- Cinsel sorunlar: Hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları fizyolojik problemler cinsel fonksiyonlarında bozulmalara neden olabilmektedir. Bununla birlikte bu tür sorunların artmasına, bu bireylerin yaşadıkları psikolojik problemler de etki edebilmektedir (Topbaş ve Bingöl, 2017)
- Uyku sorunları: Hemodiyaliz alan hastalar uykuya dalamama, uykuyu sürdürememe ve bunlar doğrultusunda ortaya çıkan yorgunluk ve gündüz uyku hali içinde olma gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır (Hintistan ve Deniz, 2018).

2.2. Anksiyete

Hemodiyaliz gören hastalarda oldukça sık rastlanan problemlerden biri anksiyetedir. Her canlı yaşamının bir döneminde anksiyete yaşamaktadır. Pek çok birey için anksiyete rahatsızlık ve tedirginlik veren bir ruh halidir (Esen ve ark., 2015). Türkçede genel olarak anksiyete, endişe ve sıkıntı kavramları anksiyeteyi ifade etmek için kullanılmaktadır. Hastalar genel olarak anksiyeteyi “nedensiz bir korku” ya da “kötü bir şey olacakmış hissi” olarak ifade etmektedir (Lehrer ve Carr, 2014). Çoğunlukla terleme, göğüste sıkışma, baş ağrısı, titreme, huzursuzluk, bulantı, sık sık gerilim gibi belirtilerle açığa çıkmaktadır (Beck ve Emery, 2011; Sudha, 2012). Beden ve zihin neredeyse sürekli olarak etkileşim içindedir, söz konusu etkileşimde bir farklılık açığa çıkarsa anksiyete ortaya çıkabilecektir (Sheehan, 1999; Tuncer, 2017).

Anksiyete psikopatolojik açıdan değerlendirildiğinde anksiyete ile Gama-aminobutirik asit (GABA) arasında bir ilişkinin olduğu ifade edilmektedir. Gama-aminobutirik asit bir inhibitör nörotransmitter olmakla birlikte hücrelerin tepkisini düşürerek bedenin doğal anksiyete geçirmesine karşı bir ajan olarak iş görmektedir. Anksiyeteyi GABA'nın azaltması ve bununla birlikte norepinefrinin artırması sebebiyle araştırmacılar bu nörotransmitterler arasındaki bozukluğun anksiyeteyi ortaya çıkardığını düşünmektedir (Townsend, 2011).

Hastane veya farklı sağlık kurumları içerisinde bir müddet kalmak durumunda olan kişilerde ortaya çıkan anksiyete, yapısal açıdan hoş gitmeyen ve endişe veren bir ruh halidir. Bu duygu genel olarak davranışsal, fizyolojik ve psikolojik belirtiler ortaya koymakta ve tedirginlik ile anksiyete hali ile ifade edilemeyen rahatsızlık hissiyle açıklanmaktadır (Gormon ve Sultan, 2014).

Kişi, durum ya da olaylar karşısında düşük bir derece panik hissinden panik düzeyine kadar farklı yoğunluklarda anksiyeteyle karşılaşabilecektir. Bireyin

karşılaştığı anksiyete düzeyi belirlemek için etkin girişimlerin planlanması gerekmektedir (Santos ve ark., 2014).

Herhangi bir cerrahi işleme maruz kalacak hastalarda genel olarak takip edilen ruhsal faktörler umutsuzluk, korku ve anksiyetedir. Bir cerrahi müdahale sonrasında ağrı hissetme, sakat kalma, yardım alamama, ailesine ve kendine yeterli olamama, bağımlı kalma gibi korkular hastada anksiyete oluşmasına sebep olabilmektedir (Yılmaz, 2016). Özellikle tıbbi girişimin hastanın isteklerini tam olarak karşılamayacak durumda olması veya negatif bir sonucun olası olduğu görüşü hastada anksiyete gelişmesine neden olmaktadır. Tıbbi girişim öncesinde hastanın beklentileri, tıbbi girişimin zorluk düzeyi, tıbbi girişimin etkilediği organ ve sistemler, hastanın süreçle ilgili ön yargılarının olup olmadığı hastadaki anksiyete düzeyini etkileyebilmektedir (Aksoy, 2012).

Anksiyete kişinin stres düzeyinin yükselmesine neden olmaktadır. Bireyde ortaya çıkan akut stres diyastolik ve sistolik kan basıncının yükselmesine sebep olur. Bununla birlikte miyokard iskemisinin önlenmesi açısından miyokardın oksijenlenmesi ile koroner perfüzyon azaltılmaktadır (Pignay ve ark., 2003). Akut anksiyete durumlarında genel olarak hiperventilasyon görülmekte ve bu durum aritmelere veya arter spazmlarına sebep vermektedir (Ulaş ve ark., 2007). Anksiyete merkezi sinir sistemini harekete geçirerek koroner arter hastalığının ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (Tully ve Baker, 2012). Anksiyete kişinin enfeksiyon riskinin yükselmesine, yara iyileşmesinin gecikmesine, iyileşme sürecinin uzamasına ve anestezi ilaçlarının daha yüksek dozlarda verilmesine sebep olmaktadır (Rosenberger ve ark., 2006).

2.2.1. Anksiyete Düzeyleri

Bireylerde ortaya çıkan anksiyete düzeyi bireyden bireye farklılık gösterecektir. Anksiyetenin düzeyi birey üzerinde etkileri üzerinde de etkili olacaktır. Anksiyete düzeyleri şu şekilde ifade edilebilecektir (Kocabaşoğlu, 2008; Köroğlu, 2013; Gorman ve Sultan, 2014):

- **Hafif düzeyde anksiyete:** Tetikte olma, baş etmede artış, eksiksiz mantıklı düşünme, artan uyanıklık hissi gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu anksiyete düzeyi bireyi harekete geçirme açısından bir motivasyon kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu açıdan hafif düzeyde anksiyete bireyleri çalışmaya yönlendirmesi açısından etkili olmakta ve bireylere fazla zararı olmamaktadır (Tuna, 2010).

- **Orta düzeyde anksiyete:** Ağız kuruluğu, seçici dikkatsizlik, artan solunum hızı, amaçsız aktivite, kas gerginliği, nabız atış hızında artış gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu düzeyde bir anksiyete halinde kişi kendi üzerindeki kontrolü kaybetmeye başlamakta ve bu durum kişinin sağlığına zarar vermeye başlamaktadır (Yıldız, 2011).
- **Şiddetli düzeyde anksiyete:** Üst düzeyde bulanık algı, yaklaşmakta olan bir ölüm hissi, kaba motor tremorlar, hiperventilasyon, mide bulantısı, baş dönmesi, uyuşukluk gibi durumlar açığa çıkmaktadır (Yıldız, 2011).
- **Panik düzeyde anksiyete:** Bu anksiyete düzeyinde göğüs ağrısı, dispne, görsel alanın bozulması, ölüm korkusu, aklını yitirme hissi, kusma, duygusal acı ve inkontinans görülmektedir (Binici, 2015).

2.2.2. Anksiyetin Belirtileri

Anksiyete yapısal açıdan ifade edilmesi güç olan bir endişe ve korku duygusudur. Bu duyguyla birlikte bedende birtakım belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Kalp çarpıntısı, göğüste sıkışma hissi, midede boşluk duygusu, hemen tuvalete gitme isteği ve baş ağrısı gibi durumlar anksiyete belirtisi olarak gösterilebilecektir. Sürekli hareket etme isteği, huzursuzluk da anksiyetenin sık karşılaşılan belirtileridir. Ortada net bir tehdit olmaksızın yaşanması, şiddetli ve sık sık ortaya çıkması ve kişinin günlük hayatını etkilemesi anksiyeteyi düşündürmektedir. Anksiyetenin kliniksel açıdan belirtileri bireyden bireye farklılık göstermektedir. Hastaların bazılarında kas gerginliği ortaya çıkmaktadır. Bu kişiler genel olarak kas spazmlarından, boyun tutulmalarından ve baş ağrılarında şikayetçi olmaktadır.

Anksiyeteyi açıklamaya yönelik olarak dört teörinin ön plana çıktığı gözlemlenmektedir. Bunlar; psikanalitik teori, davranışsal-bilişsel teori, varoluşçu teori ve Spielberger'in Anksiyete Teorisi'dir (Stuart, 2013; Şen, 2018).

- **Psikanalitik Teori:** Bu teoriye göre anksiyetede dört komponent bulunmaktadır. Bu komponentlerden biri id anksiyetedir. Bu anksiyete, bebeğin istekleri doğrultusunda infatil dönemde meydana gelmektedir. İkincisi seperasyon anksiyetesidir. İnfatil dönemin ardından, sevgi nesnesinin kaybetmekten korkma sebebiyle oluşmaktadır. Üçüncü kastrasyon anksiyetesidir. Çocukluk sürecinde, çocuğun hissetmiş olduğu korkuları kapsamaktadır. Sonuncusu ise üstbenlik anksiyetesidir.

Prepubertal süreçte ortaya çıkan süper egonun baskısıyla birlikte hissedilen korkulardan meydana gelmektedir (Özakkaş, 2014).

- Davranışsal-Bilişsel Teori: Çevresel etmen ve uyaranlara yönelik kişi, bazı şartlanma cevapları oluşturmaktadır, bu teorinin temelini meydana getirmektedir. Teori açısından obsesif kompulsif bozukluk ile fobiler şartlanma cevapları kapsamında oluşmaktadır. Fobilerin sürmesinde en önem arz eden faktör, uyaranlardan kaçma davranışlarıdır. Bedensel ve fizyolojik belirtiler, tutum değişikliklerinde de anksiyete devamlılığında etkili olmaktadır. Söz konusu tutum ve davranışların söndürülmesini sağlamak adına “alıştırma tedavileri” yaklaşımı oluşturulmuştur (Stuart, 2013; Şen, 2018).
- Varoluşçu Teori: Varoluşçu teori temelde yaygın anksiyete bozukluğu ifade etmeye çalışmaktadır. Bu teori açısından anksiyetenin kaynağında korku değil, hiçlik bulunmaktadır. Varoluşçu teori temel bir çatışma üzerinde durmaktadır. Bu açıdan içselleştirilen çatışmalar ve içgüdüler kapsamında değil bireyin var olması sebebiyle karşılaştığı çatışmalar üzerinde durulmaktadır (Hoffman ve ark., 2015).
- Spielberger’in Anksiyete Teorisi: Bazı durumlarda bireyler devamlı bir huzursuzluk içerisinde. Doğrudan çevreden gelen tehditlerden bağımsız içten hissedilen bir huzursuzluk söz konusudur. Bu tip kaygıya “Sürekli Anksiyete” adı verilmektedir. Sürekli anksiyete bireyin kaygıya yatkın olup olmadığını ortaya koymaktadır. Değerlendirmelere göre olağan durumları bireyin tehdit edici ve tehlikeli olarak algılamasıyla birlikte açığa çıkmakta ve kendini hoşnutsuzluk ve mutsuzlukla birlikte ortaya koymaktadır. Devamlı anksiyete düzeyi fazla olan bireylerin kolayca karamsarlaştıkları gözlemlenmektedir. Bu bireylerin durumluk anksiyete yaşantıları sık ve yoğun olmaktadır (Stuart, 2013; Şen, 2018).

2.2.3. Anksiyeteli Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı

Anksiyetesi olan hastalar uygulanacak hemşirelik yaklaşımlarının şu şekilde ifade edilmesi mümkündür:

- Hemşirenin varlığını hastaya hissettirmesi ve hastaya yalnız olmadığı izlenimi vermesi gerekmektedir. Böylece hastanın kendini emniyette ve güvende olduğunu hissetmesi sağlanmalıdır (Stuart, 2013).

- Çevresel uyaranların azaltılarak hastanın şimdiye odaklanması sağlanmalıdır.
- Hastanın yanında sakin ve sessiz olunmalıdır. Anksiyeti artıran eşya, ışık ve ses gibi etmenler azaltılmalıdır.
- Hastanın anksiyetesini tanımasına destek olunmalıdır (Topbaş ve Bingöl, 2017).
- Anksiyeteye sebep olan etmenlerin sözel olarak ifade edilmesi açısından hastaya cesaret verilmelidir.
- Hastanın anksiyete seviyesi tespit edilmeli ve hastaya destek olunacağı hissettirilmelidir.
- Hastanın yararlandığı başetme metodları öğrenilmeli ve bunlar içinde yararlı olmayanlarla ilgili olarak hastaya bilgi verilmelidir (Eren ve Çalışkan, 2018).
- Yararlı olmayan başetme metodları yerine yarar sağlayabilecek alternatif yöntemler değerlendirilmelidir.
- Hastanın benlik saygısını yükseltmek ve güvenini artırmak için yetenekleri ve güçlü yönleri ifade edilmeli ve bireyin bu yönlerini kullanması için desteklenmelidir.
- Hastanın onda anksiyeteye sebep olan durumları anlaması sağlanmalı ve böylece farkındalığı artırılmalıdır (Stuart, 2013).
- Hastanın anksiyetesini düşürme yöntemlerini öğrenmesi sağlanması; relaksasyon metotlarının öğretilmesi, atılganlık eğitimi, düşünceyi durdurma tekniği gibi etkin baş etme yöntemleri gibi hastanın kendine fayda sağlayacak becerilerin öğretilmesi gerekmektedir (Buldan ve Kurban, 2018)
- Başetme yöntemlerine adapte olamayan veya kronik anksiyetesi olan hastaların psikiyatri kliniğine yönlendirilmesi gerekmektedir (Eren ve Çalışkan, 2018).

2.3. Uyku

Bireyler yaşamlarını sürdürebilmek adına sosyal, biyolojik, kültürel ve biyolojik gereksinimlerini karşılamak durumundadır. Söz konusu gereksinimler içerisinde uyku da anlamlı bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır (San Türgay, 2015). Uyku; biyolojik yapının çevre ile etkileşiminin, farklı düzeydeki uyaranlara geçici, periyodik, kısmi ve

geri dönülebilir biçimde kaybolması durumunu ifade etmektedir (Landis ve Heikemper, 2014). Bir diğer tanıma göre uyku, duyma, dokunma ve ışık gibi duyusal uyarılar tarafından uyanabilen kişinin bilinç kaybı yaşamasıdır (Bilge, 2014). Uyku, kişinin sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyen, kişinin vazgeçilmez günlük faaliyetlerinden bir tanesi olup içinde sosyal, fizyolojik ve ruhsal etkileri bulunduran bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte aktif bir inhibasyon sürecini de ifade etmektedir (San Türgay, 2015). Uyku esnasında kişinin bilişsel farkındalığı düşmekte fakat çevresel değişiklikleri tam olarak bilmese bile bu değişimlerden uyarılabilmektedir (Landis ve Heikemper, 2014). Uykunun dış etkenlere yönelik tepki geliştirilebildiği değişik nitelikleri olan evreleri bulunmaktadır. Söz konusu evrelerin başlama, kalma ve belli ritim süreleri bulunmaktadır. Bu sebepten uyku, kolayca geri dönülebilir, tekrarlayan, düzenli ve uyanıklık haliyle kıyaslandığında dış uyarılara yanıt eşliğinin fazla olduğu ve kısmi olarak hareketsizlikle ele alınan bir durumu ifade etmektedir (San Türgay, 2015).

İnsan sağlığı son derece gerekli olan uyku, insan ömrünün yaklaşık üçte birini meydana getirmektedir. Bu açıdan ortalama seksen yıl yaşayan ve günlük ortalama yedi saat uyuyan bir kişi 24 yılını uykuda geçirmiş olmaktadır (Landis ve Heikemper, 2014). Uyku vücudun kendini yenilediği, uzun ve sağlıklı yaşamın temelini oluşturan bir etkinliktir. Bu bakımdan uyku nefes alma, yemek yeme ve boşaltım kadar anlamlı bir ihtiyaçtır. Uyku sırasında fizyolojik olarak kas tonusunda, kan basıncında, kardiyak işlevde, hormon salgısında bazı değişiklikler olmaktadır. Yetişkin bir bireyin günlük olarak uyku ihtiyacı ortalama olarak 7-8 saat olmakla beraber bu gereksinim bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir (Landis ve Heikemper, 2014).

Her canlıda farklı niteliklerde olsa da tüm yaşayan canlılarda süre ve zaman açısından farklı periyotlarda bir uyku durumu gözlemlenmektedir. İnsanda da 24 saatlik süre içerisinde uyku aktivitesi zaman içerisinde değişiklik göstermektedir. Bebekler 24 saatin büyük bölümünü uyuyarak geçirirken, yaş ilerledikçe günlük uyku süresi kısalmaktadır (Velioğlu, 2012). Yetişkin dönemde uyku süresi günün üçte birine kadar düşmektedir. Uyku esnasında vücudun biyolojik etkinliği sürmekte ve bu kapsamda hücre yenilenmesi ve hücre büyümesi devam etmektedir. Yaşamdaki günlük strese kurtulmak için uykudan faydalanılmaktadır. Uyku hormon salınımı, duygu hali, glikoz metabolizması, beden sıcaklığı ve bağışıklık sistemi gibi birçok fizyolojik faktörü etkilemektedir (Landis ve Heikemper, 2014).

2.3.1. Uyku ve Evreleri

İnsanlarda uyku iki evreden meydana gelmektedir. Bu iki evre REM ve NREM evresidir. Uyku süreci içerisinde bu iki evre belli aralıklar halinde birbirlerini izlemektedir. Bir uyku döngüsü genel olarak 90 ile 120 dakika da bir tamamlanmaktadır. Sağlığı yerinde olan yetişkinlerde bir gece uykusu içerisinde yaklaşık olarak 4 ile 5 döngü ortaya çıkmaktadır. Evreler arasında göz hareketleri, beyin elektriksel aktiviteleri ve kas tonusunda farklılıklar bulunmaktadır. Bu öğeler evrelerin niteliksel farklılıklarını ortaya çıkarmaktadır. Uykunun yaklaşık beşte dördü NREM uykusundan meydana gelmektedir. REM uykusu süresinin beyin büyüklüğüne bağlı olarak farklılık gösterdiği bilinmektedir (Garcia-Rill ve ark., 2006; Kaya, 2017).

Bireyler uyanık haldeyken salgılanan nörotransmitterler; noradrenalin, serotonin, histamin ve asetilkolindir. REM uykusu sırasında asetilkolin miktarı artmaktayken, serotonin ve noradrenalin salınımı azalmaktadır. NREM evresi sırasındayken ise çoğunlukla tüm nörotransmitter maddeleri seviyesi düşük olmaktadır (Garcia-Rill ve ark., 2006).

Non-REM (NREM) evresi

NREM uykusu yapısal olarak yavaş kortikal ossilasyonlar, delta ossilasyonları ve uyku içcikleri ossilasyonundan meydana gelmektedir. NREM evresi esnasında ifade edilen bu ossilasyonlar korteks ve talamus arasında ortaya çıkmaktadır. Uyku içcikleri II. evre uyku sırasında oluşmaktadır. Bu içcikler talamus retiküler nukleusundaki GABAerjik nöronların hiperpolarizasyonları neticesinde ortaya çıkmaktadırlar. Delta ossilasyonları, uyku içciklerini meydana getiren hiperpolarizasyonun gelişmesiyle beraber kortikal ve talamik retiküler bölgeler arasında kurulan etkileşimlerle birlikte açığa çıkmaktadır. Yavaş kortikal ossilasyonların ortaya çıkışıdaysa, neokortikal iletişim ağları kapsamında depolarizasyonlar ile siklik hiperpolarizasyonların etkisi bulunmaktadır (Garcia-Rill ve ark., 2006). NREM uykusu genelde 4 evre kapsamında ele alınmaktadır. Bunlar;

- I. Evre uykunun başlangıcını oluşturmaktadır. Uyanıklık ile uyku arası geçişler olmakta ve bu evrede çeşitli halüsinatuar yaşantılara rastlanılabilmektedir. Uyku sürecinin %3 ile %5'ini meydana getirmektedir. Bu evrede beyin elektriksel aktiviteleri oldukça karmaşık olmaktadır.
- II. Evre, uyku içcikleri ile K kompleksleri ortaya çıkmaya başlamaktadır. Gece uykusunun yaklaşık olarak %45 ile %55'ini meydana getirmektedir.

- III. Evre içerisinde delta ve teta dalgası formundaki yavaş dalga aktivitesinin artışı gözlemlenmektedir. Vücut ısısında düşüş ve kan basıncından azalma benzeri fizyolojik değişiklikler meydana gelir.
- IV. Evre yavaş dalga aktivitesinin en çok olduğu süreçtir. Bu süreçte kas tonusu azalmaktadır.

Yukarıda ifade edilen uyku evrelerinde I ve II. evre hafif uyku olarak III. ve IV. evre ise derin uyku olarak isimlendirilmektedir. Derin uyku sürecinde protein sentezi ve büyüme hormonu salgısı artmakta ve metabolizma hızı düşmektedir. III. evre uykusu değişik yaş grupları kapsamında benzer özellikler sergilemektedir. Ancak IV. evrede genç bireylerde genel olarak yavaş dalga hakimiyeti daha fazla olmaktadır. İlerleyen yaşlarda IV. evre uykusunun süresi düşmekte ve hatta çok ileri yaşlarda ortadan kalkmaktadır (Coşkun, 2017, Garcia-Rill ve ark., 2006).

REM evresi

REM evresinde hızlı göz hareketleri ve kas tonusunun azalması izlenmektedir. Bununla birlikte bu evrede elektroensefalografi (EEG) uyanıklık dönem ile benzeşen biçimde kortikal desenkronizasyon izlenmektedir. Fazik ve tonik değişimler temel fizyolojik aktiviteler olmakla beraber, birbirlerini tamamlayacak şekilde devam etmektedir. Olağan aktivitelere kıyasla düşük voltajlı karışık frekanslarda elektriksel aktiviteler gözlemlenmektedir. EEG’de testere dişli dalgalar, teta aktivitesi ile yavaş alfa dalgaları izlenmektedir. Gece uykusunun dörtte birlik kısmını REM uykusu oluşturmaktadır (Coşkun, 2017; Garcia-Rill ve ark., 2006).

REM uykusu ile uyanıklık arasındaki fark, REM uykusu sırasında aminojik sistem aktivasyonunun bulunmamasıdır. Uyku sürecinin şekillendirilmesinde REM-off ve REM-on hücreler önem arz etmektedir. REM-on hücreler, pontin kolinerjik ve mezensefalon nöronlarda bulunmaktadır. Bu sebepten kolinerjik antagonistler REM uykusunu azaltırken kolinerjik agonistler REM uykusunu artırmaktadır. REM uykusunu ponsta bulunan prebrakial alanın başlattığı düşünülmektedir. REM-off nöronlarıysa noradrenerjik lokus seruleusta ve rafe nükleusta yer almaktadır. Prebrakial nöronların beyin sapında bulunma ve göz hareketlerine düzen veren bölümlerle bağlantısının olması, hızlı göz hareketlerinin de ortaya çıkmasında bu bölgelerin görev aldığı düşünülmesine sebep olmaktadır. Bellek ve öğrenme gibi süreçlerle ilgili olarak görev yapan bölgelerle prebrakial bölgenin ilişki içinde olduğu bilinmektedir. Bu sebepten rüya başlangıcının bu bölgede olduğu düşünülmektedir (Garcia-Rill ve ark., 2006).

2.3.2. Anksiyetenin Uyku Üzerindeki Etkileri

Yapılan çalışmalar hemodiyaliz gören hastalarda yüksek oranda anksiyete olduğunu ortaya koymaktadır (Demirbilek ve ark., 2010; Alaa ve ark., 2010; Esen ve ark., 2015; Erdenen ve ark., 2010). Bu sebepten dolayı bu hastalarda kliniksel açıdan anksiyetenin incelenmesi ve hastanın ruhsal açıdan ele alınması gerekmektedir (Demirbilek ve ark., 2010). Esen ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış olduğu bir çalışmada 83'ü HD, 77'si Periton diyalizi yaptıran toplam 160 hastanın %48'inde anksiyete gözlemlenmiştir (Esen ve ark., 2015). HD hastaları ile ilgili yürütülen çalışmaların bazılarında kadın ve bekar hastalarda anksiyete seviyesinin daha fazla olduğu görülmüştür (Erdenen ve ark., 2010). Hemodiyalize giren hastalarda anksiyete dışında uyku problemleri de anlamlı bir sorundur (Alaa ve ark., 2010). Uyku, bedenin farklı şiddetteki uyaranlara karşı kısmi, geçici ve belli dönemlerde tepkisinin kaybolması biçiminde tanımlanmaktadır. Her birey için bir ihtiyaç olan uyku hayatın 3'te 1'ini oluşturmaktadır. Yapısal açıdan uyku fizyolojik bir ihtiyaçtır (Güneş ve ark., 2009; Özgen, 2001). Normal uyku düzenin bozulması kişide fiziksel, ruhsal ve duygusal değişimlerin olmasına neden olabilmektedir. Birçok insan ses, ışık ve stres gibi etmenler sebebiyle uyku bozukluğu yaşamıştır. DSM V-TR kapsamında yapılan sınıflamada anksiyetenin de uyku bozukluğu sebeplerinden biri olduğu ifade edilmektedir. Hastaların uyku düzenleri pek çok psikiyatrik ve tıbbi sebepten etkilenmektedir (Baklan, 2011; Baltaş ve Baltaş, 2014; Gorman ve Sultan, 2014). Yürütülen araştırmalara göre hemodiyaliz hastalarında uyku problemlerine sık sık rastlanmakta ve uzun dönemli hemodiyalize bağlı olarak ortaya çıkan bedensel yakınmalarda uyku sorunlarının arttığı gözlemlenmektedir (Sabet, 2012). Yapılmış olan pek çok çalışmada hemodiyaliz hastalarında uyku problemlerinin sık görüldüğü ve görülme ihtimalinin %20 ile %85 arasında değiştiği ifade edilmektedir (Alaa ve ark., 2010; Eslami ve ark., 2014; Sert ve ark., 2015; Sabet, 2012).

Yaşam kalitesinde düşüşler, ağrı, hastalık sebebiyle ortaya çıkan metabolik değişimler, diyet sınırlamaları, ileri yaş, dispne, ruhsal sorunlar, yorgunluk, kramp gibi problemler hemodiyaliz hastalarında uyku problemlerine sebep olabilmektedir (Köse, 2009). Üremik hastalığı olan bireylerde derin uyku süreleri azalmakta ve toplam uyku süresi düşmektedir (Eryavuz, 2007; Çölbay ve ark., 2007). Neticede uyku problemleri nedeni ile hemodiyaliz hastalarının uyku kalitesindeki düşüşler hastanın günlük aktivitelerini etkilemekte, enerjisinin düşmesine olmakta ve hastanın gündüz uykulu hissetmesine sebep olmaktadır (Çölbay ve ark., 2007). Uyku problemi olan hastaların bakım süreçlerinin planlamasının başlıca hedefi, uyku problemlerini ortadan

kaldırmaktır. Uyku tedavisinin başarılı olması, hastanın uyku problemine ve hayat şekline yönelik yürütülen sürece bağlı olacaktır. Hastanın uyku düzeninin bozulması halinde yürütülecek faaliyetler hastanın gece uykusunun gelmesi sağlayacak biçimlerde olmak durumundadır (Uzun ve ark., 2003). Hastanın uyku hijyeni de hastanın dinlendirici ve yeterli bir uyku almasına yardımcı olmaktadır (Gorman ve Sultan, 2014; Ulusoy ve Yavuz, 2014). Hastanın kendisinin ve yakınlarının dinlenmenin ve uykunun önemini anlamalarına destekçi olmak hemşirelik görevidir (Kara, 2007). Uyku problemleriyle başa çıkmada; davranış terapisi, müzik terapisi, hipnoterapi, refleksoloji, biofeedback, progresif gevşeme egzersizleri, masaj, aromaterapi, akupres, akupunktur ve masaj gibi destekleyici tedavi yöntemlerinden yararlanılmaktadır (Kılıç ve ark., 2015). Neuendorf ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı bir çalışmada zihinsel ve bedensel müdahalelerin uyku kalitesi üzerinde %67 oranında yararlı bir etkiye sahip olduğu ortaya konmuştur (Neuendorf, 2015). Gerekli olması halinde hastalar üzerinde psikoterapi ve farmakoterapi yöntemlerinin kullanılması uygun olabilecektir. Tedavi metotları ve hastalığın kendinin sebep olduğu sınırlandırmalara rağmen sağlık bakımının en anlamlı hedefi hastaların olabildiğince iyi hissedebilmelerini sağlamaktır (Yavuz ve ark., 2012).

2.3.3. Uyku Sorunları Yaşayan Kişiye Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşirelik mesleği yapısal açıdan hastaların gereksinimlerini ön planda tutan bir meslek olarak karşımıza çıkmaktadır. Uyku da hastaların anlamlı gereksinimlerinden biridir. Hemşirelerin hastalarının uykuyla ilgili problemlerini çözebilmeleri için uykuyla ilgili temel bilgileri bilmeleri, uyku soruna sebep olan hastalıkları öğrenmeleri ve gerekli olan hallerde uyku problemine müdahale edebilmeleri gerekmektedir. Hastanın uyku kalitesinin öğrenilmesi ve değerlendirilmesi, uyku sorunlarını çözme sorumluluğu olan hemşirelerin bu konuya odaklanmaları açısından anlamlı olmaktadır (Kuş ve İnci, 2017).

Uyku problemi olan hasta bakımlarının planlanmasıyla birlikte uyku değişimlerinde olan farklılıkların denetim altına alınması ve bu sorunların ortadan kaldırılması mümkün olacaktır. Uyku tedavisinde etkinlik hastanın hayat şekli ile uyku sorununa yönelik geliştirilen yaklaşımla doğrudan ilişkilidir. Hastanın uyanıklık-uyku siklusunda bozulma varsa, gün içi faaliyetler hastanın uyanık kalmasını temin edecek bir biçimde düzenlenmeli ve gece uykuyu artıracak öğelere de yer verilmelidir (Öztürk

ve Uluşahin, 2015). Bu bağlamda hemşirelerin dış etkenleri kontrol etmeleri ve temel uyku hijyenini temin etmeleri anlamlı olmaktadır.

Psikolojik bütünlük ile fiziksel iyileşmenin devam ettirilmesinde dinlenme ve uyku periyodlarının bölünmemesi asli hemşirelik faaliyetlerinden biridir. Yürütülen faaliyetlerde hastanın normal uyku düzeninin korunması hedeflenmek durumundadır (Kuş ve İnci, 2017).

Hastaların uyku problemleri, bireyin olağan hayatında yaşadığı uykuya dalma, uykuyu devam ettirme, uyanma sıklığı, uyanma zamanına yönelik karşılaştığı problemler ile bu problemlere yönelik olarak bulunan çözüm yöntemleridir. Bu problemlerin hastayla tartışılması gerekmektedir. Bunun dışında hastanın sık esneme, genel görünüm, göz etrafında siyah halkalar, algıda azalma, gün boyunca uyuklama, yorgun görüntü gibi durumlar uyku problemleri açısından gözlemlenmek durumundadır.

Hasta ile hasta yakınlarının, dinlenme ile uykunun yapısını ve önemini algılamaları açısından hemşirelerin onlara destek olması oldukça önemlidir. Buna yönelik verilecek bir eğitim, uyku düzeninde ortaya çıkan değişiklikleri, uykuya engel olan alışkanlıkları, uyku ve gevşemeyi temin eden faaliyetleri içerecek biçimde olmak durumundadır. Uyku bozuklukları bir problem olmaya başladığında ve hemşireyle kurulan ilişki çözüm sağlamamaya başladığında hemşirenin süreci bir psikiyatra veya psikoloğa yönlendirmesi gerekmektedir. Aynı zamanda hastalık halinin uykuyu nasıl bozduğu da ifade edilmelidir. Bununla birlikte hastaya verilecek en iyi eğitim, uyumayı sağlayacak gevşeme teknikleri, egzersizler ve besinlerin hastaya öğretilmesi ve bağımlılık ile zararlı etkileri olan uyku ilaçlarından hastaların uzak kalmasının sağlanmasıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Bireylerin sabah uykusunda REM evresinin, öğleden sonra uykusunda ise NREM uykusunun yoğunlukta olduğunun bilinmesi gece uykusunda sorun çeken bireylerin gündüz uykusunun planlanması açısından etkili olacaktır. Bireyler gevşeyebildiklerinde ve rahatlayabildiklerinde uykuya dalabilmektedir (Kaya, 2017). Üzüntü, korku, şüphe veya sevinç hastanın uyumasına engel olabilmektedir. Hemşire hastayla iyi bir iletişim kurarak endişe ve korkularının azalmasını sağlayabilir. Özellikle uykusuzluk tedavisinde gevşeme tekniklerinin kullanılmasının uyku ilaçlarından daha etkili olduğu bilinmektedir.

Hastanın uyuyup uyumadığının değerlendirilmesi son derece önemlidir. Hemşireler hastalarının uyku problemlerini değerlendirmede şu ölçütlerden yararlanabilecektir (Kuş ve İnci, 2017):

- Hastanın dinlendiğini ifade etmesi,
- Hastanın 20 ile 30 dakika içerisinde uyduğunu söylemesi,
- Hastanın uyumasından sonraki süreç ile bir gece öncesindeki gece uyku sürecinin kıyaslanmasının istenmesi,
- Hasta uyandıktan sonra birkaç dakika içinde uyuya kaldığını söylemesi,
- Hastanın uygulama öncesine göre daha az sıklıkta uyandığını ifade etmesi,
- Hastanın kendinin alışık düzeyinde uyuduğunu ve bu bağlamda uyku gereksinimi karşıladığını söylemesi,
- Hastanın anksiyete, huzursuzluk ve depresyon dönemlerinin azaldığını söylemesi,
- Hasta ile eşinin uykuyu temin eden ve bozan etmeleri değerlendirmesi,
- Hastanın uyumasıyla birlikte gevşemesi ve uyku sürecinin sonrasında karar verme becerisi ile hafızasının iyi durumda olmasıdır.

Hemodiyaliz hastalarının tedavi süreçlerine katılan hemşirelerin, hastaların anksiyete problemlerini denetim altında tutmaları ve uyku kalitelerini artırmaları beklenmektedir. İfade edilen bu problemler NANDA'da bir hemşirelik tanımı olarak ifade edilmektedir (Carpenito ve Carpenito-Moyet, 2012; Sabuncu, 2008). Bu tanımlara bağlı olarak yürütülecek faaliyetlerden bir tanesi de hastaya gevşeme egzersizlerinin öğretilmesidir. Fakat gevşeme egzersizlerinin hemodiyaliz hastaları üzerindeki etkisiyle ilgili yapılan deney sayısı sınırlı olmakla birlikte, progresif gevşemenin uyku kalitesi üzerine etkisi (Kılıç ve ark., 2015) veya bazı çalışmalarda anksiyete seviyesine etkisinin üzerinde durulduğu gözlemlenmektedir (Kuzeyli Yıldırım, 2002; Kuzeyli Yıldırım ve Fadıoğlu, 2005). Ancak hastanın anksiyetesinin denetim altına alınması ile uyku kalitesinin yükseltilmesi hemşireliğin hedeflerinden bir tanesidir. Mevcut şartlar içerisinde hemşirelerin kanıta dayalı olarak faaliyet göstermeleri beklenmektedir. Fakat progresif gevşeme egzersizlerinin anksiyete düzeyini azalttığı ve uyku kalitesini artırdığıyla ilgili olarak yeterli kanıtın olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır.

2.4. Gevşeme Egzersizleri

Prograsif gevşeme egzersizleri genellikle psikoterapide, özellikle anksiyete bozukluğu olan hastalarda kullanılır. Progresif kas gevşeme teknikleri kas gerilimleri ile provotif düşüncelere sebep veren anksiyeti kontrol altına almak için kas gerdirme ve kas gevşetme yöntemini kullanmaktadır (Stuart, 2013).

Prograsif gevşeme egzersizleri 1929 yılında Dr. Edmons Jacopson tarafından geliştirilmiştir. Dr. Edmons Jacopson vücut gevşemişse zihnin gergin olamayacağını ileri sürmüştür. İfade edilen bu görüş ise anksiyete sonrasında kas gerginliğinin ortaya çıktığı varsayımıyla birlikte oluşturulmuştur (TPD, 2014; Lehrer ve Carr, 2014; Rowshan, 2015; Çam ve Ergin, 2014). Progresif gevşeme egzersizleri ayaktan yüze kadar bazı kas gruplarının belli bir sistem dahilinde kasılıp gevşemeleri kapsayan bir egzersizdir. Egzersizlerin başında, sonunda ve egzersizler sırasında derin nefeslerden yararlanılmaktadır. Süre olarak 15 ile 30 dakika arasında yapılmaktadır (TPD, 2014; Baltaş ve Baltaş, 2014; Rowshan, 2015; Lehrer ve Carr, 2014). Bireyin kaset/CD'dinleyip veya okuma yaparak öğrenebileceği alıştırmalardan meydana gelmektedir. Bazı kasların gevşemesini sağlayarak tüm vücudun gevşemesine imkan verilmektedir (TPD, 2014; Lehrer ve Carr, 2014; Baltaş ve Baltaş, 2014).

Progresif kas gevşeme teknikleri ayrıca hayal kurma, nefes alma, yeniden eğitim, otojenik eğitim ve biyolojik geri besleme yöntemleri ile birlikte kullanılmaktadır. Anksiyete için gevşeme tekniklerinin etkinliğini araştıran bir meta analizde; kontrol grubu kullanan çalışmalarda psikolojik hastalıkları olan bireylerde progresif kas gevşeme tekniklerinin orta düzeyde bir destekleyici rolü olduğu görülmüştür. Tedavi süresi, evde yapılan egzersiz ve anksiyete sonucu önlemlerinin kullanılmış olması etki boyutlarını oluşturmuştur (Stuart, 2013). Gevşeme egzersizleri yapan hastaların stresten ve gerginlikten uzaklaştıkları, fiziksel ve psikolojik olarak rahatladıkları, uyku problemlerinin azaldıkları, kas gerginliklerinin azalış gösterdiği ve ağrılarında azalma görüldüğü ifade edilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2014; TPD, 2014). Progresif gevşeme egzersizleriyle ilgili yapılan birçok çalışmada, bu egzersizlerin bireylerin yaşam kalitesini artırdığı ve uyku düzenini olumlu etkilediği ifade edilmiştir (Nazik ve ark., 2014; Kaplan, 2012; Simeit ve ark., 2004; McCallie ve ark.,2006; Lehrer ve Carr, 2014). Gevşeme egzersizleri çabuk bir şekilde ve herhangi bir durum içinde kolayca yapılabilir. Edinilen bu becerinin bisiklete binilmek, otomobili kullanmak yüzmeyi öğrenmek gibi beceriye benzetilmesi mümkündür. Bireyin bu beceride uzmanlaşması halinde bu beceriyi her yerde yapabilmesi mümkün olmaktadır. Egzersiz yerinin bir ofis, bir ev veya spor salonu gibi sınırlandırılması ortadan kalkmaktadır. Parkta otururken, yürüyüş yaparken, halka açık alanlarda dikkat çekmeden bu egzersizlerin yapılması mümkündür (Lehrer ve Carr, 2014; McCallie ve ark., 2006). Progresif gevşeme egzersizleriyle stresin etkileri, kas gerginlikleri, yorgunluk, anksiyete ve ağrı azalmakta kan basıncı düşmekte, öfke kontrolü denetim altına alınmakta uyku

kolay hale gelmekte ve bağıklık artmaktadır. Gevşeme bireye büyük bir tazelenme hissi vermekte, derin bir dinlenme sağlamakta ve bireyin özgüvenini artırmaktadır (Kaplan, 2012; Nazik ve ark., 2014; Demiralp ve Oflaz, 2011; Arioğlu, 2012; Lehrer ve Carr, 2014; Baltaş ve Baltaş, 2014).

Kuzeyli tarafından yapılan bir çalışmada diyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin etkili olup olmadığı incelenmiştir. Hastalara “iyi uyuyabiliyor musun” sorusu yöneltilmiş progresif gevşeme egzersizi öncesi “çok” diye cevap veren hastaların %58,7’sinin egzersizler sonrasında %67,4’e yükseldiği görülmüştür (Kuzeyli Yıldırım, 2002). Erdem (2005) diyaliz hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin yaşam kalitesi ve uyku kalitesi üzerindeki etkinliğini araştırmıştır. Hastaların gevşeme öncesi ile sonrası uyku kalite ölçeklerinde aldıkları öntest ile sontest puanları kıyaslanmış ve uyku kalitesini ilgilendiren tüm konularda egzersiz öncesi ile egzersiz sonrasında istatistiksel bir fark olduğu belirlenmiştir (Erdem, 2005).

Gevşeme ile anksiyete açısından etkin metotlardan bir tanesi olan gevşeme egzersizleri; kişilerin psikolojik süreçleri ile davranışlarını farklılaştırmak için yararlanılan maliyeti oldukça düşük olan bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Değişik hasta gruplarıyla sürdürülen çalışmalarda progresif gevşeme egzersizlerinin anksiyete düzeyini azaltmada oldukça etkili oldukları görülmüştür (Todd, 2009; Alan, 2015; Yılmaz ve Arslan, 2015). Stresi ve anksiyete düzeyini düşürme, zorlanmaları ve kas kasılmalarını yatıştırma, uyumayı daha kolay hale getirmesi sebebiyle (Baltaş ve Baltaş, 2014; TPD, 2014) progresif gevşeme egzersizlerinden yararlanılması kronik hastalığı olan bireylerde bir zorunluluk halini almıştır. Dayapoğlu ve Tan (2012) tarafından Multiple Sklerozlu hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada; hemşirelik bakımına progresif gevşeme egzersizlerinin dahil edilmesinin, bu egzersizlerle ilgili hastalar CD’ler, el kitapları ve broşürler verilmesinin, hastalara bu egzersizlerle ilgili danışmanlık verilmesinin ve hastaların bu egzersizleri yapabilecekleri uygun şartların hazırlanmasının yararları üzerinde durulmuştur (Dayapoğlu ve Tan, 2012).

Gevşeme egzersizleri problem çözmeye ek olarak, onunla ilişkili duygusal sıkıntıyı düzenleyerek stres ile de başa çıkabilir. Hastanın duygusal sıkıntıyı düzenlemesine yardımcı olmak için yönlendirilen uzun vadeli hedefler gevşeme tepkisini teşvik etmeyi içerir (Stuart, 2013).

Terapötik bir araç olarak, gevşeme eğitimi gerginliği ve kaygıyı etkili bir şekilde azaltır. Tek başına, diğer bilişsel davranış teknikleri ile birlikte veya destekleyici veya

içgörü terapisine ek olarak kullanılabilir. Temel öncül, kas gerginliğinin anksiyete ile ilişkili olmasıdır. Kaslar rahatlatılabilirse anksiyete düzeyi azalacaktır (Stuart, 2013).

Hastaların rehabilitasyon veya destek ağırları aktiviteleri ile eğitim programlarına dahil olması; hastaların sosyal ilişki kurmaları ile onaylanmalarını sağlayarak, onların toplumsal soyutlamadan uzaklaşmalarını sağlamaktadır. Bununla birlikte eğitim programları sayesinde sağlık birimlerindeki sağlık çalışanlarının danışmanlık yapabilmeleri ve girişimlerde bulunabilmeleri mümkün olmakta ve böylelikle farkındalık da artmaktadır. Bu süreç ise hastanın hastalıkla ilgili biyopsikososyal yaklaşımının gelişmesi sağlayacaktır (Gerogianni ve Babatsikou, 2014). Bu sebepten hemodiyalize giren hastalara progresif gevşeme egzersizinin öğretilmesiyle birlikte hastanın anksiyetesinin denetim altına alınması mümkün olurken bununla birlikte hastanın uyku kalitesinin geliştirilmesi de olası olacaktır. Bu sayede hemşirelik bakımının faydaları nesnel bir şekilde açığa çıkarılabilecektir.

2.4.1. Gevşeme Egzersizi Çeşitleri

Progresif gevşeme egzersizleri temelde kasların gerdirilip gevşetilmesine dayanmaktadır. Progresif gevşeme egzersizinin basamakları şu şekilde ifade edilebilir (Duman, 2016):

- A. Kas gerilir ve 5'e kadar sayılır ve ardından kas gevşetilir. Bu süreç her kas grubu için gerçekleştirilir. Gerekli olması halinde gergin olan kas gruplarında bu faz daha yoğunlaştırılarak tekrarlanır.
- B. Tüm kas gruplarının gevşetilmesinden sonra, derin bir nefes alınarak nefes yavaş bir şekilde bırakılır.
- C. Kasların rahatsız edecek ya da krampa sebep olacak düzeyde gerdirilmemesi önem arz etmektedir.

Progresif gevşeme egzersizleri sağladığı faydalarının şu şekilde ifade edilmesi mümkündür (Baltaş ve Baltaş, 2014; Duman, 2016):

- Kaslardaki gerginliğin azalmasını sağlar,
- Anksiyete, anksiyete, stres ve stresin sebep olduğu etkilerin azalmasını sağlar,
- Solunum hızını artırır ve sistolik ile diastolik kan basıncını düzenler,
- Kalp atma hızını düşürür,
- Bağışıklığı artırır,
- Bireyin ilgisini ağrıdan başka yönlere yönlendirir,

- Yorgunluğu azaltır,
- Ağrı duyarlılığını düşürür,
- Bilişsel ve fiziksel iyi oluşu geliştirir,
- Laktik asit yapımını düşürür,
- Hayat kalitesini yükseltir,
- Uykuyu kolaylaştırır.

Gevşeme egzersizlerinin etkinliği uygulamaya bağlı olmaktadır. Bu egzersizlerin günde iki kere yapılması uygundur. Ancak en az bir kere uygulanması gerekmektedir. Egzersiz uygulaması esnasında dikkat edilmesi gereken öğeler şunlardır (Baltaş ve Baltaş, 2014; Duman, 2016):

- Egzersiz sırasında dış etmenlerin en düşük seviyede olması,
- Sakin ve loş bir odada egzersizlerin yerine getirilmesi,
- Egzersiz esnasında sırtüstü yatmak ya da rahat bir koltuğa oturmak ve baş altına küçük bir yastık yerleştirmek, fakat egzersiz sırasında uykuya dalınmaktaysa, dirseklere dayanıp oturulması ile böyle egzersize devam edilmelidir. Prone ya da lateral pozisyonda egzersiz yapmak bazı kas gruplarına ağırlık verilmesine neden olucak ve bu durum bazı sorunların oluşmasına sebep olacaktır.
- Bacak kaslarının gevşetilmesi için ayakların desteğinin alınması gerekmekte, kan dolaşımının engellenmemesi açısından bacak bacak üstüne atılmaması ve parmaklar ve eller üst üste konulmaması, birleştirilmemesi ve kavuşturulmaması gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma hemodiyaliz hastalarına uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin hastaların anksiyete düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile öntest-sontest kontrol gruplu yarı deneysel araştırma olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Progresif gevşeme egzersizi uygulanan ve uygulanmayan hemodiyaliz hastalarının durumluk-sürekli anksiyete düzeyi arasında fark vardır.

H₂: Progresif gevşeme egzersizi uygulanan hemodiyaliz hastalarına uygulama öncesi ve sonrası durumluk-süreklilik anksiyete puanları arasında fark vardır.

H₃: Progresif gevşeme egzersizi uygulanan ve uygulanmayan hemodiyaliz hastalarının uyku kalitesi puanları arasında fark vardır.

H₄: Progresif gevşeme egzersizi uygulanan hemodiyaliz hastalarına uygulama öncesi ve sonrası uyku kalitesi puanları arasında fark vardır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Sivas il merkezinde hemodiyaliz merkezleri; Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi, Numune Hastanesi Diyaliz Ünitesi, Özel Sivas Diyaliz Merkezi, Özel Medicana Diyaliz Merkezi, Özel Orta Anadolu Diyaliz Merkezi olmak üzere 5 adet diyaliz ünitesi bulunmaktadır. Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi ve Özel Sivas Diyaliz Merkezi olmak üzere 2 merkezde yapılmıştır.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde 32 seans hastası bulunmaktadır. Bunun dışında ünite acil hizmeti de vermektedir. Toplam 17 HD makinası bulunan merkezde 1 Profesör, 1 Doç. Dr. ve 7 Hemşire çalışmaktadır. Üniversite hastanesindeki seanslı hasta sayısının bu deney için yeterli olmayışı, bilgi kontaminasyonunun önlenmesi amacıyla deney koşullarına en yakın olan ve seans hastalarının fazla olması nedeniyle deney grubuna benzer özellikteki hastaların kontrol grubuna alınabilmesi için Özel Sivas Diyaliz Merkezi seans hastalarından kontrol grubu seçilmiştir.

Özel Sivas Diyaliz Merkezi'nde 150 hastaya HD tedavisi uygulanmaktadır. Toplam 47 HD makinası bulunan merkezde toplam 19 Hemşire, 2 Pratisyen Dr. çalışmaktadır.

Her iki merkezde de anksiyete düzeyi ve uyku kalitesine yönelik özel ve planlı bir girişim uygulanmamaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde diyalize giren ve örneklem özelliği taşıyan hastalar deney grubuna, Özel Sivas Diyaliz Merkezinde diyalize giren ve örneklem özelliği taşıyan hastalar kontrol grubuna alınmıştır. Bu çalışmaya ($\alpha=0.05$, $\beta=0.10$, $(1-\beta)=0.90$) 40 bireyin $p=0.91$ güçlülükle örnekleme alınması planlanmıştır. Çalışmadan ayrılma, devam edememe durumlarına karşı örnekleme 44 bireyin alınması planlanmıştır.

Araştırma kapsamında kontrol grubu 22 hastadan ve deney grubu 20 hastadan oluşmaktadır. Deney grubunda yer alan 2 hastadan birisi ex olmuş, diğer hasta ise devam etmek istememesi nedeniyle deney 20 hastası ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Anksiyete durumluk ölçeğinden 37 ve üzerinde puan alan
- Uyku kalitesi ölçeğinden 6 ve üzerinde puan alan
- En az 6 aydır düzenli hemodiyaliz tedavisi devam eden
- 18 yaş üzerinde olanlar
- Egzersiz yapmasında fiziksel açıdan bir engeli olmadığı hekim tarafından belirlenenler
- Bilinci açık, koopere olanlar
- Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edenler
- Herhangi bir iletişim engeli olmayanlar

Araştırmadan dışlama kriterleri

- Tanımlanmış psikiyatrik bir hastalığı olanlar,
- Daha önce benzer bir çalışmaya katılmış olanlar.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; Hasta Tanıtım Formu (EK-I), Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI FORM TX) (EK-II), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-III) ve

Progresif Gevşeme Egzersizi Uygulama Kayıt Çizelgesi (Ek-V) ile toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-I)

Bu form literatür bilgisi ve daha önce yapılan çalışmalara dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Form hastaların sosyodemografik bilgileri ile ilgili sorular, hastalık ile ilgili sorular ve diyaliz tedavisi ile ilgili sorular olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır. Form, yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

3.5.2. Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI FORM TX) (EK-II)

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI-I, STAI-II): Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olup 14 yaş üzerinelere uygulanabilen bir testtir. Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyonu, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı Sürekli Anksiyete Envanteri için 0.83, Durumluk Anksiyete Envanteri için 0.94 olarak bulunmuştur (Öner ve Le Compte, 1983). Durumluk Anksiyete ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini, sürekli anksiyete ölçeği ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Ölçek, kendi kendine doldurulabilecek özellikte olup, durumluk anksiyete ve sürekli anksiyeteyi ölçmeye yönelik 20 sorudan oluşmaktadır. Durumluk Anksiyete Ölçeği, ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Anksiyete Ölçeği, kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği anksiyetenin sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. 36 ve altı puan anksiyetenin olmadığını, 37- 42 hafif anksiyeteyi, 43 ve üstü puan ise yüksek anksiyeteyi gösterir. Genel olarak, durumluk ve sürekli anksiyete puanlarının yüksek olması, anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermekte olup, puanları 60'ın üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Öner ve Le Compte, 1983; Çetinkaya ve ark., 2008). Araştırmada ölçeğin Durumluk Anksiyete Ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,79, Sürekli Anksiyete Ölçeğinin 0,81 olarak tespit edilmiştir.

3.5.3. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-III)

PUKİ, Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. PUKİ iyi ve kötü uykunun tanımlanmasına yarayan uyku kalitesinin niceliksel bir ölçümünü

verir. Kendi içinde tutarlılığı olan ve tekrar edilebilen, güvenilir bir testtir (Buysse ve ark., 1989). Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Buysse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ülkemizde ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ağargün ve ark., 1996). Ölçeğin cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı 0.80 bulunmuştur. Son bir ay süresindeki uyku kalitesini değerlendiren PUKİ, toplam 24 soru içerir. Bunların 19 tanesi öz-bildirim sorusudur ve hasta tarafından cevaplandırılır, 5 soru ise eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır ve yalnızca klinik bilgi için kullanılır, puanlamaya katılmaz. Öz-bildirim niteliğindeki sorulardan sonuncusu (19. soru) bir oda arkadaşı veya eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve puanlamada kullanılmaz. Puanlamaya katılan 18 madde (item) 7 bileşen (komponent) puanı şeklinde gruplandırılmıştır ve bu bileşenler; öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğudur. Her madde 0-3 puan arasında değerlendirilir ve 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir. Toplam puanın 5'den yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü oluşuna işaret eder. Tüm indeksin doldurulması ortalama 5-10 dakika, puanlaması yaklaşık 5 dakika sürer (Buysse ve ark., 1989; Ağargün ve ark., 1996). Araştırmada ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,81 olarak tespit edilmiştir.

3.6. Eğitim ve Uygulama Programı

3.6.1. Progresif Gevşeme Egzersiz Programı (EK-IV)

Bu program araştırmacılar tarafından literatürden yararlanarak oluşturulmuştur (McCallie ve ark., 2006; Lehrer ve Carr, 2014; Sheehan, 1999; TPD, 2014; Baltaş ve Baltaş, 2014; Rowshan, 2015). Programda amaç hemodiyalize giren hastaların progresif gevşeme egzersizlerini öğrenerek günlük yaşamlarında kullanmalarını sağlamaktır. Program 4 aşamadan oluşmaktadır. Programın ilk aşamasında gevşemenin tanımı yapılmış, gevşemenin önemi, amacı, yararları ve dikkat edilecek hususlar anlatılmıştır. İkinci aşamasında gevşeme egzersizlerinin ilk basamağı olan doğru nefes teknikleri öğretilecek ve gevşeme egzersizleri CD kullanılarak ve yönergelerle takip edilerek önce araştırmacı tarafından gösterilerek uygulandı. Deney grubundaki hastaların soruları yanıtlanmıştır. Gerekli durumlarda tekrarlar yapılmıştır. Üçüncü aşamada ise gevşeme egzersizi deney grubu ile birlikte uygulanarak anlaşılmayan her adım tekrar edilerek gösterilmiştir. Son aşama olarak da hastaların mp3 eşliğinde kendilerinin uygulaması

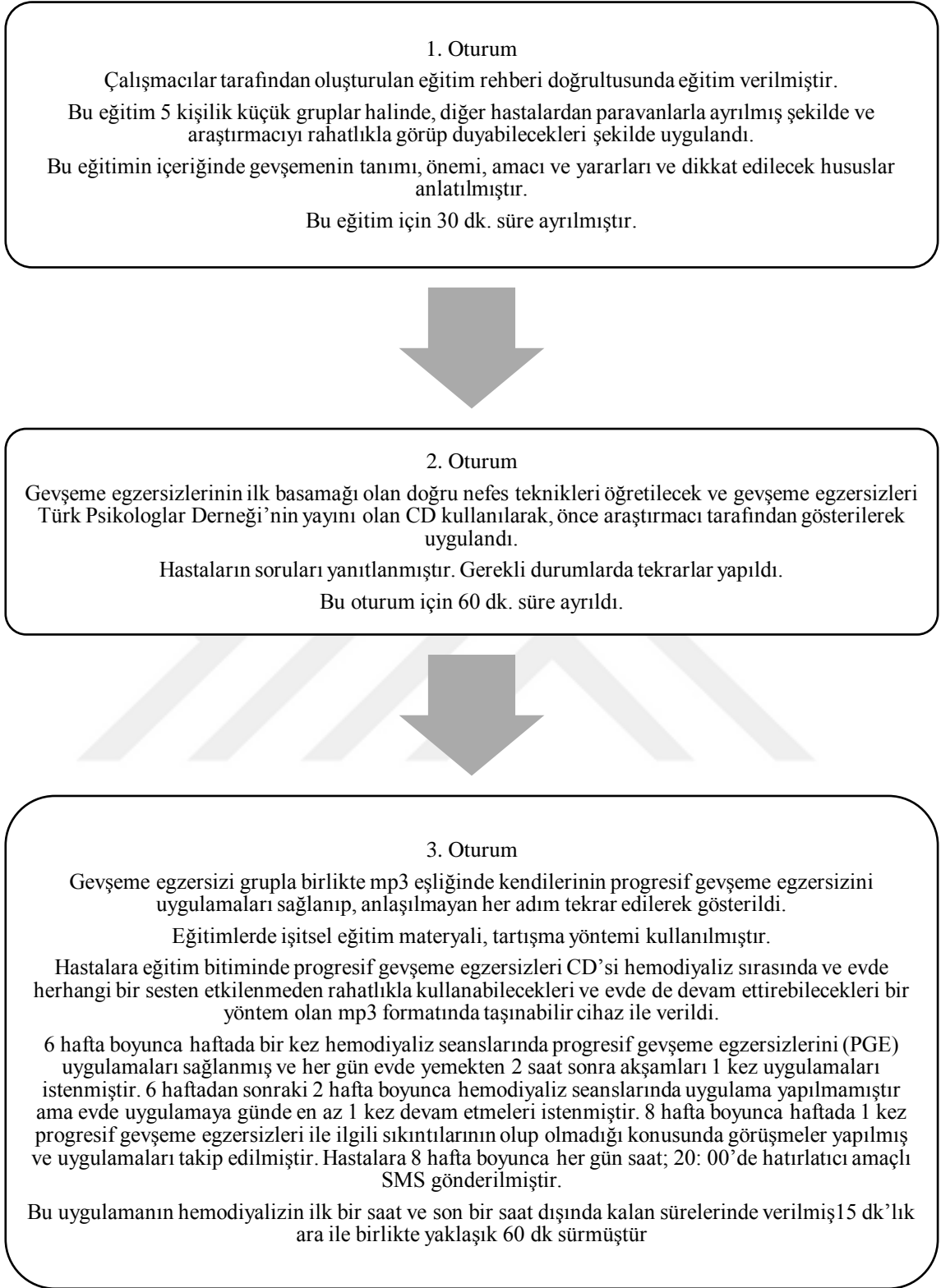
sağlanıp, uygulamaları takip edilmiştir. Bu programda Türk Psikologlar Derneği tarafından hazırlanan ve deney için kullanım izni alınan Progresif Gevşeme Egzersizleri CD'si (EK-IV) kullanılmıştır.

3.6.2. Progresif Gevşeme Egzersizi Uygulama Kayıt Çizelgesi (EK-V)

Bu uygulama kayıt çizelgesi deney grubundaki hastaların progresif gevşeme egzersizleri eğitiminden sonraki 8 hafta boyunca evde ve diyaliz ünitesindeki uygulamalarını kayıt altına alabilmeleri ve çalışmacının da bu kayıtları takip edebilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Çizelge 8 hafta boyunca, haftanın 7 gününü gösterecek şekilde tasarlanmıştır. Bu çizelge ile hastaların progresif gevşeme egzersizlerini uygulama sayılarının anksiyete düzeyi ve uyku kalitesine etkisinin olup olmadığına bakılması planlanmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın akış şeması doğrultusunda, örneklem grubundaki bireyler (n=42) deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. İlk görüşmede; hem deney grubundaki (n=20) hem de kontrol grubundaki (n=22) bireylere; form ve ölçekler doldurulmadan önce çalışmanın amacı ve içeriği hakkında açıklamalarda bulunup katılımları için yazılı onayları alınmıştır. Veriler; Hasta Tanıtım Formu (EK-I), Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI FORM TX) (EK-II), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-III) ve Progresif Gevşeme Egzersizi Uygulama Kayıt Çizelgesi (Ek-V) ile toplanmıştır. Araştırmanın örnekleme girebilmesi için gerekli olan özelliklere sahip olduğu belirlenen hastalara tanıtım formu ve ölçekler, soru yanıt yöntemi ile uygulanmış ve verdiği yanıtlar araştırmacı tarafından hastanın yanında yazılmıştır. Her hastaya soruları yanıtlaması için ortalama 30 dk. süre verilmiştir. Çalışma grubundaki hastalara 3 oturumda progresif gevşeme egzersizi eğitim ve öğretimi yapılmıştır. Aşağıda uygulama akış şeması yer almaktadır.



Şekil 3.1. Uygulama Akış Şeması

Birinci oturumda; deney grubuna, çalışmacılar tarafından oluşturulan eğitim rehberi doğrultusunda eğitim verilmiştir. Bu eğitim 5 kişilik küçük gruplar halinde, diğer hastalardan paravanlarla ayrılmış şekilde ve araştırmacıyı rahatlıkla görüp duyabilecekleri şekilde uygulandı. Bu eğitimin içeriğinde gevşemenin tanımı, önemi, amacı ve yararları ve dikkat edilecek hususlar anlatılmıştır. Bu eğitim için 30 dk. süre ayrılmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmadı.

İkinci oturumda; deney grubuna gevşeme egzersizlerinin ilk basamağı olan doğru nefes teknikleri öğretilecek ve gevşeme egzersizleri Türk Psikologlar Derneği'nin yayını olan CD kullanılarak, önce araştırmacı tarafından gösterilerek uygulandı. Deney grubundaki hastaların soruları yanıtlanmıştır. Gerekli durumlarda tekrarlar yapıldı. Bu oturum için 60 dk. süre ayrıldı. Kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapıldı.

Üçüncü oturumda; gevşeme egzersizi deney grubu ile birlikte mp3 eşliğinde kendilerinin progresif gevşeme egzersizini uygulamaları sağlanıp, anlaşılmayan her adım tekrar edilerek gösterildi. Eğitimlerde işitsel eğitim materyali, tartışma yöntemi kullanılmıştır. Hastalara eğitim bitiminde progresif gevşeme egzersizleri CD'si hemodiyaliz sırasında ve evde herhangi bir sestan etkilenmeden rahatlıkla kullanabilecekleri ve evde de devam ettirebilecekleri bir yöntem olan mp3 formatında taşınabilir cihaz ile verildi. Ayrıca evde nasıl ve ne zamanlar uygulayacakları açıklanıp, mp3'lerin kullanımı gösterilmiştir. Bu uygulamanın hemodiyalizin ilk bir saat ve son bir saat dışında kalan sürelerinde verilmiş 15 dk'lık ara ile birlikte yaklaşık 60 dk sürmesi planlanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapıldı.

Deney grubundaki hemodiyaliz hastalarının 6 hafta boyunca haftada bir kez hemodiyaliz seanslarında progresif gevşeme egzersizlerini (PGE) uygulamaları sağlanmış ve her gün evde yemekten 2 saat sonra akşamları 1 kez uygulamaları istenmiştir. 6 haftadan sonraki 2 hafta boyunca hemodiyaliz seanslarında uygulama yapılmamıştır ama evde uygulamaya günde en az 1 kez devam etmeleri istenmiştir. 8 hafta boyunca haftada 1 kez progresif gevşeme egzersizleri ile ilgili sıkıntılarının olup olmadığı konusunda görüşmeler yapılmış ve uygulamaları takip edilmiştir. Hastalara 8 hafta boyunca her gün saat; 20: 00'de hatırlatıcı amaçlı SMS gönderilmiştir.

İkinci görüşmede; deney grubundaki hastaların eğitimlerinin bitiminden 6 hafta sonra hem deney hem de kontrol grubuna Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI FORM TX) (EK-II), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-III) tekrar uygulandı. Bu görüşme için 15 dk. süre planlanmıştır.

Üçüncü görüşmede; hem deney hem de kontrol grubuna uygulamadan 8 hafta sonra daha önce uygulanan, Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (STAI FORM TX) (EK-II), Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK-III) tekrar uygulandı.

Eşitlik ilkesi gereğince deney grubuna verilen eğitim ve materyallerin deney bittikten sonra kontrol grubundaki bireylere de verilerek progresif gevşeme egzersizlerinin uygulanması sağlanmıştır. Kontrol grubuna da deney grubuna verildiği gibi 3 oturumda progresif gevşeme egzersizi öğretilmiştir.

Verilerin toplanmasına ilişkin akış şeması Tablo 3.1' de ayrıntılı bir şekilde gösterilmektedir.



Tablo 3.1. Verilerin Toplanmasına İlişkin Akış Şeması

<p>Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yapılacağı tarihlerde Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde ve Özel Sivas Diyaliz Merkezinde hemodiyaliz tedavisi alan bireyler oluşturmaktadır.</p>	
Örneklem n: 42	
Deney grubu n: 20	Kontrol grubu n: 22
<p>1. Oturum (30 dk.) Deney hakkında bilgi verilmesi. Gönüllü Onam Formlarının imzalatılması Hasta Tanıtım Formu (EK-I) Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (EK-II) Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (EK-III)</p>	<p>1. Oturum (30 dk.) Deney hakkında bilgi verilmesi Gönüllü Onam Formlarının imzalatılması Hasta Tanıtım Formu (EK-I) Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (EK-II) Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (EK-III)</p>
<p>2. Oturum (30 dk.) Gevşemenin tanımı, önemi, amacı ve yararları ve dikkat edilecek hususların anlatılması.</p>	
<p>3. Oturum (60 dk.) Gevşeme egzersizlerinin ilk basamağı olan doğru nefes tekniklerinin öğretilmesi, Egzersiz uygulamacı tarafından CD eşliğinde uygulayarak öğretimi ve soruların yanıtlanması.</p>	
<p>4. Oturum (60 dk.) Hastalarla birlikte uygulanması Evde nasıl ve ne zamanlar uygulayacaklarının açıklanıp mp3'lerin kullanımının gösterilmesi (6 Hafta boyunca haftada 1 kez hemodiyaliz seanslarında PGE uygulanacak ve 8 hafta boyunca haftada 1 kez sıkıntılarının olup olmadığı konusunda görüşmeler yapılacak, uygulamaların takip edilmesi. Hastalara 8 hafta boyunca uygulamayı yemekten 2 saat sonra akşamları yapmaları ve her gün saat; 20:00'de hatırlatıcı amaçlı SMS ya da arama yapılması).</p>	
<p>5. Oturum (eğitimden 6 hafta sonra, 15 dk.) Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (EK-II) Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (EK-III)</p>	<p>2. Oturum (eğitimden 6 hafta sonra, 15 dk.) Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (EK-II) Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (EK-III)</p>
<p>6. Görüşme (eğitimden 8 hafta sonra, 15 dk.) Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (EK-II) Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (EK-III)</p>	<p>3. Görüşme (deney grubunun eğitiminden 8 hafta sonra, 90 dk.) Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği (EK-II) Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (EK-III) Eşitlik ilkesine dayanarak deney grubuna verilen eğitim ve materyallerin kontrol grubuna da verilmesi</p>

3.8. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS (22.0) programına yüklenerek analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılım koşullarını sağladığı tespit edilmiş ve parametrik testler uygulanmıştır. Frekans dağılımı, ortalama, standart sapma ile veriler sunulmuş istatistiksel analizlerde Ki-Kare testi, student t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Ayrıca çalışmada ölçekler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon testi ile incelenmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evreni, araştırmanın yapılacağı tarihlerde Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde ve Özel Sivas Diyaliz Merkezinde hemodiyaliz tedavisi alan bireylerle sınırlandırılmıştır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları bu araştırma grubuna genellenebilir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay (karar no. 2016-05.06) alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Hastalara çalışmanın amacı anlatılarak yazılı onamları alınmıştır. Böylelikle “aydınlatılmış onam ilkesi” etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Hastalara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesine, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uygun davranılmıştır. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi yerine getirilmiştir.

Veriler toplandıktan sonra, kontrol grubundaki bireylere de hazırlanan eğitim içeriği eşliğinde eğitimler verilmiş ve progresif gevşeme egzersizleri öğretilmiştir. Böylelikle “eşitlik ilkesi” yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde saha araştırması kapsamında elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	Kontrol (n=22)		Deney (n=20)		Toplam (n=42)		İstatistik	
	n	%	N	%	n	%	χ^2	p
Cinsiyet								
Kadın	15	68,2	13	65,0	28	66,7	0,048	0,543
Erkek	7	31,8	7	35,0	14	33,3		
Medeni Durum								
Evli	13	59,1	17	85,0	30	71,4	3,719	0,156
Bekar	9	40,9	3	15,0	12	26,6		
Eğitim Durumu								
Okuryazar değil	7	31,8	4	20,0	11	26,2	1,303	0,728
İlköğretim	12	54,5	11	55,0	23	54,8		
Lise ve üzeri	3	13,6	5	25,0	8	19,0		
Deney Durumu								
Çalışıyor	1	4,5	3	15,0	4	9,5	1,329	0,333
Çalışmıyor	21	95,5	17	85,0	38	90,5		
Meslek								
Memur	1	4,5	-	-	1	2,4	2,944	0,567
İşçi	1	4,5	-	-	1	2,4		
Emekli	4	18,2	4	20,0	8	19,0		
Serbest meslek	-	-	1	5,0	1	2,4		
Diğer (Ev hanımı, kısa süreli çalışma vb.)	16	72,7	15	75,0	31	73,8		
Aile Tipi								
Çekirdek aile	20	90,9	16	80,0	36	85,7	1,018	0,286
Geniş aile	2	9,1	4	20,0	6	14,3		
Gelirin İhtiyaçlarını Karşılama Durumu								
Evet Karşılıyor	9	40,9	14	70,0	23	54,8	3,883	0,143
Hayır Karşılmıyor	1	4,5	1	5,0	2	4,8		
Kısmen Karşılıyor	12	54,5	5	25,0	17	40,8		
Yaş	\bar{x} :57,77 ss:9,89 Min:25 Max:70		\bar{x} :54,55 ss:12,07 Min:23 Max:70		\bar{x} :56,24 ss:10,96 Min:23 Max:70		t=0,98 p=0,348	

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi kontrol grubundaki bireylerin %68.2'si kadın deney grubundaki bireylerin ise %65'i kadındır. Cinsiyet yönünden gruplar arası farklılık anlamsızdır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalamaları 57.77 ± 9.89 , deney grubundaki bireylerin yaş ortalamaları 54.55 ± 12.07 'dir. Yaş ortalaması yönünden gruplar arasında farklılık anlamsızdır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin %59,1'i evli deney grubundaki bireylerin %85'i evlidir. Kontrol grubu ve deney grubu arasında medeni durum yönünden gruplar karşılaştırıldığında farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin %54,5'i deney grubundaki bireylerin %55'i ilköğretim mezunudur. Kontrol grubu ve deney grubu arasında eğitim yönünden gruplar karşılaştırıldığında farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin %95,5'i ve deney grubundaki bireylerin %85'i çalışmamaktadır. Kontrol grubu ve deney grubu arasında deney durumu yönünden gruplar karşılaştırıldığında farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin %18,2'si emekli ve %72,2'si diğer meslek olarak belirtmişken, deney grubundaki bireylerin %20'si emekli ve %75'i diğer meslek olarak belirtmiştir. Kontrol grubu ve deney grubu arasında meslek yönünden gruplar karşılaştırıldığında farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin %90,9'u ve deney grubundaki bireylerin %80'i çekirdek ailede yaşadığını belirtmiştir. Kontrol grubu ve deney grubu arasında aile tipi yönünden gruplar karşılaştırıldığında farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin %40,9'u geliri ihtiyacını karşıladığını ve %54,5'i kısmen karşıladığını belirtmiştir. Deney grubundaki bireylerin %70'i geliri ihtiyacını karşıladığını ve %25'i kısmen karşıladığını belirtmiştir. Kontrol grubu ve deney grubu arasında gelir durumu yönünden gruplar karşılaştırıldığında farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastalar tanıtıcı özellikler açısından benzerdir.

Tablo 4.2. Hastalık Durumu Açısından Karşılaştırılması

	Kontrol (n=22)		Deney (n=20)		Toplam (n=42)		İstatistik	
	n	%	n	%	n	%	x ²	p
Tanı Konulmuş Başka Kronik Hastalık Varlığı								
Evet	17	77,3	15	75,0	32	76,2	0,030	0,574
HT	14	82,4	15	100,0	29	90,6		
DM	6	35,3	8	53,3	14	43,8		
Kalp yetmezliği	3	17,6	5	33,3	8	25,0		
Astım	-	-	1	6,7	1	3,1		
Epilepsi	-	-	1	6,7	1	3,1		
RA	-	-	1	6,7	1	3,1		
Guatr	-	-	1	6,7	1	3,1		
Hayır	5	22,7	5	25,0	10	23,8		
Hemodiyaliza Girme Süresi								
6 ay-1 yıl	3	13,6	2	10,0	5	11,9	1,151	0,765
1-5 yıl	11	50,0	12	60,0	23	54,8		
5-10 yıl	5	22,7	5	25,0	10	23,8		
10 yıl üzeri	3	13,6	1	5,0	4	9,5		
Haftada Hemodiyaliz Programı								
3 kez	21	95,5	19	95,0	40	95,2	0,005	0,732
4 kez	1	4,5	1	5,0	2	4,8		

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi kontrol grubundaki bireylerin %77,3’ünde ve deney grubundaki bireylerin %75’inde tanı konulmuş başka kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Kontrol grubu ve deney grubu arasında başka kronik hastalık öyküsü yönünden gruplar karşılaştırıldığında farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin %50’si ve deney grubundaki bireylerin %60’ı 1-5 yıldır hemodiyalize girmektedir. Kontrol grubu ve deney grubu arasında hemodiyalize girme süresi yönünden gruplar karşılaştırıldığında farklılık anlamsızdır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin %95,5’i ve deney grubundaki bireylerin %95’i haftada 3 kez hemodiyalize girmektedir. Kontrol grubu ve deney grubu arasında haftada hemodiyalize girme yönünden gruplar karşılaştırıldığında farklılık anlamsızdır ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	Uygulama Öncesi Durumluk Anksiyete Puanları	6.Hafta Uygulama Sonrası Durumluk Anksiyete Puanları	8.Hafta Uygulama Sonrası Durumluk Anksiyete Puanları	Test
Deney	46,80±7,27	41,00±5,35	34,70±4,75	F=43,68 p=0,000
Kontrol	45,23±5,17	38,77±3,54	40,41±4,94	F=14,02 p=0,001
Test	t=1,210 p=0,233	t=1,640 p=0,109	t=3,410 p=0,001	

*İkili karşılaştırmalarda t testi; üçlü karşılaştırmalarda ANOVA testi kullanılmıştır.

Deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi durumluk anksiyete puanları (46,80±7,27; 45,23±5,17) ve 6. hafta uygulama sonrası durumluk anksiyete puanları (41,00±5,35; 38,77±3,54) arasında anlamlı bir fark bulunmazken, 8. hafta uygulama sonrası durumluk anksiyete puanları (34,70±4,75; 40,41±4,94) arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Durumluk anksiyete ölçeğine yönelik bulgular incelendiğinde, öntest ve 6. hafta sonuçlarında deney ve kontrol grubunun durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamasının benzer özellikler gösterdiği, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bununla beraber 8.hafta sonuçlarında farklılık mevcuttur ($p<0,05$). 8. Haftadaki durumluk anksiyete ölçeği puanları karşılaştırıldığında deney grubunun durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamasının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Kontrol grubundaki bireylerin ön test, 6. hafta ve 8. hafta durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Deney grubundaki bireylerin ön test, 6. hafta ve 8. hafta durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur($p<0,05$).

Ölçümler ikiyeşerli karşılaştırıldığında başlangıç ile 6. hafta ölçümü başlangıç ile 8. hafta ölçümü arasındaki farklılık ve 6. hafta ile 8. hafta arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur($p<0,05$).

Tablo 4.4. Demografik Özelliklerine Göre Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol (n=22)			Deney (n=20)		
	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Cinsiyet						
Kadın	46,20±4,37	1,380	0,185	47,08±4,68	0,557	0,588
Erkek	43,14±6,44			46,29±3,68		
Medeni Durum	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Evli	46,46±5,32	1,819	0,076	46,24±4,30	1,594	0,118
Bekar	42,38±3,02			50,00±2,64		
Eğitim Durumu	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Okuryazar değil	47,45±5,83	3,329	0,344	48,00±7,43	2,006	0,571
İlköğretim	45,43±4,31			46,18±2,92		
Lise ve üzeri	45,80±5,25			47,00±3,41		
Deney Durumu	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Çalışıyor	47,00±0,00	0,554	0,727	45,67±2,30	0,585	0,616
Çalışmıyor	45,14±5,28			47,00±4,55		
Meslek	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Memur	47,00±0,00	3,676	0,159	-	0,010	0,921
İşçi	55,00±0,00			-		
Emekli	40,75±3,30			47,50±0,00		
Serbest meslek	-			46,60±4,88		
Diğer (Ev hanımı, kısa süreli çalışma vb.)	4,23±5,17			46,80±4,27		
Aile Tipi	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Çekirdek aile	45,44±4,66	0,803	0,485	47,50±4,14	1,518	0,148
Geniş aile	41,17±4,87			44,00±4,08		
Gelirin İhtiyaçlarını Karşılama Durumu	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Evet Karşılıyor	43,70±4,47	5,419	0,067	47,36±4,21	1,389	0,499
Hayır Karşılmıyor	37,00±4,24			43,00±0,00		
Kısmen Karşılıyor	47,06±4,89			46,00±4,84		

Tablo 4.4’de deney ve kontrol grubunun tanıtıcı özelliklere göre durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi tanıtıcı özelliklere göre durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Hastalık Durumuna Göre Durumluk Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n=22)			Deney (n=20)		
Tanı Konulmuş Başka Kronik Hastalık Varlığı	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Evet	45,34±5,01	1,101	0,283	46,93±4,60	0,526	0,612
Hayır	43,80±3,96			46,40±3,50		
Hemodiyaliza Girme Süresi	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
6 ay-1 yıl	42,40±5,41	3,325	0,344	48,00±4,24	5,723	0,126
1-5 yıl	47,65±4,91			48,25±3,98		
5-10 yıl	45,50±3,56			44,00±3,67		
10 yıl üzeri	42,00±2,82			41,00±0,00		
Haftada Hemodiyaliz Programı	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
3 kez	45,29±4,84	0,158	0,909	46,63±4,32	0,871	0,500
4 kez	44,00±0,00			50,00±0,00		

Tablo 4.5’de deney ve kontrol grubunun tanısı konulmuş başka kronik hastalık, hemodiyalize girme süresi ve haftada hemodiyaliz süresine göre durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi deney ve kontrol grubunun tanısı konulmuş başka kronik hastalık, hemodiyalize girme süresi ve haftada hemodiyaliz süresine göre durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır(p>0,05).

Tablo 4.6. Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	Uygulama Öncesi Sürekli Anksiyete Puanları	6.Hafta Uygulama Sonrası Sürekli Anksiyete Puanları	8.Hafta Uygulama Sonrası Sürekli Anksiyete Puanları	Test
Deney	53,90±8,69	47,05±5,53	39,70±3,70	F=34,40 p=0,000
Kontrol	52,68±9,18	44,05±4,90	47,07±6,53	F=19,19 p=0,001
Test	t=0,440 p=0,662	t=1,730 p=0,098	t=4,300 p=0,001	

*İkili karşılaştırmalarda t testi; üçlü karşılaştırmalarda ANOVA testi kullanılmıştır.

Tablo 4.6’da deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi, 6. hafta ve 8. hafta sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Sürekli anksiyete ölçeğine yönelik bulgular incelendiğinde, öntest ve 6. hafta sonuçlarında deney ve kontrol grubunun sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamalarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bununla beraber 8. hafta sonuçlarında farklılık mevcuttur ($p<0,05$). 8. Haftada katılımcıların sürekli anksiyete puanları incelendiğinde deney grubunun sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubunda değişik zamanlarda sürekli anksiyete ölçümleri karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Deney grubundaki bireylerin değişik zamanlardaki sürekli anksiyete ölçümleri karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur($p<0,05$).

Ölçümler ikiye karşılaştırıldığında başlangıç ile 6. hafta ölçümü başlangıç ile 8. hafta ölçümü arasındaki farklılık ve 6.hafta ile 8.hafta arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur($p<0,05$).

Tablo 4.7. Demografik Özelliklerine Göre Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n=22)			Deney (n=20)		
	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Cinsiyet						
Kadın	53,27±8,29	0,184	0,673	57,92±7,75	4,521	0,000
Erkek	51,43±11,50			46,43±4,35		
Medeni Durum	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Evli	53,13±8,78	0,107	0,899	53,59±7,77	0,139	0,713
Bekar	53,27±9,87			55,64±15,14		
Eğitim Durumu	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Okuryazar değil	55,36±10,64	1,256	0,319	60,50±10,94	1,798	0,188
İlköğretim	53,22±7,48			54,27±7,24		
Lise ve üzeri	40,80±8,12			47,77±6,41		
Deney Durumu	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Çalışıyor	37,50±10,63	1,401	0,080	53,67±8,08	0,002	0,961
Çalışmıyor	53,66±8,73			53,94±9,03		
Meslek	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Memur	37,00±0,00	1,247	0,118	-	0,649	0,452
İşçi	66,00±0,00			-		
Emekli	52,00±7,52			47,75±1,70		
Serbest meslek	-			49,00±0,00		
Diğer (Ev hanımı, kısa süreli çalışma vb.)	53,84±8,87			55,87±9,23		
Aile Tipi	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Çekirdek aile	53,22±8,88	3,651	0,000	54,56±9,50	0,451	0,510
Geniş aile	40,50±6,80			51,25±3,86		
Gelirin İhtiyaçlarını Karşılama Durumu	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Evet Karşılıyor	54,43±9,73	0,251	0,781	54,71±9,51	1,189	0,139
Hayır Karşılmıyor	49,00±0,00			63,00±0,00		
Kısmen Karşılıyor	53,71±7,99			49,80±4,55		

Tablo 4.7’de deney ve kontrol grubunun demografik özelliklerine göre sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Demografik özelliklere göre sürekli anksiyete ölçeği puanları incelendiğinde cinsiyete göre farklılık mevcuttur. Deney grubunda kadınların sürekli anksiyete ölçeği puan

ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Elde edilen fark anlamlıdır. ($p<0,05$).

Tablo 4.8. Hastalık Durumuna Göre Sürekli Anksiyete Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n=22)			Deney (n=20)		
Tanı Konulmuş Başka Kronik Hastalık Varlığı	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
Evet	53,53±9,48	0,355	0,738	53,33±9,49	0,246	0,627
Hayır	49,40±6,89			55,60±6,22		
Hemodiyaliza Girme Süresi	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
6 ay-1 yıl	47,20±5,07	2,777	0,427	50,00±7,07	0,222	0,880
1-5 yıl	53,39±10,37			54,17±10,44		
5-10 yıl	54,70±6,96			53,80±7,36		
10 yıl üzeri	55,25±7,13			59,00±0,00		
Haftada Hemodiyaliz Programı	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	t	p
3 kez	52,95±8,81	1,154	0,281	53,21±8,35	1,531	0,125
4 kez	52,50±0,00			67,00±0,00		

Tablo 4.8’de deney ve kontrol grubunun tanısı konulmuş başka kronik hastalık, hemodiyalize girme süresi ve haftada hemodiyaliz süresine göre sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Hastalık durumuna göre sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamalarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Uyuma Durumları Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Gruplar	Uygulama Öncesi	6.Hafta Uygulama Sonrası	8.Hafta Uygulama Sonrası	Test
Gece Yatış Saati \bar{x}	Deney	10.30	10.30	10.00	F=1,234 p=0,325
	Kontrol	10.00	10.00	10.00	F=0,000 p=1,000
	Test	t=0,320 p=0,658	t=0,320 p=0,658	t=0,000 p=1,000	
Gece Uykuya Dalış Süresi \bar{x}	Deney	40dk	38dk	30dk	F=4,521 p=0,018
	Kontrol	30dk	30dk	30dk	F=0,000 p=1,000
	Test	t=0,450 p=0,622	t=0,430 p=0,635	t=0,000 p=1,000	
Sabah Kalkış Saati \bar{x}	Deney	6.00	6.30	7.00	F=1,251 p=0,312
	Kontrol	7.00	7.00	7.00	F=0,000 p=1,000
	Test	t=0,550 p=0,562	t=0,451 p=0,652	t=0,000 p=1,000	
Geceleri Uyuma Süresi \bar{x}	Deney	5 saat	6 saat	6 saat	F=1,093 p=0,421
	Kontrol	5 saat	5 saat	5 saat	F=0,000 p=1,000
	Test	t=0,000 p=1,000	t=1,210 p=0,125	t=1,210 p=0,125	

*İkili karşılaştırmalarda t testi; üçlü karşılaştırmalarda ANOVA testi kullanılmıştır.

Tablo 4.9’da deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi, 6. hafta ve 8. hafta gece yatış saati, gece uykuya dalış süresi, sabah kalkış saati, geceleri uyuma süresi ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Uyku durumu incelendiğinde kontrol grubunun öntest, 6. hafta ve 8. haftada uykuya yönelik değerlerinin benzer olduğu görülmektedir. Bununla beraber deney grubunda öntestten 8. haftaya kadar olan süreçte uykuya dalış süresinin azaldığı görülmüştür. Deney grubunda sabah kalkış saati 1 saat uzamış ve geceleri gerçekten uyuma süreside 1 saat artmıştır.

Tablo 4.10. PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	Uygulama Öncesi PUKİ Puanları	6.Hafta Uygulama Sonrası PUKİ Puanları	8.Hafta Uygulama Sonrası PUKİ Puanları	Test
Deney	15,35±8,03	11,40±5,67	7,55±2,37	F=19,600 p=0,001
Kontrol	15,59±7,56	14,55±6,22	14,14±6,37	F=0,960 p=0,390
Test	t=0,110 p=0,906	t=1,780 p=0,096	t=4,360 p=0,001	

*İkili karşılaştırmalarda t testi; üçlü karşılaştırmalarda ANOVA testi kullanılmıştır.

Tablo 4.10’da deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi, 6.hafta ve 8.hafta PUKİ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. PUKİ puan ortalamasına yönelik bulgular incelendiğinde, öntest ve 6.hafta sonuçlarında deney ve kontrol grubunun PUKİ puan ortalamalarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Bununla beraber 8.hafta sonuçlarında farklılık mevcuttur ($p<0,05$). 8. Haftada katılımcıların PUKİ puanları incelendiğinde deney grubunun PUKİ puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Kontrol grubunda değişik zamanlarda PUKİ puan ortalamaları karşılaştırıldığında farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubundaki bireylerin değişik zamanlardaki PUKİ puan ortalamaları karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında başlangıç ile 6. hafta ölçümü başlangıç ile 8. hafta ölçümü arasındaki farklılık ve 6.hafta ile 8.hafta arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.11. Demografik Özelliklerine Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n=22)			Deney (n=20)		
	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	T	p
Cinsiyet						
Kadın	17,00±8,06	1,505	0,116	18,77±7,79	5,210	0,000
Erkek	11,43±3,25			9,00±3,26		
Medeni Durum	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	T	p
Evli	15,27±8,44	0,937	0,359	15,24±8,54	0,022	0,884
Bekar	16,09±5,95			16,00±2,51		
Eğitim Durumu	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Okuryazar değil	20,55±8,87	5,488	0,139	15,75±4,19	0,222	0,880
İlköğretim	11,96±7,06			16,18±9,32		
Lise ve üzeri	15,60±7,12			13,68±9,12		
Deney Durumu	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	T	p
Çalışıyor	14,00±0,00	0,822	0,443	16,67±4,61	0,090	0,767
Çalışmıyor	15,42±8,01			15,12±8,58		
Meslek	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Memur	14,00±0,00	0,379	0,822	-	0,516	0,606
İşçi	14,00±0,00			-		
Emekli	12,62±4,53			11,75±6,29		
Serbest meslek	-			14,00±0,00		
Diğer (Ev hanımı, kısa süreli çalışma vb.)	16,35±8,54			16,40±8,60		
Aile Tipi	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	T	p
Çekirdek aile	15,83±8,08	0,889	0,388	15,71±8,55	0,214	0,689
Geniş aile	13,33±4,63			14,25±5,98		
Gelirin İhtiyaçlarını Karşılama Durumu	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
Evet Karşılıyor	15,00±7,76	0,448	0,799	15,69±8,65	0,135	0,718
Hayır Karşılmıyor	11,50±3,53			14,00±5,59		
Kısmen Karşılıyor	16,59±8,03			12,35±8,03		

Tablo 4.11’de deney ve kontrol grubunun demografik özelliklerine göre PUKİ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Demografik özelliklere göre PUKİ puanları incelendiğinde, deney grubunda kadınların PUKİ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.12. Hastalık Durumuna Göre PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n=22)			Deney (n=20)		
Tanı Konulmuş Başka Kronik Hastalık Varlığı	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	T	p
Evet	16,34±8,20	1,312	0,202	16,33±8,43	0,894	0,357
Hayır	12,70±5,18			12,40±6,58		
Hemodiyaliza Girme Süresi	$\bar{x}\pm ss$	F	p	$\bar{x}\pm ss$	F	p
6 ay-1 yıl	18,20±9,60	2,777	0,427	12,00±0,00	0,166	0,917
1-5 yıl	15,70±8,94			16,25±9,55		
5-10 yıl	13,70±4,87			14,40±6,80		
10 yıl üzeri	15,25±2,17			16,00±0,00		
Haftada Hemodiyaliz Programı	$\bar{x}\pm ss$	t	p	$\bar{x}\pm ss$	T	p
3 kez	15,71±7,72	0,865	0,423	14,11±5,95	5,521	0,000
4 kez	13,00±0,00			27,00±0,00		

Tablo 4.12’de deney ve kontrol grubunun tanısı konulmuş başka kronik hastalık, hemodiyalize girme süresi ve haftada hemodiyaliz süresine göre PUKİ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Hastalık durumuna göre PUKİ puanları incelendiğinde, deney grubunda haftada 4 kez hemodiyalize giren bireylerin PUKİ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.13. Anksiyete ve Uyku Arasındaki İlişki

		Uygulama Öncesi PUKİ Puanları	6.Hafta Uygulama Sonrası PUKİ Puanları	8.Hafta Uygulama Sonrası PUKİ Puanları
Uygulama Öncesi Durumluk Anksiyete Puanları	R	,248	,130	,038
	P	,114	,413	,810
Uygulama Öncesi Sürekli Anksiyete Puanları	R	,345*	,257	,140
	P	,025	,100	,378
6.Hafta Uygulama Sonrası Durumluk Anksiyete Puanları	R	,071	-,275	-,393*
	P	,656	,078	,060
6.Hafta Uygulama Sonrası Sürekli Anksiyete Puanları	R	,255	,189	-,038
	P	,103	,231	,812
8.Hafta Uygulama Sonrası Durumluk Anksiyete Puanları	R	-,032	-,008	,126
	P	,843	,959	,426
8.Hafta Uygulama Sonrası Sürekli Anksiyete Puanları	R	,023	,314*	,600**
	P	,884	,043	,000

Tablo 4.13’de anksiyete ve uyku arasındaki ilişki Pearson Korelasyon testi ile incelenmiştir. Test sonuçlarına göre uygulama öncesi PUKİ puanları ile uygulama öncesi sürekli Anksiyete puanları arasında; 6. hafta uygulama sonrası PUKİ puanları ile 8. hafta uygulama sonrası sürekli anksiyete puanları arasında; 8. hafta uygulama sonrası PUKİ puanları ile 8. hafta uygulama sonrası sürekli anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki mevcuttur ($p<0,05$). Hastaların sürekli anksiyete durumları azaldığında uyku problemleride azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Hemodiyaliz hastaları anksiyete ve uyku sorunlarını sıklıkla yaşadığı ifade edilmektedir (Topbaş ve Bingöl, 2017; Buldan ve Kurban, 2018; Hintistan ve Deniz, 2018). Durmaz ve ark. (2008), Hindistan ve Deniz (2018) çalışmalarında hemodiyaliz hastalarında uyku problemlerinin önemli bir sorun olduğunu tespit etmişken; Önsöz ve Yeşilbalkan (2013), Dane (2015), Topbaş ve Bingöl (2017), Buldan ve Kurban (2018) çalışmalarında hemodiyaliz hastalarında anksiyete algısının yüksek olduğu ifade edilmiştir. Hemodiyaliz hastalarına uygulanan progresif gevşeme egzersizlerinin hastaların anksiyete düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu araştırmada deney grubundaki hemodiyaliz hastalarının başlangıç, 6. hafta ve 8. hafta durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olduğu ve ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında başlangıç ile 6. hafta ölçümü başlangıç ile 8. hafta ölçümü arasındaki farklılık ve 6. hafta ile 8. hafta arasındaki farklılık anlamlıdır. Çalışmada hastaların öntest ve 6.hafta ölçümlerinde durumluk anksiyete puanlarının deney ve kontrol grubunun arasında farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bununla beraber 8. hafta sonuçlarında farklılık mevcuttur. 8. Haftada katılımcıların durumluk anksiyete düzeyleri incelendiğinde deney grubunun durumluk anksiyete puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Pluess ve ark., (2009) yaptıkları araştırmada kas gevşeme egzersizlerinin, yoğun anksiyete durumuyla baş etmede etkili bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir. Manzoni ve ark., (2008) bir metaanaliz çalışmasına göre gevşeme egzersizi eğitimi, anksiyete semptomlarının tedavisinde kontrol gruplarına kıyasla daha etkili bulmuşlardır. Progresif gevşeme egzersizleri hastalarda kaslardaki gerginliğin azalmasını sağlarken anksiyete, anksiyete, stres ve stresin sebep olduğu etkilerin azalmasına yardımcı olmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2014; Duman, 2016).

Kontrol ve deney grubu hastalarında demografik özelliklere göre durumluk anksiyete puan ortalaması karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Çetinkaya ve ark., (2008) araştırmalarında cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumuna göre hemodiyaliz hastalarının durumluk anksiyete puanlarının farklılık gösterdiğini tespit etmişlerdir. Erkeklerin, evlilerin ve üniversite mezunlarının durumluk anksiyete düzeyleri diğerlerine göre daha yüksektir. Ayar ve arkadaşlarının

(2015) çalışmasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, kadın hastaların durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmalarda farklı sonuçların çıkmasının nedeni çalışılan grubun özelliği, örneklem sayısı ve hastalık özelliklerinin farklı olmasına bağlı olabilir.

Sürekli anksiyete ölçeğine yönelik bulgular incelendiğinde, öntest ve 6. hafta sonuçlarında deney ve kontrol grubunun sürekli anksiyete puan ortalamasının farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bununla beraber 8. hafta sonuçlarında farklılık mevcuttur. 8. Haftada katılımcıların sürekli anksiyete puanları incelendiğinde, deney grubunun sürekli anksiyete ölçeği puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda değişik zamanlarda sürekli anksiyete ölçümleri karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur. Deney grubundaki bireylerin değişik zamanlardaki sürekli anksiyete ölçümleri karşılaştırıldığında da farklılık anlamlı bulunmuştur. Ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında başlangıç ile 6. hafta ölçümü başlangıç ile 8. hafta ölçümü arasındaki farklılık ve 6. hafta ile 8. hafta arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Hemodiyaliz hastalarına uygulanan progresif gevşeme egzersizleri, hastaların sürekli anksiyete durumlarının azaltılmasında etkili olmuştur. Ayrıca deney süreci boyunca kontrol grubunda anksiyete puanlarında azalma meydana gelmiştir. Araştırma sonucunda eğitimlerin özellikle 8.haftada daha başarılı sonuçlar verdiği görülmektedir. Bu durum hastaların 8 hafta boyunca eğitim düzenine alışmaları, bu sürede özdenetimi ve özsorumluluğu alabilmelerinden kaynaklı olabilir. Eğitimin sürekliliği ve hastaların bu sürekliliğe olan inançları, eğitim süresi uzadıkça, anksiyete algılarını azaltmaktadır. Benzer şekilde literatürde hastaların tedavi süreçlerine alışmaları, anksiyete durumlarının azaldığını ifade eden çalışmalar mevcuttur (Demirbilek ve ark., 2010; Gerogianni ve Babatsikou, 2014).

Demografik özelliklere göre sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde deney grubunda kadınların sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Elde edilen fark önemlidir. Çetinkaya ve ark., (2008) araştırmalarında ise sürekli anksiyete puanı ile demografik özelliklere göre farklılık tespit etmemişlerdir.

Çalışmada hastalık durumuna sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamaları farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Yapılan birçok çalışmada anksiyete düzeyinin hastalık durumu ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Kronik hastalıkların varlığı bireylerde anksiyeteye ve depresyona neden olmaktadır. Bu durum hastaların tedaviye uyum

süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmekte ve yaşam kalitelerini düşürebilmektedir (Chilcot, 2012; Kocaman Yıldırım ve ark, 2013; Yorulmaz ve ark, 2014; Krespi ve Küntüz, 2017). Gevşeme egzersizleri ile hastaların anksiyete durumlarının azaltılması, hastaların tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesini sağlayabilir. Hemodiyaliz hastalarına verilecek olan gevşeme egzersizleri ile hastaların tedavi süreçlerini daha olumlu şekilde sürdürebilmeleri sağlanabilir (Baltaş ve Baltaş, 2014; Duman, 2016).

Uyku durumu incelendiğinde kontrol grubunun öntest, 6. hafta ve 8. haftada uykuya yönelik değerlerinin benzer olduğu görülmektedir. Bununla beraber deney grubunda öntestten 8. haftaya kadar olan süreçte uykuya dalış süresinin azaldığı görülmüştür. Deney grubunda sabah kalkış saati 1 saat uzamış ve geceleri gerçekten uyuma süresinde 1 saat artmıştır. Baltaş ve Baltaş (2014) çalışmalarında progresif gevşeme egzersizlerinin kaslardaki gerginliği azalttığını ve uykuyu kolaylaştırdığını ifade etmişlerdir.

PUKİ ölçeğine yönelik bulgular incelendiğinde, öntest ve 6. hafta sonuçlarında deney ve kontrol grubunun PUKİ puan ortalamalarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bununla beraber 8. hafta sonuçlarında farklılık mevcuttur. 8. Haftada hastaların PUKİ puan ortalamaları incelendiğinde deney grubunun PUKİ puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda değişik zamanlarda PUKİ ölçümleri karşılaştırıldığında farklılık anlamsız bulunmuştur. Deney grubundaki bireylerin değişik zamanlardaki PUKİ ölçümleri karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur. Ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında başlangıç ile 6. hafta ölçümü başlangıç ile 8. hafta ölçümü arasındaki farklılık ve 6.hafta ile 8.hafta arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur. Hemodiyaliz hastalarına uygulanan progresif gevşeme egzersizleri, hastaların uyku problemlerinin azaltılmasında etkili olmuştur. Gevşeme egzersizleri ile kasların gevşemesine imkan verilmekte ve bu durum uykuya dalış ile ilgili sorunlara çözüm sağlayabilmektedir (Rowshan, 2015; Lehrer ve Carr, 2014). Progresif gevşeme egzersizleri ile hastaların kas gerginlikleri azalabilmekte, kalp hızları düşmekte ve uykuya dalış sürelerinde önemli iyileşmeler kaydedilebilmektedir (Baltaş ve Baltaş, 2014; Duman, 2016).

Demografik özelliklere göre PUKİ puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunda kadınların uyku problemlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatür araştırıldığında hemodiyaliz tedavisinde kadınların erkeklere göre daha fazla

depresyon ve stres hissettikleri tespit edilmiştir (Endler ve ark., 2000; Özer ve ark., 2001; Önsöz ve Yeşilbalkan, 2013; Esen ve ark., 2015). Bu durum kadınların daha fazla uyku problemi yaşamasına sebebiyet verebilir.

Hastalık durumuna göre PUKİ puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunda haftada 4 kez hemodiyalize giren bireylerin PUKİ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların hemodiyalize girme süreleri arttıkça, tedavi yoğunlukları ve beraberinde stres algıları artmaktadır (Topbaş ve Bingöl, 2017; Buldan ve Kurban, 2018). Ayrıca uzun süreli hemodiyaliz tedavisi hastaların yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Gerogianni ve Babatsikou, 2014; Balaban ve ark., 2017). Tüm bu durumlar hastalarda uyku problemlerine neden olabilir.

Anksiyete ve uyku arasındaki ilişki Pearson Korelasyon testi ile incelenmiştir. Test sonuçlarına göre uygulama öncesi PUKİ puanları ile uygulama öncesi sürekli Anksiyete puanları arasında; 6. hafta uygulama sonrası PUKİ puanları ile 8. hafta uygulama sonrası sürekli anksiyete puanları arasında; 8. hafta uygulama sonrası PUKİ puanları ile 8. hafta uygulama sonrası sürekli anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde ilişki mevcuttur. Hastaların sürekli anksiyete durumları azaldığında uyku problemleride azalmaktadır. Uygulama sonrasında sürekli anksiyete durumundaki iyileşme hastaların uyku problemlerini azaltmaktadır. Sert ve ark. (2015) çalışmalarında hastaların anksiyete durumlarının uyku sorunlarını tetiklediğini ifade etmiştir. Benzer şekilde Sabet (2012) çalışmasında hastalarda anksiyete durumunun artmasının uyku problemlerine yol açtığı ifade edilmiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumludur. Araştırmada uygulama öncesinde ve 8. hafta uygulama sonrasında sürekli anksiyete ve uyku arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Sürekli anksiyete algısının yüksek olması uyku problemlerini de arttırırken, sürekli anksiyetenin düşük olması, uyku problemlerini azaltmaktadır. Sürekli anksiyete durumu hastaların uyku problemlerini belirleyen en önemli değişkenlerden biri olarak tanımlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada kronik böbrek yetmezliği olan hastaların anksiyete ve uyku durumlarının gevşeme egzersizleri uygulanması durumunda farklılık gösterip göstermediği tespit edilmeye çalışılmıştır.

Araştırma sonucunda deney grubunun anksiyete düzeylerinin azaldığı ve uyku kalitelerinin arttığı tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

- Kontrol grubundaki bireylerin %68,2'si kadın, %59,1'i evli, %54,5'i ilköğretim mezunu, %95,5'i çalışmamakta, %72,2'si diğer mesleklerle uğraşmakta, %90,9'u çekirdek ailede yaşamakta ve %40,9'unun geliri ihtiyacını karşılamaktadır. Deney grubundaki bireylerin %65'i kadın, %85'i evli, %55'i ilköğretim mezunu, %85'i çalışmamakta, %75'i diğer meslek sahibi, %70'inin geliri ihtiyacını karşılamaktadır. Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, meslek, aile tipi ve gelir durumu yönünden gruplar arası farklılık anlamsızdır.
- Kontrol grubundaki bireylerin %77,3'ünde ve deney grubundaki bireylerin %75'inde tanı konulmuş başka kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Kontrol grubu ve deney grubu arasında başka kronik hastalık öyküsü yönünden gruplar karşılaştırıldığında farklılık anlamsız bulunmuştur.
- Kontrol grubundaki bireylerin %50'si 1-5 yıldır ve %95'i haftada 3 kez hemodiyalize girmektedir. Deney grubundaki bireylerin %60'ı 1-5 yıldır ve %95'i haftada 3 kez hemodiyalize girmektedir. Kontrol grubu ve deney grubu arasında hemodiyalize girme süresi ve haftada hemodiyalize girme sayısı yönünden gruplar karşılaştırıldığında farklılık anlamsızdır.
- Deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi durumluk anksiyete puanları ($46,80 \pm 7,27$; $45,23 \pm 5,17$) ve 6.hafta uygulama sonrası durumluk anksiyete puanları ($41,00 \pm 5,35$; $38,77 \pm 3,54$) arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0,05$), 8.hafta uygulama sonrası durumluk anksiyete puanları ($34,70 \pm 4,75$; $40,41 \pm 4,94$) arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$).
- Durumluk anksiyete ölçeğine yönelik bulgular incelendiğinde, öntest ve 6. hafta sonuçlarında deney ve kontrol grubunun durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

($p>0.05$). Bununla beraber 8. hafta sonuçlarında farklılık mevcuttur. 8. Haftadaki durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında deney grubunun durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamasının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

- Kontrol grubundaki bireylerin ön test, 6. hafta ve 8. hafta durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Deney grubundaki bireylerin ön test, 6. hafta ve 8. hafta durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında başlangıç ile 6. hafta ölçümü başlangıç ile 8. hafta ölçümü arasındaki farklılık ve 6.hafta ile 8.hafta arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Tanıtıcı özelliklere göre durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p<0.05$).
- Deney ve kontrol grubunun tanısı konulmuş başka kronik hastalık, hemodiyalize girme süresi ve haftada hemodiyaliz süresine göre durumluk anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p<0.05$).
- Sürekli anksiyete ölçeğine yönelik bulgular incelendiğinde, öntest ve 6. hafta sonuçlarında deney ve kontrol grubunun sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamasının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bununla beraber 8. hafta sonuçlarında farklılık mevcuttur. 8. Haftada katılımcıların sürekli anksiyete düzeyleri incelendiğinde deney grubunun sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).
- Kontrol grubunda değişik zamanlarda sürekli anksiyete ölçümleri karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
- Deney grubundaki bireylerin değişik zamanlardaki sürekli anksiyete ölçümleri karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında başlangıç ile 6. hafta ölçümü başlangıç ile 8. hafta ölçümü arasındaki farklılık ve 6. hafta ile 8. hafta

arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuçların **H1** ve **H2 hipotezlerini** doğruladığı görülmüştür.

- Demografik özelliklere göre sürekli anksiyete düzeyi incelendiğinde deney grubunda kadınların sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Elde edilen fark anlamlıdır ($p<0.05$).
- Hastalık durumuna göre sürekli anksiyete ölçeği puan ortalamalarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).
- Uyku durumu incelendiğinde kontrol grubunun öntest, 6. hafta ve 8. haftada uykuya yönelik değerlerinin benzer olduğu görülmektedir. Bununla beraber deney grubunda öntestten 8. haftaya kadar olan süreçte uykuya dalış süresinin azaldığı görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubunda sabah kalkış saati 1 saat uzamış ve geceleri gerçekten uyuma süreside 1 saat artmıştır.
- PUKİ ölçeğine yönelik bulgular incelendiğinde, öntest ve 6. hafta sonuçlarında deney ve kontrol grubunun PUKİ puan ortalamalarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bununla beraber 8. hafta sonuçlarında farklılık mevcuttur ($p<0.05$). 8. Haftada katılımcıların PUKİ puan ortalamaları incelendiğinde deney grubunun PUKİ puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun **H3 hipotezini** doğruladığı görülmüştür.
- Kontrol grubunda değişik zamanlarda puki ölçümleri karşılaştırıldığında farklılık anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).
- Deney grubundaki bireylerin değişik zamanlardaki PUKİ ölçümleri karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçümler ikişerli karşılaştırıldığında başlangıç ile 6. hafta ölçümü başlangıç ile 8. hafta ölçümü arasındaki farklılık ve 6. hafta ile 8. hafta arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonucun **H4 hipotezini** doğruladığı görülmüştür.
- Demografik özelliklere göre uyku kalitesi incelendiğinde, deney grubunda kadınların uyku problemlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Hastalık durumuna göre uyku kalitesi incelendiğinde, deney grubunda haftada 4 kez hemodiyalize giren bireylerin uyku problemlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hemodiyaliz hastalarına uygulanacak olan gevşeme egzersizlerinin hastaların anksiyete ve uyku durumlarını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında öneriler şu şekildedir:

- ✓ Hemodiyalize giren hastaların anksiyete düzeyinin düşürülmesi ve uyku kalitelerinin artırılması için gevşeme egzersizlerinin hemodiyaliz ünitelerinde çalışan hemşirelere öğretilerek rutin uygulama haline getirilmesi için, hastane yöneticileri ve hemşire akademisyenlerin işbirliği ile hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- ✓ Hemşireler tarafından hastalarda anksiyete belirtilerinin tanımlanması,
- ✓ Hemşireler tarafından hastalara uykuya yönelik uyku hijyeninin öğretilmesi,
- ✓ Progresif gevşeme egzersizlerinin daha büyük bir örneklem grubuna ve daha geniş bir zamanda uygulanarak yeni araştırmaların yapılması,
- ✓ Bu araştırmada kullanılan gevşeme egzersizi dışında farklı relaksasyon yöntemlerinin kullanıldığı deneysel çalışmaların yapılması,
- ✓ Gevşeme egzersizlerinin farklı grup hastalara uygulanarak sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışmaların planlanması önerilebilir.

KAYNAKÇA

1. Acar, D. (2018). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Tedaviye Uyumla İlişkili Faktörler: Anksiyete, Depresyon, Hastalık Algısı. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
2. Ağargün M.Y., Kara H., Anlar Ö. (1996). Gece Vardiyasında Çalışan Hemşirelerde Öznel Uyku Kalitesi. Van Tıp Dergisi, 3(1).
3. Akdemir N, Birol L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset, ss: 193-200.
4. Akoğlu E, Süleymanlar G.(1996). “Kronik Böbrek Yetersizliği”, Temel İç Hastalıkları: Güneş Kitapevi, ss: 769-76.
5. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. (2002). Renal Replasman Tedavisi. Nefroloji El Kitabı. Nobel Matbaacılık, İstanbul, ss:328-329.
6. Akpolat T, Utaş C. (1999). Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Sorunlar. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul, ss:206.
7. Aksoy G. (2012). Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. İn: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, Editors. Cerrahi hemşireliği I. İstanbul; Nobel Kitabevi, ss: 257-301.
8. Alaa A.S, Abo-Zenah H, Wafa E, Mahmoud K, El-Dahshan K, Hassan A, Abbas T.M, El- Saleh M.A.B, Okasha K.(2010). Sleep Disorders in Hemodialysis Patients Saudi J.Kidney Dis Transpl.,21(2):300-305.
9. Alan, H. (2015). Jinekolojik Kanser Hastalarında Kemoterapi Tedavisi Sürecinde Uygulanan Progresif Kas Gevşeme Egzersizleri ve Refleksolojinin Ağrı, Yorgunluk, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi; Randomize Kontrol Çalışması. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.
10. Arık N. Dilek M. (2008). Kronik Böbrek Hastalığı. Nefroloji. Karakter Color A.Ş. 2. Baskı. İstanbul, ss:318.
11. Arıoğlu B. (2012). Göğüs Tüpü Çıkarma İşlemi Öncesi Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizinin Ağrı Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Adana.

12. Ayar Y, Ersoy A, Sayılar EI, Yılmaz A, Yadin MF. (2015). “Böbrek Alıcılarında Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 24(1):98-105.
13. Baklan B. (2011). *Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları*. Editörler: Prof. Dr. Hakan Kaynak, Doç. Dr. Sadık Ardiç. Türk Uyku Tıbbı Derneği Yayını, ss:7.
14. Balaban, Ö. D., Aydın, E., Keyvan, A., Yazar, M. S., Tuna, Ö., & Özgüven, H. D. (2017). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Komorbidite, Cinsel İşlev Bozukluğu ve Yaşam Kalitesi: Bir Vaka Kontrol Çalışması. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 54(2), 137.
15. Baltaş A, Baltaş T. (2015). *Uyku ve Bozuklukları-Progressif Gevşeme. Stres ve Başa Çıkma Yolları*. İstanbul. Remzi Kitabevi; 32. Baskı, ss:133-134,195-200.
16. Beck A.t, Emery G. (2011). *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler, Bilişsel Bir Bakış Açısı*. Çeviri: Veysel Öztürk-Aysun Türkcan. Literon Yayıncılık , 2. Basım, ss;48-50.
17. Bello A, Kawar B, El Kossi M, El Nahas M. “Epidemiology and Pathophysiology of Chronic Kidney Disease.” Floege J, Johnson RJ, Feehally J (eds). *Comprehensive Clinical Nephrology*, 4th edition, 2010, pp: 907-18.
18. Bilge A. (2014). Özel Popülasyonların Hemşirelik Yönetimi. In: Gorman LM, Sultan DF. Öz F, Demiralp M, Editörs. *Psikososyal Hemşirelik*. 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, p.385-398.
19. Bilici, M., Demir, Ö., İlikhan, S. U., Özdemir, Ü., Sönmez, T., Sugeçti, S., & Borazan, A. (2018). Sürekli Diyaliz Programına Alınacak Hastalarda Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Uygulanacak Diyaliz Yöntemi Seçimi Üzerine Etkisi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 2(1), 125-130.
20. Buldan, Ö., & Kurban, N. K. (2018). Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri İle Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 274-282.
21. Buysse D.J, Reynolds III.F, Monk T.H, Berman S.R, Kupfer D.J. (1988). The Pittsburg Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatry Practice and Research. *Psychiatry Research*. 28,193-213.

22. Carpenito,L.J., Carpenito-Moyet, L.J.,& Duespohl, T.A.(2012). A. Guide for Effective Clinical Instruction. (Çev. Prof. Dr. Firfevs Erdemir) Aspen Publishers.
23. Ceylan, B., & Çilli, A. S. (2015). The comparison levels of feeling guilty and embarrassment in the family members nursing schizophrenia and chronic renal failure patients, and in individuals having no nursing role. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(2), 85-90.
24. Cheung A.K. (2011). Böbrek Hastalıkları. Kronik Böbrek Yetmezliği Hemodiyaliz ve Hemofiltrasyon. Çeviri Editörleri: Alper Soylu, Salih Kavukçu. İzmir Güven Kitabevi. 4. Basım, ss:464.
25. Chilcot J. (2012). The importance of illness perception in end-stage renal disease: associations with psychosocial and clinical outcomes. *Seminars in Dialysis*, 25(1), 59–64.
26. Cimilli C. (1994). Hemodiyalizin Psikiyatrik Yönleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3(3):88-92.
27. Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis*, 2002 Feb;39(2 Suppl 1):S1-266.
28. Coşkun, A. (2017). Elektrookulografi (EOG) Sinyalleri İle Uyku Evreleme, Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
29. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, Spielman L.A, Peterson R.A, Kimmel P.L. (2008). Anxiety Disorders in Adults Treated by Hemodialysis. A Single Center Stud, *American Journal of Kidney Diseases*, 52(1):128-136.
30. Çam O, Engin E. (2014). Anksiyete Bozuklukları-Gevşeme (Relaksasyon) ve Rahatlama Terapisi. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi*, ss:277,1091.
31. Çelik H.C, Acar T. (2007). Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 12:23-27.
32. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D.. (2008). Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon,

- Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45:78-84.
33. Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A., & Özdemir, D. (2008). Sivas İl Merkezinde Yaşayan Hemodiyaliz Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Nephrology*, 3(2), 56-63.
 34. Çölbay M, Yüksel Ş, Fidan F, Acartürk G, Karaman Ö, Ünlü M. (2007). Hemodiyaliz Hastalarının Pittsburg Uyku Kalite İndeksi ile Değerlendirilmesi. *Tüberkuloz ve Toraks Dergisi*, 55(2):167-173.
 35. Dane, E. (2015). Hemodiyaliz Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.*
 36. Dayapoğlu N, Tan M. (2012). Evaluation of the Effect of Progressive Relaxation Exercises on Fatigue and Sleep Quality in Patients with Multiple Sklerosis. *The journal of alternative and complementary medicine*. Volume:18, Number:10, pp:983-987.
 37. Demir, B., & Okanlı, A. (2013). Hemodiyaliz hastalarında gevşeme egzersizi ve öfke eğitiminin öfke ifadelerine etkisi [the effects of relaxation training on anger and anger expression in hemodialysis patients. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4), 227-230.
 38. Demiralp M, Oflaz F. (2011). Gevşeme Eğitiminin Meme Kanseri Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Belirtileri Üzerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2).
 39. Demirbilek H, Ciğerli Ö, Yakupoğlu Ü, Turhan F, Erman A.M, Köse A, Özdemir Acar F.N. (2010). Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete ve Depresyona Psikososyal Bakış Açısı. *Göztepe Tıp Dergisi*, 25(4):177-181.
 40. Duman, E.A. (2016). Açık Kalp Cerrahisi Öncesi Anksiyetenin, Ameliyat Sonrası Ağrı Ve Uyku Kalitesine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.*
 41. Durmaz A, Kuzeyli Y, Fadiloğlu Ç. (2008). Hemodiyaliz Tedavisi Gören Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Uyku Sorunları. *Nefroloji Hemşireleri Derneği; Ocak-Nisan sayısı: 31-37.*

42. Endler, NS, Endler, NS, Macrodimitris, SD, Kocovski, NL. (2000). Depression: The Complexity of Self-Report Measures. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 5: 26-46,
43. Erdem N. (2005).Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi S.B.E. İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. Doktora Tezi. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Seher Ergüven. Erzurum.
44. Erdenen F, Çürük Ş, Karşıdağ Ç, Müderrisoğlu C, Besler M, Trabulus S, Altunoğlu E. (2010). Evalation of Dısability, anxiety and depression in hemodialysis patients. *Nobel Med*, 6(1):39-44.
45. Eren, H., & Çalışkan, N. (2018). Applying of Neuman's Systems Model in the course of nursing care of a patient who has Cervical Disc Herniation treatment Neuman Sistemler Modelinin servikal disk herni tedavisi gören bir hastanın hemşirelik bakımı sürecinde kullanılması. *Journal of Human Sciences*, 15(3), 1597-1607.
46. Eryavuz N. (2007). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D. Yüksek Lisans Tezi. Danışman Yrd. Doç. Dr. Şeref Yüksel. Afyonkarahisar.
47. Esen B, Gökmen E.S, Atay A.E, Sarı H, Karakoç A, Kahvecioğlu S, Kayabaşı H, Şit D. (2015). Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavilerine Göre Anksiyete ve Depresyonun Varlığı ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 24(3),ss:270-277.
48. Eslami A.A., Rabiei L, Khayri F, Nooshabadi M.R.R, Masoudi R, (2014). Sleep Quality and Spiritual Well-Being in Hemodialysis Patients. *Iran Red Crescent Med J*, 16(7):e;17155.
49. Garcia G.G, Jha V. (2015). Chronic Kidney Disease in Disaduentaged Populations. *Hong Kong Journal of Nephrology*, 17,1-5.
50. Garcia-Rill E, Wallace T, Good C. (2006). Neuropharmacology Of Sleep And Wakefulness. In: Lee-Chiong t editor. *Sleep: A Comprehensive Handbook*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., p 3-9.
51. Gençay Can, A., Çelik, C., Özer, M., & Kahvecioğlu, S. (2017). Hemodiyalize Giren Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Üst Ekstremitte Problemleri

- ve Fonksiyonları. Turkish Journal of Osteoporosis/Turk Osteoporoz Dergisi, 23(3).
52. Gerogianni S.K, Babatsikou F.P. (2014). Psychological Aspects in Chronic Renal Failure, Health Science Journal, Volüme:8, Issue:2, pp:205-213.
 53. Gorman L.M, Sultan D.F. (2014). Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. Çeviri Editörü: Prof. Dr. Fatma Öz, Doç. Dr. Meral Demiralp, ss:57,59,386,388-390.
 54. Gökpınar, E. (2015). Tıp 2 Diyabetli Bireylerde Uyku ve Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
 55. Güneş t, Körükçü Ö, Özdemir G. (2009). Diyabetli Hastalarda Uyku Kalitesinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12: 2.
 56. Hintistan, S., Deniz, A. (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Semptom Değerlendirmesi, Bezmialem Science, 6, 112-18.
 57. Hoffman, L., Atik, Ç., & Mücahid, M. (2015). Varoluşçu Psikoloji, Din Ve Maneviyat: Metod, Uygulamalar ve Deneyim. Bilimname, 28(1).
 58. Kaplan E. (2012).Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Danışman Doç. Dr. Nimet Ovayolu. Gaziantep.
 59. Kaptan G, Dedeli Ö. (2012). Kronik Böbrek Yetmezliği. Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram Ve Kuramlar. İstanbul Tıp Kitabevi. 1. Baskı, ss:341.
 60. Kara B. (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım. Gülhane Tıp Dergisi, 49(2): 132-136.
 61. Kaya, D. (2017). Ekspansiyon Sfinkter Faringoplasti Yapılan Obstrüktif Uyku Apneli Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Sonuçların Değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Ve Baş Boyun Cerrahisi Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi.
 62. KDIGO 2012 “Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease.” Kidney Int Suppl 2013; 3: 1-150.
 63. Kılıç T, Şentürk A, Görüş S. (2015). Use of complementary and alternative therapies among sleep problems in individuals with chronic diseases. Spatula DD, 5(2):69-77.

64. Kocabaşoğlu N. (2008). Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi; 62:175-184
65. Kocaman Yıldırım N, Okanlı A, Yılmaz Karabulutlu E, Karahisar F, Özkan S. (2013). Hemodiyaliz Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Belirtilerine Hastalık Algısının Etkisi: Çok Merkezli Bir Deney. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14, 252-259.
66. Köroğlu E. (2013). Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Hekimler Yayın Birliği Ankara.
67. Köse E. (2009). Hemodiyaliz Hastalarının Beslenme Durumları ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.B.D. Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Doç. Dr. Nimet Owayolu. Şanlıurfa.
68. Krespi MR, Küntüz İS. (2017). Hemodiyaliz hastalarında psikososyal faktörlerin duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesine etkileri. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine, 2(1), 1-10.
69. Kuş, B., & İnci, F. (2017). Esansiyel Hipertansiyonda Uyku Aktivitesinin Tanılanması Ve Hemşirelik Bakımı. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 27-32.
70. Kuzeyli Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. (2005). Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(1) : 33-45.
71. Kuzeyli Yıldırım Y. (2002). Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Yöntemlerinin Anksiyete Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi S.B.E. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Danışman: Prof Dr. Çiçek Fadiloğlu. İzmir.
72. Landis CA and Heitkemper MM. (2014). Chapter 9. Sleep and Sleep Disorders. İn: Levis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, editors. Medical-Surgical Nursing: Assessment And Management Of Clinical Problems. 9th edition. Elsevier Mosby, p.99-113.
73. Lederer E, Ouseph R. (2007). “Chronic kidney disease.”, Am J Kidney Dis; 49: 162-71.

74. Lehrer p, Carr R. (2014). Anksiyete Terapisi. Editörler: Yalom Irvin D, Roth Walton. Çeviren: Büyükdere Bengü. Prestij Yayınları, 1 Baskı, ss:117-152.
75. Levey AS, Coresh J. (2012). Chronic kidney disease. Lancet; 379: 165-80.20.
76. Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnovo, G., ve Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. BMC psychiatry, 8(1), 41.
77. McCallie M.S, Blum C.M, Hood C.J. (2006). Progressive Muscle Relaxation. Journal of Human Behavior in the Social Environment, Vol. 13(3).9.
78. Nazik E, Öztunç G, Şahin B. (2014). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku Kalitesi ve Ağrıya Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17:3.
79. Neuendorf R.Wahbeh H, Chamine I, Yu J, Hutchison K, Oken B.S. (2015). The Effect of Mind-Body interventions on sleep quality: A systematic riview. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. Received 28, February: Accepted 25 May 2015.
80. Ovayolu N, Ovayolu Ö, (2016). Temel iç hastalıkları hemşireliği. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
81. Öner N, Le Compte A. (1983). Süreksiz Durumluk/Sürekli Anksiyete Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, ss:1-26.
82. Önsöz HB. Ve Yeşilbalkan Usta O. (2013). Reliability and validity of the Turkish version of the dialysis symptom index in chronic hemodialysis patients. Turk Neph Dial Transpl., 22: 60-7.
83. Özakkaş T. (2014). Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. In Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
84. Özer SK, Demir B, Tuğal Ö, Kabakçı E, Yazıcı MK. (2001). Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 12: 185-94.
85. Özgen F. (2001). Uyku ve Uyku Bozuklukları, Psikiyatri Dünyası, 5:41-48.
86. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. (2003). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 12(2):113-116.
87. Öztürk OM ve Uluşahin A. (2015). Uyku Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı Ankara: Tuna Matbaacılık.

88. Pignay Demaria V, Lesperance F, Demaria RG, Frasure-Smith N (2003). et al. Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *Ann Thorac Surg*; 75: 314-321.
89. Pluess, M., Conrad, A. ve Wilhelm, F. H. (2009). Muscle tension in generalized anxiety disorder: A critical review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*. 1-11.
90. Rennke H.G, Denker B.M. (2014). Kronik Böbrek Yetmezliğinin Bulgu ve Semptomları. *Böbrek Fizyopatolojisi Temel Bilgiler*. Çeviri: Prof. Dr. Tevfik Ecdar. İstanbul Tıp Kitabevi. 2. Baskı, ss:329-330.
91. Rosenberger, PH, Patricia H., Jokl P, Ickovics J. (2006). Psychosocial factors and surgical outcomes: an evidence-based literature review. *J Am Acad Orthop Surg*, 14:397-405
92. Rowshan A. (2015). Stres Yönetimi. Çeviren: Cüceloğlu Ş. *Aura Kitapları*, 1. Baskı, 126-130.
93. Sabet R, Naghizadeh M.M, Sousan A. (2012). Quality of sleep in dialysis patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*/. May-June 2012, 17(4):270-274.
94. Sabuncu N. (2008). *Hemşirelik Süreci*. Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Alter Yayıncılık, 88-95.
95. San Türgay A. (2015). Ameliyat Öncesi, Sırası ve Sonrası Bakım. İn: Akça Ay F, Editör. *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. 6. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
96. Santos BDMM, Martins JCA and Oliveira LMN. (2014). Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência*., 4(3):7-15.
97. Saran, R., Robinson, B., Abbott, K. C., Agodoa, L. Y., Bragg-Gresham, J., Balkrishnan, R., ... & Gillen, D. (2018). *US Renal Data System 2017 Annual Data Report: epidemiology of kidney disease in the United States*.
98. Sert F, Demir A.B, Bora İ, Yıldız A, Ocakoğlu G, Ersoy A. (2015). Kronik Renal Yetmezlikli ve Böbrek Nakilli Hastalarda Uyku Bozukluğunun Araştırılması ve Bunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi*, 1:15-19.

99. Sheehan E. (1999). Anksiyete Bozuklukları. Çeviren: Murat Sağlam. Alfa/Aktüel Kitabevi. 1. Basım, ss15,59-62.
100. Simeit R, Deck R, Conta-Marx B. (2004). Sleep management training for cancer patients with insomnia. Support Care Cancer, 12:176-183.
101. Stuart, G.W. (2013) Principles and Practice of Psychiatric Nursing. Elsevier eBook.
102. Sudha C, Patel Kim A.Jacopac. (2012). Manuel of Psychiatric Nursing Skills, copyright:2012, buy Jones&Bartlett Learning, LLC,chapter :7, Assesment and Interventions fort he Client with Sevene Anxiety, ss:125-126.
103. TND REGISTRY (2017) Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon. (Editörler Süleymanlar, G., Ateş, K. ve Seyhani, N.). T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu.
104. Şen, Ş. (2018). Anksiyete Duyarlılığının Nikotin Bağımlılığı ve Sigara Bırakma Başarısı Üzerine Etkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce.
105. Tanrıverdi M.H, Karadağ A, Hatipoğlu E.Ş. (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği. Konuralp Tıp Dergisi, 2(2):27-32.
106. Todd, K. (2009). The Effect of Therapeutic Reflexology on Cervical Cancer Patients Receiving Radiation Oncology. Yüksek Lisans tezi, University of Johannesburg, Güney Afrika.
107. Tomar, Ö. K., Ulusoy, Ş., Pulathan, Z., Kaynar, K., & Özkan, G. (2016). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Hemodiyaliz Girişi İçin Oluşturulan Kalıcı Damar Yollarının Açık Kalma Sürelerinin Belirlenmesi Ve Bu Süreye Etkisi Olan Faktörlerin Araştırılması. Int J Basic Clin Med 2016; 4(3): 144-54.
108. Topbaş, E., Bingöl, G. (2017). Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 12(1), 36-42.
109. Townsend M.C. (2011). Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice.
110. Tully PJ, Baker RA. (2012). Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. Journal of Geriatric Cardiology., 9:197-208.

111. Tuna K. (2010). Gata Çocuk Hematolojisi Ve Onkolojisi Klinikleri Tarafından Takip Edilen Hastaların Ebeveynlerindeki Depresyon, Anksiyete, Umutsuzluk Durumlarının Belirlenmesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı. Uzmanlık Tezi Ankara: GATA.
112. Tuncer, N. (2017). Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Belirlenen Sosyal Anksiyete Düzeylerine Göre Bilinçli Farkındalık ve Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
113. Türk Psikologlar Derneği Yayınları (2014). Stresle Etkili Başa Çıkma Yöntemi. “Gevşeme Egzersizleri CD”. Ankara.
114. U.S. Renal Data System, USRDS 2013 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, Bethesda, 2013.
115. Ulaş MM, Çağlı K, Lafçı G, Gedik S. ve ark. (2007). Koroner Bypass Cerrahisi ve Psikiyatrik Komplikasyonlar. İÜ Kardiyol. Enst. Derg., 6(2):33-37
116. Ulusoy S, Yavuz F. (2014). Uyku Hijyenine Yönelik Öneriler. İstanbul, <http://www.baglamsalbilimler.org>. E.t: 30.04.2016.
117. Uzun Ş, Kara B, İşcan B. (2003). Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Uyku Sorunları. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi / Official Journal of the Turkish Society of Nephrology, 12 (1) 61-66.
118. Velioglu P. (2012). Yaşam Aktiviteleri. İn: Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar.1. Baskı. İstanbul. Akademi Basın ve Yayıncılık.
119. Vicdan, A. K., Karabacak, B. G. (2014). The use of patient education Roy Adaptation Model haemodialysis Roy Adaptasyon Modelinin hemodiyaliz hasta eğitiminde kullanımı. Journal of Human Sciences, 11(2), 209-220.
120. Vicdan, A. K., Karabacak, B. G., & Alpar, Ş. E. (2015). Classification of 2012-2014 NANDA-I Nursing Diagnostics Using the Nursing Model Based on Activities of Living 2012-2014 NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Göre Sınıflandırılması. Journal of Human Sciences, 12(2), 1626-1636.
121. Yavuz D, Yavuz R, Altunoğlu A. (2012). Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar. Turkish Medical Journal.

122. Yıldız, D. (2011). Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Yakınoğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.
123. Yılmaz E. (2016). Cerrahi Süreç: Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım. In: Eti Aslan F, Editors. Cerrahi Bakım Vaka Analizleriyle Birlikte. İstanbul: Akademisyen Kitabevi; p.319-345
124. Yılmaz S.G, Arslan S. (2015). Reasearch Article. Effects of Progressive Relaxation Exercises on Anxiety and Comfort of Turkish Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. Assian Pacific Journal of Cancer Prevention, Vol:16(1):217-220.
125. Yorulmaz H, Keçeci N, Tatar A. (2014). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Olan Etkisi. Literatür Sempozyum, 40-45.
126. Yürügen B. (2001). Kronik Böbrek Yetmezliği. Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Eğitim Programları Kitabı. Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayını. İstanbul. ss:39.

EKLER

Ek-1. Hasta Tanıtım Formu

Adı Soyadı:

Değerli katılımcı,

Bu anket formunda sizin yaşadığınız ve hastalığınız ile ilgili bazı bilgilere yer verilmiştir. Soruları yanıtlarken göstereceğiniz samimiyet ve ilgiden dolayı teşekkür ederiz.

1.) Yaşınız? :

2.) Cinsiyetiniz? : 1- kadın 2-erkek

3.) Medeni haliniz? : 1- evli 2-bekar 3-dul

4.) Eğitim durumunuz? :

1-okuryazar değil 2- ilköğretim 3-lise 4-üniversite

5.) Deney durumunuz? 1-çalışıyor 2-çalışmıyor

6.) Mesleğiniz? :

1-memur 2-işçi 3-emekli 4-serbest meslek 5-diğer

7.) Aile tipiniz?: 1-çekirdek aile 2-geniş aile

8.) Gelir durumunuz ihtiyaçlarınızı karşılamaya yetiyor mu?:

1-evet 2-hayır 3-kısmen

9-) Tanı konulmuş başka kronik hastalığınız var mı?: 1-evet 2-hayır

10-) Var ise nedir? :

11-Hemodiyalize girme süreniz nedir? :

1-6 ay -1 yıl 2- 1-5 yıl 3- 5-10 yıl 4- 10 yıl ve üzeri

12-Hemodiyaliz programınız haftada kaçtır?

1-Haftada 1 kez 2-Haftada 2 kez 3- Haftada 3 kez 4- Haftada kez

Ek-2. Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği

STAI FORM TX – I (Durumluk Anksiyete Ölçeği)

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin baş tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	(1)HİÇ	(2)BİRAZ	(3)ÇOK	(4)TAMAMIYLA
1. Şu anda sakinim				
2. Kendimi emniyette hissediyorum				
3. Su anda sinirlerim gergin				
4. Pişmanlık duygusu içindeyim				
5. Şu anda huzur içindeyim				
6. Şu anda hiç keyfim yok				
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum				
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9. Şu anda kaygılıyım				
10. Kendimi rahat hissediyorum				
11. Kendime güvenim var				
12. Şu anda asabım bozuk				
13. Çok sinirliyim				
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16. Şu anda halimden memnunum				
17. Şu anda endişeliyim				
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19. Şu anda sevinçliyim				
20. Şu anda keyfim yerinde				

STAI FORM TX – 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	(1)HEMENHİÇBİR ZAMAN	(2)BAZEN	(3)ÇOK ZAMAN	(4)HEMEN HER ZAMAN
1. Genellikle keyfim yerindedir				
2. Genellikle çabuk yorulurum				
3. Genellikle kolay ağlarım				
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım				
6. Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
7. Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım				
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim				
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
10. Genellikle mutluyum				
11. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
12. Genellikle kendime güvenim yoktur				
13. Genellikle kendimi emniyette hissederim				
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim				
16. Genellikle hayatımdan memnunum				
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
18. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
19. Akli başında ve kararlı bir insanım				
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				

Ek-3. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Adı Soyadı:

Yaş:

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? GENEL YATIŞ SAATİ:.....

2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı? DAKİKA:.....

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız? GENEL KALKIŞ SAATİ:.....

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.) BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ:.....SAAT.

Asağıdaki sorunların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

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

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?

<input type="checkbox"/> Geçen ay boyunca hiç fazla	<input type="checkbox"/> Haftada birden az	<input type="checkbox"/> Haftada bir veya iki kez	<input type="checkbox"/> Haftada üç veya daha
---	---	--	---

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

<input type="checkbox"/> Geçen ay boyunca hiç fazla	<input type="checkbox"/> Haftada birden az	<input type="checkbox"/> Haftada bir veya iki kez	<input type="checkbox"/> Haftada üç veya daha
---	---	--	---

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

<input type="checkbox"/> Geçen ay boyunca hiç fazla	<input type="checkbox"/> Haftada birden az	<input type="checkbox"/> Haftada bir veya iki kez	<input type="checkbox"/> Haftada üç veya daha
---	---	--	--

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

<input type="checkbox"/> Geçen ay boyunca hiç fazla	<input type="checkbox"/> Haftada birden az	<input type="checkbox"/> Haftada bir veya iki kez	<input type="checkbox"/> Haftada üç veya daha
---	---	--	--

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

<input type="checkbox"/> Geçen ay boyunca hiç fazla	<input type="checkbox"/> Haftada birden az	<input type="checkbox"/> Haftada bir veya iki kez	<input type="checkbox"/> Haftada üç veya daha
---	---	--	---

(f) Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?

<input type="checkbox"/> Geçen ay boyunca hiç fazla	<input type="checkbox"/> Haftada birden az	<input type="checkbox"/> Haftada bir veya iki kez	<input type="checkbox"/> Haftada üç veya daha
---	---	--	--

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?

- Geçen ay boyunca hiç fazla Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla

(h) Ağrı duyduğunuz oluyor mu?

- Geçen ay boyunca hiç fazla Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla

(i) Diğer neden(ler) lütfen belirtiniz.

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

- Geçen ay boyunca hiç fazla Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

- Çok iyi kötü Oldukça iyi Oldukça kötü Çok kötü

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

- Geçen ay boyunca hiç fazla Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla

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

- Geçen ay boyunca hiç fazla Haftada birden az Haftada bir veya iki kez Haftada üç veya daha fazla

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

- Hiç problem oluşturmadı.
 Yalnızca çok az bir problem oluşturdu.
 Bir dereceye kadar problem oluşturdu.
 Çok büyük bir problem oluşturdu.

10. Eşiniz veya oda arkadaşınız var mı?

- Eşiniz veya oda arkadaşınız yok.
 Diğer odada uyuyan veya oda arkadaşı var.
 Aynı odada var fakat; aynı yatakta değil.
 Eş aynı yatakta. Eğer bir oda arkadaşınız veya eşiniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun...

(a) Gürültülü horlama oldu mu?

Geçen ay
boyunca hiç
fazla

Haftada
birden az

Haftada bir
veya iki kez

Haftada üç
veya daha

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

Geçen ay
üç
boyunca hiç
fazla

Haftada
birden az

Haftada bir
veya iki kez

Haftada
veya daha

(c) Uyurken bacaklarımda seğirme veya sıçrama oldu mu?

Geçen ay
üç
boyunca hiç
fazla

Haftada
birden az

Haftada bir
veya iki kez

Haftada
veya daha

(d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık oldu mu?

Geçen ay
boyunca hiç
fazla

Haftada
birden az

Haftada bir
veya iki kez

Haftada üç
veya daha

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

Geçen ay
boyunca hiç
fazla

Haftada
birden az

Haftada bir
veya iki kez

Haftada üç
veya daha

Ek-4. Progresif Gevşeme Egzersizi Uygulama Kayıt Çizelgesi

Hasta Adı Soyadı:

UYGULAM A+/-	1.Hafta		2.Hafta		3.Hafta		4.Hafta		5.Hafta		6.Hafta		TOPLAM UYGULA MA	7.Hafta		8.Hafta		TOPLAM UYGULA MA
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-		+	-	+	-	
Pazartesi																		
Salı																		
Çarşamba																		
Perşembe																		
Cuma																		
Cumartesi																		
Pazar																		

Ek-5. Bilgilendirilmiş Onam Formu



C. Ü. GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız deney progresif gevşeme egzersizinin hemodiyaliz hastalarında anksiyete düzeyi ve uyku kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Progresif (aşamalı) gevşeme egzersizleri uygulamanın hemodiyaliz tedavisi gören hastaların, anksiyete (anksiyete) düzeyi ve uyku kalitesi üzerine olan etkisini göstermektir.

Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce sizi süreç hakkında bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Çalışmamıza gönüllü 44 birey alınacak olup, bu hastaların 22'si deney, 22'si kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılacaktır. Çalışmamız hemodiyaliz ünitesinde size verilecek olan standart tedavi, bakım ve izlem sürecinde bir değişikliğe neden olmayacaktır. Sizinle yapılacak tüm görüşmeler hemodiyaliz tedavileriniz sırasında yapılacak olup ayrı bir zaman diliminde görüşme planlanmayacaktır. Bu görüşmeler haftada 2 görüşmeyi geçmeyecek şekilde planlanacaktır.

Deney grubunda olduğunuzda, hemodiyaliz tedaviniz sırasında size öncelikle deney yürütücüsü tarafından bir takım sorular sorulacaktır. Bu sorular; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, deney durumu, medeni durum gibi kişisel bilgiler, eşlik eden hastalıklarınız, uygulanan tedavi planı, laboratuvar bulguları gibi sizin sağlık durumunuz ve hastalık özellikleriniz ile ilgili 13 sorudan oluşan hasta tanıtım formu bir defaya mahsus doldurulacaktır. Ayrıca anksiyete düzeyinizi ve uyku kalitenizi belirlemek amacıyla toplam 64 sorudan oluşan ölçekler doldurulacaktır. Bu ölçekler 6. ve 8. haftada tekrar edilecektir. Size sorulacak sorular ortalama 15 dakikada tamamlanacaktır. Bu görüşmeden sonra size progresif gevşeme egzersizi 3 oturumda öğretilenektir. Bu eğitimin içeriğinde; gevşeme tanımı yapılacak, doğru nefes teknikleri ve progresif gevşeme egzersizinin önemi, amacı, yararları ve dikkat edilecek hususlar anlatılacaktır. Türk Psikologlar Derneği tarafından hazırlanan CD eşliğinde dinletirilerek, gösterilerek, anlatılarak daha sonra mp3 ve kulaklıklar verilip uygulatarak soru cevap şeklinde 5'er kişilik gruplar halinde yapılacaktır. Egzersizle ilgili sorularınız yanıtlanacak gerekirse isteyenlere tekrar edilecektir. Eğitim programının sonunda sizden uygulamayı 6 hafta boyunca haftada 1 kez diyalizde, her gün de evde 1 kez uygulamanız istenecektir. Sonraki 2 hafta boyunca da sadece evde her gün 1 kez uygulamanız istenecektir. Her eğitim ve görüşme süresi verilen aralar dahil 15-90 dk. arasında değişecektir. Progresif gevşeme egzersizini akşamları yemekten 2 saat sonra uygulamanız istenecektir. Bu egzersiz yaklaşık 30 dk. sürmektedir. 8 hafta boyunca çalışmacı tarafından her akşam 20:00'de SMS ya da arama yapılarak progresif gevşeme egzersizinin yapılacağı hatırlatılacaktır ve yaptığımız her egzersizin, çalışmacı tarafından size verilecek olan progresif gevşeme egzersizi uygulama kayıt çizelgesine kayıt edilmesi sizden istenecektir.

Kontrol grubunda olduğunuzda; hemodiyaliz tedaviniz sırasında size öncelikle deney yürütücüsü tarafından bir takım sorular sorulacaktır. Bu sorular; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, deney durumu, medeni durum gibi kişisel bilgiler, eşlik eden hastalıklarınız, uygulanan tedavi planı, laboratuvar bulguları gibi sizin sağlık durumunuz ve hastalık özellikleriniz ile ilgili 13 sorudan oluşan hasta tanıtım formu bir defaya mahsus doldurulacaktır. Ayrıca anksiyete düzeyinizi ve uyku kalitenizi belirlemek amacıyla toplam 64 sorudan oluşan ölçekler doldurulacaktır. Bu ölçekler deney gurubuna verilen eğitimden sonraki 6. ve 8. haftada deney gurubuyla eş zamanlı olarak tekrar edilecektir. Size sorulacak sorular ortalama 15 dakikada

tamamlanacaktır. Bu görüşmeden sonra deney grubuna verilen eğitim size de verilecektir. Progresif gevşeme egzersizi 3 oturumda öğretilenektir. Bu eğitimin içeriğinde; gevşeme tanımı yapılacak, doğru nefes teknikleri ve progresif gevşeme egzersizinin önemi, amacı, yararları ve dikkat edilecek hususlar anlatılacaktır. Türk Psikologlar Derneği tarafından hazırlanan CD eşliğinde dinletirilerek, gösterilerek, anlatılarak, mp3 ve kulaklıklar verilip uygulanarak soru cevap şeklinde bire bir yapılacaktır. Egzersizle ilgili sorularınız yanıtlanacak gerekirse isteyenlere tekrar edilecektir. Her eğitim ve görüşme süresi verilen aralar dahil 15-90 dk. arasında değişecektir.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu deney sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Deney hakkında ek bilgiler almak için ya da deney ile ilgili herhangi bir sorunuz için 05056532978 numaralı telefonda çalışmayı yürüten Meral Akgül'e ulaşabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Deney yürütücüsü, bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışmanın planlanan süreçlerine katılım gösteremediğinizde, sağlık durumunuzda çalışmayı devam ettiremeyecek şekilde değişiklik olması durumunda sizi çalışmadan çıkarabilir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da deney yürütücüsü tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve deney yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak çalışmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Meral Akgül

Görevi: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz

Ünitesi

Tel.-Faks: 05056532978

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

İZİNLER

Ek-6. Cumhuriyet Üniversitesi İzin Yazısı



T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi

TIP FAKÜLTESİ

Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı: 93596471-000/3455

18.08.2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 15.08.2016 tarih ve E.34662 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazıya istinaden, Meral AKGÜL' ün "Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizinin Anksiyete Düzeyi ve Uyku Kalitesine Etkisi" başlıklı tez çalışmasının 15.08.2016-15.06.2017 tarihleri arasında anket uygulama isteği uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Gökhan GÖKÇE
Başhekim

Ek-7. Etik Kurul Kararı

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizinin Anksiyete Düzeyi ve Uyku Kalitesine Etkisi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi Ek Derslik Binası (Acil Karşısı), Klinik Araştırmalar Etik Kurulu TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Meral Kelleci		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:



GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Progresif Gevşeme Egzersizinin Anksiyete Düzeyi ve Uyku Kalitesine Etkisi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2016-05/06	Tarih: 27.05.2016		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Gülay Yıldırım

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serpil Değerli	Parazitoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Dığdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sulhattin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceylan Hepokur	Eczacılık Biyokimya	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczalık Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:

Ek-8. Özel Sivas Diyaliz Merkezi İzin Yazısı

Özel
Sivas Diyaliz Merkezi

SAĞLIK HİZMETLERİ
SAN. ve TİC.LTD.ŞTİ.

Kardeşler Mah. Birlik Sk. No: 1 SIVAS/TÜRKİYE Tel. +90 (346) 224 01 85 Fax. +90 (346) 224 03 83 SITE V.D. : 685 022 25 33

SAYI:139

TARİH:25.08.2016

T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜK

İLGİ:30182376-044 Meral Akgül'ün Anket Uygulama İzni

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Meral Akgül "Hemodiyaliz hastalarına uygulanan progresif gevşeme eğzersizinin anksiyete düzeyi ve uyku kalitesine etkili, iligide belirtilen konu ile ilgili çalışmasını merkezimizde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

ÖZEL SIVAS DİYALİZ MERKEZİ

MESUL MÜDÜR

DR. ERDEM UZUN

Dr. Erdem Uzun
Özel Sivas Diyaliz Merkezi
Tuzlukçu, 39030 Sivas
Diyaliz Ünitesi
Diyaliz Tesisli Hb. 0218

Ek-9: Gevşeme Egzersileri CD İzin Yazısı

Meral Hanım merhaba,

Dernek yayını olan Gevşeme Egzersizleri CD'sini çalışmanızda kullanmak ile ilgili talebiniz TPD Merkez Yönetim kurulunun 27.03.2016 tarih ve 83/5 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize.

İyi çalışmalar.

Ebru Ergin
Genel Merkez Koordinatörü

Meşrutiyet Cad. 22/12
06640 Çankaya/Ankara
t: [+90 312 425 67 65](tel:+903124256765)
F: [+90 312 417 40 59](tel:+903124174059)
ebruergin@psikolog.org.tr
bilgi@psikolog.org.tr
www.psikolog.org.tr

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı Meral AKGÜL
Doğum Yeri ve Tarihi Turhal-1980
Medeni Hali Bekar
Yabancı Dil İngilizce
İletişim Adresi Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve
Araştırma Hastanesi. 58140-Sivas
E-posta Adresi makgul@cumhuriyet.edu.tr

Eğitim ve Akademik Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Yüksek Lisans	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi	2014-Devam
Lisans	Hemşirelik	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2001
Önlisans	Fotoğrafçılık ve Kameramanlık	Anadolu Üniversitesi	2012
Lise	Düz Lise	Tokat/Turhal Lisesi	1996

İş Tecrübesi

- 1.Başkent Üniversitesi Hastanesi Nöroloji/ Nöroşirurji Yoğun Bakım Hemşireliği (2001-2003)
- 2.Ankara MESA Hastanesi Yoğun Bakım Hemşireliği (2004-2005)
3. Bingöl-Adaklı M.S.O.(2005-2007)
- 4.Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nöroşirurji Y.B. Hemşireliği (2007-2009)
- 5.Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Supervizör Hemşirelik(2009-2011)
- 6.Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Hemşiresi (2012-2017)
7. Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Yönetici Yardımcılığı(2017-2018)
8. Cumhuriyet Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Komitesi Hemşiresi(2018-Devam)