



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

**EĞİTİMİN HEMODİYALİZ HASTALARINDA
YORGUNLUĞA VE ÖZ BAKIM GÜCÜNE
ETKİSİ**

**GONCA DEVECİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
SİVAS - 2017**

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

**EĞİTİMİN HEMODİYALİZ HASTALARINDA
YORGUNLUĞA VE ÖZ BAKIM GÜCÜNE
ETKİSİ**

**GONCA DEVECİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HATİCE TEL AYDIN**

SİVAS - 2017

“Eğitimin Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluğa ve Öz Bakım Gücüne 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 İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Üye(Başkan)

Prof.Dr.Nuran TOSUN



Üye

Prof.Dr.Mukadder MOLLAOĞLU



Üye (Danışman)

Prof. Dr.Hatice TEL AYDIN



ONAY

Bu tez çalışması, ...28.11.2017.... tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

PROF. DR. Zübeyde AYDIN 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.

ÖZET

EĞİTİMİN HEMODİYALİZ HASTALARINDA YORGUNLUK VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

Gonca DEVECİ

Yüksek Lisans Tezi

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN

2017, 97 sayfa

Araştırma, hemodiyaliz tedavisi gören bireylere uygulanan eğitimin bireylerin yorgunluk ve öz-bakım gücü üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Mart-Eylül 2015 tarihleri arasında özel bir diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi almakta olan bireyler oluşturdu. Randomize kontrollü desendeki araştırma örneklemini, araştırmaya alınabilme kriterlerini karşılayan 35'i kontrol, 35'i müdahale grubunda toplam 70 hasta oluşturdu. Araştırma verileri Hasta Tanıtım Formu, Piper Yorgunluk Ölçeği, Öz-Bakım Gücü Ölçeği uygulanarak elde edilmiştir. Müdahale grubundaki hastalara, yorgunlukla başetme ve öz bakım gücünü desteklemek amacıyla hazırlanan eğitim içeriği üç ayrı oturum şeklinde verildi. Bireysel olarak verilen eğitim oturumlarının tamamlanmasını takip eden 3. ve 6. aylarda tüm hastalara Piper Yorgunluk Ölçeği, Öz-Bakım Gücü Ölçeği tekrar uygulandı. Müdahale grubunu oluşturan bireylerin % 88.6'sının yorgunluk yaşadığı, % 87.0'sinin yaşadığı yorgunluğun günlük yaşantısını etkilediği, kontrol grubundaki bireylerin % 91.4'ünün yorgunluk yaşadığı, % 90.6'sının yaşadığı yorgunluğun günlük yaşantısını etkilediği bulunmuştur. Eğitim öncesi yapılan değerlendirmede yorgunluk yaşama yönünden gruplar arasında farklılık önemsiz bulunmuştur. Üçüncü ve altıncı aylarda yapılan izlemlerde kontrol grubundaki bireylerin toplam yorgunluk puanları, yorgunluk alt boyutlarının puanları ve öz-bakım gücü puanlarının değişiklik göstermediği, kontrol grubundaki bireylerin yorgunluk puanlarının yüksek, öz-bakım gücü puanlarının düşük olduğu belirlendi. Eğitim sonrası müdahale grubundaki bireylerin yorgunluk puanlarının azaldığı, öz-bakım gücü puanlarının arttığı belirlendi. Araştırmada yorgunluk ve öz-bakım gücü arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulundu. Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin bireylerin yorgunluk düzeyini azalttığı ve öz-bakım gücünü arttırdığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Yorgunluk, Öz-bakım gücü, Eğitim, Hemşirelik



ABSTRACT

EFFECTS OF EDUCATION ON FATIGUE AND SELF-CARE HEMODIALYSIS PATIENTS

Gonca DEVECİ

Master Thesis

Department of Internal Medicine Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN

2017, 97 pages

The study was conducted to evaluate the effect of training on individuals who underwent hemodialysis treatment on fatigue and self-care. The study's universe consisted of individuals who received hemodialysis treatment at a special dialysis center between March-September 2015. A total of 70 patients were included in the randomized controlled study sample, 35 of them in the control group and 35 of them in the intervention group. The data were obtained by applying the Patient Presentation Form, Piper Fatigue Scale, and Self-Care Ability Scale. In the intervention group, the content of the training was provided in three separate sessions to support tiredness and self-care. During the 3rd and 6th months following the completion of the individual training sessions, the entire patients Piper Fatigue Scale, Self-Care Force Scale was reapplied. It was found that 88.6 % of the individuals who constituted the intervention group were fatigued, 87.0 % affected the daily life of the fatigue experienced, 91.4 % of the control group individuals were fatigued and 90.6 % affected the daily life of the fatigue experienced by them. The difference between the groups was not significant in terms of fatigue before the training. In the third and sixth follow-ups, it was determined that the total fatigue scores, fatigue subscale scores and self-care ability scores of the control group did not change, that the fatigue scores of the control group were high and the self-care power scores were low. It was determined that the fatigue scores of the individuals in the post-training intervention group decreased and self-care power scores increased. There was a moderately significant negative correlation between fatigue and self-care power in the study. It has been determined that the education given to hemodialysis patients decreases the fatigue level of the individuals and increases the self-care power.

Key words: Hemodialysis, Fatigue, Self-care power, Education, Nursing



KATKI BELİRTME/TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile yol göstererek çok değerli katkılar sağlayan tez danışmanım Prof. Dr. Sayın Hatice Tel Aydın'a,

Tezin istatistiksel yorumuna katkı veren Yrd. Doç. Dr. Sayın Ziyet ÇINAR'a,

Tezin uygulama sürecinde katkılarından dolayı Özel Sivas Hemodiyaliz Merkezi çalışanlarına ,

Bu zorlu süreçte yanımda olarak bana güç veren, desteğini esirgemeyen çok değerli çalışma arkadaşlarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve bu süreci benimle birlikte yaşayan tüm Hemodiyaliz hastalarına,

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresinde desteğini hep yanımda hissettiğim eşim Vedat Deveci'ye, kızım İremnaz ve oğlum Remzi Mert 'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------------|
| ÖZET | iii |
| ABSTRACT | v |
| KATKI BELİRTME/TEŞEKKÜR | vii |
| TABLolar DİZİNİ | ix |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | x |
| KISALTMALAR DİZİNİ | xi |
| 1.GİRİŞ | 1 |
| 1.1 PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ | 1 |
| 1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI | 6 |
| 1.3 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ | 6 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 7 |
| 2.1 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ | 7 |
| 2.2. RENAL REPLASMAN TEDAVİLERİ | 8 |
| 2.3 HEMODİYALİZ VE YORGUNLUK..... | 9 |
| 2.5 HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ-BAKIM | 16 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM | 19 |
| 3.1 ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ | 19 |
| 3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ | 19 |
| 3.3 ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ | 19 |
| 3.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI | 19 |
| 3.5 ARAŞTIRMANIN ÖN UYGULANMASI | 21 |
| 3.6 ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI | 21 |
| 3.7 ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU | 24 |
| 3.8 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ | 24 |
| 4. BULGULAR | 25 |
| 5. TARTIŞMA | 46 |
| 6.SONUÇ VE ÖNERİLER | 55 |
| 6.1. SONUÇLAR..... | 55 |
| 6.2 ÖNERİLER..... | 59 |
| KAYNAKLAR | 60 |
| EKLER | 70 |
| (EK-1) HASTA TANITIM FORMU | 70 |
| (EK- II) PİPER'İN YORGUNLUK ÖLÇEĞİ | 73 |
| (EK- III) ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ | 75 |
| (EK-IV) PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ İZİN FORMU | 76 |
| (EK-V) ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ İZİN FORMU | 77 |
| (EK- VI) HASTA ONAM FORMU | 78 |
| (EK-VII) ETİK KURUL OLUR FORMU | 81 |
| (EK-VII) KURUM İZİN FORMU | 83 |
| (EK-IX) HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI..... | 84 |
| ÖZGEÇMİŞ | 97 |

TABLolar DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Tablo 4.1: Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri .. | 25 |
| Tablo 4.2: Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Hastalık Özellikleri . | 27 |
| Tablo 4.3: Bireylerin Eğitim Öncesi Yorgunluk Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması | 29 |
| Tablo 4. 4: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Eğitim Öncesi Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puanları | 31 |
| Tablo 4. 5: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Yorgunluk Puanları..... | 32 |
| Tablo 4. 6: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Yorgunluk Puanlarının Sosyo-Demografik özelliklere Göre Karşılaştırılması | 34 |
| Tablo 4. 7: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Yorgunluk Puanlarının Karşılaştırılması | 36 |
| Tablo 4. 8: Eğitimden Önce ve Eğitim Sonrası Bireylerin Öz-Bakım Gücü Puanları .. | 38 |
| Tablo 4. 9: Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Sosyo-Demografik Özellikleri Yönünden Öz-Bakım Gücü Puanlarının Karşılaştırılması..... | 39 |
| Tablo 4. 10: Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Hastalık Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Karşılaştırılması | 42 |
| Tablo 4. 11: Eğitimden Önce ve Eğitim Sonrası Öz-Bakım Gücü Puanları ile Yorgunluk Puanları Arasındaki İlişki | 44 |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Şekil 2. 1: Yorgunluğun Yönetilmesi..... | 14 |
| Şekil 3. 1: Araştırmanın Akış Şeması | 23 |



KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|----------|--|
| AVF | Arteriyovenöz Fistül |
| AVG | Arteriyovenöz Greft |
| CREDIT | Chronic Renal Disease In Turkey |
| EPO | Endojen Eritropoetin |
| GFH | Glomerüler Filtrasyon Hızı |
| KBY | Kronik Böbrek Yetmezliği |
| KDIGO | Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease |
| KDOQI | Clinical Practice Guideline For Hemodialysis Adequacy |
| NKF-DOQI | National Kidney Foundation- The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative |
| TND | Türk Nefroloji Derneği |
| USRDS | The United States Renal Data System |

1.GİRİŞ

1.1 PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) glomerüler filtrasyon hızının azalması sonucunda böbreğin işlevlerini yapamaması nedeniyle üremi tablosunun görüldüğü kronik ve ilerleyici bir hastalıktır (Daugirdas ve ark., 2015; Levey ve ark., 2011). Dünya genelinde KBY oranının %10-16, mikroalbüminüri oranının % 6-14 arasında olduğu belirtilmektedir (Clinical Practice Guideline For Hemodialysis Adequacy (KDOQI), 2015). Dünyada 500 milyondan fazla insanda KBY olduğu tahmin edilmektedir (KDOQI, 2015; Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017), 2014). Türkiye’de ise Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından gerçekleştirilen CREDIT (Chronic Renal Disease In Turkey) araştırmasında KBY prevalansı %15.7 bulunmuştur. Buna göre, ülkemizde her 6-7 yetişkinden birinde çeşitli evrelerde böbrek hastalığı bulunmaktadır (Süleymanlar ve ark., 2011).

KBY’nde glomerüler filtrasyon hızının 15ml/dk/1,73m² nin altına düşmesiyle birlikte renal replasman tedavilerinin uygulanmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Daugirdas ve ark., 2015; Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease (KDIGO) 2012, 2013; Levey ve ark., 2011). KBY tedavisinde uygulanabilecek iki temel tedavi yöntemi; diyaliz ve renal transplantasyondur (Daugirdas ve ark., 2015; KDIGO 2012, 2013). En yaygın kullanılan diyaliz yöntemi yaklaşık %90’lık oran ile hemodiyalizdir (United States Renal Data System (USRDS), 2014). Ülkemizde 2016 yılı verilerine göre KBY olan hastaların %76.12’sine hemodiyaliz tedavisi uygulanmaktadır (Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2016, 2017).

Hemodiyaliz, KBY tanısı olan hastalar için hayat kurtarıcı bir tedavidir (Fructuoso ve ark., 2011; John ve Thomas, 2013). Ancak tüm gelişmelere rağmen hemodiyaliz tedavisine alınan hastanın hayatında önemli değişiklikler meydana gelmekte, hastalar bir çok fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlarla karşılaşmaktadır (John ve Thomas, 2013; Shahgholian ve Yousefi, 2015; Shinde ve Mare, 2014; Süleymanlar ve ark., 2011). KBY’de hastalığın doğası gereği birçok sistem ve organ etkilenmektedir. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hasta hem KBY belirtileri hem de hemodiyaliz tedavisinin getirdiği sıkıntılarla başetmek zorunda kalmaktadır (Heidarzadeh ve ark., 2010; Shinde ve Mare, 2014).

Hemodiyaliz tedavisinde sık karşılaşılan sorunlardan birisi de yorgunluktur (Bossala ve ark., 2011; Horigan ve ark., 2013; Sabouhi ve ark., 2013). Yapılan araştırmalarda hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun %12-97 oranlarında görüldüğü tespit edilmiştir (Biniaz ve ark., 2013; Bonner ve ark., 2013; Horigan ve ark., 2012; Horigan ve ark., 2013; Jhamb ve ark., 2009). Yorgunluk, bireylerin işlerini yapabilmesini ve normal kapasitesini kullanmasını önleyen, bütün bedenini etkileyen, hafif bir tükenmişlikten, katlanılamaz bir bitkinliğe kadar gidebilen bir bulgudur. Yorgunluk duygusal, bilişsel ve davranışsal bileşenleri olan subjektif bir durumdur (Bonner ve ark., 2013; Herdman ve Kamitsuru, 2014; Joshwa ve ark., 2012).

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda yorgunluğun nedeni tam olarak açıklanamamıştır (Horigan ve ark., 2012). Yapılan araştırmalar sonucunda yorgunluğun, anemi (Finkelstein ve ark., 2009; Foley ve ark., 2009; Jhamb ve ark., 2011), beslenme (Bonner ve ark., 2010; Horigan ve ark., 2012), uyku bozuklukları (Joshwa, 2012; Horigan ve ark., 2012), fiziksel inaktivite (Biniaz ve ark., 2013; Gould ve ark., 2014; Horigan ve ark., 2012) ve psiko-sosyal faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Afrasiabifar, 2013; Sabouhi ve ark., 2013; Öztürk, 2011). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve hemodiyaliz tedavisi nedeniyle çalışma gücünün ve fiziksel aktivitenin azaldığı (Cruz ve ark., 2011; Horigan ve ark., 2013; Öztürk, 2011; Usta ve Demir, 2014), yorgunluk yaşıyan bireylerin günlük aktivitelerinin (Bonner ve ark., 2008; O'Sullivan ve McCarty, 2007) ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Davison ve Jhangri, 2010; Horigan ve ark., 2012). Yorgunluk aynı zamanda hemodiyaliz hastalarının beslenme düzenlerinin, seksüel aktivitelerinin, aile ve arkadaş ilişkilerinin de olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Andrade ve Sesso, 2012; Bonner ve ark., 2013).

Hemodiyaliz tedavisi almakta olan hastaların yaşadıkları yorgunluk yakınmasına etkili bir hemşirelik bakımı sunabilmek için hemşire, yorgunluk oluşumuna neden olabilecek subjektif ve objektif verileri değerlendirmelidir. Subjektif değerlendirmede, hastanın fonksiyonları ve hastalık/tedavi sürecine bağılı meydana gelen bulgular, bireyin yorgunluğa verdiğı anlam, yorgunluğun hastada yarattığı sıkıntı düzeyi gibi parametreler değerlendirilmelidir. Objektif değerlendirme ise, yorgunluğun oluşmasına neden olabilecek hastalıklar ve laboratuvar sonuçları (hemogloblin, hemotokrit düzeyi, serum elektrolitleri gibi) dikkate alınmalıdır (Joshwa ve ark., 2012).

Yorgunluk uygun şekilde yönetilmediğinde bireylerin öz-bakım gücünü olumsuz yönde etkilemektedir (Horigan ve ark., 2013; Levey ve ark., 2007). Akın ve ark.'nın (2013) yaptığı araştırma da yorgunluk yaşama durumu ile öz-bakım gücü arasında ters yönde bir ilişki bulunmuştur (Akın ve ark., 2013). Öz-bakım gücü bireylerin yaşamlarını, sağlıklarını ve iyilik durumlarını sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ve uygulama becerisidir (Herdman ve Kamitsuru, 2014).

Hemodiyaliz tedavisi bireylerde fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açması nedeniyle bireylerin öz-bakım yeteneklerini olumsuz yönde etkilemektedir (Horigan ve ark., 2013; Levey ve ark., 2007). Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücünün artırılması mortalite ve komplikasyon insidansını azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmada etkili bir yoldur (Griva ve ark., 2011). Hemodiyaliz hastaları ile yapılan araştırmalar; öz-bakım gücü ve tedaviye uyum, sağlığı geliştirme davranışları, fiziksel ve psikolojik bulgular arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Mollaoğlu, 2005; Slesnick ve ark., 2015; Yurtsever ve Kuyurtar, 2005). Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım davranışları; tedavi rejimini takip etmek, düzenli ilaç kullanımı, hemodiyaliz tedavisi, sıvı kısıtlamasına uyum, diyetle uyum (Griva ve ark., 2011) ve yaşamdan memnuniyet gibi birçok alandan oluşmaktadır (Simmons, 2009).

Mollaoğlu'nun (2011) yaptığı araştırmada hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri gibi birçok günlük yaşam aktivitesinde ve telefon kullanma, yemek hazırlama, alış-veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi gibi aktiviteler olan enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı oldukları bulunmuştur. Kohzuki (2013) ve Mohamed ve ark. (2016), KBY hastalarının egzersiz eğitimi, beslenme ve sıvı yönetimi, ilaç ve tıbbi gözetim, psikolojik ve mesleki danışmanlık desteğine ihtiyaç duyduklarını belirlemişlerdir (Kohzuki, 2013; Mohamed ve ark., 2016).

Hemodiyaliz hastalarının öz-bakım düzeyleri hastalıklarını uygun yönetmeleri açısından önemlidir. Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım davranışları; diyetle uyum, düzenli ilaç kullanımı, sıvı kısıtlaması, stres ve hastalık bulguları ile başetmeye yardımcı olacak daha birçok aktiviteyi içermektedir (Rahimi ve ark., 2014; Rossi ve ark., 2014).

Atashpeikar ve ark.'na göre (2012), hemodiyaliz hastalarında en yüksek öz-bakım becerisinin fistül bakımı (%73) ile ilgili, en düşük öz-bakım becerisinin ise diyetle uyum

ile ilgili olduğu bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, medeni durum ve mesleki durum gibi demografik değişkenler ile öz-bakım becerileri arasında ilişki olduğu (Atashpeikar ve ark., 2012) ve hemodiyaliz hastalarının öz-bakım güçlerinin düşük olduğu görülmektedir (Atashpeikar ve ark., 2012; Bağ ve Mollaoğlu, 2010; İlhan, 2011).

Bazı araştırmalarda hemodiyaliz hastalarında eğitimin öz-bakım gücünü arttırdığı görülmüştür (Ghadam ve ark., 2016; Rahimi ve ark., 2014; Hemmati ve ark., 2015; Maslakpak ve Sharn, 2015; Moghadam ve Nasiri, 2014). Sağlık bakım profesyoneli olarak hemşireler hemodiyaliz hastalarındaki yaşam tarzı değişikliklerini, eğitim ve bakım stratejileri geliştirerek hastaların öz-bakım gücünü geliştirebilirler (Simmons, 2009). Hastalara öz-bakım davranışları öğretmek için hasta eğitimi önemlidir (Griva ve ark., 2011; Slesnick ve ark., 2015).

Hasta eğitimi, nitelikli sağlık bakımının önemli bir parçasıdır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Karimi Moonaghi ve ark., 2016). Hasta eğitimi, sağlığı koruyan ve bireylerde davranış değişikliğine yol açan öğrenim deneyimlerinin tamamıdır (Karimi Moonaghi ve ark., 2016). Hasta eğitiminde amaç, hastaların sağlıkla ilgili olumsuz davranışlarını düzeltmek, hastalıklarla başetmelerini sağlamak ve sağlıkları ile ilgili karar alma yeteneklerini arttırmaktır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Karimi Moonaghi ve ark., 2016). Sağlık bakım profesyoneli olarak hemşireler hemodiyaliz hastalarındaki yaşam tarzı değişikliklerini, eğitim imkanı ve stratejilerini geliştirerek hastaların öz-bakım gücünü geliştirebilirler (Griva ve ark., 2011; Horigan ve ark., 2013; Simmons, 2009).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN,2010) 2010 yılında yayınladığı raporda, KBY gibi kronik hastalıklarla mücadele ederken sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin geliştirilmesi için zamanında ve bireyin ihtiyaçları doğrultusunda bakım verilmesinin önemi vurgulanmaktadır (ICN, 2010). Hemşirelerin kronik hastalıkların yönetiminde etkinliği giderek artmakta ve kronik hastalıkların yönetiminde lider rolü üstlenmektedir. Hemşirelerin üstlendikleri bu rolleri yerine getirirken kullandıkları en etkili müdahale ise hasta eğitimidir (ICN, 2010).

Hemşireler, haftada 2-3 kez ve 4-6 saat süreyle hemodiyalize giren hastalarla en fazla birlikte olan ekip üyesidir. Bu özellikleri nedeniyle hemodiyaliz hastalarının yorgunluklarını yönetmede ve öz-bakım gücünü desteklemekte hemşireler önemli bir noktadadır (Bonner ve ark., 2010; Horigan ve ark., 2012).

Yorgunluk ve öz-bakım gücünde azalma hemodiyaliz hastalarının sık yaşadığı sorundur. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk düzeyini (Horigan ve ark., 2012; Jhamp

ve ark., 2009; Usta ve Demir, 2014) ve yorgunluğun; egzersiz (Bossala ve ark., 2011; Horigan ve ark., 2013), uyku (Joshwa ve ark., 2012), anemi (Johansen ve ark., 2012) ve psikososyal sorunlarla (Andrade ve Sesso, 2012; Joshwa ve ark., 2012) ilişkisini tanımlayan birçok çalışma vardır. Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücünü, öz-bakım gücünü etkileyen faktörleri tanımlayan (Levey ve ark., 2007; Mollaoğlu, 2005; 2011; Yurtsever ve Kuyurtar, 2005) çalışmalar yapılmış olmakla birlikte eğitimin yorgunluk ve öz-bakım gücü üzerine etkisini belirleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Hemşireler tarafından hemodiyaliz hastalarının birçok sorunu farkedilip değerlendirilmektedir. Ancak hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları yorgunluk ve yorgunluğun birey üzerindeki etkisi sağlık çalışanları tarafından yeterince tanınmamaktadır (Bonner ve ark., 2008; Bonner ve ark., 2010; Singer ve ark., 2010). Hemodiyaliz hastalarına diyet, fistül bakımı, diyaliz tedavisi ile ilgili eğitimler verilirken; yorgunluk ve öz-bakım gücü ile ilgili eğitimler verilmemektedir.

Bu araştırmanın amacı, hemodiyaliz hastalarına uygulanan eğitiminin hastaların yorgunluk ve öz-bakım gücü üzerine etkisini saptamaktır. Hasta gereksinimlerine dayalı olarak sunulan bireysel hasta eğitimiyle, hastalarda yorgunluk düzeyinin azalabileceği ve öz-bakım gücünün artırılabilceği düşünülmüştür.

1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Amaç ve Kapsam:

Araştırma, hemodiyaliz hastalarına uygulanan eğitiminin hastaların yorgunluk ve öz-bakım gücü üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile deneysel olarak yapılmıştır.

1.3 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez-I

Ho: Hemodiyaliz hastalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark yoktur.

H1:Hemodiyaliz hastalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark vardır.

Hipotez-II

Ho: Hemodiyaliz hastalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası öz-bakım gücü puan ortalamalarında anlamlı düzeyde fark yoktur.

H1:Hemodiyaliz hastalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası öz-bakım gücü puan ortalamalarında anlamlı düzeyde fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

KBY, glomerüler filtrasyon hızının azalması sonucu üremik tablonun ortaya çıktığı kronik ve ilerleyici bir hastalıktır (Daugirdas ve ark., 2015; Levey ve ark., 2011; Webster ve ark., 2017). KDIGO 2012 yılı rehberine göre KBY üç aydan uzun süre devam eden, hastalık belirtilerinin olup olmadığı önemli olmaksızın böbreğin yapı ve fonksiyonlarındaki ortaya çıkan bozulmalar olarak tanımlanmıştır. KBY'nin evreleri birbirinin içine girmiştir ve keskin sınırlarla ayırmak mümkün değildir (KDIGO 2012, 2013).

KBY'nin erken ve orta evrelerinde genellikle hastalık belirtilerine rastlanmamaktadır ve bu nedenle KBY insidansını ve prevalansını belirlemek zor olmaktadır. Toplum temelli çalışmalarda dünyada KBY oranı %10-16, Türkiye'de ise %15.7 bulunmuştur (KDIGO 2012, 2013; Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017), 2014). Bu sonuçlar, KBY'nin hem dünyada hem de ülkemizde önemli bir sorun olduğunu göstermektedir (Süleymanlar ve ark., 2011).

KBY'ne yol açan nedenler yaş, cinsiyet, ırk ve ülkeye göre değişiklikler göstermektedir. Geçmiş yıllarda KBY'nin en önemli nedeni glomerülofritler iken, günümüzde altta yatan en sık nedenler diyabet mellütüs ve hipertansiyondur. Diyabetik nefropati tüm ırk ve etnik kökenlerde ilk sırada yer almaktadır (USRDS, 2014; Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017), 2014; Webster ve ark., 2017).

Türk Nefroloji Derneği Böbrek Kayıt Sistemi verilerine göre ülkemizde KBY nedenleri arasında diyabet mellütüs ve hipertansiyon oranları zamanla giderek artmış, glomerülofritlerin oranı ise azalmıştır. Ülkemizde 2016 yılı içinde hemodiyalize başlayan hastaların etiyolojik nedenlere göre dağılımı; diyabet mellütüs %38.51, hipertansiyon % 24.55 olarak bulunmuştur (Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2016, 2017).

Glomerüler filtrasyon hızı 30-35 ml/dk'nın altına inmedikçe hastalık belirtileri görülmeyebilir. Hastaların yaşadıkları ilk bulgular genellikle noktüri ve anemiye bağlı

yorgunluktur. Glomerüler filtrasyon hızı 20-25 ml/dk olunca hastada üremik bulgular ortaya çıkmaya başlar (Daugirdas ve ark., 2015).

KBY'nin klinik bulguları hafif böbrek yetersizliği döneminden başlayarak zaman içerisinde ilerler ve yaygınlaşır. Hastaların klinik belirti ve bulguları böbrek yetmezliğinin derecesine, gelişim hızına, yetmezliğe neden olan temel soruna ve hastanın yaşına göre değişiklik gösterir (Daugirdas ve ark., 2015).

2.2. RENAL REPLASMAN TEDAVİLERİ

Böbreklerin vücudun gereksinimlerini karşılayamadığı ve koruyucu tedaviler ile üremik belirti ve bulguların kontrol edilemediği hastalarda diyaliz tedavisi veya transplantasyon uygulanmaktadır. KBY olan hastalarda renal replasman tedavileri;

1- Renal Transplantasyon

2-Diyaliz

a-Periton Diyalizi

b-Hemodiyalizdir (Daugirdas ve ark., 2015; Webster ve ark., 2017).

Dünyada, renal replasman tedavileri almakta olan iki milyonu aşkın bireyin %75'inden fazlası diyaliz tedavisi almakta, hastaların yalnızca %25'inden azına renal transplantasyon uygulanmaktadır. Ülkeler arasında farklılıklar olsa da, tüm dünyada en yaygın kullanılan diyaliz yöntemi yaklaşık %90'luk oran ile hemodiyalizdir (USRDS, 2014).

Hemodiyaliz

Diyaliz, konsantrasyon farkına bağlı olarak su ve elektrolitlerin yarı geçirgen bir zardan yüksek konsantrasyondan düşük konsantrasyona doğru geçmesi esasına dayanır. Diyaliz tedavisinin amaçları; üre, kreatinin gibi protein metabolizmasının son ürünlerinin uzaklaştırılması, serum elektrolitlerinin dengede tutulması, asidozun düzeltilmesi ve fazla sıvının atılmasıdır. Diyaliz; periton diyaliz ve hemodiyaliz olarak ikiye ayrılır (Daugirdas ve ark., 2015).

Hemodiyaliz, uygun bir damar yolu ile hastadan alınan kanın (300-450ml/dak) antikoagülasyon ile vücut dışında diyaliz cihazı yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan (diyalizör) geçirilip; sıvı ve elektrolit içeriğinin yeniden düzenlenerek hastaya tekrar verilmesi işlemidir (Daugirdas ve ark., 2015). Hemodiyaliz, KBY hastaları için önemli bir tedavi yöntemi olmakla birlikte KBY hastalarına haftada üç

defa hemodiyaliz uygulanması ile normal böbrek fonksiyonlarının ancak %10'u karşılanabilmektedir (Boothby ve Salmon, 2012; John ve Thomas, 2013).

Hemodiyaliz tedavisi uygulanmakta olan hastalar, hemodiyaliz tedavisi ve hastalığın doğası gereği bir çok sorunla başetmek zorundadır (Shahgholian ve Yousefi, 2015). Hemodiyaliz tedavisi çok zaman alması nedeniyle hastaların günlük yaşamında önemli bir yer tutmaktadır (Akın ve ark., 2013; Shahgholian ve Yousefi, 2015). Hemodiyaliz tedavisi nedeniyle hastalar, yaşamın birçok farklı alanlarına katılım açısından olumsuz yönde etkilenmektedirler (Jansen ve ark., 2010; Shinde ve Mare, 2014). Sağlıklı insanlara kıyasla hemodiyaliz hastalarının spor ve sosyal aktivitelere katılma ve ücretli bir işte çalışma oranı daha düşük bulunmaktadır (Shahgholian ve Yousefi, 2015). Yaşamları boyunca diyet ve sıvı kısıtlaması uygulamak zorunda olan hemodiyaliz hastaları (Ovayolu ve Ovayolu, 2016), hemodiyaliz tedavisi sırasında kas krampları, ani gelişebilen hipotansiyon-hipertansiyon durumları ve her diyaliz seansı sırasında fistül iğneleri nedeniyle ağrı hissi yaratan durumlara maruz kalmaktadırlar (Akın ve ark., 2013; Ovayolu ve Ovayolu, 2016). Yapılan çalışmalar; hemodiyaliz hastalarında anksiyete (Shinde ve Mare, 2014), depresyon (Gerogianni ve Babatsikou, 2014; Jablonski, 2007) ve uyku bozukluklarının (Davison ve Jhangri, 2005; Gerogianni ve Babatsioku, 2014) sık görüldüğünü, hastaların hemodiyaliz tedavisi nedeniyle kendilerini sağlık çalışanlarına ve ailelerine bağımlı hissetmekte olduklarını göstermektedir (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Shahgholian ve Yousefi, 2015; Vicdan ve Karabacak, 2014).

2.3 HEMODİYALİZ VE YORGUNLUK

Yorgunluk, günlük yaşantıda tüm insanlar tarafından bilinen ve sıklıkla karşılaşılan genel bir sorundur. Yorgunluğun var olan evrensel bir tanımı yoktur. Hastalar yorgunluğu; güç ve performansta azalma, halsizlik, zayıflık, enerji yokluğu, bitkinlik, depresyon, konsantrasyonda güçlük, motivasyon eksikliği ve uykusuzluk olarak tanımlamışlardır (Artom ve ark., 2014; Bossala ve ark., 2011; Lee ve ark., 2007). Yorgunluk kavramı halsizlik, bitkinlik, düşkünlük kavramları ile eş anlamlı olarak da kullanılmakta olup; zihinsel ve fiziksel bir tükenmişlik hali olarak tanımlanabilir (Bossala ve ark., 2011; Lee ve ark., 2007).

Yorgunluk, yorgun olmaktan farklı bir kavramdır. Yorgun olma; uykusuzluk, yetersiz ve dengesiz beslenme, aktivitelerde sınırlama yaratan bir yaşam şekli, iş veya

sosyal sorumluluklarda geçici bir artışla oluşan sürekli olmayan bir durumdur. Yorgunluk ise halsizlik, güçsüzlük, enerji eksikliği gibi durumlarla karakterize, kasların zayıflığı, atık ürünlerin birikmesi ve enflamatuar süreçlerin olması ile ortaya çıkan subjektif bir durumdur (Azak ve Dünder, 2012; Lee ve ark., 2007). Yorgunluk uygun şekilde yönetilmediğinde bireylerin günlük faaliyetlerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Artom ve ark., 2014; Caplin ve ark., 2011; Jhamp ve ark., 2011).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireyler tarafından en sık bildirilen şikayetlerden biri de yorgunluktur. Yapılan çalışmalarda hemodiyaliz hastalarının %12-97 oranında yorgunluk yaşadığı (Bonner ve ark., 2013; Horigan ve ark., 2012; Jhamp ve ark., 2009; Karabulutlu ve Okanlı, 2011) ve yorgunluğun hemodiyaliz hastalarının günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitelerini önemli düzeyde etkileyen bir faktör olduğu tesbit edilmiştir (Bonner ve ark., 2013; Horigan ve ark., 2012; Jablonski, 2007; Joshwa ve ark., 2012). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun bireylerin öz-bakım gücünde de azalmaya yol açtığı bulunmuştur (Horigan ve ark., 2013; Levey ve ark., 2007).

Yorgunluk hemodiyaliz hastalarının çalışma hayatlarını, boş zamanlarını değerlendirme durumlarını, beslenme alışkanlıklarını, seksüel aktivitelerini, yaşamdan zevk almalarını, aile ve arkadaş ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Azak ve Dünder, 2012; Horigan, 2012; Horigan ve ark., 2013; Usta ve Demir, 2014; Yorulmaz ve ark., 2011). Yorgunluğun hemodiyaliz hastalarında en çok diyaliz sonrası yaşandığı bulunmuştur (Horigan ve Barroso, 2016). Yorgunluğu etkileyen bazı faktörler; metabolizma sonucu ortaya çıkan metabolitlerin atılamaması, enerji ve enerji oluşturan enzimlerde değişiklikler, aktivite/dinlenme şeklindeki sorunlar, uyuma/uyanma düzensizlikleri, sosyal yaşamdaki sorunlar, psikolojik durum, çevresel faktörler, hastalık bulguları ve tedavi şekilleridir (Bonner ve ark., 2013; Liu, 2006; Joshwa ve ark., 2012; Williams ve ark., 2007).

Hemodiyaliz hastalarında; kronik böbrek yetmezliğinin doğası ve hemodiyaliz tedavisi nedeniyle kısıtlamalar (sıvı ve diyet kısıtlamaları), beden imgesinde değişiklikler (idrar yapamama, seksüel aktivitede azalma, fistül veya diyaliz kateterinin varlığı), bağımlılığın artması, aile içindeki rolleri sürdürmede zorluklar, çalışma hayatını sürdürmede sıkıntılar nedeniyle ekonomik sorunlar, sosyal aktivitelerde azalma gibi faktörler de bireylerin stres, anksiyete, suçluluk, düşmanlık, depresyon gibi çeşitli psiko-sosyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (Shinde ve Mare, 2014; Ovayolu ve

Ovayolu, 2016; Shahgholian ve Yousefi, 2015). Hemodiyaliz hastalarının yaşadığı birçok biyo-psiko-sosyal faktörler bireylerin yorgunluk yaşamasına neden olmaktadır (Joshwa ve ark., 2012; Horigan, 2012; Horigan ve ark., 2013; Sakkas ve Karatzaferi, 2012).

Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluk Nedenleri

Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk birçok sebebe bağlı olarak yaşanmaktadır. Yapılan çalışmalarda en sıklıkla görülen yorgunluk sebepleri aşağıda verilmektedir.

Anemi

KBY hastalarında anemi gelişmesinde en önemli sebep, endojen eritropoetin yetersizliğidir. Böbrekte eritropoetin üretiminden sorumlu olan tubulointerstisyel hücrelerin harabiyeti, eritrositlerin yaşam süresinin kısalması (üremi, hipersplenizm, uygunsuz diyalizit gibi nedenlerle), hemodiyaliz sırasındaki kayıplar, sık yapılan kan incelemeleri nedeniyle gelişen kayıplar, kronik inflamasyon, demir ve hemotopoez ile ilgili vitaminlerin (folik asit, B12 vitamini) eksikliği gibi nedenlerle hemodiyaliz hastalarında anemi sık görülmektedir (Daugirdas ve ark., 2015; Kaçar, 2012; Levey ve ark., 2011). Anemi tablosunda oksijen taşıma kapasitesi bozulmakta, hemoglobinin miktarının ve eritrosit sayısının azalması sonucunda dokulara yeterli oksijen taşınamamasına bağlı olarak hipoksi gelişmektedir (Kaçar, 2012). Aneminin en önemli belirtisi, doku hipoksisine bağlı yorgunluk hissidir (Bonner ve ark., 2013). Anemi ve yorgunluk arasındaki ilişkiyle ilgili çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Bazı çalışmalarda aneminin hastalarda yorgunluk algısını arttığı belirtilirken (Jhamp ve ark., 2011; Mollaoğlu, 2009; Williams ve ark., 2007), bazı çalışmalarda hastaların hemoglobin/hemotokrit düzeyleri ile hissedilen yorgunluk arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (Letchmi ve ark., 2011; Liu, 2006).

Böbrek hastalarında hemoglobin<12gr/dl olması anemi olarak adlandırılmakta ve hemoglobin 10gr/dl değerine düşmedikçe genellikle tedavi edilmemektedir (kanıt düzeyi 2D) (Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease, 2012). KBY’de gelişen aneminin transplantasyon dışında tek ve kesin tedavisi eritropoetindir (Finkelstein ve ark., 2009; Foley ve ark., 2009; Webster ve ark., 2017; Yalın, 2015). Böbrek hastalarında aneminin tedavisinde kullanılan eritropoez uyarıcı ajan (ESA) dozunun bireylerin hemoglobin düzeyi, vücut ağırlığı, klinik durumu ve tedaviye yanıtı göre belirlenmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi 1D) (Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease, 2012). Eritropoetin doza bağımlı olarak anemiyi

düzeltilmekte, kalp performansı ve atım hacmini arttırmakta, hastanın yorgunluk, bitkinlik gibi belirtilerinde büyük ölçüde gerileme olmakta, fiziksel aktivite performansı düzelmektedir (Finkelstein ve ark., 2009; Foley ve ark., 2009).

Diyete Uyum

Beslenme hemodiyaliz hastalarında tedavide oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Diyetine uyum göstermeyen hastalarda kısa sürede sıvı-elektrolit dengesinde bozukluklar (hiperkalemi, hiperfosfatemi) oluşmaktadır. Fukuda ve ark.'nın (2015), yaptığı çalışmada son dönem KBY hastalarında beslenme desteği ile yorgunluk düzeyinin düştüğü ve yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun oluşmasında beslenmenin rolü oldukça büyüktür (Artom ve ark., 2014; Bonner ve ark., 2010). Fukuda ve ark.'nın (2015), yaptığı çalışmada son dönem KBY hastalarında beslenme desteği ile yorgunluk düzeyinin düştüğü ve yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir.

Beslenme durumu ile hemodiyaliz komplikasyonları arasındaki ilişki dikkate alındığında; hemodiyaliz hastalarında beden kitle indeksinin 23 kg/m^2 olarak sürdürülmesi (Kanit düzeyi 1C), hastaların serum albümin düzeyinin 4mg/dl 'nin üzerinde (Kanit düzeyi 1C) olması, diyet önerileri ile hastaların oral besin alımlarının arttırılmaya çalışılması eğer sonuç alınamaz ise oral beslenme desteği yapılması (Kanit düzeyi 1C) önerilmektedir. Bu hastalar için geliştirilmiş renal beslenme solüsyonları kullanılması (Kanit düzeyi 1C), oral destek yeterince sağlanamazsa nazogastrik veya perkütan enterogastrostomi tüpü ile beslenme solüsyonları uygulanması (Kanit düzeyi 1D) da öneriler arasında yer almaktadır (Fouque ve ark., 2007). Hemodiyaliz tedavisi uygulanmakta olan bireylerin ihtiyaç duyduğu enerjinin besinlerle karşılanamaması ya da besin emiliminin bozulması sonucunda malabsorbsiyon-malnütrisyon tablosu ortaya çıkmakta ve malabsorbsiyon-malnütrisyon durumlarında hastalarda şiddetli düzeyde yorgunluk görülmektedir (Bossala ve ark., 2010; Williams ve ark., 2007).

Fiziksel Aktivite

Hemodiyaliz hastalarında; üremi nedeniyle nöropati ve myopati gelişmektedir (Artom ve ark., 2014; Bossala ve ark., 2011). Bu durum hastalarda kas gücünün azalmasına neden olmakta, fiziksel açıdan hareketsiz kalmak da kaslarda atrofiye, kas gücünde azalmayla sonuçlanmaktadır (Gould ve ark., 2014). Hemodiyaliz hastalarında aktivite düzeyi, fonksiyonel kapasite ile yorgunluk arasında ters yönde bir ilişki görülmektedir (Horigan ve ark., 2012). Fiziksel hareketsizlik daha fazla kas güçsüzlüğüne dolayısıyla

da yorgunluğa neden olmaktadır (Bonner ve ark., 2010; Bonner ve ark., 2013; Jung ve Park, 2011; Macdonald ve ark., 2012).

Psiko-Sosyal Faktörler

Hemodiyaliz hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde önemli değişiklikler oluşmaktadır. Hemodiyaliz tedavisi almakta olan hastalar sürekli olarak tıbbi tedaviye, bakıma ve sağlık personelinin desteğine ihtiyaç duymakta (Shahgholian ve Yousefi, 2015) ve bir takım stresörlere maruz kalmaktadırlar (Bonner ve ark., 2010; Jablonski, 2007; Macdonald ve ark., 2012). Hemodiyaliz hastaları kendilerini kolay sinirlenen, aşırı duyarlı ve depresif bireyler olarak tanımlamaktadırlar (Krespi ve ark., 2008). Hemodiyaliz hastalarında başta depresyon olmak üzere, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi psikososyal sorunlar sık görülmektedir (Bonner ve ark., 2013; Jhamb ve ark., 2013).

Yapılan bazı çalışmalarda depresyon (Bossola ve ark., 2009) ve anksiyete ile yorgunluk arasında ilişki olduğu bulunmuştur (Chen ve ark., 2010; Letchmi ve ark., 2011; Williams ve ark., 2007). Hemodiyaliz hastalarının duygusal, psikolojik ve sosyal destek gereksinimleri artmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında sosyal desteğin yorgunluk deneyimi ile ilişkili olduğu ve sosyal destek düzeyleri arttıkça yorgunluğun azaldığı belirlenmiştir (Karadağ ve ark., 2013; Shahgholian ve Yousefi, 2015). Bu sonuçlar ve yapılan çalışmalar hemodiyaliz hastalarının doktor, hemşire ve aileleri tarafından desteklenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Asgarpoor ve ark., 2011; Shahgholian ve Yousefi, 2015).

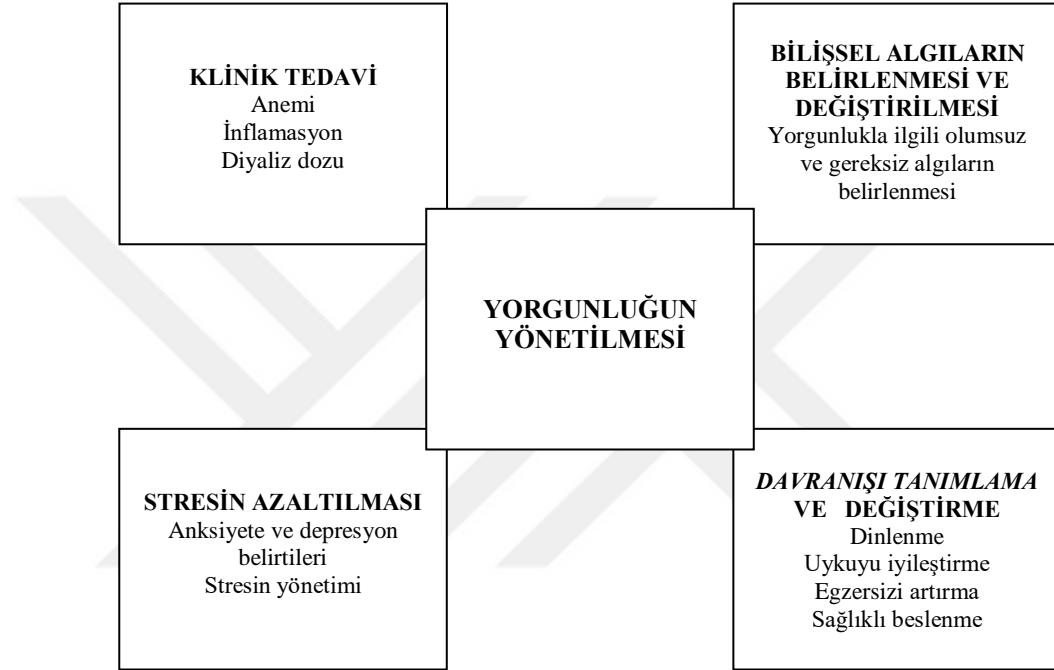
Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluğun Yönetilmesinde Hemşirenin Rolü

Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun çoklu ve bilinmeyen birçok sebebi olması nedeniyle tedavisi zordur. Bu duruma ek olarak sağlık profesyonellerinin yorgunluğu tam olarak tanımadıkları ve müdahalelerin yetersiz olduğu görülmektedir (Bossala ve ark., 2011; Leatherland, 2007; Weisbord ve ark., 2007).

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin de yorgunluk düzeyini en aza indirmek, yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu arttırmak, hastalığın ve tedavinin olumsuz etkilerini en aza indirmek, hemşirenin sorumlulukları arasındadır (Horigan ve ark., 2013; Patterson ve ark., 2013; Poorgholami ve ark., 2016). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun tedavisinde çok yönlü yaklaşımların uygulanmasına gereksinim vardır. Yorgunluğa yönelik yaklaşımlar farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak ikiye ayrılabilir. Farmakolojik tedavi yöntemleri arasında 1-

carnitine, büyüme hormonu, anabolik steroidler (nandrolone decanoate) ve C vitamini takviyesi önerilmektedir (Artom ve ark., 2014; Bossola ve ark., 2011). Nonfarmakolojik tedavi yöntemleri ise fiziksel aktivitenin düzenlenmesi, beslenmenin düzenlenmesi, uyku kalitesinin sağlanması, stres ve depresyonla başetme, akupunktur, meditasyon ve yoga sayılabilir (Artom ve ark., 2014; Bossola ve ark., 2011).

Şekil 2. 1:Yorgunluğun Yönetilmesi



(Artom ve ark., 2014)

Artom ve ark., (2014) böbrek hastalıklarında yorgunluğu değerlendirdikleri derleme çalışmasında yorgunluğun yönetilmesini dört alanda değerlendirmişlerdir. Klinik tedavide aneminin düzeltilmesi, inflamasyonun yönetilmesi, diyaliz dozunun ayarlanması, bilişsel algıların belirlenmesi ve değiştirilmesi, stres ve anksiyetenin azaltılması, dinlenme, uykuyu iyileştirme, beslenme ve egzersizin düzenlenmesinin yorgunluk yönetiminde etkili olduğunu belirtmişlerdir (Artom ve ark., 2014). Horigan ve ark., (2013) hemodiyaliz hastalarında yorgunluk yönetiminde hemodiyaliz uygulaması sonrasında istirahat edilmesini, günlük işlerin planlanmasını ve yorgunlukla ilgili diğer semptomların yönetimini önermektedir.

Yorgunluk, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından kabul edilen bir hemşirelik tanısıdır. NANDA yorgunluğu; dinlenmekle

geçmeyen, fiziksel ve mental iş kapasitesini azaltan, sürekli bitkinlik duygusu yaşama olarak tanımlamıştır (Carpetino, 2013; Herdman ve Kamitsuru, 2014).

NANDA'ne göre yorgunluğun majör tanılama kriterleri enerji eksikliğinin sürekli olarak söylenmesi ve günlük işleri sürdürmede yetersizlik olmasıdır. Minör tanılama kriterleri, rutin işlevlerini yapmak için ek enerji ihtiyacının hissedilmesi, fiziksel şikayetlerde artış, duygusal irritabilite, konsantre olma yeteneğinde bozulma, performansta azalma, laterji, çevreye karşı ilgisizlik, cinsel istekte azalma olarak tanımlanır (Herdman ve Kamitsuru, 2014).

Kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir role sahip olan hemşirelerin önemli rollerinden biri de eğitimidir (ICN, 2010). Hemşirelerin etkin hasta bakımı verebilmeleri için bireyi bütüncül olarak değerlendirmeleri gerekmektedir (Biol, 2007; Carpetino, 2013). Hemodiyaliz hastaları ile haftada 3 gün 4-6 saat geçiren hemşireler, bireylerin yorgunluk düzeylerini azaltmada önemli bir noktadadır. Bireylerin destek sistemlerini ve bireysel güçlerini nasıl kullanacaklarını belirlemek ve onlarla işbirliği yapmak için mükemmel bir konumdadır (Horigan ve ark., 2012; Horigan ve ark., 2013). Yorgunlukla başetmek için yapılabilecek hemşirelik girişimlerinin ana başlıkları şunlardır.

1-Hasta ve Ailesinin Eğitimi: Bireylerin yorgunluk yaşama nedenleri ve yorgunlukla başetme yöntemleri hakkında hasta ve aileye eğitim yapılır (Artom ve ark., 2014; Carpetino, 2013; Horigan ve ark., 2013).

2-Düzenli Egzersiz ve Gevşeme Yöntemleri: Basit egzersiz programı (gerilme, kasılma gibi) uygulanır. Zorlayıcı egzersiz ve hareketlerden kaçınılır. Hafif düzeyde fiziksel aktiviteler seçilmelidir (yürüyüş vb). Uygun egzersizler vücuda sağlamlık-dinçlik kazandırmaya ve yorgunluk belirtilerinin azalmasına yardımcı olabilir (Artom ve ark., 2014; Carpetino, 2013).

3-Dengeli Beslenme: Yeterli ve dengeli beslenme, yeterli hidrasyon ve elektrolit dengesinin sürdürülmesi, yorgunluğun azalmasına yardımcı olabilir (Artom ve ark., 2014; Carpetino, 2013; Horigan ve ark., 2013).

4-Yeterli Uyku ve Dinlenme: Yeterli uyku ve dinlenme yorgunluğun azaltılmasına yardımcı olabilir (Artom ve ark., 2014; Carpetino, 2013; Horigan ve ark., 2013).

5-Stresten Kaçınma: Stresden kaçınma ve stresle uygun şekilde başetme yorgunluğun azaltılmasına yardımcı olabilir (Artom ve ark.,2014; Carpetino, 2013).

6-Başetme Stratejileri: Dikkati başka yöne çekmek, enerjiyi korumak, yorgunluğa neden olan spesifik etkileri belirlemek gibi yorgunlukla başetmek için gerekli olan etkili yöntemlerin bilinmesi gereklidir. Hasta gerekli olmayan aktivitelerden kaçınmalı, gün içinde dinlenme dönemlerine yer vermelidir. Dikkati başka yöne yöneltecek aktivitelerle yorgunluk düzeyi azaltılabilir. Bu aktiviteler, kitap okumak, sosyal aktiviteler, müzik dinlemek, televizyon izlemek gibi hobilerdir. Gevşeme ve pozitif düşünmek de yorgunlukla başetmede önemlidir (Artom ve ark., 2014; Carpetino, 2013).

7-Farmakolojik Yaklaşımlar: Hastada depresyon bulguları varsa ve depresyon tanısı konulmuş ise antidepresanlar kullanılabilir (Carpetino, 2013).

8-Alternatif Tedaviler: Vitamin uygulamaları, enerji ve iyileştirme tedavileri, bitkisel ilaç uygulamaları ve özel diyetler tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden bazılarıdır. Ayrıca yorgunluğu olan hastalarda; meditasyon, yoga, aromaterapi, akupunktur, masaj gibi yöntemler faydalı olabilir (Artom ve ark., 2014; Carpetino, 2013).

9-Yaşam Biçimi Değişiklikleri: Günlük enerji gereksinimi düzenlemek ev ve işle ilgili ortam düzenlemeleri yapmak önemlidir (Carpetino, 2013; Horigan ve ark., 2013).

10-Fiziksel, Zihinsel, Çevresel Zorlayıcılardan Kaçınma: Sıcağa ve/veya soğuğa maruziyetten kaçınmak fayda sağlayabilir (Carpetino, 2013).

2.5 HEMODİYALİZ HASTALARINDA ÖZ-BAKIM

Bireylerin yaşamlarını sürdürmek, sağlık ve iyiliklerini korumak için yapmaları beklenen davranışlara öz-bakım denir. Öz-bakım gücü ise bireyin sağlığını sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili öz-bakım performansını belirleyen eylem ve güç öğelerin bileşimidir (Barett ve ark., 2014; Orem, 2001).

Sağlık hizmetlerinde son yıllarda öne çıkan anlayış, hastalığın tedavisinden daha önemli olanın sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi olduğu anlayışıdır. Bu süreçte de sağlık bakım vericisi olan hemşirenin rolü değişmekte ve öz-bakım kavramı ön plana çıkmaktadır. Öz-bakım kavramı Dorethea Orem tarafından 1959 yılında geliştirilmiştir. Orem hemşireliğin ilgi alanınının; insanın sağlığı ve yaşamının devamı, hastalık ve sakatlıklardan kurtulması ve onların olumsuz etkileri ile başedebilmesi

olarak belirlemiştir. Bireylerin kendi bakımını yapabilmesi için ihtiyaç duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşmıştır (Barett ve ark., 2014; Birol, 2007; Orem, 2001; Simmons, 2009).

Orem'e göre bireyler hastalandığında, kendi öz-bakımları yeterince sürdüremezler. Orem, hastanın gereksinimlerini karşılamada üç temel hemşirelik sistemi tanımlamıştır.

1.Tümüyle Eksikliği Giderme: Hasta öz-bakımını sağlamak konusunda yetersiz olduğunda, hasta yerine bakımını tamamen hemşire yürütmektedir. Hasta öz-bakımına hiç katkı sağlamamaktadır (Barett ve ark., 2014; Birol, 2007).

2.Kısmen Eksikliği Giderme: Hasta kısmen de olsa bazı öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilmektedir. Hemşire, hastanın yapamadığı öz-bakım davranışlarında yardımda bulunarak hastayı desteklemektedir. Burada öz-bakım gereksinimi hastayla birlikte karşılanmaktadır (Barett ve ark., 2014; Birol, 2007).

3.Destekleyici Eğitsel: Hasta öz-bakımını desteksiz sağlamaktadır ancak öz-bakım sürecini sürdürürken hemşirenin eğitici, rehberlik ve destekleyici rollerine ihtiyacı vardır. Hemşire hastaların bilgi gereksinimini, öz-bakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini giderir ve hastanın kendi bakımını üstlenmesine ve öz güveninin gelişmesine yardımcı olur (Orem, 2001).

Sağlıklı bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için yeterli öz-bakım gücüne sahip olmaları gerekir. Hasta öz-bakımına aktif olarak katılır (Barret ve ark., 2014). Birey öz-bakım gücünü kullanabilmek için kendine dikkat etmeli, fiziksel enerjisini kullanmalı, öz-bakım anlayışı doğrultusunda karar vermeli, kararlarını uygulamalı ve sürdürmelidir. Birey, sayılan bu özelliklere sahip olduğu sürece öz-bakım gereksinimlerini yeterli ve uygun bir şekilde karşılayabilecek, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilecek ve başkalarına bağımlı olmayacaktır (Britz ve Dum, 2010).

Hemşirelerin öz-bakım gücünü arttırmak için bireyleri (hasta/sağlıklı) desteklemeleri çok önemlidir (Bağ ve Mollaoğlu, 2010; Britz ve Dum, 2010; Orem, 2001).

Öz Bakım Eksikliğinde Yardım Yöntemleri ve Hemşirelik Girişimleri

Öz-bakım eksikliğinin bulunması ve bireyin öz-bakımını yerine getirememesi durumunda hemşirelik girişimleri gereklidir. Hemşireler tarafından yapılan girişimler, öz-bakım eksikliğini gidermek için kullanılan beş yardım metodunu içermektedir. Bunlar:

1. Bir başkası için bir şeyler yapmak
2. Rehberlik ve yönlendirme
3. Fiziksel veya psikolojik destek sağlamak
4. Kişisel gelişimi destekleyen bir ortamın sağlanması ve sürdürülmesi
5. Bir başkasına öğretmek.

Bu beş yardımcı metotların hasta bakım sürecinde hepsi kullanılabileceği gibi sadece biri de kullanılabilir. Bireyin ihtiyaçları doğrultusunda uygun metod seçilmelidir (Barett ve ark., 2014; Orem, 2001).

Hemodiyaliz hastalarının yaşanan fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlar nedeniyle, aile içinde rolleri değişmektedir (Shinde ve Mare, 2014). Bireylerin hemodiyaliz tedavisi nedeniyle kısıtlı çalışma imkanları olmakta ve sosyal ilişkileri azalmaktadır (Jansen ve ark., 2010; Shinde ve Mare, 2014). Yaşanan iç çatışmalar, cinsel fonksiyonlarda bozulmalar, yorgunluk, beden imgesinde değişme, sıvı kısıtlaması ve diyet yapma zorunluluğu, devamlı gelecek korkusu gibi psiko-sosyal sorunlar bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde değişime neden olmakta ve hastaların öz-bakım gücünde azalmaya yol açabilmektedir (Levey ve ark., 2007).

KBY olan hastalar ve ailelerine eğitim ve danışmanlık hizmeti verildiğinde hastaların öz-bakım gücünün arttığı, yaşam kalitelerinin yükseldiği, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması nedeniyle mortalite ve morbidite oranlarının düştüğü bulunmuştur (Plantinga ve ark., 2010).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma hemodiyaliz hastalarına uygulanan eğitiminin, hastaların yorgunluk ve öz-bakım gücü üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile deneysel olarak yapılmıştır.

3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapılacağı tarihlerde diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi olan bireyler oluşturmaktadır. Araştırma örneğine; 18 yaş ve üzerinde, en az altı aydır hemodiyaliz tedavisi almakta olan, grubun homojen yapısını sağlamak için haftada 3 kez hemodiyalize giren, tanılanmış psikiyatrik hastalığı olmayan, hemoglobin değeri 10mg/dl'nin üzerinde olan, bilinci açık, koopere ve çalışmaya katılmaya istekli olan 70 hasta alınmıştır. Örneklem özelliğini taşıyan hastalardan 35'i kontrol (Hemodiyaliz programı salı, perşembe, cumartesi olanlar), 35'i müdahale (Hemodiyaliz programı pazartesi, çarşamba, cuma olanlar) grubuna alınmıştır.

3.3 ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılım ve ilişkileri incelenmiştir.

Bağımlı Değişken: Hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin;

- Yorgunluk düzeyi
- Öz bakım gücü

Bağımsız Değişken: Hemodiyaliz tedavisi gören bireylere uygulanan yorgunluk ve öz-bakım eğitimi

3.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen; Hasta Tanıtım Formu (EK-I), Piper Yorgunluk Ölçeği (EK-II) ve Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK-III) kullanılmıştır.

Hasta Tanıtım Formu (EK-I)

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan form bireylerin sosyo-demografik bilgileri, komorbid hastalıkları, hemodiyaliz tedavisi, diyetle uyum ve eritropoetin kullanımı ile ilgili soruları içermektedir. Rutin olarak çalışılan laboratuvar bulguları hasta dosyasındaki kayıtlardan alınmıştır. Hasta tanıtım formu toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

Piper Yorgunluk Ölçeği (Piper Fatigue Scale) (EK-II)

Piper ve ark., tarafından (1998) geliştirilen ölçek toplam 22 maddeden oluşmakta ve hastanın yorgunluğa ilişkin subjektif algılaması dört alt boyut ile değerlendirmektedir.

1-Davranış/şiddet alt boyutu (6 madde; 2-7): yorgunluğun günlük yaşam aktivitesine etkisini ve şiddetini değerlendirir.

2-Duygulanım alt boyutu (5 madde; 8-12): yorgunluğa atfedilen duygusal anlamı kapsar.

3-Duyusal alt boyutu (5 madde; 13-17): yorgunluğun ruhsal, fiziksel ve duygusal bulgularını yansıtır.

4-Bilişsel/ruhsal alt boyutu (6 madde; 18-23): yorgunluğun bilişsel fonksiyonları ve ruhsal durumu etkileme düzeyini yansıtır.

Ölçekte olan ancak yorgunluk puanının hesaplanmasında kullanılmayan ama yorgunluğa ilişkin verilerin değerlendirilmesinde önemli olduklarından dolayı ölçekte kalması önerilen 5 madde (1 ve 24-27) daha vardır. Bunlardan madde 1 yorgunluğun devam etme süresini değerlendirmekte, madde 24-27 hastaların yorgunluğa ilişkin düşüncelerini ifade etmelerine izin vermektedir. Alt boyut puanları o alt boyutta yer alan tüm maddelerin puanının toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Her bir madde için yanıtlar 0-10 puan arasında değerlendirilmektedir. Toplam yorgunluk puanı ise 22 maddenin puanlarının toplanıp madde sayısına bölünmesiyle elde edilir. Ölçekten elde edilen puanların yüksek olması, algılanan yorgunluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Piper ve ark., 1998). Ölçeğin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirlik çalışması Can (2001) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa kat sayısı 0.94 olarak belirtilmiştir. Hemodiyaliz hastalarının yorgunluk düzeyini belirlemede bir çok araştırmacı bu ölçeği kullanmıştır (Asgarpoor ve ark., 2011; Mohammed ve ark., 2014; Sabouhi ve ark., 2013; Soyman, 2009; Özdemir, 2011). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0.98 olarak bulunmuştur.

Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK-III)

Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında insanların kendi kendilerine bakma yeteneklerini, güçlerini belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir. Ölçek durumlar karşısında aktif veya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olmak üzere dört temel üzerine oluşturulmuştur. 5'li likert tipi ölçekte beni hiç tanımlamıyor: 0 puan, beni pek tanımlamıyor: 1 puan, fikrim yok: 2

puan, beni biraz tanımlıyor: 3 puan, beni çok tanımlıyor: 4 puan olarak hesaplanır. Ölçek toplam 35 ifadeden oluşmakta ve 3, 6, 9, 13, 19, 22, 25, 26 ve 31. ifadeler negatif olarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme toplam 136 puan üzerinden yapılmaktadır. Ölçekte 82 puan altı düşük öz bakım gücü, 82-120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek öz bakım gücü olarak değerlendirilmektedir. Öz-bakım gücü ölçeğinden alınan toplam puanın yüksek olması bireyin öz bakımını gerçekleştirmede bağımsız ve yeterli olduğunu göstermektedir (Kearney ve Fleisher, 1979). Öz-bakım gücü ölçeğinin geçerlik güvenilirlik çalışması 1993 yılında Nahcıvan tarafından yapılmış, test tekrar test güvenilirliği 0.8, iç tutarlılığı 0.89 olarak belirlenmiştir (Nahcıvan, 1993). Ölçek hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücünü belirlemede birçok araştırmacı tarafından kullanılmıştır (Akın ve ark., 2013; Ünsar ve ark., 2007; Mohamed ve ark., 2016; Muz ve Eğlence, 2013; Wang ve ark., 2013). Araştırmamızda Cronbach alfa kat sayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

3.5 ARAŞTIRMANIN ÖN UYGULANMASI

Araştırmanın ön uygulaması araştırmanın yapıldığı diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi almakta olan 5 bireyle yapılmıştır. Ön uygulamada formların ve hasta eğitiminin uygulanmasında yaşanabilecek problemler değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonunda formlarda herhangi bir düzenleme yapılmasına gerek olmadığı belirlenmiştir.

3.6 ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı tarihte diyaliz merkezinde hemodiyaliz tedavisi almakta olan 150 hasta oluşturmuştur. Araştırma örnekleme araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 70 birey alınmıştır. Örnekleme alınan bireyler randomize kontrollü olarak müdahale ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. İlk görüşmede her iki gruptaki bireylere; Hasta Tanıtım Formu, Piper Yorgunluk Ölçeği, Öz-Bakım Gücü Ölçeği uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının cevaplanması ortalama 30 dakika sürmüştür. Müdahale grubuna alınan hastalara araştırmacı tarafından eğitimler verilmiştir. Eğitimler hastalara hemodiyaliz tedavisi sırasında bireysel eğitim oturumları şeklinde uygulanmıştır. Eğitimlerde görsel eğitim materyali, anlatım, soru cevap ve tartışma yöntemi kullanılmıştır. Planlanan tüm eğitim içeriği, 30 dakikalık 3 oturum şeklinde verilmiştir. Birinci oturumda yorgunluk kavramı, hemodiyaliz hastalarında yorgunluk nedenleri, diyaliz tedavisi, diyet ve anemi ilgili eğitim verilmiştir. İkinci oturumda, yorgunluk nedenlerinden, uyku sorunları, stres ve fiziksel aktivite ile ilgili

eğitim verilmiştir. Üçüncü oturumda yorgunlukla başetme ve öz-bakım gücünün artırılması ile ilgili eğitim verilmiştir. Eğitim oturumlarının tamamlanmasını takiben hastalara eğitim içeriğini içeren eğitim kitapçığı verilmiştir. Eğitim oturumlarının tamamlanmasını takip eden üçüncü ve altıncı ayda hem müdahale, hem de kontrol grubundaki hastalara Piper Yorgunluk Ölçeği, Öz-Bakım Gücü Ölçeği formları uygulanmıştır. Araştırma verilerinin tamamlanmasını takiben eşitlik ilkesi gereğince müdahale grubuna verilen eğitimler kontrol grubundaki bireylere de uygulanmıştır. Araştırmanın akış şeması Şekil 3.1’de ayrıntılı bir şekilde gösterilmektedir.

Eğitim Kitapçığı:

Araştırmada, konuyla ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan ve hastaların yorgunlukla başetme ve öz bakım gücünü geliştirmeye katkı sağlayacak bilgiler içeren “Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunlukla Başetme ve Öz-Bakım Gücünü Arttırma Eğitim Kitapçığı” kullanılmıştır. Eğitim kitapçığının içeriği;

a - Yorgunluk ve öz-bakım gücü

b - Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz-bakım gücü

c- Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk nedenleri

d- Yorgunluğun öz-bakım gücü üzerine etkileri

1 - Beslenme bozukluğu

2 - Kansızlık (anemi)

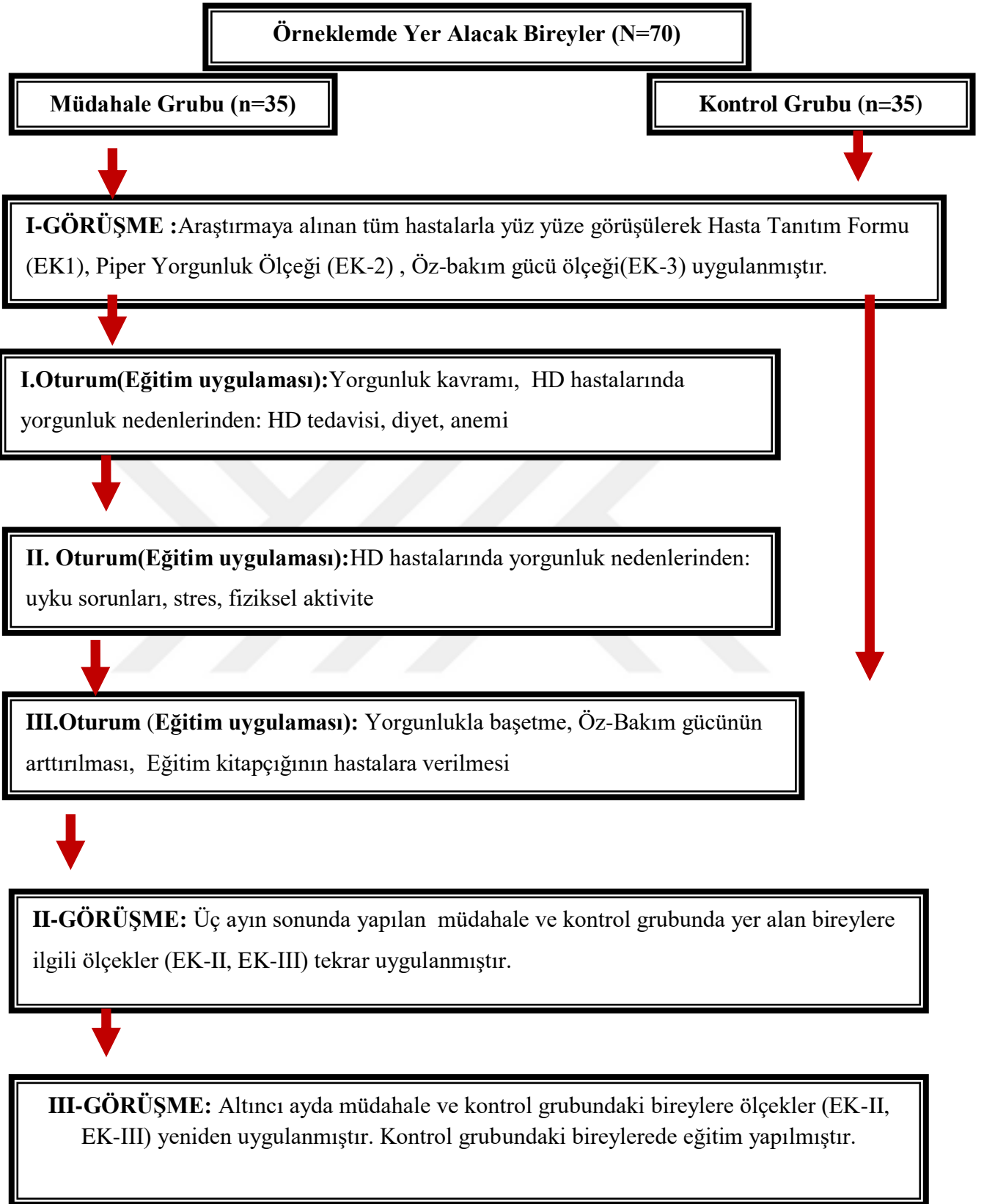
3 - Uyku sorunları

4 - Stres

5 - Hareketsiz yaşam

e- Yorgunluğunuzu azaltmak ve öz-bakım gücünüzü arttırmak için yapılabilecek uygulamalar bilgisinden oluşmaktadır.

Şekil 3. 1: Araştırmanın Akış Şeması



3.7 ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın etik uygunluğu için Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2015-64/008 karar numarası ile 17.04.2015 tarihinde onay alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak tüm bireyler; yapılacak uygulamalara yönelik bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylere verilerin sadece bu çalışma için kullanılacağı belirtilmiştir. Her katılımcıya verilerin gizliliği için sadece araştırmacılar tarafından belirlenen bir kod verilmiştir. Hastalara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesine, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı açıklanarak “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 eğitim uygulanmış ve eğitim kitapçığı verilmiştir. Böylelikle “eşitlik ilkesi” yerine getirilmiştir.

3.8 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22 (Statistical Package Programme for the Social Science) paket programında analiz edilmiştir. Örneklemeye alınan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili veriler sayı, yüzdeler ve Pearson χ^2 testi ile değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerden, parametrik test varsayımlarını yerine getirenlerde, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, eşler arası farkın önemlilik testi, varyans analizi ve Tukey testi kullanılmıştır. Nonparametrik test varsayımlarını yerine getiren verilerin analizinde Mann-Whitney U testi, Wilcoxon, Kruskal-Wallis testi, Khi-kare testi, Friedman testleri uygulanmıştır. Yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda eğitimin yorgunluk ve öz-bakım gücü üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1: Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

| Tanıtıcı Özellikler | Müdahale Grubu (n=35) | | Kontrol Grubu (n=35) | | X ² | p |
|-----------------------|--------------------------|------|-------------------------|------|----------------|-------|
| | Sayı | % | Sayı | % | | |
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kadın | 18 | 51.4 | 19 | 54.2 | 0.57 | 0.811 |
| Erkek | 17 | 48.6 | 16 | 45.8 | | |
| Yaş | | | | | | |
| 31-40 | 7 | 20.0 | 3 | 8.6 | 3.51 | 0.319 |
| 41-50 | 3 | 8.6 | 3 | 8.6 | | |
| 51-60 | 12 | 30.0 | 9 | 25.7 | | |
| 61-70 | 13 | 37.1 | 20 | 57.1 | | |
| Eğitim Durumu | | | | | | |
| Okuryazar | 5 | 14.3 | 12 | 34.3 | 7.48 | 0.058 |
| İlköğretim | 20 | 57.1 | 20 | 57.1 | | |
| Lise | 7 | 20.0 | 3 | 8.6 | | |
| Yüksek okul | 3 | 8.6 | 0 | 0.0 | | |
| Medeni Durum | | | | | | |
| Evli | 29 | 82.9 | 22 | 62.9 | 3.45 | 0.06 |
| Bekar | 6 | 17.1 | 13 | 37.1 | | |
| Çalışma Durumu | | | | | | |
| Çalışıyor | 6 | 17.1 | 4 | 11.4 | 0.46 | 0.498 |
| Çalışmıyor | 29 | 82.9 | 31 | 88.6 | | |
| Meslek Durumu | | | | | | |
| Ev hanımı | 16 | 45.7 | 19 | 54.3 | 2.43 | 0.657 |
| Memur | 4 | 11.4 | 1 | 2.9 | | |
| Emekli | 12 | 34.3 | 13 | 37.1 | | |
| Serbest meslek | 2 | 5.7 | 1 | 2.9 | | |
| İşçi | 1 | 2.9 | 1 | 2.9 | | |
| Gelir Düzeyi | | | | | | |
| İyi | 7 | 20.0 | 2 | 5.7 | 3.49 | 0.174 |
| Orta | 15 | 42.9 | 20 | 57.1 | | |
| Kötü | 13 | 37.1 | 13 | 37.1 | | |
| Aile Tipi | | | | | | |
| Geniş | 29 | 82.9 | 23 | 65.7 | 2.69 | 0.101 |
| Çekirdek | 6 | 17.1 | 12 | 34.3 | | |

*p<0.05önemli

Araştırma örneklemine alınan bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin %51.4'ü kadın, %37.1'i 61-70 yaş grubunda, %57.1'i ilköğretim mezunu, %82.9'u evlidir. Bireylerin %82.9'unun çalışmadığı, %45.7'sinin ev hanımı olduğu, % 42.9'unun gelir durumunun orta düzeyde olduğunu ifade ettiği ve % 82.9'unun geniş ailede yaşadığı bulunmuştur.

Kontrol grubundaki bireylerin %54.2'si kadın, %57.1'i 61-70 yaş grubunda, %57.1'i ilköğretim mezunu, %62.9'u evlidir. Bireylerin, % 88.6'sının çalışmadığı, %54.3'ünün ev hanımı olduğu, %57.1'inin gelir durumunun orta olduğunu ifade ettiği ve % 65.7'sinin geniş ailede yaşadığı bulunmuştur.

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, çalıştığı meslek, gelir düzeyi ve aile tipi değişkenleri yönünden müdahale ve kontrol grubu arasındaki benzerliği saptamak amacıyla yapılan analizde; belirtilen değişkenler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, temel sosyo-demografik özellikler açısından her iki grubun birbirine benzer özellikleri taşıdığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.2: Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bireylerin Hastalık Özellikleri

| Klinik Özellikler | Müdahale Grubu (n=35) | | Kontrol Grubu (n=35) | | X ² | p |
|--|-----------------------|------|----------------------|------|----------------|--------|
| | Sayı | % | Sayı | % | | |
| Böbrek Hastalığı Süresi | | | | | | |
| 6 ay | 0 | 0 | 1 | 2.9 | 11.10 | 0.025* |
| 7-11 ay | 1 | 2.9 | 1 | 2.9 | | |
| 1-5 yıl | 13 | 37.1 | 3 | 8.6 | | |
| 6-9 yıl | 6 | 17.1 | 15 | 42.9 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 15 | 42.9 | 15 | 42.9 | | |
| Diyalize Girme Süresi | | | | | | |
| 6 ay | 2 | 5.7 | 2 | 5.7 | 1.29 | 0.862 |
| 7-11 ay | 3 | 8.6 | 1 | 2.9 | | |
| 1-5 yıl | 9 | 25.7 | 11 | 31.4 | | |
| 6-9 yıl | 9 | 25.7 | 10 | 28.6 | | |
| 10 yıl ve üzeri | 12 | 34.3 | 11 | 31.4 | | |
| Hastalıkla İlgili Eğitim Alma | | | | | | |
| Evet | 20 | 57.1 | 19 | 54.3 | 0.58 | 0.810 |
| Hayır | 15 | 42.9 | 16 | 47.7 | | |
| Diyetine Uyuma Durumu | | | | | | |
| Evet | 20 | 57.1 | 16 | 45.7 | 0.91 | 0.339 |
| Hayır | 15 | 42.9 | 19 | 54.3 | | |
| Hastalığa Yönelik İlaç Kullanma Durumu | | | | | | |
| Kullanıyor | 34 | 97.1 | 32 | 91.4 | 1.06 | 0.303 |
| Kullanmıyor | 1 | 2.9 | 3 | 8.6 | | |
| Eritropoetin Kullanma Durumu | | | | | | |
| Kullanıyor | 33 | 94.3 | 32 | 91.4 | 0.21 | 0.643 |
| Kullanmıyor | 2 | 5.7 | 3 | 8.6 | | |
| KBY Dışında Başka Hastalıkların Varlığı | | | | | | |
| Var | 24 | 68.6 | 26 | 74.3 | 0.28 | 0.597 |
| Yok | 11 | 31.4 | 9 | 25.7 | | |
| Hemoglobin Düzeyi | | | | | | |
| 10-11mg/dl | 20 | 57.1 | 19 | 54.3 | 3.66 | 0.382 |
| 11.1-12mg/dl | 8 | 22.9 | 10 | 28.6 | | |
| 12.1-13mg/dl | 7 | 20.0 | 4 | 11.4 | | |
| 13.1 ve üzeri mg/dl | - | 0.0 | 2 | 5.7 | | |

*p<0.05önemli

Araştırma örnekleme alınan bireylerin, hastalık özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.2’de verilmiştir. Müdahale grubunu oluşturan bireylerin %42.9’unun böbrek hastalığı süresinin 10 yıl ve üzerinde olduğu, %34.3’ünün 10 yıl ve üzeri bir süredir hemodiyaliz tedavisi gördüğü bulunmuştur. Bireylerin %57.1’inin hastalıkla ilgili eğitim aldığı, %57.1’inin diyetine uyduğu, %97.1’inin hastalığına yönelik ilaç kullandığı, %94.3’ünün eritropoetin tedavisi gördüğü, %68.6’sının KBY dışında başka hastalığının olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %57.1’inin hemoglobin düzeyinin 10-11 mg/dl olduğu bulunmuştur.

Kontrol grubundaki bireylerin %42.9’unun böbrek hastalığı süresinin 10 yıl ve üzeri olduğu, %34.3’ünün 1-5 yıl ve 10 yıl ve üzeri bir süredir hemodiyaliz tedavisi gördüğü bulunmuştur. Bireylerin %54.3’ünün hastalıkla ilgili eğitim aldığı, %54.3’ünün diyetine uymadığı, %91.4’ünün hastalığına yönelik ilaç kullandığı, %91.4’ünün eritropoetin tedavisi gördüğü, %74.3’ünün KBY dışında başka hastalığının olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %54.3’ünün hemoglobin düzeyinin 10-11 mg/dl olduğu bulunmuştur.

Müdahale ve kontrol grubundaki bireyler böbrek hastalıklarının süresine göre karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Müdahale grubundaki bireylerde böbrek hastalığı süresi 1-5 yıl arasında olan hasta sayısının kontrol grubundan fazla olduğu, 6-9 yıl arasında hastalık süresine sahip olan hasta sayısının da kontrol grubunda daha fazla olduğu belirlenmiştir. Her iki gruptaki bireylerin diyalize girme süresi, hastalıkla ilgili eğitim alma, diyetlerine uyma, ilaç kullanma, eritropoetin kullanma, başka bir kronik hastalık sahibi olma ve hemoglobin düzeyleri açısından fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.3: Bireylerin Eğitim Öncesi Yorgunluk Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

| Klinik Özellikler | Müdahale Grubu (n=35) | | Kontrol Grubu (n=35) | | X ² | p |
|---|-----------------------|------|----------------------|------|----------------|--------|
| | Sayı | % | Sayı | % | | |
| Yorgunluk Yaşama Durumu | | | | | | |
| Yaşıyor | 31 | 88.6 | 32 | 91.4 | 0.159 | 0.690 |
| Yaşamıyor | 4 | 11.4 | 3 | 8.6 | | |
| Yorgunluğun Günlük Yaşantısını Etkileme Durumu | | | | | | |
| Etkiliyor | 27 | 87.0 | 29 | 90.6 | 1.30 | 0.105 |
| Etkilemiyor | 4 | 13.0 | 3 | 9.4 | | |
| Yorgunlukla Başetmek İçin Destek Alma Durumu | | | | | | |
| Alıyor | 1 | 3.2 | 2 | 6.3 | 2.25 | 0.08 |
| Almıyor | 30 | 96.7 | 30 | 93.7 | | |
| Yorgunluk Yaşama Süresi | | | | | | |
| Haftalardır | 9 | 31.4 | 6 | 18.7 | 1.29 | 0.204 |
| Aylardır | 22 | 68.6 | 26 | 81.3 | | |
| Yorgunluğa Sebep Olan Durum | | | | | | |
| Hemodiyaliz | 26 | 80.0 | 18 | 56.2 | 5.85 | 0.022* |
| KBY | 5 | 20.0 | 14 | 43.8 | | |
| Yorgunluğu Azaltmak için Yapılan Girişimler | | | | | | |
| Uyumak | 14 | 45.1 | 13 | 40.6 | 0.17 | 0.700 |
| Dinlenmek | 10 | 32.2 | 13 | 40.6 | | |
| Hiçbir şey yapmamak | 7 | 25.7 | 6 | 22.8 | | |
| Yorgunluk Dışında Şikayetlerin Varlığı | | | | | | |
| Hipotansiyon | 13 | 42.9 | 13 | 40.6 | 1.13 | 0.200 |
| Kas krampları | 11 | 37.1 | 15 | 46.8 | | |
| Yok | 7 | 20.0 | 4 | 12.5 | | |

*p<0.05önemli

Araştırma örneklemine alınan bireylerin, yorgunluk yaşama durumu ile ilgili özellikleri Tablo 4.3'de verilmiştir. Müdahale grubunu oluşturan bireylerin % 88.6'sı yorgunluk yaşadığını, % 87.0'ı yaşadığı yorgunluğun günlük yaşantısını etkilediğini, %96.7'si yorgunlukla başetmek için destek almadığını ifade ettiği belirlenmiştir. Bireylerin %68.6'sı aylardır yorgunluk yaşadığını, %80.0 hemodiyaliz işlemi nedeniyle yorgunluk yaşadıklarını düşündüklerini, yorgunluk yaşadığını ifade eden hastaların %45.1'inin yorgunluğu azaltmak için uyumayı tercih ettikleri ve bireylerin % 42.9'unun yorgunluk dışında hipotansiyon yakınması yaşadıkları bulunmuştur.

Kontrol grubundaki bireylerin; %91.4'ü yorgunluk yaşadığını, %90.6'sı yaşadığı yorgunluğun günlük yaşantısını etkilediğini, %93.7'si yorgunlukla başetmek için destek almadığını ifade etmişlerdir. Bireylerin %81.2 aylardır yorgunluk yaşadığını, %56.2 hemodiyaliz işlemi nedeniyle yorgunluk yaşadıklarını düşündüklerini, yorgunluk yaşadığını ifade eden hastaların %40.6'sı yorgunluğu azaltmak için uyumayı/dinlenmeyi tercih ettiklerini ifade ettikleri ve bireylerin %46.8'sinin yorgunluk dışında kas krampları yaşadığı bulunmuştur.

Yorgunluk yaşama, yaşadığı yorgunluğun günlük yaşantısını etkileme, yorgunlukla başetmek için destek alma durumu, yorgunluk yaşama süresi, yorgunluğu azaltmak için yapılan girişimler ve yorgunluk dışında şikayetlerin varlığı yönünden gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Müdahale grubundaki hastaların %80.0'i, kontrol grubundaki hastaların %56.2'si yaşadıkları yorgunluğun nedeninin hemodiyaliz tedavisi olduğunu ifade etmişlerdir. Gruplar arası farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4. 4: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Eğitim Öncesi Yorgunluk ve Öz Bakım Gücü Puanları

| | Yorgunluk Puanları | Öz-Bakım Gücü Puanları |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|
| | X±SD | X±SD |
| Müdahale Grubu | 7.24±1.62 | 86.20±16.00 |
| Kontrol Grubu | 7.71±1.35 | 79.11±14.65 |
| t | 1.30 | 1.93 |
| p | 0.198 | 0.058 |

*p<0.05 önemli

Araştırmaya alınan bireylerin, eğitim öncesi yorgunluk ve öz-bakım gücü puanlarının ortalamaları Tablo 4.4’de verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların eğitimden önceki yorgunluk puanları karşılaştırıldığında; yorgunluk puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel bir farklılık olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Eğitimden önce, müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin öz-bakım gücü puanları yönünden gruplar arasında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4. 5: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Yorgunluk Puanları

| | | Eğitimden önce | Eğitim sonrası 3.ay | Eğitim sonrası 6.ay | F | p |
|--------------------|-----------------------|----------------|---------------------|---------------------|--------|--------|
| | | X±SD | X±SD | X±SD | | |
| DUYGUSAL | Müdahale Grubu | 7.43±1.61 | 4.80±1.05 | 4.58±0.98 | 192.50 | 0.001* |
| | Kontrol Grubu | 7.77±1.39 | 7.78±1.34 | 7.84±1.50 | 2.30 | 0.108 |
| | t | 0.95 | 10.34 | 10.73 | | |
| | p | 0.345 | 0.001* | 0.001* | | |
| DUYGULANIM | Müdahale Grubu | 7.37±1.81 | 4.86±1.22 | 4.73±1.08 | 153.72 | 0.001* |
| | Kontrol Grubu | 7.73±1.36 | 7.75±1.48 | 7.68±1.57 | 0.19 | 0.822 |
| | t | 0.93 | 8.86 | 9.11 | | |
| | p | 0.351 | 0.001* | 0.001* | | |
| BİLİŞSEL | Müdahale Grubu | 7.02±1.71 | 4.69±1.01 | 4.55±0.95 | 147.26 | 0.001* |
| | Kontrol Grubu | 7.33±1.51 | 7.37±1.63 | 7.49±1.58 | 1.06 | 0.349 |
| | t | 0.81 | 8.25 | 9.41 | | |
| | p | 0.420 | 0.001* | 0.001* | | |
| DAVRANIŞSAL | Müdahale Grubu | 7.20±1.74 | 5.00±1.24 | 4.80±1.00 | 196.5 | 0.001* |
| | Kontrol Grubu | 8.00±1.45 | 8.28±2.62 | 7.99±1.36 | 0.51 | 0.601 |
| | t | 2.10 | 6.66 | 11.08 | | |
| | p | 0.039* | 0.001* | 0.001* | | |
| TOPLAM Y.P. | Müdahale Grubu | 7.24±1.62 | 4.84±1.04 | 4.67±0.92 | 266.40 | 0.001* |
| | Kontrol Grubu | 7.71±1.35 | 7.80±1.55 | 7.75±1.42 | 0.40 | 0.669 |
| | t | 1.30 | 9.35 | 10.73 | | |
| | p | 0.198 | 0.001* | 0.001* | | |

*p<0.05önemli

Araştırmaya alınan bireylerin, eğitim öncesi ve eğitim sonrası yorgunluk puan ortalamaları Tablo 4.5’de verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin eğitimden önceki yorgunluk puanları karşılaştırıldığında; yorgunluk ölçeğinin duygusal, duygulanım, bilişsel alt boyutları ve toplam yorgunluk puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık olmadığı ($p>0.05$), kontrol grubundaki hastaların davranışsal yorgunluk puanlarının müdahale grubundaki hastalardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Eğitimden 3 ay sonra her iki gruptaki bireylerin yorgunluk puanları karşılaştırıldığında müdahale grubundaki bireylerin yorgunluk puanları azalırken, kontrol grubundaki bireylerin yorgunluk düzeylerinin artış göstererek yüksek düzeyde seyrettiği belirlenmiştir. Yorgunluk ölçeğinin duygusal, duygulanım, bilişsel, davranışsal alt boyutları puanları ve toplam yorgunluk puanları yönünden gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Eğitimden 6 ay sonra her iki gruptaki bireylerin yorgunluk puanları karşılaştırıldığında; müdahale grubundaki bireylerin yorgunluk puanları azalırken, kontrol grubundaki bireylerin yorgunluk düzeylerinin aynı seviyede devam ettiği, yorgunluk ölçeğinin duygusal, duygulanım, bilişsel, davranışsal alt boyutları ve toplam yorgunluk puanları yönünden gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Eğitim öncesi, eğitimden 3 ay ve 6 ay sonraki yorgunluk puanları açısından grup içi karşılaştırmalar yapıldığında; müdahale grubundaki bireylerin eğitimden 3 ve 6 ay sonraki değerlendirmelerde yorgunluk ölçeğinin tüm alt boyutlarının ve toplam yorgunluk puanlarının azaldığı belirlenmiştir. Müdahale grubundaki bireylerde eğitim öncesi ve eğitim sonrası yorgunluğun tüm alt boyutları ve toplam yorgunluk puan ortalamaları açısından farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası yorgunluğun tüm alt boyutları ve toplam yorgunluk puan ortalamaları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Değerler ikişerli karşılaştırıldığında eğitim öncesi ile eğitim sonrası 3. ayda yorgunluk boyutları ve eğitim öncesi ile eğitim sonrası 6. ayda yorgunluk boyutları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim sonrası 3. ay ile eğitim sonrası 6. ayda yorgunluk boyutları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4. 6: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Yorgunluk Puanlarının Sosyo-Demografik özelliklere Göre Karşılaştırılması

| | | Eğitimden önce | | Eğitimden Sonra 3. ay | | Eğitimden Sonra 6. ay | | Eğitim Öncesi ve Sonrası Grup İçi Değişim | | | |
|----------------|------------------|----------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|---|--------|---------|-------|
| | | Müdahale | Kontrol | Müdahale | Kontrol | Müdahale | Kontrol | Müdahale | | Kontrol | |
| | | X±SD | X±SD | X±SD | X±SD | X±SD | X±SD | FF | p | FF | p |
| Yaş | 31-40 | 6.59±1.47 | 6.48±1.15 | 4.66±0.88 | 6.57±1.33 | 4.56±0.67 | 6.62±1.64 | 10.57 | 0.005* | 0.31 | 0.854 |
| | 41-50 | 6.65±2.79 | 7.84±1.00 | 4.53±2.23 | 7.71±1.27 | 4.24±1.94 | 7.86±1.38 | 8.66 | 0.008* | 0.66 | 0.717 |
| | 51-60 | 7.51±1.46 | 7.28±2.00 | 4.79±0.90 | 7.28±2.10 | 4.62±0.83 | 7.40±2.12 | 20.66 | 0.001* | 3.71 | 0.156 |
| | 61-70 | 7.48±1.63 | 8.06±0.93 | 5.04±1.00 | 8.23±1.24 | 4.87±0.91 | 8.06±0.94 | 21.29 | 0.001* | 0.72 | 0.698 |
| | KW | 7.75 | 0.48 | 9.01 | 0.35 | 3.70 | 0.21 | | | | |
| | p | 0.055 | 0.922 | 0.052 | 0.949 | 0.295 | 0.974 | | | | |
| Cinsiyet | Kadın | 7.73±1.27 | 8.04±0.98 | 5.11±0.73 | 8.17±1.39 | 4.91±6.66 | 7.99±1.11 | 31.00 | 0.001* | 0.77 | 0.678 |
| | Erkek | 6.72±1.82 | 7.30±1.63 | 4.55±1.25 | 7.36±1.65 | 4.40±1.09 | 7.46±1.71 | 26.35 | 0.001* | 4.00 | 0.135 |
| | KW | 1.92 | 1.65 | 1.61 | 1.57 | 1.68 | 1.11 | | | | |
| | p | 0.063 | 1.108 | 0.115 | 0.125 | 0.102 | 2.75 | | | | |
| Medeni Durum | Evli | 7.27±1.63 | 7.59±1.45 | 4.84±1.07 | 7.70±1.72 | 4.65±0.96 | 7.58±1.54 | 47.28 | 0.001* | 2.24 | 0.326 |
| | Bekar | 7.09±1.74 | 7.89±1.18 | 4.84±0.94 | 7.96±1.25 | 4.74±0.76 | 8.03±1.20 | 9.33 | 0.009* | 1.05 | 0.589 |
| | t | 0.25 | KW=0.62 | 0.01 | 0.45 | 0.20 | 0.89 | | | | |
| | p | 0.803 | 0.535 | 0.996 | 0.649 | 0.837 | 0.376 | | | | |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 6.21±2.10 | 7.09±1.53 | 4.32±1.53 | 7.15±1.59 | 4.38±1.41 | 7.21±1.79 | 8.40 | 0.015* | 3.20 | 0.200 |
| | Çalışmıyor | 7.45±1.46 | 7.79±1.33 | 4.94±0.91 | 7.88±1.55 | 4.72±0.81 | 7.82±1.39 | 51.44 | 0.001* | 3.15 | 0.195 |
| | p | 0.172 | 0.301 | 0.356 | 0.407 | 0.881 | 0.499 | | | | |
| Eğitim Düzeyi | Okur-yazar değil | 8.20±1.17 | 8.44±0.71 | 5.39±0.69 | 8.74±1.15 | 5.27±0.64 | 8.38±0.87 | 8.40 | 0.015* | 0.82 | 0.662 |
| | İlkokul | 7.55±1.34 | 7.45±1.47 | 4.97±0.86 | 7.43±1.55 | 4.70±0.76 | 7.55±1.55 | 34.65 | 0.001* | 2.44 | 0.294 |
| | Lise | 6.29±1.51 | 6.46±1.12 | 4.43±1.10 | 6.50±1.20 | 4.41±0.96 | 6.54±1.52 | 10.57 | 0.005* | 0.66 | 0.717 |
| | Yüksekokul | 5.81±2.95 | ---- | 4.03±2.06 | ----- | 4.04±1.90 | ----- | 7.66 | 0.006* | ----- | ----- |
| | F | 6.01 | 7.56 | 3.95 | 7.85 | 3.74 | 7.79 | | | | |
| | p | 0.111 | 0.023* | 0.266 | 0.020* | 0.290 | 0.091 | | | | |

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin eğitimden önce ve eğitimden sonra toplam yorgunluk puanlarının bazı sosyo-demografik özellikleri yönünden karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir. Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve eğitim düzeyi yönünden yorgunluk puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Müdahale grubunda; ileri yaşta, kadın cinsiyetinde, evli olanlarda, çalışmayanlarda ve düşük eğitim düzeyi olanlarda bireylerin yorgunluk puanları yüksek bulunmasına rağmen aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin eğitim öncesi yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu yönünden yorgunluk puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol grubunda; ileri yaşta, kadın cinsiyetinde, bekar olanlarda ve çalışmayanlarda bireylerin yorgunluk puanları yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Kontrol grubunda eğitim düzeyi arttıkça yorgunluk puanlarının azaldığı görülmektedir ($p<0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerin eğitimden 3 ay sonra yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve eğitim düzeyi yönünden yorgunluk puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol grubundaki bireylerin eğitim öncesi yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu yönünden yorgunluk puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol grubunda eğitim düzeyi arttıkça yorgunluk puanlarının azaldığı görülmektedir ($p<0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerin eğitimden 6 ay sonra yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve eğitim düzeyi yönünden yorgunluk puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol grubundaki bireylerin eğitim öncesi yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve eğitim düzeyi yönünden yorgunluk puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve eğitim düzeyleri yönünden kontrol grubundaki bireylerde eğitim öncesi ve eğitim sonrasında yorgunluk seviyesinde değişiklik görülmemiştir. Müdahale grubundaki bireylerin toplam yorgunluk puanlarının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre azaldığı görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 4. 7: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Yorgunluk Puanlarının Karşılaştırılması

| | Eğitimden Önce | | Eğitimden Sonra 3. ay | | Eğitimden Sonra 6. ay | | Eğitim Öncesi ve Sonrası Grup İçi Değişim | | | |
|------------------------------|----------------|-----------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------|---|--------|---------|-------|
| | Müdahale | Kontrol | Müdahale | Kontrol | Müdahale | Kontrol | Müdahale | | Kontrol | |
| | X±SD | X±SD | X±SD | X±SD | X±SD | X±SD | FF | p | FF | p |
| Diyalize Girme Süresi | | | | | | | | | | |
| 1-5 yıl | 7.68±1.38 | 7.55±0.88 | 5.28±0.93 | 7.59±1.08 | 4.99±0.78 | 7.75±0.84 | 14.88 | 0.001* | 0.41 | 0.811 |
| 6-9 yıl | 6.54±2.04 | 7.95±1.13 | 4.54±1.22 | 7.09±1.21 | 4.48±1.16 | 7.93±1.24 | 14.11 | 0.001* | 4.27 | 0.118 |
| 10 yıl ve üzeri | 7.11±1.65 | 7.51±1.67 | 4.54±0.97 | 7.77±2.00 | 4.44±0.92 | 7.56±1.76 | 18.66 | 0.001* | 0.76 | 0.683 |
| F | 1.11 | 0.41 | 2.29 | 0.07 | 1.46 | 0.23 | | | | |
| p | 0.342 | 0.661 | 0.117 | 0.929 | 0.246 | 0.790 | | | | |
| Hemoglobin Düzeyi | | | | | | | | | | |
| 10-11 mg/dl | 7.35±1.49 | 7.86±1.16 | 4.99±1.04 | 8.01±1.52 | 4.82±0.95 | 7.93±1.19 | 31.60 | 0.001* | 2.54 | 0.260 |
| 11.1-12 mg/dl | 7.30±1.49 | 7.69±0.79 | 4.84±0.80 | 7.77±1.00 | 4.51±0.64 | 7.68±1.16 | 14.25 | 0.001* | 2.20 | 0.332 |
| 12.1-13mg/dl | 6.86±2.25 | 7.26±2.45 | 4.41±1.28 | 7.18±2.36 | 4.38±1.13 | 7.14±2.37 | 11.18 | 0.004* | 0.93 | 0.627 |
| F | 0.230 | 0.43 | 0.77 | 0.69 | 0.71 | 0.69 | | | | |
| p | 0.794 | 0.654 | 0.468 | 0.535 | 0.497 | 0.506 | | | | |

*p<0.05önemli

Araştırma örneklemine alınan bireylerin, eğitimden önce ve eğitim sonrası hastalık özelliklerine göre yorgunluklarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir. Her iki gruptaki bireylerin diyalize girme süresi ve hemoglobin düzeylerine göre toplam yorgunluk puanları yönünden eğitim öncesi, eğitimden sonra 3. ay ve 6. ayda puanları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Değerler ikişerli karşılaştırıldığında her iki grupta da diyalize girme süresi, hastalıkları ve hemoglobin düzeyleri yönünden istatistiksel olarak farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Diyalize girme süresi ve hemoglobin düzeyleri yönünden bireylerin eğitim öncesi, eğitim sonrası 3. ay ve eğitim sonrası 6. ayda kontrol grubundaki bireylerin toplam yorgunluk puanlarında değişiklik görülmemiştir. Müdahale grubundaki bireylerin toplam yorgunluk puanlarının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre azaldığı görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 4. 8: Eğitimden Önce ve Eğitim Sonrası Bireylerin Öz-Bakım Gücü Puanları

| Öz-Bakım Gücü | Müdahale Grubu | Kontrol Grubu | t | p |
|------------------------------|----------------|---------------|-------|--------|
| | X±SD | X±SD | | |
| Eğitimden önce | 86.20±16.00 | 79.11±14.65 | 1.93 | 0.058 |
| Eğitimden sonra 3. ay | 115.40±11.13 | 78.68±14.47 | 11.89 | 0.001* |
| Eğitimden sonra 6.ay | 118.97±11.18 | 76.91±15.14 | 13.21 | 0.001* |
| F | 133.92 | 1.40 | | |
| p | 0.001* | 0.252 | | |

*p<0.05önemli

Araştırma örneklemine alınan bireylerin, eğitimden önce, eğitimden sonra 3 ve 6. ayda öz-bakım gücü puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmiştir. Eğitimden önce, müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin öz-bakım gücü puanları yönünden gruplar arasında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Eğitimden sonra 3. ve 6. ayda öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında kontrol ve müdahale grupları arasında farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahale grubundaki bireylerin öz-bakım gücü 3. ve 6. aylarda artarken kontrol grubunun öz-bakım gücünde değişme olmadığı gözlenmiştir.

Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Eğitim sonrası öz-bakım gücü puanlarının arttığı görülmüştür ($p<0.05$). Değerler ikişerli karşılaştırıldığında eğitim öncesi öz-bakım gücü ile eğitim sonrası 3. ayda öz-bakım gücü puanları ve eğitim öncesi öz-bakım gücü puanları ile eğitim sonrası 6. ayda öz-bakım gücü puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim sonrası 3. ay ile 6. ay öz-bakım gücü puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin eğitim öncesi ve ve eğitim sonrası öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4. 9: Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Sosyo-Demografik Özellikleri Yönünden Öz-Bakım Gücü Puanlarının Karşılaştırılması

| | | Eğitimden Önce | | Eğitimden Sonra 3. ay | | Eğitimden Sonra 6. ay | | Eğitim Öncesi ve Sonrası Grup İçi Değişim | | | |
|------------------|------------|------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|---|--------|---------------|-------|
| | | Müdahale X±SD | Kontrol X±SD | Müdahale X±SD | Kontrol X±SD | Müdahale X±SD | Kontrol X±SD | Müdahale FF | p | Kontrol FF | p |
| Yaş | 31-40 | 100.71±19.27 | 83.33±20.50 | 119.71±14.51 | 77.33±18.14 | 123.57±10.90 | 77.66±21.07 | 12.00 | 0.002* | 0.77 | 0.678 |
| | 41-50 | 89.33±12.34 | 85.00±27.22 | 113.00±19.92 | 82.66±21.54 | 117.66±1.52 | 81.33±25.69 | 6.00 | 0.05* | 2.66 | 0.264 |
| | 51-60 | 85.25±14.34 | 79.77±14.05 | 111.66±6.74 | 77.00±13.50 | 119.08±16.56 | 75.77±16.09 | 16.97 | 0.001* | 2.46 | 0.291 |
| | 61-70 | 78.53±11.68 | 77.30±12.51 | 112.46±5.17 | 79.05±14.50 | 116.69±4.97 | 76.65±13.45 | 24.15 | 0.001* | 2.96 | 0.228 |
| | KW/F | F=3.66 | KW=0.05 | F=4.80 | KW=0.55 | F=0.56 | KW=0.30 | | | | |
| | p | p=0.023* | p=0.975 | p=0.007* | p=0.560 | p=0.641 | p=0.860 | | | | |
| Cinsiyet | Kadın | 86.38±17.84 | 79.59±13.84 | 115.55±10.27 | 79.57±16.33 | 118.83±8.36 | 78.42±15.50 | 29.60 | 0.001* | 2.30 | 0.316 |
| | Erkek | 86.00±14.34 | 78.56±15.99 | 115.23±12.30 | 77.62±12.34 | 119.11±13.83 | 75.12±14.99 | 25.34 | 0.001* | 3.51 | 0.172 |
| | KW | 0.07 | 0.20 | 0.08 | 0.39 | 0.07 | 0.97 | | | | |
| | p | 0.944 | 0.841 | 0.934 | 0.697 | 0.944 | 0.529 | | | | |
| Medeni Durum | Evli | 83.00±12.21 | 78.38±16.24 | 113.96±10.27 | 79.38±16.24 | 118.10±10.98 | 79.56±16.76 | 44.70 | 0.001* | 1.20 | 0.546 |
| | Bekar | 101.66±23.66 | 76.00±11.37 | 122.33±13.55 | 77.69±16.34 | 123.16±12.23 | 72.38±11.07 | 10.17 | 0.006* | 4.77 | 0.092 |
| | t | 2.86 | 0.96 | 1.72 | 0.30 | 1.01 | 1.37 | | | | |
| | p | 0.007* | 0.341 | 0.094 | 0.760 | 0.320 | 0.177 | | | | |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 98.33±23.52 | 78.75±19.08 | 125.16±22.28 | 74.50±15.86 | 120.33±13.03 | 74.75±18.17 | 7.89 | 0.019* | 3.20 | 0.200 |
| | Çalışmıyor | 83.68±13.19 | 79.16±14.38 | 113.37±6.10 | 79.22±14.47 | 118.68±11.00 | 77.19±15.03 | 47.66 | 0.001* | 4.71 | 0.095 |
| | t | 1.47 | 0.05 | 1.28 | 0.61 | 0.32 | 0.30 | | | | |
| | p | 0.193 | 0.959 | 0.253 | 0.547 | 0.748 | 0.776 | | | | |
| Eğitim Düzeyleri | O-Y değil | 73.80±11.62 | 77.58±10.95 | 110.00±6.44 | 79.16±16.92 | 115.20±3.96 | 78.00±14.20 | 10.00 | 0.007* | 0.29 | 0.862 |
| | İlkokul | 82.70±9.03 | 79.30±16.34 | 112.00±6.64 | 78.35±13.30 | 116.00±6.18 | 76.10±15.69 | 32.43 | 0.001* | 4.60 | 0.100 |
| | Lise | 91.85±18.90 | 84.00±19.97 | 116.71±5.05 | 79.00±17.34 | 125.57±19.50 | 78.00±20.80 | 9.85 | 0.007* | 2.00 | 0.368 |
| | Yüksekokul | 117.00±14.00 | 79.11±14.65 | 144.00±10.39 | 78.68±14.47 | 129.66±11.93 | 76.91±15.14 | 7.66 | 0.006* | ----- | ----- |
| | F | 9.11 | 0.22 | 21.35 | 0.01 | 2.75 | 0.06 | | | | |
| | p | 0.001* | 0.801 | 0.001* | 0.988 | 0.059 | 0.938 | | | | |

Araştırma örneklemine alınan bireylerin, eğitimden önce, eğitim sonra 3. ayda ve eğitim sonrası 6. ayda bazı sosyo-demografik özelliklerine göre öz-bakım gücü puanları Tablo 4.9'da verilmiştir. Müdahale grubundaki bireylerde eğitim öncesi ve eğitimden 3 ay sonra yaş grupları yönünden öz-bakım gücü puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Genç yaştaki bireylerin öz-bakım gücü puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitimden 6 ay sonra en yüksek öz-bakım gücü puanı 51-60 yaş arasında bulunmakta birlikte, yaş grupları arası farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yaş gruplarına göre değerler ikişerli karşılaştırıldığında 31-40 ile 61-70 arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunurken ($p<0.05$), diğerleri istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Eğitimden sonraki 3. ayda öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında, 41-50 ile 51-60, 41-50 ile 61-70 arasında fark istatistiksel olarak önemli ($p<0.05$) bulunurken, diğer yaş grupları arasında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Eğitimden sonraki 6. ayda öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında bütün yaş grupları için farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol grubundaki bireylerde eğitim öncesi ve eğitim sonrası yaş grupları yönünden farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerde eğitim öncesi ve eğitim sonrası cinsiyetleri yönünden öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Kadın ve erkek cinsiyetindeki bireylerin öz-bakım gücü puanlarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerde eğitim öncesi medeni durumları yönünden öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bekar olanların öz-bakım gücü puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitimden 3 ve 6 ay sonra bekar olanların öz-bakım gücü daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol grubundaki bireylerde eğitim öncesi ve sonrası medeni durumlarına göre öz-bakım gücü puanları arasında farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerde eğitim öncesi ve eğitim sonrası çalışma durumları yönünden öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan bireylerin öz-bakım gücü puanlarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerde eğitim öncesi ve eğitimden 3 ay sonra eğitim düzeyleri yönünden öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puanının arttığı ve en yüksek öz-bakım gücü puanının yüksek okul mezunlarında olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitimden 6 ay sonra eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puanının arttığı ve en yüksek öz-bakım gücü puanının yüksekokul mezunlarında olduğu bulunmuştur ancak istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Değerler ikişerli karşılaştırıldığında okur-yazar olan ile yüksekokul , ilkökul ile yüksekokul ve lise ile yüksekokul arasında farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Diğer gruplar arasında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Kontrol grubundaki bireylerde eğitim öncesi ve sonrası eğitim düzeylerine göre öz-bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve eğitim düzeyleri yönünden öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Eğitim sonrası öz-bakım gücü puanlarının arttığı görülmüştür ($p<0.05$). Değerler ikişerli karşılaştırıldığında eğitim öncesi öz-bakım gücü ile eğitim sonrası 3. ayda öz-bakım gücü puanları ve eğitim öncesi öz-bakım gücü puanları ile eğitim sonrası 6. ayda öz-bakım gücü puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim sonrası 3. ay ile 6. ay öz-bakım gücü puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin eğitim öncesi ve ve eğitim sonrası yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve eğitim düzeyleri yönünden öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4. 10: Bireylerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Hastalık Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Puanlarının Karşılaştırılması

| | Eğitimden önce | | Eğitimden sonra 3. ay | | Eğitimden sonra 6. ay | | Eğitim Öncesi ve Sonrası Grup İçi Değişim | | | |
|-------------------|----------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|---|--------|---------|-------|
| | Müdahale | Kontrol | Müdahale | Kontrol | Müdahale | Kontrol | Müdahale | | Kontrol | |
| | X±SD | X±SD | X±SD | X±SD | X±SD | X±SD | FF | p | FF | p |
| Diyalize | | | | | | | | | | |
| Girme | | | | | | | | | | |
| Süresi | | | | | | | | | | |
| 1-5 yıl | 86.21±13.08 | 85.40±14.32 | 114.50±7.56 | 85.00±11.64 | 120.78±14.43 | 81.40±13.46 | 14.22 | 0.001* | 4.23 | 0.120 |
| 6-9 yıl | 98.16±23.75 | 78.46±9.74 | 119.00±15.67 | 77.86±16.07 | 116.13±5.81 | 77.53±19.52 | 14.80 | 0.001* | 4.89 | 0.087 |
| 10 yıl üzeri | 81.40±13.26 | 77.66±18.72 | 114.80±12.39 | 77.40±13.95 | 116.13±5.81 | 77.53±19.52 | 21.56 | 0.001* | 0.90 | 0.636 |
| F | 2.56 | 0.53 | 0.36 | 0.54 | 0.85 | 0.36 | | | | |
| p | 0.092 | 0.592 | 0.696 | 0.586 | 0.434 | 0.698 | | | | |
| Hemoglobin | | | | | | | | | | |
| Düzeyi | | | | | | | | | | |
| 10-11 mg/dl | 86.25±16.81 | 79.10±15.04 | 115.40±13.68 | 79.57±16.00 | 116.15±7.54 | 78.00±15.60 | 32.41 | 0.001* | 1.38 | 0.502 |
| 11.1-12 | 79.50±6.50 | 98.90±16.56 | 114.75±2.91 | 77.90±13.86 | 119.87±3.56 | 74.40±15.74 | 14.00 | 0.001* | 4.20 | 0.122 |
| 12.1-13mg/dl | 93.71±19.52 | 79.50±12.27 | 116.14±9.95 | 77.16±11.94 | 126.00±20.70 | 77.66±14.77 | 8.85 | 0.012* | 0.50 | 0.779 |
| F | 1.57 | 0.01 | 0.02 | 0.39 | 0.07 | 0.18 | | | | |
| p | 0.235 | 0.997 | 0.973 | 0.697 | 0.944 | 0.832 | | | | |

*p<0.05önemli

Araştırma örneklemine alınan bireylerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası hastalık özelliklerine göre öz-bakım gücü puanları Tablo 4.10'da verilmiştir. Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerde eğitim öncesi ve eğitim sonrası diyalize girme süresi yönünden öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Diyalize girme süreleri yönünden bireylerin öz-bakım gücü puanlarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerde eğitim öncesi ve eğitim sonrası hemoglobin düzeyleri yönünden öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Hemoglobin düzeyleri yönünden bireylerin öz-bakım gücü puanlarının birbirine yakın olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası diyalize girme süresi ve hemoglobin düzeyleri yönünden öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Eğitim sonrası öz-bakım gücü puanlarının arttığı görülmüştür ($p<0.05$). Değerler ikişerli karşılaştırıldığında eğitim öncesi öz-bakım gücü ile eğitim sonrası 3. ayda öz-bakım gücü puanları ve eğitim öncesi öz-bakım gücü puanları ile eğitim sonrası 6. ayda öz-bakım gücü puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim sonrası 3. ay ile 6. ay öz-bakım gücü puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki bireylerin eğitim öncesi ve ve eğitim sonrası diyalize girme süresi ve hemoglobin düzeyleri yönünden öz-bakım gücü puanları arasında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4. 11:Eğitimden Önce ve Eğitim Sonrası Öz-Bakım Gücü Puanları ile Yorgunluk Puanları Arasındaki İlişki

| | Müdahale Grubu Yorgunluk Puanları | | | | | | Kontrol Grubu Yorgunluk Puanları | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------|----------------------|-------|----------------------|-------|-------------------------------------|--------|----------------------|-------|----------------------|--------|
| | Eğitimden önce | | Eğitimden 3 ay sonra | | Eğitimden 6 ay sonra | | Eğitimden önce | | Eğitimden 3 ay sonra | | Eğitimden 6 ay sonra | |
| Öz-Bakım Gücü Puanları | r | p | r | p | r | p | r | p | r | p | r | p |
| Eğitimden önce | -0.040 | 0.019* | --- | --- | --- | --- | -0.457 | 0.006* | --- | --- | --- | --- |
| Eğitimden 3 ay sonra | --- | --- | -0.200 | 0.250 | --- | --- | --- | --- | -0.264 | 0.126 | --- | --- |
| Eğitimden 6 ay sonra | --- | --- | --- | --- | -0.136 | 0.437 | --- | --- | --- | --- | -0.471 | 0.004* |

*p<0.05 önemli

Araştırma örneğine alınan bireylerin, eğitimden önce ve eğitim sonrası öz-bakım gücü puanları ile toplam yorgunluk puanları arasındaki ilişki Tablo 4.10'de verilmiştir. Müdahale grubunda eğitimden önce, öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanları arasında anlamlı, negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Eğitimden 3 ve 6 ay sonra öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanları arasında anlamsız negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p > 0.05$). Kontrol grubunda eğitimden önce, öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanları arasında anlamlı, negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Eğitimden 3 ay sonra öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanları arasında anlamsız negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p > 0.05$). Eğitimden sonra 6. ayda kontrol grubunda, öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanları arasında anlamlı negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Araştırma bulgularımızı değerlendirdiğimizde her iki grupta yorgunluk düzeyi arttıkça öz-bakım gücünün azaldığı bulunmuştur. Eğitimden 6 ay sonra kontrol grubunda yorgunluk düzeyi ile öz-bakım gücü arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki devam ederken müdahale grubunda negatif yönlü anlamsız bir ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde yorgunluk ve öz-bakım gücü üzerine eğitimin etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan araştırmada elde edilen veriler bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek tartışılmıştır.

Yorgunluk hemodiyaliz tedavisi almakta olan hastalarda sık görülen bir sorundur (Caplin ve ark., 2011; Horigan ve ark., 2013). Hemodiyaliz hastalarının yorgunluk yaşama durumlarını değerlendiren ulusal ve uluslararası bir çok çalışmada da hemodiyaliz hastalarının büyük bir kısmının yorgunluk yakınması yaşadıkları ortaya konulmuştur. Yurtsever'in (1999), çalışmasında hemodiyaliz hastaların % 92.50'sinin, Akgöz ve Arslan'ın (2017) çalışmasında %74.3'ünün, Jablonski'nin (2007) çalışmasında % 77'sinin, Davison ve Jhangri'nin (2010) çalışmasında % 92.9'unun, Caplin ve ark. 'nın (2011) çalışmasında % 82'sinin yorgunluk yaşadıkları belirlenmiştir. Biniş ve ark. (2013) hemodiyaliz hastalarının % 30.7'sinin yüksek düzeyde yorgunluk yaşadığını saptamışlardır. Araştırmamıza alınan hastalarının yorgunluk yaşama oranlarının daha önce yapılmış çalışmalarda belirlendiği gibi yüksek oranlarda olduğu (müdahale grubu % 88.6; kontrol grubu % 91.4) bulunmuştur.

Yorgunluk yakınması bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve öz bakım aktivitelerini yerine getirme durumlarını etkileyen bir faktör olabilmektedir. Yorgunluk ile günlük faaliyetlerin etkilenme düzeyleri arasında yüksek bir ilişki saptanmıştır (Azak ve Dündar, 2010; Heidarzadeh ve ark., 2010; Horigan, 2013; Lee ve ark., 2007; O'Sullivan ve McCarthy, 2007). Araştırmamızda müdahale grubunu oluşturan bireylerin, % 87'si kontrol grubundaki bireylerin ise % 90.6'sı yaşadığı yorgunluğun günlük yaşantısını etkilediğini ifade etmiştir. Azak ve Dündar (2010), Lee ve ark., (2007), O'Sullivan ve McCarthy (2007), Heidarzadeh ve ark. (2010) ve Horigan'ın (2013) hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmalarda; hastaların yorgunluk düzeyi arttıkça, günlük faaliyetlerini yapabilme durumlarının azaldığı bulunmuştur.

Eğlence'nin (2011) yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının ortalama 42.0 ± 32.2 aydır yorgunluk yaşadıkları bulunmuştur. Özdemir'in (2011) yaptığı çalışmada ise hastaların % 32.5'inin aylardır, % 67.5'inin yıllardır yorgunluk yaşadıkları bulunmuştur. Bizim araştırmamıza göre de müdahale grubunu oluşturan bireylerin % 68.6'sı ve kontrol grubundaki bireylerin % 81.3'ünün aylardır yorgunluk hissettikleri bulunmuştur.

Karabulutlu ve Okanlı'nın (2011), yaptığı araştırmada hemodiyaliz hastalarının % 79.8'inin hastalığının başlangıcından beri yorgunluk yaşadığı ve % 69.8'i yaşadıklarını bu yorgunluğun hastalıklarıyla ilgili olduğunu ifade ettikleri bulunmuştur. Horigan ve ark.'nın (2013), yaptığı araştırmada hastalar kronik böbrek yetmezliği belirtileri ve hemodiyaliz tedavisi nedeni ile yorgunluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Eğlence'nin (2011), yaptığı araştırmada ise bireyler yaşadıkları yorgunluğun nedeni olarak % 66.9'unun hemodiyaliz tedavisi, % 25.5'i ise kronik böbrek yetmezliği olduğunu ifade etmişlerdir. Özdemir'in (2011) yaptığı araştırmada bireylerin % 72.5'i hemodiyalizin yorgunluk sebebi olduğunu ifade etmişlerdir. Bizim araştırmamıza görede müdahale grubunu oluşturan bireylerin % 80.0'i, kontrol grubundakilerin ise % 56.2'si hemodiyaliz nedeniyle yorgunluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Hemodiyaliz hastalarının yorgunlukla başetmek için neler yaptığı değerlendirildiğinde Horigan ve ark. (2013) bireylerin dinlenmeyi tercih ettiklerini bulmuşlardır. Eğlence'nin (2011) yaptığı araştırmada hastaların % 95.8'inin, Soyman'ın (2009) araştırmasında % 86.0'sının, Tsay'ın (2004) araştırmasında % 90.0'ünün, Uçan ve ark.'nın (2008) araştırmasında hastaların % 100'ünün yorgunlukla başedebilmek için dinlendiğini bulmuşlardır. Horigan ve Barroso'un (2016) yaptığı araştırmada bireylerin en çok diyaliz sonrası yorgunluk yaşadığı ve bireylerin çoğunun yorgunlukla başetmek için dinlenmeyi tercih ettikleri bulunmuştur. Diğer birçok araştırma sonucunda olduğu gibi araştırmamızda müdahale grubundaki bireylerin % 45.1'inin, kontrol grubundaki bireylerin ise % 40.6'sının yaşadıkları yorgunlukla başetmek için uyumayı tercih ettikleri bulunmuştur. Bu sonuçlar hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları yorgunluk yakınmasına karşın etkin başetme yaklaşımlarını yeterince bilmediklerini ve uygulamadıklarını göstermektedir. Bireylerin yorgunluk ile etkili bir şekilde başedebilmeleri için hemşireler başta olmak üzere profesyonel sağlık ekibi üyelerinin önerilerine ve desteklerine ihtiyaçları olduğu görülmektedir.

Hemodiyaliz tedavisi almakta olan hastaların yorgunluk dışındaki yakınmalarının değerlendirdiği çalışmalarda; Caplin ve ark. (2011) hastaların % 76 'sının hipotansiyon, % 74'ünün kramp yaşadıkları, Jabloski'nin (2007) çalışmasında, bireylerin % 63'ünün uyku problemi, % 52'sinin kramp yaşadıkları, Eğlence'nin (2011) çalışmasında hastaların % 45.8'inin ağrı yaşadığı bulunmuştur. Bizim araştırmamızda müdahale

grubundaki bireylerin % 42.9'unun, kontrol grubundaki bireylerin % 40.6'sının yorgunluk dışında hipotansiyon yakınması yaşadıkları belirlenmiştir.

Hemodiyaliz hastaların da Şahin'in (2009) yaptığı araştırmada toplam yorgunluk puanı 6.56 ± 1.85 , Mohamed'in (2014) araştırmasında 6.6 ± 2.15 olarak belirlenmiştir. Eğitim öncesi müdahale grubunun toplam yorgunluk puanı ortalaması 6.3 ± 2.03 , kontrol grubunun ise 6.6 ± 2.15 bulunmuştur. Bizim araştırmamızda eğitimden önce her iki gruptaki bireylerin toplam yorgunluk puanları yönünden gruplar arası farklılık önemsiz bulunmuştur. Kronik bir hastalığa sahip olmanın yanında, hemodiyaliz gibi bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal bir çok yönden etkileyen bir tedavi yöntemi olması sebebiyle hemodiyaliz hastalarında yorgunluk düzeyinin yüksek olabileceği düşünülmüştür.

Letchmi ve ark. (2011) tarafından yapılan araştırmada hastaların % 54.4'ünün yüksek düzeyde yorgunluk yaşadığı bulunmuştur. Mohamed (2014) tarafından yapılan araştırma da hemodiyaliz hastalarının yorgunluk durumları değerlendirilmiştir. Eğitimden sonra 3. ayda müdahale grubunun toplam yorgunluk puanı ortalaması 4.34 ± 1.6 , kontrol grubunun ise 6.2 ± 1.86 bulunmuştur. Mohamed'nin (2014) ve Patterson ve ark.'nın (2013) yaptıkları araştırmalara göre eğitimin yorgunluğu azalttığı bulunmuştur. Bizim araştırmamızda da eğitimden önce hem müdahale hem de kontrol grubunun toplam yorgunluk puan ortalamaları ve yorgunluk alt boyutlarının puanları yüksek bulunmuştur. Eğitim sonrası 3. ve 6. aylarda müdahale grubunun toplam yorgunluk puanları ve yorgunluk alt boyutlarının puanları azalırken, kontrol grubunun yorgunluk puanları değişmemiştir. Müdahale grubundaki bireylerde eğitimden önce 7.24 ± 1.62 olan toplam yorgunluk puanı, eğitimden 3 ay sonra 4.84 ± 1.04 , eğitimden 6 ay sonra 4.67 ± 0.92 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerde eğitimden önce 7.71 ± 1.35 olan toplam yorgunluk puanı, eğitimden 3 ay sonra 7.80 ± 1.55 , eğitimden 6 ay sonra 7.75 ± 1.42 olarak bulunmuştur. Bu durum hemodiyaliz hastalarında eğitimin yorgunluk düzeyini azalttığını göstermektedir.

Akın ve ark. (2013), Mollaoğlu (2009), Peng ve ark. (2013) ve Şahin'in (2009) yaptığı araştırmalara göre yaş arttıkça hastaların yorgunluk algılaması artmaktadır. Tavakoli ve ark.'na (2016) göre, 41-50 yaş arasında yorgunluk düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bonner ve ark. (2010), Jhamp ve ark. (2009) ve Kim ve Son'un (2005), yaptığı araştırmalarda yorgunluğun yaşla ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Araştırmamıza

göre ileri yaşta yorgunluk düzeyi daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Akın ve ark. (2013), Letchmi ve ark. (2011), Mollaoğlu (2009), Tavakoli ve ark.'nın (2016) yaptığı araştırmalara göre kadınların erkeklerden daha yüksek düzeyde yorgunluk yaşadıkları bulunmuştur. Bayumi'ye (2015) göre erkeklerde yorgunluk düzeyi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Biniaz ve ark. (2013), Bonner ve ark. (2010), Jhamp ve ark. (2009) ve Kim ve Son'un (2005) yaptıkları araştırmalara göre yorgunluğun cinsiyetle ilişkili olmadığı bulunmuştur. Araştırmamıza göre yorgunluğun cinsiyetle ilişkili olmadığı bulunmuştur.

Biniaz ve ark. (2013), Sajadi ve ark. (2010) ve Usta ve Yıldırım'ın (2014) yaptığı çalışmalarda yorgunluğun medeni durumla ilişkisinin olmadığı bulunmuştur. Akın ve ark. (2013) ve Bayumi'ye (2015) göre, evlilerde yorgunluk düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmamıza göre her iki gruptaki bireylerde yorgunluğun medeni durumla ilişkisinin olmadığı bulunmuştur.

Akın ve ark. (2013), Liu (2006), Mollaoğlu (2009) ve Zyga ve ark.'na (2015) göre, çalışmayanlarda yorgunluk düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bayumi'ye (2015) göre, çalışanlarda yorgunluk düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Biniaz ve ark.'na (2013) göre, yorgunluğun, çalışma durumu ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Araştırmamıza göre her iki gruptaki bireylerde çalışmayanlarda yorgunluk düzeyi daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Hemodiyaliz hastalarında sosyal aktivitelere katılma ve ücretli bir işte çalışma oranları sağlıklı insanlara göre daha düşük bulunmuştur (Jansen ve ark., 2010). Hemodiyaliz tedavisi nedeniyle bireylerin düzenli işte çalışmaları zorlaşmaktadır. Yorgunluk nedeniyle bireylerin iş yaşantılarının olumsuz yönde etkilendiği bulunmuştur (Horigan, 2012; Horigan ve ark., 2013).

Bayumi'ye (2015) göre, eğitim düzeyi düşük olanlarda yorgunluk düzeyi yüksek bulunmuştur. Akın ve ark. (2013), Şahin (2009) ve Zyga ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırmalarda eğitim durumu ile yorgunluk algılaması arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Düşük eğitim düzeyi olan bireylerde yorgunluk düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Kim ve Son (2005) ve Liu'e (2006) göre, yorgunlukla eğitim düzeyi arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Araştırmamıza göre her iki gruptaki bireylerde eğitim düzeyi arttıkça yorgunluk puanının azaldığı görülmüştür. Eğitim öncesi kontrol grubundaki bireylerde eğitim düzeyi ile yorgunluk puanları arasındaki

farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim öncesi müdahale ve eğitim sonrası her iki grupta eğitim düzeyleri yönünden yorgunluk puanlarındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır. Araştırmamıza göre eğitim düzeyi ile yorgunluk düzeyi arasında farklılık bulunmamıştır. Eğitim düzeyi yüksek hastaların, sağlık anlayışının olumlu yönde gelişmiş olduğu, hastalık bulgularını yönetme ile ilgili bilgilerinin daha fazla olmasına bağlı olarak yorgunluk ile baş etmede daha başarılı olduklarından kaynaklandığı düşünülmüştür. Araştırma sonucumuz bireylere yorgunlukla ilgili verilen eğitimle bireylerin eğitim düzeylerinden kaynaklanan farklılıkların ortadan kaldırıldığını göstermektedir.

Sajadi ve ark.'nın (2010), yaptığı araştırmada diyaliz süresi 7-9 ve 10-12 yıllar arasında olanların yorgunluk düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Biniaz ve ark.'nın (2013) yaptığı araştırmada hemodiyalize girme süresi ile yorgunluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırmamızda diyalize girme süresi ile yorgunluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Johansen ve ark. (2012) ve Lectmi ve ark.'nın (2011) yaptıkları araştırmalarda hemoglobin düzeyi arttıkça yorgunluğun azaldığı bulunmuştur. Sajadi ve ark. (2010) ve Yamasaki ve ark. (2016) hemoglobin düzeyi ile yorgunluk arasında fark olmadığı bulmuşlardır. Araştırmamızda müdahale grubundaki bireylerin %57.1'inin ve kontrol grubundaki bireylerin %54.3'ünün hemoglobin düzeyinin 10-11 ml/dl arasında olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda hemoglobin düzeyi ile yorgunluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Bireyde ortaya çıkan kronik hastalıklar öz-bakım gücünü olumsuz yönde etkilemektedir (Yurtsever ve Kuyarter, 2005). Bazı çalışmalarda hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücünün orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Nahcıvan, 1993; Ovayolu ve ark., 2007). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğu yönetmek ve bireyin yaşam kalitesini arttırmak için öz-bakım stratejilerini geliştirmek gereklidir (Horigan ve ark., 2013). Akın ve ark.'nın (2013) yaptığı araştırmaya göre, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin % 37.3'ünün öz-bakım aktivitelerini yapmada bağımlı, % 9.5'inin öz-bakım aktivitelerini yapmada bağımsız ve % 53.2'sinin öz-bakım aktivitelerini yapmada yarı bağımlı olduğu bulunmuştur. Shrestha ve ark. (2016) hemodiyaliz hastalarının % 54'ünün öz-bakım gücünün düşük olduğunu, Şahin (2009), öz-bakım gücü ortalamasının 112.43 ± 18.35 olduğunu bulmuşlardır. Bağ ve Mollaoğlu (2010) hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamasını 99.86 ± 15.30 , İlhan (2011)

ise 96.72 ± 16.11 bulmuşlardır. Alemdar ve Pakyüz'ün (2015) araştırmasında ise öz-bakım gücü puanı 102.78 ± 18.81 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda birçok araştırmacı hemodiyaliz hastalarının öz-bakım gücünü orta düzeyde bulmuştur (Bağ ve Mollaoğlu, 2010; İlhan, 2011; Moattari ve ark., 2015; Şahin, 2009). Bizim araştırmamızda da eğitimden önce müdahale grubunu oluşturan bireylerde öz-bakım gücü puanı 86.20 ± 16.00 , kontrol grubunu oluşturan bireylerde 79.11 ± 14.65 bulunmuştur. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların hemodiyaliz makinesine, sağlık personeline ve ailesine bağımlı bir yaşam sürdürmek zorunda olmaları nedeniyle öz-bakım gücünün olumsuz yönde etkilendiği düşünülebilir.

Hemodiyaliz hastalarının hastalıklarını uygun şekilde yönetmeleri için yeterli öz-bakım gücüne sahip olması gerekmektedir. Hemodiyaliz hastalarında olması gereken öz-bakım davranışları diyetle uyum, düzenli ilaç kullanımı, sıvı kısıtlaması, stres ve semptomların yönetimidir (Rahimi ve ark., 2014; Rossi ve ark., 2014). Fırat Kılıç ve Alpar (2016), Gdaham ve ark. (2016), Mohamed ve ark. (2016), Rahimi ve ark. (2014) ve Wang ve ark. (2013) yaptıkları araştırmalara göre hemodiyaliz hastalarının eğitim sonrası öz-bakım gücünde artma olduğu bulunmuştur. Mohamed ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada öz-bakım programının öz-bakım gücünü arttırdığı bulunmuştur. Araştırmamızda müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi öz-bakım gücü puanı 86.20 ± 16.00 , eğitimden 3 ay sonra 115.40 ± 11.13 , eğitimden 6 ay sonra 118.97 ± 11.18 olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin eğitim öncesi öz-bakım gücü puanı 79.11 ± 14.65 , eğitimden 3 ay sonra 78.68 ± 14.47 , eğitimden 6 ay sonra 76.91 ± 15.14 olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki bireylerin öz-bakım gücü puanlarının azaldığı, eğitimin etkisiyle müdahale grubunda öz-bakım gücü puanlarının arttığı bulunmuştur.

Mohamed ve ark.'nın (2016), yaptığı çalışmada 60 yaş ve üzeri bireylerin öz-bakım gücü puanları daha düşük bulunmuştur. İlhan'ın (2011) yaptığı araştırmada 41-59 yaş grubunun, 60 yaş ve üzeri bireylere göre öz-bakım gücü puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Akın ve ark. (2013), Atashpeikar ve ark. (2012) ve Bağ ve Mollaoğlu'na (2010) göre, yaş arttıkça öz-bakım gücü puanları azalmaktadır. Araştırmamıza göre, kontrol grubundaki bireylerde yaşla öz-bakım gücü arasında farklılık önemsiz bulunmuştur. Müdahale grubundaki bireylerde 31-40 yaş arasındaki hastalarda eğitimden önceki öz-bakım gücü puanları yüksek bulunmuştur. Eğitimden sonraki 3.ve 6. aylarda yaş grupları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda

eğitim m¼dahalesiyle ileri yaş nedeniyle oluşan fiziksel g¼ç sınırlılıkları, hastalığın komplikasyonları gibi olumsuz etkilerin azaltıldığı bulunmuştur.

Akın ve ark. (2013), Mohamed ve ark. (2016) ve şahin'e (2007) g¼re, erkeklerin ¼z-bakım g¼c¼ puanları kadınlara g¼re daha y¼ksek bulunmuştur. Atashpeikar ve ark. (2012) ve İlhan'ın (2011) yaptığı araştırmalarda ise kadınlara ¼z-bakım g¼c¼ puanları, erkeklere g¼re daha y¼ksek bulunmuştur. Bağ ve Mollaoğlu (2010) ve Alemdar ve Paky¼z'¼n (2015) yaptığı araştırmalara g¼re kadın ve erkek cinsiyeti arasında ¼z-bakım g¼c¼ puanları y¼n¼nden farklılık bulunmamıştır. Araştırmamızda cinsiyetle ¼z-bakım g¼c¼ puanları arasında farklılık bulunmamıştır.

Atashpeikar ve ark. (2012) ve İlhan'ın (2011) yaptığı araştırmalarda evli hastaların ¼z-bakım g¼c¼ ortalaması, bekar hastalardan anlamlı d¼zeyde y¼ksek bulunmuştur . Bağ ve Mollaoğlu'na (2010) g¼re, medeni durumları ile ¼z-bakım g¼c¼ puanları arasında bireyler arasında farklılık bulunmamıştır. Araştırmamıza g¼re kontrol grubundaki bireylerin medeni durumlarına g¼re ¼z-bakım g¼c¼ puanlarında eğitim ¼ncesi ve eğitim sonrası farklılık bulunmamıştır. M¼dahale grubundaki bireylerde eğitim ¼ncesi farklılık ¼nemli bulunmuştur. Bekar olanlarda ¼z-bakım g¼c¼ puanının daha y¼ksek olduğu bulunmuştur. Eğitimden sonraki 3. ve 6. ayda ¼z-bakım g¼c¼ puanları karşılaştırıldığında farklılık ¼nemsiz bulunmuştur.

Yurtsever ve Kuyarter' e (2005) g¼re, çalışma durumu ile ¼z-bakım g¼c¼ puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Akın ve ark. (2013), Bağ ve Mollaoğlu'na (2010) ve Mohamed ve ark.'na (2016) g¼re, çalışmayanlarda ¼z-bakım g¼c¼ daha d¼ř¼k bulunmuştur. Araştırmamızda alışan bireylerin ¼z-bakım g¼c¼ puanları çalışmayanlara g¼re daha y¼ksek bulunmuştur. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Atashpeikar ve ark. (2012) ve Alemdar ve Paky¼z (2015) alışmalarında, eğitim d¼zeyi y¼ksek bireylerin ¼z-bakım g¼c¼lerinin daha y¼ksek olduğunu bulmuşlardır. İlhan'ın (2011) yaptığı araştırmada ¼z-bakım g¼c¼ puan ortalaması en y¼ksek grubun lise mezunları olduğu bulunmuştur. Okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu hastaların en d¼ř¼k ¼z-bakım g¼c¼ puanına sahip olduğu saptanmıştır. Bağ ve Mollaoğlu (2010) ve Yurtsever ve Kuyarter'e (2005) g¼re hemodiyaliz uygulanan hastalarda eğitim durumu arttıkça ¼z-bakım g¼c¼n¼n arttığını belirtmişlerdir. Araştırmamıza g¼re kontrol grubundaki bireylerin eğitim d¼zeyi ile ¼z-bakım g¼c¼ puanları arasında istatistiksel y¼nden anlamlı bir fark bulunmamıştır. M¼dahale

grubundaki bireylerin eğitim düzeylerine göre, eğitimden önceki öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puanlarının arttığı bulunmuştur. Eğitim müdahalesiyle her eğitim düzeyindeki hastaların öz-bakım gücü puanlarının arttığı görülmüştür. Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler sağlık problemleri ile baş etme yöntemleri geliştirmişlerdir. Eğitim düzeyi arttıkça bilgiye kolay ulaşma, edinilen bilgilerin uygulanması ve hastaların kendi sağlıklarına olan ilgilerin artması, maddi olanakların ve sosyo-ekonomik durumun daha iyi olması nedeni ile öz-bakım gücünün daha iyi olduğu söylenebilir.

Muz ve Eğlence'nin (2013) yaptığı araştırmada diyalize 13 yıl ve üzeri süredir girenlerin öz-bakım gücü puanları düşük bulunmuştur. Atashpeikar ve ark. (2012) ve Alemdar ve Pakyüz'e (2015) göre diyalize girme süresi ile öz-bakım güçleri arasında fark olmadığı bulunmuştur. Araştırmamızda bireylerin diyalize girme süresinin öz-bakım gücünü etkilemediği bulunmuştur.

Levey ve ark.'na (2007) göre, bireylerin yaşadığı psiko-sosyal sorunlar ve yorgunluk bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde değişime neden olmaktadır. Bireylerin öz-bakım gücünde azalmaya yol açmaktadır. Akın ve ark.'nın (2013), yaptığı araştırmada bireylerin yorgunluk düzeyi ile öz-bakım gücünün ilişkili olduğu ve aralarında negatif korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=-0.58$, $p=0.001$). Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk deneyimi ve öz-bakım gücünün değerlendirilmesi önemlidir. Bu hastalarda yorgunluk azaltmak için bireylere yardımcı olacak teknikler geliştirilmesi kritik öneme sahiptir (Horigan ve ark., 2013). Yapılan öz-bakım eğitiminin yorgunluğu azalttığı bulunmuştur (Slesnick ve ark., 2015). Araştırmamızda müdahale grubunda eğitim öncesi öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanları arasında anlamlı, negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.040$, $p=0.019^*$). Eğitimden 3 ve 6 ay sonra öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanları arasında anlamsız negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.200$, $p=0.250$).

Kontrol grubunda eğitimden önce, öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanları arasında anlamlı, negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.457$, $p=0.006^*$). Eğitimden 3 ay sonra öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanları arasında anlamsız negatif yönde düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.264$, $p=0.126$). Eğitimden sonra 6. ayda kontrol grubunda, öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanları arasında anlamlı negatif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.471$,

$p=0.004^*$). Bu sonuçlar doğrultusunda yapılan eğitim müdahalesiyle yorgunluk ve öz-bakım gücü arasındaki korelasyon değerlerinin azaldığı bulunmuştur.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Hemodiyaliz hastalarında verilen eğitimin yorgunluk ve öz-bakım gücüne etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada;

Araştırmanın müdahale grubundaki bireylerin % 51.4'ünün kadın, çoğunluğunun 61-70 yaş arasında (% 37.1), çoğunluğunun ilköğretim mezunu (% 57.1) ve % 82.9'unun evli olduğu (Tablo 4.1),

Kontrol grubundaki bireylerin % 54.2'sinin kadın, çoğunluğunun 61-70 yaş arasında (% 57.1), çoğunluğunun ilköğretim mezunu (% 57.1) ve % 62.9'unun evli olduğu (Tablo 4.1),

Temel sosyo-demografik özellikler açısından her iki grubun birbirine benzer özellikleri taşıdığı ($p>0.05$),

Müdahale grubunu oluşturan bireylerin % 88.6'sının yorgunluk yaşadığı, yaşadıkları yorgunluğun günlük yaşantılarını etkilediğini (% 87.0). ve yorgunluk yaşadığında destek almadığını (% 96.7) ifade ettiği (Tablo 4.3),

Kontrol grubunu oluşturan bireylerin % 91.4'ünün yorgunluk yaşadığı, yaşadıkları yorgunluğun günlük yaşantısını etkilediğini (% 90.6) ve yorgunluk yaşadığında destek almadıklarını (% 93.7) ifade ettikleri (Tablo 4.3),

Müdahale grubundaki bireylerin büyük bir kısmının (% 68.6) aylardır yorgunluk hissettikleri ve yorgunluğu azaltmak için % 45.1'inin uyumayı tercih ettikleri (Tablo 4.3),

Kontrol grubundaki bireylerin büyük bir kısmının (% 81.2) aylardır yorgunluk hissettikleri ve yorgunluğu azaltmak için % 40.6'sının uyumayı tercih ettikleri (Tablo 4.3),

Müdahale grubundaki bireylerin, toplam yorgunluk puan ortalamasının eğitimden önce 7.24 ± 1.62 olduğu, kontrol grubundaki bireylerin ise 7.71 ± 1.35 olduğu, eğitim

öncesinde toplam yorgunluk puanı yönünden gruplar arası farklılık olmadığı (Tablo 4.4),

Müdahale grubundaki bireylerin, öz-bakım gücü puanı ortalamasının, eğitimden önce 86.20 ± 16.00 olduğu, kontrol grubundaki bireylerin ise 79.11 ± 14.65 olduğu, eğitim öncesinde öz-bakım gücü yönünden gruplar arası farklılık olmadığı (Tablo 4.4),

Müdahale grubundaki bireylerin, toplam yorgunluk puan ortalaması, eğitimden önce 7.24 ± 1.62 bulunurken; eğitimden sonraki 3. ayda 4.84 ± 1.04 ve 6. ayda 4.67 ± 0.92 olduğu, yorgunluk puanlarının izlem süresinde anlamlı olarak azalma gösterdiği (Tablo 4.5),

Kontrol grubundaki bireylerin, toplam yorgunluk puan ortalaması, eğitimden önce 7.71 ± 1.35 bulunurken, eğitimden sonraki 3. ayda 7.80 ± 1.55 , eğitimden sonraki 6. ayda 7.75 ± 1.42 olduğu, yorgunluk puanlarının izlem süresinde yüksek izlediği (Tablo 4.5),

Eğitim öncesi toplam yorgunluk puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yok iken, eğitim sonrası müdahale grubunun toplam yorgunluk puanlarının azaldığı, kontrol grubunun toplam yorgunluk puanlarının değişmediği (Tablo 4.5),

Eğitimden önce her iki gruptaki bireylerin yorgunluğun duygusal, duygulanım, bilişsel alt boyutları ve toplam yorgunluk puanları yönünden gruplar arası farklılık bulunmadığı, davranışsal yorgunluk puanları yönünden; kontrol grubunun yorgunluk puanlarının yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p < 0.05$),

Eğitimden 3 ve 6 ay sonra bireylerin toplam yorgunluk puanları ve yorgunluğun tüm alt boyutlarının puanları karşılaştırıldığında müdahale grubundaki bireylerin yorgunluk puanlarının azaldığı, kontrol grubundaki bireylerin yorgunluk düzeylerinin az bir miktarda artış göstererek yüksek düzeyde seyrettiği (Tablo 4.5),

Her iki gruptaki bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, diyalize girme süresi ve hemoglobin düzeylerine göre toplam yorgunluk puanları karşılaştırıldığında eğitim öncesi, eğitimden sonra 3. ay ve eğitim sonrası 6. ayda bu özellikler yönünden fark bulunmadığı ($p > 0.05$) (Tablo 4.6; Tablo 4.6),

Her iki gruptaki bireylerde eğitim düzeyine göre toplam yorgunluk puanları karşılaştırıldığında eğitim düzeyi arttıkça yorgunluk puanlarının azaldığı (Tablo 4.6),

Eğitim öncesi yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, diyalize girme süresi ve hemogloblin düzeylerine göre gruplar arası toplam yorgunluk puanları açısından anlamlı farklılık yok iken, eğitim sonrası müdahale grubunun toplam yorgunluk puanlarının azaldığı, kontrol grubunun toplam yorgunluk puanlarının değişmediği (Tablo 4.6; Tablo 4.7),

Müdahale grubunu oluşturan bireylerin, öz-bakım gücü puanı ortalamasının, eğitimden önce 86.20 ± 16.00 , eğitimden sonraki 3. ayda 115.40 ± 11.13 , eğitimden sonraki 6. ayda 118.97 ± 11.18 olduğu (Tablo 4.8),

Kontrol grubundaki bireylerin öz-bakım gücü puanı ortalamasının, eğitimden önce 79.11 ± 14.65 , eğitimden sonraki 3. ayda 78.68 ± 14.47 , eğitimden sonraki 6. ayda 79.91 ± 15.14 olduğu, eğitim öncesi müdahale ve kontrol gruplarının öz-bakım güçleri arasında fark olmadığı, müdahale grubundaki bireylerde eğitim faktörüyle öz-bakım gücünün arttığı orta düzeyde olduğu, kontrol grubundaki bireylerin öz-bakım gücünün değişmediği ve düşük izlediği (Tablo 4.8),

Her iki gruptaki bireylerde yaş gruplarına göre öz-bakım gücü puanlarının genç yaştaki hastalarda daha yüksek olduğu (Tablo 4.9),

Her iki gruptaki bireylerin cinsiyet, çalışma durumu, diyalize girme süresi ve hemogloblin düzeylerine göre öz-bakım gücü puanları, eğitim öncesi, eğitimden sonra 3. ay ve 6. aydaki puanları karşılaştırıldığında farklılığın önemsiz olduğu ($p > 0.05$) (Tablo 4.9; Tablo 4.10),

Kontrol grubundaki bireylerin medeni durumları göre öz-bakım gücü karşılaştırıldığında evli olanların öz-bakım gücü puanları daha yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamsız olduğu, müdahale grubundaki bireylerin eğitim öncesi medeni durumlarına göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında bekar olanların öz-bakım gücü puanları daha yüksek bulunduğu ($p < 0.05$) (Tablo 4.9),

Kontrol grubundaki bireylerin eğitim düzeylerine göre öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında farklılığın önemsiz olduğu ($p > 0.05$),

Müdahale grubundaki bireylerin eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve eğitimden 3 ay sonra öz-bakım gücü puanları karşılaştırıldığında farklılığın önemli olduğu; eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücünün arttığı ($p<0.05$), eğitimden sonra 6. ayda eğitim düzeyi yüksek olanların öz-bakım gücü puanları yüksek bulunmuş, hastalara verilen eğitimin etkisiyle eğitim düzeyi değişkeninin etkilerinin azaldığı ($p>0.05$) (Tablo 4.9),

Eğitim sonrası yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, diyalize girme süresi ve hemogloblin düzeylerine göre gruplar arası öz-bakım gücü puanları açısından anlamlı farklılık olduğu, eğitim sonrası müdahale grubunun öz-bakım gücü puanları artarken, kontrol grubunun öz-bakım gücü puanlarının değişmediği (Tablo 4.9; Tablo 4.10),

Kontrol grubundaki hastalarda eğitimden önce, öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanı arasında anlamlı, negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu, eğitimden sonra 3. ayda öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanı arasında anlamsız negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu, eğitimden sonra 6. ayda öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanı arasında anlamlı negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu (Tablo 4.11),

Müdahale grubundaki hastalarda eğitimden önce, öz-bakım gücü ile toplam yorgunluk puanı arasında anlamlı, negatif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu, eğitimden sonra 3. ve 6. aylarda istatistiksel olarak anlamsız negatif yönde orta düzeyde anlamsız bir ilişki olduğu, müdahale grubunda verilen eğitimin etkisiyle toplam yorgunluk puanı ile öz-bakım gücü arasındaki negatif yönde olan ilişkinin azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Tablo 4.11).

6.2 ÖNERİLER

Yorgunluk, hemodiyaliz hastalarında en sık görülen, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitelerini önemli düzeyde etkileyen bir yakındır. Sağlık çalışanları tarafından hemodiyaliz hastalarının hipotansiyon, ağrı, beslenme sorunları, fistül ve kateter bakımı konusundaki bilgi gereksinimleri daha kolay farkedilip, karşılanırken, yorgunluk ve öz-bakım gücü ile ilgili sorunları sıklıkla gözardı edilmektedir. Bu araştırmada; hemodiyaliz hastalarının yüksek düzeyde yorgunluk yaşadığı ve öz-bakım güçlerinin düşük olduğu, eğitim uygulanan gruptaki bireylerin yorgunluk puanlarının azaldığı ve öz-bakım gücü puanlarının arttığı bulunmuştur. Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemodiyaliz hastalarına bakım veren hemşirelerin, hastaların yorgunluk yakınması yaşama, yorgunlukla başetme ve öz bakım gücünü kapsamlı olarak değerlendirmesi,
- Hemodiyaliz hastaları için yorgunlukla başetmeye katkı sağlayacak eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Yorgunluk yaşama oranı yüksek ve öz bakım gücü düşük bulunan (yaşlı ve eğitim düzeyi düşük) hemodiyaliz hastalarının hemşireler tarafından daha yakından izlenmesi,
- Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun azaltılması ile öz bakım gücünün artması arasındaki ilişki dikkate alınarak hemodiyaliz hemşirelerine yorgunlukla başetmeye ve öz bakım gücünü arttırmaya yönelik yaklaşımlar hakkında eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akgöz, N. ve Arslan S.(2017). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomların İncelenmesi, Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi,1, (12),20-28.
- Akın, S., Mendi, B.,Öztürk, B.,Cinper, C.,Durna, Z.(2013). Assessment of Relationship Between Self-Care and Fatigue and Loneliness in Haemodialysis Patients, J Clin Nurs, 23(5-6), 856-64. doi: 10.1111/jocn.12248.
- Alemdar, H. ve Pakyüz,S.(2015). Hemodiyaliz Hastalarında Öz Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, (2),19-30.
- Artom, M., Moss-Morris, R., Caskey, F., Chilcot, J.I.(2014). Fatigue in Advanced Kidney Disease, Kidney International, 86, 497-505. doi:10.1038/ki.2014.86.
- Asgarpoor, A.P., Amini, Z., Zeraati, A.A., Esmaeli, H.(2011). The Effect of A Care Plan Based on the Roy Adaptation Model on Level of Fatigue in Hemodialysis Patients, 6. 1, (1), 77-9. DOI: 10.22038 / EBCJ.2011.3766.
- Atashpeikar, S., Jalilazar, T., Heidarzadeh, M. (2012).Self-Care Ability in Hemodialysis Patients, Journal of Caring Sciences, 1(1),31-35.
Available at: <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p121>.
- Azak, A. ve Dünder, S, (2012). Kronik Böbrek Yetmezliği Nedeniyle Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Akut Yorgunluk Sendromu ve Etkileyen Faktörler, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 32(6); 1623-9.
- Bağ, E. ve Mollaoğlu, M.(2010). The Evaluation of Self-Care and Self-Efficacy in Patients Undergoing Hemodialysis, Journal of Evaluation in Clinical Practice,16,605-610.
- Barett, D.,Wilson, B.,Woollands, A. (2014). Bakımın Planlanması (Çeviri:Okumuş, H., Öztürk, C.,Yenal, K.), Palme Yayıncılık,Ankara,61-73.
- Bayumi, H.A.E.A. (2015). Factors Affecting Fatigue in Chronic Renal Failure Patients under Hemodialysis Treatment at Qena University Hospital in Upper Egypt, Journal of Biology, Agriculture and Healthcare, (5),14,42-49.
- Biniiaz,V.,Tayybi, A., Nemati, E.(2013). Different Aspects of Fatigue Experienced by Patients Receiving Maintenance Dialysis in Hemodialysis Units, Nephro-Urology,5(4),897-900.
- Biröl, L.(2007).Hemşirelik Süreci, Etki Matbaacılık, İzmir, 457-462.
- Bonner. A., Wellard, S., Caltabiano, M.(2008). Levels of fatigue in people with ESRD living in far North Queensland, JclinNurs, 17:90–98.

- Bonner, A., Wellard, S., Caltabiano, M.(2010).The Impact of Fatigue on Daily Activity in People With Chronic Kidney Disease, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3006-3015.
- Bonner, A.,Caltabiano, M.,Berlund, L.(2013).Quality of Life, Fatigue, and Activity in Australians With Chronic Kidney Disease: A Longitudinal Study, *Nursing & Health Sciences*, 15(3),360-367.
- Boothby, R.K. ve Salmon, P.(2012).Self-Effency and Hemodialysis Treatment: A Qualitative and Quantitative Approach, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23,1-10.
- Bossola, M., Luciani, G.,Tazza, L.(2009).Fatigue and İts Correlates in Chronic Hemodialysis Patients, *Blood Purif*, 28,245-252.
- Bossola M., Luciani G., Giungi S., Tazza L.(2010). Anorexia, Fatigue and Plasma İnterleukin-6 Levels in Chronic Hemodialysis Patients, *Ren Fail*,32, 1049-1054.
- Bossola, M.,Vulpio, C.,Tazza, L.(2011).Fatigue in Chronic Dialysis Patients, *Seminars in Dialysis*, 24, 5, 550-555.
- Britz, J.A. ve Dum, K.(2010). Self-care and Quality of Life Among Patients With Heart Failure, *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 22,480-487.
- Can, G.(2001).Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, *Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*,130.
- Caplin, B., Kumar,S.,Davenport,A. (2011). Patients Perspective of Haemodialysis-Associated Symptoms, *Nephrol Dial Transplant*, 26(8),2656-63.
- Carpetino, L.J.(2013). *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice 14. Edition*, Lippincott Williams&Wilkins, China, 57-739.
- Chen, C.K., Tsai,Y.C., Hsu, H.J., Tsai, M., Wu, J., Sung Wan, J.(2010). Depression and Suicide Risk in Hemodialysis Patients With Chronic Renal Failure, *Psychosomatics*, 51,528-528.
- Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease,2012.
- Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease (KDIGO 2012). (2013). *Kidney Int Suppl*, 3, 1-150.
- Clinical Practice Guideline For Hemodialysis Adequacy (KDOQI),2015.
- Cruz, M.C., Andrade, M.C., Urrutia, B.M., Draibe,S., Nogueira-Martins, L.A., Sesso, R.C.(2011).Quality of Life in Patients With Chronic Kidney Disease, *Clinics (Sao Paulo)*, 66(6),991-5.

- Daugirdas, J.T., Blake, P.G., Ing, T.S.(2015). Handbook of Dialysis, 5. Edicition, Lippincott Williams&Wilkins, U.S.2-22,92-237,528-555.
- Davison, S.N. ve Jhangri, G.S.(2010). Impact of Pain and Symptom Burden on the Health-Related Quality of Life of Hemodialysis Patients, J Pain Sympto Managent, 39:477–485.
- Eğlence, R.(2011). Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Akupresörün Yorgunluk Düzeyine Etkisi,Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütüsü,Kayseri,104.
- Fırat Kılıç, H., Alpar, Ş. E. (2016).The Effect of Group Training İmplemented on Hemodialysis Patients for Their Stress Management, Psychosocial Adjustment and Self-Care Strength, International Journal of Human Sciences, 13(1),654-767.
- Finkelstein, F., Story, K., Firanek, C., Mendelsohn, D., Barre, P.,Takano, T., Soroka, S., Mujais, S.(2009). Health-Related Quality of Life and Hemoglobin Levels in Chronic Kidney Disease Patients, Clin J Am Soc Nephrol, 4, 33–38.
- Foley, R.N., Curtis, B.N., Parfrey, P.S. (2009). Erythropoietin Therapy, Hemoglobin Targets, and Quality of Life in Healthy Hemodialysis Patients: A Randomized Trial, Clin J Am Soc Nephrol, 4,726 –733.
- Fouque, D.,Vennegoor, M.,Ter Wee, P.,Wanner, C., Basci, A., Canaud, B., Haage, P., Konner, K., Kooman, J., Martin-Malo, A., Pedrini, L., Pizzarelli, F., Tattersall, J., Tordoir, J.,Vanholder, R.(2007).EBPG Guideline on Nutrition, Nephrol Dial Transplant, May,22, 2,45-87.
- Fructuoso, M., Castro, R., Oliveira, L., Prata, C., Morgado, T. (2011). Quality of Life in Chronic Kidney Disease, Nefrologia,31(1),91-96.
- Fukuda,S., Koyama, H., Kondo, K.(2015). Effects of Nutritional Supplementation on Fatigue and Autonomic and Immune Dysfunction in Patients with End-Stage Renal Disease: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Trial, Plos One 10(3): e0119578. doi:10.1371/journal. pone.0119578.
- Gerogianni, S. ve Babatsikou, F.(2014).Psychological Aspects in Chronic Renal Failure, Health Science Journal, 8 (2),205-214.
- Ghadam, M.S., Poorgholami, F., Jahromi, Z.B., Parandavar, N., Kalani, N., Rahmanian, E. (2016). Effect of Self-Care Education by Face-to-Face Method on the Quality of Life in Hemodialysis Patients (Relying on Ferrans and Powers Questionnaire),Global Journal of Health Science, 8(6),121-127.
- Gould, D.W., Brown, G.,Watson, E.,Viana, J.,Smith, A.(2014). Physiological Benefits of Exercise in Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease, Nephrology, 19,519–527.

- Griva, K., Mooppil, N., Seet, P., Krishnan, D.S.P., James, H., Newman, S.P.(2011). The NKF-NUS Hemodialysis Trial Protocol – A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of A Self Management Intervention for Hemodialysis Patients, *BMC Nephrology*,12.4, 2-11.
- Heidarzadeh, M., Atashpeikar, S., Jalilazaret, T. (2010). Relationship Between Quality of Life and Self-Care Ability in Patients Receiving Hemodialysis, *IJNMR*,15(2), 71-76.
- Herdman, T.H. ve Kamitsuru, S. (Eds.)(2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*.Oxford, Wiley Blackwell, 133-357.
- Horigan, A.E.(2012).Fatigue in Hemodialysis Patients: A Review of Current Knowledge *Journal of Pain Syptom Managent*, 44,5,715-724.
- Horigan, A.E., Rocchiccioli, J., Trimm, D.(2012). Dialysis and Fatigue: Implications For Nurses – A Case Study Analysis, *Medsurg Nurs*, 21(3), 158–175.
- Horigan, A.E., Schneider, S.M., Docherty, S., Barroso, J.(2013). The Experience and Self-Management of Fatigue in Patients on Hemodialysis, *Nephrol Nurs J*, 40 (2),113-22.
- Horigan A.N. ve Barroso J.V. (2016). A Comparison of Temporal Patterns of Fatigue in Patients on Hemodialysis, *Nephrol Nurs J*. 43(2): 129–139.
- International Council of Nurses (ICN). (2010). *Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care, International Nurses Day*. <http://www.icn.ch/publications/2010-delivering-quality-serving-communities-nurses-leading-chronic-care/>(erişim tarihi: 24.12.2016).
- İlhan, F.(2011).Hemodiyaliz Hastalarının Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul,95.
- Jansen, D.L., Rijken, M., Heijmans, M.,Boeschoten, E.W.(2010). Perceived autonomy and self-esteem in Dutch dialysis patients: The importance of illness and treatment perceptions. *Psychology and Health*, 25(6):733-749.
- Jablonski, A.(2007). The Multidimensional Characteristics of Symptoms Reported by Patients on Hemodialysis, *Nephrology Nursing Journal*, 34 (1),29-37.
- Jhamb, M., Argyropoulos, C., Steel, J.L.(2009). Correlates and Outcomes of Fatigue Among Incident Dialysis Patients, *Clin J Am Soc Nephrol*, 4, 1779 –1786.
- Jhamb, M., Pike, F., Ramer, S., Argyropoulos, C., Steel, J., Dew, A.M., Weisbord, S.D., Weissfeld, L., Unruha, M.(2011).Impact of Fatigue on Outcomes in The Hemodialysis (HEMO) Study, *Am J Nephrol*, 33,515-523.

- Jhamb, M., Liang, K., Yabes, J., Steel, J.L., Dew, M.A., Shah, N., Unruh, M. (2013). Prevalence and Correlates of Fatigue in CKD and ESRD: Are Sleep Disorders a Key to Understanding Fatigue?, *IAm J Nephrol*, 38(6), 489–495. doi:10.1159/000356939.
- Johansen, K.L., Finkelstein, F.O., Revicki, D.A., Evans, C., Wan, S. ve ark. (2012). Systematic Review of The Impact of Erythropoiesis-Stimulating Agents on Fatigue İn Dialysis Patients, *Nephrol Dial Transplant*, 27, 2418–2425.
- John, J.F. ve Thomas, V.J.(2013). The Psychosocial Experience of Patients With End-Stage Renal Disease and Its Impact on Quality of Life: Findings from a Needs Assessment to Shape a Service, *ISRN Nephrology*,1-8. <http://dx.doi.org/10.5402/2013/308986>.
- Joshwa, B., Khakha, C.D., Mahajan, S. (2012). Fatigue and Depression and Sleep Problems Among Hemodialysis Patients in a Tertiary Care Center, *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 23(4),729-735.
- Jung, H.E. ve Park, S.H. (2011). Intradialytic Exercise Programs for Hemodialysis Patients, *Chonnam Med J*,47,61-65.
- Kaçar, G.(2012). Kronik Hastalıklar ve Bakım. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Bakım, Durna, Z.(Ed.),Nobel Tıp Kitapevleri,İstanbul,381-397.
- Karabulutlu, Y.E. ve Okanlı, A.(2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 4,25-31.
- Karadağ, E., Kılıç, S., Metin, Ö. (2013). Relationship Between Fatigue and Social Support in Hemodialysis Patients, *Nurs Health Sci*, 3,15(2),164-71.
- Karimi, Moonaghi, H., Emami, Zeydi, A., Mirhaghi, A.(2016). Patient Education Among Nurses: Bringing Evidence İnto Clinical Applicability in Iran, 34(1): 137-151.
- Kearney, B. ve Fleisher, B.(1979). Development of An Instrument to Measure Exercise of Self-Care Agency, *Res Nurs Health*, 2,25-34.
- Kim, H.R. ve Son, G.R.(2005). Fatigue and Its Related Factors in Korean Patients On Hemodialysis, *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35:701-8.
- Kohzuki, M.(2013).Renal Rehabilitation:Present and Future Perspectives, *InTechOpen*, 743-751. Published on: <http://dx.doi.org/10.5772/52909>.
- Krespi, M.R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington, B., Salmon, P.(2008). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşamlarını Değerlendirmesi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4),365-372.

- Leatherland, S.(2007). Continuing Care of the Renal Patient: A Guide for Nurses, Dialysis & Transplantation,1-6.
- Lee, B., Lin, C.C., Chaboyer, W., Chiang, C.L., Hung, C.C.(2007). The Fatigue Experience of Haemodialysis Patients in Taiwan, *J Clin Nurs*, Feb,16(2),407-13.
- Letchmi, S., Das, S., Halim, H., Zakariah, F.A., Hassan, H., Mat, S., Packiavathy, R. (2011).Fatigue Experienced by Patients Receiving Maintenance Dialysis in Hemodialysis Units, *Nurs Health Sci*, 13,60-64.
- Levey, A.S., Andreoli, S., Du Bose, T., Provenzano, R., Collins, A.J. (2007). Ckd: Common, Harmful, and Treatable World Kidney Day, *Am J Kidney Dis*, 49 (2), 175-179.
- Levey, A.S., Jong, P.E., Coresh, J., Nahas, M. Astor, B.C. ve ark.(2011). The Definition, Classification, and Prognosis of Chronic Kidney Disease: A KDIGO Controversies Conference Report, *International Society of Nephrology*,17-28.
- Liu, H.E.(2006). Fatigue and Associated Factors in Hemodialysis Patients in Taiwan, *Research in Nursing & Health*, 29, 40-50.
- Macdonald, J.H., Fearn, L., Jibani, M., Marcora, S.M. (2012). Exertional Fatigue in Patients With CKD, *Am J Kidney Dis*, 1-10.
- Maslakpak, M.H. ve Shams, S.(2015). A Comparison of Face to Face and Video-Based Self Care Education on Quality of Life of Hemodialysis Patients, *Int J Community Based Nurs Midwifery*, Jul, 3(3), 234–243.
- Moattari,M., Ebrahimi, M., Sharifi, N., Rouzbeh, J.(2012). The Effect of Empowerment on the Self-Efficacy, Quality of Life and Clinical and Laboratory Indicators of Patients Treated With Hemodialysis: A Randomized Controlled Tria, *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:1-10.
- Mohamed, S.A.(2014). The Effectiveness of an Educational Intervention on Fatigue in Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial, *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 3,(4);40-50.
- Mohamed, S.K., El-Fouly, Y., El-Deeb, M.(2016). Impact Of A Designed Self-Care Program on Selected Outcomes Among Patients Undergoing Hemodialysis, *Impact Journals*, 4, (5);73- 90.
- Mollaoğlu, M.(2005).Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Depresyon, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Temmuz-Ekim,55-60.
- Mollaoğlu, M.(2009).Fatigue in People Undergoing Hemodialysis, *Dialysis & Transplantation* 38(6);216-220.
- Mollaoğlu, M.(2011).Diyaliz Hastalarında Yeti Yitimi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Öz Yeterlilik Durumu, *TAF Prev Med Bull*, 10(2); 181-186.

- Muz, G. ve Eğlence, R.(2013). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü Ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi, Balıkesir Sağlık Bil Derg, (2), 1, 15-21.
- Nahcıvan, N.(1993).Sağlıklı Gençlerde “Öz-bakım Gücü” ve Aile Ortamının Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 106.
- O’Sullivan, D. ve McCarthy, G.(2009).Exploring The Symptom of Fatigue in Patients With end Stage Renal Disease, Nephrology Nursing Journal, 36(1),37-40.
- Orem, D.E. (2001). Nursing: Concepts of practice. 5th Edition. Mosby-Yearbook, Inc., St. Louis,13-125.
- Ovayolu. N., Torun, S., Uçan, Ö., Elçi, A.(2007). Hemodiyaliz Hastalarının Öz-Bakıma İlişkin Tutumları ve Sosyodemografik Özellikleri Özbakım Gücü Arasındaki İlişki, Nefroloji Hemşireliği Dergisi: 21-25.
- Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö.(2016).Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar,Nobel Tıp Kitapevi,Adana,381-387,628,756.
- Özdemir, G.(2011).Hemodiyaliz Hastalarına Uygulanan Refleksolojinin, Ağrı Ve Krampa Etkisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, 90.
- Öztürk, B.(2011).Hemodiyaliz Tedavisini Sürdüren Hastalarda Tedaviye Uyumun ve Eğitim Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 123.
- Patterson, E., Wan, Y.W.T., Sidani, S.(2013). Nonpharmacological Nursing Interventions for the Management of Patient Fatigue: A Literature Review, Journal of Clinical Nursing, 22, 2668–2678.
- Peng, Y.S., Huang, J.W., Hung, K.Y., Lin, B.S., Lin, C.Y., Yang, C.S., Chen, T.W., Hsia, C.C., Chen, D.L., Hsu, W.D., Chang, C.F., Wu, K.D., Lin, R.P., Tsai, T.J., Chen, W.Y.(2013). Women on Hemodialysis Have Lower Self-Reported Health-Related Quality of Life Scores But Better Survival Than Men, Journal Of Nephrology 26, 366– 374.
- Piper, B.F., Lindsey, A., Dodd, M.J.(1987). Fatigue Mechanisms in Cancer Patients: Developing Nursing Theory, Oncology Nursing Forum, 14,17-23.
- Piper, B.F., Dibble, S.L., Dodd, M.J.,Weiss, M.C., Slaughter, R.E., Paul, S.M. (1998). The Revised Piper Fatigue Scale: Psychometric Evaluation in Women With Breast Cancer, Oncology Nursing Forum, 25(4);677-684.
- Plantinga, L.C., Tuot, D.S., Powe, N.R.(2010). Awareness Of Chronic Kidney Disease Among Patients and Providers, Advances in Chronic Kidney Disease,17(3), 225-236.

- Poorgholami, F., Javadpoura, S.H., Saadatmand, V., Jahromi, M.K. (2016). Effectiveness of Self-Care Education on the Enhancement of the Self-Esteem of Patients Undergoing Hemodialysis. *Global Journal of Health Science*, 8(2), 132-136. Available at: <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n2p132-136>.
- Rahimi, F., Gharib, A., Beyramijam, M., Naseri, O. (2014). Effect of Self-Care Education on Self Efficacy in Patients Undergoing Hemodialysis, *Life Science Journal*, 11, 136-140.
- Rossi, A.P., Burris, D.D., Lucas, F.L., Crocker, G.A., Wasserman, J.C. (2014). Effects of A Renal Rehabilitation Exercise Program in Patients With CKD: A Randomized, Controlled Trial, *Clinical journal of the American Society of Nephrology*, 9 (12), 2052-2058.
- Sabouhi, F., Kalani, L., Valiani, M., Mortazavi, M., Bemanian M. (2013). Effect of Acupressure on Fatigue in Patients on Hemodialysis, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, November-December, 18:(6), 429-435.
- Sajadi, A., Farmahini, Farahani, B., Esmailpoor, Zanjani, S., Durmanesh, B., Zare, M. (2010). Effective Factors On Fatigue In Patients With Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis, *Iranian Journal Of Critical Care Nursing (IJCCN)*, 3 (1); 33-38.
- Sakkas, G.K. ve Karatzaferi, C. (2012). Hemodialysis Fatigue: Just "Simple" Fatigue or A Syndrome on Its Own Right?, *Front Physiol*, 31,(3), 306.
- Shahgholian, N. ve Yousefi, H. (2015). Supporting hemodialysis patients: A phenomenological study, *Iranian J Nursing Midwifery Res [serial online]* 2015 [cited 2017 Apr 25]; 20:626-33.
- Shinde, M. ve Mane, S.P. (2014). Stressors and the Coping Strategies among Patients Undergoing Hemodialysis, *International Journal of Science and Research (IJSR)*, ISSN (Online): 2319-7064, 3 (2), 266-276.
- Shrestha, B.K., Rajbanshi, L., Lopchan, M. (2016). Self Care Knowledge Among Chronic Kidney Disease Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis, *Ann Nurs Pract*, 3(5):1061.
- Simmons, L. (2009). Dorthea Orem's Self Care Theory as Related To Nursing Practice in Hemodialysis. *Nephrology Nursing*, 36(4):419-421.
- Singer, R., Claxton, R.N., Blackhall, L., Weisbord, S.D., Holley, J.L. (2010). Undertreatment of Symptoms in Patients on Maintenance Hemodialysis, *J Pain Symptom Manage*, 39:211-218.
- Slesnick, N., Pienkos, S., Doss-Mcquitty, S., Schiller, B. (2015). The Chronic Disease Self-Management Program – A Pilot Study in Patients Undergoing Hemodialysis, *Nephrol News Issues*, 29(4):22-3, 27-8, 30-2. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26263750.

- Soyman, Z.(2009). Hemodiyaliz Hastalarında Masajın Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 112.
- Süleymanlar, G., Utaş, C., Arınsoy, T., Ateş, K., Altun, B. ve ark. (2011). A Population Based Survey of Chronic Renal Disease in Turkey – The CREDIT study, *Nephrol Dial Transplant*, 26,1862-71.
- Şahin, Z.(2009). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yorgunluğun Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi, Edirne, 124.
- Tavakoli, M., Roshandel, M., Zareiyan, A., Dabagh Moghadam, A. (2016). Evaluation of Fatigue in Hemodialysis Patients in AJA Selected Hospitals, *Military Caring Sciences*, (2), 4, 197-205.
- Tsay, L.S.(2004). Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease – A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 41: 99-106.
- Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2016, 2017.
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı, (2014-2017). (2014). Ankara,1-62.
- Uçan, Ö., Ovayolu, N., Şahin, M. (2008). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşadıkları Semptomlar ve Yaptıkları Girişimler, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*,17(Ek 3):96.
- United Status Renal Data System.(USRDS). (2014). Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in The United States, 2014, National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD.Available at: <http://www.usrds.org/2014/view/Default.aspx> (erişim: 17 Ağustos, 2016).
- Ünsar, S., Erol, O., Mollaoğlu, M.(2007). The Self-Care Agency in Dialyzed Patients, *Dialysis & Transplantation*, 57 - 70
- Yıldırım, Usta,Y. ve Demir, Y. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğa etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anatol J Clin Investig* 2014; 8(1): 21-27.
- Vicdan, A.K. ve Karabacak, B.G.(2014).The Use of Patient Education Roy Adaptation Model Hemodialysis, *International Journal of Human Sciences*,11 (2), 209-220.
- Wang, X., Fan, S., Han, H.(2013). Effect of Collaboration Care Model on Self-Care Agency and Quality of Life in Patients With Hemodialysis, *Chinese Journal of Nursing*, 3.(Özet).
- Webster, A.C., Nagler, E.V., Morton, R.L., Masson, P.(2017). Chronic Kidney Disease, *Lancet*, 389: 1238–52.

- Weisbord, S.D., Fried, L.F., Mor, M.K., Resnick, A.L., Unruh, M.L. ve ark. (2007). Renal Provider Recognition of Symptoms in Patients on Maintenance Hemodialysis, Clin. J. Am. Soc., Nephrol,2, 960– 967.
- Williams, A.G., Crane, P.B., Kring, D. (2007). Fatigue in African American Women on Hemodialysis, Nephrology Nursing Journal, 34 (6), 610-618.
- Yalın, S.F.(2015). Hemodiyaliz Hastalarında Anemi, Türkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics, 8(2):61-4.
- Yamasaki A., Yoda K., Koyama H., Yamada S., Tsujimoto Y., Okuno S., Okada S., Inaba M.(2016).Association of Erythropoietin Resistance with Fatigue in Hemodialysis Patients: A Cross-Sectional Study, Nephron,134:95-102. (DOI:10.1159/000448108).
- Yorulmaz, H., Karahaliloğlu, N., Kürtünlü, Ş., Türkyılmaz, Ç., Hacıoğlu, N. (2011). Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Yorgunluğa Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, Nöropsikiyatri Arşivi, 48, 59-65.
- Yurtsever, S.(1999).Kronik Böbrek Yetmezliği Nedeniyle Hemodiyaliz Uygulanan Bireylerde Yorgunluğun Değerlendirilmesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 99.
- Yurtsever,S. ve Kuyurtar, F.(2005).Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluk ve Özbakım Gücü, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, mart-haziran, 26-32.
- Zyga, S., Alikari, V., Sachlas, A., Fradelos, E.C., Stathoulis, J. ve Ark. (2015). Assessment of Fatigue in End Stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis: Prevalence and Associated Factors, Med Arh ,Dec, 69 (6), 376-380.

EKLER

(EK-1) HASTA TANITIM FORMU

Değerli katılımcı,

Bu anket formunda sizin yaşantınız ve hastalığınız ile ilgili bazı bilgilere yer verilmiştir. Anket formunda isim belirtmenize gerek yoktur. Soruları yanıtlarken göstereceğiniz samimiyet ve ilgiden dolayı teşekkür ederiz.

| | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------|
| 1-Yaşınız ? | | | | |
| 2-Cinsiyetiniz ? | | | | |
| kadın <input type="checkbox"/> | | erkek <input type="checkbox"/> | | |
| 3-Medeni haliniz ? | | | | |
| evli <input type="checkbox"/> | | bekar <input type="checkbox"/> | | |
| 4-Eğitim durumunuz ? : | | | | |
| okur yazar değil <input type="checkbox"/> | ilköğretim <input type="checkbox"/> | lise <input type="checkbox"/> | üniversite <input type="checkbox"/> | |
| 5-Çalışma durumunuz ? | | | | |
| Çalışıyor <input type="checkbox"/> | | Çalışmıyor <input type="checkbox"/> | | |
| 6-Mesleğiniz ? | | | | |
| Memur <input type="checkbox"/> | İşçi <input type="checkbox"/> | Emekli <input type="checkbox"/> | Serbest meslek <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| 7-Aile tipiniz? | | | | |
| Çekirdek aile <input type="checkbox"/> | | Geniş aile <input type="checkbox"/> | | |
| 5-Çalışma durumunuz ? | | | | |
| Çalışıyor <input type="checkbox"/> | | Çalışmıyor <input type="checkbox"/> | | |
| 6-Mesleğiniz ? | | | | |
| Memur <input type="checkbox"/> | İşçi <input type="checkbox"/> | Emekli <input type="checkbox"/> | Serbest meslek <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| 7-Aile tipiniz? | | | | |
| Çekirdek aile <input type="checkbox"/> | | Geniş aile <input type="checkbox"/> | | |
| 8-Gelir durumunuz ihtiyaçlarınızı karşılamaya yetiyor mu? | | | | |

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> | Kısmen <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 9- Böbrek Hastalığınızın süresi nedir? | | | | |
| 6 ay <input type="checkbox"/> | 7 - 11 ay arası <input type="checkbox"/> | 1-5 yıl arası <input type="checkbox"/> | 6-9 yıl arası <input type="checkbox"/> | 10 yıl ve üzeri <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 10- Diyaliz tedavisi alma süreniz nedir? | | | | |
| 6 ay <input type="checkbox"/> | 7 - 11 ay arası <input type="checkbox"/> | 1-5 yıl arası <input type="checkbox"/> | 6-9 yıl arası <input type="checkbox"/> | 10 yıl ve üzeri <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--------------------------------|
| 11- Hastalık ve diyalize ilişkin eğitim aldınız mı? | |
| Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--------------------------------|
| 12-Böbrek hastalığınız nedeniyle önerilen diyetle uyuyor musunuz? | |
| Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--------------------------------|
| 13- Doktorunuzun önerdiği ilaç tedavisine uyuyor musunuz? | |
| Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

| | |
|------------------------------------|--|
| 14-Kullandığınız ilaçlar nelerdir? | |
| | |

| | |
|--|--------------------------------|
| 15-Eritropoetin tedavisi alıyor musunuz? | |
| Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--------------------------------|
| 16-Böbrek hastalığı dışında tanı konulmuş kronik hastalığınız var mı? | |
| Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------------|--|
| 17-Var ise nedir? | |
| | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| 18-Böbrek hastalığı dışındaki hastalığınızın süresi nedir? | | | | |
| 6 ay <input type="checkbox"/> | 7 ay-11 ay arası <input type="checkbox"/> | 1-5 yıl arası <input type="checkbox"/> | 6-9 yıl arası <input type="checkbox"/> | 10 yıl ve üzeri <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 19-Yorgunluk yaşıyor musunuz? | |
| Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--------------------------------|
| 20-Yorgunluk günlük işlerinizi yapmanızı etkiliyor mu? | |
| Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--------------------------------|
| 21-Etkiliyorsa bu konuda destek alıyormusunuz? | |
| Evet <input type="checkbox"/> | Hayır <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|--------------------------------|
| 22- Desteği kimlerden alıyorsunuz? | | | | |
| Eş <input type="checkbox"/> | Çocuk <input type="checkbox"/> | Anne, Baba , Kardeş <input type="checkbox"/> | Akraba <input type="checkbox"/> | Komşu <input type="checkbox"/> |

23 -LABORATUVAR BULGULARI

| Tetkik | İlk değerleri | 3.aydaki değerleri | 6.aydaki değerleri | Normal Değer Aralığı |
|-----------|---------------|--------------------|--------------------|----------------------------|
| HGB | | | | 12,2-16,2 |
| HCT | | | | 42-52 erkek 36-46 kadın |
| Albumin | | | | 3,4-5 |
| Glukoz | | | | 70-110 |
| BUN | | | | 7-20 |
| Kreatin | | | | 0,6-1,3 |
| HCO3 | | | | 21,2-27 |
| Kalsiyum | | | | 8,5-10,3 |
| Fosfor | | | | 2,5-4,9 |
| Magnezyum | | | | 1,6-2,6 |
| Sodyum | | | | 136-148 |
| Potasyum | | | | 3,5-5,1 |
| Klor | | | | 98-107 |

(EK- II) PİPER'İN YORGUNLUK ÖLÇEĞİ

1- Ne zamandan beri kendinizi yorgun hissediyorsunuz? (sadece birini işaretleyiniz)

- 1) Dakika
- 2) Saat
- 3) Gün
- 4) Hafta
- 5) Ay
- 6) Diğer (lütfen açıklayınız)

2- Şu an hissettiğiniz yorgunluk sizde ne derecede sıkıntıya sebep oluyor?

Sıkıntıya neden olmuyor

Pek çok sıkıntıya neden oluyor

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

3- Şu an hissettiğiniz yorgunluk okul veya iş faaliyetlerinizi sürdürmenizi ne derecede engelliyor?

Engellemez

Cok engeller

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

4- Şu an hissettiğiniz yorgunluk arkadaşlarınızı görmeyi veya iletişim kurmanızı ne derecede engelliyor?

Engellemez

Cok engeller

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

5- Şu an hissettiğiniz yorgunluk cinsel yaşamınızı sürdürmeyi ne derecede engelliyor?

Engellemez

Cok engeller

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

6- Şu an hissettiğiniz yorgunluk yapmayı sevdiğiniz faaliyetlere katılmanızı ne derecede engelliyor?

Engellemez

Cok engeller

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

7-Şu an hissettiğiniz yorgunluğun şiddetini veya derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hafif

Siddetli

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

8-Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hos

Hos Değil

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

9- Kabul edilebilir

Kabul edilemez

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

10- Koruyucu

Yıpratıcı

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

11- Olumlu

Olumsuz

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

12- Normal

Anormal

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

13- Güçlü

Zayıf

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

14- Uyanık

Uykulu

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

15- Canlı

Cansız

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

16- Dinlenmiş

Yorgun

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

17- Kuvvetli

Kuvvetsiz

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

18- Tahammül edilebilir

Tahammül edilemez

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

19- Rahat

Gergin

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

20- Mutlu

Mutsuz

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

21- Konsantre olabiliyorum

Konsantre olamıyorum

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

22- Hatırlayabiliyorum

Hatırlayamıyorum

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

23- İyi düşünebiliyorum

İyi düşünemiyorum

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

24-Yorgunluğunuza doğrudan katkıda bulunan veya sebep olduğuna inandığımız en önemli neden nedir? (nedeni tanımla)

.....

25-Yorgunluğunuzu azaltmak için bulduğunuz en iyi şey

.....

26-Yorgunluğunuzu bize daha iyi açıklayacak başka bir şey eklemek ister misiniz?

.....

27-Su an başka herhangi bir şikayetiniz var mı?

Hayır

Evet. Lütfen açıklayınız

.....

28-Peki siz yorgunluğunuzu nasıl tanımlarsınız?

.....

(EK- III) ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duyularımızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

| | Beni hiç tanımlamıyor | Beni pek tanımlamıyor | Fikrim yok | Beni biraz Tanımlıyor | Beni çok Tanımlıyor |
|--|-----------------------|-----------------------|------------|-----------------------|---------------------|
| 1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim. | | | | | |
| 2.Kendimi beğeniyorum. | | | | | |
| 3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim | | | | | |
| 4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum | | | | | |
| 5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum | | | | | |
| 6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim | | | | | |
| 7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım. | | | | | |
| 8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım. | | | | | |
| 9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim | | | | | |
| 10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım. | | | | | |
| 11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm. | | | | | |
| 12.Dengeli beslenirim. | | | | | |
| 13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum | | | | | |
| 14.Sağlığımın dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım. | | | | | |
| 15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum. | | | | | |
| 16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum. | | | | | |
| 17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım | | | | | |
| 18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum | | | | | |
| 19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım | | | | | |
| 20.Kendimle dostum. | | | | | |
| 21.Kendime iyi bakarım | | | | | |
| 22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur | | | | | |
| 23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım | | | | | |
| 24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim. | | | | | |
| 25.Yaşam bir zevktir | | | | | |
| 26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum | | | | | |
| 27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim | | | | | |
| 28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım. | | | | | |
| 29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum. | | | | | |
| 30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum. | | | | | |
| 31.Bazen hastalandığımda,rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim. | | | | | |
| 32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım. | | | | | |
| 33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum. | | | | | |
| 34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum | | | | | |
| 35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım | | | | | |

(EK-IV) PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ İZİN FORMU

DOÇ.DR. GÜLBAYAZ CAN

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
Abide-i Hürriyet cad. Çağlayan/İstanbul

Tarih: 19.03.2015

Sayın Gonca Deveci

Piper'in Yorgunluk Ölçeğini çalışmanızda kullanma talebiniz değerlendirilmiş olup bu ve benzeri çalışmalarda ölçeği kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Doç.Dr. Gülbeyaz Can



(EK-V) ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ İZİN FORMU

----- Yönlendirilmiş ileti -----

Gönderen: **Nursen Nahcivan** <nnahcivan@gmail.com>

Tarih: 15 Mart 2015 14:17

Konu: Re: öz bakım gücü ölçeği

Alıcı: gonca deveci <gdeveci@msn.com>

Gonca Hanım merhaba,

Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmalarımızda rahatlıkla kullanabilirsiniz. İstedğiniz dokümanlar ektedir.

Başarı dileklerimle...

--

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN

İstanbul Üniversitesi/İstanbul University

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/Florence Nightingale Nursing Faculty

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı/Public Health Nursing Department, Chair

Tel: 0212-440 0000 (dahili/ex. 27058)



(EK- VI) HASTA ONAM FORMU



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

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma eğitimin hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Yorgunluk ve öz bakım ile ilgili eğitimler verilerek hemodiyaliz tedavisi gören hastaların, yorgunluk düzeyi ve öz bakım gücü 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 70 birey alınacak olup, çalışmamız hemodiyaliz ünitesinde size verilecek olan standart tedavi, bakım ve izlem sürecinde bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Çalışmamızda araştırmaya katılmayı kabul eden 70 hasta alınacaktır. Bu hastaların 35'i müdahale, 35'i kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılacaktır. Müdahale grubunda olduğunuzda: hemodiyaliz tedaviniz sırasında size öncelikle çalışma yürütücüsü tarafından bir takım sorular sorulacaktır. Bu sorular; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum gibi kişisel bilgiler ve hastalıkla ilgili belirtilerin değerlendirmesi, eşlik eden hastalıklarınız, uygulanan tedavi planı, diyetiniz, kullandığınız ilaçlar, laboratuvar bulguları gibi sizin sağlık durumunuz ve hastalık özellikleriniz ile ilgili olacaktır. Ayrıca yorgunluk durumunuzu ve öz bakım gücünüzü belirlemek amacıyla sorular sorulacaktır. Size sorulacak sorular ortalama 30 dakikada tamamlanacaktır. Bu görüşmeden sonra size eğitim programı doğrultusunda üç oturumda eğitim verilecektir. Bu eğitimler yorgunluk ve öz bakım gücü nedir, hemodiyaliz hastalarında yorgunluk düzeyi ve öz bakım gücü nasıldır, hemodiyaliz hastalarında yorgunluk nedenleri nelerdir ve öz bakım gücüne etkisi nedir, yorgunluk ve öz bakım gücünün artırılması için öneriler ile ilgili olacaktır. Her eğitim oturumu 30 dakika sürecektir. Eğitimler birebir görüşülerek verilecektir. Eğitimler görsel sunum, anlatım, soru cevap şeklinde yapılacaktır. Eğitim programının sonunda size eğitim kitapçığı verilecektir. İkinci görüşme eğitimden 3 ay sonra siz hemodiyaliz tedavisinde iken, ziyaret edilerek ilk görüşmede sorulan sorular tekrar sorulacak ve ihtiyaçlarınız doğrultusunda eğitim tekrarlanacaktır. Üçüncü görüşme eğitimden 6 ay sonra siz hemodiyaliz tedavisinde iken, ziyaret edilerek ilk görüşmede sorulan sorular tekrar sorulacak ve ihtiyaçlarınız doğrultusunda eğitim tekrarlanacaktır.

Kontrol grubunda olduğunuzda; hemodiyaliz tedaviniz sırasında size öncelikle çalışma yürütücüsü tarafından bir takım sorular sorulacaktır. Bu sorular; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum gibi kişisel bilgiler ve hastalıkla ilgili belirtilerin değerlendirmesi, eşlik eden hastalıklarınız, uygulanan tedavi planı,

diyetiniz, kullandığınız ilaçlar, laboratuvar bulguları gibi sizin sağlık durumunuz ve hastalık özellikleriniz ile ilgili olacaktır. Ayrıca yorgunluk durumunuzu ve öz bakım gücünüzü belirlemek amacıyla sorular sorulacaktır. Size sorulacak sorular ortalama 30 dakikada tamamlanacaktır. İkinci görüşme 3 ay sonra siz hemodiyaliz tedavisinde iken, ziyaret edilerek ilk görüşmede sorulan sorular tekrar sorulacaktır. Üçüncü görüşme 6 ay sonra siz hemodiyaliz tedavisinde iken, ziyaret edilerek ilk görüşmede sorulan sorular tekrar sorulacak müdahale grubuna verilen eğitim size de verilecektir. Verilecek eğitim 3 oturum halinde verilecek olup her eğitim oturumu 30 dakika sürecektir. Bu eğitimler yorgunluk ve öz bakım gücü nedir, hemodiyaliz hastalarında yorgunluk düzeyi ve öz bakım gücü nasıldır, hemodiyaliz hastalarında yorgunluk nedenleri nelerdir ve öz bakım gücüne etkisi nedir, yorgunluk ve öz bakım gücünün artırılması için öneriler ile ilgili olacaktır. Eğitimler birebir görüşülerek verilecektir. Eğitimler görsel sunum, anlatım, soru cevap şeklinde yapılacaktır. Eğitim programının sonunda size eğitim kitapçığı verilecektir. Eğitimin sonunda eğitim kitapçığı verilecektir.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu katılacağınız çalışma eğitimin hemodiyaliz hastalarında yorgunluk ve öz bakım gücüne etkisini gösterecektir.

Bu çalışma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Çalışma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz için 05062734330 numaralı telefondan çalışmayı yürüten Gonca Deveci 'ye 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. Çalışma 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 çalışma yürütücüsü tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve çalışma 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 veriyor 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:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

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

Adı-Soyadı:



Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

(EK-VII) ETİK KURUL OLUR FORMU

| GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | | Eğitimin Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluk ve Öz Bakım Gücüne Etkisi | | |
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu | | |
| | AÇIK ADRESİ: | Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, 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 | Prof. Dr. Hatice Tel Aydın | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi | | |
| | 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 Başkan Vekili. Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Gülşay Yıldırım İmza:  | | | | |

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|-----------------------|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Eğitimin Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluk ve Öz Bakım Gücüne 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 BELGELERİ | Karar No: 2015-04/08 | Tarih: 17.04.2015 | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacı/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya 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: | Prof. Dr. Zeynep Sümer |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | Araştırma ile ilişkisi | Katılım * | İmza |
|--|------------------------------------|---|--|--|--|---------|
| Prof. Dr. Zeynep Sümer | Mikrobiyoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | Görevli |
| Prof. Dr. Şahade 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 type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. 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 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. Dilem Eren | Diğ. Hastalıklar ve Tedavisi | Cumhuriyet Üniversitesi, Diğ. Hekimliği | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Hatice Ulusoy | Sağlık Yönetimi | Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Sulhan 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 type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. 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"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Pakize Cantürk Kılıçkaya | Eczacılık Farmasötik Biyoteknoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |

* Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkan Vekili,
Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:



(EK-VII) KURUM İZİN FORMU

özel
Sivas Diyaliz Merkezi

SAĞLIK HİZMETLERİ
SAN. ve TIC.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:91

TARİH:24.06.2015

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

İLGİ:74817733_044_1286_2274 SAYILI YAZIYA İSTİNADEN


Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gonca Deveci' nin Eğitiminin Hemodiyaliz Hastalıklarında Yorgunluk ve Öz Bakım Gücüne Etkisi konulu yüksek lisans tez çalışması ile ilgili hazırladığı anket formlarını 01 temmuz2015_28 şubat 2016 tarihleri arasında Merkezimizde Hemodiyaliz tedavisi alan hastalara uygulamasında bir sakınca görülmemiştir.

Gereğini bilgilerinize saygılarımızla arz ederiz.

HEMODİYALİZ SORUMLU HEHİM

DR. ERDEM UZUN





İçindekiler

A - YORGUNLUK VE ÖZ BAKIM GÜCÜ.....2

B - HEMODİYALİZ HASTALARINDA YORGUNLUK VE ÖZ BAKIM GÜCÜ.....3

C-YORGUNLUK NEDENLERİ VE YORGUNLUĞUN ÖZ BAKIM GÜCÜ ÜZERİNE ETKİLERİ.....6

1 - BESLENMEDE DEĞİŞİM6

2 - KANSIZLIK (ANEMİ).....13

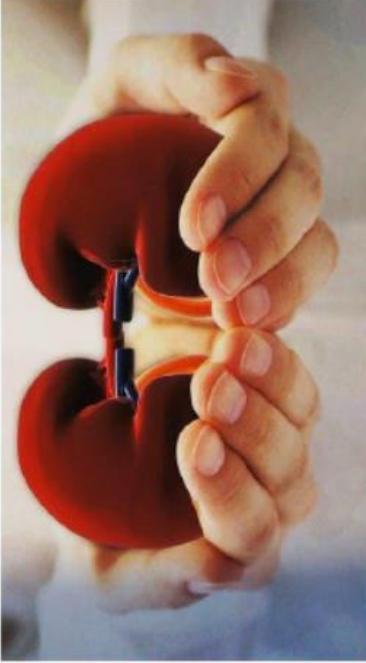
3 - UYKU SORUNLARI.....14

4 - STRES17

5 - HAREKETSİZ YAŞAM.....19

D - YORGUNLUĞUNUZU AZALTMAK VE ÖZ BAKIM GÜCÜNÜZÜ ARTTIRMAK İÇİN NELER YAPABİLİRSİNİZ20

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA
YORGUNLUKLA
BAŞ ETME VE ÖZ BAKIM GÜCÜNÜ
ARTTIRMA**



HASTALAR İÇİN EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Hazırlayan:
Gonca DEFEÇİ
Prof. Dr. Hatice TEL AYDIN



A - YORGUNLUK VE ÖZ BAKIM GÜCÜ

Yorgunluk kişinin normalde yapabildiği ya da yapmak istediği işler için gerekli enerji düzeyinin azalması anlamına gelmektedir. Birey, hastalık öncesinde alışkın olduğu sosyal yaşamını yorgunluk nedeniyle devam ettiremez.

Yorgun olan kişi, beslenme, günlük işlerini yapma, çalışma, boş zamanlarını değerlendirme, yaşamdan zevk alma, aile ve arkadaşlık ilişkilerini sürdürme gibi günlük aktivitelerini yaparken zorlanır. Kısacası yorgunluk nedeniyle kişinin öz bakım gücü azalır. Öz bakım gücü, kişinin kendi bakımını ve günlük işlerini yapabilme gücüdür.



YORGUNLUK HEMODİYALİZ HASTALARINDA SIK GÖRÜLEN VE HASTALARININ ÖZ BAKIMINI ETKİLEYEN BİR DURUMDUR.

Bu eğitim kitapçığında; hemodiyaliz tedavisine devam eden hastalarımızın yorgunluk yaşama nedenleri, yorgunluğun öz bakım aktivitelerine etkisi, yorgunluğu azaltmak ve öz bakım

2



aktivitelerini daha iyi yerine getirebilmek için yapılabilecek uygulamalar ve yaşam tarzı değişiklikleri ele alınmıştır.

B - HEMODİYALİZ HASTALARINDA YORGUNLUK VE ÖZ BAKIM GÜCÜ

Hemodiyaliz hastalarında yorgunluk sık görülür. Yorgunluk nedeniyle öz bakım gücü azalır. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun birçok sebebi vardır. Genel olarak baktığımızda yorgunluk yaşanmasında aşağıdaki sebepler etkilidir.

- Beslenmede değişiklik
- Kansızlık
- Uyku problemleri
- Stres
- Hareketsiz yaşam tarzı

Yorgunluk, kişi için bir çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Yorgunluk yaşayan kişilerin yaşam kalitelerinin azaldığı, iş yaşamını sürdüremediği, çevresi ile ilişkilerinin etkilendiği ve evdeki sorumluluklarını yerine getiremediği yani öz bakım gücünde azalma olduğu görülmektedir. Yorgunluk nedeniyle kişiler günlük işlerini yapmakta zorlanmakta, ailesinde, iş yaşamında ve kendi bakımı ile ilgili görevlerini yerine getirmekte zorlanmakta, hatta bazen yerine getirememekte ve bu işleri yapmak için çevresinden destek almaya ihtiyaç duymaktadır. Yorgunluk nedeniyle belirtilen sorunları yaşayan kişiler sıklıkla

3



çevresine faydası olmadığını, hatta yük olduğunu düşünerek daha çok içine kapanmakta ve daha fazla stres yaşamaktadır. Uzun süre devam eden olumsuz duygular umutsuzluk ve depresyona neden olabilmektedir. Görüldüğü gibi yorgunluk kişinin hem fiziksel hem de ruhsal ve psikolojik boyutunu ciddi şekilde etkilemektedir.

Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğun neden ortaya çıktığını anlamak için, öncelikle böbreklerin vücudumuzda yerine getirdiği görevlerini hatırlamak faydalı olacaktır.

Böbrek

Böbrekler, karnumuzun arka bölümünde yer alan ve her biri sıkılmış birer yumruk büyüklüğünde olan organlarımızdır. Vücudumuzun normal çalışması ve kendimizi sağlıklı hissetmemiz için ihtiyaç duyulan dengenin sürdürülmesinde böbrekler çok kapsamlı görevler üstlenmiştir.



4



Böbreklerin görevleri

- ❖ Vücuttaki sıvı dengesini sağlamak. Böbrekler bunu idrar miktarını artırarak veya azaltarak yapar.
- ❖ Vücutta alınan besinlerin kullanılmasını/ yakılması sonucunda ortaya çıkan atık maddeleri uzaklaştırmak. Vücutta oluşan atık maddeler ve fazla miktardaki su böbrekler aracılığı ile süzülür ve büyük bir kısmı idrar olarak vücuttan atılır.
- ❖ Vücuttaki asit ve tuz seviyesini ayarlamak.
- ❖ Kan yapımında görev alan bir hormon salgılamak.
- ❖ D vitamini aktif hale getirerek kemik yapısının korunmasını sağlamak



- ❖ Kan basıncını düzenlemek.

Ancak böbrek yetmezliği geliştiğinde böbrekler yukarıda belirtilen görevlerini tam olarak yerine getiremez. Böbreklerin üstlendikleri görevleri tam olarak yapamaması durumunda vücutta atık maddeler ve fazla su birikmeye başlar. Bu aşamada vücudun ihtiyaç duyduğu dengenin sürdürülebilmesi için böbreklerin görevlerini takviye edecek bir tedavi seçeneğine

5



ihtiyaç duyulur. Bu tedavi seçeneği de sıklıkla hemodiyaliz tedavisidir.

Hemodiyaliz:

Diyaliz tedavisi; hastaların genel durumunu düzenlemek, su dengesini sağlamak, atık maddelerin vücuttan uzaklaştırılmasını sağlamak, hastaların yaşamlarının devamına katkı vermek ve böbrek nakline hazırlanmasını sağlamak için gerekli bir tedavi modelidir.



C-YORGUNLUK,NEDENLERİ VE YORGUNLUĞUN ÖZ BAKIM GÜCÜ ÜZERİNE ETKİLERİ

YORGUNLUK,NEDENLERİ 1 – BESLENMEDE DEĞİŞİM

Normalde beslenme sonrası vücutta bir takım atık ve zararlı maddeler oluşur ve bunlar böbrekler yoluyla vücuttan uzaklaştırılır. Hemodiyaliz tedavisi böbreğin birçok önemli görevini yerine getirir ama tamamını yapamaz. Bu nedenle hemodiyaliz tedavisinin etkisini desteklemek için hastanın

6



beslenme düzeninde bazı değişiklikler yapılması gerekir. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarında beslenme çok önemlidir. Önerilere uygun şekilde sürdürülen, doğru beslenme davranışı vücutta biriken bu zararlı maddelerin azaltılmasını, bulantı, kusma, tansiyon yükseklığı ya da düşüklüğü, nefes darlığı, el ve ayaklarda şişme, yorgunluk gibi rahatsızlık veren bir çok şikayetin hafifletilmesini sağlar.

Hemodiyaliz hastalarının diyet önerilerine uygun özellikte ve miktarda besin almamaları durumunda; vücut yeteri kadar enerji üretilmeyecek, ve buna bağlı olarak da ileri derecede halsizlik, zayıflık ve enfeksiyonlara/mikrobik hastalıklara karşı dirençsizlik ortaya çıkacaktır. Ayrıca yetersiz beslenme anemiye, beslenme bozukluğuna ve sonuçta da yorgunluğa neden olmaktadır. Yorgunluk ve diğer şikayetler nedeniyle zaman içinde hastaların öz bakım gücü azalacak ve birey günlük işlerini yapmakta zorlanacaktır.

Önerilen diyetle uyumak ve yeterince beslenmek hemodiyaliz tedavinizi daha etkili kılacak, kanda biriken zararlı atıklar(üre gibi) daha az olacak, yorgunluk azalacak ve öz bakım gücünüz artacaktır.

Hemodiyaliz hastalarına genel olarak proteinden, sodyumdan, fosfordan, potasyumdan kısıtlı diyetler önerilmektedir.

Beslenmenizde dikkat etmeniz gereken konular ve besin grupları aşağıda belirtilmiştir.

Proteinler: Protein vücudumuzda onarım işlerinden sorumludur. Yetersiz miktarda protein beslenme bozukluğuna, kaslarda erimeye yol açar. Fazla miktarda protein ise üreyi yükseltir.

7



Proteinler: hayvansal kaynaklı besinlerde (et, yumurta, yoğurt ve peynir) bitkisel kaynaklı besinlerde (kuru baklagiller, tahıllar) ve az miktarda da taze sebzelerde bulunur.

Hemodiyalize giren hastalar alacakları proteinlerin hayvansal kaynaklı olmasına özen göstermelidir. Protein yönünden en zengin ve değerli besinlerden biri yumurtadır. Yumurthanın sansı fazla miktarda kolesterol içerdiğinden kan yağları yüksek olan hastalar için uygun değildir. Fakat yumurta beyazı her gün alınması önerilen önemli bir gıdadır.



Yağ : Hemodiyaliz hastalarının diyetinde yağlar; önemli kalori kaynağı olduğu için dikkat edilmesi ve kilo durumuna göre ayarlanması gereken besinlerdir.

Hayvansal kaynaklı yağlar (tereyağı, iç yağı, kuyruk yağı vb.) fazla kolesterol içerirler. Zeytinyağı ve çiçek yağlarını tercih edebilirsiniz.

Bazı yağlarda bulunan kolesterol sağlığını olumsuz yönde etkiler. Kan kolesterolünün yüksek olması, kalp ve damar hastalıklarının ortaya çıkması için önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle diyetinizde kolesterol yönünden kısıtlama yapmalısınız.

8



Karbonhidratlar: Karbonhidrattan zengin gıdalar günlük enerjinizin büyük kısmını oluşturur ve çok tüketilir.

Karbonhidratlar; ekmek, makarna, yufka, pasta, börek, pırlav; tatlı olarak bal, pekmez, reçelde yoğun bulunur.

Bu gıdaların çok tüketilmesi hem sağlıksızdır hem de kilo almına yol açar. Kilo durumunuza göre yiyeceğiniz karbonhidratlı gıdaları ayarlamalısınız.



Potasyum (K): K vücut sıvılarının dengesinin korunmasında ve normal vücut faaliyeti için gerekli bir elektrolittir. Vücutta fazla miktarda olması da yetersiz olması da tehlikelidir.

Potasyumu, hemen hemen tüm yiyeceklerde belli oranlarda vardır. En zengin kaynakları; limon, portakal, şeftali, kayısı, ıspanak, semizotu, pazı, asma yaprağı, kara lahanaya gibi yeşil yapraklı taze sebzeler ve muz, kavun gibi meyvelerdir. Ayrıca süt, et çeşitleri (özellikle karaciğer, beyin, böbrek gibi organ etleri) potasyum bakımından zengindir.

9



Fosfor (po4): Fosfor kalsiyumla birlikte, kemik ve dişlerin yapısında yer alır.

Fosforun kaynakları; et ürünleri, balık, yumurta, süt, yoğurt, peynir gibi ürünlerle, kuru baklagiller, susam, fındık, fıstık gibi yağlı tohumlar, ekmeek, bulgur, pürünç gibi tahıllar ve meşrubatlardır.

Hemodiyaliz hastalarının diyetinde fosfor kısıtlanmaktadır. Çünkü böbrek yetersiz çalıştığında kandaki fosfor miktarı normalin üzerine çıkar. Fosfor birikiminin kemikler üzerinde olumsuz etkileri vardır. Fosfor miktarının artması kemiklerde kalsiyumun azalmasına ve yağm kemik ağrılarına hatta kırılmalara neden olabilir.

10



Tuz (sodyum klorür): Tuz bir sodyum kaynağı olduğundan hemodiyaliz hastalarının diyetinde sodyumu sınırlamak için tuzu da sınırlamak gerekmektedir. Yiyeceklerdeki sodyum görülmez, hatta tadı bile alınmaz.

Tuz; turşu, salamura, sucuk, pastırma, zeytin, meşrubat, ıspanak, karalahana, semizotu, asma yaprağı gibi koyu yeşil yapraklı sebzelerde bulunur.

Böbreklerin çalışma kapasitesi azaldıkça, fazla olan tuz ve su vücuttan atılmaz. Çok fazla sodyum, vücutta su toplanmasına (ödem), dolayısıyla tansiyonun yükselmesine neden olur. Bu durumda diyetle, sadece tuz değil, fazla sodyum içeren yiyecekler de sınırlanmalıdır.



11



Sıvı alımı: Vücuttaki fazla sıvının atılmasından böbrekler sorumludur. Böbrekler bu işi yapamadığında, diyaliz makinesinin çektiği sıvı miktarı ile içtiğiniz su miktarının dengelenmesi gerekmektedir. Hemodiyaliz hastalarında fazla sıvı vücutta birikerek, ödeme neden olacağından, sıvı alımının kısıtlanması gerekmektedir. Eğer kişi idrar çıkarıyorsa, 24 saatte çıkarılan idrar miktarı kadar ağzdan sıvı alınmalıdır. Kişi idrar çıkarmıyorsa; günlük alınacak sıvı miktarı 1000- 1500 ml olarak ayarlanmalıdır. Günlük alınan sıvının içerisinde; su, limonata, komposto, ayran, çay, çorba gibi sıvılar dahil edilmelidir. Unutulmamalıdır ki alacağınız sıvı miktarını: kilonuz, kuru ağırlığınız gibi bireysel özellikleriniz etkilemektedir.

İki hemodiyaliz seansı arasında 1.5-2 kg'dan fazla kilo almamaya çalışmalısınız. Hemodiyaliz seansları arasında kilo artışının belirtilenden fazla olması durumunda; hem su fazlalığına bağlı olarak bacaklarda şişlik, tansiyon yüksekliği, nefes darlığı gibi sorunlar ortaya çıkar; hem de hemodiyaliz sırasında fazla sıvı çekilmesine bağlı olarak, adale krampları ve tansiyon düşüklüğü gibi rahatsız edici durumlar görülebilir.

12



2 - KANSIZLIK (ANEMİ)

Anemi hemodiyaliz hastalarında sık görülür. Hemodiyaliz hastalarında yüksek üre, kemik iliğinde kan hücrelerinin yapımını azaltıcı/baskılayıcı bir etki oluşturmakta ve bu şekilde kansızlığa neden olmaktadır. Böbreklerden salgılanan ve kan hücrelerinin olgunlaşmasında etkili olan hormon böbreklerden yeterince üretilmediği için de anemi gelişmektedir Bununla birlikte diyet düzenlenmesine uygun ve yeterli beslenme de beslenme bozukluğuna yol açarak anemi oluşmasına neden olan önemli bir faktördür.

Vücudumuzda dokular için gerekli oksijen kırmızı kan hücreleri tarafından taşınmaktadır. Belirtilen nedenlerle kırmızı kan hücreleri azaldığında; dokulara oksijenin taşınması yetersiz olur. Dokuların yeterince oksijen almamasına bağlı olarak; halsizlik, çabuk yorulma gibi yakınmalar oluşur.

Anemi gelişen hastalarda; yorgunluk, halsizlik, nefes darlığı, baş ağrısı, baş dönmesi, bayılma, nabız sayısında artış, ayağa kalkınca tansiyon düşmesi gibi belirtiler görülebilir. Anemi

13



nedeniyle oluşan yorgunluk ve diğer şikayetler bireyin günlük işlerini yapmakta zorlanmasına, öz bakım gücünün azalmasına nede olur. Hemodiyaliz hastalarında yorgunluğu azaltmak ve öz bakım gücünü artırmak için anemi ile uygun şekilde baş etmek gerekir. Aneminin etkisini azaltmak için beslenmenize dikkat etmeniz ve doktorunuzun önerdiği ilaçları kullanmanız önemlidir.

Aneminin etkisini azaltmak için diyetle özellikle demir, B12 vitamini, folik asit yönünden zengin besinlere yer verilmelidir. Ispanak, lahanası, marul, karaciğer, pekmaz, yağsız kurumu et, böbrek, kepek ekmeği, yumurta sarısı, yeşil fasulye, havuç, kayısı ve üzüm gibi besin maddelerinin demir içeriği yüksek besinlerdir. Bu besinlerle birlikte C vitamini alınması, demirin emilimini arttırmaktadır.

- Demir içeren besinlerden en iyi şekilde yararlanmak için bu besinler alınmadan en az 1 saat önce ve 1 saat sonra süt ve çay gibi demir emilimini bozacak besinleri almamaya dikkat edilmelidir.

Hekimin önerdiği demir ilaçları önerilen sürelerde, aç karnına ve C vitamini içeren besinlerle birlikte alınmalıdır. İlaçlar çay, süt ve yoğurtla birlikte alınmamalıdır.

3 - UYKU SORUNLARI

İnsan yaşamında uyku, nefes alma, yemek yeme ve boşaltım kadar önemli ve vazgeçilmez bir ihtiyaçtır. Hemodiyaliz hastalarında uyku bozuklukları oldukça sık görülmektedir. Uyku sorunları, kişinin dikkat dağınıklığı, unutkanlık, baş ağrısı, stres, gün içinde uyuklama, halsizlik ve

14



yorgunluk yaşamasına neden olabilmektedir. Uyku bozukluklarına bağlı yorgunluk ve diğer şikayetler hastaların öz bakım gücünde azalmalara yol açmaktadır. Uykusuzluğa bağlı yorgunluğu azaltmak, öz bakım gücünü arttırmak amacıyla bazı öneriler sunulmuştur.



UYKU SAĞLIĞI İLKELERİ

Uyku sağlığı, uykuya geçişi engelleyen, yavaşlatan her türlü alışkanlığı yaşam biçiminden çıkarmaktır. Uykusuzluk başlayan kişilerde ilk önce alınacak önlem uyku sağlığını sağlamaktır. Uyku sağlığı ilkeleri uyku eksikliğinin neden olduğu yorgunluğun giderilmesinde etkilidir.

Bu ilkeler şunları içerir.

- Yatağa sadece uyuyacak derecede yorgun olduğunuzda gidiniz.

15



- Eğer 15-20 dakika içinde uykuya dalamadıysanız yatak odanızdan çıkınız ve başka bir odaya geçip heyecan oluşturmayan kitap, gazete okuma, ılık duş alma, hafif bir müzik dinleme, hafif bir şeyler yeme, hafif egzersiz yapma gibi aktiviteler yapınız ve tekrar uykunuz geldiğine yatınız.
- Size uygun uyuma pozisyonunda yatınız.
- Uyuduğunuz ortamdaki ışık ve gürültüyü azaltınız.
- Uykuyu kolaylaştırmak için yatak odanızın karanlık olmasına dikkat ediniz. Geceleri uzun sürelerle çok ışıklı ortamlarda kalmayınız. Sabah güneşinin odanızda hissedilmesi kolay ve dinç uyanmanızı sağlar.
- Yatak odanızı rahatlatıcı sıcaklıkta tutunuz (aşırı sıcak veya soğuk olmasına dikkat edin) ve iyi havalandırılmış olmasını sağlayınız. Yatağa gitmeden önce ağır, baharatlı ve şekerli yiyecekler (uykunuzun bölünmesine ve uyanmanıza neden olabilir) yemeyiniz.
- Yatağınıza gitmeden önce aç olmaktan da kaçınınız.
- Yatmadan önce (en az 4-6 saat öncesinde) çay ve kola, kahve gibi kafein içeren içecekler, nikotin (sigara) gibi uyarıcıları almaktan kaçınınız.
- Tuvalete gitme ihtiyacı uykunuzun bölünmesine neden olacağından yatmadan 1-2 saat kadar önce su ve diğer içecekleri almayınız.
- Uygun/rahat bir yatak kullanın. Uygun olmayan yataklar iyi uykuyu engelleyebilir. Yatağınızın fazla sert veya fazla yumuşak olmasına dikkat edin.

16



- Yatma zamanınızdan en az 4-6 saat önce egzersiz yapınız (yürüne, gevşeme egzersizleri gibi). Özellikle yatmadan önceki 3 saat içinde yapılan egzersiz uyku sağlığı açısından önerilmemektedir.
- Gündüzleri uyumaktan kaçınınız. Gündüz uyuma alışkanlığınız varsa 30-45 dakikayı geçmemesine dikkat ediniz.
- Yatakta bulmaca çözmek, kitap okumak ve televizyon seyretmek gibi zihni uyarıcı aktiviteleri yapmayınız.
- Yatak odanızı televizyon koymayınız ve geceleri uzun süre televizyon seyretmeyiniz.
- Reçetesiz ve doktorun önermediği uyku ilaçlarını almayınız.

4 - STRES

Stres, hemodiyaliz hastalarında sık görülen bir durumdur. Stres ve depresyon birbiri ile yakın ilişki içindedir. Hemodiyaliz hastalarında stres yaratan birçok durum vardır. Hemodiyaliz tedavisinde haftada üç gün makineye ve sağlık çalışanlarına bağımlı olma, sık sık ağırlı işlemlere maruz kalma, iş yaşantısını sürdürmemeye, sosyal çevreyle ilişkilerde azalma, diyet ve sıvı kısıtlamaları, mevcut hastalık belirtileri nedeniyle yorgunluk ve öz bakım gücünde azalma nedeniyle yetersizlik, umutsuzluk ve çaresizlik duyguları yaşanabilir. Sonuç olarak depresyon ortaya çıkabilir. Stresle uygun şekilde baş edemediğinde yorgunluk hissi oluşabilir. Birey de isteksizlik, içe kapanma nedeniyle öz bakım gücü azalabilir. Yorgunluğu azaltmak ve öz bakım gücünü arttırmak amacıyla stresle baş etme önerileri aşağıda verilmiştir.

17



- 1- Spor yapmak. Stresle başetmede en etkili yöntemlerden biridir. Hemodiyaliz hastaları için önerilen en uygun egzersiz yürümeektir.
- 2- Gevşeme egzersizleri yapmak. Gevşeme egzersizleri kaslardaki gerginliği azaltarak, dolaylı yoldan kalp atışının, kan basıncının ve solunumun yavaşlamasını ve tüm bedende derin bir rahatlamayı sağlamaktadır.
- 3- Olumlu ve yapıcı düşünme tarzını öğrenmek. Stres düzeyimizi azaltmak için olumsuz düşüncelerimizin farkına varmak, bu düşüncelerin yerine daha gerçekçi, daha olumlu düşünceler koymayı öğrenmek oldukça etkili bir yöntemdir. Bu şekilde düşünerek daha etkili problem çözme yöntemleri bulabilir ve stres düzeyimizi azaltabiliriz.
- 4- Sosyal destekleri kullanmak. Aile üyeleri, akraba, yakın arkadaşlar sıkıntılı zamanlarda başvurabileceğiniz, sizinle ortak ilgi ve kaygıları paylaşan, size destek olabilecek sosyal destek kaynaklarıdır. Stresli durumlarda bu kişilerden yardım istemek, duygu ve düşünceleri paylaşmak etkili olabilir.

18



- 5- Etkili iletişim becerileri geliştirmek. Kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar önemli stres kaynaklarından biridir. Bu sorunları çözebilmek için etkili iletişim becerileri geliştirmek önemlidir.

5- HAREKETSİZ YAŞAM

Hemodiyaliz hastalarında; ürenin yükselmesi sonucunda gelişen his kayıpları kas gücünün azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca anemi, kemik hastalıkları, iskelet kaslarında güçsüzlük, yorgunluk, sosyal ve duygusal problemler de hastaların hareket kapasitelerini azaltmaktadır. Bu durum aslında kısır bir döngü şeklinde işlemektedir. Bu döngüde kişi hareketsiz olduğunda kendini yorgun hissetmekte, e yorgunluk nedeniyle hareketsiz kalmayı tercih etmektedir. Kişinin hareketsiz yaşamı tercih etmesi zamanla öz bakım gücünün azalmasına ve günlük işlerini yapmakta zorlanmasına neden olabilmektedir.



19



D - YORGUNLUĞU AZALTMAK VE ÖZ BAKIM GÜCÜNÜ ARTTIRMAK İÇİN NELER YAPILABİLİR

Günlük işlerinizi yaparken, daha az enerji harcayarak, yorgunluğunuzu azaltabilir ve öz bakım gücünüz arttırabilirsiniz. Aşağıda bazı öneriler verilmiştir.

Kişisel Temizlik ve Hijyen

- Traş oluırken ya da el yüz yıkarken, oturun ve dirseklerinizi masaya yaslayın,
- Banyo yaparken kaymamak için banyo ya da küvetin içine kaymaz paspas koyun,
- Banyoda çevrenizde tutunabileceğiniz yerler yaptırın,
- Banyo sırasında tabureye oturun,
- Eğilme ve uzanmaya gerek kalmayacak, kolayca ulaşılabilir şekilde banyo malzemelerinin konulabileceği bir raf yaptırın,
- Sırt bölgesine erişmek için uzun saplı sünger kullanın,

İş Yeri

- Fazla enerji harcamayı gerektiren işleri, gün içindeki enerjinizin daha çok olduğu saatlerde yapmayı planlayın,
- Çalışma ortamında zorlayıcı aktivitelerden uzak durun,
- Çalışma ortamında bulunan eşyaların düzenli olmasını sağlayın,
- Çalışma sırasında sık sık küçük aralar verin,

Giyinme

- Rahat ve bol giysiler giyin,
- Giyinirken giysilerinizi önceden hazırlayın
- Kolay giyilebilecek ayakkabıları tercih edin,

20



-Uzun saplı ayakkabı çekeceği kullanın,
-Baştan giyilebilecek giysiler yerine önden iliklenenleri tercih edin,

Hareket

- Alçak ve geniş topuklu ayakkabı giyin,
- Gün içinde kısa yürüyüşler ve hafif egzersizler yapın,
- Aktivitelerimiz sırasında kısa dinlenme araları verin,
- Hemodiyaliz tedavisi sonrası yorgunluğunuzu gidermek için dinlenin,
- Çok sıcak ya da çok soğuk havalarda dışarı çıkmamaya özen gösterin,
- Gün içinde yorgunluğunuz arttığı zaman masaj yaptırın,

Ev İşleri

- Ev işlerini haftanın günlerine paylaştırın,
- İşlerinizi her gün azar azar yapın,
- İşleri olabildiğince oturur pozisyonda yapın,
- Süpürme ve toz alma için uzun saplı araçlar kullanın,
- Mümkün ise, ev işlerine yardımcı bir kişi bulun,

Alış-Veriş Yapma

- Alışverişe, liste yaparak gidin. Bu listeyi hazırlarken alıncakların birbirine yakın yerlerde olmasına dikkat edin,
- Üç kilodan ağır eşyaları uzun süre taşımamaya dikkat edin,
- Fistil olan kolunuzla eşya taşımamaya dikkat edin,
- Alış-veriş arabası kullanın,
- Paketleme sırasında başkasından yardım alın,

21



- Kalabalık olmayan saatlerde alış-veriş yapın.
- Bir arkadaşınız ya da eşinizle birlikte alışverişe gidin.

Yemek Yapma

- Yemek yapma sırasında olabildiğince küçük, ağır olmayan araç-gereçler kullanın.
- Elektrikli aletlerden (örn. mutfak robotu, blender vb) yararlanın.
- Yemek yaparken oturun.
- Mutfakta sık kullanılan araç ve gereçleri göğüs hizasında bulundurarak, eğilme ve uzanmaları azaltın.
- Mümkünse, bulaşık yıkamayı başkasının yapmasını sağlayın ya da bulaşık makinesi kullanın.
- Tencereleri fırçalamak yerine suda ıslatıp yumuşatın.
- Her gün yemek yapma yerine, fazla yemek hazırlayın, yarısını buzdolabında bekletin ve daha sonraki günde tüketin.
- Çöp torbasını kaldırmak yerine sürükleyerek götürün.

Çamaşır Yıkama, Ütü Yapma

- Yükseğe uzanmamak için, çamaşırları yüksek yerlere asmayın.
- Hafif bir ütü kullanın.
- Oturarak ütü yapın ve ütü masasını boyunuza göre ayarlayın.
- Kaldırarak değil, sürekli ütüleyin.
- Mümkün ise, ütüyü başkasının yapmasını sağlayın.

Çocuk Bakımı

- Aktiviteleri oturarak yapacağınız şekilde planlayın.
- Aşırı yorgunluk yaratacak faaliyetlerden kaçının.
- Küçük çocukların bakımı için mümkünse destek kullanın.

22



Beslenme

- Yeterli beslenin ve diyetinize uyun. Böylece yorgunluğunuzu arttıracak bir takım artık ürünlerin vücudunuzda birikmesine engel olursunuz.

Uyku

- İyi bir gece uykusu uyuyun.
- Mümkün olduğunca, her sabah aynı saatte kalkın.
- Eğer gün içinde dinlenme ihtiyacı hissederseniz, öğleden sonrayı tercih edin. Akşama doğru dinlenmeniz, gece uykunuzun bölünmesine neden olabilir.

Boş Zamanları Değerlendirme

- Diğer hastalarla grup toplantıları yaparak deneyimlerinizi paylaşın.
- Hoşlandığımız aktiviteleri yaparak zamanınızı geçirin. Örneğin, kitap okuma, TV izleme, müzik dinleme, alış-veriş, sanatsal faaliyetlere katılma ya da arkadaş ziyareti.
- Her gün kendinizi nasıl hissettiğinizi kaydedin. Tuttuğunuz bu günlük ile daha sonra, kendinizi en iyi hissettiğiniz zamanı belirleyebilir ve aktivitelerinizi buna göre planlayabilirsiniz.

23



Unutmayın!

Yorgunluğun birden çok nedeni vardır. Yaşantınızda bazı noktalara dikkat etmeyi unutmayın!

1. Diyetinize uygun şekilde beslenmeye dikkat edin.
2. Hemodiyaliz hastalarında kansızlık sık görülür. Beslenmenize dikkat edin ve tedavinizi önerildiği şekilde sürdürünüz.
3. Uyku sorunları yorgunluğa sebep olmaktadır. O nedenle gün içinde uyumamaya dikkat edin. Gece uykularınızı düzenleyin.
4. Stres yorgunluğun önemli nedenlerindedir. Sorunlarınızın farkında olun. Onları tanıyın ve başetmeye çalışın. Bu konuda doktor ve hemşirenizden destek alabilirsiniz.
5. Hareketsiz yaşam yorgunluğu artırır. Gün içinde gücünüz doğrultusunda günlük işlerinizi yapmaya çalışın. En az haftada 3 gün egzersiz yapmaya çalışın.
6. Yorgunluğunuzu arttıran durumlar ile ilgili düzenlemeler yapmaya çalışın.

Sevgili hastamız değerli ve tek olduğumuzu asla unutmayın.
Kendi hayatınızda kendiniz için fark yaratın, yorgunluğunuzu yenmek ve öz bakımınızı arttırmak için çaba gösterin.



KAYNAKLAR

- Azak A, Dündar S, (2012). Kronik Böbrek Yetmezliği Nedeniyle Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Akut Yorgunluk Sendromu ve Etkileyen Faktörler, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 32(6); 1623-9.
- Horigan A, Rocchiccioli J, Trunum D. (2012). Dialysis and Fatigue: Implications for Nurses – A Case Study Analysis, Medsurg Nurs, 21(3): 158-175.
- Horigan AE, Schneider SM, Docherty S, ve Ark. (2013). The Experience and Self-Management Of Fatigue In Patients On Hemodialysis, Nephrol Nurs J, 40 (2): 113-22.
- Jhamb M, Liang K, Yabes J, ve Ark. (2013). Prevalence and Correlates of Fatigue in CKD and ESRD: Are Sleep Disorders a Key to Understanding Fatigue?, Am J Nephrol, 38(6), 489-495.
- Neu D, Maunisse O, Hoffmann G. (2007). Sleep Quality Perception in the Chronic Fatigue Syndrome: Correlations With Sleep Efficiency, Affective Symptoms and Integrity of Fatigue. Neuropsychobiology, 56:40-46.
- Sakkas GK, Karatzafeni C. (2012). Hemodialysis Fatigue: Just "Simple" Fatigue or a Syndrome on Its Own Right?, Front Physiol, 31, 3: 306.
- Swain MG. (2000) Fatigue in Chronic Disease, Clinical Science, 99(1):1-8.
- Usta Y, Demir Y. (2014). Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluğa Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, Anatol J Clin Invest; 8(1):21-27.
- Yurtsever S, Kuyurtar F. (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluk ve Öz Bakım, Nefroloji Hemşireliği, 18:26-32.
- Yurtsever S, Beşik T. (2003). Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluğun Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2: 3-12.
- Lindley EJ, (2009). Reducing Sodium Intake in Hemodialysis Patients, Seminars in Dialysis, 22(3): 260-263.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

| | |
|----------------------|--|
| Adı Soyadı | Gonca Deveci |
| Doğum Yeri ve Tarihi | Sivas-1983 |
| Medeni Hali | Evli |
| Yabancı Dil | İngilizce |
| İletişim Adresi | Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Genel Dahiliye Servisi, 58140-Sivas |
| E-posta Adresi | gdeveci@msn.com |

Eğitim ve Akademik Durumu

| | |
|--------|-------------------------------|
| Lise | Kayseri Sümer Lisesi, 1998 |
| Lisans | Cumhuriyet Üniversitesi, 2002 |
| Ünvan | Hemşire |

İş Tecrübesi

| | |
|-----------------------------------|---|
| Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi | 2002-2010 Psikiyatri Ana Bilim Dalı 2010-2017 Genel Dahiliye Servisi |
|-----------------------------------|---|