

**T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA SAĞLIKLI YAŞAM  
BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE UYKU KALİTESİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Fatma Gönül BURKEV**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2021**

**NEVŞEHİR**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Dr.Öğr.Üyesi Rabiye ÇIRPAN (I.Danışman) ve Dr.Öğr.Üyesi Ayşegül ÖZCAN (II.Danışman) danışmanlığında Fatma Gönül BURKEV tarafından hazırlanan **“Hemodiyaliz Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

...../...../.....

### JÜRİ

**Başkan :** Dr. Öğr. Ülkü ÖZDEMİR  
(Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

**Üye :** Dr. Öğr. Rabiye ÇIRPAN (Danışman)  
(Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu)

**Üye :** Dr. Öğr. Üyesi GAMZE MUZ  
(Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi)

### ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ..... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... / ...../

Enstitü Müdürü

## **TEZ BİLDİRİM SAYFASI**

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Fatma Gönül BURKEV



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca zamanını, bilgi ve emeğini esirgemeyen tecrübelerini benimle paylaşan tez danışmanım ve değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN 'a

Tez çalışmam süresince bilgilerini benimle paylaşan değerli ikinci danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN'a

Yüksek lisans süreci boyunca iç hastalıkları hemşireliği alanında yüksek lisans yaptığım için kendimi şanslı hissettiren, engin bilgi ve tecrübeleriyle eğitimime katkılarından dolayı değerli hocalarım Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK ve Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ'a

Yüksek lisans eğitimim boyunca üzerimde emeği olan, yoluma ışık tutan bütün hocalarıma,

Çalışmama katılmayı kabul eden hemodiyaliz tedavisi alan hastalara,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi yüksek lisans eğitim sürecinde de yanımda olan, desteğini esirgemeyen sevgili kardeşlerim ve canım Annem' e

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM .

**Uzman Hemşire**

**Fatma Gönül BURKEV**

# HEMODİYALİZ HASTALARINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Fatma Gönül BURKEV

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ağustos 2021

## ÖZET

Araştırma, hemodiyaliz hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma 01.12.2019-30.06.2020 tarihleri arasında Özel Duru Diyaliz Merkezi, Özel Umut Diyaliz Merkezi, Kayseri Devlet Hastanesi ve Kayseri Şehir Hastanesini Diyaliz ünitelerinde takip edilen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 280 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmada etik kurul onayı, çalışmanın yapıldığı hastaneler ve diyaliz merkezlerinden gerekli izin ve bireylerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır. Araştırmanın verileri, tanımlayıcı anket formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) toplam puan ortalaması  $113.24 \pm 15.53$  olarak tespit edilmiş olup en düşük alt boyut puan ortalamasının fiziksel aktivite alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Çalışmada kadınların, okuryazar olmayanların, herhangi bir işte çalışmayanların, 6 yıldan daha az süredir hemodiyaliz tedavisi görenlerin ve Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) dışında başka bir kronik hastalığı bulunanların SYBDÖ-II toplam puan ortancasının daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Hastaların Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) toplam puan ortalaması  $5.8 \pm 3.12$  olarak belirlenmiştir. Hastaların cinsiyet ve çalışma durumu ile

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) toplam puan ortancası arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyutu ile PUKİ toplam puanı arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak çalışmamızda hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde, uyku kalitelerinin düşük olduğu ve fiziksel aktivite düzeyi arttıkça uyku kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye, özellikle fiziksel aktivite düzeyini arttırmaya ve uyku kalitelerini yükseltmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler: Hemodiyaliz, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Uyku Kalitesi, Hemşirelik**

**Tez Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN,  
Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN**

**Sayfa Adedi : 109 sayfa**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY**  
**GRADUATE SCHOOL OF APPLIED SCIENCES**  
**THE EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTHY**  
**LIFESTYLE BEHAVIORS AND SLEEP QUALITY IN HEMODIALYSIS**  
**PATIENTS**

**(Master's Thesis)**

**Fatma Gonul BURKEV**

**NEVSEHIR HACI BEKTAS VELI UNIVERSITY INSTITUTE OF SCIENCE**

**August 2021**

**ABSTRACT**

The research was conducted descriptively to determine the relationship between healthy lifestyle behaviors and sleep quality in hemodialysis patients. The research was conducted between the dates of 01.12.2019 and 30.06.2020 with 280 patients who were followed-up in the dialysis units of the Private Duru Dialysis Center, Private Umut Dialysis Center, Kayseri State Hospital and Kayseri City Hospital and who complied with the criteria of inclusion in the study. In the study, ethics committee approval and necessary permission from hospitals and dialysis centers where the study was conducted, and written informed willing from individuals were obtained. Data from the study were collected using the descriptive questionnaire, the Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II, and the Pittsburg Sleep Quality Index. Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and Spearman correlation analysis were used for statistical evaluation of the data.

Healthy Lifestyle Behavior Scale-II (HLBS) of the patients was found to have a total mean score of  $113.24 \pm 15.53$ , and the lowest sub-dimension mean score was found to be in the physical activity sub-dimension. The study found that women who were illiterates, those who did not work in any job, those who received hemodialysis treatment for less

than 6 years, and those who had a chronic disease other than chronic renal failure (CRF) had a lower overall score of HLBS-II( $p<0.05$ ). Total mean score of Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) of the patients was determined as  $5,8\pm 3.12$ . It was found that there was a significant difference between the gender and working status of patients and the total median score of the Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) ( $p<0.05$ ). It was found that there was a weak, negative significant relationship between the sub-size of HLBS-II physical activity and the total score of the PSQI.

As a result, our study found that healthy lifestyle behaviors of the patients were moderate, their sleep quality was low, and their sleep quality also increased as the level of physical activity increased. In line with these results, it is recommended to plan nursing initiatives to improve healthy lifestyle behaviors of hemodialysis patients, especially to increase physical activity levels and to improve sleep quality.

**Key Words: Hemodialysis, Healthy Lifestyle Behaviors, Sleep Quality, Nursing**

**Thesis Advisor: Assist. Prof., Rabiye ÇIRPAN,**

**Assist. Prof., Ayşegül ÖZCAN**

**Number of page : 109 page**



## İÇİNDEKİLER

**KABUL VE ONAY SAYFASI**

**TEZ BİLDİRİM SAYFASI**ii

**TEŞEKKÜR**iii

**ÖZET**iv

**ABSTRACT**vi

**İÇİNDEKİLER**viii

**TABLolar LİSTESİ**xii

**KISALTMALAR ve SİMGELER**xiii

1

**1.GİRİŞ**1

**1.1. Problemin Tanımı ve Önemi**1

4

**GENEL BİLGİLER**4

**2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Tanımı**4

**2.1.1. Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri**4

**2.1.2 Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi**5

**2.1.3. Kronik Böbrek Hastalığının Etiyolojisi**5

**2.1.4. Kronik Böbrek Hastalığının Belirti ve Bulguları**6

**2.2. Kronik Böbrek Hastalığının Tedavisi**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

**2.2.1.Hemodiyaliz**7

- 2.2.2. **Hemodiyaliz Yeterliliği**8
- 2.3. **Hemodiyaliz Tedavisi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**9
  - 2.3.1. 1111
  - 2.3.2. **Fiziksel Aktivite**11
  - 2.3.3. **Beslenme**11
  - 2.3.4. **Manevi Gelişim**12
  - 2.3.5. **Kişilerarası İlişkiler**12
  - 2.3.6. **Stres Yönetimi**13
- 2.4. **Uyku**13
  - 2.4.1. **Uyku Fizyolojisi Ve Sirkadiyen Ritim**14
  - 2.4.2. **Uyku Bozuklukları**15
  - 2.4.3. **Uykunun Evreleri**15
    - 2.4.3.1. **REM(Rapid Eye Movement) Dönemi.**15
    - 2.4.3.2. **Non-REM Dönemi(Rapid Eye Movement)**16
- 2.5. **Uyku Kalitesi**16
  - 2.5.1. **Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler**17
    - 2.5.1.1. **Yaş**17
    - 2.5.1.2. **Cinsiyet**17
    - 2.5.1.3. **Hastalıklar**17
    - 2.5.1.4. **Diyet**17
    - 2.5.1.5. **Alkol ve Sigara**18
    - 2.5.1.6. **İlaçlar**18
    - 2.5.1.7. **Fiziksel Aktivite**19
    - 2.5.1.8. **Yaşam Biçimi**19
    - 2.5.1.9. **Çevresel Faktörler**19

**2.6. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Uyku Kalitesi.....19**

21

**GEREÇ ve YÖNTEM21**

**3.1. Araştırmanın Tipi21**

**3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler21**

**3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi22**

**3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri22**

**3.3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları23**

**3.4. Araştırmanın Etik Boyutu23**

**3.5. Veri Toplama Araçları23**

**3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1)23**

**3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (EK-2)23**

**3.5.3. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKI-Pittsburg Sleep Quality Index) (EK-3) .24**

**3.6. Ön Uygulama26**

**3.7. Verilerin Toplanması26**

**3.8. Verilerin değerlendirilmesi26**

27

**BULGULAR27**

49

**TARTIŞMA VE SONUÇ49**

**KAYNAKÇA57**

**EKLER77**

**EK-1. HASTA TANITIM FORMU77**

**EK-2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II79**

**EK-3. PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ83**

**EK 4 . BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU86**

**EK.587**

**EK.688**

**EK.789**

**EK8.90**

**EK.991**

**EK.1092**

**EK.1192**

**ÖZGEÇMİŞ94**

## TABLULAR LİSTESİ

<b>Tablo 2.1.</b> Kronik Böbrek Hastalığı Tanı Kriterleri .....	1
<b>Tablo 2.2.</b> Kronik Böbrek Hastalığında GFH ve Albüminüri Kategorileri .....	4
<b>Tablo 2.3.</b> Üremik Hastalarda Belirti ve Bulguların Sistemlere Göre Dağılımı .....	6
<b>Tablo 2.4.</b> Hemodiyalizde Sık Karşılaşılan Komplikasyonlar .....	8
<b>Tablo 4.1.</b> Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	27
<b>Tablo 4.2.</b> Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.3.</b> Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve PUKİ Puanları .....	30
<b>Tablo 4.4.</b> Bireylerin Uyku Kalitesine Göre Dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.5.</b> Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SYBDÖ II Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı .....	31
<b>Tablo 4.6.</b> Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre SYBDÖ II Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı .....	35
<b>Tablo 4.7.</b> Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre PUKİ Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı .....	38
<b>Tablo 4.8.</b> Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre PUKİ Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı .....	43
<b>Tablo 4.9.</b> Bireylerin SYBDÖ II ve PUKİ puanları arasındaki ilişki.....	45

## KISALTMALAR ve SİMGELER

**HD** : Hemodiyaliz

**KBY** : Kronik Böbrek Yetmezliği

**KBH** : Kronik Böbrek Hastalığı

**SDBY** : Son Dönem Böbrek Yetmezliği

**RRT** : Renal Replasman Tedavisi

**PD** : Periton Diyalizi

**BTx** : Transplantasyon

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**ABD** : Amerika Birleşik Devletleri

**TND** : Türk Nefroloji Derneği

**CREDİT** : Kronik Böbrek Hastalığı Prevelans Araştırması (Chronic Renal Disease in Turkey)

**SYBDÖ** : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

**PUKİ** : Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

**USRDS**: United States Renal Data System

**TND** : Türk Nefroloji Derneği

**KDIGO**: Kidney Disease Improving Global Outcomes (Böbrek Hastalığı Küresel Sonuçların İyileştirilmesi)

**AVF** : Arteriovenöz Fistül

**AVG** : Arteriovenöz Greft

**VLPO**: Ventolateral Preoptik Nükleus

**AER** : Albümin atılım hızı

**ACR** : Albümin kreatinin oranı

**GFR** : Glomerüler filtrasyon hızı

**Kt/V** : Üre Kinetik Model

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

**EEG** : Elektroensefalografi

**EOG** : Elektrokülografi

**EMG** : Elektromiyografi

**BSR** : Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchroizing Region)

**RAS** : Retiküler Aktivasyon Sistem (Reticular Activating System)

**ICSD** : International Classification of Sleep Disorders (Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması)

**NREM** : Non Rapid Eye Movement

**REM** : Rapid Eye Movement

**BUN** : Kan üre azotu

**UF** : Ultrafiltrasyon

**URR** : Üre azalma oranı

**SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket)

**SS** : Standart sapma

# 1. BÖLÜM

## 1.GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik böbrek hastalığı (KBH) nefronların ilerleyici ve geri dönüşümsüz kaybı ile karakterize, dünyada ve ülkemizde gelişen tedavi yöntemlerine rağmen mortalite ve morbidite oranları giderek artan önemli bir sağlık sorunudur [1-4]. Dünya genelinde yetişkin bireylerde KBH prevalansının %13.4 olduğu belirtilmektedir [5]. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) renal veri sistemine göre 2018 yılında yetişkin popülasyonunda KBH prevalansı yaklaşık %15 olarak bildirilmiştir [6]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün 2018 yılında yayınladığı rapora göre, dünyada son 10 yılda KBH nedeniyle ölüm oranlarının %32 oranında arttığı, 2.62 milyon kişinin diyaliz tedavisi gördüğü ve 2030 yılında bu sayının iki katı olacağı belirtilmiştir [7]. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği (TND) Ortak Raporu 2019 yılı verilerine göre renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) prevalansının milyon nüfus başına 1007.6, insidansının milyon nüfus başına 150.5 olduğu bildirilmiştir [3].

Son dönem böbrek yetmezliğinde hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve transplantasyon (BTx) gibi çeşitli renal replasman tedavileri (RRT) uygulanmaktadır. SDBY de en sık uygulanan RRT yöntemi hemodiyalizdir [1,2]. Ülkemizde 2019 yıl sonu itibariyle RRT alan hastalarının %73.21'ine HD tedavisi uygulandığı bildirilmiştir [3]. HD tedavisi yaşam süresini uzatmasına rağmen birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. HD tedavisi alan bireyler ağrı, yorgunluk, cilt kuruluğu, kaşıntı, bulantı, kusma, iştahsızlık, cinsel işlev bozukluğu, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları gibi birçok sorun yaşamaktadır [8-11].

Hemodiyaliz hastalarında uyku bozukluklarının sık görüldüğü ve subjektif uyku bozukluğu prevalansının %50 ile %83 arasında değişen oranlarda olduğu belirtilmektedir [12-15]. HD hastalarında metabolik değişimler, üremik toksinler, anemi, ağrı, hipervolemi, ilaçlar, anksiyete, depresyon, ileri yaş, diyaliz seansı gibi birçok faktör uyku sorunlarına neden olmaktadır [12-16]. Uyku bozuklukları ile ilişkili olarak HD hastalarının uyku kalitesinin kötü olduğu belirtilmektedir [12-14]. Yapılan bir çalışmada



HD hastalarının %83.3'ünün uyku kalitesi kötü olarak bildirilmiştir [17]. Kötü uyku kalitesinin bireylerde fiziksel ve mental sağlık problemlerine neden olduğu belirtilmektedir. Uyku kalitesi kötü olan bireylerde yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, anksiyete, depresyon gibi birçok sorun görülebilmektedir [12-14,17-21]. Ayrıca uyku sorunlarının hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünü, günlük yaşam aktivitelerini negatif yönde etkilediği, yaşam kalitesini düşürdüğü ve mortalite riskini arttırdığı belirtilmektedir [12-14,22,23]. Uykunun birey üzerine olan etkileri düşünüldüğünde uykuyu etkileyen faktörlerin, uyku sorunlarının tanımlanarak azaltılması ve uyku kalitesinin artırılması önemlidir [12,13,24].

Uyku kalitesini beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler gibi bireyin sağlığı geliştirici davranışları etkileyebilmektedir [25,26]. Yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bireylerin uyku kalitesini arttırdığı belirtilmiştir [26,27].

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerinde sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi şeklinde tanımlanmaktadır [28,29]. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlığın korunmasını, geliştirilmesini ve iyilik halinin arttırılmasını sağlayan davranışlar olup bu davranışların olumsuz sağlık sonuçlarını ve mortalite oranlarını azalttığı, yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmektedir [28,29]. Bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hemşirelerin önemli rol ve sorumlulukları vardır. Hemşireler bireylerin uyku kalitesini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik olarak bireyleri değerlendirerek, gerekli eğitim ve danışmanlığı vermelidirler [12, 30-32].

Ülkemizde hemodiyaliz hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Buradan yola çıkarak bu çalışma hemodiyaliz hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

### **Araştırma Soruları;**

1. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ne düzeydedir?
2. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların uyku kaliteleri nasıldır?
3. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasındaki ilişki var mıdır?



## 2. BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanımı

Kronik böbrek hastalığı farklı etyolojilerin neden olduğu, nefronların geri dönüşümsüz kaybıyla karakterize, ilerleyici, dünyada ve ülkemizde mortalite ve morbidite oranları yüksek olan önemli bir sağlık sorunudur [1-4]. Böbrek Hastalığı Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzuna (Kidney Disease Improving Global Outcomes /KDIGO 2012) göre KBH; 3 aydan daha uzun süreli devam eden, sağlığı etkileyen böbreğin yapısal veya fonksiyonundaki anormallikler olarak tanımlanmaktadır [33].

**Tablo 2.1.:** Kronik Böbrek Hastalığı Tanı Kriterleri [33].

<b>KBH kriterleri (en az birisi &gt;3 aydır var olmalı)</b>	
<b>Böbrek hasarının belirteçleri</b>	-Albüminüri (AER>30mg/24saat; Albumin/kreatinin atılımı (ACR) >30 mg/gr) -İdrar sediment anormalliklerinin varlığı -Tübüler bozukluklara bağlı anormalliklerin varlığı -Histolojik olarak saptanmış anormalliklerin varlığı -Görüntülemeyle saptanmış yapısal anormalliklerin varlığı -Böbrek nakli yapılmış olma durumu
<b>GFR azalması</b>	GFR <60 ml/dk 1.73 m <sup>2</sup>
AER: Albümin atılım oranı; ACR: Albumin kreatinin oranı; GFR: Glomerüler filtrasyon hızı	

#### 2.1.1. Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri

Kronik Böbrek Hastalığı KDIGO 2012 Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzu'na göre, nedenine, glomerül filtrasyon hızı (GFH) ve albüminüri kategorisine göre sınıflandırılmıştır [33]. KBH'ının GFH ve albüminüri kategorisine göre sınıflaması Tablo 2.2 de yer almaktadır.

**Tablo 2.2.**Kronik Böbrek Hastalığında GFH ve Albüminüri Kategorileri [33].

<b>KBH GFH kategorileri</b>		
<b>GFH Kategorileri</b>	<b>GFH (ml/dk/1.73m<sup>2</sup>)</b>	<b>Tanımlama</b>
G1	≥90	Normal ya da yüksek
G2	60-89	Hafif azalmış
G3a	45-59	Hafif-orta derecede azalmış

G3b	30-44	Orta-şiddetli derecede azalmış
G4	15-29	Şiddetli azalmış
G5	<15	SDBY
<b>KBH albüminüri kategorileri</b>		
<b>Albüminüri kategorileri</b>	<b>AER (mg/gün)</b>	<b>Tanımlama</b>
A1	<30	Normal-hafif artmış
A2	30-300	Orta derecede artmış
A3	>300	Şiddetli derecede artmış
GFH: Glomerüler Filtrasyon Hızı, SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği, AER: Albümin atılım oranı		

### **2.1.2. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi**

Kronik böbrek hastalığı dünya genelinde görülme sıklığı artan önemli bir halk sağlığı sorunu olup dünya nüfusunun yaklaşık %10'unun KBH'dan etkilendiği bildirilmektedir [34]. Amerika Birleşik Devletlerin de 2021 yılı itibariyle yaklaşık 37 milyon yetişkinin KBH olduğu (yetişkinlerin yaklaşık %15'inin) tahmin edilmektedir [35,36]. Dünyadaki ülkelerde SDBY yıllık prevalans oranı (milyon kişi başına 2000'nin üzerinde) en yüksek olan ülkeler Tayvan'da 3392, Japonya'da 2599 ve Amerika'da 2196 kişi ile ilk 3 sırada yer almaktadır. Türkiye ise 933 kişi (milyon nüfus başına SDBH prevalans) ile otuzbirinci sırada yer almaktadır [6].

Türk Nefroloji Derneği tarafından yapılan Türkiye Böbrek Hastalığı Prevalansına çalışmasına (CREDIT) göre ülkemizde KBH prevalansı %15,7 olarak belirlenmiştir. Bu durumda toplum genelinde her 6-7 yetişkinden birinde farklı evrelerde böbrek hastalığı bulunduğu ifade edilmiştir [37]. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği (TND) Ortak Raporu 2019 yılı verilerine göre RRT gerektiren son dönem böbrek yetmezliği prevalansının milyon nüfus başına 1007.6, insidansının milyon nüfus başına 150.5 olduğu bildirilmiştir [3].

### **2.1.3. Kronik Böbrek Hastalığının Etiyolojisi**

Kronik böbrek hastalığı etyolojisinde birçok faktör rol oynamakta olup, bu faktörler ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre değişiklik göstermektedir [1, 38]. T.C. Sağlık Bakanlığı ve TND Ortak Raporu 2019 yılı verilerine göre ülkemizde prevalan HD hastalarının SDBY etiyolojisine göre dağılımı %39.04 diabetes mellitus, %24.91 hipertansiyon, %4.90 glomerülofrit, %4.85 polikistik böbrek hastalıkları, %1.89

amiloidoz, %1.45 tübülointerstisyel nefrit, %1.19 obstrüktif nefropati, %0.83 renal vasküler hastalıklar; %7.79 diğer, %13.15 etyolojisi bilinmeyen şeklindedir [3].

#### 2.1.4. Kronik Böbrek Hastalığının Belirti ve Bulguları

Kronik böbrek hastalığında böbrek yetmezliğinin derecesi, gelişme hızı ve altta yatan patolojiye bağlı olarak belirti ve bulgular ortaya çıkmaktadır. SDBY de gelişen üremi nedeniyle birçok sistem etkilenir ve bu nedenle birçok belirti ve bulgu ortaya çıkar [1,39]. Sistemlere ilişkin gelişen belirti ve bulguların göre dağılımı Tablo 2.3.'de yer almaktadır [39,40].

**Tablo 2.3.** Üremik Hastalarda Belirti ve Bulguların Sistemlere Göre Dağılımı

<b><u>Kardiyovasküler Sistem Belirtileri:</u></b> Perikardit, kardiyomiyopati, aritmi, ateroskleroz, ödem, hipertansiyon, diyastolik disfonksiyon, konjestif kalp yetmezliği.
<b><u>Gastrointestinal Belirtiler:</u></b> Diyare, konstipasyon, stomatit, parotit, gastrit, ülserler, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, ağızda kötü koku ve tat, anoreksiya.
<b><u>Hematolojik Belirtiler:</u></b> Anemi, lökopeni, hemorajik diatez, hafif trombositopeni.
<b><u>Sinir Sistem Belirtileri:</u></b> Sinirlilik, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, baş ağrısı, baş dönmesi, kramp, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, uykuya meyil, huzursuz bacak sendromu, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, tremor ve koma.
<b><u>Pulmoner Sistem:</u></b> Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem
<b><u>Sıvı-Elektrolit Bozuklukları:</u></b> Hipovolemi, hipervolemi, hiper-hiponatremi, hipokalsemi, Hiper- Hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz.
<b><u>Üreme Sistemi Belirtileri:</u></b> İmpotans, libidoda azalma, infertilite, jinekomasti.
<b><u>Kas-İskelet Sistemi Belirtiler:</u></b> Kas zayıflığı, kramplar, tetaniler, artrit, üremik kemik hastalığı
<b><u>Dermatolojik Belirtiler:</u></b> Kaşıntı, tırnaklarda atrofi, yara iyileşmesinde gecikme, solukluk, deride kuruluk, kirli toprak sarısı cilt ve tırnak rengi.
<b><u>Metabolik-Endokrin Sistem Belirtileri:</u></b> Glikoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hiperürisemi, malnütrisyon ve hiperprolaktinemi.

#### 2.2. Kronik Böbrek Hastalığının Tedavisi

Kronik böbrek hastalığı tedavisinde amaç; böbrek fonksiyonlarını ve homeostazisi sürdürmektir, etiyolojiyi belirleyerek tedavi etmek ve komplikasyonların gelişmesini önlemektir [1, 41]. Böbrek fonksiyonlarını korumak ve kontrol altında tutmak için; kan

basıncının kontrol altında tutulması, kan şekerinin düzenlenmesi, protein alımının düzenlenmesi, sıvı ve sodyum dengesinin sürdürülmesi, kan lipidlerinin kontrolü, aneminin düzeltilmesi, elektrolitlerin normal sınırlarda tutulması gerekmektedir [41,42]. SDBY tablosunda RRT'lerine ihtiyaç duyulmaktadır. RRT hemodiyaliz, periton diyalizi, böbrek transplantasyonu gibi tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.

European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA) tarafından yapılan çalışmalarda Avrupa ülkelerindeki RRT alan hastaların %85'inin HD tedavisi gördüğü bildirilmiştir [41,43]. T.C. Sağlık Bakanlığı ve TND Ortak Raporu 2019 yılı verilerine göre ülkemizde 2019 yılında RRT gerektiren SDBH nokta prevalansı milyon nüfus başına 1007.6, RRT insidansı milyon nüfus başına 150.5 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde en sık kullanılan RRT yöntemi HD yöntemidir. T.C. Sağlık Bakanlığı ve TND Ortak Raporu 2019 yılı verilerine göre SDBY hastalarının %73.21'i hemodiyaliz tedavisi almaktadır [3].

#### **2.2.1.1. Hemodiyaliz**

Hemodiyaliz; hastadan alınan kanın yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek, uygun diyaliz solüsyonu (diyalizat) ile etkileşimi sonucunda, sıvı ve solüt içeriğinin değişimi, yeniden düzenlenmesi ve hastaya geri verilmesi esasına göre uygulanan bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yönteminde kan ile diyaliz solüsyonu diyaliz setinde ters yönde hareket eder, yarı geçirgen membran aracılığıyla diffüzyon ve ultrafiltrasyon ilkesine göre kanın sıvı ve solüt içeriği düzenlenir [44-48]. HD işleminde yeterli miktarda kan akımının sağlanabilmesi için geçici veya kalıcı damar erişim yolu kullanılmaktadır [41,45,49]. Ülkemizde 2019 yıl sonu itibarıyla prevalan HD hastalarında kullanılan damar erişim yolları; %76.51 arteriovenöz fistül (AVF), %1.16 arteriovenöz greft (AVG), %20.27 kalıcı (tünelli) kateter, %2.06 geçici (tünelsiz) kateterdir [3].

Santral venöz kateterlerin vasküler erişim yolu olarak kullanılması diğer yöntemlere göre daha yüksek komplikasyon ve mortalite görülme nedenidir. HD tedavisinde vasküler erişim yolu olarak arteriovenöz fistüller; yüksek akım sağlanması ve düşük komplikasyon görülmesi nedeniyle en sık tercih edilmektedir [50-53]. HD tedavisi hastalarının durumuna göre; haftada 4-5 saat süreli, 2-3 kez uygulanabilmektedir [54]. HD tedavisinin

avantajları, hastaların vücudundaki toksik ve metabolik atıkların etkili ve hızlı temizlenerek metabolik dengenin sağlanması, diyaliz seanslarının haftanın belirli gün ve saatlerinde olması nedeniyle kişinin kendine ait zamanının olması, alanında uzmanlaşmış sağlık çalışanları tarafından uygulanmasıdır. Dezavantajları ise; HD tedavisi sonrası ikinci seansa kadar sıvı ve diyet kısıtlamasına uyulmamasına bağlı olarak genel sağlık durumunun kötüleşmesi, diyaliz seansında kan basıncı kontrolü sağlanamaması (hipotansiyon), fistül iğnelerinin ve antikoagülan tedavinin kullanılmasıdır [55,56].

### **Hemodiyalizin Komplikasyonları**

Hemodiyaliz işlemi hastanın yaşam süresini uzatan ve yaşanan teknolojik gelişmelerle birlikte güvenliği artan bir tedavi yöntemi olmasına rağmen akut ve kronik birçok komplikasyona neden olabilmektedir [55,57]. Tablo 2.4.'te hemodiyalizde sık karşılaşılan komplikasyonlar verilmiştir [58,59].

**Tablo 2.4.** Hemodiyalizde Sık Karşılaşılan Komplikasyonlar

<b>Akut Komplikasyonlar</b>	<b>Kronik Komplikasyonlar</b>
Hipotansiyon	Kardiyovasküler: Hipertansiyon, kalp yetmezliği, perikardit
Kramplar	Nörolojik: Uyku bozuklukları, nöropati
Bulantı, kusma	Metabolik-Endokrin: Hiperlipidemi, gonadal disfonksiyon,
Ağrı (Baş, sırt ve göğüs ağrısı)	Kemik hastalıkları (Renal osteodistrofi, osteomalazi)
Kaşıntı	Ensefalopati, subdural hematom,
Ateş, titreme	Hematolojik sorunlar (anemi, kanamaya eğilimin artması)
Hipoksi	Hepatit B, hepatit C, HIV ve idrar yolu enfeksiyonları
Aritmi	
Sıvı- Elektrolit dengesizlikleri	
Kanamalar	
Konvülsiyon	

### **2.2.2. Hemodiyaliz Yeterliliği**

Hemodiyalizin yeterliliği böbreğin fonksiyonlarını kapsayan, solüt uzaklaştırılması ile ölçülebilen diyaliz dozu olarak tanımlanmaktadır. Hastalara uygulanan yeterli HD mortalite oranlarını azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir. HD

yeterliliğine etki eden faktörler; diyalizör mebranı, diyalizat içeriği ve ısı, ultrafiltrasyon (UF) hızı, kan akım hızı, diyaliz seans süresi ve sayısı, kuru ağırlık, damar giriş yolu, antikoagülasyon ve antihipertansif tedavidir. [60-62]. HD yeterliliği klinik ve biyokimyasal değerlendirme ile kinetik göstergelerin değerlendirilmesiyle belirlenebilir [61]. Klinik değerlendirmede bireylerin asit-baz dengesi, beslenme düzeyleri, volüm ve kan basıncı, anemi düzeyi, üremik semptomlarının azalması/olmaması, aktivite düzeyi, fiziksel ve ruhsal durumu değerlendirilmektedir.

Hemodiyaliz yeterlilik ölçüsü kinetik hesaplamalarda diyaliz tedavisi sırasındaki kan üre nitrojen konsantrasyonundaki azalmadan hesaplanmaktadır. Diyaliz yeterliliğinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntem Kt/V oranıdır [57,63].

Kt/V'nin hesaplanmasına yönelik olarak Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelikte Önerilen Daugirdas formülü aşağıda verilmiştir.

$$Kt/V = -\ln [(BUN_{Post} / BUN_{Pre}) - (0.008 \times \text{Diyaliz Süresi})] + [(4 - (3.5 \times BUN_{Post} / BUN_{Pre})) \times UF \text{ Vol} / \text{Vücut Ağırlığı}]$$

Kt/V oranında, K: Diyalizörün üre klirensi (K: ml/dk veya L/saat), V; üre dağılım volümü (V: ml veya L), t: diyaliz süresidir (saat) [64].

**URR (Üre azalma oranı):** Hemodiyaliz işleminde kan üre (BUN) düzeyinin azalma yüzdesidir [66].

**Formül:**  $URR (\%) = 100 \times (1 - BUN_{sonra} / BUN_{önce})$

%65' lik bir URR ve 1.2'lik Kt/V yeterlilik için standart olup, bu orandandan daha düşük oranların mortalite ve morbitide ile ilişkili olduğu öngörülmektedir.

Diyaliz yeterliliğinin değerlendirilmesinde diğer parametrelerle birlikte hastaların ruhsal ve bedensel iyilik halinin değerlendirilmesi oldukça önemlidir. [62,66].

### **2.3. Hemodiyaliz Tedavisi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları**

Böbrek yetmezliği olan hastalarda uygulanan HD, yaşam süresini uzatırken fiziksel aktivite kısıtlılığı, sosyal hayattan uzaklaşma, hastalık ve tedavi ile ilgili kısıtlamalar, ekonomik bakımdan kayba uğrama gibi bireyin yaşamında birçok sorun ve değişikliklere



neden olmaktadır [67,68]. Bu değişikliklerle birlikte hastalar emosyonel durumları ve uyku kalitesinde bozulmaya neden olan çeşitli stresörlerle karşı karşıya kalabilmektedirler. Hastaların çoğunluğunun sağlık durumlarını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, sağlığı geliştiren davranışlarını yerine getirmesine engel olan, anksiyete ve depresyon gibi sorunlar yaşayabilmektedirler. Yaşam kalitesinin artırılmasında sağlıklı yaşam tarzı davranışları kazandırılması önem taşımaktadır [69-71]. Günlük yaşamda fiziksel aktivite, beslenme, stres ve tütün kullanımı gibi birçok faktör sağlığı etkilemektedir [72-74]. DSÖ'ne göre sağlık ile doğrudan ilişkili olan yaşam tarzı; bireylerin sağlığının %60'ını etkilemektedir [72]. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmaya yönelik davranışları, günlük yaşamlarında sağlık durumlarına göre gerçekleştirdikleri aktiviteleri [73,74], çevresiyle uyum sağlama ve sürdürmesinde üstlendiği rollerdir [75]. Bireylerin en sık sağlık algısı, cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, ekonomik ve medeni durum gibi sosyodemografik özellikleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkilenmektedir [73,74]. Sağlıklı bir yaşam tarzı; sağlığı geliştirici davranışlar olan düzenli beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi gibi alanlardan oluşmaktadır [76,77]. Bireyin kendi sağlığına özen göstermesi, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel yardım alması ve sağlık durumunu iyileştirme bilincinde olması sağlık sorumluluğunun göstergesidir. Bireylerin fiziksel aktiviteyi ne düzeyde gerçekleştirdiği fiziksel aktivite, yemek öğünlerini atlamaması ve düzenli öğünler halinde beslenmesi gibi davranışları beslenme boyutunu kapsamaktadır. Manevi gelişim bireyin iç kaynaklarının gelişimi ile ilgili olup gelişme (iyilik durumuna yönelik gücünü en üst düzeye çıkarma), ilişki kurma ve aşılma (iç huzuru sağlar) ile gerçekleşir. Bireylerin karşılaştığı sorunlarla başa çıkma stratejileri geliştirerek fiziksel ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi stres yönetimi boyutunu, bireyin çevresiyle etkili, anlamlı ilişki kurması kişiler arası ilişkiler boyutunu kapsamaktadır [78].

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen bireylerin sağlık düzeyinin daha iyi olduğu belirtilmektedir [79]. Sağlıklı yaşam tarzı davranışları; sağlığın korunması ve gelişmesi, tedavi ve hastalık komplikasyonlarını önleme, kişilerin bağımsız işlevlerini yerine

getirebilme düzeylerinin artırılması, yaşam kalitesinin yükselmesi ve hastalık nedenli mortalite oranlarının azalmasını sağlayan önemli belirleyici faktörlerdendir [76,80-82].

### **2.3.1. Sağlık Sorumluluğu**

Sağlık sorumluluğu bireylerin, kendi sağlığını koruyucu ve geliştirici davranışlara aktif katılma, gerektiğinde sağlık profesyonellerinden destek alma ve gerekli davranış değişikliklerini gösterebilme düzeyleridir [78,83]. Bireyin sağlığına özen göstermesi, sağlık bilgilerini takip etmesi, düzenli tıbbi kontrollerini yaptırması, yaşadığı sağlık durumunu değişikliklerine karşı kontrolü sağlamak için sağlık profesyonellerinden yardım alması gibi davranışları sağlık sorumluluğu alma düzeyini gösterir [84].

### **2.3.2. Fiziksel Aktivite**

Fiziksel aktivite günlük yaşamın içinde planlı olarak uygulanan belirli düzeylerdeki egzersizleri (hafif, orta ve ağır) içermektedir. Fiziksel ve çevresel faktörler kasların çalışma düzenini etkilemektedir. Birey günlük uykuda geçirdiği süre, yaşamda aktiflik durumu ve kişisel faktörlere göre enerji ihtiyacı duymaktadır. Bireyler günlük fiziksel aktivite için aktif olma düzeylerine göre günlük enerjilerinin yaklaşık yarısını kullanmaktadırlar [78,85]. Fiziksel aktivite yaşamın her döneminde sağlıklı büyüme ve gelişme, hastalıkları önleme ve tedavisinde, kilo kontrolü, kas ve iskelet sisteminin sağlığının korunmasını ve kaliteli yaşam süresinin artmasında etkili olmaktadır [86,87].

Yapılan çalışmalarda egzersizin hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sağlık davranışlarını, fiziksel performansını ve diyaliz yeterliliğini iyileştirdiği [88-91], yaşam süresi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini artırdığı, seanslarda görülen fiziksel semptomlar üzerine yararlı etkileri olduğu belirtilmiştir [85,91,92].

### **2.3.3. Beslenme**

Beslenme, bireyin yaşı ve cinsiyetine göre vücut gereksinimine uygun besin öğelerini dengeli ve yeterli şekilde tüketmesidir. Sağlıklı beslenme besinlerin dengeli tüketimi ve sağlığa zarar veren besin öğelerinden kaçınılması ile sağlanabilir [93]. Yaşam için gerekli enerji ihtiyacı besin öğelerinden karşılanmaktadır. Beslenme temel olarak makro ve mikro olmak üzere iki grup besin öğesinden oluşur. Makro besin öğeleri; protein, su,

karbonhidrat ve yağdan oluşmakta, mikro besin öğeleri ise; demir, flor gibi iz elementler, vitamin ve mineralleri içermektedir [94]. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları, hareketsiz yaşam tarzı, zararlı madde kullanımı (alkol ve sigara vb.) çeşitli kronik hastalıklara neden olmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabetes mellitüs, obezite, hipertansiyon gibi hastalıklar sağlıklı beslenme ile görülme sıklığı azaltılabilir [95]. HD tedavisi alan SDBY olan hastalarda beslenme önemlidir. KBH'nın erken dönemlerinden itibaren hastalarda diyet önemli olup, enerji sağlayan besin öğeleri, fosfor, potasyum, proteinin dengeli ve yeterli tüketimi böbrek sağlığının korunmasını sağlamaktadır. SDBY hastalarında kalsiyum ve fosforun kontrollü tüketimi ile mineral ve kemik bozuklukları (renal osteodistrofi gibi) önlenir, sıvı ve sodyumdan kısıtlı diyetle birlikte sıvı elektrolit dengesi korunabilir [96,97]. Bireylerde uygun beslenme ile protein enerji malnütrisyonu ve üremik semptomların oluşması önlenmektedir [97,98].

#### **2.3.4. Manevi Gelişim**

Manevi gelişim bireyin iç kaynaklarının gelişimi ile ilgili olup gelişme (iyilik durumuna yönelik gücünü en üst düzeye çıkarma), ilişki kurma ve aşılma (iç huzuru sağlar) ile gerçekleşir [78]. Manevi gelişim bireylerin kendi varoluşu, fiziksel ve ruhsal boyutlarıyla, hayatın anlamı ve amacını kavradığı bireysel farkındalıklar bütünüdür. Bireylerin manevi yönüyle kendini gerçekleştirme düzeylerini arttırmaları sağlık düzeylerini geliştirmektedir [99-101]. Manevi yönü gelişmiş bireylerde fiziksel ve zihinsel sağlığın daha iyi olduğu, beslenme, stresle baş etme ve kişiler arası ilişkiler gibi sağlıklı yaşam biçimi davranış kazanımlarının daha fazla ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. [102-104].

#### **2.3.5. Kişilerarası İlişkiler**

Nedensel gereklilikler dışında başkalarıyla kurulan anlamlı ilişkilerdir. Bireyler arasındaki ilişkinin düzeyi, niteliği ve süresi kişilerarası destekle bağlantılıdır. İletişimin etkin kullanılması kişiler arası ilişkide önemlidir. Kişilerin yaşadıkları hastalıklar, maddi sıkıntılar gibi sorunlar nedeniyle üstlendiği rollerde, ilişkilerde, yaşam biçiminde çeşitli değişiklikler meydana gelmektedir. Bireylerin bu durumda aile ve yakınları tarafından desteklenmesi sorunların kolaylıkla üstesinden gelmesini sağlar. Kişilerarası ilişkilerde

güvenilir tutumlar, etkili iletişim, şartsız destek; temel gereksinimlerin ortaya çıkmasına, sorunların çözümlenmesine, üretkenlik ve başatme becerilerinin artmasını sağlamaktadır [78,105,106].

### **2.3.6.Stres Yönetimi**

Stres bireyin içsel veya dışsal uyarılara karşı uyum sağlamaya yönelik geliştirdiği tepkidir [108]. Bireyin sürekli maruz kaldığı stres bedende uyarılmışlık durumu meydana getirmektedir. Bu duruma bağılı olarak bireylerde ağrı, uykusuzluk gibi çeşitli semptomlar, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklar görülebilmektedir. Bireylerin strese olan yanıtı kişiden kişiye farklılık göstermektedir [108,109]. Stres yönetimi; bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynaklarını harekete geçirmesi, sorunlarla başatme yeteneğinin artırarak [110], günlük yaşamında gerilim düzeyini kontrol edebilmesi ve yüksek verimlilik sağlayabilmesidir [107]. Stresle başatme stratejileri geliştiren bireyler, kullandıkları yöntemlerle stresin zararlı etkilerini bedenlerinden uzaklaştırabilirler. Stres yönetiminde fizyolojik, davranışsal ve psikolojik yaklaşımlar kullanılabilir [109]. Stresle baş edebilmek için etkin iletişim kurabilme, sağlıklı yaşam tarzı geliştirme, zamanın verimli kullanımı, gevşeme ve sorun çözme becerisi geliştirme gibi yöntemler kullanılabilir [110].

### **2.4.Uyku**

Uyku bireyin duyuusal ve diğere uyarıcı faktörlerle uyandırılabilceğı, geri dönüşümlü bilinçsizlik durumu, beden dinlendiğı, onarıldığı, yenilendiğı bir dönemdir. Sağlıklı yaşamın en önemli unsurlarından biri uykudur [112-113]. Uyku insan yaşamının ortalama 1/3'ünü oluşturur [114]. Uyku süresindeki azalmanın metabolik ve hormonal değışikliklere neden olduğı ifade edilmektedir [115-117]. Uykusuzluğun yüksek katekolamin ve kortizol seviyeleri ile büyüme hormonu seviyesinde düşme gibi endokrin sistem üzerine etkileri bulunmaktadır. Uyku süresindeki azalma glikoz metabolizmasında bozulmaya, insülin direnci ve obezite gelişimine neden olabilmektedir. Uykunun sitokinlerin ve antikorların oluşumu üzerine etkisi olduğı belirtilmektedir [116,117]. Bireyler uyku ve dinlenme sürecinde bedensel ve zihinsel olarak rahatlık hissederler. REM uykusunun ile zihinsel, NREM uykusunun bedensel iyilik sağladığını

belirtilmektedir. Bazal metabolizmanın hızının uykuda azalması ile vücut enerjisinin korunmasını sağlamaktadır. Yeterli ve kaliteli uyku sağlığın iyileştirilmesi ve sürdürülmesini sağlamaktadır [116-117].

#### **2.4.1. Uyku Fizyolojisi Ve Sirkadiyen Ritim**

Sirkadiyen ritim; bir gün anlamına gelmekte olup, organizmanın bir günlük biyolojik ve fizyolojik süreçlerindeki değişimleri ifade eder. Uyku uyanıklık döngüsünü sağlayan sirkadiyen ritimdir. Sirkadiyen ritmi oluşturan sistem sırasıyla retina, retinohipotalamik yol, pineal bez ve suprakiazmatik nükleus'tur. Sirkadiyen ritmi düzenleyen ana merkez, suprakiazmatik nükleus'tur. Isı regülasyonu, uyku-uyanıklık siklusu, büyüme hormonu, kortizol ve melatonin hormonlarının salgılanmasını suprakiazmatik nükleus kontrol etmektedir [112, 118,119]. Sirkadiyen ritmi düzenleyen en önemli uyaran güneş ışığıdır. Retinal ganglion hücreleri (melanopsin içeren) ışığa duyarlıdırlar. Işığı algılayan aktive olan fotoreseptörler retinohipotalamik yolak ile suprakiazmatik nükleusa etki etmektedir. Suprakiazmatik nükleus aracılığıyla kontrol edilen ön hipotalamustaki birçok döngüsel girdi ve uyarılar ve hipotalamustaki ventrolateral preoptik çekirdekte (VLPO) bulunan inhibitör nöronlar uykuyu başlatmaktadır [114,118].

Uyku siklusunun devamlılığını beyin sapı düzenlemektedir. Bu düzenlemenin olduğu iki özel alan; medullada yer alan Bulbar Senkronize Edici Sistem (Bulbar Synchronizing Region-BSR) ve serebral korteks ve spinalkordda bulunan Retiküler Aktivasyon Sistem (Reticular Activating System-RAS) 'dır. Eş zamanlı çalışan bu iki alandaki sistemlerden; RAS; talamus, ön beyin orta kısmı, tegmentum, hipotalamus, locus seruleus ve rafe çekirdeği (serotonin salınımını sağlayan) gibi uykuda rolü olan anatomik bölgeleri birbirine bağlamaktadır. Uyku- uyanıklık siklusunda bu bileşenler önemli rol oynamaktadır. Ağrı, görme, işitme ve dokunma gibi uyaran RAS'ı uyarak uykudan uyanıklığa geçilmesine neden olur. BSR'nin aktivitesinin artması uykuyu başlatır. Uykunun gelmesi BSR (Bulbar Synchronizing Region) aktivitesini artırır ve birey uyumaya başladığında RAS' a ulaşan uyarılar azalır. Çevre şartları uygun ise RAS'ın aktivasyonu azalma gösterir. Uykuya geçiş BSR uyarılarının artması ile sağlanır. Birey uyanana kadar bu durum devam eder. RAS tekrar uyarıldığında birey uykudan uyanır

[20,120-123]. Skardiyen ritmin bozulmasına bağlı bireylerin uyku kalitesi, fiziksel ve mental işlevlerinde azalma görölmektedir. Bireylerin gece saatlerinde uzun süreli çalışma gibi yaşam tarzları skardiyen ritmi etkilemektedir. Skardiyen ritmin bozulması uyku süresi ve kalitesinin azalmasına neden olmaktadır [123].

#### **2.4.2. Uyku Bozuklukları**

Uyku bozukluğu başka bir fiziksel veya mental hastalığın belirtisi olabileceği gibi hastalık olarak da görölebilmektedir. Uyku bozuklukları Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması -3'e (International Classification of Sleep Disorders, ICSD-3) göre; insomnia, uyku ile ilişkili solunum bozuklukları, hipersomnolensin santral bozuklukları, sirkadiyen ritim uyku uyanıklık bozuklukları, parasomnialar, uyku ile ilişkili hareket bozuklukları ve diğer uyku bozuklukları olarak 7 ana grupta sınıflandırılmıştır [123-125].

#### **2.4.3. Uykunun Evreleri**

Uyku birbirini takip eden evrelerden oluşan iki bölümde (göz hareketlerine bağlı) sınıflandırılmıştır. Uyku siklusu Non-Rapid Eye Movement (Non-REM) ve Rapid Eye Movement (REM) uykusu olarak adlandırılan süreçlerden oluşmaktadır. Uykunun evreleri, elektroensefalografi (EEG: Beyinden gelen elektrik akımlarının alınması ve kayıt edilmesi), elektrookülografi (EOG: Göz hareketlerinin kayıt edilmesi) ve elektromiyografi (EMG: Kas tonüsünün kayıt edilmesi) gibi üç temel nörofizyolojik parametre ile belirlenir [126].

**Uyku;** İki evreden oluşmaktadır;

##### **2.4.3.1.REM (Rapid Eye Movement) Dönemi:**

Hızlı göz hareketlerinin göröldüğu dönemdir [125]. Rem uykusu, aktif uyku (uyku dönemi 90 dakikada bir olmak üzere 5–30 dakikalık süreler şeklinde) dönemidir. Gece uykusunun %20-25' ini oluşturmaktadır. Beynin aktif olduğu bu dönemde hızlı göz hareketleri REM uykusunun belirleyici özelliğidir. Bu dönemde vücut kas tonusunda azalma, kalp atımları ve solunumda düzensizlik ve beyin dalgalarında hızlanma görölmektedir. Bireyin REM uykusu sırasında uyandırılması zorlaşır. Bu evrede görölen

rüyalar hatırlanmaktadır. Ruhsal olarak dinlenmenin sağlandığı ve rüyaların görüldüğü bir dönemdir [125,127].

#### **2.4.3.2.Non-REM Dönemi (Rapid Eye Movement)**

Bütün uyku süresinin NonREM uykusu % 75-80'lik bölümünü oluşturmaktadır [128]. Uyku siklusu NonREM'le (Serotonerjik kontrol altında) başlayan ortalama 90 dakikada bir olmak üzere REM (ise adrenerjik kontrol altında) uykusu ile birbirini takip eden süreçten oluşmaktadır [127,129].

**Non-Rem Evresi:** Üç alt aşamaya ayrılır;

**NREM Evre-1:** Uykuya geçişin gerçekleştiği aşamadır. Göz hareketleri yavaş tiptedir. Bireyler bu evrede uyanırsa uyuduğunu anlamazlar, uykunun en hafif dönemidir. N-REM evre -1; gençler ve yetişkinlerde toplam uyku süresinin yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır [130].

**NREM EVRE -2:** Gece uykusunun orta yaşlardaki yetişkinlerde % 45-55'ini oluşturur. Kas tonusu daha da azalmaktadır. Kortikal biyoelektrik aktivite belirgin yavaşlamaktadır [130].

**NREM EVRE-3:** Bu evre kas tonusunun daha da düştüğü, gecenin ilk bölümünde görülen uykudur ve yavaş dalga uykusu olarak adlandırılmaktadır. NREM-3 evresi en dinlendirici ve vücudun kendini onarımını gerçekleştirdiği uyku evresidir [124,125]. Belirli bir uyku döneminin en az %20'sini içeren (0.5 ila 2 Hz) delta (EEG'de)dalgaları görülmektedir. NREM-3 uykusu toplam uyku süresinin %20-25'ini oluşturur ve yaşla birlikte azalmaktadır [126,128].

#### **2.5. Uyku Kalitesi**

Bireyin yaşam tarzı, işi, sosyal yaşantısı, çevresel unsurlar, emosyonel ve sağlık durumunu gibi faktörlerden etkilenen uyku kalitesi, uyandığında kendini sağlıklı, zinde, iyi hissetme halidir [126]. Uyku kalitesinin niceliksel yönleri; bir gecede uyanma sayısı, uyku latensi ve uyku süresini içerir, öznel yönleri uykunun dinlendiriciliği ve derinliğini kapsamaktadır [132]. Uyku kalitesinin değerlendirilmesi uyku sorunları yaygın görüldüğü ve kötü uyku kalitesi birçok hastalığın belirtisi olabileceği için önemlidir.

Yetişkin bireylerin %15-35'inde uykuya dalma, uykuyu sürdürme gibi uyku kalitesi ile ilgili sorunlar olduğu belirtilmektedir [133]. Fiziksel ve psikolojik iyilik haliyle kaliteli uyku ilişkili olup, çoğu hastalığın belirtisi kötü uyku kalitesi olabilmektedir. Morbiditeyi uyku kalitesi ciddi ölçüde etkilemektedir [134]. Uyku kalitesini; yaş, cinsiyet, hastalıklar, yaşam tarzı, çevresel faktörler, iş, sosyal yaşam, maddi durum, beslenme, fiziksel aktivite, ilaçlar ve stres, uyku zamanı alışkanlıkları gibi çeşitli faktörler etkileyebilmektedir [135]. Jaehne ve ark. çalışmasında yaş, obezite, alkol ve sigaranın uyku kalitesini düşürdüğü belirlenmiştir [136].

### **2.5.1. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler**

#### **2.5.1.1. Yaş**

Bireylerin çocukluktan yetişkinliğe kadar olan süreçte, uyku evrelerinin süresi farklılık göstermektedir. İlerleyen yaşla birlikte uykunun derinliği, süresi azalmakta ve uyku bozukluklarına neden olabilmektedir [137].

#### **2.5.1.2. Cinsiyet**

Kadınlarda toplum ve aile içindeki rol ve sorumlulukların erkeklere göre fazla olması, nörohormonal değişiklikler yaşaması (gebelik, menapoz, menstrual siklus) gibi faktörler nedeniyle uyku sorunları daha fazla olduğu görülmektedir [138]. Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu bildirilmiştir [138,139].

#### **2.5.1.3. Hastalıklar**

Hastalıklar birey üzerindeki fiziksel ve psikolojik etkileri nedeniyle uyku kalitesinide etkilemektedir. Birçok hastalık; fiziksel inaktivite, ağrı, anksiyete ve depresyona yol açarak uyku problemlerine neden olabilmektedir [140]. HD hastalarında hastalığa ve uygulanan tedaviye bağlı olarak uyku sorunlarının yaygın görüldüğü belirtilmektedir [141].

#### **2.5.1.4. Diyet**

Beslenme ile alınan karbonhidratlar (glikoz), proteinler (aminoasitler), yağ asitleri ve kafein gibi besin öğeleri uykuyu etkilemektedir. Yüksek karbonhidratlı beslenmenin uykuya eğilimi arttırdığı belirtilmektedir. Proteinli yiyeceklerde bulunan ve aminoasit



olan triptofan (serotoninin ön maddesi) uyku sağlayıcı bir maddedir. Süt, yoğurt, peynir, yumurta, et gibi proteinden zengin yiyecekler triptofan içeriği nedeniyle melatonin ve serotonin düzeyinin yükselmesine neden olarak uyku süresini arttırabilmektedir [12, 142,143]. Uyku bozukluklarında esansiyel yağ asitlerinin beyinde yetersiz olduğu bildirilmiştir [144]. Bireylerde kafein (çay-kahve vb.) tüketiminin uyku sorunlarına ve uyku kalitesinde azalmaya yol açtığı bilinmektedir [145].

#### **2.5.1.5. Alkol ve Sigara**

Sigara ve alkol kullanımı sağlığa yönelik davranışsal risk faktörleridir. Sağlıklı bireylerde uyumadan önce az ve orta miktarda alkol alımı uykuya dalma süresini (N-REM; ilk evre) kısaltır, uykunun ikinci yarısında (REM evresi) uyku bölünmesi, evreler arasındaki geçişin artması, rüya ve kâbus görme sıklığının da artma gibi uyku üzerinde olumsuz etkileri vardır. Yüksek dozlarda alkol alımının gece boyunca toplam REM uyku süresini azalttığı belirlenmiştir [146].

Sürekli alkol alan bireylerde (alkolik ve yoksunluk çekenler) uykusuzluk, gündüz aşırı uyku hali, uyku kalitesinde azalma gibi uykuya ilişkin birçok sorun görülebilmektedir [147]. Sigara içeriğinde bulunan nikotin nörotransmitter sistemleri etkileyerek uyku ve ruhsal durumu etkilemektedir. Nikotin tüketimi uyarıcı etkisiyle uykuya geç dalma, uyku bölünmesi, gündüz uykulu hissetme halinde artma ve azalmış uyku kalitesi ile ilişkilendirilmiştir [148,149].

#### **2.5.1.6. İlaçlar**

Narkotik analjezikler, barbitürat ve stimülanlar REM uykusunu baskılanması, gece uyanmaya ve gün boyunca uykuya yatkınlığı artırma özelliği gösterirler. Sedatifler, antidepressanlar ve hipnotikler toplam uyku süresini artırırken REM uykusunun azalmasına neden olmaktadır [148]. HD hastalarında kullanılan (beta blokerler, kortikosteroidler, bronkodilatörler gibi) ilaçların uykusuzluğa neden olabileceği belirtilmektedir [13,148].

### **2.5.1.7. Fiziksel Aktivite**

Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin sağlık üzerine birçok olumlu etkisinin olduğu bilinmektedir [150]. Fiziksel aktivitenin uykuya dalmayı kolaylaştırdığı, düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin uykusuzluk sorununu daha az yaşadığı, sabahları kendilerini daha dinlenmiş hissettikleri ve uyku kalitesinin daha iyi olduğu belirtilmektedir [24,151].

### **2.5.1.8. Yaşam Biçimi**

Bireylerin yaşam tarzı, çalışma koşulları, vardiyalı çalışma uyku yapısının ve kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır [152,153]. HD hastalarında hareketsiz yaşam tarzı, seansların sabah erken veya gece geç saatlerde olması, hemodiyaliz merkezine geliş gidişte seyahat süresinin uzunluğu, eve dönüş için bekleme süresinin uzunluğu gibi yaşam tarzı ile ilgili faktörler uyku sorunlarına neden olabilmektedir [102].

### **2.5.1.9. Çevresel Faktörler**

Gürültü, ışık, yatağın yapısı, ortamdaki oksijen miktarı, uyurken giyilen kıyafetler gibi çevresel faktörler uykuyu etkilemektedir. Bireyler de çevresel koşulların uykuyu engellemesi veya yardımcı olması değişiklikler gösterebilmektedir. Bireyler yaşam alanlarında, tanıdık olan ortamlarda rahat ettikleri için kısa sürede uyuyabilirler. Ortam ısı algısı yaş ve cinsiyete bağlı değişiklik göstermekte, ısının düşük veya yüksek olması uyku kalitesinin bozulmasına neden olabilmektedir [154,155].

## **2.6.Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Uyku Kalitesi**

Hemodiyaliz hastalarında uyku sorunlarının yaygın görüldüğü ve uyku kalitelerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Diyaliz hastalarında subjektif uyku sorunları prevalansının %50 ile %83 oranında değiştiği ifade edilmektedir [12]. Iliescu ve arkadaşlarının hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada hastaların %71'inin uykularının kalitesiz olduğu tespit edilmiştir [20]. Yapılan diğer çalışmalarda da HD tedavisi alan hastaların uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir. Bireylerin uyku kaliteleri, yaşam kalitelerini etkilemekte ve uyku kalitesi kötü olanlarda yaşam kalitesinde düşük olduğu belirtilmektedir [156,157].

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda çeşitli nedenler uyku sorunlarına neden olabilmektedir. HD tedavisi alan hastalarda sıvı-elektrolit ve asit- baz dengesizlikleri, melatonin metabolizmasındaki bozukluklar, hipervolemi, nöropati, üremik toksinler, ilaçlar, depresyon, kaygı, endişe, cinsel sorunlar, HD cihazına bağımlılık, sedanter yaşam, HD seansı esnasında uyuklama, HD seansının çok erken veya geç saatlerde olması, hemodiyaliz tedavi merkezinden eve gidiş ve dönüşte geçen süre, medeni durum (boşanmış veya bekar olma), ileri yaş, anemi, obezite, hipertansiyon albümin seviyesinin düşük olması, kahve tüketimi, sigara kullanımı, yetersiz diyaliz gibi birçok durum uyku sorunlarına neden olabilmektedir [12-16,158]. Hemodiyaliz hastalarında en sık görülen uyku bozukluklarının huzursuz bacak sendromu, insomnia ve obstrüktif uyku apne sendromu olduğu belirtilmektedir [13, 14, 159].

Hemodiyaliz hastalarının uyku sorunlarının erken tespit edilmesi ve uyku kalitesini arttırmaya yönelik müdahalelerin planlanabilmesi için uyku özelliklerinin rutin olarak değerlendirilmesi önemlidir [12,13,160]. Bireylerin yaşadığı uyku sorunlarının tedavisinde farmakolojik ve farmakolojik olmaya yöntemler kullanılmaktadır. Farmakolojik olmayan yöntemler arasında uyku hijyeni, uyaran kontrolü, uyku kısıtlaması, gevşeme ve solunum egzersizleri, bilişsel ve davranışsal tedaviler gibi pek çok uygulama yer almaktadır. [13,151]. Hemodiyaliz hastalarında uyku sorunlarının tanımlanması, uykuyu olumsuz etkileyen faktörlerin tespit edilmesi ve uyku sorunlarının çözümünde hemşireler önemli role sahiptir [12]. Hemşireler hastaların tıbbi tedavilerine ek olarak sağlıklı yaşam tarzı edinmeleri ve uyku kalitelerini geliştirmelerine odaklanan uygulamalarla, hasta ve ailelerine gerekli eğitim ve desteği sağlamalıdır [12,30-32, 161-164].

## 3. BÖLÜM

### GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hemodiyaliz hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma, Kayseri il merkezinde bulunan, Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesi, Kayseri Devlet Hastanesi Diyaliz Ünitesi, Özel Duru Diyaliz Merkezi ve Özel Umut Diyaliz Merkezinde 01.12.2019-30.06.2020 tarihleri arasında rutin hemodiyaliz program hastaları ile yürütülmüştür.

Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz Ünitesi 20 yataklı, 20 HD makinesi ile Hepatit B ve Hepatit C virüsü pozitif olan hastalara özel ikişer yataklı ayrı bölümlerde, haftada altı gün (pazar günü hariç), iki seans tedavi hizmeti vermekte olup, üniteye 3 nefroloji uzmanı, 1 asistan hekim, 10 hemşire ve 4 yardımcı personel görev yapmaktadır.

Kayseri Devlet Hastanesi Diyaliz Ünitesi 17 yataklı olup, 17 HD makinesi bulunmaktadır. Diyaliz merkezinde hastalara haftada altı gün (pazar günü hariç), iki seans şeklinde hemodiyaliz tedavisi uygulanmaktadır. Hepatit B ve Hepatit C virüsü pozitif olan hastalar özel iki yataklı ayrı bölümde diyalize alınmaktadır. Diyaliz merkezinde 12 hemşire, 2 nefroloji uzmanı, 1 uzman hekim ve 2 yardımcı personel çalışmaktadır.

Özel Duru Diyaliz Merkezinde iki katlı binada Hepatit B ve Hepatit C virüsü pozitif olan hastalara özel ikişer yataklı ayrı bölümlerde, toplam 30 yataklı, 30 HD makinesi ile haftanın altı günü, günde üç seans şeklinde (pazar günü hariç) diyaliz uygulanmaktadır. Diyaliz merkezinde 15 hemşire, 1 uzman hekim, 2 pratisyen hekim, 1 diyetisyen, 1 psikolog ve 4 yardımcı personel çalışmaktadır.

Özel Umut Diyaliz Merkezinde iki katlı binada 25 adet HD makinesi, Hepatit B ve Hepatit C virüsü pozitif olan hastalara özel ikişer yataklı ayrı bölümlerde, toplam 25

yatakla, haftanın altı günü, günde üç seans (pazar günü hariç) şeklinde hastalar hemodiyalize alınmaktadır. Merkezde 15 hemşire, 1 uzman hekim, 2 pratisyen hekim, bir diyetisyen, 1 psikolog ve 6 yardımcı personel görev yapmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı tüm hemodiyaliz merkez ve ünitelerinde hastaların beslenme ve uyku düzenleri hekim ve hemşireler tarafından anamnez formları ile değerlendirilmektedir. Hastalara beslenmelerine yönelik olarak diyetisyenler tarafından oluşturulan diyet listeleri verilmektedir. Uyku sorunu yaşıyan hastalarda neden araştırılarak doktor istemiyle tıbbi tedavi uygulanmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini; Özel Duru Diyaliz Merkezi (140 hasta), Özel Umut Diyaliz Merkezi (150 hasta), Kayseri Devlet Hastanesi Diyaliz Ünitesi (50 hasta) ve Kayseri Şehir Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nde (60 hasta) hemodiyaliz tedavisi alan toplam 400 hasta oluşturmuştur. Araştırmada örneklem yöntemine başvurulmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş ancak, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymayan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Araştırmanın örneklemini 01.12.2019-30.06.2020 tarihleri arasında, araştırmaya alınma ölçütlerine uyan Özel Duru Diyaliz Merkezinde 90 hasta, Özel Umut Diyaliz Merkezi'nde 100 hasta, Kayseri Devlet Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nden 40 hasta ve Kayseri Şehir Hastanesi Diyaliz Ünitesi'nden 50 hasta olmak üzere toplam 280 hasta oluşturmuştur.

Çalışma sonucunda elde edilen bulgular ile araştırmanın gücü Gpower programı kullanılarak hesaplanmıştır. Hastaların SYBDÖ II toplam puanları esas alınarak yapılan post power analizi sonucunda  $\alpha=0,05$  hata payı,  $d= 0,2$  etki büyüklüğü ile  $\beta= 0.95$  güçlü bulunmuştur.

#### **3.3.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri**

##### **Araştırma kapsamına;**

- Yaşı 18 ve üzerinde olan,
- Hemodiyaliz tedavisine en az altı aydır devam eden,
- Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan,

- Anket sorularını cevaplayabilecek bilişsel yeterliliği olan,
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olan bireyler araştırmaya alınmıştır.

### **3.3.2. Araştırmanın sınırlılıkları**

Araştırmanın Kayseri il merkezinde 01.12.2019-30.06.2020 tarihleri arasında, çalışmanın yapılmasına izin veren kurum ve diyaliz merkezlerinde yapılmış olması çalışmanın sınırlılığını oluşturmuştur.

### **3.4. Araştırmanın Etik Boyutu:**

Çalışmaya başlamadan önce Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından etik kurul onayı (Karar No: 2019/10-10, sayı:25017) (EK-5), Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü (EK-6), Kayseri Şehir Hastanesi (EK-7), Kayseri Devlet Hastanesi (EK-8), Özel Duru Diyaliz Merkezi'nden (EK-9) ve Özel Umut Diyaliz Merkezi'nden (EK-10) kurum izinleri alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarını geliştiren kişilerden ölçek izinleri (EK-11) alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı olurları (EK-4) alınmıştır.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada verilerin toplanmasında; Hasta Tanıtım Formu (EK-1), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (EK-2) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) (EK-3) kullanılmıştır.

#### **3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-1)**

Araştırmacı tarafından ilgili literatür [16-18, 27-29, 79, 80] incelenerek hazırlanan formda hastaların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, me-deni durumu, hastalık öyküsü, tanı vb.) ilişkin toplam 19 soru bulunmaktadır.

#### **3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (EK-2)**

1987 yılında Walker ve ark. tarafından geliştirilen ölçek, 1996 yılında Walker ve ark. tarafından revize edilmiştir [165]. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır [78]. Ölçek 52 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin alt boyutları; sağlık sorumluluğu (madde 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), fiziksel aktivite (madde 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), beslenme (madde 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38,44,50), manevi gelişim (madde 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (madde1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve stres yönetimi (madde 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47) dir. 4'lü likert tipte olan ölçeğin derecelendirmesi, hiçbir zaman; 1 puan, bazen; 2 puan, sık sık;3 puan ve düzenli; 4 puan olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan en düşük 52, en yüksek 208'dir. Ölçeğin toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi puanını vermektedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yüksek düzeyde uyguladıklarını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı bütün ölçek için 0.94, çalışmamızda ise bu değer 0.84 olarak bulunmuştur.

### **3.5.3. Pittsburg Uyku Kalite İndeksi (PUKI-Pittsburg Sleep Quality Index) (EK-3)**

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi 1989 yılında Buyse ve ark. [166] tarafından geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Ağargün ve ark. [167] tarafından yapılmıştır.

PUKİ bireyin son bir aydaki uyku kalitesinin değerlendiren toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Soruların ilk 19 tanesi öz bildirim değerlendirme sorusudur. Hasta tarafından yanıtlanan 19. soru ve hastanın eşi/oda arkadaşı tarafından yanıtlanan diğer 5 soru puanlamaya katılmaz. Soruların yanıtı bireylerin belirti sıklığına göre 0-3 arasında puanlanmaktadır. Puanlamada; geçen ay boyunca hiç olmamış ise 0 puan, haftada birden az ise 1puan, haftada bir veya iki kez ise 2 puan, haftada üç veya daha fazla ise 3 puan olarak değerlendirilir. Uyku kalitesinin değerlendirildiği soruda; çok iyi 0 puan, oldukça iyi 1 puan, oldukça kötü 2 puan, çok kötü 3 puan olarak değerlendirilmektedir. Puanlanan18 madde, 7 bileşen şeklinde gruplandırılmıştır.

#### **PUKİ'de bulunan 7 alt bileşen:**

**Öznel uyku kalitesi (Bileşen 1);** Soru 6'nın puanlanması ile değerlendirilir. 0- 3 arasında puanlanmaktadır.

**Uyku latensi (Bileşen 2);** Soru 2 ve 5a'nın puanlarının toplamı değerlendirilir. 0-3 arasında puanlanmaktadır.2. soruda uyku süresi <15 dakika ise 0 puan, 16-30 dakika ise

1 puan, 31-62 dakika ise 2 puan, 60 dakikanın üzerinde ise 3 puan olarak değerlendirilir. Soru 5a' da; Geçen ay içinde olmadı: 0 puan, haftada bir kereden az: 1 puan, haftada bir veya iki kere: 2 puan, haftada üç kere veya daha fazla: 3 puan olarak değerlendirilir.

Soru 2 ve 5a'nın puanlarının toplamı 0 ise 0, 1-2 puan ise ;1 puan, 3-4 puan ise 2 puan, 5-6 puan ise 3 puan olarak elde edilir.

**Uyku süresi (Bileşen 3);** Soru 4'ün puanlamasıyla değerlendirilir. Uyku süresi >7 saat ise 0 puan, 6-7 saat ise 1puan, 5-6 saat ise 2 puan, 5 saatin altı 3 puan şeklinde hesaplama yapılmaktadır.

**Alışılmış uyku etkinliği (Bileşen 4);** Soru 1, 3 ve 4'ün puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Puanlanmada; Soru 1 (bireyin yatma saati) ve Soru 3 (kalkma saati) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur ve soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi belirlenir. Alışılmış uyku etkinliği; Uyuma saatlerinin süresi / yatakta geçen saatlerin süresi x 100 formülüyle hesaplanır. Puanlamada;  $\geq$  %85; 0 puan, %75-84; 1 puan, %65-74; 2 puan,  $\leq$ %65; 3 puan olarak değerlendirilir.

**Uyku bozukluğu (Bileşen 5);** Soru 5b ve 5j'nin toplamalarının puanlaması ile değerlendirilir. Puanlamada; 0 ise 0 puan, 1-9 arasında ise 1 puan, 10-18 arasında ise 2 puan,19-27 arasında ise 3 puan olarak belirlenir.

**Uyku ilacı kullanımı (Bileşen 6);** Soru 7'nin puanlamasıyla elde edilir.

**Gündüz İşlev Bozukluğu (Bileşen 7):** Soru 8 ve 9 'un puanlamasıyla oluşturulur. Soru 8 ve 9a verilen cevapların puanları toplanır. Toplam puan; 0 ise 0 puan, 1-2 ise 1 puan, 3-4 ise 2 puan, 5-6 puan ise 3 puan olarak değerlendirilir.

**PUKİ toplam puanı;** 7 bileşen puanının toplanması ile elde edilmektedir. Toplam PUKİ puanı 0-21 arasında bir değere sahip olup yüksek değerler uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. PUKİ toplam puanı 5 ve üzerinde olanların uyku kalitesi "kötü" olarak değerlendirilmektedir.

Ağargün ve ark. [167] çalışmasında indeksin Cronbach alfa katsayısı 0,804 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada indeksin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,756 olarak saptanmıştır.



### **3.6.Ön Uygulama:**

Hazırlanan anket formunun işlerliği tespit etmek amacı ile 10 HD hastasına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Ön uygulamadan sonucunda, soru formunda gerekli değişiklikler yapılarak forma son şekli verilmiştir.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi Etik Kurulundan etik kurul onayı ve araştırma yapılacak olan kurumlardan yazılı kurum izinleri alındıktan sonra, araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalarla, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak ve hasta dosyalarından yararlanılarak toplanmıştır. Her hasta için veri toplama süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Veri toplama sürecinde anlaşılmayan hususlarda gerekli açıklamalar hastalara yapılmıştır.

### **3.8.Verilerin değerlendirilmesi:**

Veriler IBM SPSS Statistics 22 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde (%), aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Kolmogorov-Smirnov normallik testi ve Q-Q grafikleri ile bakılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerde bağımsız iki grup karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi ile incelenmiştir. İki'den fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi ve ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi kullanılarak belirlenmiştir. Çalışmada  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## BÖLÜM 4

### BULGULAR

Hemodiyaliz hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı özellikler	n=280	%
18-34	13	4,6
35-44	29	10,4
45-54	40	14,3
55-64	82	29,3
65 ve üzeri	116	41,4
<b>Yaş Ortalaması (<math>\bar{X}\pm SS</math>)</b>	59.92±13.68	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	147	52.5
Erkek	133	47.5
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	79	28.2
Okuryazar	24	8.6
İlkokul	113	40.4
Ortaokul	28	10.0
Lise	27	9.6
Üniversite	9	3.2
<b>Medeni durum</b>		
Evli	193	68.9
Bekar	87	31.1
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	15	5.4
Çalışmıyor	265	94.6
<b>Mesleği</b>		
Memur	4	1.4
İşçi	7	2.5
Emekli	93	33.2
Ev hanımı	132	47.1
Serbest meslek	44	15.8
<b>Sosyal güvence varlığı</b>		
Var	271	96.8
Yok	9	3.2
<b>Gelir durumu algısı</b>		
İyi	178	63.6
Orta	90	32.1
Kötü	12	4.3

**Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (devamı)**

<b>Tanıtıcı özellikler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Yaşadığı yer</b>		
İl merkezi	196	70.0
İlçe	66	23.6
Kasaba	7	2.5
Köy	11	3.9
<b>Birlikte yaşadığı kişi/kişiler</b>		
Yalnız	20	7.1
Eşi ile	51	18.2
Anne-babası ile	17	6.1
Eşi ve çocukları ile	142	50.7
Çocukları ile	47	16.8
Diğer (Arkadaş: 2, Kardeş:1)	3	1.1
<b>BKI</b>		
Zayıf (<18.50 kg/m <sup>2</sup> )	13	4.6
Normal (18.50-24.99 kg/m <sup>2</sup> )	127	45.4
Fazla Kilolu (25-29.99 kg/m <sup>2</sup> )	90	32.1
Obez (≥30 kg/m <sup>2</sup> )	50	17.9
<b>BKI ortalaması (<math>\bar{X}\pm SS</math>)</b>	25.49±4.56	
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	52	18.6
Hiç Kullanmamış	184	65.7
Bırakmış	44	15.7
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	6	2.1
Hiç Kullanmamış	266	95.0
Bırakmış	8	2.9
<b>Toplam</b>	<b>280</b>	<b>100.0</b>

Araştırma kapsamına alınan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Bireylerin % 41,4’inin 65 ve üzeri yaş grubunda, %52.5’inin kadın, %40.4’ünün ilkökul mezunu, %68.9’unun evli olduğu bulunmuştur. Bireylerin %94.6’sının herhangi bir işte çalışmadığı, %47.1’inin ev hanımı olduğu, %96.8’inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %63.6’sının gelir durumunu iyi olarak algıladığı, %70.0’ının il merkezinde ikamet ettiği, %50.7’sinin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %45.4’ünün BKI’ sinin normal aralıkta olduğu, %65.7’sinin sigarayı, %95.0’ının alkölü hiç kullanmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.** Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n=280	%
<b>KBY tanı süresi</b>		
6 ay-3 yıl	99	35.3
4-6 yıl	64	22.9
7-9 yıl	30	10.7
10 yıl ve üstü	87	31.1
<b>KBY tanı süresi ortalaması (ay)</b>	85.38±72.25	
<b>Hemodiyaliz süresi (<math>\bar{X}\pm SS</math>)</b>		
6 ay-3 yıl	127	45.4
4-6 yıl	64	22.9
7-9 yıl	23	8.1
10 yıl ve üstü	66	23.6
<b>Hemodiyaliz süresi ortalaması (<math>\bar{X}\pm SS</math>) (ay)</b>	70.47±66.02	
<b>İlaç tedavisine uyma durumu</b>		
Uyuyor	265	94.6
Uymuyor	15	5.4
<b>Diyetine uyma durumu</b>		
Uyuyor	169	60.4
Uymuyor	111	39.6
<b>Başka bir kronik hastalık varlığı</b>		
Var	193	68,9
Yok	87	31.1
<b>Var olan kronik hastalıklar*</b>		
Hipertansiyon	151	78.2
Diyabet	90	46,6
KOAH	11	5,7
Kalp yetmezliği	34	17,6

\*Birden fazla cevap verilmiştir

Tablo 4.2’de bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %35.3’ünün 6 ay- 3 yıldır KBY tanısının olduğu, %45.3’ünün 6ay-3 yıldır hemodiyaliz tedavisi aldığı, %94.6’sının ilaç tedavisine, %60.4’sinin ise diyetine uyduğu, % 68,9’unun KBY dışında başka bir kronik hastalığının bulunduğu ve çoğunlukla (% 78.2) KBY’ ye eşlik eden kronik hastalığın hipertansiyon olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.3.** Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve PUKİ Puanları

Ölçekler	$\bar{X}\pm Sd$	Min-Max
<b>Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II</b>	113.24±15.53	73.00-160.00
Sağlık sorumluluğu	20.07±3.78	11.00-32.00
Fiziksel aktivite	13.96±3.91	8.00-26.00
Beslenme	20.92±4.07	11.00-31.00
Manevi gelişim	20.46±3.61	11.00-36.00
Kişilerarası ilişkiler	20.88±3.74	10.00-33.00
Stres yönetimi	16.93±3.64	8.00-31.00
<b>PUKİ</b>	5.8±3.12	1.00-20.00
Öznel uyku kalitesi (bileşen 1)	0.92±0.75	0.00-3.00
Uyku latensi (bileşen 2)	1.00±0.78	0.00-3.00
Uyku süresi (bileşen 3)	1.25±0.98	0.00-3.00
Alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4)	0.98±1.17	0.00-3.00
Uyku bozukluğu (bileşen 5)	0.91±0.54	0.00-2.00
Uyku ilacı kullanımı (bileşen 6)	0.36±0.77	0.00-3.00
Gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7)	0.37±0.62	0.00-3.00

Tablo 4.3.'de bireylerin SYBDÖ II ve PUKİ puanları verilmiştir. Bireylerin SYBDÖ II toplam puan ortalaması 113.24±15.53 olarak saptanmıştır. SYBDÖ II alt boyutlarının puan ortalamaları ise sağlık sorumluluğu 20.07±3.78, fiziksel aktivite 13.96±3.91, beslenme 20.92±4.07, manevi gelişim 20.46±3.61, kişilerarası ilişkiler 20.88±3.74, stres yönetimi 16.93±3.64 olarak belirlenmiştir.

Bireylerin PUKİ alt boyut puan ortalamaları; öznel uyku kalitesi 0.92±0.75, uyku latensi 1.00±0.78, uyku süresi 1.25±0.98, alışılmış uyku etkinliği 0.98±1.17, uyku bozukluğu 0.91±0.54, uyku ilacı kullanımı 0.36±0.77, gündüz işlev bozukluğu 0.37±0.62 ve PUKİ toplam puan ortalaması 5.8±3.12 olarak saptanmıştır.

**Tablo 4.4.** Bireylerin Uyku Kalitesine Göre Dağılımı

Uyku kalitesi	n=280	%
Kötü uyku kalitesi	179	63,9
İyi uyku kalitesi	101	36,1

Tablo 4.4.'te bireylerin uyku kalitesine göre dağılımı yer almaktadır. Bireylerin %63,9'unun kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.5. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SYBDÖ II Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı**

Özellikler	n	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II						
		Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişimi	Kişilerarası ilişkiler	Stres yönetimi	Toplam
		$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Yaş</b>								
18-34	13	20.00 ± 3.34	15.92 ± 4.73	20.92 ± 3.15	21.31 ± 3.75	21.77 ± 4.34	17.31 ± 3.88	117.23 ± 19.60
		20 (15 - 27)	17 (8 - 24)	21 (16 - 25)	23 (15 - 26)	22 (16 - 30)	18 (11 - 24)	114 (90 - 156)
35-44	29	21.07 ± 4.22	14.07 ± 3.90	21.34 ± 4.37	21.93 ± 4.44	21.59 ± 4.36	18.48 ± 3.86	118.48 ± 18.76
		21 (12 - 28)	13 (9 - 26)	21 (14 - 29)	21 (14 - 32)	21 (11 - 31)	18 (9 - 27)	113 (73 - 160)
45-54	40	19.95 ± 3.94	14.00 ± 4.21	19.88 ± 4.59	20.38 ± 3.35	21.55 ± 3.16	16.93 ± 4.01	112.68 ± 15.52
		20 (1 - 32)	13 (8 - 22)	20 (11 - 31)	20.50 (11 - 28)	22 (12 - 27)	17(8 - 24)	109 (83 - 149)
55-64	82	19.55 ± 3.82	14.13 ± 3.90	20.85 ± 4.23	20.62 ± 3.88	20.76 ± 3.89	16.93 ± 3.76	112.84 ± 15.37
		19 (12 - 28)	14 (8 - 25)	20.50 (11 - 31)	20 (13 - 36)	20 (10 - 31)	16 (10 - 31)	113 (76 - 155)
65 yaş ve üzeri	116	20.25 ± 3.64	13.59 ± 3.73	21.24 ± 3.80	19.94 ± 3.21	20.44 ± 3.61	16.51 ± 3.29	111.97 ± 14.18
		20.50 (11 - 29)	13.50 (8 - 22)	21 (13 - 30)	20 (13 - 33)	20.50 (11 - 33)	16.50 (9 - 25)	111 (81 - 154)
Test*		$\chi^2=4.135$	$\chi^2=3.591$	$\chi^2=2.774$	$\chi^2=6.575$	$\chi^2=5.837$	$\chi^2=7.488$	$\chi^2=3.656$
		0.388	0.464	0.596	0.160	0.212	0.112	0.455
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	147	19.65±3.95	13.43±3.59	20.51±4.19	20.42±3.80	20.82±3.91	16.55±3.58	111.40±15.40
		19 (12-29)	13 (8-24)	20 (11-30)	20 (13-36)	21 (10-33)	16 (8-31)	111 (73-156)
Erkek	133	20.54±3.54	14.54±4.17	21.39±3.91	20.49±3.41	20.94±3.56	17.34±3.67	115.27±15.49
		20 (11-32)	14 (8-26)	21 (13-31)	21 (11-30)	21 (12-31)	17 (9-25)	114 (83-160)
Test**		$Z=-1.633$	$Z=-2.088$	$Z=-1.782$	$Z=-0.516$	$Z=-0.399$	$Z=-1.971$	$Z=-1.989$
		$p=0.102$	$p=0.037$	$p=0.075$	$p=0.606$	$p=0.690$	$p=0.049$	$p=0.047$
<b>Eğitim durumu</b>								
Okur yazar değil	79	19.05±3.82 <sup>a</sup>	13.45±3.47	20.26±3.94	19.39±3.03 <sup>a</sup>	19.72±3.81 <sup>a</sup>	16.35±3.12 <sup>a</sup>	108.24±14.12 <sup>a</sup>
		18 (12-28)	13 (8-22)	20 (11-30)	19 (13-26)	20 (10-27)	16 (9-23)	109 (73-137)
Okur yazar	24	19.58±3.96 <sup>ab</sup>	13.70±4.11	21.00±4.44	21.16±3.71 <sup>b</sup>	21.08±4.12 <sup>b</sup>	16.08±3.62 <sup>a</sup>	112.62±17.80 <sup>b</sup>
		20 (12-27)	13.5 (8-24)	20.5 (14-29)	21.5 (13-26)	20.5 (15-31)	15.5 (12-24)	110.5 (80-156)
İlkokul	113	20.60±3.83 <sup>b</sup>	13.89±3.93	20.86±4.13	20.63±3.52 <sup>ab</sup>	21.12±3.48 <sup>b</sup>	16.82±3.76 <sup>ab</sup>	113.94±14.57 <sup>b</sup>
		20 (12-32)	14 (8-25)	21 (11-31)	20 (14-36)	21 (14-33)	17 (8-31)	112 (84-155)
Ortaokul	28	20.78±2.99 <sup>b</sup>	14.17±3.97	21.64±3.72	21.07±4.82 <sup>b</sup>	21.21±4.10 <sup>b</sup>	17.42±4.14 <sup>b</sup>	116.32±16.37 <sup>c</sup>
		19.5 (16-26)	13.5 (8-23)	21 (16-29)	21 (11-32)	21.5 (12-29)	16 (9-27)	114 (83-150)
Lise	27	19.81±3.49 <sup>ab</sup>	15.48±4.54	21.59±4.60	20.85±3.58 <sup>ab</sup>	21.88±3.41 <sup>b</sup>	19.07±3.31 <sup>c</sup>	118.70±17.32 <sup>c</sup>
		21 (11-26)	15 (8-26)	21 (12-31)	21 (14-27)	21 (15-31)	19 (13-25)	118 (92-160)
Üniversite	9	22.33±3.57 <sup>c</sup>	14.77±4.40	23.11±1.90	22.66±3.42 <sup>c</sup>	23.44±2.87 <sup>c</sup>	17.66±4.00 <sup>b</sup>	124.00±13.80 <sup>d</sup>
		22 (18-28)	15 (8-21)	23 (21-26)	24 (16-27)	24 (18-27)	19 (10-21)	124 (95-143)
Test*		$\chi^2=11.207$	$\chi^2=4.886$	$\chi^2=6.627$	$\chi^2=13.694$	$\chi^2=12.832$	$\chi^2=14.582$	$\chi^2=14.050$
		$p=0.047$	$p=0.430$	$p=0.250$	$p=0.018$	$p=0.025$	$p=0.012$	$p=0.015$

\*Kruskal Wallis testi ( $\chi^2$ ) kullanılmıştır. \*\* Mann-Whitney U (Z) testi kullanılmıştır. \*\*\*a,b,c,d üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

**Tablo 4.5.** Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SYBDÖ II Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı (devamı)

Özellikler	N	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II						
		Sağlık sorumluluğu $\bar{X}\pm Sd$ Med (Min-Max)	Fiziksel aktivite $\bar{X}\pm Sd$ Med (Min-Max)	Beslenme $\bar{X}\pm Sd$ Med (Min-Max)	Manevi gelişim $\bar{X}\pm Sd$ Med (Min-Max)	Kişilerarası ilişkiler $\bar{X}\pm Sd$ Med (Min-Max)	Stres yönetimi $\bar{X}\pm Sd$ Med (Min-Max)	Toplam $\bar{X}\pm Sd$ Med (Min-Max)
<b>Medeni durum</b>								
Evli	193	20.07±3.56 20 (11-29)	13.96±3.90 14 (8-24)	20.95±4.12 21 (11-31)	20.25±3.33 20 (11-33)	20.81±3.74 21 (11-33)	16.72±3.54 16 (8-25)	112.79±14.76 111 (73-156)
Bekar	87	20.08±4.25 20 (12-32)	13.95±3.96 14 (8-26)	20.87±3.98 21 (11-30)	20.90±4.15 21 (13-36)	21.03±3.76 21 (10-31)	17.39±3.84 17 (9-31)	114.24±17.18 114 (76-160)
<i>Test**</i>		<i>Z=-0.014</i> <i>p=0.989</i>	<i>Z=-0.061</i> <i>p=0.952</i>	<i>Z=-0.178</i> <i>p=0.858</i>	<i>Z=-0.917</i> <i>p=0.359</i>	<i>Z=-0.713</i> <i>p=0.476</i>	<i>Z=-1.497</i> <i>p=0.134</i>	<i>Z=-0.807</i> <i>p=0.420</i>
<b>Çalışma durumu</b>								
Çalışıyor	15	21.80±4.05 22 (15-28)	17.13±4.99 17 (8-26)	23.20±3.27 24 (16-27)	22.33±3.92 23 (15-27)	23.26±4.44 23 (16-31)	18.40±4.57 19 (10-25)	126.13±19.94 127 (90-160)
Çalışmıyor	265	19.97±3.75 20 (11-32)	13.78±3.77 13 (8-25)	20.80±4.08 21 (11-31)	20.35±3.57 20 (11-36)	20.74±3.66 21 (10-33)	16.84±3.57 17 (8-31)	112.51±14.97 112 (73-155)
<i>Test**</i>		<i>Z=-1.762</i> <i>p=0.078</i>	<i>Z=-2.707</i> <i>p=0.007</i>	<i>Z=-2.472</i> <i>p=0.013</i>	<i>Z=-2.241</i> <i>p=0.025</i>	<i>Z=-2.135</i> <i>p=0.033</i>	<i>Z=-1.392</i> <i>p=0.164</i>	<i>Z=-2.656</i> <i>p=0.008</i>
<b>Gelir durumu algısı</b>								
İyi	178	19.77±4.01 19 (12-29)	14.14±4.15 14 (8-26)	20.89±4.09 21 (12-31)	20.20±3.72 20 (13-33)	20.92±3.91 21 (11-33)	16.74±3.75 17 (8-27)	112.69±16.48 111 (73-160)
Orta	90	20.27±3.44 20 (11-32)	13.79±3.80 13 (8-24)	20.92±4.05 21 (11-30)	20.75±3.71 21 (11-36)	20.96±3.62 21 (12-30)	17.00±3.69 17 (9-31)	113.71±14.96 112 (83-156)
Kötü	12	20.62±4.32 21 (12-29)	13.87±3.24 14 (8-21)	21.12±4.25 22 (11-28)	20.25±2.30 20 (15-25)	20.20±3.56 21 (10-24)	17.54±2.76 17.5 (14-23)	113.62±13.81 114 (76-134)
<i>Test*</i>		<i><math>\chi^2=1.957</math></i> <i>p=0.376</i>	<i><math>\chi^2=0.348</math></i> <i>p=0.840</i>	<i><math>\chi^2=0.180</math></i> <i>p=0.914</i>	<i><math>\chi^2=1.445</math></i> <i>p=0.486</i>	<i><math>\chi^2=0.077</math></i> <i>p=0.962</i>	<i><math>\chi^2=1.350</math></i> <i>p=0.509</i>	<i><math>\chi^2=0.983</math></i> <i>p=0.612</i>

\* Kruskal Wallis testi ( $\chi^2$ ) kullanılmıştır. \*\* Mann-Whitney U testi(Z) kullanılmıştır. \*\*\*\*a,b üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

**Tablo 4.5.** Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre SYBDÖ II Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı (devamı)

Özellikler	N	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II						
		Sağlık sorumluluğu $\bar{X} \pm Sd$ Med (Min-Max)	Fiziksel aktivite $\bar{X} \pm Sd$ Med (Min-Max)	Beslenme $\bar{X} \pm Sd$ Med (Min-Max)	Manevi gelişim $\bar{X} \pm Sd$ Med (Min-Max)	Kişilerarası ilişkiler $\bar{X} \pm Sd$ Med (Min-Max)	Stres yönetimi $\bar{X} \pm Sd$ Med (Min-Max)	Toplam $\bar{X} \pm Sd$ Med (Min-Max)
BKI (kg/m <sup>2</sup> )								
Zayıf (<18.50)	13	18.84±3.91 20 (12-26)	12.00±3.55 <sup>a</sup> 11 (8-21)	20.15±5.42 21 (13-29)	19.38±2.56 19 (15-24)	19.00±4.26 18 (11-26)	15.38±3.96 16 (9-24)	104.76±17.70 105 (73-144)
Normal (18.50-24.99)	127	19.82±3.80 20 (11-28)	14.34±3.55 <sup>b</sup> 14 (8-25)	20.78±3.99 20 (11-31)	20.58±3.51 20 (14-32)	21.01±3.42 21 (10-29)	17.08±3.56 17 (8-27)	113.64±14.79 113 (76-150)
Fazla kilolu (25-29.99)	90	20.27±3.67 20 (12-32)	14.16±4.16 <sup>b</sup> 14 (8-24)	21.18±4.22 21 (12-31)	20.18±3.84 20.5 (11-33)	20.83±3.99 21 (12-33)	17.20±3.70 17 (9-25)	113.85±16.50 112.5 (83-156)
Obez (≥30)	50	20.66±3.88 21 (14-29)	13.14±4.23 <sup>a</sup> 12 (8-26)	21.02±3.71 21 (14-30)	20.92±3.68 21 (13-36)	21.12±3.91 21 (11-31)	16.46±3.62 16 (9-31)	113.32±14.85 112.5 (81-160)
<i>Test*</i>		$\chi^2=2.303$ $p=0.512$	$\chi^2=9.072$ $p=0.028$	$\chi^2=1.148$ $p=0.765$	$\chi^2=2.273$ $p=0.518$	$\chi^2=3.293$ $p=0.349$	$\chi^2=5.345$ $p=0.148$	$\chi^2=3.922$ $p=0.270$
<b>Sigara kullanma durumu</b>								
Kullanıyor	52	20.57±3.68 <sup>ab</sup> 21 (12-28)	13.28±3.71 12.5 (8-21)	19.92±4.35 <sup>a</sup> 20.5 (11-29)	20.61±3.30 21 (11-30)	21.42±3.26 21.5 (12-29)	17.05±3.61 18 (9-24)	112.88±14.18 112.5 (83-144)
Hiç kullanmamış	184	19.69±3.90 <sup>a</sup> 19 (11-32)	13.84±3.73 14 (8-25)	20.77±3.93 <sup>b</sup> 20.5 (11-31)	20.44±3.77 20 (13-36)	20.73±3.83 21 (10-33)	16.75±3.61 16 (8-31)	112.25±15.32 111 (73-155)
Bırakmış	44	21.06±3.17 <sup>b</sup> 21 (13-27)	15.25±4.64 15 (8-26)	22.75±3.83 <sup>c</sup> 23 (15-31)	20.34±3.34 20 (14-27)	20.86±3.93 20 (14-31)	17.52±3.81 17 (10-25)	117.79±17.40 113 (88-160)
<i>Test*</i>		$\chi^2=6.450$ $p=0.040$	$\chi^2=4.828$ $p=0.089$	$\chi^2=10.524$ $p=0.005$	$\chi^2=0.398$ $p=0.819$	$\chi^2=2.407$ $p=0.300$	$\chi^2=1.690$ $p=0.430$	$\chi^2=2.178$ $p=0.337$
<b>Alkol kullanma durumu</b>								
Kullanıyor	6	20.66±2.25 20 (19-25)	14.00±1.78 14 (12-16)	23.16±3.86 23 (18-28)	20.16±4.66 21 (11-24)	19.83±4.35 21 (12-24)	16.83±4.79 17 (9-23)	114.66±17.43 119.5 (83-130)
Hiç kullanmamış	266	20.00±3.80 20 (11-32)	13.91±3.86 14 (8-25)	20.84±4.08 21 (11-31)	20.44±3.59 20 (13-36)	20.83±3.66 21 (10-33)	16.88±3.60 17 (8-31)	112.92±15.22 112 (73-155)
Bırakmış	8	22.00±3.74 23 (16-27)	15.50±6.45 14 (8-26)	22.12±3.87 23.5 (15-26)	21.25±4.06 21 (14-27)	23.25±5.47 22 (14-31)	18.50±4.24 18 (13-25)	122.62±22.93 112 (102-160)
<i>Test*</i>		$\chi^2=2.579$ $p=0.275$	$\chi^2=0.315$ $p=0.854$	$\chi^2=2.892$ $p=0.236$	$\chi^2=0.821$ $p=0.663$	$\chi^2=2.177$ $p=0.337$	$\chi^2=0.958$ $p=0.619$	$\chi^2=1.323$ $p=0.516$

\* Kruskal Wallis ( $\chi^2$ ) testi kullanılmıştır. \*\* Mann-Whitney U (Z) testi kullanılmıştır. \*\*\*<sup>a,b</sup> üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.



Tablo 4.5.'de bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanların dağılımı yer almaktadır.

Bireylerin cinsiyete göre SYBDÖ II alt boyut ve toplam puan ortancaları incelendiğinde; kadınların fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyut ve SYBDÖ II toplam puan ortancasının erkeklere göre daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Üniversite mezunu olan bireylerin SYBDÖ II sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyut ve toplam puan ortancasının diğer gruplara göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). SYBDÖ II stres yönetimi alt boyut puanının ise lise mezunu olan bireylerde istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Çalışan hastaların SYBDÖ II fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyut ve toplam puan ortancasının çalışmayan hastalara göre daha yüksek ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Beden kitle indeksi (BKI) normal ve fazla kilolu olan bireylerin SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyut puan ortancasının zayıf ve obez olan bireylere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Sigara içmeyi bırakmış olan bireylerin SYBDÖ II sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortancasının hiç sigara içmeyen bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Sigara içmeyi bırakmış olan bireylerin SYBDÖ II beslenme alt boyut puan ortancasının diğer gruplara göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Hastaların yaş, medeni durum, gelir durumu ve alkol kullanma durumu ile SYBDÖ II alt boyut ve toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6.** Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre SYBDÖ II Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı

Özellikler	N	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II						
		Sağlık sorumluluğu $\bar{X} \pm Sd$	Fiziksel aktivite $\bar{X} \pm Sd$	Beslenme $\bar{X} \pm Sd$	Manevi gelişim $\bar{X} \pm Sd$	Kişilerarası ilişkiler $\bar{X} \pm Sd$	Stres yönetimi $\bar{X} \pm Sd$	Toplam $\bar{X} \pm Sd$
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>KBY tanı süresi</b>								
6 ay-3 yıl	99	19.42±3.94 <sup>a</sup>	14.11±4.32	21.15±4.19	20.03±3.50	20.44±3.92 <sup>a</sup>	16.46±4.02	111.62±17.50
		19 (12-32)	13 (8-26)	21 (11-31)	20 (13-28)	20 (10-31)	16 (8-25)	109 (73-160)
4-6 yıl	64	19.32±3.07 <sup>a</sup>	13.87±3.09	21.35±3.92	20.04±3.09	20.20±3.25 <sup>a</sup>	16.40±3.12	111.21±13.24
		19 (13-27)	14 (8-21)	21 (13-29)	20 (11-27)	20 (12-27)	16 (9-25)	110 (83-150)
7-9 yıl	30	20.50±3.32 <sup>ab</sup>	15.03±4.55	21.63±3.93	19.93±3.36	20.90±3.18 <sup>ab</sup>	17.13±3.78	115.13±16.14
		21 (14-27)	15 (8-23)	21 (14-31)	20 (14-27)	20.5 (15-29)	17 (9-25)	113 (90-150)
10 yıl ve üstü	87	21.21±3.97 <sup>b</sup>	13.49±3.70	20.11±4.05	21.43±4.03	21.87±3.91 <sup>b</sup>	17.78±3.38	115.91±14.25
		21 (11-29)	13 (8-21)	20 (11-30)	21 (14-36)	22 (11-33)	18 (12-31)	114 (80-155)
<i>Test*</i>		$\chi^2=15.195$	$\chi^2=2.609$	$\chi^2=5.099$	$\chi^2=6.188$	$\chi^2=8.617$	$\chi^2=7.188$	$\chi^2=5.347$
		$p=0.002$	$p=0.456$	$p=0.165$	$p=0.103$	$p=0.035$	$p=0.066$	$p=0.148$
<b>Hemodiyaliz süresi</b>								
6 ay-3 yıl	127	19.40±3.72 <sup>a</sup>	13.90±4.22	21.22±4.06	19.90±3.44 <sup>a</sup>	20.29±3.77 <sup>a</sup>	16.56±3.83 <sup>a</sup>	111.29±16.81 <sup>a</sup>
		19 (12-32)	13 (8-26)	21 (11-31)	20 (13-28)	20 (10-31)	16 (8-25)	109 (73-160)
4-6 yıl	64	19.75±3.26 <sup>a</sup>	14.35±3.09	20.95±3.94	20.04±2.90 <sup>a</sup>	20.39±2.89 <sup>a</sup>	16.32±3.13 <sup>a</sup>	111.82±12.03 <sup>a</sup>
		19.5 (13-27)	14 (9-22)	20 (13-31)	20 (11-26)	20.5 (12-26)	16 (9-22)	110.5 (83-136)
7-9 yıl	23	19.78±4.13 <sup>a</sup>	14.56±4.50	21.69±4.40	20.86±4.60 <sup>ab</sup>	21.21±3.55 <sup>b</sup>	17.60±4.61 <sup>b</sup>	115.73±18.95 <sup>b</sup>
		19 (11-27)	15 (8-23)	22 (12-30)	21 (15-36)	22 (15-29)	17 (12-31)	114 (91-155)
10 yıl ve üstü	66	21.78±3.80 <sup>b</sup>	13.48±3.81	20.07±4.06	21.78±3.90 <sup>b</sup>	22.36±4.13 <sup>b</sup>	17.98±3.14 <sup>b</sup>	117.48±14.01 <sup>b</sup>
		22 (12-29)	13 (8-21)	20 (11-29)	22 (14-33)	22 (11-33)	18 (12-27)	118.5 (80-154)
<i>Test*</i>		$\chi^2=19.794$	$\chi^2=2.983$	$\chi^2=4.552$	$\chi^2=11.680$	$\chi^2=13.639$	$\chi^2=9.101$	$\chi^2=9.392$
		$p=0.001$	$p=0.394$	$p=0.208$	$p=0.009$	$p=0.003$	$p=0.028$	$p=0.025$
<b>İlaç tedavisine uyma durumu</b>								
Uyumlu	265	20.09±3.79	14.00±3.95	20.95±4.04	20.48±3.63	20.86±3.75	16.97±3.66	113.37±15.71
		20 (11-32)	14 (8-26)	21 (11-31)	21 (11-36)	21 (10-33)	17 (9-31)	112 (73-160)
Uyumlu değil	15	19.80±3.70	13.26±3.21	20.40±4.71	20.06±3.30	21.20±3.64	16.20±3.40	110.93±12.33
		19 (12-25)	14 (8-20)	22 (13-28)	19 (15-28)	21 (16-27)	17 (8-22)	111 (92-140)
<i>Test**</i>		$Z=-0.230$	$Z=-0.589$	$Z=-0.493$	$Z=-0.820$	$Z=-0.252$	$Z=-0.528$	$Z=-0.582$
		$p=0.818$	$p=0.556$	$p=0.622$	$p=0.412$	$p=0.801$	$p=0.597$	$p=0.561$

\* Kruskal Wallis testi ( $\chi^2$ ) kullanılmıştır. \*\* Mann-Whitney U testi (Z) kullanılmıştır. \*\*\*\**a,b,c* üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

**Tablo 4.6.** Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre SYBDÖ II Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı (Devamı)

Özellikler	N	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II						
		Sağlık sorumluluğu $\bar{X} \pm Sd$	Fiziksel aktivite $\bar{X} \pm Sd$	Beslenme $\bar{X} \pm Sd$	Manevi gelişim $\bar{X} \pm Sd$	Kişilerarası ilişkiler $\bar{X} \pm Sd$	Stres yönetimi $\bar{X} \pm Sd$	Toplam $\bar{X} \pm Sd$
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Diyetine uyma durumu</b>								
Uyumlu	169	20.02 ± 3.71	14.33 ± 4.04	21.47 ± 3.98	20.62 ± 3.76	20.94 ± 3.90	17.08 ± 3.73	114.46 ± 15.95
		20 (11 - 28)	14 (8 - 26)	21 (11 - 31)	21 (11 - 36)	21 (10 - 31)	17 (9 - 31)	114 (76 - 160)
Uyumlu değil	111	20.15 ± 3.92	13.41 ± 3.67	20.11 ± 4.11	20.24 ± 3.42	20.77 ± 3.53	16.71 ± 3.52	111.39 ± 14.76
		20 (12 - 32)	13 (8 - 22)	20 (11 - 29)	20 (13 - 33)	20 (11 - 33)	17 (8 - 25)	111 (73 - 154)
Test**		Z=-0.082	Z=-1.777	Z=-2.748	Z=-0.952	Z=-0.485	Z=-0.726	Z=-1.705
		0.934	0.076	<b>0.006</b>	0.341	0.628	0.468	0.088
<b>Başka bir kronik hastalık varlığı</b>								
Var	193	19.79 ± 3.80	13.53 ± 3.83	20.96 ± 3.99	20.07 ± 3.31	20.42 ± 3.65	16.60 ± 3.47	111.37 ± 14.98
		20 (12 - 32)	13 (8 - 25)	21,00 (11 - 31)	20 (13 - 36)	20 (10 - 31)	16 (9 - 31)	110,00 (73 - 156)
Yok	87	20.71 ± 3.69	14.92 ± 3.97	20.86 ± 4.29	21.37 ± 4.13	21.87 ± 3.82	17.67 ± 3.93	117.40 ± 16.02
		20 (11 - 29)	15 (8 - 26)	21 (11 - 29)	21 (11 - 33)	22 (12 - 33)	18 (8 - 27)	116 (83 - 160)
Test**		Z=-1.979	Z=-2.830	Z=-0.016	Z=-2.651	Z=-3.053	Z=-2.677	Z=-2.912
		<b>0.048</b>	<b>0.005</b>	0.987	<b>0.008</b>	<b>0.002</b>	<b>0.007</b>	<b>0.004</b>

\* Kruskal Wallis testi( $\chi^2$ ) kullanılmıştır. \*\* Mann-Whitney U testi(Z) kullanılmıştır.

\*\*\*a,b üst simgeleri her bir grupta grup içi farklılığı göstermekte olup aynı harflerin yer aldığı ölçümler benzerdir.

Tablo 4.6.' da Bireylerin hastalık özelliklerine göre SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanların dağılımı verilmiştir. KBY tanı süresi 6 yıl ve altında olan bireylerin KBY tanı süresi 10 yıl ve üstü olan bireylere göre SYBDÖ II sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortancasının daha düşük ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

10 yıl ve daha uzun süredir hemodiyaliz tedavisi gören hastaların SYBDÖ II sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortancasının diğer gruplara göre daha yüksek ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p\leq 0.001$ ). Hemodiyaliz tedavisi görme süresi 6 yıl ve altında olan hastaların hemodiyaliz tedavisi görme süresi 10 yıl ve üstü olan hastalara göre SYBDÖ II manevi gelişim alt boyut puan ortancasının daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). 6 yıl ve daha az süredir hemodiyaliz tedavisi gören hastalarının SYBDÖ II kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutu ile ölçek toplam puan ortancasının diğer gruplara göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Diyetine uyduğunu ifade eden bireylerin SYBDÖ II beslenme alt boyut puan ortancasının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerin SYBDÖ II beslenme alt boyutu dışındaki diğer alt boyutlar ve ölçek toplam puanının istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Hastaların ilaç tedavisine uyma durumu ile SYBDÖ II alt boyut ve toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.7.** Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre PUKİ Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı

Özellikler	n	Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi							Toplam $\bar{X} \pm Sd$
		Bileşen 1 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 2 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 3 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 4 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 5 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 6 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 7 $\bar{X} \pm Sd$	
Yaş		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
18-34	13	0.77 ± 0.60 1 (0 - 2)	0.54 ± 0.52 1 (0 - 1)	0.77 ± 0.93 1 (0 - 3)	1.00 ± 1.08 1 (0 - 3)	0.85 ± 0.38 1 (0 - 1)	0.00 ± 0.00 0 (0 - 0)	0.15 ± 0.38 0 (0 - 1)	4.08 ± 2.36 4 (0 - 8)
35-44	29	0.79 ± 0.73 1 (0 - 3)	0.72 ± 0.80 1 (0 - 2)	0.72 ± 0.75 1 (0 - 3)	0.45 ± 0.83 0 (0 - 3)	0.97 ± 0.57 1 (0 - 2)	0.34 ± 0.90 0 (0 - 3)	0.24 ± 0.58 0 (0 - 2)	4.24 ± 2.49 4 (0 - 8)
45-54	40	0.78 ± 0.83 1 (0 - 3)	1.08 ± 0.89 1 (0 - 3)	1.33 ± 1.07 1 (0 - 3)	1.25 ± 1.26 1 (0 - 3)	0.88 ± 0.52 1 (0 - 2)	0.50 ± 0.88 0 (0 - 3)	0.40 ± 0.67 0 (0 - 2)	6.20 ± 3.72 6 (0 - 15)
55-64	82	1.05 ± 0.78 1 (0 - 3)	1.06 ± 0.76 1 (0 - 3)	1.37 ± 1.00 1 (0 - 3)	0.96 ± 1.15 1 (0 - 3)	0.94 ± 0.62 1 (0 - 2)	0.40 ± 0.80 0 (0 - 3)	0.40 ± 0.56 0 (0 - 2)	6.18 ± 3.24 5,50 (0 - 13)
65 ve üzeri	116	0.95 ± 0.72 1 (0 - 3)	1.06 ± 0.76 1 (0 - 3)	1.34 ± 0.96 1 (0 - 3)	1.04 ± 1.23 0 (0 - 3)	0.91 ± 0.51 1 (0 - 2)	0.34 ± 0.74 0 (0 - 3)	0.41 ± 0.67 0 (0 - 3)	6.05 ± 2.89 5 (2 - 18)
Test*		$\chi^2=5.724$ 0.221	$\chi^2=9.740$ 0.051	$\chi^2=14.855$ <b>0.005</b>	$\chi^2=8.415$ 0.078	$\chi^2=0.740$ 0.946	$\chi^2=5.487$ 0.241	$\chi^2=4.502$ 0.342	$\chi^2=13.058$ 0.051
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	147	1.00 ± 0.76 1 (0 - 3)	1.01 ± 0.74 1 (0 - 3)	1.42 ± 1.02 1 (0 - 3)	1.16 ± 1.24 1 (0 - 3)	1.01 ± 0.59 1 (0 - 2)	0.42 ± 0.82 0 (0 - 3)	0.34 ± 0.58 0 (0 - 2)	6.37 ± 3.20 6 (0 - 15)
Erkek	133	0.85 ± 0.74 1 (0 - 3)	0.99 ± 0.83 1 (0 - 3)	1.08 ± 0.92 1 (0 - 3)	0.80 ± 1.08 0 (0 - 3)	0.80 ± 0.47 1 (0 - 2)	0.31 ± 0.73 0 (0 - 3)	0.41 ± 0.66 0 (0 - 3)	5.24 ± 2.94 5 (0 - 18)
Test**		Z=-1.783 0.075	Z=-0.290 0.772	Z=-2.905 <b>0.004</b>	Z=-2.412 <b>0.016</b>	Z=-3.123 <b>0.002</b>	Z=-1.229 0.219	Z=-0.790 0.430	Z=-2.848 <b>0.004</b>
<b>Eğitim durumu</b>									
Okuryazar değil	79	0.99 ± 0.76 1 (0 - 3)	1.04 ± 0.72 1 (0 - 3)	1.28 ± 0.93 1 (0 - 3)	0.97 ± 1.22 0 (0 - 3)	1.01 ± 0.54 1 (0 - 2)	0.34 ± 0.77 0 (0 - 3)	0.33 ± 0.61 0 (0 - 2)	5.96 ± 2.82 5 (0 - 13)
Okuryazar	24	1.04 ± 0.75 1 (0 - 3)	1.04 ± 0.69 1 (0 - 3)	1.63 ± 1.17 1.5 (0 - 3)	1.33 ± 1.31 1 (0 - 3)	1.00 ± 0.59 1 (0 - 2)	0.29 ± 0.75 0 (0 - 3)	0.25 ± 0.44 0 (0 - 1)	6.58 ± 3.16 6.5 (0 - 13)
İlkokul	113	0.86 ± 0.74 1 (0 - 3)	0.99 ± 0.80 1 (0 - 3)	1.24 ± 0.98 1 (0 - 3)	1.00 ± 1.20 0 (0 - 3)	0.81 ± 0.53 1 (0 - 2)	0.34 ± 0.69 0 (0 - 3)	0.41 ± 0.62 0 (0 - 2)	5.64 ± 3.20 5 (0 - 15)
Ortaokul	28	0.93 ± 0.86 1 (0 - 3)	0.82 ± 0.77 1 (0 - 2)	1.07 ± 0.98 1 (0 - 3)	1.14 ± 1.04 1 (0 - 3)	1.07 ± 0.38 1 (0 - 2)	0.46 ± 0.92 0 (0 - 3)	0.32 ± 0.55 0 (0 - 2)	5.82 ± 2.74 5.5 (2 - 12)
Lise	27	1.00 ± 0.73 1 (0 - 3)	1.15 ± 0.95 1 (0 - 3)	1.22 ± 1.01 1 (0 - 3)	0.56 ± 0.93 0 (0 - 3)	0.89 ± 0.64 1 (0 - 2)	0.48 ± 0.94 0 (0 - 3)	0.48 ± 0.80 0 (0 - 3)	5.78 ± 4.05 5 (0 - 18)
Üniversite	9	0.78 ± 0.67 1 (0 - 2)	0.89 ± 0.93 1 (0 - 3)	1.00 ± 0.87 1 (0 - 3)	0.78 ± 1.20 0 (0 - 3)	0.78 ± 0.44 1 (0 - 1)	0.56 ± 1.13 0 (0 - 3)	0.56 ± 0.73 0 (0 - 2)	5.33 ± 3.08 5 (0 - 9)
Test*		$\chi^2=2.935$ 0.710	$\chi^2=2.620$ 0.758	$\chi^2=4.535$ 0.475	$\chi^2=6.819$ 0.234	$\chi^2=10.832$ 0.055	$\chi^2=0.956$ 0.966	$\chi^2=2.966$ 0.705	$\chi^2=3.310$ 0.652

\* Kruskal Wallis testi) kullanılmıştır. \*\* Mann-Whitney U(Z) testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.7. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre PUKİ Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı (devamı)**

Özellikler	n	Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi							Toplam $\bar{X} \pm Sd$
		Bileşen 1 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 2 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 3 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 4 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 5 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 6 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 7 $\bar{X} \pm Sd$	
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Medeni durum</b>									
Evli	193	0.94 ± 0.74	1.07 ± 0.79	1.31 ± 0.97	1.00 ± 1.21	0.87 ± 0.53	0.33 ± 0.73	0.44 ± 0.67	5.96 ± 3.21
		1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	0 (0 - 3)	1 (0 - 2)	0 (0 - 3)	0 (0 - 3)	5 (0 - 18)
Bekar	87	0.90 ± 0.79	0.85 ± 0.76	1.14 ± 1.02	0.95 ± 1.11	1.02 ± 0.55	0.45 ± 0.87	0.23 ± 0.47	5.54 ± 2.92
		1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 2)	0 (0 - 3)	0 (0 - 2)	5 (0 - 13)
<i>Test**</i>		Z=-0.546	Z=-2.190	Z=-1.539	Z=-0.072	Z=-2.230	Z=-0.951	Z=-2.503	Z=-0.950
		0.585	<b>0.028</b>	0.124	0.943	<b>0.026</b>	0.342	<b>0.012</b>	0.342
<b>Çalışma durumu</b>									
Çalışıyor	15	0.67 ± 0.62	0.67 ± 0.62	0.67 ± 0.49	0.27 ± 0.70	0.60 ± 0.51	0.47 ± 0.99	0.40 ± 0.74	3.73 ± 2.40
		1 (0 - 2)	1 (0 - 2)	1 (0 - 1)	0 (0 - 2)	1 (0 - 1)	0 (0 - 3)	0 (0 - 2)	4 (0 - 8)
Çalışmıyor	265	0.94 ± 0.76	1.02 ± 0.79	1.29 ± 1.00	1.03 ± 1.19	0.93 ± 0.54	0.36 ± 0.77	0.37 ± 0.62	5.95 ± 3.12
		1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 2)	0 (0 - 3)	0 (0 - 3)	5 (0 - 18)
<i>Test**</i>		Z=-1.338	Z=-1.697	Z=-2.343	Z=-2.661	Z=-2.320	Z=-0.083	Z=-0.128	Z=-2.731
		0.181	0.090	<b>0.019</b>	<b>0.008</b>	<b>0.020</b>	0.934	0.898	<b>0.006</b>
<b>Gelir durumu algısı</b>									
İyi	178	0.91 ± 0.77	0.96 ± 0.78	1.24 ± 1.00	0.91 ± 1.14	0.82 ± 0.53	0.27 ± 0.68	0.34 ± 0.59	5.43 ± 2.88
		1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	0 (0 - 3)	1 (0 - 2)	0 (0 - 3)	0,00 (0 - 2)	5 (0 - 13)
Orta	90	0.96 ± 0.75	1.08 ± 0.78	1.30 ± 1.00	1.06 ± 1.22	1.00 ± 0.54	0.44 ± 0.86	0.39 ± 0.64	6.23 ± 3.34
		1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	0 (0 - 3)	1 (0 - 2)	0 (0 - 3)	0 (0 - 3)	6 (0 - 18)
Kötü	12	0.88 ± 0.68	0.83 ± 0.82	1.13 ± 0.90	1.00 ± 1.14	0.96 ± 0.55	0.50 ± 0.78	0.50 ± 0.66	5.79 ± 3.04
		1 (0 - 2)	1 (0 - 2)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 2)	0 (0 - 2)	0 (0 - 2)	5.5 (0 - 13)
<i>Test*</i>		$\chi^2=0.484$	$\chi^2=2.513$	$\chi^2=0.572$	$\chi^2=0.773$	$\chi^2=7.211$	$\chi^2=4.802$	$\chi^2=1.814$	$\chi^2=3.140$
		0.785	0.285	<i>p=0.129</i>	0.679	<b>0.027</b>	0.091	0.404	0.208

\* Kruskal Wallis testi( $\chi^2$ ) kullanılmıştır. \*\* Mann-Whitney U testi(Z) kullanılmıştır.

**Tablo 4.7. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre PUKİ Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı (devamı)**

Özellikler	n	Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi							Toplam $\bar{X} \pm Sd$
		Bileşen 1 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 2 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 3 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 4 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 5 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 6 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 7 $\bar{X} \pm Sd$	
BKI		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<18.50	13	0.92 ± 0.86 1 (0 - 2)	1.08 ± 0.86 1 (0 - 2)	0.85 ± 0.90 1 (0 - 3)	0.85 ± 1.21 0 (0 - 3)	0.92 ± 0.49 1 (0 - 2)	0.54 ± 1.05 0 (0 - 3)	0.62 ± 0.77 0 (0 - 2)	5.77 ± 2.45 6 (1 - 9)
18.50-24.99	127	0.83 ± 0.72 1 (0 - 3)	0.97 ± 0.71 1 (0 - 3)	1.24 ± 0.99 1 (0 - 3)	0.98 ± 1.16 0 (0 - 3)	0.94 ± 0.52 1 (0 - 2)	0.36 ± 0.74 0 (0 - 3)	0.39 ± 0.61 0 (0 - 2)	5.71 ± 2.81 5,00 (0 - 15)
25-29.99	90	0.99 ± 0.76 1 (0 - 3)	0.97 ± 0.84 1,00 (0 - 3)	1.26 ± 1.03 1 (0 - 3)	1.01 ± 1.21 0 (0 - 3)	0.81 ± 0.56 1 (0 - 2)	0.32 ± 0.76 0 (0 - 3)	0.36 ± 0.66 0 (0 - 3)	5.71 ± 3.56 5 (0 - 18)
≥30	50	1.08 ± 0.78 1 (0 - 3)	1.14 ± 0.83 1 (0 - 3)	1.42 ± 0.91 1 (0 - 3)	0.98 ± 1.19 0.5 (0 - 3)	1.04 ± 0.57 1 (0 - 2)	0.42 ± 0.84 0 (0 - 3)	0.30 ± 0.54 0 (0 - 2)	6.38 ± 3.23 6 (1 - 13)
<i>Test*</i>		$\chi^2=5.037$ 0.169	$\chi^2=2.322$ 0.508	$\chi^2=4.364$ 0.225	$\chi^2=0.337$ 0.953	$\chi^2=6.177$ 0.103	$\chi^2=0.833$ 0.842	$\chi^2=3.068$ 0.381	$\chi^2=2.086$ 0.555
<b>Sigara kullanma durumu</b>									
Kullanıyor	52	1.00 ± 0.89 1 (0 - 3)	1.19 ± 0.82 1 (0 - 3)	1.15 ± 1.02 1 (0 - 3)	0.98 ± 1.11 1 (0 - 3)	0.94 ± 0.54 1 (0 - 2)	0.69 ± 1.09 0 (0 - 3)	0.46 ± 0.67 0 (0 - 2)	6.42 ± 3.54 6 (0 - 15)
Hiç kullanmamış	184	0.89 ± 0.72 1 (0 - 3)	0.98 ± 0.75 1 (0 - 3)	1.35 ± 1.00 1 (0 - 3)	1.09 ± 1.24 1 (0 - 3)	0.94 ± 0.55 1 (0 - 2)	0.30 ± 0.67 0 (0 - 3)	0.32 ± 0.57 0 (0 - 2)	5.86 ± 3.03 5 (0 - 13)
Bırakmış	44	1.02 ± 0.73 1 (0 - 3)	0.89 ± 0.84 1 (0 - 3)	0.98 ± 0.82 1 (0 - 3)	0.57 ± 0.90 0 (0 - 3)	0.77 ± 0.48 1 (0 - 2)	0.27 ± 0.66 0 (0 - 3)	0.50 ± 0.73 0 (0 - 3)	5.00 ± 2.89 5 (0 - 18)
<i>Test*</i>		$\chi^2=1.271$ 0.530	$\chi^2=4.148$ 0.126	$\chi^2=5.667$ 0.059	$\chi^2=5.760$ 0.056	$\chi^2=3.417$ 0.181	$\chi^2=5.663$ 0.059	$\chi^2=3.809$ 0.149	$\chi^2=5.846$ 0.054
<b>Alkol kullanma durumu</b>									
Kullanıyor	6	1.00 ± 0.63 1 (0 - 2)	1.00 ± 0.89 1 (0 - 2)	1.33 ± 1.03 1 (0 - 3)	1.00 ± 1.26 0.5 (0 - 3)	0.83 ± 0.41 1 (0 - 1)	0.33 ± 0.52 0 (0 - 1)	0.33 ± 0.52 0 (0 - 1)	5.83 ± 2.93 5.5 (3 - 10)
Hiç kullanmamış	266	0.94 ± 0.76 1 (0 - 3)	1.00 ± 0.78 1 (0 - 3)	1.26 ± 0.99 1 (0 - 3)	0.99 ± 1.18 0 (0 - 3)	0.93 ± 0.54 1 (0 - 2)	0.37 ± 0.79 0 (0 - 3)	0.38 ± 0.63 0 (0 - 3)	5.88 ± 3.14 5 (0 - 18)
Bırakmış	8	0.50 ± 0.53 0,5 (0 - 1)	1.00 ± 0.93 1 (0 - 2)	1.13 ± 0.99 1 (0 - 3)	0.88 ± 1.25 0 (0 - 3)	0.50 ± 0.53 0.5 (0 - 1)	0.25 ± 0.71 0 (0 - 2)	0.13 ± 0.35 0 (0 - 1)	4.38 ± 2.62 5 (0 - 8)
<i>Test*</i>		$\chi^2=2.826$ 0.243	$\chi^2=0.001$ 1.000	$\chi^2=0.188$ 0.910	$\chi^2=0.179$ 0.914	$\chi^2=5.092$ 0.078	$\chi^2=0.520$ 0.771	$\chi^2=1.328$ 0.515	$\chi^2=1.293$ 0.524

\* Kruskal Wallis testi( $\chi^2$ ) kullanılmıştır. \*\* Mann-Whitney U (Z) testi kullanılmıştır.

Tablo 4.7.'de bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre PUKİ alt boyut ve toplam puanların dağılımı verilmiştir.

Bireylerin yaş grubuna göre PUKİ alt boyut ve toplam puanları değerlendirildiğinde, 55-64 yaş grubundaki bireylerin diğer yaş gruplarındaki bireylere göre PUKİ uyku süresi (bileşen 3) alt boyut puanının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Yaş grubu ile PUKİ toplam puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Kadın hastaların PUKİ uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4) ve uyku bozukluğu (bileşen 5) alt boyutu ile PUKİ toplam puanlarının istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir( $p<0,05$ ).

Evli olan hastaların PUKİ uyku latensi (bileşen 2) ve gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7) alt boyut puanlarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bekar olan hastaların PUKİ uyku bozukluğu (bileşen 5) alt boyut puanının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir( $p<0,05$ ). Medeni durum ile PUKİ toplam puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Herhangi bir işte çalışmayan hastaların PUKİ uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4) ve uyku bozukluğu (bileşen 5) alt boyut ve ölçek toplam puanının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Gelir durumu orta olan hastaların PUKİ uyku bozukluğu (bileşen 5) alt boyut puanının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir( $p<0,05$ ). Gelir durumu ile PUKİ toplam puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların eğitim durumu, BKİ, sigara kullanma ve alkol kullanma durumu ile PUKİ alt boyut ve toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir( $p>0.05$ ).



**Tablo 4.8.** Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre PUKİ Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı

Özellikler	n	Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi							
		Bileşen 1 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 2 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 3 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 4 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 5 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 6 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 7 $\bar{X} \pm Sd$	Toplam $\bar{X} \pm Sd$
<b>KBY tanı süresi</b>		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
6 ay-3 yıl	99	0.93 ± 0.73 1 (0 - 3)	0.93 ± 0.75 1 (0 - 3)	1.17 ± 0.99 1 (0 - 3)	0.92 ± 1.19 1 (0 - 3)	0.96 ± 0.57 1 (0 - 2)	0.31 ± 0.72 0 (0 - 3)	0.34 ± 0.59 0 (0 - 2)	5.57 ± 2.89 5 (0 - 13)
4-6 yıl	64	1.02 ± 0.81 1 (0 - 3)	1.05 ± 0.76 1 (0 - 3)	1.33 ± 1.02 1 (0 - 3)	1.06 ± 1.26 0 (0 - 3)	0.91 ± 0.58 1 (0 - 2)	0.42 ± 0.81 0 (0 - 3)	0.38 ± 0.58 0 (0 - 2)	6.16 ± 3.33 5,5 (0 - 13)
7-9 yıl	30	0.73 ± 0.74 1 (0 - 2)	1.07 ± 0.83 1 (0 - 3)	1.27 ± 0.98 1 (0 - 3)	0.97 ± 1.03 1 (0 - 3)	0.97 ± 0.49 1 (0 - 2)	0.30 ± 0.70 0 (0 - 3)	0.37 ± 0.67 0 (0 - 2)	5.67 ± 3.07 5 (1 - 15)
10 yıl ve üstü	87	0.93 ± 0.74 1 (0 - 3)	1.03 ± 0.83 1 (0 - 3)	1.30 ± 0.97 1 (0 - 3)	1.01 ± 1.17 1 (0 - 3)	0.85 ± 0.49 1 (0 - 2)	0.41 ± 0.84 0 (0 - 3)	0.41 ± 0.67 0 (0 - 3)	5.95 ± 3.27 5 (0 - 18)
<i>Test*</i>		$\chi^2=2.681$ 0.444	$\chi^2=1.224$ 0.747	$\chi^2=1.255$ 0.740	$\chi^2=0.760$ 0.859	$\chi^2=2.086$ 0.555	$\chi^2=1.179$ 0.758	$\chi^2=0.564$ 0.905	$\chi^2=1.461$ 0.691
<b>Hemodiyaliz süresi</b>									
6 ay-3 yıl	127	0.91 ± 0.72 1 (0 - 3)	0.91 ± 0.74 1 (0 - 3)	1.24 ± 0.99 1 (0 - 3)	0.91 ± 1.18 0 (0 - 3)	0.94 ± 0.54 1 (0 - 2)	0.31 ± 0.71 0 (0 - 3)	0.34 ± 0.57 0 (0 - 2)	5.56 ± 2.89 5 (0 - 13)
4-6 yıl	64	0.95 ± 0.82 1 (0 - 3)	1.00 ± 0.80 1 (0 - 3)	1.20 ± 0.96 1 (0 - 3)	0.95 ± 1.20 0 (0 - 3)	0.92 ± 0.63 1 (0 - 2)	0.38 ± 0.77 0 (0 - 3)	0.34 ± 0.60 0 (0 - 2)	5.75 ± 3.31 5 (0 - 13)
7-9 yıl	23	0.83 ± 0.89 1 (0 - 3)	1.43 ± 0.90 2 (0 - 3)	1.22 ± 0.90 1 (0 - 3)	1.04 ± 1.02 1 (0 - 3)	1.00 ± 0.52 1 (0 - 2)	0.61 ± 1.03 0 (0 - 3)	0.61 ± 0.89 0 (0 - 3)	6.74 ± 3.83 6 (2 - 18)
10 yıl ve üstü	66	0.98 ± 0.71 1 (0 - 3)	1.05 ± 0.77 1 (0 - 3)	1.35 ± 1.05 1 (0 - 3)	1.14 ± 1.21 1 (0 - 3)	0.82 ± 0.46 1 (0 - 2)	0.39 ± 0.82 0 (0 - 3)	0.39 ± 0.63 0 (0 - 2)	6.12 ± 3.10 6 (0 - 15)
<i>Test*</i>		$\chi^2=1.332$ 0.721	$\chi^2=8.058$ <b>0.045</b>	$\chi^2=0.667$ 0.881	$\chi^2=2.334$ 0.506	$\chi^2=2.907$ 0.406	$\chi^2=2.342$ 0.505	$\chi^2=1.846$ 0.605	$\chi^2=2.559$ 0.465
<b>İlaç tedavisine uyma durumu</b>									
Uyumlu	265	0.95 ± 0.76 1 (0 - 3)	1.00 ± 0.79 1 (0 - 3)	1.26 ± 0.98 1 (0 - 3)	0.98 ± 1.17 0 (0 - 3)	0.91 ± 0.55 1 (0 - 2)	0.35 ± 0.77 0 (0 - 3)	0.38 ± 0.63 0 (0 - 3)	5.84 ± 3.11 5 (0 - 18)
Uyumlu değil	15	0.47 ± 0.52 0 (0 - 1)	1.00 ± 0.76 1 (0 - 2)	1.27 ± 1.10 1 (0 - 3)	1.07 ± 1.39 0 (0 - 3)	1.07 ± 0.26 1 (1 - 2)	0.67 ± 0.90 0 (0 - 2)	0.20 ± 0.41 0 (0 - 1)	5.73 ± 3.47 6 (1 - 13)
<i>Test**</i>		Z=-2.490 <b>0.013</b>	Z=-0.054 0.957	Z=-0.052 0.958	Z=-0.076 0.939	Z=-1.192 0.233	Z=-1.803 0.071	Z=-1.001 0.317	Z=-0.168 0.866

\* Kruskal Wallis testi ( $\chi^2$ ) kullanılmıştır. \*\* Mann-Whitney U(Z) testi kullanılmıştır.

**Tablo 4.8.** Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre PUKİ Alt Boyut ve Toplam Puanların Dağılımı (devamı)

Özellikler	n	Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi							
		Bileşen 1 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 2 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 3 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 4 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 5 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 6 $\bar{X} \pm Sd$	Bileşen 7 $\bar{X} \pm Sd$	Toplam $\bar{X} \pm Sd$
		Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)	Med (Min-Max)
<b>Diyetine uyma durumu</b>									
Uyumlu	169	0.95 ± 0.74	0.95 ± 0.77	1.20 ± 0.95	0.98 ± 1.16	0.90 ± 0.58	0.34 ± 0.74	0.38 ± 0.61	5.70 ± 3.07
		1 (0-3)	1 (0-3)	1 (0-3)	0 (0-3)	1 (0-2)	0 (0-3)	0 (0-2)	5 (0-13)
Uyumlu değil	111	0.89 ± 0.78	1.09 ± 0.80	1.35 ± 1.04	1.00 ± 1.21	0.94 ± 0.47	0.40 ± 0.82	0.36 ± 0.64	6.04 ± 3.21
		1 (0-3)	1 (0-3)	1 (0-3)	0 (0-3)	1 (0-2)	0 (0-3)	0 (0-3)	5 (0-18)
Test**		Z=-0.753	Z=-1.394	Z=-1.236	Z=-0.007	Z=-0.654	Z=-0.730	Z=-0.612	Z=-0.811
		0.451	0.163	0.217	0.994	0.513	0.465	0.541	0.417
<b>Başka bir kronik hastalık varlığı</b>									
Var	193	0.93 ± 0.76	0.99 ± 0.78	1.25 ± 0.98	0.96 ± 1.18	0.93 ± 0.55	0.33 ± 0.75	0.36 ± 0.63	5.76 ± 3.02
		1 (0-3)	1 (0-3)	1 (0-3)	0 (0-3)	1 (0-2)	0 (0-3)	0 (0-3)	5 (0-18)
Yok	87	0.92 ± 0.73	1.03 ± 0.80	1.26 ± 1.01	1.03 ± 1.18	0.89 ± 0.52	0.45 ± 0.85	0.41 ± 0.60	6.00 ± 3.35
		1 (0-3)	1 (0-3)	1 (0-3)	1 (0-3)	1 (0-2)	0 (0-3)	0 (0-2)	5 (0-15)
Test**		Z=-0.145	Z=-0.345	Z=-0.035	Z=-0.635	Z=-0.574	Z=-1.184	Z=-1.105	Z=-0.319
		0.885	0.730	0.972	0.526	0.566	0.236	0.269	0.750

\* Kruskal Wallis testi ( $\chi^2$ ) kullanılmıştır. \*\* Mann-Whitney U testi (Z) kullanılmıştır.

Tablo 4.8. bireylerin hastalık özelliklerine göre PUKİ alt boyut ve toplam puanların dağılımı verilmiştir.

Bireylerin hemodiyaliz tedavisi görme süresine göre PUKİ alt boyut ve toplam puan ortancaları incelendiğinde, hemodiyaliz tedavisi görme süresi 7-9 yıl olanların PUKİ uyku latensi (bileşen 2) alt boyut puan ortancasının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Hemodiyaliz süresi ile PUKİ toplam puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

İlaç tedavisine uyduğunu ifade eden hastalarının PUKİ öznel uyku kalitesi (Bileşen 1) alt boyut puan ortancasının ilaç tedavisine uymayanlara göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). İlaç tedavisine uyma durumu ile PUKİ toplam puan ortancası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hastaların KBY tanı süresi, diyetine uyma ve başka bir kronik hastalığı olma durumu ile PUKİ alt boyut ve toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.9.** Bireylerin SYBDÖ II ve PUKİ puanları arasındaki ilişki

SYBDÖ-II	PUKİ toplam puanı	
	<i>rho</i> *	<i>p</i>
Sağlık Sorumluluğu	-0.024	0.686
Fiziksel aktivite	-0.153	<b>0.011</b>
Beslenme	-0.057	0.338
Manevi gelişim	-0.008	0.892
Kişilerarası ilişkiler	-0.031	0.606
Stres yönetimi	-0.096	0.110
SYBDÖ II toplam puanı	-0.082	0.173

\*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.9’da araştırma kapsamına alınan bireylerin SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanı ile PUKİ toplam puanı arasındaki ilişki verilmiştir. SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyutu ile PUKİ toplam puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). SYBDÖ II toplam ve diğer alt boyut puanları ile PUKİ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 5.BÖLÜM

### TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkı sağlayan davranışlardır. KBY olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının mortalite oranlarını düşürdüğü ve yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmektedir [20,28,29].

Çalışmamızda hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalaması  $113.24 \pm 15.53$  olarak belirlenmiştir. Ölçekten toplamda alınabilecek en düşük (52) ve en yüksek (208) puanlar göz önüne alındığında hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Hastaların SYBDÖ II' nin alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde en yüksek puanı beslenme ( $20.92 \pm 4.07$ ) alt boyutundan, en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutundan ( $13.96 \pm 3.91$ ) aldıkları görülmüştür. Hemodiyaliz hastalarında sağlık yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; Başarır ve Pakyüz' ün çalışmasında hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalaması  $156.72 \pm 15.53$  olarak saptanmış, ölçek alt boyutlarında ise en yüksek puanın manevi gelişim alt boyutunda ( $31.92 \pm 3.68$ ), en düşük puanın fiziksel aktivite alt boyutunda ( $13.39 \pm 4.63$ ) olduğu tespit edilmiştir [29]. Özkaraman ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamasının  $137.34 \pm 25.38$  olduğu, ölçek alt boyutlarından en düşük puanı fiziksel aktivite ( $13.86 \pm 5.26$ ), en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler alt boyutundan ( $25.80 \pm 5.01$ ) aldıkları belirlenmiştir [28]. Çelik ve Kavurmacı' nın çalışmasında SYBDÖ II toplam puan ortalamasının  $117.80 \pm 37.07$ , en yüksek alt boyut puan ortalamasının sağlık sorumluluğu ( $22.44 \pm 7.01$ ), en düşük alt boyut puan ortalamasının fiziksel aktivite ( $14.38 \pm 6.70$ ) alt boyutunda olduğu bulunmuştur [169]. Monfared ve arkadaşlarının çalışmasında SYBDÖ II toplam puan ortalamasının  $127.3 \pm 25.5$  olduğu, en yüksek alt boyut puan ortalamasının kişiler arası ilişkiler, en düşük alt boyut puan ortalamasının ise fiziksel aktivite alt boyutunda olduğu saptanmıştır [27]. Çalışmamızla literatürdeki çalışmaların SYBDÖ II toplam puan ortalamaları ve en yüksek puan ortalamasına sahip olan alt boyutları farklılık göstermektedir. Bu farklılığın hastaların sosyo-kültürel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışma sonucumuza benzer olarak yapılan diğer çalışmalarda da en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite alt boyutunda yer almaktadır. Bu bağlamda

hemodiyaliz hastalarında fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu, hastaların fiziksel aktiviteye düzeylerini arttırmak için yönlendirilmesi ve teşvik edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyete göre bireylerin SYBDÖ II alt boyut ve ölçek toplam puanı değerlendirildiğinde, kadın hastaların fiziksel aktivite, stres yönetimi alt boyut ve SYBDÖ II toplam puan ortancalarının erkek hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Özkaraman ve arkadaşlarının çalışmasında da çalışma bulgumuza benzer şekilde kadın hastaların fiziksel aktivite, stres yönetimi ve SYBDÖ II toplam puanlarının erkek hastalardan düşük olduğu tespit edilmiştir [28]. Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan diğer çalışmalarda da çalışma bulgumuzu destekler şekilde kadın hastaların SYBDÖ II toplam puanlarının erkek hastalardan daha düşük olduğu belirlenmiştir [27,29,169]. Ülkemizde kadın ve erkeğe yüklenen geleneksel rol ve sorumluluklar, kadının ev yaşamında çocuk bakımı ve ev işleri gibi aile yaşamı ile ilgili sorumlulukları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilenmiş olabilir.

Çalışmamızda üniversite mezunu olan bireylerin SYBDÖ II sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutu ve ölçek toplam puan ortancalarının istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Literatürde hemodiyaliz hastalarında yapılan diğer çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça hastaların SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanlarının arttığı tespit edilmiştir [28,29,81,169]. Çalışma sonucumuz literatürle benzerdir. Eğitim seviyesinin artmasıyla bireylerin sağlık bilincinin arttığı ve bu durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların çalışma durumlarına göre SYBDÖ II toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde; çalışan hastaların beslenme, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ve SYBDÖ II toplam puan ortancalarının çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Çelik ve Kavurmacı'nın [169] çalışmasında çalışan hemodiyaliz hastalarının SYBDÖ II tüm alt boyut ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kalp hastalarında yapılan bir çalışmada çalışan hastaların SYBDÖ II manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [170]. Çalışma sonucumuz literatürle uyumludur.

Çalışmamızda bireylerin BKI göre SYBDÖ II puanları değerlendirildiğinde; zayıf ve obez olan bireylerin SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyut puan ortancasının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan bir çalışmada hemodiyaliz hastalarının BKI ile SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir [29]. Özkaraman ve arkadaşlarının çalışmasında BKI ile SYBDÖ-II puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir [28]. Hipertansiyon [171] ve koroner arter hastalarında [172] yapılan çalışmalarda da BKI 'nin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilenmediği tespit edilmiştir. Düşük fiziksel aktivite düzeyinin obezite gelişimine neden olan faktörlerden biri olduğu düşünüldüğünde, çalışma bulgumuza göre obez bireylerde fiziksel aktivite puanının düşük çıkması beklenen bir sonuçtur.

Sağlığı olumsuz etkileyen riskli yaşam biçimi davranışlarından olan sigara kullanımı birçok kronik hastalık ve dünya genelinde önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir [173-175]. Çalışmamızda hastaların %15.7' sinin sigarayı geçmiş yaşantısında kullandığı ancak bıraktığı, sigarayı bırakan hastaların SYBDÖ II sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortancasının, sigara kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ayrıca sigara kullanmayı bırakan hastaların beslenme alt boyut puan ortancasının diğer gruplara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada sigara kullanmayan bireylerin sağlık sorumluluğu puanları sigarayı bırakanlardan yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) [176]. Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada sigara kullanımı ile SYBDÖ-II toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır [169]. Başarır ve Pakyüz'ün çalışmasında SYBDÖ-II fiziksel aktivite alt boyutu dışındaki alt boyut ve ölçek toplam puan ortalaması ile sigara kullanma durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir [29].

Çalışmamızda KBY tanı süresi 10 yıl ve üstünde olan bireylerin, tanı süresi 6 yıl ve altında olan bireylere göre sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortancalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Çelik ve Kavurmacı [169] ile Özkaraman ve arkadaşlarının [28] çalışmasında hastalık süresi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmaların sonuçları çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Çalışmalar arasındaki farkın hastaların bireysel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemodiyaliz süresi 7-9 yıl ile 10 yıl ve üzerinde olan bireylerin kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ II toplam ölçek puan ortancasının hemodiyaliz tedavi süresi 6 yıl ve daha az olan bireylere göre yüksek olduğu ( $p<0.05$ ), hemodiyaliz süresi 10 yıl ve üzerinde olanların sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortancasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmalarda bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak hastaların hemodiyaliz süresi ve SYBDÖ II alt boyut ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [27,28,169]. Çalışmalar arasındaki farkın hastaların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sonuçlarımız doğrultusunda yaşam tarzında çeşitli değişimlere yol açan hemodiyaliz tedavisini alma süresi uzadıkça bireylerin tedaviye daha çok uyum sağlayarak, kendi sağlık sorumluluğunu aldığı, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama oranlarının arttığı söylenebilir.

Çalışmamızda diyetine uyduğunu belirten bireylerin beslenme alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte diyetine uyduğunu belirten bireylerin SYBDÖ II toplam ölçek puan ortancasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada diyetine uyduğunu ifade eden hastaların SYBDÖ II toplam ve alt boyut ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [169]. Diyetine uyduğunu ifade eden bireylerin beslenme alt boyut puanının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda başka bir kronik hastalığı olmayan bireylerin SYBDÖ II fiziksel aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutları ve ölçek toplam puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Çelik ve Kavurmacı'nın çalışmasında çalışmamızla uyumlu olarak başka kronik hastalığı olmayan bireylerin fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut ve SYBDÖ II toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ) [169]. Kalp hastalarında yapılan bir çalışmada da çalışma bulgumuzla benzer bulgular tespit edilmiştir [170]. Birden fazla kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumsuz etkilendiği söylenebilir.

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda hastalık ve tedavi sürecinin uyku sorunlarına ve düşük uyku kalitesine yol açtığı belirtilmektedir [12-14,177]. Çalışmamızda PUKİ



toplam puan ortalaması  $5.8 \pm 3.12$  ve hastaların %63.9'unun uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur. Sabet ve arkadaşlarının hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada PUKİ toplam puan ortalaması  $8,39 \pm 4.04$  olarak bulunmuş olup hastaların %73.8'inin uyku kalitesinin kötü olduğu belirtilmiştir [158]. Parvan ve arkadaşlarının çalışmasında PUKİ toplam puan ortalaması  $10.45 \pm 4.54$  ve hastaların %83.3'ünün uyku kalitesi kötü olarak bildirilmiştir. [17]. Tel ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların PUKİ toplam puan ortalaması  $13.65 \pm 7.26$  olarak belirlenmiş ve %78.7'sinin uyku kalitesi kötü olarak bildirilmiştir [178]. Sert ve arkadaşların çalışmasında hemodiyaliz hastalarının %81.5'inin uyku kalitesi kötü olarak bildirilmiştir [179]. Çölbay ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %69.1'inin uyku kalitesi kötü olarak saptanmıştır [139]. Çalışma bulgumuz ve literatür sonuçları incelendiğinde hemodiyaliz hastalarının çoğunluğunda uyku kalitesinin düşük olduğu söylenebilir. Uyku sorunlarının hemodiyaliz hastalarının günlük yaşam aktivitelerini, öz bakım gücünü, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve mortalite riskini arttırdığı bildirilmektedir [12-14,179,180]. Bu bağlamda hemşirelerin hemodiyaliz hastalarının uyku sorunlarını değerlendirerek, uyku sorunlarını azaltmaya yönelik girişimler planlaması ve uygulaması önemlidir.

Çalışmamızda kadın hastaların PUKİ toplam puan ortancasının erkek hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Sabet ve arkadaşlarının çalışmasında da kadın hastaların PUKİ toplam puan ortalaması erkek hastalardan yüksek bulunmuş olup, kadınların uyku kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir [158]. Çalışma bulgumuza benzer şekilde hemodiyaliz hastalarında yapılan birçok çalışmada kadınların uyku kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır [139,179,181,182]. Literatürde cinsiyet ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığını belirten çalışmalarda yer almaktadır [177,183,184].

Çalışmamızda hastaların çalışma durumuna göre uyku kalitesi değerlendirildiğinde, çalışmayan hastaların PUKİ toplam puan ortancasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde bulgumuza benzer şekilde çalışmayan hastaların uyku kalitesinin daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar [181,183] olmakla birlikte, çalışma durumu ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığını bildiren çalışmalarda [18,155,158,182] bulunmaktadır. Çalışmamızda araştırma kapsamına alınan bireylerin büyük

çoğunluğunun (%94.6) çalışmıyor olması bu grupta uyku kalitesi puanının yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda SYDBÖ-II fiziksel aktivite alt boyut puanı ile PUKİ toplam puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre bireylerin fiziksel aktivite düzeyi arttıkça uyku kalitesinin de arttığı belirlenmiştir. Rezaie ve Naji'nin hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak fiziksel aktivite ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir [185]. Rezaie ve Naji' nin çalışması ile çalışma bulgumuz arasındaki farklılığın hastaların sosyodemografik ve kültürel özelliklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Monfared ve arkadaşlarının hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir [27]. Literatürde çalışma bulgumuza benzer şekilde SYBDÖ II fiziksel aktivite alt boyutu ile PUKİ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildiren çalışmalarda bulunmaktadır [26, 186].

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemodiyaliz hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur.

- Hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalamasının  $113.24 \pm 15.53$  olarak, orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların SYBDÖ II alt boyut puan ortalamaları ise beslenme  $20.92 \pm 4.07$ , kişilerarası ilişkiler  $20.88 \pm 3.74$ , manevi gelişim  $20.46 \pm 3.61$ , sağlık sorumluluğu  $20.07 \pm 3.78$ , stres yönetimi  $16.93 \pm 3.64$  ve en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite  $13.96 \pm 3.91$  olarak saptanmıştır.
- Hastaların PUKİ toplam puan ortalaması  $5.8 \pm 3.12$  olarak belirlenmiş olup hastaların %63.9'unun uyku kalitesinin kötü olduğu bulunmuştur
- SYDBÖ II fiziksel aktivite alt boyut puanı ile PUKİ toplam puanı arasında zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

### Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik olarak eğitimler planlanması ve bu eğitimlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen hastaların sosyo-demografik ve hastalık özellikleri göz önünde bulundurularak planlanması,
- Hemodiyaliz hastaların fiziksel aktivite düzeyini artırmak için teşvik edilmesi ve danışmanlık yapılması,
- Hemodiyaliz hastalarının uyku kalitesinin değerlendirilmesi ve uyku kalitesini arttırmaya yönelik girişimler planlanması,
- Konuyla ilgili literatürde sınırlı sayıda çalışma olması nedeniyle hemodiyaliz hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve uyku kalitesinin değerlendirildiği çalışmalar planlanması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

1. Ammirati, A.,L., “Cronic Kidney Disease” *Rev Assoc Med Bras*, s.3-9, 66(11), <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S1.3>, 2020.
2. Süleymanlar, G., “Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği” İçinde: Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı, Editörler, Arık, N., Ateş, K., Gültekin, S., Tonbul, Z., Türk, S., Yıldız, A., S. 2-5, Ankara: *Güneş Tıp Kitabevi*, 2009.
3. Süleymanlar G. Altıparmak MR. Seyahi N., “Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2019”, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, Ankara, 2020.
4. Coresh, J., Astor, BC., Grene, T., “Prevalence of Chronic Kidney Disease And Decreased Kidney Function in The Adult US Population: Third National Health And Nutrition Examination Survey.”, *Am J Kidney Dis.*, 41(1), 1-12. 2003.
5. Hill, NR., Fatoba, ST., Oke, JL., Hirst, JA., O’Callaghan, CA., Lasserson, DS., Ve Hobbs, FD., “Global Prevalence Of Chronic Kidney Disease-A Systematic Review And Meta-Analysis.”, *Plos One*, .E0158765, 11(7), 1-18, 2016.
6. Saran, R., Robinson, B., Abbott, KC., Et Al. “US Renal Data System 2018 Annual Data Report: Epidemiology Of Kidney Disease İn The United States.”URDS 2018 Report, *Am J Kidney Dis.*, 73(3), (Suppl 1) :Svii-Sxxii, 1-772, 2019.
7. Luyckx, VA., Tonelli, M., Stanifer, JW., “The Global Burden Of Kidney Disease And The Sustainable Development Goals. Bulletin Of The World Health Organization.”, *Bull World Health Organ*, 96 (6), 414-422, 2018.
8. Ramezani, T., Sharifirad, G., Rajati, F., Rajati, M., Mohebi, S., “Effect Of Educational İntervention On Promoting Self-Care İn Hemodialysis Patients: Applying The Self-Efficacy Theory”, *Journal Of Education And Health Promotion*, 8, 65, 2019.
9. Akgöz, N., Arslan, S., “Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Yaşanan Semptomların İncelenmesi” *Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1, 20-25, 2017.

10. Erek, E., Süleymanlar, G., Serdengeçti K., “Registry Of The Nephrology, Dialysis And Transp-Lantation In Turkey, *Puplhshed By The Turkish Society Of Nefrology*, İstanbul: Art Ofset, 2005.
11. Duncan, MJ., Kline, CE., Vandelanotte, C., Sargent, C., Rogers, NL., Di , Milia, L., “Cross-Sectional Associations Between Multiple Lifestyle Behaviors And Health-Related Quality Of Life İn The 10,000 Steps Cohort” *Plos One*, E94184, 9(4), 2014.
12. Akyol, A., Yurdusever. S., Kırkayak, A.T., Sifil M.H., Eceder, T., “Hemodiyaliz Hastalarının Uyku Sorunlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi”, *Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği, Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2(12), 49-57, 2017.
13. Mollaoğlu, M., “Sleep in Patients with ESRD Undergoing Hemodialysis” EDİTÖRLER, Carpi, A., Donadio, C., Tramonti, G., *Progress in Hemodialysis - From Emergent Biotechnology to Clinical Practice, InTech*, ISBN 978-953-307-377-4, 22, 407-428, 2011.
14. Parker K.,P., “Sleep Disturbances In Dialysis Patients”, *Sleep Medicine Reviews*, 7(2), 131-143, 2003.
15. Sabry, A.A., Abo-Zenah, H., Wafa, E., Mahmoud, K., El-Dahshan, K., Hassan, A., Abbas, T.M., Saleh, A., Okasha, K., “Sleep Disorders In Hemodialysis Patients”, *Saudi J Kidney Dis Transpl*, 21, 300-305, 2010.
16. Araujo, S.M., Bruin, V.M., Daher, E.F., Medeiros, C.A., Almeida, G.H., Bruin P.F. “Quality Of Sleep And Day-Time Sleepiness In Chronic Hemodialysis: A Study Of 400 Patients”, *Scand J Urol Nephrol.*, 45(5), 359-364, 2011.
17. Parvan, K., Lakdizaji, S., Roshangar, F., & Mostofi, M. “Quality Of Sleep And İts Relationship To Quality Of Life İn Hemodialysis Patients”, *Journal Of Caring Sciences*, 2(4), 295–304, 2013.
18. Zubair, B.U., Butt, B., “Assessment of Quality of Sleep and its Relationship with Psychiatric Morbidity and Socio-Demographic Factors in the Patients of Chronic

Renal Disease Undergoing Hemodialysis”, *Journal Of The College Of Physicians And Surgeons Pakistan*, 27 (7), 427-431, 2017.

19. Uzun, Ş., Kara, B., İşcan, B., “Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Uyku Sorunları”, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2, 61-66, 2003.
20. Iliescu, E.A., Coo, H., McMurray, M.H., Meers, C., L., Quinn, M., M., Singer, M., A., Hopman, W., M., “Quality of Sleep and Health-Related Quality of Life in Haemodialysis Patients”, *Nephrol Dial Transplant*, 18,126-132, 2003.
21. Pekçetin, S., Özgü, İ. “Yaşlı bireylerde Uyku Kalitesinin Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4),s. 604-608, 2019.
22. Shibata, S., Tsutou, A., Shiotani H., “Relation Between Sleep Quality And Daily Physical Activity İn Hemodialysis Outpatients”, *Kobe Journal Of Medical Science*, 59(5), 161-166, 2013.
23. Saeedi, M., Shamsikhani, S., Farahani, PV.,Haghverdi, F., “Sleep Hygiene Trainingprogramme For Patients On Hemodialysis.” *Iranian Journal Of Kidney Diseases*, (8): 65-69. 2014.
24. Günaydın N., Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi Ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi., *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1):33-40, 2014.
25. Bai J., Cheng C., “The relationship between health-promoting behaviors, menopause syndrome, and sleep quality in Chinese middle-aged nurses: A cross-sectional study” *Japan Academy of Nursing Science.*, e12443, 1-9, 2021.
26. Wang, P., Y., Chen, K., L., Yang, S., Y., Lin P-H., “Relationship Of Sleep Quality, Smartphone Dependence, And Health-Related Behaviors İn Female Junior College Students” , *Plos One*, e0214769, 14(4),1-12 2019.

27. Monfared, A., Soodmand, M., Ghasemzadeh, G., Mirzaee, S., Mohammadi, M., Amoozadeh, Lichayi, N., “Study of Lifestyle, Sleep Quality, and Related Factors in Hemodialysis Patients”, *J. Holist. Nurs. Midwifery.*, 29(3):159-166, 2019.
28. Özkaraman, A., Alparslan, B. G., Gökçe, S., Babadağ, B., Gölgeci, H., Derin, Ö., Bilgin, M., “Hemodiyaliz Yapılan Kronik Böbrek Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” ,*Osmangazi Tıp Dergisi*, 38, 1-11, 2016.
29. Başarır, S., Pakyüz, Ç., “Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi”, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1,19-31, 2015.
30. Gedük,A.,E., “Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Rollerini”, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi,HSP*, 358458, 5(2), 253-258, 2018.
31. Özpulat, F.,Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 294-297, Sempozyum Özel Sayısı, 2010.
32. Kemppainen, V.,Tossavainen K.,Turunen, H.,“Nurses’ Roles In Health Promotion Practice: An Integrative Review, *Health Promotion International*, 28(4), 2012.
33. KDIGO 2012,Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Diseases”,*Official Journal of the International Society of Nephrology*, 3(1),1-163, 2013.
34. Bello, A.,K., Levin, A., Tonelli, M., Okpechi, I. G., Feehally, J., Harris, D. ... & Johnson, D.W., “A Report By The International Society Of Nephrology On The Current State Of Organization And Structures For Kidney Care Across The Globe”, *Global Kidney Health Atlas- International Society Of Nephrology*, 317(18), 1864–1881, Belgium, 2017.
35. Usrds Annual Data Report, 2019, [https://www.usrds.org/2019/view/USRDS\\_2019\\_ES\\_final.pdf](https://www.usrds.org/2019/view/USRDS_2019_ES_final.pdf), Erişim Tarihi: 10.08. 2020.

36. Clinical Practice Guidelines “For Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification”, *National Kidney Foundation*, Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF/DOQI), ISBN:1-931472-10-6, 43-45, 2002.
37. Süleymanlar, G., Utaş ,C., Arınsoy, T., Ateş, K., Altun, B., Altıparmak, M. R., Ecdet, T., Yılmaz M.E., Çamsarı, T., Başçı, A., Odabas, A.R., Serdengeçti, K., “A population based survey of chronic renal disease in Turkey - The CREDIT study”, *Nephrol Dial Transplant*; 26(6), 1862-71, 2011.
38. Rennke, H. G., Denker, B.M., “Kronik Böbrek Yetersizliğinin İlerleyişi. İçinde:Böbrek Fizyopatoloji, Temel Bilgiler” Çeviri Ed., Uysal M.,Ecdet T., *Medikal Yayıncılık* ,(2), s. 267-290, İstanbul, 2008.
39. Becker, G.J. And Fairley, K.F., “Urinalysis”, Editors, Massr S.G., Glasscock, R. J., *In Textbook Of Nephrology*, (4), 1765-1783, Philadelphia, Lippincott, 2001.
40. Hohenstein, B., Daniel, C., Hausknecht, B., Boehmer, K., Riess, R., Aman, K., Hugo, C., “Correlation Of Enhanced Thrombospondin-1 Expression, TGF-Signalling And Proteinuria İn Human Type-2 Diabetic Nephropathy”, *Nephrol Dial Transplant*, 23(12), 3880-3887, 2008.
41. Akdemir, N., Birol, L., “İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı”, *Sistem Ofset*, (2), s. 585-587, Ankara, 2005.
42. Jager, K., J., Kovesdy, C., Langham, R., Rosenberg, M., Jha, V., Zoccali, C., “A Single Number For Advocacy And Communication-Worldwide More Than 850 Million Individuals Have Kidney Diseases.” *Kidney Int.* 2019, Pmıd: 31582227, 96(5):1048-1050.,2019.
43. Yürügen, B., Gökdoğan, F., Nural, N., “Hemodiyaliz” , Diyaliz Teknikerleri İçin Nefroloji Kitabı,1(5), *Akademisyen Tıp Kitabevi*, S. 1-182, Ankara, 2015.
44. Brenner, B., M., Meyer, T.,W., Hostetter, T., H., “Dietary Protein İntake And Progressive Nature Of Kidney Disease: The Role Of Hemodynamically Mediated Glomerular İnjury İn The Pathogenesis Of Progressive Glomerular Sclerosis İn



- Aging, Renal Ablation And İntrinsic Renal Disease”, *N Eng J Med* ,307:652-659, 1982.
45. Sezen, A., “Diyaliz Hemşireliği” Diyaliz El Kitabı, *Nobel Tıp Kitabevleri*, S.150-210, İstanbul, 2013.
  46. İnternet: Kırıçimli, N., “Hemodiyaliz Temel Prensipleri Ve Diyaliz Yeterliliği”, 2017, [Http://Www.Ndthd.Org.Tr/İmages/Hemodiyaliz-Fizyolojik-Prensipleri-Ve-Diyaliz-Yeterliliği.Pdf](http://www.ndthd.org.tr/İmages/Hemodiyaliz-Fizyolojik-Prensipleri-Ve-Diyaliz-Yeterliliği.Pdf),Erişim Tarihi: 08.11.2020.
  47. Ackley, J.B., Ladwig, B.G., Flynn, Makic, B., M., Akdemir, N., Birol, L., “İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı”, *Sistem Ofset*,6, S. 578-606, Ankara,2011.
  48. Renke, H.G., Denker, B.,M., “Kronik Böbrek Yetmezliğinin Bulgu Ve Semptomları”, *Böbrek Fizyopatolojisi Temel Bilgiler*, Baskı 2, Çeviri Editörü: Prof. Dr. Tevfik Ecdar, S. 329-330, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014.
  49. Kasper, D., Fauci, A.S., Hauser, S.L., Longo, D.L., Jameson, J.L., Loscalzo, J., “Harrison's Principles Of İnternal Medicine: McGraw-Hill *Professional Publishing*”, 50-180, 2018.
  50. Torreggiani, M., Scaramuzzi, M.L., Manin, A., Castoldi, F., Serpieri, N., Maggi, N., Sileno, G., Migotto, C., Esposito, V., Montagna, F., Esposito, C., “Hemodialysis Vascular Access: Everything You Always Wanted To Know About It (But Were Afraid To Ask)”, *Journal Of Nephrology*, 26(5): 836-847, 2013.
  51. Kösem, M., “Hemodiyalizde Damar Erişimi, İçinde: Diyaliz Hemşireliği” , *Nobel Tıp Kitabevleri*,1, S. 229-254, İstanbul, 2014.
  52. Yelken, B., Sever, M.Ş., “Vasküler Giriş Yolları”, *Türk Neph Dial Transpl*, 20 (3):s. 209-213, 2011.
  53. Feddersen, M., A., Rooger, D., S., “Arteriovenous Fistula Surveillance: Everyone’s Responsibility” , *Port J Nephrol Hypert*, 26(4), s. 255-265, 2012.
  54. Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G., “Renal Replasman Tedavisi. Nefroloji El Kitabı, *Nobel Matbaacılık*, (3), s. 328-329, İstanbul, 2002.

55. Akpolat, T., Utaş, C., ‘‘Diyalizerin Yeniden Kullanımı ’’, *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Baskı3*), s. 33-35, *Ceylan Ofset*, Samsun, 2010.
56. Gülseven, B., Oğuz, S., ‘‘Kronik Durumlar, İçinde: Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Cilt 1-2’’ Editörler, Ayfer Karadakovan, Fatma Eti ASLAN, *Akademisyen Kitapevi* ,s. 89-117, Adana, 2011.
57. Daugirdas, J., T., Blake, P., G., Ing, T.S., *Diyaliz El Kitabı,5.Baskı*, Editörler, Prof. Dr. Semra Bozfakıoğlu, Doç Dr. Halil Yazıcı, Prof. Dr. Yaşar K. Çalışkan, *Güneş Kitabevi Ltd.*, Ankara, 2010.
58. Ahsen A., ‘‘Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları’’, *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12, 54-60, 2011.
59. Acar Yüksel C., ‘‘Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Hemodiyaliz Uygulaması Sırasında Besin Tüketme Miktarının Kan Basıncına Etkisi’’ *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, s. 5-17, 2016.
60. Ecder T., ‘‘Renal replasman tedavisi’’, Akpolat, T., Utaş Ç., Süleymanlar G., *Nefroloji El Kitabı*. s. 328-339, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2000.
61. Zedelenmez, A., Çağlar, M., ‘‘Hemodiyaliz Hastalarında Yeterli Diyaliz En Doğru Nasıl Değerlendirilir?’’, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*,14(2):70-74, 2019.
62. Biçer, S., şahin, F., Sarıkaya, Ö., ‘‘Hemodiyaliz Hastalarının Yeterli Diyaliz Hakkında Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi ve Bu Konuda Eğitilmesi’’ *Bozok Tıp Dergisi*.3(3):36-43, 2013.
63. Ersoy F.,F., ‘‘Hemodiyalizin Fiziksel Temelleri’’ *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 3*, s.1-6, Samsun, 2010.
64. Raunwald.,Fauci.,Kasper.,Hauser.,Longo.,Jameson., ‘‘Harrison İç Hastalıkları Prensipleri Cilt 2.’’, Editör: Prof. Dr.Yahya Sağlıker, *Nobel Tıp Kitabevleri* , Baskı 15, S. 1564-1565, 2004.

65. Oygur, D.D., Altıparmak, M.R., Apaydın, S., Pekpak, M., Erek E., Serdengeçti K., “Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Süresi Ve Yaşam Süresini Etkileyen Faktörler” *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*, 12(1), 52-60, 2003.
66. Fukuhara, S., Lopes, A. A., Bragg-Gresham J. L., Kurokawa, K., Mapes, D. L., Akizawa, T., Et Al. “Health-Related Quality Of Life Among Dialysis Patients On Three Continents: The Dialysis Outcomes And Practice Patterns Study” *Kidney International*, 64 (5), 1903-1910, 2003.
67. Rayner, H.C., Zepel, L., Fuller, D.S., Morgenstern, H., Karaboyas, A., Culleton, B.F., Et Al. “Recovery Time, Quality Of Life, And Mortality İn Hemodialysis Patients: The Dialysis Outcomes And Practice Patterns Study (Dopps)” *Am J Kidney Dis.*, 64(1), 86–94, 2014.
68. Acaray, A., Pınar, R., “Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, , 8(1), 1-11, 2004.
69. Collins, A.,J., Foley, R.N., Gilbertson, D., T., Chen, S., C., “United States Renal Data System Public Health Surveillance Of Chronic Kidney Disease And End-Stage Renal Disease” , *Kidney Int Suppl.*, 5(1), 2–7, 2015.
70. Shahgholian, N., Yousefi, H., “The Lived Experiences Of Patients Undergoing Hemodialysis With The Concept Of Care: A Phenomenological Study”, *BMC Nephrol.*, 19(1), 338, 2018.
71. Lee, J., S., Chung, W., C., Health Behaviors And Risk Factors Associated With Chronic Kidney Disease İn Korean Patients With Diabetes: The Fourth Korean National Health And Nutritional Examination Survey”, *Asian Nursing Research*, 1(8), 8-14, 2014.
72. Elahi, N., Ghannad, N., Haghizadeh, M., H., “The Relationship between Health Promoting Lifestyle with Life Satisfaction in Postmenopausal Women” *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(5), 139-144, 2018.

73. Bostan, A., Beşer, N., “Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler” *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14 (1), 38-44, 2017.
74. Esin, N.M., Aktaş, E., “Çalışanların Sağlık Davranışları Ve Etkileyen Faktörler: Sistemik İnceleme” *İÜFN Hem Derg.*, 20 (2), 166-176 , 2012.
75. Korkut, Owen, F., Demirbaş, Çelik, N., “Yaşam Boyu Sağlıklı Yaşam ve İyilik Hali”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, eISSN:1309-0674, 10(4), 440-453, 2018.
76. Lippke, S., Nigg, C.R., Maddock, J.E., Lippke S, Nigg CR, Maddock JE. Health-Promoting And Health-Risk Behaviors: Theory-Driven Analyses Of Multiple Health Behavior Change in Three International Samples” *Int. J. Behav. Med.*, 19(1), 1-13, 2012.
77. Mehri, A., Solhi, M., Garmaroudi, G., Nadrian, H., & Sigaldehy, S. S. “Health Promoting Lifestyle and its Determinants Among University Students in Sabzevar”, *International journal of preventive medicine*, 7, 65, Iran, 2016.
78. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A., “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1- 13. 2008.
79. Kolaç, N., Balcı, A.S., Şişman, F.N., Ataçer, B.E., Dinçer, S., “Fabrika Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı ve Sağlık Algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, (14): 267-74, 2018.
80. Rakhshani, T., Shojaiezadeh, D., Lankarani, K., B., Rakhshani, F., Kaveh, M., H., Zare, N., “The Association Of Health-Promoting Lifestyle With Quality Of Life Among The Iranian Elderly” , *Iran Red Crescent Med J.*, e18404, 16 (9), 2014.
81. Kiajamali, M., Hosseini, M., Estebarsari, F., Nasiri, M., Ashktorab, T., Abdi, A., Mahmoudi, A., Abadi, A.S.A., “Correlation Between Social Support, Self-Efficacy And Health-Promoting Behavior İn Hemodialysis Patients Hospitalized İn Karaj İn 2015”, *Electron Physician*, 25, 9(7), 4820-4827, 2019.

82. Alizadeh, T., Keshavarz, Z., Mirghafourvand, M., Zayeri, F., “Investigation of Health Promoting Lifestyle and Social Support and Their Correlation Among Iranian Women With Multiple Sclerosis ”, *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences, Int J Reprod Sci.*, 6 (2), 167-173, 2018.
83. Tuğut, N., Bekar, M., “Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki” Atatürk Üniversitesi, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11,17-26, 2008.
84. Efteli, E., Khorshid, L., “İki Farklı Bölüm Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Karşılaştırılması”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 1– 10 , 2016.
85. Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N., “ Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği” , *TJFMPC*, 6, 13-21, 2012.
86. Alpözgen, A. Z., Özdiçler, A.R., “Fiziksel Aktivite ve Koruyucu Etkileri” , *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(1), 66-72, 2016.
87. Johansen, K.L., “Exercise İn The End-Stage Renal Disease Population” , *J Am Soc Nephrol.*, 18(6), 1845–54, 2007.
88. Sun, Y., Chen, B., Jia, Q., Wang, J., “Exercise Therapy During Hemodialysis To Improve Adequacy Of Dialysis Randomized Controlled Trial” , *Chin J Clin Rehabil.*, 7(27), 3072–3, 2003.
89. Stack, A., Molony, D., A., Rives, T., Tyson, J., Murthy, B., V., R., “Association Of Physical Activity With Mortality İn The US Dialysis Population” , *Am J Kidney Dis.* 45(4), 690–701, 2005.
90. Parsons, T., Toffelmire, E., Vlack, CEK, V., “The Effect Of An Exercise Program During Hemodialysis On Dialysis Efficacy, Blood Pressure And Quality Of Life İn End-Stage Renal Disease (ESRD) Patients” , *Clin Nephrol*, 61(4), 261–74, 2004.
91. Capitanini, A., Cupisti, A., Mochi, N., Rossini, D., Lupi, A., Michelotti, G., Rossi, A., “Effects Of Exercise Training On Exercise Aerobic Capacity And Quality Of Life İn Hemodialysis Patients” , *J Nephrol.*, 21(5), 738, 2008.

92. Jung, T., Park, S., “Intradialytic Exercise Programs For Hemodialysis Patients” *Chonnam Med J.*, 47(2), 61–5, 2011.
93. Tayar, M., Korkmaz, N. H., Beslenme Sağlıklı Yaşam, *Nobel Akademiik Yayıncılık*, 2. Baskı, ISBN:9786053950257, s. 158-220, Ankara, 2011.
94. Garibağaoğlu, M., Budak, N., Öner, N., Sağlam, Ö., Nişli K., “Üç Farklı Üniversitede Eğitim Gören Kız Öğrencilerin Beslenme Durumları Ve Vücut Ağırlıklarının Değerlendirilmesi”, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 173-180, 2006.
95. Mitch, W.E., Remuzzi, G., “Kronik Böbrek Hastalığı Olan Hastalar İçin Diyetler, Hala Reçete Etmeye Değer”. *J Am Soc Nephrol*, 15, 234-237, 2015.
96. Fouque, D., Aparicio, M., “Eleven Reasons To Check Protein İntake Of Patients With Chronic Kidney Disease" , *Nature Clin Pract*, 3, 383-392, 2007.
97. Cupisti A, D'Alessandro C., Morelli E., Rizza, G.M., Galetta, F., Franzoni, F., Barsotti, G., “ Nutritional Status And Diet Manipulation İn Patients With Predialysis Chronic Renal Failure", *J Ren Nutr.*, 14, 127-133, 2014.
98. Kızıltan, G., Türker, P., “Böbrek Hastalıkları ve Beslenme Tedavisi” , Editör, Alphan, TE., “Hastalıklarda Beslenme Tedavisi” , *Hatipoğlu Yayınları*, 1. Baskı, Ankara, 639-696, 2013.
99. Ahmadi, A., Shahmohammadi, N., “Studying The Relationship Between Mental Health , Spirituality And Religion İn Female Students Of Tehran Azad University : South Branch” , *Procedia-Soc Behav Sci., Elsevier*, 205, 236–241, 2015.
100. Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A., “Spirütüel Bakım ve Hemşirelik”, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(1), 47-50, 2007.
101. Boztilki, M., Ardiç, E., Maneviyat ve Sağlık , *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 3, 39-45, 2017.
102. Cengic, B., Resic, H., Spasovski, G., Avdic, E. And Alajbegovic, A., “Quality Of Sleep İn Patients Under Going Hemodialysis” , *International Urology And Nephrology*, 44, 557-567, 2012.

103. Boztilki, M., Ardiç, E., Maneviyat ve Sağlık ,*G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 3, 39-45, 2017.
104. Özçelik, H., “Isparta İl Merkezinde Görev Yapan Toplum Öncüsü Bazı Meslek Üyelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, s.63-76, Isparta, 2012.
105. Erözkan, A., “Üniversite Öğrencilerinin Kişiler Arası İlişki Tarzları Ve Mizah Tarzları”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Derg.*, (26), 56–66, 2009.
106. Bektaş, M., Karagöz, Ş., “Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Yalnızlığa Etkisi: Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma” , *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(9), 342-355, 2017.
107. Tutar, H., “Kriz Ve Stres Yönetimi; Stresle Başa Çıkma”, *Seçkin Yayıncılık*, Baskı 1, s. 185-201, Ankara, 2004.
108. Balcıoğlu, İ., “Medikal Açıdan Stres ve Çareleri” , İ.Ü. ,*Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu*, No:47,s. 1-50, İstanbul, 2005.
109. Özel, Y., Karabulut, A.B., “Günlük Yaşam Ve Stres Yönetimi” , *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56, 2018.
110. Şahin, B., Sabuncu N., “Hemşirelik Öğrencilerinin Kendilerini Anlatma Ve Stresle Baş Etme İlişkilerinin Belirlenmesi”, “Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü” ,*Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2007.
111. Krespi, M.R., Bone, M., Ahmad, R., Worthington ,B., Salmon, P., “Evaluation of the Lives of Hemodialysis Patients”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 365-372, 2008.
112. Uslu, Y., Korkmaz, D.F., “Yoğun Bakım Hastalarında Uyku: Hemşirelik Bakımı” . *HEAD*, 12(3), 156-161 , 2015.
113. Karadağ M., “Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2)”. *Türkiye Klinikleri Archives of Lung.*, 8(3), 88-91, 2007.

114. Eun, K.S., Cha, S.E., “Gender Difference And Covariates Of Sleep Time İn Daily Life Of Korea” *J Korean Official Statist.*, 15, 82–103, 2010.
115. Henriksen, M.,G., Hesso, I., Dela, F., Hansen, H.V., Haraldsted, V., Rodt, S.A., “Effects Of Preoperative Oral Carbohydrates And Peptides On Postoperative Endocrine Response, Mobilization, Nutrition And Muscle Function İn Abdominal Surgery” *Acta Anaesthesiol Scand*, 47(2), 191-199, 2003.
116. Susmakova, K., “Human Sleep And Sleep EEG Measurement. *Int J Surg Res Pract*”, 4(2), 59-74, 2004.
117. Uran, G., “Kırsal Kesimde Evde ve Huzurevlerinde Kalan 60 Yaş Üzeri Yaşlılarda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi İle Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması”, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, s.1-81, Ankara, 2011.
118. Kaynak H, Ardıç S., “Uyku Mekanizmaları ve Uyku, Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları”, 1, *Nobel Tıp Kitabevi*, 1, 7-15, , İstanbul, 2010.
119. Akıncı, E., Orhan Ö.,F., “Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, Current Approaches in Psychiatry, eISSN:1309-0674, pgy.81775, 8(2),1 78-189, 2016.
120. Saper, C.,B., Cano, G., Scammell, T.,E., “Homeostatic, Circadian, And Emotional Regulation Of Sleep”, *J Comp Neurol.*, 493(1), 92–98 ,2005.
121. Shibata, S., Tsutou, A., Shiotani H., “Relation Between Sleep Quality And Daily Physical Activity İn Hemodialysis Outpatients” , *Kobe Journal Of Medical Science*, 59(5), 161-166, 2013.
122. Saeedi, M., Shamsikhani, S., Farahani, P.,V, Haghverdi, F., “Sleep Hygiene Trainingprogramme For Patients On Hemodialysis”, *Iranian Journal Of Kidney Diseases*, (8), 65-69, 2014.
123. Subramanian S, Surani S., “Sleep Disorders İn The Elderly”, *Geriatrics* 2007,62,10-32, 2007.



124. Sateia, M.J., “International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications” *Chest* , 146, 1387-94, 2014.
125. Özlü, T., Metintaş, M., Karadağ, M., Kaya, A., “Solunum Sistemi Ve Hastalıkları”, Temel Başvuru Kitabı, *İstanbul Medikal Yayıncılık*, 1(2), 2097-2246, 2010.
126. Bingöl, N., “Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” Cumhuriyet Üniversitesi, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, s. 68-84, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
127. Datta, S., Maclean, R.R., “Neurobiological Mechanisms For The Regulation Of Mammalian Sleep-Wake Behavior: Reinterpretation Of Historical Evidence And İnclusion Of Contemporary Cellular And Molecular Evidence”, *Neuroscience Biobehavioral*, 31, 775–824, 2007.
128. Ohayon, M., M., Carskadon, M., A., Guilleminault, C., Vitiello, M., V., “Meta-Analysis Of Quantitative Sleep Parameters From Childhood To Old Age İn Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across The Human Lifespan” *Sleep.*, 27(7), 1255-1273, 2004.
129. Valenza, M.C., Rodenstein, D.O., Fernández-de-las-Peñas, C., “Consideration of sleep dysfunction in rehabilitation”, *J Bodyw Mov Ther.* 15(3), 262-267, 2011.
130. Su, X., Wang, D.X., “Improve postoperative sleep: what can we do?”, *Curr Opin Anaesthesiol.*, 31(1), 83-88, 2017.
131. American Academy of Sleep Medicine. “International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual”, 2nd ed, Westchester, IL 2005.
132. Üstün, Y., Çınar, Ğ., “Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi” , *Uluslararası Katılımlı 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, s. 20-24 ,Sivas, 2009.
133. DEMİR A ., “Türkiye'de Erişkin Toplumda Uyku Epidemiyolojisi Çalışması İlk Sonuçları” , *Türk Tıbbi Uyku Derneği Yayını*, İstanbul, 2010.

134. Cheng, S., H., Shih, C.,C., Lee, I., H., Hou, Y.,W., Chen, K. C. and Chen, K.T., “A Study On The Sleep Quality Of Incoming University Students”, *Psychiatry Research*,197(3), 270-274, 2012.
135. Temel, F., Hancı, P., Kasapoğlu, T., Kışla, Ekinci, R., M., Sarıkaya, M., S., Yılmaz, M., A., , Özcebe, H., “Ankara'da Bir Meslek Lisesi 10. Ve 11. Sınıf Öğrencilerinin Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler”, *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi*, 53(2), 122-131, 2010.
136. Jaehne, A., Unbehau, T., Feige, B., Cohrs, S., Rodenbeck, A., Schütz, A.L., Uhl, V., Zober, A., Riemann, D., “Sleep Changes In Smokers Before, During And 3 Months After Nicotine Withdrawal”, *Addict Biol.*, 20(4), 747-755,2015.
137. Monk, T., H., Thompson, W., K., Buysse, D., J., Hall, M., Nofzinger, E., A., Reynolds, C., F., “Sleep İn Healthy Seniors: A Diary Study Of The Relation Between Bedtime And The Amount Of Sleep Obtained”, *Journal Of Sleep Research*, 15, 256- 260,2006.
138. Krishnan, V., Collop, N., A., “Gender Differences In Sleep Disorders”, *Curr Opin Pulm Med.*, 12(6), 383-389., 2006.
139. Çölbay M., Yüksel Ğ., Fidan F., Acartürk G., Karaman Ö, Ünlü M.,Hemodiyaliz Hastalarının Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi İle Değerlendirilmesi, *Tüberküloz Ve Toraks Dergisi*, 55(2), 167-73, 2007.
140. Barros, M., B., A., Lima M., G., Ceolim MF, Zancanella, E., Cardoso, TAMO., “Quality Of Sleep, Health And Well-Being In A Population-Based Study”, *Rev Saude Publica*, 30, 53-82, 2019.
141. Chan-Won, K., Yoosoo, C., Eunju, S., Kyung, Ey, Hyun-Suk, J., At All. “Sleep Duration And Quality İn Relation To Chronic Kidney Disease And Glomerular Hyperfiltration İn Healthy Men And Women”, *Plos One*, 12(4),2017
142. St-Onge, Mp., Mikic, A., Pietrolungo Ce., “Effects Of Diet On Sleep Quality”, *Adv Nutr.*,7(5), 938-949, 2016.

143. Karadağ, G., Aksoy, M., “Uyku Regülasyonu Ve Beslenme”, *Göztepe Tıp Dergisi*, 24(1), 9-15, 2009.
144. Öçal, Ö., “Acıbadem Maslak Hastanesi Beslenme Ve Diyet Polikliniğine Başvuran Yetişkin Bireylerde Besin Tüketiminin Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği İle İlişkisi”, *Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*,s.37-76, Ankara, 2015.
145. Ergün, S., Duran, S., Gültekin, M., Yanar, S., “Evaluation Of The Factors Which Affect The Sleep Habit And Quality Of Health College Students” *Tjfmpe*, 11(3), 186-193, 2017.
146. Feige, B., Gann, H., Brueck, R., Hornyak, M., Litsch, S., Hohagen, F., Riemann, D., “Effects Of Alcohol On Polysomnographically Recorded Sleep İn Healthy Subjects”, *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*,30(9), 1527– 1537, 2006.
147. Thakkar, M., M., Sharma, R., Sahota, P., “Alcohol Disrupts Sleep Homeostasis”, *Alcohol.*,49(4), 299-310, 2015.
148. Jaehne ,A., Loessl, B., Bárkai, Z., Riemann, D., Hornyak, M., “Effects Of Nicotine On Sleep During Consumption, Withdrawal And Replacement Therapy”, *Sleep Med Rev.*, 13(5), 363-377, 2009.
149. Jaehne, A., Unbehaun, T., Feige, B., Herr S., Appel, A., Riemann D., “The İnfluence Of 8 And 16 Mg Nicotine Patches On Sleep İn Healthy Non-Smokers”, *Pharmacopsychiatry*, 47(2), 73-78., 2014.
150. Tuncer, A., Enzin, F., İri, S.,G.,F., Dinler, E., Pelin, Z., Bayramlar, K., “Uyku Bozukluklarında Egzersiz Tedavisinin Önemi”, *Zeugma Journal Of Health Researches* , 2(2), 89-97, 2020.
151. İnternet: World Health Organization, “Public Health Significance of Physical Activity” Global Recommendations on Physical Activity for Health., [http://www.who.int/topics/physical\\_activity\\_en/](http://www.who.int/topics/physical_activity_en/), Erişim Tarihi:05.07.2020.

152. Karakaş SA., Gönültaş N., Okanlı A., “Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 17-26, 2016.
153. Sexton-Radek, K. and Hartley, A., “College Residential Sleep Environment”, *Psychological Reports*, 113(3), 903, 2013.
154. Lan, L. and Lian, Z., “Ten questions concerning thermal environment and sleep quality”. *Building and Environment*, 99, 252-259, 2016.
155. Kuzeyli, Yıldırım, Y., Fadıloğlu Ç., Durmaz, Akyol, A., Ünal B., “Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesi Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.*, 20(1), 35-46, 2004.
156. Korkut Y., “Hemodiyaliz Hastalarının Öznel Uyku Kaliteleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma Ve Uyku Kalitesini Yordayıcı Faktörlerin Araştırılması”, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13, 105-12, 2008.
157. Edalat-Nejad, M., Jafarian, N., Yousefichaijan, P., “Diabetic Nephropathy: A Strong Predictor Of Sleep Quality In Hemodialysis Patients”, *Saudi J Kidney Dis Transpl.*, 25(4), 774-780, 2014.
158. Sabet, R., Naghizadeh, M.M., Azari, S., “Quality Of Sleep In Dialysis Patient”. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 17, 270–274, 2012.
159. Brekke, F.B., Waldum-Grevbo, B., Von, Der, Lippe, N., Os, I., “The Effect Of Renal Transplantation On Quality Of Sleep In Former Dialysis Patients”, *Transpl Int.*, 30(1), 49-56, 2017.
160. Serdengeçti, K., Süleymanlar, G., Altıparmak, M.R., Seyahi N., “Türkiye’de Nefroloji-Diyaliz Ve Transplantasyon”, *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, İstanbul; Metris Matbaacılık; s. 3-7, 2011.
161. Unruh, M. L., Buysse, D.J., Dew, M.A., Evans, I. V., Wu, A.W., Fink, N. E., vd. “Sleep Quality and Correlations in the First Year of Dialysis”, *Clin J Am Soc Nephrol.*, 1 (4), 802–10, 2006.

162. Holley, J.L., Nespor, S., Rault, R., “A Comparison of Reported Sleep Disorders in Patients on Chronic Hemodialysis and Continuous Peritoneal Dialysis”, 19(2), 156–161, 1992.
163. Baraz, S., Zarea, K., Dashtbozorgi, B., “Comparison Of The Effect Of Two Training Programs On The Quality Of Life Of Hemodialysis Patients In Iran”, *Iran Red Crescent Medical Journal*, 16 (8), 2014.
164. Rubin, H.R., Fink, N.E., Plantinga, L.C., Sadler, J.H., Klinger, A.S., Powe, N.R., “Patient Ratings Of Dialysis Treatment With Hemodialysis With Peritoneal Dialysis”, *JAMA*, 291 ( 6 ), 697 – 703, 2004.
165. Walker, S.N., Sechrist, K., Pender, N.J., “The Health Promoting Lifestyle Profile Development And Psychometric Characteristics”, *Nurs Res*;36(2):76–80.,1987
166. Buysse, D.J., Reynolds, C.F., Monk, T.F., “The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument Psychiatric Practice And Research”, *Psychiatry Res.*, 28, 193-213, 1989.
167. Agargün, M.Y., Kara, H., Anlar, O., “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Geçerliliği Ve Güvenirliği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7, 107-115, 1996.
168. Sing, Leung, L.U.I., FLORA N.G., Wai, KEI, L. O., “Factors Assoviated With Sleep Disorders in Chinese Patients on Continuons Ambulatory Peritoneal Dialysis”, *İnternational Society For Peritenal Dialiysis*, 22, 677-682, 2002.
169. Çelik, A., Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, s.37-43, Erzurum, 2018.
170. Küçükberber, N., Özdilli, K., & Yorulmaz H., “Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi”, *Anadolu Kardiyol Derg.*, 11, 619-626, 2011.
171. Hacıoğlu, N., “Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi”, *Haliç*

*Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.80-128, İstanbul, 2014.*

172. Özkan, P.Ö., Büyükcinal, K.S., Yiğit, Z., İnci, Y., Şakar, Ş.,F., Ersü, Ö.D., Kardiyovasküler Hastalık Tanısı Almış Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi., *Mersin Üniv. Sağlık Bilim Derg.*,12(1):22-31, 2019.
173. Çelebi, K.Z., Turgut D., “Hemodiyaliz Hastalarında Sigara Kullanımı, Nikotin Bağımlılık Durumu ve İlişkili Faktörler ”, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* , 7(2), 188-191, 2020.
174. Muntner, P., He, J., Astor, B. C., Folsom, A. R., Coresh, J., “Traditional and nontraditional risk factors predict coronary heart disease in chronic kidney disease: results from the atherosclerosis risk in communities study”, *Journal of the American Society of Nephrology*, 16, 529– 538, 2005.
175. Foley, R.N., Herzog, C.A., Collins, A.J., “Smoking and cardiovascular outcomes in dialysis patients: The United States Renal Data System Wave 2 study”, *Kidney International*, 63, 1462–1467, 2003.
176. Turgut K., “Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran 65 Yaş Üzeri Hastalarda Uyku Bozukluğu Sıklığının Araştırılması Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi”, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğt. ve Arş. Hastanesi* , Uzmanlık Tezi, s. 60-70, 2018.
177. Aybek, N., “Hemodiyaliz Tedavisi Uygulanan Bireylerde Kaşıntının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi”, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.44-50, Sivas, 2020.
178. Tel, H., Tel, H., Esmek, M., “Quality of Sleep in Hemodialysis Patients”, *Dialysis & Transplantation*, 36(9), 479-484, 2007.
179. Sert, F., Demir, B.,A., İbrahim, Bora, İ., Yıldız, A., Ocakoğlu, G., Ersoy A., “Kronik Renal Yetmezlikli ve Böbrek Nakilli Hastalarda Uyku Bozukluğunun

- Araştırılması ve Bunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi’’, *Journal of Turkish Sleep Medicine*, JTSM.,1, 15-9, 2015.
- 180.** Kaneez, M., Zaidi, S.M.J., Zubair, A.B., Rehan, M., Hassan, A., Sarwar, Z., Bibi, A., Azhar, M., Kinza, K., Sabir, M., ‘‘Sleep Quality and Compliance to Medical Therapy Among Hemodialysis Patients With Moderate-to-Severe Depression: A Cross-Sectional Study’’, *Cureus*, e13477, 21, 13(2), 2021.
- 181.** Norozi, Firoz, M., Shafipour, V., Jafari, H., Hosseini, S.H., Yazdani-Charati, J., ‘‘Relationship of Hemodialysis Shift With Sleep Quality and Depression in Hemodialysis Patients’’, *Clin Nurs Res.*, 28(3), 356-373, 2019.
- 182.** Trbojević-Stanković, J., Stojimirović, B., Bukumirić, Z., Hadzibulić, E., Andrić, B., Djordjević, V., Marjanović, Z., Birdjuzlić, F., Nesić, D., Jovanović, D., ‘‘Depression And Quality Of Sleep İn Maintenance Hemodialysis Patients’’, *Srp Arh Celok Lek*, 142(7-8) , 437-443, 2014.
- 183.** Uçan, Ö., Ovayolu N., Pehlivan S., Çuhadar D., ‘‘Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Kalitesi Ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki’’, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*,s. 26-30, 2008.
- 184.** Gebeş D., ‘‘Hemodiyaliz Hastalarında Huzursuz Bacak Sendromu Ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi’’, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, s. 17-41, Edirne, 2021.
- 185.** Rezaie, Z., Ali, Naji, A.S.J., ‘‘Survey the Relation between Life- style and Quality who Take Hemodialysis Treatment in Shiraz Medical Foundation in 2014’’, *Journal of Novel Applied Sciences*, JNAS Journal, ISSN:2322-5149, 2014-4-3, 286-293, 2015.
- 186.** Yoldaş G., ‘‘Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Uyku Kalitesi ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişki’’, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, s.47-55, Ankara, 2017.

## EKLER

### EK-1. HASTA TANITIM FORMU

#### Anket No :

1- Cinsiyetiniz: 1.Kadın 2. Erkek

2- Kaç yaşındasınız?

3- Eğitim durumunuz nedir?

- |                    |               |
|--------------------|---------------|
| 1. Okuryazar değil | 4. Ortaokul   |
| 2. Okuryazar       | 5. Lise       |
| 3. İlkokul         | 6. Üniversite |

4- Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar

5- Çalışıyor musunuz?

- 1.Evet 2.Hayır

6- Mesleğiniz nedir?

- |           |                                 |
|-----------|---------------------------------|
| 1. Memur  | 5. Esnaf                        |
| 2. İşçi   | 6. Ev hanımı                    |
| 3. Çiftçi | 7. Serbest                      |
| 4. Emekli | 8. Diğer ( ise belirtiniz.....) |

7- Sosyal güvenceniz var mı?

- 1.Evet 2. Hayır

8- Size göre gelir durumunuz nasıl?

1. Çok iyi 2. İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

9- Nerede yaşıyorsunuz?

1. İl merkezinde 2. İlçe 3. Kasaba 4. Köy 5. Diğer

10- Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız yaşıyor 2. Eşi 3. Anne-Baba  
4. Eşi ve çocukları 5.Diğer (ise belirtiniz).....

11- Ne kadar süredir KBY hastalığınız var? (Belirtiniz).....

12- Ne kadar süredir hemodiyalize giriyorsunuz? (Belirtiniz).....

13- Haftada kaç kez hemodiyalize giriyorsunuz?

1. 2 kez 2. 3 kez 3. 4 kez

14- İlaç tedavisine uyuyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır



15- Diyetinize uyuyor musunuz?

1. Evet                      2. Kısmen                      3. Hayır

16- Başka bir kronik hastalığınız var mı?

1. Var  
2. Yok  
3. Var ise (belirtiniz):.....

17- Sigara kullanıyor musunuz?

1. ( ) Evet ..... yıldır / günde ..... adet  
2. ( ) Hayır kullanmıyorum  
3. ( ) Bıraktım ..... yıl/ ..... ay önce

18- Alkol kullanıyor musunuz?

1. ( ) Evet (Ne sıklıkla belirtiniz.....)  
2. ( ) Hayır  
3. ( ) Bıraktım .....yıl/ .....ay önce

19-Boy:

Kilo:

BKI:

## EK-2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumsuz ilişkiler sürdürürüm				

14	Her gün 6-11 öğün ekme�, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				

31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				

45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

### EK-3. PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

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

1. Geçen ay, geceleri genellikle ne zaman yattınız?

**YATIS SAAT** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ **DAKİKA**

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

**KALKIS SAAT** \_\_\_\_\_

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

**BİR GECEDE Kİ UYKU SÜRESİ** \_\_\_\_\_ **SAAT**

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

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

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç _____	birden az _____	veya iki kez _____	veya daha fazla _____

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç _____	birden az _____	veya iki kez _____	veya daha fazla _____

(c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç _____	birden az _____	veya iki kez _____	veya daha fazla _____

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç _____	birden az _____	veya iki kez _____	veya daha fazla _____

(e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç _____	birden az _____	veya iki kez _____	veya daha fazla _____

**(f)**Aşırı derecede üşüdünüz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

**(g)**Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

**(h)**Kötü rüyalar gördünüz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

**(i)**Ağrı duydunuz

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

**(j)**Diğer nedenler, lütfen belirtiniz

.....  
.....

Geçen ay bu nedenler den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

**6.**Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

Çok iyi \_\_\_\_\_

Oldukça iyi \_\_\_\_\_

Oldukça kötü \_\_\_\_\_

Çok kötü \_\_\_\_\_

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

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

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

geçen ay haftada haftada bir haftada üç  
boyunca hiç \_\_\_\_\_ birden az \_\_\_\_\_ veya iki kez \_\_\_\_\_ veya daha fazla \_\_\_\_\_

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

Hiç problem oluşturmadı \_\_\_\_\_

Yalnızca çok az bir problem oluşturdu \_\_\_\_\_

Bir dereceye kadar problem oluşturdu \_\_\_\_\_

Çok büyük bir problem oluşturdu \_\_\_\_\_

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok \_\_\_\_\_

Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var \_\_\_\_\_

Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil \_\_\_\_\_

Partner aynı yatakta \_\_\_\_\_

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

(a) Gürültülü horlama

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç _____	birden az _____	veya iki kez _____	veya daha fazla _____

(b) Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç _____	birden az _____	veya iki kez _____	veya daha fazla _____

(c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç _____	birden az _____	veya iki kez _____	veya daha fazla _____

(d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç _____	birden az _____	veya iki kez _____	veya daha fazla _____

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

geçen ay	haftada	haftada bir	haftada üç
boyunca hiç _____	birden az _____	veya iki kez _____	



## EK-11

### Ölçek Kullanım İzni Hakkında Gelen Kutusu x



**Fatma Gönül Burkev** <fatmaburkev@gmail.com>  
Alıcı: aysebeser ▾  
Sayın Hocam,

27 Eyl 2019 Cum 17:38 ☆ ↶ ⋮

Ben Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Ve Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi Ortak Programı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Fatma Gönül BURKEV.

Dr.Öğr.Üyesi Rabiye ÇIRPAN danışmanlığında "Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıkli Yaşam Biçimi Davranışları Ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tezimde sizin geliştirdiğiniz "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek-II" yi sizinde uygun gördüğünüz takdirde kullanmak istiyoruz.

İlginize teşekkür ederim ,saygılarımla.

**Ayşe Beşer** <aysebeser@ku.edu.tr>  
Alıcı: ben ▾

27 Eyl 2019 Cum 23:36 ☆ ↶ ⋮

Elbette kullanabilirsiniz kolaylıklar dilerim

iPhone'umdan gönderildi

Fatma Gönül Burkev <fatmaburkev@gmail.com> gunlan yazdı (27 Eyl 2019 17:38):

\*\*\*

### Yüksek Lisans Tezi PUKİ kullanım izni Gelen Kutusu x



**Fatma Gönül Burkev** <fatmaburkev@gmail.com>  
Alıcı: myagargun ▾

25 Eyl 2019 Çar 10:48 ☆ ↶ ⋮

Sayın Prof.Dr.Mehmet Yücel AĞARGÜN HOCAM,

Ben Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Ve Niğde Ömer Halis Demir Üniversitesi Ortak Programı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Fatma Gönül BURKEV.

Dr.Öğr.Üyesi Rabiye ÇIRPAN danışmanlığında "Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıkli Yaşam Biçimi Davranışları ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tezimde "Pittsburg Uyku Kalite İndeksi" sizinde uygun gördüğünüz takdirde kullanmak istiyoruz.

İlginize teşekkür ederim ,saygılarımla.

**MEHMET YÜCEL AĞARGÜN** <myagargun@medipol.edu.tr>  
Alıcı: ben ▾

26 Eyl 2019 Per 11:36 ☆ ↶ ⋮

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Selamlar