

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

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERDE KİŞİ  
MERKEZLİ ERGOTERAPİ MÜDAHALESİNİN AKTİVİTE  
PERFORMANSI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Dr. Öğr. Üyesi Özgü İNAL**

**Ergoterapi Programı  
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA  
2019**



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

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN BİREYLERDE KİŞİ  
MERKEZLİ ERGOTERAPİ MÜDAHALESİNİN AKTİVİTE  
PERFORMANSI VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Dr. Öğr. Üyesi Özgü İNAL**

**Ergoterapi Programı  
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Hülya KAYIHAN**

**ANKARA  
2019**

## ONAY SAYFASI

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Kişi Merkezli Ergoterapi Müdahalesinin  
Aktivite Performansı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**

**Dr. Öğr. Üyesi Özgü İNAL**

**Danışman: Prof. Dr. Hülya KAYIHAN**

Bu tez çalışması 05/11/2019 tarihinde jürimiz tarafından Ergoterapi Programı'na doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı:** *Prof. Dr. Gonca BUMİN*  
*Hacettepe Üniversitesi*



**Üye:** *Prof. Dr. Mine UYANIK*  
*Hacettepe Üniversitesi*



**Üye:** *Prof. Dr. Esra Akı*  
*Hacettepe Üniversitesi*



**Üye:** *Doç. Dr. Bülent ELBASAN*  
*Gazi Üniversitesi*




**Üye:** *Dr. Öğr. Üyesi Başar ÖZTÜRK*  
*Biruni Üniversitesi*



Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

07 Kasım 2019

  
*Prof. Dr. Diclehan ORHAN*  
Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren .. ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir



07./11/2019

**Dr. Öğr. Üyesi Özgü İNAL**

1 “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir*

\* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Prof. Dr. Hülya KAYIHAN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

**Dr. Öğr. Üyesi Özgü İNAL**

## TEŞEKKÜR

Benim için sadece bir danışman olmayan, aynı zamanda hayatımda gerçek bir rol model olan çok kıymetli hocam, sayın Prof. Dr. Hülya Kayıhan'a,

Çalışmanın gerçekleştirilmesinde yardımları için sayın Prof. Dr. Sedat Üstündağ'a,

Doktora eğitimim süresince bilgi, birikim ve deneyimlerinden yararlandığım Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölümü sayın hocalarına,

Tezin istatistiksel değerlendirmesinde yardımları ve desteği için kıymetli hocam, sayın Dr. Öğr. Üyesi Sevilay Karahan'a,

Çalışma sırasında tüm yardımları ve güleryüzleri için Trakya Üniversitesi Hemodiyaliz Ünitesi hemşirelerine,

Çalışmanın gerçekleştirilmesinde en büyük teşekkürü hak eden hemodiyaliz tedavisi alan bireylere,

Hayattaki tüm mucizelerin “sevgi” ile gerçekleştiğine beni inandıran hayatımın gizli kahramanlarına ve gerçek dostlarıma,

*Ve...*

*Her zaman sevgileri ve destekleri ile yanımda olan, haklarını asla ödeyemeyeceğim, hayatımdaki en büyük şansım dediğim, başta canım annem, babam, ablam ve eniştem olmak üzere tüm aileme, anneannem Saima Özdem ve canım dedem merhum Ahmet Özdem'e en içten teşekkürlerimi sunarım.*

*Özgülü İNAL*

## ÖZET

**İnal, Özgü., Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Kişi Merkezli Ergoterapi Müdahalesinin Aktivite Performansı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2019.** Hemodiyaliz; kronik böbrek hastalığı olan bireyler için uygulanan renal replasman tedavi yöntemlerinden biridir. Bu tedavi bireylerde yaşam süresinin artması gibi etkilere sahip olmakla birlikte, aynı zamanda aktivitelerde kısıtlamalar, fonksiyonel durumunda bozulma ve yaşam kalitesinde azalma gibi durumlara yol açabilmektedir. Bu çalışma; hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde kişi merkezli ergoterapi müdahalesinin aktivite performansı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile planlandı. Çalışma 18-65 yaş arası, okur-yazar, en az 1 yıldır hemodiyaliz tedavisi alan 42 birey ile gerçekleştirildi. Bireyler; Grup I (farkındalık eğitimi+kişi merkezli ergoterapi müdahalesi) (n=21) ve Grup II (farkındalık eğitimi) (n=21) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Aktivite katılımına yönelik Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) ve yaşam kalitesi için “Böbrek Hastalığı ve Yaşam Kalitesi Formu (KDQOL™-36) uygulandı. Kişi merkezli ergoterapi müdahaleleri bireylerin katılımında problem yaşadıklarını belirttikleri sorunlu alanlar ve aktiviteler temel alınarak Kişi-Çevre-Aktivite Modeline göre planlandı. Grup I'e 8 hafta süre ile, haftada 2 kez kişi merkezli ergoterapi müdahalesi uygulandı. Müdahale sonrası gruplar arasındaki değerlendirmelerde KAPÖ performans ( $p<0,01$ ) ve memnuniyet alt boyut puanları ( $p<0,01$ ) açısından Grup 1 lehine istatistiksel olarak anlamlı gelişme olduğu saptandı. Yaşam kalitesi alt boyutlarından hastalık etkisi ( $p=0,01$ ) ve hastalık yükü açısından da ( $p<0,01$ ), Grup 1 lehine istatistiksel olarak anlamlı gelişme olduğu belirlendi. Grup 2 açısından ise müdahale sonrası grup içi değerlendirmelerde sadece yaşam kalitesinin SF-12 fiziksel ( $p=0,01$ ) ve mental komponent ( $p=0,02$ ) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Bu çalışmada; hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde kişi merkezli ergoterapi müdahalesinin aktivite performansı ve yaşam kalitesini geliştirdiği belirlendi.

**Anahtar kelimeler:** hemodiyaliz, kişi merkezli yaklaşım, ergoterapi, yaşam kalitesi



## ABSTRACT

**İnal, Özgü., The Effect of Client-Centered Occupational Therapy Intervention on Occupational Performance and Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis. Hacettepe University, Occupational Therapy Program Graduate School Health Sciences, PhD Thesis, Ankara, 2019.** Hemodialysis; is one of the renal replacement therapy methods for chronic kidney patients. Although this treatment has effects such as increased life expectancy in individuals, it can also leads to conditions such as restrictions on activities, impaired functional status and decreased quality of life. The aim of this study was to examine the effect of client-centered occupational therapy intervention on occupational performance and quality of life in patients undergoing hemodialysis. The study was carried out with 42 individuals aged between 18-65 years, who were literate and undergoing hemodialysis for at least 1 year. The individuals were divided into two groups as Group I (awareness training+client-centered occupational therapy intervention) (n=21) and Group II (awareness training) (n=21). Canadian Occupational Performance Measure (COPM) was used for activity participation and Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL<sup>TM</sup>-36) was applied for quality of life. Client-centered occupational therapy interventions were planned according to the Person-Environment-Occupation Model based on problematic areas and activities that individuals identified as having difficulty with participation. Group I underwent client-centered occupational therapy intervention twice a week for 8 weeks. There were statistically significant improvement in Group 1 in the sub-dimensions of COPM performance ( $p < 0.01$ ) and satisfaction scores ( $p < 0.01$ ). It was also determined that; there were statistically significant improvement in Group 1 in terms of disease effect ( $p = 0.01$ ) and burden of disease ( $p < 0.01$ ), one of the sub-dimensions of quality of life. In terms of Group 2, only a statistically significant difference was found in SF-12 physical ( $p = 0.01$ ) and mental component ( $p = 0.02$ ) sub-dimensions of the quality of life in the intra-group evaluations after the intervention. In this study; it was determined that client-centered occupational therapy intervention in hemodialysis patients improved occupational performance and quality of life.

**Key words:** hemodialysis, client-centered approach, occupational therapy, quality of life

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
<b>1. GİRİŞ</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Tanımı	3
2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Prevelansı	3
2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi	4
2.4. Kronik Böbrek Hastalığı Komplikasyonları	5
2.5. Kronik Böbrek Hastalığı Sınıflandırma	8
2.6. Kronik Böbrek Hastalığında Tedavi Seçenekleri	9
2.6.1. Diyaliz	10
2.6.2. Böbrek Transplantasyonu	12
2.7. Kronik Böbrek Hastalığı ve Ergoterapi	12
2.8. Kronik Böbrek Hastalığı ve Kişi Çevre Aktivite Modeli	14
2.8.1. Kişi	14
2.8.2. Çevre	15
2.8.3. Aktivite	16
2.8.4. Aktivite Performansı	16
2.9. Ergoterapide Kişi Merkezli Yaklaşım	16
2.10. Kronik Böbrek Hastalığı ve Yaşam Kalitesi	19
<b>3. BİREYLER ve YÖNTEM</b>	21
3.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer	21
3.2. Etik	21

3.3. Bireyler	21
3.4. Yöntem	21
3.5. Değerlendirme	21
3.5.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	22
3.5.2. Çevrenin Değerlendirilmesi:	22
3.5.3. Aktivite Performansının Değerlendirilmesi	22
3.5.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi:	23
3.6. Müdahale	24
3.7. İstatistiksel Yöntem	29
<b>4. BULGULAR</b>	31
4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular	31
4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Bulguları	32
4.3. KAPÖ Değerlendirmesine Göre Belirlenen Bireylerin Zorluk Yaşadığı Aktiviteler	35
4.4. Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi (KDQOL-36) ve Aktivite Performans ve Memnuniyet Sonuçları	47
<b>5. TARTIŞMA</b>	55
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b>	66
<b>7. KAYNAKLAR</b>	68
<b>8. EKLER</b>	
EK 1. Etik Kurul Onayı	
EK 2. Böbrek Hastalığı ve Yaşam Kaliteniz (KDQOL™-36)	
EK 3. Kanada Aktivite Performans Ölçümü	
EK 4. Orjinallik Ekran Çıktısı	
EK 5. Dijital Makbuz	
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b>	

**SİMGELER ve KISALTMALAR**

<b>%</b>	: Yüzde
<b>GFH</b>	: Glomerüler filtrasyon hızı
<b>GYA</b>	: Günlük Yaşam Aktivitesi
<b>HD</b>	: Hemodiyaliz
<b>KAPM</b>	: Kanada Aktivite Performans Modeli
<b>KAPÖ</b>	: Kanada Aktivite Performans Ölçümü
<b>KBH</b>	: Kronik Böbrek Hastalığı
<b>KÇA</b>	: Kişi-Çevre-Aktivite
<b>KDOQI</b>	: Kidney Outcomes Quality Initiative
<b>KDQOL™-36</b>	: Böbrek Hastalığı ve Yaşam Kalitesi Formu
<b>KVH</b>	: Kardiyovasküler hastalık
<b>mö</b>	: Müdahale öncesi
<b>ms</b>	: Müdahale sonrası
<b>n</b>	: Birey sayısı
<b>p</b>	: İstatistiksel yanılma payı
<b>PD</b>	: Periton diyalizi
<b>RRT</b>	: Renal Replasman Tedavisi
<b>SDBH</b>	: Son Dönem Böbrek Hastalığı
<b>SİYK</b>	: Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>SS</b>	: Standart sapma
<b>YK</b>	: Yaşam kalitesi

**ŞEKİLLER**

<b>Şekil</b>	<b>Sayfa</b>
<b>2.1.</b> Hemodiyaliz uygulaması	11
<b>4.1.</b> Arterio Venöz Fistül varlığı ile ilişkili oluşabilen koldaki şekil değişikliği	44
<b>4.2.</b> Grup 1 ve 2'ye ait yaşam kalitesine ait müdahale öncesi ve sonrası yaşam kalitesi alt boyutları (Semptom Alt Boyutu)	48
<b>4.3.</b> Grup 1 ve 2'ye ait yaşam kalitesine ait müdahale öncesi ve sonrası yaşam kalitesi alt boyutları (Hastalık Etkisi Alt Boyutu)	49
<b>4.4.</b> Grup 1 ve 2'ye ait yaşam kalitesine ait müdahale öncesi ve sonrası yaşam kalitesi alt boyutları (Hastalık Yükü Alt Boyutu)	49
<b>4.5.</b> Grup 1 ve 2'ye ait yaşam kalitesine ait müdahale öncesi ve sonrası yaşam kalitesi alt boyutları (SF-12 Fiziksel Komponent Alt Boyutu)	50
<b>4.6.</b> Grup 1 ve 2'ye ait yaşam kalitesine ait müdahale öncesi ve sonrası yaşam kalitesi alt boyutları (SF 12 Mental Komponent Alt Boyutu)	50

**TABLolar**

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>2.1.</b> K/DOQI kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığının evreleri	8
<b>2.2.</b> Kronik böbrek hastalığında yaygın görülen semptomlar	9
<b>4.1.</b> Grup 1 ve Grup 2'nin tanımlayıcı özellikleri	31
<b>4.2.</b> KAPÖ değerlendirmesi sonucunda belirlenen bireylerin zorluk yaşadığı aktiviteler	35
<b>4.3.</b> Grup 1 ve Grup 2'nin müdahale öncesi ve sonrası grup içi, gruplar arası ve farklar açısından karşılaştırılması	52
<b>4.4.</b> Bireylerin KAPÖ'ye göre belirledikleri aktivite alanlarına ait müdahale öncesi ve müdahale sonrası aktivite performansı ve memnuniyet puanları	53

## 1. GİRİŞ

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) yavaş ilerleyici ve geri dönüşümsüz böbrek fonksiyon kaybıdır (1). Hastalığın son aşamasında, renal replasman tedavi (RRT) yöntemi olarak diyalizin farklı uygulamaları kullanılabilir. Bu tedaviler hastalığın semptomlarını kısmen hafifletir ve mortaliteyi azaltır, ancak bu tedavilerden hiçbiri iyileştirici değildir.

Hemodiyaliz (HD); kronik böbrek hastalığı olan bireyler için RRT yöntemlerinden biridir. Bu tedavi; böbrekler normal fonksiyonlarını yerine getiremediğinde toksik/metabolik atık maddelerin vücuttan uzaklaştırıldığı bir yöntemdir. Hemodiyaliz tedavisi alan bireyler, haftada 2-3 gün bir diyaliz makinesine bağlı olarak, seans başına en az 4 saat süren bir tedavi almaktadırlar. Bu tedavi bireylerde yaşam süresinin artması gibi etkilere sahip olmakla birlikte, aynı zamanda yorgunluk, aktivitelerde kısıtlamalar, fonksiyonel durumunda bozulma ve depresyon gibi fiziksel ve sosyal semptomlara yol açabilir (2,3). Ayrıca HD tedavisi alan bireylerin yaşam düzenindeki değişiklikler ve kısıtlamalar, hastalar ve aileleri için karmaşık ve değişen yaşamları benimsetir ve bu durum bireyin yaşam kalitelerini olumsuz etkiler. Birçok araştırma, son dönem böbrek hastalığı (SDBH) olan bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir (4,5).

Bağımsızlık ve otonominin elde edilmesi, bireyin yaşam kalitesine ve bütüncül sağlığa sahip olması için gereklidir. KBH tedavisinde ergoterapi uygulamaları, bireylerin etkilenim olan aktivitelerdeki aktivite performansında bağımsızlık ve otonomiye desteklediği için temeldir (6). Ergoterapi, aktivite performansının geliştirilmesine odaklanan bir sağlık mesleğidir (7). Aktivite performansı, Kanada Aktivite Performans Modeli'ne (KAPM) göre kişi, çevre ve aktivite arasındaki etkileşimin sonucudur (8). Kişi; fiziksel, duygusal ve bilişsel, çevre; fiziksel, sosyal, kültürel ve kurumsal ve aktivite; kişisel bakım, oyun, serbest zaman ve üretkenlik komponentlerinden oluşmaktadır. KBH'nın fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlar dahil olmak üzere çok boyutlu etkileri olduğu göz önüne alındığında, HD tedavisi alan bireylerin bu üç alanda ki aktivitelerin farklı derecede etkilenimleri olabilir (9).

Hemodiyaliz tedavisine ergoterapi müdahalesi, KBH koşullarında yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan yeni bir yaklaşım olarak kabul edilebilir. Bununla

birlikte çok az sayıda çalışma KBH olan bireylerde ergoterapinin etkisini araştırmıştır (10). Oysa; anlamlı aktivitelerin sürdürülmesi, bireylerin sağlık ve iyilik halini teşvik ederek, toplumsal yaşama katılımını artırmaktadır.

Bu çalışma; hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde kişi merkezli ergoterapi müdahalesinin aktivite performansı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile planlanmıştır. Literatürde kişi merkezli ve bu kapsamda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın sonuçları HD tedavisi olan bireylerde hastalığa bağlı semptomlardan korunma, bu semptomlarla başa çıkma ve bireylerin yaşam kalitesinin artırılması konusunda düzenlenecek müdahale programlarına yol gösterici olacaktır.

Çalışmanın hipotezleri şunlardır;

H1. HD tedavisi alan bireylerde kişi merkezli ergoterapi müdahalesinin aktivite performansı üzerine etkisi yoktur.

H2. HD tedavisi alan bireylerde kişi merkezli ergoterapi müdahalesinin yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kronik Böbrek Hastalığı Tanımı

Kronik böbrek hastalığı (KBH) giderek daha fazla küresel bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (11). Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) kılavuzunda (12) KBH; böbreğin yapısını ve işlevini etkileyen heterojen hastalıklar için genel bir terimdir (13) ve hipertansiyon, diyabet, obezite ve primer böbrek bozukluklarında hızlanan yaşa bağlı böbrek fonksiyonlarının azalması ile ilişkilidir (14). KBH; 3 aydan daha fazla bir süredir sağlığa etkileri olan böbrek yapı veya fonksiyon anomalileri olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma dayalı popülasyon prevalansını belirlemede sorunlar olmasına rağmen, KBH dünyada yetişkin popülasyonun %10-15'ini etkilenmektedir (15). Prevelans oranları özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde en hızlı olarak artmıştır (16). Azalan böbrek fonksiyonu, hastaneye yatış (17), kognitif fonksiyonlarda bozulma (18) ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olur (4). Hastalık yükü, erken evrelerde en yüksektir ve 70 yaşın üzerindeki kişilerin yaklaşık %35'ini etkilemektedir (19). KBH tedavisinin maliyeti ve komplikasyonları dünyanın birçok yerinde hükümetler ve bireyler için uygun değildir. Yıllık diyaliz ve böbrek nakli maliyetleri, hasta başına 35000-100000 ABD Doları arasında değişmektedir (20).

Genel böbrek fonksiyonunun en iyi göstergesi, zaman birimi başına işleyen nefronlar boyunca filtre edilen toplam sıvı miktarına eşit olan glomerüler filtrasyon hızıdır (GFH) (21). KBH, böbrek hasarı göstergeleri, görüntüleme veya proteinüri (genellikle albümin-kreatinin oranı kullanılarak) ve böbrek fonksiyonlarında azalma ile tanımlanır (22,23). Genellikle hastalığın belirtileri yavaş yavaş ortaya çıkar ve yorgunluk, hipertansiyon, bulantı, nefes darlığı, ekstremitelerde şişlik gibi bulgular verir.

### 2.2. Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı

KBH'nın erken ve orta evreleri genellikle asemptomatik olması nedeni ile prevalansı global olarak değişmektedir. Prevelans çalışmalarındaki değişikliklere rağmen, ABD ve Avustralya da dahil olmak üzere yüksek gelirli ülkelerde KBH prevalansının %11 civarında olduğu bilinmektedir. KBH'nın görülme sıklığı,

prevalansı ve progresyonu, ülkeler arasında etnik köken ve sosyal sınıfa göre de değişiklik gösterir. Sosyoekonomik açıdan en düşük çeyreklikteki bireyler, en yüksek çeyrektekilere göre %60 daha fazla progresif KBH riski taşımaktadır (24,25).

Coğrafi olarak ise; Avrupa, ABD, Kanada ve Avustralya gibi gelişmiş bölgelerde, Afrika, Hindistan gibi ekonomilerin büyüdüğü alanlara kıyasla daha yüksek KBH prevalansı olduğu gösterilmiştir (15). İngiltere'deki Siyah ve Asyalılar, ABD'deki Hispanikler ve Avustralya, Yeni Zelanda ve Kanada'daki Yerli Halklar KBH ve hastalık progresyonu geliştirme riski daha yüksektir (25).

Ülkemizde 10.748 erişkinin katılımı ile gerçekleştirilen CREDIT çalışmasında (26) ise, Türkiye'de erişkinlerin yüzde 15,7'sinde KBH bulunduğunu göstermiştir. Bu oran ise ülkemizde 7 milyondan fazla KBH olan kişi bulunduğunu, yani her 6-7 erişkinden birinin böbrek hastası olduğunu göstermekte ve bu konunun ciddiyetinin ülkemiz için tahmin edilenin çok üzerinde olduğunu düşündürmektedir (27).

### **2.3. Kronik Böbrek Hastalığı Etiyolojisi**

KBH'nın hem kalıtsal hem de edinsel birçok nedeni vardır. KBH'ye yol açan nedenlerin dağılımı ülkeye, cinsiyete, yaşa ve ırka göre farklılıklar gösterir. ABD Böbrek Veri Sistemi SDBH'na yol açabilen 50 farklı neden (diabetes mellitus, hipertansiyon, ileri yaş, ailede KBH öyküsü, obezite vs) belirtmiştir (28). Ülkemizde yapılan CREDIT çalışmasında KBH açısından risk oluşturan komorbid durumlar incelenmiştir. Dislipidemi %76,3, aktif sigara kullanımı %35,2, hipertansiyon %32,7, abdominal obezite %32,1, metabolik sendrom %31,3, obezite %20,1, diyabetes mellitus %12,7, oranında saptanmıştır (26).

Geçmişte KBH'na yol açan en önemli neden glomerülonefritler iken, günümüzde en sık nedenler diyabet ve hipertansiyondur. Ülkemiz dahil dünyanın birçok bölgesinde KBH'nin en önemli nedeni diyabettir ve diyabetik nefropati tüm etnik kökenlerde ve ırklarda birinci sırada yer almaktadır (28). CREDIT çalışmasında diyabetiklerde KBH prevalansı diyabetik olmayanlardan 2,5 kat yüksek bulunmuştur (26).

Diyabetten sonra KBH'nin ikinci nedeni hipertansiyondur (27). CREDIT çalışmasında KBH prevalansı hipertansif bireylerde %25,3, normotansif bireylerde

ise %10,6 bulunmuştur (26). TND 2012 Böbrek Kayıt Sistemi verilerine göre; diyaliz tedavisine yeni başlayan bireylerin %27,4'ünde böbrek yetmezliğinin nedeni hipertansiyon olarak belirlenmiştir (29).

Obezite, diyabet ve hipertansiyonla yakından ilişkilidir ve KBH'na eğilimi arttırır (30,31). CREDIT çalışmasında KBH prevalansı obezlerde obez olmayanlara göre 1,5 kat yüksek bulunmuştur (26).

Çalışmalar; KBH görülme sıklığının yaşla birlikte arttığı ve yaşlı bireylerin neredeyse yarısının bu hastalıktan muzdarip olduğu gösterilmiştir (32).

Cinsiyetle ilgili yapılan çalışmaların sonuçları değışkenlik göstermektedir. Bazı çalışmalar (33) erkeklerde daha yüksek sistemik kan basıncı olduğunu bildirmiş, bazıları ise hipertansif böbrek hasarına karşı erkeklerin daha duyarlı olduğunu öne sürmüşlerdir. Bununla birlikte bazı yapılan bir metaanaliz çalışmasında (15); KBH'nın erkeklere oranla kadınlarda daha yaygın görüldüğü saptanmıştır.

Düşük doğum ağırlığı, prematürite ve yüksek doğum ağırlığı (örneğin, diyabeti olan annelerde doğan bebeklerde), hipertansiyon, diyabet, obezite, kardiyovasküler hastalık ve KBH riskleri ile ilişkilidir (34,35). Çocukluk çağı obezitesi ve erken doğum, KBH için önemli risk faktörleridir. Preeklampsi veya eklampsi yaşayan annelerin yaşam boyu hipertansiyon riski ve KBH vardır (36).

Enfeksiyonlar akut böbrek hasarı ve KBH'nin ana nedenleri arasındadır (37). Böbrek taşları diğer bir önemli KBH risk faktörüdür (38). HIV, sıtma ve tüberküloz ve impetigo, hepatit B, hepatit C ve çeşitli tropikal hastalıklar gibi diğer enfeksiyonların, KBH riskinin artmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (39,40).

Aşırı tuz tüketimi gibi davranışsal faktörlerde hem hipertansiyon ve kalp-damar hastalıklarına yol açarak, hem de böbrekler üzerine doğrudan etkileriyle böbrek hastalığı gelişim sıklığını arttırır. Aşırı tuz tüketiminin glomerüllerde hiperfiltrasyona ve bunun sonucunda glomerüloskleroza yol açtığı gösterilmiştir (41).

#### **2.4. Kronik Böbrek Hastalığı Komplikasyonları**

Böbrek hastalığı, hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıklarla ilgili hastalık yükünü ve toplum sağlığını etkiler (42). Progresif KBH, birbiriyle etkileşime giren çeşitli komplikasyonlarla bağlantılıdır. Bu komplikasyonlar yüksek morbidite

ve mortalite ve düşük yaşam kalitesine katkıda bulunur. Bu komplikasyonlardan bazıları;

**Hipertansiyon;** hemodiyaliz tedavisi alan bireylere sıklıkla eşlik eden klinik bulgulardan biridir ve mortaliteyi artırabilecek kardiyovasküler hastalıkların oluşması için bir risk faktörüdür (43). KBH'da vücutta tuz ve su tutulumu nedeni ile oluşan volüm yüklenmesi sonucunda hipertansiyon gelişmektedir. Literatürde hipertansiyonu olan, hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin daha düşük yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğuna dair bulgular vardır (44).

**Kardiyovasküler hastalıklar (KVH);** KBH olan bireylerde önde gelen ölüm nedenidir ve bu komplikasyonun prevalansı ve hastalık yükü azalan böbrek fonksiyonuyla artar (14). KBH'nın ilerleyici doğası, ilişkili kardiyovasküler morbidite ve mortalite ve bunun ardından gelen SDBH, küresel sağlık kaynaklarına ciddi bir yük getirmektedir. Prospektif kohort çalışmaları, daha kötü böbrek fonksiyonu ve proteinürinin, KVH ve mortalite ile geleneksel risk faktörlerinden bağımsız olan önemli ilişkilerine dair kanıtlar sunmuştur (45,46). Koroner arter kalsifikasyonu, kronik böbrek hastalığı olan bireylerde oldukça yaygın ve şiddetlidir (47). Türk Nefroloji Derneği 2017 raporunun verilerine göre, ülkemizde 2016 yılında hayatını kaybeden KBH olan bireylerden HD tedavisi alanların %51'inin, periton diyalizi alanların ise %42'sinin ölüm nedeni KVH'tır (48).

**Anemi;** KBH'daki aneminin ana nedeni, eritropoietin üretiminde göreceli bir eksiklik olsa da (49), KBH'nın karmaşık klinik tablosu, enflamasyon ve demir eksikliği gibi aneminin gelişmesine katkıda bulunan ek koşulları içerir. Diyaliz tedavisi almayan KBH olan bireylerde anemi prevalansı yüksektir (%47,7) ve evre 5 KBH'de bu oran yaklaşık %76'ya yükselir (50).

**Mineral kemik bozukluğu;** KBH genellikle serum kalsiyum, fosfor, paratiroid hormonu ve serum 25-hidroksivitamin-D anormallikleri dahil, mineral ve kemik metabolizmasının düzensizlikleri ile ilişkilidir (51). Bu durum zamanla ilerleyerek paratiroid hiperplazisi ve kemik sağlığının bozulmasına katkıda bulunur (52). Minerak kemik bozukluğu ayrıca vasküler kalsifikasyon, bozulmuş arter fonksiyonu ve sol ventrikül hipertrofisi ve fibrozisi gelişmesi ile KVH'a da katkıda bulunabilir (53).

**Tuz ve su tutma;** özellikle KBH 3-5. evrelerinde, hem sodyum fazlalığına hem de sodyum azalmasına karşı bir direnç vardır. Aşırı sodyum ve sıvı yalnızca ödem oluşumuna neden olmaz, aynı zamanda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği gibi, ek olarak hipertansiyona ve diyastolik fonksiyon bozukluğu ile sonuçlanabilen konsantrik sol ventrikül hipertrofinine de katkıda bulunur (54).

**Metabolik asidoz ve elektrolit bozuklukları;** Metabolik asidoz, KBH'da sık görülür ve asit alımı ve üretimi, renal asit atılımını aştığında meydana gelir. Kronik metabolik asidoz iskelet kası katabolizmasına, endokrin hormonlara duyarsızlığa ve kemik hastalığına katkıda bulunur ve KBH'nin ilerlemesini hızlandırabilir (55).

**Üremik semptomlar;** üremik semptomların nedenleri tam olarak anlaşılmamıştır, ancak ciltte spesifik üremik toksinlerin birikimini içermesi muhtemeldir. Bu semptomlar; anoreksi, yorgunluk, kaşeksi, kaşıntı, bulantı, huzursuz bacak sendromu, uyku bozuklukları ve cinsel işlev bozukluğuna neden olabilir (56). Pruritus yaygındır ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. SDBY ile ilişkili olarak pruritus, bireylerin %50-90'ını etkiler (57).

**Enfeksiyon;** farklı hastalıkların KBH'na eşlik etmesi, ileri yaş, immun sistemi baskılayan tedaviler, diyaliz için girişim yolunun varlığı ve diyaliz işlemi gibi çeşitli sebepler enfeksiyona yatkınlığı artırmakta ve enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Bu durum KBH olan özellikle ileri evre hastalarında morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir (58).

**Santral ve periferik nörolojik bozukluklar;** KBH'da yaygındır, ancak sıklıkla tanı konulmaz ve etkileri genellikle önemsenmez. KBH popülasyonunda sık görülen nörolojik komplikasyonlar; bilişsel bozukluk, nöbet, inme ve periferik nöropatilerdir (59). KBH olan bireyler inme açısından genel popülasyondan daha yüksek risk altındadır ve inme olasılığı azalan GFH ile artmaktadır (60). İnme ve KBH, yüksek tansiyon, sigara, yüksek kolesterol ve diyabet gibi ortak kardiyovasküler risk faktörlerini paylaşır (61).

**Kognitif bozukluklar,** Kognitif bozukluk, KBH olan bireylerde oldukça yaygındır. Bilişsel bozulma SDBH popülasyonunda oldukça yaygın olmasına rağmen, büyük ölçüde yetersiz tanı almaktadır (18,62). Bilişsel problemler KBH ve SDBH olan bireylerin üçte birini etkiler (63,64). Bilişsel bozulma prevalansı böbrek hastalığının erken döneminden itibaren artmaktadır ve birçok çalışma KBH'nin yaş,

diyabet ve hipertansiyondan bağımsız olarak bilişsel düşüş riskini arttırdığını göstermektedir (65,66). Ancak, KBH olan bireylerde bilişsel gerileme riskinin artmasına neden olan mekanizmalar tam olarak anlaşılamamıştır (67).

**Malnütrisyon;** diyetle kalori ve protein kısıtlaması, eşlik eden hastalıklar, proteinüri, iştah kaybı ve ileri yaş malnütrisyon için risk faktörlerini oluşturmaktadır. Malnütrisyon, artmış morbidite ve mortalite ile ilişkili SDBH olan bireylerde sık görülen bir sorundur (68). HD tedavisi alan bireylerde malnütrisyon prevalansı çalışma konularına ve değerlendirme yöntemlerine bağlı olarak %16-62 arasında değişmektedir (69,70).

## 2.5. Kronik Böbrek Hastalığı Sınıflandırma

Hastalığın tanımı ve sınıflandırması zamanla değişmiştir, ancak mevcut uluslararası kılavuzlar bu durumu; altta yatan nedenlerden bağımsız olarak, en az 3 aydır glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 60 ml dk 1,73 m<sup>2</sup> den daha düşük veya GFH'nda azalma olsun olmasın düşük böbrek fonksiyonu olarak tanımlamaktadır (24). KBH, tahmini GFH eşiklerini ve/veya proteinüri değeri gibi yapısal böbrek değişikliklerini gösteren *Kidney Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) (22) kılavuzlarını kullanarak beş aşamaya sınıflandırılabilir (Tablo 2.1.).

**Tablo 2.1.** K/DOQI kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığının evreleri

Evre	Tanım	GFH (ml dk 1,73 m <sup>2</sup> )
1	Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥90
2	Hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı	60 – 89
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30 – 59
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15 – 29
5	Son dönem böbrek hastalığı	<15

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), vücudun metabolik ve elektrolitik dengeyi koruyamadığı, üremi, metabolik asidoz, anemi, elektrolit dengesizlikleri ve endokrin bozukluklarına neden olan geri dönüşümsüz ve ilerleyici bir böbrek yetmezliğidir. SDBH en ciddi KBH şeklidir ve diyaliz veya böbrek nakli ile olabilen renal replasman tedavisi (RRT) ile tedavi edilmezse ölümcül olabilir (20).

KBH semptomları kişiden kişiye ve hastalığın şiddetine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Yaygın olarak görülen semptomlar (71) Tablo 2.2'de verilmiştir.

**Tablo 2.2.** Kronik böbrek hastalığında yaygın görülen semptomlar

Erken Evre Böbrek Yetmezliği	Böbrek Fonksiyonlarını Kötüleşmesi	Son Dönem Böbrek Hastalığı
İştah kaybı	Normal olmayan derecede açık veya koyu ten	Anemi
Yorgunluk ve güçsüzlük	Uyuşukluk	Solunum güçlüğü
Pruritis ve kuru cilt	Deride his değişiklikleri	Nokturi
Mide bulantısı	Nefesin kokması	Ayak ve ayak bileklerinde şişlik
Kilo vermeye çalışmadan kilo verme	Hıçkırık	Yüksek kan basıncı
Bilişsel fonksiyonlarda bozulma	Gaitada kan	Menstrual döngüde değişiklikler
Kramplar	Uyku problemleri	Sindirim sistemi problemleri

## 2.6. Kronik Böbrek Hastalığında Tedavi Seçenekleri

Kronik böbrek hastalığı olan bireyler için tedavi seçenekleri arasında diyet tedavisi, ilaç kullanımı, diyaliz ve böbrek transplantasyonu bulunmaktadır (72). Böbrek yetmezliği çok ilerlediği zaman SDBH tablosu ortaya çıkar. Bu tabloda kandaki zararlı artıkların oranı çok yükselir ve vücudun kimyasal dengesi bozulur. SDBY sadece ilaç kullanımı ile tedavi edilemez. Böbreğin görevini üstlenecek başka tedavi yöntemleri gereklidir. Bunlar (73);

- Diyaliz
- Böbrek transplantasyonu

Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği ortak raporuna (2017) (74) göre; ülkemizde 74.475 SDBH'nın olduğu, bu bireylerin 56.687'sinin HD, 3508'inin periton diyalizi, 14.280'inin böbrek transplantasyonu gibi RRT aldığı saptanmıştır.

### **2.6.1. Diyaliz**

Diyaliz tedavisi hemodiyaliz ve periton diyalizi olmak üzere iki farklı yöntemle yapılır.

#### **Hemodiyaliz**

Hemodiyaliz, böbrekler normal fonksiyonlarını yerine getiremediğinde toksik/metabolik atık maddelerin vücuttan uzaklaştırıldığı bir yöntemdir. HD tedavisine başlamadan önce yeterli miktarda kanın alınabileceği bir damar yoluna ihtiyaç vardır. Bu damar yolu için fistül, damar grefti ya da kateter kullanılır. HD, kanın içinden geçmesini sağlayan özel bir filtre veya yarı geçirgen bir membran kullanan bir tekniktir. Filtre daha sonra ekstra su, vücut atığı ve toksik ürünleri kandan uzaklaştırır. Bu prosedür kanı temizler, vücudun homeostatik ortamını ve uygun sıvı ve elektrolit dengesini korur (73,75). Hemodiyaliz; ülkemizde en sık uygulanan renal replasman tedavi yöntemidir (48).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireyler, haftada 2-3 gün bir diyaliz makinesine bağlı olarak, seans başına 3-5 saat süren bir tedavi almaktadırlar. Bu durum ise kişi ve sağlık kurumu arasında bir bağlılık yaratır. Bir veya daha fazla diyaliz seansını kaçırmak veya bir seansı 10 dakikadan daha fazla kısaltmak, hayatta kalma oranının düşmesi ve ölüm riskinin artması anlamına gelir (76,77).





**Şekil 2.1.** Hemodiyaliz uygulaması

### **Periton Diyalizi**

Kanı zararlı atıklardan temizlemek için bireyin kendi karın zarının (periton) filtre olarak kullanıldığı şekline periton diyalizi (PD) adı verilir. Bu uygulama için bireyin karın boşluğuna bir kateter yerleştirilerek, özel olarak hazırlanmış bir torbada bulunan diyaliz sıvıları bu kateter ile bireyin karnına verilir. Diyaliz sıvısı karında kaldığı süre içinde, kandaki zararlı maddeler karın zarından süzülür ve diyaliz sıvısının içine geçer. Kirlenmiş olan sıvı bir kateter ile vücuttan boşaltılır. Daha sonra; bireyin karnına tekrar temiz bir diyaliz sıvısı verilerek kan biraz daha temizlenir. Sonra tekrar temiz bir sıvı ile işleme devam edilir. Periton diyalizinin Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi ve Aletli Periton Diyalizi olmak üzere iki çeşidi vardır. PD genellikle günde 4 kez yapılır ve birey işlemi tek başına ve hastane dışında yapabilir (73,78,79).

### **2.6.2. Böbrek Transplantasyonu**

Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'na (48) göre kronik HD veya PD takibinde olan veya fonksiyonel greftle izlenmekte olan, tüm bireylerin (çocuklar dahil) %19,83'ü böbrek transplantasyonu ile takip edilmektedir. Böbrek transplantasyonun, tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak, son dönem organ yetmezliği tanısı ile izlenen bireylerde tıbbi, sosyal yaşam, yaşam kalitesi ve iş gücü kaybında azalma ve tedavi maliyetleri açısından önemli faydalar sağlayan, en fazla tercih edilen tedavi yöntemlerinden birisi olduğu ifade edilmektedir (80,81).

### **2.7. Kronik Böbrek Hastalığı ve Ergoterapi**

Ergoterapistler her yaştan insanın sağlığı için kesin bir öneme sahip olan insan aktivitesi ile ilgilenmektedir ve günlük aktiviteler sırasında insan kapasitesini azaltan fiziksel, psikososyal ve çevresel yönleri değerlendirir (82,83). Ergoterapi, hastalık ve tedavinin dayattığı sınırlamalara rağmen, aktif yaşam tarzını teşvik eder. Ergoterapistler, bireylerin rezidüel/var olan kapasiteleri ile çalışırlar (10).

Günlük aktivitelerin sağlık için çok önemli olduğu inancı, sağlık ve varoluş için anlam bulma, ergoterapi mesleğinin temellerindeki ve şu anda ergoterapi bilim tarafından kurulan insan sağlığı bütünlüğünün anlaşılmasında merkezi bir konuma sahiptir (7). Gündelik hayat, çeşitli bağlamlara (kültürel, fiziksel, sosyal, kişisel, temporal ve manevi gerçeklikler gibi) yerleştirilmiş sayısız aktiviteler aracılığı ile gerçekleştirilir (84). Ergoterapi; günlük aktivitelerin terapötik kullanımı yoluyla bireylerin istedikleri ve yapmaları gereken şeyleri yapmalarına yardımcı olan bir meslek alanıdır (85).

Ergoterapi müdahaleleri, insan aktivitelerinin kullanımıyla oluşmaktadır ve bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan yaratıcı, otonom ve entegre bir yaşam için bilgi, durum ve fırsatların geliştirilmesine odaklanır (86). Bireyler ihtiyaç ve ilgilerini karşılayan aktivitelerle meşgul olduklarında, yaşamlarının dengede olduğu varsayılır ve yaşam memnuniyeti ve kalitesi olumlu şekilde etkilenir (85).

Ergoterapi müdahaleleri ile bireyler, kapasitelerinin çoğunu hala korunmakta olduklarını bilmediklerini fark ederler (87,88). Yavaş yavaş önem kazanacak küçük

projeler üstlenmek, hastalık sürecinde sıklıkla kaybedilen kişinin kendine güvenini tekrar kazanmasına ve bireyin öz saygısının iyileşmesine katkıda bulunur (10).

Sağlık koşulları, insanların yapabildiği şeyleri ve yaşamlarında tatmin edici bir aktivite dengesi yaratıp yaratamayacağını etkiler. Kronik hastalığı olan bireyler aktivite yoksunluğundan veya aktivitenin aksamamasından muzdarip olabilir (89). Günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve rekreasyonel aktiviteler, kronik hastalıkları olan bireylerin maksimum fonksiyonel performanslarını elde etmek için rehabilitasyon programına entegre edilmelidir (90,91).

Hemodiyaliz tedavisinde ergoterapi müdahalesi, KBH koşullarında yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan yeni bir yaklaşım olarak kabul edilebilir (10). Bağımsızlık ve otonominin elde edilmesi, bireyin yaşam kalitesine ve bütüncül sağlığa sahip olması için gereklidir. KBH tedavisinde ergoterapi uygulamaları, bireylerin etkilenim olan aktivitelerdeki aktivite performansında bağımsızlık ve otonomiye desteklediği için temeldir.

Ergoterapi, aktivite performansının geliştirilmesine odaklanan bir sağlık mesleğidir (7). Aktivite performansı, Kanada Aktivite Performans Modeli'ne (KAPM) göre kişi, çevre ve aktivite arasındaki etkileşimin sonucudur. Kişi; fiziksel, duygusal ve bilişsel, çevre; fiziksel, sosyal, kültürel ve kurumsal ve aktivite; kişisel bakım, oyun, serbest zaman ve üretkenlik komponentlerinden oluşmaktadır. KBH'nın fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlar dahil olmak üzere çok boyutlu etkileri olduğu göz önüne alındığında, HD tedavisi alan bireylerin bu üç alandaki aktivitelerin farklı derecede etkilenimleri olabilir (92).

KBH ve SDBH olan bireyler, artan mortalite ve fonksiyon bozukluğuna yol açabilecek birçok sağlık problemi yaşarlar. Çok sayıda komorbidite, fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlar, yaşam kalitesinin azalmasına yol açabilir. Ambulasyon zorluğu, denge problemleri, eklem ağrısı ve sertliği, kas spazmı ve zayıflığı, yorgunluk, nöropati GYA'da zorluklara ve fonksiyonel bağımsızlığın azalmasına neden olabilir (6). SDBH'ı olan bireyler, kontrolleri dışındaki koşullar nedeni ile aktivite seçiminden mahrum kalırlar. Gün içindeki sağlık durumları, genellikle o gün içindeki aktivite seçeneklerinin ne olduğunu belirler (93).

## 2.8. Kronik Böbrek Hastalığı ve Kişi Çevre Aktivite Modeli

1996 yılında Law ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan kişi çevre aktivite (KÇA) modeli, kapsamlı ve kişi merkezli ve bir ergoterapi modelidir (94). Modele göre, kişi, çevre ve aktivite birbirleri ile dinamik bir ilişki içerisinde. Aktivite performansı ise kişi, çevre ve aktivite arasındaki bu dinamik ilişkinin sonucudur. Aktivite performansı, kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarından oluşmaktadır. Kişi merkezli uygulama KÇA modelinin temel teorisidir (94).

### 2.8.1. Kişi

Kişi benzersizdir ve aynı anda çeşitli rollere sahiptir. Kişi zihin, beden ve ruhsal özellikleriyle birlikte bütünsel olarak ele alınır (94). Kişi duygusal, kognitif, fiziksel ve manevi özellikleri, kültürel geçmişi ve kişilik tarzı gibi faktörlerden oluşur. Kişi, dinamik ve sürekli gelişen bir yapıdadır ve çevresi ile etkileşim halindedir. Bu yüzden, kişinin rolleri, zamana ve bulunulan ortama göre değişkenlik göstermektedir (94,95).

KBH olan bireylerin, sıvı kısıtlamaları, özel diyetler, tıbbi randevular ve hemodiyaliz süreci; bu bireylerde fiziksel, sosyal ve emosyonel açıdan limitasyonlar oluşturmakta, bireyleri kırılgan hale getirmekte ve günlük hayatlarını etkilemektedir (82). Lilympaki ve ark. (2016) (96), HD'in böbrek yetmezliği için en yaygın tedavi yöntemi olmasına rağmen, bu sürecin oluşturduğu stresin bireyin yaşamının tüm boyutlarını etkileyen bir işlem olduğunu belirtmiştir.

KBH sadece fiziksel aktivite, beslenme, sıvı alımı gibi birçok alanda kısıtlamalara neden olmakla kalmaz, aynı zamanda gelecekte diyaliz veya böbrek nakli gibi bazı zorlu işlemlerin yaşanabileceği bilgisi de bireyler için ek stres yaratır. Muhtemel sonuçlar, keder, aktivite eksikliği, konsantrasyon sorunları, iştah ve uyku bozuklukları, umutsuzluk ve bazı durumlarda intihar düşünceleri veya intihar girişimleridir (97).

Anksiyete ve depresyon, KBH olan bireylerde genel popülasyona göre daha yaygındır ve tedaviye uyumsuzluk riski, yaşam kalitesinde azalma ve hastanede yatış ve ölüm oranlarında artışa neden olur (98). Depresyon, HD tedavisi alan bireylerde sık görülen bir psikolojik problem olarak kabul edilmektedir. SDBH ile ilişkili ek

stresörler arasında biyokimyasal dengesizlik, fizyolojik değişiklikler, nörolojik bozukluklar, bilişsel bozukluk ve cinsel işlev bozukluğu bulunmaktadır. Tüm bu faktörler potansiyel olarak depresyonda rol oynayabilir (99). Mollahadi ve ark. (100) HD tedavisi alan bireylerin %63.9'unun anksiyete, %60.5'inin depresyon ve %51.7'sinin stres yaşadığını bildirmiştir.

Benlik duygusunun ve vücut imajının bozulması da SDBH ile yaşamının ortak psikolojik sonuçlarıdır. Vücut imajı ve benlik duygusu, iyilik halinin fiziksel, sosyal ve duygusal öğelerini kapsayan yaşam kalitesi yönleri üzerinde etkilidir. Diyaliz tedavisinde bireyler, kendilerini çekici görünmez olarak algılayabileceğinden, bu durum vücut imajını önemli ölçüde etkileyebilir. Örneğin, bir fistül veya kateter yoluyla diyaliz için bir erişim noktası oluşturma prosedürleri, vücudun görünümünü değiştirebilir. Organ reddini önlemek için alınan immünsüpresif ilaçlar, bariz bedensel değişikliklere de katkıda bulunur (99).

### 2.8.2. Çevre

Kişinin aktivite performansının içinde bulunduğu bağlam çevredir. Çevre; fiziksel, kültürel, sosyal, kurumsal, politik ve ekonomik olabilmektedir (94).

HD tedavisi alan bireylerin yaşam düzenindeki değişiklikler ve kısıtlamaları, bireyler ve aileleri için karmaşık ve değişen yaşamları zorunlu kılar ve nihayetinde yaşam kalitelerini düşürür (101,102).

HD tedavisi alan bireyler partner ilişkilerindeki rollerin değişmesi gibi, aile içindeki roller ile ilgili de zorluk yaşayabilirler. Örneğin; SDBH olan erkek hastalarda erektil disfonksiyonun bir sonucu olarak bazen cinsel zorluklar ortaya çıkabilir (103).

Literatürde SDBH olan bireylerde sosyal desteğin önemi vurgulanmış ve diyeteye uyum için en önemli parametrenin sosyal destekten memnun olma durumu olduğu bildirilmiştir (104). Soykan ve diğ. (105), SDBH olan bireylerde, zayıf sosyal desteği olanlarda erken ölüm ve intihar riskinin arttığını öne sürdüler. Ayrıca, sosyal kaynaklar, başa çıkma stratejilerinin planlanmasında yardımcı olmak için gerekli bilgi ve rehberliği sağlayabilir (106).

Böbrek hastalığı, aynı zamanda büyük bir ekonomik yük ile ilişkilidir. Yüksek gelirli ülkeler tipik olarak yıllık sağlık bakım bütçelerinin %2-3'ünden fazlasını SDBH'nın tedavisi için harcarlar (107).

### **2.8.3. Aktivite**

Aktivite; kişinin geçmiş ve mevcut bağlamları ile ilişkili olan hayatı, hedefleri ve rollerini içerir (108). KBH'nın fiziksel, sosyal ve psikolojik alanlar dahil olmak üzere çok boyutlu etkileri olduğu göz önüne alındığında, HD tedavisi alan bireylerin bu üç alandaki aktivitelerinde farklı derecede etkilenimleri olabilir. HD tedavisi, bireylerin günlük yaşamını, doğrudan yaşam kalitesine yansıyan, monoton ve kısıtlı hale getirdiğinden, sedanter yaşam tarzına ve fonksiyonel yetersizliğe katkıda bulunur ve tüm bunlar aktive katılımında aksamalara neden olur. Bireyler özellikle mesleki aktivitelerinden emekli olurlar ya da mesleklerini yapmayı bırakırlar. Bu durum ise sosyal izolasyonla sonuçlanabilir (109-111).

### **2.8.4. Aktivite Performansı**

Aktivite performansı kişi, çevre ve aktivite arasındaki dinamik ilişkinin sonucudur ve kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarından oluşmaktadır. Aktivite performansı her birey için farklıdır (8).

SDBH'da; hastalığın belirtileri, semptomları ve tedavisi bireylere fiziksel, sosyal ve duygusal sınırlamalar getirebilir. Bunlar, aktivite performans ile ilgili aksamalara neden olur (10).

## **2.9. Ergoterapide Kişi Merkezli Yaklaşım**

Kişi merkezli kavramı, Carl Rogers'ın (112), kişinin açıkça ifade ettiği gereksinimlerine odaklanan, yönlendirici olmayan, danışanın tercihlerine dikkat eden bir yaklaşımı tanımlamasıyla başladı (113,114). Kişi merkezli yaklaşım; özel, detaylı, samimi bir inceleme ile kişinin davranışlarına, ilişkilerine direktifli olmayan bir rehberlik etmek amacı ile geliştirilmiştir (112). Durağan bir yöntem değildir. Kişi merkezli yaklaşımda terapinin anahtarı, değişim ve gelişimdir. Terapist kişinin kendi problemlerini anlaması, kendine uygun çözümler bulmasını sağlamak için çalışır (115). Kişi merkezli anlayışı, genel otonomilerini artırmak amacıyla danışanların

bilgi ve deneyimini ve danışanın karar verme yeteneğini tanımanın öneminin altını çizer (116). Danışana saygı gösterilmeli ve rehabilitasyon süreci ortak olarak kabul edilmelidir. Kişi merkezli uygulamalar danışanı bağımsız kılmanın değerini vurgulamakta, yani danışanın hayatını şekillendiren aktiviteler için kaynaklar ve fırsatlar sunmaktadır (116-119). Kişi merkezli yaklaşımda gönüllü olarak yardım isteyen, kendi sorumluluğu olan anlamına gelen “danışan (client)” kelimesi kullanılmaktadır (115).

1980’li yıllardan beri Kanada Ergoterapi Derneği, ergoterapi alanında kişi merkezli uygulamaların kullanımını geliştiren ve araştıran birçok araştırma projesi hakkında raporlar yayınladı. Günümüzde ergoterapide müdahalelerinde, kişi merkezli uygulamalar her zaman temel bir unsur olmuştur (117). Danışan merkezli uygulamanın önemi, Amerikan Ergoterapi Terapi Derneği (120) tarafından belirlenen mesleki standartlara yansıtılmaktadır. Bugün, kişi merkezli yaklaşım veya uygulama, herhangi bir ergoterapi servisindeki hizmetlerin temel unsurlarından biri olarak dünya çapında kabul görmektedir (121,122).

Kişi merkezli uygulamanın başarısı iki temel bileşene bağlıdır. Birincisi, danışanların karar alma süreçlerinde yer alma isteği ve becerisi, ikincisi de ergoterapistlerin danışanları karar alma sürecine dahil etme isteği ve becerisidir (123). Literatürde kişi merkezli ergoterapi, iyileştirilmiş tedavi sonuçları ile ilişkilendirilmiştir (115).

Kişi merkezli kavramına dayanan bir ergoterapi uygulaması, sadece terapistin problem olarak algıladığı şeye odaklandığı bir hizmetten farklıdır. Bu uygulamanın danışanları ergoterapi sürecine çekmesi daha muhtemeldir ve danışanın terapi ile bağlılığı ve memnuniyetinin artmasına yol açar (114). Kişi merkezli uygulama, iyileşme sürecini hızlandırmak için kişisel ve manevi kaynakları araştıran özenli, onurlu ve güçlendirici bir ortam yaratır (124). Kişi merkezli bir yaklaşımla, danışanlar ve terapistler, aktivite performansı problemlerinin doğasını, müdahalenin odağını ve gereksinimini ve tercih edilen tedavinin sonuçlarını tanımlamak için birlikte çalışırlar. Kişi merkezli bir yaklaşımın temel varsayımları: (a) danışanlar ve aile üyeleri kendileri için en iyisini bilir, (b) tüm danışanlar ve aile üyeleri farklı ve benzersizdir ve (c) optimum danışan performansı, destekleyici bir aile ve topluluk bağlamında gerçekleşir (94). Bu varsayımlara dayanarak, danışanlar ve terapistler,

kişi merkezli bir ortaklık kurmaya kendi benzersiz katkıları ve sorumluluklarına odaklanabilirler. Böyle bir ortaklıkta danışanlar karar alma sürecine liderlik etmeyi beklerler. Bunu yapmak için, ihtiyaçlarını en etkin şekilde karşılayacak hizmetler hakkında karar vermelerini sağlayacak bilgilere ihtiyaç duyarlar. Bu bilgiler anlaşılır bir şekilde verildiğinde, danışanların müdahale için aktivite performans önceliklerini tanımlayabilmesini sağlayacaktır. Terapist, danışanları aktivite performans sorunlarını çözmek için kendi kaynaklarını kullanmaya teşvik eder. Kişi merkezli bir yaklaşım, ergoterapi uygulayıcılarını, danışanların kendi ihtiyaçlarını belirleme ve hizmet sunumunu kişiselleştirme konusunda yeni sorumluluklar almalarını teşvik eder. Danışan gereksinimlerini karşılayacak bilgiye sahip değilse, terapist danışanın sorunu çözeceğinden emin olmak için gereken kaynakları bulmasına yardımcı olmalıdır (125).

Ergoterapistin, danışandan problem, ihtiyaçlar ve hedefler hakkındaki algısı ile ilgili bilgi almak için müdahalenin ilk aşamasını tasarlaması önemlidir. Danışanın kişi, çevre ve aktivite ile ilgili faktörler hakkında bilgilerini içeren aktivite performans geçmişi oluşturulmaya çalışılır. Bu süreç yedi basamaklıdır (125):

1. Danışanın aktivite performans problemlerini adlandırın, doğrulayın ve önceliklendirin
2. Potansiyel müdahale model (ler) ini belirleyin
3. Aktivite performans alanlarını ve çevresel koşulları belirleyin
4. Güçlü yönleri ve kaynakları belirleyin
5. Hedeflenen sonuçları görüşün, eylem planı geliştirin
6. Aktivite yoluyla planları uygulayın
7. Aktivite performansı sonuçlarını değerlendirin.

Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ); bir kişinin aktivite performansındaki zaman içinde değişimini danışan bakış açısından saptamak üzere tasarlanan, kişi merkezli bir sonuç ölçütü olarak bu konuda en iyi örnektir. Çalışmalar danışanların kendi bakış açısından aktivite performans problemlerinin tanımlanmasının, danışanların motivasyonunu ve rehabilitasyondaki kişiselleştirilmiş hedeflerin uygunluğunu arttırdığını göstermektedir (94; 126-128). Çalışmalar ayrıca, KAPÖ'nün, danışanın aktivite performansı ile ilgili değerleri, yargıları ve tercihleri



hakkında kişiselleştirilmiş bir bakış açısı ve böylece klinik karar vermeyi kolaylaştırma ve fonksiyonel ilerlemeyi izleme yeteneği konusunda kişisel bir bakış açısı sağlamadaki yeterliliğini de belgelemiştir (127,128).

### **2.10. Kronik Böbrek Hastalığı ve Yaşam Kalitesi**

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini (YK), bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemleri bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilgili olarak bireyin yaşamdaki durumuyla ilgili algısı olarak tanımlamaktadır (129). Temel olarak yaşam kalitesi, kişinin yaşamın çeşitli yönleriyle “iyilik” in öznel değerlendirmesini içeren geniş, çok boyutlu bir kavramdır. Bu öznel iyilik hali yapısını ölçmek; iş, aile, serbest zaman, sağlık ve finans dahil olmak üzere çeşitli alanlarda genel yaşam doyumu ve memnuniyetinin değerlendirmesini gerektirir (130).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SİYK), genellikle sağlıkla ilgili kaygılara ve taleplere odaklanan kronik hastalık literatüründe ele alınan, daha dar bir yapıdır. SİYK, bireyin hastalığın etkisi ve tedavinin fiziksel, psikolojik ve sosyal işleyiş ve iyilik hali alanlarında algılaması olarak tanımlanmaktadır (131). SİYK, birçok kronik hastalıkta tedavi kalitesinin bir göstergesi olarak artan bir öneme sahiptir (132). SİYK belirli hastalıklar veya popülasyonlarda ortak olan, spesifik olarak incelenmesini sağlayan hastalığa özgü çok boyutlu değerlendirmeler kullanılarak ölçülür (131).

Çalışmalar (133), KBH'nin erken evrelerinde bile, YK'deki bozulmaların zaman içinde ortaya çıktığını göstermektedir. YK'deki bozulmalarının KBH evreleri boyunca aşamalı olarak gerçekleşip gerçekleşmediğine dair çelişkili sonuçlar vardır. Bununla birlikte, çalışmalar açıkça hem fiziksel hem de mental sağlık boyutlarında KBH evre 1-3'de YK'de önemli bir düşüş göstermektedir (131,134). Birçok araştırma ise SDBH olan bireylerin bozulmuş YK'ne sahip olduğunu göstermektedir (135,136). SDBH, temel olarak sağlığın bozulması veya bireylere günlük yaşamlarının hemen hemen tüm alanlarındaki sınırlamalar nedeniyle bireylerin SİYK üzerinde büyük olumsuz etkileri olan kronik bir hastalıktır (137).

KBH'na özgü bazı tıbbi faktörler ve KBH ile ilişkili komorbiditeler ve risk faktörlerinin, YK'ni olumsuz yönde etkilediği anlaşılmıştır. KBH olan bireylerde

malnütrisyon, anemi, bilişsel işlev bozukluğu, depresyon, uyku bozuklukları, ağrı, sosyal etkileşimin azalması, fiziksel ve cinsel fonksiyonlarda azalma, diyabet ve KVH gibi durumlarda SİYK olumsuz etkilenir (138,139). Çalışmalar (140,141) ayrıca, HD seansı sırasında ve sonrasında yorgunluk gibi bazı semptomların gelişiminin kronik böbrek hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkilediğini göstermiştir.

Yaşam kalitesinin artırılması, kronik hastalıkların tedavisinde en önemli hedeflerden biri olarak kabul edilir. Böbrek hastalıklarının kronik ve zayıflatıcı son aşaması ve HD'in uzun süreli bir tedavi olduğu göz önüne alındığında, bu bireylerde YK'ni iyileştirmek için gerekli müdahalelerin en erken dönemde yapılması önemlidir (142).

### 3. BİREYLER ve YÖNTEM

#### 3.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer

Çalışma; T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Nefroloji Bilim Dalı Hemodiyaliz Ünitesi'nde gerçekleştirildi.

#### 3.2. Etik

Çalışmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan gerekli izin alındı (Karar No: TÜTF-BAEK 2019/257). Tüm bireylerden çalışmaya katılmayı kabul etiklerine dair aydınlatılmış onam formu çalışmanın başında alındı.

#### 3.3. Bireyler

Çalışma; 18-65 yaş arası, okur-yazar, en az 1 yıldır HD tedavisi gören bireylerle gerçekleştirildi. Beck Depresyon Envanterine (143-145) göre 17 ve üzerinde puan alan bireyler çalışmaya dahil edilmedi.

#### 3.4. Yöntem

Müdahale ve kontrol grubu arasında KAPÖ puan değişimi bakımından büyük miktarda fark olacağı (etki büyüklüğü=0,9) öngörüsü altında %80 güç ve %5 tip I hata düzeylerinde her bir gruba en az 21 kişi olmak üzere 42 kişinin çalışmaya alınması gerektiği belirlendi. Örneklem büyüklüğü hesaplamaları G-Power 3.1.9.2 programında yapıldı. Dahil edilme kriterlerini sağlayan bireyler (n=42) blok randomizasyon yöntemi ile iki gruba ayrıldı. İlk gruba (Grup 1) (n=21) HD ile ilgili farkındalık eğitimi verildi ve kişi merkezli ergoterapi müdahalesi uygulandı, ikinci gruba (Grup 2) (n=21) ise birinci grubu verilen farkındalık eğitimi verildi.

#### 3.5. Değerlendirme

Çalışmada; yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanıldı ve KÇA modeli çerçevesinde bireylerin sosyo-demografik özellikleri, çevreleri, aktivite performansları ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesine yönelik değerlendirmeler yapıldı.

### **3.5.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi**

Bireylerle yapılan görüşmeler, bireylerin HD tedavisi aldığı süre içinde gerçekleştirildi. İlk olarak araştırma ekibinin hazırladığı sosyo-demografik bilgi formu kullanılarak bireylerin doğum tarihi, medeni durumu, eğitim seviyesi, mesleği, gelir düzeyi böbrek hastalığına eşlik eden hastalıklar, diyalize başlama tarihi ve daha önce başka bir diyaliz tedavisi alıp almadığı sorgulandı ve cevaplar kaydedildi.

### **3.5.2. Çevrenin Değerlendirilmesi:**

Çalışmada bireylerin şu anda ve HD tedavisi sonrası yaşadığı yer, kimlerle birlikte yaşadığı, tedavi sürecinde kendi rollerini üstlenen birisinin olup olmadığı, tedavi sürecinde maddi ve manevi destek ağları, tedaviye gelirken ulaşım şekli gibi bilgileri içeren sorular soruldu ve cevaplar kaydedildi.

### **3.5.3. Aktivite Performansının Değerlendirilmesi**

Bireylerin aktivite performansı ve memnuniyet düzeyinin değerlendirilmesinde Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) (146) kullanıldı. KAPÖ; bireyin aktivite performans problemlerini belirlemek, performans değişikliği ve performans memnuniyeti hakkındaki bireyin algısını ölçmek amacıyla kullanılan standardize bir ölçüm aracıdır. Yarı yapılandırılmış bir ölçüm olan KAPÖ, bireylerin aktivite tercihlerini bireyin kendisi tarafından verilen performans ve memnuniyet puanları ile değerlendirir. KAPÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve iç tutarlılık katsayısı 0,9-1 olarak saptanmıştır (147).

Değerlendirmede; bireyin günlük hayatlarında yaptığı, yapmak istediği veya yapmakta zorlandığı kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarındaki problemler birey tarafından belirlenir. Daha sonra, bu aktivitelerin her birisine birey tarafından 1-10 arası bir önemlilik değeri verilir (1-Hiç önemli değil, 10-çok önemli). Son olarak ise; birey kendisi için en önemli en az 1, en fazla 5 aktiviteyi seçer ve her bir aktivite için performans ve memnuniyet puanı verir (1-10 arası). Elde edilen performans ve memnuniyet puanları toplanıp, bireyin önemli bulunduğu aktivite sayısına bölünerek ortalama performans ve memnuniyet puanları elde edilir.

### 3.5.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi:

Bireylerin yaşam kalitesi “Böbrek Hastalığı ve Yaşam Kalitesi Formu (KDQOL™-36)” ile değerlendirildi. Bu ölçek, SDBH olan bireylerin takibine yarayan ve çeşitli tedavi etkileri ile iyilik halinin bireyin kendisi tarafından beyan edilerek değerlendirildiği bir ölçektir (148). Ölçek 36 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. İlk 12 maddede fiziksel ve mental fonksiyonların değerlendirildiği SF-12 yer alır. 13-16. maddelerde böbrek hastalığının kişinin günlük yaşamı üzerine yükü değerlendirilir. 17-28. maddelerde hastalığın bulguları ve kişiye verdiği rahatsızlık seviyesi değerlendirilir. Bu boyuttaki maddelerden 28a sadece HD tedavisi gören bireylere, 28b ise sadece PD tedavisi gören bireylere sorulmaktadır. 29-36. maddelerde ise böbrek hastalığının günlük yaşam üzerine etkileri değerlendirilmektedir. “Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (149,150). Her boyutta puanlar 0 ile 100 arasında değişmektedir, yüksek puanlar daha iyi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini göstermektedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliliği Cronbach alfa katsayısı 0,84-0,91 olarak belirlenmiştir.

Son olarak ise; yarı yapılandırılmış görüşme kapsamında bireylere aşağıdaki sorular yöneltildi ve cevaplar kaydedildi. Görüşmeler ortalama 45 dk. sürdü ve tüm görüşmeler hemodiyaliz seansı sırasında yapıldı. Görüşmeler sırasında bireyin pozisyonunun değişmemesine dikkat edildi.

- 1) HD tedavisini nasıl tanımlarsınız?
- 2) Yaşamınızı HD tedavisinden öncesi ve sonrası olarak ayırsak, neler söylersiniz?
- 3) Ne olsa HD tedavisi sizin için daha kolay olurdu?

### **3.6. Müdahale**

#### **Eğitim**

#### **Grup I (Farkındalık Eğitim+Kişi Merkezli Ergoterapi Müdahalesi)**

##### **Farkındalık Eğitimi**

Eğitim toplam 2 seans ve her seans 45-60 dk olmak üzere tüm bireylere verildi. Eğitim sırasında bireylerin interaktif şekilde eğitime katkı sağlayabilecekleri eğitimin başında belirtildi.

- HD hakkında genel bilgi
- HD semptomları ile başa çıkabilmek
- Sigara ve alkolün bırakılması
- Diyete dikkat edilmesi
- Öz bakım becerileri
- Zaman yönetimi
- Aktivitenin ve fiziksel aktivitenin önemi
- Sosyal katılımın önemi

##### **Kişi Merkezli Ergoterapi Müdahalesi**

Kişi merkezli ergoterapi müdahalesi; her seans ortalama 45 dk olmak üzere, 8 hafta süre ile haftada 2 seans şeklinde uygulandı. Farkındalık eğitimi ve kişi merkezli ergoterapi müdahaleleri uygulamaları hemodiyaliz ünitesinde gerçekleştirildi ve bireylerin tedavi ünitesinde kaldıkları süre ile sınırlı kalındı. Bireylerin kollarından biri arteriyovenöz fistülün hemodiyaliz makinesine bağlanması nedeniyle, eğitim ve müdahaleler bireyin kolu sabit pozisyonda iken gerçekleştirildi. Müdahale sırasında bireyin bu kolunun pozisyonunun sabit kalmasına özen gösterildi. Hemodiyaliz odasında aktiviteleri gerçekleştirmek mümkün olmadığından, birey ile görüşmeler yapılarak işbirlikçi bir süreç içinde çözümler arandı. Gerekli durumlarda bireylere bir sonraki seansa kadar yapmaları için aktivite görevleri verildi. Aktivite görevleri temel olarak serbest zaman alanında planlandı. Bu aktivitelerden örnekler; resim yapmak, örgü örmek, tavlâ oynamak, bulmaca çözmek, açık havada yürüyüş yapmak, pikniğe gitmek, balık tutmaya gitmek ve bir arkadaşını ziyarete gitmekti.

Aktivite görevlerinin güvenli ve uygun şekilde gerçekleştirilebilmesi için; belirlenen aktivite görevi ile ilgili ihtiyaçlar birey ile görüşülerek belirlendi (örn. arkadaşına ziyarete gitmek için başka birinin yardımına ihtiyacı var mı?). Belirlenen ihtiyaçlar göz önüne alınarak gerekli düzenlemeler yapıldı ve aktivitenin güvenli ve uygun şekilde gerçekleştirilmesi sağlandı.

Çalışma kapsamında kullanılan uygulamalar literatür kapsamında, kişi merkezli ve bütüncül bakış açısı ile oluşturuldu. Müdahale programlarının belirlenmesinde ayrıca, bireylerin GYA, üretim ve serbest zaman performans alanları ve KAPÖ sonuçları dikkate alındı.

### **Çalışmada uygulanan müdahale örnekleri (151-181)**

#### **Yorgunluk Yönetimi**

- Yorgunluğa neden olan faktörlerin tartışılması
- Eklem ve enerji koruma eğitiminin amaçları, temel ilkeleri
- Doğru postür, ayakta durma, oturma sırasında doğru postürün kullanımı
- Uzun süre aynı pozisyonda kalma sırasında postür kullanımı (örn. HD seansı sırasında)
- Her iki kol için koruma yöntemleri,
- Yardımcı cihazlar hakkında bilgilendirme
- Restoratif deneyimler
- Aktivite dengesinin sağlanması
- Aktivite uyarlamalarının yapılması
- Çevresel düzenlemeler

#### **Stres Yönetimi**

- Kaygı ve endişe odaklarının ve tetikleyen faktörlerin farkedilmesi
- Strese arttıran kişilik özelliklerinin ele alınması
- Gelecek için kaygı ve endişelenmeyi azaltmak, şimdiki zamana odaklanmak
- Sorunların belirlenmesi ve her defasında bir sorunu çözmeye odaklanmak
- Gevşeme ve solunum teknikleri
- İletişim becerilerinin geliştirilmesi

- Öz değer duygusunun geliştirilmesi
- Gerekirse profesyonel destek almak

### **Dinlenme ve Uyku**

- Aktivite, dinlenme ve uyku dengesinin sağlanması
- Gündüz mümkün olduğu kadar aktif kalınması, bu konuda gerekli yaşam tarzı değişikliklerinin yapılması
- Yatmadan önce sorunları ve endişeleri düşünmemeye çalışmak
- Yatmadan önce çay ve kahve tüketimini azaltmak
- Yatmadan önce teknolojik cihazlardan uzak durmak
- Çevresel faktörlerin düzenlenmesi (örn. havalandırma)

### **Zaman Yönetimi**

- Önceliklerin ve hedeflerin belirlemesi
- Büyük hedeflerin, daha küçük bölümlere ayrılması
- Mümkün olduğunda sakin ve odaklanmış bir yaklaşım kullanmak
- Günlük tutmak
- Günün sonunda, ertesi gün için 'yapılacaklar' listesi hazırlamak
- Bellek ve organizsyon stratejilerini kullanmak
- Görev zamanlayıcı gibi telefonunuz uygulamalarının kullanılması
- Sosyal medya ve televizyon kullanımını azaltmak
- En uygun çalışma ortamı farkındalığının sağlanması
- Gerektiğinde yardım istemek

### **Ağrı Yönetimi**

- Güvenli vücut mekanięi ve ergonomi
- Bedenin gevşemesi ve zihni sakinleştirmek
- Aktivite-dinlenme dengesini sağlamak
- Gerektiğinde yardım istemek
- Çevresel düzenlemeler



### **Arterio Venöz Fistülün Korunması**

- Fistül bölgesinin kuru ve temiz tutulması
- Günlük yaşam aktivitelerinde fistülün korunması
- Aşırı dar ve baskı oluşturan giysiler giymemek
- Fistül olan kola saat, bilezik gibi aksesuarları takmamak
- Farklı pozisyonlarda fistül ile ilgili dikkat edilmesi gerekenler
- Kan basıncının veya kan alımının fistül olan koldan yapılmaması
- Gerekli durumlarda hastaneyi bilgilendirmek (şişlik, kanama, akıntı veya şiddetli ağrı gibi)
- Aileyi bilgilendirmek

### **Sigara**

- Sigaranın olumsuz etkilerinin tartışılması
- Bireyi sigara içmeye yönelten durumların ve düşüncelerin belirlenmesi
- Çevrenin sigara içme konusunda tutumu
- Bireyin sigarayı bırakma ile ilgili düşüncelerinin farkedilmesi
- Bireyin sigarayı bırakmasına teşvik edilmesi
- Bireyin istekleri göz önüne alınarak sigarayı bırakma ile ilgili bir program belirlenmesi
- Sigarayı bırakma konusunda yardım alabileceği merkezler hakkında bilgilendirilmesi (örn. hastanelerdeki sigara bırakma merkezleri)

### **Az Gören Eğitimi**

- Görsel algının geliştirilmesi
- Odaklama, obje takibi ve el-göz koordinasyonunu artırma
- Güvenli mobilite becerileri kazandırma
- Yardımcı cihazlarla ilgili bilgilendirme
- Bireyin görme ile ilgili değerlendirmeleri açısından ilgili sağlık profesyoneline başvurması konusunda teşvik edilmesi
- Uygun aydınlatma ve kontrast ile çevresel düzenlemeler

### **Diyaliz seansı**

- Diyaliz tedavisi sırasında uzun süreli hareketsizliğin etkisini azaltmaya yönelik pozisyonlama önerileri

### **Ev ortamı**

- Banyo ve tuvaletin düzenlenmesi/uyarlanması (tutunma barları, kaymayan paspas, klozetin ve küvetin uygun yüksekliğinin sağlanması gibi)
- Evdeki dolapların uygun yüksekliğinin sağlanması
- Halıların sabitlenmesi
- Merdiven ve eşiklerin birey açısından uygun bir hale getirilmesi
- Uygun aydınlatma ve kontrast ile çevresel düzenlemeler

### **Aile/bakım veren**

- Bireyin aktivite düzeyini arttırmada işbirliği
- Transferler hakkında bilgilendirme (banyo, otomobil)
- Ev içi düzenlemeler

### **Maaşlı/maaşsız iş**

- Mevcut kapasitesinin ve güçlü yönlerin fark edilmesi
- İstenilen iş ile ilgili geliştirilmesi gereken yeteneklerin öğrenilmesi
- İstenilen iş ve bu işin gereksinimlerine dair bireyin yetenekleri, bilgi birikimi ve ilgi düzeyinin belirlenmesi
- İstenilen iş ile ilgili bilgiler için nereden ve nasıl bir araştırma yapılması gerektiğinin öğrenilmesi
- Çalışma ortamında fistülün korunması konusunda bilgilendirmek
- Meslek edinme kursları hakkında bilgilendirme
- Çalışma ile ilgili destek sistemlerinin belirlenmesi

### **Günlük Yaşam Aktiviteleri**

- Güvenli transferin öğrenilmesi
- Mobilite için yardımcı cihazların belirlenmesi

- Giyinme ve soyunma aktivitesinde bağımsızlık, uyarlanmış cihaz kullanımı
- Günlük yaşam aktiviteleri sırasında her iki kolun korunması ve kullanılması
- Öz-bakım becerileri
- Hijyen
- Cilt bakımı

### **Fiziksel Aktivite**

- Fiziksel aktivite öneminin farkındalığının sağlanması
- Bireyin fiziksel aktivite tercihlerinin incelenmesi
- Bireyin fiziksel aktivitelere katılım zorlukları ve çözüm yollarının belirlenmesi
- Bireyin kapasitesi ve tıbbi durumu göz önüne alınarak fiziksel aktivite düzeyinin artırılması

### **Serbest Zaman Aktivitesi**

- Bireyin HD tedavisi öncesi serbest zaman aktivitelerinin belirlenmesi
- Bireyin HD tedavisi sonrası serbest zaman aktivitelerinin tartışılması
- Serbest zaman aktivitelerinde bireyin katılım zorlukları
- Bireyin şu anki kapasitesi, ilgi düzeyi ve imkanları ile ilgili serbest zaman aktivitelerinin belirlenmesi
- Belirlenen aktivitelerle ilgili ödevler verilmesi
- Seyahat etme açısından gerekli süreçlerin tartışılması

### **Grup II (Farkındalık Eğitimi)**

Grup I'e verilen farkındalık eğitimi verildi.

8 hafta sonunda değerlendirmeler tekrarlandı ve her iki grubun sonuçları karşılaştırıldı.

### **3.7. İstatistiksel Yöntem**

İstatistiksel analizler IBM SPSS for Windows Version 22.0 paket programında yapıldı. Sayısal değişkenler ortalama±standart sapma ve median [Min – Maks] değerler ile kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile özetlendi. Sayısal

değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Grup varyanslarının benzerliği ise Levene testi ile araştırıldı. İki grup karşılaştırmalarında parametrik varsayımlarının sağlanması durumunda bağımsız gruplarda t testi, sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Grup içi değişimlerin anlamlı olup olmadığı ise Wilcoxon testi ile incelendi. Kategorik değişkenler arası ilişki ki kare testi ile belirlendi. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alındı. Yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi ile elde edilen veriler içerik analizi ile değerlendirildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Çalışmada bireylerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; Grup 1 ve Grup 2'nin istatistiksel açıdan benzerlik gösterdiği belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 4.1.** Grup 1 ve Grup 2'nin tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Grup1	Grup 2	p
		N=21 (%)	N=21 (%)	
Cinsiyet	Kadın	6 (28,57)	8 (38,1)	0,74*
	Erkek	15 (71,42)	13 (61,90)	
Yaşadığı yer	Kent	14 (66,66)	13 (61,90)	1,00*
	Kırsal	7 (33,33)	8 (38,09)	
Eğitim durumu	İlköğretim	13 (61,90)	15 (71,42)	0,80*
	Lise	5 (23,80)	4 (19,04)	
	Üniversite ve üzeri	3 (14,28)	2 (9,52)	
Medeni	Bekar	4 (19,04)	5 (23,80)	0,93*
	Evli	13 (61,90)	12 (57,14)	
	Dul	4 (19,04)	4 (19,04)	
Gelir durumu	0-2000 TL	10 (47,61)	11 (52,38)	0,76*
	2000-4000 TL	5 (23,80)	6 (28,57)	
	4000 TL Ve Üzeri	6 (28,57)	4 (19,04)	
Hastalık öncesi çalışma durumu	Çalışıyor	6 (28,57)	8 (38,09)	0,64*
	Çalışmıyor	5 (23,80)	6 (28,57)	
	Emekli	10 (47,61)	7 (33,33)	
Hastalık sonrası çalışma durumu	Çalışıyor	1 (4,76)	3 (14,28)	0,61*
	Çalışmıyor	7 (33,3)	7 (33,33)	
	Emekli	12 (57,14)	9 (42,85)	
	Malulen Emekli	1 (4,76)	2 (9,52)	
Eşlik eden hastalıklar	Hipertansiyon	11 (52,38)	10 (47,6)	1,00*
	Diyabet	9 (42,9)	9 (42,85)	1,00*
	Görme Problemi	7 (33,33)	9 (42,85)	0,75*
	Diğer	5 (23,80)	4 (19,04)	1,00*
Sigara	Evet	7 (33,33)	11 (52,38)	0,35*
Hastaneye geliş şekli	Servis	16 (76,2)	19(90,47)	0,11*
	Kendi aracım	2 (9,52)	2 (9,52)	
	Diğer	3 (14,28)	-	
Haftadaki HD seans sayısı	İki	1	1	1,00*
	Üç	20	20	
		X±SD	X±SD	0,88**
Yaş	Yıl	55,80±8,59	56,19±8,10	
HD süresi	Ay	62,47±36,64	60,66±34,26	0,94**

\*Ki-kare

\*\*Bağımsız gruplarda t testi

## 4.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Bulguları

Yapılan görüşmede bireylere HD ile ilgili üç farklı soru yöneltilmiş ve cevaplar kaydedilmiştir. Bireylerin cevaplarından örnekler;

### 1) HD tedavisini nasıl tanımlarsınız?

*“Çözüm, sağlık”.*

*“ Bizim için bir ümit dünyası”.*

*“ Memnunum. Hastalığım geçmesi için gerekli”.*

*“Bana iyi geldi, iyileştirdi beni”.*

*“ Diyalize girmeseydim ölürdüm”.*

*“Mecburiyet, yaşamak”.*

*“Tanımlamam. Buraya çok bağlıyor, haftada 3 gün, günde 4,5 saat burdasın. İstedığın yere gidemiyorsun. Buraya gelmesende sıvı birikiyor. Kötü bir durum diyaliz hastası olmak”.*

*“Yaşam”.*

*“Nefes almak”.*

*“Mutluluk”.*

*“Kurtarıcı”.*

*“Bu tedavi benim için hiçbir şey ifade etmiyor”.*

*“Bizi makine yaşıyor, o olmasa gideriz”.*

*“Bizim hayatımız buraya bağlı. Yapacak bişey yok. Gelip burada tedavimizi görüp gidiyoruz”.*

*“Buraya geldiğim zaman iyi oluyorum. Yaşamımızı biraz daha sürdüren şey. Gelmediğimiz zaman rahatsız oluyorum”.*

*“Yaşamak. İki seçeneğimiz var. Ya diyalizle yaşamak, ya da ölüm”.*

*“Bir mecburiyet, yaşama tutunmak için makinaya bağlıyız”.*

*“Sağlık! Yaşama sevincimiz. Bu olmasa rahat olamayız”.*

*“Güzel bir şey, iyi bir şey”.*

*“Bana çok yararlı oldu, canımı kurtardı”.*

*“Diyaliz hastalarının olmazsa olmazı! Olmazsa ne kadar yaşayabiliriz ki?”.*

*“Tek çarem”.*

*“HD e geldiğim gün koşa koşa geliyorum. Kilomuz artıyor, onun alınması lazım”.*

*“Hayatımı kurtarıyor, olmazsa olmazım”.*

Cevaplar incelendiğinde; HD tedavisinin birey açısından hem olumlu hem de olumsuz bir anlam taşıdığı görüldü.

## **2) Yaşamınızı HD tedavisinden öncesi ve sonrası olarak ayırsak, neler söylersiniz?**

### **Öncesi;**

*“Öncesinde gene evdeydim ama daha rahattım bilmiyorum”*

*“Öncesi daha güzeldi”.*

*“Eskiden problemsizdi benim hayatım, güzeldi. Engeller yoktu böyle”.*

*“Daha önceki yaşamım düzgün bir yaşamdı. Normal bir yaşamdı. Her istediğimi yiyebiliyordum, suyum içiyordum. Ne zaman istesem dışarı çıkabiliyordum. Eğlenmeyi severdim. Şimdi kendi işlerimi bile düzgün yapamıyorum”.*

*“Eskiden çok sosyaldim, futbol oynuyordum, arkadaşlarla pikniğe gidiyordum, artık hiç biri yok”.*

*“Diyalize girmeden önce yaşamım güzeldi. Diyalize girdikten sonra kan değerlerin düştüğü için (normal değerine yaklaştığı için) şimdide çok güzel. Benim için tek fark bu yani”.*

*“Çok büyük fark var. O zaman normal bir yaşantımız vardı, şimdi makinaya bağlı yaşıyoruz”.*

*“ O zaman rahat yaşıyorduk. Hastalık yok, sıkıntı yok. Hayatımıza devam ediyorduk “.*

*“HD den önce bir engelimiz yoktu”.*

### **Sonrası;**

*“Hürriyetimiz biraz kısıtlandı. Buraya bağlıyız işte. Sıkıntı veriyor bana”.*

*“Mecbur olduk gibi geliyor bana, yaşamak için”.*

*“HD’e girdikten sonra engeller oluştu. Yaşamımızı engelliyor, işimizi engelliyor. Bitap düşüyoruz, işlerimizi düzgün yapamıyoruz”.*

*“Çok üzüldüm, bir ümitsizlikle başladım. şimdi gayet iyi gidiyorum. Haftada 3 gün bana çok geliyor. Bekliyorum daha iyi olurum, belki 2 güne azalır diye”.*

*“Tedaviden önce seri yürüyemiyordum, yüksek arabalara binemiyordum. Servise binemiyordum. Şimdi gayet rahat çıkıyorum. Tedavi bana iyi geldi”.*

*“Bununla yaşamayı öğrenmek lazım”.*

*“Sağlığımı düşünmek zorunda kaldım. Eskiden düşünmüyordum”.*

Sonuçlar incelendiğinde HD öncesi süreç bazı bireyler açısından “daha güzel” olarak ifade edilirken, bazı bireyler açısından ise HD sürecinin sağlık ile ilgili pozitif etkileri nedeniyle HD sonrası dönem de “iyi” olarak tanımlanmaktadır. Ek olarak bazı bireylerin HD tedavi senaslarını kendileri için bir sosyalleşme ortamı olarak tanımladıkları görüldü.

### **3) Ne olsa HD tedavisi sizin için daha kolay olurdu?**

*“Şu anda mevcut teknoloji bu kadar, yapacak bir şey yok”.*

*“Bu tedavinin hapı çıksaydı yada iğnesini olmaz mıydı”.*

*“Yok ki başka bir imkan”.*

*“ Daha pratik, daha kısa zaman alan, bu iğnelere bir çare bulunsa, kendimiz uygulayabilseydik”.*

*“Vücutta alet olup taşıyıp, değiştirseydik. Batarya gibi bişey”.*

*“Hiç hasta olmasaydım”.*

*“Böbrek değişse daha iyi olurdu”.*

*“ 7 yıl periton yaptım, rahattım. Bu önce çok zor geldi, şimdi bu da rahat”.*

*“Haftada 2 gün ve 2 saat olsaydı”.*

*“Şu anda 2 gün gelmek benim için müthiş bir şey. 3 gün gelenler var”.*

*“Önceden periton diyalizi yaptım, enfeksiyon kaptım. HD daha iyi. Hastalık olmasaydı tabii daha iyiydi”.*

*“Hap olsaydı mesela, yapay böbrek diye bir şey duydum birde. Amerika’da yapılmaya başlanmış”.*

*“ Evde olsaydı daha kolay olurdu. Dört saat burada olmak çok zor”.*

Cevaplar incelendiğinde bireylerin daha çok haftada üç gün hastaneye gelmek zorunda olmaları ve her geldiklerinde 4-5 saat hastanede kalmalarının, bireyler açısından en büyük zorlaştırıcı faktör olduğu görüldü.



### 4.3. KAPÖ Değerlendirmesine Göre Belirlenen Bireylerin Zorluk Yaşadığı Aktiviteler

Bireylerin zorluk yaşadığı aktiviteler incelendiğinde; en çok serbest zaman aktivitelerinde zorluk yaşandığı belirlendi. Tüm aktivite performans alanlarında en çok zorluk yaşanan aktiviteler ise; ağır bir eşyayı kaldırmak (83,33), seyahat etmek (%80,95), uzun süre yürüyememek (%73,80), düzensiz uyku (%57,14) ve sigara kullanmaya devam etmeyi (%42,86) (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2.** KAPÖ değerlendirmesi sonucunda belirlenen bireylerin zorluk yaşadığı aktiviteler

Kanada Ölçümü	Aktivite Performans	Problem yaşanan aktiviteler	n (%)
Kendine Bakım	Kişisel bakım	Uyku Sigara alışkanlığının bırakılması Diyet yapmak Banyo Cilt bakımı	24 (57,14) 18 (42,86) 7 (16,66) 4 (9,52) 4 (9,52)
	Fonksiyonel mobilite	Uzun süre yürüme Merdiven inip-çıkma	31 (73,80) 15 (35,71)
	Toplumsal başarı	Alışveriş Toplu taşıma araçlarını kullanma Günü planlama Stres yönetimi	15 (35,71) 14 (33,33) 7 (16,66) 2 (4,76)
Üretkenlik	Maaşlı/maaşsız iş	Mevcut işi yapmak İş bulmak	2 (4,76) 1 (2,38)
	Ev işi yönetimi	Eşyaları kaldırmak (ağır) Ev temizliği yapmak Yüksek bir raftan bir şey almak Ev işi yapmak	35 (83,33) 13 (30,95) 5 (11,90) 2 (4,76)
Serbest Zaman	Sessiz rekreasyon	Okumak (kitap, gazete vs) Dikiş, nakış yapmak Örgü örmek Resim yapmak	13 (30,95) 5 (11,90) 2 (4,76) 2 (4,76)
	Aktif rekreasyon	Seyahat etmek Yüzmek Gezmek Futbol oynamak Pikniğe gitmek Bahçe işleri ile uğraşmak Bahçe gitmek Koşu yapmak	34 (80,95) 8 (19,04) 8 (19,04) 8 (19,04) 7 (16,66) 7 (16,66) 5 (11,90) 1(2,38)
	Sosyalizasyon	Eğlenmek Arkadaşlarla ev dışında sosyal aktivite yapmak	7 (16,66) 3 (7,14) 1 (2,38)

**Kendine bakım alanından aktivite zorlukları ile ilgili bireylerin ifadelerinden örnekler;**

**Uyku;**

*“Sabah 7 de kalkıyorum. Bazen de kalkamıyorum. 4-5 yıldan beri geceleri pek fazla uyuyamıyorum. Psikiyatriste de gittim, uyku haptı verdi. Ama artık etkisini görmüyorum. Oturuyorum, tv izliyorum. Sabaha kadar oturup, buraya geliyorum. Yine uyuyamıyorum. Bazen 2 gün uyuyamadığım oluyor”.*

*“Koluma bir şey olmasından korkuyorum, üstüne yatmamam gerekiyor”.*

**Sigara;**

*“Aslında sigarayı bırakmıştım bir ara. Ama tekrar başladım. Babamla sorunlarım var. O da sigara içiyor, üstelik dışarıda da değil evde. Sonuçta biliyor benim içmemem gerektiğini. Herhangi bir şeye canım sıkılınca tekrar içiyorum. Bir anlık bir şey”.*

*“Beş sene önce bıraktım aslında. Ama burası dışında sadece kahveye gidiyorum. Orada da sigara içmiş kadar oluyorum, ortamdan da ayrılamam ki”.*

*“Sosyal hayatım çok iyi olmadığı için sigara içiyorum”.*

*“Biliyorum sigara zararlı ama içiyorum. Ne kadar yaşarsak artık”.*

**Diyet;**

*“Normal bir yaşam süremiyorsun. İstedğin yiyeceklerden yiyemiyorsun. Dün gece canım fındık ve badem çekti. İkişer tane yedim ve kustum, çıkarmak zorunda kaldım. Herşey yasak bu hastalıkta”.*

*“Bazı şeyler değil, çoğu şey yasaklı. Temel ihtiyaçlar vs. Mesela canın ne istiyorsa yiyip içemiyorsun. Fazla yiyemiyorsun, korkuyorsun. Veya hiç bilmediğin bir besini tadamazsın. Bir gram çam fıstığı yedim, potasyum yüzünden sıkıntı yaşadım”.*

*“Sıvı da aynı şey. Mesela ben çayı, suyu çok severim. Kana kana içemiyorum. Çay bardağı ile yarım yarım”.*

*“Diyetime çok uyamıyorum. Genelde sıvıyı fazla kaçırıyorum, vücut su tutuyor. İdrar çıkışı da yok, problem oluyor”.*

*“Hangisinde potasyum çok, hangisinde potasyum az. Bilemeyiz. Süratli bir şekilde araba kullanırken el frenini çekmek gibi. Aşırı et yesem, alkol alsam dokunur”.*

*“İstedığım kadar su içememek, yiyememek. Su çok kısıtlı, bu sıcakta ne kadar zor”.*

*“Daha önceki yaşamım düzgün bir yaşamdı. Her istediğimi yiyebiliyordum, suyum bol içiyordum.”.*

*“İstedğin kadar tuz, sıvı alamazsın. Meyve sebze hep belli miktarlarda”.*

*“Nakil sırasındaydım, aslında böbrek çıktı bana ama kilodan sıramı kaybettim. Birde dizlerim çok ağrıyor”.*

### **Banyo;**

*“Hamama gidiyorum, evde yıkanamıyorum, bekarım. Yemeği 86 yaşında ki annem yapıyor, çamaşırımı yıkıyor”.*

*“Küvetten çıkarken torunumdan yardım istiyorum, düşmekten korkuyorum. Banyo yüksek”.*

*“Banyoda eşim lifliyor. Ben zorlanıyorum”.*

### **Cilt ve duyu problemleri;**

*“Ayaklarımda mantar yoktu, saçımda dökülme yoktu, HD sonrası oldu”.*

*“Şeker var bende. Ayaklarımı hissetmiyorum. Yaralar var. Hep güneş yanığı oldu balkonda otururken”.*

### **Uzun süre yürüyememek;**

*“Uzağa gittiğim zaman yorgunluk hissediyorum. Örneğin geçen çarşıya gittim, bayıldım. Özellikle HD günü sadece tedavi, başka bir şeye halim kalmıyor”.*

*“Gezmeyi çok seviyorum ama yorgunluk yüzünden yapamıyorum”.*

*“Torunlarımla yürüyüp, gezmek isterdim. Fazla yürüyemiyorum, walker kullanıyorum. Omurilikte problem var. Kuvvetli basamıyorum, yürüyemiyorum. Mutfağa bile tutuna tutuna gidiyorum”.*

*“Arkadaşlarımla buluşmaya giderken taksi tutuyorum. Yürüyemiyorum çok fazla. Bacaklarımda ağrı oluyor”.*

*“Fazla bir yere gidemiyorum. Yorgunum gidemiyorum, korkudan gidemiyorum”.*

***Merdiven inip-çıkma zorluk;***

*“Eskiden merdivenleri ikişer, üçer çıkardım. Şimdi tek tek bile çıkamıyorum. Kesiliyorum”.*

*“Merdivenli bir evim vardı. Hastalık ve yorgunluk yüzünden çıkamaz oldum. Kızımın yanında yaşıyorum artık, onların asansörü var”.*

***Poşet taşımak/Alışveriş;***

*“Pazardan gelirken birşey taşırken korkuyorsun. İki kilo birşey alıyorsun, korkuyorsun. Hep diğer kolumu kullanıyorum. Sıkıntı yani. Bununla başa çıkmak çok zor”.*

*“Alışverişimi kendim yapıyorum, poşetleri taşıyorum ama hepsini fistül olmayan kolumla”.*

*“Kolumu korumam gerekiyor, ağır kaldıramıyorum. Çok sıkıştığım zaman arkadaşlarım yardım ediyor. Ya da yapabildiğim kadarını yapıyorum”.*

*“Gözlerimden dolayı alışverişe kızım ya da oğlumla gidiyorum. Gözlükle dahi göremiyorum”.*

***Toplu taşıma araçlarını kullanma;***

*“İstediğim yere gitmem için birinin beni bırakması lazım ya da taksiye binmem lazım. Otobüs falan kullanamam ki; kolum zarar görebilir, mikrop alabilirim. Zaten yorgun oluyorum, ayakta da gidemem”.*

***Evden çıkmak istememek;***

*“Diyalize gitmek dışında evden çıkmıyorum. Çıksam bile uzaklaşamam ki. Çok az görüyorum, yürümekte zorlanıyorum. Ama balkona çıkıyorum”.*

### **Stres Yönetimi;**

*“Herkesle sataşıyorum, stresimi böyle atıyorum. Stresli anlarda bazen tesbih çekiyorum, o iyi geliyor. Bazen normal bir insan oluyorum aslında”.*

*“Kendini işe yaramaz hissediyorsun veya psikolojin iyi olmuyor, herşeye çok sinirleniyorsun, alınganlık oluyor, yaşının üstünde bir alınganlık oluyor”.*

Bireylerin kendine bakım aktivitelerine yönelik ifadeleri incelendiğine; kişisel bakıma yönelik sorunların sağlıklı yaşam davranışları geliştirme ve sürdürme ile ilgili olduğu, ayrıca banyo aktivitesinde zorluklar yaşandığı ve bu nedenle bu aktivite sırasında başka bir bireyden yardım alma zorunluluğunun ortaya çıktığı görülmektedir.

Bireylerin fonksiyonel mobilite aktiviteleri incelendiğinde; özellikle yorgunluk ve yürüme problemleri nedeni ile bireylerin genelde uzun süre yürümediği görülmektedir. Ayrıca daha önce yaşadıkları negatif deneyimler sonucunda sağlık durumlarının kötüleşeceği ve başlarına dışarıda bir şey geleceğine dair olumsuz bir yargıya sahip oldukları görülmektedir.

Toplumsal başarı aktiviteleri incelendiğinde; kollarında bulunan fistül nedeni ile ağır kaldırmayı ya da kolu fazla kullanmayı gerektiren aktivitelerden kaçındıkları görülmektedir. Hastalığın semptomları ve etkilerinin neden olduğu durumlar, haftanın belli günleri hastaneye bağlı olmak gibi nedenlerle, genel olarak bireylerin evden tedavi dışında çok fazla çıkmak istemedikleri görülmektedir. Ek olarak özellikle enfeksiyon riski nedeni ile toplu taşıma araçlarına binmemeleri de, onları dış transferler konusunda bir başkasına bağımlı hale getirmekte yada taksi kullanımını zorunlu kılmaktadır.

### **Üretkenlik alanındaki aktivite zorlukları ile ilgili bireylerin ifadelerinden örnekler;**

#### **Maaşlı/maaşsız iş**

*“Çalışmak istiyorum ama rahatsızlığın getirdiği halsizlik, istirahat etme ihtiyacım oluyor, halsizlik, kesiklik, birazda gözlerimde var problem. Bu nedenle fazla bişey yapamıyorum”.*

“Hastalık hayatımı engelliyor. Çalışmamı engelledi. Bitap düşüyoruz, işlerimizi düzgün yapamıyoruz. Önceden çok rahattık. Emekliydim, dışardan da iş bulabiliyordum. Şimdi ancak tedavi oluyorum. Üç gün burdayım, diğer günler evde istirahat ediyorum, bazen kahveye bile çıkamıyorum”.

“HD sonrası çalışmayı bıraktım. Kabul etmiyorlar ki bizi. Haftada 2 gün buradayım. Haftalık 3 gün çalışmalıyız. Yarım adam ne iş yapar? Gübre çuvalı indirme, tarla sürme? Kim kabul eder seni? Şu anda işe çağırılmıyorum kolum yüzünden. Adam diyor ki traktörde birşey olursa, düşersen, kalırsan vs? Koluna birşey olursa? Tansiyon düşerse? Küt diye düşüyoruz bazen. Doğru söylüyor adam”.

“Mecburen emekli oldum. İşim stresliydi, doktorum “emekli ol yoksa stres iyi değil” dedi. İşyerinden bir şey demediler, ama doktorum böyle söyledi. Ben de emekli odum”.

“Çalışmak isterdim tabi. Boş boş geziyorum. Belli bir şeyden sonra sıkılıyorsun. Herkes çalışıyor, sohbet etmeye insan yok. Ama çalışsak insan var. Bunada alıştık ama”.

“Hastalıktan dolayı işimi bıraktım. %90 engelli raporu verilen hastayı kim ne yapsın?”

“Böyle beni kim alır işe? 3 gün burdayım. Zor yürüyorum, ayağım nedeniyle hep dinlenmek zorundayım”

“Çalışmak için kimse beni teşvik etmedi”

“İlk zamanlar haftada iki gün diyalize geliyordum. O zaman iş buldukça çalışıyordum. Ama sonra haftada üçe çıktı. Kendimi yorgun hissettim, çalışamadım”.

“Çok istiyorum ama halsizlik, yorgunluk, kesiklik izin vermiyor. Bunun dışında kahvede oturuyorum, muhabbet ediyorum. Bir iş yapmıyorum. Emekli adam ne yapacak? Emekli adam muhabbet eder”.

### **Ev İşi Yönetimi**

“Sağ kolumu kullanmam, sola yaparım herşeyi. Kolumu çok fazla kullanamıyorum. Mesela bir dolabın üstünden bir tencereyi alamıyorum”.

“Kolumu zorlamamam gerekiyor ama mecbur ağır kaldırıyorum. Elli kiloluk hayvan yemi çuvalını tek kaldırıyorum. Hanım istiyor, ne yapayım?”

*“Gözlerim görmüyor, ev işlerini yapamıyorum. Birkaç kez üzerime çaydanlığı döktüm”.*

*“Kokuya gelemiyorum. Kızartma yaparken, et vs. Diyaliz günü değil sadece, artık normal günlerde de”.*

*“Diyaliz olmadığı gün sabah 11.00’e kadar uyurum. Kalkınca kahvaltımı hazırlarım. Mutfaktaki bulaşığımı yıkarım, makinam yok. Bulaşık yıkamayı severim. Sıcak su akıyor. Yatak odamı düzenlerim, oturma odasında dağınıklık varsa onları toplarım, varsa çamaşır atarım. Sonra zaten başım dönüyor. Tekrar uzanırım”.*

*“Halsizliklerim çok, ellerimde kramplar, kulağım çok iyi duymuyor. Ameliyat diyorlar ama narkoz çok almamam için olamıyorum. Yorgunluk, kesiliyorum. Sabah kalkıyorum, zor kalkıyorum. Oturduğum yerde bazı şeyler yapmak istiyorum. Çamaşır asmayı, bulaşık makinasına tabak yerleştirmeyi, düşürüp kırmamayı istiyorum. Hergün 2-3 bardak kırıyorum”.*

*“Kolumu çok kullanamıyorum, gözlerim de iyi görmüyor. Yardımcım geliyor, o yardım ediyor. Bu ara kolumda uyuşukluk var, zorlanıyorum”.*

*“Diyaliz sonrası halsiz bitkin oluyorum. Bir tabak yemek yapmakta zorlanıyorum bazen. Çoğu zaman hazır yemek zorunda kalıyorum. Tansiyonum düşüyor, iki gün kalp çarpıntısı oluyor. Haftada bir gün pazarları temizlik yapabiliyorum”.*

*“Yürüme problemim nedeniyle ev temizliği yapamıyorum, terliği ayağıma giydiğimi bile hissetmiyorum. Kadın yapıyor”.*

*“Sabah kalkıyorum. Ev işim var biraz. Yemek yapıyorum. Çamaşır varsa yıkıyorum. Yoruluyorum. Buraya da geldimmi dinleniyorum, çok iyi geliyor”.*

Bireylerin üretkenlik aktiviteleri incelendiğinde; diyaliz nedeni ile genelde haftanın üç günü hastaneye bağlı olma, diyaliz sonrası ise yorgunluk, baş ağrısı, bitkinlik semptomlarının sık yaşanması, uzun süre dinlenme veya uyuma isteği ve hijyen ile ilgili kaygıların maaşlı bir işte çalışma konusunda limitasyonlar oluşturduğu düşünülmektedir. Ek olarak bireylerin bu konuda genelde ailelerinden ve yakınları tarafından motive olmayı bekledikleri görülmektedir. Bununla birlikte ailelerin genellikle bireyin sağlığının olumsuz etkileneceği öngörüsü ile bireylerin çalışmamalarını tercih ettiği görülmüştür.

Bireylerin ev işi yönetimi ile ilgili aktiviteleri incelendiğinde; özellikle kollarını kullanmamalarına ve yorgunluklarına bağlı olarak zorluk yaşadıkları gözlemlenmektedir.

### **Serbest zaman alanında ki aktivite zorlukları ile ilgili bireylerin ifadelerinden örnekler;**

#### **Sessiz rekreasyon**

*“Tüm yaşamımı diyalize göre ayarlıyorum. Kütüphaneye gitme, gazete okuma alışkanlığı bitti. Sadece tv, bilgisayar. Bilgisayarda da sadece film izliyorum, başka yaptığım bişey yok. Sizi görüyorum ama net değil. Okurken gözlük kullanıyorum ama yetersiz kalıyor, yenilemem lazım, ama ne zaman gidebilirim bilmiyorum, zor geliyor hastane işleri”.*

*“Kitap okumayı çok severdim. Şimdi hem hastalık, hem de %90 göremiyorum. Bir de halim olmuyor. En acı şey okuyamamak”.*

*“Hiçbir şey yapamıyorum, gözüm görmüyor. Doktora gitmedim. Hastaneden nefret ediyorum.*

#### **Aktif rekreasyon**

*“Tüm programımı HD’e göre yapmalıyım. Bunun dışında il dışına çıkmak, tatile gitmek gibi birşey yapamıyorum. Orada da diyaliz merkezleri var, varda ben hiç yapmadım yani. Gideceğim yeri ayarlamak lazım, en yakın yer Keşan. Orada da önceden iletişim kurmak lazım. Zor bir organizasyon gibi geliyor bana”.*

*“Bir yere gidiyorsun, gidemiyorsun, kısıtlı kalıyorsun. İmkan yok, tedaviye gireceğiz yine. Diyelim ki şehir dışına gidiceğim, gidemiyorum. Aslında orada da bu tedaviyi alabiliyorum. Alıyorsunuz da, ona göre adres vermen lazım vs. Prosedürler beni zorluyor”.*

*“Bir arkadaşımıza, bir tatile, bir yere gidemiyorum. Gitsek bile diyaliz olan büyük bir merkez ile bağlantı kurmanın sıkıntıları var”.*

*“Burada her hafta bazı günler sabitiz, başka yere gidemiyoruz, gitsek bile uzun kalamıyoruz. Ya da önceden yer ayarlamak gerekiyor. Ama bizimde ne zaman*



*gideceğimiz belli değil. Ama mesela şu an yaz, her yer çok dolu oluyor. Önceden yer ayarlasak gidebiliriz ama bunlar çok zor şeyler”.*

*“Başka bir yere güvenemiyoruz. Davranışları nasıldır, temizlik nedir vs. Çünkü biz enfeksiyon kapmamalıyız, hijyenik olmalıyız”.*

*“Bu hastalıktan önce Ege’de, Akdeniz’de tatil yapardım. Şimdi doktorum denizi, güneşi yasakladı. Gitsen bile çamların altında oturacaksın dedi. Denize giremiyorum çünkü iltahap oluyor, bu iltihapın artmaması lazım”.*

*“Denize gitsem. Girmek değil, görsem hatta sadece”.*

*“Denize giremiyorum. Doktorum yasaklamadı ama nefes darlığım çok oluyor, korkuyorum”.*

*“Yoruluyorum. Eskiden istediğim yere gidip gezebiliyordum. Şimdi gidemiyorum. Gittiğim zaman kalmak istiyorum. Mesela denize gitmek istiyorum nasıl gidicem. Günü birlik gitmek zorundayım. Dönmek zorundayım. Çok engelliyor”.*

*“Artık yüzemiyorum. Mikrop kaparım diye. İnşallah giderim”.*

*“Piknikte birşeyler yiyip içmen şart. Sen yiyemiyorsun, bakıyorsun. O anda kendini toplum dışına itilmiş hissediyorsun. Seni sevenler hemen müdahale ediyor. “Aman yeme” diyor yakın çevrem. Bunu duymak çok rahatsız ediyor”.*

*“Sabah kalkıyorum. Evimizin önünde bahçemiz var, biberimiz var. Ara sıra onları suluyoruz. Başka yaptığımız bir şey yok. Çok bir şey yapamıyorum, kolum yüzünden. Ondan sonra aylak. Hep evdeyim. Herhangi bir şey olduğunda çıkıyorum”.*

*“Kısıtlantıyorsun. Bir iş yapmak istiyorsun, yapamıyorsun. Yoruluyorsun. Tarlayı süremiyorum. Kolumu kullanamam. Kendimi bazen gereksiz hissediyorum işe yaramadığım için”.*

*“Spor yapıyordum, futbol ve yürüyüş. Şu an sadece yürüyüş yapıyorum. Kolum yüzünden artık futbol oynayamıyorum”.*

*“Yürüyüşü seviyorum ama onuda yapamıyorum. Çok sıcak ve çok soğuk havalar iyi değil. İyi gelmiyor. Hasta oluyorum. İyi havalarda mümkün oldukça yürümeye çalışıyorum”.*

*“Çok gezmeyi severdim, çok pikniğe giderdim, çok fazla yemeklere giderdim. Hastalık beni iyice duygusal yaptı”.*

*“Çok fazla bir yere gidemem. İki tane en büyük korkum var. Birincisi vücudumda ani gelişen olumsuz bir durum olabileceği, ikincisi ise kolumdaki fistülün yerinden çıkması”.*

*“Vaktim yok bir şey yapmak için. Aslında pazar günlerimiz tatil ama hanım hep şehir merkezinde kebab yemek istiyor. Oysa ben balık tutmayı seviyorum”.*

### **Sosyalizasyon;**

*“Fistül nedir bilmiyordum, kollarımda iz kaldı. İnsanlar bana soruyor, kendine neden zarar verdin vs diye. Benim tuhafıma gidiyor. Diyorum ben diyaliz hastasıyım, fistül takılmak zorunda kaldı, ben kendime zarar vermedim”.*

*“Hastalık öncesi daha sosyaldim. Daha rahat dışarı çıkıyordum. Şimdi kolumu hep sarılı kullanıyorum, yoksa insanlar soruyor (şiş olduğu için). Bir şey mi oldu diye. Bende görmesinler diye sarıyorum”.*



**Şekil 4.1.** Arterio Venöz Fistül varlığı ile ilişkili oluşabilen koldaki şekil değişikliği

*“Yorgunluk oluyor, başım ses götürmüyor artık. Ben düğünleri severdim. Şimdi zerre kadar istemiyorum. Gitmek istemiyorum. Çarşıya çıkardım, çıkmak istemiyorum. Düşünüyorum. Nasıl çıkıcım diye. Yorgunluk oluyor, kesiklik oluyor,*

*sıcağa gelemiyorum. Çarşıya geçen bayram alışverişi için çıktım, o da çocuklar için”.*

*“Arkadaşlarımın hiçbiriyle şu anda görüşmüyorum. Hastalıktan sonra hiçbir alakam kalmadı. Onlar uzakta oturuyor. Bende başka yerde oturuyorum”.*

*“Önceden toplanırdık, kısır vs yapardık. Şu an toplansak da kısır yiyemiyorum, değerlerim yükseliyor. Kimseyle alakam kalmadı”.*

*“Arkadaşlarımla buluşsam birşeyler yemem içmem gerek. Alkol almak isterim, çay içmek isterim. Sen içemiyorsun, yiyemiyorsun, olmuyor”.*

*“Diyalize bağlandıktan sonra çocuklarımla falan ilgi kuramadım. Çok halsiz oluyorum, enfeksiyon yüzünden birçok kez hastanede yattım, çok fistül ameliyatı oldum. İlk hastaneye yattığımda 2,5 ay çocuklarımdan ayrı kaldım. Diyaliz beni herşeyden uzaklaştırdı, tek şey diyaliz oldu”.*

*“Aslında arkadaşlarımla görüşmeye devam ediyoruz ama hep birinin getirmesi gerekiyor. Çocuklarıma da yazık”.*

*“Buradakileri görmek bana iyi geliyor, evden çıkmış oluyorum Çünkü burası dışında pek bir yere gitmiyorum”.*

Bireylerin rekreasyon aktiviteleri incelendiğinde; görme problemlerinin ileri seviyede olmasının sessiz rekreasyon aktiviteleri açısından limitasyonlar oluşturduğu görülmüştür. Aktif rekreasyon aktivitelerinde ise en çok zorluk yaşanan konu seyahat etmedir. Bireylerin değişkenlik gösteren sağlık durumları, dış merkezdeki diyaliz merkezlerine karşı güven duygusunun olmaması, prosedüral işlemleri bilmeme yada bu işlerin çok zor olduğunu düşünmeleri seyahat etme önündeki en büyük engeller olarak görülmektedir.

Bireylerin sosyalleşme ile ilgili ifadeleri incelendiğinde sosyal aktivitelerinin oldukça azaldığı, daha sınırlı bir çevre ile yaşamlarına devam ettikleri görülmüştür.

## **Çevre**

*“Bakana zor bu hastalık. Onlarsız olmuyor gibi. Hanım eve geldiğinde kendime özgüven geliyor, o olmayınca olmuyor. Bağımlı olduk gibi”.*

*“Çocuklarım için de bu hastalık çok zor. Sürekli birisi benimle ilgileniyor. Oğlumun yanına taşındım, onlar evini satıp asansörlü bir ev aldılar”.*

“Aileden birinden nakil olmak istemiyorum. Herkes lafta var, icraatta yok. Herkes beni görünce “”heralde böbreklerini isteyeceğimi”” düşünüyor, selam bile vermiyorlar. Kadavradan nakil sırasındayım”.

“Benim ikinci evliliğim. Ben hastayken evlendik eşimle. İyi anlaşıyoruz. Halime çok üzülüyor. Beni halsiz görünce “ne olacak böyle” diyor. Üzülüyorum”.

“Bilgi eksikliğimiz çok. Hastalık konusunda hiçbir şey bilmiyoruz. Komşu ne demiş, akraba ne demiş? Oysa her hastanın tedavi şekli farklıdır”.

“Hasta yakınları kurtulmak istiyor bizden, bunu açıkça belli ediyorlar”.

“Kolum yüzünden ağır hiçbir şey taşıyamıyorum. Market alışverişi çok fazla yapamıyorum, pazara gidip çok fazla şey alamıyorum. Eşim yapıyor artık bu işleri, roller değişti”.

“Çevremdekiler, arkadaşlarım beni neşeli görünce daha çok teşvik ediyorlar”.

“Tedaviye arabamla gelmek istiyorum ama bu mümkün olmuyor. Çünkü otoparkta yakında yer olmuyor. Yürümek zor oluyor”.

“Dışarıda tuvalete gidemiyoruz. Klozet olması lazım. Bu yüzden pek dışarı çıkmıyorum.

“Hastalık nedeni ile kızımınla yaşıyorum. Aslında kendi evimde bahçem var, köpeğim var, çiçeklerim var. Ama asansör yok, birde kış gelince hiç kalamam kendi evimde”.

“Hep başkaları için yaşadım. Kendime değer vermiyorum. Alzheimer hastası kayıinvalideme bakıyorum, toruna bakıyorum. Beraber yaşıyoruz”.

“Aslında nakil olmak istiyorum ama altı ay içinde işlemleri tamamlamak lazım. O da pek mümkün olmuyor. Birçok test yaptırmamız gerekiyor, prosedürler çok fazla. Randevular hep ileri tarihlere veriliyor. Zaten hep yorgun oluyorum. Bunlarla uğraşmamak için nakil sırasında değilim”.

“Burada bize çok iyi bakıyorlar. Hemşireler çok ilgileniyor, aile gibi olduk”.

“Buraya gelince mutlu oluyorum. Evden pek çıkmıyorum burası bana iyi geliyor, arkadaşlarla sohbet ediyoruz”.

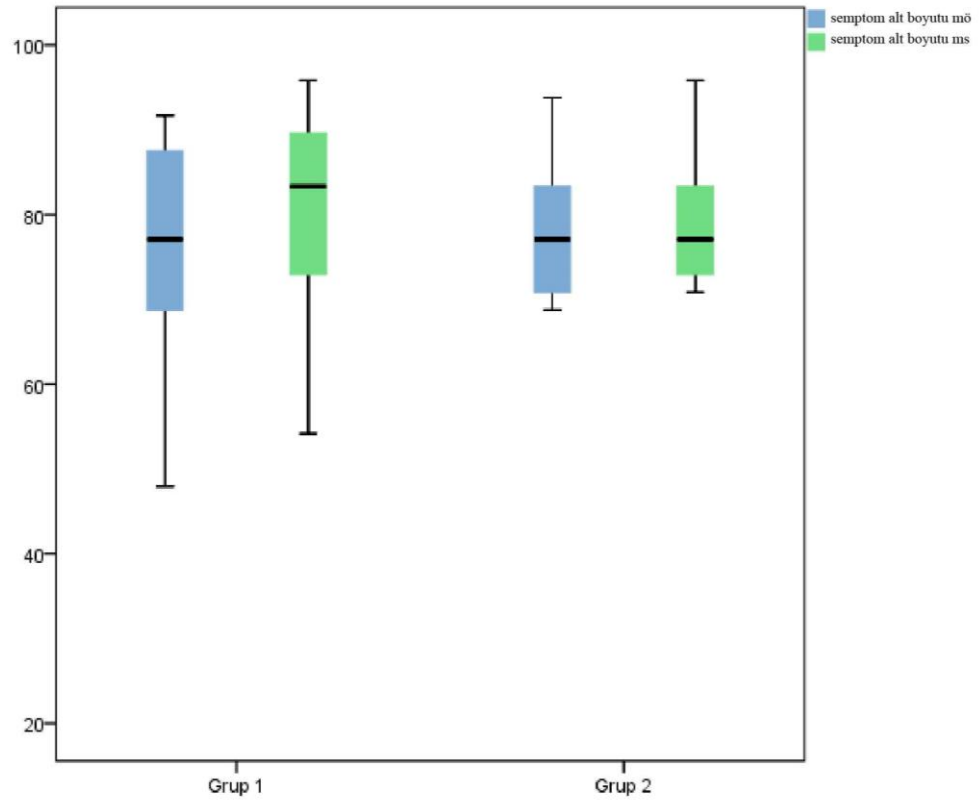
“Eşim vefat edeli 2,5 sene oluyor, burası benim için zaman geçirme yeri oldu. Arkadaşlar, hemşireler ve bugün sizinle zamanımızı değerlendirmiş oluyorum”.

Çevrenin aktiviteler açısından etkisine dair cevaplar incelendiğinde ise; bireylerin ailelerine karşı kendilerini yük olarak gördükleri görülmektedir. Fiziksel çevre açısından ise; evde asansörün bulunmaması, evin içinde banyonun vs. uygun olmaması, bireyin gittiği yerde uygun tuvaletin bulunmamasının aktivite limitasyonu oluşturduğu gözlenmektedir.

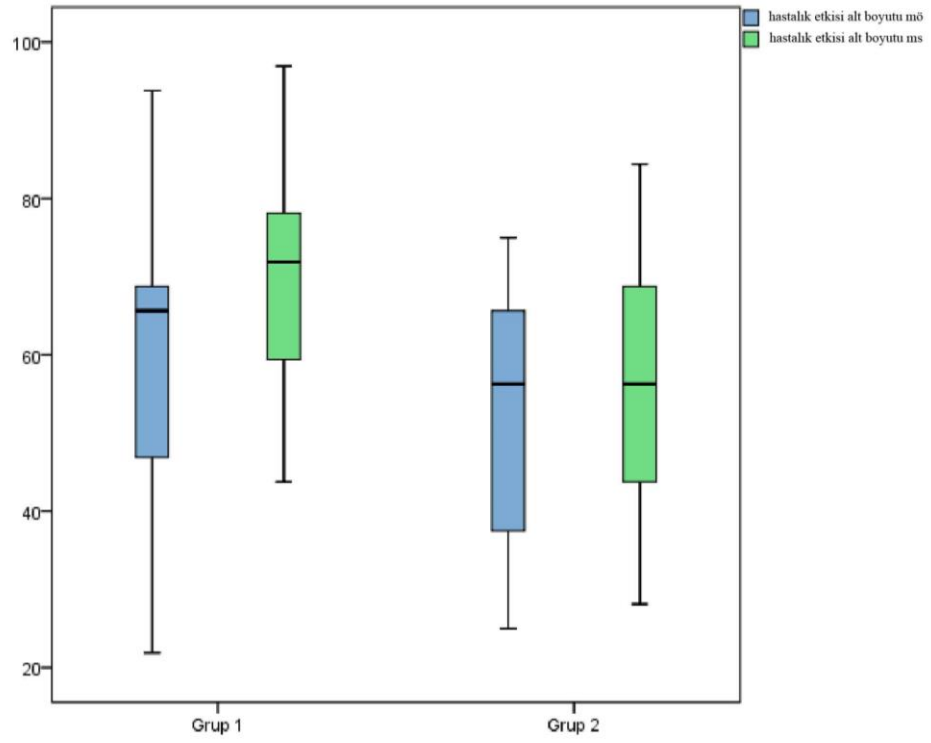
Bireylerin bir kısmı ise; tedavi sürecinde ki çevreyi sosyallik açısından iyi bir ortam olarak tanımlamaktadırlar.

#### **4.4. Bireylerin Müdahale Öncesi ve Sonrası Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi (KDQOL-36) ve Aktivite Performans ve Memnuniyet Sonuçları**

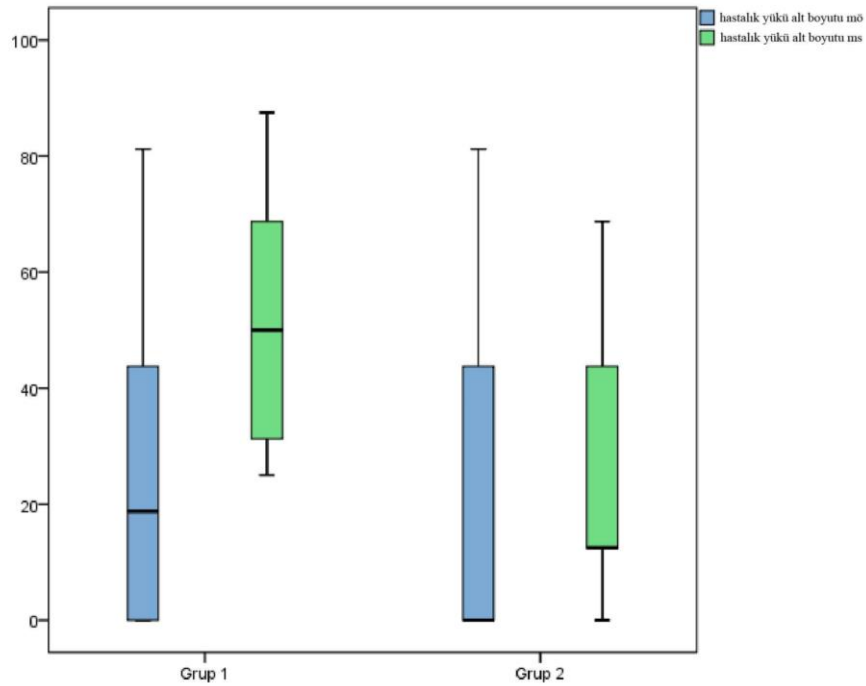
Çalışmada bireylerin yaşam kalitesi KDQOL-36 ile değerlendirildi. Müdahale öncesi ve sonrası grup içi değerlendirmelerde Grup 1 açısından KDQOL-36'nın tüm alt boyutlarında ( $p < 0,01$ ) istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Yaşam kalitesi grup içi değerlendirmesi sonucuna göre müdahale sonrasında en büyük fark hastalık yükü alt boyutunda olmuştur (Şekil 4.2-4.6). Grup 2 açısından ise grup içi değerlendirmelerde sadece SF-12 fiziksel ( $p=0,01$ ) ve mental komponent ( $p=0,02$ ) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi.



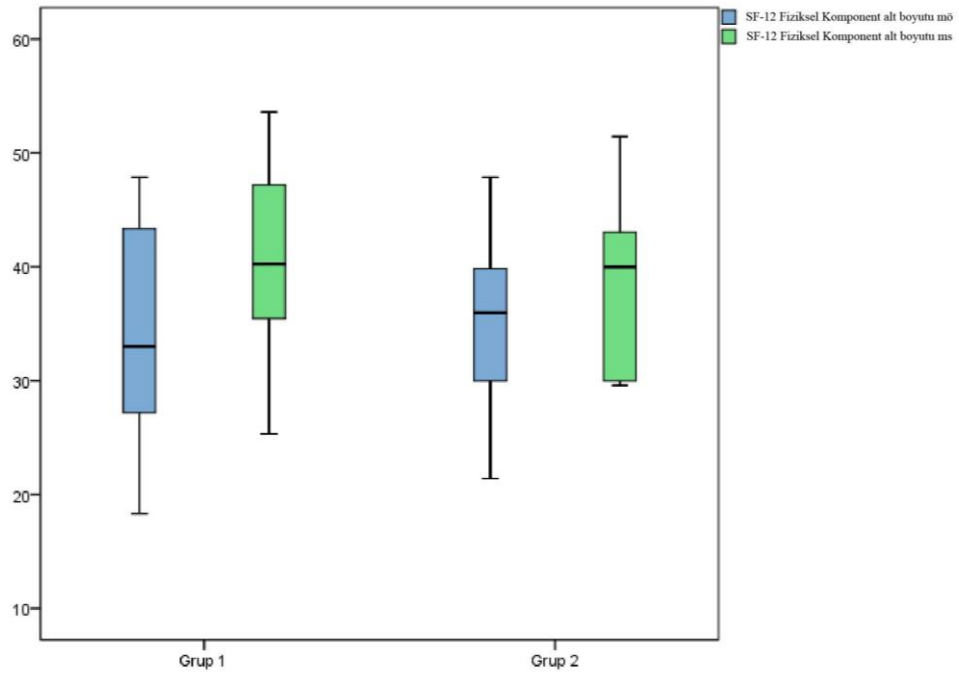
**Şekil 4.2.** Grup 1 ve 2'ye ait yaşam kalitesine ait müdahale öncesi ve sonrası yaşam kalitesi alt boyutları (Semptom Alt Boyutu)



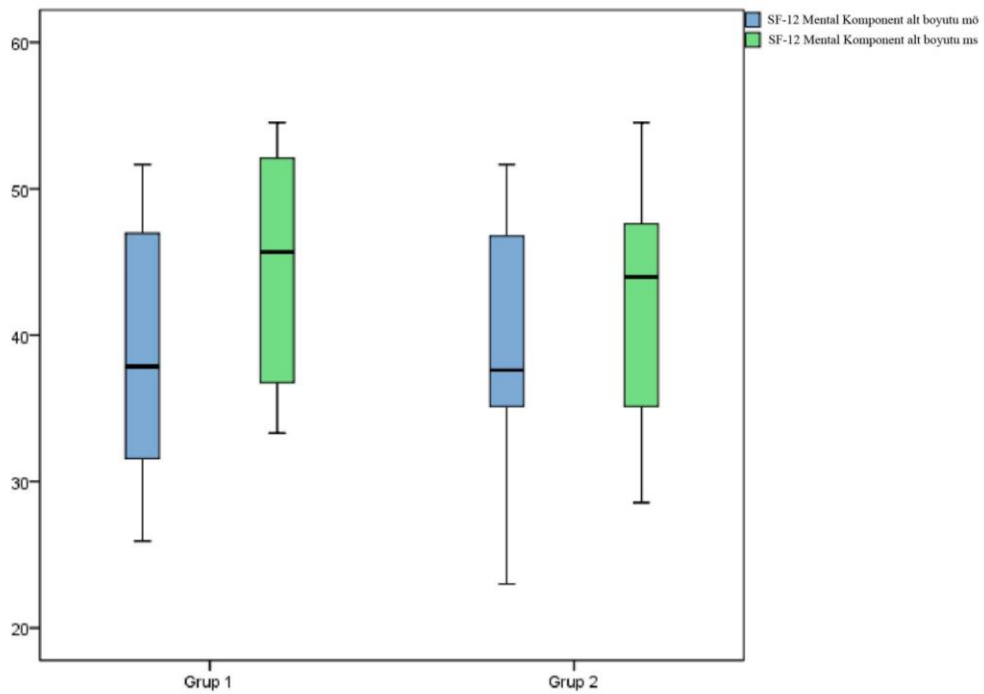
**Şekil 4.3.** Grup 1 ve 2'ye ait yaşam kalitesine ait müdahale öncesi ve sonrası yaşam kalitesi alt boyutları (Hastalık Etkisi Alt Boyutu)



**Şekil 4.4.** Grup 1 ve 2'ye ait yaşam kalitesine ait müdahale öncesi ve sonrası yaşam kalitesi alt boyutları (Hastalık Yükü Alt Boyutu)



**Şekil 4.5.** Grup 1 ve 2'ye ait yaşam kalitesine ait müdahale öncesi ve sonrası yaşam kalitesi alt boyutları (SF-12 Fiziksel Komponent Alt Boyutu)



**Şekil 4.6.** Grup 1 ve 2'ye ait yaşam kalitesine ait müdahale öncesi ve sonrası yaşam kalitesi alt boyutları (SF 12 Mental Komponent Alt Boyutu)



Müdahale sonrası grup içi değerlendirmelerde Grup 1 açısından KAPÖ'nün tüm alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlendi ( $p < 0,01$ ;  $0,01$ ). KAPÖ değerleri açısından müdahale sonrası Grup 2'de anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Müdahale sonrası gruplar arasındaki değerlendirmelerde yaşam kalitesi hastalık etkisi alt boyutu ( $p = 0,01$ ) ve hastalık yükü alt boyutunda ( $p < 0,01$ ), KAPÖ performans ( $p < 0,01$ ) ve memnuniyet ( $p < 0,01$ ) alt boyutunda Grup 1 lehine istatistiksel olarak anlamlı gelişme olduğu saptandı.

Grup 1 ve Grup 2 de'ki gelişmelerin farkına bakıldığında ise; yaşam kalitesi alt boyutlarında ( $p < 0,01$ ;  $< 0,01$ ;  $< 0,01$ ;  $0,03$ ;  $< 0,01$ ) ve KAPÖ performans ve memnuniyet alt boyut puanlarında ( $p < 0,01$ ) Grup 1 lehine istatistiksel olarak anlamlı gelişme olduğu belirlendi (Tablo 4.3).

Çalışma bulguları göz önüne alındığında; kişi merkezli ergoterapi uygulamasının bireylerin yaşam kalitesi ve aktivite performansı üzerinde katkı sağladığı belirlenmiştir. Sadece farkındalık eğitiminin verilmesi ise; yaşam kalitesinin genel sağlık parametrelerine katkı sağladığı, fakat yaşam kalitesi ile ilgili olan diğer parametrelere katkı sağlamadığı belirlendi. Benzer olarak; bireylere sadece farkındalık eğitiminin verilmesi, bireylerin aktivite performansı üzerine de herhangi bir katkı sağlamadığı saptandı.

**Tablo 4.3.** Grup 1 ve Grup 2'nin müdahale öncesi ve sonrası grup içi, gruplar arası ve farklar açısından karşılaştırılması

	Grup I				Grup II				Gruplar arası fark			
	mö	ms	fark	p (grup içi)*	mö	ms	fark	p (grup içi)*	mö**	ms**	Fark**	
KDQOL-36												
Semptom alt boyutu	76,29±15,05	80,85±11,52	4,56±2,43	<0,01	75,40±16,89	76,88±16,19	1,49±7,60	0,49	0,71	0,49	<0,01	
Hastalık etkisi alt boyutu	59,52±17,10	69,79±13,56	10,27±6,33	<0,01	53,57±15,00	56,70±14,50	3,12±15,08	0,19	0,21	0,01	<0,01	
Hastalık yükü alt boyutu	25,00±27,74	52,08±20,38	27,08±16,21	<0,01	18,15±26,14	24,40±23,04	6,25±28,43	0,23	0,27	<0,01	<0,01	
SF12 Fiziksel Komponent Alt Boyutu	33,67±8,89	41,57±7,67	7,90±3,30	<0,01	34,91±7,02	37,89±6,79	2,99±4,46	0,01	0,58	0,10	0,03	
SF12 Mental Komponent Alt Boyutu	38,99±8,71	44,29±7,75	5,30±5,48	<0,01	39,73±7,31	42,82±6,96	3,08±5,60	0,02	0,51	0,43	<0,01	
KAPÖ Performans	3,95±1,43	5,81±1,08	1,86±1,31	<0,01	3,86±1,56	4,05±1,43	0,19±0,68	0,21	0,90	<0,01	<0,01	
KAPÖ Memnuniyet	3,52±1,60	5,09±0,77	1,57±1,40	0,01	3,33±1,06	3,57±1,03	0,24±0,89	0,22	0,50	<0,01	<0,01	

\*Wilcoxon testi

\*\*Mann Whitney U testi

mö:müdahale öncesi, ms:müdahale sonrası

Kişi merkezli ergoterapi müdahalesi uygulanan grupta; müdahale öncesine göre tüm performans alanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ( $p=0,01$ ). Sadece farkındalık eğitimi verilen grupta ise, müdahale sonrası sadece serbest zaman aktiviteleri açısından anlamlı gelişme saptandı ( $p=0,09;0,06$ ) (Tablo 4.4.).

**Tablo 4.4.** Bireylerin KAPÖ'ye göre belirledikleri aktivite alanlarına ait müdahale öncesi ve müdahale sonrası aktivite performans ve memnuniyet puanları

KAPÖ	Grup 1				Grup 2				
	Müdahale Öncesi X±SS	Müdahale Sonrası X±SS	z	p	Müdahale Öncesi X±SS	Müdahale Sonrası X±SS	z	p	
Kendine Bakım	KAPÖ Performans	4,09±2,43	5,86±1,15	-3,09	0,01	4,05±1,88	4,09±1,48	-0,50	0,62
	KAPÖ Memnuniyet	3,57±1,63	5,24±0,89	-3,44	0,01	3,71±1,49	3,67±1,11	-0,04	0,97
Üretkenlik	KAPÖ Performans	3,48±1,72	5,67±1,02	-3,65	<0,01	3,71±1,45	3,80±1,47	-0,37	0,71
	KAPÖ Memnuniyet	3,48±1,60	4,86±1,11	-2,88	0,01	3,09±1,13	3,24±1,09	-0,44	0,66
Serbest Zaman	KAPÖ Performans	3,05±1,69	5,90±1,22	-3,76	<0,01	3,86±1,65	4,24±1,60	-1,70	0,09
	KAPÖ Memnuniyet	3,52±1,60	5,19±0,81	-3,55	<0,01	3,19±1,29	3,71±1,31	-1,85	0,06

\*Wilcoxon testi

Bireylerin KAPÖ sonuçları ile ilgili olarak yaptıkları değerlendirmeleri incelediğimizde;

*“Bahçede artık daha rahat çalışıyorum. Kolumu nasıl koruyacağımı öğrenmek benim için iyi oldu”.*

*“Belki de bir gönüllük hizmetinde bulunabilirim, şimdilerde bu konuda ne yapabileceğimi düşünüyorum”.*

*“Bende önemliymişim aslında”.*

*“Sigarayı bıraktım”.*

*“Her zaman olmasa da; genelde daha iyi uyuyorum ve sabahları daha iyi kalkıyorum”.*

*“Eşimle daha çok vakit geçirmeye başladık. Benim için yeni şeyler yapmaya başladı. Her gün bana gazete ya da kitap okuyor”.*

*“Arkadaşımın dükkanına gittim geçenlerde, beni görünce çok sevindi. Keşke daha önce gitseymişim”.*

*“Şehir dışına gitmeye henüz cesaret edemedim ama bunu yapabilen hastalar olduğunu öğrendim. Belki de prosedürler o kadar da zor değildir. Önümüzde ki yaz tatile gitmek istiyorum”*

*“Nakil olmak istiyorum. Bunun için yakınlarımdan yardım istedim. Prosedürler için iş bölümü yapacağız. Kim bilir belki de bu sefer yetiştiririz”.*

*“Aslında konuştuğumuz şeyleri artık yapmak istiyorum ama enfeksiyon nedeni ile tekrar ameliyat olmam gerekiyor hocam”.*

## 5. TARTIŞMA

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde kişi merkezli ergoterapi müdahalesinin aktivite performansı ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile planlanmış olan bu çalışma da; kişi merkezli ergoterapi müdahalesinin aktivite performansı ve yaşam kalitesini geliştirdiği belirlendi.

Hemodiyaliz tedavisi alan bireyler ile ilgili yapılan ergoterapi çalışmaları incelendiğinde; bu konuda literatürün oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu değerlendirme çalışmalarından oluşurken (1,82), çok az sayıda müdahale çalışması bulunmaktadır (10). Bununla birlikte literatürde bu konuda kişi merkezli ve randomize bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylere uygulanan ergoterapi alanında bibliyografik referansların bulunmaması nedeniyle (10), çalışmamızın sonuçları önem taşımaktadır ve sonuçların hemodiyaliz tedavisi alan bireyler için planlanacak müdahale programları açısından yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlası erkekti. Literatürde cinsiyet ile ilgili böbrek hastalığı çalışmaları farklılık göstermektedir (15). ABD Renal Veri Sistemi (28) verilerine dayanarak SDBY tedavisine başlayan erkeklerin oranının, kadınlardakinden 1,5 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bazı çalışmalar (33) erkeklerde daha yüksek sistemik kan basıncı olduğunu bildirmiş, bazıları ise hipertansif böbrek hasarına karşı erkeklerin daha duyarlı olduğunu öne sürmüşlerdir. Bununla birlikte bazı yapılan bir metaanaliz çalışmasında (15); KBH'nın erkeklerle oranla kadınlarda daha yaygın görüldüğü saptanmıştır. Bu durumun ise genel olarak kadınlar erkeklerden daha az kas kütesine sahip olması ve kas kütesinin serum kreatinin konsantrasyonunun önemli bir belirleyicisi olması durumu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Sigara kullanımı; kardiyovasküler ve böbrek hastalıkları yakından bağlantılıdır ve sigaranın kardiyovasküler sistem üzerindeki olumsuz etkileri hızlandırdığına dair kanıtlar vardır (182). Sigara içme durumunun ve farklı komorbid koşulların varlığının hastaneye yatış ve ölüm oranları ile ilgili farklı oran ve risklerle ilişkili olduğunu belirlemiştir. Bununla birlikte HD tedavisi alan bireylerde sigara kullanımı ve mortalite oranları arasındaki ilişki araştırılmıştır, ancak sonuçlar genellenebilir değildir. Bu çalışmada bireylerin yaklaşık yarısı sigara içmektedir.

Çalışmada her iki gruba da farkındalık eğitimi kapsamında sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkileri hakkında eğitim verilmiş, ek olarak müdahale grubuna sigaranın bırakılması ile ilgili eğitim uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda müdahale grubunda iki birey sigarayı bırakmış, iki birey ise gün içinde içtikleri sigara miktarının azaldığını belirtmişlerdir. Kontrol grubunda ise bir birey gün içinde içtiği sigara miktarının azaldığını ifade etmiştir. Müdahale grubunda sigarayı bırakma konusunda daha iyi sonuçlar elde edilmesini bireyler yeni aktiviteler ile uğraşma, kendine değer verme gibi durumlarla ilişkilendirmişlerdir. Bireylerin konu ile ilgili ifade örnekleri;

*“Sosyal hayatım çok iyi olmadığı için sigara içiyorum” (mö)*

*“Artık kendime zaman ayırıyorum. Evden daha çok çıkıyorum. Doğada vakit geçirmeyi özlemişim” (ms)*

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi iki komponentten oluşmaktadır. Birincisi, yemek yeme, egzersiz, sigara içme, madde bağımlılığı ve kirli ortamlarda yaşama veya çalışma gibi uygulamalar hakkında eğitim yoluyla farkındalığı artırma sürecidir. Bu faktörlerden herhangi biri, belirli koşullar altında, birinin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. İkinci komponent, birinin sağlık risklerini azaltmak ve bir kişinin sağlığını iyileştirmek için yukarıdaki alanların herhangi birinde davranışsal değişikliklerin teşvik edilmesinden oluşur (183). Çalışmada müdahale grubunda daha başarılı sonuçlar elde edilmesi bu gruba hem farkındalık eğitiminin verilmesi, hem de bu konuda davranışsal değişikliklere yönelik müdahalelerin yapılmış olmasıdır. Bununla birlikte sigara alışkanlığının sadece iki birey tarafından bırakılmış olması; bu konuda belki de daha uzun süreli müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda bireyler hemodiyaliz uygulaması öncesi vücutta sıvı birikimi nedeni ile zorluk yaşadıklarını, hemodiyaliz tedavisi sonrası bu açıdan genel bir rahatlama yaşadıklarını fakat bununla birlikte tedavi sonrası çok yorgun olduklarını ifade ettiler. Yorgunluk, fiziksel, mental ve emosyonel komponentlere sahip, çok boyutlu olarak tanımlanmaktadır (184,185) ve hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde yaygın bir şikayettir. Jhamb ve diğ. (186) yorgunluk insidansının hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde %60-97 arasında değiştiğini bildirmiştir. Çalışmamızda bireylerin tamamına yakınının gün içinde sürekli yorgunluk yaşadığını belirtmesi, literatürü destekler bir sonuçtur.

Çalışmalar yorgunluğun fiziksel fonksiyonda bir azalma (187), yaşam kalitesi (188) ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme becerisini içeren (189) yaygın etkileri olabileceğini göstermiştir. Bu nedenle yorgunluk yönetiminde bireylere yardımcı olmak için etkili yollar bulmak önemlidir.

*“Çok yoruluyorum. Burdan çıkınca servis arabasına zor gidiyorum. Yorgunluk oluyor, hiçbir şey yapamıyorum”. (mö)*

*“Hastalıkla ilgili değişen bir şey yok aslında, yine çok zor ve hep çok zor olacak. Ama ben bazı şeylerle nasıl baş edebileceğimi öğrendim galiba”. (ms)*

İleri seviye KBH ve SDBH olan bireylerde uyku bozuklukları ve gündüz uykulu olma durumu literatürde farklı çalışmalarla belirlenmiştir (190,191). Literatürde HD veya PD tedavisi alan bireylerin %80'i uyku kalitelerinin etkilendiğini belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada (192); HD tedavisi alan bireylerin %73'ünün uyku kalitesinin iyi olmadığı belirlenmiştir. Bu çalışmada ise; bireylerin yarısından fazlası uyku ile ilgili problemler yaşadığını belirtmiştir ve sonuçlar literatürü destekler niteliktedir. Literatürde HD tedavisi alan bireylerin uyku bozukluklarının, iki ayrı mekanizma aracılığıyla gerçekleştiği belirtilmiştir. Bunlardan birincisi; HD tedavisi alan bireylerin gündüz aşırı uyku halinin olması, ikincisi ise bu bireylerde belirli seviyelerde artan inflamatuvar sitokinlerin seviyelerini içeren biyolojik mekanizmalar yoluyla gerçekleştiğidir (193). Bu çalışmada bu bilgiyi destekler nitelikte olup; bireyler HD tedavisi sonrası yaşanan yorgunluk nedeni ile gün içinde uyuma ihtiyacı hissettiklerini, bu durum nedeniyle gece çok geç yattıklarını ve uykularının çok sık bölündüklerini belirttiler.

*“Uyku saatlerim düzensiz. Diyalizden çıkınca çok yorgun oluyorum, uyumadan olmuyor. 4-5 saat. Gece kalkıyorum, sonrada uyuyamıyorum, televizyon izliyorum”. (mö)*

Çalışmada müdahale grubunda beş birey hemodiyaliz sonrası hemen uyumayıp, farklı aktiviteler (açık havada oturma, müzik dinleme gibi) yapmaya başladıkları belirttiler.

*“Eve gidince balkonda bir çay içiyorum hocam, biraz oyalanıyorum. Artık tüm gün uyumuyorum”.*

*“Gece televizyon izlerken uyuyakalırdım koltukta, şimdi yatmadan önce televizyon izlemeyi azalttım, uykum gelince yatağıma geçiyorum. Erken uyuyamıyorum yine ama olsun”.*

Üç birey ise aslında daha erken bir saatte yatmak istediklerini ama bu durumun şimdilik başlatamadıklarını ifade ettiler. Kontrol grubunda ise uykuya yönelik bir gelişme sağlanmadı. Bu durumun başlangıç da tüm bireylere verilen farkındalık eğitiminin uyku ile ilgili bir eğitimi kapsamamasından kaynaklanabileceği düşünüldü. Uyku kalitesinin iyi olmaması; bireyin emosyonel durumunu, motivasyonunu, kognitif durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve aynı zamanda yorgunluk, iştahsızlık, anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir (194,195). Tüm bu bulguların KBH'nın semptomları olabildiği göz önüne alındığında; HD tedavisi alan bireylerde uyku problemlerinin değerlendirilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılmasının, böbrek hastalığına bağlı semptomları ile başa çıkmada etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada bireylerin yarısından fazlası günlük yaşamlarını etkileyen bir görme problemleri olduğunu ve bu durumun günlük yaşamlarını olumsuz etkilediğini ifade ettiler. Az görme, normal gözlükler, kontakt lensler, ilaçlar veya ameliyatla düzeltilemeyen görsel bir bozulmadır ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme yeteneğini engeller. Hemodiyaliz tedavisi alan bireyler ile yapılan bir çalışmada (196); bireylerin %22,5'inde görme bozukluğu belirlenmiş ve aynı çalışmada, görme bozukluğunun HD tedavisi alan bireylerde bağımsızlık düzeyi gibi klinik olumsuz sonuçlar açısından bir risk faktörü olduğuna dikkat çekilmiştir. Başka bir çalışmada (197) ise; görme yeteneğinde meydana gelecek bir kaybın günlük yaşam aktiviteleri, üretkenlik ve sosyal çevredeki aktivitelerin büyük çoğunluğunu önemli derecede etkileyebileceği ve bu durumun serbest zaman ve sosyal aktiviteler de dahil olmak üzere tüm aktivite alanlarında katılımı etkileyebileceği belirtilmiştir. Bu kapsamda; HD tedavisi alan bireylerde görme yeteneğine yapılacak müdahaleler; bireyin yaşam kalitesi ve aktivite performansını geliştirmek açısından önemlidir. Literatürde kronik böbrek hastalığının en temel nedenlerinden biri olarak görülen diyabetli bireylerle ilgili yapılmış ergoterapi müdahalesi çalışmaları bulunmaktadır (181), fakat hemodiyaliz tedavisi alan az gören bireylere yönelik yapılmış ergoterapi müdahalesi çalışmasına rastlanmamıştır. Bu nedenle, HD tedavisi alan bireylerde görme



problemlerine yönelik yapılacak ergoterapi müdahale çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

Kronik hastalığı olan kişiler için sağlık hizmetlerinin yönetimi hem bireyler hem de bakım verenler için zaman alıcı bir iştir (198). Diyaliz hastaları ile yapılan bir çalışmada (199); bireyler kendileri için serbest zaman bulamadıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada da; benzer olarak, HD tedavisinin çok fazla zamanlarını aldığı, diyaliz sonrası gün ise yorgunluk ya da baş ağrısı gibi nedenlerle başka hiçbir şey yapmaya vakit bulamadıklarını belirtmişlerdir.

*“Vaktim çok az kalıyor, evimde daha iyi dinlenmek, daha iyi yemek içmek istiyorum ama olmuyor. Telaş oluyor. Haftanın 12 saati devamlı burada geçiyor “.*  
(mö)

Zaman yönetimi zorlukları tüm günlük aktiviteleri olumsuz etkileyebilir ve bu nedenle, bir danışanın fonksiyonel performansını değerlendirirken ve müdahale ederken ergoterapistler için zaman yönetiminin öğretilmesi temel bir hedefdir (179-181). Çalışmada zaman yönetimi konusu hem farkındalık eğitimi kapsamında, hem de kişi merkezli ergoterapi müdahalesi olarak uygulanmıştır. Zaman yönetimi, zamanınızı belirli aktiviteler arasında nasıl paylaşacağınızı organize etme ve planlama sürecidir. Başarılı zaman yönetimi, sahip olduğunuz zamanla daha verimli çalışmanıza olanak verir; daha fazla üretkenlik, daha az stres, daha fazla kontrol, daha fazla fırsat ve daha fazla profesyonellik sağlar.

*“Hemodiyaliz olmayan günlerde yapmam gereken ve benim için önemli olan şeyleri yapmak için vakit ayırmaya başladım. Kendime ve önceliklerime zaman ayırmam gerekiyor”* (ms)

Çalışmada bireylerin en çok serbest zaman aktiviteleri ile ilgili aksamalar yaşadığı saptandı. Bu aktiviteler; okumak, dikiş nakış yapmak, örgü örmek, resim yapmak, seyahat etmek, yüzmek, gezmek, futbol oynamak, pikniğe gitmek, bahçe işleri ile uğraşmak, balık tutmaya gitmek, koşu, eğlenmek, arkadaşlarla buluşmak ve topluluk içinde yaşanan stigma ile baş etmektir. Çalışmanın Edirne İli'nde yapılmış olması, Edirne İli ve çevresinde deniz, nehir ve baraj, yeşillik alanın fazla olması ve çiftçilikle uğraşan kırsal bölgede yaşayan bireylerinde dahil edilmesi nedeni ile yüzmek, gezmek, pikniğe gitmek, bahçe işleri ile uğraşmak, balık tutmaya gitmek gibi aktivitelerin bireyler tarafından belirlenmiş olması beklenen bir durumdur.

Edirne ilinde yapılan bir çalışmada (200); Edirne halkının serbest zaman aktivitelerini hangi şekilde değerlendirdikleri incelenmiş ve bu aktivitelerin en çok spor, sosyalleşme ve dinlenme açısından en az ise kültürel ve sanatsal açıdan değerlendirdikleri araştırma sonucunda gözlenmiştir. Bu çalışmada en çok etkilenen performans alanı serbest zaman aktiviteleridir. Elde edilen sonuç; literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmada bazı bireyler eğlenmeye gitmediklerini, sosyal ortamlardan uzak durduklarını ve piknik yapma ile ilgili zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir.

*“Hocam nasıl gideyim piknik yapmaya? Şimdi gitsem arkadaşlarla mangal yaparız, mangal yapınca yemem gerekir, e tabi yanında da bir şey içmeden olmaz. Gitmiyorum bu yüzden”.*

Çalışmaya dahil edilen bireyler düzenli olarak alkol tüketmediklerini fakat piknik yapmak gibi bir durumda ara sıra alkol tükettiklerini belirtmişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada (201); en yüksek alkol kullanımının %20 ile Edirne İli'nin de içinde yer aldığı Batı Marmara bölgesi olduğu, bunu izleyen iki bölgenin ise Ege ve İstanbul bölgeleri olduğu saptanmıştır. Çalışmada bireylerin serbest zaman aktiviteleri ile ilgili ifadeleri göz önüne alındığında; bireylerin yaşadığı çevrenin aktivite tercihlerini etkilediği göstermektedir.

Çalışmada bireyler, “futbol oynamayı” en çok etkilenen serbest zaman aktivitelerinden biri olarak tanımlanmıştır. Finco'ya (202) göre bu gibi tercihler kültürel bir deneyimdir ve bu nedenle cinsiyet ve cinsiyete göre davranışlar beklenir. Çalışmada erkek sayısının kadın sayısına göre daha fazla olduğu göz önüne alındığında; KAPÖ'de kültürel olarak erkeklerle ilgili bir aktivite olan “futbol oynama” yı yüksek oranda çıkmasının bir gerekçesi olabilir.

Çalışmada; bireylerin meslek ile ilgili olarak üretkenlik aktivitelerinde de etkilenim yaşadığı belirlendi. Hemodiyaliz tedavisi sonrası mesleklerine devam eden birey sayısı, hemodiyaliz tedavisi öncesine göre 3,5 kat oranında azalmıştır. Bu çalışmanın sonuçları ile benzer olarak; yapılan bir çalışmada (203); KBH olan bireylerde diyaliz tedavisi başlamadan önce istihdam oranı %61.1 iken, diyaliz tedavisi sonrasında bu oranın %29.9'a gerilediği saptanmıştır.

İstihdam seviyelerindeki değişiklikler SDBH olan çalışma çağındaki bireyler arasında yaygındır (204). Çok sayıda birey, diyalize başlamadan önce veya sonra

mesai saatlerini azaltır veya çalışmayı bırakır (205). Yorgunluk; kişinin çalışma yeteneğini olumsuz yönde etkileyebilecek olan en önemli faktördür. İkinci bir potansiyel faktör diyaliz yöntemidir. Hemodiyaliz genellikle haftada üç seans gerektirir ve her seans en az 4 saat sürer (204,206). Yapılan bir çalışmada (207), işten ayrılmanın temel nedenlerinden birinin diyaliz süresi olduğu belirtilmiştir. Mevcut çalışmada da benzer şekilde; bireyler haftada 3 gün diyalize gelmenin ve ortalama 4 saat diyalizde kalmanın çalışma açısından bir limitasyon oluşturduğunu belirtmişlerdir.

*“Aslında hemodiyalize başladığımda çalışıyordum, iş buldukça yapıyordum yani. Ama o zamanlar 2 gündü hemodiyaliz. Şimdi ise 3 gün. Artık mümkün değil çalışmam, hep hastanedeyim”. (mö)*

Buna karşılık, periton diyalizi, hemodiyaliz uygulamasına göre daha çok çalışma dostudur, çünkü bireylerin tedavilerini ne zaman, nerede ve nasıl yaptıklarını kontrol etmelerini sağlar (204). Fakat bu avantajına rağmen bireyin uygulamayı kendisinin yapmasının getirdiği zorluklar, uygulamanın steril bir ortamda gerçekleştirilmesi ve gün içinde tekrarlanması zorunluluğu gibi faktörlerde çalışma ortamında diyaliz uygulanmasını zorlaştırmaktadır.

*“Önceden çalışıyordum. Yedi yıl periton diyalizi yaptım. 6 saatte bir yapmam gerekiyordu. İş yerinde hijyen nedeniyle yapamadım. Malulen emekli oldum. Primlerimi de tamamlamıştım. Bizi böyle zaten kimse istemez”. (mö)*

Çalışmada bireylerin ifadeleri dikkate alındığında; bireylerin var olan mesleklerini sürdürmemesinin daha çok işveren kaynaklı değil, bireyin hastalığın semptomları ile baş edememesi nedeni ile kendi isteği ya da ailesinin isteği üzerine gerçekleştiği görülmektedir. Yapılan bir çalışmada (207); aile üyelerinden gelen direnç ve işverenlerin kabul görmemesinin, HD tedavisi alan bireylerde istihdamın önündeki iki ana engel olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada da bireylerin ifadeleri göz önüne alındığında; sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir.

*“Eskiden şofördüm. Malulen emekli oldum. Çalışamazdım. Bana iş verecek kişinin haftada 3-4 gün izin vermesi lazım. Sağ kolumda fistül var, bu kolumu zorlamayan bir iş olması lazım”. (mö)*

*“Hastalanınca işimi bıraktım. Hastalığın etkileri, birde ailem çalışmamı istemedi. Biraz baskıya boyun eğdim, biraz da pek bilmediğimizden. Ailem “yeter*

*artık çok çalıştın, biraz dinlen” dedi. Şu an isterim çalışmak ama mümkün değil. Üç gün burdayım, sonrasında da yorgunluk ve baş ağrısı”. (mö)*

Çalışma sonunda müdahale grubundaki iki birey köyde yetiştirdikleri ürünleri pazarda satma konusunda girişimde bulundular. Bir diğer birey ise eski çalıştığı yerde farklı bir pozisyonda çalışıp çalışamayacağı konusunda işveren ile konuşmaya karar verdiğini belirtti.

*“Hocam köyde bahçemizdeki ürünleri pazarda da satıyoruz. İnternette de nasıl satılıyor araştıracağım”. (ms)*

*“Eskiden yönetici pozisyonunda çalışıyordum, ama şimdi yapamam. 3 gün işyerinde olmayan yönetici mi olur. Ama belki farklı bir iş olur, daha farklı bir pozisyon, eskisi gibi olmasada yine çalışmış olurum” (ms)*

Bununla birlikte bazı bireyler hastalığın semptomları, sık geçirilen enfeksiyonlar, fistül bölgesini koruma gereklilikleri ve hastanede geçirilen zaman nedeni ile çalışmayı istemelerine rağmen; bu konuda bir çaba gösteremediklerini belirttiler. İleride yapılacak çalışmaların diyaliz tedavisi alan bireylerin istihdamlarının devam ettirilmesi ve bu hastalar için uygun istihdam ortamlarının oluşturulmasına yönelik olarak planlanması; bireylerin hayatın içinde üretken bir rol almalarını sağlamak açısından önem taşımaktadır.

SDBH'da diyaliz gibi morbidite ve mortaliteyi azaltmada etkili olmakla birlikte, SİYK açısından sonuçlar yüz güldürücü değildir. Bu noktada SİYK'ne odaklanmak önemlidir. SİYK'nin klinik önemi sadece sağlığın temel bir yönü olduğu için değil, aynı zamanda SİYK'nin, morbidite ve mortalite arasında yakın bir ilişki olduğu içindir (208,209). Bu çalışmada farkındalık eğitimi verilen grupta yaşam kalitesi açısından yalnızca genel sağlık ile ilgili bölümde gelişme sağlanırken, müdahale grubunda yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında gelişme sağlandı. Bu sonuç; hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde kişi merkezli ergoterapinin etkinliğini ve aynı zamanda önemini vurgulamaktadır.

Bu çalışmada; yaşam kalitesi açısından müdahale sonrasında en büyük fark hastalık yükü alt boyutunda olmuştur. Bununla birlikte; literatürde daha çok SDBH olan bireylerin SİYK ve semptom yükü açısından önemli derecede etkilenim yaşadığı konusunda artan bir farkındalık vardır (210-212). Birçok araştırma, KBH olan bireylerin semptom yükü algılarının, SİYK'nin belirlenmesinde objektif klinik

değerlendirmelerden daha önemli olabileceğini göstermektedir (187,213,214). Semptom yükü ve SİYK arasındaki ilişki, diyaliz ünitelerinde rutin semptom değerlendirme ve yönetimi uygulamasının gerekliliğinin vurgulanmasında önemli bir adımdır (215). Bu çalışmanın sonuçları göz önüne alındığında ise; hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde semptom yüküyle birlikte, hastalık yükünün de değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Aktivite performansı veya günlük aktivitelere katılım, Uluslararası İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Sınıflandırması (ICF) tarafından tanımlandığı gibi tüm insanlar için hayati öneme sahiptir (216). Çalışmada sadece farkındalık eğitiminin verilmesinin bireylerin aktivite performansına bir katkı sağlamadığı, farkındalık eğitimi ile verilen kişi merkezli ergoterapi uygulamasının ise bireylerin aktivite performansı üzerinde katkı sağladığı belirlenmiştir. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde ergoterapi müdahalesinin etkinliğini inceleyen bir çalışmada (217); emosyonel fonksiyonellikte iyileşme, tedaviye katılımın, üretkenlik, günlük ve sosyal aktivitelerin artmasının yanı sıra, otonomi ve kapasite hissi ve güçlendirmede önemli bir artış ile ilgili sonuçlar belirlenmiştir. Aynı çalışma; ergoterapinin hemodiyaliz hastalarının tedavi sürecine dahil edilme ihtiyacını vurgulamaktadır. Mevcut çalışmanın sonuçları ve literatür bulguları göz önüne alındığında; aktivite performansı açısından gelişme sağlanması için; kişi merkezli planlanan ve uygulanan ergoterapi müdahale programlarının bu bireylerin tedavi sürecinde yer alması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada KAPÖ'nün eğitim seviyesinin daha düşük olan ve özellikle kırsal kesimde yaşayan bireylerde uygulama sırasında bazı zorluklar olmuştur. Literatürde eğitim düzeyi düşük olanlarda hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi eksikliği ve tedaviyi yönetme konusundaki yetersizlikler uyumsuzluğu arttırdığı belirtilmiştir (218,219). Bu durum KAPÖ ile ilgili yapılan çalışmalar yapılırken, eğitim ve sosyo-kültürel farklılıkların da göz önüne alınmasının gerektiğini düşündürmüştür. Ayrıca "aktivite" kavramının bireyler tarafından yeterince bilinmemesi, hastalık öncesi dönemde de bireylerin rutin ve sınırlı bir hayatlarının olması da, bireylerin aktivite konusundaki farkındalıklarını da sınırladığı düşünülmektedir. Örneğin kırsal bölgede yaşayan bir birey için hastalık öncesi dönem;

“Sabah kalkardım, hayvanlara yem verirdim, kahvaltı yapardım, evde hanımla televizyon izlerdik, kahveye giderdim, akşamda çay içip, uyurdum” olarak ifade edilirken

Aynı bireye hastalık sonrası bir gününü anlatması istendiğinde;

“Hocam her şey aynı. Sadece 3 gün buraya geliyorum. Önceden de zaten farklı bir şey yapmazdım, evde zaten işleri önceden de hanım yapardı. Önceden yaptıklarım da şu an zorlanmıyorum. Sadece hemodiyaliz günü uyuyorum” olarak ifade edilmektedir.

Sağlık süreci ve yaşam kalitesi kavramı, bireylerin anlamlı aktivitelere katılması ve bu aktiviteleri sürdürmesi, toplumsal katılım yeteneği ile doğrudan bağlantılıdır (220). KBH tedavisinde ergoterapi uygulamaları, hastalığının etkilediği aktivitelerde aktivite performansında bağımsızlık ve otonomiye teşvik ettiği için temeldir (6). Diyaliz tedavisi alan birey sayısının hızla arttığı göz önüne alınırsa (28); ergoterapi müdahalesi aktivite yoksunluğun önlenmesi, azaltılması ve aktivite adaptasyonunun teşvik edilmesi konularına odaklanmalıdır. Müdahale için günlük yaşam aktivitelerinin hedeflenmesi önemlidir. McAdams-Darco ve diğ. (2012) (221), bir kişinin GYA’leri diyaliz öncesi ve diyaliz sonrasında gerçekleştirme yeteneğinin belirlenmesinin, diyaliz tedavisi alan bireylerde ölüm riskinin tanımlanması açısından kullanılabilir bir tanımlama aracı olduğunu belirtmiştir.

Çalışmada kişi merkezli ergoterapi uygulamalarının hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde aktivite performansı ve yaşam kalitesi geliştirdiği belirlenmiştir. İleride bu konuda yapılacak müdahale çalışmalarının sayısının artması ile bu konuda daha çok kanıt elde edilecektir.

**Çalışmanın bazı güçlü yönleri ve limitasyonları bulunmaktadır. Bunlar;**

**Çalışmanın güçlü yönleri;**

- Çalışma bu konuda yapılan ilk kişi merkezli, randomize çalışmadır.
- Çalışmaya dahil edilen gruplar tanımlayıcı özellikleri açısından benzerlik göstermektedir. Bu durum sonuçların güvenilirliğini arttırmaktadır.

### Çalışmanın limitasyonları;

- Çalışmanın bireylerin hemodiyaliz seansları sırasında gerçekleştirilmiş olması ve bu seanslarda işlem yapılan kolun sabit bir pozisyonda tutulması gerekliliği yapılan görüşmeler ve müdahale sırasında süre ve çevre açısından limitasyon oluşturmuştur.
- Bireylerin KBH ve HD tedavisine bağlı olarak yaşadığı komplikasyonlar ve semptomlar (örn. ani tansiyon değişiklikleri), hastane ve ev ortamı dışında yapılan aktiviteler konusunda da bir limitasyon oluşturmuştur.
- Bireylerin uzun süredir servis kullanarak tek başlarına gelmeleri ve bir çoğunun bu durumun bu şekilde devam etmesini istemesi nedeni ile sadece birkaç aile müdahale kapsamına dahil edilebilmiştir.
- Literatürde hemodiyaliz tedavisi alan bireylere yönelik yapılan ergoterapi müdahaleleri konusunda sınırlı çalışma olması nedeniyle çalışma bulgularının bu konuda yapılmış farklı ergoterapi müdahaleleri ile tartışma konusunda limitasyon oluşturmuştur.

Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak belirlenen; bireylerin en az 1 yıldır HD tedavisi alıyor olması; grupların homojenliği açısından güçlü bir yön olarak düşünülmeyle birlikte, aynı zamanda belki de bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde en çok aksamalar yaşanan dönemin çalışma dışı bırakılmış olması nedeni ile bir limitasyon olarak düşünülebilir. Literatürde hastalığa uyum sürecinde “yaşama dönüş evresi” olarak tanımlanan sürecin; bireyin tedaviye almaya başladığı dönem olarak tanımlanmakta ve bu dönemin yaklaşık olarak 3-12 ay sürdüğü belirtilmektedir (222). Çalışmada bireylerin birçoğunun hastalığa ve semptomlara uyum gösterdikleri ve bu kapsamda aksaklık yaşadıkları bir aktivite ile ilgili çözüm önerileri geliştirdikleri görülmüştür.

*“Alışverişte kolumu rahat kullanamıyorum. Markete kadar gidiyorum. Alacaklarımı seçiyorum, markette çalışanlardan birine ücret karşılığı eve taşıtıyorum”.*

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde kişi merkezli ergoterapi müdahalesi, aktivite performansı ve yaşam kalitesini geliştirmektedir.
2. Hemodiyaliz seanslarının zorunlu olarak uzun olması, haftada birkaç gün hastaneye bağımlılık durumu ve hemodiyaliz sonrası yaşanan semptomlar, hijyen konusunda dikkat etme gereklilikleri, fistülün korunması, buldukları ortamda uygun tuvaletin bulunmaması nedeni ile özellikle bireylerin üretkenlik aktivitelerini etkilemektedir. Bu konularda toplumsal olarak farkındalık arttırılmalı ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Ayrıca bireylerin iş konusunda üretkenliklerinin devam etmesine yönelik esnek çalışma saati seçeneği bulunan, iş imkanları konusunda projeler üretilmelidir.
3. Çalışmada; hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde literatürde yaygın olarak ifade edilen yorgunluk, baş dönmesi gibi semptomların yanı sıra uyku ve görme ile ilgili problemlerin de oldukça yaygın olarak görüldüğü saptanmıştır. İleride yapılacak ergoterapi çalışmalarının bu konuları da kapsayacak şekilde ayrıntılı değerlendirme ve müdahale programları içermesinin bireylerin yaşam kalitesi ve aktivite performansının geliştirilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.
4. Kronik böbrek hastalığı olan bireylerde, etyolojide de etken olan diyabet ve hipertansiyon gibi hastalıkların yüksek oranı göz önüne alındığında; bu hastalıkların oluşumuna yönelik koruyucu sağlık programlarının geliştirilmesi önemli olabilir.
5. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin var olan tanılarının yanı sıra, hastalığa ait semptomlar ve hastalığa eşlik edebilen diğer hastalıkların yüksek oranda olduğu göz önüne alındığında, bu hastalarında yapılacak olan ergoterapi değerlendirmeleri ve müdahaleleri holistik bir bakış açısında gerçekleştirilmelidir.
6. Kronik böbrek hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi sağlıklı popülasyona göre daha düşüktür. Ek olarak neredeyse tüm aktivite alanlarında aksamalar yaşamaktadırlar. Buna rağmen literatürde bu konuda yapılan ergoterapi çalışmaları ile ilgili sınırlı bir literatür bulunmaktadır. Bu alanda yapılacak kanıt temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.



7. Böbrek transplantasyonu ile ilgili olarak belirlenen bir diğer durum ise; birçok bireyin başka birinden böbrek almayı kendisine hak görmemesi, aile fertlerinden birine hayat boyu borçlu kalmamak için transplantasyon imkanını reddetmesi yada böbrek transplantasyonunun daha genç bireylere yapılması gibi düşünceleridir. Bu kapsamda bu bireylere yönelik kişisel (örn. önyargı) ve çevresel faktörler ve kültürel yapıyı ele alan konularda da çalışmaların yapılması önemli olabilir.
8. Hemodiyaliz tedavi süreci bireyleri etkilediği kadar aileleri/bakım verenleri de etkilemektedir. Tedavinin uzun yıllar sürmesi, bununla birlikte gerçek anlamda iyileştirici bir tedavi olmaması, tedavi sürecine ve hastalığa bağlı komplikasyonlar gibi nedenlerle ailelerde yorulma ve tükenme davranışları görülebilmektedir. Bu kapsamda yapılacak çalışmaların aile/bakım verenleri de kapsamaması; çalışmalardan başarılı sonuçlar elde edilmesi açısından önemli olabilir.
9. Böbrek transplantasyonu konusunda kronik böbrek hastalığı olan bireyler ve tüm toplum bilinçlendirilmelidir. Bu konuda gerekli eğitimlerin verilmesi ve organ naklinin önemi ve yaygınlaştırılmasının sağlanması önemlidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Souza TT, Kummer AM, Silva ACS, Cardoso AA, Lage CR. Impacts of Chronic Kidney Disease on occupational performance of children and adolescents on hemodialysis. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2019;27(1):72-80.
2. Bayoumi MM, Al Wakeel JS. Impacts of Exercise programs on Hemodialysis Patients' Quality of Life and Physical Fitness. *Quality in primary care*. 2015;23(4).
3. Garib A, Khosravi F, Eftekari R, Kavakeb J, Rahimi F. Quality of life of in patients undergoing hemodialysis in Sanandaj, Iran. *Journal of Chemical and Pharmaceutical Sciences*. 2016;9(2):693-5.
4. Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G, et al. Quality of life in chronic kidney disease (CKD): a cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CKD study. *American journal of kidney diseases*. 2005;45(4):658-66.
5. Chin HJ, Song YR, Lee JJ, Lee SB, Kim KW, Na KY, et al. Moderately decreased renal function negatively affects the health-related quality of life among the elderly Korean population: a population-based study. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2008;23(9):2810-7.
6. GOTO Y. Renal rehabilitation in occupational therapy for patients with chronic kidney disease. *Physical Medicine and Rehabilitation*. 2017;2(5).
7. Clark F, Lawlor M. The making and mattering of occupational science. *Willard & Spackman's occupational therapy*. 2009:1-14.
8. Law MC, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian occupational performance measure: COPM: CAOT Publ. ACE; 1998.
9. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Medida canadense de desempenho ocupacional (COPM). Belo Horizonte: Editora UFMG. 2009.
10. Mariotti MC, Rocha de Carvalho JG. Improving quality of life in hemodialysis: impact of an occupational therapy program. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2011;18(3):172-9.
11. Eckardt K-U, Coresh J, Devuyst O, Johnson RJ, Köttgen A, Levey AS, et al. Evolving importance of kidney disease: from subspecialty to global health burden. *The Lancet*. 2013;382(9887):158-69.
12. Levin A, Stevens PE, Bilous RW, Coresh J, De Francisco AL, De Jong PE, et al. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*. 2013;3(1):1-150.
13. Levey AS, Coresh J. Chronic kidney disease. *The lancet*. 2012;379(9811):165-80.

14. Gansevoort RT, Correa-Rotter R, Hemmelgarn BR, Jafar TH, Heerspink HJL, Mann JF, et al. Chronic kidney disease and cardiovascular risk: epidemiology, mechanisms, and prevention. *The Lancet*. 2013;382(9889):339-52.
15. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2016;11(7):e0158765.
16. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016;388(10053):1545-602.
17. Go AS, Chertow GM, Fan D, McCulloch CE, Hsu C-y. Chronic kidney disease and the risks of death, cardiovascular events, and hospitalization. *New England Journal of Medicine*. 2004;351(13):1296-305.
18. Etgen T, Chonchol M, Förstl H, Sander D. Chronic kidney disease and cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *American journal of nephrology*. 2012;35(5):474-82.
19. O'Callaghan CA, Shine B, Lasserson DS. Chronic kidney disease: a large-scale population-based study of the effects of introducing the CKD-EPI formula for eGFR reporting. *BMJ open*. 2011;1(2):e000308.
20. Levin A, Tonelli M, Bonventre J, Coresh J, Donner J-A, Fogo AB, et al. Global kidney health 2017 and beyond: a roadmap for closing gaps in care, research, and policy. *The Lancet*. 2017;390(10105):1888-917.
21. Levey AS, Becker C, Inker LA. Glomerular filtration rate and albuminuria for detection and staging of acute and chronic kidney disease in adults: a systematic review. *Jama*. 2015;313(8):837-46.
22. KDOQI K. Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification 2002.
23. NICE N. CG73 Chronic kidney disease: full guideline: 2008; 2008 [6th June 2012]. The published full clinical guideline on Chronic kidney disease including recommendations and methods used.
24. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic kidney disease. *The lancet*. 2017;389(10075):1238-52.
25. Morton RL, Schlackow I, Mihaylova B, Staplin ND, Gray A, Cass A. The impact of social disadvantage in moderate-to-severe chronic kidney disease: an equity-focused systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2015;31(1):46-56.
26. Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, et al. A population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey—the CREDIT study. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2010;26(6):1862-71.
27. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı; Sağlık Bakanlığı Yayın No: 946, Ankara ve 2014.

28. System URD. USRDS 2013 annual data report: atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive...;2013.
29. Süleymanlar, G., Altıparmak, M. R., Seyahi, N., & Trabulus, S. (2013). Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon-Registry 2012. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara*.
30. Tuttle KR, Bakris GL, Bilous RW, Chiang JL, De Boer IH, Goldstein-Fuchs J, et al. Diabetic kidney disease: a report from an ADA Consensus Conference. *American journal of kidney diseases*. 2014;64(4):510-33.
31. Jafar TH, Allen JC, Jehan I, Hameed A, Saffari SE, Ebrahim S, et al. Health education and general practitioner training in hypertension management: long-term effects on kidney function. *Clinical journal of the American Society of Nephrology*. 2016;11(6):1044-53.
32. Stengel B, Metzger M, Froissart M, Rainfray M, Berr C, Tzourio C, et al. Epidemiology and prognostic significance of chronic kidney disease in the elderly—the Three-City prospective cohort study. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2011;26(10):3286-95.
33. Kramer H, Palmas W, Kestenbaum B, Cushman M, Allison M, Astor B, et al. Chronic kidney disease prevalence estimates among racial/ethnic groups: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2008;3(5):1391-7.
34. de Jong F, Monuteaux MC, van Elburg RM, Gillman MW, Belfort MB. Systematic review and meta-analysis of preterm birth and later systolic blood pressure. *Hypertension*. 2012;59(2):226-34.
35. Mu M, Wang S-F, Sheng J, Zhao Y, Li H-Z, Hu C-L, et al. Birth weight and subsequent blood pressure: a meta-analysis. *Archives of cardiovascular diseases*. 2012;105(2):99-113.
36. Vikse BE. Pre-eclampsia and the risk of kidney disease. *The Lancet*. 2013;382(9887):104-6.
37. Lameire NH, Bagga A, Cruz D, De Maeseneer J, Endre Z, Kellum JA, et al. Acute kidney injury: an increasing global concern. *The Lancet*. 2013;382(9887):170-9.
38. Scales CD, Tasian GE, Schwaderer AL, Goldfarb DS, Star RA, Kirkali Z. Urinary stone disease: advancing knowledge, patient care, and population health. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2016;11(7):1305-12.
39. Jha V, Prasad N. CKD and infectious diseases in Asia Pacific: challenges and opportunities. *American Journal of Kidney Diseases*. 2016;68(1):148-60.
40. Vos T, Barber R, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: A systematic

- analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(9995):743-800.
41. Odermatt A. The Western-style diet: a major risk factor for impaired kidney function and chronic kidney disease. *American Journal of Physiology-Renal Physiology*. 2011;301(5):F919-F31.
  42. Kent S, Schlackow I, Lozano-Kühne J, Reith C, Emberson J, Haynes R, et al. What is the impact of chronic kidney disease stage and cardiovascular disease on the annual cost of hospital care in moderate-to-severe kidney disease? *BMC nephrology*. 2015;16(1):65.
  43. Levey AS, Coresh J, Bolton K, Culleton B, Harvey KS, Ikizler TA, et al. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *American Journal of Kidney Diseases*. 2002;39(2 SUPPL. 1).
  44. Panma Y, Yona S, Maria R. Relationship between hypertension with quality of life of hemodialysis patients. *Enfermeria clinica*. 2019;29:885-90.
  45. Consortium CKDP. Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: a collaborative meta-analysis. *The Lancet*. 2010;375(9731):2073-81.
  46. Hemmelgarn BR, Manns BJ, Lloyd A, James MT, Klarenbach S, Quinn RR, et al. Relation between kidney function, proteinuria, and adverse outcomes. *Jama*. 2010;303(5):423-9.
  47. Kestenbaum BR, Adeney KL, De Boer IH, Ix JH, Shlipak MG, Siscovick DS. Incidence and progression of coronary calcification in chronic kidney disease: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Kidney international*. 2009;76(9):991-8.
  48. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2015. TC Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. İstanbul: Türk Nefroloji Derneği; 2016.
  49. Artunc F, Risler T. Serum erythropoietin concentrations and responses to anaemia in patients with or without chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2007;22(10):2900-8.
  50. McClellan W, Aronoff SL, Bolton WK, Hood S, Lorber DL, Tang KL, et al. The prevalence of anemia in patients with chronic kidney disease. *Current medical research and opinion*. 2004;20(9):1501-10.
  51. Liabeuf S, McCullough K, Young EW, Pisoni R, Zee J, Reichel H, et al. International variation in the management of mineral bone disorder in patients with chronic kidney disease: Results from CKDopps. *Bone*. 2019;129:115058.
  52. Tentori F, Wang M, Bieber BA, Karaboyas A, Li Y, Jacobson SH, et al. Recent changes in therapeutic approaches and association with outcomes among patients with secondary hyperparathyroidism on chronic hemodialysis: the DOPPS study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2015;10(1):98-109bossola.

53. Block GA, Kilpatrick RD, Lowe KA, Wang W, Danese MD. CKD–Mineral and Bone Disorder and Risk of Death and Cardiovascular Hospitalization in Patients on Hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2013;8(12):2132-40.
54. Bello AK, Alrukhaimi M, Ashuntantang GE, Basnet S, Rotter RC, Douthat WG, et al. Complications of chronic kidney disease: current state, knowledge gaps, and strategy for action. *Kidney international supplements*. 2017;7(2):122-9.
55. Gaggl M, Sliber C, Sunder-Plassmann G. Effect of oral alkali supplementation on progression of chronic kidney disease. *Current hypertension reviews*. 2014;10(2):112-20.
56. Urquhart-Secord R, Craig JC, Hemmelgarn B, Tam-Tham H, Manns B, Howell M, et al. Patient and caregiver priorities for outcomes in hemodialysis: an international nominal group technique study. *American Journal of Kidney Diseases*. 2016;68(3):444-54.
57. Patel TS, Freedman BI, Yosipovitch G. An update on pruritus associated with CKD. *American Journal of Kidney Diseases*. 2007;50(1):11-20.
58. Lamb EJ, Levey AS, Stevens PE. The Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) guideline update for chronic kidney disease: evolution not revolution. *Clinical chemistry*. 2013;59(3):462-5.
59. Murray AM, Seliger S, Stendhal JC. Neurologic complications of chronic kidney disease. In: *Chronic Renal Disease*. San Diego: Academic Press; 2015. p. 249e65 [chapter 21].
60. Masson P, Webster AC, Hong M, Turner R, Lindley RI, Craig JC. Chronic kidney disease and the risk of stroke: a systematic review and meta-analysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2015;30(7):1162-9.
61. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics—2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127(1):143-52.
62. Seliger S, Waddy SP. Neurologic complications of chronic kidney disease. *Chronic Renal Disease: Elsevier*; 2020. p. 441-61.
63. Tamura MK, Wadley V, Yaffe K, McClure LA, Howard G, Go R, et al. Kidney function and cognitive impairment in US adults: the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study. *American Journal of Kidney Diseases*. 2008;52(2):227-34.
64. Murray A, Tupper D, Knopman DS, Gilbertson D, Pederson S, Li S, et al. Cognitive impairment in hemodialysis patients is common. *Neurology*. 2006;67(2):216-23.
65. Kurella M, Chertow GM, Fried LF, Cummings SR, Harris T, Simonsick E, et al. Chronic kidney disease and cognitive impairment in the elderly: the health, aging, and body composition study. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2005;16(7):2127-33.

66. Seliger SL, Siscovick DS, Stehman-Breen CO, Gillen DL, Fitzpatrick A, Bleyer A, et al. Moderate renal impairment and risk of dementia among older adults: the Cardiovascular Health Cognition Study. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2004;15(7):1904-11.
67. Tamura MK, Vittinghoff E, Yang J, Go AS, Seliger SL, Kusek JW, et al. Anemia and risk for cognitive decline in chronic kidney disease. *BMC nephrology*. 2016;17(1):13.
68. Bossola M, Muscaritoli M, Tazza L, Giungi S, Tortorelli A, Fanelli FR, et al. Malnutrition in hemodialysis patients: what therapy? *American Journal of Kidney Diseases*. 2005;46(3):371-86.
69. Rezeq HA, Khdair LN, Hamdan ZI, Sweileh WM. Prevalence of malnutrition in hemodialysis patients: A single-center study in Palestine. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*. 2018;29(2):332.
70. Espahbodi F, Khoddad T, Esmaili L. Evaluation of malnutrition and its association with biochemical parameters in patients with end stage renal disease undergoing hemodialysis using subjective global assessment. *Nephro-urology monthly*. 2014;6(3).
71. Sanyaolu A, Okorie C, Annan R, Turkey H, Akhtar N. Epidemiology and management of chronic renal failure: a global public health problem. *Biostatistics Epidemiol Int J*. 2018;1(1):00005.
72. Theofilou P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. *Journal of clinical medicine research*. 2011;3(3):132.
73. <http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/sdbyts.pdf> (Erişim: 02.07.2019)
74. Seyahi N, Ateş K, Süleymanlar G. Türkiye’de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon. Erişim tarihi. 2017;21:2019.
75. Schilthuizen SF, Batenburg LF, Simonis F, Vercauteren FF. Device for the removal of toxic substances from blood. *Google Patents*; 2015.
76. Flythe JE, Curhan GC, Brunelli SM. Shorter length dialysis sessions are associated with increased mortality, independent of body weight. *Kidney international*. 2013;83(1):104-13.
77. Mehmood Y, Ashraf U, Ali I. Hemodialysis; Acute Intradialytic Complications Found On Maintenance Hemodialysis In Patients At A Public Hospital Lahore. *Professional Medical Journal*. 2019;26(1).
78. Sakacı T, Ahbap E, Koc Y, Basturk T, Ucar ZA, Sınangıl A, et al. Clinical outcomes and mortality in elderly peritoneal dialysis patients. *Clinics*. 2015;70(5):363-8.
79. Niang A, Iyengar A, Luyckx VA. Hemodialysis versus peritoneal dialysis in resource-limited settings. *Current opinion in nephrology and hypertension*. 2018;27(6):463-71.
80. Sağıroğlu T, Yıldırım M, Meydan B, Çobanoğlu M. Böbrek transplantasyonu hastalarının retrospektif analizi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2009;36(2):75-9.

81. Wu AW, Fink NE, Marsh-Manzi JV, Meyer KB, Finkelstein FO, Chapman MM, et al. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2004;15(3):743-53.
82. Bezerra KV, Santos JLF. Daily life of patients with chronic renal failure receiving hemodialysis treatment. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2008;16(4):686-91.
83. <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy> (Erişim tarihi: 04.06.2019)
84. Christiansen C, Townsend E. *Introduction to occupation: The art and science of everyday living*. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2010.
85. Matuska KM, Christiansen C. *Life balance: Multidisciplinary theories and research*: Slack Incorporated; 2009.
86. Strong J. Incorporating cognitive-behavioral therapy with occupational therapy: a comparative study with patients with low back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 1998;8(1):61-71.
87. Kielhofner G, Forsyth K, Kramer J, Melton J, Dobson E. *The Model of Human Occupation In Crepeau*. 2008.
88. Torrance M. *Terapia Ocupacional Em Pacientes Agudos*. Neistadt, Me; Crepeau Eb *Terapia Ocupacional de Willard & Spackman Guanabara Koogan* Rio de Janeiro. 2002.
89. Whiteford G. *Occupational deprivation: Understanding limited participation*. 2003.
90. Victorgittleman B. The Role Of The Occupational Therapist In The Rehabilitation Of End-Stage Renal-Disease Patients. *Dialysis & Transplantation*. 1981;10(9):738-&.
91. Gibson L, Strong J. Safety issues in functional capacity evaluation: findings from a trial of a new approach for evaluating clients with chronic back pain. *Journal of occupational rehabilitation*. 2005;15(2):237-51.
92. Marciano RC, Soares CMB, Diniz JSS, Lima EM, Silva JMP, Canhestro MR, et al. Transtornos mentais e qualidade de vida em crianças e adolescentes com doença renal crônica e em seus cuidadores. *Brazilian Journal of Nephrology (Jornal Brasileiro de Nefrologia)*. 2010;32(3):316-22.
93. Weisbord SD, Mor MK, Sevick MA, Shields AM, Rollman BL, Palevsky PM, et al. Associations of depressive symptoms and pain with dialysis adherence, health resource utilization, and mortality in patients receiving chronic hemodialysis. *Clinical journal of the American Society of Nephrology*. 2014;9(9):1594-602.
94. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian journal of occupational therapy*. 1996;63(1):9-23.



95. Strong, S., Gruhl, K.R. (2011). Person-Environment-Occupation Model. C. Brown, Stoffel, VC (Ed.). Occupational Therapy in Mental Health (s. 31-46). Philadelphia: F.A. Davis Company).
96. Lilympaki I, Makri A, Vlantousi K, Koutelekos I, Babatsikou F, Polikandrioti M. Effect of perceived social support on the levels of anxiety and depression of hemodialysis patients. *Materia socio-medica*. 2016;28(5):361.
97. Billington E, Simpson J, Unwin J, Bray D, Giles D. Does hope predict adjustment to endstage renal failure and consequent dialysis? *British Journal of Health Psychology*. 2008;13(4):683-99.
98. Palmer SC, Vecchio M, Craig JC, Tonelli M, Johnson DW, Nicolucci A, et al. Association between depression and death in people with CKD: a meta-analysis of cohort studies. *American Journal of Kidney Diseases*. 2013;62(3):493-505.
99. Finnegan-John J, Thomas VJ. The psychosocial experience of patients with end-stage renal disease and its impact on quality of life: findings from a needs assessment to shape a service. *ISRN nephrology*. 2012;2013.
100. Mollahadi M, Tayyebi A, Ebadi A, Daneshmandi M. Comparison between anxiety, depression and stress in hemodialysis and kidney transplantation patients. *Iran J Crit Care Nurs*. 2010;2(4):153-6.
101. Shdaifat EA, Manaf MRA. Quality of life of caregivers and patients undergoing haemodialysis at Ministry of Health, Jordan. *International Journal of Applied*. 2012;2(3).
102. Bahadori M, Ghavidel F, Mohammadzadeh S, Ravangard R. The effects of an interventional program based on self-care model on health-related quality of life outcomes in hemodialysis patients. *Journal of education and health promotion*. 2014;3.
103. Rosas SE, Joffe M, Franklin E, Strom BL, Kotzker W, Brensinger C, et al. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in hemodialysis patients. *Kidney international*. 2001;59(6):2259-66.
104. Pang SK, Ip WY, Chang AM. Psychosocial correlates of fluid compliance among Chinese haemodialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(5):691-8.
105. Soykan A, Arapaslan B, Kumbasar H, editors. Suicidal behavior, satisfaction with life, and perceived social support in end-stage renal disease. *Transplantation proceedings*; 2003: Elsevier.
106. Moos RH, Holahan CJ. Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of clinical psychology*. 2003;59(12):1387-403.
107. Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. *Kidney international*. 2011;80(12):1258-70.

108. Association AOT. Workgroup on the Implementation of Occupation-based Practice.(2005). Report to the Executive Board on The Implementation of Occupation-based Practice Retrieved. 2014;14:4-36.
109. Son Y-J, Choi K-S, Park Y-R, Bae J-S, Lee J-B. Depression, symptoms and the quality of life in patients on hemodialysis for end-stage renal disease. *American journal of nephrology*. 2009;29(1):36-42.
110. Drayer RA, Piraino B, Reynolds III CF, Houck PR, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *General hospital psychiatry*. 2006;28(4):306-12.
111. Ogutmen B, Yildirim A, Sever M, Bozfakioglu S, Ataman R, Erek E, et al., editors. Health-related quality of life after kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis, and normal controls. *Transplantation proceedings*; 2006: Elsevier.
112. Rogers CR. *Perceptual reorganization in client-centered therapy*. 1951.
113. Christiansen C, Baum C, Bass-Haugen J. Person-environment-occupation-performance: An occupation-based framework for practice. *Occupational therapy: Performance, participation, and well-being*. 2005:243-59.
114. Law M, Baptiste S, Mills J. Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? *Canadian journal of occupational therapy*. 1995;62(5):250-7.
115. Law M. *Client-centered occupational therapy*. Slack. 1998.
116. Sumsion T, Law M. A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2006;73(3):153-62.
117. Kielhofner G. *Conceptual foundations of occupational therapy practice*: FA Davis; 2009.
118. Townsend E, Palmadottir G. A special theme issue to examine critical perspectives on client-centred occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2015: 235-236.
119. Hansen AØ, Kristensen HK, Cederlund R, Lauridsen HH, Tromborg H. Client-centred practice from the perspective of Danish patients with hand-related disorders. *Disability and rehabilitation*. 2018;40(13):1542-52.
120. Association AOT. *Reference guide to the occupational therapy code of ethics: AOTA commission on standards and ethics*. Bethesda, MD: Author. 1998.
121. Law M, King G, Russell D. *Guiding therapist decisions about measuring outcomes in occupational therapy. Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy 2nd ed* Thorofare, NJ: SLACK Incorporated. 2005.
122. Falardeau M, Durand MJ. Negotiation-centred versus client-centred: Which approach should be used? *Canadian Journal of occupational therapy*. 2002;69(3):135-42.

123. Maitra KK, Erway F. Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *American Journal of Occupational Therapy*. 2006;60(3):298-310.
124. Mathews-Kraft C, George S, Olinger M, YORK L. Patient-driven healthcare works! *Nursing Management*. 1990;21(9):128A.
125. Baum CM, Law M. Occupational therapy practice: Focusing on occupational performance. *American Journal of Occupational Therapy*. 1997;51(4):277-88.
126. Kirsh B, Cockburn L. The Canadian Occupational Performance Measure: A tool for recovery-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2009;32(3):171.
127. Enemark Larsen A, Carlsson G. Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2012;19(2):204-13.
128. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Canadian journal of occupational therapy*. 2004;71(4):210-22.
129. Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*. 1995;41(10):1403-9.
130. Theofilou P. Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's journal of psychology*. 2013;9(1).
131. Pagels AA, Söderkvist BK, Medin C, Hylander B, Heiwe S. Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment. *Health and quality of life outcomes*. 2012;10(1):71.
132. Eiser C, Jenney M. Measuring quality of life. *Archives of Disease in Childhood*. 2007;92(4):348-50.
133. Cukor D, Ver Halen N, Kimmel PL. Psychosocial Issues in Chronic Kidney Disease Patients. *Chronic Renal Disease: Elsevier*; 2020. p. 413-23.
134. Cruz MC, Andrade C, Urrutia M, Draibe S, Nogueira-Martins LA, Sesso Rde C. Quality of life in patients with chronic kidney disease. *Clinics* 2011;66(6):991e5
135. Kang GW, Lee IH, Ahn KS, Lee J, Ji Y, Woo J. Clinical and psychosocial factors predicting health-related quality of life in hemodialysis patients. *Hemodialysis International*. 2015;19(3):439-46.
136. Porter AC, Lash JP, Xie D, Pan Q, DeLuca J, Kanthety R, et al. Predictors and outcomes of health-related quality of life in adults with CKD. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2016;11(7):1154-62.
137. Unruh ML, Hess R. Assessment of health-related quality of life among patients with chronic kidney disease. *Advances in chronic kidney disease*. 2007;14(4):345-52.

138. Finkelstein FO, Wuerth D, Finkelstein SH. Health related quality of life and the CKD patient: challenges for the nephrology community. *Kidney international*. 2009;76(9):946-52.
139. Soni RK, Weisbord SD, Unruh ML. Health-related quality of life outcomes in chronic kidney disease. *Current opinion in nephrology and hypertension*. 2010;19(2):153.
140. Sakkas GK, Karatzaferi C. Hemodialysis fatigue: just “simple” fatigue or a syndrome on its own right? *Frontiers in physiology*. 2012;3:306.
141. Firoz MN, Shafipour V, Jafari H, Hosseini SH, Charati JY. Sleep quality and depression and their association with other factors in hemodialysis patients. *Global journal of health science*. 2016;8(8):121.
142. Harirchi AM, Rasooli A, Montazeri A. The comparative quality of life in patient undergoing hemodialysis and kidney transplant patients. *Payesh*. 2004;3:117- 21. [In Persian].
143. Hisli N. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirliigi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J Psychol*. 1989;7:3-13.
144. Beck depresyon envanteri'nin HN. gezerliđi uzerine bir calisma. *Psikoloji Dergisi*. 1988;6(22):118-22.
145. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
146. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1990;57(2):82-7.
147. Torpil B. Multipl Skleroz'lu bireylerde Kanada Aktivite Performans Olcu'mu'nun Tu'rkce ku'lту'el adaptasyonu, gezerlilik ve guvenilirliđi. 2017.
148. Malindretos P, Sarafidis P, Spaia S, Sioulis A, Zeggos N, Raptis V, et al. Adaptation and validation of the Kidney Disease Quality of Life-Short Form questionnaire in the Greek language. *American journal of nephrology*. 2010;31(1):9-14.
149. Yıldıırım A, Ogutmen B, Bektas G, Isci E, Mete M, Tolgay H, editors. Translation, Cultural Adaptation, Initial Reliability, and Validation of the Kidney Disease and Quality of Life–Short Form (KDQOL-SF 1.3) in Turkey. *Transplantation proceedings*; 2007: Elsevier.
150. [https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/kdqol.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/kdqol.html) (Erişim tarihi: 01.06.2019).
151. Leland NE, Marcione N, Niemiec SLS, Kelkar K, Fogelberg D. What is occupational therapy's role in addressing sleep problems among older adults? *OTJR: occupation, participation and health*. 2014;34(3):141-9.

152. Lin M-Y, Liu MF, Hsu L-F, Tsai P-S. Effects of self-management on chronic kidney disease: a meta-analysis. *International journal of nursing studies*. 2017;74:128-37.
153. Slesnick N, Pienkos S, Sun S, Doss-McQuitty S, Schiller B. The chronic disease self-management program—A pilot study in patients undergoing hemodialysis. *Nephrol News Issues*. 2015;29(4):22-3.
154. Ahlberg K, Ekman T, Gaston-Johansson F, Mock V. Assessment and management of cancer-related fatigue in adults. *The lancet*. 2003;362(9384):640-50.
155. <https://mdspatientsupport.org.uk/wp-content/uploads/2012/07/Fatigue-and-Fatigue-Managemet-Article-Julie-Burkin.pdf>
156. Månsson Lexell E, Haglund L, Packer T. The “Managing Fatigue” programme for people with multiple sclerosis—acceptance and feasibility with Swedish occupational therapists. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2019:1-14.
157. Brink N, Sauriol A. *Managing fatigue: a six-week course for energy conservation: Therapy Skill Builders*; 1995.
158. Hill W. The role of occupational therapy in pain management. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2016;17(9):451-3.
159. Faculty of Pain Medicine RCoA. Core standards for pain management services in the UK. 2015.Ho E, Siu AM. Occupational Therapy Practice in Sleep Management: A Review of Conceptual Models and Research Evidence. *Occupational therapy international*. 2018;2018.
160. Ho E, Siu AM. Occupational Therapy Practice in Sleep Management: A Review of Conceptual Models and Research Evidence. *Occupational therapy international*. 2018;2018.
161. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep*. 2006;29(11):1398-414.
162. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*. 1999;22(8):1134-56.
163. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC family practice*. 2012;13(1):40.
164. Howell D, Pierce D. Exploring the forgotten restorative dimension of occupation: Quilting and quilt use. *Journal of Occupational Science*. 2000;7(2):68-72.
165. Reilly M. Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. *American Journal of Occupational Therapy*. 1962;16(1):1-9.
166. Schell BA, Gillen G, Scaffa M, Cohn ES. *Willard and Spackman's occupational therapy: Lippincott Williams & Wilkins*; 2013.

167. Backman CL. Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2004;71(4):202-9.
168. Hammell KW. Self-care, productivity, and leisure, or dimensions of occupational experience? Rethinking occupational “categories”. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2009;76(2):107-14.
169. Llorens LA. Changing balance: Environment and individual. *American Journal of Occupational Therapy*. 1984;38(1):29-34.
170. mitchellChase J-AD, Topp R, Smith CE, Cohen MZ, Fahrenwald N, Zerwic JJ, et al. Time management strategies for research productivity. *Western Journal of Nursing Research*. 2013;35(2):155-76.
171. <http://alliedhealthsupport.com.au/wp-content/uploads/2016/10/Successful-Time-Management.pdf>
172. Eerde WV. Procrastination at work and time management training. *The Journal of psychology*. 2003;137(5):421-34.
173. <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/HW/Pain%20Rehabilitation.aspx> (Erişim tarihi: 01.06.2019).
174. Simon LS. Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*. 2012;26(2):197-8.
175. Schatman M. Interdisciplinary chronic pain management: international perspectives. *Pain: Clinical Updates*. 2012;20(7):1-5.
176. Bengulescu I, Pasnicu C, Pantea C, Pantea S. Occupational therapy for patients with an arterio-venous fistula. *Timisoara Physical Education and Rehabilitation Journal*. 2015;8(15):28-31.
177. Markowitz M. Occupational therapy interventions in low vision rehabilitation. *Canadian Journal of Ophthalmology*. 2006;41(3):340-7.
178. Seiple W, Szlyk JP, McMahon T, Pulido J, Fishman GA. Eye-movement training for reading in patients with age-related macular degeneration. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. 2005;46(8):2886-96.
179. Duffy M, Huebner K, Wormsley D. Activities of daily living and individuals with low vision. *Understanding and managing vision deficits: A guide for occupational therapists* 2nd ed Thorofare NJ: Slack Inc. 2002:289-304.
180. Waiss B, Cohen J. Visual impairment and visual efficiency training. *Remediation and Management of Low Vision* St Louis, MO: Mosby. 1996:59-70.
181. Smallfield S, Clem K, Myers A. Occupational therapy interventions to improve the reading ability of older adults with low vision: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2013;67(3):288-95.
182. Orth SR, Hallan SI. Smoking: a risk factor for progression of chronic kidney disease and for cardiovascular morbidity and mortality in renal patients—

- absence of evidence or evidence of absence? *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2008;3(1):226-36.
183. Johnson JA. Wellness and occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 1986;40(11):753-8.
  184. Lee BO, Lin CC, Chaboyer W, Chiang CL, Hung CC. The fatigue experience of haemodialysis patients in Taiwan. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(2):407-13.
  185. McCann K, Boore JR. Fatigue in persons with renal failure who require maintenance haemodialysis. *Journal of advanced nursing*. 2000;32(5):1132-42.
  186. Jhamb M, Pike F, Ramer S, Argyropoulos C, Steel J, Dew MA, et al. Impact of fatigue on outcomes in the hemodialysis (HEMO) study. *American journal of nephrology*. 2011;33(6):515-23.
  187. Curtin RB, Bultman DC, Thomas-Hawkins C, Walters BA, Schatell D. Hemodialysis patients' symptom experiences: effects on physical and mental functioning. *Nephrology Nursing Journal*. 2002;29(6):562-74.
  188. Jablonski A. The multidimensional characteristics of symptoms reported by patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 2007;34(1):29.
  189. Bonner A, Wellard S, Caltabiano M. The impact of fatigue on daily activity in people with chronic kidney disease. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(21-22):3006-15.
  190. Roumelioti M-E, Buysse DJ, Sanders MH, Strollo P, Newman AB, Unruh ML. Sleep-disordered breathing and excessive daytime sleepiness in chronic kidney disease and hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2011;6(5):986-94.
  191. Iliescu EA, Coo H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA, et al. Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2003;18(1):126-32.
  192. Čengić B, Resić H, Spasovski G, Avdić E, Alajbegović A. Quality of sleep in patients undergoing hemodialysis. *International urology and nephrology*. 2012;44(2):557-67.
  193. Kopple JD, Cheung AK, Christiansen JS, Djurhuus CB, El Nahas M, Feldt-Rasmussen B, et al. OPPORTUNITY™: a randomized clinical trial of growth hormone on outcome in hemodialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2008;3(6):1741-51.
  194. Tel H, Tel H, Esmek M. Quality of sleep in hemodialysis patients. *Dialysis & Transplantation*. 2007;36(9):479-84.
  195. Merlino G, Piani A, Dolso P, Adorati M, Cancelli I, Valente M, et al. Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2005;21(1):184-90.

196. Hong YA, Kim SY, Kim S-H, Kim YO, Jin DC, Song HC, et al. The association of visual impairment with clinical outcomes in hemodialysis patients. *Medicine*. 2016;95(19).
197. Berger S, McAteer J, Schreier K, Kaldenberg J. Occupational therapy interventions to improve leisure and social participation for older adults with low vision: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2013;67(3):303-11.
198. Jowsey T, Yen L, Mathews P. Time spent on health related activities associated with chronic illness: a scoping literature review. *BMC public health*. 2012;12(1):1044.
199. Wells SA. Occupational deprivation or occupational adaptation of Mexican Americans on renal dialysis. *Occupational therapy international*. 2015;22(4):174-82.
200. Aydemir N, Toksöz İ, Oğuzhan A. A study on attitudes towards free time activities: Edirne city center example Serbest zaman aktivitelerine yönelik tutumların incelenmesi: Edirne il merkezi örneği. *Journal of Human Sciences*. 2017;14(4):3940-9.
201. Ünal B, Horasan G, Kalaça S, Sözman K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” Turkey (TR), Study of chronic diseases and risk factors Sağlık Bakanlığı Yayın No 909. Ankara; 2013.
202. Finco DF. Relações de gênero nas brincadeiras de meninos e meninas na educação infantil. *Pro-posições*. 2003;14(3):89-101.
203. Lakshmi B, Kumar A, Reddy H, Gopal J, Chaitanya V, Chandra V, et al. Employment status of patients receiving maintenance dialysis—peritoneal and hemodialysis: a cross-sectional study. *Indian journal of nephrology*. 2017;27(5):384.
204. Muehrer RJ, Schatell D, Witten B, Gangnon R, Becker BN, Hofmann RM. Factors affecting employment at initiation of dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2011;6(3):489-96.
205. Curtin RB, Oberley ET, Sacksteder P, Friedman A. Differences between employed and nonemployed dialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*. 1996;27(4):533-40.
206. Evans RW, Rader B, Manninen DL. The quality of life of hemodialysis recipients treated with recombinant human erythropoietin. *Jama*. 1990;263(6):825-30.
207. Huang B, Lai B, Xu L, Wang Y, Cao Y, Yan P, et al. Low employment and low willingness of being reemployed in Chinese working-age maintained hemodialysis patients. *Renal failure*. 2017;39(1):607-12.
208. DeOreo PB. The use of patient-based instruments to measure, manage, and improve quality of care in dialysis facilities. *Advances in renal replacement therapy*. 2001;8(2):125-30.



209. McClellan WM, Anson C, Birkeli K, Tuttle E. Functional status and quality of life: predictors of early mortality among patients entering treatment for end stage renal disease. *Journal of clinical epidemiology*. 1991;44(1):83-9.
210. Murtagh FE, Addington-Hall J, Higginson IJ. The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Advances in chronic kidney disease*. 2007;14(1):82-99.
211. Murtagh F, Addington-Hall J, Donohoe P, Higginson I. Symptom management in patients with established renal failure managed without dialysis. *EDTNA-ERCA Journal*. 2006;32(2):93-8.
212. Weisbord SD, Fried LF, Mor MK, Resnick AL, Unruh ML, Palevsky PM, et al. Renal provider recognition of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2007;2(5):960-7.
213. Davison SN, Jhangri GS. The impact of chronic pain on depression, sleep, and the desire to withdraw from dialysis in hemodialysis patients. *Journal of pain and symptom management*. 2005;30(5):465-73.
214. Kimmel PL, Emont SL, Newmann JM, Danko H, Moss AH. ESRD patient quality of life: symptoms, spiritual beliefs, psychosocial factors, and ethnicity. *American Journal of Kidney Diseases*. 2003;42(4):713-21.
215. Davison SN, Jhangri GS. Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. *Journal of pain and symptom management*. 2010;39(3):477-85.
216. Jelsma J. Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: a literature survey. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2009;41(1):1-12.
217. Dellê Madalosso F, Mariotti MC. Terapia Ocupacional e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em hemodiálise/Occupational Therapy and life quality of patients with chronic kidney disease in hemodialysis. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2013;21(3).
218. Kim Y, Evangelista LS. Relationship between illness perceptions, treatment adherence, and clinical outcomes in patients on maintenance hemodialysis. *Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association*. 2010;37(3):271.
219. Korkmaz Y. Hemodiyaliz hastalarının tedavi ve sıvı kısıtlamasına uyum, uyumsuzluk ve öz etkililik durumunun incelenmesi: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü; 2016.
220. De Sousa Carleto DG, Souza ACA, Silva M, Da Cruz DMC, De Andrade VS. Estrutura Da Prática Da Terapia Ocupacional: Domínio E Processo—2.ª Edição. *Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process*. 2ND. *Revista Triângulo*. 2011;3(2).
221. McAdams-DeMarco MA, Law A, Garonzik-Wang JM, Gimenez L, Jaar BG, Walston JD, et al. Activity of daily living disability and dialysis mortality:

better prediction using metrics of aging. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(10):1981-2.

222. Burns DP. *Coping with hemodialysis: A midrange theory deduced from the Roy Adaptation Model*. Unpublished Doctoral Dissertation, Wayne State University, Michigan. 1997.

## 8. EKLER

### EK 1. Etik Kurul Onayı

#### TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/257	
	PROTOKOL ADI	Hemodiyaliz Hastalarında Kişi Merkezli Ergoterapi Müdahalesinin Aktivite Performansı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Hülya KAYIHAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 12/24	Tarih: 01.07.2019	
	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Hülya KAYIHAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Doktora Öğrencisi Özgü İNAL'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllü ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

#### ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyostatistik	T.Ü.T.F. Biyostatistik A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	Hakan Gurkan
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	Mazeretli
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	Mazeretli

\*Araştırma ile ilişki  
\*\*Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL  
Dekan Yard.

## EK 2. Böbrek Hastalığı ve Yaşam Kaliteniz (KDQOL™-36)

### Sağlığınız

Bu anket sağlığınız ve yaşamınız ile ilgili çok çeşitli sorular içermektedir. Bu konuların her biri ile ilgili nasıl hissettiğinizi merak ediyoruz.

1. Genel olarak, sağlığınız: [Yanıtınızı en iyi açıklayan kutunun içine bir X işareti koyun]

Mükemmel Çok İyi İyi Orta Kötü

Aşağıdaki maddeler tipik bir gün boyunca yapıyor olabileceğiniz etkinlikler ile ilgilidir. **Bugünlerde sağlığınız bu etkinlikleri yerine getirirken sizi sınırlıyor mu? Eğer böyle ise, ne kadar?** [her satırda bir kutu içine X işareti koyun.]

Evet,	Evet,	Hayır,
çok	biraz	hiç
sınırlıyor	sınırlıyor	sınırlamıyor

2. Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İtmek, bowling veya golf oynamak gibi hafif etkinlikler
3. Birkaç kat merdiven çıkmak....

**Son 4 hafta boyunca fiziksel sağlığınızın bir sonucu olarak işiniz veya diğer düzenli günlük etkinlikleriniz ile ilgili aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?**

Evet Hayır

4. İstedığınızden daha az işi yerine getirebildiniz
5. İşin veya diğer etkinliklerin türüne göre sınırlandınız

**Son 4 hafta boyunca herhangi bir duygusal problemin (depresyon veya anksiyete hissi gibi) bir sonucu olarak işiniz veya diğer düzenli günlük etkinlikleriniz ile ilgili aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?**

Evet Hayır

6. İsteddiğinizden daha az işi yerine getirebildiniz

7. İşinizi veya diğer etkinlikleri her zamanki kadar

dikkatli yapmadınız

8. **Son 4 hafta boyunca, ağrı normal işiniz (hem ev dışındaki iş, hem ev işi dahil) üzerinde ne kadar etkili oldu?**

Hiç      Biraz      Orta Derecede      Epeyce      Oldukça Fazla

**Bu sorular son 4 hafta boyunca nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Her soru için lütfen nasıl hissettiğinizi en yakın şekilde anlatan yanıtı verin.**

**Son 4 hafta boyunca kaç kere.....**

Hiçbir      Her      Çoğunlukla      Oldukça      Bazen      Biraz

Zaman      çok  
zaman

9. Sakin ve huzurlu

hissettiniz?

10. Çok enerjik oldunuz?

11. Üzüntülü ve keyifsiz

hissettiniz?

12. **Son 4 hafta boyunca, fiziksel sağlığınız veya duygusal problemleriniz kaç kere sosyal etkinliklerinizi (arkadaşlarınızı, akrabalarınızı, vs. ziyaret) etkiledi?**

Her zaman      Çoğu      Bazen      Çok az      Hiçbir Zaman  
zaman

### **Böbrek Hastalığınız**

**Aşağıdaki ifadelerden her biri sizin için ne kadar doğru veya yanlış?**

Kesinlikle      Çoğunlukla      Bilmiyorum      Çoğunlukla      Kesinlikle  
doğru      doğru      yanlış      yanlış

13. Böbrek hastalığım yaşamımı çok fazla etkiliyor

14. Zamanımın çoğunu böbrek hastalığımla uğraşarak harcıyorum

15. Böbrek hastalığımla uğraşmak kendimi gergin hissetmeme neden oluyor

16. Aileme yük olduğumu düşünüyorum

**Son 4 hafta boyunca, aşağıdakilerden her biri sizi hangi ölçüde rahatsız etti?**

	Hiç	Biraz	Orta ölçüde	Çok fazla
Oldukça rahatsız etmedi				
rahatsız etti				

17. Kaslarınızda acıma

18. Göğüs ağrısı

19. Kramplar

20. Cilt kaşıntısı

21. Kuru cilt

22. Nefes darlığı

23. Bitkinlik veya baş dönmesi

24. İştah azalması

25. Yorgunluk veya bitkinlik

26. Ellerde veya ayaklarda uyuşukluk

27. Bulantı veya mide bozulması

28<sup>a</sup>. (Sadece hemodiyaliz hastaları)

Giriş bölgesinde sorun

28<sup>b</sup>. (Sadece peritoneal diyaliz hastaları)

Kateter bölgesinde sorun

## **Böbrek Hastalığının Günlük Yaşamınız Üzerindeki Etkileri**

**Bazı insanlar böbrek hastalığının günlük yaşamları üzerindeki etkilerinden rahatsız olurken, bazıları olmaz. Böbrek hastalığı aşağıdaki alanların her birinde sizi ne kadar rahatsız ediyor?**

Hiç	Biraz	Orta ölçüde	Çok fazla	
Oldukça				
rahatsız etmiyor	rahatsız ediyor	rahatsız ediyor	rahatsız ediyor	rahatsız ediyor

**29. Sıvı kısıtlaması**

**30. Diyet kısıtlaması**

**31. Ev içinde çalışabilme**

kapasiteniz

**32. Seyahat edebilme**

kapasiteniz

**33. Doktorlara ve diğer**

tıp personeline bağımlı

olmak

**34. Böbrek hastalığının neden**

olduğu stress veya üzüntüler

**35. Cinsel yaşamınız**

**36. Kişisel görünümünüz**

***Bu soruları yanıtladığınız için teşekkür ederiz!***

## EK 3. Kanada Aktivite Performans Ölçümü



**Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)** yüksek kaliteli, kişi merkezli, aktivite temelli uygulamaları destekler. KAPÖ, zaman içinde bireyin aktivite performansı açısından algısındaki değişiklikleri saptamak için tasarlanmış, bireyselleştirilmiş bir ölçümdür. KAPÖ sonuç olarak kullanılır. Hedefleri belirlemek için müdahalenin başlangıcında uygulanabildiği gibi ilerleme ve sonucu saptamak için de uygulanabilir.

### KAPÖ:

- aktivite performansındaki problemleri alanları belirlemek;
- bireyin aktivite performansındaki bireyin önceliklerinin derecelendirilmesini sağlamak;
- bu problemleri alanlarla ilişkili performansı ve memnuniyeti değerlendirilmek;
- hedef belirlemek için temel oluşturmak ve,
- ergoterapi müdahalesi boyunca bireyin aktivite performansıyla ilişkili algısındaki değişiklikleri ölçmek için kullanılmaktadır.

### KAPÖ 5 adımda tamamlanır:

1. Aktivite performans problemlerini belirlemek.  
Problemin tanımında:  
**EİŞİNİN YAPMAK İSTEDİĞİ, YAPMASI GEREKEN veya YAPMASI BEKLENEN, FAKAT YAPAMADIĞI, YAPMADIĞI veya YAPTIĞINDAN MEMNUN OLMADIĞI occupationlardır.**
2. Aktivite performansındaki özel problemler belirlendiğinde, bireyin bunların herbirinin kendi yaşamındaki **ÖNEMİ** açısından her bir ifadesi için derecelendirmesi istenir. Önemlilik düzeyi 10 puanlık bir ölçek üzerinde derecelendirilir.  
**1= hiç önemli değil 10 = son derece önemli**
3. Bireyden yapılan derecelendirmeleri kullanarak en öncelikli veya önemli görülen 5 problemi seçmesi istenir.
4. Puanlama: PERFORMANS ( Şu an bu aktiviteyi yapma şeklinizi nasıl derecelendirirsiniz ? ) ve MEMNUNİYET ( Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz ? )
5. Tekrar değerlendirme için tarih belirlenir.

### BİREY İLE İLGİLİ BİLGİLER

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Terapist Adı:

İlk Değerlendirme:

Tekrar Değerlendirme:

### KENDİNE BAKIM

*Kendine bakım, gün içindeki ve güne hazırlanmayı amaçlayan aktiviteleri içerir. KAPÖ'de kendine bakımın 3 alanını değerlendiririz: kişisel bakım, fonksiyonel mobilite ve toplumda kendini idare etme.*

**Kişisel Bakım**

**Fonksiyonel Mobilite**

**Toplumda Kendini İdare etme**

ÖNEM



ÜRETKENLİK		ÖNEM
<p>Üretkenlik, bireyin hayatını kazanmayı, evini ve ailesini geçindirmeyi, kişinin yeteneklerini geliştirmeyi ve/veya diğerlerine hizmet vermeyi sağlayan aktiviteleri içerir. KAPÖ üretkenlik aktivitelerinin 3 tipini değerlendirir: Ücretli veya ücretsiz iş, ev idaresi, okul/oyun.</p>	<p><b>Ücretli veya ücretsiz iş</b></p>	
	<p><b>Ev idaresi</b></p>	
	<p><b>Okul ve/veya oyun</b></p>	
SERBEST ZAMAN		ÖNEM
<p>Serbest zaman bireyin üretken olma zorunluluğu olmaksızın birey tarafından yapılan aktiviteleri içerir. KAPÖ sessiz rekreasyon, aktif rekreasyon ve sosyalleşmeyi kapsar.</p>	<p><b>Sessiz rekreasyon</b></p>	
	<p><b>Aktif rekreasyon</b></p>	
	<p><b>Sosyalleşme</b></p>	

PUANLAMA					
<p><b>PERFORMANS</b> (Şu an bu aktiviteyi yapma şeklinizi nasıl derecelendirirsiniz?)            1 = hiç yapamıyorum ⇒ 10 = son derece iyi yapıyorum</p>					
				TARİH 1: / /	
<p><b>MEMNUNİYET</b> (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz?)            1 = hiç memnun değilim ⇒ 10 = son derece memnunuz</p>					
				TARİH 2: / /	
AP Problemleri	Önm	Performans T <sub>1</sub>	Memnuniyet T <sub>1</sub>	Performans T <sub>2</sub>	Memnuniyet T <sub>2</sub>
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Toplam Performans T <sub>1</sub>	Toplam Memnuniyet T <sub>1</sub>	Toplam Performans T <sub>2</sub>	Toplam Memnuniyet T <sub>2</sub>
<b>TOPLAM PUAN</b>					
		Ortalama Performans T <sub>1</sub>	Ortalama Memnuniyet T <sub>1</sub>	Ortalama Performans T <sub>2</sub>	Ortalama Memnuniyet T <sub>2</sub>
<b>ORTALAMA PUAN</b> (Toplam puan / problem sayısı)					
				Performanstaki Değişiklik	Memnuniyetteki Değişiklik
<b>PUAN DEĞİŞİKLİĞİ</b> (T <sub>2</sub> - T <sub>1</sub> )					
<p><b>İlk Değerlendirme</b></p>					
<p><b>Tekrar Değerlendirme</b></p>					

## EK 4. Orjinallik Ekran Çıktısı

### Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Kişi Merkezli Ergoterapi Müdahalesinin Aktivite Performansı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

#### ORJİNALLIK RAPORU

% <b>6</b>	% <b>4</b>	% <b>2</b>	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://kronikhastaliklar.thsk.saglik.gov.tr">kronikhastaliklar.thsk.saglik.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>2</b>	<a href="http://adudspace.adu.edu.tr:8080">adudspace.adu.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<a href="http://www.saglikinfo.com">www.saglikinfo.com</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>4</b>	<a href="http://www.uhok2018.com">www.uhok2018.com</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>TÜRK, Ayşe Betül and BUMİN, Gonca. "Engelli çocuğa sahip annelerde zaman yönetimi eğitiminin aktivite performansı, depresyon, yaşam kalitesi ve stresle başa çıkma üzerine etkisi: Pilot çalışma", Hacettepe Üniversitesi Hastalaları Basımevi, 2015.</b> Yayın	<% <b>1</b>
<b>6</b>	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>

## EK 5. Dijital Makbuz



### Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Özgü İnal  
Ödev başlığı: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerd...  
Gönderi Başlığı: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerd...  
Dosya adı: HD.docx  
Dosya boyutu: 2.51M  
Sayfa sayısı: 68  
Kelime sayısı: 14,477  
Karakter sayısı: 99,897  
Gönderim Tarihi: 07-Kas-2019 01:27PM (UTC+0300)  
Gönderim Numarası: 1208942472

#### I. GİRİŞ

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) yaygın ilerleyici ve geri dönüşümsüz böbrek fonksiyon kaybıdır (1). Hastalığın son aşamasında, renal replasman tedavisi (RRT) yaşamı olanaklı kılan farklı uygulamalar kullanılmaktadır. Bu tedaviler hastaların yaşamalarını önemli ölçüde ve moraliyetli sağlar, ancak bu tedavilerden hiçbirini önleyici değildir.

Hemodiyaliz (HD): kronik böbrek hastalığı olan bireyler için RRT yöntemlerinden biridir. Bu tedavi, bireylerin normal kanıya oranında yavaş genelde glikemik kontrolde olan medulleriyer vücutta uzatılmıştır bir yöntemdir. Hemodiyaliz tedavisi olan bireyler, haftada 2-3 gün bir diyaliz makinesine bağlı olarak, ortalama 4 saat süreyle tedavi almaktadırlar. Bu tedavi bireylerde yaşam kalitesini artıran gibi etkileri olmayabilirken, aynı zamanda vücutta, akciğerde, kemiklerde, kalp ve kan damarlarında bozulmaya ve depresyon gibi fiziksel ve sosyal semptomları, yıl içinde (2,3). Ayrıca HD tedavisi olan bireylerin yaşam kalitesinin önemli ölçüde düşürüldüğü görülmüştür (4,5).

Başlangıçta ve önemsenmiş oldu edilmiş bireyler yaşam kalitesinde ve bilişsel sağlıkta önemli ölçüde düşüşler yaşar. KBH tedavisinde ergoterapi ve nefes almayı, bireylerin etkilenen alan aktivitele ilgili aktivite performansında başlangıçta ve önemsenmiş olduğu için temelidir (6). Ergoterapi, aktivite performansını geliştirme amaçlıdır ve sağlık odaklıdır (7). Aktivite performansı, Kanada Aktivite Performans Modeli'ne (KAPM) göre ligal, genel ve aktivite amaçlı olarak değerlendirilir (8). Kişi fiziksel, duygusal ve bilişsel, sosyal, sosyal, kültürel ve kurumsal ya da aktivite, kişisel bakım, orman, serbest zaman ve mesleki sorumluluklar gibi alanlarda KBH'un fiziksel, sosyal ve psikolojik etkileri dahil olmak üzere çok boyutlu etkileri olduğu görülmüştür (9). HD tedavisi alan bireylerin bu ölçüde ki aktivitele ilgili olarak etkilenmeleri olabilir (9).

Hemodiyaliz tedavisinde ergoterapi, medulleriyer, KBH bireylerinde yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan yeni bir yaklaşım olarak kabul edilebilir. Bununla

## 9. ÖZGEÇMİŞ

Özgü İNAL; 2004 yılında Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümünde lisans, 2009 yılında Hacettepe Üniversitesi Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Bölümünde yüksek lisans ve 2016 yılında Hacettepe Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde doktora eğitimini tamamladı. 2004-2018 yılları arasında özel ve kamu olmak üzere iki farklı hastanede, fizyoterapist ve konuşma bozuklukları uzmanı olarak görev aldı. 2018 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümünde Öğretim Üyesi olarak çalışmaya başladı. Beslenme ve yutma bozuklukları, nörojenik temelli konuşma bozuklukları, kognitif rehabilitasyon, işitsel işleme, nörolojik rehabilitasyon, sağlıklı yaşam davranışları geliştirme, wellness ve yoga gibi spesifik alanlarla ilgilenmektedir.