



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BÖBREK NAKLİ BEKLEYEN HASTALARIN ALGILADIKLARI
SOSYAL DESTEĞİN DEPRESYON, KAYGI VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

Hazırlayan

Esra ALTIN ARSLAN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2020



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BÖBREK NAKLİ BEKLEYEN HASTALARIN ALGILADIKLARI
SOSYAL DESTEĞİN DEPRESYON, KAYGI VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

Hazırlayan
Esra ALTIN ARSLAN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

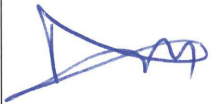
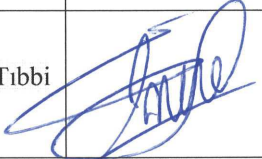
ÇANAKKALE-2020

TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı
Programın Seviyesi :Yüksek Lisans (x) Doktora ()
Anabilim Dalı :Hemşirelik
Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Esra ALTIN ARSLAN
Tez Başlığı : Böbrek Nakli Bekleyen Hastaların Algıladıkları Sosyal Desteğin,
Depresyon, Kaygı ve Yaşam Kalitesine Etkisi
Sınav Yeri :ÇOMÜ YADYO SEMİNER SALONU
Sınav Tarihi :28.01.2020

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Sınav Jürisi

Danışman	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Ayşe San Türgay	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü	
Sınav Jüri Üyeleri		
Doç. Dr. Dilek Sarı	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	
Dr. Öğr. Üyesi. Emine Sevinç Postacı	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü	

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences

Programme Name : Postgraduate Program With Nursing Thesis

Programme Level : Master of Science (x) Doctor of Philosophy ()

Department :Nursing




Student Name and Surname: Esra ALTIN ARSLAN

Title of the Thesis : The Effect of Perceived Social Support of Patients Waiting for Kidney Transplant on Depression, Anxiety and Quality of Life

Examination Place : ÇOMÜ YADYO SEMİNER SALONU

Examination Date : 28.01.2020

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved as a Master of Science / Doctor of Philosophy Thesis.

Supervisor	Institution	Signature
Prof. Dr. Ayşe San Türgay	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü	
Members of Examination Jury (Titles and Names)		
Doç. Dr. Dilek Sarı	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	
Dr. Öğr. Üyesi. Emine Sevinç Postacı	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Canakkale Onsekiz Mart University, with decision dated and numbered

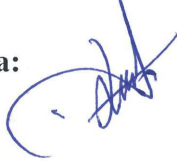
BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına hiçbir aşamasında etik dışı davranışın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 8’de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etiğe aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazarlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih: 06.02.2020

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Esra ALTIN ARSLAN

İmza:



TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőtirilmesinde çalışmam boyunca yardımlarını esirgemeyerek değerli bilgileri ile yolumu aydınlatan saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAŸ'a,

Her konuda yanımda olan Dahiliye Servisi hemőirelerine,

Çalışmaya katılan hastalarıma,

Hayatımın her zor anında bir çok fedakarlık gösteren, her zaman yanımda olduklarını hissettiren, üzerimde büyük emeği olan babam Hasan ALTIN, annem Müzdelife ALTIN ve ablam Hanife GEDİK'e

Tez çalışmam boyunca rahat çalışma ortamı sağlayan, desteğini esirgemeyen ve her zaman sabırla, güvenle, hoőgörü ile yanımda olan canım kayınvalidem Ayfer ARSLAN, kayınbabam Murat ARSLAN'a,

Her zaman olduğu gibi yüksek lisans sürecimde tüm zorluklara benimle birlikte katlanan, sabrı, hoőgörüsü ile beni her zaman cesaretlendiren, her aőamada yanımda olan sevgili eőim Tayfun ARSLAN'a,

Hayatımın anlamı biricik kızım Melis ARSLAN'a sonsuz teşekkür ederim.

TABLULAR

	Sayfa No
Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	33
Tablo 2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	34
Tablo 3. Hastaların BDE ve STAI Puan Ortalamaları	35
Tablo 4. Hastaların Depresyon Düzeyleri	35
Tablo 5. Sosyodemografik Bilgiler ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki.....	36
Tablo 6. Diyalize Girme Yılı ile Beck Depresyon Ve STAI Kaygı Ölçeği ile Arasındaki İlişki	39
Tablo 7. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
Tablo 8. Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 9. Yaş ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları ile İlişki Analizi.....	41
Tablo 10. Doğum Yeri Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 11. Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 12. Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 13. Çalışma Duruma Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 14. Sigara İçme Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 15. Diyabet Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 16. Diyet yapma durumuna göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 17. Hastaların ÇBASDÖ'nden Aldıkları Puanlar	49
Tablo 18. Böbrek Nakli Bekleyen Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Puan Ortalamaları.....	50

Tablo 19. Böbrek Nakli Bekleyen Hastaların diğeri Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Puan Ortalamaları.....	52
Tablo 20. ÇBASDÖ ve BDE, STAI, ile İlgili İlişki Analizleri.....	53
Tablo 21. ÇBASDÖ ve SF-36 ile arasındaki ilişki Analizleri.....	54



KISALTMALAR

WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
BUN	: Kan Üre Azotu
HD	: Hemodiyaliz
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
PD	: Periton Diyalizi
HLA	: Human Leucocyte Antigen
BDE	: Beck Depresyon Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÖZET

Bu araştırma böbrek nakli bekleyen hastaların algıladıkları sosyal desteğin depresyon, kaygı ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Araştırmanın yapılabilmesi için Etik Kurul izni alındı. Çalışmanın örneklemini, Ekim 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin Organ Nakil Merkezi'ne kayıt yaptırmış olan 66 hasta üzerinde yürütüldü. Araştırma verileri, 'Kişisel Bilgi Formu', "Beck Depresyon Ölçeği", "STAI Kaygı Ölçeği", "SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" kullanılarak toplandı. Anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi. . Araştırma verileri SPSS 22.0 (Statistical Package for The Social Sciences, Chicago, IL) programı kullanılarak değerlendirildi. Çalışmadaki hastaların %56.1'i erkek, %71.2'si evli, %50'si ilkokul mezunu ve yaş ortalaması $55,5 \pm 17,01$ 'dir. Organ transplantasyonu bekleme sürecindeki hastaların depresyon puan ortalaması $11,85 \pm 6,81$, Kaygı Durumluluk puan ortalaması $47,55 \pm 3,45$ ve Kaygı Süreklilik puan ortalaması $50,05 \pm 6,40$ olarak bulundu. Kadın olmak, çalışmıyor olmak ve gelir düzeyinin düşük olması depresyon düzeyini istatistiksel olarak etkilemektedir ($p<0,05$). Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması en yüksek fiziksel işlev ($68,94 \pm 21,70$) ve bunu genel sağlık algısı ($57,27 \pm 12,28$) takip ederken; en düşük mental rol ($15,65 \pm 34,20$), fiziksel rol ($16,28 \pm 32,96$) olarak belirlenmiştir. Hastaların, Sosyal Destek toplam puan ortalaması $67,60 \pm 17,3$ olarak belirlendi. Algılanan sosyal destek puan ortalaması ile depresyon puan ortalaması arasında negatif yönlü orta kuvvetli ilişki, Stai Durumluluk ile arasında pozitif yönlü orta kuvvetli ilişki belirlendi ($p<0.05$). Ayrıca, sosyal destek puanları arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığı, yaşam kalitesinin de arttığını görülmüştür.

Sonuç olarak; böbrek nakli bekleyen diyaliz hastalarının sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi, depresyon ve kaygı düzeyleri yüksek, yaşam kalitesi düşük olan hastalara gerekli eğitim ve danışmanlık verilmesi önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Böbrek nakli bekleme listesi Anksiyete, Depresyon, Yaşam Kalitesi, Algılanan Sosyal Destek

ABSTRACT

This study was conducted descriptive and cross-sectional in order to determine the impact of social support perceived by patients awaiting kidney transplants on depression, anxiety and quality of life. Permission from the Ethics Committee was obtained to conduct the research. The sample of the study consisted of a total of 34 patients, were conducted on 66 patients who had enrolled in a University Hospital's Organ Transplant center. Data were collected through "Socio-demographic Data Collection Form", "Beck Depression Scale", "STAI Anxiety Scale", "SF-36 Quality of Life" and "Perceived Social Support Scale" were used. Significance was accepted as $p < 0.05$. Research data was evaluated using SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, IL). Of the patients in the study, 56.1% were male, 71.2% were married, 50% were primary school graduates and the average age was 55.5 ± 17.01 . Patients in the waiting process of Organ transplantation to mean depression score was 11.85 ± 6.81 , the mean anxiety status score was 47.55 ± 3.45 and the mean anxiety continuous score was 50.05 ± 6.40 . Being a woman, not working and low income level statistically affect the level of depression ($p < 0.05$). The mean score of the patients in the lower quality of life was the highest physical function (68.94 ± 21.70) and overall health perception (57.27 ± 12.28) followed by the lowest mental role (15.65 ± 34.20), physical role (16.28 ± 32.96). The mean Social Support score was 67.60 ± 17.3 . Negative moderate-strong relationship was determined between perceived social support score average and depression score average, positive moderate-strong relationship was determined between Stai status score average ($p < 0.05$). In addition, as social support scores increased, levels of anxiety and depression decreased and quality of life increased.

As a result, it is recommended to evaluate the social support levels of dialysis patients waiting for kidney transplants, to provide necessary training and counseling to patients with high levels of depression and anxiety and low quality of life.

Keywords: Renal transplant waiting list, anxiety, depression, Quality of Life, Perceived Social Support

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	I
TEZ ONAY FORMU.....	II
THESIS APPROVAL FORM.....	III
BEYAN FORMU.....	IV
TEŞEKKÜR SAYFASI.....	V
TABLolar LİSTESİ.....	VI
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VIII
ÖZET.....	X
ABSTRACT.....	XI
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Böbrek ve Fonksiyonları.....	4
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	4
2.2.1. Epidemiyolojisi.....	4
2.2.2. Etiyolojisi.....	5
2.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri.....	5
2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri.....	6
2.3.1. Hemodiyaliz.....	6
2.3.2.Periton Diyalizi.....	8
2.3.3. Organ Nakli.....	9
2.3.3.1. Organ Nakli Bekleme Listesi.....	10
2.4 Böbrek Nakli Bekleyen Diyaliz Hastalarında En Sık Görülen Ruhsal Bozuk, luklar.....	13
2.4.1. Umutsuzluk.....	15
2.4.2. Kaygı (Anksiyete).....	16

2.4.3. Depresyon	17
2.4.4. Yaşamdaki Değişimlere Uyum	18
2.4.5. Öfke	19
2.4.6. Seksüel Disfonksiyon	19
2.4.7. Uyku Bozuklukları.....	20
2.4.8. Ruhsal Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı	20
2.5.Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi.....	21
2.5.1. Yaşam Kalitesi.....	21
2.5.2. Hemşirelik Bakımı.....	23
2.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Sosyal Destek	24
2.6.1. Sosyal Destek.....	24
2.6.2. Hemşirelik Bakımı.....	26
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Türü	28
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	28
3.3. Veri Toplama.....	28
3.4. Etik	31
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	32
4.BULGULAR	33
4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	33
4.2. Beck Depresyon Ölçeği ve STAI Kaygı Ölçeği Analizleri.....	35
4.3. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Analizler	40
4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine Ait Analizler	49
4.5. ÇBASDÖ ve BDE, STAI, ile İlgili İlişki Analizleri	53
4.6.ÇBASDÖ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Arasındaki İlişki Analizleri ...	54

5.TARTIŞMA	56
5.1. Hastaların Sosyo-demografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması	56
5.2. Depresyon ile Sosyo-demografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması	59
5.3. Kaygı ile Sosyo-demografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması	62
5.4. Yaşam Kalitesi ile Sosyo-demografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması	64
5.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Sosyo-demografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması	67
5.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Beck Depresyon Envanteri ve Stai Kaygı Ölçeğine İlişkin Verilerin Tartışılması.....	69
5.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin SF-36 Yaşam Kalitesi Tartışılması.....	70
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	71
7.KAYNAKLAR	74
8.EKLER	94
Ek 1. Demografik Bilgi Formu	94
Ek 2. Beck Depresyon Ölçeği	95
Ek 3. Stai Kaygı Ölçeği.....	97
Ek 4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	99
Ek 5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	101
Ek 6. Etik Kurul İzni	102
Ek 7. Çanakkale Onsekiz Mart Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden Alınan İzin Belgesi	103
Ek 8. Sayın Nesrin Hisli'den alınan izin formu	104
Ek 9. Sayın Necla Öner'den alınan izin formu	105
Ek10. Sayın Rukiye Pınar'dan alınan izin formu.....	106
Ek 11. Sayın Haluk Arkar'dan alınan izin formu.....	107

Ek 12. Spiralli Tez Kontrol Formu.....	108
Ek 13. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spiralli Yazım Kontrol Listesi.....	109
ÖZGEÇMİŞ	110



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), glomerüler filtrasyon değerinin azalması böbreğin, sıvı-elektrolit dengesini ayarlamama sonucu, metabolik faaliyetlerin kronik, geri dönüşümsüz ve sürekli artan böbrek fonksiyonlarında olan hasardır (Kacaroglu, 2011). KBH'tan bahsetmek için glomeruler filtrasyon değeri 510 ml/dakikaya inmesi gerekmektedir. Hastalar üreminin ileri belirtileri gelişsin veya gelişmesin hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek nakli gibi renal olarak destekleyici tedavilere ihtiyaç duyarlar (Değirmenci, 2006;Çelik, 2007; Dane, 2016).

Türkiye'de Renal Replasman Tedavisi (RRT) 2018 yılında insidansı binde 98,8 olarak hesaplanmış olup zaman içerisinde sürekli bir artış periyodu içindedir (Süleymanlar, 2018). Türkiye'de 2018 verilerine göre KBH hastalarından 60.643 hemodiyaliz, 3.192 kişi periton diyalizi ve 17.220 kişi böbrek nakli 17.220 olup HD en fazla uygulanmış olup mali olarak da en pahalı olan RRT şeklidir (Serdengeçti, 2010; Süleymanlar, 2018).

Diyaliz, böbrek hastalar için kurtarıcı ve yaşam süresini uzatan önemli bir tedavidir. Bununla birlikte özellikle haftanın belirli günlerinde diyaliz merkezlerine veya hastaneye gelme zorunluluğu olması, tedavinin sürekli ve ömür boyu sürecek olması, hastanın çalışma yeteneğinin ve kapasitesinin bozulmasına, aile içinde problemler oluşmasına ve cinsel sorunlara neden olmaktadır. Bununla birlikte hastalığa bağlı fizyolojik, mali ve ruhsal problemleri de görülmektedir. Psikososyal problemler hastalık sürecini olumsuz etkilemekte, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve etkin tedavinin sürdürülmesini güçleştirmektedir. (Özgür, 2003; Cürçani, 2008; Erdoğan, 2013).

Son yıllarda immunosupresif tedavide yeni ilaçların keşfi, antibiyoterapiler ve cerrahi alet ve yapılan tekniklerin geliştirilmesi, böbrek naklini, hastalarının yaşam kalitesinde ve süresinde pozitif değişiklikler sağlayan kıymetli ve uyguntelevi yöntemi olmasını sağlamaktadır (Gül, 2010). Başarılı bir böbrek nakliyle, belirli günlerde diyaliz merkezine veya hastaneye gitme zorunluluğunu ve buna bağlı gelişebilecek birçok problemin üstesinden gelinmesini sağlamaktadır (Murphy, 2003;

Sağıroğlu, 2009; Kacarodđlu, 2011,). Fakat dđlkemizde halen bdbrek naklinde gerek canlı, gerekse kadavra nakillerinde ulaşılması istenen hedeflere henuz ulaşılamamıştır ve nakil bekleyen hasta sayısı da her gezen gun hızla artmaktadır (Gorgel, 2016). Donor bulmakta yaşanan sıkıntılar nedeniyle bu hastalarda tedavi olarak bdbrek nakli olamamakta ve organ bağışları ihtiyaacın cok gerisinde kalmaktadır (Ozçetin, 2010).

Hemodiyaliz tedavisi diyaliz merkezine bağımlılık, diyet, ilaç kullanımı gibi kısıtlamalara ve sosyal yaşamın kısıtlanması, rol değişiklikleri, negativizm, uzuntu, olum korkusu, umutsuzluk, depresyon, anksiyete ve gelecek hakkında belirsizlik gibi psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Tum bu etkenler tedaviye uyumu ve tedavi prognozunu olumsuz etkilemektedir (Dadalı, 2009; Ercan 2016; Başaran, 2016). Bunun yanı sıra bdbrek nakli adayı olan diyaliz hastalarının belirsiz bir bekleme surecine girmesi, yeterli bağış olmadığı için gerekli organın bulunamaması, ve nakil olsa dahi bunun kalıcı sureç olmayacağının bilinmesi anksiyete başta olmak uzere, depresyon, sosyal yaşamda kısıtlamalar, benlik saygısında ozdenetimde azalma, aile içinde rol değişiklikleri ve umutsuzluk yaşanmasına yol acmaktadır. Eğer ortaya çıkan bu psikososyal problemlerin ustesinden gelinemezse, doğrudan uyum ve işlevselliğin azalmasına, yaşam kalitesinin duşmesine neden olmaktadırlar (Ozçürümez, 2003; Özdemir, 2013).

Aile aacısından KBH tanısı alan hastayla yaşamak, aile bireylerinde hem maddi aacidan etkilenebilir hem de; gerginlik, stres, anksiyete, umutsuzluk, sağlık koşulların bozulma, sosyal ilişkilerde azalma gibi guclukler ortaya cıkabilmektedir. Hasta aacısından ise ailenin fonksiyonel olmadığı uzun sureçte sosyal destek eksikliği gorulebilir. Algılanan sosyal destek varlığı, stresin birey uzerindeki olumsuz etkilerini azaltmakta, bireyin ait olma gereksinimini karşılamakta, benlik duygusunun korunmasına destek olmaktadır. Yetersiz sosyal desteğin varlığında hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal durumu olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Bu bağlamda, bdbrek nakli bekleyen hastanın cevreden algıladığı sosyal destek duzeyi tedavi surecinde uyumu ve motivasyonunu buyuk oranda etkileyebilmektedir (Aydın, 2012; Karaarslan, 2013).

Sosyal desteği kuvvetli olan bireylerin; anksiyete ve kaygılarının azaldığı, hastalıklara karşı daha dirayetli oldukları, hasta olduklarında ise; hastalık sürecini daha iyi geçirdiği, iyileşme süreçlerinin hızlandığı, fazlada ilaç ihtiyacının azaldığı, ve uygulanan tedaviye uyumları artmaktadır. Bu araştırma organ nakli için bekleme sürecine giren diyaliz hastalarının algıladıkları sosyal desteğin anksiyete, kaygı ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini belirlemek için tasarlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Böbrek ve Fonksiyonları

Ortalama 120-150 gr ağırlığında olan böbrekler ve vücudun retroperitoneal bölgesinde bulunan organlardır. Her iki böbrekte de idrar yapma fonksiyonu olan ortalama 2.000.000 tane olan nefron bulunmaktadır. İki kısımdan oluşan nefronda metabolik sıvı kanda filtre edilir ve idrara dönüştürülür. Böbreğin diğer fonksiyonları ise kanda su elektrolit, basınç ve asit-baz dengelenmesini sağlamak, eritrosit ve D vitamini üretimini sağlamak ve glikoneojenezi sağlamaktır (Altuntaş 2015).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği

Böbrek fonksiyonlarının belirteci olan ve laboratuvar sonuçlarıyla belli olan glomerular filtrasyon değerinin (GFR), 25 ml/dk'nın altında olduğunda meydana gelen ve ilerleyen metabolik bozulma kronik böbrek yetmezliği (KBY) olarak adlandırılmaktadır. (Çetinkaya, 2008; Yerköy, 2012). GFR değeri erişkin kadınlarda 95-120 ml/dk ve erişkin erkeklerde ise 105-140 ml/dk'dır. Yaşa bağlı olarak zamanla GFR değerinde düşmeler olur. Fakat 30-35 ml/dk'ya düşünceye kadar bireylerde herhangi bir üremik semptom görülemeyebilir. KBY, GFR'da azalsın veya azalmasın, 3-4 aydan fazla süren böbreğin görevlerinde ve yapısında bozukluklarla kan ya da görüntüleme yöntemleri ile kendinden sözettirmektedir (Conchol, 2007; Çetinkaya, 2008; Kaplan, 2012; Gurlaş, 2016).

Ülkemizde de tüm dünyada olduğu gibi böbrek yetmezliği epidemisi olarak kabul edilmiştir (Emre, 2013). Türkiye'de %15,7 oranında KBH oranı bulunmaktadır. Yüksek oranda olarak, yetişkin her altı kişiden birisinde KBH'lığı vardır (Topbaş 2017).

2.2.1. Epidemiyolojisi

KBY Türkiye'de ve dünyada sürekli artış halinde olan ve önemli kabul edilen bir toplum sağlığı problemidir. Birleşmiş Milletler Böbrek Veri Kayıt Sistemine göre 2001 yılında Amerika'da 96.295 hasta böbrek nakli için bekleme listesine kaydedilmiştir (Serdengeçti, 2010). Ortalama bekleme süresi yaklaşık 5 yıldır ve

bunun her yıl artması beklenmektedir (Tong ve ark,2015). KBY, Afrika kökenli bireylerde daha çok görülmekle beraber Asya, Amerika gibi beyazlar ırklar da bunları takip etmektedir. Farklılığın nedeni ise insanların genetik yatkınlığı ile açıklanabilmektedir (Serdengeçti, 2010; Aydın, 2012).

Ülkemizde de KBY tanısı alan kişi sayısı sürekli artış göstermektedir. 2010 yılından beri insidansta 2 kat, prevalansta 5 katı düzeyde artma meydana gelmiştir (Serdengeçti, 2010). Bu artışın sebebi gelişen toplumlardaki diyabet (DM) ve hipertansiyon (HT)'daki artarak epidemi halini almasıdır. Nitekim son yıllarda diyalize girmekte olan hastaların böbrek yetmezliğine ek olarak %37,3'ünde diyabet, %30'unda tansiyon hastalığı vardır. Halbuki bu hastalıklar daha önce saptanıp gerekli tedavi planı uygulanırsa, KBY tanısı alan hasta sayısı da %50'ye varan oranda azalabilmektedir (Serdengeçti, 2010; Kaplan, 2012; Yerköy, 2012).

2.2.2. Etiyolojisi

Kronik böbrek yetmezliği etyolojisinde birçok faktör rol oynar ve bu faktörler ülkeden ülkeye, ırk ve cinsiyete göre farklılık gösterebilir. Nefroloji Derneği'nin yaptığı çalışmaya göre 2018 yılında hastaların % 37.7'si diyabetik nefropatiye, % 30,4'ü hipertansif nefroskleroza, % 5.3'ü kronik glomerüler hastalığı, % 9.2'si üroloji rahatsızlıklara(taş, vb), % 1,1'i kronik interstisyel nefrite %15,1'nin ise belli olmayan nedenlere bağlı olarak gelişmiştir (Erek, 2004; Kaplan, 2012; Süleymanlar, 2018).

Toplumunun yaşam biçiminde değişikliklere yol açan, hem tıbbi, hem sosyal hem de ekonomik yükü olan KBY'nin tedavisinden ziyade önlenmesine dair politikalar geliştirilmesi gerekmektedir. (Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı, 2010)

2.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri

KBY'nin erken döneminde herhangi bir semptom görülmez. Ancak tanıyı koymak için laboratuvar ölçümlerinde kanda üre ve kreatinin değerlerine bakılır. (Serdengeçti, 2010). Hastalarda görülen ilk belirtiler, idrar yapmada zorluk ve anemiye nedeniyle oluşan halsizliktir. Üremik belirtiler ise GFR değeri 20-25 ml/dk düştüğünde ortaya çıkar. GFR 5-10 ml/dk'ya inince vücuttaki bütün sistemler etkilenir ve birçok

belirti ve bulgular meydana gelir. Bu durumda böbrek fonksiyonları son evreye gelir ve hastalar diyaliz veya böbrek nakli gibi renal replasman tedavisine gereksinimleri olur. (Akpolat, 2000; Yanar, 2015)

2.3.Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi Seçenekleri

KBY hastalarına 1970 yılı öncesine kadar yapılabilecek tedavi seçenekleri oldukça sınırlıydı. Türkiye’de Diyaliz merkezi sayı olarak az olduğu için düzenli olarak diyaliz tedavisi alan hastaların sayısı da azdı. Diyaliz tedavisi alacak olan hastaları seçmek için yoğun tıbbi taramalardan geçiriliyor, sadece tarama sonucundan geçen ve başka sistematik hastalığı bulunmayan hastalar diyalize alınmaktaydı. Bu durum çoğu hastanın ölüme mahkum edilmesi anlamına gelmekteydi (Goodman,2003).

Gelişen donanım, bilgi ve teknolojiye ilerlemelere rağmen periodik olarak diyaliz takibi yapılsa bile diyalizle iyi işlev yapan iki böbreğin fonksiyonlarının ancak %10–12’sini yapılabilmektedir. Böbrek nakli hastalarını kendini daha sağlıklı hissederek hem sosyal hem de günlük aktivitelerini tam yapabilme fırsatı bulunmaktadır (Goodman, 2003). Son dönem böbrek yetmezliği ortaya çıktığında hastayı tedavi etmek için yalnızca ilaç kullanmak yeterli olmaz. Bu durumda böbreğin görevlerini üstlenecek başka tedavi yöntemleri gerekir (Yanar, 2015).

Ülkemizde 2018 yılı sonu verilerine göre 81.055 hasta RRT almakta ve bu sayı her yıl artmaktadır. RRT seçenekleri üç şekilde sıralanmaktadır; (Süleymanlar, 2018).

- Hemodiyaliz
- Periton diyalizi
- Böbrek transplantasyonudur

2.3.1. Hemodiyaliz

İlk HD (Hemodiyaliz) işlemi kopeklerde John Hopkins Tıp Okulu’nda gerçekleştirilirken; insanda ilk HD uygulaması Almanya’da 1924-1928 yılları arasında gönüllü dört KBY hastasında gerçekleştirilmiştir. Ancak teknik ve antikoagülasyon alanındaki yetersizlikler, hastaların yetersiz tedavi edilmesi sonucu ölümlerle

sonuçlanmıştır. Teknoloji ve damara ulaşım yolu ile ilgili gelişmelerle birlikte, 1960'lerden bu yana hem akut hem de kronik böbrek yetmezliği hastalarına başarılı bir şekilde uygulanmaktadır (Kaplan, 2012).

Hemodiyaliz işlemi; cerrahi olarak açılmış fistül aracılığıyla hastadan alınan kanın makina desteğinden geçirilerek atık maddelerinden arınması, ardından venöz damar yolu ile hastaya geri verilmesi işlemidir (Girgin Yılmaz, 2014; İn 2019). Bu işlem için hastaya fistül açılmakta ya da internal arteriovenöz greft kullanılmaktadır. Geçici vasküler giriş planlanıldığında ise en sık uygulanan venler femoral, subklavian ve internal juguler venlerdir. Buraya çift lümenli bir katater takılarak diyaliz işlemi gerçekleştirilir. (Kaplan, 2012; Gurlaş, 2016)

Cihazın içinde bulunan ve yarı geçirgen olan silindirik şeklindeki membranın bir ucundan kan dolarken ozmotik basınçla birlikte elektrolit ve glukoz bulunan diyaliz sıvısı kan ile ters yönde hareket eder. Membrandaki porlar suyun ve düşük ağırlıklı moleküllerin geçirirken protein ve kan hücreleri gibi büyük moleküller kanda kalır ve böylece kanın metabolik artık ve fazla sıvıdan temizlenmiş olur (Girgin Yılmaz, 2014; Gurlaş, 2016) Böylelikle kan kimyasında hızlı düzelmeye sağlanmaktadır (Kaplan, 2012; Gurlaş, 2016).

Ülkemizde HD en fazla uygulanan yöntemdir. 2018 verilerine göre tüm RRT tedavisi gören hastaların %74.82'sini oluşturup, toplam 60.643 kişi HD tedavisi görmektedir. Diyaliz tedavisi alan hastaların % 57.9'u erkek, % 42'si kadın hastadan oluşmaktadır. Hastalarının ortalama %80'i orta yaşlı ve yaşlı hastalardan oluşmaktadır (Yerköy Ateş, 2012; Süleymanlar, 2018).

Hemodiyaliz tedavisinin akut komplikasyonları arasında hipotansiyon, kanama, kaslarda kramp, baş, sırt ve göğüs ağrısı, lökopeni, hipoksi, aritmi, hava embolisi, konvülsiyon, hipoglisemi ve elektrolit inbalansı sayılırken, kronik komplikasyonlarını kardiovasküler hastalıklarda artma, hipertansiyon, üremik kemik hastalığı, alüminyum intoksikasyonu, plevral effüzyon, serozit (perikardit, diyalize bağlı asit), hepatit B – C enfeksiyonları, diyaliz amiloidi, diyaliz demansı, vasküler yol

enfeksiyonu ve tromboz oluşturmaktadır (Türkmen, 2002; Gurlaş, 2016).

Hemodiyaliz tedavisi, hastaların yaşama döndürmekle birlikte, süregelen olan yaşam düzenini önemli ölçüde kısıtlamakta, aile üyeleri için yaşam değişikliğine neden olmaktadır (Başaran 2016, Gitlin 2003). Belirli günlerde makineye ve tedavi ekibine bağımlı olmak, ilaç ve diyet tedavisini uygulamak zorunda kalmak, iş yaşamındaki değişiklikler, aile içindeki rollerinin değişimi, ekonomik güçlükler, cinsel işlevlerdeki bozukluk gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. (Başaran, 2016).

Ülkemizde 2018 yılında diyaliz hastalarında en sık görülen ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, malignite ve enfeksiyonlar olmaktadır (Serdengeçti, 2010; Süleymanlar, 2018).

2.3.2.Periton Diyalizi

Periton diyalizi hastaların periton boşluğuna yerleştirilen bir kateter aracılığıyla diyaliz işleminin gerçekleştirildiği alternatif yaygın bir yöntemdir. Peritonun kullanılması nedeni ile tedaviye bu ad verilmiştir (Goodman, 2003; Aydın, 2012; Gurlaş, 2016). Genellikle periton diyaliz sıvısını, 1500–3000 ml kadarını daha önceden vücudun peritonuna yerleştirilmiş olan periton diyaliz kateteri ile yerçekimi etkisiyle karın boşluğuna verilir, belirli bir süre bekletilir. artık maddeler ozmoz etkisiyle kandan temizlenerek belirlenen sürenin sonunda peritona konulan sıvı boşaltılarak atılır. Böylece periton diyalizi gerçekleştirilmiş olunur (Yerköy Ateş, 2012).

2018 yılı verilerine göre ülkemizde % 53,5'si erkek, %46,5'i kadın olmak üzere toplam 3.192 hasta PD tedavisi almaktadır (Yerköy Ateş, 2012; Süleymanlar, 2018).

Periton diyalizinde bakteriyel peritonit en önemli komplikasyonudur. Ülkemizde 2018 yılı verilerine göre peritonit sıklığı 0.59 atak/hasta/yıldır, bunu sırasıyla obesite (vücut kitle endeksi > 30), herni, Diyaliz yetersizliği, malnütrisyon, hiperlipidemi, hipervolemi, psikolojik sorunlar, drenaj bozukluğu ve hiperglisemi takip etmektedir (Yerköy Ateş, 2012; Süleymanlar, 2018; İn 2019)

2.3.3. Organ Nakli

Organ nakli (transplantasyon), fonksiyonunu sürdüremeyen bir organın veya dokunun yerine greft adı verilen sağlam ve aynı görevi üstlenmesi için ,canlı kişiden veya beyin ölümü gerçekleşmiş kişiden alınan bir organın/ dokunun nakledilmesi işlemidir (Kacaroğlu, 2011; Baştürk, 2004)

Son evre böbrek hastalıklarında, böbrek nakli sık tercih edilen, hasta için en iyi tedavi yöntemidir (Helderman, 2003). Başarılı bir böbrek nakli sonrasında bir böbreğin fonksiyonunu tam olarak yapılması sağlanabilmektedir. Nakilin en büyük avantajlarından diğeri, bir ayda ortalama 40-50 saat HD'e 60-70 saat için PD'ne heba eden hasta için nakille birlikte bütün kendisine kalmaktadır. Buna ek olarak antikoagülan iğnelerden, sıvı ve diyet kısıtlamalarından, çeşitli ilaç kullanımı gibi bir çok zorlukların olmamasıdır (Yerköy Ateş, 2012) .

İlk başarılı böbrek transplantasyonu ABD'de 23 Aralık 1954'te Joseph Murray ve ekibi tarafından tek yumurta ikizleri arasında gerçekleştirilmiştir ve ilk uygulamadan bu yana dünyada üzerinde yapılan nakil sayısı ve açılan nakil merkezleri sayısı artmaktadır. (Yerköy Ateş, 2012; Sağıroğlu, 2009)

Türkiye'de ise ilk olarak 2001 yılında yürürlüğe giren kanun çerçevesinde böbrek nakli yapan merkezlerin açılmış ve denetimi sağlanmıştır. Bu konuda bir çok düzenlemeler yapılmıştır. Kalp, akciğer, karaciğer, böbrek, pankreas, ince barsak, kemik iliği, kan, deri ve kornea gibi önemli olan pek çok organın nakli yapılmaktadır (Yerköy Ateş, 2012; Aydın, 2012). Bu kanun neticesinde organlar ile alıcılar arasında adil ve uygun bir eşleştirme yapmak ve bu süreci takip etmek için Sağlık Bakanlığınca Ulusal Organ Bilgi Sistemi yapılmıştır. (Çaylan, 2010) Bu programa kayıtlı olan listelerin güncel ve sağlıklı olması çok önemlidir (Sağıroğlu, 2009; Çaylan, 2010; Oruç, 2017).

İmmüsupresif tedavideki başarılar, antibiyoterapideki gelişmeler, güncellenen cerrahi teknikler ile böbrek nakli KBY hastaları için en çok tercih edilen

yöntem olmasını sağlamıştır. Hastaların hem yaşam süresi hem de yaşam kalitesi artmıştır. Bununla beraber kadavradan böbrek nakli sayısını arttırmak amacıyla yapılan çalışmalar her geçen gün daha başarılı olunmaya başlamıştır (Sağiroğlu, 2009; Ateş, 2012). Buna karşın nakil için bekleyen hasta sayısının hızla artmasıyla organ ihtiyacı, organ bağışının çok fazla gerisinde kalmıştır bu durum kadavradan ziyade canlı organ vericilerini en önemli organ kaynağı olmasına neden olmaktadır (Sağiroğlu, 2009; Aydın, 2012).

Ülkemizde böbrek transplantasyonu sayısı beklenenin çok altında olmasının nedenleri arasında dinsel ve kültürel inançlar, immünsüpresyonun yan etkileri, yetersiz organ bağışı ve eğitim almış cerrah ve hemşirenin az olmasından kaynaklanmaktadır. (Yerköy Ateş, 2012). Yasal, dinsel ve eğitimsel vb. birçok neden organ bağışını kısıtlamaktadır (Kacaroglu, 2011)

2.3.3.1. Organ Nakli Bekleme Listesi

Böbrek nakli canlı veya kadavra vericiden yapılabilmektedir. Türkiye’de 2019 yılı itibariyle böbrek nakli bekleyen hasta listesinde 22.893 kişi vardır ve 2019 yılında 2.982’si canlıdan 618’si kadavradan olmak üzere 3.600 nakil yapılmıştır (organkds.saglik.gov.tr). Böbrek naklinden sonra ortalama %69 oranında 5 yıllık yaşam süresi bulunmaktadır. Bu oran diyaliz hastalarında ise %32’ye düşmektedir. Böbrek nakliyle başarılı bir sonuç elde etmek için alıcının ve vericinin antijenleriyle doku uygunluk oranına bakılmaktadır. (Akpolat, 2016; Türkmen 2016)

Ülkemizdeki böbrek nakillerinin büyük bir kısmını canlı vericili nakiller oluşturmaktadır. Eğer hastanın donör olmayı kabul eden canlı bir aday varsa 4. dereceye kadar eş, akraba veya eşin akrabaları nakil için uygundur. Bunların dışında yapılmak istenen nakiller için İl Sağlık Müdürlüğüne kurulan Etik Kurullara komite oluşturulur, komitenin kararı sonucu nakil işlemi yapılabilir (Akpolat, 2016; Türkmen, 2016).

Canlı vericili nakil şansı yoksa hastanın kadaverik nakil için gerekli ön incelemeler ve testlerden sonra Ulusal Organ Bekleme Listesine kayıt yapılır.

Önceden ülkemizde organ nakil kayıtları bölgesel olarak kağıt üzerinde yürütülmekteydi. Donöre uygun alıcı bulmak daha zordu. Böbrek nakli bekleyen hastalar şanslarını arttırmak için ayrı ayrı her nakil merkezine kayıt yaptırmak zorunda bırakılmış bu da bekleme listesindeki hasta sayısının artmasına, işleyişte karışıklıklara, eşleştirmede problemler yaşanmasına yol açmıştır. Çok değerli olan bu organlar verimli olarak kullanılamamış ve nakiller başarısız olmuştur. Bu ihtiyacın özerine oluşturulan Ulusal Organ Bekleme Listesiyle web tabanlı olarak hastalar tek bir noktada toplanması sağlanmış. Böylece merkezler nakil adaylarının takibini, nakil yapılacak kişilerin sırası daha sağlıklı ve adaletli olmaya başlamıştır (Sağiroğlu, 2009; Çaylan, 2010; Oruç, 2017).

Organ naklinde en temel kaynak olan kadavradan temin yönteminin iyi sürdürülmemesi hastaların ihtiyaçlarının çok altında olmasına neden olarak böbreğe ihtiyaç duyan hastaların bir bekleme listesinde (Roth, 2005) bekleme listesine neden olmaktadır. Hastalar kadavradan böbrek çıktığı zaman, bu listelerde bekleyen, klinik ve laboratuvar bulguları en iyi, doku tiplendirmesi kadavra ile en uyumlu durumdaki hastalara takılması için Ulusal Koordinasyon Merkezince değerlendirmeye alınır, hastanın aldığı puanlar hesaplanıp bir liste yayınlanır ve Organ Nakli Merkezindeki kurul toplantısı sonucu incelemeler yapıp en uygun görülen hastaya böbrek takılmaktadır. Bu puanlama sisteminde hastanın diyaliz süresi de önemlidir. Fakat acil böbrek bildirim yapılan hasta varsa, o hastaya öncelik tanınır (Akpolat ve Sever 1992; Arısoy, 2019).

Her yıl böbrek nakli bekleme listesine eklenen aday sayısı artmaktadır (Oruç, 2017) Organ bağışının yetersiz olması ihtiyacın karşılanamamasına neden olmaktadır. Hem toplumsal hem kültürel hem de dini inanç olarak organ bağışının benimsenip artmasıyla, talebin karşılanması mümkün olabilmektedir (Gen, 2009; Gürkan, 2012; Oruç, 2017).

Son dönem böbrek yetmezliği olan hasta, kadavradan transplantasyon için belirsiz bir bekleme sürecine girmektedir. Bu süreç birçok ön hazırlıkların yapıldığı uzun bir bekleme dönemini içerir. Bekleme listesindeki kişiler beklemeye devam

ederken herhangi bir zamanda nakli için çağrılmaya hazır olmalıdır. Nakil listesindeki hastalar genellikle nakil prosedürünü bilirler ve nakil olmak için acil olarak herhangi bir gün ve zamanda çağrılabilir ve muhtemelen ilk değerlendirmeden aylar hatta yıllar sonra ancak nakil olabilmektedirler. Nitel çalışmalar bildirmiştir ki bekleme listesindeki nakil hastasının belirsizliği, çağırılma beklentisi ve aranmamasının ardından hastalarda oluşan hayal kırıklığı çok geçmeden aileler için de yaşamı zorlaştırmaktadır. Araya giren komplikasyonlar hastanın bekleme listesinden çıkmasına sebep olabilmektedir. Gelecek nakil adayları için belirsizdir ve bu belirsiz bekleyiş hastada umutsuzluk, anksiyete, depresyon, korku, kızgınlık, ve zaman zaman çaresizlik duygularına neden olabilmektedir. Böbrek nakli olmasına engel olacak hastalıklar ve rahatsızlıklar ile her an burun buruna gelme korkusunu taşımaktadırlar. Hastaların ailesi veya yakınları rol değiştirerek hemşireye veya hastabakıcıya dönüşmek zorunda kalabilirler (Danovitch, 2002; Özçürümez, 2003; Özşaker, 2014; Burns, 2017; Ünay, 2019; Auneaus Enjalbert ve ark., 2019).

Nakil için bekleyen hastalar gerek son evre böbrek yetmezliğine gidiş sürecinde, gerekse tıbbi tedavi ve diyalizin uygulandığı pretransplant dönemde oldukça yıpratıcı bir hastalıkla mücadele etmektedirler. Ancak şu açıktır ki nakil olmak için beklenen uzun süreçte sağlık durumu kötüleşebilir, tıbbi ve psikososyal sorunlar yaşayabilirler. Böbrek nakli bekleme listesine kayıt olabilmek için hastaların nakil olmasına engel herhangi bir rahatsızlığının (örneğin kalp hastalığı, aktif kanser, kontrolsüz enfeksiyon, morbit obezite) olmaması gerekir. Bunun için hastanın tıbbi ve psikolojik muayene olmalıdır. Bu süreç çok uzun olabilir ve tamamlamak bazı hastalar için bir yıl sürebilir. Ayrıca, bir hastanın listede beklemeye harcadığı süre, nakil sonrası prognozunun belirleyicisidir (Erbilim, 2005; Danovitch, 2002; Tong ve ark., 2015).

Kadavra donörden böbrek nakli bekleyen kişilerin deneyimi, inançları ve sürecin psikososyal etkileri ile ilgili literatürde çok az bilgi vardır. Bu dönemde sağlık ve psikolojik problemler yaşayan hastaya yaklaşımda hemşirenin verdiği bakım hizmetinin kalitesi çok önemlidir. (Danovitch, 2002; Erbilim, 2005; Tong ve ark., 2015; Burns, 2017).

Beklemeyle birlikte belirsizlik duyguları yaşayan böbrek nakli için bekleyen hastalar, hemşireler ve doktorlar tarafından daha iyi anlaşılmalı ve duygusal, eğitimsel ve bilgilendirici ihtiyaçların ele alınması gerekmektedir (Koons, 2018).

2.4 Böbrek Nakli Bekleyen Diyaliz Hastalarında En Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar

KBH tanısı, hastalığın erken dönemlerinde çok rahatsız edici belirtilerin olmamasından dolayı geç konulmaktadır. Hastalar doktora geç başvurmakta ve bu sebeple tanı ileri evrelerde konulabilmektedir. Tanı konulduğunda hasta tarafından hastalığın kabullenilmesi zor bir durum olarak kabul edilmektedir. Hastalar, hastalığın tedavisi ve ayrıca uzun dönemde sonuçları hakkında bilgi gereksinimi hissederler (Malkoç, 2019).

Kronik böbrek yetmezliğinin kesin tedavisinin ancak böbrek transplantasyonu ile mümkün olması, bu yapılamadığı takdirde hastaların uzun yıllar hemodiyalize bağlı olarak yaşamlarını sürdürmek zorunda olmaları birçok sorunu da birlikte getirmektedir. Fonksiyonel kayıplar, benlik saygısında azalma, aile içinde yaşanan problemler ve cinsel isteksizlik gibi sıkıntılar hastalık sürecini dolayısıyla da tedavinin sürdürülmesini olumsuz etkilemektedir. (İnal ve ark., 2018)

Ülkemizde kadavradan böbrek nakli çok az oranda olduğu için diyaliz hastaları çok uzun süre diyalize bağlı beklemektedir. Yaşanılan kronik hastalık, hem hasta olan bireyi hem ailesini birçok açıdan etkilemektedir. Kronik hastalıklar bireye yaşam tarzı geliştirme ve belli kurallara uyma zorunluluğu getirmekle birlikte her hastanın yaşadığı bu zorlu sürece tepkisi aynı değildir. (İnal ve ark., 2018)

Diyaliz hastalarında çeşitli toksik faktörlere bağlı olarak merkezi sinir sistemini etkileyen, bazı sendromlar gelişmektedir. Birçok hasta, diyaliz gününe yaklaştıkça, beyin fonksiyonlarında yavaşlama, dikkatini dağınıklığı, unutkanlık, asabiyet olduğunu söylemektedirler. (Aksoy, 2015)

Her ne kadar diyaliz tedavisi KBY için yaşam süresini uzatan alternatif olsa da, uzun süreli hastalık süreci ve tedaviden kaynaklanan çoklu fiziksel ve psikolojik stresörlere maruz kalmaktadır. Acar (2018) yaptığı çalışmada sağlıklı bireylerde anksiyete ve depresyon puanını böbrek nakli bekleyen hastalara göre anlamlı olarak daha düşük olduğunu belirtmiştir (Ercan, 2016).

Bu hastaların yaşadıkları başlıca fiziksel ve psikosoyal sorunların nedenleri;

Sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, benlik saygısını kaybetme düşüncesi, çalışma yeteneklerini kaybedebilecekleri endişesi olaması (Özdemir 2013)

Bağımsızlığını kaybetme düşüncesi sonucunda aile içinde rol ve fonksiyonların olumsuz etkilenmesi,

Haftada belirli günlerinde ortalama birkaç saat boyunca makineye ve sağlık üyelerine bağımlı olma,

Mevcut iş veriminin düşerek, sosyal izolasyon yaşanması,

Diyaliz ünitesinde sık karşılaşılan ölümler ve her an ölecekmiş hissinin yaşanması,

Sık sık tekrarlayan fiziksel değişimlerin yaşanması (bulantı-kusma, yorgunluk, uyku hali, deliryum ve konfüzyon tablosu)

Uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulması,

Böbrek yetmezliğine eşlik eden ek hastalıklara sık rastlanması (hipertansiyon, diabetes mellitus, anemi gibi),

Özellikle kişisel hijyeni sağlamada ve bazı günlük yaşam aktivitelerinde başkasına bağımlı olması,

böbrek nakli bekleyen hastanın yakınlarından organ talebine karşı yakınlarının donör olma konusunda tereddüt göstermesi olabilmektedir (Kayaakı, 2012; Erdoğan ve ark., 2013; Duran, 2015; Ercan, 2016; Işıldar, 2018)

Bu sorunlar ile birlikte diyaliz hastalarının normal günlük hayatında kurduğu düzen bozulmaktadır ve stres yaratan daha pek çok psikososyal problemlerle karşı karşıyadır.. Ek olarak, zaman açısından yaşanan sıkıntılar, evlilik hayatında yaşanan çatışmalar, aile ve idari veya tıbbi personelle gergin ilişkiler, tedavi maliyeti ve işsiz

kalma konularına ilişkin sosyoekonomik kaygılar mevcut olabilir (Ercan, 2016).

Yaşanılan bu zorlu süreçte hastalığın ilerlemesi, sürecin uzamasıyla hastanın ailesinin verdiği destekte azalmalar da meydana gelebilmektedir. (Acar, 2018)

2.4.1. Umutsuzluk

Türk Dil Kurumu ‘ummak‘ kelimesini geleceğe yönelik olumlu beklentilere sahip olarak kendisine ve çevresine güven duyma olarak tanımlamıştır. Umut, bireyin başına gelebilecek olumsuz olaylarla başetme duygusu vererek yaşamını ve verdiği kararları pozitif yönde etkiler. Umudun zıttı olan umutsuzluk ise, bireyi psikolojik açıdan olumsuz etkileyip bazı psikososyal problemlere yol açan, geleceğe yönelik olumsuz beklentiye neden olan bir duygudur. (Başaran, 2016; Ercan, 2016)

Umutsuzluk duygusu, yaşanan kayıplara verilen normal bir tepkidir. Önemli olan tepkilerin patolojik boyutlara dönüşmesini, zaten var olan bir kaybın üstüne durumu daha da kötüleştiren sonuçların gelişmesini engellemektir (Başaran, 2016).

Diyaliz hastaları için olumsuz olarak algıladıkları olayları tekrar tekrar deneyimlemek umutsuzluk duygusunu artırır. Bu süreçte hemodiyaliz tedavisinin çeşitli psikolojik etkilerinde umut, adaptasyon sürecinde en önemli etken olup hastalıkla başetmeye olumlu katkıda sağlar. (Ercan 2016) Umut duygusunu sürdürmeye katkıda bulunan faktörler ise; hasta için önemli olan diğer kişilerin umutlu olması, dini inancın güçlü olması, bir iş ile meşgul olma durumu ve başka şeyleri düşünmedir (Albayrak 2018)

Diyaliz hastalarında umutsuzluk, hastaların tedavi planına uyumlarını, motivasyonlarını etkilediği için hemşirelik bakımı için çok önemlidir. Hemşire umutsuzluk yaşayan hastaya yaklaşırken iyi bir iletişim halinde olmalı ve ümit kaynakları bilmelidir. Bakım aşamasında girişimleri de bunlara göre planlamalıdır (Ercan, 2016).

2.4.2. Kaygı (Anksiyete)

Kaygı, bir bireyin birey kendi değerlerinin, belli olmayan ve üstesinden gelemeyeceği düşündüğü korkunun altında kalma hissine karşı bir tepkisidir. (Girgin, 2014)

Psikiyatrik yönüyle kaygı, birtakım ruhsal belirtilerin de eklendiği, normal olmayan ve nedeni belirsiz bir sarsım hali olarak tanımlanmaktadır. Kaygıyı yaşayan bireylerde gerçekte hiçbir bağlantısı olmayan anlatması da anlaşılması da mümkün olmayan üzüntülü duygular mevcuttur. (Alacadağ, 2016)

Kaygı ile korku çok fazla karıştırılan kavramlardır. Aralarındaki fark ise korkunun bilinen belirli bir çıkış noktası mevcut iken, kaygıda bir nedene bağlı olmayıp belirli bir çıkış noktası yoktur. Kaygıda sürekli kötü birşey olacaktı inancı vardır. Bu hissiyatın uzunluğundan dolayı kişi sürekli huzursuzluk halindedir. (Alacadağ, 2016; Mutluay, 2012; Acar, 2018)

Kaygı diyaliz hastarında görülen psikiyatrik bozuklukların en önemlilerinden biridir ve %50-70 hastada bildirilmiştir. Hastanın benlik bütününe fikirlerine ve düşüncelerine ters düşmesi ve tehdit edilmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. (Mutluay 2012; Ercan 2016) Diyaliz makinesi tarafından çıkan sesleri duymak zorunda kalmak bile hastalarda yüksek kaygıya neden olabilmektedir. (Feroze ve ark., 2012)

Kaygıda diğer nedenleri ise;

- Özgüvenin tehdit edilmesi,
- Bireyin benlik kavramının tehdit edilmesi, gerçekleşmeyen beklentileri
- Bir gruba, bir topluluğa ait olma, sevgi gibi gereksinimlerin karşılanmamış olması,
- Beklenmeyen olaylar, ergenlik gibi fiziksel ve psikososyal değişimlerin yaşandığı durumsal ve gelişimsel krizler (iş değişimi, aile içinde yaşanan ölümler,)
- Fiziksel ya da psikolojik hastalıklar, sakatlıklar ya da tıbbi tedavi gibi sağlıkla ilgili durumlardaki bir değişiklik ya da sağlığın tehdit edilmesi,
- Yerleşim yeri değişiklikleri ya da doğal afetler gibi çevresel değişiklikler ya

da tehditler,

□ Çalışma yaşamındaki değişiklikler, sürekli bakım gerektiren sağlık sorunları gibi sosyo-ekonomik değişiklikler,

□ Gelecekte neler olacağını bilmeme,

□ Sergilenen davranış ile inanç arasında bir çatışma ortaya çıktığı zaman kaygı duyulmaktadır (Mutluay, 2012)

Nakil öncesinde yaşanan belirsizlik hastada kaygı yaşamasına neden olmaktadır. Hastanın bu biyopsikososyal uyum sürecinde yaşadığı kaygı yaşam kalitesini de etkilediği düşünülmektedir. Bunun için hastanın yaşadığı kaygı ile birlikte yaşam kalitesinin de değerlendirilmesi de çok önemlidir (Kaçmaz, 2014).

2.4.3. Depresyon

Depresyon, derin üzüntü, bunaltılı duygu durum ile birlikte, konuşma, düşünme, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, aynı zamanda kendini değersiz hissetme, küçük görme, umutsuzluk, isteksizlik duygu ve düşüncelerle belirti gösteren bir sendromdur (Malkoç, 2019).

Depresyon, tedavi güçlüğüne neden olmaktadır. Depresyonda, kişinin benlik saygısını düşüren ve iş gücü kaybına, uyku, beslenme alışkanlıklarında değişikliklere, ciddi fiziksel ve psikososyal yeti yitimine yol açan, intihar girişimine, ve sonucunda ölümün de olabildiği, tekrarlanabilen bireyi ve toplumu etkileyen bir ruh sağlığı sorunudur (Albal, 2009; Girgin, 2014; Acar, 2018).

Çok eski çağlardan beri görülen depresyon, medyayı fazla kullanma, gelişen teknoloji ve şehirleşmeyle birlikte kişilerin birbiriyle ilişkileri zayıflamasına ve hastalıkların artmasına, olumsuz sosyal ve ekonomik koşullara göre artmaktadır. (Albal, 2009)

DSM-IV'e göre depresyon tanısı koymak için:

• Çökkünlük hissi ve isteksizlik ya da hayattan zevk alamamanın da içinde bulunduğu en az beş belirtinin olması,

- Bu belirtilerin günlük sosyal aktivitelerini ve mesleki işlevleri etkileyecek şiddette olması,
- En az iki hafta çökkünlük hissinin sürmesi gerekmektedir (Girgin, 2014).

Depresyon; diyaliz hastalarında en sık karşılaşılan ruhsal sorunlardan biridir ve insidansı %5 ile %60 arasında değişmektedir. Önemli bir organ olan böbreğin kaybıyla yaşamı boyunca karşılaşılabileceği birçok kayıp yaşamaktadır. Tüm bu kayıplar, hastalara verilen bazı ilaçlar ve tedavi edilemeyen üremi bulguları depresyona yol açabilmektedir. Ayrıca depresyonun varlığı kişilerde hastalığın seyrine olumsuz etkide bulunarak ortalama yaşam süresini kısaltmakta, yaşam kalitesini düşürmektedir. Diyaliz hastalarında depresyon prevalansının yüksek olması psikolojik yaklaşım gerekliliğini de beraberinde getirmektedir (Girgin, 2014; Ercan, 2016)

Depresyon da kaygı gibi yaşam kalitesi için önemli bir belirtedir. Birey kadar çevresi ve bakımını üstlenenler üzerinde de ciddi olumsuz etkiler yaratarak yaşamlarının bozulmasına neden olabilmektedir. Yaşanılan depresyon tanınıp düzeltildiği ölçüde yaşam kalitesinin de artması beklenmektedir. Bunun yanısıra araştırmalarda kullanılan antidepresif tedavilerinin etkisi çok net değildir. (Çetinkaya, 2008; Albal, 2009)

2.4.4. Yaşamdaki Değişimlere Uyum

Uyum; sürekli değişen, kişiden kişiye göre değişen, kompleks yapıda olan bir kavramdır. Bireyler yaşamlarındaki problemlere farklı tepkiler gösterir ve farklı ölçülerde uyum gösterirler. Kronik bir hastalığın varlığı ise bireyin değişen koşullara uyumunu bozan bir durumdur. Zira hastalıkla birlikte hayatın her yönü etkilenmektedir (Firat, 2013).

Sosyal uyum, mesleksi ve sosyal alanlarda kişiden beklenen rolleri yapabilmesi ve bundan memnun kalabilmesi olarak tanımlanır. Fakat günlük faaliyetler, sosyal yaşantıda ve beslenme stilindeki kısıtlılıklar diyaliz hastasını oldukça zorlamakta ve yaşamdaki değişimlere uyum sağlayamamaktadır. Krespi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre hastalar hemodiyaliz tedavisi görmeden

önce yapabildikleri etkinlikleri artık yapamadıklarından söz etmişlerdir. Eskisi kadar aktif olamadıklarından ve kısıtlılıklar sebebiyle yapamayacakları ve onlara eski hallerini hatırlatacakları aktivitelere katılmaktan çekindiklerini söylemişlerdir. (Krespi ve ark., 2008). Hastalar diğer insanların onlara acıma ve onları reddetme durumuyla karşılaşabilir ve bu sebeple daha içe dönük bir yaşam sürdürebilirler (Girgin, 2014; İşıldar, 2018).

Hastalara kayıplara karşı uyum gösterdikleri takdirde hastalıkla baş edebilir ve diyaliz ile uyumlu yaşam sürebilirler (Korkmaz, 2016). Diyaliz hastalarının hastalığa uyum sürecinde bakım vericileri olan hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler hastalar ile iletişim halinde olmalı, empati kurmalı, hastayı bakımı konusunda cesaretlendirilmeli, sosyal izolasyonunu önlemeye çalışmalıdır (Öz, 2004).

2.4.5. Öfke

Tüm kronik hastalıklarda olabileceği gibi diyaliz hastalarında da yüksek oranda görülen öfke, hastanın ailesine veya bakım verici olan hemşireye yönelik olabilir. Öfkeli bir kişi, kendini anlayan, dinleyebilen birinin yakınlığını ister. Bu durumda en iyi yaklaşım hastayı anlamaya çalışmak olacaktır çünkü çoğu zaman öfkenin nedeni hasta tarafından da bilinmez. Öfke halinde olan hastada kendine ve çevresine zarar verme davranışları görülür ise gerekli bölümlere konsültasyon istenerek hasta değerlendirilmelidir (Ercan, 2016; Albayrak, 2018).

2.4.6. Seksüel disfonksiyon

SDBH'da cinsel fonksiyon bozuklukları son derece yaygın olup hem kadın hem de erkeklerde görülmektedir. Hastaların %65' inden fazlası hiç cinsel ilişkide bulunmazken, yarısı bu durumu problem olarak algılamaktadır. Depresyon ve anksiyete ile yakından ilişkilidir. Ayrıca bu hasta popülasyonundaki seksüel bozukluklar, libido azalması, erektil disfonksiyon, menstrüel bozukluklar ve infertilitedir. Erkek hastaların % 65'inde ereksiyon ve devamında kadın hastaların %55'inde orgazm sorunu ve %50'sinde amenore mevcuttur. Her iki cinsteki hastalarda cinsel ilişkinin sıklığı, üremik olmadan önceki döneme göre çok azalmıştır.

Genç hastalar için infertilite önemli bir sağlık sorun olmaktadır (Kızılcık, 2009; Ercan, 2016).

2.4.7. Uyku bozuklukları

Diyaliz tedavisi alan kişilerde uyku bozukluklarına sık rastlanılmaktadır. Hastalar çoğunlukla geceleri herhangi bir neden olmadan uyanmaktan şikâyet ederler. Uykuya dalamama ve uykuyu devam ettirmede güçlük, erken uyanma, huzursuz bacak sendromu en çok rastlanılan uyku sorunları arasında yer almaktadır (Kızılcık, 2009; Ercan, 2016).

2.4.8. Ruhsal Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı

Böbrek nakli için bekleme sürecinde olan hastaların, biyopsikososyal sorunların üzerinde belirli olmayan bir bekleme sürecine girmeleriyle birlikte, hastanın yeni yaşam biçimlerine uyum sağlamasında hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin önemi büyüktür (Erbilim, 2005; Üstündağ, 2006)

Kronik hastalıklar hem hasta hem ailesinin yaşamını etkilediği için hastalar multidisipliner anlayış ile ele alınmalıdır (Özdemir, 2013; Korkmaz, 2016). Hemşirelik hizmetleri hastaların beklentilerini ve gereksinimlerini karşılanmasını sağladığı ölçüde bireyin kendini önemli hissetmesine ve tedaviye uyumunu kolaylaştırmaktadır (Korkmaz, 2016).

İyi bir iletişim ile psikososyal problemler en aza indirilebilir, hastanın bilgi eksikliği giderilebilir ve tedaviyi daha iyi anlaması sağlanabilir. Böylece hastanın anksiyetesi azalır ve bakıma ve tedaviye uyumu artar. (Yel 2009; Özdemir, 2013; Bayhan, 2014).

Hemşire ile hasta arasında ilişkide açık ve dürüst olmalıdır. Açık uçlu sorular ile hastanın kendisini ifade etmesine izin verilmelidir. Hasta cesaretlendirilmeli, tedavisine aktif olan katılımı sağlanmalıdır. (Özdemir, 2013; Bayhan, 2014)

Böbrek nakli bekleyen hastaların duygusal, eğitim ve bilgi ihtiyacının hemşireler tarafından ele alınıp, daha iyi anlaşılması gerekmektedir. Ayrıca hemşire, hastaların sağlığını ve ruhsal durumunu düzenli olarak sorgulamalı ve değerlendirmelidir. hastayı yakından takip etmeli ve öncelikle hastalığın bulgularını hafifletmeye yönelik girişimlerde bulunulmalıdır. Bunun için hastanın hekimi ile işbirliği içinde çalışarak hastada gözlenen sorunlar hastanın hekimine iletilmelidir ve çözüm aranmalıdır. (Özdemir, 2013; Bayhan, 2014; Koons ve Smeltzer, 2018)

2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı

2.5.1. Yaşam Kalitesi

Kişiden kişiye göre değişmesi kişinin nasıl yaşamak istediğini söylemesi, nelerden doyum aldığı, kendi durumunu idrak etmesi nedeniyle sürekli değişim gösteren kompleks bir kavramdır (Cürcani, 2008; Soylu, 2015).

Yaşam kalitesi kavramı, yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin doyum olarak ifade edilerek bireyin kendi yaşamına dair öznel algısıdır. Kişinin hayata dair görüşü ve değer yargıları önem aksetmektedir. İyilik hali kişiden kişiye değişmesinin yanında aynı kişi için bile farklı zamanlarda nitel ve nicel olarak değişebilmektedir (Ercan, 2016).

Farklı bilimler, yaşam kalitesini, kendi disiplinlerini vurgulayan yönlerine odaklanmışlardır. Sosyoloji, yaşam kalitesinin refah ilişkisine odaklanırken fizyoloji, temel olarak kişinin büyüme ve gelişmesine odaklanmıştır. Tıp ve hemşirelik ise sağlığın, semptomların, hastalıkların ve tedavilerin yaşam kalitesine olan etkisine odaklanmıştır (Cürcani, 2008; Bayın Donar, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu kavramı “insanların, barındığı coğrafya ve bireysel değerler ile hedeflerine ait, hayattaki benliğine görüşleri ve endişeleri” olarak tanımlamıştır (Dadalı, 2009; Kaymak, 2012; Soylu, 2015; Durmaz Akyol, 2016; Ercan, 2016). Yaşam kalitesi kavramı, kişisel iyilik halini de içinde barındırmaktadır (Ercan, 2016). Kişinin hayattan beklentileriyle doğru orantılı olarak yükselir veya düşer. Yükselmesi durumunda mutluluk durumu ve yaşamdan doyumunu artar (Kaymak,

2012).

Son yıllarda sağlık alanında yaşam kalitesi kavramıyla ilgili birçok çalışma yapılmaktadır. Özellikle yaşam kalitesi kronik hastalıklarda önem kazanmaktadır (Değirmenci Saltuk, 2006; Durmaz Akyol, 2016).

HD başarılı bir transplantasyon gerçekleşmediği sürece yaşam boyu sürekliliği olan bir yöntemdir. Böbrek yetmezliğindeki süreçle birlikte hastalar günlük yaşamlarını etkileyen yorgunluk, uyku düzensizlikleri, iştahsızlık gibi semptomlara daha sık maruz kalmaktadır. Böbrek nakli bekleyen hastalarda iki unsur önem arz etmektedir. Hastaların yaşam süresini uzatmak ve hastaların uzun dönem renal fonksiyonlarını koruyarak daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktır (Değirmenci Saltuk, 2006; Dadalı, 2009; Kızılcık, 2009; Gökçe, 2010). Fakat bekleme listesi döneminde endişeli ve depresif belirtilerin artmasıyla yaşam kalitesi genel popülasyona kıyasla düşer ve hastanın prognozu kötüleşir (Auneaus Enjalbert ve ark., 2019).

Hemodiyaliz, hastaların sosyal yaşamını da etkilemektedir. Hastalar, kısıtlayıcı olan yeni bir yaşam tarzına uymak zorunda kalmalarının yanı sıra, böbrek nakli için beklemek, diyalizin çeşitli diyaliz komplikasyonlarıyla karşı karşıya kalma, beden görünümündeki değişimler aile içinde rollerin değişimi ve fiziksel aktivitelerde azalma gibi değişimler yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Bunun yanı sıra diyaliz tedavinin ertelenmesi ya da ara verilmesi hemen hemen imkansızdır. Bu durum hastada sosyal izolasyona neden olmaktadır (Kaplan, 2012; Kayman, 2012; Ercan, 2016).

Yaşam kalitesini etkileyen diğer faktörlerden biri de ekonomik durumdur. Hemodiyaliz masraflarını ülkemizde bireylerin sosyal güvenlik kurumları karşılamaktadır. Fakat bu süreçte yaşanan kısıtlamalardan dolayı bir çok hasta çalışmamakta hatta işini kaybetmektedir. İş verimindeki düşüş ağır maddi kayıplara yol açmaktadır (Kaplan, 2012; Kaymak, 2012).

Çalışmalarda bekleme listesinde olan hastaların nakil olan hastalara kıyasla ölüm oranlarının daha yüksek olduğunu ve yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir (Tong, 2015). Aynı zamanda sosyo-demografik faktörler (örneğin, yaş cinsiyet, eğitim durumu, istihdam durumu, etnik köken), diyaliz tedavisinin türü, diyaliz süresi ve böbrek nakli bekleme süresi hastaların yaşam kalitesini belirlemede önemli rol oynar (Ong ve ark, 2013). Nazlıcan ve arkadaşları (2004)'nın çalışmasında ise, HD'ye giren hastaların yaşam kaliteleri düşük bulunmuş ve bunu ekileyen en önemli faktörler olarak, eşlik eden hastalıklar ve eğitim bildirilmiştir. Özcan ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan ve HD ile SAPD hastalarının yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı çalışmada, SAPD grubunun yaşam kalitesinin HD grubuna göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ören (2010) yaptığı çalışmada PD grubunun HD grubuna göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Kaçmaz (2016) HD tedavisi alan hastaların Böbrek nakli yapılmış hastalara göre yaşam kalitesinin daha düşük ancak tüm hasta gruplarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu belirlemiştir.

Hastanın sorunlarla baş etmesinde ailesi, tedavi ve bakım ekibi en önemli destek kaynaklarıdır (Ören, 2010). Krespi ve Küntüz (2017) yaptığı çalışmada diyaliz hastalarının algıladıkları sosyal desteğin yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğunu tespit etmiştir

2.5.2. Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik alanında yaşam kalitesi çalışmaları yardım etmeye yönelik uygun bakım sağlama gerekliliğine ve hastayı rahatlatmaya dayanmaktadır. Yapılan çalışmalarda hastaların yaşam kalitesinin sonuçlarını değerlendirerek tedavi kararlarının verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Ören, 2010; Kaymak, 2012; Soylu D, 2015).

Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar roldedir. Hemşireler, bütüncül yaklaşım yönünde iyi bir hemşirelik bakımı sunarak hastalarının yaşam kalitesini fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı hemşireler hastaların yaşam kalitesini belirleyip hem sağlıklı

bireye hem de hasta bireye verdiği bakım uygulamalarına aktarmalıdır. (Ören, 2010; Soylu, 2015)

Son dönem böbrek yetmezliğinin tedavisi ekibinin bir üyesi olan hemşire, hastalık/tedavinin yol açtığı biyopsikososyal değişimleri periyodik olarak değerlendirmeli, sağlıklarında herhangi bir sapma varlığında psikososyal girişimler uygulayıp hastanın kendi bakımını üstlenmesi sağlanmalıdır. Yeterli diyaliz tedavisi ve uygun ilaç tedavisi sağlanmalı, hastaya eğitim uygulanmalıdır. Hemşireler, hemodiyaliz hastaları ile çalışan tedavi ekibini bu yönden desteklemeli ve gerektiğinde doğrudan bu hizmetleri kendisi yürütebilmelidir (Cürcani, 2008; Kızılcık, 2009; Ercan, 2016).

2.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Sosyal Destek Ve Hemşirelik Bakımı

2.6.1. Sosyal Destek

Aile, kendi içinde bir fonksiyonel ve biyolojik dengesi olan bir sistemdir. Ailede meydana gelen kronik bir hastalık varlığında dengede değişim meydana gelir ve yeni duruma uyum sağlama eğilimine girer. Dengenin yeniden kurulması sağlanır. Yaşam döngülerinde gerekli esnekliği ve kabullenışı sağlayamayan aileler, olası bir kriz durumunda da işlevlerinde bozulmayla karşılaşılabirler. Hastalıkla birlikte aile içinde görev ve roller değişir, sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz etkilenir. Tüm bunlarla başetmeye çalışırken hem hasta hem de hasta yakını birçok sıkıntı ve sıkıtlamaya maruz kalırlar (Acar, 2011; Kaya Akı ve Demir Dikmen, 2012).

Böbrek yetmezliğini her ne kadar hasta yaşıyor olsa bile bunun etkileri ve sonuçları hasta yakınına da yakından ilgilendirmektedir. Hastanın birçok ihtiyacını çevresi karşılamaktadır. Genellikle hastaların eşleri, diyaliz arkadaşı olmakta ve diyalizle ilgili bütün sorunlarla (haftanın iki ya da üç günü hasta ile birlikte refakatçi olarak hemodiyalize gelmek, laboratuvar sonuçlarıyla ilgilenmek, ilaçlarını takip etmek gibi) ilgilenmektedir. (Meriç ve Oflaz, 2013; Işıldar, 2018)

Bununla beraber sosyal destek de yaşam kalitesini belirleyen bir kavramdır. Yapılan çalışmalarda, diyaliz hastaları sosyal desteği en çok eşlerinden algıladıklarını

belirtmişlerdir (Byers 2011; Işıldar 2018). Eş desteği ile değişen koşullara birlikte uyum sağlayarak strese karşı dayanma gücü sağlamaktadır (Meriç ve Oflaz, 2013; Işıldar, 2018)

Yakınları tarafından desteklenen hastalar, kişiler arası duyguların paylaşılmasına, ihtiyaçları karşılayarak kendini değerli hissetmesine, benlik sayısının gelişmesine, depresyon düzeyinin azalmasına, sosyal fonksiyonlarının yerine getirilmesine ve yaşamın getirdiği değişikliklere uyum sağlanmasına katkıda bulunup yaşadığı zorluklarla mücadelede bireylere güç katmaktadır (Deveci, 2018; Tanış, 2019).

Her birey için farklı anlamlar ifade eden sosyal destek için birçok tanım bulunmaktadır. İlk olarak; kişinin ruhsal ve ekonomik kaynaklarını kullanarak strese karşı tampon oluşturmasıdır şeklinde tanımlanmaktadır (Cohen, 2004; Canpolat, 2018).

Sosyal destek, bireylerin hayatın önemli yer tutan ve bireyin takdir edilme, ait olma, kendini gerçekleştirme, sevgi ve maddi destek gibi temel gereksinimlerinin başka bireylerle (aile, arkadaşlar, akrabalar, komşu vb.) karşılanması anlamına gelmektedir (Öner, 2012; Yaman, 2016; Topbaş ve Bingöl 2017). Hastaların psikososyal uyumu için; sosyal destek, özellikle aile ve arkadaşın desteğinin bireyin fiziksel ve psikolojik sağlığı için çok önemli olduğu belirtilmektedir (Karaarslan, 2013; Oktay, 2019).

Başka bir tanımda; sosyal destek, kişiler arası etkileşim ile birbirine yardım etme ve destek verme, olarak belirtilmektedir (Peterson, 2013).

Destek miktarının yanı sıra desteğin kim tarafından sağlandığı da oldukça önemlidir. Sosyal destek, aile üyelerinden, arkadaş veya komşudan, toplumsal ilişkilerden, sağlık elemanlarından sağlanabilmektedir. Bireye güven veren, başetme mekanizmasını harekete geçiren, bu doğrultuda sürekli eğitimler veren, bireyi olduğu gibi ilgi alanlarıyla kabul eden hemşireler de hastalar için sosyal destek kaynaklarıdır

(Yıldız ,2012; Kahrıman, 2014; Yaman, 2016; Oktay, 2019).

Sosyal destek kavramı algılama ve sağlama olarak ayrılmaktadır. Algılanan sosyal destek, bireyin destek kaynaklarıyla güçlü bağlarının olduğuna inanması, ihtiyaç duyduğunda yardım alabileceğini ve destek sürekli sağlanacağını algılamasıdır. Yani sağlanan desteğin varlığını ve yeterliliğinin değerlendirerek kendine biçtiği genel değerdir. Sağlanan sosyal destek ise; hastanın yakınları tarafından kişiye verilen gerçek destek olarak tanımlanır (Karaarslan, 2013; Kahrıman, 2014; Dil, 2016; Canpolat, 2018).

Yapılan çalışmalarda son yıllarda, sosyal ilişkilere ağırlık verilmiş ve kişinin yeterince desteklenip desteklenmedi takip edilmiştir. Yaşanan zorlu ve stresli süreçte bireğin algıladığı destek, aldığı destekten daha çok önem arz etmektedir. Çevresinin yardım isteğinin algılanmasıyla hastanın benlik saygısı artar ve olumlu iletişim kurulması sağlanır (Albal, 2009).

Sosyal destek, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarını, sağlığını yükseltecek yönde düzenlemek, başetme sürecini ve tedaviye uyumu kolaylaştırmak gibi etkilere sahiptir. Böylelikle hastalar değişen yaşam koşullarına daha kolay uyum sağlar ve problemlerin üstesinden kısa sürede gelebilirler (Albal, 2009; Hazerli, 2010; Acar, 2018).

2.6.2. Hemşirelik Bakımı

Diyaliz ünitelerindeki tedavi ekibi içinde hastalarla en fazla iletişim halinde olanlar hemşirelerdir (Dönmez, 2019). Hemşirelerin sunacağı destek, hasta bireylerin ve ailesinin güçlenmesinde ve sorunlarla baş etmelerinde oldukça önemli rol oynamaktadır. Destekleyici olmak için sağlıklı bir ilişkinin olması gerekir (Şahin, 2007; Kahrıman, 2014).

Aile bağları kuvvetli olan hasta, sağlık personeli ile daha fazla işbirliği halinde olur. Hemşire hem hastaya hem de ailesine eğitim verme fırsatı bulur. Bu bağlamda hemşire aileye; bilgi sağlama, psikolojik, fiziksel ve sosyal destek sağlama, var olan destek kaynakları harekete geçirme gibi girişimlerde bulunmalıdır. Eğitilmiş hasta

yakınlarının sağladığı destek ile bireyin kısıtlılıklarla baş etmesine ve hastalığa uyumunu arttırmasına katkı sağlayabilir. (Karaarslan, 2013; Topbaş, 2017; Oktay, 2019)

Hastalığı benzer durumdaki ailelerin bir araya gelerek duygu ve düşüncelerinin paylaşılmasına, bilgi alışverişi yapılmasına yardımcı olunmalıdır (Oktay, 2019). Ailelerin yaşadığı üzüntü, huzursuzluk, uykusuzluk, iştahta azalma gibi sorunları konuşmalıdır böylelikle aileler aynı problemleri yaşayan aileler ile fikir alışverişi yaparak alternatif çözüm üretebilirler. Bu durum ailelerde olumsuzluklara başetmesini, krize karşı daha güçlü olmasını sağlayabilmektedir (Şahin, 2007; Karaarslan, 2013; Topbaş, 2017).

Hemşireler hastalara her boyutuyla bütüncül yaklaşım kapsamında etkili bakım hizmeti verdiklerinde hastalık ve hastane sürecine uyumu kolaylaştırırken yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etki sağlayabilirler. Gerekli sosyal desteği almış hastalar olaylara daha olumlu bakabilirler (Canpolat, 2018; Bozdağ 2018).

Sonuç olarak hastaya bir bütün olarak yaklaşan hemşire, hastanın algıladığı sosyal destek ile de yakından ilgilenmelidir. Çünkü bireyin algıladığı destek pozitif sağlık davranışı geliştirmesinde, özsaygısını arttırmasında ve tedaviye uyumunda önemli etkisi bulunmaktadır. Hemşirelerin hasta bireyin sosyal desteğini yükseltmek için gereken girişimleri yapması gerekmektedir (Yaman, 2016).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Organ Nakli Merkezi'nde Böbrek Nakli Bekleme Listesinde tedavi görmekte olan 86 hasta oluşturmaktadır. Örneklemi ise basit rastgele örnekleme yöntemine göre seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 66 hasta oluşturmaktadır. Hastaların tedavisinin sadece belli bir organa yönelik olup, başka herhangi bir organ yetmezliği yaşamadıklarına dikkat edilmiştir.

3.3. Veri Toplama

Araştırma; Çanakkale il merkezindeki Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin Ekim 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında, Organ Nakli Merkezi'ne kayıtlı olan hastalar üzerinde yürütüldü. Veriler, kayıt yaptırmak veya rutin tetkik kontrolü yapılmak üzere gelen kronik böbrek yetmezlikli hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilip araştırmaya katılan hastalardan sonra sözlü onam alındı ve veri toplama araçları verildi. Veri toplama aşaması 20-25 dakika sürdü.

Verilerin toplanmasında; Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Stai Kaygı Ölçeği, Yaşam Kalitesi Formu (SF36) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanıldı

Demografik Bilgi Formu (Ek 1): Konu ile ilgili araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, doğduğu yer, çalışma durumu, aylık geliri, sigara kullanımı, alkol kullanımı, ne zaman KBY tanısı aldığını, ne kadar zamandır diyalize aldığını, başka kronik hastalığını, diyetini,

kaç yıldır bekleme listesinde olduğunu ve hangi böbrek naklini tercih ettiğiyle ilgili toplam 17 soru bulunmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri (Ek 2): bu ölçek 1961 yılında Beck. ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve depresyonda görülen semptomları ölçmektedir. Ölçekte 21 madde vardır ve her madde 0-3 arasında puan alır. Ölçeğin sonunda puanlar hesaplanır ve depresyonun şiddeti veya düzeyinin yüksekliği saptanır.. Ülkemizde geçerlik-güvenirlik çalışmaları Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur

Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri (State-TraitAnxiety Inventory-STAI) (Ek 3): Ölçek, 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve insanların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini belirleyen bir ölçektir. Kaygı davranışsal belirtiler olarak tanımlanmakta; durumluluk ve süreklilik kaygı olarak ifade edilmektedir. Durumluluk kaygı, akut durum odaklı atağı belirtmekte ve tetikleyen durumun dışında devam etmemektedir. Sürekli kaygı kişilik özelliği olarak kabul edilebilen bir kaygı modelidir. Yüksek durumluk kaygı düzeyi değerlendirmenin yapıldığı andaki yüksek kaygı düzeyini gösterir ve yüksek sürekli kaygı düzeyi ise endişeli kişiliği gösterir (Spielberger, 1970; Öner 1983).

Durumluk/Sürekli Kaygı ölçeği, 14 yaş üzeri gençler ve yetişkinlerde kaygıyı ölçmektedir. 40 maddeden oluşan ölçek bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir.. 20 maddelik Durumluk Kaygı Envanteri ile 20 maddelik Sürekli Kaygı Envanteri birbirinden bağımsızdır. Durumluk Kaygı Envanterinde her madde dördümlü Likert tipi Sürekli Kaygı Envanterinde ise her madde dördümlü Likert tipi şeklinde puanlandırılmaktadır. Durumluk Kaygı Envanterinde on (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. madde) ve Sürekli Kaygı Envanterinde ise yedi (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. madde) tersine dönmüş ifade bulunmaktadır. Ters dönmüş ifadelerin puanları tersine çevirmek koşuluyla bütün maddeler 1 ila 4 arası puanlanır. Bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'tir. Hesaplamanın sonunda elde edilen rakam bireyin kaygı puanıdır.

Envanterden 20-80 arasında puan elde edilebilmektedir. Skorun büyük olması kaygı seviyesinin yüksek olduğunu, küçük olması ise kaygı seviyesinin düşük olduğunu belirtmektedir (Bulantekin 2008;Altuntaş 2015; Aydın 2018) (Ek 3).

Öner ve Le Compte (1983) tarafından envanterin güvenilirlik ve geçerliliğini yapılmıştır. Ölçeklerin test değişmezlik katsayıları Süreklilik Kaygı Envanteri için 0.73-0.86, Durumluluk Kaygı Envanteri için 0.16-0.54; alfa korelasyonları ile hesaplanan iç tutarlılık ve test homojenliğini yansıtan katsayılar ise Durumluluk Kaygı için 0.83-0.92, Sürekli Kaygı için 0.86-0.92 olarak bulunmuştur.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (The MOS 36 Item Short Form Health Survey SF-36) (Ek-4): Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Birçok alanda kullanılmak üzere düzenlenmiş olup 36 ifade, 3 ana başlık ve 9 sağlık kavramını içermektedir. Sağlıkla ilgili alanda sıkça kullanılmaktadır. Ölçek ile yaşam kalitesini genel olarak değerlendirilebildiği gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi alanından doyum bulup bulmama ayrı ayrı da değerlendirilebilir. 15 yaşından daha büyüklerin kendi kendine uygulayabilecekleri şekilde hazırlanmıştır. Ölçek hesaplandıktan sonra skoru arttıkça yaşam kalitesi de artacak şekilde yorumlanmıştır. Her bir alandan en düşük 0 puan en yüksek de 100 puan değerleri alır. SF-36'nın bir avantajı da kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtları puanlayabilme olanağıdır

1995 yılında Pınar tarafından Türkçeleştirilerek geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Kronik hastalıklarda geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alfa değeri 0,92'dir.

Gomez Besteiro 2004 yılında böbrek nakli bekleyen 213 hasta üzerinde SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik anketi yaptığında cronbach alfa değerini 0,91 olarak saptamış ve anketin yaşam kalitesini ölçmek için güvenilir bir araç olduğunu belirtmiştir.

SF 36'yı seçmemizdeki amaç; kronik hastalıklarda geçerlik ve güvenilirliğinin yapılmış olması, birçok klinik araştırmada kullanılmış ve bu çalışmalarda geçerlik ve

güvenirlik duyarlılığını göstermiş olması, kapsamlı bir ölçek olmasına rağmen uygulanması ve değerlendirilmesinin kolay olması ve diyaliz hastalarının yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalarında tercih ediliyor olmasıdır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği-ÇBASDÖ

(Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS) (Ek 5): Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ), Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilen 12 maddelik bir ölçektir (EK5). Ölçekte bireylerin kimlerden sosyal destek algıladığını belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş. Ölçekte 3 grup vardır ve her grup 4 maddeden oluşmaktadır. Bunlar aile (3,4,8,11), arkadaşlar (6,7,9,12) ve özel bir insan (1,2,5,10)'dır. "kesinlikle hayır" ile "kesinlikle evet" arasında değişen 7li likert tipi olarak puanlandırılmıştır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Şahin 2007; Hazerli 2010; Canpolat 2018). Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve uyarlaması ülkemizde Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır.

3.4. Etik

Araştırma planlandıktan sonra Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul onayı(EK 6), Çanakkale Onsekiz Mart Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden Alınan İzin Belgesi (EK 7), Beck Depresyon Envanterinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Nesrin Hisli'den (EK 8), STAI Kaygı ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Necla Öner'den (Ek 9), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Rukiye Pınar'dan (Ek 10) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Haluk Arkar'dan (Ek 11) izin alındı. Çalışma için veri toplanırken gönüllülük esas alındı ve araştırmacı tarafından hastalara çalışmanın amacı açıklandı. Hastalardan sözlü onam alındı.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Organ Nakli Merkezi'ne kayıtlı olup Böbrek Nakli Listesinde

aktif olan hastalar ile yapıldı.

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Organ Nakli Merkezi'ne Nisan 2018 tarihinde açılmıştır. Bu merkez henüz yeni bir merkez olduğundan, merkeze başvuran olgu sayısı çok yoğun olmamakla birlikte başvuru sayısı giderek artmaktadır. Bu araştırma sadece Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde organ nakli bekleyen hastaları kapsadığından sonuçlar, Türkiye'deki bütün organ transplantasyonu bekleyen hastalar ve hasta yakınları genellenemez.

Aynı zamanda il nüfusundan dolayı kayıtlı olan hastaların sayısı azdır. Kayıt yaptırmak için bir defa gelerek, tetkiklerini tamamlamayan hastalar Böbrek Nakil Listesinde pasif olmaktadır. Araştırmaya katılabilmek için Böbrek Nakli Listesi'nde aktif olması gerekmektedir. Bu nedenle evreni oluşturan hastaların sayısı sınırlıdır.

Anket sorularının uzun olması (25 dk) nedeniyle hastalar soruları yarıda bırakıp araştırma dışına bırakılmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS-22 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerden elde edilen verilerin çoğunun normal dağılım göstermediği görülmüştür. Bundan dolayı hipotez testleri olarak Non-Parametrik testlerden Kruskal Wallis H-Testi, Mann Whitney U testi ve Spearman'ın sıralama korelasyon analizleri yapılmıştır. Ardından çok yönlü regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında 0,05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=66)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	29	43,9
	Erkek	37	56,1
Yaş	(Dağılım Aralığı 19-96)	$\bar{X} \pm S.S$ 55,5 \pm 17,01	
Medeni Durum	Evli	47	71,2
	Bekar	19	28,8
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	6	9,
	İlkokul	33	50,0
	Orta okul	10	15,2
	Lise	14	21,2
	Üniversite	3	4,5
Doğduğu yer	Köy	43	65,2
	Kasaba	9	13,6
	Şehir	14	21,2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	16,7
	Çalışmıyor	28	42,4
	Emekli	27	40,9
Aylık Gelir	Düşük	22	33,3
	Orta	41	62,1
	Yüksek	3	4,5

\bar{X} =Ortalama S.S=Standart Sapma

Hastaların demografik bilgileri tablo 1’te verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 55,5 \pm 17,01 olup, %56,1’ i erkek hastalardan, %43,9’ u kadın hastalardan oluşmaktadır. Hastaların çoğunun evli (%71,2) ve herhangi bir işi olmadığını (%42,4), yarısının ilköğretim mezunu (%50,0) olduğu belirlenmiştir. Hastaların %28,8’ inin bekar olduğu, %9’unun okuryazar olmadığı, %15,2’ inin orta okul, %21,2’sini lise ve çok azının (%4,5) Üniversite eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Hastaların yarısından fazlasının (%65,2) köyde doğduğu ve (%62,1) orta düzey geliri olduğu belirlenmiştir. Diyaliz tedavisi alan hastaların %21,2 sinin şehirde doğduğu, %33,3

ünün gelir düzeyini yetersiz ve çok azının (%3) gelir düzeyini yüksek olarak ifade ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (N=66)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Sayı (N)	Yüzde (%)
Tanı Süresi	(Dağılım Aralığı 1-26 yıl)	$\bar{X} \pm S.S$ 4,23±5,61
Diyalize Girme Süresi	(Dağılım Aralığı 1-24 yıl)	$\bar{X} \pm S.S$ 4,22±4,36
Başka kronik hastalık	Evet	44
	hayır	22
Nakil Tipi Tercih	Canlı	34
	Kadavra	32
Böbrek Nakli Bekleme Süresi	(Dağılım Aralığı 1-11 yıl)	$\bar{X} \pm S.S$ 2,47±1,82
Sigara	Icıyor	17
	İcmiyor	59
Alkol	Icıyor	1
	İcmiyor	61
	Bıraktım	4
Diyet	Evet	47
	Hayır	19

\bar{X} =Ortalama S.S=Standart Sapma

Tablo 2’de böbrek nakli bekleyen hastalarının hastalığa ilişkin özellikleri yer almaktadır. Diyaliz hastalarının KBY tanısını alma süresi ortalama 4,23±5,61 yıldır (dağılım aralığı:1-26). Hastalar ortalama 4,22±4,36 yıldır diyalize girmektedir (dağılım aralığı 1-25). Hastaların %66,7’sinde ek kronik bir hastalık bulunurken %51,5’i canlıdan böbrek naklini tercih etmektedir. Bunun için de ortalama 2,47±1,82 yıldır böbrek nakli olmayı beklemektedir (dağılım aralığı 1-11). Araştırmaya katılan hastaların %74,3’ünün sigara, tamamına yakınının da %92 (n=98) alkol kullanmadığı tespit edilmiştir. Hastaların büyük kısmının (% 71,2) hastalığıyla ilgili diyetine uyduklarını belirtmiştir.

4.2. Beck Depresyon Ölçeği ve STAI Kaygı Ölçeği Analizleri

Tablo 3. Hastaların BDE ve STAI Puan Ortalamaları (N=66)

	$\bar{X} \pm S.S$	$\tilde{X}(\text{min-Max})$
Beck Depresyon Envanteri	11,85±6,81	11,5(1-31)
STAI Durumluluk	47,55±3,45	48(36-54)
STAI Süreklilik	50,05±6,40	48(41-71)

\bar{X} =Ortalama \tilde{X} = Medyan S.S=Standart Sapma

Hastaların Beck Depresyon Ölçeği ve STAI kaygı ölçeği ortalaması Tablo 3'te gösterilmiştir. Hastaların Beck Depresyon Ölçeği ortalaması 11,85±6,81 olup Hafif düzeyde depresyon mevcuttur. STAI durumluluk ortalaması 47,55±3,45 ve süreklilik ortalaması 50,05±6,40 ile orta düzeydedir.

Tablo 4. Hastaların Depresyon Düzeyleri (N=66)

Depresyon Düzeyi	N	%
Depresyon yok (0 – 9 puan)	29	43,9
Hafif depresyon (10- 16 puan)	21	31,8
Orta düzey depresyon (17- 29 puan)	15	22,7
Şiddetli depresyon (30-63 puan)	1	1,5

Hastaların depresyon ölçeği puanlarına göre depresyon düzeyleri Tablo 4'te verilmektedir.

Çalışmadaki hastaların %43,9 unda depresyonun olmadığı, %31,8' inde hafif düzeyde, %22,7 sinde orta düzeyde ve %1,5 inde şiddetli düzeyde depresyon olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Sosyo-demografik Özellikler ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki

	BDE		STAI Kaygı Ölçeği			
	$\bar{X} \pm S.S$	\tilde{X} [min-max]	Durumlu $\bar{X} \pm S.S$	\tilde{X} [min-max]	Sürekli $\bar{X} \pm S.S$	\tilde{X} [min-max]
Cinsiyet						
Kadın	13,9±7,5	14[4-31]	48±3,6	48[41-53]	51,5±7	50[41-71]
Erkek	10,2±5,9	10[1-27]	47,2±3,4	48[39-54]	48,9±5,7	47[41-65]
	<i>U=379,500</i>		<i>t=0,873</i>		<i>U=415,500</i>	
<i>p değeri</i>	0,042*		0,667		0,117	
Doğum Yeri						
Köy	11,3±6,2	11[2-27]	47,7±3,2	48[39-54]	50,1±5,9	48[42-66]
Kasaba	16,7±8,2	19[5-31]	48,2±4,3	50[41-52]	51,9±8,3	51[41-71]
Şehir	10,6±7	8,5[1-27]	46,6±3,6	47[41-53]	48,8±6,8	47[41-63]
<i>kW</i>	4,203		2,036		1,386	
<i>p değeri</i>	0,122		0,361		0,500	
Medeni Durum						
Evli	12±7,1	11[2-31]	47,7±3,2	48[39-54]	50,3±6	49[41-71]
Bekar	11,5±6,2	12[1-27]	47,1±4,1	48[41-53]	49,3±7,3	47[41-65]
	<i>U=443,500</i>		<i>t=0,734</i>		<i>U=375,000</i>	
<i>p değeri</i>	0,966		0,466		0,310	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	11,2±5,5	12[3-22]	47,6±4,3	48[39-53]	49,9±5,4	49[43-59]
Çalışmıyor	14,4±7,6	13[1-31]	46,7±3,4	46,5[41-53]	50,4±7	48,5[41-71]
Emekli	9,5±5,7	7[2-27]	48,4±3	49[41-54]	49,7±6,3	47[41-66]
<i>kW</i>	6,561		4,336		0,309	
<i>p değeri</i>	0,038*		0,114		0,857	
Ekonomik Gelir						
Düşük	14,45±7,1	14[3-27]	47,09±3,4	47,5[41-52]	49,36±5,2	48[41-65]
Orta+ yüksek	10,55±6	9,5 [1-31]	47,77±3,4	48[39-54]	50,39±6,9	48[41-71]
	<i>U=323,000</i>		<i>t=0-,753</i>		<i>U=461,000</i>	
<i>P değeri</i>	0,028*		0,454		0,754	

Tablo 5. (devamı) Sosyo-demografik Özellikler ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki

	BDE		STAI Kaygı Ölçeği			
	$\bar{X} \pm S.S$	\tilde{X} [min-max]	Durumlu $\bar{X} \pm S.S$	\tilde{X} [min-max]	Sürekli $\bar{X} \pm S.S$	\tilde{X} [min-max]
Başka kronik hastalık						
Var	12,55±6,6	12,5[2-31]	47,77±3,2	48[41-54]	51,27±6,	50,5[47-71]
Yok	10,45±7,1	8,5[1-27]	47,09±3,8	47[39-53]	47,59±5,	47,5[41-60]
	<i>U=375,000</i>		<i>U=420,000</i>		<i>U=323,000</i>	
<i>p değeri</i>	0,137		0,382		0,028*	
Diyet Uygulama						
Evet	11,40±5,3	11[2-22]	48,34±3	48[41-54]	51,11±5,8	50[42-66]
Hayır	12,95±9,6	12[1-31]	45,58±3,7	45[39-52]	47,42±7,1	46[41-71]
	<i>U=446,000</i>		<i>t=3,132</i>		<i>U=252,500</i>	
<i>p değeri</i>	0,994		0,439		0,006*	

\bar{X} =Ortalama \tilde{X} = Medyan S.S=Standart Sapma U:Mann-Whitney U kW:Kruskal-Wallis t=t-testi * $p<0.05$

Sosyo-demografik özelliklerine göre BDE ve STAI karşılaştırması Tablo4' verilmiştir. Araştırmaya katılan 29 kadında beck depresyon puanı ortalama 13,9±7,5'dir. Vaka grubunda 37 erkekte beck depresyon puanı ortalama 10,2±5,9 ($p=0,042$) dur. Kadınlarda beck depresyon puanı ortalaması erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Durumluluk kaygı ölçeğinde kadınlarda ortalama 48±3,6, erkeklerde ise 47,2±3,4'dür. ($p=0,667$)dir. Süreklilik kaygı ölçeğinde ise kadınlarda ortalama 51,5±7, erkeklerde ise 48,9±5,7'dir. ($p=0,117$)dir Cinsiyet ile durumluluk ve süreklilik kaygı ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı bir korelasyon yoktur.

Hastaların doğduğu yere göre depresyon ve kaygısı incelendiğinde kasabada doğanların depresyon ortalaması 16,7±8,2; köyde doğanların 11,3±6,2; şehirde doğanların 10,6±7'dir. Kasabada doğanların durumluluk kaygı ortalaması 48,2±4,3; köyde doğanların 47,7±3,2; şehirde doğanların 46,6±3,6 ,dir. Doğduğu yerlere göre hastaların depresyon ($p=0,122$) durumluluk ($p=0,361$) ve sürekli ($p=0.500$) kaygı anlamlı bir fark bulunmadı.

Araştırmaya katılan hastaların medeni duruma göre depresyon puan ortalaması evlilerde $12 \pm 7,1$ ve bekarlarda $11,5 \pm 6,2$ 'dir. Durumluk kaygı puan ortalaması evlilerde $47,7 \pm 3,2$ ve bekarlarda $47,1 \pm 4,1$; sürekli kaygı puan ortalaması ise evlilerde $49,9 \pm 5,4$ ve bekarlarda $50,4 \pm 7$ olarak bulundu. Evli ve bekar hastaların depresyon ($p=0,966$) durumluk ($p=0,466$) ve sürekli ($p=0,310$) kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Çalışma durumuna göre hastaların depresyon ortalaması çalışanlarda $11,2 \pm 5,5$, çalışmayanlarda $14,4 \pm 7,6$, emeklilerde ise $9,5 \pm 5,7$ ($p=0,038$)'dir. Çalışmayanlarda beck depresyon skoru çalışanlara ve emekli olanlara oranla anlamlı olarak daha yüksekti. Durumluluk kaygı ölçeği ortalaması çalışanlarda $47,6 \pm 4,3$, çalışmayanlarda $46,7 \pm 3,4$ ve emeklilerde $48,4 \pm 3$ 'dir. Süreklilik kaygı ölçeği ortalaması çalışanlarda $49,9 \pm 5,4$; çalışmayanlarda $50,4 \pm 7$ ve emeklilerde $49,7 \pm 6,3$ olup durumluluk ($p=0,114$) ve süreklilik ($p=0,857$) kaygı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamadı.

Diyaliz hastalarının ekonomik gelirlerine göre depresyon puan ortalaması düşük olanların $14,45 \pm 7,1$ orta ve yüksek olanların ise $10,55 \pm 6,3$ ($p=0,028$)'dir. Ekonomik geliri düşük olan hastaların depresyon skoru orta ve yüksek olan hastalara oranla anlamlı olarak daha yüksekti. Hastalarının durumluk kaygı puan ortalaması ekonomik geliri düşük olanlarda $47,09 \pm 3,4$, orta ve yüksek olanlarda $47,77 \pm 3,4$; sürekli kaygı puan ortalaması ise ekonomik geliri düşük olanlarda $49,36 \pm 5,2$; orta ve yüksek olanlarda $50,39 \pm 6,9$ olarak belirlendi. Hastaların ekonomik gelir düzeyine göre durumluk ($p=0,454$) ve sürekli ($p=0,754$) kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Kronik böbrek yetmezliği dışında ek kronik bir hastalığı olan hastaların depresyon puan ortalaması $12,55 \pm 6,6$ olmayanların $10,45 \pm 7,1$ 'dir. Durumlu kaygı Ortalamaması kronik hastalığı olanlarda $47,77 \pm 3,2$, olmayanlarda ise $47,09 \pm 3,8$ 'dir. Sürekli kaygı ortalaması ise kronik hastalığı olanlarda $51,27 \pm 6$ iken olmayanlarda $47,59 \pm 5$ 'dir. Kronik başka bir hastalığı olan hastaların depresyon ($p=0,137$) ve durumluluk ($p=0,382$) kaygı ölçeği arasında anlamlı korelasyon yokken, kronik

hastalığı olanların süreklilik kaygı ölçeğinde olmayanlara oranla anlamlı olarak daha yüksek olarak tespit edildi ($p=0,028$).

Kronik böbrek yetmezliği diyeti uygulananların Beck depresyon puan ortalaması $11.40\pm 5,3$, uygulamayanların ise $12,95\pm 9,6$ ($p=0,994$) 'tür. Durumlu kaygı ölçeği puan ortalaması diyetini uygulayanlarda 48.34 ± 3 , uygulamayanlarda ise $45,58\pm 3,7$ ($p=0,439$) 'dir. İstatistiksel olarak depresyon ve durumu kaygı ölçeği arasında anlamlı farklılık bulunamadı. Sürekli kaygı ölçeğinde ise diyet uygulayanlarda $51,11\pm 5,8$; uygulamayanlarda $47,42\pm 7,1$ ($p=0,006$) 'dir. Diyet uygulananlarda süreklilik kaygı ölçeğinde diyet uygulamayanlara oranla anlamlı olarak daha yüksek olarak tespit edildi.

Tablo 6. Diyalize Girme Yılı ile Beck Depresyon Ve STAI Kaygı Ölçeği ile Arasındaki İlişki

	BDE	STAI Kaygı	
		Durumluluk	Süreklilik
Diyalize girme yılı			
<i>rs</i>	0,292	-0,033	0,014
<i>p</i>	0,018*	0,795	0,912

rs= Spearman Korelasyon * $p<0.05$

Tablo 6'da diyalize girme yılı ile Beck Depresyon ve STAI kaygı ölçeği arasındaki ilişkisi verilmiştir. Tabloya göre diyalize girme yılı ile Depresyon Ölçeği ($rs=0,292$, $p=0,018$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. Diyalize girme yılı ile STAI kaygı ölçeğinin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$)

4.3. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Ait Analizler

Tablo 7. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=66)

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	$\bar{X}\pm SS$	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Fiziksel işlev	68,94±21,70	0	95
Sosyal işlev	37,50±13,10	0	66,7
Fiziksel rol	16,28±32,96	0	100
Mental rol	15,65±34,20	0	100
Mental sağlık	50,42±11,41	28	76
Zindelik/Yorgunluk	37,50±13,10	10	70
Ağrı	18,51±22,42	0	77,8
Genel sağlık algısı	57,27±12,28	10	85

\bar{X} =Ortalama S.S=Standart Sapma

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 7’de verilmiştir. Çalışmadaki hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması en yüksek (68,94±21,70) olarak fiziksel işlev, bunu (57,27±12,28) genel sağlık algısı, (50,42±11,41) mental sağlık, (37,50±13,10) zindelik ve (37,50±13,10) sosyal işlev olarak takip ettiği belirlenmiştir. En düşük mental rol (15,65±34,20), fiziksel rol (16,28±32,96), ağrı (18,51±22,42) olarak takip ettiği belirlenmiştir.

Tablo 8. Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=66)

SF-36	Kadın		Erkek		<i>p</i> değeri	
	$\bar{X} \pm S.S$	\tilde{X} [min-max]	$\bar{X} \pm S.S$	\tilde{X} [min-max]		
Fiziksel işlev	66,6±23	70[0-95]	70,8±20,7	75[10-95]	0,471	U=481.000
Sosyal işlev	19,9±14	22,2[0-44,4]	27,3±18,3	22,2[0-66,7]	0,140	U=425.000
Fiziksel rol	7,8±24,2	0[0-100]	23±37,4	0[0-100]	0,038*	U=418.500
Mental rol	9,2±28	0[0-100]	20,7±38	0[0-100]	0,105	U=449.500
Mental sağlık	47,6±10,3	48[28-68]	52,6±11,	56[28-76]	0,052	U=387.000
Zindelik/Yorgunluk	37,6±11	40[10-60]	37,4±14,7	35[10-70]	0,061	t=0.047
Ağrı	18,8±22,6	11,1[0-77,8]	18,3±22,6	11,1[0-77,8]	0,907	U=528.000
Genel sağlık algısı	60±9,7	60[45-80]	55,1±13,7	60[10-85]	0,150	U=427.000

\bar{X} =Ortalama \tilde{X} = Medyan S.S=Standart Sapma U=Mann-Whitney U t= t-test * $p < 0,05$

Hastaların cinsiyetle SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının arasında yapılan karşılaştırılmada dağılımı Tablo 8’de verilmiştir. Hastaların fiziksel rol alanında erkeklerin kadınlara göre yüksek düzeye sahip olduğu bulunmuştur ($p=0,038$). Cinsiyet ve yaşam kalitesi diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 9. Yaş ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları İle İlişki Analizi (N=66)

	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları							
	Fiziksel işlev	Sosyal işlev	Fiziksel rol	Mental rol	Mental sağlık	Zindelik	Ağrı	Sağlık algısı
Yaş								
rs	-0,262	-0,308	-0,094	-0,030	-0,379	0,031	0,152	-0,105
p	0,034*	0,012*	0,452	0,812	0,002**	0,804	0,223	0,401

rs=Spearman korelasyonu * $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

Araştırmaya katılan böbrek nakli bekleyen diyaliz hastalarının yaşı ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçları Tablo 9’da verilmiştir. Buna göre; yaş ile Fiziksel işlev ($rs=-0,262$, $p=0,034$), Sosyal işlev ($rs=-0,308$, $p=0,012$) ve Mental Sağlık Alanı ($rs=-0,379$ $p=0,002$) arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmüştür. Yaş ile Fiziksel rol, Mental Rol, Zindelik/Yorgunluk, Ağrı ve Genel Sağlık Algısı alanında anlamlı herhangi bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 10. Doğum Yerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=66)

SF-36	Köy	Kasaba	Şehir	<i>p değeri</i>	
Fiziksel işlev					
$\bar{X} \pm S.S$	66,2±23,4	72,2±20,5	75,4±16	0,368	<i>kW=1.999</i>
\tilde{X} [min-max]	70[0-90]	70[40-95]	80[45-95]		
Sosyal işlev					
$\bar{X} \pm S.S$	21,7±16,4	32,1±13	26,2±19,3	0,104	<i>kW=4.532</i>
\tilde{X} [min-max]	11,1[0-66,7]	22,2[22,2-55,6]	22,2[0-55,6]		
Fiziksel rol					
$\bar{X} \pm S.S$	15,7±33,6	8,3±25	23,2±36	0,410	<i>kW=1.781</i>
\tilde{X} [min-max]	0[0-100]	0[0-75]	0[0-100]		
Mental rol					
$\bar{X} \pm S.S$	15,5±33,6	11,1±33,3	19±38,6	0,820	<i>kW=0.397</i>
\tilde{X} [min-max]	0[0-100]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental sağlık					
$\bar{X} \pm S.S$	49,3±11,6	48,4±11,9	55,1±10,1	0,217	<i>F=1.565</i>
\tilde{X} [min-max]	52[28-68]	52[28-60]	56[40-76]		
Zindelik/Yorgunluk					
$\bar{X} \pm S.S$	37,9±13,1	30,6±12,4	40,7±12,8	0,183	<i>F=1.745</i>
\tilde{X} [min-max]	40[10-70]	30[10-45]	40[15-65]		
Ağrı					
$\bar{X} \pm S.S$	19,4±24	18,5±21,5	15,9±18,9	0,954	<i>kW=0.094</i>
\tilde{X} [min-max]	11,1[0-77,8]	11,1[0-55,6]	5,6[0-44,4]		
Genel sağlık algısı					
$\bar{X} \pm S.S$	57,4±12,5	60±10	55±13,3	0,642	<i>kW=0.904</i>
\tilde{X} [min-max]	60[10-85]	65[45-75]	57,5[30-75]		

\bar{X} =Ortalama \tilde{X} = Medyan S.S=Standart Sapma kW=Kruskal-Wallis F=ANOVA

Hastaların doğduğu yer ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında köy, kasaba veya şehirde doğmuş olmanın yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Medeni Duruma Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=66)

SF-36	Evli	Bekar	<i>p değeri</i>	
Fiziksel işlev				
$\bar{X} \pm S.S$	68,1±22,9	71,1±18,8	0,831	<i>U=431.500</i>
\tilde{X} [min-max]	70[0-95]	75[25-95]		
Sosyal işlev				
$\bar{X} \pm S.S$	22,9±16,9	26,9±16,7	0,286	<i>U=373.000</i>
\tilde{X} [min-max]	22,2[0-66,7]	22,2[0-55,6]		
Fiziksel rol				
$\bar{X} \pm S.S$	16,5±33,9	15,8±31,4	0,779	<i>U=432.000</i>
\tilde{X} [min-max]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental rol				
$\bar{X} \pm S.S$	14,9±33,2	17,5±37,5	0,822	<i>U=435.500</i>
\tilde{X} [min-max]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental sağlık				
$\bar{X} \pm S.S$	50±11,8	51,6±10,7	0,605	<i>t=-0.519</i>
\tilde{X} [min-max]	52[28-76]	52[32-68]		
Zindelik/Yorgunluk				
$\bar{X} \pm S.S$	37,4±14,1	35[10-70]	0,959	<i>t=-0.051</i>
\tilde{X} [min-max]	37,6±10,5	40[15-55]		
Ağrı				
$\bar{X} \pm S.S$	18,4±23,4	18,7±20,3	0,678	<i>U=419.000</i>
\tilde{X} [min-max]	0[0-77,8]	11,1[0-55,6]		
Genel sağlık algısı				
$\bar{X} \pm S.S$	57,6±12,5	56,6±12	0,360	<i>U=383.000</i>
\tilde{X} [min-max]	60[10-80]	55[35-85]		

\bar{X} =Ortalama \tilde{X} = Medyan S.S=Standart Sapma U=Mann-Whitney U t= t-test

Medeni durum ile yaşam kalitesi alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; diyaliz hastalarında evli veya bekar olmanın SF-36 yaşam kalitesi alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. ($p>0,05$).

Tablo 12. Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=66)

SF-36	Okur-Yazar Değil	İlkokul	Ortaokul	Lise+ Üniversite	<i>p</i> <i>değeri</i>	
Fiziksel işlev						
$\bar{X} \pm S.S$	54,2±36,8	68±22,6	69,5±12,6	75,6±15,7	0,499	kW=2,3 69
\tilde{X} [min-max]	62,5[0-90]	75[10-95]	70[45-90]	80[45-95]		
Sosyal işlev						
$\bar{X} \pm S.S$	22,2±14,1	21,2±16,3	32,2±19,2	25,5±17	0,380	kW=3,0 79
\tilde{X} [min-max]	16,7[11,1-44,4]	22,2[0-66,7]	22,2[11,1-66,7]	22,2[0-55,6]		
Fiziksel rol						
$\bar{X} \pm S.S$	4,2±10,2	15,2±31,8	17,5±37,4	22,1±38,4	0,845	kW=0,8 20
\tilde{X} [min-max]	0[0-25]	0[0-100]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental rol						
$\bar{X} \pm S.S$	5,6±13,6	13,1±31,1	16,7±36	23,5±43,7	0,914	kW=0,5 23
\tilde{X} [min-max]	0[0-33,3]	0[0-100]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental sağlık						
$\bar{X} \pm S.S$	37,3±7,9	51,5±12	50,8±10,5	52,7±9,3	0,027 *	F=3,268
\tilde{X} [min-max]	36[28-48]	52[28-76]	54[28-60]	52[40-68]		
Zindelik/Yorgunluk						
$\bar{X} \pm S.S$	46,7±8,8	36,8±13,7	34±14,9	37,6±11,6	0,295	F=1,262
\tilde{X} [min-max]	47,5[35-60]	35[10-70]	35[15-55]	40[15-55]		
Ağrı						
$\bar{X} \pm S.S$	22,2±21,1	20,5±24,9	22,2±24	11,1±16,2	0,533	kW=2,1 96
\tilde{X} [min-max]	22,2[0-55,6]	11,1[0-77,8]	16,7[0-55,6]	0[0-44,4]		
Genel sağlık algısı						
$\bar{X} \pm S.S$	60,8±3,8	54,8±13,4	58,5±12,3	60±11,9	0,552	kW=2,0 99
\tilde{X} [min-max]	60[55-65]	60[10-80]	62,5[35-75]	60[35-85]		

\bar{X} =Ortalama \tilde{X} = Medyan S.S=Standart Sapma kW=Kruskal-Wallis F=ANOVA

Eğitim durumuna göre Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir. Hastaların eğitim durumu ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırılmada okur yazar olmamanın mental sağlık alanında oldukça düşük düzeye sahip olduğu bulunmuştur ($p=0,027$). Eğitim durumu ve yaşam kalitesi diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. Çalışma Duruma Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=66)

SF-36	Çalışıyor	Çalışmıyor	Emekli	<i>p</i> değeri	
Fiziksel işlev					
$\bar{X} \pm S.S$	68,2±21,2	66,4±25	71,9±18,5	0,852	<i>kW</i> =0,319
\tilde{X} [min-max]	80[25-90]	70[0-95]	75[10-90]		
Sosyal işlev					
$\bar{X} \pm S.S$	29,3±13,4	24,6±18	21,4±16,9	0,286	<i>kW</i> =2,502
\tilde{X} [min-max]	22,2[11,1-44,4]	22,2[0-66,7]	22,2[0-66,7]		
Fiziksel rol					
$\bar{X} \pm S.S$	9,1±23,1	19,6±33,6	15,7±36,1	0,692	<i>kW</i> =0,736
\tilde{X} [min-max]	0[0-75]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental rol					
$\bar{X} \pm S.S$	6,1±13,5	20,2±37,8	14,8±36,2	0,656	<i>kW</i> =0,843
\tilde{X} [min-max]	0[0-33,3]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental sağlık					
$\bar{X} \pm S.S$	55,6±9,2	49,9±12,7	48,9±10,6	0,244	<i>F</i> =1,444
\tilde{X} [min-max]	60[40-68]	50[28-76]	52[28-64]		
Zindelik/Yorgunluk					
$\bar{X} \pm S.S$	37,3±13,1	39,6±11,4	35,4±14,8	0,488	<i>F</i> =0,726
\tilde{X} [min-max]	35[15-60]	40[10-65]	35[10-70]		
Ağrı					
$\bar{X} \pm S.S$	13,1±17,1	20,6±23	18,5±24,1	0,675	<i>kW</i> =0,787
\tilde{X} [min-max]	0[0-44,4]	16,7[0-77,8]	0[0-77,8]		
Genel sağlık algısı					
$\bar{X} \pm S.S$	60,9±10,9	57,3±12,6	55,7±12,6	0,817	<i>kW</i> =0,405
\tilde{X} [min-max]	55[50-85]	60[30-80]	60[10-75]		

\bar{X} =Ortalama \tilde{X} = Medyan S.S=Standart Sapma *kW*=Kruskal-Wallis *F*=ANOVA

Hastaların çalışma durumu ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırılması Tablo 13'te verilmiştir. Böbrek nakli bekleyen hastaların çalışması, çalışmaması veya emekli olmasının yaşam kalitesi alt boyutları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 14. Sigara İçme Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=66)

SF-36	İçiyor	İçmiyor	Bırakmış	<i>p</i>	<i>değeri</i>
Fiziksel işlev					
$\bar{X} \pm S.S$	73,5±15,9	68,7±20,6	62,7±31,7	0,791	<i>kW</i> =0,469
\tilde{X} [min-max]	80[35-90]	70[10-95]	75[0-95]		
Sosyal işlev					
$\bar{X} \pm S.S$	32,7±17,8	17,5±12,3	33,3±19,9	0,220	<i>kW</i> =3,03 0
\tilde{X} [min-max]	33,3[11,1-66,7]	16,7[0-55,6]	33,3[0-66,7]		
Fiziksel rol					
$\bar{X} \pm S.S$	26,5±40	11,2±26,4	18,2±40,5	0,003*	<i>kW</i> =11,675
\tilde{X} [min-max]	0[0-100]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental rol					
$\bar{X} \pm S.S$	17,6±35,6	13,2±32,5	21,2±40,2	0,335	<i>kW</i> =2,190
\tilde{X} [min-max]	0[0-100]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental sağlık					
$\bar{X} \pm S.S$	52,9±13	48,5±10,2	53,1±12,7	0,660	<i>kW</i> =0,830
\tilde{X} [min-max]	56[28-76]	50[28-68]	60[32-68]		
Zindelik/Yorgunluk					
$\bar{X} \pm S.S$	40,6±13,4	34,2±11,3	44,1±15,8	0,044*	<i>F</i> = 3,275
\tilde{X} [min-max]	40[15-65]	35[10-50]	45[20-70]		
Ağrı					
$\bar{X} \pm S.S$	20,3±19,7	18,1±24,6	17,2±20,1	0,790	<i>kW</i> =0,471
\tilde{X} [min-max]	22,2[0-55,6]	0[0-77,8]	11,1[0-55,6]		
Genel sağlık algısı					
$\bar{X} \pm S.S$	55,3±11,9	58,6±10	55,9±19,2	0,665	<i>kW</i> =0,815
\tilde{X} [min-max]	60[30-75]	60[35-80]	60[10-85]		

\bar{X} = Ortalama \tilde{X} = Medyan *S.S* = Standart Sapma *kW* = Kruskal-Wallis *F* = ANOVA

Hastaların sigara durumu ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları yapılan karşılaştırılması Tablo 14'te verilmiştir. Sigara içen hastaların hastaların fiziksel rolünde ($p=0.003$) içmeyen ve sigarayı bırakanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigarayı bırakanların Zindelik/yorgunluk alanında ($p=0.044$) sigara içenlere ve içmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Yaşam kalitesi diğer alt boyutlarının ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 15. Diyabet Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=66)

SF-36	Diyabeti yok	Diyabeti var	<i>p değeri</i>	
Fiziksel işlev				
$\bar{X} \pm S.S$	72,50 \pm 20,8	61,82 \pm 22	0,020*	<i>U=314.000</i>
\tilde{X} [min-max]	80[0-95]	67,5[10-85]		
Sosyal işlev				
$\bar{X} \pm S.S$	27,27 \pm 1,6	17,67 \pm 13,1	0,029*	<i>U=327.000</i>
\tilde{X} [min-max]	22,22[0-66,7]	11,11[0-44,4]		
Fiziksel rol				
$\bar{X} \pm S.S$	17,04 \pm 32,24	14,77 \pm 35,06	0,656	<i>U=460.000</i>
\tilde{X} [min-max]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental rol				
$\bar{X} \pm S.S$	16,66 \pm 34,1	13,63 \pm 35,1	0,474	<i>U=447.500</i>
\tilde{X} [min-max]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental sağlık				
$\bar{X} \pm S.S$	52,36 \pm 11,1	46,54 \pm 11,1	0,052	<i>U=342.000</i>
\tilde{X} [min-max]	56[32-76]	50[28-64]		
Zindelik/Yorgunluk				
$\bar{X} \pm S.S$	38,63 \pm 13,9	35,22 \pm 11,2	0,323	<i>t=0,996</i>
\tilde{X} [min-max]	40[10-70]	35[10-55]		
Ağrı				
$\bar{X} \pm S.S$	17,4 \pm 19,9	20,7 \pm 27	0,948	<i>U=479.500</i>
\tilde{X} [min-max]	11,1[0-78]	0[0-78]		
Genel sağlık algısı				
$\bar{X} \pm S.S$	57,5 \pm 13,6	56,8 \pm 9,1	0,354	<i>U=417.000</i>
\tilde{X} [min-max]	60[10-85]	57,5[45-80]		

\bar{X} =Ortalama \tilde{X} = Medyan *S.S*=Standart Sapma **p*<0,05 *U*=Mann-Whitney *U* *t*= *t*-testi

Hastaların diyabet hastalığına sahip olma durumu ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırılması Tablo 15’de verilmiştir. Çalışmada diyabeti olan hastaların fiziksel işlevinde (*p*=0.020) ve sosyal işlevinde (*p*=0.29) diyabeti olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük düzeyde bulunmuştur (*p*=0,027). Yaşam kalitesi diğer alt boyutlarının ortalamaları arasında istatistiksel boyutta anlamlı bir ilişki yoktur (*p*>0,05).

Tablo 16. Diyet yapma durumuna göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=66)

SF-36	Diyet yapıyor	Diyet yapmıyor	<i>p</i> değeri	
Fiziksel işlev				
$\bar{X} \pm S.S$	70,3±17,9	65,5±29,3	0,887	<i>U</i> =436.500
\tilde{X} [min-max]	75[10-90]	80[0-95]		
Sosyal işlev				
$\bar{X} \pm S.S$	19,6±15,4	35±15,3	<0,001*	<i>U</i> =197.500
\tilde{X} [min-max]	11,1[0-67]	33,3[0-67]		
Fiziksel rol				
$\bar{X} \pm S.S$	12,7±28,9	25±40,8	0,220	<i>U</i> =383.000
\tilde{X} [min-max]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental rol				
$\bar{X} \pm S.S$	12,05±30,6	24,5±41,3	0,128	<i>U</i> =372.000
\tilde{X} [min-max]	0[0-100]	0[0-100]		
Mental sağlık				
$\bar{X} \pm S.S$	50,04±11,6	51,3±11,1	0,673	<i>t</i> =-0,424
\tilde{X} [min-max]	52[28-76]	56[32-68]		
Zindelik/Yorgunluk				
$\bar{X} \pm S.S$	35,5±12,5	42,3±13,5	0,054	<i>t</i> =-1,960
\tilde{X} [min-max]	35[10-65]	40[25-70]		
Ağrı				
$\bar{X} \pm S.S$	21,04±23,6	12,2±18,1	0,145	<i>U</i> =350.000
\tilde{X} [min-max]	11,1[0-78]	0[0-56]		
Genel sağlık algısı				
$\bar{X} \pm S.S$	56,4±12,6	59,2±11,3	0,331	<i>U</i> =379.000
\tilde{X} [min-max]	60[10-85]	65[35-80]		

\bar{X} = Ortalama \tilde{X} = Medyan S.S = Standart Sapma U = Mann-Whitney U t = t-testi

Diyet uygulama ile SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları incelendiğinde diyet uygulayanlarda sosyal işlev alanında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.001$) düşük düzeyde bulunmuştur. Yaşam kalitesi diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine Ait Analizler

Tablo 17. Hastaların ÇBASDÖ'nden Aldıkları Puanlar (N=66)

	$\bar{X} \pm S.S$	\tilde{X} [Min-Max]
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	67,60±17,3	72(12-84)
ÇBASDÖ Alt Boyutları		
Aile	26,01±5,01	28(4-28)
Arkadaş	21,77±7,86	25,5(4-28)
Özel bir insan	19,81±9,02	24(4-28)

\bar{X} =Ortalama \tilde{X} = Medyan S.S=Standart Sapma

Tablo 17'de hastaların ÇBASDÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde; ölçeğin toplamından alınan puanların minimum 12 ve maksimum 84 arasında değiştiği, ortalamasının 67,60±17,3 olduğu saptandı.

ÇBASDÖ'nin Aile alt ölçeğinden alınan puanlar 26,01±5,01, Arkadaşlık alt ölçeğinden alınan puanlar 21,77±7,86, Özel İnsan alt ölçeğinden alınan puanlar 19,81±9,02 olarak belirlendi.

Tablo 18. Böbrek Nakli Bekleyen Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Puan Ortalamaları

Değişkenler	(n)	Aile		Arkadaş		Özel İnsan		Ölçek toplam	
		Boyutu		Boyutu		Boyutu		puan	
		$\bar{X} \pm Ss$	\tilde{X} [Min-Max]	$\bar{X} \pm Ss$	\tilde{X} [Min-Max]	$\bar{X} \pm Ss$	\tilde{X} [Min-Max]	$\bar{X} \pm Ss$	\tilde{X} [Min-Max]
Cinsiyet									
Kadın	29	25,3±5,7	28[4-28]	20,8±8,8	25[4-28]	18,9±9,7	24[4-28]	65±19,9	68[12-84]
Erkek	37	26,6±4,5	28[4-28]	22,5±7,1	26[4-28]	20,5±8,5	24[4-28]	69,6±15	73[35-84]
U		482.500		507.500		522.500		477.000	
p		0,342		0,697		0,853		0,439	
Medeni Durum									
Evli	47	26,4±4,4	28[4-28]	21,4±8,3	25[4-28]	19,1±9,1	24[4-28]	67±17,4	72[12-84]
Bekar	19	25±6,3	28[4-28]	22,6±6,8	27[4-28]	21,6±8,7	27[4-28]	69,2±17,5	72[33-84]
U		366.000		417.500		361.000		389.000	
p		0,120		0,669		0,216		0,412	
Doğum yeri									
Köy	43	26,1±4,7	28[4-28]	21,8±7,7	25[4-28]	19,5±8,8	24[4-28]	67,4±15,4	71[32-84]
Kasaba	9	24,8±7,9	28[4-28]	16,3±10,5	16[4-28]	14,2±11,8	6[4-28]	55,3±26,5	48[12-84]
Şehir	14	26,5±3,9	28[16-28]	25,2±3,9	28[19-28]	24,4±5,4	27,5[13-28]	76,1±11,1	82,5[48-84]
kW		.887		6.726		5.631		6.342	
p		0,642		0,035*		0,060		0,042*	
Eğitim Durumu									
Okur yazar değil	8	23,8±6,5	28[15-28]	20,5±7,2	20[13-28]	18,5±9,8	20[4-28]	62,8±21,4	66[35-84]
İlkokul	33	27±2,2	28[19-28]	22,2±8	26[4-28]	19,1±9,6	26[4-28]	68,3±15,5	72[33-84]
Ortaokul	10	23,2±10,1	28[4-28]	20,8±8,5	23[4-28]	19,3±10,1	24[4-28]	63,3±23	66,5[12-84]
Lise-Üniversite	10	26,5±3,6	28[16-28]	22,1±8,1	28[4-28]	21,9±7,2	23[6-28]	70,5±16,6	72[32-84]
kW	17	.892		.947		1.107		1.504	
p		0,827		0,814		0,775		0,681	
Çalışma Durumu									
Çalışıyor	11	25,3±7,2	28[4-28]	21,4±6,8	20[8-28]	21±7,8	22[8-28]	67,6±14,3	65[44-84]
Çalışmıyor	28	25,2±5,7	28[4-28]	20±9,4	25[4-28]	17,8±10,6	21[4-28]	63±21,5	69,5[12-84]
Emekli	27	27,1±2,6	28[16-28]	23,8±6	26[4-28]	21,4±7,4	25[4-28]	72,4±12,1	76[42-84]
kW		1.876		1.065		.494		1.399	
p		0,391		0,587		0,781		0,497	
Gelir Düzeyi									
Düşük	22	24,8±6,2	28[4-28]	19,1±9,5	22[4-28]	16±10	16[4-28]	60±21,6	61,5[12-84]
Orta-yüksek	44	26,5±4,2	28[4-28]	23±6,6	26,5[4-28]	21,7±7,9	26[4-28]	71,3±13,4	75,5[42-84]
U		411.500		393.000		356.500		351.000	
p		0,179		0,198		0,77		0,68	

Tablo 18 (devamı). Böbrek Nakli Bekleyen Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Puan Ortalamaları

Değişkenler	(n)	Aile		Arkadaş		Özel İnsan		Ölçek toplam	
		Boyutu		Boyutu		Boyutu		puan	
		$\bar{X} \pm Ss$	\tilde{X} [Min-Max]	$\bar{X} \pm Ss$	\tilde{X} [Min-Max]	$\bar{X} \pm Ss$	\tilde{X} [Min-Max]	$\bar{X} \pm Ss$	\tilde{X} [Min-Max]
Sigara İçme Durumu									
İçiyor	17	26,6±5,8	28[4-28]	19,8±9,7	25[4-28]	18,2±8,9	21[4-28]	64,5±21	72[12-84]
İçmiyor	38	25,9±5	28[4-28]	21,9±7,6	26[4-28]	19,1±9,6	24,5[4-28]	66,9±16,6	68,5[32-84]
Bırakmış	11	25,6±4,1	28[15-28]	24,3±4,7	25[14-28]	24,9±4,7	27[16-28]	74,8±12,7	81[45-84]
kW		3.597		.786		4.195		2.466	
p		0,166		0,675		0,123		0,291	
Başka Kronik Hastalık									
Var	44	26,5±4,3	28[4-28]	21,1±7,8	25[4-28]	18,2±9,3	22[4-28]	65,8±17,3	71[12-84]
Yok	22	25±6	28[4-28]	23±7,9	28[4-28]	23±7,6	28[4-28]	71±17,2	81[32-84]
U		438.500		393.500		294.500		346.000	
p		0,399		0,200		0,008*		0,059	

\bar{X} =Ortalama \tilde{X} = Medyan $S.S$ =Standart Sapma U =Mann-Whitney U kW =Kruskal-Wallis
* $p < 0.05$

Böbrek nakli listesinde kayıtlı olan diyaliz hastalarının demografik bilgilerine göre ÇBASDÖ puan ortalamaları Tablo 18’de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet ve medeni durumuna göre ÇBASDÖ aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Böbrek nakli bekleyen bireylerin ÇBASDÖ arkadaş alt boyutu puan ortalaması doğum yeri kasaba olan bireylerde doğum yeri köy ve şehir olan bireylere göre düşük (16,3±10,5) olup, doğduğu yer ile ÇBASDÖ’nin arkadaş alt boyut ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,035$). Hastaların ÇBASDÖ özel insan alt boyutu puan ortalaması kronik hastalığı olan bireylerdevolmayan bireylere göre daha düşük (18,2±9,3) olup, kronik hastalık ile ÇBASDÖ’nin özel insan alt boyut ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,008$).

Böbrek nakli bekleyen bireylerin eğitim durumu, gelir durumu ve sigara içme durumu değişkenlerine göre ÇBASDÖ alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir(Tablo 18).

Tablo 19. Böbrek Nakli Bekleyen Hastaların diğer Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Puan Ortalamaları

		Algılanan Aile Desteği	Algılanan Arkadaş Desteği	Algılanan Özel İnsan Desteği	Algılanan Sosyal Destek Toplam
Yaş					
	rs	0,022	0,048	-0,179	-0,096
	p	0,861	0,703	0,151	0,441
Diyalize Girme Süresi					
	rs	-0,086	-0,198	-0,161	-0,221
	p	0,494	0,111	0,198	0,074
Böbrek Nakli Bekleme Süresi					
	rs	0,024	-0,043	0,015	-0,034
	p	0,848	0,732	0,907	0,784

Böbrek nakli listesinde kayıtlı olan diyaliz hastaların yaş, diyalize girme süresi ve böbrek nakli bekleme süresi ile ÇBASDÖ puan ortalamaları Tablo 19'da verilmiştir. Böbrek nakli bekleyen hastaların yaşı, diyalize girme süresi ve böbrek nakli bekleme süresi ile ÇBASDÖ'nin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.5. ÇBASDÖ ve BDE, STAI, ile İlgili İlişki Analizleri

Tablo 20. ÇBASDÖ ve BDE, STAI, ile İlgili İlişki Analizleri

	Algılanan Aile Desteği	Algılanan Arkadaş Desteği	Algılanan Özel İnsan Desteği	Algılanan Sosyal Destek Toplam
Beck Depresyon Ölçeği				
rs	-0,301	-0,380	-0,420	-0,470
p	0,014*	0,002**	<0,001**	<0,001**
Durumluluk				
STAI	rs 0,330	0,238	0,224	0,303
Kaygı	p <0,001	,054	<0,001**	0,013*
Ölçeği Süreklilik				
rs	-0,114	0,50	0,41	0,110
p	0,361	0,260	0,458	0,379

*rs=Spearman korelasyonu * p<0.05 ** p<0.001*

Tablo 20'de hastaların ÇBASDÖ ölçeği ile BDE ve STAI ölçek puanları arasındaki korelasyon gösterilmiştir. Çalışmada hastaların Beck Depresyon ölçeği puanları ile ÇASDÖ aile ($rs=0.301$) ($p<0.014$), ÇASDÖ arkadaş ($rs=0.380$) ($p<0.002$) ve ÇASDÖ özel insan alt boyutu puanları ($rs=0.420$) ($p<0.001$) arasında istatistiksel olarak orta düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. BDE ve ÇASDÖ toplam ($rs=0.470$) puanı arasında ise orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Hastaların ÇBASDÖ ölçeği ile STAI kaygı ölçeğinin durumluluk alt boyutu puanları ile ÇASDÖ aile ($rs=0.330$) ($p<0.001$), ÇASDÖ özel insan alt boyutu puanları ($rs=0.224$) ($p<0.001$), ÇASDÖ toplam ($rs=0.303$) ($p<0.013$) puanı arasında ise orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

4.6. ÇBASDÖ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Arasındaki İlişki Analizleri

Tablo 21. ÇBASDÖ ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Arasındaki İlişki Analizleri

SF-36 Alt Boyutları	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Alt Boyutları				
		Algılanan Aile Desteği	Algılanan Arkadaş Desteği	Algılanan Özel İnsan Desteği	Algılanan Sosyal Destek Toplam
Fiziksel işlev					
	rs	0,369	0,260	0,458	0,465
	p	0,002**	0,035*	<0,001**	<0,001**
Sosyal işlev					
	rs	-0,100	0,14	0,52	0,66
	p	0,426	0,911	0,681	0,601
Fiziksel rol					
	rs	0,60	0,56	0,76	0,36
	p	0,593	0,653	0,546	0,773
Mental rol					
	rs	-0,55	0,11	0,28	0,44
	p	0,662	0,920	0,821	0,528
Mental sağlık					
	rs	0,211	0,248	0,322	0,321
	p	0,089	0,048*	0,008**	0,009**
Zindelik/Yorgunluk					
	rs	-0,77	-,039	-231	-0,145
	p	0,540	0,757	0,062	0,245
Ağrı					
	rs	-0,184	0,48	-0,136	-0,42
	p	0,138	0,709	0,277	0,738
Genel sağlık algısı					
	rs	-0,239	-0,231	-0,202	-298
	p	0,053	0,062	0,104	0,015*

*rs= Spearmann Korelasyon * p<0.05 ** p<0.01*

Araştırmada böbrek nakli bekleyen diyaliz hastalarının yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları ile algılanan sosyal destek toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçları Tablo 24'de verilmiştir. Buna göre; Algılanan sosyal desteğin aile desteği ortalaması ($r_s=0,369$, $p<0,01$), arkadaş desteği ortalaması ($r_s=0,260$, $p<0,05$) ile Yaşam kalitesinin Fiziksel işlev ortalaması arasında zayıf; özel insan desteği ortalaması ($r_s=0,458$, $p<0,001$), toplam sosyal destek ortalaması ($r_s=0,465$, $p<0,01$), ile Yaşam kalitesinin Fiziksel işlev ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür .

Algılanan Sosyal Desteğin Arkadaş ($r_s=0,248$, $p<0,05$), özel insan ($r_s=0,322$, $p<0,01$) ve toplam destek puanı ($r_s=0,321$, $p<0,01$) ile mental sağlık alanında pozitif yönde zayıf bir ilişki görülmüştür.

Bununla birlikte algılanan sosyal desteğin toplamı ile genel sağlık algısı puanı arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu ($r_s=-0,298$, $p<0,05$), sosyal işlev, fiziksel rol, mental rol, zindelik/ağrı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 21)

5.TARTIŞMA

Böbrek nakli olayının her aşamasında nakil süreci ve psikoloji iç içe girmektedir. Bekleme zamanının uzunluğu, hasta ve ailesi için ekonomik kayıplara ve ruhsal çöküntülere uğramasına yol açmaktadır. Böbrek nakli bekleme sürecindeki hastaların algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri, kaygıları ve yaşam kaliteleri arasında ilişkinin değerlendirilmesi yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıda tartışılmıştır.

5.1. Sosyo-demografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması

Çalışmada böbrek nakli bekleyen diyaliz hastalarının yaş ortalaması 55,5 ±17,01'dir. Yapılan benzer çalışmalarda da Kaçmaz ve Barlas (2014) hastaların çoğunluğunun 50-64 yaşları arasında, Yanar (2015) hastaların %65,4'ünün 51 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıkların çoğunun orta yaş ve üzerinde görüldüğü belirtilmektedir (Erol, 2010; Kaymak, 2012; Yanar, 2015; Malkoç 2018). Ülkemizde de kronik böbrek hastalığının genellikle orta yaş ve üzerinde başladığı (TNSA, 2018) bulgusu çalışma sonucumuz ve literatürdeki çoğu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

2016 yılında HD tedavisi gören bireylerin %56,69'u erkektir (Süleymanlar 2017). Yapılan çalışmalarda da HD tedavisi göre erkek cinsiyet oranı %52,9 (Malkoç, 2019), %56,4 (İnci ve diğ., 2017), %57,5 (Şentürk ve diğ., 2000), %60 (Nah ve diğ., 2019; Erol 2010) , %53 (Kaymak, 2012) , %62,7 (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2009) oranlarıyla kadın cinsiyetten daha fazla oranda bulunmuştur. Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarının oranı ülkemiz verileri ile uyumlu olarak %56,1'i erkek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastaların eğitim durumu %50 oranında ilköğretim mezunu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde; hemodiyaliz hastalarının eğitim durumları en yüksek oranda ilkokul düzeyindedir (Malkoç, 2019; Şengül ve ark., 2010; Girgin Yılmaz, 2014). Amerika gibi bazı ülkelerde eğitim, etnik

köken ve sosyoekonomik durum, böbrek nakli bekleme listesine erken kaydı etkileyen faktörler arasında belirtilmiştir (Misteretta, 2009).

Çalışmamızdaki hastaların %42,4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Diyaliz hastaları ile yapılan diğer çalışmalarda bu oran çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur. Vasquez ve arkadaşlarının (2005) 194 hemodiyaliz hastasıyla yaptıkları çalışmada %79.9; Dadalı (2009) tarafından yapılan çalışmada %81,6, Sağduyu ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise bu oran %73.3 olarak belirlenmiştir. Hastaların çalışmama nedeni olarak diyalizin neden olduğu semptomların hastaların çalışma gücünü olumsuz etkilediği şeklinde düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan böbrek nakli bekleyen hastaların %62,1'inin orta gelir düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Benzer biçimde; Yıldırım ve Bayraktar'ın (2017) çalışmasında hastaların %77,0'sinin;, Yanar (2015)'in çalışmasında hastaların %77.6'sının orta gelir düzeyine sahip olduğu saptanırken, Altuntaş (2015)'in çalışmasında hastaların gelir düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmayı kabul eden hastaların ortalama $4,23 \pm 5,61$ yıldır diyaliz tedavisi aldığı saptanırken, İnal (2018)'in çalışmasında bu oran çalışmamızdan daha yüksek ortalama 7.8 ± 7.9 yıl olarak bulunmuştur

Çalışmamızda böbrek nakli bekleme süreme süresi $2,47 \pm 1,82$ yıl olarak belirlenmiştir. Altuntaş (2015) çalışmasındaki hastaların bekleme ortalamasını 13.9 ± 23.7 ay, Altuntaş (2013) ise KBY tanısı konulan ve organ bekleme listesine alınan hastalık süresinin ortalama 11.7 ay olduğunu saptarken Yıldırım ve Bayraktar (2017) çalışmasındaki hastalarının %41'inin 1-12 aydır böbrek nakli beklediğini belirtmiştir. Böbrek yetmezliğinin organ nakline götüren klinik prognoz nedeniyle hastalığa tanı konulması ile nakile kadar geçen süre yapılan çoğu çalışmalarda genellikle birbirine benzemektedir.

Çalışmamıza katılan böbrek nakli bekleyen kronik böbrek yetmezliği

hastaların %66,7'sinin başka bir kronik hastalığı olduğu bulunmuştur. Bulantekin (2008)'in (n=70) yaptığı çalışmada da hastaların %97,1'inde başka kronik hastalık olduğu, Aydın (2014) 'nın (n=202) diyaliz alan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların %61,9'unda başka kronik hastalık olduğu, KBY nedenlerine baktıklarında %38,1'inde HT, %26,7'sinde ise DM olduğu bulunmuştur. Bu veriler çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Görgel (2018) çalışmasında hastaların %83'ünün kadavradan nakile sıcak baktığını saptamıştır. Yıldırım (2015) organ nakli bekleyen hastaların sadece %16'sının canlı bir vericisinin olduğunu belirtmiştir. Kranenburg ve ark. (2005) nakil bekleyen 61 böbrek hastasının, canlı bir vericiden nakil kabul etmeleri konusundaki isteklerini ve güdülerini araştırmış ve hastaların %60'ı kadavradan nakle göre canlı vericiyi tercih ettiklerini saptamıştır. Bunun ana nedeni öncelikle canlı vericiden olan böbreğin daha iyi nitelikte olmasıdır. Bizim çalışmamızda ise hastaların %51,5'i canlıdan nakili tercih ettiğini belirtmiştir. Bunun nedeni olarak hastaların böbrek nakli konusunda istekli olmalarına rağmen sevdikleri birisine zarar gelmesinden ve nakil sonrasında vericiyle psikolojik problemler yaşanmasında korktukları için kadavra nakil listesinde bekledikleri düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların %25,8'inin sigara içtiği görülmüştür (Tablo 1). Çiloğlu'nun (2008) yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarının %20'sinin, Türker (2008)'in yaptığı çalışmada % 6,7'sinin, Mutlu (2013)'nun yaptığı çalışmada ise hastaların %33,8'inin sigara içtiği görülmüştür.

Çalışmada hastaların %71,2'sinin diyetine uyduğu saptanmıştır. Hemodiyaliz hastalarında tedavi başarısında tedavi, diyaliz seansı ve diyet kısıtlamalarına olan uyum oldukça önemlidir. Ancak yapılan pek çok çalışma hastaların diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyumlu olmadığını göstermektedir. Günalay ve ark. (2017) çalışma yaptığı 50 hemodiyaliz hastasının %30'unun, Kaymak (2012) tarafından yapılan çalışmada 105 hastanın %59,1'inin, Akbulut Çavuş (2016)'un çalışmasında %54,1'inin, Ovayolu ve ark. (2007)'nin çalışmasında hastalarının yarısının diyetine uyduğunu, diyetine uymayan kişilerinde hep aynı çeşit yemekten

sıkıldıklarını belirtmişlerdir. Yakar ve ark. (2019) ise çalışmasına katılan 109 diyaliz hastasının %57,8'inin diyetine uyduğunu ve evde kendine özel yemek yaptıklarını saptamıştır.

Malkoç (2019) yaptığı araştırmada prediyaliz hastalarının %86,5'inin, Erol'un (2010) çalışmasında da benzer şekilde hastalarının %82'sinin diyet programına uymasına karşın Efe (2012) 'nin 121 diyaliz hastasıyla yaptığı çalışmada hastaların çok düşük bir oran olan %2,7'sinin diyetine uyduklarını belirtmiştir. Literatürde farklı oranlarda olmasının sebebi hastaların farklı bölgelerde olduğundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.2. Depresyon ile Sosyo-demografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması

Depresyon hemodiyaliz hastalarında en çok görülen psikolojik problemlerden biridir (Çetinkaya ve ark.,2008; Kızılcık, 2009; Altuntaş, 2015; Yanar, 2015; Acar, 2018; Aydın, 2018 Sermenli Aydın, 2018). Çalışmamızda BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) ortalaması $11,85 \pm 6,81$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç literatürdeki birçok çalışma ile benzerlik göstermiştir. Altuntaş (2015) yaptığı çalışmada böbrek nakli bekleyen hastaların depresyon ortalamasını $15,6 \pm 10,2$ bularak anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamıştır. Kızılcık (2009) çalışmasında BDÖ ortalamasını $12,98 \pm 8,44$ olarak bulmuştur. Malkoç (2019) ise vakasında yüksek oranda depresyon saptayarak ortalamasını $17,67 \pm 11,53$ olarak bulmuştur. Ayrıca konuya yönelik yapılan birçok çalışmada HD hastalarında depresyonun daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Diyalizle birlikte birçok kısıtlamalara ve problemlere maruz kalan hastanın depresyon düzeyinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Taşkıntuna ve Özçürümez (2011) de travma ile ilişkili duyguları araştıran çalışmasında organ nakli adaylarının anksiyete ve depresyonun düzeylerinin, bekleme sürecindeki belirsizlik nedeniyle ruhsal açıdan olumsuzluk yaşadıklarını belirlemişlerdir.

Yapılan birçok çalışmada, kadınlarda depresyonun ve anksiyetenin erkeklere oranla daha çok yüksek görüldüğü saptanmıştır. Çalışmamızda kadın olguların (N=29) BDE ortalaması $13,9\pm 7,5$, erkek vakaların (N=37) ise ortalaması $10,2\pm 5,9$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda kadın hastalar ile erkek hastalar depresyon ölçeği puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$)(Tablo 8). Bu çalışmada kadınların BDÖ puan ortalaması; $18,14\pm 12,06$ ve erkeklerin BDÖ puan ortalaması; $11,14 \pm 3,19$ olarak bulunmuştur. Altuntaş (2015) da çalışmasında kadınlarda Beck Depresyon puan ortalamasını 18.3 ± 10.9 , erkeklerde Beck Depresyon puan ortalamasını 12.8 ± 8.5 olup istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Çelik ve Acar (2007) ve Kızılcık (2009) çalışmasında, BDÖ puanını anlamlı olmasada kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olarak belirlemişlerdir. Kadınlarda depresyon puanının yüksek olmasının nedeni olarak kadınların hastalık sürecinde olsa dahi anne, eş, iş kadını rollerini üstlenmeleri ve stresle daha çok karşı karşıya kaldıklarından dolayı olduğunu düşündürmektedir..

Doğduğu yere göre BDE sonuçlarına bakıldığında köy, kasaba ve şehirde doğanların depresyon ortalaması sırasıyla $11,3\pm 6,2$, $16,7\pm 8,2$ ve $10,6\pm 7$ 'dir (Tablo 8). Kasabada doğanlarda daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Malkoç (2019) da çalışmasında doğduğu yere göre depresyon görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır.

Çalışmamızda evli veya bekar olma durumu ile bekk depresyon ölçeği arasında istatiki anlamda bir fark bulunmadı. Sağduyu ve ark. (2006) ve Malkoç(2019)'un yaptığı çalışmalarda da bizim sonuçlarımıza paralel sonuçlar elde etmişlerdir. Hem bu çalışmalarda hem de bizim çalışmamızda fark olmamasının nedeni bireylerin bekar olsa dahi bir aile ortamında olduğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu konuyla ilgili diğer yapılan çalışmalarda, çalışmamıza paralel olmayan çalışma bulguları da saptanmıştır. Ovayolu ve ark (2007), Kızılcık (2009), aile bireylerinin ile ilgili geleceğe yönelik kaygıları daha fazla taşıdığını ifade edip evli olanların depresyon puan ortalamasını bekarlara oranla daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Pehlivan ve arkadaşları ise (2008) bekar olanların evlilere göre depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu konuda daha geniş çapta araştırma yapılması gerekmektedir.

Çalışıyor olma ile depresyon puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$) (Tablo 5). Çalışmayan hastaların depresyon puan ortalamasının yüksek bulunmasının nedeni bireylerdeki hastalığa bağlı olarak iş bulamama, işten çıkarılma ya da zorunlu olarak ayrılma, rol ve statü kayıpları, çaresizlik ve aileye bağımlı olma gibi sorunlardan kaynaklanabilmektedir. Literatürdeki bulgular da çalışmamızı desteklemektedir (Pehlivan ve ark 2008; Kızılcık 2009).

Çalışmamızda aylık gelir ile depresyon puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$) (Tablo 5). Aylık geliri düşük olan hastaların depresyon düzeyi, orta-yüksek olan hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur. Altuntaş (2015) çalışmasında aylık gelir ve depresyon arasında anlamlı bir farklılık saptamamışken Çelik ve Acar (2007) , Pehlivan ve ark. (2008) ve Malkoç (2019) çalışmasında bizim bulgularımızla benzer sonuçlar bulmuşlardır.

Çalışmamızda başka kronik rahatsızlığı olan hastaların depresyon ölçeği puanı ile başka kronik rahatsızlığı olmayanların depresyon ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sağduyu (2006) çalışmasında aynı bulguları saptamış iken Altuntaş (2015) çalışmasında başka kronik rahatsızlığı olan hastalarda depresyon ölçeği puanının başka kronik rahatsızlığı olmayanlara oranla daha fazla olduğunu bulmuştur.

Araştırmaya katılan ve yüksek oranda KBY diyetine uyan hastaların depresyon puan ortalaması diyetine uymayan hastaların depresyon puan ortalaması ile arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığın varlığına göre, Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları arasındaki fark anlamlı olarak bulunmazken Keskin (2015) yaptığı benzer bir çalışmada diyaliz hastalarının başka hastalığın varlığına göre, Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur.

Çalışmada diyalize girme yılı ile depresyon ölçeği puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Keskin (2015) çalışmasında diyalize girme yılıyla birlikte Beck Depresyon Ölçek ortalama puanının yükseldiğini belirlemiştir. Silva ve arkadaşları (2014) böbrek nakli bekleyen 50 hasta ile yaptığı çalışmada bekleme süresiyle depresyon arasında bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Demirbilek ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, hemodiyaliz tedavisi gören 85 hastaya, hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) uygulanmış; hastalık süresi arttıkça depresyon puanlarının da artış gösterdiğini belirtilmiştir. Diyaliz yılıyla paralel olarak depresyon ortalamalarının yükselmesi, zamanla hastanın yükünün ve tükenmişliğinin artması ile açıklanabilir

5.3. Kaygı ile Sosyo-demografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması

Özadli (2019) böbrek nakli bekleyen hastalarda durumluluk kaygı ortalamasını $35,27 \pm 9,457$, Süreklilik kaygı ortalamasını $39,90 \pm 7,563$ olarak, Mutluay (2012) Geriatrik kanser hastalarında kaygıyı belirlemek için yaptığı çalışmada Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamalarının $49,75 \pm 5,98$ ve Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının $43,04 \pm 5,45$ olarak belirlemiştir. Çalışmamız literatürdeki birçok çalışmaya benzerlik göstermiş ve STAI Durumluluk ortalaması $47,55 \pm 3,45$, STAI Süreklilik ortalaması $50,05 \pm 6,40$ olarak bulunmuştur.

Özadli (2019) böbrek nakli planlanan hastalar ve vericileriyle yaptığı çalışmada durumluk sürekli kaygı ölçeği puanları, alıcı ve vericilerin cinsiyetine göre karşılaştırıldığında istatistiksel fark saptamamıştır. Özdemir (2010), yaptığı çalışmasında da cinsiyete göre alıcı ve vericilerin durumluluk sürekli kaygı puan ortalamalarında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bulantekin (2008) çalışmasında bayanların anksiyete ortalama puanını erkeklere göre daha yüksek olarak belirlemiştir. Çalışmamızda alıcı ve vericilerin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanlarının, böbrek nakli bekleyen hastaların cinsiyetine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına karşın kadınların durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği puanı daha yüksek bulunmuştur. Araştırmadaki bulgularımız diğer bulgular ile paralellik göstermektedir. Kadın hastaların kaygı

düzeylerinin; daha duygusal olmaları, ev ve aileden uzaklaşma, diyalize girme halinde evdeki işlerinin aksadığı ve çocuklarının bakımını aksatmaları nedeniyle artmış olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan böbrek nakli bekleyen hastaların durumluk sürekli kaygı ölçeği puanları, medeni durumlarına göre aralarında farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5). Özadlı (2019)'nın çalışmasında araştırmasına katılan alıcı ve vericilerin durumluk sürekli kaygı ölçeği puanları, medeni durumlarına göre karşılaştığında arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmamasına karşın evli alıcıların durumluk sürekli kaygı ölçeği durumluk kaygı boyutu ve sürekli kaygı boyutu puanlarının evli vericilerin puanlarına göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Biçersoy (2015), yaptığı çalışmada hastaların medeni durumuna göre durumluluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatür bulguları ile çalışmamızın bulgusu benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda bir işte çalışıyor olmanın yaşam kalitesi, kaygı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Benzer olarak Bulantekin (2008) de çalışmasında anlamlı bir sonuç saptamamıştır. Çalışmayı kabul eden hastaların %83.7'sinin herhangi bir işi yoktu. Anlamlı bir fark olmamasının nedenini örneklem sayısının az olduğuna bağlamaktayız.

Çalışmamızda ekonomik gelir ile sürekli ve durumlu kaygı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Özadlı (2019)'nin çalışmasında araştırmaya katılan alıcı ve vericilerin durumluk sürekli kaygı ölçeği puanları, gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Durumluluk Kaygı Ölçeği; kişinin belirli bir an ve durumlarda kendini nasıl hissettiğini belirlemekte, Sürekli Kaygı Ölçeği ise, durum ve koşullardan bağımsız genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler. Özadlı (2019) araştırmasına katılan alıcıların durumluk sürekli kaygı ölçeği puanları, alıcıların böbrek yetmezliği dışında bir kronik hastalığı olma durumuna göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirlemiştir. Çalışmamızda ise başka

kronik hastalığı olan hastalarla Süreklilik kaygı ölçeği ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kronik hastalık geri dönüşümsüz olup belirli ilaç ve diyet disiplinine uymak gerektirir. Bu durum hastalarda sürekli olarak anksiyetesini arttırmış olabilir.

Bu çalışmada diyet uygulayan hastalarla durumluluk kaygı ölçeği ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fakat diyetini uygulayan hastalarda, uygulamayanlara göre süreklilik kaygı ölçeği ortalaması daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bunun nedeni hastanın mevcut prognozunun daha kötüye gitmesinin korkusuyla KBY diyetine uymayı tercih etmesi olabilir.

Aydın (2018) çalışmasında diyalize girme yılıyla Sürekli ve durumlu kaygı ölçeği arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Çalışmamızda da literatür bulgularına benzerlik göstermiş olup anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

5.4. Yaşam Kalitesi ile Sosyo-demografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması

Bu araştırmada böbrek nakli bekleyen hastaların sekiz alt boyutta değerlendirilmiştir ve en fazla etkilenen boyutun mental fonksiyon, hiç etkilenmeyen boyutun ise fiziksel işlev olduğu gözlenmiştir (Tablo 5). Kaymak (2012) mental fonksiyon ortalama puanının diğer yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlardan daha yüksek olduğunu saptarken; Hacıhasanoğlu ve Yıldırım (2009), Karabulutlu ve Tan (2005) ve Yıldırım ve ark. (2010)'nın hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmalarda genel sağlık anlayış puanı diğer yaşam kalitesi alanlarından alınan ortama puanlardan daha yüksek olarak bulmuşlardır. Akbulut Çavuş (2016) çalışmasına aldığı 72 diyaliz hastasının SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine göre değerlendirdiğinde; diyalize giren hastalarda yaşam kalitelerinin, sağlıklı gruptaki insanlara göre yaşam kalitelerinde daha çok düşük olduğunu belirlemiştir. Yatkın (2009) çalışmasında böbrek nakli alıcısı ve vericisini 1 yıl boyunca takip etmiş ve nakil olduktan sonra hem alıcının hem de vericinin yaşam kalitesinde yükselme olduğunu belirlemiştir.

Çalışmamızda kadın hastalar ile erkek hastaların yaşam kalitesi ölçeği puanları karşılaştırıldığında fiziksel ve sosyal yeti alanında, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü ve ağrı boyutunda alanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken fiziksel rol güçlüğü boyutunda anlamlı olarak kadınlarda daha düşük bulundu. Mittal ve ark. (2001), Kızılcık (2009) ve Kaymak (2012) tarafından yapılan hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda da benzer şekilde erkeklerin fiziksel fonksiyon durumunun kadınlardan daha iyi olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamıza katılan hastaların cinsiyetine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği-SF 36 alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; erkeklerin fiziksel fonksiyon alt grup puan ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Erkeklerde fiziksel yaşam kalitesi boyutunun daha yüksek olmasını, kadınların aile yaşamında üstlendikleri görev ve sorumlulukların daha fazla olduğundan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yaş ile fiziksel fonksiyon ve mental fonksiyon alanlarının diğer yaşam kalitesi alanlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Yaş ile birlikte fonksiyonel yetersizlik birlikte görüldüğünden yaş artışıyla birlikte olarak yaşam kalitesinde bozulmalar beklenen bir sonuçtur. Diyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile ilgili yapılan pek çok çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü ilişki olduğu bildirilmektedir (Ünal, 2005; Koçer, 2006; Üstün, 2006; Kaymak, 2012).

Hastaların doğduğu yere göre yaşam kalitesi incelendiğinde; Kaymak (2012) çalışmasında ilde yaşayanların sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlığın algılanması alanlarının ilçede ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiş ve saptanan bu bulgular şehirde yaşayanların sağlık kurumlarına daha kolay ulaşabildiğini ve sağlıklarına daha çok özen gösterdiğini düşündürmüştür. Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak bir ilişki görülmemektedir. Bunun nedeni Çanakkale ilinin tüm ilçelerinde diyaliz merkezi ve sağlık kuruluşu bulunduğu için olabilir.

Medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo14); her iki hasta grubunda da yaşam kalitesi boyutlarının hepsi için medeni durumun etkisiz bir olduğu görülmüştür. Literatüre baktığımızda Altıntepe ve ark. (2005), Ören (2010) ve Kaymak (2012) yaptıkları çalışmalarında medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit ederek araştırmamızı desteklemektedir. Ancak Kaplan (2012) yaptığı benzer çalışmada bekar olanların yaşam kalitesinin evli olanlara göre daha yüksek olduğunu, Acaray (2004), Değirmenci Saltürk (2006), Sağduyu ve ark.(2006) ve Kızılcık (2009)'ın çalışmalarında da aynı sonucun elde edilmiş ve bu durumun nedeni olarak bekar olanların sorumlu olduğu ve aile bireylerine bakmak zorunda olmadığı için hastalığın sosyal etkilerinden daha az etkilendiğini düşündürmüştür.

Eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların eğitim düzeyi ile mental sağlık alt grup puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo 12). SF-36' nın diğer alanlarında da eğitim durumuna göre farklılık olmasına rağmen, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Eğitim düzeyiyle birlikte yaşam kalitesi puan ortalamasının yükselmesi beklenen bir sonuçtur. Eğitimle birlikte daha eleştirel ve pozitif sağlık anlayışı içinde olmaları, değişen koşullara uyum sağlayabilmeleri, hastalık belirtilerini daha iyi yönetebildiği için yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir. Yaptığımız çalışmada tüm yaşam kalitesi boyutlarında olmasa da, genel olarak eğitim seviyesinin artmasına paralel olarak yaşam kalitesinin de arttığı saptanmıştır. Yapılan pek çok çalışmadaki bulgular, bizim bulgularımız ile uyumludur (Acar ve Pınar, 2004; Ünal ve Bilge, 2005; Kızılcık, 2009; Kaymak, 2012).

Çalışmamızda hastaların çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkinin olmadığı, ancak Altıntepe ve arkadaşlarının(2005), Ovayolu (2005) ve Kızılcık (2009)'ın yapmış oldukları çalışmalarda çalışan HD hastalarının yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Mevcut çalışma sonucu, ulaşılabilen literatür sonuçları ile uyumlu değildir. Bu çalışmada emekli hasta sayısının diğer çalışmalardan fazla olması bu sonuçta etkili olmuş olabilir (Tablo 1).

Çalışmamızda sigara içme durumu ile yaşam kalitesi alt boyutunun puan ortalamaları karşılaştırıldığında sigara içmeyenlerin Sosyal işlev ve Zindelik/Yorgunluk alanında puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Kaplan (2012)'nin çalışmasında ise sigara kullanma ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum hastaların çoğunluğunun sigara kullanmaması ile açıklanabilir.

Ek olarak diyabet hastalığı olan hastaların fiziksel ve sosyal işlevlerin diyabet olmayanlara göre istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur. Kaymak (2012) ve Ören (2010) hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda elde ettikleri bulguları bizim bulgularımızı desteklemektedir.

Kaplan (2012) ise çalışmasında diyet uygulama ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır

5.5. Sosyo-demografik Özellikler ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Nakil bekleme sürecinde hastalar, yaşadıkları umutsuzluk, korku, anksiyete gibi duygularla baş etmeye çalışırlar. DSÖ raporunda ruh sağlığını koruyucu faktörler arasında ailenin ve dostların sosyal desteğinin önemi kanıtlara dayalı olarak açıklanmıştır (İnal 2018). Çalışmamızda böbrek nakli bekleyen hemodiyaliz hastalarının algılanan sosyal destek ölçeği puanı yüksek olduğu ve en büyük desteği ailelerinden aldığı belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında Yatkın (2009) ve Yaman (2016) da bireylerin aileleriyle daha çok vakit geçirdiği için en büyük desteği ailelerinden aldığını belirtmişlerdir.

Yıldırım ve Bayraktar (2017) çalışmasında böbrek nakli bekleyen hastaların %54'ünün, Gerogianni ve ark.'nın (2016) yaptıkları çalışmada kronik böbrek yetersizliği olan ve diyaliz tedavisi gören hastaların %52.0'sinin, Duran ve Güngör'ün (2015) yaptıkları çalışmada hastaların %78.0'inin ailelerinden destek aldığı bildirilmektedir. Karadağ ve ark. (2019) tarafından 100 hemodiyaliz hastası ile

yapılan çalışmada, bireylerin sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu; aileden algılanan sosyal destek düzeyinin arkadaşlara ve diğer bireylerden algılananlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Mısıtık ve ark.(2017) tarafından 122 hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi gören birey ile gerçekleştirilen çalışmada; bireylerin algılanan sosyal destek düzeyleri yüksek olarak bulunurken, bireyler sosyal desteği en yüksek düzeyde ailelerden, sonra arkadaşlardan ve daha sonra da kendileri için önemli bir kişiden aldıklarını belirtmişlerdir. Karadağ ve ark.(2013) tarafından 73 hemodiyaliz tedavisi gören birey ile yapılan çalışmada; hastaların en çok ailelerinden destek aldıkları, arkadaşlarından veya önemli bir kişiden aldıkları desteğin daha az olduğu saptanmıştır. Kaya ve ark.(2012) tarafından 40 hemodiyaliz ve 40 periton diyalizi tedavisi gören birey ile yapılan çalışmada; hemodiyaliz hastaları en fazla sosyal desteği ailelerinden, ardından arkadaşlarından ve özel diğer bireylerden aldıklarını belirtmişlerdir. Çınar (2009) tarafından 134 hemodiyaliz hastası ile yapılan çalışmada bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin iyi düzeyde olduğu görülürken aileden algılanan desteğin arkadaşlar ve diğer kişilerden algılanandan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine benzer bir çalışmada Kaçmaz ve Barlas (2014) hastaların zor bir durumda kimden destek aldığı sorulduğunda; %61,1'inin ailesinden, %38,9'unun eşinden destek aldığı görülmüştür. Hastaların en büyük desteği ailelerinden almaları bu stresli süreç ile baş etmeleri açısından oldukça olumlu bir sonuçtur.

Cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi ile algılanan sosyal destek puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$). Ancak doğduğu yer şehir olan hastaların algıladıkları arkadaş boyutu diğer algılanan sosyal destek alt boyutuna göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Paralel olarak Pehlivan (2008) çalışmasında paralel olarak eğitim durumu hariç yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve gelir düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Yaman (2016) ise kadınlarda algılanan sosyal desteğin erkeklere göre daha yüksek olduğunu fakat yaş, medeni durum ve yaşadığı yer ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulmamıştır.

Diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka kronik hastalığın varlığına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel insan alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Keskin (2015) benzer bir çalışmada böbrek yetmezliği dışında başka bir kronik hastalığı olan hastalarda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin tüm alt gruplarının puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Bireyler bu kronik hastalık durumundan psikolojik olarak etkilenirler, aileleri ve yakınları ile daha fazla zaman geçirip ve iletişim halinde olmak isterler. Böylece aldıkları sosyal destek sayesinde psikososyal yönden daha uyumlu ve iyi olurlar.

Çalışmada diyalize girme süresi ve böbrek nakli bekleme süresi ile çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Fakat Demirbilek (2010)'in çalışmasına katılan 85 diyaliz hastasında, Keskin (2015)'in çalışmasına katılan 197 diyaliz hastasında hastalık süresi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi puanları arasında da anlamlı olarak fark tespit edilmiştir. >10 yıl grubunun sosyal destek ortalama puanları göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu konuyla ilgili daha detaylı çalışma yapılması gerekmektedir.

5.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Beck Depresyon Envanteri ve Stai Kaygı Ölçeğine İlişkin Verilerin Tartışılması

Hastaların nakil bekleme sürecinde diyaliz tedavisine devam etmek zorunda olmaları, diyaliz tedavisinin zaman alması, diyaliz sonrasında yorgunluk, halsizlik gibi fiziksel sorunlar ve psikolojik problemler yaşamaları iş, aile ve sosyal hayatlarında aksamalar olmasına neden olabilmektedir (İnal 2018). Ailelerden, arkadaşlardan ve bakım vericilerinden gelen sosyal destek, hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal stresörleri azaltılarak tedavi rejimine artan bir uyum göstermelerine yardımcı olmaktadır (Gerogianni, 2014; Oktay, 2019)

Ceyhun (2009) ve Yaman (2016) ' in yaptığı çalışmalarda, anksiyete ve depresyon artarken ters orantılı olarak sosyal destek algısı azaldığı belirtmişlerdir. Mollaoğlu' nun (2011) yaptığı çalışmada ise sosyal destek puanı yüksek olan

hastalarda anksiyete düzeyinin düşük olduğu görülmüştür. Çalışmada, bu süreçte hastaların en çok desteği ailelerinden alarak ve nakil bekleme listesinde olan diğer hastalar ile görüşerek hastalıkla baş etmeye çalıştıkları belirlendi. Krespi (2017), çalışmasına katılan 250 hemodiyaliz hastasının algıladığı sosyal desteğin bütün alt boyutları ile anksiyete ve depresyon arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu saptamıştır. Tander ve diğer.'nin (2008) yaptığı çalışmada hastaların Beck Depresyon Ölçeği skorları ile negatif korelasyon tespit etmiştir.

5.7. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin SF-36 Yaşam Kalitesi ile arasındaki ilişkinin Tartışılması

Özkaya (2019) inmeli hastalarla yaptığı çalışmasında depresyon ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, yaşam kalitesi ve sosyal destek arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki saptamıştır. Canpolat (2018) da diyabetik ayak olgusu olan hastalarla yaptığı çalışmada sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeyinin orta düzeyinin üzerinde olduğunu ve arasında ilişki olduğunu belirtmiş, bu sonuçlara dayanarak destek kaynaklarına eğitim verilerek hastaların yaşam kalitesini iyileştirmesini önermiştir. Çalışmamızda da sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında nispeten bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu ilişki pozitif yöndedir. Bu bulgular diğer araştırmaların bulguları ile paralel olarak hemodiyaliz hastalarının sosyal desteklerinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Böbrek nakli bekleyen KBY hastalarının algıladıkları sosyal desteğin depresyon, kaygı ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulgularına göre aşağıdaki sonuçlara varılmıştır:

- Böbrek nakli bekleyen hastaların yaş ortalaması $55,5 \pm 17,01$ olup %, 56,1'i erkektir. %71,2'si evli, %50'si ilköğretim mezunu, %16,7'si çalışıyor ve %62,1'nin orta düzeyde aylık geliri vardır. (Tablo 1);
- Çalışmamızda hastaların tanı süresinin ortalama $4,23 \pm 5,61$ olduğu ve ortalama $2,47 \pm 1,82$ yıldır böbrek nakli bekleme listesinde olduğunu ifade etmiştir. %66,7'sinin ek kronik bir hastalığı mevcutken %51,5'i canlıdan böbrek naklini tercih ettiğini belirtmiştir.
- Çalışmamızda hastaların %74,3'ü sigara, %92,4'ü alkol tüketmemektedir.
- Çalışmamızda böbrek nakli bekleyen hastaların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması $11,85 \pm 6,81$ hafif depresyon olduğu bulunmuştur (Tablo 3); Durumluluk Kaygı ölçeği puan ortalaması $47,55 \pm 3,45$, Süreklilik Kaygı Ölçeği puan ortalaması $50,05 \pm 6,40$ olarak belirlenmiştir.
- Böbrek nakli bekleyen hastaların depresyon görülme durumunu cinsiyet, çalışma durumu, ekonomik gelir ve diyalize girme yılının etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 5, Tablo 6);
- Böbrek nakli bekleyen hastaların Durumluluk Kaygı ölçeği ortalama puanının demografik bilgilerin hiçbirinden etkilenmediği saptanmıştır ($p > 0,05$) (Tablo 5, Tablo 6)
- Böbrek nakli bekleyen hastaların Süreklilik Kaygı ölçeği ortalama puanını başka kronik hastalık olma durumundan ve diyet uygulama durumunda daha yüksek çıkmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 5);
- Araştırmadaki hastaların SF yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması en yüksek olarak fiziksel işlev, genel sağlık algısı, mental sağlık, sosyal işlev ve Zindelik/yorgunluk olarak takip ettiği belirlenmiştir. En düşük mental rol, fiziksel rol ve ağrı olarak takip ettiği belirlenmiştir.
- Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; erkeklerin fiziksel rol düzeylerinin daha yüksek, okur-yazar olmayanın mental sağlığı daha

düşük, sigara içenlerin fiziksel rol ve zindeliklerinin daha yüksek, diyabeti olmayanların olanlara göre fiziksel ve sosyal işlevin daha yüksek ve diyet yapmayanlarda sosyal işlevin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Böbrek nakli bekleyen hastalarda yaşın artmasıyla birlikte yaşam kalitesinin de düştüğü saptanmıştır. (Tablo 9)
- Böbrek nakli bekleyen hastaların sosyal destek düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu ve aileden alınan sosyal desteğin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 17)
- Hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, diyalize girme süresi ve böbrek nakli bekleme süresinden etkilenmediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 18, Tablo 19)
- Şehirde doğan hastaların algıladıkları sosyal destek toplam ölçek puanı köy ve kasabaya göre daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p<0,05$)(Tablo 18);
- Başka kronik hastalığı daha olan hastaların algıladıkları sosyal destek özel insan boyutu daha düşük olarak belirlenmiştir(Tablo 18);
- Böbrek nakli bekleyen hastaların depresyon puan ortalaması ile algıladıkları sosyal desteğin tüm alt boyutları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yani depresyon düzeyi arttıkça hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi azalmaktadır(Tablo 20);
- Hastaların Sürekli Kaygı ölçeği puan ortalamaları ile algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır($p>0,05$)
- Böbrek nakli bekleyen hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından Fiziksel işlev ve mental sağlık düzeyleriyle algıladıkları sosyal destek alt boyutları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$)(Tablo.21)

Sonuç olarak; ülkemizde organ nakli beklenen düzeyin oldukça altındadır ve bekleme listesinde olan hastaların sayısı da sürekli olarak artmaktadır. Hastalarda ve

yakınlarında yaşanan bu belirsizlik, depresyon ve anksiyete sorunlarının artmasına sebep olurken yaşam kalitesini de etkilemektedir. Bu bağlamda;

- Organ bağışı konusunda önemli rol oynayan hemşirelerin bu konuda eğitime tabi tutulmalıdır,
- Hastalara eğitim programları düzenlenerek tedaviye uyumu sağlanmalıdır,
- Böbrek nakli bekleme listesindeki hastalarının psikolojik problemler açısından belli periyotlarda değerlendirilmeli, semptomlar açısından takip edilmelidir,
- Organ transplantasyonu merkezlerinde psikolog ve psikiyatrist bulunmalı,
- Hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için hemşirelik bakımı kalitesi artırılmalı,
- Böbrek nakli bekleyen hastaların nakile yönelik kaygıları dikkate alınmalı, hastaların fizyolojik durumlarının yanı sıra psikolojik ve sosyal gereksinimlerini de destekleyerek kişisel bakım planı oluşturulmalı ve yeterli bilgilendirme sağlanmalıdır.
- Hastalara farklı zamanlarda yaşam kalitesi ölçeğinin uygulanıp değişimler takip edilmelidir,
- Sosyal desteğin iyileşme sürecindeki önemi dikkate alınarak hastanın sosyal destek ağlarının da tedavi sürecine dahil edilmesi ve bunun önemi konusunda gerekli bilgilendirmelerin yapılması
- Organ nakli bekleyen hastalar ve yakınlarının gerektiğinde başvurabileceği danışmanlık hizmeti veren merkezlerin oluşturulması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Acar AE. Kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerine etkisi. 2011, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 78 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. A. Dilek GÜLDAL)
- Acar A, Pınar R. Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 8 (1): 1-11.
- Acar D. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda tedaviye uyumla ilişkili faktörler: Anksiyete, depresyon, hastalık algısı. 2018, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans, 101 sayfa, Aydın, (Doç. Dr. Zeynep GÜNEŞ)
- Akbulut Çavuş Ö. Hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyetle uyumları ile yaşam kalitesi düzeylerinin değerlendirilmesi: Türk Böbrek Vakfı diyaliz merkezi örneği. 2016, Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 106 sayfa, Tekirdağ, (Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul Üstün GEYİK)
- Akın S, Durna Z. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2006; 10: 1-8.
- Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı 1. 2008, Ceylan Ofset Yayıncılık, Samsun, S:81-95
- Aksoy A. Oğur S. Bitlis İlinde Rutin Olarak Diyaliz Ünitesine Bağlanan Diyaliz Hastalarının Sıkıntı Durumlarının Belirlenmesi. BEÜ Fen Bilimleri Dergisi 2015;4(2), 112-121,
- Alacadağ M. Gününbirlik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeyleri ve bilgi gereksinimleri. 2016, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 92 sayfa, Trabzon, (Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR)
- Albal E. Depresyonla başa çıkmada öz yeterlik ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. 2009, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 132 sayfa, İstanbul, (YARD. DOÇ. DR. YASEMİN KUTLU)

- Albayrak G. Diyaliz hastalarında psikososyal uyum ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişki. 2018, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 120 Sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Sevda ASQAROVA)
- Altıntepe L, Güney İ, Türk S, Tonbul HZ, Yeksan M. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi,2005; 14(2): 85-89
- Altuntaş T. Karaciğer nakli için bekleyen hasta ve hasta yakınlarının organ transplantasyonundan beklentileri ve yaşadıkları güçlükler. 2013, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 150 Sayfa, Ankara, (Öğr. Gör. Dr. Sevil GÜLER DEMİR)
- Altuntaş E. Böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi. 2015, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Cemal Ata BOZOKLAR)
- Arısoy S. Böbrek nakil başarısının izlenmesi için bir karar destek aracı. 2019, Başkent Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Berna DENGİZ)
- Auneaus Enjalbert L, Hardouin J.B, Blanchin M, Giral M, Morelon E, Cassuto E, Meurette A, Sebillle V. Comparison of longitudinal quality of life outcomes in preemptive and dialyzed patient on waitin list for kidney transplantation. Quality of life research. 2019
- Aydın A. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda müzik terapinin ağrı, yorgunluk, anksiyete ve kaşıntı semptomları üzerine etkisi. 2018, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 49 Sayfa, Gaziantep, (Yrd. Doç. Dr. Sevgin SAMANCIOĞLU BAĞLAMA)
- Aydın, Z. Uygulanan sistematik eğitimin hastaların klinik sonuçlarına etkisi. 2014, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 95 Sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN)

- Başaran D, Şahin Altun Ö, Kaban F, Ecdar T. Hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2016; 1. S:9-16
- Baştürk B, Haberal M. Transplantasyon İmmünolojisi. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*. 2004, 15 (3): 120-125.
- Baydoğan M, Dağ İ. Hemodiyaliz hastalarındaki depresiflik düzeyinin yordanmasında kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(1).
- Bayhan B. Organ nakli hastalarında Immunsupresif Tedaviye Uyum Ölçeği'nin (ITUÖ) Türkiye'de geçerlik güvenilirliği. 2014, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 96 Sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Özgül KARAYURT)
- Bayın Donar G. Diyaliz tedavisi alan hastaların sağlık hizmeti kullanımını ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 2019, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Doktora Tezi, 248 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Mehmet TOP)
- Bayraktar S. Organ Nakli ve Psikolojik Yaşam. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2013
- Beşer E, Kara S, Dicleli T, Günay O. Kayseri İlindeki hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve ilişkili faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2010; 8(2)
- Biçersoy G. Günübirlilik cerrahi hastalarının ameliyat öncesi kaygı düzeyleri. 2015, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, 76 Sayfa, Malatya, (Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL)
- Bozdağ F. kardiyak cerrahi yoğun bakım ünitesinde çocuğu olan annelerde anksiyete, depresyon, algılanan sosyal destek ve yaşam doyumu. 2018, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 56 sayfa, Kayseri, (Dr. Öğr. Üyesi Öznur BAŞDAŞ)
- Bulantekin Ö. Prediyaliz hasta grubunda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 2008 , Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 83 Sayfa, Afyonkarahisar, (Doç. Dr. Serap DEMİR)

- Burns T, Fernandez R, Stephens M. The experience of waiting for a kidney transplant: A qualitative study. *Journal of Renal Care* 2017; 43(4), 247–255.
- Byers DJ, Mona NW, Beard TH. Depressive symptoms and health promotion behaviors of African-American women who are family caregivers of hemodialysis recipients. *Nephrol Nurs J* 2011;38:425-31
- Canpolat M. Diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. 2018, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 55 Sayfa, Malatya, (Dr. Öğr. Üyesi Seyhan ÇITLIK SARITAŞ)
- Caplan, N., Nelson, S.D. On being Useful: The Nature and Consequences of Psychological Research on Social Problems. *The American Psychologist*, 1973;28 (3) 99-211.
- Ceyhun HA. Son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle böbrek nakli yapılan hastalarda psikiyatrik belirti ve tanı dağılımı, 2009, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anadilim Dalı, , Uzmanlık Tezi, 139 Sayfa, Erzurum,(Prof. Dr. İsmet KIRPINAR)
- Cohen S. Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 2004; November: 676-684.
- Conchol M, Spiegel DM. Kronik Böbrek Yetmezlikli Hasta. *Nefroloji El Kitabı*. Ed.: R. W. Schrier, Çev. Ed.: G. Süleymanlar. Çev.: A. Yavuz. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007
- Çaylan AK, Tüleylioğlu M, Hülür Ü, Ekinci S. Ulusal organ bilgi sistemi Türkiye. VII Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Bildirileri. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara. 2010, S: 99-108
- Çelik HC, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2007;12(1):23-27
- Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45: 78-84

Çınar S. Psychosocial adjustment and social support in hemodialysis patients. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 2009, 1:12-8.

Çınaroğlu S. organ naklinde piyasa tasarımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2017; 20(1): 109-124

Çiloğlu H. Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarının beslenme durumları ile serum folik asit ve homosistein düzeylerinin incelenmesine yönelik bir çalışma. 2008, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 98 Sayfa, Ankara (Tez Danışmanı Prof. Dr.Neslişah Rakıcıoğlu)

Cürcani M. Böbrek transplantasyonu yapılmış hastalara verilen eğitimin hastaların yaşam kalitesi, tedaviye uyumları ve yaşadıkları ruhsal sorunlar üzerine etkisi. 2008, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 58 sayfa, Erzurum, (Doç. Dr. Mehtap TAN)

Çolakdalcı A. Karaciğer nakli uygulanan hastalarda yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi. 2012, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, 88 Sayfa, Malatya, (Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL)

Dadalı Z. Hemodiyaliz ve prediyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. 2009, Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri Birimi, Uzmanlık Tezi, 61 Sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Erhan KURT)

Dane E, Olgun N. Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılık durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2016. 1 S:43-54

Danovitch Gm. Hariharan S, Pirsch J, Rush D, Roth D, Ramos E, Starling Rc, Cangro C, Weirmr. Management of the waiting list for cadaveric kidney transplants: report of a survey and recommendations by the clinical practice guidelines committee of the american. Society Of Transplantation. Journal Of The American Society Of Nephrology 2002;13: 528–535,

- Değirmenci Saltuk AG. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin diyaliz yeterliliği ile ilişkisi. 2006, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi III.Dahiliye Kliniği, Uzmanlık tezi, 56 sayfa, İstanbul, (Doç.Dr. Hilmi ÇİFTÇİ)
- Demirbilek H, Ciğerli O, Yakupoğlu Ü, Turhan F, Erman M, Köse A, Özdemir N. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete ve depresyona psikososyal bakış açısı. *Göztepe Tıp Dergisi*, 2010; 25(4), 177,181
- Deveci M, Ahmetoğlu E. Zihin engelli çocuğu olan ailelerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin incelenmesi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018: 04 (02)
- Dil S, Aykanat Girgin B. Hemşirelik öğrencilerinin öfke, umutsuzluk, stresle baş etme düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2016;7(3):121–128
- Dönmez G. Diyaliz hastalarında sosyal destek ve öz bakım gücünün umutsuzluk ve yeti yitimi üzerine etkisi. 2019, Adana Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Adana (Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY)
- Duran S, Güngör E. Diyaliz hastalarının duygusal ve sosyal sorunlarının belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2015; 41 (2) 59-63
- Durmaz Akyol A. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2016 1. Sayı S:17-33
- Efe D. Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumu ve etkileyen faktörler. 2012, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 123 Sayfa, Kayseri, (Yrd. Doç. Dr. Semra KOCAÖZ)
- Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001;12(1), 18.
- Emre H. Diyaliz hastalarında hastaneye yatış nedenlerinin değerlendirilmesi. 2013, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 95 Sayfa, Van, (Doç. Dr. Yasemin USUL SOYORAL)

- Erbilim S, Canikli İC ve Titiz İ. Nakil sürecinde uzun bekleme süresi ve hemşirenin rolü. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi. 2005, 14 (1): 140.
- Ercan F. Hemodiyaliz uygulanan hastaların umutsuzluk ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi. 2016, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 73 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Satı DEMİR)
- Erdoğan Z, Çınar S, Şimşek S. Hemodiyaliz hastalarında tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumu ve umutsuzluk düzeyi ile ilişkisi. Spatula DD. 2013; 3(3):107-112
- Erek E, Serdengeçti K, Süleymanlar G:Türkiye’de nefroloji-diyaliz ve transplantasyon. Registry 2003. Türk nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul, 2004
- Erkiral C. Hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 2014, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 136 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM)
- Erol N. Diyaliz tedavisine başlanmayan kronik böbrek yetmezliği hastaları ile hemodiyaliz tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. 2010, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisan Tezi, 115 Sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Birsen YÜRÜGEN)
- Feroze U, Martin D, Kalantar-Zadeh K, Kim JC, Reina-Patton A, Kopple JD. Anxiety and depression in maintenance dialysis patients: preliminary data of a cross-sectional study and brief literature review. Journal of Renal Nutrition 2012: 207-210.
- Fırat H. Hemodiyaliz hastalarına uygulanan grup eğitiminin hastaların psikososyal uyum ve öz-bakım gücüne etkisi. 2013, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 92 Sayfa, İstanbul (Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR)
- Genç R. Türkiye’de ve dünyada organ transplantasyon cerrahisi: Transplantasyon lojistiğinin yönetimi. Türk Cerrahi Dergisi. 2009. Cilt 25 S.1
- Gerogianni S, Babatsikou F, Gerogianni C, Panagiotou M, Psimenou E. Social Life of Patients Undergoing Hemodialysis. International Journal of Caring Sciences 2016; 9(1): 122

- Gerogianni SK, Babatsikou FP. Social aspects of chronic renal failure in patients undergoing haemodialysis. *International Journal of Caring Sciences*, 2014, 7:740-745
- Girgin Yılmaz A. Hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında depresyon, kaygı, benlik saygısı ve sosyal uyumun değerlendirilmesi ve karşılaştırılması. 2014, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 50 sayfa, Bursa, (Prof. Dr Mahmut YAVUZ)
- Gitlin MH, Sayama TH ve Gaston RS. Böbrek Naklinin Psikososyal ve Ekonomik Boyutları. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: G. M. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: Ögüş, M., M. Yurtkuran. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003
- Goodman WG ve Danovitch GM. Son Evre Böbrek Hastalarında Seçenekler. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: G. M. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: A. Ersoy, M. Yurtkuran. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003. 36
- Gómez-Besteiro, MI, Santiago-Pérez, MI, Alonso-Hernández, A., Valdés-Cañedo, F. ve Rebollo-Alvarez, P. Validity and reliability of the SF-36 questionnaire in patients on the waiting list for a kidney transplant and transplant patients. *American Journal of Nephrology*, 2004; 24(3):346-51
- Gökçe S. Renal replasman tedavisi alan hastalarda yaşam kalitesi. 2010, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, 94 sayfa, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Selçuk KÖKSAL)
- Görgel AF, Yılmaz T, Kesler F, Aydın G, Yavuz Coskun D, Demircioğlu D, İnanç E, Altunören O, Yılmaz Mİ. Hemodiyaliz hastalarının böbrek nakline bakış açısı. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2016; 25 (3): 269-272
- Gurlaş KÇ. Diyaliz tedavisi alan hastaların öz yeterlilik ve sosyal destek düzeyleri. 2016, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Kayseri, (Yrd. Doç. Dr. Songül GÖRİŞ)

Günelay S, Taşkıran E, Mergen H. Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunun değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Tıp Dergisi, 2017; 3(1), 9-14

Gürkan A, Gülhan Y, Tilif S, Gül Y. Son dönem böbrek yetmezlikli hastaların böbrek nakli merkezlerinden haberdar olma yolları. Ulusal Cerrahi Dergisi 2012; 28(1): 26-30

Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A. Evaluation of quality of life and the power of self-care in hemodialysis patients. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;25(1): 87-100

Hazerli D. Tüberküloz hastalarında sosyal destek algısının tedaviye uyuma etkisi. 2010, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 99 sayfa, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK)

Helderman HJ, Garol S. Organ nakli İmmünobiyolojisi. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: Danovitch GM. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: T. Karpuzoğlu. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.

Işıldar A. Diyaliz hastalarının eşlerinin empatik eğilim ve empatik becerisi ile diyaliz hastalarının hayat kalitesi arasındaki ilişki. 2018, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 90 sayfa, İstanbul (Yard. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver)

İn H. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda cilt kuruluğu ve dermatolojik yaşam kalitesi. 2019, Yozgat Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ortak Yüksek Lisans Programı, 98 sayfa Yozgat (Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA)

İnal R, Taze S, Yayla R. Ulusal böbrek nakli bekleme listesinde olan hastaların duyu durumlarının değerlendirilmesi. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2018:1-8 (13)

İnci A, Çoban M, Sarıkaya M, Maden Ü. Prediyaliz kronik böbrek hastalarında kesitsel bir çalışma: yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi. 2017;18: 130-135.

Kacaroglu A, Peker S, Ucer B. Akşehir sağlık yu'ksekokulu oğrencilerinin organ bağışı ile ilgili tutumlarının belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2011: 10(2)

Kaçmaz N, Barlas GÜ. Karaciğer nakli yapılan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2014;5(1):1-8

Kaçmaz Z. Bۆbrek nakli olmuş hastaların hemodiyaliz tedavisi gۆren hastalara gۆre depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 2016, Gaziantep Üniversitesi , Tıp Fakóltesi , Uzmanlık Tezi, 55 Sayfa, Gaziantep, (Doç. Dr. Özlem USALAN)

Kahrıman F. Kanserli hastalara bakım verenlerde bakım yu'kű ve algılanan sosyal destek arasındaki iliřki. 2014, Ege Üniversitesi Sađlık Bilimleri Enstitűsű, Yűksek Lisans Tezi, 81 Sayfa, İzmir, (Doç. Dr. Ayten ZAYBAK)

Kaplan E. Diyaliz hastalarında progresif gevřeme egzersizlerinin ađrı, yorgunluk ve yařam kalitesi üzerine etkisi. 2012, Gaziantep Üniversitesi, Sađlık Bilimleri Enstitűsű, Yűksek lisans tez, 119 sayfa, Gaziantep, (Doç. Dr. Nimet OVAYOLU)

Karaarslan A. Kanserli hastalara bakım veren aile u'yelerinin bakım yu'kű ve algıladıkları sosyal destek dűzeyi. 2013, Ankara Üniversitesi, Sađlık Bilimleri Enstitűsű, Yűksek Lisans Tezi, 96 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Tűlin BEDűK)

Karabulutlu E, Tan M. Evaluation of quality of life and self care in patients with CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis). Atatűrk Üniversitesi Hemřirelik Yűksekokulu Dergisi, 2005;8(2):1-11

Karadağ E, Uğur O, Mert H, Erunal M. The relationship between psychological resilience and social support levels in hemodialysis patients. Journal of Basic Clin Health Sci, 2019, 3:9-15

Karadağ E, Kılıç SP, Metin . Relationship between fatigue and social support in hemodialysis patients. Nursing and Health Sciences, 2013; 15:164–171

Kaya B, Taşkan H, Ateş F, Taycan SE. Hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik bozukluklar, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması. Klinik Psikiyatri, 2012, 15:144-152

Kaya Akı M, Demir Dikmen Y. Hemodiyaliz hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve yaşam kaliteleri üzerine bir gözden geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2012; 2 (3): 24-28.

Kaymak DA. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi. 2012, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 106 sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Özgül EROL)

Keskin B. Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeyleri, algılanan duygu dışavurum düzeyleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2015, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 136 Sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ)

Kızılcık Z. Hemodiyaliz hastalarında depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. 2009, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 79 sayfa, Eskişehir, (Dr. Fatma Deniz SAYINER)

Koçer M.Z. Hemodiyaliz ve periton diyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesinin karşılaştırılması. 2006, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 62 sayfa, Afyon,(Yrd.Doç. Dr. Reha Demirel)

Koons B, Smeltzer S. The patient experience of waiting on the deceased donor kidney transplant list while receiving dialysis, Nephrology Nursing Journal. 2018, 45(4):349–355,

Kranenburg L, Zuidema W, Weimar W, Ijzermans J, Passchiers J, Hihorst M, Bussbach J. Postmortal or living related donor: preferences of kidney patients. Transplant International, 2005; 18,519-523.

- Krespi MR, Bone M, Ahmad R, Worthington B, Salmon P. hemodiyaliz hastalarının yaşamlarını değerlendirmesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(4):365-372
- Krespi MR, Küntüz Sİ. Hemodiyaliz hastalarında psikososyal faktörlerin duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesine etkileri. Türkiye Klinikleri J Intern Med, 2017;2(1)1-10
- Koons B, Smeltzer SC. The patient experience of waiting on the deceased donor kidney transplant list while receiving dialysis. Nephrol Nurs J. 2018 Jul-Aug;45(4):349-355
- Korkmaz Y. Hemodiyaliz hastalarının tedavi ve sıvı kısıtlamasına uyum, uyumsuzluk ve öz etkililik durumunun incelenmesi. 2016, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 93 Sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Sultan KAV)
- Küçük L. Diyaliz hastalarına uygulanan sorun çözme eğitiminin anksiyete, depresyon ve başetme biçimlerine etkisi. 2006, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 150 Sayfa, İstanbul, (Yard. Doc. Dr. Özlem Işıl)
- Malkoç F. Prediyaliz hastalarının depresyon, umutsuzluk durumları ve böbrek nakline bakış açıları. 2019, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 103 Sayfa, Tekirdağ, (Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR)
- Meriç M, Oflaz F. Hemodiyaliz hastası olan bir eşle yaşamak: eşlerin yaşamlarındaki gelgitler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013;4(1):21-2622
- Mıstık S, Ünal D, Tokgöz B. The effect of depression and perceived social support systems on quality of life in dialysis patients. Turk Neph Dial Transpl, 2017, 26:23-28
- Mistretta A, Veroux M, Grosso G, Comtarino F, Biondi M, Giufrida G, Magliano M, Gianquinda A, Zerbo D, Tallarita T, Corona D, Veroux P. Role of socioeconomic conditions on outcome in kidney transplant recipient, Transplantation Proceeding 2009;41:1162-1167.

- Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-Assessed physical and mental functional of hemodialysis patients, *Nephrol Dial Transplant*, 2001; 16:1387-94p
- Mollaoğlu M. Perceived social support, anxiety, and self-care among patients receiving hemodialysis. *Dialysis & Transplantation* 2011; 35(3): 1-7.
- Mutlu G. Hemodiyaliz hastalarının diyetle uyumları ile kandaki bazı biyokimyasal parametrelerinin karşılaştırılması. 2013, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 87 Sayfa, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Kürşat ÖZDİLLİ)
- Mutluay E. Geriatrik kanser hastalarında ağrı ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. 2012, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 160 sayfa, Mersin, (Doç. Dr. Sabire YURTSEVER)
- Nah R, Robertson N, Niyi-Odumosu FA, Clarke AL, Bishop NC, Smith AC. Relationships Between Illness Representations, Physical Activity and Depression in Chronic Kidney Disease. *Journal of Renal Care*. 2019.;S: 1-9
- Nazlıcan E, Demirhindi H, Paydaş S, Adam SM, Karaömerlioğlu Ö, Akbaba M. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. IX. Halk Sağlığı Kongresi. Kongre Kitapçığı 3-6 Kasım 2004
- Organ ve Doku Hizmetleri Yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-560/organ-ve-doku-nakli-hizmetleriyonetmeli.html> Erişim Tarihi: 16.06.2018
- Oktay AA. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri. 2011, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 122 Sayfa, Şanlıurfa, (Doç. Dr. Fügen GÖZ)
- Oktay AA. Neuman sistemler kuramına göre hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumlarına yönelik verilen eğitimin benlik saygısı ve algılanan sosyal destek üzerine etkisi. 2019, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 117 Sayfa, Erzurum, (Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI)

Ong SC, Chow WL, Van Der Erf S, Joshi VD, Lim JF, Lim C, Tee PS, Lu YM, Kee TYS. What faktors really matter? Health-related quality of life for patients on kidney transplant waiting list. Ann Acad Med Singapore 2013;42:657-66

Oruç A, Ersoy A, Ayar Y, Akgür S, Yıldız A. Kadavra vericiden böbrek nakli adaylarının çağrı sonrasında merkezde elenme nedenleri. Turk Nefroloji Diyaliz Transplantasyon Dergisi, 2018; 27 (1): 82-86

Ovayolu N, Uçan Ö, Pehlivan S, Yıldızgördü E. Hemodiyaliz hastalarının tedaviye ve diyetle uyumları ile bazı kan değerleri arasındaki ilişki. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007; 2(4): 93-100.

Öner Öİ. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. 2012, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 93 Sayfa, Elazığ, (Yrd. Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU)

Öner N, Le Compte A . Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1. Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, 2. 1983.

Ören BG. Hemodiyaliz ve periton diyalizi olan hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2010, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 103 sayfa. İstanbul, (Prof. Dr. Nuray Enç)

Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. 2004, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş. Ankara, S:25-30

Özadlı Ç. Böbrek transplantasyonunda alıcı ve vericilerin ameliyat öncesi kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi. 2019, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 96 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Zehra DURNA)

Özcan Y, Baştürk M, Aslan SS, Utaş C. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2000; 7(4): 333-337

Özçetin A, Bahçebaşı ZB, Bahçebaşı T, Cinemre H, Ataoğlu A. Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009(10), 142-

Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003; 14(1): 72-80

Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013;1: 57-72

Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2003;12(2):113-116

Özkaya E. İnmeli hastalarda algılanan sosyal destek ile fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. 2019, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık tezi, 120 sayfa, Rize (Doç. Dr. Gül DEVRİMSEL)

Özşaker E. Organ nakli ve yaşam kalitesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;3(3)

Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The Impact of Social Support on end Stage Renal Disease, *Seminars in Dialysis*, 2005; 18(2): 98-102

Pehlivan S, Ovayolu N, Uçan Ö. Hemodiyaliz hastalarının aileden aldıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2008; 1(-): 50-54.

Peterson SJ. Bredow TS. Middle Range Theories Application to Nursing Research. 3rd Edition, Chine: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, 2013:108-121

Pınar, R. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve kullanımı: sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. *Sendrom*, 1996;. 8, 109-114.

Roth A. E., Sönmez T. and Ünver M. U. A Kidney Exchange Clearinghouse in New England. *The American Economic Review*, 2005; 95(2): 376-380.

Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Özel S. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar yaşam kalitesi ve tedaviye uyum, *Türk Psikiyatri Dergisi*,

2006, 17(1), 22-31s.

Sağıroğlu T, Yıldırım M, Meydan B, obanoğlu M. Böbrek transplantasyonu hastalarının retrospektif analizi. Dicle Tıp Dergisi. 2009 Cilt: 36, Sayı: 2, (75-79)

Serdengeçti K. Türk Nefroloji Derneği ve Dünya Böbrek Günü. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi. 2010, 19 (1): 1–2.

Sermenli Aydın N. Hemodiyaliz ve periton diyaliz alan hastaların yaşam kalitesi, fiziksel performans, fiziksel aktivite, günlük yaşam aktivitesi, depresyon düzeyi ve ağrı düzeyi karşılaştırılması. 2018, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 72 sayfa, Edirne, (Prof. Dr. Hakan TUNA)

Sever Mř, Carin M, Eldegez U, Bozfakıoğlu S, Aysuna N, Ecdar ST, nlbozkurt M, Ataman R, Karakullukçu F, Sarsmaz N, zgzkara, Telaferli, nen K, Koçak N. İstanbul Tıp Fakültesi Transplantasyon nitesi Kadavra Böbrek Havuzu -711 Olgunun Demografik Analizi. Türk Nefroloji Dializ ve Transplantasyon Dergisi 1993 (1), 52-56

Silva AN, Moratelli L, Costa AB, Carminatti M, Baston MG. Colugnati FAB, Grincenkov FRS, Sanders Pinheiro H. Waiting for kidney transplant: Association with anxiety and stress, 2014, 46(6); 1695-1697

Soylu D. Böbrek transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi. 2015, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 118 sayfa, Gaziantep, (Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ)

Sönmez B, Kasım İ. Diabetes Mellitus' lu Hastaların Anksiyete, Depresyon Durumları ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. Türk Aile Hekimliği Dergisi,2013, 17: 119-124.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manuel 89ort he State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: 1970. Consulting Psychologist Press.

Süleymanlar G, Seyahi N, Altıparmak MR ve Serdengeçti K. Türkiye’ de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 Yılı Rapor Özeti. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi. 2011, 20 (1): 1-6).

Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon. T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, Ankara, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, 2019:3-29

Şahin S. Diyaliz tedavisi alan bireylerin umut–umutsuzluk ve sosyal destek düzeyleri, 2007, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 67 sayfa, Kayseri, (Yrd. Doç. Dr. Meral Bayat)

Şentürk A, Levent BA, Tamam L. Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikopatoloji. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi. 2000; 17(3): 163-172.

Tander B, Durmuş D, Akyol Y, Cantürk F. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi, Ağrı ve Depresyon. Romatizma; 2008; 23:72-6.

Taşkıntunan N, Özçürümez G. Bir travma modeli olarak son evre böbrek hastalığı: hemodiyaliz hastalarında, böbrek transplantasyonu alıcı ve verici adaylarında utanç ve suçluluk. Nöropsikiyatri Arşivi; 2011; 48:249-54.

Tanış B.B. Depresyon ve sosyal destek ilişkisinde sosyal beceri ve duygusal farkındalığın aracı rolünün incelenmesi. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 98 sayfa, İstanbul (Doç. Dr. Arkun TATAR)

Tong A, Hanson CS, Chapman JR, Halleck F, Budde K, Josephson MA, Craig JC. ‘Suspended in a paradox’—patient attitudes to wait-listingfor kidney transplantation: systematic review and thematicsynthesis of qualitative studies. Steunstriching ESOT 28, 2015;771-787

Topbaş E, Bingöl G. Psikososyal boyutu ile diyaliz tedavisi ve uyum sürecine yönelik hemşirelik girişimleri. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2017:1(12)

- Türker PF. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz (SAPD) uygulanan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların beslenme tedavilerinin bazı biyokimyasal bulgular ve beslenme durumları üzerine etkilerinin karşılaştırılması. 2008, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 105 Sayfa, Ankara, (Doç.Dr.Seyit M.Mercanlıgil)
- Türkmen A. Transplantasyon nefrolojisi pratik uygulama önerileri. 2016. Buluş Tasarım ve Matbaacılık, Ankara S:1-7
- Türkmen F. Hemodiyaliz Seminer El Kitabı. 1. Baskı. Deniz ofset. İstanbul 2002; 52-67.
- Türkiye 2018 Temel Bulgular Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye. Kasım 2019
- Türkiye’ de Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyabet Sorunlarının Boyutu. Renaliz. Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı. 2010, 12 (36): 4–5
- Ünal G, Bilge A. Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetmezlikli hastaların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi.Ege tıp dergisi 2005; 44(1):3538
- Ünay M. Karaciğer nakli bekleyen ve nakil sonrası dönemde olan çocuk ve ergen hastalarda yaşam kalitesi, psikopatoloji ve travma sonrası stres bozukluğunun değerlendirilmesi. 2019. Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 66 sayfa, Antalya, (Dr. Öğretim Üyesi Aslı SÜRER ADANIR)
- Üstün ME, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2006;1(1):33-43
- Üstündağ H, Aydın M ve Yıldız FU. Transplantasyon ve Hemodiyaliz Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi. 2006, 15–4 (2): 134
- Vasquez I, Valderrabano F, Fort J, Jofre R, Lopez-Gomez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. Qual Life Res 2005;14:179-190

Yakar B, Demir M, Canpolat Ö. Hemodiyaliz Hastalarının Beslenme Bilgi Düzeylerinin Beslenme Durumlarına Etkisi. Konuralp Tıp Dergisi 2019;11(3): 384-391

Yaman Z. Böbrek nakli olan bireylerin sosyal destekleri ile ruhsal durumları arasındaki ilişki. 2016, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, 98 sayfa, Mersin, (Doç. Dr. Mualla YILMAZ)

Yatkın I. Renal Transplantasyon Hastalarında ve Vericilerde Transplantasyon Öncesi ve Sonrasında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. 2009, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, 95 Sayfa, İstanbul, (DR. Mecit ÇALIŞKAN)

Yel P. Koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. 2009, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tez, 104 sayfa, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR)

Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Nephrology, 2010;5(2), 39-45

Yıldırım G, Bayraktar S. Organ nakli bekleyen hastalarda travma sonrası stres belirtileri ile ilişkili değişkenlerin incelenmesi. International Journal of Social Sciences and Education Research,2017; 3(5), 1533-1545.

Yıldırım G. Organ Nakli Bekleyen Kişilerde Travma Sonrası Stres Belirtileri İle İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi. 2015, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 106 Sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Seda BAYRAKTAR)

Yıldırım YK, Fadıoğlu Ç, Akyol AD, Ünal B. The relationship between quality of sleep and quality of life in dialysis patients. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 20(1):35-46

Yıldız E. Diyabetik ayak gelişen hastalarda algılanan sosyal destek ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. 2012, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Yüksek Lisans Tezi, 138 Sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Türkinaz ATABEK AŞTI)

Yerköy Ateş A. Transplantasyon uygulanan hastalarda bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. 2012, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 155 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Çavlan ÇİFTÇİ)

https://organkds.saglik.gov.tr/dss/PUBLIC/Brain_Death.aspx Erişim: 11.01.202



8.EKLER

EK-1

Demografik Bilgiler

1.Yaş:.....

2. Doğduğunuz Yer: 1. Köy 2. Kasaba 3. Şehir

3. Cinsiyet : 1. Kadın 2. Erkek

. Medeni Durumunuz : 1.Evli 2. Bekar

5. Eğitim Durumunuz : 1. okur yazar 2. ilkokul 3. ortaokul
4. lise 5. üniversite 6.yüksek lisans ve üstü

7. Çalışma durumu: 1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor 3. Emekli

8. Aylık Geliriniz: 1. Düşük 2. Orta 3. Yüksek

9.Sigara İçme Durumunuz: 1.İçiyorum....tane/günde/haftada 2.İçmiyorum 3.Bıraktım

10.Alkol Kullanma Durumunuz: 1.İçiyorum....kadeh/günde/haftada 2.İçmiyorum
3.Bıraktım

11. KBY tanısı ne zaman konuldu:

12. Kaç yıldır diyalize giriyorsunuz:.....

13. Başka Kronik Hastalığınız Var mı?: 1. Evet 2. Hayır

15. Diyet Uyguluyor musunuz 1. Evet(diyetin adı) 2. Hayır

16. Kaç Yıldır Bekleme Listesindediniz?:

17 Hangi Böbrek Naklini Tercih Edersiniz?: 1. Canlı 2. Kadavra

EK-2

BDE (Beck Depresyon Envanteri)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	1. Kendimi üzgün hissetmiyorum 2. Kendimi üzgün hissediyorum 3. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum 4. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	1. Gelecekte umutsuz değilim 2. Gelecek konusunda umutsuzum 3. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok 4. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	1. Kendimi başarısız görmüyorum 2. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır 3. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum 4. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	1. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum 2. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum 3. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum 4. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	1. Kendimi suçlu hissetmiyorum 2. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor 3. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum 4. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	1. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim 2. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirdim gibi duygular içindeyim 3. Cezalandırılacaktım gibi duygular yaşıyorum 4. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	1. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım 2. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım 3. Kendimden hiç hoşlanmıyorum 4. Kendimden nefret ediyorum
8)	1. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum 2. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum 3. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum 4. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9)	1. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok 2. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam 3. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim 4. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	1. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum 2. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum 3. Şimdilerde her an ağlıyorum 4. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum
11)	1. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam 2. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim 3. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim 4. Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim

12)	1. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim 2. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim 3. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim 4. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	1. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum 2. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum 3. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum 4. Artık hiç karar veremiyorum
14)	1. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum 2. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum 3. Dış görünüşümdede artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum 4. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	1. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum 2. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum 3. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum 4. Artık hiç çalışmıyorum
16)	1. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum 2. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum 3. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum 4. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	1. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum 2. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum 3. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum 4. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	1. İştahım eskisinden pek farklı değil 2. İştahım eskisi kadar iyi değil 3. Şimdilerde iştahım epey kötü 4. Artık hiç iştahım yok
19)	1. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum 2. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım 3. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım 4. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)	1. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor 2. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var 3. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor 4. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)	1. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok. 2. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum. 3. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim. 4. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 23, 3-13.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 22, 112-126

EK-3 Stai Form Tx – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

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

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

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

STAI FORM TX – 2

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

		Hemen hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-4 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu anket sağlığınızdaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruya, uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun sol tarafındaki boşluğa bir açıklama yapın.

1-Genel olarak sağlığınızdaki

Mükemmel	çok iyi	İyi	Orta	Kötü

2- Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şimdiki sağlığınızdaki genel olarak nasıl buluyorsunuz?

- Bir yıl öncesinden çok daha iyi 1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi 2
Hemen hemen aynı 3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü 4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü 5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELERİNİZ

3- Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınızdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürGESİNİ İTMEK GİBİ ORTA/HAFİF AKTİVİTELERDE	1	2	3
c. Paket veya çanta taşıırken	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
i. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4- Geçen dört hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet yada Hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.)

	EVET	HAYIR
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?	1	2
d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5- Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet yada hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak cevabınızı işaretleyiniz.)

	EVET	HAYIR
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
2 c. İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatlimi yaptınız?	1	2

6- Geçen dört hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınızdaki ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?(sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Pek etkilemedi	Çok az	Orta	Oldukça	Aşırı
1	2	3	4	5

AĞRI

7- Geçen dört hafta boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?(sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	Çok hafif	Hafif	Orta	Fazla	Çok fazla
1	2	3	4	5	6

8- Geçen dört hafta boyunca, ne kadar ağrı işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi?(evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil	Az	Orta	Oldukça fazla	Aşırı
1	2	3	4	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alınız.

NE KADAR SÜRE GEÇEN AY BOYUNCA	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Biraz az	Çok	Hiç
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissttiniz	1	2	3	4	5	6
j. Sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10- Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyorum gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-5**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**Kesinlikle
HayırKesinlikle
Evet

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var.							
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan var.							
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK.6

Etik Kurulu İzni



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 18920478-050.01.04-E.1800148490
Konu : Başvuru İncelemesi

15/10/2018

Sayın Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY

Yürütücülüğünü yapmış olduğumuz "Böbrek Nakil Bekleyen Hastaların Algıladıkları Sosyal Desteğin Depresyon, Kaygı ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı 2011-KAEK-27/2018-E. 1800139279 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 10.10.2018 tarih ve 17-11 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi: 10.10.2018

Karar No :2018-17

Karar 11 : 2011-KAEK-27/2018-E.1800139279 no'lu araştırma Etik Kurul üyeleri tarafından değerlendirilmiştir. Proje araştırmacılarından Esra ALTIN ARSLAN'ın sunumunun dinlenmesinin ve raportörün hazırladığı değerlendirmenin okunması sonrasında yapılan oylamada "ETİK KURUL ONAYINI ALIR." Kararı verilmiştir.

e-İmza
Prof. Dr. Hakkı Engin AKSULU
Kurul Başkanı

EK.7

**Çanakkale Onsekiz Mart Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliğinden Alınan İzin Belgesi**



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 27222899-622.03-E.1800116028
Konu : Anket Çalışması Hk.

15/08/2018

Sayın Esra ALTIN ARSLAN

İlgi : 05.08.2018 tarihli ve 1800113217 sayılı yazınız.

Başhekimliğimize iletmis olduğumuz ilgi yazınıza istinaden, "Böbrek Nakli Bekleyen Hastaların Algıladıkları Sosyal Destegin Depresyon, Kaygi ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu çalışmanız kapsamında yapmak istediğimiz anketiniz Başhekimliğimizde incelenmiş olup, etik kurul izni alındıktan sonra Hastanemiz Organ Nakli Merkezi'nde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

İmza
Prof. Dr. Okhan AKDUR
Başhekim

<http://www.cankale.edu.tr>

Adres: Bulvarı: Mh. Prof. Dr. Nevine Bulut, Sok.
No:2-4 Zaferanlık Varlık

Bilgi İşlem Birimi: Tercihçe Telefon - Hedeförme

Telefon:
Bölgesel No:
İnternet Adresi:

e-posta:



1800116028 sayılı belge, 05/08/2018 tarihli İzin Belgesi'ne Eklenmiştir. İnceleme gereğiyle 05/08/2018 tarihinde 15/08/2018 tarihli izin belgesi ile ilgili olarak...

EK.8

Sayın Nesrin HİSLİ'den alınan İzin Formu

Kimden: Handan Deniz Ayalığ <hdanizayali@gmail.com>
Gönderme Tarihi: December 2, 2017, Saturday 2:36 PM
Konu: Re: BDE izni
Ekler: BECK DEPRESYON ENVANTERİ PDF.pdf; Beck Depresyon Envanterinin Geçtiği Üzerine bir Çalışma.pdf; Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerli.pdf

Aşağıda bulunan izin yazısı ve söz konusu ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Arslan,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştıma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

20 Kasım 2017 15:14 tarihinde Nesrin Hisli Şahin <nesrinhislishahin@gmail.com> yazdı:

----- Yönlendirilmiş ileti -----
Gönderen: **esra altın** <altinesral7@gmail.com>
Tarih: 20 Kasım 2017 02:32
Konu: BDE izni
Alınan: nesrinhislishahin@gmail.com

Merhaba Sayın ŞAHİN,

Ben Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimde Geçerlilik ve Güvenirliliğini yaptığınız 'Beck Depresyon Envanteri'ni kullanmak istiyorum. Ölçeği yüksek lisans tezimde kullanabilmem için gerekli izni verebilerseniz ve ölçeğin değerlendirilmesini gönderebilerseniz çok memnun olacağım.

Esra ALTIN ARSLAN
Yüksek Lisans Öğrencisi

EK.9

Sayın Necla ÖNER'den alınan İzin Formu



YÖRET Vakfı <yoret@yoret.org.tr>

Alıcı: ben ▾

Merhaba,

Çanakkale Onsekiz Mart üniversitesinde tez çalışması yapan

Esra ALTIN ARSLAN'ın, Böbrek Nakli Bekleyen Hastaların Algılandıkları Sosyal Desteğin Depresyon, Kaygı ve Yaşam Kalitesine Etkisi konulu yüksek lisans tezinde "Sürekli Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

İyi günler dileriz.



Sibel Erenel

Lisanslı Evlilik ve Aile Terapisti
YÖRET Vakfı Başkanı

+90 533 361 6112

sibel37@gmail.com

Teşvikiye, Akkavak Sk. No: 17 31365 Şişli / İstanbul

www.yoret.org.tr

10.03.2020, 21:28, "esra altın" <altinesra17@gmail.com>:

EK.10

Sayın Rukiye PINAR'dan alınan İzin Formu

(konu yok)

Rukiye Pinar <rukiyepinar@gmail.com>
Alıcı: esra altın <altinesra17@gmail.com>

13 Ağustos 2018 14:22

Sayın Altın

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini Tezinizde kullanmanız uygundur. Ekte Ölçeği, ölçeğin alt boyutlarına ilişkin açıklamaları word dosyası olarak ve ham alınan puanlarının dönüştürülmesi gereken ifadeleri, alt boyut puanlarını hesaplama rehberini fotoğraf olarak ekte gönderiyorum. Fotoğraf olan dosyada tablo altındaki bilgileri dikkate almayın. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Prof. Dr. Rukiye Pinar Bölüktaş

10 Ağustos 2018 00:09 tarihinde esra altın <altinesra17@gmail.com> yazdı:
(Ayrıntılı metin gözetil)

Prof. Dr. Rukiye Pinar

3 eklenti



2014-04-04 20.23.51.jpg
2399K

SF36-ölçek.doc
83K

SF-36 açıklama.docx
14K

EK.11

Sayın Haluk ARKAR'dan alınan İzin Formu



esra altin <altinesra17@gmail.com>

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği izni

haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Alıcı: esra altin <altinesra17@gmail.com>

20 Kasım 2017 15:28

Sayın Esra Altın Arslan,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, **12**, 17-25 (2001).

Kimden: "esra altin" <altinesra17@gmail.com>
Kime: "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>
Gönderilenler: 20 Kasım Pazartesi 2017 9:49:17
Konu: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği izni

[Alınılan metin gizlendi]

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.docx
16K

Ek 12**SPİRALLİ TEZ KONTROL FORMU**

	Evet	Hayır
1) Amblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.	✓	
2) Kapakta sadece başlık bold ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.	✓	
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.	✓	
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.	✓	
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.	✓	
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)	✓	
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.	✓	
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.	✓	
9) Metin ve kaynakların tümü 1,5 aralıklı olmalıdır.	✓	
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmalıdır.	✓	
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlelerin en sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	✓	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin en arkasına konmalıdır.	✓	

Tarih 04 / 02 / 2020 Öğrenci Adı ve Soyadı, Eser Altın Arslan İmza	Tarih 04 / 02 / 2020 Danışmanın Adı ve Soyadı, Prof. Dr. Ayşe Sen Ergay İmza
--	--



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ SİRALLI/CİTLİ TEZ YAZIM KONTROL
LİSTESİ

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Kapak sayfası düzeni	✓ UYGUN	✓ UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Onay sayfası düzeni	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	✓ UYGUN	✓ UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Teşekkür sayfası	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Türkçe özet	✓ UYGUN	✓ UYGUN
İngilizce özet	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Şekiller dizini	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Tablolar dizini	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırması	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Yöntem ve Gereç	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Bulgular	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Tartışma	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Sonuç ve Öneriler	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Kaynaklar	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Atıflar (alıntı ve göndermeler)	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Ekler (etik kurul onayı, vs)	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Tez planı	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Dil (anlatım, yazım –imla)	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	✓ UYGUN	✓ UYGUN
Tarih: 04 / 02 / 2020 Öğrenci Adı ve Soyadı, Esra Altın Arslan İmza	Tarih: 04 / 02 / 2020 Danışmanın Adı ve Soyadı, Prof. Dr. Ayşe Son Turgay İmza	

9. Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı	Esra			Soyadı	ALTIN ARSLAN
Doğum Yeri	ÇAN	Uyruğu	TC	Doğum Tarihi	01.03.1991
E-mail	altinesra17@gmail.com			Tel	(0545)2304635

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	2020
Lisans	Trakya Üniversitesi	2013

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Çanakkale Onsekiz Mart Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	2013-Halen
2.			-

Yabancı Dil Sınav Notu[#]

KPDS	ÜDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE

[#]Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır[#] KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; YDS: Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

A-Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Diğer:

- Alan H, Altın Arslan E, Altınışık HB. Hemodiyaliz Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeyi ile Empati Becerileri Arasındaki İlişki. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2018:2 (13)

B-Katıldığı Uluslararası ve ulusal konferans ve kongreler:

- 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (2013)
- 1. Ulusal Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamı Oluşturma Sempozyumu (2017)

C-Sertifikalar:

- Beden dili, Diksiyon ve Temel İletişim Becerisi

D-Ödüller: