

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ

HEMODİYALİZE GİREN VE GİRMİYEN KRONİK
BÖBREK HASTALARININ DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
GÜLÇİN BAKTIROĞLU

İstanbul, Ocak 2010

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ

HEMODİYALİZE GİREN VE GİRMİYEN KRONİK
BÖBREK HASTALARININ DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

YÜKSEK LİSANS TEZİ
GÜLÇİN BAKTIROĞLU
071106107

Danışman Öğretim Üyesi:
Prof. Dr. İlhan Yargıç

İstanbul, Ocak 2010

TEZ ONAY SAYFASI

TARİH: .../.../....

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne

.....ait.....

.....

.....adlı çalışma, jürimiz tarafından

.....Anabilim Dalında

YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

(İmza)

Başkan

Akademik Ünvanı, Adı Soyadı

(İmza)

Üye.....

Akademik Ünvanı, Adı Soyadı

(İmza)

Üye.....

Akademik Ünvanı, Adı Soyadı

(İmza)

Üye.....

Akademik Ünvanı, Adı Soyadı

(İmza)

Üye.....

Akademik Ünvanı, Adı Soyadı

ÖNSÖZ

Tezimin hazırlanması ve sonlandırılmasında bana yol gösteren, ilgi ve katkısı ile her zaman yanımda olan çok değerli danışmanım Prof. Dr. İlhan Yargıç'a, hastalara ulaşmamda yardımını esirgemeyen Prof. Dr. Alaattin Yıldız'a, İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Polikliniği tıbbi sekreterleri ile rotasyonel asistanlarına, Başkent Üniversitesi İstanbul Diyaliz Merkezi hekimlerinden Dr. Ali Köse'ye, Fresenius Avcılar Diyaliz Merkezi ve Başkent Üniversitesi İstanbul Diyaliz Merkezi hemşirelerine ve yaşamım boyunca beni sevgi ile destekleyen aileme yürekten teşekkür ederim.

GÜLÇİN BAKTIROĞLU

ÖZET

Kronik böbrek hastalığı ve hemodiyaliz tedavisi, hastaların psikolojik durumlarını önemli ölçüde etkileyen süreçlerdir. Bu alanda çok sayıda çalışma yapılmıştır. Ancak birbirinin devamı olan bu iki durumun birbiriyle karşılaştırılması üzerinde yapılan çalışmalar sınırlıdır.

Bu araştırmanın amacı; hemodiyaliz hastaları, hemodiyalize girmeyen 3., 4. ve 5. evre kronik böbrek hastaları ve kronik bir hastalığı bulunmayan sağlıklı kontrol grubunu depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve beden imajı algısı açısından karşılaştırmaktır.

Araştırmanın örneklemini İstanbul'da iki özel sağlık kuruluşundan takipli 50 hemodiyaliz hastası, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Bölümü nefroloji polikliniğine başvuran 3., 4. ve 5. evre 50 kronik böbrek hastası ve kronik hastalığı bulunmayan 50 sağlıklı kişi oluşturmaktadır.

Araştırmanın veri toplama araçları, "Demografik Bilgi Formu", "Beck Depresyon Ölçeği", "Beck Anksiyete Ölçeği", "KF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve "Vücut Algısı Ölçeği"dir. Verilerin analizinde, betimsel istatistikler, tek yönlü varyans analizi, bağımsız iki örneklem t testi ve korelasyon analizi teknikleri kullanılmıştır.

Bu çalışmada, hemodiyaliz hastaları ve hemodiyalize girmeyen 3., 4. ve 5. evre kronik böbrek hastalarının depresyon, anksiyete düzeylerinin ve beden imajı algısından duydukları rahatsızlığın sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek, yaşam kalitelerinin ise anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin hemodiyalize girmeyen 3., 4. ve 5. evre kronik böbrek hastalarınınkinden anlamlı olarak düşük yaşam kalitesi alt ölçeklerinden ağrı, enerji ve zihinsel sağlık ortalama puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesinin ağrı, enerji ve zihinsel sağlık boyutları hemodiyaliz hastalarında hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarından daha iyi düzeydedir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının psikolojik sorunlarının hemodiyaliz hastalarından daha fazla olduğunu göstermekte ve bu hastaların ilerleyici bir kronik hastalık yaşantısının getirdiği zorluklar ile baş edebilmeleri, diyaliz tedavisi ile ilgili bilgilendirilmeleri adına psikolojik destek programlarının gereğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Yetmezliği, Hemodiyaliz, Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT

Chronic kidney disease and hemodialysis treatment are processes that significantly affect the psychological status of patients. Many studies have been made in this field. However, these two cases is the continuation of each other to compare with each other on the study done is limited.

The sample was composed of 50 hemodialysis patients who were applied to two private health institution, 50 non-dialysis 3., 4. and 5th stage chronic kidney disease patients applied to Istanbul University Istanbul Medical Faculty Nephrology Department of nephrology outpatient clinic and 50 people do not have a chronic disease.

The aim of this study is to compare depression, anxiety, quality of life and body image perception variables between hemodialysis, non-dialysis 3., 4. and 5th stage chronic kidney disease patients and healty control group.

The data of the study was collected by “Demographical Information Form”, “Beck Depression Inventory”, “Beck Anxiety Inventory”, “SF-36 Quality of Life Scale” and “Body Cathexis Scale”. Descriptive statistics, one way anova, independent samples t test and correlation analysis were used to analyze the data.

In this study, the results indicated that hemodialysis and non-dialysis 3., 4. and 5th stage chronic kidney disease patients’ depression, anxiety levels and negative body image perceptions is significantly higher, quality life is significantly lower than healty control group. Moreover hemodialysis patients’ depression and anxiety levels is significantly lower, the quality of life subscales; bodily pain, vitalite and mental health scores is significantly higher than non-dialysis 3., 4. and 5th stage chronic kidney disease patients’. Hemodialysis patients’ quality of life components; bodily pain, vitalite and mental health is better than non-dialysis 3., 4. and 5th stage chronic kidney disease patients’.

The findings of this study shows that non-dialysis chronic kidney disease patients’ psychological problems much more than hemodialysis patients’, in these patients psychological support programs are necessary for coping challenges of a progressive chronic disease life and informing about dialysis treatment.

Key Words: Chronic Kidney Failure, Hemodialysis, Depression, Anxiety, Quality of Life.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK.....	i
TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	ix
GRAFİK LİSTESİ	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
1.1. Kronik Böbrek Hastalığı	4
1.1.1. Kronik Böbrek Hastalığı'nın Evreleri.....	5
1.1.2. Nedenleri	5
1.1.3. Sıklık ve Yaygınlığı	6
1.1.4. Prognozu	6
1.2. Kronik Böbrek Hastalığı'nın Tedavisi.....	7

1.2.1.	Diyaliz Tedavisi	7
1.2.2.	Böbrek Nakli	11
1.3.	Kronik Böbrek Hastalığı'na Bağlı Ruhsal Sorunlar	11
1.3.1.	Depresyon	12
1.3.2.	Anksiyete	17
1.3.3.	Yaşam Kalitesi	21
1.3.4.	Beden İmajı	24
1.4.	Problem	25
2.	Hipotez	25
3.	Önemi	25
4.	Kapsamı ve Sınırlılıkları	26
5.	Varsayımlar	26
6.	Tanımlar ve Kısaltmalar	26
İKİNCİ BÖLÜM	28
YÖNTEM	28
2.1.	Araştırmanın Modeli	28
2.2.	Evren ve Örneklem	28
2.3.	Veri Toplama Araçları	31
2.4.	Veri Çözümleme Yöntemleri.....	33
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	34
BULGULAR ve YORUM	34
TARTIŞMA ve SONUÇ	57
1.	Tartışma	57

2. Sonuç	63
ÖNERİLER	66
KAYNAKÇA	67
EKLER	76
ÖZGEÇMİŞ	90

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1 Gruplara İlişkin Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	34
Tablo 2 Grupların Bazı Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	35
Tablo 3 Hasta Gruplarının Bazı Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	35
Tablo 4 Hasta Gruplarının Hastalıkla İlgili Verilerinin Ortalaması.....	36
Tablo 5 Hasta Gruplarının Ek Hastalık Verilerinin Oranları	36
Tablo 6 Hasta Gruplarının Ek Hastalık Verilerinin Dağılım.....	36
Tablo 7 Hasta Grupları ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Açısından Karşılaştırılmaları.....	37
Tablo 8 Hemodiyaliz ve Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarının Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenleri Açısından Karşılaştırılmaları	39
Tablo 9 Hemodiyaliz Hastaları ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması	41
Tablo 10 Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenleri Açısından Karşılaştırılmaları	42
Tablo 11 Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin Hasta Gruplarında Cinsiyete Göre Karşılaştırılması .	44
Tablo 12 Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin İlişkileri	48
Tablo 13 Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin İlişkileri	51

Tablo 14	Hemodiyaliz Hastalarında Yaş, Tanı ve Hemodiyalize Girme Süresi ile Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin İlişkileri.....	53
Tablo 15	Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarında Yaş ve Tanı Süresi ile Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin İlişkileri.....	54
Tablo 16	Tüm Katılımcılarda Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin Birbirleriyle Olan İlişkileri.....	56

GRAFİK LİSTESİ

Sayfa No

- Grafik 1** Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin Hasta Gruplarında Cinsiyete Göre Karşılaştırılmaları 43
- Grafik 2** Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin Hasta Gruplarında Cinsiyete Göre Karşılaştırılması 44

GİRİŞ

Hastalık, “canlılarda normal fizyolojik ya da ruhsal yapıyı, işlevi ve dengeyi değiştiren ya da engelleyen ve çeşitli belirtilerle ortaya çıkan bozukluk” olarak tanımlanmaktadır (Şanlı, 1991).

Fiziksel hastalık kişinin dengesini sarsar ve uyumunu bozar. Bu yeni durum bireyin kayıp tepkisi vermesine bedensel bütünlüğün tehdit edildiği algısına kapılmasına neden olur. Kişide suçluluk, çaresizlik ve kayıp tepkileri uyandırır. Ayrıca vücut ve organ bölümlerinin zarar göreceğinden duyduğu kaygı bireyin beden imajının zedelenmesine yol açar (Kara, 2007; Mete, 2008; Özkan, 1999).

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), böbreklerde çeşitli nedenlerden dolayı kalıcı ve ilerleyici bir fonksiyon kaybının oluşmasıyla ortaya çıkan durumdur (Weiner, 2007). Kronik Böbrek Hastalığı beş evreden oluşmaktadır. Bu evrelendirme böbreklerin kandaki zararlı maddeleri süzme hızını bildiren glomerüler filtrasyon hızı (GFH) olarak adlandırılan bir ölçüme göre yapılmaktadır. Hastalığın erken evreleri bir ve ikinci evreler iken bu evreleri üçüncü ve dördüncü evreler izler, kronik böbrek hastalığının son evresi ise beşinci evre olarak kabul edilmektedir. Bu süreç içerisinde böbrek işlevlerini yerine getiremez hale gelir. Beşinci evre; “Son Dönem Böbrek Hastalığı (SDBH)” tablosunun oluştuğu koşuldur. Hastalığın önceki evrelerinde böbrek fonksiyonlarının kaybını yavaşlatmaya yönelik tedaviler sürülürken bu tablonun ortaya çıkmasıyla böbrek yerine koyma tedavisi olarak adlandırılan kronik hemodiyaliz, kronik periton diyalizi ya da böbrek nakli gerekli hale gelir (El Nahas ve Bello, 2005; Johnson ve ark., 2004/a; Weiner, 2007).

Kronik Böbrek Hastalığı dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın olarak görülmektedir (El Nahas ve Bello, 2005; Saltürk 2006). Hastalığın 1-4. evrelerinin görülme sıklığının, 5. evre (SDBH) durumunun görülme sıklığının 100 katından fazla olduğu bildirilmektedir (Colodonato ve ark., 2002; Hsu, Chertow ve Curhan, 2002).

Kronik hastalık yaşantısı, kişilerde ruhsal bozukluklara rastlanma ihtimalini arttırmaktadır (Mete, 2008). Son dönem böbrek hastalığı tanısı konan hastaların ilk tepkileri üzüntü, çaresizlik, umutsuzluk iken sonraları inkar daha sonra da kabulleniş söz konusudur (Levy, Morgan ve Brown, 2002).

Kronik böbrek hastalığı ve buna bağlı hemodiyaliz tedavisi de fiziksel ve psikososyal olumsuzluklara neden olabildiği için ruhsal bozukluklar yaygın olarak görülmektedir. Tüm kronik hastalıklarda görülebilecek özelliklere ek olarak hemodiyaliz hastalarının kendilerine özgü birtakım özelliklerinin olduğu görülmektedir. Kişiler tedavi sebebiyle haftanın ortalama 3 günü bir merkeze gidip gelmek zorunda kalmaktadırlar. Bu nedenle tedavi ekibi, diyaliz makinesi ve ailelerine bağımlı hale gelmektedirler. Bunun dışında kısıtlayıcı bir diyet programını sürdürmektedirler. Psikososyal açıdan değerlendirildiğinde, hastaların fiziksel işlev kayıpları, tedavi maliyeti nedeniyle ekonomik zorluklar ve aile düzenlerinin bozulmasıyla ilgili sıkıntılar yaşadıkları görülmektedir. Bu fiziksel ve psikososyal stres etkenlerine maruz kalan hastalarda başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ruhsal bozuklukların sık görüldüğü bildirilmektedir. Depresyon ve anksiyete hemodiyaliz hastalarında da fiziksel hastalıkların psikolojik sonuçlarının görülen en yaygın belirtileridir (Cimilli, 1994; Özçürümez, Tanrıverdi ve Zileli, 2003; Yücel, Yılmazer ve zkan, 1995).

Depresyon kişilerin böbrek fonksiyonlarının kaybıyla birlikte başlangıçta sahip oldukları tıbbi rahatsızlığın yaşattığı zorluklarla tetiklenmektedir. Üzüntülü bir ruh hali, ilgi ve iştah kaybı, uyku bozukluğu, değerersizlik, suçluluk ve intihar düşünceleri, konsantrasyon bozukluğu, işlevsellikte gerileme gibi belirtiler bu hastalarda depresyon habercisi olabilmektedir (Levy, Morgan ve Brown, 2002).

Kronik böbrek hastalığı ve buna bağlı olarak uygulanan hemodiyaliz tedavisi kişilerde depresyonun dışında anksiyete belirtilerinin de görülmesine neden olmaktadır. Hastalığın seyri ve gelecekle ilgili belirsizlik durumu, tedavi sürecinde olabilecek herhangi bir komplikasyon endişesi kişilerde anksiyete tablosunun oluşmasına yol açabilmektedir (Kumbasar, 1999). Son yıllarda üzerinde durulan bir başka konu da bu hasta grubunun yaşam kalitesidir. Bütün bu süreç kişilerin yaşam kalitelerinin de olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Yaşam kalitesi bu hastalarda psikolojik ve sosyal sorunlarla yakından ilişkilidir. Diğer yandan kronik

hastalık yaşantısı ve hemodiyaliz tedavisi hastalarda vücut bütünlüğüne karşı bir tehdit algısı oluşturabilmektedir (Özkan, 1999). Kişilerin tedavi süresince bağı oldukları diyaliz makinesi, bu tedaviyi görebilmeleri için geçirmiş oldukları operasyonlar, damar giriş yolundaki olası sorunlar ve buna bağı olarak kollarında oluşabilecek imaj bozuklukları, kronik böbrek hastalığına bağı olarak ciltte oluşan değişiklikler beden imaj algılarının bozulmasına sebep olabilmektedir (Cimilli, 1994; Kıvrak, 2008).

Bu bağlamda araştırmanın amacı; hemodiyalize giren kronik böbrek hastaları, henüz herhangi bir böbrek yerine koyma tedavisi almamış yani hemodiyalize girmeyen 3., 4. ve 5. evredeki kronik böbrek hastaları ve herhangi bir kronik hastalığı bulunmayan sağlıklı popülasyonu depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve beden imajı algısı değişkenleri açısından karşılaştırmaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1.1. Kronik Böbrek Hastalığı

Böbrekler, karnın iç zarının dışında (retroperitoneal bölge) bulunan her biri yaklaşık 120-150 gram ağırlığında olan organlardır (Sungur ve Akpolat, 2007: 1). Böbreğin yapısal en küçük parçası nefron adı verilen süzgeçlerdir. Her bir insan böbreğinde yaklaşık bir milyon ikiyüzbin nefron bulunmaktadır (Erek ve Süleymanlar, 2003: 1213).

Kronik böbrek hastalığında çalışan nefron sayısı gittikçe azalır. Çalışan nefronların %50'sinden fazlası geri dönüşümsüz olarak fonksiyon dışı kaldığında idrarla atılamayan zararlı maddelerin kandaki miktarları normal değerlerin üzerine çıkar ve böylece kronik böbrek hastalığı başlamış olur. Genellikle 2-5 sene kadar süren bir süreç sonunda hastalar yaşamlarını yalnızca kronik diyaliz tedavisi veya böbrek nakli ile devam ettirecek hale gelirler (Özdoğan, 1997: 448).

Böbrek fonksiyonları, vücutta çizgili kaslarda bulunan bir molekül olan kreatinin ve bazı demografik bilgiler de dahil edilerek hesaplanan bir eşitlik olan glomerüler filtrasyon hızı (GFH) ile ölçülmektedir. Glomerüler filtrasyon hızı kandaki biriken zararlı maddelerin nefronlar tarafından süzülme hızı anlamına gelmektedir (Stevens ve ark., 2006). Glomerüler filtrasyon hızı böbrek fonksiyonlarının en doğru ölçümü olarak kabul edilmektedir. Normal olarak kabul edilen GFH değeri genç erişkinlerde yaklaşık olarak 120-130 mL/dk/1.73 m²'dir (Johnson ve ark., 2004). Bu rakam geri dönüşümsüz olarak 90 mL/dk/1.73 m²'nin altına indiğinde ise kronik böbrek hastalığı tablosu ortaya çıkmaktadır (Yenicesu, 2008: 318).

Kronik böbrek hastalığının teşhis edilmesinde GFH'nı doğru olarak hesaplamak önemlidir. GFH'nın hesaplanmasında ise genellikle kullanılan denklem; MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study)'dir. Bu denklem hastanın yaşı, etnik kökeni, cinsiyeti ve serum kreatinin düzeyi ile hesaplanmaktadır (Weiner, 2007).

1.1.1. Kronik Böbrek Hastalığı'nın Evreleri

Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı (NKF), kronik böbrek hastalığını beş evreye ayırırken, böbrek fonksiyonlarının hassas ölçümü olan GFH'nda azalma ile birlikte böbreklerin işlevlerinde en az 3 aydır süren bir anormallik halinin olmasının gerekli olduğunu belirtmektedir (Mitch, 2007: 11).

Birinci evre, GFH'nın iyi korunduğu bununla birlikte bazı kan değerlerinde anormalliklerin oluştuğu veya böbrek görüntülediğinde birtakım değişikliklerin görüldüğü durumdur. İkinci evre kronik böbrek hastalığında böbrek hasarı ile birlikte GFH'nda azalma (60-89 mL/dk/1.73 m²) göze çarpmaktadır. Üçüncü evreye gelindiğinde GFH orta düzeyde azalmakta (59-30 mL/dk/1.73 m²), dördüncü evrede ise GFH ciddi şekilde azalmaktadır. (29-15 mL/dk/1.73 m²). Beşinci evre, son dönem kronik böbrek hastalığı aşamasıdır ve bu koşul GFH'nın (15 mL/dk/1.73 m²)'nin altına indiği ve diyaliz tedavisi ya da böbrek naklinin söz konusu olduğu evredir (Süleymanlar, 2007).

Kronik böbrek hastalığının erken evreleri (1. ve 2. Evre) böbrek hasarı oluşturur ancak genelde belirtisizdir, böbrek fonksiyonları normaldir fakat ilerleyici bir hastalık oluşma riski yüksektir. Böbrek yetmezliği ilerledikçe böbrek fonksiyonları da kötüye gitmektedir. (3 ve 4. Evre). Sonuç olarak son dönem böbrek hastalığı (SDBH) tablosu (5. Evre) ortaya çıkar ve böbrek yerine koyma tedavisi (diyaliz veya böbrek nakli) gerekli hale gelir (Weiner, 2007).

1.1.2. Nedenleri

Kronik böbrek hastalığının gelişmesinde birçok neden etkili olabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) son dönem kronik böbrek hastalığının yaklaşık %50'ini diyabet, %20'sini kronik hipertansiyon oluştururken, glomerülonefrit, lupus ve polikistik böbrek hastalığı da kronik böbrek hastalığının diğer sebeplerini oluşturmaktadır (U.S. Renal Data System-USRDS 2005). Ülkemizde Türk Nefroloji Derneği'nin 2007 yılı verilerine göre son dönem kronik böbrek hastalığı olan olgularda, kronik böbrek hastalığına götüren ilk üç neden diyabet, hipertansiyon ve glomerülonefrit iken bunları polikistik böbrek hastalıkları, piyelonefrit, amiloidoz ve renal vasküler hastalıklar takip etmektedir (Erek ve ark., 2008).

1.1.3. Sıklık ve Yaygınlığı

Kronik böbrek hastalığı hem dünyada hem de ülkemizde sıkça karşılaşılan bir sağlık sorunudur (Erek ve ark., 2008). Hastalığın erken evrelerinin (evre 1-4; %10.8) görülme sıklığı, SDBH'nın (evre 5; %0.1) görülme sıklığının 100 katından fazladır (Colodonato ve ark., 2002; Hsu, Chertow ve Curhan, 2002).

Çeşitli ülkelerdeki yıllık kronik böbrek hastalığı sıklığı milyon nüfus başına Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 347, Almanya'da 203 ve İngiltere'de 102 kişidir (European Renal Association- ERA-EDTA, 2005; U.S. Renal Data System-USRDS 2007).

Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) 2007 yılı verilerine göre Türkiye'de son dönem kronik böbrek hastalığının nokta yaygınlığı milyon nüfus başına 709 olup 40.309 hasta kronik hemodiyaliz programı ile tedavi edilmektedir. Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören bu hastaların %56.1'i erkek, %43.9'u kadın hastadır (Erek ve ark., 2008). Ülkemizde son dönem kronik böbrek hastalığının nokta sıklığı ise yine Türk Nefroloji Derneği'nin 2006 verilerine göre milyon nüfus başına 189'dur (Erek ve ark., 2007).

1.1.4. Prognozu

Son dönem böbrek hastalarında hastalığın prognozu kötü olmakla birlikte diyaliz hastalarında ölüm oranı yılda ortalama %20 dolayındadır ve bu oran kolon ya da akciğer kanserli hastaların ölüm oranından fazla olabilmektedir.

Kronik böbrek hastalığında en temel ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Bu rahatsızlıklar birçok hastada kronik böbrek hastalığının erken evrelerinde ortaya çıkmaktadır ve diyaliz tedavisinin başlamasıyla birlikte bunların %90'ı sol ventrikül hipertrofisi ya da disfonksiyonu şeklinde görülmektedir (Mitch, 2007). Bir diğer ölüm nedeni %25 oranında enfeksiyonlar ve üçüncü en büyük ölüm nedeni ise %6 oranında serebrovasküler hastalıklardır (Levy, Morgan ve Brown, 2002).

Epidemiyolojik çalışmalar göstermektedir ki; GFH'deki azalmanın devam etmesiyle birlikte dördüncü evrede bulunan hastaların üçte biri 3 yıl içinde son dönem böbrek hastalığı (5. evre) tanısı almaktadır. Ayrıca üçüncü evrede olan hastalarda da son dönem böbrek hastalığı gelişme riski yüksek olmakla birlikte SDBH'na (5. evre) erişmede ortalama süre uzamaktadır. Neyse ki; ilerlemenin derecesi doğrusal bir

bireysellik göstermektedir ve bu sebeple de kronik böbrek hastalığı GFH ve serum kreatinin düzeyi ile tahmin edilebilmektedir (Mitch, 2007).

1.2. Kronik Böbrek Hastalığı'nın Tedavisi

Kronik böbrek hastalığının tedavisi; öncelikle ayırıcı tanının konması, hastalığın değerlendirilmesi, eşlik eden durumların tespiti ve yönetilmesi ile ilgili tedaviyi hedeflemektedir. Daha sonraki aşama böbreklerde fonksiyon kaybını yavaşlatmak, kardiyovasküler hastalık oluşumunu önleme, oluşmuş olan rahatsızlıkları da tedavi etmek amacıyla çeşitli tetkikleri, böbrek hasarı ve böbrek yerine koyma tedavisi için hazırlığı içerir. Eğer son dönem böbrek hastalığı evresine oluşmuşsa da böbrek yerine koyma tedavisi (diyaliz veya böbrek nakli) ile böbrek fonksiyonlarının geri getirilmesi amaçlanır (Johnson ve ark., 2004/a).

Ek tanılarının tedavisine, yavaş ilerleyen böbrek hastalığına müdahale etmeye ve kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için çeşitli ölçümleri yapmaya birinci evre ve ikinci evrede başlamak gerekmektedir. Hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı için hem bir nedendir hem de bu hastalık sonucu ortaya çıkabilmektedir dolayısıyla tüm hastalarda kontrol altında tutulması gerekmektedir. Glomerüler filtrasyon hızındaki azalmayla birlikte ortaya çıkan diğer komplikasyonlar olan; anemi, kötü beslenme, kemik hastalıkları, nöropati ile düşen yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve tedavisine üçüncü evrede başlanmalıdır çünkü GFH'deki azalma 60 mL/dk/1.73 m²'nin altına düştüğünde (üçüncü evre) bu komplikasyonların görülme sıklığı artmaya başlamaktadır. Dördüncü ve beşinci evre (SDBH evresi) gelmeden önce böbrek yerine koyma tedavisi için hazırlığa başlamak uygun görülmektedir. Bu tedavilere hazırlanmaya GFH 15 mL/dk/1.73 m²'nin altına düştüğünde (beşinci evre) başlanmalıdır (Levey ve ark., 2003: 141).

Glomerüler filtrasyon hızı 15 mL/dk/1.73 m²'nin altına indiğinde son dönem böbrek hastalığından bahsedilir ve hastalar, diyaliz, böbrek nakli gibi böbrek yerine koyma tedavilerine ihtiyaç duyarlar. Böbrek yerine koyma tedavileri:

1) Diyaliz

- Hemodiyaliz

-Periton Diyalizi

2) Böbrek Nakli'dir (Yalçın ve Akpolat, 2007: 301).

1.2.1. Diyaliz Tedavisi

Diyaliz, yarı geçirgen bir zar vasıtası ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solüt değişimini amaçlayan bir tedavidir. Kısaca, böbreklerin yeterince çalışmamasına bağlı olarak kanda biriken zararlı maddelerin vücuttan atılması hedeflenmektedir. Sıvı ve solüt değişimi, genellikle hastanın kanından diyalizata doğrudur ve bu diyalizatın uzaklaştırılması ile hastada var olan sıvı-solüt dengesizliği normal değere yaklaştırılır (Akpolat ve Utaş, 2007: 324). Diyalizat; içerisinde saf su, sodyum, potasyum, magnezyum, kalsiyum, klor, dekstroz ve bikarbonat veya asetat bulunan bir çözüldür (Levy, Morgan ve Brown, 2002).

Diyaliz uygulaması ince iki zar vasıtası ile yapılabilmektedir:

1. Membran isimli sentetik ince bir zar kullanılarak hemodiyaliz.
2. Periton membranı vasıtası ile periton diyalizi (Akpolat ve Utaş, 2007: 325).

1.2.1.1. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz uygulaması ilk olarak 1913 yılında bir ya da iki böbreği alınmış (nefektomize) köpekler üzerinde denenmiştir. İnsanlar üzerinde ilk hemodiyaliz uygulaması ise 1944 yılında yapılmış olup Hollandalı bir hekim olan Kolff'a aittir. Hemodiyaliz (HD) tedavisinde hastadan alınan kan ince bir zar vasıtası ve bir makine yardımı ile sıvı ve solüsyon içeriği yeniden düzenlenerek temizlenmektedir (Akpolat ve Utaş, 2007: 324-340).

Hemodiyaliz uygulamasında kandaki hem küçük, hem de büyük moleküler ağırlıklı maddelerin temizlenmesi hedeflenmektedir. Diyaliz tedavisinde azotlu atıklar vücuttan uzaklaştırılır ve böbrek hastalığı ile ilişkili sıvı-elektrolit ve asit-baz oranı bu şekilde dengelenmeye çalışılır (Levy, Morgan ve Brown, 2002)

Sıvı ve solüsyon değişiminin temelinde difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki prensibi vardır. Difüzyonda, ince zarın iki yanındaki konsantrasyon farkı nedeniyle çözünen madde konsantrasyonu yüksek olan taraftan düşük olan tarafa hareket etmektedir. Bu ince zarın bir yanında hastanın kanı diğer yanında ise diyalizat bulunur. Diyalizatta üre, kreatinin gibi artık ürünler bulunmaz, böylece üre ve kreatinin difüzyonu etkili biçimde gerçekleşir. Ultrafiltrasyonda ise uygulanan basınç nedeniyle sıvının zarın bir yanından diğer yanına geçişi söz konusudur. Sıvı geçişine solüt geçişi de eşlik ettiğinden, ultrafiltrasyon solütün de değişmesine katkıda bulunur.

Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı ve ince bir zar ile makine kullanılmalıdır. Yeterli kan akımının sağlanması için kalıcı veya geçici olarak damardan giriş yolu açılmalıdır.

Hemodiyaliz tedavisi hastanın kalan böbrek fonksiyonlarına ve diyetinde aldığı protein miktarına bağlı olmak üzere haftada 2-3 kez 4-6 saat süre ile uygulanmaktadır. Diyaliz yetersizliği bu hastalarda hastalık halinin ve ölüm oranının artmasına neden olmaktadır. Hemodiyaliz uygulaması uygun cihaz ve ekipmanla evde ya da hastanede yatak başında yapılabilir (Akpolat ve Utaş, 2007: 324-340). Hemodiyaliz esnasında ortaya çıkabilen komplikasyonlar şu şekilde özetlenebilir;

1. Düşük tansiyon.
2. Kaslarda kramplar.
3. Bulantı ve kusma.
4. Baş ağrısı.
5. Göğüs ve sırt ağrısı.
6. Kaşıntı.
7. Ateş ve titreme.
8. İlaçların vücuttan uzaklaştırılması.
9. Hipoksi (Beden dokularında oksijenin azalması).
10. Anemi.
11. Kalp ritminde düzensizleşme.
12. Kardiak tamponad.
13. Beyin kanaması.
14. Bayılma.
15. Hemoliz.
16. Hava embolisi.
17. Diyaliz dengesizlik sendromu (Akpolat ve Utaş, 2007: 324-340; Dilek, 2008; Levy, Morgan ve Brown, 2002).

1.2.1.2. Periton Diyalizi

Periton diyalizi (PD), hemodiyaliz ve böbrek nakli ile birlikte böbrek yerine koyma

tedavi seçenekleri arasında yer alan bir diyaliz çeşidir (Şahin, 2008). Hemodiyaliz tedavisinde hasta belirli günlerde vücudu dışında bulunan bir makineye bağlanırken periton diyalizinde ise hastanın kendisi ya da bir yakını diyaliz işlemini uygulamaktadır. Periton diyalizi uygulamasında diyaliz solüsyonu hastanın karın boşluğuna verilip geri alınmakta ve böylece vücuttaki atık maddeler dışarı çıkarılmaktadır.

Periton diyalizinde hastanın karın boşluğuna diyaliz solüsyonu kateter vasıtasıyla verilmektedir. Kateter; bir çeşit ince tüptür. Karın boşluğu uygulamaya da adını veren ve ince bir zar olan periton zarı ile çevrilidir. Periton zarı, vücuttaki fazlalık sıvının ve atık maddelerin kan damarlarından diyaliz solüsyonuna geçmesini sağlamaktadır. Diyaliz solüsyonu ince kan damarlarından atıkları, çeşitli kimyasal maddeleri ve fazla suyu periton zarından geçirerek karın boşluğunun içerisine çeker. Bunuda bir çeşit şeker olan dekstrozu vasıtası ile yapar. Birkaç saat sonra beklemiş çözelti ve atıklar tüp vasıtası ile karın içerisinden dışarı alınır. Atıkların ve fazla sıvının içinde olduğu diyaliz solüsyonu uygun şekilde dışarı alınır ve atılır. Boşaltma ve yeniden doldurma işlemi ortalama 30-40 dakika sürmektedir. Tipik bir uygulama programında diyaliz solüsyonunun karında bekleme süresi ortalama 4 ile 6 saattir ve gün içerisinde bu şekilde dört değişim uygulanmaktadır (Yeğenağa ve Dervişoğlu, 2007: 50).

Periton diyalizinde de ortaya birtakım komplikasyonlar çıkabilmektedir. Bunlar;

1. Peritonit.
2. Çıkış yeri enfeksiyonu.
3. Mekanik problemler.
4. Periton diyalizi kateterinin malpozisyonu, drenaj olmaması.
5. Kateter çevresinden veya karın duvarından sızıntılar.
6. Perine ödemi.
7. Fıtıklaşma.
8. Sırt ağrısı.
9. Hiperglisemi.
10. Lipid metabolizmasındaki anormallikler.
11. Protein kayıpları.
12. Yüksek serum laktat düzeyi.

13. Hiponatremi veya hipernatremi.
14. Hipokalemi veya hiperkalemi.
15. Hipokalsemi veya hiperkalsemi şeklinde özetlenebilir (Şahin, 2008).

En yaygın kullanılan periton diyalizi “Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi” (SAPD) olmakla birlikte bunun dışında kullanılan çeşitli periton diyalizi yöntemleri de vardır. Bunlar; sürekli dönüşümlü periton diyalizi, gece periton diyalizi, dalgalı periton diyalizi ve aralıklı periton diyalizi tipleridir (Arık ve ark., 2003).

1.2.2. Böbrek Nakli

Böbrek nakli son dönem böbrek hastalığının tedavisinde diyaliz yöntemlerinin önemli bir alternatifidir (Arık ve ark., 2003).

Böbrek nakli, diyaliz tedavisi gereken son dönem böbrek hastalığı olan kişilere sağlıklı bir böbreğin ameliyat ile yerleştirilmesidir. Bu işlem canlı ya da kadavra donörden yapılabilir.

Böbrek nakli ile ilgili uygulamalar ilk kez 20. yüzyılın başlarında başlamıştır. Buna karşın ilk başarılı nakil ameliyatı 1954 de Murray ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılmıştır. Ülkemizde ilk kez nakil girişimi 1968 yılında İstanbul Tıp Fakültesi’nde Prof. Dr. Necdet Koçak ve ekibi başlatmışlardır. Bunun akabinde 1975 yılında Ankara’da Prof. Dr. Mehmet Haberal ve ekibi tarafından ilk düzenli nakil aktivitesi başlatılmıştır. Günümüzde ülkemizde 25 merkezde böbrek nakli başarı ile gerçekleştirilmektedir (Türkmen, 2007: 2599).

Gerek canlı gerekse kadavra donörden yapılan başarılı böbrek nakilleri diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarının bazılarını değil tamamını yerine getirmektedir. Bununla birlikte böbrek bütün işlevlerini yerine getirebildiği için hem de hastalar açısından sürekli diyaliz uygulamasının ortaya çıkardığı fiziksel ve psikolojik zorluklar ortadan kalktığı için yaşam kalitesi daha da iyileşmektedir. Böbrek nakli son dönem böbrek hastalarında yaşam süresini uzatan bir etkidir. Ortalama 5 yıllık yaşam süresi diyaliz hastalarında %32 iken böbrek nakli yapılmış hastalarda nakilden sonra 5 yıllık yaşam süresi oranı yaklaşık olarak %69’dur (Eçder ve Akpolat, 2007:349). Böbrek nakli konusundaki en büyük sorun bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de organ teminindeki zorluklardır. Ülkemizde kadavra donörden organ bağıışı son derece kısıtlı olduğu için nakillerin yaklaşık %80’i canlı

donörler kullanılarak yapılmaktadır (Türkmen, 2007: 2599).

1.3. Kronik Böbrek Hastalığı'na Bağlı Ruhsal Sorunlar

Kronik hastalık stresli bir yaşantıdır ve birtakım psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Gençöz ve Astan, 2006: 203). Dolayısıyla kronik böbrek hastalığı ve sağaltımının da her zaman stres verici bir yaşam olayı olarak tanımlanması söz konusudur. Hastaların hemen hemen yarısında anksiyete, depresyon ve organik beyin sendromu gibi sorunlar görülmektedir. İntihar girişimlerinin normal popülasyondan ve de diğer kronik hastalıklardan daha fazla olduğu bildirilmektedir (Cimilli, 1994: 90; Kumbasar, 1999: 85; Ünlüoğlu, Özden, İnce, 1997: 125). Bunların dışında kişilerin fiziksel aktivitelerinde bozulma, cinsel sorunlar, evlilik sorunları, ekonomik sorunlar gibi yaşam kalitesi ile ilişkili problemler de ortaya çıkabilmektedir (Kumbasar, 1999). Ayrıca hemodiyaliz tedavisi gören birçok kronik böbrek hastası diyaliz makinesini kendi bedeninin bir uzantısı gibi görmekte ve buna bağlı olarak da vücut algılarında bozulmalar ortaya çıkmaktadır (Cimilli, 1994: 89).

1.3.1. Depresyon

Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı olarak kullanılan DSM-IV'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) göre depresif bozukluklar duygudurum bozuklukları içinde yer almaktadır ve üç ana başlıkta sınıflandırılmaktadır. Bunlar;

-Majör Depresif Bozukluk

-Distimik Bozukluk

-Başka Türü Adlandırılmayan Depresif Bozukluk'tur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007: 489-615).

Tıp literatüründe majör depresif bozukluk olarak tanımlanan depresyon; derin üzüntülü, bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte psikomotor hareketler, düşünce, konuşma ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile birlikte görülen bir durum olarak tanımlanmaktadır.

Depresyon döneminde en sık görülen belirtiler şu şekilde özetlenebilmektedir;

- Çökkün ve bunaltılı duygudurum (üzüntü, elem, bunaltı)
- Genel isteksizlik, ilgilerde azalma, eskiden zevk aldığı şeylerden zevk alamama
- Enerji azlığı, çabuk yorulma
- Dikkati yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık
- Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri
- Uykuda azalma ya da artma
- İştah ve kiloda değişiklik
- Ölüm ve özkıyım düşünceleri
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon (Kaplan ve Sadock, 2004: 163-165; Öztürk ve Uluşahin, 2008: 341-342)

DSM-IV'e göre depresyon tanısı koymak için:

- Çökkün duygudurum ve isteksizlik ya da zevk alamamanın da içinde bulunduğu en az beş belirtinin olması,
- Bu belirtilerin günlük sosyal ve mesleki işlevleri etkileyecek ya da belirgin sıkıntı verecek şiddette olması,
- En az iki hafta sürmesi gerekmektedir.

Depresyonun yaşam boyu gelişme olasılığı, toplumda kadınlar için %10 ile %25 arasında, erkekler içinse %5'le %12 arasında değişmektedir. Erişkinlerde depresyonun toplumdaki nokta yaygınlığı kadınlar için %5 ile %9 arasında, erkekler için %2 ile %3 arasında değişmektedir. Ayrıca depresyon ergen kızlarda ve erişkin kadınlarda ergen ve erişkin erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007: 489-615). Depresyonun klinik çalışmalarda ve günlük klinik uygulamada değerlendirilebilmesi için geliştirilen ve en sık kullanılan ölçüm araçları;

- Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory)
- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale) olarak kabul edilmektedir.

Fiziksel hastalığı olanlarda depresyon sık karşılaşılan bir ektanıdır (Egede, 2007; Katon ve Ciechanowski, 2002; Özkan, 1999: 109; Öztürk ve Uluşahin, 2008: 348-350).

Fiziksel hastalık kişinin beden imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, aile ve çevre ilişkilerini olumsuz etkilemekte aynı zamanda değişik düzeylerde kayıp tepkisine neden olmakta ve depresyon gelişimine yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalar fiziksel hastalığa göre değişmekle birlikte hastaların %12-36'sında depresyon geliştiğini ortaya koymaktadır (Mete, 2008; Özkan, 1999: 109). Anderson ve arkadaşları (2001) tarafından yapılan, kalp krizi geçirmiş hastalar ve diabetes mellitus, kanser, Parkinson Hastalığı, AIDS hastaları ile inme geçirmiş hastaların da dahil edildiği bir meta analizde depresyon yaygınlığı sağlıklı gruba göre yüksek bulunmuştur.

Depresyon kronik hastalıklara karşı bedenın gösterdiği en temel psikolojik tepkidir (Tsay ve Healstead, 2002: 246). Kronik böbrek hastalığı olan ve buna bağılı olarak hemodiyaliz tedavisi gören hastalar da tıpkı kronik hastalığı olan diğer bireyler gibi depresyon belirtilerini yaşamaktadırlar (Kumbasar, 1999). Hemodiyaliz tedavisi hastalarda birtakım kayıplara neden olmaktadır. Kişilerin fiziksel, ekonomik ve ailevi koşullarında oluşan birtakım olumsuzluklar; sağlıklı çalışma yeteneği, otonomi, güç, enerji, cinsel işlevlerdeki bozulmalar bu kayıplardan bazılarını oluşturmaktadır. Uyulması gereken katı bir diyet programının olması, diyaliz saatlerinin gün içinde çok vakit alması, ölüm korkusu gibi faktörler de psikolojik iyilik halini tehdit eden unsurlardandır. Hemodiyaliz uygulaması özelliği nedeniyle hastaları bağımlı konuma sokmaktadır. Sürekli kendileri dışındaki kişilere ve birtakım gereçlere bağımlı olma durumu hastalarda birtakım güçlükler ortaya çıkarmaktadır (Cimilli, 1994; Kaplan ve Sadock, 2004: 340; Kimmel, 2002; Kumbasar, 1999; Levy, Morgan ve Brown, 2002; Sensky, Leger ve Gilmour, 1996; Yücel, Yılmaz ve Özkan, 1994). Depresyon hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında görülen temel psikolojik problem olarak kabul edilmektedir (Christensen ve Ehlers, 2002; Finkelstein ve ark., 2002; F.O. Finkelstein ve S. H. Finkelstein, 2000; Kimmel, 2002; Kimmel, Weihs ve Peterson, 1993; Tossani, Cassano ve Fava, 2005; Watnick ve ark., 2003; Wuerth ve ark., 2005). Görülme sıklığı %5 ile %60 arasında değişmekle birlikte özellikle tedavinin ilk 6 ayında sık rastlanmaktadır (Harrington ve Brener, 1973; Levy, Morgan ve Brown, 2002).

Kronik böbrek hastalarında depresyon üzerine literatürde yapılmış birçok çalışmaya rastlanmaktadır. Bazı araştırmalar hemodiyaliz hastalarında depresyon görülme

sıklığı üzerinde yoğunlaşmaktadır. Sağduyu ve Erten (1998) tarafından yapılmış olan bir çalışmada hemodiyaliz tedavisi gören 70 hastanın %17.1'inde depresyon bulunduğu bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada 46 hemodiyaliz hastasına Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği uygulanmış ve hastaların %54.3'ünde depresyon bulunduğu saptanmıştır (Bahar ve ark., 2007). Cukor ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmış bir çalışmada 70 hemodiyaliz hastasının %29'unda depresif bozukluk, %20'sinde majör depresyon ve %9'unda distimi tanısına rastlandığı bildirilmiştir. Çetinkaya ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu bir araştırmada hemodiyaliz hastaları ile sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarının Beck Depresyon Ölçeği puanları karşılaştırıldığında sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarının depresyon puanlarının anlamlı olarak düşük olarak bulunduğu belirtilmiştir. Ayrıca hemodiyaliz hastalarının %61.3'ünde depresyon görüldüğü bildirilmiştir. Bir başka çalışmada kronik hemodiyaliz tedavisi gören 145 hastanın 67'sine yani %46'sına DSM- IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) tanı kriterlerine göre majör depresif bozukluk tanısı konduğu belirtilmiştir (Yazıcı ve ark., 2008). Tyrrell ve arkadaşlarının (2005) 70 yaş üstü 51 hemodiyaliz hastası üzerinde yürüttüğü bir çalışmada hastalara Montgomery ve Asberg Depresyon Ölçeği (MADRS) uygulandığı ve hastaların %60'ının depresif olarak değerlendirildiği bildirilmiştir. Çelik ve Acar (2007) tarafından 59 hemodiyaliz hastası dahil edilerek yapılmış olunan bir çalışmada hastaların depresyon ortalama puanlarını ölçmek üzere Beck Depresyon Ölçeği kullanılmış ve hastaların %15.3'ünde yüksek depresyon puanı görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca yine bu çalışmada depresyon puan ortalamasının kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksek olduğu görülmektedir.

Diğer taraftan hemodiyaliz hastaları ile diyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının, periton diyalizi hastalarının ya da böbrek nakli geçirmiş kronik böbrek hastalarının depresyon düzeylerini karşılaştırmaya yönelik araştırmalara da rastlanmaktadır. Scott ve arkadaşları (2007) tarafından diyalize girmeyen 92 kronik böbrek hastası ile 61 kişilik genel tıbbi hasta grubu üzerinde yürütülmüş bir çalışmada grupların Beck Depresyon Ölçeği puanlarının ortalamalarının anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmektedir. Ayrıca bu araştırmada diyalize girmeyen kronik böbrek hastaları kendi içinde üç gruba ayrılmıştır. İlk grup 1. ve 3. evredeki, ikinci grup 4. evredeki ve üçüncü grup da 5. evredeki hastaları kapsamıştır. Yine bu üç grubun Beck

Depresyon Ölçeği puanları arasında da anlamlı bir farka rastlanmadığı bildirilmiştir. Birtane ve arkadaşları (1999) yaptıkları araştırmada diyaliz tedavisi alan ve almayan kronik böbrek hastalarında depresyon niceliği açısından anlamlı fark bulunmadığını bildirmişlerdir. Bununla birlikte bu değişkenlerin ortalama puanlarının sağlıklı popülasyondan anlamlı olarak düşük bulunduğu ifade edilmiştir. Kalender ve arkadaşları (2007) tarafından diyalize girmeyen 26 kronik böbrek hastası, 68 hemodiyaliz hastası, 47 periton diyalizi hastası ve 66 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yürütülmüş bir çalışmada periton diyalizi hastalarının Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları diyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının ve hemodiyaliz hastalarının ortalama puanlarından düşük bulunmuştur. Diyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon ortalama puanlarının da hemodiyaliz hastalarının depresyon ortalama puanlarından düşük bulunduğu belirtilmiştir. Bir başka çalışmada hemodiyaliz ve periton diyalizi hastaları ile böbrek nakli yapılmış toplam 160 kronik böbrek hastasına Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği'nin uygulanmış ve hemodiyaliz hastalarının depresyon alt ölçeği ortalama puanlarının diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek olarak bulunduğu bildirilmiştir (Martin, Tweed ve Metcalfe, 2004). Sağduyu ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu bir çalışmada ise hemodiyaliz hastaları ile böbrek nakli geçirmiş kronik böbrek hastalarının Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği'nin depresyon alt ölçeği eşik puanını geçenlerin oranları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Berlim ve arkadaşları (2006) tarafından 30 depresyon hastası ile depresif olmayan 30 hemodiyaliz hastası dahil edilerek yapılmış olan bir araştırmada depresyon hastalarının depresyon ortalama puanları hemodiyaliz hastalarının depresyon ortalama puanlarından çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Güler ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada 93 hemodiyaliz hastasının Belirti Tarama Listesi-90 (SCL-90) ölçeğinin depresif belirtiler alt ölçek ortalama puanları, 53 sağlıklı bireyin depresif belirtiler alt ölçek ortalama puanlarından anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Bazı çalışmalar ise hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında depresyonun çeşitli faktörlerle ilişkisine odaklanmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında (n=104) sosyal destek, kontrol odağı ve depresif semptomların ilişkisi inceleyen bir çalışmada iç kontrol odağına sahip kişilerin kendilerini algılanan sosyal destekten yoksun olarak gördükleri ve depresif semptomlarının da bununla ilişkili olduğu, diğer

yandan dış kontrol odağına sahip bireylerin ise kendilerini kabul edilen sosyal destekten dışlanmış algıladıkları ve bu durumun da depresif semptomlarıyla bağlantılı olduğu belirtilmiştir (Gençöz ve Astan, 2006). Kimmel ve arkadaşları (2000) tarafından 295 hemodiyaliz hastasının 6 aydan 38.6 aya kadar izlenmesiyle yapılan bir çalışmada depresyon düzeyinin ölüm oranının tahmin edilebilmesinde bir etkisi olmadığı bulunmuştur. Ancak yapılan tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde bu izlemlerde depresyon zamana bağlı kovaryat olarak tedavi edildiğinde depresif duygulanım düzeyinin ölüm oranı ile anlamlı olarak ilişkili olduğu bildirilmiştir. Baydoğan ve Dağ (2008) tarafından 71 hemodiyaliz hastası üzerinde yapılmış olan bir çalışmada hemodiyaliz hastalarında depresiflik düzeyinin yordayıcıları arasında düşük öğrenilmiş güçlülüğün ve dış kontrol odağının bulunduğu belirtilmiştir. Hemodiyaliz hastalarında aleksitimi ve sosyal desteğin depresyonla ilişkisinin incelendiği 230 hemodiyaliz hastasının dahil olduğu bir çalışmada depresyonun anlamlı ve bağımsız olarak aleksitimi ve mevcut sosyal destekten düşük memnuniyetle ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca aleksitimi ve düşük sosyal desteğin depresyonun ağırlaşaacağı yordayıcısı olduğu belirtilmiştir (Kojima ve ark., 2007). Hemodiyaliz hastalarında kronik ağrı ve depresyon ilişkisini araştıran bir çalışmada ağır ve orta düzeyde ağrısı olan 85 hasta ile hafif düzeyde ağrısı olan ya da hiç ağrısı olmayan 120 hasta karşılaştırıldığında ağır ve orta düzeyde ağrısı olan hastalarda depresyon ileri düzeyde anlamlı çıkmıştır (Davison ve Jhangri, 2005). Hemodiyaliz hastalarında yalnızlık ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlayan bir çalışmada hastalara Ucla Yalnızlık Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği uygulanmış ve hastaların yalnızlık ortalama puanlarıyla depresyon ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (Ovayolu ve ark., 2007).

Hemodiyaliz hastalarında depresyonun yaşam kalitesinin bir yordayıcısı olduğu yönünde çalışmalara rastlanmaktadır. Tsay ve Healstead (2002) tarafından yapılmış bir çalışmada 160 hemodiyaliz hastasında depresyon ile yaşam kalitesi arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki bulunmuştur. Yani hastalarda depresyon ortalama puanları yükseldikçe yaşam kalitesi ortalama puanları düşmektedir. Korkut (2008) tarafından yapılmış bir çalışmada hemodiyaliz hastalarında depresyon ortalama puanları ile kısa form-36 (KF-36) yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel boyut toplam puanları arasında negatif korelasyon bulunduğu bildirilmiştir. Bu da hemodiyaliz

hastalarında depresyon puanları yükseldikçe yaşam kalitesinin düştüğü anlamına gelmektedir. Paparrigopoulos ve arkadaşları (2008) tarafından 101 hemodiyaliz hastası dahil edilerek yapılmış olan başka bir çalışmada kadın hastaların Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği'nin depresyon alt ölçeği ortalama puanlarının erkek hastalarinkinden anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir.

1.3.2. Anksiyete

Anksiyete; yaygın, hoş olmayan, nedensiz bir tedirginlik haline genellikle baş ağrısı, titreme, terleme, çarpıntı, göğüste sıkışma gibi bedensel belirtilerin de eşlik ettiği normal dışı bir bunaltı duygusudur (Kaplan ve Sadock, 2004: 189).

Literatürde anksiyete kelimesi yerine “bunaltı” ya da “kaygı” sözcükleri de kullanılmaktadır. Anksiyetenin strese neden olması bedenimizde birtakım değişiklikler olmasına neden olur. Bu belirtiler bilişsel ve fiziksel belirtiler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

1. Bilişsel Belirtiler: Anksiyetenin bilişsel belirtilerinde normal bilişsel işlevlerin abartılı hale gelmesi söz konusudur. Başlıca bilişsel belirtileri şu şekilde özetlemek mümkündür: Duygusal algısal belirtiler, düşünce zorlukları, kavramsal zorluklar, duygusal (affektif) belirtiler, davranışsal belirtiler.

2. Fiziksel Belirtiler: Bu belirtiler genellikle organizmanın kendisini savunmaya yönelik ortaya koyduğu semptomlardır. Çarpıntı, kalp hızında artma gibi kalp-damar sistemi belirtileri, solunum sayısında artma, nefes darlığı gibi solunum sistemi belirtileri görülebilmektedir. Bunların yanı sıra karın ağrısı, iştahsızlık, bulantıkusma gibi sindirim sistemi belirtileri ve ateş basması gibi belirtiler oluşabilmektedir. Anksiyetenin stresin göstergesi olmasının dışında daha ileri düzeyde stresin kaynağı olabileceğini de düşünmek gerekmektedir (Göktepe, 2008).

Anksiyete bozuklukları; anksiyetenin belirti olarak ön planda olduğu yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozuklukları ile kişinin bazı uyumsuz davranışlarını kontrol etmeye çalıştığı zaman yaşadığı bozukluklar olan obsesif-kompulsif bozukluk ve fobik bozuklukları kapsamaktadır (Atkinson ve ark., 2002: 530).

DSM-IV'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition) göre anksiyete bozuklukları şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Agorafobi Olmadan Panik Bozukluğu
- Agorafobi ile Birlikte Panik Bozukluğu
- Panik Bozukluğu Öyküsü Olmadan Agorafobi
- Özgül Fobi
- Sosyal Fobi
- Obsesif-Kompulsif Bozukluk
- Posttravmatik Stres Bozukluğu
- Akut Stres Bozukluğu
- Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- Genel Tıbbi Bir Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
- Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu
- Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu
- Anksiyeteli Uyum Bozukluğu (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007: 617-705).

Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu görülme sıklığının %13.6 ile %28.8 arasında olduğu bildirilmektedir. Bir yıllık yaygınlığı ise %5.6 ve %19.3 arasında değişmektedir. Genel toplumda en sık görülen anksiyete bozukluğunun özgül fobiler olduğu belirtilirken ardından sosyal fobi gelmekte ve en az görülen anksiyete bozukluğu ise obsesif-kompulsif bozukluk olmaktadır. Anksiyete bozuklukları için en çok risk taşıyan yaş grubu 10-25 yaş arasındadır. Bu bozukluklar genellikle erken yaşlarda başlamaktadır. Olguların %80-90'ında belirtilerin 35 yaşından evvel ortaya çıktığı belirtilmektedir. Özgül fobi ile sosyal fobi çoğu zaman çocukluk veya erken ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve agorafobi ise geç ergenlik ya da erken yetişkinlikte başlamaktadır. Belirtiler ilk kez 25-30 yaşları arasında görülmektedir. Obsesif- kompulsif bozukluk ise genellikle 15-39 yaşları arasında oluşmaktadır. Bir anksiyete bozukluğu olan kişilerin büyük çoğunda ikinci bir anksiyete bozukluğuna rastlanmaktadır (Akt.: Öztürk ve Uluşahin, 2008: 451).

Kaygı olarak da isimlendirilen anksiyete, hastanın kişilik yapısına ve psikososyal ortama göre değişkenlik göstermekle birlikte hastalık yaşantısına emosyonel olarak en sık verilen tepkilerdendir (Özkan, 1999: 27). Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda fiziksel rahatsızlığı olan kişilerde anksiyete bozukluklarına sık rastlandığı bildirilmektedir (Ateşçi, Karadağ ve Oğuzhanoğlu, 2000). Anksiyete bozukluklarının kronik hastalığı olan bireylerde herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan kimselere

göre daha sık görüldüğünü söylemek mümkündür (Wells, Golding ve Burnam, 1988). Kronik böbrek hastalığı ve buna bağlı olarak hemodiyaliz tedavisi gelecekle ilgili belirsizlik, cinsel faaliyetlerle ilgili endişe, diyaliz personeli, ailenin beklentileri ve diyalizin stresiyle başa çıkabilmekle ilgili tedirginlikle birlikte anksiyeteye neden olabilmektedir (Kumbasar, 1999: 85; Yücel, Yılmaz ve Özkan, 1994). Bununla birlikte sosyal konum, iş durumu, erken ölüm riski ve ekonomik koşullar da diğer sebepler arasında gösterilmektedir. Ayrıca hemodiyaliz hastalarının ortalama %50-%70'inde anksiyeteli duyguduruma rastlandığı bildirilmektedir (Levy, Morgan ve Brown, 2002).

Konuyla ilgili çalışmalara bakıldığında araştırmaların hemodiyalize giren kronik böbrek hastaların üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Cukor ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada hemodiyaliz tedavisi gören 70 kronik böbrek hastasının %27'sinde halihazırda majör bir anksiyete bozukluğuna rastlandığı belirtilmiştir. Başka bir çalışmada 46 hemodiyaliz hastasına Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği uygulanmış ve hastaların %30.4'ünün anksiyete ortalama puanının eşik üstü olarak saptandığı bildirilmiştir (Bahar ve ark., 2007). Sağduyu ve Erten (1998) tarafından yapılmış olan bir çalışmada hemodiyaliz tedavisi gören 70 kronik böbrek hastasının %8.7'sine yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konduğu belirtilmektedir. Çelik ve Acar'ın (2007) yapmış olduğu bir araştırmada ise 59 hemodiyaliz hastasına Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmış ve hastaların %28.8'inde yüksek anksiyete puanı görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca anksiyete ortalama puanları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olarak bulunmuştur.

Sağduyu ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu bir çalışmada ise hemodiyaliz hastaları ile böbrek nakli geçirmiş kronik böbrek hastalarının Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği'nin anksiyete alt ölçeği eşik puanını geçenlerin oranları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Diğer bir çalışmada hemodiyaliz ve periton diyalizi hastaları ile böbrek nakli yapılmış toplam 160 kronik böbrek hastasına Hastane Depresyon ve Anksiyete Ölçeği'nin uygulanmış ve hemodiyaliz hastalarının anksiyete alt ölçeği ortalama puanlarının diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek olarak bulunduğu bildirilmiştir (Martin, Tweed ve Metcalfe, 2004). Yeh ve arkadaşları (2004) tarafından kronik diyaliz tedavisi görmekte olan 102 hasta, 58 böbrek nakli geçirmiş hasta ve yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olan 42 hastanın

dahil edildiği bir araştırmada yaygın anksiyete bozukluğu tanılı hastaların ilaç tedavisi görmeden önceki anksiyete puan ortalamaları en yüksek iken bu gruba sırasıyla kronik diyaliz grubu ve böbrek nakli grubu izlemektedir. Ancak yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalar 5 hafta ilaç tedavisi gördükten sonra anksiyete ortalama puanlarının böbrek nakli geçirmiş hastalarinkilere yaklaştığı ve kronik diyaliz tedavisi gören hastaların anksiyete ortalama puanlarının bu iki gruptan da yüksek kaldığı bildirilmiştir. Ayrıca kronik diyaliz tedavisi gören hastaların %21'inin anksiyete puanının 20'nin üstünde olduğu belirtilmiştir. Güler ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada 93 hemodiyaliz hastasının Belirti Tarama Listesi-90 (SCL-90) ölçeğinin anksiyete alt ölçek ortalama puanları ile 53 sağlıklı bireyin anksiyete alt ölçek ortalama puanları arasında anlamlı olarak bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Diğer bir çalışmada hemodiyaliz tedavisi gören 31 hasta ile sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi gören 30 hastanın durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadığı belirtilmiştir (Çetinkaya ve ark., 2008).

Takaki ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu 416 hemodiyaliz hastası üzerinde yürütülmüş olan çalışmada yüksek geliri olan ve görev yönelimli baş etme stratejisi ile stresle baş eden hastalarda anksiyete düzeyinin azaldığı bildirilmiştir.

1.3.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı geçtiğimiz 20 yıl içerisinde tüm önemli kronik hastalıklar için geniş bir araştırma sahası oluşturmuştur (McGee, 2004). Son dönemde kronik hastalıkların kişilerin yaşam kaliteleri üzerindeki olumsuz etkileri bu alanı önemli kılmaktadır. Sağlık alanında sıkça rastlanılan bir kavram olan yaşam kalitesinin iyileştirilmesi kronik hastalıklar açısından hayatta kalabilmenin dışında önem kazanmaktadır (Saltürk, 2006). Dünya Sağlık Örgütü'nün (1986) Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu yaşam kalitesini, "bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde ve hedeflerine ilişkin, yaşamdaki kendi pozisyonlarına bakış açıları, beklentileri, standartları ve endişeleri" olarak tanımlamaktadır (Akt: Kurt ve Çetinkaya, 2008: 44).

Yaşam kalitesi bireyin yaşamıyla ilgili memnuniyetini ve tatminini içeren subjektif bir kavramdır. Bu durum üzerinde fikir birliğine varılmasını engellemektedir. Konuyla ilgili çalışan birçok uzman yaşam kalitesinin tek bir boyuttan ibaret

olmadığı görüşünü benimsemektedir. Bu boyutlar; fiziksel, psikolojik, sosyal işlevsellik ile hastalığa ve tedavi sürecine ilişkin belirtilerden oluşmaktadır. Yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olarak kullanılmakta olan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı ise kişinin kendi sağlığına ilişkin subjektif görüşü ve memnuniyetini içermektedir. Sağlık sorunlarını belirleyen etkenlerin yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu düşünürsek sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin birbirlerinden çok da bağımsız olmadığı anlaşılmaktadır (Kurt ve Çetinkaya, 2008).

Hastalık yaşantısında ve özellikle de kronik hastalıklarda yaşam kalitesi değerlendirildiğinde aslında söz konusu olan alanın sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğu görülmektedir (Pınar, 2006).

Yaşam kalitesinin ölçümünde geniş kapsamlı olan ya da belli hastalıklar için geliştirilmiş iki tarz ölçek tipi mevcuttur. Yaşam kalitesinin jenerik ölçümünde en sık kullanılan ölçek olan Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey Questionnaire (SF-36 olarak da kısaltılmaktadır), (Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği) geniş hasta topluluklarında kullanılmaktadır (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

Kronik böbrek hastalığı ve buna bağlı hemodiyaliz tedavisi hastaların hastalık yaşantıları ve tedavinin koşulları nedeniyle yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkili olmaktadır (Yücel, Yılmaz ve Özkan, 1994; Zadeh ve Unruh, 2005). Levy, Morgan ve Brown (2002) hastaların diyaliz yöntemi seçme serbestliklerinin yaşam kalitelerini arttırdığını belirtmişlerdir.

Kronik böbrek hastalığının tedavi seçenekleri arasında yaşam kalitesini karşılaştıran çalışmalara rastlanmaktadır (Özçürümez, Tanrıverdi ve Zileli, 2003). Sağduyu ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu çalışmada hemodiyalize giren kronik böbrek hastaları ile böbrek nakli geçirmiş kronik böbrek hastalarının yaşam kaliteleri karşılaştırılmış ve hemodiyaliz hastalarının fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık toplam puanlarının böbrek nakli geçirmiş hastalara göre anlamlı olarak düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca hastaların depresyon puanlarının yaşam kalitesinin fiziksel sağlık toplam puanlarını yordadığı tespit edilmiştir. Hastaların böbrek nakli grubunda bulunuyor olması ve anksiyete puanlarının azalması ise ruhsal yaşam kalitesindeki iyileşmeyi öngörmektedir. Başka bir çalışmada hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek nakli geçirmiş kronik böbrek hastalarının yaşam kalitesi puanlarının

birbirlerine yakın olarak bulunduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte bu üç grubun da yaşam kalitesi puanlarının normal popülasyondan düşük olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca depresyon ve anksiyete derecelerinin hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi üzerine negatif olarak anlamlı derecede etkili olduğu belirtilmiştir (Sayin, Mutluay ve Sindel, 2007).

Diyaliz hastalarında yaşam kalitesinin cinsiyetle ilişkisine bakan Acaray ve Pınar (2004) yaptıkları çalışmada hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmişler ve istatistiksel olarak anlamlı olmasa da tüm yaşam kalitesi puanlarının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu ve yaş ile hemodiyaliz süresi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü bildirmişlerdir. Bununla birlikte bu çalışmada hemodiyaliz hastalarında eğitim süresi ile yaşam kalitesinin pozitif ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Saltürk (2006) ise hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile cinsiyet ve hemodiyaliz süresi arasında ilişki bulunmadığını ifade etmektedir. Ayrıca hemodiyaliz hastalarında eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında negatif bir korelasyon olduğu da belirtilmektedir.

Korkut (2008) yaptığı çalışmada hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin fiziksel boyut puanlarının sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu belirtmiştir. Diğer bir çalışmada hemodiyaliz hastalarının Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi (SF-36) alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlülüğü ve ağrı ortalama puanlarının hemodiyaliz hastalarında hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarından daha düşük olduğunu bildirmiştir. Öte yandan diğer alt ölçekler olan genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık ortalama puanlarının ise hemodiyaliz hastalarında hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarına göre yüksek olduğu ifade edilmektedir. Sağlıklı kontrol grubunun ise yaşam kalitesi ölçeği alt ölçeklerinin tamamının her iki gruptan da yüksek olduğu bildirilmiştir (Kalender ve ark., 2007).

Diyaliz tedavisine 0 ile 4 hafta kalmış olan hemodiyaliz öncesi ve periton diyalizi öncesi kronik böbrek hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir araştırmada hemodiyaliz öncesi hastalarının ortalama puanlarının periton diyalizi öncesi hastalarınınkinden daha düşük olarak bulunduğu ifade edilmiştir (Korevaar ve ark., 1999). Birtane ve arkadaşları (1999) yaptıkları çalışmada diyaliz tedavisi alan ve almayan kronik böbrek hastalarında yaşam kalitesi ortalama puanlarının anlamlı

olarak farklılaşmadığını bildirmişlerdir. Fakat sağlıklı popülasyonun ortalama puanlarının bu iki gruptan da düşük olarak bulunduğu belirtilmiştir. Ayrıca yaşam kalitesinin depresyondan önemli ölçüde etkilendiği de ifade edilmiştir. Çapoğlu (2008) tarafından yapılmış olan çalışmada ise Kısa Form- 36 (SF-36) Yaşam Kalitesi ölçeğinin tüm alt ölçek ortalama puanlarının hemodiyaliz hastalarında sağlıklı kontrol grubundan düşük olarak bulunduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada hemodiyaliz hastalarında diyalize girme süresi ile yaşam kalitesi alt ölçekleri ortalama puanları arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Hemodiyaliz hastalarında depresyonun yaşam kalitesinin bir yordayıcısı olduğu yönünde çalışmalara rastlanmaktadır (Korkut, 2008; Tsay ve Healstead, 2002). Cohen ve arkadaşları (2007) hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında depresyon ve ağrının yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Vazquez ve arkadaşları (2005) hemodiyaliz hastalarında düşük yaşam kalitesinin depresif semptomlarla ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Berlim ve arkadaşları (2006) tarafından 30 depresyon hastası ile depresif olmayan 30 hemodiyaliz hastası üzerinde yürütülmüş olan bir araştırmada depresyon hastalarının yaşam kalitesi ortalama puanlarının hemodiyaliz hastalarınınkinden çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Başka bir çalışmada diyaliz öncesi kronik böbrek hastalarının yaşam kalitelerinin genel popülasyondan düşük olarak bulunduğu bildirilmiştir (Fukuhara ve ark., 2007).

1.3.4. Beden İmajı

Beden imajı kavramı fizyolojik bir temele dayanmasına rağmen çok boyutlu olarak kabul edilmektedir. Kişilerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yaşantıları ile tecrübeleri beden imajının oluşmasına katkı sağlamaktadır. Fisher'a göre beden imajı bedenin psikolojik yaşantılarını yansıtmaktadır ve bununla birlikte de kişinin duygu ve düşünceleri bedenine yönelmektedir. Beden imajı kavramı bireyi kendi vücut özelliklerini ve çevresindeki kişilerle olan ilişkilerini düşünmeye itmektir.

Normal koşullarda kişilerin sınırlanmadan hareket etme kabiliyetleri mevcuttur. Yani bir anlamda bireyler kendi işlerini kendileri yapabilme konusunda bağımsızdırlar. Fakat herhangi bir hastalık, yaralanma veya sakatlık durumu bağımsızlık duygusunun kısıtlanmasına yol açar ve beden imajındaki değişiklikler ile

hareketlerdeki sınırlılıklar kişilerin rahatsızlık duymasına neden olur. Ayrıca bireylerin bu koşulları kabullenememeleri ve yeni duruma uyum sağlayamamaları birtakım ruhsal çatışmalar yaşamalarına neden olabilmektedir. Kişilerin yaşı kaç olursa olsun olağan büyüme ve gelişme evrelerinin dışında kalan birçok farklı etken beden imajının değişmesine yol açabilmektedir. Hastalıklar, ameliyatlar, kazalar ve doğum olayları bu etkenlerden bazılarıdır (Şanlı, 1991).

Hastalık yaşantısı ve özellikle de kronik hastalıklar doğaları gereği kişilerin beden imajları ile ilgili tehdit algısı oluşturabilmektedir. Kronik böbrek hastalığı nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda ise bir makineye bağımlı olma bir süre sonra diyaliz makinesinin kendi bedeninin bir parçasıymış gibi algılanmasına neden olabilmektedir (Cimilli, 1994). Tedavinin sürmesini sağlayacak olan damar yolunun açılması için geçirilen ameliyat veya damar yoluna yerleştirilen katater adı verilen aparat hastalarda vücut görünümünün ve buna bağlı olarak da beden imgesinin bozulmasına neden olabilmektedir (Levy, Morgan ve Brown, 2002:66).

Kıvrak (2008) yapmış olduğu çalışmada böbrek nakli geçirmiş, sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi gören, hemodiyaliz tedavisi gören ve henüz herhangi bir böbrek yerine koyma tedavisi görmemiş kronik böbrek hastalarını beden imajı algısı açısından karşılaştırmıştır. Bu araştırmanın sonucunda sürekli ayaktan periton diyalizi tedavisi gören hastaların beden imajlarından en çok rahatsız olan grup olduğu bulunmuştur. Bu grubu hemodiyaliz hastaları ve ardından erken dönem kronik böbrek hastaları izlerken beden imajından en memnun grubun ise böbrek nakli geçirmiş olan hastalar olduğu bildirilmiştir. Ayrıca kadınların beden algılarının erkeklerden daha zayıf olduğu ifade edilmiştir. Şanlıer, Yabancı ve Alyakut (2008) yaptıkları çalışmada kadın katılımcıların vücut algısı ortalama puanlarının erkeklerden daha yüksek bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu da kadınların beden imajlarından erkeklerden daha çok rahatsız oldukları anlamına gelmektedir. Pınar (2002) yaptığı çalışmada katılımcılarda depresyon düzeyi arttıkça beden imajı algısından duyulan memnuniyetsizliğin de arttığını bildirmiştir. Diğer bir araştırma meme kanseri nedeniyle mastektomi geçirmiş kadın hastaların beden imajı algılarının sağlıklı kontrol grubundan daha olumsuz olduğunu ifade etmektedir (Uçar ve Uzun, 2008).

1.4. Problem

Bu araştırmanın problemi, hemodiyalize giren kronik böbrek hastaları ve hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon ve anksiyete ölçeği puanlarının anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmektir.

2. Hipotez

Bu araştırmanın hipotezi, “hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarının depresyon ölçeği puanları hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarına göre anlamlı olarak yüksek, anksiyete ölçeği puanları ise anlamlı olarak düşük olacaktır” dır.

Bu ana hipotezin yanı sıra çalışma kapsamında aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır:

- Hemodiyalize giren ve girmeyen kronik böbrek hastalarının yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek puanları anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?
- Hemodiyalize giren ve girmeyen kronik böbrek hastalarının vücut algısı ölçeği puanları anlamlı olarak farklılaşmakta mıdır?

3. Önemi

Bu çalışma kronik böbrek hastalığı ve buna bağlı olarak uygulanan hemodiyaliz tedavisinin hastaların üzerindeki psikolojik etkilerinin öngörülüp önlenmesi, depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve beden imajı algısı değişkenlerinde farklılıklar bulunduğu takdirde hastalara bu konularda psikolojik yardım sağlanması ve yaşam kalitelerinin iyileştirilmesine yönelik girişimlerde bulunulabilmesi adına önemlidir. Ayrıca yine bu çalışma hemodiyaliz aşamasına gelmeden kronik böbrek hastalığı tanısı konulduktan sonra kişilere psikoterapötik yardım sağlanmasının gerekliliği açısından da fikir verecektir. Literatürde hemodiyaliz hastalarına yönelik birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen hemodiyaliz hastalarının hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları ve sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırıldığı araştırma sayısı sınırlıdır bu da araştırmaya önem katan diğer bir etkidir.

4. Kapsamı ve Sınırlılıkları

Bu çalışma İstanbul'un Üsküdar ve Avcılar semtlerinde bulunan Başkent Üniversitesi İstanbul Diyaliz Merkezi ve Fresenius Avcılar Diyaliz Merkezi'nde hemodiyaliz tedavisi görmekte olan 50 son dönem kronik böbrek hastasını, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Bölümü nefroloji polikliniğine başvuran 50 kronik böbrek hastasını ve bu iki gruba ek olarak bir de 50 kişilik sağlıklı kontrol grubunu kapsamaktadır. Araştırmanın örnekleme bu kişilerle sınırlı tutulmuştur. Çalışmanın yürütüldüğü hemodiyaliz hastaları özel kuruluşlarda tedavi gören hastalardan oluşmaktadır. Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları ise devlet kurumuna başvurmuş hastalardır. İki grup arasında sosyoekonomik düzey açısından anlamlı bir farka rastlanmamış da olsa bu durum çalışmanın sınırlılıklarındandır. Ayrıca sağlıklı popülasyonun sosyoekonomik düzeyi diğer iki grubunkinden yüksek bulunmuştur. Bu da çalışmanın bir diğer sınırlılığdır.

5. Varsayımlar

Bu araştırmanın ana hipotezi çerçevesinde varsayımları şunlardır:

- 5.1. Bu çalışmada kullanılan ölçme araçlarının ölçtükleri değişkenler açısından geçerli ve güvenilir olduğu,
- 5.2. Araştırmaya katılan kişilerin örneklem evrenini temsil ettiği,
- 5.3. Araştırmanın örnekleminin ölçeklere samimi ve tarafsız yanıtlar verdiği varsayılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçme araçları, Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (KF-36) ve Vücut Algısı Ölçeği'dir.

6. Tanımlar ve Kısaltmalar

6.1. Tanımlar

Kronik Böbrek Hastalığı: Böbrek fonksiyonlarının glomerüler filtrasyon hızında azalmaya bağlı olarak kalıcı ve ilerleyici şekilde bozulması halidir (Yenicesu, 2008: 318).

Son Dönem Kronik Böbrek Hastalığı: Kronik diyaliz veya böbrek nakli ile tedavinin gerekli olduğu böbrek işlev kaybıdır (Weiner, 2007).

Hemodiyaliz: Hastadan alınan kanın membran adı verilen ince bir zar vasıtası ve bir makine yardımı ile sıvı ve solüsyon içeriğinin yeniden düzenlenmesidir (Akpolat ve Utaş, 2007: 324-340).

Depresyon: Üzüntülü bazen de bunaltılı duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, psikomotor ve fizyolojik hareketlerde bir durağanlıkla seyreden ek olarak küçüklük, değersizlik, suçluluk, karamsarlık, isteksizlik duygu ve düşüncelerinin görüldüğü bir durum olarak tanımlanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 341-342).

Anksiyete: Yaygın, hoş olmayan, nedensiz bir tedirginlik haline genellikle baş ağrısı, titreme, terleme, çarpıntı, göğüste sıkışma gibi bedensel belirtilerin de eşlik ettiği normal dışı bir bunaltı duygusudur (Kaplan ve Sadock, 2004: 189).

Yaşam Kalitesi: Bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde ve hedeflerine ilişkin, yaşamdaki kendi pozisyonlarına bakış açıları, beklentileri, standartları ve endişeleri olarak tanımlanmaktadır (Akt: Kurt ve Çetinkaya, 2008: 44).

Beden İmajı: Kişinin bir bütün olarak kendisini ve bedenini nasıl algıladığı, hissettiği ve bedeniyle ilgili neler düşündüğüne ilişkin bir kavramdır (Şanlı, 1991).

6.2. Kısaltmalar

KBH: Kronik Böbrek Hastalığı

SDBH: Son Dönem Böbrek Hastalığı

HD: Hemodiyaliz

PD: Periton Diyalizi

SAPD: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi

GFH: Glomerüler Filtrasyon Hızı

MDRD: Modification of Diet in Renal Disease Study

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

KF-36: Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada hemodiyalize giren kronik böbrek hastaları, herhangi bir böbrek yerine koyma tedavisi almamış (diyaliz veya böbrek nakli) yani hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları ve kronik bir hastalığı bulunmayan sağlıklı popülasyon depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve beden imajı algısı değişkenleri açısından karşılaştırılmıştır. Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları henüz diyaliz tedavisine başlanmamış olan 3., 4. ve 5. evre kronik böbrek hastalarından oluşmaktadır. Hastaların bu evrelerde olmasının istenmesinin nedeni diyaliz tedavisine daha yakın olmanın araştırılan değişkenler üzerine olası etkilerinin daha sağlıklı olarak görülebileceğinin düşünülmesidir. Çalışmaya bu iki gruba ek olarak bir de sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir ve bu değişkenler üç grupta karşılaştırılmıştır. Bu çalışma kontrol gruplu kesitsel bir çalışmadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini hemodiyaliz tedavisi gören bütün kronik böbrek hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini İstanbul'un Üsküdar ve Avcılar semtlerinde yer alan iki özel sağlık kuruluşunda kronik hemodiyaliz tedavisi gören 18-81 yaş arası 50 hemodiyaliz hastası oluşturmaktadır. Bu sağlık kuruluşları; Başkent Üniversitesi İstanbul Diyaliz Merkezi ve Fresenius Avcılar Diyaliz Merkezidir. Hastaların yaş ortalaması 47,62'dir (SS=17,545).

Bu çalışmanın kontrol grubunu ise İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Bölümü nefroloji polikliniğine başvurmuş yaşları 18 ile 80 arasında değişen yaş ortalaması 47,62 (SS=15,665) olan henüz herhangi bir böbrek yerine koyma tedavisi (diyaliz veya böbrek nakli) almamış yani hemodiyalize girmeyen ve serum kreatin düzeyi 2,00 mg/dl ve üstü olan 50 kronik böbrek hastası

oluşturmaktadır. Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları 3, 4 ve 5. evredeki hastalardan oluşmaktadır. Bu evrelendirme araştırmacı tarafından hastaların glomeruler filtrasyon hızları (GFH) ölçülerek yapılmıştır. Glomeruler filtrasyon hızının ölçülmesinde kullanılan denklem ise dört değişkenli MDRD (Modification of Diet in Renal Disease Study)'dir. Bu denklem hastanın yaşı, etnik kökeni, cinsiyeti ve serum kreatinin düzeyi ile hesaplanmaktadır (Weiner, 2007). Hemodiyalize girmeyen hastaların 8'i 3. evre, 30'u 4. evre ve 12'si 5. evre kronik böbrek hastasıdır.

MDRD Formülü;

$$GFH \text{ (ml/min/1.73 m}^2\text{)} = 186 \times (\text{Serum Kreatin})^{-1.154} \times (\text{Yaş})^{-0.203} \times (0.742 \text{ kadın ise}) \times (1.212 \text{ zenci ise})$$

olarak alınmıştır (Johnson ve ark., 2004/b: 1093).

Araştırmaya katılacak olan kişilerde 18 yaşından büyük olma, fizyolojik durumunun çalışmaya katılmaya engel olmaması, gönüllü olma koşulları aranmıştır. Çalışmanın sağlıklı kontrol grubu ise hasta grubu ile cinsiyet açısından eşleştirilmiş yaşları 18-74 arası değişmekte olup yaş ortalaması 47,62 (SS=9,231) olan ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan 50 gönüllü kişiden oluşmaktadır. Dolayısıyla bu çalışma 100 kronik böbrek hastası ile 50 sağlıklı kişi üzerinde yürütülmüştür.

Hasta ve kontrol grupları cinsiyet açısından eşleştirilmiştir ve yaş ortalamalarının eşit olması sağlanmıştır. Tüm katılımcıların yaş ortalamaları 47,62 olup, yaş aralığı 18 ile 81 arasında değişmektedir. Örneklemin %56'sı erkeklerden, %44'ü ise kadınlardan oluşmaktadır.

Hemodiyaliz hastalarına ulaşabilmek adına Başkent Üniversitesi İstanbul Diyaliz Merkezi ve Fresenius Avcılar Diyaliz Merkezi yetkililerinden sözlü izin alınmıştır. Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarına ise İstanbul Tıp Fakültesi Nefroloji Bölümü Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Alaattin Yıldız'ın bilgisi ve onayı dahilinde ulaşılmıştır.

Hastaların fizyolojik durumlarının çalışmaya uygunluğu sorumlu doktorlar ya da hemşireler tarafından tayin edilmiştir. Uygun bulunan hastalara araştırmanın amacı anlatılmış ve çalışmaya katılmayı kabul edenlere yazılı onam (Bkz: Ek-7) verilerek, imzalatılmıştır. Anket formları doldurulmadan önce katılımcılara formun nasıl doldurulacağı ile ilgili bilgi verilmiştir.

Hemodiyaliz hastalarında veri toplama işlemi hemodiyaliz seansının ilk bir saati ile son bir saati arasındaki süre içerisinde yapılmıştır. Bazı hastalar yanlarında gözlük bulunmadığı, kollarında fistül veya katater olduğu ya da dinleyerek daha kolay cevap vereceklerini düşündükleri için kendileri okuyup doldurmaktansa soruların araştırmacı tarafından okunmasını talep etmişlerdir. Bu hastalara sorular okunurken formları kendisi dolduran hastalardan daha fazla açıklama yapılmamıştır. Bazı hastalar ise formları hemodiyaliz esnasında doldurmaktansa evde doldurup bir sonraki seansta geri getirmeyi tercih etmişlerdir. Evlerinde doldurmayı uygun gören hastalar ise formları doldurarak bir sonraki hemodiyaliz seansında getirmişlerdir. Formları evde dolduracak hastalar boş soru bırakmamaları konusunda bilgilendirilmişlerdir. Seans sırasında dolduran hastaların ise cevapları kontrol edilmiş ve boş bırakılmış olanların tamamlanması istenmiştir.

Kontrol grubu olan nefroloji polikliniğine başvurmuş hemodiyalize girmeyen 3., 4. ve 5. evre kronik böbrek hastalarına ise formlar nefroloji polikliniği için sıra beklerken ya da poliklinik çıkışında, hazır olan bir test odasında uygulanmıştır. Bu hastaların bazıları da yanlarında gözlükleri bulunmadığı ya da daha kolay cevaplayacaklarını düşündükleri için formların araştırmacı tarafından okunmasını istemişler ve soruları o şekilde yanıtlamışlardır. Bu hastalara da fazladan bir açıklama yapılmamıştır. Formları kendileri dolduran katılımcıların yanıtları kontrol edilmiş ve eğer varsa boş bıraktıkları soruları yanıtlamaları istenmiştir. Her bir uygulama ortalama 30 dakika sürmüştür.

Çalışmanın sağlıklı kontrol grubunu ise araştırmacının çevresinde olan her iki hasta grubu ile cinsiyet açısından eşleştirilmiş olan gönüllü kişiler oluşturmaktadırlar. Bu katılımcılara da çalışmayla ilgili kısa bir bilgi verilmiş ve katılmayı kabul edenlere diğer gruplarda olduğu gibi yazılı onam (Bkz: Ek-7) formu verilerek, imzalatılmıştır. Uygulamalar kişilerin evleri ya da işyerleri gibi çeşitli yerlerde yapılmıştır. Formları dolduran kişilerin formları kontrol edilerek boş bırakılmış sorular varsa onları tamamlamaları istenmiştir.

Bu çalışmanın uygulama kısmı Aralık 2008 - Haziran 2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada beş veri toplama aracı kullanılmıştır. Bu araçlar; Demografik Bilgi Formu (Hemodiyaliz ve kontrol grupları için) (Bkz: Ek-1) ve Demografik Bilgi Formu (Sağlıklı kontrol grubu için) (Bkz: Ek-2), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Bkz: Ek-3), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Bkz: Ek-4), Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (KF-36) (Bkz: Ek-5), Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ) (Bkz: Ek-6).

2.3.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formu katılımcıların sosyodemografik değişkenler ile genel sağlık durumlarını içeren bilgileri kapsamak üzere literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır. Hemodiyaliz hastaları (hasta grubu), hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları (hasta kontrol grubu) ve sağlıklı popülasyona (sağlıklı kontrol grubu) göre hazırlanmış formları vardır. Demografik bilgi formu 15 maddeden oluşmaktadır. İlk 9 sorusu bazı demografik (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, iş durumu, sosyal güvencenin varlığı, aylık gelir, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, sosyal destekten memnuniyet) bilgilerden oluşmaktadır. Ayrıca bunların yanı sıra, hasta ve hasta kontrol grubu formunda sağlıklı kontrol grubundaki sorulara ek olarak kronik böbrek hastalığı ile ilgili (hemodiyalize girme süresi, haftalık hemodiyaliz süresi, tanı süresi, bakım veren herhangi bir kimsenin olup olmaması, serum kreatin düzeyi ve eşlik eden diğer hastalıklar) 6 soru bulunmaktadır.

2.3.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir. Depresyonda görülen bedensel, duygusal ve bilişsel belirtileri ölçmek üzere hazırlanmıştır. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerliliği Teğin (1980) ve Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Beck Depresyon Ölçeği 21 belirti kategorisini içeren her bir seçeneğin 0-3 arası puanlandığı ve alınan en yüksek puanın 63 olduğu bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişilerden o gün de dahil olmak üzere geçirdikleri son hafta içinde kendilerini nasıl hissettiklerini en iyi ifade eden, her gruptaki dört maddeden birini seçmeleri ve işaretlemeleri istenir. Toplam puanın yüksekliği depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. Hisli'nin (1989) yapmış olduğu güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur (Öner, 2006).

2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği Beck ve arkadaşları tarafından (1988) tarafından geliştirilmiştir. Kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek üzere hazırlanmıştır. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerliliği Ulusoy tarafından (1993) tarafından yapılmıştır. Yirmibir belirti kategorisini içeren her bir seçeneğin 0-3 arası puanlandığı ve alınan en yüksek puanın 63 olduğu likert tipinde bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişilerin her madde için “Hiç” (0), “Hafif Düzeyde” (1), “Orta Düzeyde” (2), “Ciddi Düzeyde” (3), seçeneklerinden birini işaretlemeleri gerekmektedir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur (Akt.: Öner, 2006).

2.3.4. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (KF-36)

Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilmiştir. Yaşam kalitesinin ölçümünde en yaygın olarak kullanılan ölçektir. Özellikle fiziksel hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek üzere hazırlanmıştır. Bununla birlikte sağlıklı kişiler ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da kullanılmaktadır. Bu ölçek sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilen bir ölçektir. Ülkemizde güvenilirlik ve geçerliliği Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği; fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlülüğü, ağrı, genel sağlık algısı, enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile ölçmektedir. Yani yaşam kalitesi ölçeği 8 alt ölçekten meydana gelmektedir. Hastalardan ölçeği doldururlarken kendi durumlarına en çok uyan maddeyi işaretlemeleri beklenmektedir. Ölçeğin kısa ve anlaşılır olması uygulanmasını kolaylaştırmaktadır. Her alt ölçek için ayrı puanlar elde edilmektedir. Her bir alt ölçeğin puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. Alt ölçeklerin puanlarının yüksekliği sağlık durumunun iyilik halini göstermektedir. Yani her bir alt ölçek puanı yükseldikçe yaşam kalitesi artmaktadır. Ölçeğin toplam puanı hesaplanmamaktadır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0.73 ile 0.76 arasında elde edilmiştir (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

2.3.4. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)

Vücut Algısı Ölçeği 1953 yılında Secord ve Jourard tarafından geliştirilmiştir. Ölçek kişilerin vücut işlevlerinden ya da bölümlerinden memnun olup olmadıklarını

değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Ölçeğin orijinali iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümünde vücut bölümlerini ya da işlevlerini içeren 46 madde vardır. İkinci bölümünde ise benliğin çeşitli yönlerini inceleyen 55 madde bulunmaktadır. Ölçek Hovardaoğlu (1986) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş olup güvenilirlik ve geçerlilik çalışması sonucu Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur. Ülkemizde kullanılan formu 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçek her bir maddesi 1 ile 5 arasında puanlar alınan likert tipi bir ölçme aracıdır. Bu maddelerin her biri bedenin herhangi bir bölümü veya işlevi ile ilgilidir. Her bir madde için sırasıyla; çok beğeniyorum, oldukça beğeniyorum, kararsızım, pek beğenmiyorum, hiç beğenmiyorum seçenekleri bulunmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanlar 40 ile 200 arasında değişmektedir. Alınan toplam puanın artması kişinin vücudundan duyduğu memnuniyetin azaldığını göstermektedir (Hovardaoğlu, 1992).

2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri

Çalışma sonucunda elde edilen veriler araştırmacı tarafından SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik programı ile bilgisayara girilmiş ve analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken, Betimsel İstatistikler, Tek Yönlü Varyans Analizi, Bağımsız İki Örneklem t Testi, Korelasyon Analizi teknikleri kullanılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR ve YORUM

3.1. Tüm Grupların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları

Tablo1: Gruplara İlişkin Demografik Özelliklerin Dağılımı

		Hemodiyaliz		Diyalize Girmeyen (3-4-5. Evre)		Sağlıklı Kontrol Grubu	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	28	56	28	56	28	56
	Kadın	22	44	22	44	22	44
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	0	0	1	2	1	2
	Okuryazar	2	4	3	6	1	2
	İlköğrenim	20	40	23	46	7	14
	Ortaöğrenim	20	40	16	32	23	46
	Yükseköğrenim	8	16	7	14	18	36
İş Durumu	Çalışıyor	10	20	15	30	40	80
	Çalışmıyor	13	26	18	36	6	12
	Emekli	25	50	15	30	3	6
	Öğrenci	2	4	2	4	1	2
Sosyal Güvence	Var	47	94	47	94	50	100
	Yok	3	6	3	6	0	0
Medeni Hal	Evli	27	54	34	68	41	82
	Bekar	14	28	12	24	6	12
	Dul	6	12	1	2	1	2
	Boşanmış	3	6	2	4	1	2
	Ayrı Yaşıyor	0	0	1	2	1	2
Algılanan Aylık Gelir	Çok Düşük	3	6	0	0	4	8
	Düşük	6	12	11	22	4	8
	Orta	27	54	33	66	24	48
	İyi	13	26	6	12	18	36
	Çok İyi	1	2	0	0	0	0
Kiminle Birlikte Yaşıyor	Ailemle	32	64	29	58	42	84
	Yalnız	6	12	1	2	3	6
	Eşimle	12	24	14	28	5	10
	Diğer	0	0	6	12	0	0
Bakım Veren	Var	41	82	37	74	-	-
	Yok	9	18	13	26		
Sosyal Destek	Hiç Memnun Değil	4	8	3	6	0	0
	Pek Memnun Değil	1	2	2	4	0	0
	Biraz Memnun	9	18	10	20	9	18
	Memnun	23	46	29	58	23	46
	Çok Memnun	13	26	6	12	18	36

Yapılan istatistiksel analize göre hemodiyaliz hastaları, hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları ve sağlıklı kontrol grubu eğitim durumu, iş durumu, algılanan aylık gelir ve kiminle birlikte yaşadıkları açısından anlamlı olarak farklılaşmaktadırlar (Bkz: Tablo 2). Bununla birlikte hasta grupları ve sağlıklı kontrol grubu arasında cinsiyet, sosyal güvence, medeni durum ve sosyal destekten memnuniyet açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 2: Grupların Bazı Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Pearson Ki-Kare	df	Sig.
Eğitim Durumu	18,662	8	0,017*
İş Durumu	47,068	6	0,000***
Algılanan Aylık Gelir	16,820	8	0,032*
Kiminle Birlikte Yaşıyor	22,822	6	0,001**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Hemodiyaliz hastaları ile hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları ise iş durumu, medeni durum ve kiminle birlikte yaşadıkları açısından anlamlı olarak farklılaşmaktadır (Bkz: Tablo 3). Bunun yanında cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, algılanan aylık gelir, bakım veren ve sosyal destekten memnuniyet değişkenleri açısından anlamlı olarak farklılaşmamaktadırlar.

Tablo 3: Hasta Gruplarının Bazı Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Pearson Ki-Kare	df	Sig.
İş Durumu	4,306	3	0,23*
Medeni Durum	5,729	4	0,22*
Kiminle Bir Yaşıyor	9,873	3	0,02*

* $p < .05$

3.2. Hasta Gruplarının Hastalıklarına İlişkin Veriler

Hemodiyaliz hastalarının ortalama diyalize girme süresi 74,02 aydır. Bununla birlikte hemodiyaliz hastalarının kronik böbrek hastalığı tanısını alma süreleri ortalama 123,04 iken hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının ortalama tanı süreleri ise 51,08 aydır (Bkz: Tablo 4).

Tablo 4: Hasta Gruplarının Hastalıkla İlgili Verilerinin Ortalaması

	Hemodiyaliz	Diyalize Girmeyen
Hemodiyaliz Süresi	74,02 (SS= 50,279)	
Tanı Süresi	123,04(SS= 88,188)	51,08 (SS= 60,464)

Hemodiyaliz hastalarının %68'sinin, hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının ise %78'inin kronik böbrek hastalığı dışında ek hastalıkları bulunmaktadır (Bkz: Tablo 5). Hasta gruplarının ek hastalık oranlarına bakıldığında hemodiyaliz hastalarının %52'sinde tansiyon, %28'sinde kalp rahatsızlığı, %14'ünde diyabet olduğu, %4'ünün kanser tedavisi görmüş olduğu, %2'sinde hepatit-b bulunduğu görülmektedir. Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında ise bu oranların sırasıyla; %62, %14, %20, %4 ve %2 olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının %6'sında depresyon tanısına rastlanmıştır (Bkz: Tablo 6). Ek hastalıklardan hepatit-b ile kanser az sayıda oldukları için iki grupta da kontrol edilerek sabit tutulmuştur. Ek hastalıklarda herhangi bir anlamlı farka rastlanmamıştır.

Tablo 5: Hasta Gruplarının Ek Hastalık Verilerinin Oranları

		Hemodiyaliz		Diyalize Girmeyen (3-4-5. Evre)	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Ek Hastalık	Var	34	68	39	78
	Yok	16	32	11	22

Tablo 6: Hasta Gruplarının Ek Hastalık Verilerinin Dağılımı

		Hemodiyaliz		Diyalize Girmeyen (3-4-5. Evre)	
		Frekans	Yüzde	Frekans	Yüzde
Tansiyon	Var	26	44	31	62
	Yok	24	56	19	38
Kalp	Var	14	28	5	10
	Yok	44	88	45	90
Kanser	Var	2	4	2	4
	Yok	48	96	48	96
Depresyon	Var	0	0	3	6
	Yok	50	100	47	94
Diyabet	Var	7	14	10	20
	Yok	43	86	40	80
Hepatit B	Var	1	2	1	2
	Yok	49	98	49	98

3.3. Hasta Grupları ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Açısından Karşılaştırılmaları

Hemodiyaliz hastaları, hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları ve sağlıklı kontrol grubu depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenleri açısından karşılaştırılmıştır (Bkz: Tablo 7).

Tablo 7: Hasta Grupları ve Sağlıklı kontrol Grubunun Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	Ortalama	SS	df	F	Sig.
Depresyon	Hemodiyaliz	12,08	8,576	2	18,809	,000
	Diyalize Girmeyen	17,14	14,837			
	Sağlıklı Kontrol	4,52	5,292			
Anksiyete	Hemodiyaliz	11,06	9,222	2	27,699	,000
	Diyalize Girmeyen	20,02	14,823			
	Sağlıklı Kontrol	4,36	5,435			
Fiziksel İşlevsellik	Hemodiyaliz	60,00	26,322	2	19,606	,000
	Diyalize Girmeyen	60,70	25,214			
	Sağlıklı Kontrol	85,70	17,642			
Fiziksel Rol Güçlülüğü	Hemodiyaliz	41,00	39,045	2	32,132	,000
	Diyalize Girmeyen	30,50	38,522			
	Sağlıklı Kontrol	85,50	31,172			
Ağrı	Hemodiyaliz	65,62	25,829	2	13,945	,000
	Diyalize Girmeyen	53,02	28,086			
	Sağlıklı Kontrol	79,72	21,520			
Genel Sağlık	Hemodiyaliz	43,18	22,414	2	44,737	,000
	Diyalize Girmeyen	39,92	26,638			
	Sağlıklı Kontrol	77,68	15,990			
Enerji	Hemodiyaliz	52,76	20,361	2	33,794	,000
	Diyalize Girmeyen	36,80	25,066			
	Sağlıklı Kontrol	72,20	18,767			
Sosyal İşlevsellik	Hemodiyaliz	69,40	24,982	2	12,974	,000
	Diyalize Girmeyen	63,10	32,441			
	Sağlıklı Kontrol	88,00	16,162			
Duygusal Rol Güçlülüğü	Hemodiyaliz	40,65	41,667	2	36,581	,000
	Diyalize Girmeyen	34,65	43,093			
	Sağlıklı Kontrol	91,99	21,893			
Zihinsel Sağlık	Hemodiyaliz	66,48	20,822	2	23,198	,000
	Diyalize Girmeyen	48,76	25,224			
	Sağlıklı Kontrol	76,96	15,619			
Vücut Algısı	Hemodiyaliz	88,42	26,791	2	12,626	,000
	Diyalize Girmeyen	96,92	23,426			
	Sağlıklı Kontrol	72,50	23,645			

Görüldüğü gibi depresyon, anksiyete ve vücut algısı ortalama puanları hemodiyaliz hastaları ile hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında çok ileri düzeyde anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p<.001$). En yüksek ortalama puanlar hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarına ait iken ardından hemodiyaliz hastaları gelmekte onu da sağlıklı kontrol grubu takip etmektedir. Diğer taraftan yaşam kalitesi ölçeği alt ölçek ortalama puanlarına bakıldığında da fiziksel işlevsellik alt ölçeği dışındaki alt ölçek ortalama puanları hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında en düşük iken onu sırasıyla hemodiyaliz ve sağlıklı kontrol grupları izlemektedir. Fiziksel işlevsellik alt ölçeği ortalama puanı ise hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları (ortalama=60,70) ve hemodiyaliz (ortalama=60,00) gruplarında aynı iken sağlıklı kontrol grubunda yüksek bulunmuştur. Buna rağmen bakıldığında üç grup arasında yaşam kalitesi alt ölçek puanları açısından da çok ileri düzeyde anlamlı bir farklılık söz konusudur ($p<.001$).

Yani bu üç grup arasında depresyon ve anksiyete düzeyi en yüksek, beden imajı algısı en olumsuz yaşam kalitesi ise en düşük grup hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarıdır. Bu grubu hemodiyaliz hastaları izlerken, depresyon ve anksiyete düzeyi en düşük, beden imajı en olumlu ve yaşam kalitesi en yüksek grup ise sağlıklı kontrol grubudur.

3.4. Hemodiyaliz ve Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarının Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Açısından Karşılaştırılmaları

Hemodiyaliz hastaları ve hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenleri açısından karşılaştırılmıştır (Bkz: Tablo 8).

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere hemodiyaliz hastalarının depresyon ortalama puanları (ortalama=12,08) hemodiyaliz hastalarına göre (ortalama=17,14) anlamlı olarak düşüktür ($p<.05$). Anksiyete puanlarına bakıldığında da hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının anksiyete ortalama puanlarının (ortalama=20,02) hemodiyaliz hastalarına göre (ortalama=11,06) çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir. ($p<.001$).

Tablo 8: Hemodiyaliz ve Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarının Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	Ortalama	SS	t	df	Sig.
Depresyon	Hemodiyaliz	12,08	8,576	-2,088	98	,039
	Diyalize Girmeyen	17,14	14,837			
Anksiyete	Hemodiyaliz	11,06	9,222	-3,629	98	,000
	Diyalize Girmeyen	20,02	14,823			
Fiziksel İşlevsellik	Hemodiyaliz	60,00	26,322	-,136	98	,892
	Diyalize Girmeyen	60,70	25,214			
Fiziksel Rol Güçlülüğü	Hemodiyaliz	41,00	39,045	1,354	98	,179
	Diyalize Girmeyen	30,50	38,522			
Ağrı	Hemodiyaliz	65,62	25,829	2,335	98	,022
	Diyalize Girmeyen	53,02	28,086			
Genel Sağlık	Hemodiyaliz	43,18	22,414	,661	98	,510
	Diyalize Girmeyen	39,92	26,638			
Enerji	Hemodiyaliz	52,76	20,361	3,495	98	,001
	Diyalize Girmeyen	36,80	25,066			
Sosyal İşlevsellik	Hemodiyaliz	69,40	24,982	1,088	98	,279
	Diyalize Girmeyen	63,10	32,441			
Duygusal Rol Güçlülüğü	Hemodiyaliz	40,65	41,667	,707	98	,481
	Diyalize Girmeyen	34,65	43,093			
Zihinsel Sağlık	Hemodiyaliz	66,48	20,822	3,831	98	,000
	Diyalize Girmeyen	48,76	25,224			
Vücut Algısı	Hemodiyaliz	88,42	26,791	-1,689	98	,094
	Diyalize Girmeyen	96,92	23,426			

Diğer yandan, yaşam kalitesi ölçeği alt ölçeklerinden ağrı ortalama puanı hemodiyaliz hastalarında (ortalama=65,62) hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarından (ortalama=53,02) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<.05$). Yaşam kalitesi ölçeğinin diğer bir alt ölçeği olan enerji ortalama puanları da hemodiyaliz hastalarında (ortalama=52,76) hemodiyaliz hastalarına göre (ortalama=36,80) ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<.01$). Yine yaşam kalitesi alt ölçeklerinden zihinsel sağlık ortalama puanlarının hemodiyaliz hastalarında (ortalama=66,48) hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarına göre (ortalama=48,76) çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir ($p<.001$). Yaşam kalitesi ölçeği alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlülüğü, genel sağlık, sosyal işlevsellik ve duygusal rol güçlülüğü alt ölçek ortalama puanları hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları ve hemodiyaliz hastalarında anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Vücut algısı ölçeği ortalama puanlarına bakıldığında da hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının vücut algısı ortalama puanları ile hemodiyaliz hastalarının vücut algısı ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir.

Bu iki grup arasında depresyon ve anksiyete düzeyi yüksek olan grup hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarıdır. Yaşam kalitesi alanlarından ağrı, enerji ve zihinsel sağlık boyutları hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında daha düşüktür. Yani hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının yaşam kalitelerinin bu alanları hemodiyaliz hastalarına göre daha olumsuzdur. Bu iki grup arasında yaşam kalitesinin diğer alanları ile beden imajı algıları açısından anlamlı bir farklılık yoktur.

3.5. Hemodiyaliz Hastaları ile Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Açısından Karşılaştırılmaları

Hemodiyaliz hastaları ve sağlıklı kontrol grubu depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenleri açısından karşılaştırılmıştır (Bkz: Tablo 9).

Hemodiyaliz hastalarının depresyon (ortalama=12,08) ve anksiyete (ortalama=11,06) ortalama puanları sağlıklı kontrol grubunun depresyon (ortalama=4,52) ve anksiyete (ortalama=4,36) ortalama puanlarına göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<.001$).

Diğer yandan yaşam kalitesi ölçeği alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlülüğü, genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik ve duygusal rol güçlülüğü ortalama puanları hemodiyaliz hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<.001$). Yaşam kalitesi ölçeği alt ölçeklerinden ağrı ve zihinsel sağlık ortalama puanları ise hemodiyaliz hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre ileri düzeyde anlamlı olarak düşüktür ($p<.01$). Vücut algısı ölçeği ortalama puanlarının hemodiyaliz hastalarında (ortalama= 88,42) sağlıklı kontrol grubuna göre (ortalama= 72,50) ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir ($p<.01$). Yani hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri sağlıklı gruptan daha yüksektir. Ayrıca yaşam kaliteleri daha düşük ve beden imajı algıları da daha olumsuzdur.

Tablo 9: Hemodiyaliz Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	Ortalama	SS	t	df	Sig.
Depresyon	Hemodiyaliz	12,08	8,576	5,305	98	,000
	Sağlıklı Kontrol	4,52	5,292			
Anksiyete	Hemodiyaliz	11,06	9,222	4,426	98	,000
	Sağlıklı Kontrol	4,36	5,435			
Fiziksel İşlevsellik	Hemodiyaliz	60,00	26,322	-5,735	98	,000
	Sağlıklı Kontrol	85,70	17,642			
Fiziksel Rol Güçlülüğü	Hemodiyaliz	41,00	39,045	-6,298	98	,000
	Sağlıklı Kontrol	85,50	31,172			
Ağrı	Hemodiyaliz	65,62	25,829	-2,966	98	,004
	Sağlıklı Kontrol	79,72	21,520			
Genel Sağlık	Hemodiyaliz	43,18	22,414	-8,860	98	,000
	Sağlıklı Kontrol	77,68	15,990			
Enerji	Hemodiyaliz	52,76	20,361	-4,964	98	,000
	Sağlıklı Kontrol	72,20	18,767			
Sosyal İşlevsellik	Hemodiyaliz	69,40	24,982	-4,420	98	,000
	Sağlıklı Kontrol	88,00	16,162			
Duygusal Rol Güçlülüğü	Hemodiyaliz	40,65	41,667	-7,713	98	,000
	Sağlıklı Kontrol	91,99	21,893			
Zihinsel Sağlık	Hemodiyaliz	66,48	20,822	-2,847	98	,005
	Sağlıklı Kontrol	76,96	15,619			
Vücut Algısı	Hemodiyaliz	88,42	26,791	3,150	98	,002
	Sağlıklı Kontrol	72,50	23,645			

3.6. Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenleri Açısından Karşılaştırılmaları

Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları ve sağlıklı kontrol grubu depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenleri açısından karşılaştırılmıştır. (Bkz: Tablo 10).

Görüldüğü üzere hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında depresyon (ortalama=17,14), anksiyete (ortalama=20,02) ve vücut algısı (ortalama=96,92) ortalama puanları sağlıklı kontrol grubunun depresyon (ortalama=4,52), anksiyete (ortalama=4,36) ve vücut algısı (ortalama=72,50) ortalama puanlarına göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksektir ($p < .001$). Diğer yandan yaşam kalitesi alt ölçeklerine bakıldığında fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlülüğü, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık ortalama puanlarının hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu görülmektedir ($p < .001$).

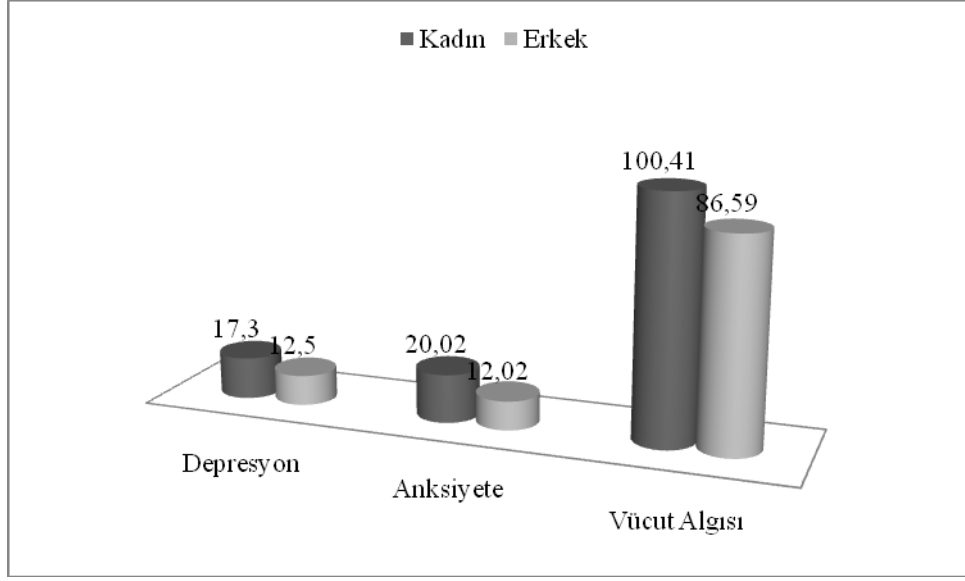
Tablo 10: Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	Ortalama	SS	t	df	Sig.
Depresyon	Diyalize Girmeyen Sağlıklı Kontrol	17,14 4,52	14,837 5,292	5,665	98	,000
Anksiyete	Diyalize Girmeyen Sağlıklı Kontrol	20,02 4,36	14,823 5,435	7,014	98	,000
Fiziksel İşlevsellik	Diyalize Girmeyen Sağlıklı Kontrol	60,70 85,70	25,214 17,642	-5,745	98	,000
Fiziksel Rol Güçlülüğü	Diyalize Girmeyen Sağlıklı Kontrol	30,50 85,50	38,522 31,172	-7,848	98	,000
Ağrı	Diyalize Girmeyen Sağlıklı Kontrol	53,02 79,72	28,086 21,520	-5,336	98	,000
Genel Sağlık	Diyalize Girmeyen Sağlıklı Kontrol	39,92 77,68	26,638 15,990	-8,593	98	,000
Enerji	Diyalize Girmeyen Sağlıklı Kontrol	36,80 72,20	25,066 18,767	-7,994	98	,000
Sosyal İşlevsellik	Diyalize Girmeyen Sağlıklı Kontrol	63,10 88,00	32,441 16,162	-4,858	98	,000
Duygusal Rol Güçlülüğü	Diyalize Girmeyen Sağlıklı Kontrol	34,65 91,99	43,093 21,893	-8,388	98	,000
Zihinsel Sağlık	Diyalize Girmeyen Sağlıklı Kontrol	48,76 76,96	25,224 15,619	-6,721	98	,000
Vücut Algısı	Diyalize Girmeyen Sağlıklı Kontrol	96,92 72,50	23,426 23,645	5,188	98	,000

Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek, yaşam kaliteleri daha düşük ve de beden imajı algıları da daha olumsuzdur.

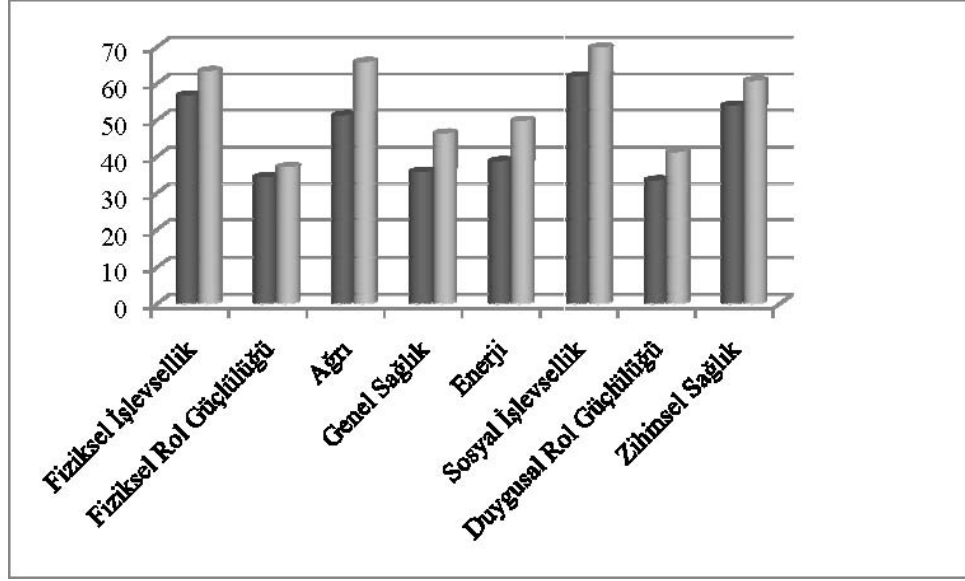
3.7. Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin Hasta Gruplarında Cinsiyete Göre Karşılaştırılmaları

Kadın hastaların depresyon (ortalama=17,30), anksiyete (ortalama=20,02) ve vücut algısı (ortalama=100,41) ortalama puanları erkek hastaların depresyon (ortalama=12,50), anksiyete (ortalama=122,02) ve vücut algısı (ortalama=86,59) ortalama puanlarına göre daha yüksektir.



Grafik 1: Depresyon, Anksiyete ve Vücut Algısının Hasta Gruplarında Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Diğer yandan kadın hastaların yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik (ortalama==56,59), fiziksel rol güçlülüğü (ortalama=344,20), ağrı (ortalama==51,114), genel sağlık (ortalama=35,6559), enerji (ortalama=38,59), sosyal işlevsellik (ortalama==61,818), duygusal rol güçlülüğü (ortalama=33,333), zihinsel sağlık (ortalama==53,82) ortalama puanları erkek hastaların fiziksel işlevsellik (ortalama==63,30), fiziksel rol güçlülüğü (ortalama=366,96), ağrı (ortalama==65,768), genel sağlık (ortalama=46,1882), enerji (ortalama =49,64), sosyal işlevsellik (ortalama==69,732), duygusal rol güçlülüğü (ortalama=41,0599), zihinsel sağlık (ortalama==60,61) ortalama puanlarına göre düşüktür (Bkz: Grafik 2).



Grafik 2: Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin Hasta Gruplarında Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tablo 11: Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin Hasta Gruplarında Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	t	Df	Sig.
Depresyon	-1,959	98	,053
Anksiyete	-3,174	98	,002
Fiziksel İşlevsellik	1,304	98	,195
Fiziksel Güçlülüğü Rolü	,350	98	,727
Ağrı	2,721	98	,008
Genel Sağlık	2,167	98	,033
Enerji	2,327	98	,022
Sosyal İşlevsellik	1,361	98	,177
Duygusal Güçlülüğü Rolü	,908	98	,366
Zihinsel Sağlık	1,372	98	,173
Vücut Algısı	--2,792	98	,006

Hasta grupları depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı açısından cinsiyete göre karşılaştırılmıştır (Bkz: Tablo 11).

Kadın hastaların anksiyete ve vücut algısı ortalama puanları erkeklere göre ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ($p<.01$). Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden genel sağlık ve enerji alt ölçeklerinin ortalama puanları kadın hastalarda erkeklere nazaran anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<.05$). Diğer alt ölçeklerden ağrı ortalama puanları kadın hastalarda erkeklere göre ileri düzeyde anlamlı olarak düşük çıkmıştır ($p<.01$). Yani kadın hastalar bu alanlarda erkek hastalara göre daha kötü durumdadırlar. Kadın hastaların anksiyete düzeyleri daha yüksek, beden imajı algıları daha olumsuz bulunmuştur. Ayrıca yaşam kalitesi alanlarından genel sağlık, enerji kadınlarda daha düşük iken ağrı yaşantısı daha fazladır.

Depresyon ortalama puanı ve yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt ölçek puanlarında iki grup arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Anlamlı bir farka rastlanmamasına rağmen kadın hastaların depresyon ortalama puanları erkek hastalarinkinden yüksek, yaşam kalitesinin diğer alt ölçek ortalama puanları da erkek hastalara göre düşük bulunmuştur. Bu bulgu ışığında da kadın hastaların erkek hastalara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek yaşam kalitelerinin de daha düşük olduğu söylenebilir.

3.8. Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin Birbirleriyle Olan İlişkilerinin İncelenmesi

Hemodiyaliz hastalarında depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkileri incelenmiştir (Bkz: Tablo 12).

Yapılan korelasyon analizi sonucunda hemodiyaliz hastalarında depresyon ile anksiyete değişkenleri arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = ,642$; $p<.01$). Depresyon ile vücut algısı arasında da ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r = ,704$; $p<.01$). Yani hemodiyaliz hastalarında depresyon puanı arttıkça anksiyete ve vücut algısı puanları da artmaktadır. Depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de beden imajından duyulan memnuniyetsizlik de artmaktadır.

Diğer yandan depresyon ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel rol güçlülüğü ($r = -,306$) ve duygusal rol güçlülüğü ($r = -,346$) arasında anlamlı olarak negatif ilişki saptanmıştır ($p<.05$). Depresyon ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden genel sağlık ($r = -,439$), enerji ($r = -,547$), sosyal işlevsellik ($r = -,440$), duygusal rol güçlülüğü ($r = -,346$) ve zihinsel sağlık ($r = -,576$) arasında ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki

bulunmuştur ($p < .01$). Yani hemodiyaliz hastalarında depresyon puanı arttıkça genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık puanları azalmaktadır. Diğer yandan hemodiyaliz hastalarında depresyon ile fiziksel işlevsellik ve ağrı değişkenleri arasında anlamlı herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır. Yani hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeyi arttıkça genel olarak yaşam kalitesi de düşmektedir.

Hemodiyaliz hastalarında anksiyete ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden ağrı ($r = -.286$), sosyal işlevsellik ($r = -.334$) ve duygusal rol güçlülüğü ($r = -.295$) arasında anlamlı olarak negatif bir ilişki bulunmuştur ($p < .05$). Anksiyete ile genel sağlık ($r = -.370$), enerji ($r = -.452$), zihinsel sağlık ($r = -.450$) alt ölçekleri arasında ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır ($p < .01$). Yani anksiyete puanı arttıkça yaşam kalitesi alt ölçeklerinden ağrı, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü, genel sağlık, enerji ve zihinsel sağlık puanları azalmaktadır. Bu da hastalarda anksiyete düzeyinin artmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği anlamına gelmektedir.

Diğer yandan hemodiyaliz hastalarında anksiyete ile vücut algısı ($r = .441$) değişkeni arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişkiye rastlanmıştır ($p < .01$). Hemodiyaliz hastalarında anksiyete ile fiziksel işlevsellik ve fiziksel rol güçlülüğü arasında anlamlı herhangi bir ilişki bulunmamıştır.

Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik ile genel sağlık ($r = .302$) ve enerji ($r = .336$) arasında anlamlı olarak pozitif bir ilişki vardır ($p < .05$). Bununla birlikte fiziksel işlevsellik alt ölçeği ile fiziksel rol güçlülüğü ($r = .526$), ağrı ($r = .403$), sosyal işlevsellik ($r = .453$) ve duygusal rol güçlülüğü ($r = .403$) alt ölçekleri arasında ise ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p < .01$). Yani fiziksel işlevsellik puanı arttıkça fiziksel rol güçlülüğü, ağrı, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü, genel sağlık ve enerji alt ölçeklerinin puanları da artmaktadır. Diğer yandan hemodiyaliz hastalarında fiziksel işlevsellik ile zihinsel sağlık ve vücut algısı değişkenleri arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Fiziksel rol güçlülüğü alt ölçeği ile genel sağlık arasında anlamlı olarak pozitif bir ilişki saptanmıştır. ($r = ,359$; $p < .05$). Bununla birlikte fiziksel rol güçlülüğü ile enerji ($r = ,516$), sosyal işlevsellik ($r = ,456$), duygusal rol güçlülüğü ($r = ,857$) ve zihinsel sağlık ($r = ,437$) alt ölçekleri arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır. ($p < .01$). Fiziksel rol güçlülüğü puanı arttıkça genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık alt ölçeklerinin puanları da artmaktadır.

Diğer yandan fiziksel rol güçlülüğü alt ölçeği ile vücut algısı arasında ise ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. ($r = -,368$; $p < .01$). Yani hemodiyaliz hastalarında fiziksel rol güçlülüğü puanı arttıkça vücut algısı puanı azalmaktadır. Fakat fiziksel rol güçlülüğü ile ağrı değişkenleri arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden ağrı ile genel sağlık ($r = ,338$), sosyal işlevsellik ($r = ,340$) ve zihinsel sağlık ($r = ,308$) alt ölçekleri arasında anlamlı olarak pozitif bir ilişki vardır ($p < .05$). Bununla birlikte ağrı ile enerji arasında da ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = ,489$; $p < .01$). Yani ağrı yaşantısı azaldıkça yaşam kalitesinin genel sağlık, sosyal işlevsellik, zihinsel sağlık ve enerji alanları iyileşmektedir. Ağrı alt ölçeği ile vücut algısı arasında ise anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır ($r = -,294$; $p < .05$). Hemodiyaliz hastalarında ağrı yaşantısı azaldıkça beden imajı algısı da olumlu hale gelmektedir. Fakat ağrı değişkeni ile duygusal rol güçlülüğü arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Diğer bir alt ölçek olan genel sağlık ile enerji ($r = ,534$), sosyal işlevsellik ($r = ,527$), ve zihinsel sağlık ($r = ,484$) alt ölçekleri arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p < .01$). Diğer yandan ağrı ile duygusal rol güçlülüğü alt ölçeği arasında da anlamlı olarak pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r = ,308$; $p < .05$). Genel sağlık alanı iyileştikçe hastaların enerji, sosyal işlevsellik, zihinsel sağlık ve duygusal rol güçlülüğü alanları da iyileşmektedir. Genel sağlık ile vücut algısı arasında ise anlamlı olarak negatif bir ilişki vardır ($r = -,332$; $p < .05$). Yaşam kalitesinin genel sağlık alanı iyileştikçe beden imajından duyulan memnuniyet de artmaktadır.

Enerji alt ölçeği ile sosyal işlevsellik ($r = ,484$), duygusal rol güçlülüğü ($r = ,441$) ve zihinsel sağlık ($r = ,578$) alt ölçekleri arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki

bulunmuştur ($p<.01$). Yani enerji puanları arttıkça sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık puanları da artmaktadır.

Diğer yandan enerji alt ölçeği ile vücut algısı arasında ise ileri düzeyde anlamlı olarak negatif bir ilişki saptanmıştır ($r = -.656$; $p<.01$). Hemodiyaliz hastalarında enerji alanı iyileştikçe beden imajı algısı da olumlu hale gelmektedir.

Hemodiyaliz hastalarında sosyal işlevsellik ile duygusal rol güçlülüğü ($r = ,416$) ve zihinsel sağlık ($r = ,545$) alt ölçekleri arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p<.01$). Yani hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin sosyal işlevsellik alanı ile duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık alanları arasında güçlü bir ilişki söz konusudur.

Tablo 12: Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı

Değişkenlerinin İlişkileri

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Depresyon	,642**	-0,174	-,306*	-0,225	-,439**	-,547**	-,440**	-,346*	-,576**	,704**
2.Anksiyete		-0,159	-0,205	-,286*	-,370**	-,452**	-,334*	-,295*	-,450**	,441**
3.Fiziksel İşlevsellik			,526**	,403**	,302*	,336*	,453**	,403**	0,223	-0,263
4.Fiziksel Rol Güçlülüğü				0,216	,359*	,516**	,456**	,857**	,437**	-,368**
5.Ağrı					,338*	,489**	,340*	0,176	,308*	-,294*
6.Genel Sağlık						,534**	,527**	,308*	,484**	-,332*
7.Enerji							,484**	,441**	,578**	-,656**
8.Sosyal İşlevsellik								,416**	,545**	-,289*
9.Duygusal Rol Güçlülüğü									,484**	-,325*
10.Zihinsel Sağlık										-,502**
11.Vücut Algısı										

* $p<.05$, ** $p<.01$

Sosyal işlevsellik ile vücut algısı ölçeği arasında ise anlamlı olarak negatif bir ilişki saptanmıştır ($r = -.289$; $p<.05$). Sosyal işlevsellik alanı ile beden imajı algısı birlikte değişmektedir.

Duygusal rol güçlülüğü alt ölçeği ile zihinsel sağlık arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = ,484$; $p < .01$). Bu ilişki duygusal rol güçlülüğü alanındaki olumlu durumun zihinsel sağlık alanını da olumlu etkilediğini göstermektedir. Duygusal rol güçlülüğü ile vücut algısı arasında ise anlamlı olarak negatif bir ilişki vardır ($r = -,325$; $p < .05$). Duygusal rol güçlülüğü boyutu ile birlikte beden imajı algısı da olumlu hale gelmektedir.

Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden zihinsel sağlık alt ölçeği ile vücut algısı arasında ise anlamlı olarak negatif bir ilişki bulunmuştur ($r = -,502$; $p < .05$). Yani hemodiyaliz hastalarında zihinsel sağlık puanları arttıkça vücut algısı puanları azalmaktadır.

3.9. Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin Birbirleriyle Olan İlişkilerinin İncelenmesi

Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkileri incelenmiştir. (Bkz: Tablo 13).

Yapılan korelasyon analizi sonucunda hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında depresyon ile anksiyete arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = ,736$; $p < .01$). Bununla birlikte depresyon ile vücut algısı arasında da ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r = ,592$; $p < .01$). Yani hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi ve beden imajından duyulan rahatsızlık da artmaktadır.

Bununla birlikte depresyon ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik arasında anlamlı olarak negatif bir ilişki bulunmuştur ($r = -,357$; $p < .05$). Depresyon ile fiziksel rol güçlülüğü ($r = -,365$), ağrı ($r = -,590$), genel sağlık ($r = -,632$), enerji ($r = -,704$), sosyal işlevsellik ($r = -,629$), duygusal rol güçlülüğü ($r = ,459$) ve zihinsel sağlık ($r = -,733$) alt ölçekleri arasında ise ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır ($p < .01$). Yani hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında depresyon düzeyi arttıkça fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlülüğü, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık alanları kötüleşmektedir.

Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında anksiyete puanları ile fiziksel işlevsellik ($r = -,499$), fiziksel rol güçlülüğü ($r = -,405$), ağrı ($r = -,643$), genel sağlık ($r = -,610$), enerji ($r = -,618$), sosyal işlevsellik ($r = -,580$), duygusal rol güçlülüğü ($r = -,486$) ve zihinsel sağlık ($r = -,591$) puanları arasında ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki vardır. ($p < .01$). Yani hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında anksiyete düzeyi arttıkça fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlülüğü, ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık alanları kötüleşmektedir.

Anksiyete ile vücut algısı arasında ise ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r = ,644$; $p < .01$). Yani anksiyete düzeyi ile beden imajı algısı arasında güçlü bir ilişki vardır.

Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik ile fiziksel rol güçlülüğü ($r = ,428$), ağrı ($r = ,574$), genel sağlık ($r = ,476$), sosyal işlevsellik ($r = ,443$) ve duygusal rol güçlülüğü ($r = ,444$) arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. ($p < .01$). Bununla birlikte fiziksel işlevsellik ile enerji ($r = ,340$) ve zihinsel sağlık ($r = ,303$) arasında ise anlamlı olarak pozitif bir ilişki vardır ($p < .05$). Yani fiziksel işlevsellik alanı ile fiziksel rol güçlülüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü, enerji ve zihinsel sağlık alanları birlikte değişmektedir.

Diğer yandan fiziksel işlevsellik alt ölçeği ile vücut algısı arasında ise ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır ($r = -,515$; $p < .01$). Yani fiziksel işlevsellik alanı iyileştikçe beden imajı algısı da olumlu hale gelmektedir.

Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında fiziksel rol güçlülüğü ile ağrı ($r = ,420$), genel sağlık ($r = ,589$), enerji ($r = ,381$), sosyal işlevsellik ($r = ,491$) ve duygusal rol güçlülüğü ($r = ,713$) arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki görülmektedir. ($p < .01$). Fiziksel rol güçlülüğü boyutu ile ağrı, genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik ve duygusal rol güçlülüğü boyutları beraber değişmektedir.

Ayrıca fiziksel rol güçlülüğü ile vücut algısı arasında ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır. ($r = -.505$; $p < .01$). Yani fiziksel rol güçlülüğü boyutundaki iyileşme beden imajı algısını olumlu etkilemektedir. Diğer yandan fiziksel rol güçlülüğü ile zihinsel sağlık arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Bir diğer yaşam kalitesi alt ölçeği olan ağrı ile genel sağlık ($r = .492$), enerji ($r = .556$), sosyal işlevsellik ($r = .427$), duygusal rol güçlülüğü ($r = .510$) ve zihinsel sağlık ($r = .518$) puanları arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p < .01$). Hastaların ağrı yaşantıları azaldıkça genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık alanları iyileşmektedir.

Ağrı alt ölçeği ile vücut algısı arasında ise ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır. ($r = -.555$; $p < .01$). Ağrı yaşantısı azaldıkça beden imajı algısı iyileşmektedir. Ağrı yaşantısı arttıkça, beden imajı algısı da kötüleşmektedir.

Tablo 13: Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut

Algısı Değişkenlerinin İlişkileri

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Depresyon	,736**	-,357*	-,365**	-,590**	-,632**	-,704**	-,629**	-,459**	-,733**	,592**
2. Anksiyete		-,499**	-,405**	-,643**	-,610**	-,618**	-,580**	-,486**	-,591**	,644**
3. Fiziksel İşlevsellik			,428**	,574**	,476**	,340*	,443**	,444**	,303*	-,515**
4. Fiziksel Rol Güçlülüğü				,420**	,589**	,381**	,491**	,713**	0,222	-,505**
5. Ağrı					,492**	,556**	,427**	,510**	,518**	-,555**
6. Genel Sağlık						,628**	,557**	,591**	,549**	-,665**
7. Enerji							,447**	,508**	,729**	-,554**
8. Sosyal İşlevsellik								,437**	,499**	-,480**
9. Duygusal Rol Güçlülüğü									,391**	-,511**
10. Zihinsel Sağlık										-,493**
11. Vücut Algısı										

* $p < .05$, ** $p < .01$

Genel sağlık alt leği ile enerji ($r = ,628$), sosyal işlevsellik ($r = ,557$), duygusal rol gllđđ ($r = ,591$) ve zihinsel sağlık ($r = ,549$) arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p < .01$). Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında yaşam kalitesi alt ölçeklerinden genel sağlık boyutu iyileştikçe enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol gllđđ ve zihinsel sağlık boyutları da iyileşmektedir.

Genel sağlık alt leği ile vücut algısı arasında ise ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur ($r = -,665$; $p < .01$). Yani genel sağlık alanı ile beden imajı algısı birlikte değişmektedir.

Enerji alt leği ile sosyal işlevsellik ($r = ,447$), duygusal rol gllđđ ($r = ,508$) ve zihinsel sağlık ($r = ,792$) alt ölçekleri arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki görülmektedir ($p < .01$). Yani enerji boyutu ile sosyal işlevsellik, duygusal rol gllđđ ve zihinsel sağlık boyutları aynı anda değişmektedir.

Bununla birlikte enerji alt leği ile vücut algısı arasında ise ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur ($r = -,554$; $p < .01$). Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında enerji boyutu iyileştikçe beden imajı algısı da olumlu hale gelmektedir.

Sosyal işlevsellik alt leği ile duygusal rol gllđđ ($r = ,437$) ve zihinsel sağlık ($r = ,499$) arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p < .01$). Sosyal işlevsellik boyutu iyileştikçe duygusal rol gllđđ ve zihinsel sağlık alanları da iyileşmektedir.

Sosyal işlevsellik ile vücut algısı arasında ise ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur ($r = -,480$; $p < .01$). Sosyal işlevsellik alanı ile beden imajı algısı arasında güçlü bir ilişki vardır.

Duygusal rol gllđđ alt leği ile zihinsel sağlık leği arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = ,391$; $p < .01$). Yani hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında duygusal rol gllđđ puanları arttika zihinsel sağlık alt leği puanları da artmaktadır.

Diğer yandan duygusal rol güçlülüğü ile vücut algısı arasında ise ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır ($r = -.511$; $p < .01$). Yani duygusal rol güçlülüğü boyutundaki iyileşme ile beden imajı algısındaki iyileşme ilişkilidir.

Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden zihinsel sağlık alt ölçeği ile vücut algısı arasında ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur ($r = -.493$; $p < .01$). Yani zihinsel sağlık boyutu iyileştikçe beden imajı algısı da olumlu hale gelmektedir.

3.10. Hemodiyaliz Hastalarında Yaş, Tanı ve Hemodiyalize Girme Süresi ile Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin İlişkilerinin İncelenmesi

Hemodiyaliz hastalarında yaş, tanı ve hemodiyalize girme süresi ile depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenlerinin ilişkileri incelenmiştir (Bkz: Tablo 14).

Yapılan korelasyon analizi sonucu hemodiyaliz hastalarında yaş ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden enerji arasında ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. ($r = -.406$; $p < .01$). Yani hemodiyaliz hastalarında yaş arttıkça enerji ortalama puanı azalmaktadır. Bununla birlikte hemodiyaliz hastalarında yaş ile vücut algısı değişkeni arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r = .482$; $p < .01$). Yani hemodiyaliz hastalarında yaş arttıkça vücut algısı ortalama puanı da artmakta ve kişilerin beden imajı algılarından rahatsızlıkları da artmaktadır. Diğer yandan hemodiyaliz hastalarında yaş ile depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlülüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Bkz: Tablo 14).

Hemodiyaliz hastalarında tanı süresi ile depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi alt ölçekleri ile vücut algısı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Hemodiyaliz hastalarında hemodiyalize girme süresi ile depresyon ($r = .326$) ve vücut algısı ($r = .292$) arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur ($p < .05$). Yani hemodiyalize girme süresi arttıkça depresyon düzeyi ve beden imajından duyulan rahatsızlık da artmaktadır. Diğer yandan hemodiyalize girme süresi ile anksiyete ve yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Tablo 14: Hemodiyaliz Hastalarında Yaş, Tanı ve Hemodiyalize Girme Süresi ile Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin İlişkileri

	Yaş	Tanı Süresi	Hemodiyalize Girme Süresi
Depresyon	,145	,124	,326*
Anksiyete	-,057	-,029	,206
Fiziksel İşlevsellik	-,153	,273	,175
Fiziksel Rol Güçlülüğü	-,253	,004	-,012
Ağrı	-,058	,040	-,071
Genel Sağlık	,011	,120	-,074
Enerji	-,406**	,156	,027
Sosyal İşlevsellik	-,049	,272	,097
Duygusal Rol Güçlülüğü	-,098	,028	-,048
Zihinsel Sağlık	,073	,127	-,200
Vücut Algısı	,482**	,141	,292*

* $p < .05$, ** $p < .01$

3.11. Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarında Yaş ve Tanı Süresi ile Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin İlişkilerinin İncelenmesi

Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında yaş ve tanı süresi ile depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenlerinin ilişkileri incelenmiştir. (Bkz: Tablo 15).

Tablo 15: Hemodiyalize Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarında Yaş ve Tanı Süresi ile Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin İlişkileri

	Yaş	Tanı Süresi
Depresyon	-,049	-,084
Anksiyete	,050	,029
Fiziksel İşlevsellik	-,284*	,083
Fiziksel Rol Güçlülüğü	-,465**	,159
Ağrı	,035	,069
Genel Sağlık	-,060	,083
Enerji	,122	-,143
Sosyal İşlevsellik	-,170	,066
Duygusal Rol Güçlülüğü	-,201	,045
Zihinsel Sağlık	,107	-,032
Vücut Algısı	,096	,074

* $p < .05$, ** $p < .01$

Yapılan korelasyon analizi sonucunda hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında yaş ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik ($r = -.284$; $p < .05$) arasında anlamlı, fiziksel rol güçlülüğü ($r = -.465$; $p < .01$) arasında ise ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Yani hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında yaş arttıkça fiziksel işlevsellik ve fiziksel rol güçlülüğü boyutları kötüleşmektedir. Diğer yandan yaş ile depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt ölçekleri ve vücut algısı ölçeği arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında tanı süresi ile depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi alt ölçekleri ve vücut algısı ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (Bkz: Tablo 15).

3.12. Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin Birbirleriyle Olan İlişkilerinin Tüm Katılımcılarda İncelenmesi

Depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkileri çalışmaya dahil olan tüm katılımcılarda incelenmiştir (Bkz: Tablo 16).

Yapılan korelasyon analizi sonucunda tüm katılımcılarda depresyon ile anksiyete ($r= ,764$) ve vücut algısı ($r= ,585$) değişkenleri arasında çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<.01$). Yani katılımcıların depresyon düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyleri ve beden imajlarından duydukları rahatsızlık da artmaktadır. Bununla birlikte depresyon değişkeni ile yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt ölçekleri arasında ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır (Bkz: Tablo 16). Yani katılımcıların depresyon düzeyleri arttıkça yaşam kaliteleri düşmektedir.

Katılımcıların anksiyete puanları ile vücut algısı ölçeği puanları arasında da ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($r= ,577$; $p<.01$). Bu veri, kişilerin anksiyete düzeylerinin artmasıyla beden imajlarından duydukları rahatsızlığın da arttığı anlamına gelmektedir. Anksiyete değişkeni ile de yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt ölçekleri arasında ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur (Bkz: Tablo 16). Yani kişilerin anksiyete düzeyleri arttıkça yaşam kaliteleri düşmektedir.

Yapılan analizde yaşam kalitesi alt ölçeklerinin tümünün arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p<.01$). Her bir alt ölçeğin puanının artması diğerlerinin de artması anlamına gelmektedir. Yani yaşam kalitesinin bir alanındaki artış diğer alanlarına da olumlu şekilde yansımaktadır.

Yaşam kalitesi alt ölçeklerinin tümü ile vücut algısı ölçeği arasında ileri düzeyde anlamlı negatif bir ilişki tespit edilmiştir (Bkz: Tablo 16). Kişilerin yaşam kaliteleri arttıkça beden imajı algıları da olumlu hale gelmektedir.

Tablo 16: Tüm Katılımcılarda Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Vücut Algısı Değişkenlerinin

Birbirleriyle Olan İlişkileri

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Depresyon	,764**	-,434**	-,479**	-,564**	-,655**	-,687**	-,631**	-,524**	-,723**	,585**
2. Anksiyete		-,462**	-,483**	-,568**	-,619**	-,644**	-,570**	-,527**	-,634**	,577**
3. Fiziksel İşlevsellik			,601**	,563**	,574**	,499**	,525**	,557**	,412**	-,471**
4. Fiziksel Rol Güçlüğü				,518**	,661**	,619**	,568**	,825**	,486**	-,499**
5. Ağrı					,534**	,630**	,488**	,486**	,557**	-,461**
6. Genel Sağlık						,686**	,612**	,630**	,624**	-,541**
7. Enerji							,566**	,608**	,770**	-,611**
8. Sosyal İşlevsellik								,534**	,581**	-,451**
9. Duygusal Rol Güçlüğü									,517**	-,494**
10. Zihinsel Sağlık										-,537**
11. Vücut Algısı										

* $p < .05$, ** $p < .01$

TARTIŞMA ve SONUÇ

Kronik böbrek hastalığı ve bunun sonucu olarak uygulanan tedavi seçeneklerinden birisi olan hemodiyaliz tedavisi hastalarda fiziksel ve psikososyal birtakım zorluklara neden olmaktadır. Bu durum kişilerde depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi birtakım psikolojik rahatsızlıklara rastlama ihtimalini arttırmakla birlikte yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca hastalık yaşantısı ve hemodiyaliz tedavisinin sonucunda kişilerin beden imaj algıları da bozulabilmektedir.

Bu araştırmada hemodiyaliz tedavisi gören ve henüz hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının ve de herhangi bir kronik fiziksel hastalığı olmayan sağlıklı popülasyonun depresyon ve anksiyete düzeylerini karşılaştırmıştır. Bu iki değişkenin dışında yaşam kalitesi ve beden imajı algısı değişkenleri de karşılaştırılmıştır. Ayrıca bu değişkenlerin tümünün birbirleriyle olan ilişkileri de bu çalışmada incelenmiştir.

1. TARTIŞMA

1. Hemodiyaliz hastaları ve hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları, sağlıklı kontrol grubuna göre depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenleri açısından çok ileri düzeyde farklılaşmaktadırlar. Bu bulgu ışığında hastalık yaşantısının kişilerin ruh sağlıklarını, yaşam kalitelerini ve beden imajı algılarını doğrudan olumsuz etkilediği söylenilebilir.

2. Hemodiyaliz hastaları ile hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları depresyon ve anksiyete değişkeni açısından farklılaştıkları görülmektedir. Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon düzeyleri anlamlı olarak anksiyete düzeyleri ise çok ileri düzeyde anlamlı olarak hemodiyaliz hastalarınınkinden yüksektir. Bu bulgu hemodiyalize girmeyen hastaların hem depresyon hem de anksiyete düzeylerinin hemodiyaliz hastalarından yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Bu sonuç bir açıdan hipotezi desteklerken bir açıdan desteklememektedir. Literatürde konuyla ilgili çelişkili sonuçlara rastlanmaktadır.

Birtane ve arkadaşlarının (1999) yapmış olduğu çalışmada hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon ortalama puanları hemodiyaliz hastalarınınkinden yüksek olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Kalender ve arkadaşlarının (2007) yaptığı başka bir çalışmada ise hemodiyaliz hastalarının depresyon ortalama puanları hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının puanlarından yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları 3. ,4. ve 5. evre kronik böbrek hastalarından oluştuğu için böbrek yerine koyma (dializ ya da böbrek nakli) tedavisine giderek yaklaşmakta oldukları fikri ya da hastalık yaşantısının gelecekle ilgili belirsizlik durumu anksiyete ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşanmasına neden olabilmektedir (Öz, 2001). Hemodiyaliz hastalarında depresyonun düşük çıkmasının nedenleri arasında literatürde de belirtildiği gibi bu hasta grubunun bir savunma düzeneği olan inkar mekanizmasını kullanmaları sayılabilir (Cimilli, 1994; Kara 2007). Ayrıca hemodiyaliz hastalarının bir süre sonra tedaviye uyum sağlayarak sürece adapte oldukları bilgisine de literatürde rastlanmaktadır. (Cimilli, 1994; Kara, 2007; Levy, Morgan ve Brown, 2002).

3. Depresyon ve anksiyete değişkenlerinin dışında yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkeni açısından da iki grup arasında farklılıklar söz konusudur. Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden ağrı, enerji ve zihinsel sağlık alt ölçekleri hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında hemodiyaliz hastalarından anlamlı olarak daha düşüktür. Yani yaşam kalitesinin bu alanları hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında daha kötüdür. Yaşam kalitesinin fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlülüğü, genel sağlık, sosyal işlevsellik ve duygusal rol güçlülüğü alt ölçeklerinde ise iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Literatürde bu alanda elde edilen bulgular tutarlı değildir. Birtane ve arkadaşlarının (1999) yapmış olduğu çalışmada hemodiyaliz hastaları ile hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları yaşam kalitesi değişkeni açısından farklılaşmamaktadır. Kalender ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmış olan çalışmada ise hemodiyaliz hastalarının Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi'nin (SF-36) boyutlarından fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlülüğü ve ağrı alanlarının hemodiyaliz hastalarında hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarından daha kötü olduğunu bildirmiştir. Öte yandan diğer alanlar olan genel sağlık, enerji, sosyal işlevsellik, duygusal rol güçlülüğü ve zihinsel sağlık

boyutlarının ise hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında hemodiyaliz hastalarına göre daha kötü olduğu ifade edilmektedir.

Bu araştırmada hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının beden imajı algıları ile hemodiyaliz hastalarının beden imajı algıları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kıvrak (2008) ise yapmış olduğu çalışmada hemodiyaliz hastalarının beden imajı algılarının hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının beden imajı algılarından daha olumsuz olarak bulunduğunu bildirmiştir.

Bu araştırma açısından düşündüğümüzde kronik hastalık yaşantısının kişinin vücut bütünlüğüne bir tehdit olarak algılandığını düşünürsek tanının konmasıyla birlikte kişilerin beden imajı algılarında bozulmalar söz konusu olabilmektedir. Bununla birlikte hemodiyaliz grubunun gerek kollarına açılan damar giriş yolları gerekse hemodiyaliz tedavisinin yapılabilmesi için kollara yerleştirilen fistül veya kataterden dolayı beden imajı algılarının olumsuz olarak bulunması da mümkündür. Bu nedenlerden ötürü bu değişken iki grup açısından anlamlı olarak farklılaşmamış olabilir.

4. Hemodiyaliz hastaları ile sağlıklı kontrol grubu arasında da depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenleri açısından farklılıklar söz konusudur. Hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek ve de beden imajı algıları daha olumsuz olarak bulunmuştur. Diğer yandan hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi alt ölçeklerinin tümü sağlıklı kontrol grubundan düşük bulunmuştur. Yani hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi düzeyi sağlıklı kontrol grubundan düşüktür.

Kalender ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi alt ölçek ortalama puanlarının tümü sağlıklı kontrol grubunkilerden düşük bulunmuştur. Literatürde hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin sağlıklı kontrol grubundan daha düşük olduğu yönünde başka çalışmalara da rastlamak mümkündür. (Çapoğlu, 2008; Korkut, 2008). Birtane ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında ise hemodiyaliz hastalarının depresyon düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek yaşam kalitesi düzeyleri düşük bulunmuştur. Literatürde bu konuda tutarlılık vardır ve bulgular bu araştırmanın bulgularıyla örtüşmektedir.

5. Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastaları ve sağlıklı kontrol grubu arasında depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenleri açısından farklılıklar söz konusudur. Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek beden imajı algıları daha olumsuz olarak bulunmuştur. Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının yaşam kalitesi alt ölçeklerinin tümü sağlıklı kontrol grubundan düşüktür. Yani bu durum hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının yaşam kalitesi düzeyinin sağlıklı kontrol grubundan düşük olduğu anlamına gelmektedir. Konuyla ilgili çalışmalara bakıldığında Kalender ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu çalışmanın sonucunda hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının sağlıklı kontrol grubundan düşük olduğu bildirilmiştir. Diğer bir araştırmada ise hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon düzeyinin sağlıklı kontrol grubundan yüksek olduğu yaşam kalitesinin ise düşük olduğu belirtilmiştir (Birtane ve ark., 1999). Literatürdeki bu çalışmalar bu araştırmanın bulgularıyla uyum içerisindedir.

6. Depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenleri hemodiyaliz hastaları ve hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının tümünde cinsiyete göre karşılaştırılmıştır. Bütün değişkenler kadınlar açısından olumsuz bulunmuştur. Yani kadınların depresyon ve anksiyete düzeyleri erkeklere göre daha yüksek, beden imajı algıları daha olumsuzdur. Yaşam kaliteleri ise kadınlarda erkeklere göre düşük düzeyde bulunmuştur. Paparrigopoulos ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında kadınların depresyon ortalamalarının erkeklerden yüksek olduğu bildirilmiştir. Diğer yandan depresyonun kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülebildiği bilgisi de bu bulguları desteklemektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007: 489615). Acar'ın (2007) yapmış olduğu araştırmada kadınların anksiyete ortalama puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yaşam kalitesi değişkeni ile ilgili çalışmalara baktığımızda Saltürk'ün (2006) çalışmasında cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığı belirtilmiştir. Ayrıca beden imajı algısının kadınlarda erkeklere nazaran daha olumsuz olduğu yönünde çalışmalar mevcuttur (Kıvrak, 2008). Bu bulgular kadınlarda beden imajı algısının daha önemli olduğunu göstermekte ve bu algının fiziksel hastalıkla daha fazla bozulduğuna işaret etmektedir. Kronik böbrek hastalığının kadınların yaşam kalitelerini erkeklere göre daha olumsuz etkiliyor olması kadının toplumdaki rolüyle açıklanabilir. Toplumda

erkeklerden beklenen çalışarak evinin geçimine katkıda bulunmasıdır. İş hayatından ayrılınca erkeklerde bu tür sorumluluklardan da arınmış gibi bir algılama mümkün olabilir. Oysa zaten genelde ev hanımı olan kadınlardan ev ve çocuklarıyla ilgili sorumluluklarını yerine getirmelerinin beklenmesi söz konusudur. Bütün bu koşulların bir sonucu olarak da kadın hastaların yaşam kalitelerinin erkek hastalarından daha olumsuz olduğu görülmektedir.

7. Hemodiyaliz hastalarında depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkileri incelenmiştir. Hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artış göstermektedir. Literatürde depresyon düzeyi ile anksiyetenin pozitif bir korelasyon gösterdiği çalışmalara rastlamak mümkündür (Çelik ve Acar, 2007; Çetinkaya ve ark., 2008). Diğer yandan depresyon ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik ve ağrı dışındaki tüm alt ölçekler arasında negatif bir ilişki vardır. Literatürde ise depresyon düzeyi ile ağrı yaşantısı arasında pozitif bir ilişki görüldüğüne dair çalışmalar mevcuttur (Cohen ve ark., 2007; Davison ve ark., 2005). Bu çalışmada hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeyi arttıkça -fiziksel işlevsellik ve ağrı alanları dışında- yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir. Literatürde de depresyon düzeyinin artmasının yaşam kalitesinin düşmesine etkisi olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmaktadır. (Berlim ve ark., 2006; Birtane ve ark., 1999; Paparrigopoulos ve ark., 2008; Sağduyu ve ark., 2006; Sayin, Mutluay ve Sindel, 2007; Tsay ve Healstead, 2002; Vazquez ve ark., 2005). Bu çalışmada depresyon ve anksiyete düzeyinin artmasıyla kişilerin beden imajı algılarından duydukları rahatsızlığın da arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete düzeyi arttıkça - fiziksel işlevsellik ve fiziksel rol güçlülüğü alt ölçekleri dışında- yaşam kalitesinin düzeyinin azaldığı bulgusu elde edilmiştir. Literatürde anksiyete düzeyindeki artış ile yaşam kalitesinin düşmesi arasında anlamlı pozitif ilişkiler olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Sayin, Mutluay ve Sindel, 2007). Ayrıca bulgu kişilerin ruh sağlıklarının beden imajından memnuniyetlerine (Kıvrak, 2008) ve yaşam kalitelerine doğrudan etkili olduğu şeklinde açıklanabilir. Yaşam kalitesi alt ölçekleri genel anlamda birbiriyle tutarlı bir ilişkiye sahiptir (Bkz: Tablo 12). Bu da ölçeğin güvenilir ve geçerliliğine işaret etmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

8. Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında depresyon, anksiyete, yaşam

kalitesi ve vücut algısı değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkileri incelenmiştir. Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi ve beden imajından duyulan rahatsızlık bir arada artmaktadır. Literatürde başka popülasyonlarda da depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde ilişkiler bulan çalışmalara rastlamak mümkündür (Motan ve Gençöz, 2007). Ayrıca depresyon düzeyi arttıkça yaşam kalitesi düzeyi düşmektedir. Aynı şekilde hastalarda anksiyete düzeyleri arttıkça vücut algısından duyulan rahatsızlık da artmakta ve yaşam kaliteleri düşmektedir. Bütün bu veriler kişilerin ruh sağlıklarının vücut algılarına ve yaşam kalitelerine olan etkisinin net bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Yaşam kalitesi alt ölçekleri de genel olarak birbirleriyle tutarlı bir ilişkiye sahiptir (Bkz: Tablo 13). Yani biri arttığında diğerleri de artmakta, azaldığında azalmaktadır. Bu veri de yine yaşam kalitesi ölçeğinin güvenilir ve geçerliliğine kanıt olarak gösterilebilir (Aydemir ve Köroğlu, 2007). Tüm bu bulgular çalışmada kullanılan ölçeklerinin hepsinin güvenilir ve geçerliliğine işaret etmektedir.

9. Hemodiyaliz hastalarında yaş, tanı ve hemodiyalize girme süresi ile depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenlerinin ilişkileri incelenmiştir. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi alt ölçeklerinden sadece enerji ile yaş arasında anlamlı negatif bir ilişkiye rastlanmıştır. Kişilerde yaş arttıkça enerji düzeyi düşmektedir. Literatürde enerji alt ölçeğine spesifik bulgulara rastlanmasa da farklı yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkilere bakan çalışmalara ulaşılmıştır. Tsay ve Healstead'in (2002) yapmış olduğu çalışmada yaş değişkeninin yaşam kalitesinin bir yordayıcısı olduğu bildirilmiştir. Acaray ve Pınar'da (2004) yaptıkları çalışmada yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü bildirmişlerdir. Diğer yandan vücut algısı ile yaş arasında da anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır. Yani kişilerde yaş arttıkça vücut algısından rahatsızlık artmaktadır. Bu durumun yaş ile birlikte hastaların eski görünümlelerinden uzaklaştıkları inançlarıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Hemodiyaliz hastalarında yaş ile anksiyete değişkeni ve yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt ölçekleri arasında anlamlı herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır. Aynı şekilde hemodiyaliz hastalarında tanı süresi ile depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenleri arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Kıvrak (2008) yapmış olduğu çalışmada vücut algısı ile kronik böbrek hastalığı tanı süresi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmadığını belirtmiştir. Bu araştırmada hemodiyaliz

hastalarında hemodiyalize girme süresi arttıkça depresyon düzeyi ve vücut algısından duyulan rahatsızlık da artmaktadır. Her ne kadar literatürde hemodiyalize girme süresi uzadıkça tedaviye uyumun ve adaptasyonun sağlandığı yönünde bilgilere ulaşılsa da (Kara, 2007; Levy, Morgan ve Brown, 2002) süreç uzadıkça kişiler umutsuzluk ve çaresizlik hissedebilirler. Beden bölgelerinde geri dönüşü olmayan imaj bozuklukları algılayabilirler. Kıvrak (2008) araştırmasında hemodiyalize girme ile vücut algısı arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir. Bununla birlikte hemodiyalize girme süresi ile anksiyete ve yaşam kalitesi değişkenleri arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Saltürk de (2006) yapmış olduğu çalışmada hemodiyaliz hastalarında diyalize girme süresi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulmadığını bildirmiştir. Bu veri hemodiyalize girmenin süreden bağımsız olarak kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında yaş ve tanı süresi ile depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenlerinin ilişkisine bakılmıştır. Yapılan analiz sonucunda hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarında yaş ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel işlevsellik ve fiziksel rol güçlülüğü arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yaş ile depresyon, anksiyete yaşam kalitesinin diğer alt ölçekleri ve vücut algısı arasında herhangi anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bütün bu bulgular yaştan ve tanı süresinden bağımsız olarak ilerleyici bir kronik hastalık yaşantısının herkesin ruh sağlığı, beden imajı algısı ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin aynı olduğu şeklinde yorumlanabilir.

10. Araştırmaya katılan tüm katılımcılar üzerinde depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve vücut algısı değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkileri incelenmiştir. Depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi alt ölçekleri ve vücut algısı ölçeklerinin birbirleriyle tutarlı ilişkiler içinde oldukları görülmektedir (Bkz: Tablo 16). Kişilerde depresyon, anksiyete ve beden imajından duyulan rahatsızlık aynı anda artarken aynı anda azalmaktadır. Aynı şekilde yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçekleri de kendi içinde tutarlıdır. Bir alanda iyileşme söz konusu ise diğer alanlarda da olumlu bir durum söz konusudur. Eğer bir alt ölçek boyutunda olumsuzluk söz konusuysa diğer alt ölçek alanları için de bu koşul geçerli olmaktadır. Depresyon, anksiyete düzeyi ve beden imajından duyulan rahatsızlık arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir. Bütün bu veriler

Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilir ve geçerli olduğuna işaret etmektedir. Aynı zamanda da ölçeklerin i geçerliliğinin güçlü olması anlamına gelmektedir.

2. SONUÇ

Hemodiyaliz hastalarının ruh sağlığı üzerine yapılmış çok sayıda çalışmaya rastlamak mümkündür. Oysa bu araştırmada henüz hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarının depresyon, anksiyete, yaşam kalitesinin bazı parametreleri bakımından hemodiyaliz hastalarından daha kötü durumda oldukları görülmektedir. Üstelik bu olumsuzluk tanı süresiyle ilişkili değildir. Başka bir deyişle hastanın kronik böbrek hastası olduğunun anlaşılmasının getirdiği akut ve subakut psikolojik travma ve yaşam kalitesinde bozulma ciddi bir psikopatolojiye yol açmaktadır. Hemodiyalize girme evresine gelindiğinde hastaların bir parça da olsa stabilize olduğu, belki duruma biraz adapte oldukları ama hala sağlıklı popülasyona göre ciddi sorunlar yaşadıkları düşünülebilir.

ÖNERİLER

Bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda hastalar henüz diyaliz tedavisi görmüyor olsalar da ilerleyici bir kronik hastalık yaşantısının getirdiği zorlukların üstesinden gelebilmeleri ayrıca diyaliz aşamasına yaklaşmakta olan hastaların bilgilendirilmesi ve doğru yönlendirilmesi adına psikolojik destek programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acaray, A., Pınar, R. (2004). Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8 (1), 1-11.
- Akpolat, T., Utaş, C. (2007). Diyaliz Hakkında Genel Bilgiler, Hemodiyaliz, Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G., (Ed.), *Nefroloji El Kitabı*, 4. Baskı, içinde (324-340), “y.y.”: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Amerikan Psikiyatri Birliği., (2007). Anksiyete Bozuklukları, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, (DSM-IV-TR)*, 2 C, (Çev., Köroğlu, E.), 2. Baskı, içinde (617-705). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği., (2007). Duygudurum Bozuklukları, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, (DSM-IV-TR)*, 2 C, (Çev., Köroğlu, E.), 2. Baskı, içinde (489-615). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anderson, R. J. vd (2001). “The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes: a Meta- Analysis”, *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Arık, N. vd (2003). Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin Tedavisi, İliçin, G., Biberöğlü, K., Süleymanlar G., Ünal S., (Ed.), *Temel İç Hastalıkları*, 2 C, 2. Baskı, içinde (1308-1340), Ankara: Güneş Kitapevi.
- Ateşçi, F. Ç., Karadağ, F., Oğuzhanoglu, N. K. (2000). Bir Üniversite Hastanesi Yatan Hastalarında Psikiyatrik Bozuklukların Dağılımı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(3), 148-156.
- Atkinson, R. vd (2002). *Psikolojiye Giriş*, içinde (530). Ankara: Arkadaş Yayınları.
- Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (Ed.) (2007). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Bahar, A. vd (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 287-292.
- Baydoğan, M. ve Dağ, İ. (2008). Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 19-28.

Berlim, M. T. vd (2006). Quality of Life and Depressive Symptoms in Patients with Major Depression and End-Stage Renal Disease: A Matched-Pair Study, *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 731-734.

Birtane, M. vd (1999). “Son Dönem Böbrek Yetmezliği olan Hastalarda Yaşam Kalitesi”, *Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi*, 10(3), 145-150.

Christensen, A., Ehlers, S. (2002). “Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research”, *Journal of Consulting-Clinical Psychology*, 70(3), 712-724.

Cimilli, C. (1994). “Hemodiyaliz Psikiyatrik Yönleri”, *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3(3), 88-92.

Colodnato, J. vd (2002). Perception Versus Reality of the Burden of Chronic Kidney Disease in the United States, *Journal of the American Society of Nephrology*, 13, 1686-8.

Cukor, D. vd (2007). Depression and Anxiety in Urban Hemodialysis Patients, *Clinical Journal of the American Society Nephrology*, 2, 484-490.

Çapoğlu, B. (2008). *Hemodiyaliz Hastalarında Başa Çıkma Tarzı, Benlik Saygısı ve Kontrol Odağının Yaşam Kalitesi ile İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Çelik, H. C., Acar, T. (2007). Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, *Fırat Tıp Dergisi*, 12(1), 23-27.

Çetinkaya, S. vd (2008). Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45, 78-84.

Çolakoğlu, Y. vd (1997). Üriner Sistem, Molvalılar, S., (Ed.), *İç Hastalıkları (Semiyoloji)*, 2. Baskı, içinde (448), İstanbul: Alfa Yayınları.

Davison, S. N., Jhangri, G. S. (2005). “The Impact of Chronic Pain on Depression, Sleep, and the Desire to Withdraw from Dialysis in Hemodialysis Patients” *Journal of Pain and Symptom Management*, 30(5), 465-473.

Dilek, M. (2008). Hemodiyaliz, Nurol, A., Dilek, M., (Ed.), *Nefroloji*, 2. Baskı, içinde (318-335), İstanbul: Roche Yayınları.

Ecdar, T., Akpolat, T. (2007). Renal Transplantasyon, Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G., (Ed.), *Nefroloji El Kitabı*, 4. Baskı, içinde (349-365), “y.y.y.”: Nobel Tıp Kitapevleri.

Egede, L. E. (2007). “Major Depression in Individuals with Chronic Medical Disorders: Prevalence, Correlates and Association with Health Resource Utilization, Lost Productivity and Functional Disability”, *General Hospital Psychiatry*, 29(5), 409-416.

El Nahas, A. M., Bello, A. K. (2005). Chronic Kidney Disease: The Global Challenge, *Lancet*, 365, 331-40.

ERA-EDTA (European Renal Association)., (2007). *ERA-EDTA Registry 2005 Annual Report*, Amsterdam: Academic Medical Center. Department of Medical Informatics.

Erek, E., Süleymanlar, G. (2003). Böbreğin Yapısı ve Fonksiyonları, İliçin, G., Biberoglu, K., Süleymanlar G., Ünal S., (Ed.), *Temel İç Hastalıkları*, 2 C, 2. Baskı, içinde (1213), Ankara: Güneş Kitapevi.

Erek, E. vd (2007). *Türkiye 'de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon, Registry 2006*, İstanbul: Türk Nefroloji Derneği Yayınları.

Erek, E. vd (2008). *Türkiye 'de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon, Registry 2007*, İstanbul: Türk Nefroloji Derneği Yayınları.

Finkelstein, F. O., Finkelstein, S. H. (2000). "Depression in Chronic Dialysis Patients: Assessment and Treatment", *Nephrology Dialysis Transplantation*, 15(12), 1911-1913.

Finkelstein vd (2002). "The Treatment of Depression in Patients Maintained on Dialysis", *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 957-960.

Fukuhara, S. vd (2007). Health-Related Quality of Life of Predialysis Patients with Chronic Renal Failure, *Nephron Clinical Practice*, 105, 1-8.

Gençöz, T., Astan, G. (2006). "Social Support, Locus of Control and Depressive Symptoms in Hemodialysis Patients", *Scandinavian Journal of Psychology*, (47), 203.

Göktepe, E. (2008). Anksiyete, Işık, E., Taner, E., Işık, U. (Ed.), *Güncel Klinik Psikiyatri*, 2. Baskı, içinde (175-6). Ankara: Asimetrik Paralel.

Güler, Ö. vd (2007). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Psikososyal Değerlendirme, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 173-178.

Harrington, J. D., Brener, E. R. (1973). Patient Care in Renal Failure: Saunders Monographs in Clinical Nursing-5, *Hemodialysis*, içinde (113-151). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliği, *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.

Hovardaoglu, S. (1992). Vücut Algısı Ölçeği, *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 1(Ek-2), 26-27.

Hsu, C.Y., Chertow G.M., Curhan G.C., (2002). Methodological Issues in Studying the Epidemiology of Mild to Moderate Chronic Renal Insufficiency, *Kidney International*, 61(5), 1567-76.

Johnson, C.A. vd (2004/a). Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease in Adults: Part 1. Definiton, Disease Stages, Evaluation, Treatment, and Risk Factors, *American Family Physician*, 70(5), 869-876.

Johnson, C.A. vd (2004/b). Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease in Adults: Part 2. Glomerular Filtration Rate, Proteinuria, and Other Makers, *American Family Physician*, 70(6), 1091-1097.

Kalender, B. vd (2007). "Quality of Life in Chronic Kidney Disease: Effects of Treatment Modality, Depression, Malnutrition, and İnflammation", *International Journal of Clinical Practice*, 61(4), 569-576.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (2004). Anksiyete Bozuklukları, Abay, E. (Ed.), *Klinik Psikiyatri*, içinde (189-217). "y.y.y.": Nobel Tıp Kitapevleri.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (2004). Duygudurum Bozuklukları, Abay, E. (Ed.), *Klinik Psikiyatri*, içinde (159-189). "y.y.y.": Nobel Tıp Kitapevleri.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (2004). Tıbbi Durumları Etkileyen Psikolojik Faktörler, Abay, E. (Ed.), *Klinik Psikiyatri*, içinde (323-345). "y.y.y.": Nobel Tıp Kitapevleri.

Kara, B. (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım, *Gülhane Tıp Dergisi*, 49, 132-6.

Katon, W., Ciechanowski, P. (2002). "Impact of Major Depression on Chronic Medical Illness", *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 859-863.

Kıvrak, B. (2008). *Diyaliz ve Renal Transplantasyon Hastalarında Beden İmaj Algısının Kişilerarası İlişkiler Açısından İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, T.C.Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kimmel, P. L., Weihs, K., Peterson, R. A. (1993). "Survival in Hemodialysis Patients: The Role of Depression", *Journal of the American Society of Nephrology*, 4(1), 12-27.

Kimmel, P. L. (2002). "Depression in Patients with Chronic Renal Disease : What we know and what we need to know", *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 951-956.

Kimmel, P. L. vd (2000). Multiple Measurements of Depression Predict Mortality in a Longitudinal Study of Chronic Hemodialysis Outpatients, *Kidney International*, 57, 2093-2098.

Koçyiğit, H. vd (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği, *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12, 102-106.

Kojima, M. vd (2007). Independent Associations of Alexithymia and Social Support with Depression in Hemodialysis Patients, *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 349-356.

Korevaar, J. C. vd (1999). Quality of Life in Predialysis End-Stage Renal Disease Patients at the Initiation of Dialysis Therapy, *Peritoneal Dialysis International*, 20,

69-75.

Korkut, Y. (2008). Hemodiyaliz Hastalarının Öznel Uyku Kaliteleri Üzerine Karşılaştırılmalı Bir Çalışma ve Uyku Kalitesini Yordayıcı Faktörlerin Araştırılması, *Klinik Psikiyatri Bülteni*, 18(2), 105-112.

Kumbasar, H. (1999). Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyaliz ve Psikososyal Sorunlar, Özkan, S., (Ed.), *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1998-1999*, içinde (83-87), İstanbul: Novartis Yayınları.

Kurt, A. S., Çetinkaya, Ş. (2008). Lösemili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8), 35-56.

Levey, A. S. vd (2003). National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification, *Annals of Internal Medicine*, 139(2), 141.

Levy, J., Morgan, J., Brown, E., (2002). Böbrek Yetmezliği olan Yeni Hasta, *Oxford Diyaliz El Kitabı*, (Çev. Uslan, İ.), içinde (4-70), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Levy, J., Morgan, J., Brown, E., (2002). Hemodiyaliz, *Oxford Diyaliz El Kitabı*, (Çev., Uslan, İ.), içinde (74-224), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Martin, C. R., Tweed A. E., Metcalfe, M. S. (2004). A psychometric Evaluation of The Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients Diagnosed with End-Stage Renal Disease, *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 51-64.

McGee, H. M. (2004). Chronic Illness: Quality of Life, Smelser, N. J. ve Baltes, P.

B. (Ed.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, (1779-1782). Oxford: UK: Elsevier.

Mete, H. E. (2008). “Kronik Hastalık ve Depresyon”, *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.

Mitch E.W. (2007). Chronic Kidney Disease, Goldman, L., Ausiello, D., (Ed.), *Cecil Medicine*, 23rd. Edition, (1-20), Philadelphia: Saunders.

Motan, İ, Gençöz, T. (2007). Alekstim Boyutlarının Depresyon ve Anksiyete Belirtileri ile İlişkileri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 333-43.

Ovayolu, N. vd (2007). Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 293-296.

Öner, N. (2006). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler, 2 C, 2. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Öz, F. (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 61-8.

Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., Zileli, L. (2003). Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 72-80.

Özkan, M. (1999). Genel Tıpta Depresyon, Özkan, S., (Ed.), *Konsültasyon-Liyazon*

Psikiyatrisi 1998-1999, içinde (109-117). İstanbul: Novartis Yayınları.

Özkan, S. (1999). Hastalıklara Psikolojik Tepkiler, Özkan, S., (Ed.), *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1998-1999*, içinde (27-35). İstanbul: Novartis Yayınları.

Öztürk, M. O., Uluşahin, A. (2008). Bunaltı Bozuklukları, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 2 C, 11. Baskı, içinde (451-507). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Öztürk, M. O., Uluşahin, A. (2008). Duygudurum Bozuklukları, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 2 C, 11. Baskı, içinde (337-428). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Paparrigopoulos, T. vd (2008). Sleep Disturbance in Haemodialysis Patients is Closely Related to Depression, *General Hospital Psychiatry*, 31(2), 175-177.

Pınar, R. (2002). Obezlerde Depresyon, Benlik Saygısı ve Beden İmajı: Karşılaştırmalı Bir Çalışma, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 30-41.

Pınar, R. (2006). Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kullanımı, *Sağlıkta Birikim Dergisi*, 1(2), 71-6.

Sağduyu, A. vd (2006). Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 22-31.

Sağduyu, A. ve Erten, Y. (1998). Hemodiyaliz Giren Kronik Böbrek Hastalarında Ruhsal Bozukluklar, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9(1), 13-22.

Saltürk, A. G. D. (2006). *Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği ile İlişkisi*, Uzmanlık Tezi, Göztepe Araştırma ve Eğitim Hastanesi, İstanbul.

Sayin, A., Mutluay, R., Sindel, S. (2007). Quality of Life in Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, and Transplantation Patients, *Transplantation Proceedings*, 39, 3047-53.

Scott, D. vd (2007). "Pain, Sleep Disturbance, and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease", *Clinical Journal of American Society of Nephrology*, 5(2), 919-925.

Sensky, T., Leger, C., Gilmour, S. (1996). "Psychosocial and Cognitive Factors Associated with Adherence to Dietary and Fluid Restriction Regimens by People on Chronic Hemodialysis", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 36-42.

Sungur, C., Akpolat, T. (2007). Böbreklerin Temel Fonksiyonları ve Düzenlenmesi, Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G., (Ed.), *Nefroloji El Kitabı*, 4. Baskı, içinde (1-15), "y.y.y.": Nobel Tıp Kitapevleri.

Süleymanlar, G. (2007). Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği: Tanımı, Evreleri ve Epidemiyolojisi, *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 3 (38), 1-7.

Stevens, L.A. vd (2006). Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Glomerular Filtration Rate, *The New England Journal of Medicine*, 354 (23), 2473-

Şahin, İ. (2008). Periton Diyalizi, Nuro, A., Dilek, M., (Ed.), *Nefroloji*, 2. Baskı, içinde (355-374), İstanbul: Roche Yayınları.

Şanlı, T. (1991). Hemşirelikte Kişilerarası İlişkilerin Boyutları, Geylan, R. (Ed.), *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*, içinde (20-47). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Şanlı, T. (1991). Hemşirelikte Kişilerarası İlişkileri Etkileyen Temel Faktörler, Geylan, R. (Ed.), *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*, içinde (50-82). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Şanlıer, N., Yabancı, N., Alyakut, Ö. (2008). An Evaluation of Eating Disorders Among a Group of Turkish University Students, *Appetite*, 51, 641-645.

Takaki, J. vd (2005). Possible Interactive Effects of Demographic Factors and Stress Coping Mechanisms on Depression and Anxiety in Maintenance Hemodialysis Patients, *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 217-223.

Teğin, B. (1980). *Depresyonda Bilişsel Süreçler: Beck Modeline Göre Bir İnceleme*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü.

Tossani, E., Cassano, P., Fava, M. (2005). "Depression and Renal Disease", *Seminars in Dialysis*, 18(2), 73-81.

Türkmen, A. (2007). Renal Transplantasyon, Büyüköztürk, K. (Ed.), *İç Hastalıkları*, 2 C, içinde (2599-2601), "y.y.y.": Nobel Tıp Kitapevleri.

Tsay, S. L., Healstead, M. (2002). "Self-care Self-efficacy, Depression and Quality of Life among Patients Receiving Hemodialysis in Taiwan", *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 245-251.

Tyrrell, J. vd (2005). Older Patients Undergoing Dialysis Treatment: Cognitive Functioning, Depressive Mood and Health-Related Quality of Life, *Aging and Mental Health*, 9(4), 374-379.

Uçar, T, Uzun, Ö. (2008). Meme Kanseri Kadınlarında Mastektominin Beden Algısı, Benlik Saygısı ve Eş Uyumu Üzerine Etkisinin İncelenmesi, *Meme Sağlığı Dergisi*, 4(3), 162-168.

Ulusoy, M. (1993). *Beck Anksiyete Envanteri: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

USRDS (U.S. Renal Data System)., (2005). *Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States*, Minneapolis: USRDS Coordinating Center.

USRDS (U.S. Renal Data System)., (2007). *Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States*, Minneapolis: USRDS Coordinating Center.

Ünlüoğlu, G., Özden, A., İnce, E. (1997). Diyaliz Hastalarının Bilgilendirilme Gereksinimleri, *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3(4), 125-130.

Vazquez, I. vd (2005). Psychosocial Factors and Health-Related Quality of Life in Hemodialysis Patients, *Quality of Life Research*, 14, 179-190.

Watnick, S. vd (2003). "The Prevalence and Treatment of Depression Among Patients Starting Dialysis", *American Journal of Kidney Disease*, 41(1), 105-110.

Weiner, D.E. (2007). Causes and Consequences of Chronic Kidney Disease: Implications for Managed Health Care, *Journal of Managed Care Pharmacy*, 13 (3)(suplement), 1-9.

Wells, K. B., Golding J. B., Burnam, M. A. (1988). Psychiatric Disorder in a Sample of The General Population With and Without Chronic Medical Conditions, *The American Journal Of The Psychiatry*, 145(8), 976-981.

Wuerth, D. vd (2005). "The Identification and Treatment of Depression in Patients Maintained on Dialysis", *Seminars in Dialysis*, 18(2), 142-146.

Yalçın, A.U., Akpolat, T. (2007). Kronik Böbrek Yetmezliği, Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G., (Ed.), *Nefroloji El Kitabı*, 4. Baskı, içinde (283-323), "y.y.y.": Nobel Tıp Kitapevleri.

Yazıcı, A.E. vd (2008). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Majör Depresif Bozukluğun Değerlendirilmesi, *Yeni Symposium Journal*, 46(2), 23-26.

Yeğenağa, I., Dervişoğlu, E. (2007). Periton Diyalizi, *Kronik Böbrek Hastaları İçin Eğitim Kitapçığı*, içinde (45-65), İstanbul: Roche Yayınları.

Yeh, T. L. vd (2004). The Adjustment to İllness in Patients with Generalized Anxiety Disorder is Poorer than that in Patients with End-Stage Renal Disease, *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 165-170.

Yenicesu, M. (2008). Kronik Böbrek Hastalığı, Nurol, A., Dilek, M., (Ed.), *Nefroloji*, 2. Baskı, içinde (318-335), İstanbul: Roche Yayınları.

Yücel, B., Yılmaz, N., Özkan, S. (1995). Hemodiyaliz Hastalarının Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kapsamında Değerlendirilmesi "Ön Çalışma", Özkan, S., (Ed.), *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1994-1995*, içinde (339-370), İstanbul: Novartis Yayınları.

Zadeh, K. K., Unruh, M. (2005). Health Related Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease, *International Urology and Nephrology*, 37, 367-378.

EK-1**DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
2. Doğum Tarihiniz:
3. Eğitim Durumunuz: Okuryazar Değil Okuryazar
İlköğrenim Ortaöğrenim
Yükseköğrenim
4. İş Durumunuz: Çalışıyorum Çalışmıyorum
Emekliyim Öğrenciyim
5. Sosyal güvenceniz var mı (SSK; Bağkur, Emekli Sandığı)
Evet Hayır
6. Kendinizi aylık gelir açısından aşağıda değerlendiriniz:
Çok Düşük Düşük
Orta İyi Çok İyi
7. Medeni Durumunuz: Evli Bekar
Dul Boşanmış
Ayrı Yaşıyor
8. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?:
Ailemle Yalnız
Eşimle Diğer
9. Hastalığınızla ilgili aldığınız sosyal destekten (insanlardan aldığınız destekten) ne kadar memnunsunuz?
0 Hiç memnun değilim 1 Pek memnun değilim 2 Biraz memnunum
3 Memnunum 4 Çok memnunum
10. Diyalize başlayalı kaç yıl oldu?:
11. Haftada kaç kere ve kaç saat diyalize giriyorsunuz?
12. Böbrek yetmezliği tanısını alalı kaç yıl oldu?:
13. Bakımınızda size yardımcı olacak kişi veya kişiler var mı? Var Yok
14. Serum Kreatin Düzeyi:
15. Eşlik eden hastalık:

EK-2

DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
2. Doğum Tarihiniz:
3. Eğitim Durumunuz: Okuryazar Değil Okuryazar
İlköğrenim Ortaöğrenim
Yükseköğrenim
4. İş Durumunuz: Çalışıyorum Çalışmıyorum
Emekliyim Öğrenciyim
5. Sosyal güvenceniz var mı (SSK; Bağkur, Emekli Sandığı)
Evet Hayır
6. Kendinizi aylık gelir açısından aşağıda değerlendiriniz:
Çok Düşük Düşük
Orta İyi Çok İyi
7. Medeni Durumunuz: Evli Bekar Dul
Boşanmış Ayrı Yaşıyor
8. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?:
Ailemle Yalnız
Eşimle Diğer
9. Hastalığınızla ilgili aldığınız sosyal destekten (insanlardan aldığınız destekten) ne kadar memnunsunuz?
0 Hiç memnun değilim 1 Pek memnun değilim 2 Biraz memnunum
3 Memnunum 4 Çok memnunum

EK-3

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Adı Soyadı : **Tarih :**

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

- E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G- 0. Kendimden memnunum.
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

- K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK-4**BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun seçeneği seçerek belirleyiniz.

Hastanın Adı, Soyadı :**Tarih:**

	Hiç	Hafif	Orta	Ciddi
1- Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2- Sıcak / ateş basmaları				
3- Bacaklarda halsizlik, titreme				
4- Gevşeyememe				
5- Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6- Baş dönmesi ve sersemlik				
7- Kalp çarpıntısı				
8- Dengeyi kaybetme duygusu				
9- Dehşete kapılma				
10- Sinirlilik				
11- Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12- Ellerde titreme				
13- Titreklik				
14- Kontrolü kaybetme korkusu				
15- Nefes almada güçlük				
16- Ölüm korkusu				
17- Korkuya kapılma				
18- Midede rahatsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19- Baygınlık				
20- Yüzün kızarması				
21- Terleme (sıcağa bağlı olmayan)				

EK-5

Hasta Adı, Soyadı:

Tarih:

KF-36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok İyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesine karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	1	2	3
b. Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	1	2	3
c. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	1	2	3
d. Merdivenle çok sayıda kat çıkma	1	2	3
e. Merdivenle bir kat çıkma	1	2	3
f. Eğilme veya diz çökme	1	2	3
g. Bir iki kilometre yürüme	1	2	3
h. Birkaç sokak öteye yürüme	1	2	3
i. Bir sokak öteye yürüme	1	2	3
j. Kendi kendine banyo yapma veya giyinme	1	2	3

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
c. İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	1	2
d. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (rneğin daha fazla çaba gerektirmesi)	1	2

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (rneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1	2
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1	2
c. İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	1	2

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Ařırđ etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) ok hafif c) Hafif d) Orta e) Őiddetli f) ok Őiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Ařırđ etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren
a. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
b. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	1	2	3	4	5
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
d. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
e. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
f. Kendinizi kederli ve hüznü hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
g. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
h. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5
i. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?
Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
b. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
c. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
d. Sağlığım mükemmel.					

EK-6**Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)**

Aşağıda çeşitli vücut özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır. Yapmanız gereken, bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. Örneğin bir vücut özelliğinizi çok beğeniyorsanız, bu özellik için “çok beğeniyorum” ifadesinin bulunduğu kutuya “x” işareti koyunuz.

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1-Saçlarım					
2-Yüzümün rengi					
3-İştahım					
4-Ellerim					
5-Vücudumdaki kıl dağılımı					
6-Burnum					
7-Fiziksel gücüm					
8-İdrar-dışkı düzenim					
9-Kas kuvvetim					
10-Belim					
11-Enerji düzeyim					
12-Sırtım					
13-Kulaklarım					
14-Yaşım					
15-Çenem					
16-Vücut Yapım					
17-Profilim					
18-Boyum					
19-Duyularımın keskinliği					
20-Ağrıya dayanıklılığım					
21-Omuzlarımın genişliği					
22-Kollarım					
23-Göğüslerim					
24-Gözlerimin şekli					
25-Sindirim sistemim					

26-Kalçalarım					
27-Hastalığa direncim					
28-Bacaklarım					
29-Dişlerimin şekli					
30-Cinsel gücüm					
31-Ayaklarım					
32-Uyku düzenim					
33-Sesim					
34-Sağlığım					
35-Cinsel faaliyetlerim					
36-Dizlerim					
37-Vücutumun duruş şekli					
38-Yüzümün şekli					
39-Kilom					
40-Cinsel organlarım					

EK-7

YAZILI ONAM FORMU

Bu çalışma T.C Maltepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde, Gülçin Baktıroğlu tarafından yapılan ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. İlhan Yargıç tarafından yönetilen hemodiyalize girmeyen kronik böbrek hastalarına, hemodiyaliz hastalarına ve böbrek transplantasyonu yapılmış hastalara yönelik bir çalışma ile ilgilidir.

Ekteki testleri doldurmak ortalama 30 dakika sürmektedir. Çalışmaya karar verirseniz çalışmada ne söylediğiniz ve yaptığınızla ilgili hiçbir bilgi kimseye verilmeyecektir. İsminizi yazmak zorunda değilsiniz. Çalışmaya katılmamanız tedavinizi hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra bile isterseniz bırakabilirsiniz. İstedığınız soruyu sorabilirsiniz.

Buraya imza atmanız sadece bu formu okuduğunuz ve çalışmaya katılmaya gönüllü olduğunuz anlamına geliyor.

Katılımcının adı, soyadı:

Tarih:

İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Gülçin Baktroğlu

İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Tel: +90 533 572 10 60

E-posta: psklg2007@hotmail.com

Adres: İstanbul Üniversitesi Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı
Mediko-Sosyal Merkezi

Kişisel Bilgiler

Doğum Tarihi : 12 Haziran 1985

Doğum Yeri : İstanbul

Medeni Hali : Bekar

Bilgisayar : Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint), SPSS

Yabancı Dil : İngilizce (orta üstü düzeyde), Almanca (başlangıç düzeyinde)

Eğitim

2003-2007 : İstanbul Üniversitesi Psikoloji Lisans Eğitimi

2007- : T.C. Maltepe Üniversitesi
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Diğer Eğitimler

11/2006-01/2007: Attended 32 hours of lectures titled “ *The Painting and Crafts Workshop on the Human Brain* ” with Constanze Hahn and Nina Patzke within the framework of the Erasmus Programme agreement between İstanbul University Department of Psychology and Ruhr- Universität Bochum.

7/2008-: Prof.Dr. İlhan Yargıç tarafından verilen *Alkol-Madde Bağımlısı Hastalara Yönelik Psikoterapi Eğitimi ve Süpervizyonu*

11/2008-: Prof.Dr. Mehmet Zihni Sungur tarafından verilen *Bilişsel-Davranışçı Terapi Eğitimi ve Süpervizyonu*

7-9/2008: Prof.Dr. Arşaluys Kayır'ın yönetiminde psikiyatri asistanlarına yönelik yapılan *Psikodrama Eğitimi*

14/9/2009-: Prof. Dr. Doğan Şahin tarafından sürdürülen *Psikanalitik Psikoterapi Eğitimleri*

28/9/2009-: Prof. Dr. Doğan Şahin tarafından yürütülen *Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu*

Psikolojik Ölçekler

Yüksek Lisans Klinik Değerlendirme Dersi dahilinde; MMPI, TAT, CAT, CAT-H Gelişimin Değerlendirilmesi Dersi kapsamında; AGTE, BENDER- GESTALT, RAVEN PROGRESSİVE MATRİCES, PEABODY ölçeklerinin uygulama, yorumlama ve raporlarının yazılması için eğitim alınmıştır.

Çalışma Deneyimi

06/2008-: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Programı, Psikolog (gönüllü)

16/11/2009-: İstanbul Üniversitesi Sağlık, Kültür ve Spor Daire Başkanlığı, Mediko-Sosyal Merkezi, Psikolog