



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ TANISI ALMIŞ HEMODİYALİZ  
HASTALARINDA DEPRESYON DÜZEYLERİ, ALGILANAN DUYGU  
DIŞAVURUM DÜZEYLERİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK  
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Betül KESKİN**

**Danışman  
Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ**

**İstanbul - 2015**

**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ TANISI ALMIŞ HEMODİYALİZ  
HASTALARINDA DEPRESYON DÜZEYLERİ, ALGILANAN DUYGU  
DIŞAVURUM DÜZEYLERİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK  
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Betül KESKİN**

**Danışman  
Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ**

**İstanbul - 2015**

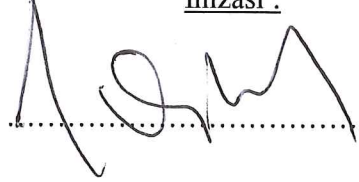
T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi **Betül Keskin** tarafından hazırlanan '**Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Düzeyleri, Algılanan Duygu Dışavurum Düzeyleri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**' adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 27.01.2015

( Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu ) :

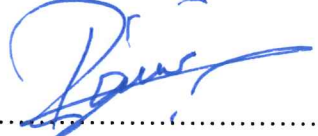
Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevdâ Bıkmaz  
Danışman- Haliç Üniv. Psikoloji ABD Öğr.Üyesi

İmzası :  


Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Aslı Burçak Taşören  
Haliç Üniv. İngilizce Mütercim Tercümanlık Öğr. Üyesi



Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Zehra Banu Saymer  
Haliç Üniv. Psikoloji ABD Öğr. Üyesi



Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Seda Bayraktar  
Akdeniz Üniv. Psikoloji ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

.....

Jüri Üyesi: Doç. Dr. Meral Çulha  
Haliç Üniv. Psikoloji ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

.....

## ÖNSÖZ

*Araştırmamın hazırlanmasında ve yürütülmesinde benden yardımlarını, sabrını, desteğini ve bilgilerini esirgemeyen, yoğun programı içinde tez danışmanlığı kabul eden, çalışma sürecindeki rehberlik ve desteklerinden dolayı, Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Bölüm Başkanı ve Öğretim Üyesi, değerli hocam ve tez danışmanım Psikiyatrist, Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda Bıkmaz'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.*

*Veri toplama aşamasında hastalara ulaşmamda önderliğini ve yardımlarını esirgemeyen Şifa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Organ Nakli ve Nefroloji Ünitesi doktoru sayın Prof. Dr. Mustafa Cirit'e, sayın Dr. Semra Yaşar Asker'e, bana hastalar hakkında bilgi veren Şifa Hastanesi Diyaliz Merkezi'nde görev yapan başhemşire Arzu Doğan'a ve sağlık personeline, diğer diyaliz merkezlerinde görevli doktorlara ve tüm sağlık ekiplerine, sorularımı içtenlikle yanıtlayan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm hastalara teşekkürü bir borç bilirim.*

*Verilerimin istatistiksel analizi ve değerlendirme sürecinde bana rehberlik eden, çalışmama anlam katan sayın Adli Psikolog Dr. Gül Alpar'a, yüksek lisans hayatım boyunca benden bilgilerini ve sabrını esirgemeyen kıymetli sınıf arkadaşım, İstanbul Teknik Üniversitesi Öğretim Üyesi A. Zeynep Ziya'ya, araştırma için yapılan çevirilerde bana yardımcı olan çok değerli kuzenim, Boğaziçi Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Bölümü öğrencisi Mustafa Sevindik'e teşekkürlerimi sunarım.*

*Son olarak, beni bu günlere getiren, yaşamım boyunca beni sevgi ile destekleyen, bana inanan ve güvenen anneme ve babama, veri toplama sürecinde yanımda bana destek olan biricik kardeşim Beyza'ya, yüreğten teşekkür ederim.*

*Çalışmayı organ nakilli Anneme ithaf ediyorum...*

**İstanbul, 2015**

**Betül KESKİN**

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa No.</b>
TABLO LİSTESİ .....	V
KISALTMALAR .....	VII
ÖZET .....	VIII
ABSTRACT .....	X
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Araştırmanın Amacı .....	1
1.2.Araştırmanın Önemi .....	1
1.3.Araştırmanın Değişkenleri.....	4
1.4.Araştırmanın Hipotezleri .....	4
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.Kronik Böbrek Yetmezliği .....	6
2.1.1.Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri.....	7
2.1.2.Nedenleri ve Belirtileri .....	8
2.1.3.Prognozu (Gidişat).....	9
2.1.4.Sıklık ve Yaygınlığı .....	9
2.2.Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi.....	10
2.2.1.Diyaliz Tedavisi.....	12
2.2.1.1.Hemodiyaliz.....	14
2.2.1.2.Periton Diyaliz .....	15

2.2.2.Böbrek Nakli.....	15
2.3.Diyaliz Hastalarında Klinik Psikolojik Durum ve Sosyal Durum Değerlendirmesi .....	17
2.3.1.Depresyon.....	18
2.3.1.1.Depresyon Tedavisi .....	20
2.3.1.2.Kronik Hastalık ve Depresyon.....	21
2.3.1.3.Diyaliz Hastalarında Depresyon Düzeyini Konu Alan Araştırmalar .....	23
2.3.2.Duygu Dışavurum.....	26
2.3.2.1.Algılanan Duygu Dışavurum .....	27
2.3.2.2.Kronik Hastalık ve Algılanan Duygu Dışavurum.....	28
2.3.2.3.Duygu Dışavurum ve Algılanan Duygu Dışavurum ile Kronik Hastalıkları Konu Alan Klinik Araştırmalar .....	29
2.3.3.Sosyal Destek .....	32
2.3.3.1.Kronik Hastalık ve Sosyal Destek .....	33
2.3.3.2.Diyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Konu Alan Araştırmalar ..	34
3.YÖNTEM.....	38
3.1.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	38
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	38
3.3.Veri Toplama Araçları.....	39
3.3.1.Sosyo-Demografik Bilgi Formu .....	39
3.3.2.Beck Depresyon Ölçeği .....	39
3.3.3.Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği .....	40
3.3.4.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	40
3.4.Verilerin Toplanması .....	41

3.5.Verilerin İstatistiksel Analizi .....	41
3.6.Araştırmanın Etik İlkeleri .....	41
4.BULGULAR .....	43
4.1.Betimleyici Bulgular.....	43
4.1.1.Sosyodemografik Bulgular .....	43
4.1.2.Böbrek Yetmezliğine İlişkin Demografik Bulgular .....	44
4.2.Veriler Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi .....	48
4.2.1.Beck Depresyon Ölçeği .....	48
4.2.2.Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği .....	48
4.2.3.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği .....	49
4.3.Bağımsız Değişkenlere Göre Bulguların Değerlendirilmesi.....	50
4.3.1.Cinsiyete Göre Bulguların Değerlendirilmesi .....	50
4.3.2.Yaş Gruplarına Göre Bulguların Değerlendirilmesi .....	51
4.3.3.Eğitim Durumuna Göre Bulguların Değerlendirilmesi.....	54
4.3.4.Medeni Duruma Göre Bulguların Değerlendirilmesi .....	58
4.3.5.Aile Tipine Göre Bulguların Değerlendirilmesi .....	61
4.3.6.Sosyal Güvenceye Göre Bulguların Değerlendirilmesi .....	65
4.3.7.Böbrek Yetmezliği Dışında Başka Hastalığın Varlığına Göre Bulguların Değerlendirilmesi .....	69
4.3.8.Hastalık Süresine Göre Bulguların Değerlendirilmesi.....	71
4.3.9.Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresine Göre Bulguların Değerlendirilmesi.....	73
4.3.10.Organ Nakli Öyküsüne Göre Bulguların Değerlendirilmesi.....	75
4.4.Korelasyonlar .....	79

5.TARTIŞMA.....	82
5.1.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması .....	85
5.2.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Cinsiyet Dağılımına Göre, Beck Depresyon ile Algılanan Duygu Dışavurum Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	85
5.3.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaş Gruplarına Göre Beck Depresyon, Algılanan Duygu Dışavurum, Algılanan Sosyal Destek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	86
5.4.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Beck Depresyon, Algılanan Duygu Dışavurum, Algılanan Sosyal Destek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	87
5.5.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Organ Nakli Öyküsüne Göre Beck Depresyon Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	89
5.6.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Beck Depresyon Düzeyi, Algılanan Duygu Dışavurum Düzeyi, Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Dair Bulguların Tartışılması .....	89
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	92
REFERANSLAR.....	96
EKLER .....	107
ÖZGEÇMİŞ.....	122



## TABLO LİSTESİ

	<b>Sayfa No.</b>
Tablo 4.1.2.1. Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Demografik Özellikleri .....	46
Tablo 4.2.1.1. Beck Depresyon Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar ve Standart Sapmalar.....	48
Tablo 4.2.2.1. Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar ve Standart Sapmalar .....	49
Tablo 4.2.3.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar ve Standart Sapmalar.....	49
Tablo 4.3.1.1. Cinsiyete Göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları .....	51
Tablo 4.3.2.1. Yaş Gruplarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	51
Tablo 4.3.2.2. Yaş Gruplarına Göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	52
Tablo 4.3.2.3. Yaş Gruplarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	54
Tablo 4.3.3.1. Eğitim Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları .....	55
Tablo 4.3.3.2. Eğitim Durumuna Göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	56
Tablo 4.3.3.3. Eğitim Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	58
Tablo 4.3.4.1. Medeni Duruma Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları .....	59
Tablo 4.3.4.2. Medeni Duruma Göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	59
Tablo 4.3.4.3. Medeni Duruma Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	61
Tablo 4.3.5.1. Aile Tipine Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları .....	62

Tablo 4.3.5.2. Aile Tipine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	64
Tablo 4.3.6.1. Sosyal Güvenceye Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	65
Tablo 4.3.6.2. Sosyal Güvenceye Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	68
Tablo 4.3.7.1. Böbrek Yetmezliği Dışında Başka Hastalığın Varlığına Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	69
Tablo 4.3.7.2. Böbrek Yetmezliği Dışında Başka Hastalığın Varlığına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	71
Tablo 4.3.8.1. Hastalık Süresine Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	72
Tablo 4.3.8.2. Hastalık Süresine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	73
Tablo 4.3.9.1. Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresine Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	73
Tablo 4.3.9.2. Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	75
Tablo 4.3.10.1. Organ Nakli Öyküsüne Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	76
Tablo 4.3.10.2. Organ Nakli Öyküsüne Göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	77
Tablo 4.3.10.3. Organ Nakli Öyküsüne Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları.....	79
Tablo 4.4.1. Beck Depresyon Ölçeği ve Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	80
Tablo 4.4.2. Beck Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	80
Tablo 4.4.3. Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	81

## KISALTMALAR

**KBY** :Kronik Böbrek Yetmezliği

**WHO** :World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü

**GFH** :Glomerüler Filtrasyon Hızı

**SDBH** :Son Dönem Böbrek Hastalığı

**SDBY** :Son Dönem Böbrek Yetmezliği

**HD** :Hemodiyaliz

**PD** :Periton Diyaliz

**SAPD** :Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz

**RRT** :Renal Replasman Tedavi

**NKF** : National Kidney Foundation / Ulusal Böbrek Vakfı

**TND** :Türk Nefroloji Derneği

**TBV** :Türk Böbrek Vakfı

**ABD** :Amerika Birleşik Devletleri

**BDÖ** :Beck Depresyon Ölçeği

**ÇBASDÖ** :Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

**PEES** :Perceived Expressed Emotion Scale / Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği

**ADDÖ** :Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği

**HAD** :Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

**PMP** :Per Million Population / Milyon Nüfus Başına

**MNB** :Milyon Nüfus Başına

**TÜİK** :Türkiye İstatistik Kurumu

**EKT** :Elektrokonvülsif Terapi

**USRDS** :U.S. Renal Data System / Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Veri Sistemi

**DSM-5** :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition / Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Kitabı

**ICD** :International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems / Uluslararası Hastalık Sınıflaması

## GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Betül KESKİN  
Anabilim Dalı : Psikoloji  
Programı : Uygulamalı Psikoloji  
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ  
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Ocak 2015

### **KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ TANISI ALMIŞ HEMODİYALİZ HASTALARINDA DEPRESYON DÜZEYLERİ, ALGILANAN DUYGU DIŞAVURUM DÜZEYLERİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

#### ÖZET

İlerleyici bir hastalığın sonucu olan kronik böbrek yetmezliği; tüm dünyada yaygın bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın tanısı; böbreklerin geri dönüşümsüz olarak işlevini kaybetmesiyle konur ve hastalar yaşamlarına renal replasman tedavileri ile devam etmek zorunda kalırlar. Tedavi süreci, hastalarda fiziksel ve psikolojik birçok soruna yol açmaktadır. Hastalar yaşamlarına gelen kısıtlamalar sonucu depresif belirtiler gösterirler. Literatür çalışmalarında diyaliz hastalarında en sık görülen ruhsal sorunun depresyon olduğu vurgulanmıştır. Tedavi sürecinde ve hastaların tedaviye uyumunda ailelerin hastalara karşı sergiledikleri duyguları ve davranışları, çevrenin ve ailenin sosyal desteği önemli bir etkidir. Bu araştırmanın amacı da kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda depresyon düzeyleri, algılanan duygu dışavurum düzeyleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

İzmir ilinde ikamet eden, 18 yaş üstü ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden 197 hemodiyaliz hastasına, Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucunda Beck depresyon ölçeğine göre hemodiyaliz hastalarının %34'ünde depresyon gözlenmiştir. Katılımcıların yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, aile tipi, hemodiyalize girme süresi, ikinci bir hastalık ve organ nakli öyküsü ile depresyon puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Depresyon düzeyi ile algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş faktörü arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki; depresyon düzeyi ile algılanan duygu dışavurum duygusal/aşırı iç içe geçme tutumu arasında yüksek düzeyde anlamlı negatif ilişki bulunmuştur. Algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş faktörü ile sosyal destek düzeyi arasında negatif

yönde anlamlı korelasyon, sosyal destek düzeyi ve algılanan duygu dışavurum duygusal/aşırı iç içe geçme faktörü arasında pozitif yönde anlamlı ilişki gözlenmiştir. Ayrıca, sosyal destek düzeyi ve depresyon düzeyi arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Hemodiyaliz, depresyon, algılanan duygu dışavurum, sosyal destek.

## **GENERAL KNOWLEDGE**

Name and Surname : Betül KESKİN  
Field : Psychology  
Program : Applied Psychology  
Supervisor : Assistant Professor Doctor Pervin Sevda BIKMAZ  
Degree Awarded and Date : Master – January 2015

### **EXAMINATION OF THE RELATIONS AMONG DEPRESSION LEVELS, PERCEIVED EXPRESSED EMOTION LEVELS AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVELS IN HEMODIALYSIS PATIENTS DIAGNOSED WITH CHRONIC RENAL FAILURE**

#### **ABSTRACT**

Chronic renal failure which is the result of a progressive disease is identified as a widespread public health problem all around the world. The diagnosis of the disease is irreversible function loss of renals and patients have to maintain their lives by taking renal replacement therapy regularly. Treatment process of the disease bring along a lot of physical and psychological problems. Patients show depressive indications due to the restrictions coming to their lives. In literature studies, depression is emphasized as the most frequent mental problem in dialysis patients. Emotions, behaviours and social supports of families toward their patients are crucial factors in therapy process and the compliance of patients to the therapy. The main purpose of this research is to analyze the relation between depression, perceived expressed emotion and perceived social support levels of hemodialysis patients who are chronic renal failure diagnosed.

197 hemodialysis patients aged 18 and older participated to the research and were given Sociodemographic Information Form, Beck Depression Inventory, Perceived Expressed Emotion Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support. The participants resided in Izmir and were willing to be a part of the investigation. In consequence of conducted analyses, depression is observed in 34% of hemodialysis patients according to Beck Depression Scale. It is founded that there is a significant relation between depression points of patients and their ages, educational status, social assurance situations, a merital status, family types, taking hemodialysis periods, having another disease and renal transplantation stories. In the light of the research analyses, there is a high level of positively significant relation between depression level and perceived expressed emotion

criticism/hostility factor and high level of negative significant relation between depression level and perceived expressed emotion emotional over involvement factor. Another outcome of the research is that there is a high level of negative correlation between social support level and perceived expressed emotion criticism/hostility factor, a high level of positively significant relation between social support level and perceived expressed emotion emotional over involvement factor. Lastly, it is founded that there is a high level of negative significant correlation between social support level and depression level.

**Key Words:** Hemodialysis, depression, perceived expressed emotion, social support.

# 1.GİRİŞ

## 1.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeyleri, algılanan duygu dışavurum düzeyleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

## 1.2.Araştırmanın Önemi

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Baltaş, 2000). Kronik hastalık ise, hastanın ömrü boyunca süren, beraberinde birçok soruna neden olan ve tedavi yöntemleriyle tam olarak iyileştirilemeyen hastalıktır. Kronik hastalıklar hayat boyu devam ettiği için bireylerin yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte; hastalığın türü ne olursa olsun hastalığın semptomları bireylerde günlük aktivitelerin kısıtlanmasına, fiziksel ve psikolojik iyi olma halinin bozulmasına neden olmaktadır (Oktay, 2011).

Kronik hastalıklardan biri olan Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), böbreklerde çeşitli nedenlerden dolayı kalıcı ve ilerleyici bir fonksiyon kaybının oluşmasıyla ortaya çıkan durumdur. Böbreklerin işlevini kaybetmesiyle birlikte, geri dönüşümsüz bir kayıp söz konusudur. Bireyler yaşamlarına devam edebilmek için renal replasman tedavileri (RRT) almak durumunda kalırlar. Renal replasman tedavisi; diyaliz tedavisi ve organ naklini kapsamaktadır (Akpolat ve Utaş, 2001).

Kronik böbrek yetmezliği hem dünyada hem de ülkemizde oldukça sık karşılaştığımız bir sağlık sorunudur. Ülkemizde 48.900 hasta hemodiyaliz programı ile tedavi edilmektedir (Süleymanlar ve ark., 2013). KBY hastanın sağlığının bozulmasına ek olarak, tıbbi kurumlara belirli düzeyde bağlılık gerektiren bir hastalıktır. Tedavi yöntemlerinden biri olan diyaliz tedavisi, böbrek hastalarının



yaşam süresini uzatır ve yaşamlarına devam etmelerini sağlar. Ancak diyaliz tedavisine alınan hastanın hayatında önemli değişiklikler meydana gelir. Hasta haftanın belirli gün ve saatlerinde diyaliz makinasına, sağlık kurumuna ve sağlık personeline bağlı hale gelir. Hastanın yaşamını sürdürebilmesi için bu tedaviyi alma zorunluluğu vardır. Bu bağlılık durumu hastanın yaşam kalitesinde düşüşe, iş, aile ve sosyal yaşamında kısıtlamalara; hastalığın semptomlarına bağlı olarak yaşanan güçsüzlük ve halsizlik durumu ise fiziksel aktivitenin azalmasına ve çalışma kapasitesinin bozulmasına neden olur. Tüm bu süreçler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte, hastalık sürecini ve tedaviyi olumsuz etkilemektedir (Şahin, 2007). Hastaların olağan yaşam rutinlerini bozan hemodiyaliz tedavisi; hastaların yaşamlarını kurtarmakla birlikte hastalarda çeşitli ruhsal sorunlara yol açmaktadır. Diyaliz tedavisine devam etme zorunluluğu, hastalığın sürekli hatırlatılması, tedaviye ara verilememesi, sıvı ve diyet kısıtlamaları, ilaç kullanımı, işlevsellik kaybı, cinsel işlev bozukluğu, uyku sorunları, halsizlik ve güçsüzlük gibi durumlar hastalarda psikososyal zorlanmalara neden olmaktadır (Tan ve ark., 2005).

Yaşamı tehdit eden organik, mental ve psikososyal sorunlara ve çeşitli komplikasyonlara yol açan önemli bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliğinde en sık karşılaşılan ruhsal sorun depresyondur. Depresyon kronik hastalıklara karşı bedenin gösterdiği en temel psikolojik tepkidir. Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabını, hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkiler (Yazıcı, 2003). Ortaya çıkan psikolojik sorunlar ihmal edilir ve tedavi edilmezse istenmeyen suicidal girişimleri yaşanabilir.

Böbrek hastalığının somatik semptomlarının depresif semptomlar ile örtüşmesi sebebiyle, diyaliz hastalarındaki depresyonu ölçmedeki güçlüklerle rağmen diyaliz hastalarında tutarlı bir şekilde yüksek oranlarda depresyon bulunmaktadır. Literatürde, fiziksel hastalığa göre değişmekle birlikte kronik hastalıklarda %20-80 oranında depresyon görülmektedir (Mete, 2008). Diyaliz hastalarında depresyon düzeylerini incelemek amacıyla yapılan 148 diyaliz hastasıyla yürütülen çalışma sonucunda, Beck depresyon ölçeği puanlarına göre hastalarda %68 oranında depresyon gözlenmiştir (Junior ve ark., 2014).

Kronik hastalıklarda ruhsal sorunların yanı sıra bir diğer önemli etken hasta ve hasta yakınlarının duygularıdır. Duygular, kişinin içinde bulunduğu ve yaşadığı anı en iyi

şekilde ifade etmesine yardımcı olurlar. Psikolojik iyi olma halinde ve tedavinin seyrinde duyguların dışavurumu ya da kişinin algıladığı duygu dışavurum önemlidir.

Literatüre göre; algılanan duygu dışavurum düzeyinin hastalık relapslarını, tedavinin gidişatını, depresyon düzeylerini, fiziksel ve ruhsal hastalıkların sonuçlarını yordadığı kanıtlanmıştır (Uysal ve Saticı, 2014).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş faktörü ile depresyon düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Algılanan duygu dışavurum puanı yükseldikçe, depresyon puanları da artış göstermiştir.

Bireyin yaşam dengesini sarsan ve yeni bir uyum gerektiren KBY; kişinin gelecek planlarına, günlük yaşam akışına ne derece engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara neden olur. Bu sorunlar, hastalığa uyum çabaları ve klinik düzeyde ruhsal bozukluk olarak karşımıza çıkabilir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Aynı zamanda KBY ve diyaliz tedavisi, kişinin sosyal yaşamını da etkiler. Sosyal aktivitelere katılmama, gün geçtikçe bu bireyleri sosyal yaşamdan uzaklaştırabilir. Yaşanan bu süreçte bireyin hayatındaki toplumsal ilişkiler ve sosyal destek çok önemlidir. Sosyal destek, bireylerin ihtiyaç duyduğu anlarda çevresinden gördüğü maddi ve manevi her türlü desteği içerir (Annak, 2005). Aile, arkadaşlar ve özel bir insan kavramlarını içeren sosyal desteğin; hastaların tedaviye uyumu ve hastalıkla baş etmelerinde önemli bir etkiye sahip olduğu yapılan çalışmalar ile gözlenmiştir. Ayrıca literatürde, sosyal destek düzeyleri ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu kanıtlanmıştır.

Diyaliz hastalarında sosyal desteğin etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, sosyal destek düzeyi ile depresif düzey ve hastalık yükü arasında negatif korelasyon gözlenmiş; sosyal destek düzeyi arttıkça, depresif duygu durumunun ve hastalık yükünün azaldığı vurgulanmıştır (Patel ve ark., 2005).

Sonuç olarak, kronik böbrek yetmezliği hastalarının tedavi sırasında yaşadıkları zorluklar ve günlük aktivite kısıtlanmaları ile hastalığın sebep olduğu fiziksel ve psikolojik etkiler göz önüne alındığında; hastalardaki depresyon oranlarının yüksekliği şaşırtan bir durum değildir. Literatür çalışmalarında gözlenen sosyal destek düzeyi ile algılanan duygu dışavurum düzeyinin depresyon oranları üzerindeki etkisi de yadsınamaz. Ancak algılanan duygu dışavurum düzeyinin diyaliz hastaları

üzerindeki yordayıcı gücü konusunda sonuçlara varılmasını sağlayacak çok fazla araştırma sonucu yoktur.

Bu araştırma sonucunun hemodiyaliz hastalarının psikolojik iyi olma halinde, duygu dışavurum düzeyinin ne derece etkisi olabileceğinin anlaşılması açısından önem taşıyacağı düşünülmektedir. Ayrıca duygu dışavurum düzeyinin depresyonu ve sosyal desteği nasıl yordayacağı ve aralarında nasıl bir ilişki olacağı konusunda da bilgi sağlayıcı olacağı öngörülmektedir. Sonuç olarak, hastalara sağlanan psikolojik destek programlarında hastalar ile yapılan ilk görüşmelerde, aile içindeki tutumu ölçmek ve anlamak amacıyla algılanan duygu dışavurum ölçeği kullanılabilir. Algılanan duygu dışavurumuna ilişkin çalışmaların sonucuna dayalı olarak oluşturulan tedavi yaklaşımlarının hastalara ve ailelerine faydalı olacağı düşünülmektedir.

### **1.3.Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Beck depresyon ölçeği, algılanan duygu dışavurum ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinden alınan puanlardır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise sosyodemografik özelliklerden ve hastalığa ilişkin bilgilerden (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, sosyal güvence, ikinci bir hastalık, hastalık ve tedavi süresi, organ nakli öyküsü) alınan puanlardır.

### **1.4.Araştırmanın Hipotezleri**

- KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, kadınların Beck depresyon ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, erkeklerin aldıkları puanlara göre yüksektir.
- KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, yaşlı hastaların Beck depresyon ölçeği ortalama puanları, genç hastaların aldıkları puanlara göre yüksektir.
- KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, eğitim düzeyi düşük olan hastaların Beck depresyon ölçeği ortalama puanları, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların puanlarına göre yüksektir; yine eğitim düzeyi düşük hastaların algılanan sosyal destek ölçeği puanları düşüktür.

- KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, algılanan sosyal destek ölçeğinden düşük puan alan hastaların, Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar yüksektir.
- KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, algılanan duygu dışavurum ölçeği eleştirel/düşmanca oluş faktöründen yüksek puan alan hastaların, Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar yüksek; algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar düşüktür.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Kronik Böbrek Yetmezliği

Böbrekler; retroperitoneal bölgede (karın iç zarı dışında) bulunan her biri yaklaşık 120-150 gram ağırlığında olan boşaltım sistemi organlarıdır (Sungur ve Akpolat, 2007). Vücutta biriken zararlı atık maddeleri süzerek idrar yolu ile dışarı atar ve vücuttaki sıvı dengesini düzenler. Böbreğin en küçük yapısal birimine nefron adı verilir. Nefronlar idrarın yapıldığı morfolojik üniteyi oluşturur ve süzme, salgılama, geri emilme işlevi görür. Her bir insan böbreğinde yaklaşık 1-3 milyon nefron bulunmaktadır (Erek ve Süleymanlar, 2005).

Vücutta artan üre ve kreatinin gibi toksik maddeler kan yoluyla böbreklere gelir ve nefronlar kanı süzerek, toksik maddelerden ayrıştırarak temizler. Ayrıştırılan bu toksik maddeler idrara verilir ve idrar yolu ile vücuttan dışarı atılır. Böbrek yetmezliğinde böbreğin bu temel fonksiyonlarında bozulmalar olur. Böbrek hastalığı akut veya kronik olabilir. Böbrek yetmezliğinin derecesinin belirlenmesinde kullanılan en objektif parametre, süzme değerinin (glomerüler filtrasyon hızı) (GFH) ölçülmesidir (Sungur ve Akpolat, 2007).

Glomerüler filtrasyon hızı (GFH), kanda biriken zararlı maddelerin nefronlar tarafından süzülme hızı anlamına gelir ve böbrek fonksiyonlarının ölçümü için en doğru ölçme yöntemi olarak kabul edilir (Stevens ve ark., 2006). Bu ölçümün doğru hesaplanması hastalığın teşhisi konusunda büyük önem taşır. Çünkü böbrek yetmezliği hastalığı GFH'nin ölçülmesiyle teşhis edilir. GFH'nin hesaplanmasında genel olarak kullanılan denklem MDRD'dır (Modification of Diet in Renal Disease). Bu denklem; hastanın yaşı, etnik kökeni, cinsiyeti ve kreatinin düzeyi ile hesaplanmaktadır (Demir ve ark., 2010).

Glomerüler filtrasyon değerinin en sık kullanılan birimi ml/dakikadır ve normal değeri 70-145 ml/dakikadır. GFH'nin değeri olağan durumun altına düştüğü zaman (15 ml/dk) kronik böbrek hastalığı tablosu ortaya çıkar ve hastalar yaşamını diyaliz tedavisi ile sürdürmek durumunda kalır (Akpolat ve Utaş, 2001).

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) böbrekte çalışan nefron sayısının azalmasıyla birlikte nefronların %50'sinin geri dönüşümsüz olarak işlev dışı kalması durumudur. Nefronlar fonksiyonunu yitirdiği zaman, idrarla atılamayan zararlı toksik maddelerin kandaki miktarları olağan değerlerin üzerine çıkar. Bu süreç sonunda kronik böbrek hastalığı oluşur ve hastalar yaşamlarını kronik diyaliz tedavisi ya da transplantasyon (organ nakli) ile sürdüreceğe duruma gelirler (Hill, 2001).

Kronik böbrek yetmezliği; yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, her yaş grubunu etkileyen bir hastalıktır (şentürk ve ark., 2000). Literatür çalışmalarındaki yaş ortalamaları incelendiğinde; Nadir ve ark., (2002) tarafından yapılan çalışmada hastaların yaş ortalamalarının 51 olduğu belirtilmiştir. Demirbilek ve arkadaşları (2010) & elik (2010) ise yaş ortalamasını 56 olarak bulduklarını bildirmişlerdir.

Hastalığın tedavi süresinin uzun ve sürekli olması, tedavi sürecinde yaşanan zorluklar, prognozun kötü olması, yaşanan ölüm korkusu ve hastaların yaşadıkları fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklar gibi etkenlerden dolayı böbrek hastalığı, karmaşık ve bireyi çok yönlü etkileyen bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Özer ve ark., 2009).

### **2.1.1.Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri**

Ulusal Böbrek Vakfı (NKF), hastalığın tanısını koymada önemli bir kriter olan GFH değerindeki azalma ile birlikte böbreklerin işlevlerinde en az 3 aydır süren bir anormallik halinin olması gerektiğini belirtmekte ve kronik böbrek hastalığını beş evreye ayırmaktadır.

Hastalığın birinci evresinde; GFH değerinin normal olduğu ancak bununla birlikte bazı kan değerlerinde anormalliklerin varlığının ya da böbrek görüntülediğine birtakım değişikliklerin hüküm sürdüğu bir durum dikkati çekmektedir. İkinci evrede; GFH'nin olağan değerinde hafif azalma (60-89 ml/dk) ve böbrek hasarı göze çarpmaktadır. Üçüncü evrede; GFH'de orta düzeyde azalma dikkati eker (30-59 ml/dk). Kritik bir evredir, komplikasyonların saptanması ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Dördüncü evrede; GFH ciddi şekilde azalmaktadır (15-29 ml/dk). Bu evrede, renal transplantasyona (böbrek nakli) hazırlık yapılması gerekir. Beşinci evre ise son dönem böbrek yetmezliği aşamasıdır ve bu dönemde GFH'nin değeri 15

ml/dk altına iner. Diyaliz tedavisinin ya da böbrek naklinin söz konusu olduğu evredir (Akoğlu ve Süleymanlar, 2005).

Kronik böbrek hastalığının erken evleri olarak adlandırılan 1. ve 2. evre, böbrek hasarı oluşturmaktadır. Ancak genelde belirtisiz bir evredir. Böbrek fonksiyonları normal, olağandır. Fakat hastalığın ilerlemesi ve bir hastalık oluşturma riski yüksektir. 3. ve 4. evre böbrek fonksiyonlarının kötüye gittiği kritik bir evre olarak tanımlanmaktadır. Böbrek hastalığı ilerler ve değerler olması gereken tablonun çok altındadır. 5. evre ise son dönem olarak adlandırılır ve son dönem böbrek hastalığı (SDBH) ortaya çıkar. Bu evrede; böbreklerin işlevini yerine getiren bir tedavi olan diyaliz tedavisi ya da böbrek nakli gerekli hale gelir (Süleymanlar ve Erek, 2005).

### **2.1.2.Nedenleri ve Belirtileri**

Böbreğin işlevsel yapılarını etkileyen birçok hastalık kronik böbrek hastalığının gelişmesine yol açabilir. İdrar yollarının tıkanması, damar sistemine ait bozukluklar, böbreğin damar hastalıkları, glomerülonefrit, lupus, polikistik böbrek hastalığı, böbrek enfeksiyonları, diyabet, hipertansiyon ve böbreklerin doğumsal hastalıkları kronik böbrek yetmezliğinin başlıca nedenleridir (Weiner, 2007). Etiyolojik değerlendirme amacı ile Nadir ve ark. 2002 yılında yaptıkları çalışmada diyaliz hastalarının %36'sında diyabet, %27'sinde hipertansiyon bulunmuştur. Çelik tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş; hastalığın nedeni olarak belirtilen ilk iki sebebin, diyabet ve hipertansiyon olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar literatür ile örtüşmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Türk Nefroloji Derneği (TND) verilerine bakıldığında, son dönem böbrek hastalığına sebep olan ilk iki neden diyabet ve hipertansiyondur (Süleymanlar ve ark., 2013 & USDRS, 2014).

Böbrekler genellikle en sinsi organ olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlamanın en önemli sebebi hastalığın çok sinsi ilerlemesi ve belirtilerinin fark edilememesidir. Böbreklerin işlevsel esnekliğinden dolayı böbrek dokusunun üçte ikisi iş göremez duruma bile gelse normal olarak idrar çıkartılır. Bu durumda, böbrek hastalığının belirti vermediği ve hastanın kendisini çok iyi hissettiği bir başlangıç evresi vardır. Hastalığın başlangıç döneminde idrar miktarının artması ilk belirtiler arasındadır. İdrar miktarının artması polüri olarak adlandırılır ve başlangıç döneminde polüriye ek olarak aşırı su tüketme de mevcuttur. Büyük işlev kaybının görüldüğü böbrek

yetmezliği evresinde ise idrar miktarı azalır. İdrar miktarının azalması vücutta fosfat birikimine yol açar. İncelemeler ve tahliller yapılarak gözlemlenen kandaki üre miktarı artışı ve yüksek tansiyon da ilk belirtiler arasındadır. Yüksek tansiyonun nedeni ise vücutta su ve sodyum tutulması olarak bildirilmiştir (Hill, 2001 & Süleymanlar ve Erek, 2005).

Genel belirtiler arasında; kansızlık, kendini kötü hissetme, bitkinlik ve solgunluk vardır. Bazı olgularda mide bulantısı, iştahsızlık, kusma, inatçı hıçkırık, bunaltı, huzursuzluk, aşırı duyarlılık, ruhsal çöküntü ve kuruntu eğilimleri, çarpıntı ve kaşıntı görülebilir (Hill, 2001).

### **2.1.3.Prognozu (Gidişat)**

Kronik böbrek yetmezliği ilerleyici bir hastalığın sonucudur ve yıkıma uğrayan böbrek dokusunu hiçbir tıbbi tedavi geri getiremez. Hastalığın ilerlemiş aşamalarında böbrek işlevlerinin sürekliliği, yapay böbrek olarak bilinen diyaliz makinası kullanılarak ya da böbrek nakli yapılarak sağlanır. Bu iki önemli tedavi yöntemi hastaları ölümden kurtarır ve olağan yaşamlarına devam etmelerini sağlar. Buna rağmen, hastalığın prognozu genel olarak kötü olmakla birlikte, diyaliz hastalarında yıllık ölüm oranı %20 civarındadır. Kronik böbrek hastalığında en temel ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Bu rahatsızlıklar birçok hastada kronik böbrek hastalığının erken evrelerinde ortaya çıkmaktadır. Bir diğer ölüm nedeni ise enfeksiyonlardır (Kadiroğlu ve Yılmaz, 2008 & Levy ve ark., 2002).

Literatürdeki epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde; GFH'nin azalması ile birlikte dördüncü evredeki hastaların üçte birinin 3 yıl içerisinde son dönem böbrek yetmezliği (beşinci evre) tanısı aldığı görülmektedir. Ayrıca, üçüncü evrede olan hastalarda da böbrek yetmezliği gelişme riski yüksektir. Fakat bu hastalarda beşinci evreye geçiş süresi ortalama olarak daha uzundur (Mitch, 2007).

### **2.1.4.Sıklık ve Yaygınlığı**

Ülkemizde sıkça karşılaşılan bir sağlık problemi olan kronik böbrek yetmezliği (KBY), dünya genelinde de yaygın bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri yıllık böbrek veri raporlarına (USRDS) göre; ülkelerdeki yıllık kronik böbrek hastalığı prevalans oranı incelendiğinde ilk üç sırada Tayvan



(PMP:2600), Japonya (PMP:2400), Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (PMP:1900) yer almaktadır (USRDS, United States Renal Data System, Annual Data Report, 2014).

Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) 2012 yılı verilerine göre; Türkiye'de son dönem kronik böbrek hastalığının nokta yaygınlığı milyon nüfus başına (MNB) 816 olup, 48.900 hasta kronik hemodiyaliz programı ile tedavi edilmektedir. Bu rakama çocuk hastalarda dahildir. Düzenli hemodiyaliz tedavisi gören bu hastaların %55'i erkek, %45'i kadın hastadır (Süleymanlar ve ark., 2013). Türk Böbrek Vakfı (TBV) verilerine göre; küresel olarak 500 milyon kişide, diğer bir deyişle her on kişiden birinde, herhangi bir düzeyde kronik böbrek hastalığı görülmektedir. Son dönem böbrek hastalıkları hızla artmakta, tüm dünyada 1.5 milyon kişi hemodiyaliz, periton diyalizi veya böbrek nakli ile hayatta kalabilmektedir. Gelecek yıllar içinde bu sayının iki katına çıkacağı öngörülmektedir.

Böbrek yerine geçen tedavileri alan kişilerin %80'i bu tip tedavilerin karşılanmasında zorluk yaşanmayan gelişmiş ülkelerde hayatlarını sürdürmektedirler. Hindistan ve Pakistan gibi ülkelerde, böbrek yerine geçen herhangi bir tedaviyi alabilen hasta oranı ise %10'u geçmemektedir. Birçok Afrika ülkesine bakıldığında da bu tür tedaviler ya çok azdır ya da hiç yoktur. Bu da birçok insanın ölmesi anlamına gelmektedir (TBV).

## **2.2.Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi**

Kronik böbrek yetmezliğinin temel tedavi ilkesi, nefronların işlevsel bütünlüğünü ve sürekliliğini olabildiğince sağlamaktır. Tedavide önemli olan hastaların olağan yaşamlarına dönebileceklerine kendilerini inandırmaları ve böbrek yetmezliğinin yaratacağı sorunları tıbbın geniş olanakları ile aşabileceklerini bilmeleridir. Ancak tedavinin süreklilik ve bağlılık gerektirmesi nedeniyle hastaların yaşam kalitelerinde değişiklikler görülmesi beklenen bir durumdur (Acaray ve Pınar, 2004).

Hastalığın değerlendirilmesi, ayırıcı tanının konması, eşlik eden durumların tespiti ve yönetilmesi tedavinin önemli aşamalarıdır. Daha sonra ise böbreklerdeki fonksiyon kaybını yavaşlatma, kardiyovasküler hastalık oluşumunu önleme, oluşmuş olan rahatsızlıkları tedavi etmek amacıyla çeşitli tetkikleri yapma ve böbrek yerine koyma tedavisi için gerekli hazırlıkları planlama aşamaları uygulanması gerekir. Eğer

hastalık son dönem böbrek yetmezliği evresine ulaşmışsa, perhiz ve tıbbi tedavi ile önlenememişse böbrek yerine koyma (diyaliz) tedavisi ve böbrek nakli ile böbrek fonksiyonlarının geri getirilmesi amaçlanır (Levy ve ark., 2002).

Hastalığın birinci ve ikinci evresinde; yavaş ilerleyen böbrek hastalığına müdahale edilmesi, ek tanılarının tedavisine başlanması ve kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için çeşitli ölçümler yapılması gerekmektedir. Hipertansiyon; kronik böbrek hastalığı için hem bir nedendir hem de hastalık sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Dolayısıyla tüm hastalarda tansiyonun kontrol altında tutulması gerekmektedir. Hastalığın üçüncü evresinde; GFH'nin olağan değerinin azalması ile birlikte ortaya çıkan komplikasyonların (anemi, kemik hastalıkları) tedavisine ve nöropati ile düşen yaşam kalitesinin değerlendirilmesine başlanması gerekir. Dördüncü ve beşinci evreye (SDBH) gelmeden önce böbrek yerine koyma tedavisi için hazırlığa başlamak ve hastayı buna hazırlamak uygun görülmektedir. GFH değeri 15 ml/dk altına düştüğünde, son dönem böbrek hastalığından bahsedilir (beşinci evre) ve hastalar böbrek yerine koyma tedavilerine ihtiyaç duyar hale gelirler. Böbrek yerine koyma tedavileri:

- 1) Diyaliz Tedavisi
  - Hemodiyaliz
  - Periton Diyaliz
- 2) Böbrek Nakli (Yalçın ve Akpolat, 2007).

KBY; kişinin günlük etkinliklerini, aile ve sosyal yaşamını, mesleki yeterliliğini ciddi ölçüde bozarak, hastaya ve aileye ağır bir bedel ödetmektedir. Tedavi yaklaşımlarındaki gelişmeye paralel olarak, diyaliz tedavisine ve transplantasyona duyulan ilgi giderek artmıştır. Başarılı transplantasyon, kronik böbrek yetmezliği tedavi seçenekleri arasında normal böbrek işlevine en yakın sonucu sağlayan yöntemdir. Ancak organ bağışındaki yetersizlik nedeniyle KBY hastalarının esas destek kaynağı diyalizdir (Yetişkin, 2008).

Günümüzde, diyaliz tedavisi ve böbrek nakli birbirini tamamlayan yöntemler haline gelmiştir. Bu iki yöntemin birlikte uygulanması, hastaların olağan yaşamlarına dönmelerine katkıda bulunmakta ve önemli başarılar sağlanmaktadır.

### 2.2.1.Diyaliz Tedavisi

Kronik böbrek yetmezliği, ilerleyici böbrek hasarı ya da tedavi edilmemiş akut böbrek yetmezliği sonucu ortaya çıkmaktadır. Renal replasman tedavisi (diyaliz tedavisi veya böbrek nakli) olmaksızın metabolik dengesizlik sonucu hızla ölüm gerçekleşir. Transplantasyon (organ nakli) en iyi tedavi yöntemidir. Fakat hastalar transplantasyon için beklerken genellikle ilk tedavi, kurtarıcı tedavi olan diyalizdir (Akoğlu ve Süleymanlar, 2005).

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 diyalizatın uzaklaştırılması ile hastada var olan sıvı-solüt dengesizliği normal değere yaklaştırılır (Akpolat ve Utaş, 2007). Diyalizat; içerisinde saf su, sodyum, potasyum, magnezyum, kalsiyum, klor, dekstroz ve bikarbonat veya asetat bulunan bir çözeltidir.

Diyaliz uygulamasının en temel gerçeği, kronik bir hastalığın olmasıdır. Hastaların belirli gün ve saatlerde bir kuruma ve diyaliz makinasına bağlı olma zorunluluğu, diyaliz tedavisinin zaman alıcı bir işlem olması, diyet ve sıvı kısıtlamaları, ciddi komplikasyonların yaşam süresini kısaltması gibi etkenler hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır. Birçok kuramcı, hastalıklara uyumda farklı evrelerin olduğuna yönelik çalışmalar yapmaktadır. Böbrek yetmezliği hastalarında ise Abram (1979), kronik böbrek hastalarının diyalize uyum sürecini dört aşamalı olarak değerlendirmiştir:

1.Dönem: Diyalize başlamadan önceki dönem 'üremik dönem' olarak da adlandırılmaktadır. Hastalar, çoğunlukla hastalıklarının fizyolojik ve ruhsal komplikasyonları içerisinde. Yorgunluk, halsizlik ve ruhsal çöküntü durumları hakimdir. Yaşamın tehdit altında olduğu endişesi yaygındır.

2.Dönem: Diyaliz tedavisine başladıktan sonra apatinin azaldığı, ölümden geri dönme duygu ve düşüncesinin geliştiği, sıklıkla öforinin eşlik ettiği bir dönemdir.

3.Dönem: 'Yaşama dönüş' dönemi olarak adlandırılmaktadır. 8-9 diyaliz seansından sonra başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı ancak tedavinin

sürekliliği ile ilgili psikososyal sorunların ortaya çıktığı bir dönemdir. Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri ve bağımlılık çatışmalarının yaşandığı bu dönem 3-12 ay sürebilir.

4.Dönem: 'Normale dönüş' olarak adlandırılır. Ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönemdir. Hasta diyaliz tedavisine alışmış ve tedavi uygulamalarının el verdiği ölçüde yaşamın içindeki ilgi alanlarına yeniden dönmüştür. Kabullenme sağlanmış, ileriye dönük plan ve beklentiler (organ nakli) gündeme gelmiştir (Kara, 2007).

Bu düşünceler ile birlikte yaşamda kısıtlanmalar da söz konusudur. Diyaliz tedavisinde hasta sürekli olarak bir kuruma bağlı olmak zorundadır (haftada 2-3 gün, günde 4-6 saat). Bu bağlılığın getirmiş olduğu zorlukların yanı sıra hastanın ilaç kullanması, sıvı ve diyet kısıtlamalarına uyması gerekir.

Normale dönüş döneminde hastaların hemodiyalizi tolere edebilmesinde en önemli etken; hastalığın, hemodiyaliz tedavisinin ve bu yaşam tarzının kabul edilebilmesidir. Bunu gerçekleştiren hastalar durumlarını hala inkar eden hastalara kıyasla daha uyumlu, aktif ve rahat bir yaşam geçirirler (Yetişkin, 2008).

Diyaliz; böbrek hastalarının yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi metodudur. Bununla birlikte çalışma kapasitesinin bozulması, fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar ve cinsel sorunlar gibi bazı psikososyal güçlükler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte; hastalık sürecini ve tedaviyi olumsuz etkilemektedir (Jungers ve Zingraff, 1995).

Diyaliz tedavisinin iki farklı yöntemi mevcuttur. Bu tedavi yöntemlerinin uygulanması, iki ince zar vasıtası ile yapılmaktadır:

- Membran isimli sentetik ince bir zar kullanılarak, hemodiyaliz
- Periton membranı vasıtası ile periton diyaliz (Akpolat ve Utaş, 2007).

Hemodiyaliz tedavisi bir kuruma ve sağlık ekibine bağlılığı gerektirir. Hasta kontrolü kendisinde hissedemez. Ancak periton diyalizde, hasta tedavisini evde kendisi gerçekleştirebilir. Bu durumda, hasta otonomi ve kendine bakabilme duygusunu daha fazla yaşamaktadır.

### **2.2.1.1.Hemodiyaliz**

Hemodiyaliz tedavisi ilk olarak 1913 yılında bir ya da iki böbreği alınmış (nefrektomize) köpekler üzerinde denenmiştir. İnsanlar üzerinde ise ilk hemodiyaliz tedavisi 1944 yılında Hollandalı bir hekim olan Kolff tarafından uygulanmıştır (San, 2005).

Hemodiyaliz (HD); kanın vücut dışında bir makine aracılığıyla temizlenip (suni böbrek) vücuda geri verilmesi işlemidir. Hastadan alınan kan ince bir zar (membran) aracılığı ve bir makine (diyazör) yardımı ile sıvı ve solüsyon (solüt) içeriği yeniden düzenlenerek temizlenir; ardından tekrar dolaşıma verilir (Akpolat ve Utaş, 2007). Hemodiyaliz tedavisinin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalıdır. Bu işlem ise kalıcı veya geçici olarak damar yolu (fistül, kateter) açılmasını gerektirir.

Hemodiyaliz tedavisi hastanın mevcut böbrek fonksiyonlarına ve diyetinde aldığı protein miktarına bağlı olmak üzere haftada 2-3 kez 4-6 saat süre ile hastanelerin diyaliz ünitelerinde ya da özel diyaliz merkezlerinde uygulanmaktadır. Tedavi aralarında sıvı alımı ve diyet dikkatli bir biçimde izlenmelidir.

Diyaliz tedavisi nedeniyle karşılaşılan hipotansiyon (düşük tansiyon); hemodiyalizin en sık görülen komplikasyonudur. Hipotansiyon oluşumundaki temel faktör, diyaliz işlemi sırasında sıvının hızlı ultrafiltrasyonudur. Bir diğer komplikasyon olan kas kramplarının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte hipotansiyon ve düşük sodyum içeren diyaliz solüsyonunun kullanılması ihtimaller dahilindedir (Jungers ve Zingraff, 1995).

Hemodiyaliz işlemi sırasında; baş ağrısı, bulantı, kusma, tansiyon iniş çıkışı, bayılma ve diyaliz solüsyonunda mevcut olan bazı maddeler yüzünden ateş ve titreme görülebilir. Bu durum enfeksiyona bağlı ateş ile karıştırılabilir. Ancak diyaliz tedavisi nedeniyle yaşanan ateş durumu hastalarda sadece diyaliz sırasında görülür, tedaviden sonra ise ateş düşmeye başlar (Şahan, 2010).

Hemodiyaliz tedavisi esnasında ve seanslar arasında hastaların yaşadığı komplikasyonlara rağmen diyaliz tedavisi son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış hastalar için gereklidir. Diyaliz yetersizliği ve hastaların tedaviye reddi ise bu hastalarda hastalık halinin ve ölüm oranının artmasına neden olmaktadır (Özcan ve ark., 2000).

### **2.2.1.2.Periton Diyaliz**

Periton diyaliz (PD); hemodiyaliz ve böbrek nakli ile birlikte böbrek yerine koyma tedavi seçenekleri arasında yer alan bir diyaliz türüdür. Hemodiyaliz tedavisinde hasta belirli günlerde vücudu dışında bulunan bir makineye bağlanırken, periton diyalizinde hastanın kendisi ya da bir yakını diyaliz işlemi uygulamaktadır. Periton diyalizi; karın boşluğuna verilen özel bir solüsyon aracılığı ile hastanın kendi periton membranı (karın iç zarı) kullanılarak kanın zararlı maddelerden arındırılması ve sıvı dengesinin sağlanması işlemidir (Akpolat ve Utaş, 2007).

Öncelikle, küçük bir cerrahi operasyon yardımı ile karın boşluğuna ince yumuşak plastik bir tüp (kateter) yerleştirilir. Hastanın sağlık durumuna ve yaşına bağlı olarak karın boşluğuna kateter yoluyla 1-2 litre civarında periton diyaliz solüsyonu verilir. Solüsyonun karın boşluğuna verilmesiyle diyaliz başlamış olur. Vücuda verilen bu solüsyon 4-6 saat süreyle karın boşluğunda kaldıktan sonra değiştirilmesi gerekir. Bu zaman süresince, karın boşluğundaki solüsyona geçen atık madde ve kirli suyun dışarıya çıkarılması gerekmektedir. Bu işlem yine kateter yoluyla gerçekleşir. Hemen sonra, karın boşluğu yeni diyaliz solüsyonu ile doldurulur. Bu işleme solüsyon torba değişimi işlemi denir. Periton diyalizi bazı kişilerce sağlıklı böbreğin yaptığı fonksiyona en yakın diyaliz yöntemi olarak gösterilmektedir. Çünkü diyaliz solüsyonu 24 saat boyunca devamlı olarak karın boşluğunda bulunur ve atık maddelerin kandan uzaklaştırılması doğal bir yüzey olan periton membranı aracılığıyla gerçekleşir. Torba değişimi hasta tarafından gün içerisinde 4-5 defa yapılabilir. Bu şekilde uygulanan periton diyalizine, sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) adı verilir (Arık, 2003). SAPD yapılırken en çok dikkat edilmesi gereken şey hijyen konusudur. Aksi takdirde enfeksiyona uygun ortam yaratılmış olur ki bu da istenmeyen komplikasyonlardan bir tanesidir.

### **2.2.2.Böbrek Nakli**

Transplantasyon, son dönem böbrek yetersizliğinin tedavisinde diyaliz yöntemlerinin önemli bir alternatifidir. Böbrek nakli; diyaliz tedavisi gereken son dönem böbrek hastalığı olan hastaların vücuduna bir başka kimseden alınan sağlıklı böbreğin cerrahi operasyon ile yerleştirilmesidir. Bu işlem canlı ya da kadavra donörden yapılabilir (Türkmen, 2007).

Böbrek nakli ile ilgili ilk uygulamalar 20. yüzyılın başlarında başlamıştır. Ancak ilk başarılı gerçekleşen nakil ameliyatı ise 1954 yılında Murray ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde ise nakil girişimi, 1968 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde Prof. Dr. Necdet Koçak ve ekibi tarafından başlatılmıştır. Daha sonraları, 1975 yılında Ankara'da Prof. Dr. Mehmet Haberal ve ekibi tarafından ilk düzenli nakil operasyonlarına geçilmiştir (San, 2005).

Günümüzde ise gerçekleştirilen nakil sayısı ve başarı oranı son on yıla göre on kat artmıştır. Milyon nüfus başına yapılan nakil sayıları baz alındığında; Türkiye, dünyanın sayılı ve başarılı ülkeleri arasında yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın Organ ve Doku Nakli istatistik verileri incelendiğinde; 2014 yılı ve daha önceki yıllarda toplam 21.756 hasta arasından 12.182 hastaya nakil işlemi gerçekleştirilmiştir. 9114 böbrek canlı donörden alınmış, 3068 böbrek ise kadavradan nakledilmiştir.

Gerek canlı gerekse kadavra donörden yapılan başarılı böbrek nakilleri, diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarının bazılarını değil tamamını yerine getirmektedir. Ayrıca hastada uzun süreli diyaliz uygulamasının ortaya çıkardığı fiziksel ve psikolojik sorunlar ortadan kalktığı için hastaların yaşam kalitesi yükselmektedir. Ancak transplantasyona bağlı uyum güçlükleri yaşanabilir (Özçürümez ve ark., 2003 & Özşeker, 2012).

Literatürde, Öztürk ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada diyaliz hastalarının %45'inin nakil beklediği sonucuna ulaşılmıştır. Nakil bekleyen hastaların tedaviye uyum ve cevabının daha iyi olduğu, tedaviye inandıkları ve daha umutlu oldukları vurgulanmıştır. Ögütmen ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada diyaliz hastaları ile organ nakli olan hastaların yaşam kaliteleri karşılaştırılmış; organ nakli olan hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir. Nakilden sonra hastalardaki depresyon puanlarının düştüğü, yaşam kalitelerinin yükseldiği bulunmuştur. Bir başka çalışmada da benzer bulgular elde edilmiş; organ naklinin yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir (Özşeker, 2012).

Böbrek nakli son dönem böbrek hastalarında yaşam süresini uzatan ve yaşam kalitesini arttıran bir tedavidir. Ancak hastaların, doktorlarının önerdiği diyet kısıtlamalarına uymaları ve düzenli olarak ilaç tedavilerine, rutin kontrollerine devam etmeleri gerekmektedir.

### **2.3.Diyaliz Hastalarında Klinik Psikolojik Durum ve Sosyal Durum Değerlendirmesi**

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) nedeniyle hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda, hem kronik bir hastalığın beraberinde getirdiği tıbbi ve psikososyal sorunların hem de hemodiyaliz uygulamasının kişilerin günlük hayatlarına getirdiği kısıtlamaların; çeşitli psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına sebep olabileceğinden dolayı, genel kanı ruhsal bozuklukların yaygın olduğu yönündedir (Güler ve ark, 2007).

KBY tanısı almış diyaliz tedavisi gören hastalarda en sık karşılaşılan ruhsal problem depresyondur. Tedaviye bağlı yorgunluk, fiziksel aktivite kısıtlılığı, işlevselliğin azalması ve tedavinin süreklilik ve bağlılık gerektirmesi; hastaların yaşam kalitelerinde düşüşe ve depresyon eğilimine yol açmaktadır. Böbrek hastalığının somatik semptomlarının depresif semptomlar ile örtüşmesi sebebiyle diyaliz hastalarındaki depresyonu ölçmedeki güçlükler rağmen tutarlı bir biçimde diyaliz hastalarında yüksek oranlarda depresyon bulunmaktadır.

Kronik hastalar için önemli bir kavram olan aile ve aile ortamının bir ifadesi olan dışa vurulan duygular, kronik hastalıklarda göz ardı edilemez. Algılanan duygu dışavurum; hastaların, en yakınlarının kendilerine karşı sergilediği tutum, davranış ve duyguları nasıl algıladıkları ile ilgilidir. Algılanan duygu dışavurum iki önemli kavramdan oluşur. Bunlar: eleştirel/ düşmanca oluş ve duygusal/aşırı iç içe geçmedir (Baştuğ, 2008).

Literatüre göre, algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca tutumunun varlığı, depresyon puanlarında artışa neden olmaktadır. Algılanan duygu dışavurum duygusal/aşırı iç içe geçme faktörünün ise eleştirel tutuma göre nispeten daha koruyucu olduğu yapılan çalışmalar ile gözlenmiştir.

Algılanan duygu dışavurumda etkili bir rolü olan aile kavramı ve sosyal destek, hastaların yaşamlarında ve tedaviye uyumda önemli bir faktördür. Sosyal destek; diğer kişilerden arkadaşlardan, komşulardan, iş arkadaşlarından, mesleki uzmanlardan ve iletişimde bulunulan kişilerden alınan yardımdır. Sosyal destek ile hastalar, çevrelerindeki insanlar tarafından sevildiklerini ve kendilerine değer



verildiğini hissederler. Hastalar en yakın çevrelerinden destek gördükleri zaman hastalık ve tedavi süreci ile daha kolay baş etmektedirler (Annak, 2005).

Araştırmalara göre, hastalardaki depresyon düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında negatif korelasyon gözlenmektedir. Hastalardaki sosyal destek düzeyi arttıkça, depresyon düzeyi azalmaktadır.

### **2.3.1. Depresyon**

Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı olarak kullanılan DSM-5'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) göre, Yeğ in (majör) depresyon bozukluğu, depresyon bozuklukları kategorisi içinde yer almaktadır ve sınıflandırılması şu şekildedir;

- Yeğ in (Majör) Depresyon Bozukluğu
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)
- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu
- Maddenin Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- Baş ka Bir Sağlık Durumuna Bağ li Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğ er Bir Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Diğ er Bir Depresyon Bozukluğu (DSM-5, 2013).

Tıp literatüründe majör depresif bozukluk olarak tanımlanan depresyon; derin üzüntü, bunaltı ve çökkün bir duygudurumla birlikte psikomotor aktivitelerde ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, içsel güçte (enerji düzeyinde) azalma, güçsüzlük, değ ersizlik, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile birlikte görülen bir durum olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca insanın yaş ama isteğ i ve zevkinin kaybolduğ u, kiş inin kendisini derin bir keder içinde hissettiğ i, geleceğ e ilişkin kötümser ve karamsar düşünceler, geç miş e ilişkin yoğun piş manlık ve suçluluk duygusu ile düşüncelerinin taş ındığı; bazen intihar düşüncesi, intihar giriş imi ve sonuçta ölümün olabildiğ i, uyku, iştah ve cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğ u bir hastalıktır (Köroğ lu, 2009).

Depresyon döneminde en sık görülen ana belirtiler ve bulgular şu şekilde özetlenebilmektedir:

- Çökkün ve bunaltılı duygudurum (üzüntü, elem, keder)
- Genel isteksizlik, ilgilerde azalma, eskiden zevk alınan 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 öz kıyım düşünceleri
- Psikomotor yavaşlama (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Bu belirti ve bulgular DSM ve ICD tanı sistemlerinde, depresyon (çökkünlük) tanısı koymak için gereklidir. Ancak depresyon belirtilerinin çoğu normalde hepimizin zaman zaman yaşayabileceği belirtilerdir. Depresyonu bir sendrom olarak farklılaştıran, bu belirtilerin bir arada oluşu, yoğunluğu ve sürekliliğidir.

DSM-5'e göre yeğın (majör) depresyon tanısı koymak için;

- Çökkün duygudurum ve isteksizlik ya da zevk alamamanın da içinde bulunduğu en az beş belirtinin ya da daha fazlasının olması,
- Bu belirtilerin günlük sosyal ve mesleki işlevleri etkileyecek ya da belirgin sıkıntı verecek şiddette olması,
- En az iki hafta sürmesi ve günün büyük bir bölümünde bulunması gerekir (DSM-5, 2013).

Toplum örneklemelerinde, yaşam boyu depresyonun gelişme olasılığı kadınlarda %10-25 arasında, erkeklerde %5-12 arasında değişmektedir. Erişkinlerde depresyonun toplumdaki nokta yaygınlığı kadınlarda %5-9 arasında, erkeklerde %2-3 arasında değişmektedir. Ayrıca depresyonun ergen kızlarda ve erişkin kadınlarda

ergen ve erişkin erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğü gözlenmektedir (Savrun, 1999).

Majör depresif bozukluğun prevalansı; kişinin eğitim durumu, gelir düzeyi, evlilik durumu gibi etkenlerle değişmemektedir. Ancak birinci derece biyolojik akrabalarında depresif bozukluk olan bireylerde depresyon görülme olasılığı 1-3 kat fazladır (Koroğlu, 2009).

Depresyonun klinik çalışmalarda ve günlük klinik uygulamalarda değerlendirilebilmesi için geliştirilen ve en sık kullanılan ölçüm araçları:

- Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory) (Hisli, 1989).
- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (Hamilton Depression Rating Scale) (Akdemir ve ark., 1996) olarak kabul edilmektedir.

### **2.3.1.1. Depresyon Tedavisi**

Majör depresif bozukluğun tedavisinde amaç, depresyon belirtilerinin tam olarak yatışmasını sağlamanın yanı sıra toplumsal ve iş yaşamındaki işlevselliğin yeniden kazandırılmasıdır. Tedavinin sürdürülmesi sırasında hastalara ve yakınlarına; hastalık belirtilerinin yatışması (remisyon), depreşme (rölaps), ve yineleme (rekürrens) ile ilgili bilgi verilmesi gerekir. Böylece hastalar ve yakınları, hastalığın depreşmesindeki öncü belirtilerin farkına vararak yinelemenin önlenmesini sağlayabilir. Tedavi yöntemleri arasında; psikofarmoterapi (ilaç sağaltımı), psikoterapi (bilişsel, davranışçı terapiler) ve EKT (elektrokonvülsif terapi) yer almaktadır. Hekim, hastanın durumuna göre tedaviyi düzenler (Koroğlu, 2009).

Depresyon, kronik bir hastalığın gidişatını kötüleştirebildiği gibi kronik bir hastalık da depresyona neden olabilir. Bedensel hastalığa bağlı ikincil depresyonda, ilaç sağaltımından önce altta yatan nedenin belirlenmesi önemlidir. İkincil (sekonder) depresyon; bedensel ya da başka bir ruhsal rahatsızlığa bağlı olarak ortaya çıkan depresyondur. Hastanın öyküsü ve alttan yatan neden ile fiziksel durumu incelendikten sonra hastanın fiziksel hastalığı nedeniyle kullandığı ilaçlara göre antidepresan seçimi yapılır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Kronik böbrek hastalarında enerji azlığı, yorgunluk, uyku bozukluğu, iştah düzensizliği ve cinsel işlevlerde bozulma gibi etkenler hastalığın somatik belirtileri

olduğu için depresyon semptomları ile benzerlik göstermektedir. Bu benzerlikler nedeniyle hastada var olan depresyon anlaşılmadığı ve tedavi ihmal edildiği için istenmeyen suisid girişimleri görülebilir.

### **2.3.1.2.Kronik Hastalık ve Depresyon**

Fiziksel hastalığı olanlarda depresyon sık karşılaşılan ve sıklıkla gözden kaçan bir ek tanıdır. Kronik hastalığın belirtileri ile depresyon semptomlarının benzerliği, ilaçların yan etkisi, hastaların depresyonu bedensel sorun gibi sunmaları ve normalleştirme gibi sebeplerden ötürü kronik hastalıklarda depresyonun anlaşılması güç bir durumdur (Tander, 2008).

Bedensel hastalıklar; kişinin beden imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, işlevsellik düzeyini, aile ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemekte aynı zamanda

değişik düzeylerde kayıp tepkisine neden olmaktadır. Yaşanılan kayıplar ise depresyon oluşumuna yol açmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde; fiziksel hastalığa göre değişmekle birlikte, kronik hastalarda %20-80 oranında depresyon görülmektedir (Mete, 2008).

Kronik hastalıklar; kişilerin hayata dair gelecek planlarına, günlük yaşamlarının rutin akışına ne ölçüde engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar hastalığa ve tedaviye uyum güçlüklerini ve ruhsal bozuklukları içermektedir. Kronik hastalıklar beraberinde getirdiği bir takım faktörlerle (tedaviler, ilaçlar, aile ilişkilerinde bozulma, beden imajında değişiklik, ağrı) hastalara stresör kaynağı olabilmektedir. Bu nedenle hastaların yaşamlarında fizyolojik sorunların yanı sıra psikososyal problemler de gözlenmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Kronik hastalıklarda depresyon sık görülen bir ruhsal problemdir. Ancak kronik hastalığı olan hastalardaki depresyon tablosu, primer majör depresyondan farklılıklar gösterir. Kronik hastalarda; depresyon daha geç yaşta ortaya çıkmakta, taburculuğu takiben iyileşme daha hızlı olmaktadır. Ayrıca ailede daha az alkol madde bağımlılığı ve depresyon öyküsü bulunmakta, intihar düşünceleri ve eylemi daha az gözlenmektedir (Sertöz ve Mete, 2004 & Özkan, 1993).

Fiziksel hastalığı olan kişilerde depresyonun tanı ve tedavisinin özgün yöntemleri vardır. Tıbbi hastalığı olanlarda ortaya çıkan depresyon; klinik özellikleri, belirtileri ve gidişatı açısından genel psikiyatride görülen depresyondan farklıdır. Fiziksel hastalığı olanlarda depresyonun belirtileri şu şekildedir:

- ‘Çaresi yok, hastalığım iyileşmeden kendimi iyi hissedemem’ gibi düşüncelerin varlığı,
- Cezalandırıldığını düşünme, suçluluk duyguları,
- Çaresizlik, umutsuzluk, başarısızlık duyguları,
- İlgi kaybı, haz yetisinin kaybı,
- İntihar düşünceleri ve zaman zaman intihar girişimleri,
- Karar verme güçlüğü,
- Ağlama hali, sürekli kaygı.

Bu belirtilerin yoğunluğu, süresi, şiddeti, yaygınlığı, sürekliliği, genel sosyal ve fizyolojik işlevleri bozma derecesi, fiziksel durum ve psikososyal güçlüklerle ilişkisi tanı ve ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır (Özkan, 2006).

Kronik böbrek hastalarında ise hastalığın fizyolojik sonuçları, sürekli devam eden diyalizden kaynaklanan kısıtlamalar ve kronik bir hastalığa psikolojik olarak adaptasyon sürecinin gerekmesi, böbrek hastalığının en temel zorluklarıdır. Son dönem böbrek yetmezliğinin en belirgin olumsuz etkileri ise uyku hali ve yorgunluktur. Bu durum sadece günlük işlevleri değil aynı zamanda aile ilişkilerini de etkilemektedir. Çünkü böbrek yetmezliği olan hastalar daha önceden hoşlandığı sosyal aktiviteler için gereken enerjiden yoksundur. Cinsel aktivitede azalma da son dönem böbrek hastalığında oldukça yaygındır (Yalçınkaya, 2006).

Literatürde, diyaliz hastalarında en sık görülen ruhsal sorun olarak kabul edilen depresyon; genellikle fiziksel durumun kötüleşmesi ile ilişkilidir ve kayba verilen yanıt olarak tanımlanır. Depresyonun varlığı mücadele gücünü etkileyerek hastalığın gidişatını olumsuz yönde etkiler ve yaşam süresini kısaltır (Cimilli, 1994). Diyaliz hastalarındaki komorbid depresyonun ortaya çıkışının hemodiyalizde geçirilen

süreyle bağlantılı olduğu vurgulanmıştır. Son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan ve 1 yıldan uzun süredir diyaliz tedavisi alan hastalarda depresyon oranları daha fazladır (Tokalak ve ark., 2006). Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon; hastalarının uyumunu, tedaviye yanıtını ve fiziksel hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilemektedir.

Depresyon, diyaliz hastalarında tedaviyle ortaya çıkan en yaygın reaksiyondur. Sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, otonomilerini ve çalışabilme yeteneklerini kaybedecekleri endişesi, hastalarda depresyonun gelişmesindeki en önemli unsurlardan biridir. Diyete uymama, diyalizi reddetme gibi uyum güçlükleri sıklıkla depresyona bağlı davranışlardır. Depresyon gerek bağışıklık sistemi işlevlerini olumsuz yönde etkilemesiyle gerekse hastalarda ortaya çıkan geri çekilme, izolasyon ve mücadele etme isteğinin azalmasıyla hastalığın seyrini olumsuz etkiler. Hastaların duygu durum, ilişkiler, davranış ve düşünce içeriği açısından değerlendirilerek konsültasyon liyezon psikiyatrisine (KLP) yönlendirilmesi gerekmektedir (Özkan, 2006).

Yaşanılan fizyolojik ve psikolojik sorunların kombinasyonu göz önüne alınınca, diyaliz hastalarında yüksek oranlarda psikolojik problemlere rastlanması ve iyilik halinin azalması şaşırtan bir durum değildir. Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış diyaliz tedavisi gören hastalarda, hastalığın somatik belirtilerinin depresif semptomlar ile örtüşmesi sebebiyle depresyonu ölçmedeki güçlüklerle rağmen, yapılan çalışmalarda hastalarda yüksek oranda depresyon gözlenmiştir.

### **2.3.1.3. Diyaliz Hastalarında Depresyon Düzeyini Konu Alan Araştırmalar**

Hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeylerini incelemek amacıyla yapılan çalışmalarda, diyaliz hastalarındaki depresyonu ölçme güçlüğüne rağmen hastalarda, ciddi oranda depresyon saptanmıştır.

Literatürde, Bahar ve ark. (2007) tarafından diyaliz hastalarında bedensel hastalığa eşlik eden anksiyete, depresyon ve cinsel sorunlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, 46 hemodiyaliz hastasına hastane depresyon ve anksiyete ölçeği uygulanmış ve hastaların %54'ünde depresyon bulunduğu belirtilmiştir. Hemodiyaliz hastalarında çok sık karşılaşılan diğer ruhsal sorunlardan biri de cinsel yaşam sorunlarıdır. Bu çalışmada hastaların %76'sının cinsel sorunlar yaşadığı gözlenmiştir;

erkeklerin cinsel yaşam ve depresyon puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur.

Diyaliz tedavisi gören 124 hastaya, hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) uygulanmış, çalışmanın sonunda anksiyete ve depresyon yönünden riskli olan hasta oranı; anksiyete %23, depresyon %49 olarak bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada depresyon riski olan hastaların yaş ortalamaları yüksek bulunmuştur (Yıldırım ve ark., 2013).

59 hemodiyaliz hastası dahil edilerek yapılmış bir başka çalışmada hastaların depresyon ortalama puanlarını ölçmek üzere Beck depresyon ölçeği kullanılmış ve hastaların %15'inde depresyon gözlenmiştir. Çalışmada hastaların diyalize girme süreleri ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş; diyalize girme süresi arttıkça depresyon puanları da artmıştır. Ayrıca yaş ortalaması yüksek olan hastaların depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Çelik ve Acar, 2007).

Baydoğan ve Dağ tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada da, diyalize girme süresi ile depresif belirti düzeyi arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada 56-70 yaş arasındaki hastaların, genç hasta gruplarına göre daha depresif oldukları gözlenmiştir.

Hemodiyaliz hastalarının yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada diyaliz hastaları ile kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Diyaliz tedavisi alan grupta, kontrol grubuna göre yüksek düzeyde depresyon riski (%37) tespit edilmiştir. KBY grubunda yeti yitiminin yüksek olduğu; eğitim düzeyi düşük ve ağır yeti yitimi olanlarda depresyon riskinin daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Ayrıca hastalık süresi ile depresyon puanları arasında da ilişki bulunmuş; hastalık süresi arttıkça depresyon puanları da artış göstermiştir (Yetişkin, 2008).

Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastalar ile hemodiyaliz tedavisi gören hastaların depresyon oranlarını incelemek amacıyla yapılan çalışma, böbrek yetmezliği tanısı almış ama ayaktan tedavi gören 134 hasta ve diyaliz tedavisi gören 36 hastayla yürütülmüştür. Beck depresyon envanterine göre; konservatif (koruyucu) tedavi gören böbrek hastalarının %37'sinde, hemodiyaliz tedavisi gören hastaların

ise %41'inde depresyon gözlenmiştir. Depresyon oranlarının medeni durum, mesleki faaliyet, eşlik eden ikinci hastalıklar ve gelir düzeyi ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Andrade ve Sesso, 2012).

Diyaliz hastalarında depresyonu incelemek amacıyla yapılan çalışma, 148 diyaliz hastası ile yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda hastaların %68'inde depresyon gözlenmiştir. Ayrıca depresif hastaların %32'sinin psikolog tarafından izlendiği ve izlenen hastaların %81'nin antidepresan kullandığı vurgulanmıştır (Junior ve ark., 2014).

Chilcot ve ark. tarafından (2013) yapılan çalışmada diyaliz hastalarındaki depresyon düzeyi incelenmiş; çalışma diyaliz tedavisi gören 160 diyaliz hastası ile yürütülmüştür. Analiz sonuçlarında Beck depresyon envanterine göre; hastaların %16'sında depresyon saptanmıştır.

Diyaliz tedavisi gören hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış olan çalışma, en az 6 aydır hemodiyaliz tedavisi gören 47 erkek hasta ile yürütülmüştür. Hastalara yaşam kalitesi ölçeği ve Hamilton depresyon ölçeği uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre hastaların %68'inde depresyon saptanmış ve depresyonun varlığı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı olarak negatif korelasyon gözlenmiştir (Garcia ve ark., 2010).

Hemodiyaliz tedavisi ve sürekli ayaktan periton diyaliz tedavisi (SAPD) alan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile stresle başa çıkma tutumlarının incelendiği çalışmada, hemodiyaliz hastalarının %61'inde depresyon bulunurken; sürekli ayaktan periton diyaliz tedavisi alan hastalarda depresyon oranı %33'tür. SAPD hastalarının depresyon puanları HD hastalarının puanlarına göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Çetinkaya ve ark., 2008).

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı alan hastalar, sadece diyaliz tedavisine bağlı olarak değil yaşam tarzında meydana gelen ciddi değişiklikler nedeniyle de ruhsal ve sosyal sorunlar yaşarlar. Yapılan çalışmalar ile KBY hastalarında; depresyon, kaygı bozukluğu ve uyum güçlüğü gibi psikiyatrik sorunların topluma ve diğer kronik hastalara göre daha sık rastlandığı kanıtlanmıştır. Ancak diyaliz hastalarındaki depresyonu incelemek amacıyla yapılan çalışmalarda depresyon sonuçları değişken bulunmuştur. Araştırmacılar depresyon oranlarındaki bu değişkenliği; hastaların



sosyo-kültürel yaşam farklılıkları, maddi durumları, yaş grupları, sosyal destekleri, psikolojik yardım alıp almadıkları ile ilişkilendirmişlerdir.

### **2.3.2.Duygu Dışavurum**

Günlük yaşamda önemli bir yere sahip olan duygular; bireyin çevresindeki önemli zorluklara ve fırsatlara uyumlu tepkiler vermesine yardımcı olan, refleksler gibi biyolojik temelli tepkilerin aksine bireyin nasıl hareket edeceğini gösteren deneyimlerdir. Duyguların ifade edilmesi hem kişilerarası ilişkilerde hem de ruh sağlığında oldukça büyük rol oynamaktadır. Bireyin duygularını sağlıklı bir şekilde iletebilme ve yönetebilme becerisine sahip olması sosyal ilişkilerini ve psikolojik sağlığını olumlu yönde etkiler (Kışlak ve Göztepe, 2012).

Duygusal dışavurum; bireylerin duygusal deneyimlerini açık ve gözlenebilir şekilde, sözlü ya da sözsüz olarak ne ölçüde ve nasıl dışa vurduklarını tanımlar. Kişiler arası iletişimi kolaylaştıran duygu dışavurum, diğer insanların bireyin içinde bulunduğu durumu anlayabilmesine de yardımcı olur. Duyguların ifade edilmesi; bireyin kim olduğu, nasıl hissettiği ve başkalarıyla nasıl bağlantı kurduğu ile yakından ilişkilidir ve bireyden bireye farklılık gösterir. Bazı insanlar duygularını sıklıkla ve sürekli dışa vururken, bazı insanlar duygularını gizlemeyi tercih eder ve duygularını gizli tutmaktan mutluluk duyar. Öte yandan bazı insanlar duygularını ifade etme konusunda kararsızlık yaşayabilir. Duygularını ifade etmek isterler ancak oluşabilecek muhtemel sonuçlardan korktuğu için ya da bazı kültürel nedenlere bağlı olarak duygularını ifade edemezler (Uysal ve Saticı, 2014).

Duygu dışavurum, genel olarak klinik örneklem üzerinde çalışılan bir kavramdır ve ölçümleri hasta ile yakınları üzerine odaklanır. Aile, kültürel farklar, hastalığa ve hastaya yönelik tutumlar, roller ve toplumun yapısı duygu dışavurum düzeyini belirlemede dolayısıyla hastayı ve hastalığın gidişatını etkilemektedir. Sonuç olarak, duygu dışavurum psikolojik sağlığı ciddi düzeyde belirleyen, hasta ve ailesi üzerinde etkisi olduğu düşünülen bir kavramdır (Berksun, 1992).

Dışa vurulan duygular akrabaların hasta kişiye karşı tutum, davranış ve duyguların ölçülmesi olarak kavramlaştırılmakta; eleştirel/düşmanca oluş ve duygusal/aşırı iç içe geçme boyutlarını içermektedir (Barrowclough ve Hooley, 2003). Dışa vurulan duygular kavramı ilk olarak 1966 yılında, şizofreni hastalarının taburcudan sonra

toplumsal hayata dönünce hastalıklarının yeniden alevlenmesi sonucu, Brown ve Rutter tarafından ortaya atılmıştır. Araştırmacılar, hastaların evlerinde ve aile içinde ne olduğu sorusunun cevabını merak etmişler ve duygu dışavurumu ölçmek amacıyla ilk olarak Camberwell Aile Görüşmesini geliştirmişlerdir. Ancak uygulanması ve puanlaması oldukça zaman alan ve özel eğitim gerektiren bu ölçek yerine daha sonra uygulanması kolay bir ölçek olan, duygu dışavurum ölçeğini geliştirmişlerdir. Yapılan çalışmalar sonucu, duygu dışavurumun şizofreni hastalarında depresmenin iyi bir yordayıcısı olduğu gözlenmiştir. Daha sonraları yeme bozuklukları, duygu durum bozuklukları, tip 1 diyabet hastaları ve astım hastası olan çocuklar üzerinde çeşitli araştırmalar yapılmış ve aynı sonuca ulaşılmıştır (Baştuğ, 2008 & Yalçınkaya, 2006).

### **2.3.2.1. Algılanan Duygu Dışavurum**

Ailelerin duygu dışavurum düzeyinin şizofreni hastaları üzerindeki etkisi yaygın biçimde kabul edilmektedir. Ancak hastaların, ailelerinin duygu dışavurumunu nasıl algıladıkları ve bu algılamanın hastalığın gidişatı üzerindeki etkisi tam olarak bilinmemektedir. Literatürde, dışa vurulan duygularla ilgili çoğunlukla hastaya bakım veren kişilerin duyguları araştırılırken hastaların, yakınlarının davranışlarıyla ilgili olarak algıladığı duygu dışavurumu yeterince araştırılmamıştır (Baştuğ, 2008).

Hastaların, ailelerinin davranış ve tutumlarını nasıl algılayıp değerlendirdikleri kavramı algılanan duygu dışavurum olarak tanımlanabilir. Bu konudaki ilk çalışmayı Hooley ve Teasdale (1989) depresif hastalarla yapmış ve hastaların algıladıkları eleştirel/düşmanca oluş tutumunun ailenin eleştiriciliğinden daha önemli olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Algılanan duygu dışavurumu şizofreni dışında obsesif-kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu, depresyon gibi çeşitli hastalıklarda da araştırılmıştır. 2008 yılında ülkemizde Baştuğ tarafından şizofren hastalarında algılanan duygu dışavurum ölçeği kullanılmıştır. Ana çalışmaya geçilmeden önce hastalara, algılanan duygu dışavurum ölçeğinin geçerliği ve güvenilirliğini doğrulamak amacıyla pilot çalışma uygulanmış ve çalışma sonucu ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır (Baştuğ, 2008).

Hastaların, yakınları tarafından kendilerine sergilenen tutum ve davranışı nasıl algıladığını ölçmek amacıyla geliştirilen algılanan duygu dışavurum ölçeği; Berksun'un (1992) duygu dışavurum ölçeğinin 'o' formuna dönüştürülmesiyle elde

edilmiştir. Ölçek, 41 maddeden ve 2 faktörden (eleştirel/düşmanca oluş, duygusal/aşırı iç içe geçme) oluşmaktadır.

### **2.3.2.2.Kronik Hastalık ve Algılanan Duygu Dışavurum**

Literatürde, son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış diyaliz tedavisi gören hastalarda dışa vurulan duyguların ele alınmasının iki temel sebebi olduğu vurgulanmıştır. İlk sebep, dışa vurulan duyguların hemodiyaliz hastaları üzerindeki yordayıcı gücü konusunda sonuçlara varılmasını sağlayacak bir araştırma sonucu bulunmaması olarak belirtilmiştir. İkinci sebep ise diyaliz hastalarında depresyon görülme sıklığının yüksek oluşu ile ilişkilendirilmiştir. (Elal ve Krespi, 1999 & Yalçinkaya, 2006).

2006 yılında Yalçinkaya tarafından böbrek yetmezliği tanısı almış diyaliz tedavisi gören hastalara, algılanan duygu dışavurum ölçeği uygulanmış; ölçeğin diyaliz hastalarında uygulanabilir olduğu kanıtlanmıştır. Araştırmada hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri ile algılanan duygu dışavurumları ve diğer psikososyal değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda ise algılanan duygu dışavurum eleştirici/düşmanca tutumun varlığının; yaşam kalitesini ve psikolojik iyilik halini olumsuz olarak etkilediği bulunmuştur.

Literatüre göre, eleştirel/düşmanca tutumun varlığı ve depresyon olasılığı arasında tutarlı bir ilişki gözlenmiş; aile içindeki eleştirel/düşmanca tutumun varlığının, hastalardaki depresif eğilimlerin artış göstermesine neden olduğu vurgulanmıştır.

Araştırmalar, yüksek duygu dışavurum ve düşük duygu dışavurum gösteren ailelerin davranış örüntüleri ve kişilik özellikleri bakımından birbirlerinden farklılık gösterdiklerini ortaya koymuştur. Yüksek duygu dışavurum gösteren aileler; hasta ile iletişimleri sırasında daha fazla eleştiri içeren cümle kurmakta ve genellikle hasta ile aynı fikirde olmamaktadırlar. Hastaları ile iletişimleri sırasında hastaların cümlelerini tamamlama veya sözlerini kesme eğilimindedirler. Yüksek duygu dışavurum gösteren ailelerle birlikte yaşayan hastaların, aile bireyleri ile iletişim kurmakta zorluk çektikleri ve bu durumun hastalarda sosyal strese neden olduğu belirtilmiştir. Ayrıca yüksek duygu dışavurum gösteren aile bireylerinin, kendilerinde de stres düzeylerinin yüksek olduğu ve düşük duygu dışavurum gösteren ailelere göre kendilerini daha fazla yük altında hissettikleri saptanmıştır (Yüksel, 2007).

Düşük duygu dışavurum gösteren aileler ise hastaların davranışlarına daha uygun tepki vermektedirler. Daha esnek, daha az dayatıcı, daha az koruyucu tavır sergilemektedirler. Hastanın özel hayatına daha az müdahalede bulunmakta ve hastanın yalnız kalma hakkına saygı duymaktadırlar. Hastanın yaşadığı belirtilere inanmakta ve yüksek duygu dışavurum gösteren ailelerin aksine hastaları hastalığından ve hastalık belirtilerinden sorumlu tutmamaktadırlar (Yüksel, 2007).

### **2.3.2.3. Duygu Dışavurum ve Algılanan Duygu Dışavurum ile Kronik Hastalıkları Konu Alan Klinik Araştırmalar**

Duygu dışavurum düzeyi ile çeşitli kronik hastalıkları konu alan literatür çalışmalarında, duygu dışavurum düzeyinin; hastalıkların relapsını, depresyon düzeylerini, psikolojik iyi olma halini, fiziksel ve ruhsal hastalıkların sonuçlarını yordadığı kanıtlanmıştır.

Ölçer ve ark. tarafından 2010 yılında astımlı çocukların benlik saygısı ve annelerinin duygu dışavurum düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada, astım tanısıyla takip edilen 65 çocuğa Piers Harris çocuklarda öz kavramı ölçeği; annelerine de duygu dışavurum ölçeği verilmiştir. Çalışmanın sonucunda, duygu dışavurum ve benlik saygısı arasında negatif ilişki gözlenmiş; annelerin duygu dışavurum puanı yükseldikçe çocukların benlik saygısının düştüğü saptanmıştır.

2010 yılında Paola ve ark. tarafından yapılan çalışmada, duygu dışavurum ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki incelenmiştir. Yeme bozukluğu (anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkmircasına yeme bozukluğu) tanısı almış 63 hasta ve kontrol grubu ile çalışma yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda, tanı almış hastaların kontrol grubuna göre daha yüksek duygu dışavurum puanı aldığı gözlenmiştir. Yeme bozuklukları alt türü puanları ile duygu dışavurum puanları arasında anlamlı olarak bir fark gözlenmemiştir.

Bipolar bozuklukta duygu dışavurumun relaps üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, bipolar bozukluğu tanısı almış 60 hasta ve birinci dereceden yakınına duygu dışavurum ölçeği uygulanmıştır. Analizler sonucunda duygu dışavurum düzeyleri yüksek olan hastaların relaps sayısı ve hastaneye yatış sayısı daha fazla; farmakolojik tedaviye uyumları duygu dışavurum düzeyleri düşük olan hastalara göre daha kötü bulunmuştur (Kocabıyık ve ark., 2005).

Kara tarafından 2014 yılında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde şizofreni tanısı almış 69 hasta ve birinci dereceden yakınlarına duygu dışavurum ölçeği uygulanmıştır. Tekrarlayan psikotik atakları olan ve intihar girişiminde bulunan hastalarda toplam duygu dışavurum puanı ve eleştirel/düşmanca oluş alt ölçeği puanının yüksek olduğu gözlenmiştir. Cinsiyete göre duygu dışavurum puanları arasında anlamlı fark gözlenmiş; erkek hastaların kadın hastalara göre daha yüksek duygu dışavurum puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir. Ayrıca duygu dışavurum düzeyi ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelenmiş, eğitim düzeyi arttıkça algılanan duygu dışavurum düzeyinin azaldığı gözlenmiştir.

Arslantaş ve ark. tarafından 2012 yılında yapılan çalışma sonucunda da duygu dışavurum ve eğitim düzeyi arasında benzer sonuçlar elde edilmiş, eğitim düzeyi düşük hastalarda yüksek duygu dışavurum düzeyleri gözlenmiştir. Carra ve ark., (2012) eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda düşük duygu dışavurum görülmesinin sebebini hastaların daha geniş sosyal ağa sahip olmaları ile ilişkilendirmiştir. Eğitim seviyesi yüksek olan hastaların yakınlarıyla birlikte daha az zaman geçirdiğini ve hasta yakınlarının hastalarına karşı daha az eleştirel ya da daha az koruyucu tavırlarının olduğunu öne sürmüştür.

Aile ortamı ve duygu dışavurum düzeyleri ile psikopatoloji şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada, şizofreni tanısı almış 32 hasta ve birinci dereceden yakınlarına duygu dışavurum ölçeği uygulanmıştır. Yapılan analizler sonucu şizofreni belirtileri ile duygu dışavurum düzeyi arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Tüzer ve ark., 2003).

Deniz ve İnem tarafından 2009 yılında şizofreni bireyin duygu dışavurum düzeyinin relapsla ve aile işlevleriyle ilişkisini incelemek amacıyla şizofreni tanısı almış 64 hasta ve şizoaffektif tanısı almış 10 hasta çalışmaya katılmıştır. Analiz sonucu bulunan sonuçların literatür bilgisiyle uyumlu olduğu gözlenmiştir. Duygu dışavurum puanı yüksek olan hastalarda relaps sayısı ve hastalığın semptom düzeyi yüksek bulunmuştur. Aile ilişkileri kötüleştiğçe; hastalarda yaşam boyu psikiyatrik hospitalizasyon sayısı ve süresinin arttığı vurgulanmıştır.

Ailesi ile birlikte yaşayan 32 şizofreni hastası ve birinci dereceden yakınları ile yapılan çalışmada, hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ve aile üyelerinin duygu dışavurum düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir. Analizler sonucu, araçsal günlük yaşam aktiviteleri değerlendirme formu toplam puanları ile duygu dışavurum ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Şizofreni hastalarının yaptığı (telefon kullanma, araba veya otobüsle yolculuk yapma, para çekme, ilaçlarını tanıma ve kullanma gibi) günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumu arttıkça, bakım veren aile üyesinin yaşadığı güçlükler ve duygu dışavurum düzeyinin azaldığı gözlenmiştir (Çetin ve ark., 2013).

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastanesi'nde tedavi gören şizofreni tanısı almış 35 hasta ve depresyon tanısı almış 35 hasta ile yürütülmüş çalışmada, duygu dışavurum düzeyinin şizofreni ve depresyon üzerindeki etkileri incelenmiştir. Analizlere göre duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş faktörünün; şizofreni hastalarında hastalığın prognozunun kötü olmasında bir neden olarak gösterilebileceği saptanmıştır. Depresyonu olan hastaların ise aile içindeki eleştirici tutumlara ve yaşam olaylarına bağlı nöksler ile kötü bir seyir gösterebileceği vurgulanmıştır (İlnem ve ark., 1998).

Duygu dışavurum düzeyinin psikiyatrik relaps üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışma, şizofreni tanısı almış 32 hasta ile yürütülmüştür. Çalışmada, yüksek duygu dışavurum düzeyinin psikiyatrik hastalıkların relapsları üzerinde güçlü etkileri olduğu bulunmuştur (Butzlaff ve Hooley, 1998).

Algılanan duygu dışavurumu ile ilgili ilk çalışma 1989 yılında Hooley ve Teasdale tarafından yapılmıştır. Hastaların algıladıkları duygu dışavurum düzeyinin depresif hastalığın relapsı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışma sonucu hastaların algıladığı duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş faktörü ve hastalık relapsları arasında ilişki gözlenmiştir. Eleştirel/düşmanca oluş tutumunun varlığı hastalığın relaps oranını arttırmıştır.

Algılanan duygu dışavurum düzeyi ile suisid girişimi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış çalışma, intihar girişiminde bulunan 67 yetişkin kişiyle yürütülmüştür. Analizler sonucu, algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş faktörünün intihar girişimi için risk faktörü oluşturabileceği saptanmıştır. Ancak algılanan duygu dışavurum duygusal/aşırı iç içe geçme tutumunun, intihar girişimi

üzerinde herhangi bir etkisi bulunmadığı gözlenmiştir. Ayrıca psikiyatrik bozuklukların, stresli yaşam olaylarının ve algılanan yetersiz sosyal desteğin de intihar girişimi için risk oluşturduğu vurgulanmıştır (Mathew ve Prabhakaran, 2013).

2006 yılında Yalçınkaya tarafından hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri ve algılanan duygu dışavurum düzeyinin psikososyal değişkenlerle ilişkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada ilk olarak algılanan duygu dışavurum ölçeğinin diyaliz hastalarındaki geçerlik ve güvenilirliği için pilot çalışma uygulanmış; ölçeğin diyaliz hastaları üzerinde uygulanabilirliği kanıtlanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş tutumunun yaşam kalitesini düşürdüğü fakat algılanan sosyal desteğin varlığının yaşam kalitesini arttırdığı gözlenmiştir. Eleştirel/düşmanca oluş tutumunun, psikolojik iyi olma halini anlamlı olarak negatif yönde yordadığı vurgulanmıştır.

### **2.3.3.Sosyal Destek**

İnsanların hayatında önemli bir etkisi olan kişiler arası iletişim ve ilişkilerin rolü, bazı sıkıntılı durumlarda daha belirgin hale gelir. Bireyler günlük rutin yaşamlarına göre zor dönemlerinde daha fazla toplumsal ilişkilere ve sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar. Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye; aile üyelerinin, akrabalarının ve arkadaşlarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerinin de sağladığı kaynaklar olarak kavramlaştırılan sosyal desteğin, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde güçlü etkileri olduğu yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır. İnsanlar sosyal destekleri ve toplumsal ilişkileri sayesinde hayatın zor dönemleri ile daha kolay baş etmektedirler (Mersin, 2004).

Çeşitli tanımları yapılan sosyal desteğin tanımlarına değinecek olursak; ilk tanımlamaya göre sosyal destek, gereksinim duyan bireye yardım edecek kişilerin sayısıdır. Bir başka tanıma göre; bireylerin ilişkide bulunduğu kişilerin sayısından ziyade sırlarını paylaşabildiği, güven duyduğu ve kendisi için önemli gördüğü kişi ya da kişilerle kurduğu yakın ilişkiler olarak tanımlanmıştır. Bir diğer tanıma göre ise bireyin ilişkilerinin niceliği ya da niteliğinden çok, gereksinim duyduğu anda yardım alabileceği kişilerin var olduğu algısı olarak tanımlanmıştır (Annak, 2005). Kısaca tanımlayacak olursak sosyal destek; bireylerin ihtiyaç duyduğu anlarda çevresinden gördüğü maddi ve manevi her türlü yardımı içermektedir.

Kişilerarası ilişkilerde sosyal desteğin bazı işlevleri vardır. Bu işlevler dört başlık altında toplanmıştır. Duygusal destek, güven desteği ya da değerlendirme desteği olarak adlandırılan ilk işlev; diğer insanlarla kurulan ilişkiler, sevgi, şefkat, ilgi, kabullenme, yakınlık, duygu paylaşımı ve değer verme gibi kaynaklar sağladığı için bireyin kendisini iyi hissetmesine katkıda bulunmaktadır. İkinci olarak; bireyin yaşamını kolaylaştırıcı nitelikte öğütler verme, önerilerde bulunma ve bilgilendirme gibi güncel güçlüklerle yönelik düşünce ya da olguların iletilmesi şeklinde verilen desteğe, bilgi sağlayıcı destek ya da bilişsel rehberlik adı verilmektedir. Araçsal destek, somut yardım ya da maddesel destek gibi terimlerle ifade edilen üçüncü işlev türü ise hizmet verme, malzeme temin etme, parasal yardımda bulunma gibi somut ve maddesel yardımları içermektedir. Kişilerarası ilişkilerin dördüncü işlevi de eşlik etme desteği ya da ait olma terimiyle ifade edilen sosyal etkinliklere birlikte katılma anlamındadır. Araştırmalar en önemli ve yararlı desteğin güven veren ve kendilik değerini yükselten duygusal destek olduğunu ortaya koymuştur (Mutlu, 2007).

Sosyal desteğin derecesini ölçmek ve değerlendirmek amacıyla kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin (ÇBASDÖ) ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Eker ve ark. (2001) tarafından yapılmıştır.

### **2.3.3.1. Kronik Hastalık ve Sosyal Destek**

Kronik hastalıklar giderek artan fiziksel bir yetersizliği içermekte ve bu durum hastaların rutin etkinliklerini kesintiye uğratmaktadır. Bu etkinlikler; aile ve işle ilgili sorumlulukların yanı sıra boş zaman etkinliklerini ve hatta bireyin kendi günlük bakımıyla ilgili davranışlarını da kapsayabilir. Yaşanılan kısıtlanma bireylerin aile, iş ve sosyal yaşamındaki rollerinin gereğini yerine getirmesini engelleyerek depresyona ve kontrolü yitirme duygusuna yol açabilir. Böyle bir engellenme ve sıkıntı yaşan birey için hastalığının farklı zamanlarında duygusal, araçsal ve bilgisel desteklerin tümü de yararlı olmaktadır (Şahin, 1999).

Duygusal destek; katlanması zor durumlarda bireyi cesaretlendirerek direnme gücü sağlar ve aynı zamanda bireye başa çıkma sürecinde yalnız olmadığını hissettirir. Araçsal destek; her zamanki etkinliklerini artık yapamayan bireyin gereksinim duyduğu pratik ve somut yardımları içermektedir. Bilgisel yardım ise aynı durumda olan diğer kişilerin nasıl başa çıktığı konusunda önerilerde bulunmanın yanı sıra hastalık ve gidişatı hakkında kontrol algısının artmasına yol açacak bilgilendirmeyi



de kapsar. Daha çok, gelişmiş ülkelerde yer alan sosyal destek grupları, kronik hastalar için aile üyelerinin dışında başka bir destek kaynağı daha oluşturmaktadır. Bu destek grupları, hastalığın ortaya çıkardığı sorunlarla başkalarının nasıl baş ettikleri hakkında ayrıntılı bilgi sağlar ve aynı sorunları yaşayan kişilerin duygusal tepkilerini birbirleriyle paylaşma fırsatı yaratır (Mutlu, 2007).

Kronik hastalıklar için özellikle çok önemli olan aile üyelerinin desteği, sadece hastanın fiziksel ve duygusal işlevselliğini sağlamakla kalmaz; aynı zamanda hastayı hekimin önerilerine bütünüyle uyma ve sağlığa uygun davranışları benimseme konusunda cesaretlendirebilir. Aile üyelerinden, arkadaşlardan ve sağlık personelinin alınan destek, hastaların kronik hastalığa uyumunda önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Patel ve ark., 2005). Literatür; aile üyelerinin işbirliği sağlandığında, hastaların tedavi gereksinimleri daha fazla yerine getirdiklerini göstermiştir.

Yapılan çalışmalarda, tedaviye uyumun yanı sıra depresyon oluşumunun önlenmesinde de koruyucu faktör olarak görülen sosyal desteğin; bireyleri stresli yaşam olaylarının sebep olduğu psikolojik sorunlardan koruduğu gözlenmiştir. Aynı zamanda, depresyon tanısı almış hastalarla yapılan çalışmalarda sosyal destek faktörünün öncelikli olarak tedavi başarısının artmasında ve tedavide elde edilen başarının sürdürülmesinde önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır (Blazer, 2005).

### **2.3.3.2. Diyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Konu Alan Araştırmalar**

Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış diyaliz tedavisi gören hastaların yaşamlarında sosyal desteğin önemli bir rolü olduğu yapılan araştırmalar ile kanıtlanmıştır. Literatürde, sosyal destek algısı ile depresif belirtiler gösterme eğiliminin ilişkisi olduğu saptanmıştır. Sosyal destek algısı yüksek olan hastaların depresif belirtiler gösterme eğilimi neredeyse hiç yoktur. Çeşitli araştırmalarda, sosyal destek düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında negatif korelasyonun varlığı vurgulanmıştır.

Karabulutlu ve arkadaşları (2005) 178 hemodiyaliz hastası üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların en fazla sosyal desteği ailelerinden aldıklarını ve bunu sırasıyla hemşire desteği ve arkadaş desteğinin izlediğini belirtmişlerdir. Hemodiyaliz hastalarının cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi ve hemodiyalize girme

süresinin sosyal destek düzeyi üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu; yaş grubunun ise sosyal destek düzeyi üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Araştırmanın bir diğer önemli sonucu ise hemodiyaliz hastalarının algıladıkları sosyal destek arttıkça yaşam doyumlarının da arttığı bulgusudur.

Hemodiyaliz tedavisi alan 104 hasta üzerinde yapılan bir diğer araştırmada, arkadaşan ve aileden alınan sosyal desteğin depresyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre, sosyal destek seviyesi düşük hastalar daha yüksek oranlarda depresyon puanlarına sahiptirler. Algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon düzeyi arasında ters ilişki olduğu; sosyal desteğin azalması ile hastaların daha fazla depresyon yaşadıkları gözlenmiştir (Mutlu, 2007).

Hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal destek düzeyi ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış çalışmada, literatür bilgisini destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon, yalnızlık ve umutsuzluğun çok sık görüldüğü vurgulanmış ve analiz sonuçlarına göre hastalarda depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon puanları arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. Ayrıca hastalık süresi ile sosyal destek düzeyi arasında da ilişki gözlenmiş; hastalık süresi arttıkça sosyal destek puanlarının azaldığı vurgulanmıştır (Tezel ve ark., 2011).

Astan'ın hemodiyaliz tedavisi alan 104 hasta üzerinde yaptığı araştırmada arkadaşan ve aileden alınan sosyal desteğin depresyon ve kaygı düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre, sosyal destek seviyesi düşük hastalar daha yüksek oranda depresyon ve anksiyete puanlarına sahiptirler (Astan, 2001).

2009'da Albal tarafından yapılmış bir çalışmada, hemodiyaliz hastalarına çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) ve Beck depresyon envanteri (BDE) uygulanmış, iki ölçek puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. ÇBASDÖ puanları ile BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde bir ilişki bulunmuş; algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça BDE puanlarının azaldığı gözlenmiştir.

Diyaliz hastalarında sosyal desteğin etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, hemodiyaliz hastalarının algıladıkları sosyal destek seviyesi arttıkça hastaların yaşam memnuniyeti artmış; sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Aynı çalışmada, sosyal destek düzeyi ile depresif düzey ve hastalık yükü arasında negatif korelasyon gözlenmiş; sosyal destek seviyesi arttıkça depresif duygu durumunun ve hastalığın yükünün azaldığı vurgulanmıştır (Patel ve ark., 2005).

Algılanan sosyal destek düzeyi, yaşam kalitesi ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışma 190 diyaliz hastası ile yürütülmüştür. Analizler sonucu sosyal destek düzeyinin, depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi üzerinde etkileri olduğu vurgulanmıştır. Sosyal destek düzeyi ve yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon; sosyal destek düzeyi, yaşam kalitesi ve depresyon düzeyi arasında negatif korelasyon gözlenmiştir (Khalil ve Abed, 2014).

Hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi alan hastalarda psikiyatrik bozukluklar, algılanan sosyal destek düzeyi ve yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmış çalışmanın sonucunda, hemodiyaliz grubunda diğer gruba göre depresyon görülme düzeyi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Sosyal destek düzeyleri incelendiğinde ise periton diyaliz uygulanan hastalarda hemodiyaliz grubuna göre sosyal destek puanları daha yüksek bulunmuştur. Hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastaların tedavinin yarattığı zorluklar nedeniyle psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın ve periton diyalizi tedavisi alan hastalara göre daha yüksek risk altında oldukları düşünülmüştür. Dolayısıyla çalışma sonucunda, hemodiyaliz hastalarının daha dikkatli izlenmeleri gerektiği ve diyaliz ünitelerine yönelik konsültasyon-liyezon hizmetlerinin artırılması gerektiği önerilmiştir (Kaya ve ark., 2012).

Demirbilek ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada, hemodiyaliz tedavisi gören 85 hastaya, hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği uygulanmış; hastalık süresi arttıkça depresyon puanları da artış göstermiştir. Hastalık süresinin <5 yıl ve >10 yıl grupları ve HAD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir. Hastalık süresi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi puanları arasında da anlamlı olarak fark tespit edilmiştir. >10 yıl grubunun sosyal destek ortalama puanları <5 yıl grubu puanlarına

göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Tan ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş; hastalık süresi ile sosyal destek puanları arasında ilişki bildirilmiştir. Hastalık süresi arttıkça sosyal destek puanları azalmıştır. Bu ilişki, hastalığın ilk aşamalarında hastalardaki sosyal desteğin yüksek olabileceği ve zaman içerisinde azalabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Hasta yakınlarının destekleyici tavırlarının zaman içerisinde değişime uğrayabileceği vurgulanmıştır.

Sonuç olarak, kronik böbrek yetmezliği tanısı almış diyaliz tedavisi gören hastalar üzerinde yapılmış olan tüm çalışmalar incelendiğinde; algılanan duygu dışavurum düzeyleri, depresyon düzeyleri ve algılanan sosyal destek düzeylerinin hastaların tedaviye uyumu, yaşam kalitesi ve psikolojik iyi olma hali üzerinde etkileri olduğu gözlenmiştir. Literatürde, diyaliz hastalarında en fazla görülen ruhsal bozukluğun depresyon olduğu kanıtlanmıştır.

Aile ortamının bir ifadesi olan dışa vurulan duyguların ve aile ortamının diğer bir ifadesi olan sosyal desteğin hastalar üzerinde etkili bir rolü olduğu vurgulanmıştır. Son dönem böbrek yetmezliği tanısı almış diyaliz hastalarında sosyal destek düzeyi azaldıkça depresif eğilimlerin artışı; algılanan duygu dışavurumunda ailenin eleştirel/düşmanca tutumunun varlığı ile hastadaki depresif belirtilerin artışı dikkat çekmiştir. Hastaların diyalize girme süreleri ve ikinci bir hastalıklarının varlığı ile depresyon düzeyleri arasında ilişki saptanmış; diyalize girme süresindeki artışın ve ikinci bir hastalığın varlığının depresif eğilimleri arttırdığı gözlenmiştir.

Hemodiyaliz tedavisi ve periton diyalizi tedavisi alan hastalar arasındaki depresyon puanları anlamlı derecede farklı bulunmuş; hemodiyaliz tedavisi alan bireylerde depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu anlamlı farkın sebebinin diyaliz tedavisinin bir sağlık kurumuna ve ekibine bağlılık gerektirmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

## 3.YÖNTEM

### 3.1.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklem grubunu ise İzmir Şifa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi'nde ve yine İzmir ilinde bulunan, benzer olanaklara sahip özel diyaliz merkezlerinde hemodiyaliz tedavisi gören 18 yaş üstü ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden N=197 (n=99 kadın, n=98 erkek) hasta oluşturmaktadır. Örneklem grubu, hemodiyaliz tedavisi gören hastalar arasından iletişim kurma yetisine sahip ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların seçilmesiyle oluşturulmuştur.

### 3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Haziran 2014 – Ekim 2014 tarihleri arasında İzmir Şifa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi'nde ve yine İzmir ilinde bulunan, benzer olanaklara sahip özel diyaliz merkezlerinde yürütülmüştür. Araştırmaya başlamadan önce hastalara uygulama yapabilmek için hemodiyaliz merkezlerinde sorumlu olan Nefroloji doktorlarından; Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan etik kurul izni doğrultusunda sözlü ve yazılı izinler alınmıştır. Sağlık personeline ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ettiklerine dair onam formu imzalatılmıştır. Ölçeklerin uygulanması, bizzat araştırmacı tarafından yapılmış; sabah seansında diyalize giren hastalara göre öğle ve akşam seanslarında diyalize giren hastalar ile daha iyi iletişim kurulmuştur.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla aşağıda belirtilen form ve ölçekler kullanılmıştır.

#### **3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu**

Hemodiyaliz hastalarının kişisel bilgilerini öğrenmek amacı ile araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanılarak hazırlanan sosyodemografik bilgi formu kullanılmıştır. Bu formda hastalara cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, sosyo-ekonomik düzey, mesleki faaliyet, sosyal güvence gibi demografik sorular sorulmuştur. Ayrıca hastalıklarıyla ilgili daha fazla bilgi öğrenmek amacı ile böbrek yetmezliğine neden olan hastalıkları, başka tedavi gördükleri hastalıklarının olup olmadığı, ne kadar süredir böbrek yetmezliği hastalığına sahip oldukları, ne kadar süredir diyaliz tedavisi aldıkları, tedavi ve bakımlarıyla ilgilenen birisi olup olmadığı ve bu kişiyle yakınlık dereceleri sorulmuştur. Sosyodemografik bilgi formu ek 1’de sunulmuştur.

#### **3.3.2. Beck Depresyon Ölçeği**

Depresif belirtilerin düzeyi ve şiddetinin değişimiyle ilgili bilgi veren Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) on beş yaş üzerindeki ergen ve yetişkinlere uygulanmakta, her birinde 4 seçenek bulunan 21 belirti kategorisini içermektedir. Ölçekte o gün de dahil olmak üzere geçirdiği son hafta içerisinde bireyin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden maddelerden birinin seçilmesi istenir.

1961 yılında Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek ülkemizde Hisli (1989) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Çeşitli örneklemeler üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan ölçek, epidemiyolojik araştırmalarda ve tedavilerin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır (Öner, 2012).

Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyi ya da şiddetinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekte kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir. 0-10 puan depresyon bulguları olmadığını, 11-17 puan arası hafif düzeyde depresyon, 18-29 puan arası orta düzeyde depresyon, 30-63 puan arası ciddi düzeyde depresyon olduğunu göstermektedir. Beck depresyon envanteri ek 2’de sunulmuştur.

### **3.3.3. Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği**

Cole ve Kazarian (1988) tarafından geliştirilen Duygu Dışavurum Ölçeği, ülkemizde Berksun (1992) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek, hasta için önemli olan bir kişi ile hasta arasındaki duygusal havayı anlamak ve ilişkinin özelliklerini derecelendirmek için uygulanır (Öner, 2012).

Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği ise Berksun'un (1992) Duygu Dışavurum Ölçeğinin 'o' formuna dönüştürülmesiyle elde edilmiş; geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Baştuğ, 2008). Ölçek, hastaların kendilerine sergilenen tavır ve davranışları nasıl algıladığını anlamak ve değerlendirmek amacıyla uygulanır. Aile içindeki duygu dışavurum düzeyini ölçmek üzere geliştirilen algılanan duygu dışavurum ölçeği; 41 madde ve 2 faktörden (eleştirel/düşmanca oluş 29 madde, duygusal/aşırı iç içe geçme 12 madde) oluşmaktadır. Algılanan duygu dışavurum ölçeği ek 3'te sunulmuştur.

### **3.3.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş 12 maddelik bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan ölçek desteğin kaynağına ilişkin üç gruptan oluşur. Bunlar aile alt ölçeği; 3. 4. 8. ve 11. maddeler, arkadaşlar alt ölçeği; 6. 7. 9. ve 12. maddeler ve özel bir insan alt ölçeği; 1. 2. 5. ve 10. maddelerdir. Her madde 'kesinlikle hayır' ile 'kesinlikle evet' arasında değişen 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçeye çevirisi ve uyarlaması ülkemizde Eker ve ark. (2001) tarafından yapılmıştır (Eker ve ark., 2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ek 4'te sunulmuştur.

### **3.4.Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanma süreci herkes için eşit bir ortam olan hemodiyaliz uygulanan salonlarda diyaliz tedavisi devam ederken tamamlanmıştır. Her birey için yaklaşık 30 dakikalık eşit zaman dilimi ayrılmış ve veriler bizzat araştırmacı tarafından hastalara birebir tüm ölçekler okunarak uygulanmıştır.

### **3.5.Verilerin İstatistiksel Analizi**

Çalışmada elde edilen veriler araştırma amaçlarına uygun olarak SPSS 20 (Statistical Package for Social Science) paket programı ile değerlendirilmiştir. Araştırmada toplanan sosyodemografik değişkenlere ilişkin veriler ve böbrek yetmezliği değişkenlerine ilişkin veriler için frekans dağılımı ve yüzdeler analizleri, araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından alınan puanlar için ortalama ve standart sapma analizleri yapılmıştır. Hem sosyodemografik değişkenler hem de böbrek yetmezliği değişkenlerine göre veri toplama araçlarından alınan ortalama puanların karşılaştırılması amacıyla varyans analizleri, düzeyler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla da Tukey testleri yapılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarından alınan puanlar arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Pearson Korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

### **3.6.Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmanın yürütülmesi için öncelikle Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır. Etik kurul izin dilekçesi ek 5'te sunulmuştur.

Araştırmanın yürütüleceği diyaliz merkezleri belirlenmiş; İzmir Şifa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Merkezi'nde uygulama yapabilmek için Organ Nakli ve Nefroloji Ünitesi doktoru Prof. Dr. Mustafa Cirit'ten ve Şifa Üniversitesi Rektörlüğü'nden izin alınmıştır. İzin dilekçesi ek 6'da sunulmuştur. Diğer özel diyaliz merkezlerinde uygulama yapabilmek için merkezlerde görev yapan sorumlu Nefroloji doktorlarından; Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan etik kurul izni doğrultusunda sözlü izinler alınmıştır.



Araştırma uygulamalarının yapılacağı diyaliz ünitelerinde görev yapan sorumlu başhemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve destekleri alınmıştır. Araştırma örneklemini oluşturacak hastalara araştırmanın amacı ve bilgi toplama yöntemi açıklanmış; bilgilendirilmiş onam formu dağıtılarak hastaların imzaları alınmıştır. Bilgilendirilmiş hasta onam formu ek 7'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan bireylere, isimleri ve alınan bilgilerinin araştırıcının dışında başka hiç kimse ile paylaşılmayacağı konusunda bilgi verilmiştir.

## 4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma amaçlarına uygun olarak yapılan istatistik analizi sonuçlarına yer verilmiştir. İlk bölümde betimleyici bulgular; sosyodemografik bulgular ve böbrek yetmezliğine ilişkin demografik bulgular olarak ayrı ayrı ele alınmıştır. İkinci bölümde, veri toplama araçlarının ortalama ve standart sapmalarına ilişkin istatistiksel analiz sonuçlarına; üçüncü bölümde bağımsız değişkenlerle bağımlı değişkenler arasındaki ilişkilerin incelendiği varyans analizi ve Tukey Testi sonuçlarına, dördüncü bölümde ise araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanlar arasındaki ilişkinin incelendiği korelasyon analizlerine yer verilmiştir.

### 4.1.Betimleyici Bulgular

Bu bölümde, araştırmanın katılımcıları olan diyaliz hastalarının sosyodemografik verilerine ve böbrek yetmezliği ile ilgili demografik verilerine ilişkin frekans dağılımları ve yüzdelerinin bulunduğu istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

#### 4.1.1.Sosyodemografik Bulgular

Araştırmaya katılan diyaliz hastalarının %50,3'ünü kadınlar (n=99; yaş ort: 56,99; ss:15,70), %49,7'sini erkekler (n=98; yaş ort: 56,64; ss:17,21) oluşturmaktadır. Toplam N=197 (yaş ort: 56,82; ss:16,43) katılımcı araştırmaya katılmıştır. Katılımcıların %59'u İzmir İl Merkezinde (n=118), %40,1'i İzmir İlçe/Belde'de (n=79) yaşamaktadırlar.

Katılımcıların %9,6'sı okuma-yazma bilmemekte (n=19), %16,8'i sadece okuma-yazma bilmekte (n=33), %34,5'i ilköğretim mezunu (ortaokul ve altı) (n=68), %26,9'u lise mezunu (n=53), %12,2'si fakülte/yüksekokul mezunudur (n=24).

Katılımcıların %71,1'ini evli (n=140), %14,2'sini bekar (n=28) %14,7'sini dul (n=29) böbrek yetmezliği hastaları oluşturmaktadır.

Katılımcıların %16,8'i çocuklarının olmadığını (n=33), %15,7'si bir çocuklarının olduğunu (n=31), %33,5 iki çocuklarının olduğunu (n=66), %34'ü üç çocuk ve üstü sayıda çocuklarının olduğunu (n=67) belirtmişlerdir.

Mesleki durumlarına göre hastaların; %16,8'i çalışmıyor (n=33); çalışmayan kadınlar (n=16), erkekler (n=17)'dir. %7,1'i memur (n=14); memur olan kadınlar (n=7), memur olan erkekler (n=7)'dir. %7,1'i serbest meslek (n=14); serbest meslek ile uğraşan kadınlar (n=2), serbest meslek ile uğraşan erkekler (n=12)'dir. %6,1'i esnaf (n=12); erkekler (n=12)'dir. %23,9'u ev hanımı (n=47); kadınlar (n=47)'dir. %29,4'ü emekli (n=58); emekli olan kadınlar (n=18), erkekler (n=40)'dir. %1,5'i işçi (n=3); işçi olan kadınlar (n=1), erkekler (n=2)'dir. %8,1'i diğer meslekleri (n=16); kadınlar (n=8), erkekler (n=8) icra ettiklerini belirtmişlerdir

Katılımcıların; %6,1'i (n=12) maddi durumunu kötü, %53,3'ü (n=105) orta, %39,1'i (n=77) iyi, %1,5'i (n=3) çok iyi olarak değerlendirdikleri gözlenmiştir

Hastaların %11,7'si (n=23) yalnız, %22,3'ü (n=44) geleneksel geniş ailede, %58,9'u (n=116) çekirdek ailede, %7,1'i (n=14) parçalanmış ailede yaşamaktadır.

Katılımcıların %8,1'i alkol/madde bağımlılıklarının olduğunu (n=16), %91,9'u alkol/madde bağımlılıklarının olmadığını (n=181) belirtmişlerdir.

Hastaların; %41,1'i SSK (n=81), %38,1'i BAĞ-KUR (n=75), %5,6'sı Emekli Sandığı (n=11), %11,7'si Yeşil Kart (n=23) gibi sosyal güvencelere sahip olduklarını bildirirken, %3,6'sı sosyal güvencelerinin bulunmadığını (n=7) bildirmişlerdir.

#### **4.1.2.Böbrek Yetmezliğine İlişkin Demografik Bulgular**

Katılımcılara böbrek yetmezliğine sebep olan hastalıkları sorulduğunda %22,3'ü bilinmiyor olduğunu, %17,3'ü akut böbrek yetmezliğinin, %26,4'ü şeker hastalığının, %27,4'ü hipertansiyonun, %6,6'sı diğer hastalıkların sebep olduğunu ifade etmişlerdir

Katılımcıların %36,5'i böbrek yetmezliği dışında tedavi gördüğü bir hastalığının olduğunu, kalan %63,4'ü ise böyle bir hastalığının bulunmadığını bildirmiştir. Hastaların; %1,5'i KBY dışında tedavi görülen hastalığının akdeniz anemisi olduğunu, %1,0'i alkol ve madde bağımlılığı olduğunu, %1,0'i bel fıtığı hastalığı olduğunu, %4,1'i kalp hastalığı olduğunu, %0,5'i lupus hastalığı olduğunu, %0,5'i

OKB hastalığı olduğunu, %0,5'i VUR hastalığı olduğunu, %22,8'i şeker hastalığı olduğunu, %4,1'i şeker ve kalp hastalığı olduğunu, %0,5'i tansiyon hastalığı olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların %43,1'i ortalama 3,15 yıldır, %33'ü ortalama 8,11 yıldır, %15,7'si ortalama 15,13 yıldır, %8,1'i ortalama 27,44 yıldır kronik böbrek yetmezliği hastalıklarının olduğunu bildirmişleridir.

Hastaların %64'ü ortalama 2,91 yıldır, %23,9'u ortalama 7,74 yıldır, %9,6'sı ortalama 14,95 yıldır, %2,5'i ortalama 24,00 yıldır hemodiyalize giriyor olduklarını bildirmişlerdir.

Katılımcıların %6,1'i daha önceki organ naklinin başarısız olduğunu %44,2'si organ nakli bekliyor olduğunu, %49,7'si organ nakli planlamıyor olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların %36,5'i daha önce hastalıklarını ilişkin bilgi aldıklarını, %63,4'ü ise böyle bir bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir. Daha önce hastalığına ilişkin bilgi alanların %34,5'i sağlık personelinen, %1,5'i arkadaş/komşudan, %0,5'i basın-yayımdan bilgi aldıklarını belirtmiştir.

Katılımcıların %71,6'sı günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılayabiliyor olduklarını, %4,6'sı tek başına karşılayamıyor olduklarını, %23,9'u günlük ihtiyaçlarını kısmen karşılayabiliyor olduklarını bildirmişlerdir.

Katılımcıların %87,8'i evde bakımları veya tedavileri ile ilgilenen birisinin bulunduğunu, %12,2'si böyle birinin bulunmadığını bildirmiştir. Hastaların %1,5'i kendileriyle ilgilenen kişinin ailesi olduğunu, %5,1'i annesi olduğunu, %2,0'ı bakıcısı olduğunu, %6,6'sı çocukları olduğunu, %43,7'si eşi olduğunu, %3,6'sı gelini olduğunu, %3,5'i kardeşi olduğunu, %17,3'ü kızı olduğunu, %0,5'i komşusu olduğunu, %3,0'ü oğlu olduğunu belirtmiştir. %1,0'i ise herhangi bir bilgi belirtmemiştir (Tablo 4.1.2.1.).

Tablo 4.1.2.1. Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Demografik Özellikleri

<b>Hastalık Özellikleri</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Böbrek Yetmezliğine Sebep Olan Hastalık</b>		
Bilinmiyor	44	22,3
Akut Böbrek Yetmezliği	34	17,3
Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)	52	26,4
Hipertansiyon	54	27,4
Diğer	13	6,6
<b>KBY Dışında Tedavi Görülen Hastalığın Olup Olmadığı</b>		
Evet	72	36,5
Hayır	125	63,4
<b>KBY Dışında Tedavi Görülen Hastalık</b>		
Akdeniz Anemisi	3	1,5
Alkol ve Madde Bağımlılığı	2	1,0
Bel Fıtığı	2	1,0
Kalp	8	4,1
Lupus	1	,5
OKB	1	,5
VUR	1	,5
Şeker Hastalığı	45	22,8
Şeker ve Kalp Hastalığı	8	4,1
Hipertansiyon	1	,5
<b>KBY Hastalığının Süresi</b>		
0-5 yıl	85	43,1
6-10 yıl	65	33,0
11-20 yıl	31	15,7
21-35 yıl	16	8,1
<b>Hemodiyaliz Tedavi Süresi</b>		
0-5 yıl	126	64,0
6-10 yıl	47	23,9
11-20 yıl	19	9,6
21-35 yıl	5	2,5
<b>Organ Nakli Öyküsü</b>		
Başarısız Transplantasyon	12	6,1
Transplantasyon Bekliyor	87	44,2
Transplantasyon Planlamıyor	98	49,7
<b>Daha Önce Hastalığa İlişkin Bilgi Alıp Almadıkları</b>		
Evet	72	36,5
Hayır	125	63,4
<b>Hastalıkla İlgili Bilginin Kimden Alındığı</b>		
Sağlık Personeli	68	34,5
Arkadaş/Komşu	3	1,5
Basın-Yayın	1	,5
<i>Toplam</i>	72	36,5
Daha Önce Bilgi Almayanlar	125	63,5

<b>Günlük İhtiyaçlarımı Tek Başarıma Karşılıyıp Karşılıyamadıkları</b>		
Evet	141	71,6
Hayır	9	4,6
Kısmen	47	23,9
<b>Evde Bakımlarıyla İlgilenen Birisi Olup Olmadığı</b>		
Evet	173	87,8
Hayır	24	12,2
<b>Bakımlarıyla İlgilenen Kişi ile Yakınlık Dereceleri</b>		
Ailem	3	1,5
Annem	10	5,1
Bakıcım	4	2,0
Çocuklarım	13	6,6
Eşim	86	43,7
Gelinim	7	3,6
Kardeşim	7	3,5
Kızım	34	17,3
Komşum	1	,5
Oğlum	6	3,0
Belirtilmemiş	2	1,0
Bakımı ile İlgilenen Yok	24	12,2

## 4.2. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının genel olarak ortalama, yüzdelik ve standart sapmalarına ilişkin bulgular değerlendirilmiştir.

### 4.2.1. Beck Depresyon Ölçeği

Beck Depresyon ölçeğinden alınan puanlar minimum 0 maksimum 68 değerini alırlar ve kesme noktası 17'dir. Bu değerden düşük alanlar depresyonun tespit edilmediği, yüksek olanlar ise depresyonun tespit edildiği katılımcılardır. Katılımcıların Beck Depresyon Ölçeğinden (BDÖ) aldıkları ortalama puanlar ve yüzdelikler Tablo 4.2.1.1'de verilmiştir.

Tablo 4.2.1.1. Beck Depresyon Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar ve Standart Sapmalar

Depresyon	Ortalama	N	Standart Sapma	%
Depresyon yok	9,7692	130	4,05302	%66
Depresyon var	26,2388	67	6,29596	%34
Toplam	15,3706	197	9,23833	%100

### 4.2.2. Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği

Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeğinden (ADDÖ) alınan ortalama puanlar, yüzdelikler ve standart sapmalar Tablo 4.2.2.1'de verilmiştir. Eleştirel/Düşmanca Oluş 29 madde, Duygusal/Aşırı İç İç Geçme 12 maddeden oluşmaktadır. Katılımcıların genel olarak Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ( $\bar{X}=10,20$ ) ve Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ( $\bar{X}=4,94$ ) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.2.1. Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar ve Standart Sapmalar

	N	Ortalama	Standart Sapma	% Düşük	% Yüksek
ADDÖ Eleştirel/Düşmanca Oluş	196	10,2041	3,37094	%58,4	% 41,6
ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme	196	4,9388	2,92931	%52,8	%47,2
ADDÖ Toplam	195	15,1077	4,88145	%54,3	%45,7

#### 4.2.3.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden (ÇBASDÖ) alınan ortalama puanlar, yüzdeler ve standart sapmalar Tablo 4.2.3.1’de verilmiştir. Ölçeğin alt ölçeklerine olan özel bir insanı temsil eden sorulara ilişkin ortalama ( $\bar{X}$ =19,13), aileyi temsil eden sorulara ilişkin ortalama ( $\bar{X}$ =20,61), arkadaşları temsil eden sorulara ilişkin ortalama ( $\bar{X}$ =17,57) bulunmuştur.

Tablo 4.2.3.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanlar ve Standart Sapmalar

	N	Ortalama	Standart Sapma	% Düşük	% Yüksek
ÇBASDÖ Özel bir insan	197	19,1269	5,74893	%45,7	%54,3
ÇBASDÖ Aile	197	20,6091	6,44082	%41,1	%58,9
ÇBASDÖ Arkadaşlar	197	17,5685	5,67321	%47,2	%52,8
ÇBASDÖ Toplam	197	57,3046	16,68063	%45,7	%54,3



### 4.3.Bağımsız Değişkenlere Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Bu bölümde bağımsız değişkenlere göre bağımlı değişkenler arasındaki ortalamaların karşılaştırıldığı varyans analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

#### 4.3.1.Cinsiyete Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Diyaliz hastalarının cinsiyetlerine göre, Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Diyaliz hastalarının cinsiyetlerine göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanları ve alt ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Diyaliz hastalarının cinsiyetlerine göre, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeği ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(3-194)=11,831; p<0.05; p=0.001]. Kadınların ADDÖ Eleştirel/Düşmanca Oluş ortalamaları ( $\bar{X}$ =9,40) erkeklerin ADDÖ Eleştirel/Düşmanca Oluş ortalamalarından ( $\bar{X}$ =11,01) anlamlı şekilde düşüktür. (Tablo 4.3.1.1).

Diyaliz hastalarının cinsiyetlerine göre, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(3-194)=7,988; p<0.05; p=0.005]. Kadınların ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme ortalamaları ( $\bar{X}$ =4,36) erkeklerin ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme ortalamalarından ( $\bar{X}$ =5,25) anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.1.1).

Diyaliz hastalarının cinsiyetlerine göre, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(3-193)=17,972; p<0.05; p=0.000]. Kadınların ADDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$ =13,69) erkeklerin ADDÖ toplam puan ortalamalarından ( $\bar{X}$ =16,53) anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.1.1).

Tablo 4.3.1.1. Cinsiyete Göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ADDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ADDÖ Eleştirel/Düşmanca Oluş	Kadın	98	9,3980	3,14508	p=0.001
	Erkek	98	11,0102	3,41161	
	Toplam	196	10,2041	3,37094	
ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme	Kadın	99	4,3636	2,89776	p=0.005
	Erkek	97	5,5258	2,85808	
	Toplam	196	4,9388	2,92931	
ADDÖ Toplam	Kadın	98	13,6939	4,58237	p=0.000
	Erkek	97	16,5361	4,77856	
	Toplam	195	15,1077	4,88145	

#### 4.3.2.Yaş Gruplarına Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Diyaliz hastalarının yaş gruplarına göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(2-194)=10,997$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.000$ ]. Tukey testine göre, 61 yaş ve üstü olanların BDÖ ortalama puanları ( $\bar{X}=18,62$ ) 19-40 yaş grubu olanların BDÖ ortalama puanlarından ( $\bar{X}=12,16$ ) ve 41-60 yaş grubu olanların BDÖ ortalama puanlarından ( $\bar{X}=13,04$ ) anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.2.1).

Tablo 4.3.2.1. Yaş Gruplarına Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	BDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
BDÖ	19-40	37	12,1622	8,77975	p=0.000
	41-60	72	13,0417	8,55872	
	61 ve üstü	88	18,6250	9,00104	
	Toplam	197	15,3706	9,23833	

Diyaliz hastalarının yaş gruplarına göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-193)=7,646; p<0.05; p=0.001]. Tukey testine göre, 61 ve üstü yaş grubunda olanların ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar ( $\bar{X}$ =4,19) ile 19-40 yaş grubunda olanların ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlarından ( $\bar{X}$ =6,32) anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.2.2).

Diyaliz hastalarının yaş gruplarına göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-192)=5,318; p<0.05; p=0.006]. Tukey testine göre, 61 ve üstü yaş grubunda olanların ADDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$ =13,96) ile 19-40 yaş grubunda olanların ADDÖ toplam puan ortalamalarından ( $\bar{X}$ =16,83) anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.2.2).

Diyaliz hastalarının yaş gruplarına göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4.3.2.2. Yaş Gruplarına Göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği ve Alt Ölçekleri Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ADDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme	19-40	37	6,3243	2,97260	p=0.001
	41-60	71	5,1408	2,70606	
	61 ve üstü	88	4,1932	2,87621	
	Toplam	196	4,9388	2,92931	
ADDÖ Toplam	19-40	36	16,8333	5,37986	p=0.006
	41-60	71	15,6479	4,53588	
	61 ve üstü	88	13,9659	4,70619	
	Toplam	195	15,1077	4,88145	

Diyaliz hastalarının yaş gruplarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(2-194)=8,689$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.000$ ]. Tukey testine göre, 61 yaş ve üstü grupta bulunanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}=52,06$ ) 19-40 yaş grubu ( $\bar{X}=60,05$ ) ve 41-60 yaş grubu ( $\bar{X}=62,29$ ) ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.2.3).

Diyaliz hastalarının yaş gruplarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(2-194)=5,217$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.006$ ]. Tukey testine göre, 61 yaş ve üstü grupta bulunanların ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}=17,69$ ) 41-60 yaş grubu ( $\bar{X}=20,41$ ) ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.2.3).

Diyaliz hastalarının yaş gruplarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(2-194)=10,566$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.000$ ]. Tukey testine göre, 61 yaş ve üstü grupta bulunanların ÇBASDÖ Aile alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}=18,39$ ) 19-40 yaş grubu ( $\bar{X}=21,78$ ) ve 41-60 yaş grubu ( $\bar{X}=22,71$ ) ÇBASDÖ Aile alt ölçeği puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.2.3).

Diyaliz hastalarının yaş gruplarına göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [ $F(2-194)=6,982$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.001$ ]. Tukey testine göre, 61 yaş ve üstü grupta bulunanların ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}=15,97$ ) 41-60 yaş grubu ( $\bar{X}=19,17$ ) ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.2.3).

Tablo 4.3.2.3. Yaş Gruplarına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ÇBASDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ÇBASDÖ Toplam	19-40	37	60,0541	13,72335	p=0.000
	41-60	72	62,2917	13,98031	
	61 ve üstü	88	52,0682	18,38152	
	Toplam	197	57,3046	16,68063	
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	19-40	37	20,0270	5,20943	p=0.006
	41-60	72	20,4167	4,94975	
	61 ve üstü	88	17,6932	6,27961	
	Toplam	197	19,1269	5,74893	
ÇBASDÖ Aile	19-40	37	21,7838	5,33924	p=0.000
	41-60	72	22,7083	5,35615	
	61 ve üstü	88	18,3977	7,00499	
	Toplam	197	20,6091	6,44082	
ÇBASDÖ Arkadaşlar	19-40	37	18,2432	5,62438	p=0.001
	41-60	72	19,1667	4,84986	
	61 ve üstü	88	15,9773	5,94607	
	Toplam	197	17,5685	5,67321	

#### 4.3.3.Eğitim Durumuna Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Diyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(4-192)=14,900$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.000$ ]. Tukey testine göre, okuma-yazma bilmeyenlerin BDÖ ortalama puanları ( $\bar{X}=22,57$ ), ilköğretim mezunlarının ( $\bar{X}=14,47$ ); lise mezunlarının ( $\bar{X}=13,37$ ); fakülte/yüksekokul mezunlarının ( $\bar{X}=7,83$ ) ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Fakülte/yüksekokul mezunlarının ( $\bar{X}=7,83$ ) BDÖ ortalama puanları, ilköğretim mezunlarının BDÖ ortalamalarından ( $\bar{X}=14,47$ ) ve lise mezunlarının BDÖ ortalamalarından ( $\bar{X}=13,37$ ) anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.3.1).

Tablo 4.3.3.1. Eğitim Durumuna Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	BDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
BDÖ	Okuma-Yazma Bilmiyor	19	22,5789	9,86754	p=0.000
	Okuma-Yazma Biliyor	33	21,7576	8,82125	
	İlköğretim Mezunu	68	14,4706	8,63086	
	Lise Mezunu	53	13,3774	7,66417	
	Fakülte/Yüksekokul Mezunu	24	7,8333	4,55561	
	Toplam	197	15,3706	9,23833	

Diyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(4-191)=3,600$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.007$ ]. Tukey testine göre, fakülte/yüksekokul mezunlarının ADDÖ Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}=8,66$ ) okuma-yazma bilmeyenlerin ( $\bar{X}=11,73$ ) ve lise mezunlarının ( $\bar{X}=11,03$ ) ADDÖ Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeği puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.3.2).

Diyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(4-191)=3,346$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.011$ ]. Tukey testine göre, okuma-yazma bilmeyenlerin ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği ortalamaları ( $\bar{X}=3,00$ ) fakülte/yüksekokul mezunlarının ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği ortalamalarından ( $\bar{X}=5,79$ ) ve lise mezunlarının ( $\bar{X}=5,42$ ) ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.3.2).

Diyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 4.3.3.2. Eğitim Durumuna Göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ADDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ADDÖ Eleştirel/ Düşmanca Oluş	Okuma-Yazma Bilmiyor	19	11,7368	3,34734	p=0.007
	Okuma-Yazma Biliyor	33	10,1212	3,47992	
	İlköğretim Mezunu	67	9,7015	3,14794	
	Lise Mezunu	53	11,0377	3,55702	
	Fakülte/Yüksekokul Mezunu	24	8,6667	2,63202	
	Toplam	196	10,2041	3,37094	
ADDÖ Duygusal/ Aşırı İç İç Geçme	Okuma-Yazma Bilmiyor	19	3,0000	2,62467	p=0.011
	Okuma-Yazma Biliyor	33	4,4545	3,08313	
	İlköğretim Mezunu	68	5,0441	2,98970	
	Lise Mezunu	52	5,4231	2,70327	
	Fakülte/Yüksekokul Mezunu	24	5,7917	2,66995	
	Toplam	196	4,9388	2,92931	

Diyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(4-192)=13,455; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, okuma-yazma bilmeyenlerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$ =40,79) ile ilköğretim mezunlarının ( $\bar{X}$ =60,86); lise mezunlarının ( $\bar{X}$ =59,41); fakülte/yüksekokul mezunlarının ( $\bar{X}$ =68,25) ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür. Okuma-yazma bilenlerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$ =48,12) ilköğretim mezunlarının ( $\bar{X}$ =60,86); lise mezunlarının ( $\bar{X}$ =59,41); fakülte/yüksekokul mezunlarının ( $\bar{X}$ =68,25) ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.3.3).

Diyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(4-192)=11,361; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, okuma-yazma bilmeyenlerin ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}$ =14,00)

ilköğretim mezunlarının ( $\bar{X}=19,86$ ); lise mezunlarının ( $\bar{X}=19,79$ ); fakülte/yüksekokul mezunlarının ( $\bar{X}=23,37$ ) ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür. Okuma-yazma bilenlerin ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}=16,39$ ) ilköğretim mezunlarının ( $\bar{X}=19,86$ ); lise mezunlarının ( $\bar{X}=19,79$ ); fakülte/yüksekokul mezunlarının ( $\bar{X}=23,37$ ) ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür. Fakülte/yüksekokul mezunlarının ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}=23,37$ ) ilköğretim mezunlarının ( $\bar{X}=19,86$ ) ve lise mezunlarının ( $\bar{X}=19,79$ ) ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.3.3).

Diyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(4-192)=13,679$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.000$ ]. Tukey testine göre, okuma-yazma bilmeyenlerin ÇBASDÖ Aile alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}=14,05$ ) ilköğretim mezunlarının ( $\bar{X}=22,12$ ); lise mezunlarının ( $\bar{X}=21,62$ ); fakülte/yüksekokul mezunlarının ( $\bar{X}=24,33$ ) ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.4.3.3). Okuma-yazma bilenlerin ÇBASDÖ Aile alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}=16,93$ ) ilköğretim mezunlarının ( $\bar{X}=22,12$ ); lise mezunlarının ( $\bar{X}=21,62$ ); fakülte/yüksekokul mezunlarının ( $\bar{X}=24,33$ ) ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.3.3).

Diyaliz hastalarının eğitim durumlarına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(4-192)=9,455$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.000$ ]. Tukey testine göre, okuma-yazma bilmeyenlerin ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}=12,73$ ) ilköğretim mezunlarının ( $\bar{X}=18,88$ ); lise mezunlarının ( $\bar{X}=18,00$ ); fakülte/yüksekokul mezunlarının ( $\bar{X}=20,54$ ) ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.3.3). Okuma-yazma bilenlerin ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}=14,78$ ) ilköğretim mezunlarının ( $\bar{X}=18,88$ ); lise mezunlarının ( $\bar{X}=18,00$ ); fakülte/yüksekokul mezunlarının ( $\bar{X}=20,54$ ) ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.3.3).



Tablo 4.3.3.3. Eğitim Durumuna Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ÇBASDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ÇBASDÖ Toplam	Okuma-Yazma Bilmiyor	19	40,7895	18,57292	p=0.000
	Okuma-Yazma Biliyor	33	48,1212	16,99036	
	İlköğretim Mezunu	68	60,8676	14,66227	
	Lise Mezunu	53	59,4151	14,28479	
	Fakülte/Yüksekokul Mezunu	24	68,2500	9,63350	
	Toplam	197	57,3046	16,68063	
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	Okuma-Yazma Bilmiyor	19	14,0000	6,32456	p=0.000
	Okuma-Yazma Biliyor	33	16,3939	5,69506	
	İlköğretim Mezunu	68	19,8676	5,37797	
	Lise Mezunu	53	19,7925	4,90039	
	Fakülte/Yüksekokul Mezunu	24	23,3750	3,57300	
	Toplam	197	19,1269	5,74893	
ÇBASDÖ Aile	Okuma-Yazma Bilmiyor	19	14,0526	6,47623	p=0.000
	Okuma-Yazma Biliyor	33	16,9394	6,40283	
	İlköğretim Mezunu	68	22,1176	5,64505	
	Lise Mezunu	53	21,6226	5,91356	
	Fakülte/Yüksekokul Mezunu	24	24,3333	3,65545	
	Toplam	197	20,6091	6,44082	
ÇBASDÖ Arkadaşlar	Okuma-Yazma Bilmiyor	19	12,7368	6,10867	p=0.000
	Okuma Yazma Biliyor	33	14,7879	5,71050	
	İlköğretim Mezunu	68	18,8824	5,15876	
	Lise Mezunu	53	18,0000	4,99230	
	Fakülte/Yüksekokul Mezunu	24	20,5417	4,54905	
	Toplam	197	17,5685	5,67321	

#### 4.3.4. Medeni Duruma Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Diyaliz hastalarının medeni durumlarına göre, Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(2-194)=10,645$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.000$ ]. Medeni durumu dul olanların BDÖ puan ortalamaları ( $\bar{X} =22,34$ ) medeni durumu evli olanların ( $\bar{X} =14,17$ ) ve medeni durumu bekar olanların ( $\bar{X} =14,10$ ) BDÖ puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.4.1).

Tablo 4.3.4.1. Medeni Duruma Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	BDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
BDÖ	Evli	140	14,1786	8,14462	p=0.000
	Bekar	28	14,1071	10,33634	
	Dul	29	22,3448	10,29659	
	Toplam	197	15,3706	9,23833	

Diyaliz hastalarının medeni durumlarına göre, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(2-193)=3,657$ ;  $p<0.05$ ;  $0.028$ ]. Medeni durumu dul olanların ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X} =3,68$ ) medeni durumu bekar olanların ( $\bar{X} =5,64$ ) ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.4.2).

Diyaliz hastalarının medeni durumlarına göre, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği toplam puan ve Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.3.4.2. Medeni Duruma Göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ADDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme	Evli	139	5,0576	2,75515	p=0.028
	Bekar	28	5,6429	3,47706	
	Dul	29	3,6897	2,91674	
	Toplam	196	4,9388	2,92931	

Diyaliz hastalarının medeni durumlarına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-194)=9,431; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, Medeni durumu dul olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =46,37) ile medeni durumu evli olanların ( $\bar{X}$  =60,15) ve medeni durumu bekar olanların ( $\bar{X}$  =54,39) ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.4.3).

Diyaliz hastalarının medeni durumlarına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-194)=5,944; p<0.05; p=0.003]. Tukey testine göre, Medeni durumu dul olanların ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =15,82) medeni durumu evli olanların ( $\bar{X}$  =19,76) ve medeni durumu bekar olanların ( $\bar{X}$  =19,35) ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.4.3).

Diyaliz hastalarının medeni durumlarına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-194)=18,696; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, Medeni durumu evli olanların ÇBASDÖ Aile alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =22,23) medeni durumu dul olanların ( $\bar{X}$  =15,75) ve medeni durumu bekar olanların ( $\bar{X}$  =17,53) ÇBASDÖ Aile alt ölçeği puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.4.3).

Diyaliz hastalarının medeni durumlarına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-194)=4,371; p<0.05; p=0.014]. Tukey testine göre, Medeni durumu evli olanların ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =18,15) medeni durumu dul olanların ( $\bar{X}$  =14,79) ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.4.3).

Tablo 4.3.4.3. Medeni Duruma Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği  
Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ÇBASDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ÇBASDÖ Toplam	Evli	140	60,1500	15,19084	p=0.000
	Bekar	28	54,3929	15,81453	
	Dul	29	46,3793	19,70753	
	Toplam	197	57,3046	16,68063	
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	Evli	140	19,7643	5,36658	p=0.003
	Bekar	28	19,3571	5,75560	
	Dul	29	15,8276	6,56326	
	Toplam	197	19,1269	5,74893	
ÇBASDÖ Aile	Evli	140	22,2286	5,48555	p=0.000
	Bekar	28	17,5357	6,27448	
	Dul	29	15,7586	7,49121	
	Toplam	197	20,6091	6,44082	
ÇBASDÖ Arkadaşlar	Evli	140	18,1571	5,41683	p=0.014
	Bekar	28	17,5000	5,48736	
	Dul	29	14,7931	6,39408	
	Toplam	197	17,5685	5,67321	

#### 4.3.5. Aile Tipine Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Diyaliz hastalarının aile tipine göre, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği toplam puan ve alt ölçekleri ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Diyaliz hastalarının aile tipine göre, Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(3-193)=10,995$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.000$ ]. Tukey testine göre, çekirdek ailede yaşayanların BDÖ puan ortalamaları ( $\bar{X} = 12,75$ ) yalnız yaşayanların ( $\bar{X} = 18,21$ ); geleneksel geniş ailede yaşayanların ( $\bar{X} = 17,86$ ); parçalanmış ailede yaşayanların ( $\bar{X} = 24,57$ ) BDÖ puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür. Çekirdek aile dışındaki aile tipleri arasında BDÖ ortama puanları açısından anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 4.3.5.1).

Tablo 4.3.5.1. Aile Tipine Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	BDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
BDÖ	Yalnız yaşıyor	23	18,2174	12,16910	p=0.000
	Geleneksel geniş aile	44	17,8636	9,27259	
	Çekirdek aile	116	12,7500	7,44239	
	Parçalanmış aile	14	24,5714	8,59977	
	Toplam	197	15,3706	9,23833	

Diyaliz hastalarının aile tipine göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(3-193)=8,758$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.000$ ]. Tukey testine göre çekirdek ailede yaşayanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X} = 61,41$ ) yalnız yaşayanların ( $\bar{X} = 48,65$ ) ve parçalanmış ailede yaşayanların ( $\bar{X} = 43,42$ ) ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.5.2).

Diyaliz hastalarının aile tipine göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Bir İnsan alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(3-193)=4,027$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.008$ ]. Tukey testine göre, çekirdek ailede yaşayanların ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçek puan ortalamaları ( $\bar{X} = 20,07$ ) parçalanmış ailede yaşayanların ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçek puan ortalamalarından ( $\bar{X} = 15,50$ ) anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.5.2).

Diyaliz hastalarının aile tipine göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(3-193)=16,213$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.000$ ]. Tukey testine göre, çekirdek ailede yaşayanların ÇBASDÖ Aile alt ölçek puan ortalamaları ( $\bar{X}=22,66$ ) yalnız yaşayanların ( $\bar{X}=15,52$ ), geleneksel geniş ailede yaşayanların ( $\bar{X}=19,79$ ), parçalanmış ailede yaşayanların ( $\bar{X}=14,50$ ) ÇBASDÖ Aile alt ölçek puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. Geleneksel geniş ailede yaşayanların ÇBASDÖ Aile alt ölçek puan ortalamaları ( $\bar{X}=19,22$ ) yalnız yaşayanların ( $\bar{X}=15,52$ ), parçalanmış ailede yaşayanların ( $\bar{X}=14,50$ ) ÇBASDÖ Aile alt ölçek puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.5.2).

Diyaliz hastalarının aile tipine göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaşlar alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(3-193)=5,130$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.000$ ]. Tukey testine göre, çekirdek ailede yaşayanların ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçek puan ortalamaları ( $\bar{X}=18,67$ ) parçalanmış ailede yaşayanların ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçek puan ortalamalarından ( $\bar{X}=13,43$ ) anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.5.2).

Tablo 4.3.5.2. Aile Tipine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ÇBASDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ÇBASDÖ Toplam	Yalnız yaşıyor	23	48,6522	20,02637	p=0.000
	Geleneksel geniş aile	44	55,4091	18,05588	
	Çekirdek aile	116	61,4138	13,90406	
	Parçalanmış aile	14	43,4286	15,00623	
	Toplam	197	57,3046	16,68063	
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	Yalnız yaşıyor	23	17,1739	7,06883	p=0.008
	Geleneksel geniş aile	44	18,7955	6,10977	
	Çekirdek aile	116	20,0776	5,16367	
	Parçalanmış aile	14	15,5000	5,00384	
	Toplam	197	19,1269	5,74893	
ÇBASDÖ Aile	Yalnız yaşıyor	23	15,5217	7,36620	p=0.000
	Geleneksel geniş aile	44	19,7955	6,17790	
	Çekirdek aile	116	22,6638	5,16501	
	Parçalanmış aile	14	14,5000	6,74537	
	Toplam	197	20,6091	6,44082	
ÇBASDÖ Arkadaşlar	Yalnız yaşıyor	23	15,9565	6,69788	p=0.002
	Geleneksel geniş aile	44	16,8182	6,12761	
	Çekirdek aile	116	18,6724	5,04204	
	Parçalanmış aile	14	13,4286	4,94142	
	Toplam	197	17,5685	5,67321	

#### 4.3.6.Sosyal Güvenceye Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Diyaliz hastalarının sosyal güvencelerine göre, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği toplam puan ve alt ölçekleri ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Diyaliz hastalarının sosyal güvencelerine göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(4-192)=5,493; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, Sosyal güvencesi Emekli Sandığı olanların BDÖ ortalamaları ( $\bar{X}$ =23,00) sosyal güvencesi SSK olanların BDÖ ortalamalarından ( $\bar{X}$ =14,41) ve sosyal güvencesi BAĞ-KUR olanların BDÖ ortalamalarından ( $\bar{X}$ =13,39) anlamlı şekilde daha yüksektir. Diğer yandan yine Tukey testine göre Sosyal güvencesi Yeşil Kart olanların BDÖ ortalamaları ( $\bar{X}$ =20,65) sosyal güvencesi SSK olanların BDÖ ortalamalarından ( $\bar{X}$ =14,41) ve sosyal güvencesi BAĞ-KUR olanların BDÖ ortalamalarından ( $\bar{X}$ =13,39) anlamlı şekilde daha yüksektir. Diğer sosyal güvence türlerine göre BDÖ ortalamaları arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 4.3.6.1).

Tablo 4.3.6.1. Sosyal Güvenceye Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

BDÖ	N	BDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
SSK	81	14,4074	9,73239	p=0.000
BAĞ-KUR	75	13,3867	6,69387	
Emekli Sandığı	11	23,0000	8,76356	
Yeşil Kart	23	20,6522	10,94868	
Sosyal güvencem yok	7	18,4286	10,89124	
Toplam	197	15,3706	9,23833	



Diyaliz hastalarının sosyal güvencelerine göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(4-192)=5,787; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, sosyal güvencesi Yeşil Kart olanların ÇBASDÖ Toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$ =46,00) sosyal güvencesi SSK olanların ÇBASDÖ Toplam puan ortalamalarından ( $\bar{X}$ =59,49) ve sosyal güvencesi BAĞ-KUR olanların ÇBASDÖ Toplam puan ortalamalarından ( $\bar{X}$ =60,58) anlamlı şekilde daha düşüktür. Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.3.6.2).

Diyaliz hastalarının sosyal güvencelerine göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Bir İnsan Puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(4-192)=4,197; p<0.05; 0.003]. Tukey testine göre, sosyal güvencesi Yeşil Kart olanların ÇBASDÖ Özel Bir İnsan puan ortalamaları ( $\bar{X}$ =15,56) sosyal güvencesi SSK olanların ÇBASDÖ Özel Bir İnsan puan ortalamalarından ( $\bar{X}$ =19,65) ve sosyal güvencesi BAĞ-KUR olanların ÇBASDÖ Özel Bir İnsan puan ortalamalarından ( $\bar{X}$ =20,22) anlamlı şekilde daha düşüktür. Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.3.6.2).

Diyaliz hastalarının sosyal güvencelerine göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile Puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(4-192)=8,767; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, sosyal güvencesi Yeşil Kart olanların ÇBASDÖ Aile puan ortalamaları ( $\bar{X}$ =15,86) sosyal güvencesi SSK olanların ÇBASDÖ Aile puan ortalamalarından ( $\bar{X}$ =21,39) ve sosyal güvencesi BAĞ-KUR olanların ÇBASDÖ Aile puan ortalamalarından ( $\bar{X}$ =22,34) anlamlı şekilde daha düşüktür. Yine Tukey testine göre sosyal güvencesi olmayanların ÇBASDÖ Aile puan ortalamaları ( $\bar{X}$ =13,57) sosyal güvencesi SSK olanların ÇBASDÖ Aile puan ortalamalarından ( $\bar{X}$ =21,39) ve sosyal güvencesi BAĞ-KUR olanların ÇBASDÖ Aile puan ortalamalarından ( $\bar{X}$ =22,34) anlamlı şekilde daha düşüktür. Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.3.6.2).

Diyaliz hastalarının sosyal güvencelerine göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaşlar Puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(4-192)=3,021$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.019$ ]. Tukey testine göre, sosyal güvencesi Yeşil Kart olanların ÇBASDÖ Arkadaşlar puan ortalamaları ( $\bar{X}=14,56$ ) sosyal güvencesi SSK olanların ÇBASDÖ Arkadaşlar puan ortalamalarından ( $\bar{X}=18,44$ ) anlamlı şekilde daha düşüktür. Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.3.6.2).

Tablo 4.3.6.2. Sosyal Güvenceye Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ÇBASDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ÇBASDÖ Toplam	SSK	81	59,4938	17,52507	p=0.000
	BAĞ-KUR	75	60,5867	12,86845	
	Emekli Sandığı	11	51,1818	16,11098	
	Yeşil Kart	23	46,0000	17,08003	
	Sosyal güvencem yok	7	43,5714	21,71679	
	Toplam	197	57,3046	16,68063	
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	SSK	81	19,6543	6,11179	p=0.003
	BAĞ-KUR	75	20,2267	4,58132	
	Emekli Sandığı	11	17,3636	5,51856	
	Yeşil Kart	23	15,5652	5,88392	
	Sosyal güvencem yok	7	15,7143	7,63139	
	Toplam	197	19,1269	5,74893	
ÇBASDÖ Aile	SSK	81	21,3951	6,47047	p=0.000
	BAĞ-KUR	75	22,3467	4,90310	
	Emekli Sandığı	11	17,3636	5,44560	
	Yeşil Kart	23	15,8696	6,69670	
	Sosyal güvencem yok	7	13,5714	8,79123	
	Toplam	197	20,6091	6,44082	
ÇBASDÖ Arkadaşlar	SSK	81	18,4444	5,95609	p=0.019
	BAĞ-KUR	75	18,0133	4,80848	
	Emekli Sandığı	11	16,4545	6,48635	
	Yeşil Kart	23	14,5652	5,34982	
	Sosyal güvencem yok	7	14,2857	7,47695	
	Toplam	197	17,5685	5,67321	

#### 4.3.7.Böbrek Yetmezliği Dışında Başka Hastalığın Varlığına Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığın varlığına göre, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği toplam puan ve alt ölçekleri ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığın varlığına göre, Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(1-195)=12,224; p<0.05; p=0.050]. KBY hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığının da olduğunu söyleyenlerin BDÖ ortalamaları ( $\bar{X}$  =18,31) böyle bir hastalığı bulunmadığını söyleyenlerin BDÖ ortalamalarından ( $\bar{X}$  =13,67) anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.7.1).

Tablo 4.3.7.1. Böbrek Yetmezliği Dışında Başka Hastalığın Varlığına Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	BDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
BDÖ	Evet	72	18,3194	9,43447	p=0.050
	Hayır	125	13,6720	8,71667	
	Toplam	197	15,3706	9,23833	

Diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığın varlığına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(1-195)=10,948; p<0.05; p=0.076]. Diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığının da olduğunu söyleyenlerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =52,25) böyle bir hastalığı bulunmadığını söyleyenlerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarından ( $\bar{X}$  =60,22) anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.7.2).

Diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığın varlığına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(1-195)=9,312$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.099$ ]. Diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığının da olduğunu söyleyenlerin ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X} =17,51$ ) böyle bir hastalığı bulunmadığını söyleyenlerin ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamalarından ( $\bar{X} =20,06$ ) anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.7.2).

Diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığın varlığına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(1-195)=10,515$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.057$ ]. Diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığının da olduğunu söyleyenlerin ÇBASDÖ Aile alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X} =18,69$ ) böyle bir hastalığı bulunmadığını söyleyenlerin ÇBASDÖ Aile alt ölçeği puan ortalamalarından ( $\bar{X} =21,71$ ) anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.7.2).

Diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığın varlığına göre, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(1-195)=8,535$ ;  $p<0.05$ ;  $p=0.068$ ]. Diyaliz hastalarının böbrek yetmezliği dışında başka hastalığının da olduğunu söyleyenlerin ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamaları ( $\bar{X} =16,04$ ) böyle bir hastalığı bulunmadığını söyleyenlerin ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamalarından ( $\bar{X} =18,44$ ) anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.7.2).

Tablo 4.3.7.2. Böbrek Yetmezliği Dışında Başka Hastalığın Varlığına Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ÇBASDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ÇBASDÖ Toplam	Evet	72	52,2500	17,51920	p=0.076
	Hayır	125	60,2160	15,51409	
	Toplam	197	57,3046	16,68063	
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	Evet	72	17,5139	5,73104	p=0.099
	Hayır	125	20,0560	5,57255	
	Toplam	197	19,1269	5,74893	
ÇBASDÖ Aile	Evet	72	18,6944	6,71898	p=0.057
	Hayır	125	21,7120	6,03059	
	Toplam	197	20,6091	6,44082	
ÇBASDÖ Arkadaşlar	Evet	72	16,0417	5,97280	p=0.068
	Hayır	125	18,4480	5,32107	
	Toplam	197	17,5685	5,67321	

#### 4.3.8.Hastalık Süresine Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Diyaliz hastalarının hastalık sürelerine göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(3-193)=4,580; p<0.05; p=0.004]. Tukey testine göre, 21-35 yıldır ( $\bar{X}$  =21,56) kronik böbrek yetmezliği olanların BDÖ ortalamaları, 0-5 yıldır ( $\bar{X}$  =13,75), kronik böbrek yetmezliği olanların BDÖ ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. 21-35 yıldır ( $\bar{X}$  =21,56) kronik böbrek yetmezliği olanların BDÖ ortalamaları, 6-10 yıldır ( $\bar{X}$  =14,43) kronik böbrek yetmezliği olanların BDÖ ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.8.1). Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.3.8.1.Hastalık Süresine Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

	Yıl	N	BDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
BDÖ	0-5	85	13,8824	7,57881	p=0.004
	6-10	65	14,4308	8,53297	
	11-20	31	18,2258	10,33025	
	21-35	16	21,5625	13,97602	
	Toplam	197	15,3706	9,23833	

Diyaliz hastalarının hastalık sürelerine göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeği ortalamaları, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği ortalamaları ve Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Diyaliz hastalarının hastalık sürelerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Bir İnsan alt ölçeği, Aile alt ölçeği ve Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Diyaliz hastalarının hastalık sürelerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(3-193)=3,666; p<0.05; p=0.013]. Tukey testine göre, 0-5 yıldır ( $\bar{X}$  =59,50) kronik böbrek yetmezliği olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları 21-35 yıldır ( $\bar{X}$  =46,19) kronik böbrek yetmezliği çekenlerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. 6-10 yıldır ( $\bar{X}$  =58,86) kronik böbrek yetmezliği olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları 21-35 yıldır ( $\bar{X}$  =46,19) kronik böbrek yetmezliği olanların ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir. (Tablo 4.3.8.2). Diğer ortalamalar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.3.8.2.Hastalık Süresine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

	Yıl	N	ÇBASDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ÇBASDÖ Toplam	0-5	85	59,5059	15,05357	p=0.013
	6-10	65	58,8615	15,98718	
	11-20	31	53,7419	18,54358	
	21-35	16	46,1875	19,80983	
	Toplam	197	57,3046	16,68063	

#### 4.3.9.Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresine Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Diyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisi görme sürelerine göre Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(3-193)=4,256; p<0.05; p=0.006]. Tukey testine göre, 11-20 yıldır ( $\bar{X}$  =21,58) hemodiyaliz tedavisi gören böbrek yetmezliği hastalarının BDÖ ortalamaları 0-5 yıl ( $\bar{X}$  =13,98) hemodiyaliz tedavisi gören böbrek hastalarının BDÖ ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.9.1). Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.3.9.1. Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresine Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

	Yıl	N	BDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
BDÖ	0-5	126	13,9841	8,41901	p=0.006
	6-10	47	16,4043	9,44931	
	11-20	19	21,5789	11,45191	
	21-35	5	17,0000	9,51315	
	Toplam	197	15,3706	9,23833	



Diyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisi görme sürelerine göre, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği toplam puan ortalamaları, Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeği puan ortalamaları ve Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Diyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisi görme sürelerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(3-193)=4,861; p<0.05; p=0.003]. Tukey testine göre, 0-5 yıldır hemodiyaliz tedavisi gören böbrek yetmezliği hastalarının ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =60,35) 11-20 yıldır hemodiyaliz tedavisi gören böbrek yetmezliği hastalarının ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =49,05) anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.9.2). Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Diyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisi görme sürelerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(3-131)=6,309; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, 0-5 yıldır hemodiyaliz tedavisi gören böbrek yetmezliği hastalarının ÇBASDÖ Aile alt ölçeği ortalamaları ( $\bar{X}$  = 21,96), 6-10 yıldır ( $\bar{X}$  =19,00) hemodiyaliz tedavisi gören böbrek yetmezliği hastalarının ÇBASDÖ Aile alt ölçeği ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.9.2). Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır

Diyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisi görme sürelerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaşlar alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [F(3-193)=4,540; p<0.05; 0.004]. Tukey testine göre, 0-5 yıldır hemodiyaliz tedavisi gören böbrek yetmezliği hastalarının ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği ortalamaları ( $\bar{X}$  =18,56) 11-20 yıldır hemodiyaliz tedavisi gören böbrek yetmezliği hastalarının ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği ortalamalarından ( $\bar{X}$  =15,00) anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.9.2). Diğer ortalamalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Diyaliz hastalarının hemodiyaliz tedavisi görme sürelerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Bir İnsan alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.3.9.2. Hemodiyaliz Tedavisi Görme Süresine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

	Yıl	N	ÇBASDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ÇBASDÖ Toplam	0-5	126	60,3571	14,97543	p=0.003
	6-10	47	53,7872	17,58574	
	11-20	19	49,0526	20,21956	
	21-35	5	44,8000	16,48332	
	Toplam	197	57,3046	16,68063	
ÇBASDÖ Aile	0-5	126	21,9603	5,64751	p=0.000
	6-10	47	19,0000	6,92506	
	11-20	19	16,7895	7,61270	
	21-35	5	16,2000	6,49615	
	Toplam	197	20,6091	6,44082	
ÇBASDÖ Arkadaşlar	0-5	126	18,5635	5,18073	p=0.004
	6-10	47	16,4255	5,85233	
	11-20	19	15,0000	7,03957	
	21-35	5	13,0000	4,18703	
	Toplam	197	17,5685	5,67321	

#### 4.3.10. Organ Nakli Öyküsüne Göre Bulguların Değerlendirilmesi

Diyaliz hastalarının organ nakli öyküsüne göre Beck Depresyon Ölçeği ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [ $F(2-194)=25,604$ ;  $p<0.05$ ; 0.000]. Tukey testine göre, transplantasyon bekleyenlerin BDÖ ortalamaları ( $\bar{X} = 10,75$ ) başarısız transplantasyon öyküsü olanlar ( $\bar{X} = 22,67$ ) ve transplantasyon planlamıyor olanların ( $\bar{X} = 18,57$ ) BDÖ ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.10.1).

Tablo 4.3.10.1. Organ Nakli Öyküsüne Göre Beck Depresyon Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	BDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
BDÖ	Başarısız transplantasyon	12	22,6667	13,95664	p=0.000
	Transplantasyon bekliyor	87	10,7586	6,52360	
	Transplantasyon planlamıyor	98	18,5714	8,75320	
	Toplam	197	15,3706	9,23833	

Diyaliz hastalarının organ nakli öyküsüne göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeği ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-193)=4,472; p<0.05; p=0.013]. Tukey testine göre, başarısız transplantasyon öyküsü olanların ADDÖ Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeği ortalamaları ( $\bar{X}$  =12,91) transplantasyon bekleyenlerin ( $\bar{X}$  =10,18) ve transplantasyon planlamayanların ( $\bar{X}$  =9,88) ADDÖ Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeği ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.10.2).

Diyaliz hastalarının organ nakli öyküsüne göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-193)=7,074; p<0.05; p=0.001]. Tukey testine göre, transplantasyon bekleyenlerin ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği ortalamaları ( $\bar{X}$  =5,79) transplantasyon planlamayanların ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği ortalamalarından ( $\bar{X}$  =4,21) anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.10.2).

Diyaliz hastalarının organ nakli öyküsüne göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-192)=5,069; p<0.05; p=0.007]. Tukey testine göre, transplantasyon planlamayanların ADDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =14,10) transplantasyon bekleyenler ( $\bar{X}$  =15,90) ve başarısız transplantasyon öyküsü olanların ( $\bar{X}$  =17,66) ADDÖ toplam puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4.3.10.2).

Tablo 4.3.10.2. Organ Nakli Öyküsüne Göre Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ADDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ADDÖ Eleştirel/ Düşmanca Oluş	Başarısız transplantasyon	12	12,9167	3,82476	p=0.013
	Transplantasyon bekliyor	86	10,1860	3,03126	
	Transplantasyon planlamıyor	98	9,8878	3,48156	
	Toplam	196	10,2041	3,37094	
ADDÖ Duygusal/ Aşırı İç İç Geçme	Başarısız transplantasyon	12	4,7500	3,33371	p=0.001
	Transplantasyon bekliyor	86	5,7907	2,93104	
	Transplantasyon planlamıyor	98	4,2143	2,69880	
	Toplam	196	4,9388	2,92931	
ADDÖ Toplam	Başarısız transplantasyon	12	17,6667	5,28004	p=0.007
	Transplantasyon bekliyor	85	15,9059	4,71983	
	Transplantasyon planlamıyor	98	14,1020	4,77642	
	Toplam	195	15,1077	4,88145	

Diyaliz hastalarının organ nakli öyküsüne göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-194)=21,091; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, transplantasyon bekleyenlerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =64,90) transplantasyon planlamayanların ( $\bar{X}$  =52,19) ve başarısız transplantasyon öyküsü olanların ( $\bar{X}$  =43,91) ÇBASDÖ toplam puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.10.3).

Diyaliz hastalarının organ nakli öyküsüne göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Bir İnsan alt ölçek ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-194)=14,837; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, transplantasyon bekleyenlerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =21,37) transplantasyon planlamayanların ( $\bar{X}$  =17,62) ve başarısız transplantasyon öyküsü olanların ( $\bar{X}$  =15,08) ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçek ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.10.3).

Diyaliz hastalarının organ nakli öyküsüne göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile alt ölçek ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-194)=21,764; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, transplantasyon bekleyenlerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =23,52) transplantasyon planlamayanların ( $\bar{X}$  =18,72) ve başarısız transplantasyon öyküsü olanların ( $\bar{X}$  =14,83) ÇBASDÖ Aile alt ölçek ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.10.3).

Diyaliz hastalarının organ nakli öyküsüne göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaşlar alt ölçek ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [F(2-194)=17,360; p<0.05; p=0.000]. Tukey testine göre, transplantasyon bekleyenlerin ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları ( $\bar{X}$  =20,00) transplantasyon planlamayanların ( $\bar{X}$  =15,84) ve başarısız transplantasyon öyküsü olanların ( $\bar{X}$  =14,00) ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçek ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 4.3.10.3).

Tablo 4.3.10.3. Organ Nakli Öyküsüne Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları ve Standart Sapmaları

		N	ÇBASDÖ Ortalama	Standart Sapma	P
ÇBASDÖ Toplam	Başarısız transplantasyon	12	43,9167	18,25306	p=0.000
	Transplantasyon bekliyor	87	64,9080	12,28313	
	Transplantasyon planlamıyor	98	52,1939	17,03705	
	Toplam	197	57,3046	16,68063	
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	Başarısız transplantasyon	12	15,0833	6,00694	p=0.000
	Transplantasyon bekliyor	87	21,3793	4,71080	
	Transplantasyon planlamıyor	98	17,6224	5,84422	
	Toplam	197	19,1269	5,74893	
ÇBASDÖ Aile	Başarısız transplantasyon	12	14,8333	6,79349	p=0.000
	Transplantasyon bekliyor	87	23,5287	4,64017	
	Transplantasyon planlamıyor	98	18,7245	6,64378	
	Toplam	197	20,6091	6,44082	
ÇBASDÖ Arkadaşlar	Başarısız transplantasyon	12	14,0000	6,06030	p=0.000
	Transplantasyon bekliyor	87	20,0000	4,58004	
	Transplantasyon planlamıyor	98	15,8469	5,69201	
	Toplam	197	17,5685	5,67321	

#### 4.4.Korelasyonlar

Bu bölümde diyaliz hastalarının Beck Depresyon Ölçeği, Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlara ilişkin istatistiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Diyaliz hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden ve Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında, BDÖ puanları ile ADDÖ toplam puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. BDÖ puanları ile ADDÖ Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeği puanları arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı korelasyon ( $r=.288$ ;  $p<0.01$ ;  $p=0.000$ ), yine BDÖ puanları ile ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeği puanları arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı korelasyon ( $r= -.400$ ;  $p<0.01$ ;  $p=0.000$ ) bulunmuştur (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.1. Beck Depresyon Ölçeği ve Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Pearson Korelasyonu		ADDÖ Eleştirel/Düşmanca Oluş	ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme	ADDÖ Toplam
BDÖ	R	<b>,288**</b>	<b>-,400**</b>	-,041
	P	,000	,000	,568
	N	196	196	195

Diyaliz hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında, BDÖ puanları ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı korelasyon ( $r = -.702$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.000$ ); BDÖ puanları ile ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puanları arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı korelasyon ( $r = -.655$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.000$ ); BDÖ puanları ile ÇBASDÖ Aile alt ölçeği puanları arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı korelasyon ( $r = -.682$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.000$ ); BDÖ puanları ile ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği puanları arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı korelasyon ( $r = -.626$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.000$ ) bulunmuştur (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.2. Beck Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Pearson Korelasyonu		ÇBASDÖ Toplam	ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	ÇBASDÖ Aile	ÇBASDÖ Arkadaşlar
BDÖ	R	<b>-,702**</b>	<b>-,655**</b>	<b>-,682**</b>	<b>-,626**</b>
	P	,000	,000	,000	,000
	N	197	197	197	197

Diyaliz hastalarının Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği ve alt ölçekleri ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiye bakıldığında, ADDÖ Eleştirel/Düşmanca Oluş alt ölçeğinden alınan puanlar ile ÇBASDÖ toplam puanları ( $r = -.300$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.000$ ); ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puanları ( $r = -.340$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.000$ ); ÇBASDÖ Aile alt ölçeği ( $r = -.215$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.002$ ); ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği ( $r = -.301$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.000$ ) puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.4.3).

ADDÖ Duygusal/Aşırı İç İç Geçme alt ölçeğinden alınan puanlar ile ÇBASDÖ toplam puanları ( $r = .463$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.000$ ); ÇBASDÖ Özel Bir İnsan alt ölçeği puanları ( $r = .374$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.000$ ); ÇBASDÖ Aile alt ölçeği ( $r = .511$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.000$ ); ÇBASDÖ Arkadaşlar alt ölçeği ( $r = .401$ ;  $p < 0.01$ ;  $p = 0.000$ ) puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.4.3).

Tablo 4.4.3. Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Pearson Korelasyonu		ÇBASDÖ Toplam	ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	ÇBASDÖ Aile	ÇBASDÖ Arkadaşlar
ADDÖ Eleştirel/ Düşmanca Oluş	R	<b>-,300**</b>	<b>-,340**</b>	<b>-,215**</b>	<b>-,301**</b>
	P	,000	,000	,002	,000
	N	196	196	196	196
ADDÖ Duygusal/ Aşırı İç İç Geçme	R	<b>,463**</b>	<b>,374**</b>	<b>,511**</b>	<b>,401**</b>
	P	,000	,000	,000	,000
	N	196	196	196	196
ADDÖ Toplam	R	,078	,010	,052	,047
	P	,278	,885	,134	,516
	N	195	195	195	195



## 5.TARTIŞMA

Araştırmaya katılan diyaliz hastalarının %50.3'ünü kadınlar (n=99, yaş ort:56,99), %49.7'sini erkekler (n=98, yaş ort:56,64) oluşturmaktadır. Toplam N=197 (yaş ort:56,82) katılımcı araştırmada yer almıştır. Çalışmamızda, en genç hasta 20, en yaşlı hasta 82 yaşındadır ve yaş ortalamaları 57 olarak bulunmuştur. Nadir ve ark., 2002 yılında yaptıkları çalışmada benzer sonuçlar elde etmiş, hastaların yaş ortalamasının 51 olduğunu belirtmişlerdir. 2010 yılında gerçekleştirilen iki farklı araştırmada ise Çelik & Demirbilek ve ark. yaş ortalamasını 56 olarak bulduklarını belirtmişlerdir.

Hastaların %9,6'sı okuma-yazma bilmemekte (n=19), %16,8'i sadece okuma-yazma bilmekte (n=33), %34,5'i ilköğretim mezunu (ortaokul ve altı) (n=68), %26,9'u lise mezunu (n=53), %12,2'si fakülte/yüksekokul mezunudur (n=24). Literatür incelendiğinde, diyaliz hastalarında eğitim düzeylerinin genel olarak düşük olduğu, üniversite mezunu sayısının çok az olduğu görülmüştür (Karabulutlu ve ark., 2005). Çalışmamızda sadece okuma-yazma bilen ve okuma-yazma bilmeyen toplam hasta oranının %26 olmasının nedeni, hastaların yaş ortalamasının yüksek olması ile açıklanabilir. TÜİK (2012) verilerine göre, Türkiye'de sadece okur-yazar oranı %7 (3,5 milyon); okuma-yazma bilmeyenlerin oranı ise %5 (2,5 milyon) olarak bildirilmiştir.

Katılımcıların %71,1'ini evli (n=140), %14,2'sini bekar (n=28), %14,7'sini dul (boşanmış ya da eşini kaybetmiş) (n=29) diyaliz hastaları oluşturmaktadır. Medeni durumu dul olan (boşanmış ya da eşini kaybetmiş) hastaların depresyon ortalama puanları yalnız yaşayan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Depresyon; kayba verilen yanıt olarak tanımlanır. Dolayısıyla, eşlerini kaybetmiş ve aynı zamanda organ kaybı yaşayan hastaların depresyon oranlarının yüksek olması beklenir.

Hastaların %11,7'si (n=23) yalnız, %22,3'ü (n=44) geleneksel geniş ailede, %58,9'u (n=116) çekirdek ailede, %7,1'i (n=14) parçalanmış ailede yaşamaktadır. Parçalanmış ailede yaşayanların çoğu, eşinden boşanmış ya da eşini kaybetmiş olduklarını; herhangi bir akrabasıyla yaşadıklarını (kızı, oğlu, gelini, kardeşi vs.) belirtmişlerdir. Parçalanmış aileye sahip hastaların depresyon ortalama puanları, diğer ailelerde yaşayan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Ailelerinin dağılmasının hastaları ciddi anlamda etkilediği gözlenmiştir.

Hastaların %41,1'i SSK (n=81), %38,1'i BAĞ-KUR (n=75), %5,6'sı Emekli Sandığı (n=11), %11,7'si Yeşil Kart (n=23) gibi sosyal güvencelere sahip olduklarını belirtirken, %3,6'sı sosyal güvencelerinin bulunmadığını (n=7) bildirmişlerdir. Sosyal güvencesi Yeşil kart olan ve sosyal güvencesi olmayan hastaların depresyon puanları yüksek, sosyal destek puanları düşük bulunmuştur. Bunun nedeni, hastaların maddi durumlarının kötü oluşu ve bakımları ile ilgilenecek aileleri ya da yakınlarının olmayışı ile açıklanabilir.

Hastaların %43,1'i (n=85) ortalama 3,15 yıldır, %33'ü (n=65) ortalama 8,11 yıldır, %15,7'si (n=31) ortalama 15,13 yıldır, %8,1'i (n=16) ortalama 27,44 yıldır kronik böbrek yetmezliği hastalıklarının olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma sonucumuza göre, hastalık süresi ile depresyon puanları ve sosyal destek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuş, hastalık süresi arttıkça, depresyon puanları artış göstermiş; sosyal destek puanları ise azalmıştır. Bu sonuçlar literatür ile uyumludur. Tan ve ark. 2005 & Tezel ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiş; hastalık süresi arttıkça, sosyal destek puanları azalmıştır. Yetişkin (2008) & Demirebilek ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmalarda da, çalışma sonucumuz ile örtüşen sonuçlar elde edilmiş; hastalık süresi arttıkça, depresyon puanları da artış göstermiştir.

Hastaların %64'ü (n=126) ortalama 2,91 yıldır, %23,9'u (n=47) ortalama 7,74 yıldır, %9,6'sı (n=19) ortalama 14,95 yıldır, %2,5'i (n=5) ortalama 24,00 yıldır hemodiyalize giriyor olduklarını bildirmişlerdir. Tedavi süresi ile depresyon puanları ve sosyal destek puanları arasında anlamlı fark bulunmuş; tedavi süresi arttıkça, depresyon puanları artış göstermiş, sosyal destek puanları ise azalmıştır. Ancak 21-35 yıldır hemodiyalize girenlerin Beck depresyon ortalama puanları, 11-20 yıldır diyalize girenlerin Beck depresyon puanlarından düşük bulunmuştur. Bunun nedeni,

21-35 yıldır diyaliz tedavisi gören hastaların oranının (%2,5) çok az olması ile ilişkilendirilebilir. Tedavi süresi arttıkça yükselen depresyon ortalamaları, hastalardaki hastalık yükünün artması ve tükenmişlik ile açıklanabilir. Tedavi süresi arttıkça azalan sosyal destek puanları ise, aile ve arkadaşların destekleyici tavırlarının zaman içerisinde değişime uğrayabileceği ile açıklanabilir. Literatürde hastalığın ilk aşamalarında hastalardaki sosyal desteğin yüksek olabileceği ancak zaman içerisinde azalabileceği bildirilmiştir (Tan ve ark., 2005).

Katılımcıların %6,1'i (n=12) daha önceki organ naklinin başarısız olduğunu, %44,2'si (n=87) organ nakli bekliyor olduklarını, %49,7'si (n=98) organ nakli planlamıyor olduklarını ifade etmişlerdir. Organ nakli olup daha sonra diyalize geri dönmek zorunda kalan bireylerde depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Organ nakli olan hastalar; olağan yaşamlarına geri dönerler ve diyaliz tedavisinin sebep olduğu kısıtlamalardan bir ölçüde kurtulurlar. Ancak nakledilen organın belli bir süre sonra işlevini yitirmesi nedeniyle hastalar yeniden diyaliz tedavisine dönmek zorunda kalırlar. Bu durum hastalar için zor ve kabullenmesi güç bir süreçtir. Hastalar ile yapılan görüşmelerde; bir hasta, aynı diyaliz merkezinde tedavi gören yakın arkadaşının böyle bir süreç yaşadığını belirtmiş, hastanın diyaliz tedavisine geri dönmek zorunda kaldığını öğrendiğinde başarılı suisid girişiminde bulunduğunu bildirmiştir.

Böbrek yetmezliğinin etiyojisi incelendiğinde; hastaların %22,3'ü (n=44) hastalıklarının nedeninin bilinmiyor olduğunu, %17,3'ü (n=34) akut böbrek yetmezliği, %26,4'ü (n=52) şeker hastalığı, %27,4'ü (n=54) hipertansiyon, %6,6'sı (n=13) diğer hastalıkların KBY nedeni olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde epidemiyolojik araştırma sonuçlarına göre; diyaliz hastalarında hastalığın nedeni olarak en sık hipertansiyon ve şeker hastalığı gözlenmiştir (Nadir ve ark., 2002 & Çelik, 2010 & Süleymanlar ve ark., 2013). Çalışma sonucumuzda da literatür bilgisi ile örtüşen sonuçlar gözlenmiş; KBY nedeni olarak belirtilen hastalıklar arasında en fazla hipertansiyon ve diyabet bulunmuştur.

Katılımcıların %36,5'i (n=72) KBY dışında tedavi gördükleri ikinci bir hastalığın olduğunu, %63,4'ü (n=125) KBY dışında tedavi gördükleri bir hastalığın olmadığını bildirmişlerdir. İkinci bir hastalığın varlığı depresyon puanlarını tetiklemiştir. Diyaliz

tedavisi gören ve aynı zamanda başka hastalığı olan hastalar daha fazla yorgunluk yaşadıklarını, hastalık yüklerinin daha ağır olduğunu belirtmişlerdir.

Hastaların yaşına, cinsiyetine, eğitim ve medeni durumuna, sosyal güvencesine, aile tipine, hastalık ve tedavi süresine, ikinci bir hastalığın varlığına ve organ nakli öyküsüne göre bağımlı değişkenlerden alınan puanlar farklılık göstermiştir.

### **5.1.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Beck Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulguların Tartışılması**

Beck depresyon ölçeğine göre; hastaların %34'ünde (n=67) depresyonun var olduğu, %66'sında (n=137) depresyonun olmadığı gözlenmiştir. Junior ve ark. tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada diyaliz hastalarında %68 oranında depresyon, Andrade ve Sesso tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada hastalarda %41 oranında depresyon, Yetişkin tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada %37 oranında depresyon bulunmuştur. Çalışma sonucumuz (%34 depresyon oranı) Yetişkin (2008) & Andrade Sesso (2012) tarafından yapılan çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir. Literatürde, diyaliz hastalarında en sık karşılaşılan ruhsal sorunun depresyon olduğu vurgulanmış (Gerogianni ve Babatsikou, 2014) ve değişen oranlarda depresyon sonuçları bildirilmiştir. Junior ve ark. tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada %68 oranında depresyon bulunmuş ve bu oran hastaların tedaviye uyumunun kötü olması, iş veriminin düşmesi, maddi durumlarının kötü olması, intihar eğilimleri, kötü yaşam olanakları ve yetersiz işlevsellik ile ilişkilendirilmiştir. Çalışma sonucumuza göre hastalardaki depresyon oranı düşük bulunmuştur. Bu durum hastaların yeterli sosyal desteğe sahip olması ile açıklanabilir. Ayrıca hastalar ile yapılan görüşmelerde hastaların dini inançlarının onları koruduğu gözlenmiştir. Bazı hastalar ise psikolojik destek aldıklarını belirtmişlerdir.

### **5.2.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Cinsiyet Dağılımına Göre, Beck Depresyon ile Algılanan Duygu Dışavurum Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Cinsiyete göre Beck depresyon puanları incelendiğinde; Beck depresyon puanları ve cinsiyet arasında anlamlı bir fark beklenmiş fakat analizler sonucu herhangi bir fark bulunamamıştır. Dolayısıyla 'KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, kadınların Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar erkeklerin

aldıkları puanlara göre yüksektir' hipotezimiz doğrulanmamıştır. Tıp literatüründe herhangi bir hastalığa bağlı olmaksızın görülen depresyon oranları incelendiğinde, kadınların depresyon oranları erkeklere göre yüksektir. Ancak çalışmamızda fiziksel hastalığa bağlı ortaya çıkan depresyon oranları incelendiği için erkek ve kadın hastalar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde, diyaliz hastalarındaki cinsiyet ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalarda çelişkili sonuçlar görülmektedir.

Algılanan duygu dışavurum ölçeği puanlarına göre; hastaların algıladıkları duygu dışavurum, cinsiyete göre farklılık göstermiştir. Erkeklerin algıladıkları duygu dışavurum/eleştirel düşmanca oluş, duygusal/aşırı iç içe geçme faktörleri ve algılanan duygu dışavurum toplam puanları kadınların puanlarından yüksek bulunmuştur. Kara tarafından 2014 yılında şizofreni hastaları ile yapılan çalışmada benzer sonuç elde edilmiş; erkek hastaların kadın hastalara göre daha yüksek duygu dışavurumuna sahip olduğu belirtilmiştir. Deniz ve ark. tarafından 2009 yılında şizofreni hasta ve hasta yakınları ile yapılan çalışmada ise erkek hastaların yakınlarının, kadın hastaların yakınlarına göre daha yüksek duygu dışavurumuna sahip olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda, erkeklerin algıladığı duygu dışavurum düzeyinin yüksek olması; sosyal ve ekonomik bağlamda erkeklerin daha fazla sorumluluğa sahip olmaları ile ilişkilendirilebilir.

### **5.3.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaş Gruplarına Göre Beck Depresyon, Algılanan Duygu Dışavurum, Algılanan Sosyal Destek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Yaş gruplarına göre Beck depresyon oranları incelendiğinde, 61 yaş ve üstü (n=88) hastaların depresyon puanları diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. 'KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, yaşlı hastaların Beck depresyon ortalama puanları, genç hastalara göre yüksektir' hipotezimiz doğrulanmıştır. Baydoğan ve Dağ tarafından 2008 yılında yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Çalışma sonucunda, 56-70 yaş aralığında olan hastaların depresyon puanları genç hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Çelik ve Acar tarafından 2007 yılında yapılan çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş; 47-60 yaş aralığında olan hastalarda depresyon oranları yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucumuz olan 61 yaş ve üstü hastalardaki depresyon

oranlarının yüksekliği, Baydoğan ve Dağ tarafından (2008) yapılmış çalışma sonucu ile örtüşmektedir. Yaşlı hastalarda depresyon düzeyinin yüksek oluşu, yaşlıların daha fazla bakıma ve desteğe ihtiyaç duymaları ve bunun yakınları tarafından yeterince karşılanamaması ile açıklanabilir.

Yaş gruplarına göre algılanan duygu dışavurum leğinden alınan puanlar incelendiğinde; 61 yaş ve üstü grupta, algılanan duygu dışavurum toplam puanı ve duygusal/aşırı i ie geçme tutumu, genç hasta grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu durum, yaşlı hastaların daha fazla ilgi ve bakıma ihtiyaç duymaları nedeniyle kendilerine sergilenen aşırı ilgi ve duygusallığı normal algılamaları ile açıklanabilir. Ancak gençlerde durum farklıdır. Gençler kendilerine sergilenen aşırı koruyucu kollayıcı/duygusal tutumu olduğundan daha fazla algılayabilirler. Genç hastalardaki algılanan duygu dışavurum duygusal/aşırı i ie geçme tutumunun yüksek olmasının sebebi; genç hastaların özerkliklerine daha fazla sayđı duyulması ihtiyacından kaynaklanabilir.

Yaş gruplarına göre çok boyutlu algılanan sosyal destek leği puanları incelendiğinde; 61 yaş ve üstü grupta, algılanan sosyal destek toplam puanları ve tüm alt ölçek puanları, genç hasta gruplarına göre düşük bulunmuştur. Bu durum tedavi süresinin artışı ile ilişkilendirilebilir. Hasta yakınlarının destekleyici tavrı zaman içerisinde değişime uğramış olabilir. Ayrıca bu durum, yaşlı hastaların daha fazla bakıma ve desteğe ihtiyaç duyması ile açıklanabilir. Hastalar kendilerine gösterilen desteği yetersiz algılamış olabilirler.

#### **5.4.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Beck Depresyon, Algılanan Duygu Dışavurum, Algılanan Sosyal Destek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Eğitim durumuna göre Beck depresyon puanları incelendiğinde; okuma-yazma bilmeyenlerin BD puanları, ilköğretim, lise ve fakülte/yüksekokul mezunlarının puanlarına göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ‘KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların Beck depresyon ortalama puanları, eğitim düzeyi düşük olan hastaların puanlarına göre düşüktür’ hipotezimiz doğrulanmıştır. 2008 yılında Yetişkin tarafından hastaların yeti yitimi, depresyon ve anksiyete oranlarının incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Eğitim düzeyi düşük ve ağır yeti yitimi olan hastaların

depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Bulgular çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Çalışma sonucumuza göre eğitim düzeyi yüksek hastalarda depresyon puanlarının düşük olması; eğitim seviyesi yüksek hastaların bilinçli baş etme mekanizmaları geliştirebilmeleri, maddi olanakları ve sosyal durumlarının daha iyi olması ile açıklanabilir.

Eğitim durumuna göre algılanan duygu dışavurum ölçeği puanlarına bakıldığında; okuma-yazma bilmeyenlerin algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş puanları, lise ve fakülte/yüksekokul mezunlarına göre yüksek bulunmuştur. Ancak okuma-yazma bilmeyenlerin algılanan duygu dışavurum duygusal/aşırı iç içe geçme puanları ise lise ve fakülte/yüksekokul mezunlarına göre düşüktür. Bulgularımız literatür bilgisi ile kısmen örtüşmektedir. 2014 yılında Kara tarafından şizofreni hastaları üzerinde yapılan çalışmada, eğitim düzeyi ile algılanan duygu dışavurum düzeyi arasında pozitif ilişki bulunmuş; eğitim düzeyi arttıkça, algılanan duygu dışavurum düzeyi azalmıştır. Arslantaş ve ark. tarafından 2012 yılında şizofreni hastaları ile yapılan çalışma sonucunda eğitim düzeyi ile duygu dışavurum düzeyi ilişkilendirilmiş; eğitim düzeyi düşük hastalarda yüksek duygu dışavurum düzeyi belirtilmiştir. Carra ve ark., (2012) eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda düşük duygu dışavurum görülmesinin sebebini hastaların daha geniş sosyal ağa sahip olmaları ile ilişkilendirmiştir. Eğitim seviyesi yüksek olan hastaların yakınlarıyla birlikte daha az zaman geçirdiğini ve hasta yakınlarının hastalarına karşı daha az eleştirel ya da daha az koruyucu tavırlarının olduğunu öne sürmüştür.

Eğitim durumuna göre çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları incelendiğinde; okuma yazma bilen ve bilmeyen hastaların algılanan sosyal destek toplam puanları ve tüm alt ölçek puanları ilköğretim, lise ve fakülte/yüksekokul mezunlarının puanlarına göre düşük bulunmuştur. 'KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda eğitim düzeyi düşük olan hastaların algılanan sosyal destek puanları, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların puanlarına göre düşüktür' hipotezimiz doğrulanmıştır. Karabulutlu ve ark. tarafından 2005 yılında yapılan çalışmada, sonucumuzu destekleyen bulgular elde edilmiş; eğitim düzeyi arttıkça, sosyal destek puanları da artış göstermiştir. Bu durum, eğitim seviyesi yüksek hastaların daha fazla sosyal çevreye ve sosyal ilişkilere sahip olmaları ile açıklanabilir.

### **5.5.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Organ Nakli Öyküsüne Göre Beck Depresyon Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Organ nakli öyküsüne göre Beck depresyon ölçeği puanları incelendiğinde; organ nakli bekleyenlerin Beck depresyon puanları, nakil planlamayan ve başarısız transplantasyon yaşayan hastalara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Öztürk ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada diyaliz hastalarının %45'inin nakil beklediği sonucuna ulaşılmıştır. Nakil bekleyen hastaların tedaviye uyum ve cevabının daha iyi olduğu, tedaviye inandıkları ve daha umutlu oldukları vurgulanmıştır. Çalışmamızda hastalar ile yapılan görüşmelerde, nakil bekleyen hastaların (%44), nakil planlamayan hastalara göre daha umutlu oldukları, diyaliz tedavisine daha ılımlı yaklaştıkları ve psikolojik durumlarının daha iyi olduğu gözlenmiştir.

### **5.6.Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Beck Depresyon Düzeyi, Algılanan Duygu Dışavurum Düzeyi, Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Dair Bulguların Tartışılması**

Ölçekler arasındaki korelasyon analizi sonuçlarına bakıldığında; diyaliz hastalarının BDÖ puanları ile algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş alt ölçeği puanları arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı korelasyon; yine BDÖ puanları ile algılanan duygu dışavurum duygusal/aşırı iç içe geçme alt ölçeği puanları arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. 'KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, algılanan duygu dışavurum ölçeği eleştirel/düşmanca oluş faktöründen yüksek puan alan hastaların, Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar yüksektir' hipotezimiz doğrulanmıştır. Çalışma bulgumuz olan ADDÖ eleştirel/düşmanca oluş tutumu ile depresyon oranı arasındaki pozitif ilişki, literatür ile kısmen örtüşmektedir. 2006 yılında Yalçınkaya tarafından diyaliz hastalarında psikolojik iyilik hali, yaşam kalitesi ve algılanan duygu dışavurum düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş tutumu, psikolojik iyi olma halini negatif yönde yordamış ve yaşam kalitesini düşürmüştür. Kara tarafından 2014 yılında şizofren hastaları ile yapılan çalışma sonucunda, tekrarlayan psikotik atakları olan hastalarda duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş puanının yüksek olduğu gözlenmiş; intihar girişimi ile eleştirel/düşmanca oluş



düzeyi arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Mathew ve Prabhakaran tarafından 2013 yılında, suisid girişimi ile duygu dışavurum arasındaki ilişki incelenmiş benzer sonuçlar elde edilmiştir. Duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş faktörünün suisid girişimi için risk oluşturduğu; duygu dışavurum duygusal/aşırı iç içe geçme faktörünün intihar girişimi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Yapılan literatür çalışmalarının sonuçları incelendiğinde; duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş faktörünün kronik hastalıklar üzerinde etkisi olduğu, yaşam kalitesini, hastalık relapslarını, tedaviye uyumu, psikolojik iyi olma hali ve depresyonu negatif yönde yordadığı; duygu dışavurum duygusal/aşırı iç içe geçme faktörünün ise hastalar üzerinde nispeten daha koruyucu olduğu gözlenmiştir.

BDÖ puanları ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarına bakıldığında; BDÖ puanları ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı korelasyon; BDÖ puanları ile ÇBASDÖ özel bir insan, aile ve arkadaşlar alt ölçekleri puanları arasında da yüksek düzeyde negatif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. ‘KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, algılanan sosyal destek ölçeğinden düşük puan alan hastaların Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar yüksektir’ hipotezimiz doğrulanmıştır. Mutlu tarafından 2007 yılında yapılan çalışma sonucunda; hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin arkadaştan ve aileden aldıkları sosyal destek düzeyinin, depresyon düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu gözlenmiş, sosyal destek düzeyi düşük hastalarda depresyon puanları yüksek bulunmuştur. 2009 yılında Albal tarafından yapılan çalışma sonucunda aynı sonuçlar elde edilmiş; BDÖ puanları ile ÇBASDÖ puanları arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. Khalil ve Abed 2014 yılında hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemiş, sosyal destek düzeyi ve yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon; depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. Bu bulgular sonucumuzu desteklemektedir.

Algılanan duygu dışavurum ölçeği ve alt ölçekleri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde; algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş alt ölçeğinden alınan puanlar ile ÇBASDÖ toplam puanları ve tüm alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. ‘KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, algılanan duygu dışavurum ölçeği eleştirel/düşmanca oluş faktöründen yüksek puan

alan hastaların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar düşüktür' hipotezimiz doğrulanmıştır.

Algılanan duygu dışavurum duygusal/aşırı iç içe geçme alt ölçeği puanları ile ÇBASDÖ toplam puanları ve tüm alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. Bu sonuç, kültürümüzde kişilerarası ilişkilerde bağlılığın fazla olması ile ilişkilendirilebilir.

2006 yılında Yalçinkaya tarafından diyaliz hastalarında psikolojik iyilik hali, yaşam kalitesi ve algılanan duygu dışavurum düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada, algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş tutumunun yaşam kalitesini düşürdüğü fakat algılanan sosyal desteğin varlığının yaşam kalitesini arttırdığı gözlenmiştir. Mathew ve Prabhakaran tarafından 2014 yılında suisid girişimi ile duygu dışavurum arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada, algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş tutumunun ve algılanan yetersiz sosyal desteğin, intihar girişimi için risk faktörü oluşturduğu vurgulanmıştır. Dolaylı olarak, bu çalışmaların sonuçlarıyla sosyal destek düzeyi ve algılanan duygu dışavurum düzeyi arasında negatif ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Çalışma sonucumuzda da algılanan duygu dışavurum düzeyi ve sosyal destek düzeyi arasında negatif korelasyon bulunmuş olup; bu bulgu literatür ile örtüşmektedir.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın amacı, hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeyleri, algılanan duygu dışavurum düzeyleri ve algılanan sosyal destek düzeylerini belirlemek ve bu değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini incelemektir. Ayrıca hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre; depresyon düzeyleri, algılanan duygu dışavurum düzeyleri ve sosyal destek düzeylerinin anlamlı olarak değişip değişmediğini incelemek de hedeflenmiştir. Ele aldığımız kapsam çerçevesinde bu araştırma iyi ölçüde hedeflerine ulaşmıştır.

Araştırmaya toplam 197 diyaliz hasta katılmış (n=98 erkek, n=99 kadın) ve yaş ortalamaları 57 olarak bulunmuştur. Bulgularımıza göre, hastaların %34'ünde depresyon gözlenmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğu (%54), böbrek yetmezliğine neden olan hastalıklarını hipertansiyon ve diyabet olarak belirtmişlerdir. Hastalardaki ikincil hastalığın varlığı ile Beck depresyon puanları arasında ilişki bulunmuş; ikinci bir hastalığa sahip olan hastaların BDÖ puanları yüksek bulunmuştur.

Hastaların cinsiyetlerine göre Beck depresyon puanları ile algılanan sosyal destek ölçeği puanları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Dolayısıyla 'KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, kadınların Beck depresyon ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar erkeklerin aldıkları puanlara göre yüksektir' hipotezimiz doğrulanamamıştır. Cinsiyete göre algılanan duygu dışavurum ölçeği puanları arasında anlamlı fark gözlenmiş; erkeklerin algıladığı duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş ve duygusal/aşırı iç içe geçme tutumu kadınlara göre yüksek bulunmuştur.

Hastaların yaş gruplarına göre Beck depresyon puanları arasında anlamlı fark gözlenmiş; yaşlı hastaların (61 yaş ve üstü) Beck depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre 'KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, yaşlı hastaların Beck depresyon ölçeği ortalama puanları genç hastaların aldıkları puanlara göre yüksektir' hipotezimiz doğrulanmıştır. 61 yaş ve üstü grubun, algılanan duygu dışavurum ölçeği puanları ise anlamlı olarak genç gruba göre düşük bulunmuştur. Yine 61 yaş ve üstü grupta, algılanan sosyal destek ölçeği puanları genç hastalara göre düşük bulunmuştur.

Hastaların %9,6'sı okuma-yazma bilmemekte, %16,8'i sadece okuma-yazma bilmekte, %34,5'i ilköğretim mezunu, %26,9'u lise mezunu, %12,2'si fakülte/yüksekokul mezunudur. Hastaların eğitim düzeylerine göre Beck depresyon ölçeği puanları, algılanan duygu dışavurum ölçeği puanları ve algılanan sosyal destek ölçeği puanları farklılık göstermiştir. Eğitim düzeyi düşük hastalarda; Beck depresyon puanları yüksek, ADDÖ eleştirel/düşmanca oluş puanları yüksek, algılanan sosyal destek ölçeği puanları ise düşük bulunmuştur. 'KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, eğitim düzeyi düşük olan hastaların Beck depresyon ölçeği ortalama puanları eğitim düzeyi yüksek olan hastaların puanlarına göre yüksektir; yine eğitim düzeyi düşük hastaların algılanan sosyal destek ölçeği puanları düşüktür' hipotezimiz doğrulanmıştır.

Medeni durumu dul olan (boşanmış ya da eşini kaybetmiş hastalarda) Beck depresyon ölçeği puanları yüksek, algılanan sosyal destek ölçeği puanları düşük, ADDÖ duygusal/aşırı içe içe geçme puanları ise düşük bulunmuştur.

Aile tipine göre Beck depresyon ölçeği ve algılanan sosyal destek ölçeğinden alınan puanlar farklılık göstermiştir. Çekirdek ailede yaşayan hastalarda depresyon puanları düşük, sosyal destek puanları ise yüksek bulunmuştur. Parçalanmış aileye sahip hastalarda ise Beck depresyon puanları yüksek ve algılanan sosyal destek puanları düşük bulunmuştur. ADDÖ puanları ile aile tipi arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastaların sosyal güvencesine göre Beck depresyon puanları ve algılanan sosyal destek ölçeği puanları farklılık göstermiştir. Sosyal güvencesi olmayan ve sosyal güvencesi Yeşil kart olan hastaların, Beck depresyon puanları yüksek; ÇBASDÖ

puanları ise düşük bulunmuştur. ADDÖ ve sosyal güvence arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Hastalık süresi ve tedavi süresi ile ölçek puanları arasında anlamlı fark gözlenmiştir. Hastalık süresi ve tedavi süresi arttıkça Beck depresyon puanları artmış; sosyal destek puanları ise azalmıştır. ADDÖ ile hastalık ve tedavi süresi arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Organ nakli öyküsüne göre, başarısız nakil yaşayan hastaların BDÖ ve ADDÖ puanları yüksek; ÇBASDÖ puanları düşük bulunmuştur. Nakil bekleyen hastaların BDÖ puanları ise nakil planlamayan hastalara göre düşük bulunmuştur. Yine nakil bekleyen hastaların ÇBASDÖ puanları yüksek bulunmuştur.

Ölçekler arasındaki ilişkiye göre, BDÖ ile ADDÖ eleştirel düşmanca oluş tutumu arasında pozitif korelasyon; BDÖ ile ADDÖ duygusal/aşırı iç içe geçme faktörü arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. ‘KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, algılanan duygu dışavurum ölçeği eleştirel/düşmanca oluş faktöründen yüksek puan alan hastaların Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar yüksektir’ hipotezimiz doğrulanmıştır.

BDÖ ile ÇBASDÖ puanları arasında negatif korelasyon gözlenmiştir. Bu sonuca göre, ‘KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, algılanan sosyal destek ölçeğinden düşük puan alan hastaların Beck depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar yüksektir’ hipotezimiz doğrulanmıştır.

ÇBASDÖ ile ADDÖ eleştirel/düşmanca oluş tutumu arasında negatif korelasyon; ÇBASDÖ ile ADDÖ duygusal/aşırı iç içe geçme faktörü arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. ‘KBY tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş faktöründen yüksek puan alan hastaların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar düşüktür’ hipotezimiz doğrulanmıştır.

## ÖNERİLER

Bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda, kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz tedavisi gören hastaların %34'ünde depresyon gözlenmiştir. Depresyon diyaliz tedavisi gören hastalarda ciddi ve sık karşılaşılan bir ruhsal problemdir. Hastalardaki depresyon ihmal edilir ve tedavi edilmezse istenmeyen suisid girişimleri yaşanabilir. Dolayısıyla diyaliz tedavisi gören hastalarda psikolojik destek; hastaların hastalığı ile baş etmesinde ve hastaların işlevselliğini devam ettirebilmesinde önemli katkılar sağlar.

Çalışmada, algılanan duygu dışavurum eleştirel/düşmanca oluş düzeyinin depresyonu tetiklediği gözlenmiştir. Duygu dışavurum puanları yükseldikçe depresyon puanları da artış göstermiştir. Aile ortamındaki tutumu ölçmek amacıyla kullanılan bu ölçek diyaliz hastaları ile yapılan ilk bireysel görüşmede kullanılabilir. Hastalara ve gerekli durumlarda aile üyelerine psikolojik destek sağlanabilir. Ayrıca, hastalara ve aile bireyelerine; hastalık, hastalığın hastalara getirebileceği fiziksel ve psikolojik zorluklar, duygu ve davranışlar hakkında bilgi verici eğitim programları düzenlenebilir. Bireyler; hastalık ve hastaların yaşayabileceği zorluklar hakkında ne kadar çok bilinçlenirse, birbirlerine karşı gösterdikleri tutum ve davranış o ölçüde değişecektir. Düzenlenen tedavi ve eğitimlerin olumlu etkilerinin sadece hastaya değil, hastanın ailesine de faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışma sonucuna göre depresyon düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında negatif ilişki gözlenmiştir. Hastalardaki sosyal desteğin varlığı depresyonu önlemede önemli bir faktördür. Yetersiz sosyal desteğe sahip hastalarda depresyon puanları yüksek bulunmuştur. Bu durumda, hastalara kendilerini iyi hissetmeleri ve sosyalleşmeleri açısından sosyal aktiviteler düzenlenebilir. Böylece hastalar, kendileriyle aynı hastalığa sahip olan arkadaş grubuyla tedavi gördükleri ortamdan uzaklaşıp farklı ortamlarda arkadaşlık kurup, birbirlerine destek olabilirler. Ayrıca, diyaliz hastalarında bireysel terapilerin yanı sıra grup terapileri de uygulanabilir.

## REFERANSLAR

- Abram, H.S. (1979). *Repetative Dialysis*. (Aktaran: Kara, 2007). Handbook of General Hospital Psychiatry (Ed., Hackett, T.P., Cassem, N.H.) 1. Baskı, Year Book Medical Publishers, Boston, (343-365).
- Acaray, A., Pınar, R. (2004). Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), (1-11).
- Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, H., İşcan, N., Özbay, H. (1996). Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin (HDDÖ) Geçerliliği, Güvenirliği ve Klinikte Kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4), (251-259).
- Akoğlu, E., Süleymanlar, G. (2005). *Kronik Böbrek Yetmezliği*. İliçin, G., Biberoglu, K., Ünal S., (Ed.), Temel İç Hastalıkları, 1 C, 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi, (1298-1320).
- Albal, E. (2009). *Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlilik ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki*. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Akpolat, T., Utaş, C. (2001). *Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler*. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı (TND). Anadolu Yayınları, Kayseri, (1-14).
- Akpolat, T., Utaş, C. (2007). *Diyaliz Hakkında Genel Bilgiler, Hemodiyaliz*. Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G., (Ed.), Nefroloji El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri 4. Baskı, (324-340).
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013). *Depresyon Bozuklukları*. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, (Çev., Köroğlu, E.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, (91-94).

- Andrade, C.P., Sesso, R.C. (2012). Depression in Chronic Kidney Disease and Hemodialysis Patients. *Published Online SciRes*, 3(11), (974-978).
- Annak, B.B. (2005). *Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi, Yaşam Doyumu: Duygu Durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma*. Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Arık, N. (2003). *Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin Tedavisi*. İliçin, G., Biberoglu, K., Süleymanlar G., Ünal S., (Ed.), *Temel İç Hastalıkları, 1 C, 2.Baskı*, Ankara: Güneş Kitapevi (1308-1340).
- Arslantaş, H., Adana, F. (2012). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Yük Algısını ve Duygu Dışavurumunu Etkileyen Etmenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(8), (15-19).
- Astan, G. (2001). *Effects of Social Support and Locus of Control on Depressive and Anxiety Symptoms of Dialysis Patients*. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Bahar, A., Savaş, A.H., Yıldızgördü, E., Barlıoğlu, H. (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, (287-292).
- Baltaş, Z. (2008). *Sağlık Psikolojisi, Halk Sağlığında Davranış Bilimleri*. Remzi Kitapevi, (32-39).
- Barrowclough, C., Hooley, J.M. (2003). Attributions and Expressed Emotion: A Review. *Clinical Psychology Review*, 23, (849–880).
- Baştuğ, G. (2008). *The Roles of Perceived Expressed Emotion of The Schizophrenic Patients and The Expressed Emotion of Their Caregivers on Symptom Severity and Quality of Life. Şizofren Hastaların Algıladıkları Duygu Dışavurumu ve Ailelerinin Duygu Dışavurumunun Semptomların Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Rollerini*. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.



- Baydoğan, M., Dağ I. (2008). Prediction of Depression by Locus of Control, Learned Resourcefulness and Sociotropy-autonomy in Hemodialysis Patients. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19, (19-28).
- Berksun, O.E. (1992). *Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion (EE) Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi. Family Factor in Schizophrenia: Developing and Adaptation an Expressed Emotion Scale*. Unpublished Doctorate Thesis. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Blazer, D.G. (2005). Depression and Social Support in Late Life: A Clear But Not Obvious Relationship. *Aging & Mental Health*, November, 9(6), (497-499).
- Butzlaff, R.L., Hooley, D.P. (1998). Expressed Emotion and Psychiatric Relapse. *Arch Gen Psychiatry*, 55, (547-552).
- Chilcot, J., Norton, S., Wellsted, D., Farrington, K. (2013). Distinct Depression Symptom Trajectories Over The First Year of Dialysis: Associations With Illness Perceptions. *Annals of Behavioral Medicine*, 45, (78-88).
- Cimilli, C. (1994). Hemodiyaliz Psikiyatrik Yönleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, (88-92).
- Carra, G., Cozzulla, C.L., Clerki, M. (2012). The Association Between Expressed Emotion, Illness Severity and Subjective Burden of Care in Relatives of Patients with Schizophrenia. Findings From An Italian Population. *BMJ Psychiatry*, 12, (140).
- Çelik, H.C., Acar, T. ( 2007). Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 12(1), (23-27).
- Çelik, Gülperi. (2010). Kütahya İlinde Hemodiyaliz Uygulanan Olguların Sosyodemografik Verilerinin Değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(3), (144-149).

- Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., Özşahin, A. (2013). Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, (19-26).
- Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A., Özdemir, D. (2008). Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45, (78-84).
- Demir, M., Aslan, Ö., Atay, A., Köseoğlu, M.H., Barış, N., Çuhadar, S. (2010). GFH Hesaplanmasında Kullanılan MDRD Denkleminin Extended-MDRD ile Karşılaştırılması. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 8(3), (111-116).
- Demirbilek, H., Ciğerli, Ö., Yakupoğlu, Ö., Turhan, F., Erman, A.M., Köse, A., Acar, Ö.F.N. (2010). Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete ve Depresyona Psikososyal Bakış Açısı. *Göztepe Tıp Dergisi*, 25(4), (177-181).
- Deniz, H., İlnem, C. (2009). Şizofren Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyinin Relapsla ve Aile İşlevleriyle İlişkisi. *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 7. Psikiyatri Kliniği*. (1-3).
- Eker, D., Arkar, H., Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(1), (17-25).
- Elal, G., Krespi, M. (1999). Life Events, Social Support and Depression in Hemodialysis Patients. *Journal of Community, Applied Social Psychology*, 9,( 23-33).
- Erek, E., Süleymanlar, G. (2005). *Böbreğin Yapısı ve Fonksiyonları*. İliçin, G., Biberoglu, K., Süleymanlar G., Ünal S., (Ed.), Temel İç Hastalıkları, 1 C, 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi, (1213-1228).
- Garcia, T.W., Weiga, J.PR., Motta, L.D.C., Moura, F.J.D., Casulari, L.A. (2010). *Depressed Mood and Poor Quality of Life in Male Patients with Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis*. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 32(4), (369-374).

- Gerogianni, S.K., Babatsikou, F.P. (2014). Psychological Aspects in Chronic Renal Failure. *Health Science Journal*, 8(2), (205-214).
- Güler, Ö., Yüksel, Ş., Acartürk, G., Emül, H.M., Özbulut, Ö., Çölbay, M., Uslan, İ., Karaman, Ö., Geçici, Ö. (2007). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Psikososyal Değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8, (173-178).
- Hill, M. G., (2001). *Chronic Renal Failure, Principles of Internal Medicine*. Braunwold, E., Favcı, S.A., Hauser, S.L., Kasper, D.L., Largo, D.L., Jameson, J.L. (Ed.), Harrison's 15th Edition. (1535-1565).
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), (3-13).
- Hooley, M.J., Teasdale D.J. (1989). Predictors of Relapse in Unipolar Depressives: Expressed Emotion, Marital Distress and Perceived Criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), (229-235).
- İlnem, C., Çete, T., Deniz, H., Yener, F. (1998). Şizofreni ve Majör Depresyonda Yaşam Olayları ile Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi. *Düşünen Adam Dergisi*, 11(4), (12-20).
- Jungers, P., Zingraff, J., (1995). *Hemodiyalizin Esasları*. (Çev., Bakioğlu, Y.I.) Nobel Tıp Kitapevleri. (1-3).
- Junior, S.G.B., Daher, E.F., Buosi, A.P.A., Lima, R.S.A., Lima, M.M., Silva E.C., Sampio, A.M., Santana, J.M.L., Monteiro, F.E.C., Araujo, S.M.H.A. (2014). Depression Among Patients With End-Stage Renal Disease in Hemodialysis. *Psychology, Health & Medicine*, 19(5), (547-551).
- Kadiroğlu, A.K., Şit, D., Yılmaz, E.M. (2008). Kronik Böbrek Hastalığında Tanı ve Tedavi ile Kardiyovasküler Hastalık ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 17(1), (1-9).
- Kara, B. (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49, (132-136).

- Kara, N. (2014). Şizofrenide Duygu Dışavurumu: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*, 31, (96-101).
- Karabulutlu, E., Tan, M., Erdem, N., Okanlı, A. (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Stresle Baş etme ve Sosyal Destek. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, (56-66).
- Kaya, B., Taşkapan, H., Ateş, F., Taycan, E.S. (2012). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15, (144-152).
- Khalil, A.A., Abed, M.A. (2014). Perceived Social Support is A Partial Mediator of the Relationship Between Depressive Symptoms and Quality of Life in Patients Receiving Hemodialysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, (114-118).
- Kışlak, T.Ş., Göztepe, I. (2012). Duygu Dışavurumu, Empati, Depresyon ve Evlilik Uyumunu Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), (27-46).
- Kocabıyık, A., Beştepe, E., Karşıdağ, Ç., Kükürt, R., Alpay, N. (2005). Bipolar Bozuklukta Duygu Dışavurumunun Relaps Üzerine Etkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 18(1), (4-12).
- Köroğlu, E. (2009). *Majör Depresif Bozukluk. Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları*. Hekimler Yayın Birliği, (187-195).
- Levy, J., Morgan, J., Brown, E., (2002). *Böbrek Yetmezliği olan Yeni Hasta, Oxford Diyaliz El Kitabı*. (Çev. Uslan, İ.), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, (4-70).
- Mathew, A., Prabhakaran, A. (2013). Perceived Expressed Emotion as a Risk Factor for Attempted Suicide – A Case Control Study. *International Journal of Recent Trends in Science and Technology*, 9(2), (229-302).
- Mersin, S. (2004). *Depresyonlu Hastaların Sosyal Desteği Algılamaları*. GATA (Gülhane Askeri Tıp Akademisi) Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- Mete, H. E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3),(3-18).
- Mitch E.W. (2007). *Chronic Kidney Disease*. Goldman, L., Ausiello, D., (Ed.), Cecil Medicine, 23rd. Edition. Philadelphia: Saunders, (1-20).
- Mutlu, E.(2007). *Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi*. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Nadir, I., Topçu, S., Gültekin, F., Yöner, Ö. (2002). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyolojik Değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(2). (62-64).
- Oktay, A.A. (2011). *Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri*. Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.
- Organ ve Doku Nakli İstatistik Verileri (T.C. Sağlık Bakanlığı), (2014). Erişim Tarihi: 15 Kasım 2014, <https://organ.saglik.gov.tr/web/>
- Öğütmen B., Yıldırım A. (2004). *Kronik Böbrek Yetmezliğinde Farklı Yerine Koyma Tedavileri Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi*. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Özet Kitabı, İzmir.
- Ölçer, S., Fiş, N.P., Berkem, M., Karadağ, B. (2010). Astımlı Çocukların Benlik Saygıları ve Annelerinin Duygu Dışavurum Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 45, (144-149).
- Öner, N. (2012). Beck Depresyon Envanteri. *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler (Bir Başvuru Kaynağı)*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 7. Baskı, (393).
- Öner, N. (2012). *Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği*. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler (Bir Başvuru Kaynağı). Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 7. Baskı, (500).

- Özçürümez G., Bahçebaşı, Z.B., Bahçebaşı, T., Cinemre, H., Ataoğlu, A. (2009). *Böbrek Transplantasyonu ve Psikiyatri*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 6, (225-234).
- Özdemir, Ü., Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(1), (57-72).
- Özer, F.G., Beydağ T.D., Cengiz, Ş., Kiper, S. (2009). Hemodiyalize Giren Hastaların Umutsuzluk Düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(10), (124-136).
- Özkan, S. (1993). *Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite*. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. Roche Yayınları, İstanbul (187-190).
- Özkan, S. (2006). Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri, Psikiyatri KLP*, 47(2), (1-13).
- Özşeker, E. (2012). *Organ Transplantasyonu ve Yaşam Kalitesi*. Celal Bayar Üniversitesi Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, (39-51).
- Öztürk, M. O., Uluşahin, A. (2008). *Duygudurum Bozuklukları*. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, C 1, 11. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, (347-351).
- Paola, F.D., Faravelli, C., Ricca, V. (2010). Perceived Expressed Emotion in Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, (401-405).
- Patel, S.S., Peterson, R.A., Kimmel, P.L. (2005). *The Impact of Social Support on End-Stage Renal Disease*. George Washington University Medical Center, Seminars in Dialysis, 18(2), (98-102).
- San, A. (2001). *Ülkemizde Hemodiyaliz Tarihçesi*. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı (TND). Anadolu Yayınları, Kayseri, (351-359).
- Savrun, B.M. (1999). *Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etkinlikleri. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul, (11-17).

- Sertöz, Ö.Ö., Mete, H.E. (2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2, (63-69).
- Stevens, L.A. (2006). Assessing Kidney Function-Measured and Estimated Glomerular Filtration Rate. *The New England Journal of Medicine*, 354(23), (2473-2483).
- Sungur, C., Akpolat, T. (2007). *Böbreklerin Temel Fonksiyonları ve Düzenlenmesi*. Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G., (Ed.), Nefroloji El Kitabı, 4. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, (1-15).
- Süleymanlar, G., Altıparmak, M.R., Seyahi, N. (2013). Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, Registry 2012. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu.
- Süleymanlar, G., Erek, E. (2005). *Kronik Böbrek Yetmezliği, Tanımı, Evreleri, Nedenleri*. İliçin, G., Biberoglu, K., Ünal S., (Ed.), Temel İç Hastalıkları, 1 C, 2. Baskı, Güneş Kitapevi, Ankara, (1233-1247).
- Şahan, E. (2010). *Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı ile İzlenen Adölesanlarda Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücü*. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Şahin, D. (1999). *Kronik Hastalık ve Sosyal Destek, Sağlık Psikolojisi*. Okyayuz, Ü.H., (Ed.), Türk Psikologlar Derneği Yayınları, ( 79-106).
- Şahin, S. (2007). *Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut-Umitsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri*. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Şentürk, A., Levent, B.A., Tamam, L. (2000). Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikopatoloji. *On Dokuz Mayıs Üniversitesi (O.M.Ü) Tıp Dergisi*, 17(3), (163-172).
- Tan, M., Okanlı, A., Karabulutlu, E., Erdem, N. (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), (32-39).

- Tander, B., Durmuş, D., Akyol, Y., Cantürk, F. (2008). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi, Ağrı ve Depresyon. *Romatizma Dergisi*, 23(6), (72-87).
- Tezel, A., Karabulutlu, E., Şahin, Ö. (2011). Depression and Perceived Social Support From Family in Turkish Patients With Chronic Renal Failure Treated by Hemodialysis. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16(5), (666-673).
- Tokalak, İ., Kut, A., Sözen, F., Akman, B., Özdemir, F.N. (2006). Son Dönem Böbrek Hastalarının Kısa Sağlık Anketi ile Ruhsal Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 10(1), (14-19).
- Türk Böbrek Vakfı (TBV) Verileri, (2012). Erişim Tarihi: 21 Ekim 2014, <http://www.tbv.com.tr/tr/content/main/page/p/164>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Verileri, (2012). Erişim Tarihi: 18 Ocak 2015, <http://rapory.tuik.gov.tr/>
- Türkmen, A. (2007). *Renal Transplantasyon*. Büyüköztürk, K. (Ed.), İç Hastalıkları, 2 C, Nobel Tıp Kitapevleri (2599-2601).
- Tüzer, V., Zincir, S., Başterzi, A.D., Aydemir, Ç., Kısa, C., Göka, E. (2003). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6, (198-203).
- United States Renal Data System (USRDS) Annual Data Report, (2014). Erişim Tarihi: 2 Aralık 2014, <http://www.usrds.org/adr.aspx>
- Uysal, R., Satıcı, S.A. (2014). Duygusal Dışavurumun İntikam Üzerindeki Yordayıcı Rolü. *Psikolojik Danışmanlık ve Eğitim Dergisi-PSİDE*, 1(1), (16-27).
- 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).
- Yalçın, A.U., Akpolat, T. (2007). *Kronik Böbrek Yetmezliği*. Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar G. (Ed.), Nefroloji El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri 4. Baskı, (283-323).



- Yalçinkaya, A.Ö. (2006). *Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri ve Dışa Vuran Duygularla ve Psikososyal Değişkenlerle İlişkisi: Kaynakların Korunması Modeli Çerçevesinde Bir Değerlendirme. The Relationship of Expressed Emotion and Psychosocial Variables With The Quality of Life of Hemodialysis Patients: An Analysis Within the Conservation of Resources Model*. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara.
- Yazıcı, K., Tot, Ş., Yazıcı, A., Erdem, P., Buturak, V., Okyay, Y., Şimşek, Y. (2003). Bedensel Hastalığı Olan Kişiler Arasında Psikiyatrik Yardıma İhtiyacı Olanlar Tanınabiliyor mu?. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6, (27-31).
- Yetişkin, Ş. (2008). *Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi*. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Yıldırım, K.C., Okanlı, A., Karabulutlu, Y.E., Karahisar, F., Özkan, S. (2013). Hemodiyaliz Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Belirtilerine Hastalık Algısının Etkisi: Çok Merkezli Bir Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(9), (252-259).
- Yüksel, M.M. (2007). Şizofreni Hasta Ailelerinde Duygu Dışavurumu. *Türk Psikoloji Bülteni*, 13(41), (91-95).

## EKLER

### EK-1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

#### Sayın Katılımcı,

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin, depresyon düzeyleri ve algılanan duygu dışavurum düzeyleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadaki soruları içtenlikle yanıtlamanız sonuçların güvenilirliği için önemlidir. Kimliğinizi belirtecek isim ya da işaret belirtmeniz gerekmemektedir. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Anket No : .....

Tarih:

.....

Diyaliz Merkezinin Adı :.....

#### 1.Cinsiyetiniz nedir?

1. Kadın 2. Erkek

#### 2.Kaç yaşındasınız? .....

#### 3.Eğitim durumunuz nedir?

1. Okuma yazma bilmiyor 2. Okuma yazma biliyor

3. İlköğretim mezunu 4. Lise mezunu

5. Fakülte/Yüksekokul mezunu

#### 4.Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 2. Bekar (iseniz 6. soruya geçiniz) 3.Boşanmış ya da Dul

#### 5.Çocuk Sayınız nedir?

1. Çocuk yok 2. 1 çocuk 3. 2 çocuk 4. 3 çocuk ve üstü

#### 6.Mesleğiniz / işiniz nedir?

1. Çalışmıyor 2. Memur 3. Serbest Meslek 4. Esnaf

5. Ev hanımı 6. Emekli 7. İşçi

8. Diğer (ise belirtiniz.....)

**7.Aylık ekonomik gelirinizi nasıl değerlendirirsiniz?**

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

**8.Nerede yaşıyorsunuz?**

1. İzmir il merkezi 2. İzmir ilçe / belde

**9.Aile tipiniz nasıldır?**

1. Yalnız yaşıyor 2. Geleneksel geniş aile  
3.Çekirdek aile 4. Parçalanmış aile

**10.Alkol/uyuşturucu madde bağımlılığı:**

- 1.Var..... 2.Yok.....

**11.Sosyal güvenceniz nedir?**

1. SSK 2. BAG-KUR 3.Emekli Sandığı 4.Yeşil Kart 5.Sosyal güvencem yok

**12.Böbrek Yetmezliğine neden olan hastalığınız nedir?**

1. Bilinmiyor 2. Akut Böbrek Yetmezliği  
3. Diabetes Mellitus (Şeker Hastalığı)  
4. Hipertansiyon 5. Diğer( ise belirtiniz.....)

**13.Böbrek yetmezliği dışında tedavi gördüğünüz bir hastalığınız var mı?**

- 1.Evet(Açıklayınız.....) 2.Hayır

**14.Ne kadar süredir kronik böbrek yetmezliği hastalığınız var? .....yıl  
.....ay**

**15.Ne kadar süredir hemodiyalize giriyorsunuz? .....yıl.....ay**

**16.Transplantasyon (Organ Nakli) öyküsü:**

- 1.Başarısız transplantasyon 2.Transplantasyon bekliyor  
3.Transplantasyon planlamıyor

**17.Daha önce hastalığınıza ilişkin bilgi aldınız mı?**

1. Evet 2. Hayır (ise 19. soruya geçiniz)

**18.Hastalığınız ile ilgili bilgiyi kimden aldınız?**

1. Sağlık personeli 2. Arkadaş/Komşu 3. Basın-yayın 4. Diğer(ise belirtiniz.....)

**19.Günlük ihtiyaçlarınızı tek başınıza karşılayabiliyor musunuz?**

1. Evet 2. Hayır 3.Kısmen

**20.Evde bakımınızla ve tedavinizle ilgilenen birisi var mı?**

1. Evet 2. Hayır

**21.Bakımınız ve tedavinizle ilgilenen kişi ile yakınlık dereceniz nedir?**

.....

## EK-2 BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

### Sayın Katılımcı,

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 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 gelmiyor.
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 yanlarım 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 içimden 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 kaybettim.
  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.

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 düşünemiyorum.

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 konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.



### EK-3 PEES ALGILANAN DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEĞİ

#### Sayın Katılımcı,

Aşağıda ailenizin içinde sizinle en çok ilgilenen kişiyle olan ilişkilerinizi anlamaya yönelik bazı ifadeler bulunmaktadır. Her bir cümleyi dikkatle okuyup bu cümlenin sizin için doğru olup olmadığını işaretleyiniz.

1. Benim bazı şeyleri kasten yaptığımı düşünüyor ve öfkeleniyor. (D) (Y)
2. Benim hasta olduğuma inanmıyor. (D) (Y)
3. Benimle sohbet etmekten hoşlanıyor. (D) (Y)
4. Onun için benim isteklerim diğer aile üyelerininkinden daha önemlidir. (D) (Y)
5. Benimle ilgili her şeyi, bana özel konuları bile öğrenmeye çalışıyor. (D) (Y)
6. Benim varlığım onu deli ediyor. (D) (Y)
7. Ne hata yaptık da, o böyle oldu diye düşünüp düşünüp yanıyor. (D) (Y)
8. Benim bazı yönlerimi beğeniyor ve takdir ediyor. (D) (Y)
9. Bana sık sık öğüt veriyor. (D) (Y)
10. Benimle uyuşmıyor. (D) (Y)
11. Ne halin varsa gör diye beni bıraktı artık. (D) (Y)
12. Aile içinde benim her şeyimle o ilgileniyor. (D) (Y)
13. Bana kırılıyor, güceniyor. (D) (Y)
14. Benim fikirlerimi sonuna kadar dinler. (D) (Y)
15. Benim üstüme titrer. (D) (Y)
16. Benimleyken başka şeyle ilgilenemiyor, ilgisi hep benimle oluyor. (D) (Y)
17. Onun hayatını yaşamasına engel olduğumu düşünüyor. (D) (Y)
18. Ben hasta oldum diye dünya başına yıkılmış gibi geliyor. (D) (Y)
19. Benim yaptığım işleri beğenmiyor. (D) (Y)

20. Benim giyim kuşamımı beğenmiyor ve bunu bana söylüyor. (D) (Y)
21. Benden onun beklediği gibi davranmamı istiyor. (D) (Y)
22. Bana en ufak bir şey olacak diye endişeleniyor. (D) (Y)
23. Benim her şeyim ile o ilgileniyor. (D) (Y)
24. Benden “ah bir kurtulsam” diye düşündüğü oluyor. (D) (Y)
25. Huzursuz ve keyifsiz olduğumda anlıyor ve benden uzak duruyor. (D) (Y)
26. Kendi işlerimi sıralı ve düzenli yapmam için beni sık sık ikaz ediyor. (D) (Y)
27. Hastaneye yatmam onu perişan ediyor, benden ayrılamıyor. (D) (Y)
28. Huyumuz suyumuzla birbirimize benzediğimizi düşünüyor. (D) (Y)
29. Benim yanlışlarımı düzeltmemi istiyor. (D) (Y)
30. Benimle iyi anlaşıyor. (D) (Y)
31. Akli fikri hep bende, başka hiçbir şey düşünemiyor. (D) (Y)
32. Kendimi düzeltmem için beni sık sık eleştiriyor. (D) (Y)
33. Benden uzak kalmak istiyor. (D) (Y)
34. Başına bir sürü dert açtığımı düşünüyor. (D) (Y)
35. Ben olmasam bütün işlerin yoluna gireceğini düşünüyor. (D) (Y)
36. Bir zorlukla karşılaşsa başa çıkabileceğini düşünüyor. (D) (Y)
37. Benim her şeyim ile ilgilenmek ona zevk veriyor. (D) (Y)
38. Öfkelendiğimde benden uzak durmaz, beni yatıştırmaya çalışır. (D) (Y)
39. Huzursuz ve keyifsiz olduğumda benimle sohbet etmeye çalışır. (D) (Y)
40. Benim hastalığımı abarttığımı düşünüyor. (D) (Y)
41. Benim moralim bozuk olduğunda genellikle o destek oluyor. (D) (Y)

## EK-4 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

### Sayın Katılımcı,

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

4. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

## EK-5 ETİK KURUL İZİN DİLEKÇESİ



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 36  
KONU:

5 07 /2014

**Sayın; Yrd.Doç.Dr.Pervin Sevda BIKMAZ**

Haliç Üniversitesi Etik Değerlendirme Kurulunca yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, danışmanı olduğunuz Betül KESKİN'in "*Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış Diyaliz Hastalarında Depresyon Düzeyleri ve Duygu Dışavurum Düzeyleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*" isimli araştırması kurulumuzun 21.07.2014 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Önder ÖZKAZANÇ  
Etik Kurul Başkanı

## EK-6 ŞİFA ÜNİVERSİTESİ İZİN DİLEKÇESİ



BORNOVA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

23.06.2014

Sayı : 40323909/804.01/ 748  
Konu : Tez Çalışması

Sayın Sayın Betül KESKİN;

İlgi: 04.06.2014 tarihli yazınız

İstanbul Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Öğrencisi Betül KESKİN'İN 'Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış Diyaliz Hastalarında Depresyon Düzeyleri ve Duygu Dışavurum Düzeyleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' konulu tez çalışması kapsamındaki anketlerin Şifa Üniversitesi Bornova Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hemodiyaliz Merkezinde uygulanması tarafımızca onaylanmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

  
Doç. Dr. Faik Fevzi OKUR  
Tıbbi Direktör

## EK-7 BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

### Sayın Katılımcı,

Böbrek yetmezliği nedeni ile başvurduğunuz Diyaliz Merkezi'nde tarafımdan yapılacak bir çalışmaya davet edilmektesiniz. Çalışmamızın amacı; hemodiyaliz tedavisi gören hastaların depresyon düzeyleri, algılanan duygu dışavurum düzeyleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırma; gönüllü olan katılımcılar ile yürütülecektir. Araştırmacı tarafından sizlere toplam 100 sorudan oluşan dört adet anket sunulacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız yapılacak işlemleri etkilemeyecektir.

İstediğiniz anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için kimlik bilgileriniz belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları boş bırakmadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Haliç Üniversitesi  
Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ  
Psikiyatrist

Betül KESKİN  
Yüksek Lisans Öğrencisi

## ONAM

Sayın Betül KESKİN tarafından tedavi gördüğüm Hemodiyaliz Merkezi'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu araştırmaya katılırsam bana ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ile yaklaşılacağına ve bilgilerimin güvenle korunacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden, araştırmacıya bilgi vererek araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için bana bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya katılmayı kendi rızamla, memnuniyet ve gönüllülük ilkesi içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı:

İmzası :

Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı-soyadı :

İmzası :

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin:

Adı-soyadı :

İmzası: