



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



PREDİYALİZ HASTALARINDA PSİKOLOJİK SAĞLAMLIĞI YORDAYICI FAKTÖRLER

Bengüsu ODABAŞI

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Gülsüm ANÇEL**

**ANKARA
2019**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREDİYALİZ HASTALARINDA PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIĞI YORDAYICI FAKTÖRLER**

Bengüsu ODABAŞI

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Gülsüm ANÇEL**

**ANKARA
2019**

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Prediyaliz Hastalarında Psikolojik Sağlamlığı Yordayıcı Faktörler” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Bengüsu ODABAŞI

Tarih: 04/11/2019

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalında

Bengüsu ODABAŞI tarafından hazırlanan

“Prediyaliz Hastalarında Psikolojik Sağlamlığı Yordayıcı Faktörler” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ/OY ÇOKLUĞU ile kabul/ret edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04.11.2019

İmza

Üniversitesi
Jüri Başkanı

İmza

Üniversitesi
Üye

İmza

Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yönetim kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Çizelgeler	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Genel Bilgiler	2
1.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)	2
1.2.1.1. Etiyoloji	5
1.2.1.2. İnsidans ve Epidemiyoloji	6
1.2.1.3. Tedavi Yöntemleri	6
1.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Ruhsal Sorunlar	7
1.2.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Depresyon	7
1.2.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Anksiyete	10
1.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Kalitesi	10
1.2.4. Psikolojik Sağlamlık	12
1.2.4.1. Risk Etmenleri	13
1.2.4.2. Koruyucu Etmenler	14
1.2.4.3. Olumlu Sonuçlar	16
1.2.4.4. KBY ve Psikolojik Sağlamlık	16
2. GEREÇ VE YÖNTEM	19
2.1. Araştırmanın Tipi	19
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
2.4. Araştırma Soruları	20
2.5. Veri Toplama Araçları	20
2.5.1. Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu	21
2.5.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	21
2.5.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	22
2.5.4. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC-25):	22
2.6. Verilerin Analizi	23
2.7. Etik İlkeler	24
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3. BULGULAR	25
3.1. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	25
3.2. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile HAD Ölçeğine İlişkin Bulgular	28
3.3. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular	32

3.4. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine İlişkin Bulgular	40
3.5. Prediyaliz Hastalarının Psikolojik Sağlamlığını Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulgular	44
4. TARTIŞMA	47
4.1. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile HAD Ölçeğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	47
4.2. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	49
4.3. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	50
4.4. Prediyaliz Hastalarının Psikolojik Sağlamlığını Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	52
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
5.1. Prediyaliz Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	55
5.2. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile HAD Ölçeğine İlişkin Sonuçlar	55
5.3. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Sonuçlar	56
5.4. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine İlişkin Sonuçlar	56
5.5. Prediyaliz Hastalarının Psikolojik Sağlamlığını Yordayan Değişkenlere İlişkin Sonuçlar	57
5.6. Öneriler	58
ÖZET	60
SUMMARY	61
KAYNAKLAR	62
EKLER	73
Ek-1. Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu	73
Ek-2. Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu	74
Ek-3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	76
Ek-4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	79
Ek-5. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 25 (CD-RISC-25)	82
Ek-6. CD-RISC 25 Ölçek İzni	83
Ek-7. Etik Kurul Kararı	84
Ek-8. Kurum İzni	85
ÖZGEÇMİŞ	86

ÖNSÖZ

KBY’de kişinin tüm yaşamını etkileyen fiziksel ve psikososyal zorluklara karşı ruhsal sağlığını sürdürebilmesi, yeni durumuna uyum sağlayabilmesi, sıkıntılı ve olumsuz durumların üstesinden gelebilmesi psikolojik olarak dayanıklı ve güçlü olmasına bağlıdır. Psikolojik sağlamlık olarak adlandırılan dayanma ve baş etme gücü; hayatın olumsuzluklarına karşı başarılı adaptasyon ve çabuk iyileşme sağlayan, ruh sağlığı bozukluklarını önleyici bir kavram olarak kullanılmaktadır.

Prediyaliz dönemde olan KBY hastalarının psikolojik sağlamlıklarını artıracak programlar ve baş etme becerilerini geliştiren müdahalelerde bulunulması; ruhsal sağlıklarının korunmasına, depresyon ve anksiyete semptomları gelişmesinin önlenmesine katkı sağlayabilir.

Tez çalışmasının yöntem ve içerik planlanmasında, yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen, ama her şeyden önemlisi çalışmamın her aşamasında anlayışlı ve güler yüzlü tavırlarıyla yanımda olduğunu her zaman hissettiren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Gülsüm ANÇEL’ e

Verilerin toplanması sırasında yardımlarını esirgemeyen Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı polikliniği ve Nefroloji kliniği yataklı servislerinde görev alan başta hemşireler olmak üzere diğer tüm sağlık çalışanlarına, ayrıca hastalıklarının vermiş olduğu güçlük ve zorluklara rağmen araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Maddi ve manevi her türlü desteklerini sunan aileme ve sevgili eşim Emrullah TÜMER’e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAH	Albümin Atılım Hızı
Bkz	Bakınız
BKİ	Beden Kitle İndeksi
CD-RISC-25	Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
CREDIT	Chronic Renal Disease In Turkey
DM	Diabetes Mellitus
GFH	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HAD	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAD-A	Anksiyete Alt Ölçeği
HAD-D	Depresyon Alt Ölçeği
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KDOQI	KidneyDisease Outcomes Quality Initiative
Min-Max	Minimum-Maximum
n	Örneklem Sayısı
NKF	National Kidney Foundation
p	Önemlilik Derecesi
RRT	Renal Replasman Tedavisi
SDBY	Son Dönem Kronik Böbrek Yetmezliği
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
%	Yüzde

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. 2012 yılı KDIGO kılavuzuna göre KBY evrelemesi	4
Çizelge 3.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri	26
Çizelge 3.2. Katılımcıların hastalıkla ilgili özellikleri	28
Çizelge 3.3. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre HAD Ölçeği puan dağılımları	30
Çizelge 3.4. Katılımcıların hastalıkla ilgili değişkenlerine göre HAD Ölçeği puan dağılımları	31
Çizelge 3.5. Katılımcıların HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon puan dağılımları	32
Çizelge 3.6. Katılımcıların anksiyete ve depresyon açısından risk oranları	32
Çizelge 3.7. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan dağılımları	33
Çizelge 3.8. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan dağılımları	35
Çizelge 3.9. Katılımcıların hastalıkla ilgili değişkenlerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan dağılımları	37
Çizelge 3.10. Katılımcıların hastalıkla ilgili değişkenlerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan dağılımları	39
Çizelge 3.11. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre psikolojik sağlamlık ve Connor-Davidson psikolojik sağlamlıkölçeği alt boyutları puan dağılımları	41
Çizelge 3.12. Katılımcıların hastalıkla ilgili değişkenlerine göre psikolojik sağlamlık ölçeği ve Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeği alt boyutları puan dağılımları	43
Çizelge 3.13. Prediyaliz hastalarının psikolojik sağlamlığını yordayan aşama 1 değişkenlerine ilişkin bulgular	44
Çizege 3.14. Prediyaliz hastalarının psikolojik sağlamlığını yordayan aşama 2 değişkenlerine ilişkin bulgular	45

Çizelge 3.15. Prediyaliz hastalarının psikolojik sağlamlığını yordayan aşama 3 değişkenlerine ilişkin bulgular

46



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik böbrek yetmezliği (KBY); ciddi fiziksel, psikososyal sorunlara ve yüksek maliyete yol açan, yaygınlığı gitgide artan bir hastalıktır. Türkiye Nefroloji Derneğinin yapmış olduğu 2009 yılındaki CREDIT (Türkiye kronik böbrek hastalığı prevelans çalışması) çalışmasında, Türkiye'deki her 6-7 kişiden birinde farklı derecelerde böbrek hastalığı olduğu saptanmıştır (Süleymanlar ve ark., 2011). Böbrek yetmezliğinin biyokimyasal ve klinik bulguları birinci ve ikinci evrelerde ortaya çıkmakta ancak kişi bu evrelerde semptomsuz yaşayabilmektedir. Böbrek yetmezliğinin asıl olarak dördüncü evresi semptomların şiddetlendiği ve diyaliz ihtiyacının ortaya çıktığı evredir. Bu evreden itibaren diyaliz ihtiyacının belirlenmesi ve planlanması gerekmektedir (Janmaat ve ark., 2018; NKF, 2015). Bu evreyle birlikte ve son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) evresi olan beşinci evrede ortaya çıkan ve tüm sistemleri etkileyen bozulmalar özellikle depresyon, anksiyete gibi çeşitli ruhsal hastalıkların gelişmesine neden olmaktadır (Lee ve ark., 2013; Shafi ve Shafi, 2017). SDBY'de ortaya çıkan depresyon ve anksiyete semptom yükünü arttırarak; kişinin tedaviye uyumunu, öz bakımını, böbrek yetmezliğinin tedavi sürecini, yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek mortaliteye neden olmaktadır (Farrokhi, 2012; Goh ve Griva, 2018; Lee ve ark., 2013).

Fiziksel hastalık ve ruhsal boyutlar arasındaki bu karşılıklı etkileşim hastalığı etkileyen çok boyutlu faktörler olduğunu göstermektedir. Bu nedenle KBY'de tıbbi tedavilerin yanı sıra sosyal ve ruhsal boyutların da değerlendirilmesi gerekmektedir. KBY hastaları iştahsızlık, kilo kaybı, yorgunluk, uyku problemleri, libido azalması gibi semptomların yanı sıra, benlik saygısında azalma, beden imajında bozulma, yaşam tarzında değişim, sosyal izolasyon, her zamanki etkinliklerini yapamama, aile, iş ve sosyal hayatındaki rollerini yerine getirememe, otonomilerini kaybetme, ekonomik ve sosyal ilişkilerini kaybetme gibi hayatlarını son derece etkileyen

zorluklarla karşılaşmaktadırlar (Akpolat ve Utaş, 2008; Bahar ve ark., 2007; Curtis, 2009; Özdemir ve Taşcı, 2013; Taylor, 2012).

Kişinin tüm yaşamını etkileyen böyle zorlu ve sıkıntılı bir hastalığa rağmen; fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlığını sürdürebilmesi, yeni durumuna uyum sağlayabilmesi, zorluklar ve olumsuz durumların üstesinden gelebilmesi pek çok faktörün yanı sıra kişisel olarak dayanıklı ve güçlü olmasına bağlıdır. Psikolojik sağlamlık olarak adlandırılan dayanma ve baş etme gücü hayatın olumsuzluklarına karşı başarılı adaptasyon ve çabuk iyileşme sağlayan, psikolojik büyümeyi de içerebilen, ruh sağlığı bozukluklarını önleyici bir kavram olarak kullanılmaktadır.

Bu çalışmada; diyaliz öncesi dönemdeki KBY hastalarının sosyo-demografik özellikleri, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile yaşam kalitesi bakımından psikolojik sağlamlıklarının yordayıcılığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.2. Genel Bilgiler

1.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)

KBY, farklı etiyolojik nedenlerden dolayı glomerüler filtrasyon değerinin azalmasına bağlı; böbrek fonksiyonlarının ilerleyici bir şekilde bozulmasıyla karakterize nefron kaybıdır (Akpolat ve Utaş, 2008; Milner, 2003; Yürügen, 2001).

KBY hastalarının tedavilerinde çeşitli yollar mevcuttur. Etkili bir tedavi, kişide gelişebilecek biyo-psikososyal sorunların önlenmesi ya da azaltılmasında çok önemlidir. KBY hastalarının tedavisinde ilk yapılacak şey, hastalığın derecesinin belirlenmesidir. KBY genel bir tanım olup, hastalığın derecesi hakkında bilgi vermemektedir (Sezen, 2014). Hastalığın derecesini gösteren en iyi gösterge Glomerüler filtrasyon hızı (GFH) olup, böbreğin tüm fonksiyonlarını değerlendirmeyi sağlamaktadır (Hsu, 2005; NKF, 2002). GFH, kandaki kreatinin düzeyiyle ilişkilidir

ve KBY'nin değerlendirilmesi, tanılanması ve sınıflandırılmasında önemlidir (Özdemir ve ark, 2015).

Yaşa ve cinsiyete bağlı olarak değişkenlik gösteren GFH, yetişkinlerde 120 - 130 ml/dk/1.73 m² normal olarak değerlendirilir. Hastalık durumunda intrarenal kan akışındaki azalma, glomerül hasarı veya tübül boyunca ultrafiltrat akışının obstrüksiyonuyla GFH düşer. Bu durumda plazma üre ve kreatininde artış olur (Sipahioğlu, 2010).

Amerika'daki Ulusal Böbrek Vakfı'nın 2002 yılında hazırladığı KBY Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzuna göre KBY;

1) Glomerüler Filtrasyon Hızında (GFH) azalma durumuna bakılmaksızın, böbreklerde 3 aydan beri süregelen yapısal ya da işlevsel bozukluğunun bulunması,

2) Renal hasara bakılmaksızın GFH'nın 3 aydan beri süregelen 60 ml/dk/1,73 m²'den az olması şeklinde ifade edilmiştir (Levey ve ark., 2003).

KBY'nin tanı ve tedavisinin dünya standartlarıyla uyum sağlanabilmesinde, GFH belirli referans aralıklarına göre evrelendirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği, 2014). Buna göre GFH'nın 90 ml/dk/1,73 m² veya üzerinde olması birinci evre, 89 - 60 ml/dk/1,73 m² hafif azalması ikinci evre, 59 - 30 ml/dk/1,73 m² olması orta derecede böbrek yetmezliği üçüncü evre, 29 - 15 ml/dk/1,73 m² olması şiddetli böbrek yetmezliği dördüncü evre, 15 ml/dk/1,73 m² ve az olması durumunda da beşinci evre son dönem böbrek yetmezliği olarak sınıflandırılmıştır (NKF, 2002).

2012 yılında ise Böbrek Hastalığında Küresel Sonuçların İyileştirilmesi Grubu; (KDIGO) KBY tanımını 3 aydan beri süregelen, renal yapı ve fonksiyonunda sağlığı bozan normal olmayan değişiklikler şeklinde güncellemiştir. Üçüncü evredeki GFH, değerlerine göre G3a ve G3b olmak üzere iki alt kategoriye ayrılmıştır. Ayrıca albuminürisi olan hastalar için; hastalığın seyri, tedavisi ve komplikasyonlar açısından

albümin atılım hızına (AAH) göre risk değerlendirilmesi de bu sınıflandırmaya eklenmiştir (Levin ve ark., 2013).

Çizelge 1.1. 2012 yılı KDIGO kılavuzuna göre KBY evrelemesi (Levin ve ark., 2013)

GFH Evreleri	GFH (ml/dk/1.73 m²)	Tanımlar
G1	≥90	Normal veya yüksek
G2	60-89	Hafif azalmış
G3a	45-59	Hafif-orta derecede azalmış
G3b	30-44	Orta-şiddetli derecede azalmış
G4	15-29	Şiddetli azalmış
G5	<15	Böbrek yetmezliği
Albüminüri Evreleri	AAH (mg/gün)	Tanımlar
A1	<30	Normal/yüksek normal
A2	30-300	Yüksek
A3	>300	Çok yüksek

KBY belirtileri, hastalığın yarattığı değişimler son dönem yetmezlik evresinde en fazladır. Böbrek yetmezliğinin ilk üç evresinde, birçok metabolit vücuttan atılamamasına rağmen genellikle belirti vermemektedir (Sipahioğlu, 2010). Böbrek yetmezliğinin derecesine bağlı olarak, böbrekte oluşan bozuklukları gidermek için vücutta uyum mekanizmaları devreye girer (Sezen, 2014). Bu uyum mekanizmaları sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesini koruyor gibi olsa da sonuç olarak tübülointerstisyel hasar devam etmektedir (Andreoli ve ark., 2002). Hasara bağlı zamanla kişinin kan ve idrar laboratuvar bulgularında değişiklikler meydana gelir (Akpolat ve Utaş, 2008).

Böbrek yetmezliğinin biyokimyasal ve klinik bulguları 1. ve 2. evrelerde ortaya çıkmasına rağmen, GFH 35-50 ml/dakikanın altına düşmedikçe kişiler semptomsuz yaşayabilir. Kişilerde genellikle gece idrara çıkma (noktüri), anemiye bağlı halsizlik, hafif güç kaybı, iştah azalması, laboratuvar bulgularında kalsiyum ve fosfor anormallikleri görülebilir. GFH 20-25 ml/dakikaya kadar azalıp evre 4 KBY olduğunda, kişilerde üremik belirtiler ortaya çıkar (Akpolat ve Utaş, 2008; Braunwald ve ark., 2004). Üremi, tüm organ ve sistemlerin fonksiyonlarında bozukluklara yol

açmaktadır. Bu nedenle birçok kaynakta KBY ile üremi eş anlamda kullanılmaktadır (Akpolat ve Utaş, 2008; Braunwald ve ark., 2004).

KBY semptomlarının klinik olarak ortaya çıktığı evre 4. evredir. Bu evrede diyaliz ihtiyacının belirlenmesi ve planlanması gerekmektedir. Bu nedenle bu kişilere ve aile üyelerine böbrek yetmezliği ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilmelidir (NKF, 2015).

KBY'nin son evresi olan 5. evre son dönem böbrek yetmezliği olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde kişinin hayatını devam ettirebilmesi için renal replasman tedavisi uygulanması şarttır. Renal replasman tedavileri (RRT) hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonudur (Selçuk, 1999). Böbrek transplantasyonunda donör bulununcaya kadar bu hastalarda mutlaka kronik diyaliz uygulanması gerekmektedir (Özçetin ve ark., 2009). Diyaliz, KBY'ni tedavi etmeyen ancak hastaların yaşam süresini uzatan başarılı bir renal replasman tedavisidir (Korevaar ve ark., 2000). Diyaliz tedavisinin başlamasında genel olarak kabul edilmiş kriterler; üremik belirtilerin olması, koruyucu önlemlere yanıtız hiperkalemi, extrasellüler hacim genişlemesi, tıbbi tedaviye yanıtız asidoz, kanama eğilimi ve GFH'nın 10 ml/dk /1.73 m² nin altında olmasıdır (Braunwald ve ark., 2004).

1.2.1.1. Etiyoloji

KBY'ne yol açan pek çok neden bulunmaktadır. KBY'ne neden olan sebeblerin dağılımı ülkeden ülkeye, yaş, ırk ve cinsiyet durumlarına göre değişiklik gösterir (Sipahioğlu, 2010). Türkiye 2013 yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi raporunda kronik hemodiyaliz programında takipli hastaların KBY olmasının altında yatan sistemik hastalıkların dağılımında; diabetes mellitus % 33,83; hipertansiyon % 28,47 ve glomerülonefrit % 7,37 ile ilk üç sırayı oluşturmaktadır. Diğer nedenleri ise; polikistik böbrek hastalıkları, amiloidoz, tübülointerstisyel nefrit, renal vasküler hastalıklar ile etiyolojisi bilinmeyen hastalıklar oluşturmaktadır.

1.2.1.2. İnsidans ve Epidemiyoloji

KBY ciddi psikososyal sorunlara ve yüksek maliyete yol açan, yaygınlığı gitgide artan bir hastalıktır. Türkiye Nefroloji Derneğinin 23 ilde 18 yaşın üzerindeki 10.748 erişkinin katılımı ile yapmış olduğu CREDIT (Türkiye kronik böbrek hastalığı prevelans çalışması) çalışmasında, Türkiye'deki erişkinlerin yüzde 15,7'sinde kronik böbrek hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, Türkiye'de her 6-7 kişiden birinde farklı derecelerde böbrek hastalığına sahip olduğu saptanmıştır (Süleymanlar ve ark., 2011).

Ülkemizde Türk Nefroloji Derneği böbrek kayıt sistemi verilerine göre SDBY insidansında ve prevelansında artma eğilimi gözlenmektedir. RRT gerektiren SDBY nokta prevelansı 2017 yılında, çocuk hastalar da dahil olmak üzere milyon nüfus başına 957 ve SDBY insidansı 146 olarak hesaplanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2017).

İnsan ömrünün uzamasıyla birlikte, yaşla beraber bozulan böbrek fonksiyonlarındaki artış ilerleyen yıllarda KBY prevelansının artacağına işaret etmektedir. Bu yüzden, GFH böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi, böbrek hastalıklarının erken tanınması ve tedavi edilmesi açısından önemlidir (Funakoshi ve ark., 2013).

1.2.1.3. Tedavi Yöntemleri

SDBY'nde hastaların yaşamlarını sürdürebilmeleri için RRT almaları gereklidir. Başlıca RRT yöntemleri hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyondur (Selçuk, 1999). Yarı geçirgen bir zar sayesinde uygun diyaliz solüsyonu kullanılarak yapılan sıvı solüt değişimi vücut dışında bir makine yardımıyla gerçekleşiyorsa hemodiyaliz, periton zarı yardımıyla gerçekleşiyorsa periton diyalizi olarak adlandırılır (Tokgöz, 2005). Transplantasyon ise kadavradan veya canlı donörden alınan sağlıklı böbreğin hastaya nakledilmesi işlemidir (Totan ve ark., 2016).

Türkiye 2017 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporunda; uygulanan kronik RRT tipine göre dağılımları hemodiyaliz % 75,84; periton diyalizi % 4,33 ve transplantasyon % 19,83 olduğu saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 2017). Ülkemizde en yaygın RRT yöntemi hemodiyaliz tedavisidir.

1.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Ruhsal Sorunlar

KBY'de özellikle SDBY'nde ortaya çıkan ve tüm sistemleri etkileyen bozulmalar pek çok ruhsal sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunların başında depresyon ve anksiyete gelmektedir (Farrokhi, 2012; Goh ve Griva, 2018; Lee ve ark.; 2013). Çoğunlukla bu iki sorun bir arada görülmektedir. Böbrek yetmezliği hastalarında ruhsal bozukluk nedeniyle hastaneye yatma oranı diğer kronik hastalara göre 1.5 - 3 kat daha yüksektir (Kimmel, 1998).

SDBY görülen depresyon ve anksiyete hastalığının klinik seyrini, tedavi sürecini, yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek mortaliteyi arttırmaktadır (Olagunju ve ark., 2015; Özdemir ve Taşçı, 2013; Özkan, 1993; Watnick, 2003). Bu nedenle SDBY hastalarının ruhsal anlamda ele alınması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda renal replasman tedavisine başlanılan ilk yıl içerisinde hastaların psikiyatrik desteğe % 70 oranında ihtiyaç duyduğu, zaman içerisinde bu oranın % 30'lara düştüğü görülmüştür (Akpolat ve Utaş, 2000).

1.2.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Depresyon

KBY ve depresyon ilişkisine yönelik çalışmalarda farklı bulgular ortaya konmuştur. Kronik hastalık tanısı alan hastalarda üzüntü, şok, öfke, çaresizlik, ümitsizlik, korku, keder, bağımlı olma endişesi, utanç gibi duygular ve kendini suçlama, sürekli ağlama, içe kapanma davranışları görülebilmektedir. Yanı sıra; öz güveninde azalma, beden imajında bozulma, yaşam tarzında değişim, rol

performasında değişim, sosyal izolasyon, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal değişimler yaşıyabilirler (Özdemir ve Taşcı, 2013; Taylor, 2012). Kronik hastalık tanısı alan böbrek yetmezliği hastalarında halsizlik, uykusuzluk, iştahta azalma değişikliği, bulantı, ağız kuruluğu, cinsel isteksizlik ve erektil disfonksiyon gibi semptomlar da eşlik eder (Akpolat ve Utaş, 2008; Daugirdas, 1997; Sipahioğlu, 2010).

Böbrek yetmezliği tanısı alan hastalar sağlığını kaybetme, her zamanki etkinliklerini yapamama, aile, iş ve sosyal hayatındaki rollerini yerine getirememe, otonomilerini kaybetme, cinsel potansiyellerini kaybetme, ekonomik ve sosyal ilişkilerini kaybetme gibi yaşamlarının kısıtlandığı durumlarla karşılaşmaktadırlar (Bahar ve ark., 2007; Curtis, 2009; Çifter, 1990; Özkan, 1993). Hastanın yaşadığı bu kayıplar, kendi yaşamında kontrolünü yitirme duygusuna ve depresyona girmesine neden olabilmektedir (Mollaoğlu, 2005; Yıldırım ve ark., 2013).

Depresyon, KBY olan prediyaliz hasta grubu da dahil sıkça karşılaşılan ruhsal sorunlardan biridir (Khalil ve ark., 2010). Yapılan çalışmalarda KBY hastalarında depresyon görülme sıklığı, genel popölasyona oranla % 15 - 50 arasında daha yüksektir. Kronik hastalık tanısını aldıktan sonra hastaneye yatış yapmak ve kısa sürede diyalize başlamak depresyon riskini arttırmaktadır (Ricardo, 2010). Depresyon tanısı aldıktan sonra hastanın genel tıbbi durumu ile depresyon ilişkisinin belirlenmesi gerekir. Böbrek yetmezliğinde üremiye bağlı semptomlar ile depresyonun yorgunluk, iştah düzensizliği, enerji kaybı ve bilişsel bozukluklar gibi somatik belirtileri üst üste gelebilir (Drayer ve ark., 2006). Bu durum tıbbi değerlendirmeyi güçleştirir.

Hastada gelişen depresyonun tedavisinde hastanın savunma mekanizmalarının bilinmesi de önemlidir. Hastalık bireyin çeşitli savunma mekanizmaları ile baş etmeye çalıştığı bir durumdur. KBY hastalarında prediyaliz ve diyaliz hasta grubunun daha çok inkar mekanizmasını kullandığı ortaya konmuştur (Bulantekin ve Demir, 2011; Cimilli, 1994). İnkâr, kişinin kendisine acı veren bir gerçeğe inanmayı kabul etmemesi veya görmezden gelmesidir (Ogden ve Biebers, 2010). Hastaların inkar savunmasını kullanmalarının nedeni, hastanın bulunduğu durumu kabullenmeye hazır olmaması ve inkarın anksiyeteyi azaltmasıdır. Hastalar, hasta olarak görülmeyi istemekleri için de

bu bilgiyi çevrelerinden saklayabilmektedirler. Bu hastalardaki yaygın inanış, kendilerinin diğer SDBY olan hastalarla durumlarının aynı olmadığını düşünmeleridir (Curtis ve ark., 2009). Bunun en önemli belirtisi ise diyalizi geçici bir tedavi olarak görüp, bir süre sonra iyileşeceklerine inanmalarıdır (Cimilli, 1994).

SDBY hastalarının tedavi süreçleri de depresyonu olumlu ya da olumsuz anlamda etkileyebilmektedir. SDBY yaşayan diyaliz hastaları sürekli tıbbi bir işleme maruz kaldıkları için, makine ve tedavi ekibine karşı kendilerini bağımlı hissederler (Daugirdas, 1997). Öz yeterliliğin azalması, hastada depresif semptomların ortaya çıkmasına katkıda bulunur (Maciejewski, 2000). Depresyondaki hastada sosyal geri çekilme ve mücadele isteğinde azalma görülür (Özkan, 1993). Bu nedenle tedavi süreçlerinin ortaya çıkarabileceği ruhsal sorunların bilinmesi gerekir.

Hastada depresif semptomların olması morbidite ve mortaliteyi de arttıran bir risk faktörüdür. Depresif semptomların etki mekanizması ile ilgili biyolojik ve davranışsal olmak üzere iki yol tanımlanmıştır. Bunlardan biyolojik yolda, inflamasyon ve depresif semptomlar arasında iki yönlü bir ilişki vardır. Depresyon inflamatuvar aktiviteyi arttırarak, immün sistemi zayıflatır (Varma, 2014). Proinflamatuvar sitokinler, hipotalamusta lokalize oldukları için yemek yemekten zevk alamamaya ve iştahın azalmasına neden olur. Yetersiz oral alım sonucu hastada malnütrisyon gelişir. Bunun yanı sıra inflamasyon ve depresif belirtiler, endotelial hasara neden olarak koroner kalp hastalığı riskini arttırır. Tanımlanan davranışsal yol ise, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların sıvı-diyet kısıtlamaları getiren diyet programına ve tedavi rejimine uyumunu kapsamaktadır. Depresif semptomlar hastanın tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır (Khalil ve ark., 2010). Hemodiyalize giren hastalarda ise % 50 ila daha yüksek oranlarda tedaviye uyum güçlüğü ile karşılaşmaktadır (Kara, 2007). Bu durum tedavi sürecini ve prognozu olumsuz yönde etkiler.

1.2.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Anksiyete

Anksiyete, tehdit edici veya stresli durumlarla karşılaşıldığında ortaya çıkan korku hissidir. Tehlikeli bir durumla karşı karşıya kalındığında verilen normal bir tepkidir (Dean, 2016). KBY'nin getirdiği kısıtlılıklar, çaresizlik, yeterlilik kaybı, beden imajının bozulacağı endişesi, hastalığın anlam ve önemi, yaşam için bir tehdit olarak algılandığında hastada anksiyete yaratır. SDBY hastalarında organ kaybı, geleceğe ait belirsizlik, artan ölüm korkusu, diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlılık oluşması, özerkliğin kısıtlanması, iş ve sosyal yaşamlarındaki değişimler anksiyeteye neden olmaktadır (Özkan, 1993; Yavuz ve ark. 2012; Yılmaz, 2014).

Hastalığın yanı sıra uygulanan tedaviler de hastalar için anksiyete nedeni olabilmektedir. Diyaliz tedavisi hastalar için oldukça endişe vericidir. Ağrı, yaralanma ve ölüm korkularıyla birlikte, yaşamın şimdi karmaşık ve hiç tanımadığı bir makineye bağlı olduğunu anlamasından dolayı sıkıntı ve kaygı yaratıcıdır (Çifter, 1990). Hastalığın prediyaliz döneminde aylık kontrol zorunluluğu ve diyalize girme ihtimali nedeniyle anksiyete yaşamaktadırlar (Dadalı, 2009). Diyaliz tedavisine yeni başlayanlar da, kendi kanının bir makinede dolaştığını görmek bu sırada kendinde veya diğer hastalarla ilgili ciddi komplikasyonlarla karşılaşmaktan kaynaklı anksiyete yaşayabilmektedirler (Küçük, 2006).

1.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Kalitesi

Kronik hastalıklar, bireylerin yaşamını birçok yönüyle etkilemektedir. Fiziksel, mesleki ve sosyal aktivitelerinde aralıklı veya kalıcı değişikliklere neden olmaktadır. Ayrıca bireyin kronik hastalığını kabullenmesi, bu duruma adapte olması, hasta rolünü üstlenmesi beklenmektedir (Taylor, 2012). Böbrek yetmezliğinde; kandaki fazla tuzun, suyun ve metabolitlerin arınması için renal replasman tedavisinin uygulanması gereklidir (Taylor, 2012). Hastanın renal replasman tedavileri ile ilgili kararı yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etkidir (Iyasere ve Brown, 2014).

KBY’de uygulanan tedavi yöntemlerini değerlendirme ve belirlemede psikososyal faktörlerin etkisi büyüktür. Tedavi süreci hastalar için oldukça streslidir. Seçilen tedavinin başarılı bir şekilde sürdürülebilmesi için hastanın tedaviye uyumu, sağlanan sosyal desteğin yeterliliği, duygu durumunun dengeli olması belirleyicidir (Kállay ve ark., 2009). RRT yöntemlerinden en yaygın olarak kullanılan hemodiyaliz tedavisi ise hastanın yaşam kalitesinde bazı değişikliklere neden olmaktadır. Kısa vadede hastalarda sağlık durumlarını algılamada bozulma ve fiziksel semptomlara bağlı rol performanslarında değişim meydana gelmektedir. Zamanla hastalarda emosyonel sorunlara bağlı rol güçlükleriyle ilgili sorunlar da gelişmektedir (Özgür ve ark., 2003).

KBY’nin ilk evrelerinde bazı belirtiler ortaya çıkmasına rağmen, genellikle hastanın daha önceki sağlık deneyimlerinin etkisiyle göz ardı edilir. Evre 4 KBY olduğunda ise, artmış olan semptomlar hastanın yaşam kalitesini etkileyebilecek düzeydedir. Yorgunluk, kas ağrısı, kramplar, kaşıntı, bulantı ve iştahsızlık sıklıkla belirtilen semptomlardır. Malnutrisyon, anemi, depresyon, bilişsel fonksiyon bozukluğu, uyku bozukluğu, cinsel fonksiyon bozukluğu ve buna eşlik eden kardiyovasküler ve diyabet gibi hastalıklar ile sosyal yaşamdaki kısıtlılıklar, fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmedeki güçlükler KBY olan hastaların yaşam kalitesini bozmaktadır (Pagels ve ark., 2012).

Böbrek fonksiyonunun bozulması ve işlevindeki zamanla azalma, bir takım psikolojik semptomların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Garcı’a-Llana ve ark., 2014). Tersine KBY’de görülen psikolojik rahatsızlıklar, KBY tedavisini zorlaştıran ve hastanın yaşam kalitesini düşüren önemli bir etmendir (Sezen, 2014). Bu nedenle KBY olan hastaların, yaşam kalitesini etkileyen problemlerin üstesinden gelebilmesi için güçlendirilmeleri gerekir. Hastaların bu süreçte güçlendirilmesi, adaptif başa çıkma mekanizmalarının öğretilmesi, stres kaynaklarını olumlu bir şekilde yönetmesi; problemlerle karşı karşıya kalan hastaların psikolojik sağlık düzeylerini korumaktadır (Moreira ve ark., 2015).

Literatürde KBY hastalarının yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğine dair çalışmalar mevcuttur. Mujais ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada, KBY evresi 3-5 arasında değişiklik gösteren hastalarda KBY'nin evresi ilerledikçe yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Okubo ve ark. (2014) KBY olan hastalarda yaşam kalitesi ve prognozu üzerine yaptıkları çalışmada; evre 4-5 olan KBY hastalarının evre 1-2 olan KBY hastalarına göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca KBY hastalarında yaşam kalitesinin düşük olması; hastalığın seyri, diyaliz tedavisinin başlaması ve ölüm riski açısından yordayıcı bir faktör olduğu bildirilmiştir. Davison ve Jhangri' nin (2013) prediyaliz, periton diyalizi ve hemodiyaliz hastaları arasında yaptığı çalışmada ise, hastalığa psikososyal uyum ile yaşam kalitesi arasında yüksek oranda anlamlı ilişkiye rastlanmıştır.

1.2.4. Psikolojik Sağlamlık

İnsanlar hayatları boyunca olumlu veya olumsuz sonuçlanan, çeşitli stresli ve travmatik yaşam olaylarına maruz kalabilmektedir. Ailesel ya da kişiler arası ilişkilerdeki problemler, işiyle ilgili problemler, finansal problemler, sağlık problemleri veya başka nedenlerden kaynaklanan problemler kişilerin hayatlarında sıkıntıya ve travmalara neden olabilmektedir (Spencer, 2015). Travmatik bir yaşam olayına maruz kalmak, çeşitli duygu durum veya kaygı bozukluğu ortaya çıkması açısından risk teşkil etmektedir. Belirgin duygu durum veya kaygı bozukluğu olmayan bazı kişilerin, travmatik yaşam olaylarından çıkmasına rağmen geçici bir semptomatik dönemden sonra başlangıç düzeyindeki işlev seviyesine geri dönebildikleri gözlenmiştir. Bu gözlemlere dayanarak, araştırmacılar kişilerin yaşadıkları bu tür olaylara karşı verdikleri tepkileri psikolojik sağlamlılık kavramı çerçevesinde incelemişlerdir (Gillespie ve ark., 2013; Min ve ark., 2013). Zorlu ve sıkıntılı koşullar altında, psikolojik sağlamlık kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını sürdürebilmesi ve uyum sağlayabilmesidir (Malkoç ve Yalçın, 2015; Rutten ve ark., 2013; Rutter, 2007; Tusaie ve Dyer, 2004).

Psikolojik sağamlık, bireyin yaşamında karşılaştığı zorluklar ve olumsuz durumlar karşısında; üstesinden başarıyla gelebilmesi ve uyum sağlayarak işlevlerini sürdürebilme becerisi ve kapasitesidir (Arslan, 2015; Öz ve Yılmaz, 2009; Rutter, 2007; Spencer, 2015). Bu beceri ve kapasite bireyin yaşamı boyunca karşılaşabilecek sıkıntılarını algılayarak fark edilen; öğrenilen ve değişen derecelerde sahip olunan niteliksel ve çevresel faktörlerle güçlenebilen, gelişimsel, dinamik bir süreçtir (Arslan, 2015; Kralik ve ark., 2006; Luthar ve Cicchetti, 2000; Masten ve ark., 1990; Rutten ve ark., 2013). Literatürde psikolojik sağamlılık; hayatın yaşanan olumsuzluklarına karşı başarılı adaptasyon ve çabuk iyileşme sağlayan, hatta travma sonrası psikolojik büyümeyi de içerebilen, ruh sağlığı bozukluklarını önleyici birçok olgu için kullanılmaktadır (Rutten ve ark., 2013). Psikolojik sağamlılık, bireylerin davranışsal ve duygusal sorunlarıyla problem çözme becerilerini etkin kullanarak bu sorunların önlenmesi veya iyileşmesi için sorunlar karşısında güçlü duruş gösterebilmesi ve onların üstesinden gelebilmesidir (Masten ve Obradović, 2006). Zaman içinde değişen ve psikolojik sıkıntılara karşı koruyan pozitif adaptasyon mekanizmasıdır (Mancini ve Bonanno, 2009).

Psikolojik sağamlık tanımının gelişmesinde literatürdeki en temel ve ortak olan yönler; risk etmenlerinin olması, koruyucu etmenlerin olması ve risk karşısında etkili baş edebilme, sağlıklı bir şekilde uyum sağlayabilme, yeterlilik gösterebilme olarak ele alınmıştır. Psikolojik sağamlılık, varolan riskler ve koruyucu etmenler arasında etkileşim sonucunda sağlıklı bir uyum gösterebilme sürecidir (Gizir, 2007; Kararımak, 2007; Luthar ve Cicchetti, 2000; Masten ve Obradović, 2006).

1.2.4.1. Risk Etmenleri

Risk etmenleri; istenmeyen olumsuz bir olay meydana gelme olasılığını arttıran, bir sorunun devam etmesine veya daha da kötüleşmesine neden olan, bireyleri olumsuz yönde etkileyen etmenler olarak tanımlanabilir. Risk, psikolojik sağamlılığın oluşabilmesi için bir önkoşuldur (Masten, 2001). Risk etmenleri; bireyle ilişkili, aileyle ilişkili ve çevreyle ilişkili etmenler şeklinde sıralanabilir (Kararımak, 2006).

Bireyle ilişkili risk etmenleri; madde kullanımı, davranış sorunları, erken gebelik, erken doğum, problemlili ilişkiler kurma, düşük zeka seviyesi, kronik hastalığa sahip olma, akademik performansın düşük olması gibi bireyin yaşamını olumsuz etkileyen durumlardır (Gizir, 2007; Stanley, 2008).

Aileyle ilişkili risk etmenleri; annenin eğitim seviyesinin düşük olması, ergenlik döneminde anne olma, geniş aileyle birlikte yaşama, çocuklar arasındaki yaş farkının iki yıldan daha az olması, ebeveynlerden birinin veya ikisinin de kronik hastalığının olması, madde kullanımı olan veya sabıkası olan ebeveynin olması, evlat edinilme, ebeveynlerden birinin vefat etmesi, boşanması, ailede şiddet uygulanıyor olması ve çocuk istismarı aileden kaynaklı olumsuz durumları içeren etmenlerdir (Gizir, 2007; Luthar,1991; Öz ve Yılmaz, 2009).

Çevreyle ilişkili risk etmenleri; finansal problemler, fakirlik, şiddete, ihmale veya suistimale maruz kalma, yetersiz beslenme, olumsuz arkadaş çevresi, savaş ve deprem gibi büyük zararlar vererek toplumu etkileyen travmaları kapsayan etmenlerdir (Gizir,2007; Luthar,1991; Öz ve Yılmaz, 2009).

1.2.4.2. Koruyucu Etmenler

Koruyucu etmenler; risklerin oluşturduğu olumsuzlukları kısmen hafifleten ya da tamamen ortadan kaldırabilen bireylerin etkili baş ederek sağlıklı uyumunu sağlayan durumları tanımlar. Olumlu sonuçların gelişimini destekleyen koruyucu faktörler, sağlıklı ve fiziksel işlevselliğini istikrarlı bir şekilde sürdürebilmesidir (Bonanno, 2004). Koruyucu etmenler; bireyle ilişkili koruyucu etmenler, aile ile ilişkili koruyucu etmenler ve çevre ile ilişkili koruyucu etmenler olarak ele alınabilir.

Bireyle ilişkili koruyucu etmenler; karşılaşılan zorlu olayların olumsuz etkisini azaltan ve bireylerin değişime ayak uydurabilmelerini sağlayan bir takım kişisel özellikleri içermektedir. Literatürde; ileri yaş, yüksek öğretim, zeka, akademik başarı, sosyal yetkinlik, içsel kontrol odağının olması, öz saygı ve öz yeterlilik, dayanıklılık,

kendini kabul etme, farkındalığın olması, özerklik, kararlılık, geleceğe dair olumlu beklentiler, hayata dair amacının olması, etkin problem çözebilme, olumlu bilişsel değerlendirme, maneviyat, aktif başa çıkma, umudunun olması, kendini güçlendirme, mizahi bakış açısına sahip olma, sağlık durumu risk faktörlerinin olumsuz etkilerine karşı koruyan bireysel özelliklerdir (Gizir, 2007; Min ve ark., 2013; Morrison ve ark., 2006; Southwick ve ark., 2005; Stewart ve Yen, 2011). Bu özelliklerin koruyucu yönü, bireylerin kişilerarası becerilerine dayalı olarak gelişmektedir (Luthar, 1991). Bireysel koruyucu özelliklere sahip olan kişiler hayattan memnuniyet düzeyi yüksek olan ve stresli olayların üstesinden gelebilen dayanıklı kişilerdir (Satici, 2016; Southwick ve ark., 2005).

Aile ile ilişkili koruyucu etmenler; aile uyumu, destekleyici ilişkiler, çocuğa yönelik gerçekçi ve olumlu beklentiler, iyi eğitilmiş ebeveynlere sahip olma gibi aile ile ilgili olumlu faktörleri içermektedir (Gizir, 2007; Öz ve Yılmaz, 2009; Stewart ve Yen, 2011).

Çevre ile ilgili koruyucu etmenler ise; sosyal destek, olumlu rol modelleri ve arkadaş desteğidir (Gizir, 2007; Min ve ark., 2013; Öz ve Yılmaz, 2009; Southwick ve ark., 2005). Sosyal destek; duygusal ve bilgi paylaşımını, maddi destek ve toplumsallaşmayı içeren bir kavram olup, kişiye bir gruba ait olma duygusu hissettirmektedir. Bunun yanı sıra sosyal desteğin yaşam stresinin olumsuz sağlık sonuçlarına karşı koruyucu etkisi de bulunmaktadır (Yalçın, 2015). Diğer bir çevresel koruyucu faktör olan olumlu rol modelleri, özellikle çocuk ve gençlere örnek olarak onların davranışlarına yön vermede etkilidir. Olumlu rol modeli olan kişiler; çocuklara ve gençlere bilgi ve becerilerini aktararak, farklı bakış açıları kazanmalarını sağlar. Etkili başa çıkma stratejileriyle zorluklar karşısında onları motive ederler. Riskli davranışlara yönelimi azaltma, yalnızlık duygularıyla başa çıkma, yeterliliklerini ve benlik saygılarını artırma gibi faydalarıyla kişilerin dayanıklılığını arttırmaktadır. Aynı zamanda rol modelleri stres kaynaklı depresyon gelişme olasılığını azaltarak; ortaya çıkan semptomları yönetmede pozitif duygular, bilişsel esneklik, iyimserlik, anlam, sosyal destek ve aktif başa çıkma gibi stratejiler öğretebilirler (Southwick ve ark., 2005). Hayat şartlarının getirdiği zorluklarla mücadele etmede çevremizden

alabileceğimiz sosyal destek ve olumlu rol modelleri psikolojik dayanıklılığı arttırmaktadır.

1.2.4.3. Olumlu Sonuçlar

Olumlu sonuçlar, bireyin risk faktörlerinin üstesinden gelebilmesi sonucu kazandığı yeterlilik ve gelişimsel görevleri başarılı bir şekilde yerine zgetirmesidir. Gelişimsel görevlerini yerine getirme, eğitim hayatını sürdürme ve akademik başarı elde etme, kendisi ve çevresi tarafından kabul görme, olumlu sosyal ilişkiler kurma, psikososyal uyum gösterme, sosyal çalışmalara katılma, duygusal problemlerde azalma, ruhsal sağlık, yaşam doyumu ve iyilik hali gibi olumlu sonuçların bireyin maruz kaldığı risk faktörlerine karşın koruyucu faktörleri kullanması sonucu elde ettiği yeterliliklerdir (Öz ve Yılmaz, 2009; Tümlü ve Recepoğlu, 2013)

1.2.4.4. KBY ve Psikolojik Sağlamlık

Kronik hastalıklar; hastalığa, hastalığın nasıl algılandığına ve hastalığın neden olduğu sorunlara bağlı olarak kişinin dengesini ve uyumunu etkilemektedir (Özkan Tuncay ve ark., 2018). Kronik hastalığın varlığı bireyin uyum kapasitesini değiştirmenin yanı sıra bu süreçte karşılaşılan değişikliklerde birey için stres kaynağı olabilmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Bireyin günlük yaşam aktivitelerinin ve geleceğe dair planlarının etkilenme durumuna bağlı olarak sorunlar artmakta ve artan sorunlara uyum sağlayabilmesi zorlaşmaktadır (Mete, 2008). Uyumun sağlanabilmesinde bireylerin bazı girişimlerde bulunmasını ve emek harcamasını gerektiren zaman içinde ilerleyen en önemli etmen psikolojik sağlamlılıktır (Luthar, 1991; Masten ve ark., 1990). Psikolojik sağlamlılık strese yanıt vermenin bir yolu olup, karşılaşılan sorunlar ve stres kaynaklarına rağmen bireyin uyum sağlayabilmesine olanak sağlamakta, stresin olumsuz etkilerini azaltmaktadır (Gheshlagh ve ark., 2016; Kralik ve ark., 2006).

Yapılan araştırmalarda kronik fiziksel hastalıkları olan hastalardaki psikolojik sağlımlığın; öz bakım, tedavi programlarına bağlılık, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hastaların hastalık ve ağrı algıları, hastalığın kabl ve kararlılık, egzersiz uyumu, kendini güçlendirme, fiziksel sonuçlar gibi çeşitli birçok faktörle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Aynı zamanda psikolojik sağlımlığın hastalara iyimser bir bakış açısı kazandırdığına, depresyon, kaygı ve stresi azalttığına, iyileşmeyi hızlandırdığına dair etkileri olduğunu vurgulamaktadır (Gheshlagh ve ark., 2016; Southwick ve ark., 2005; Stewart veYen, 2011).

Kronik hastalıklardan biri olan KBY; kişileri fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak zorlamakta ve hayatlarında köklü değişimler meydana getirmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; Yavuz ve ark., 2012). Bu yönleriyle KBY, hastaların ve ailelerin günlük rutinlerini ve yaşam tarzlarını derinden etkilemektedir. KBY hastalarının ve ailelerinin bu süreçteki uyumları tedavinin etkinliği açısından oldukça önemlidir (Moreira ve ark., 2015).

Literatürde KBY’li bireylerin psikolojik olarak sağlıklı bir şekilde yaşam sürdürebilmelerini etkileyen birçok risk faktörü bildirilmiştir. KBY tanısı alan bireylerin sağlığını kaybetme, her zamanki etkinliklerini yapamama, aile, iş ve sosyal hayatındaki rollerini yerine getiremememe, otonomilerini kaybetme gibi yaşadıkları kayıplar ruhsal ve sosyal yaşantılarının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Bahar ve ark., 2007; Curtis, 2009; ifter, 1990; zkan, 1993). Aynı zamanda düzenli hastane ziyaretleri, hemşirelik ve sağlık personeli ile ilgili ilişkiler, boş zaman kısıtlaması, ekonomik zorluklar, diyalize girme endişesi, ölüm korkusu, gelecek hakkındaki belirsizlik ve yorgunluk sıklıkla karşılaşılan stres kaynaklarıdır (Gerogianni ve Babatsikou; 2014). Tüm bu risk faktörlerinin varlığı, KBY’li bireylerde çok yönlü sorunlara neden olmakta, psikolojik sağlımlılık düzeyleri üzerinde etkili olabilmektedir.

KBY’li bireylerin yaşamlarındaki olayların kontrolünü ellerinde tutabilmelerinde, tüm bu olumsuz durumlarla baş edebilmelerinde ve değişen duruma hızlıca uyum sağlayabilmelerinde psikolojik sağlımlılık kavramının önemli bir rolü

vardır. KBY birçok psikososyal değişim sürecini içermesi bakımından bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyleri; tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerini doğrudan etkileyek bu etkileşim sürecine pozitif katkı sağlamaktadır.

Prediyaliz hastalarının psikolojik sağlamlığını yordayan faktörlerin bilinmesi, karşılaşılabilecekleri stresli ve zorlu durumların üstesinden gelebilmeleri ve uyum sağlayabilmeleri açısından önem taşımaktadır. Literatürde prediyaliz hastaları üzerinde psikolojik sağlamlık kavramı ile ilgili yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlığı yordayıcı faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel niteliktedir.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı polikliniği ve Nefroloji kliniği yataklı servislerinde yürütüldü. Araştırmanın verileri Nisan 2017 ve Eylül 2017 tarihleri arasında toplandı.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji kliniği yataklı servisinde yatan ve Nefroloji Bilim Dalı polikliniğine başvuran, Nisan 2017 ile Eylül 2017 tarihleri arasındaki altı aylık süre içinde takipli olan tüm prediyaliz dönem hastaları oluşturdu. Araştırmada evreni teslim edecek örnekleme gidilemediği için, belirlenen tarih aralığında başvuran 74 prediyaliz hastası araştırma kapsamına alındı.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- GFH 30 ml/dk'nın altındaki prediyaliz dönem hastası olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- 18 yaş ve üstü olan,

- Türkçe konuşabilen ve anlayan,
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan hastalar dahil edildi.

2.4. Araştırma Soruları

1. Prediyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon riski düzeyleri nedir?
2. Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri ile anksiyete ve depresyon riski arasında anlamlı fark var mıdır?
3. Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark var mıdır?
4. Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı fark var mıdır?
5. Prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlılığı sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi yordamakta mıdır?

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada; hastanın tanımlayıcı özelliklerini belirlemek amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu (Bkz. Ek-2), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Bkz. Ek-3), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Bkz., Ek-4), Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CD-RISC-25) (Bkz. Ek-5) kullanılmıştır.

2.5.1. Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu

Bu formda hastayla ilgili yaş, medeni durum, eğitim durumu ve gelir düzeyi bilgileri sorulmuştur. Ayrıca hastalık durumuyla ilgili; ilk tanı zamanı, hastalığın etiyolojisi, ilaç kullanma durumu, diyet ve KBY hakkında eğitim alma durumu, hemodiyaliz veya periton diyalizine başlanması ile ilgili planlama hakkında hasta ve hastalığa ilişkin bilgiler sorgulanmıştır. BKİ hastaların bildirdiği kilo ve boy üzerinden hesaplanmıştır. Ünitelerde tartı olmadığı için bildiremeyen 16 hastanın BKİ hesaplanamamıştır. Hasta ve hastalığa ilişkin tanımlayıcı özellikler formu 21 sorudan oluşmaktadır.

2.5.2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Tıbbi hastalık tanısı olanlar ve sağlık hizmeti almak için birinci basamağa başvuru yapan hastalarda anksiyete ve depresyon riskini ve düzeyini belirlemeye yönelik bir ölçektir. Zigmond ve Snaith tarafından geliştirmiştir. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği çalışması 1997’de Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. 14 soru içeren ölçekte, anksiyete için tek sayılı sorular depresyon için çift sayılı sorular değerlendirilmektedir. Ölçek 4’lü Likert tipindedir. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0,85 depresyon alt ölçeği için 0,77 bulunmuştur.

Çalışma sonucunda; Anksiyete Alt Ölçeği (HAD-A) kesme noktası 10, Depresyon Alt Ölçeği (HAD-D) kesme noktası 8’dir. Kesme noktalarının üstünde puan alanlar ise risk altında olarak değerlendirilmektedir. HAD-A ve HAD-D için ayrı ayrı olmak üzere alınabilecek maksimum puanın 21, minimum puanın 0 olduğu belirtilmektedir (Aydemir ve ark., 1997).

Çalışmamızda ölçek güvenirlik katsayısı anksiyete boyutu için 0,78; depresyon boyutu için 0,80 olarak hesaplanmıştır.

2.5.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ware ve arkadaşlarının 1987’de geliştirdiği kendini değerlendirme ölçeğidir. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlamaları, emosyonel rol kısıtlamaları, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve genel sağlık algısı olmak üzere 8 alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçeklerden her birine ayrı ayrı toplam puan verilerek değerlendirilmesi yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 olup sağlık durumunun kötü olduğunu, en yüksek puan olan 100 sağlık durumunun iyi olduğunu kastetmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını 1999’da Koçyiğit ve arkadaşları tarafından, romatizmal hastalığı olan 100 hasta üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında her bir alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0,73 – 0,76 arasında elde edilmiştir (Koçyiğit ve ark., 1999).

Çalışmamızda alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayısı 0,55 - 0,89 arasında değişmektedir.

2.5.4. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 25 (CD-RISC-25):

Connor ve Davidson tarafından 2003 yılında geliştirilmiştir. 25 sorudan oluşmaktadır. Beşli Likert tipindedir. Bu ölçekte verilen cevaplar : (0= hiç doğru değil, 1= nadiren doğru, 2= bazen doğru , 3= sıklıkla doğru, 4= neredeyse her zaman doğru) doğrultusunda puanlama yapılmaktadır. Puanlama sonucu elde edilebilecek en yüksek değer 100’dür. Toplam puan arttıkça psikolojik sağlamlık artmaktadır. Ölçek; 1. Kişisel yetkinlik ve yüksek standartlarda azim, 2. Özgüven, negatif etkilere tolerans, strese karşı güçlü duruş, 3. Değişiklikler karşısında olumlu bakış açısı, başkaları ile güvenli ilişkiler, 4. Otokontrol, 5. Manevi etkiler olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2010 yılında Kararımak tarafından, 1999 depreminin yıkıcı etkilerine maruz kalan 246 kişilik bir örnekleme yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak hesaplanmıştır. Ölçekte; madde 1, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23 ile azim ve kişisel yetkinlik; madde 4, 6, 7, 8, 13, 14 ile negatif olaylara tolerans, madde 2, 3,

9, 20 ile manevi eğilim incelenerek psikolojik dayanıklılık düzeyleri saptanmıştır (Kararımak, 2010).

Çalışmamızda Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır.

2.6. Verilerin Analizi

Veriler, SPSS for Windows 23 paket programında analizedilmiştir. % 95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. İstatiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde kabul edilerek değerlendirildi. Katılımcıların hasta ve hastalığa ilişkin tanımlayıcı değişkenlerin incelenmesinde tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır. Verilerin normal dağılımına Kolmogorov - Smirnov testi uygulanarak bakılmıştır. Sonuç olarak anksiyete, depresyon, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlilik/vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı ile azim ve kişisel yetkinlik puanlarının normal dağılım göstermediği; ruhsal sağlık, genel sağlık algısı, negatif olaylara tolerans, manevi eğilim ve psikolojik sağlamlık puanlarının ise normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

Normal dağılmayan verilerde iki grubu karşılaştırmak için Mann-Whitney U testi, çok gruplu karşılaştırmalar için Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde iki grup karşılaştırmasında t testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmasında Anova testi kullanılmıştır. Psikolojik sağlamlığı yordayan faktörlerin belirlenmesi amacıyla hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni psikolojik sağlamlık, bağımsız değişkenleri ise hasta ve hastalığa ait tanımlayıcı özellikler, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesidir. Bu amaçla ilk aşamada hasta ve hastalığa ait tanımlayıcı özellikler denkleme girmiştir. İkinci aşamada anksiyete ve depresyon, üçüncü aşamada ise SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları denkleme girmiştir. Kategorik olan değişkenler kukla (dummy) değişkenler haline dönüştürülerek regresyon analizine alınmıştır. Cinsiyet ve medeni durum değişkenleri alt kategorileri doğrultusunda kadın ve evli olanlar için analizde 1

olarak kodlanmıştır. Yaş, yaşanılan yer, eğitim durumu ve gelir düzeyi üç aşamalı değişken olduğu için iki kukla değişken oluşturulmuştur. Yaş için 25-45 yaş aralığı referans kategorisi olarak kabul edilip, oluşturulan yeni kukla değişkenler 46-65 yaş ve 66 yaş üstü olarak isimlendirilmiştir. Yaşanılan yer için şehir referans kategorisi kabul edilip, oluşturulan yeni kukla değişkenler yaşanılan yer köy ve yaşanılan yer ilçe olarak isimlendirilmiştir. Eğitim durumu için okur yazar olmama ve ilköğretim mezunu olma durumu referans kategorisi kabul edilip, oluşturulan yeni kukla değişkenler eğitim durumu lise ve eğitim durumu üniversite/yüksek lisans olarak isimlendirilmiştir. Gelir düzeyi için düşük referans kategorisi kabul edilip, oluşturulan kukla değişkenler gelir düzeyi orta ve gelir düzeyi iyi olarak isimlendirilmiştir.

2.7. Etik İlkeler

Çalışmanın yürütülebilmesi için Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu'ndan 11.01.2017 tarihli ve 85434274-050.04.04/ 2154 sayılı karar numarası ile izin alındı (Bkz. EK-7). Çalışmanın yapıldığı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden 21.02.2017 tarih ve 96487027-663.08-E.6482 sayılı karar ile kurum izni alınmıştır (Bkz. EK-8). Çalışmaya katılan hastalara çalışma hakkında sözel bilgi verilmiş olup, ayrıca 'Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu' ile onamları alındı (Bkz. EK-1). Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeğinin kullanılabilmesi için orijinal sahibinden telif hakkı ödenerek izin alınmıştır. Ayrıca ölçeğin çoğaltılmayacağı, başka bir araştırmada kullanılmayacağına dair araştırmacı tarafından onam imzalanmıştır (Bkz. EK-6).

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın kesitsel nitelikte olması ve sadece bir üniversite hastanesinde yapılması nedeniyle, sonuçlar sadece üzerinde çalışılan prediyaliz dönemdeki hastalara genellenebilir.

3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde; prediyaliz hastası olan 74 hastadan hasta ve hastalığa ilişkin tanımlayıcı özellikler formu, HAD ölçeği, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeği kullanılarak elde edilen bulgular sunulmaktadır. Bu bölüm beş ana başlıktan oluşmaktadır.

İlk bölümde prediyaliz hastalarının tanımlayıcı özellikleri ve hastalığına ilişkin bulgulara, ikinci bölümde prediyaliz hastalarının tanımlayıcı özellikleri ile HAD ölçeğine ilişkin bulgulara ve prediyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon açısından risk oranlarına yer verildi. Üçüncü bölümde prediyaliz hastalarının tanımlayıcı özellikleri ile SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin bulgulara, dördüncü bölümde prediyaliz hastalarının tanımlayıcı özellikleri ile Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeğine ilişkin bulgulara yer verildi. Beşinci bölümde ise prediyaliz hastalarının psikolojik sağlamlığını yordayıcı faktörlere ilişkin bulgulara yer verildi.

3.1. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.1.'de prediyaliz hastalarının tanımlayıcı özelliklerine yer verildi. Araştırmaya katılan prediyaliz hastalarının cinsiyetlerine bakıldığında kadınların oranı % 51,3 iken, erkeklerin oranı % 48,7 olduğu saptanmıştır. Prediyaliz hastalarının % 18,9'u 25-45 yaş aralığında; % 50'si 46-65 yaş aralığında; % 31,1'ü 66 yaş ve üstünde olduğu saptanmıştır. Araştırmada yer alan prediyaliz hastalarının medeni durumlarına göre % 77'si evli; % 5,4'ü bekar ve % 17,6'sı boşanmış ya da eşinin vefat ettiği belirlenmiştir. Eğitim düzeylerine bakıldığında okur-yazar olmayan % 12,1; okuryazarlar % 6,8; ilkokul mezunu olanlar %56,8; lise mezunu olanlar % 13,5; üniversite ya da yüksek lisans mezunu olanlar ise % 10,8'dir. Prediyaliz hastalarından kentte yaşayanlar % 12,2; ilçede yaşayanlar %71,6 ve köyde yaşayanlar % 16,2 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların % 20,3'ünün gelir düzeyinin düşük, % 55,4'ünün orta ve % 24,3'ünün iyi olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan katılımcıların % 90,5'i

SGK, % 2,7'si özel sigorta, % 4,1'i yeşil kart sağlık güvencesine sahiptir. % 2,7'sinin herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı belirlenmiştir.

Çizelge 3.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	38	51,3
Erkek	36	48,7
Yaş		
25-45 yaş	14	18,9
46-65 yaş	37	50,0
66 yaş ve üstü	23	31,1
Medeni durum		
Evli	57	77,0
Bekar	4	5,4
Boşanmış/Eşi vefat etmiş	13	17,6
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	9	12,1
Okuryazar	5	6,8
İlköğretim	42	56,8
Lise	10	13,5
Üniversite/Yüksek Lisans	8	10,8
Yaşadığı yer		
Şehir	9	12,2
İlçe	53	71,6
Köy	12	16,2
Gelir düzeyi		
Düşük	15	20,3
Orta	41	55,4
İyi	18	24,3
Sosyal güvence durumu		
SGK	67	90,5
Özel sigorta	2	2,7
Yeşil kart	3	4,1
Güvence yok	2	2,7

Çizelge 3.2'de araştırmaya katılan prediyaliz hastalarının BKİ'ne göre normal kilosunda olanlar % 25,7; kilosu fazla olanlar %29,7; 1.dereceden obez olanlar %14,9; 2. veya 3. derecede obez olanlar %8,1 iken boyunu veya kilosunu bilmeyenler ise %21,6'dır. Katılımcılardan sigara kullananlar % 17,6; sigara kullanmayanlar ise %82,4'dir. KBY tanısı konma sürelerine bakıldığında evre 4 KBY olduğunu yeni öğrenenler % 11,3; bir yıl ve altı olanların % 19,7; 1-10 yıl arasında olanların % 40,8;

10 yıl ve üstü olanların % 28,2 olduğu saptanmıştır. % 86,5'inin ilaçlarını düzenli kullandıkları, % 13,5'inin ilaçlarını düzenli kullanmadıkları belirlenmiştir. KBY eğitimi alanlar % 37,8; KBY eğitimi almayanlar ise % 62,2'dir. Diyaliz hazırlığı yapılan katılımcılar % 12,2; diyaliz hazırlığı yapılmayan katılımcılar % 87,8'dir. Araştırmaya katılan prediyaliz hastalarından % 44,6'sının diyetine uyduğu; % 55,4'ünün diyetine uymadığı belirlenmiştir. Katılımcılardan KBY'ne eşlik eden DM hastalığı olanlar % 44,6; hipertansiyonu olanlar % 75,7; KAH hastalığı olanlar % 28,4; kalp yetmezliği olanlar % 5,4; osteoporozu olanlar % 2,7 ve diğer hastalıklardan birine sahip olanlar % 45,9'dur.



Çizelge 3.2. Katılımcıların hastalıkla ilgili özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
BKİ		
Normal kilolu	19	25,7
Fazla kilolu	22	29,7
1.derece obez	11	14,9
2. veya 3.derece obez	6	8,1
BKİ hesaplanamayanlar	16	21,6
Sigara kullanımı		
Evet	13	17,6
Hayır	61	82,4
KBY süresi		
Yeni tanı	8	11,3
1 yıl ve altı	14	19,7
1-10 yıl	29	40,8
10 yıl ve üstü	20	28,2
İlaçların düzenli kullanımı		
Evet	64	86,5
Hayır	10	13,5
KBY eğitimi alma durumu		
Evet	28	37,8
Hayır	46	62,2
Diyaliz hazırlık durumu		
Evet	9	12,2
Hayır	65	87,8
Diyet uyumu		
Evet	33	44,6
Hayır	41	55,4
KBY eşlik eden başka hastalıklar		
DM	33	44,6
Hipertansiyon	56	75,7
KAH	21	28,4
Kalp Yetmezliği	4	5,4
Osteoporoz	2	2,7
Diğer	34	45,9

3.2. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile HAD Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.3’de araştırmaya katılan kadın ile erkek katılımcıların HAD ölçeğinin anksiyete alt boyutu bakımından istatistiki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Anksiyete alt boyutu ortanca değer puanlarına bakıldığında erkeklerde anksiyete riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaşı, medeni durumu, eğitim durumu ve yaşadığı yer itibariyle farklılık gösteren katılımcılar arasında HAD ölçeğinin alt boyutları anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının istatistiki bakımdan önemli bir farkı bulunmamıştır ($p>0,05$). Gelir düzeylerine göre katılımcıların HAD ölçeğinin alt boyutlarından depresyon ölçeğinde istatistiki fark anlamlılık göstermektedir ($p<0,05$). Depresyon alt boyutu puan ortancaları incelendiğinde gelir düzeyini düşük bulanlarda depresyon riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.3. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre HAD Ölçeği puan dağılımları

DEĞİŞKENLER	HAD Ölçeğinin Alt Boyutları			
	HAD-A		HAD-D	
	ortanca	min-max	ortanca	min-max
Cinsiyet				
Kadın	13	5-16	9,5	6-14
Erkek	14	6-17	9	7-15
Değerlendirme	p =0,023^a		p = 0,689^a	
Yaş				
25-45 yaş	12,5	6-15	14	8-14
46-65 yaş	14	5-16	37	6-15
66 yaş ve üstü	14	7-17	23	7-14
Değerlendirme	p =0,143^b		p =0,255^b	
Medeni durum				
Evli	14	6-17	10	6-15
Bekar/Boşanmış/ Eşi vefat etmiş/Ayrı yaşıyor	14	6-16	9	8-12
Değerlendirme	p= 0,840^a		p=0,774^a	
Eğitim durumu				
Okuryazar	12,5	8-16	9	6-14
değil/Okuryazar	14	5-17	9,5	7-15
İlköğretim	13	6-16	10	7-13
Lise	13	10-16	9	8-10
Üniversite/Yüksek Lisans				
Değerlendirme	p=0,523^b		p=0,457^b	
Yaşanılan yer				
Şehir	13	6-15	9	7-13
İlçe	14	5-17	9	7-15
Köy	14,5	7-16	9,5	6-12
Değerlendirme	p=0,560^b		p=0,656^b	
Gelir düzeyi				
1) Düşük ^x	13	5-16	12	7-14
2) Orta	14	6-17	9	6-14
3) İyi	14	9-16	9,5	7-15
Değerlendirme	p=0,297^b		p=0,002^b	
f			1-2	

^a Mann Whitney U analizi uygulandı, **p<0,05**; ^b Kruskal Wallis testi uygulandı, **p<0,05** f=grup içi anlamlı farklılıklar (Bonferonni düzeltmeli Mann Whitney testi uygulandı) ^xDüşük

Araştırmaya katılan BKİ farklı olan, sigara kullanan ile kullanmayan, KBY süresi farklı olan, ilaçlarını düzenli alan ile almayan, daha önce KBY hakkında eğitim alan ile almayan, diyaliz için hazırlık yapılan ile yapılmayan ve diyetine uyan ile uymayan katılımcılar arasında HAD ölçeğinin alt boyutları olan anksiyete ve depresyon ölçek puanları açısından istatistiki önemli bir fark çıkmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.4. Katılımcıların hastalıkla ilgili değişkenlerine göre HAD Ölçeği puan dağılımları

DEĞİŞKENLER	HAD Ölçeği Alt Boyutları			
	HAD-A		HAD-D	
	ortanca	min-max	ortanca	min-max
BKİ				
Normal kilolu	14	6-16	9	7-14
Fazla kilolu	14	5-16	9	7-13
1.derece obez	14	10-16	9	7-15
2. veya 3.derece obez	13,5	9-16	9	7-14
Değerlendirme	p = 0,542 ^b		p =0,841 ^b	
Sigara Kullanımı				
Evet	12,85	6-17	9,85	7-14
Hayır	12,77	5-16	9,67	6-15
Değerlendirme	p=0,770 ^a		p=0,703 ^a	
KBY süresi				
Yeni tanı	14	11-16	10	7-13
1 yıl ve altı	14	7-16	9,5	7-15
1-10 yıl arası	14	6-17	9	6-14
10 yıl ve üstü	13	5-16	10	8-14
Değerlendirme	p=0,393 ^b		p=0,148 ^b	
İlaçların düzenli kullanımı				
Evet	14	5-17	9	7-15
Hayır	13	8-15	9	6-14
Değerlendirme	p=0,256 ^a		p=0,726 ^a	
KBY eğitimi alma durumu				
Evet	13,5	6-17	9	7-14
Hayır	14	5-16	9	6-15
Değerlendirme	p=0,901 ^a		p=0,362 ^a	
Diyaliz hazırlık durumu				
Evet	14	8-17	10	6-14
Hayır	14	5-16	9	7-15
Değerlendirme	p=0,357 ^a		p=0,260 ^a	
Diyet uyumu				
Evet	14	6-16	9	7-15
Hayır	13	5-17	9	6-14
Değerlendirme	p=0,136 ^a		p=0,996 ^a	

^a Mann Whitney U analizi uygulandı, ^b Kruskal Wallis testi uygulandı.

Çizelge 3.5’de araştırmaya katılan prediyaliz hastalarının anksiyete puan ortalamasının $12,80 \pm 2,68$ (ortanca:14, min:5, max:17); depresyon puan ortalamasının $9,68 \pm 1,97$ (ortanca:9, min:6, max:15) olduğu bulunmuştur.

Çizelge 3.5. Katılımcıların HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon puan dağılımları

HAD	ortanca	min-max	ortalama	standart sapma
HAD-A	14	5-17	12,80	2,68
HAD-D	9	6-15	9,68	1,97

Çizelge 3.6’da araştırmaya katılan prediyaliz hastalarının %77’si anksiyete açısından riskli, %89,2’si depresyon açısından riskli bulunmuştur.

Çizelge 3.6. Katılımcıların anksiyete ve depresyon açısından risk oranları

	Risk yok		Risk altında	
	n	%	n	%
HAD-A	17	23	57	77
HAD-D	8	10,8	66	89,2

3.3. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.7’de araştırmaya katılan farklı yaştaki katılımcılar arasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel sağlık algısı alt boyutu açısından istatistiki farklılık anlamlılık göstermektedir ($p < 0,05$). Genel sağlık algısını puan ortancaları incelendiğinde 46-65 yaş arası olanlarda genel sağlık algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Medeni durumu farklı olan katılımcılar arasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından fiziksel fonksiyon ile sosyal işlevsellik alanlarında istatistiki farklılık anlamlı çıkmıştır ($p < 0,05$). Fiziksel fonksiyon ve sosyal işlevsellik alt boyutu ortanca değerleri incelendiğinde evli olmayanlarda fiziksel fonksiyonun ve sosyal işlevselliğin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.7. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan dağılımları

DEĞİŞKENLER	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları															
	Fiziksel Fonksiyon		Fiziksel Rol Güçlüğü		Emosyonel Rol Güçlüğü		Enerji/Canlılık		Sosyal İşlevsellik		Ağrı		Mental Sağlık		Genel Sağlık Algısı	
	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max
Cinsiyet																
Kadın	45	0-100	0	0-100	66,67	0-100	42,5	10-85	75	12,5-100	45	0-100	64	40-92	37,5	12,5-62,5
Erkek	42,5	0-95	0	0-100	33,33	0-100	50	5-80	68,75	12,5-100	57,5	0-100	68	28-92	39,58	16,67-62,5
Değerlendirme	p=0,471 ^a		p=0,735 ^a		p=0,741 ^a		p=0,310 ^a		p=0,770 ^a		p=0,486 ^a		p=0,509 ^c		p=0,179 ^c	
Yaş																
1) 25-45 yaş	35	20-90	25	0-100	66,67	0-100	47,5	10-65	75	37,5-100	51,25	0-100	60	28-88	39,58	16,67-58,33
2) 46-65 yaş ^x	37	0-95	0	0-100	100	0-100	50	5-85	75	12,5-100	57,5	10-100	68	36-92	41,67	20,83-62,5
3) 66 yaş ve üstü	23	0-100	0	0-100	33,33	0-100	30	5-80	62,5	12,5-100	45	0-100	60	40-92	33,33	12,5-62,5
Değerlendirme f	p=0,661 ^b		p=0,447 ^b		p=0,309 ^b		p=0,128 ^b		p=0,760 ^b		p=0,741 ^b		p=0,393 ^d		p=0,012 ^d 2-3	
Medeni durum																
Evli	40	0-90	0	0-100	33,33	0-100	45	5-85	62,5	12,5-100	45	0-100	64	28-92	37,5	12,5-62,5
Bekar/Boşanmış/ Eşi vefat etmiş/Ayrı yaşıyor	85	20-100	25	0-100	100	0-100	50	15-75	87,5	37,5-100	67,5	0-100	72	40-92	41,67	20,83-58,33
Değerlendirme	p=0,000 ^a		p=0,074 ^a		p=0,222 ^a		p=0,394 ^a		p=0,023 ^a		p=0,136 ^a		p=0,434 ^c		p=0,230 ^c	

^a Mann Whitney U analizi uygulandı; ^b Kruskal Wallis testi uygulandı; ^c t testi uygulandı; ^d Anova testi uygulandı, **p<0,05**; f=grup içi anlamlı farklılıklar (Tukey testi uygulandı) ^x46-65 yaş

Çizelge 3.8’de araştırmaya katılan eğitim durumu ve yaşadığı yer itibariyle farklılık gösteren katılımcıların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğindeki alt boyutların istatistiki farkları anlamlılık göstermemektedir ($p>0,05$). Gelir düzeyini farklı bulan katılımcılar arasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin emosyonel rol güçlüğü alt boyutu açısından farklılık istatistiki yönden anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). Emosyonel rol güçlüğü alt boyutu ortanca değerleri incelendiğinde gelir düzeyini orta bulanlarda emosyonel rol güçlüğü’nün daha yüksek olduğu saptanmıştır.



Çizelge 3.8. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan dağılımları

DEĞİŞKENLER	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları															
	Fiziksel Fonksiyon		Fiziksel Rol Güçlüğü		Emosyonel Rol Güçlüğü		Enerji/Canlılık		Sosyal İşlevsellik		Ağrı		Mental Sağlık		Genel Sağlık Algısı	
	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max
Eğitim durumu																
Okulyazar değil/Okuryazar	42,5	30-100	0	0-100	33,33	0-100	27,5	10-80	75	12,5-100	45	0-100	60	40-88	33,33	16,67-62,50
İlköğretim	40	0-95	0	0-100	66,67	0-100	50	5-85	62,5	12,5-100	56,25	0-100	68	36-92	41,67	12,5-62,5
Lise	50	15-90	37,5	0-100	83,33	0-100	45	5-65	87,5	12,5-100	73,75	10-100	68	40-88	39,58	16,67-58,33
Üniversite/Yüksek Lisans	70	20-95	12,5	0-100	66,67	0-100	50	10-75	81,25	50-100	45	0-80	60	28-92	37,5	20,83-50
Değerlendirme	p=0,297 ^b		p=0,318 ^b		p=0,670 ^b		p=0,360 ^b		p=0,809 ^b		p=0,583 ^b		p=0,586 ^d		p=0,433 ^d	
Yaşanılan yer																
Şehir	65	15-95	0	0-100	100	0-100	50	5-70	50	12,5-100	57,5	0-100	72	36-88	37,5	28,17-62,5
İlçe	45	0-100	0	0-100	66,57	0-100	50	5-85	62,5	12,5-100	45	0-100	68	28-92	41,67	16,67-62,5
Köy	42,5	0-95	0	0-100	33,33	0-100	32,5	10-80	93,75	25-100	57,5	10-100	62	44-88	37,5	12,5-62,5
Değerlendirme	p=0,784 ^b		p=0,512 ^b		p=0,831 ^b		p=0,342 ^b		p=0,302 ^b		p=0,992 ^b		p=0,773 ^d		p=0,902 ^d	
Gelir düzeyi																
1) Düşük	35	0-90	0	0-100	33,33	0-100	49	20-80	75	12,5-100	45	0-100	60	44-88	41,67	12,5-62,5
2) Orta ^x	50	5-100	0	0-100	100	0-100	50	5-85	75	12,5-100	67,5	0-100	68	28-92	41,67	16,67-62,5
3) İyi	50	0-90	0	0-100	33,33	0-100	50	5-75	68,75	12,5-100	45	10-100	58	40-88	37,50	20,83-62,5
Değerlendirme f	p=0,190 ^b		p=0,192 ^b		p=0,020 ^b 1-2		p=0,674 ^b		p=0,358 ^b		p=0,100 ^b		p=0,114 ^d		p=0,494 ^d	

^b Kruskal Wallis testi uygulandı, **p<0,05**; f=grup içi anlamlı farklılıklar (Bonferonni düzeltilmeli Mann Whitney testi uygulandı) ^xOrta. ^d Anova testi uygulandı

Çizelge 3.9’da araştırmaya katılan BKİ, sigara kullanan ile kullanmayan ve KBY süresi farklı olan katılımcılar arasında SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinde bulunan alt boyutların istatistiki farklılıkları anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).



Çizelge 3.9. Katılımcıların hastalıkla ilgili değişkenlerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan dağılımları

DEĞİŞKENLER	SF-36 Ölçeği Alt Boyutları															
	Fiziksel Fonksiyon		Fiziksel Rol Güçlüğü		Emosyonel Rol Güçlüğü		Enerji/Canlılık		Sosyal İşlevsellik		Ağrı		Mental Sağlık		Genel Sağlık Algısı	
	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max
BKİ																
Normal kilolu	35	5-90	0	0-100	66,67	0-100	55	5-80	75	12,5-100	45	0-100	68	44-92	37,5	20,83-62,5
Fazla kilolu	50	10-95	0	0-100	33,33	0-100	40	5-75	62,50	12,5-100	57,5	10-100	60	28-92	41,67	16,67-58,33
1.derece obez	55	10-90	0	0-100	100	0-100	50	25-60	75	37,5-100	45	0-100	68	52-88	50	20,83-58,33
2. veya 3.derece obez	30	0-70	0	0-100	66,67	0-100	47,5	20-85	62,50	25-100	56,25	22,5-100	58	48-8	37,5	12,5-62,5
Değerlendirme	p=0,429 ^b		p=0,835 ^b		p=0,542 ^b		p=0,160 ^b		p=0,870 ^b		p=0,462 ^b		p=0,320 ^d		p=0,395 ^d	
Sigara kullanımı																
Evet	40	5-90	0	0-100	33,33	0-100	40	5-80	62,5	12,5-100	62,5	20-100	60	36-88	37,5	16,67-62,5
Hayır	45	0-100	0	0-100	66,67	0-100	50	5-85	75	12,5-100	45	0-100	68	28-92	37,5	12,5-62,5
Değerlendirme	p=0,670 ^a		p=0,960 ^a		p=0,437 ^a		p=0,772 ^a		p=0,304 ^a		p=0,574 ^a		p=0,089 ^c		p=0,374 ^c	
KBY süresi																
Yeni tanı	32,5	15-65	25	0-50	83,33	0-100	42,5	5-55	75	12,5-100	21,25	0-100	60	36-88	37,5	20,83-58,33
1 yıl ve altı	42,5	0-95	12,5	0-100	50	0-100	52,5	10-75	75	25-100	45	22,50-100	70	28-92	37,5	12,5-62,5
1-10 yıl arası	50	20-100	0	0-100	33,33	0-100	50	20-75	62,5	25-100	67,5	0-100	64	40-92	41,67	16,67-58,33
10 yıl ve üstü	50	0-90	0	0-100	83,33	0-100	42,5	5-85	68,75	12,5-100	56,25	0-100	60	40-92	35,42	20,83-62,5
Değerlendirme	p=0,255 ^b		p=0,240 ^b		p=0,667 ^b		p=0,586 ^b		p=0,898 ^b		p=0,096 ^b		p=0,910 ^d		p=0,926 ^d	

^a Mann Whitney U analizi uygulandı; ^b Kruskal Wallis testi uygulandı; ^c t testi uygulandı; ^d Anova testi uygulandı

Çizelge 3.10’da araştırmaya katılan ilaçlarını düzenli kullanan ile kullanmayan, KBY eğitimi alan ile almayan ve diyaliz hazırlığı yapılan ile yapılmayan katılımcılar arasında SF-36 ölçeğinin alt boyutlarındaki istatistiki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Diyetine uyan ile uymayan katılımcıların SF-36 ölçeğinin ruhsal sağlık alt boyutunda istatistiki fark anlamlılık göstermektedir ($p<0,05$). Ruhsal sağlık alt boyutunun ortanca değerleri incelendiğinde diyetine uymayanlarda ruhsal sağlığın daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



Çizelge 3.10. Katılımcıların hastalıkla ilgili değişkenlerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puan dağılımları

DEĞİŞKENLER	SF-36 Ölçeği Alt Boyutları															
	Fiziksel Fonksiyon		Fiziksel Rol Güçlüğü		Emosyonel Rol Güçlüğü		Enerji/Canlılık		Sosyal İşlevsellik		Ağrı		Mental Sağlık		Genel Sağlık Algısı	
	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max
İlaçların düzenli kullanımı																
Evet	45	0-100	0	0-100	33,33	0-100	45	5-85	62,5	12,5-100	57,5	0-100	64	28-92	37,5	12,5-62,5
Hayır	37,5	20-90	0	0-50	100	0-100	55	15-80	75	37,5-100	35	0-100	66	52-92	47,92	16,67-62,5
Değerlendirme	p=0,635 ^a		p=0,325 ^a		p=0,240 ^a		p=0,136 ^a		p=0,457 ^a		p=0,157 ^a		p=0,300 ^c		p=0,442 ^c	
KBY eğitimi alma durumu																
Evet	42,5	0-95	0	0-100	33,33	0-100	42,5	10-85	75	12,5-100	65	0-100	62	40-88	37,5	12,5-62,5
Hayır	45	0-100	0	0-100	66,67	0-100	50	5-80	75	12,5-100	45	0-100	68	28-92	41,67	16,67-62,5
Değerlendirme	p=0,543 ^a		p=0,939 ^a		p=0,116 ^a		p=0,771 ^a		p=0,536 ^a		p=0,212 ^a		p=0,268 ^c		p=0,223 ^c	
Diyaliz hazırlık durumu																
Evet	60	25-90	0	0-100	66,67	0-100	55	30-60	100	37,5-100	100	22,5-100	72	60-84	37,5	16,67-58,33
Hayır	45	0-100	0	0-100	66,67	0-100	45	5-85	75	12,5-100	45	0-100	64	28-92	41,67	12,5-62,5
Değerlendirme	p=0,260 ^a		p=0,932 ^a		p=0,820 ^a		p=0,307 ^a		p=0,111 ^a		p=0,094 ^a		p=0,219 ^c		p=0,585 ^c	
Diyet uyumu																
Evet	40	0-100	0	0-100	33,33	0-100	50	10-75	75	12,5-100	55	0-100	60	28-92	37,5	12,5-62,5
Hayır	45	10-95	0	0-100	100	0-100	50	5-85	75	12,5-100	57,5	0-100	68	36-92	41,67	16,67-62,5
Değerlendirme	p=0,482 ^a		p=0,867 ^a		p=0,187 ^a		p=0,481 ^a		p=0,646 ^a		p=0,895 ^a		p=0,023 ^c		p=0,266 ^c	

^a Mann Whitney U analizi uygulandı; ^c t testi uygulandı, **p<0,05**.

3.4. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çizelge 3.11’de araştırmaya katılan cinsiyeti, yaşı ve yaşadığı yer farklı olan katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri ve Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeği alt boyutları bakımından istatistiki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Medeni durumu ve eğitim durumu farklı olan katılımcıların Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeğinin alt boyutu olan azim ve kişisel yetkinlik bakımından istatistiki anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$). Azim ve kişisel yetkinlik alt boyutu puan ortancaları incelendiğinde evli olanlarda ve ilköğretim mezunu olanlarda azim ve kişisel yetkinliğin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir düzeyi farklı olan katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyi ve Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeğinin alt boyutu olan negatif olaylara tolerans bakımından istatistiki anlamlılık bulunmuştur ($p<0,05$). Psikolojik sağlamlık ortanca değer puanları dikkate alındığında gelir düzeyini iyi bulanlarda psikolojik sağlamlığın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Negatif olaylara tolerans boyutu puan ortancaları incelendiğinde gelir düzeyini iyi bulanlarda negatif olaylara toleransın daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 3.11. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre psikolojik sağlamlık ve Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeği alt boyutları puan dağılımları

DEĞİŞKENLER	Psikolojik Sağlamlık (n=74)		Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Alt Boyutları					
			Azim ve kişisel yetkinlik		Negatif olaylara tolerans		Manevi eğilim	
	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max
Cinsiyet								
Kadın	62,5	41-84	36	18-50	14	8-24	12	6-16
Erkek	68,5	18-84	40	9-50	17	3-23	11	5-16
Değerlendirme	p=0,494 ^c		p=0,249 ^a		p=0,569 ^c		p=0,437 ^c	
Yaş								
25-45 yaş	67	46-83	39	27-46	18	7-24	10	7-14
46-65 yaş	64	34-84	37	15-50	16	5-23	12	5-16
66 yaş ve üstü	60	18-84	32	9-50	16	5-16	12	6-16
Değerlendirme	p=0,277 ^d		p=0,203 ^b		p=0,414 ^d		p=0,098 ^d	
Medeni durum								
Evli	68	18-84	38	9-50	17	3-24	12	6-16
Bekar/Boşanmış/ Eşi vefat etmiş/Ayrı yaşıyor	56	47-80	33	20-45	14	11-22	11	5-16
Değerlendirme	p=0,058 ^c		p=0,022 ^a		p=0,285 ^c		p=0,228 ^c	
Eğitim durumu								
1) Okuryazar	50,5	41-84	27,5	18-50	13,5	4-24	13	10-16
değil/Okuryazar								
2) ilköğretim	67	18-84	40	9-50	17	3-23	11	6-16
3) Lise	65,5	34-83	36	15-47	18	5-21	14,5	9-16
4) Üniversite/Yüksek Lisans	71,5	50-83	38	28-16	18	11-24	12	5-16
Değerlendirme f	p=0,111 ^d		p=0,019 ^b 1-2		p=0,185 ^d		p=0,080 ^d	
Yaşanılan yer								
Şehir	72	58-83	36	32-47	17	13-24	13	10-16
İlçe	64	45-84	36	20-50	17	4-23	12	5-16
Köy	61	18-84	36,5	9-50	15,5	3-24	10,5	6-16
Değerlendirme	p=0,256 ^d		p=0,753 ^b		p=0,496 ^d		p=0,187 ^d	
Gelir düzeyi								
1) Düşük	53	18-84	35	9-50	14	3-24	12	6-16
2) Orta	63	34-83	36	15-49	16	5-24	11	6-16
3) İyi	74	48-84	42	23-50	18	11-23	13	5-16
Değerlendirme f	p=0,040 ^d 1-3		p=0,251 ^b		p=0,012 ^d 1-3		p=0,309 ^d	

^a Mann Whitney U analizi uygulandı, **p<0,05**; ^b Kruskal Wallis testi uygulandı, **p<0,05 Bonferonni düzeltmeli Mann Whitney U testi**; ^c t testi uygulandı; ^d Anova testi uygulandı, **p<0,05**. Tukey testi

Çizelge 3.12’de araştırmaya katılan BKİ farklı olan katılımcılar arasında psikolojik sağlık ve Connor-Davidson psikolojik sağlık ölçeğinin alt boyutlarından elde edilen puanlar açısından istatistiki önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sigara kullanan ile kullanmayan katılımcılarda psikolojik sağlık ve Connor-Davidson psikolojik sağlık ölçeğinin alt boyutlarından elde edilen puanlar bakımından istatistiki fark önemli bulunmamıştır ($p>0,05$). KBY hastalığı süresi farklı olan katılımcılar arasında psikolojik sağlık bakımından istatistiki farklılık anlamlıdır ($p<0,05$). Ortanca değerin puanları incelendiğinde yeni tanı alanlarda psikolojik sağlamlığın daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

KBY hastalığı süresi farklı olan katılımcılar arasında Connor-Davidson psikolojik sağlık ölçeğinin alt boyutu olan manevi eğilim bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Manevi eğilim boyutu ortanca değerin puanlarına bakıldığında KBY süresi 10 yıl ve üstü olan katılımcılarda manevi eğilimin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İlaçlarını düzenli kullanan ile kullanmayan katılımcılar arasında Connor-Davidson psikolojik sağlık ölçeğinin alt boyutu olan negatif olaylara tolerans bakımından istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Negatif olaylara tolerans boyutu ortanca değerin puanları incelendiğinde ilaçlarını düzenli alanlarda negatif olaylara toleransın daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemodiyaliz ya da periton diyalizi için hazırlık yapılan ile yapılmayan katılımcılar arasında psikolojik sağlık açısından istatistiki farklılık anlamlıdır ($p<0,05$). Psikolojik sağlık ortanca değerin puanları incelendiğinde hemodiyaliz ya da periton diyalizi için hazırlık yapılmayanlarda psikolojik sağlamlığın daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemodiyaliz ya da periton diyalizi için hazırlık yapılan ile yapılmayan katılımcılar arasında Connor-Davidson psikolojik sağlık ölçeği alt boyutu olan azim ve kişisel yetkinlik bakımından istatistiki olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Azim ve kişisel yetkinlik boyutu ortanca değerin puanları incelendiğinde hemodiyaliz ya da periton diyalizi için hazırlık yapılmayan katılımcılarda azim ve kişisel yetkinliğin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Daha önce KBY hakkında eğitim alan ile almayan ve diyetine uyan ile uymayan katılımcılar arasında psikolojik sağlık ve Connor-Davidson psikolojik sağlık ölçeğinin alt boyutları ölçek puanları açısından istatiki fark anlamlı çıkmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.12. Katılımcıların hastalıkla ilgili değişkenlerine göre psikolojik sağlamlık ölçeği ve Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeği alt boyutları puan dağılımları

DEĞİŞKENLER	Psikolojik Sağlamlık (n=74)		Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Alt Boyutları					
			Azim ve kişisel yetkinlik		Negatif olaylara tolerans		Manevi eğilim	
	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max	ortanca	min-max
BKİ								
Normal kilolu	67	34-83	38	15-49	17	4-24	11	5-16
Fazla kilolu	68	18-84	36	9-50	18	3-24	11	6-16
1.derece obez	71	56-84	41	33-48	17	8-23	14	6-16
2. veya 3.derece obez	66,5	51-83	35,5	24-50	17	13-20	12,5	10-16
Değerlendirme	p=0,695 ^d		p=0,579 ^b		p=0,902 ^d		p=0,538 ^d	
Sigara kullanımı								
Evet	63	45-78	37	24-48	15	7-22	11	7-16
Hayır	63,5	18-84	36	9-50	17	3-24	12	5-16
Değerlendirme	p=0,860 ^c		p=0,778 ^a		p=0,470 ^c		p=0,268 ^c	
KBY süresi								
1) Yeni tanı	73	59-81	44,5	32-47	18,5	16-22	11	7-14
2) 1 yıl ve altı	68,5	50-84	39	28-50	17,5	8-24	12,5	9-16
3) 1-10 yıl arası	60	18-81	34	9-49	15	3-22	11	5-16
4) 10 yıl ve üstü	66	45-83	36,5	23-50	17	4-24	13	8-16
Değerlendirme f	p=0,029 ^d 1-3, 2-3, 3-4		p=0,169 ^b		p=0,056 ^d		p=0,034 ^d 2-3, 3-4	
İlaçların düzenli kullanımı								
Evet	66	18-84	37	9-50	17	3-24	12	5-16
Hayır	56,5	34-78	32	15-49	13	5-22	12,5	7-16
Değerlendirme	p=0,088 ^c		p=0,251 ^a		p=0,036 ^c		p=0,765 ^c	
KBY eğitimi alma durumu								
Evet	63	45-83	34,5	20-47	16	9-24	12	5-16
Hayır	68	18-84	38	9-50	17	3-24	12	6-16
Değerlendirme	p=0,709 ^c		p=0,213 ^a		p=0,741 ^c		p=0,578 ^c	
Diyaliz hazırlık durumu								
Evet	50	41-80	27	18-43	12	7-21	11	6-16
Hayır	66	18-84	37	9-50	17	3-24	12	5-16
Değerlendirme	p=0,015 ^c		p=0,021 ^a		p=0,077 ^c		p=0,193 ^c	
Diyet uyumu								
Evet	72	45-84	41	22-50	17	4-24	12	5-16
Hayır	63	18-84	35	9-49	16	3-22	12	6-16
Değerlendirme	p=0,125 ^c		p=0,100 ^a		p=0,364 ^c		p=0,904 ^c	

^a Mann Whitney U analizi uygulandı, **p<0,05**; ^c t testi uygulandı, **p<0,05**.

3.5. Prediyaliz Hastalarının Psikolojik Sağlamlığını Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulgular

Çizelge 3.13’de araştırmaya katılan prediyaliz hastalarında diyaliz hazırlığı yapılması psikolojik sağlamlık düzeyini negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır ($B=-11,813$; $p<0,05$). Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik verilerine ilişkin değişkenler, psikolojik sağlamlık puanına ilişkin varyansın %24,2’sini açıklamaktadır ($R^2 = ,242$).

Çizelge 3.13. Prediyaliz Hastalarının psikolojik sağlamlığını yordayan aşama 1 değişkenlerine ilişkin bulgular

Bağımsız Değişkenler	R ²	F	p	B	β	t	p
Aşama 1							
Cinsiyet	,242	1,173	,320	-2,337	-,082	-,583	,562
46-65 yaş				-5,225	-,182	-1,003	,320
66 yaş ve üstü				-6,237	-,204	-1,156	,253
Medeni Durum				6,348	,189	1,477	,145
Yaşanılan Yer İlçe				-,894	-,029	-,153	,879
Yaşanılan Yer Köy				-4,421	-,116	-,580	,564
Eğitim Durumu Lise				-2,299	-,053	-,392	,697
Eğitim Durumu Üniversite/Yüksek Lisans				-,790	-,017	-,121	,904
Gelir Düzeyi Orta				2,920	,102	,571	,570
Gelir Düzeyi İyi				11,648	,348	1,906	,062
Sigara Kullanımı				1,069	,029	,204	,839
İlaçların Düzenli Kullanımı				2,141	,052	,359	,721
KBY Eğitimi Alma Durumu				-,400	-,014	-,105	,917
Diyaliz Hazırlık Durumu				-11,813	-,275	-2,069	,043*
Diyet Uyumu				,809	,028	,192	,848

Hiyerarşik regresyon analizi uygulandı; * $p<0,05$.

Çizelge 3.14'te araştırmaya katılan prediyaliz hastalarında depresyon psikolojik sağlamlık düzeyini negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır ($B=-1,872$; $p<0,05$). Aşama 2'de hiyerarşik regresyon analizine giren anksiyete ve depresyon, psikolojik sağlamlık puanına ilişkin varyansın %25,4'ünü açıklamaktadır ($R^2= ,496$; $\Delta R^2= ,254$).

Çizege 3.14. Prediyaliz hastalarının psikolojik sağlamlığını yordayan aşama 2 değişkenlerine ilişkin bulgular

Bağımsız Değişkenler	R ²	F	p	B	β	t	p
Aşama 2							
Cinsiyet	,496	3,064	,001*	4,078	,142	1,138	,260
46-65 yaş				-6,908	-,241	-1,589	,118
66 yaş ve üstü				-5,412	-,177	-1,206	,233
Medeni Durum				6,549	,195	1,798	,078
Yaşanılan Yer İlçe				,166	,005	,034	,973
Yaşanılan Yer Köy				-4,824	-,126	-,755	,454
Eğitim Durumu Lise				3,240	,075	,648	,520
Eğitim Durumu Üniversite/Yüksek Lisans				-5,861	-,130	-1,010	,317
Gelir Düzeyi Orta				-5,111	-,178	-1,129	,264
Gelir Düzeyi İyi				4,156	,124	,785	,436
Sigara Kullanımı				,273	,007	,063	,950
İlaçların Düzenli Kullanımı				-1,260	-,031	-,252	,802
KBY Eğitimi Alma Durumu				-,115	-,004	-,036	,971
Diyaliz Hazırlık Durumu				-7,282	-,169	-1,504	,138
Diyet Uyumu				,613	,021	,170	,866
Anksiyete				-,414	-,113	-,884	,381
Depresyon				-1,872	-,577	-3,990	,000*

Hiyerarşik regresyon analizi uygulandı; * $p<0,05$.

Çizelge 3.15'de araştırmaya katılan prediyaliz hastalarında aşama 3'de hiyerarşik regresyon analizine giren yaşam kalitesinin alt boyutlarının psikolojik sağlamlılığı

anlamlı bir şekilde yordamadığı belirlenmiştir. Yaşam kalitesi, psikolojik sağlamlık puanına ilişkin varyansın % 4,5 kısmını açıklamaktadır ($R^2 = ,541$; $\Delta R^2 = ,496$).

Çizelge 3.15. Prediyaliz hastalarının psikolojik sağlamlığını yordayan aşama 3 değişkenlerine ilişkin bulgular

Bağımsız Değişkenler	R ²	F	p	B	β	t	p
Aşama 3							
Cinsiyet	,541	2,124	,014*	1,688	,059	,387	,701
46-65 yaş				-7,458	-,261	-1,365	,179
66 yaş ve üstü				-6,795	-,222	-1,080	,286
Medeni Durum				8,058	,240	1,906	,063
Yaşanılan Yer İlçe				-1,602	-,051	-,307	,760
Yaşanılan Yer Köy				-8,047	-,211	-1,154	,254
Eğitim Durumu Lise				3,676	,086	,685	,497
Eğitim Durumu Üniversite/Yüksek Lisans				-7,247	-,160	-1,106	,275
Gelir Düzeyi Orta				-4,789	-,167	-,953	,345
Gelir Düzeyi İyi				3,799	,113	,681	,499
Sigara Kullanımı				-,827	-,022	-,161	,873
İlaçların Düzenli Kullanımı				-2,777	-,068	-,499	,621
KBY Eğitimi Alma Durumu				,366	,012	,101	,920
Diyaliz Hazırlık Durumu				-5,417	-,126	-,980	,332
Diyet Uyumu				1,654	,057	,417	,679
Anksiyete				-,328	-,090	-,533	,597
Depresyon				-1,863	-,575	-3,373	,002*
Fiziksel Fonksiyon				-,025	-,046	-,234	,816
Fiziksel Rol Güçlüğü				,014	,033	,226	,822
Emosyonel Rol Güçlüğü				-,022	-,064	-,392	,697
Enerji/Canlılık				,108	,148	,924	,360
Ruhsal Sağlık				,000	,000	,002	,999
Sosyal İşlevsellik				-,041	-,078	-,476	,637
Ağrı				-,075	-,169	-1,262	,214
Genel Sağlık Algısı				,067	,065	,464	,645

Hiyerarşik regresyon analizi uygulandı; * $p < 0,05$.

4. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde; Ankara Üniversitesi İbni Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı polikliniği ve Nefroloji kliniği yataklı servislerinde yürütülen çalışmaya katılan 74 prediyaliz hastasından, hasta ve hastalığa ilişkin tanımlayıcı özellikler formu, HAD ölçeği, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve Connor-Davidson psikolojik sağlamlık ölçeği kullanılarak elde edilen bulgular tartışıldı.

4.1. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile HAD Ölçeğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Depresyon ve anksiyete, diyaliz tedavisi alan hastalarda sıklıkla karşımıza çıkan ruhsal problemler olmasına karşın; prediyaliz dönem KBY hastalarındaki ilişkisi daha az bilinmektedir. Bizim çalışmamızda araştırmaya katılan prediyaliz hastalarında anksiyete riski oranı % 77; depresyon riski oranı % 89,2 olarak bulunmuştur ($p<0,05$; Çizelge 3.6).

Prediyaliz hastalarında anksiyete ve depresyonun yüksek oranda olmasının nedeni; hastanın aile içindeki ve işteki azalmış rolü, fiziksel durum, iş, aile ve sosyal düzenlerindeki bozulmalar, karşılaşılan finansal problemler, sık ve zorunlu hastane ziyaretleri, cinsel işlev bozukluğu, diyet ve sıvı kısıtlamaları gibi psikolojik streslerin yarattığı durumlarla açıklanabilir (Baykan ve Yargıç, 2012; Kim ve ark., 2013). KBY'nin getirdiği kısıtlılıkların yanı sıra; kişinin yaşadığı çaresizlik, geleceğe ait belirsizlik, ölüm korkusu, diyalize girme endişesi, makineye bağımlılık hissi gibi duygusal değişimler de prediyaliz hastalarında anksiyete ve depresyonun gelişmesine neden olmaktadır (Özkan, 1993; Sareen ve ark., 2006; Yılmaz, 2014).

Araştırmamızda, erkeklerde anksiyete riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; Çizelge 3.3). Bu bulgu toplumun toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin olarak

erkeklerden beklentileri açısından yorumlanabilir. Literatürde erkek hastaların KBY'ne bağlı sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, otonomilerini kaybetmelerinin anksiyete düzeylerini yükselttiği bildirilmektedir (Aksoy ve Oğur, 2015). Bir çalışmada erkeklerde GFH azaldıkça görülen erektil disfonksiyon, azalmış libido, prematür veya gecikmiş ejakülasyon, fertilité kaybı ve orgazma ulaşmada zorluk gibi KBY'nin cinsel işlev üzerindeki olumsuz değişimlerin özgüven kaybına neden olarak anksiyete düzeyini arttırdığı belirlenmiştir (Özyalvaçlı ve Metin, 2015). Bunun yanı sıra eğitim düzeyinin düşük olması, işsizlik ve düşük sosyo-ekonomik durum gibi faktörlerin de anksiyeteyi artırdığı saptanmıştır (Goh ve Griva, 2018).

Araştırmamızda ortaya çıkan diğer bir bulgu, gelir düzeyi düşük olan prediyaliz hastalarında depresyon riski daha fazladır ($p < 0,05$; Çizelge 3.3). Gelir düzeyinin düşük olması, prediyaliz hastalarının sağlıksız yaşam tarzlarını sürdürmeleri ve çalışma koşullarının yeterince iyi olmaması ile ilişkilendirilebilir. Bu durum, hastaların sağlık hizmetlerine erişimlerinin sınırlı olmasına ve sağlık hizmetlerden düşük oranda yararlanmalarına neden olmaktadır. Ayrıca, hastalıklarının yönetimi ile ilgili ekstra sağlık harcaması yapmalarının bulgularımızla tutarlı olarak psikolojik rahatsızlığı artırdığı düşünülmektedir. Sonuç olarak gelir durumunun düşük olması, hastalığın teşhisinde ve tedavisinde gecikmelere ve hastalık sürecinin etkisiz yönetilmesine neden olabilir (Höfelmann ve ark., 2018; Lorant ve ark., 2003).

KBY'nde artan fiziksel semptomlar; prediyaliz hastalarının iş yaşamlarına getirdiği kısıtlamalar, hastalık nedeniyle işe devamsızlık ve işe daha düşük erişimin olması, iş gücüne katılımın azalmasıyla birlikte iş kaybına yol açabilmektedir (Höfelmann ve ark., 2018). İş kaybı çalışıyor durumdayken çalışamayan kişi için; karamsarlık, umutsuzluk ve çaresizlik duygularını artırarak kişide depresyon gelişimini hızlandırır (Kaya, 2007).

4.2. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda prediyaliz hastalarının yarısını oluşturan 46-65 yaş grubu prediyaliz hastalarında yaşam kalitesinin alt boyutlarından olan genel sağlık algısının diğer yaş gruplarına göre daha iyi olduğu sonucu ortaya çıkmıştır ($p<0.05$; Çizelge 3.7). Bu sonuç, prediyaliz hastalarının rezidüel böbrek fonksiyonları nedeniyle idrar çıkışlarının halen olmasıyla ilişkilendirilebilir. Yapılan çalışmalarda hemodiyaliz tedavisi almalarına karşın idrar çıkışı olan hastaların yaşam kalitelerini iyi olarak değerlendirdiklerini göstermektedir (Shafi ve ark., 2010). 46-65 yaş grubu itibarıyla de hastalıklarını kabullenmiş, tedaviye uyum sağlamış ve bu doğrultuda yaşamlarını planladıkları için genel sağlık algılarının daha iyi olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda evli olmayan prediyaliz hastalarının yaşam kalitelerinde fiziksel fonksiyon ile sosyal işlevsellik alt boyutlarının daha iyi olduğu çıkmıştır ($p<0.05$; Çizelge 3.7). KBY’de fiziksel fonksiyonun azalması, genel yorgunluk sıkça karşılaşılan semptomlardandır. Bu semptomların varlığı kişinin bağımsızlığını ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkilemektedir (Fassbinder ve ark., 2015). Yapılan çalışmalarda KBY hastalarında fiziksel fonksiyon seviyeleri arttıkça, yorgunluk düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Tersine fiziksel fonksiyon seviyelerinin azalması fiziksel aktivitenin azalmasına neden olmakta, fiziksel fonksiyon ve aktivite birbirini karşılıklı olarak olumsuz etkilemektedir. Fiziksel aktivitenin kötüleşmesi, kişinin öncekine göre bir işi yaparken artık daha fazla efor harcamasına neden olmaktadır. Fiziksel fonksiyondaki kötüleşmesi ise, bireyin tedavi sürecini etkin bir şekilde yönetmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (O’Sullivan ve McCarthy, 2007).

Çalışmamızda; evli olmayan prediyaliz hastalarında fiziksel fonksiyonun ve sosyal işlevselliğin daha yüksek olmasına yönelik, bu konuda karşılaştırma yapılabilecek benzer çalışmalara ulaşılamamıştır. Medeni duruma ilişkin bu sonucun daha fazla çalışılması gerektiği düşünülmektedir. Ancak evli olmayanlarda, bireyin sadece kendi sorumluluklarının olması bu bulguyla ilişkili olabilir.

Araştırmamızda, gelir düzeyini orta olarak değerlendiren prediyaliz hastalarında yaşam kalitesinin alt boyutu olan emosyonel rol güçlüğü açısından istatistiki olarak önemli bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$; Çizelge 3.8). Prediyaliz hastaları böbrek fonksiyonlarındaki bozulmalara bağlı ortaya çıkan semptomlar ve komplikasyonlarla baş edememe, yaşadıkları ruhsal sıkıntı, ümitsizlik, çaresizlik gibi olumsuz duygularla sürekli yüz yüze kalmaları durumunda iş hayatlarında ve günlük aktivitelerinde problemler yaşamaktadırlar. Hastaların yaşadıkları duygusal problemlerin yanı sıra KBY'nin getirdiği finansal değişiklikler, gelir durumu orta olan prediyaliz hastalarının duygusal stres düzeyini arttırarak emosyonel rol güçlüğüne neden olmaktadır.

Prediyaliz hastalarında yaşam kalitesinin alt boyutu olan ruhsal sağlık düzeyinin diyetine uymayanlarda daha iyi olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; Çizelge 3.10). çıkan sonuca bağlı olarak, diyetle uyuma çabalarının hastalar üzerinde baskı yarattığını düşündürmektedir. Diyet ve sıvı kısıtlaması, KBY'nin öz-yönetiminde kritik öneme sahiptir (Lambert ve ark., 2017). Diyet ve sıvı kısıtlaması konusunda, yapılan çalışmalarda KBY hastalarının uyumu zayıf bulunmuş ve hastaların % 2–74'ünün diyetlerine uyum gösteremedikleri belirlenmiştir (Beerendrakumar ve ark., 2018; Geldine ve ark., 2017; Günalay ve ark., 2017).

Gerekli diyet ve sıvı kısıtlamalarına uyum sağlama konusunda hastaların motivasyon eksikliği önemli bir engel olarak görülmektedir. Hastalar ayrıca aşırı sıvı ve sodyumun sağlıkları üzerinde anında bir etkisi olmadığına inanmakta, bu konuda kendilerini değerlendirmede eksiklik yaşamakta ya da olumsuz etkiler ortaya çıktığı takdirde ise diyalizin bu durumda çözüm olacağını düşünmektedirler (Oquendo ve ark., 2017).

4.3. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda evli olan prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlığın alt faktörü olan azim ve kişisel yetkinlik daha yüksektir ($p<0,05$; Çizelge 3.11). Azim ve kişisel

yetkinlik, hayattaki engellere rağmen birinin hedefine ulaşmak için güçlü bir kararlılık ve iç yeterliliğini temsil eden psikolojik sağlamlılığın alt boyutudur (Connor ve Davidson, 2003). Evlilik eşlerin birbirine destek olduğu ve çok farklı sorun çözme fırsatlarının olduğu bir kurum olarak düşünülürse, bireylere daha yetkin olma ve azimli olma konusunda fırsat sağlayabilir. Bu anlamda çalışmaya katılan evli bireylerin destekleyici bir aile ilişkisi içinde olabileceği ve bu fırsatı yakalamış olduğu düşünülebilir. Evlilik sürecinde eşlerin; birbirlerine duygusal destek sağlama ve sorun çözme becerilerinin artması psikolojik sağlamlılığı olumlu etkilemekte; evlilikte gösterilen duygusal destek, bireyin problemler karşısında olumlu düşünmesini pekiştirmektedir (Gee ve ark., 2005). Dolayısıyla duygusal destek alan bireyler problemler karşısında daha azimli bir tutum gösterebilirler ve etkili problem çözümü nedeniyle yetkinleşebilirler.

Araştırmamızda, prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlılığın alt boyutlarından azim ve kişisel yetkinlik ilköğretim mezunu olanlarda diğer eğitim gruplarından daha fazladır ($p<0.05$; Çizelge 3.11). Azim ve kişisel yetkinliğin fazla olması, çalışmaya katılan grubun eğitim seviyesinin düşük olmasının aksine olumlu başetme mekanizmalarını kullandıklarını, dolayısıyla psikolojik sağlamlılık sürecinin geliştirilebilir bir kavram olduğunu düşündürmektedir. Çalışma bulgularımızın tersine literatürde eğitim düzeyinin yüksekliği, bireylerin psikolojik sağlamlılığında koruyucu faktör olarak önemli bulunmuştur (Bonanno ve ark., 2006; Masten ve Coastworth 1998).

Araştırmamızda, gelir düzeyini iyi bulan prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlılığın alt faktörü olan negatif olaylara tolerans daha fazladır ($p<0.05$; Çizelge 3.11). Negatif olaylara tolerans, kriz durumlarında devreye girerek bireyin işlevselliğini sürdürmesini sağlayan psikolojik sağlamlılığın alt boyutudur (Kararımak, 2010). Araştırmamıza katılan hastaların % 24,3'ü gelir düzeyini iyi olarak değerlendirmiştir (Çizelge 3.1). Ayrıca hastaların büyük çoğunluğu şehir dışından ve en az ayda bir en çok altı ay aralıkta gelmektedir. Bu nedenle ekonomik durumun yeterli olması bireylerin en azından bu konuda baskı hissetmemelerini sağlamaktadır. Çalışmamızda benzer şekilde gelir düzeyi iyi olanlarda depresyon düzeyi de düşük

bulunmuştur ($p<0.05$; Çizelge 3.3). Psikolojik sağlamlılık açısından olumsuz etkilerin azaltılmasında ya da ortadan kaldırılmasında sosyo-ekonomik düzey etkisinin yüksek olması koruyucu faktör olarak bildirilmektedir (Garmezy, 1987; Johnson ve Wiechelt, 2004).

Araştırmamızda, ilaçlarını düzenli kullanan prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlığın alt faktörü olan negatif olaylara toleransın daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$; Çizelge 3.12). Prediyaliz hastalarının ilaçlarını düzenli kullanıyor olması; günlük hayatlarında ilaçların faydasını görüyor olmalarından ve olumlu sonuçlar elde etmelerinden kaynaklı olabilir. Çünkü ilaç tedavileri; fosfor potasyum ve benzeri elektrolit düzeylerini düzenleyerek, bireyde kan basıncını ve üre yükselmesini önlemektedir (Akpolat ve Utaş, 2008). Dolayısıyla bunlara bağlı olarak bireyin yaşayabileceği ruhsal değişimi azaltmaktadır. Bu nedenle bireylerin yaşayabileceği (olumsuz ruhsal değişimler, sinirlilik, öfke gibi) negatif olaylara toleransı artmaktadır. Bu hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaya yönelten diğer sebepler kendilerini koruma, hayatta kalma ve hastane dışında olma isteği, iyi bir yaşam kalitesine sahip olma isteğidir (Altuntaş ve ark., 2015).

Araştırmamızda, KBY süresi 10 yıl ve üstü olan prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlığın alt faktörü olan manevi eğilim daha fazladır ($p<0.05$; Çizelge 3.12). Hastaların süre uzadıkça durumlarını kabullendiklerini ancak başetmek üzere bir desteğe ihtiyaç duyduklarını düşündürmektedir. Kararırmak'ın çalışmasında, Türk kültüründe manevi eğilim alt faktörünün bağımsız ortaya çıktığı ve birşeyin sebebi açıklanamıyorsa, bu durumun Tanrı'dan geldiğine dair inanıştan kaynaklı olduğu sonucunu bulunmuştur (Kararırmak, 2010). Yapılan çalışmalarda ise hemodiyaliz ve sürekli ayaktan diyaliz uygulanan hastaların stresle baş etmelerinde en sık kullanılan başa çıkma stratejisinin dine yönelim olduğu saptanmıştır (Baykan ve Yargıç, 2012; Hiçdurmaz, 2005).

Araştırmamızda, hemodiyaliz ya da periton diyalizi için hazırlık yapılmayan prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlılık ve psikolojik sağlamlığın alt faktörü olan azim ve kişisel yetkinliğin daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$; Çizelge 3.12).

Prediyaliz dönemi, bireylerin böbrek fonksiyonlarını korudukları takdirde diyalize girmelerine gerek olmadığı mesajını aldıkları bir dönemdir. Prediyalizin son evresi olan ve kritik evre olan dördüncü evrede eğer bireyin ilaç, diyet ve sıvı konularında uyumu yüksek olduğunda süreç üçüncü evreye gerileyebilir. Bu bilgiler birey için ümit kaynağı olabilmekte ve birey hastalığın ilerlemesini durdurma konusunda azim ve kişisel yetkinlik gösterebilmektedir.

Prediyaliz hastaları yaşamlarını tehdit eden sağlığını kaybetme ve diyalize girme riski nedeniyle, otonomilerini kaybetme, aile, iş ve sosyal hayatındaki rollerini yerine getirememeye, cinsel potansiyellerini kaybetme, ekonomik ve sosyal ilişkilerini kaybetme gibi tıbbi ve ruhsal zorluklarla karşı karşıya gelmektedir. Diyalize henüz girmiyor olması, prediyaliz hastalarının yaşamlarında farklı yönleri olduğunu keşfetmesini, yaşamın önemini kavramasını ve geleceğe yönelik umudunun artmasını sağlayan olumlu sonuçların gelişimini destekleyen koruyucu faktörlerdir (Masten ve Reed, 2002).

4.4. Prediyaliz Hastalarının Psikolojik Sağlamlığını Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmamızda, ilk aşamada analize sokulan sosyo-demografik değişkenlerin prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlığa ilişkin toplam varyansın % 24,2'sini açıkladığını göstermiştir. Diyaliz hazırlığı yapılması psikolojik sağlamlık düzeyini negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır ($B = -11,813$ $p < 0,05$; Çizelge 3.13). Evre 4 KBY olan hastalar, SDBY'ne doğru ilerlerken yaşamlarını devam ettirebilmek için diyaliz tedavisi almak zorundadır. Diyaliz KBY tedavisinde uygulanan, KBY'ne bağlı gelişen semptomları azaltan ve hastaların yaşam süresini uzatan bir tedavi yöntemidir. KBY hastaları, diyaliz tedavisinin getirdiği kısıtlamalar ve sık uygulanan diyaliz seansları nedeniyle birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Karmaşık gelen tedavi süreci, günlük faaliyetlerini gerçekleştirmedeki zorluklar, mesleki ve finansal stres, aile sorunları gibi karşılaşılan sorunlar; hastaların zihinsel olarak baskı altında kalmasına neden olmaktadır (Goldanimoghdam ve ark., 2019) Diyaliz tedavisi alan

hastalar, sürekli olarak diyalizle hayata uyum sağlanması gereken bir durumla karşı karşıya kalırlar. Diyaliz tedavisine psikososyal uyum sağlama sürecinde, hastalar bitmeyen bir rutinde kendilerini sıkışmış hissederler (Kim ve ark., 2019). Tedavi süreci yeni bir yaşam tarzına geçiş yapmak zorunda kalmaları nedeniyle hastalarda korku ve bağımlılık duyguna neden olmakta; hastalığı kabullenmelerini zorlaştırabilmektedir (İnal ve ark., 2018; Özçürümez ve ark., 2003). Tüm bu yönleriyle diyaliz tedavisine başlanacak olması hastalar açısından ciddi bir risk faktörüdür. Bu risk durumunun getirdiği olumsuzluklar karşısında hastalar zorlanmakta ve uyum sağlayamamaktadır. Dolayısıyla hastaların psikolojik sağlamlıkları olumsuz etkilenmektedir.

Araştırmamızda, sosyo-demografik değişkenlerden sonra ikinci aşamada analize anksiyete ve depresyon değişkenleri dahil edilmiş ve psikolojik sağlamlığa ilişkin toplam varyansın %25,4'ünü açıkladığını göstermiştir. Prediyaliz hastalarında depresyon psikolojik sağlamlık düzeyini negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır. ($B = -1,872$ $p < 0,05$; Çizelge 3.13). KBY hastalarında hayati bir organ olan böbrek işlevlerinin, fiziksel becerilerin, bilişsel yetilerin, aile ve iş ortamındaki bazı rollerin ve cinsel işlevlerin kaybı gibi çok sayıda kayıp söz konusudur (Kimmel, 2002). Kronik bir hastalığa sahip olmanın yanı sıra, bu hastalığın tedavisinde karşı karşıya kalınan pek çok kısıtlama ve fiziksel yıpranma da psikolojik açıdan bazı sıkıntılara yol açabilmektedir. Hastaların yaşadığı tüm bu psikososyal değişimler ve kayıplar başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların gelişmesine neden olmaktadır (Baydoğan ve Dağ; 2008). Karşılaşılan sorun ve stres kaynaklarına rağmen hastaların uyum sağlayabilmesi ve stresin olumsuz etkilerini azaltabilmesi, hastaların psikolojik sağlamlıklarının yüksek olmasıyla mümkündür. Psikolojik sağlamlık bireylerde depresyon gelişmesini önlemede ruh sağlığını koruyucu bir rol oynamaktadır (Liu ve ark., 2018; Yen ve ark., 2019). Psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olması, bireylerde hastalığa bağlı stres düzeyini ve ruhsal hastalığa bağlı yeti yitimini azaltmada önemlidir. (Liu ve ark., 2018). Tam tersine psikolojik sağlamlığı düşük olan bireyler, duygusal ve fiziksel olarak karşılaştığı tehditlerle etkin başedemeyerek ruh sağlıkları olumsuz etkilenmektedir (Heidari ve ark., 2014). Literatürde yapılan çalışmalar da, depresyon ile psikolojik sağlamlık arasında negatif ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Liu ve ark., 2018; Stewart ve Sun, 2007).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Prediyaliz Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlığı yordayıcı faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda;

5.1.1. Çalışmaya katılan prediyaliz hastalarının çoğunluğunun kadın (% 51,3), 46-65 yaş aralığında olduğu (% 50), evli olduğu (% 77), ilkokul mezunu olduğu (% 56,8), ilçede yaşadıkları (% 71,6), gelir düzeyinin orta olduğu (% 55,4), sosyal güvencesinin olduğu (% 90,5), sigara kullanmadıkları (% 82,2),

5.1.2. Prediyaliz hastalarının KBY hastalığı sürelerine bakıldığında 1-10 yıl arasında olduğu (% 40,8), ilaçlarını düzenli kullandıkları (% 86,3), KBY eğitimi almadıkları (% 62,2), diyaliz hazırlığı yapılmadığı (% 87,8) ve diyetine uymadıkları (% 55,4) belirlenmiştir.

5.2. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile HAD Ölçeğine İlişkin Sonuçlar

5.2.1. Çalışmaya katılan prediyaliz hastalarından erkeklerde anksiyete riskinin daha fazla olduğu ($p<0,05$),

5.2.2. Çalışmaya katılan prediyaliz hastalarının gelir düzeyini düşük bulanlarda depresyon riskinin daha fazla olduğu ($p<0,05$),

5.2.3. Çalışmaya katılan prediyaliz hastalarının %77'si anksiyete açısından riskli, %89,2'si depresyon açısından riskli bulunmuştur.

5.3. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Sonuçlar

5.3.1. Çalışmaya katılan prediyaliz hastalarından 46-65 yaş arası olanlarda genel sağlık algısının daha fazla olduğu ($p<0,05$),

5.3.2. Evli olmayan prediyaliz hastalarında fiziksel fonksiyonun ve sosyal işlevselliğin daha fazla olduğu ($p<0,05$),

5.3.3. Gelir düzeyini orta bulan prediyaliz hastalarında emosyonel rol güçlüğünün daha fazla olduğu ($p<0,05$),

5.3.4. Diyetine uymayan prediyaliz hastalarında ruhsal sağlığın daha yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

5.4. Prediyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özellikleri ile Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine İlişkin Sonuçlar

5.4.1. Çalışmaya katılan prediyaliz hastalarının ilköğretim mezunu ve evli olanlarında azim ve kişisel yetkinliğin daha fazla olduğu ($p<0,05$),

5.4.2. Gelir düzeyini iyi bulan prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlığın ve negatif olaylara toleransın daha fazla olduğu ($p<0,05$),

5.4.3. Yeni tanı alan prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlığın daha fazla olduğu ($p<0,05$),

5.4.4. KBY süresi 10 yıl ve üstü olan prediyaliz hastalarında manevi eğilimin daha fazla olduğu ($p<0,05$),

5.4.5. İlaçlarını düzenli kullanan prediyaliz hastalarında negatif olaylara toleransın daha yüksek olduğu ($p<0,05$),

5.4.6. Hemodiyaliz ya da periton diyalizi için hazırlık yapılmayan prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlığın ve azim ve kişisel yetkinliğin daha yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlenmiştir.

5.5. Prediyaliz Hastalarının Psikolojik Sağlamlığını Yordayan Değişkenlere İlişkin Sonuçlar

5.5.1. Araştırmaya katılan prediyaliz hastalarında diyaliz hazırlığı yapılması psikolojik sağlamlık düzeyini negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır ($B = -11,813$; $p<0,05$). Sosyo-demografik değişkenler psikolojik sağlamlık puanına ilişkin varyansın % 24,2'sini açıklamaktadır.

5.5.2. Araştırmaya katılan prediyaliz hastalarında depresyon, psikolojik sağlamlık düzeyini negatif yönde ve anlamlı düzeyde yordamaktadır ($B = -1,872$; $p<0,05$). Aşama 2'de hiyerarşik regresyon analizine giren anksiyete ve depresyon, psikolojik sağlamlık puanına ilişkin varyansın % 25,4'ünü açıklamaktadır ($R^2 = ,496$; $\Delta R^2 = ,254$).

5.5.3. Yaşam kalitesi, psikolojik sağlamlık puanına ilişkin varyansın % 4,5 kısmını açıklamaktadır ($R^2 = ,541$; $\Delta R^2 = ,496$).

5.6. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Prediyaliz hastaları KBY, KBY tedavisi, KBY prognozu ve diyalize hazırlık konusunda bilgilendirilmelidir. Bu konuda eğitim verilmesi, olası diyaliz tedavisi için hastayı hazırlayıcı aynı zamanda psikolojik sağlamlık düzeyini arttırarak koruyucu bir faktör olabilir.

2. Prediyaliz hastalarının henüz son dönem böbrek yetmezliği gelişmeden belirli aralıklarla ruh sağlığı taramasının yapılması, özellikle anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilmesi, gerekli durumlarda ise psikoterapi ve farmakolojik tedavilere yer verilmesi, psikolojik sağlamlıklarını artırabilecek programlar ve baş etme becerilerini geliştiren müdahalelerde bulunulması; ruhsal sağlıklarının korunmasına ve depresyon ve anksiyete semptomları gelişmesinin önlenmesine katkı sağlayabilir.

3. Prediyaliz hastalarının karşılaştığı ekonomik zorlukların çözümünde sosyal hizmet uzmanlarına yönlendirilmesi, gönüllü yardım kuruluşlarıyla bağlantılarının kurularak toplumsal kaynaklardan yararlanmalarının sağlanması, ekonomik durumlarının iyileştirilmesi için iş sahibi olma oranlarının arttırılması ya da çalışma yaşamlarına devam edebilmeleri için politikalar oluşturulması ve uygulanması gereklidir.

3. Prediyaliz hastalarında diyet/sıvı kısıtlaması uyumunu arttırmak için, sağlık personelinin diyet uyumunu teşvik edici ve diyeti benimsetici, motivasyonu arttırıcı bilgi ve becerilerini etkin kullandığı tasarlanmış kapsamlı psikososyal müdahaleler içermelidir.

4. Prediyaliz hastalarının fiziksel fonksiyonunu arttırmak için; sağlık ekibince klinik ortamda yorgunluk ve fiziksel işlev kabiliyetinin değerlendirilmesi, algılanan

engelleri azaltmaya yönelik öz yeterliliği teşvik edici müdahalelerde bulunması gereklidir.

5. Prediyaliz hastalarının sosyal işlevselliklerini ve becerilerini artırmayı hedefleyen, kişiler arası ilişkilerini sürdürebilmelerini sağlayan, yaşamdaki değişimleri ve onları etkileyen stres kaynaklarını tanıma konusunda farkındalıkları arttırmaya yönelik müdahalelerde bulunulmalı.

6. Araştırmada farklı yaş grupları arasında genel sağlık algısı boyutunun 46-65 yaş aralığındadaha yüksek olduğu bulunmuştur. Nicel olarak yapılan bu çalışmaya ek olarak yaş grubu, tanı alma yılı gibi özelliklerle ilgili bulguların netleştirilmesi açısından çalışmanın nitel araştırmalarla desteklenmesi önerilmektedir.

ÖZET

Prediyaliz Hastalarında Psikolojik Sağlamlığı Yordayıcı Faktörler

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan bu araştırma, prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlığı yordayıcı faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, Nisan 2017 ve Eylül 2017 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı polikliniği ve Nefroloji kliniği yataklı servislerinde yürütüldü. Belirlenen tarih aralığında başvuran; 18 yaş ve üstü, araştırmaya katılmaya gönüllü, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan ve GFH 30 ml/dk'nın altındaki prediyaliz dönemdeki 74 hasta oluşturmuştur.

Veriler; araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 25 (CD-RISC-25) kullanılarak toplanmıştır. Normal dağılmayan verilerde iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, çoklu grup karşılaştırmasında Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde iki grup karşılaştırmasında t testi, çoklu grup karşılaştırmasında Anova testi kullanılmıştır. Psikolojik sağlamlığı yordayan faktörlerin belirlenmesi amacıyla hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır.

Çalışmada prediyaliz hastaları anksiyete açısından %77, depresyon açısından %89,2 riskli bulunmuştur. Erkeklerde anksiyete riski, gelir düzeyi düşük bulanlarda depresyon riski yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Evli olmayanlarda fiziksel fonksiyonun ve sosyal işlevselliğin, diyetine uymayanlarda ruhsal sağlığın daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Gelir düzeyini iyi bulan, diyaliz hazırlığı yapılmayan ve yeni tanı alan KBY hastalarında psikolojik sağlamlık daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hasta ve hastalığa ilişkin tanımlayıcı özellikler, psikolojik sağlamlık puanına ilişkin varyansın %24,2'sini açıklamaktadır. Anksiyete ve depresyon psikolojik sağlamlık puanına ilişkin varyansın %25,4'ünü açıklamaktadır. Diyaliz hazırlığı yapılması ve depresyon, psikolojik sağlamlık düzeyini negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordamaktadır.

Prediyaliz dönemde olan KBY hastalarının psikolojik sağlamlıklarını artırabilecek programlar ve baş etme becerilerini geliştiren müdahalelerde bulunulması; ruhsal sağlıklarının korunmasına, özellikle anksiyete ve depresyon semptomları gelişmesinin önlenmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Prediyaliz, Psikolojik Sağlamlık, Yaşam Kalitesi

SUMMARY

Predictor Factors of Resilience in Predialysis Patients

This descriptive and cross-sectional study was conducted to identify predictors of resilience in predialysis patients.

The study was carried out between April 2017 and September 2017 in Ankara University Faculty of Medicine Ibni Sina Research Hospital Department of Nephrology and Nephrology clinic inpatient services. Within the specified date range; a total of 74 patients aged 18 years and over, volunteered to participate in the study, with no history of psychiatric disease and GFR under 30 ml/min.

The data were collected using The Descriptive Characteristics Form of the Patient and Disease, Hospital Anxiety and Depression Scale and SF-36 Quality of Life Scale and Connor-Davidson Resilience Scale 25 (CD-RISC-25), all applied by the researcher. Mann-Whitney U test was used for comparison of two groups of non-normal distribution and Kruskal Wallis tests for the comparison of multiple groups. In normal distributed data, t-test was used for comparison of two groups and Anova test for the multiple group comparisons. Hierarchical regression analysis was used to determine the factors predicting resilience.

In the study, predialysis patients were found to be % 77 risky for anxiety and % 89.2 risky for depression. Risk of anxiety in men, the risk of depression was found to be higher in those within the lower income bracket ($p < 0.05$). It was determined that physical function and social functioning were higher in unmarried patients and mental health was higher in patients who did not comply with diet ($p < 0.05$). Resilience was found to be higher in newly diagnosed CKD patients without dialysis preparation who are within the higher income group ($p < 0.05$). Descriptive characteristics of the patient and the disease explain % 24,2 of the variance related to resilience score. Also, anxiety and depression explain % 25,4 of the variance related to resilience score. Therefore, dialysis preparation and depression predict the level of resilience negatively and statistically significant.

Programs that can improve the resilience of CRF patients in the predialysis period and as well as the interventions that improve coping skills can both contribute to the preservation of mental health and especially the prevention of the symptoms such as anxiety and depression.

Key Words: Anxiety, Depression, Predialysis, Resilience, Quality of Life

KAYNAKLAR

- AKPOLAT T, UTAŞ C (2008). Böbrek yetmezliği: genel bilgiler. *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Akpolat T, Utaş C (Ed.), s.:1-21. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Samsun.
- AKPOLAT T, UTAŞ C (2000). Hemodiyaliz hastasında sık karşılaşılan sorunlar. *Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı*. Akpolat T, Utaş C (Ed.), s.:205-241. Güzel Sanatlar Matbaası, İstanbul.
- AKSOY A, OĞUR S (2015). Bitlis ilinde rutin olarak diyaliz ünitesine bağlanan diyaliz hastalarının sıkıntı durumlarının belirlenmesi. *BEÜ Fen Bilimleri Dergisi*, **4(2)**: 112-121.
- ALTUNTAŞ O, AKİE, HURİ M (2015). Kronik hastalıklarda ilaç kullanımının yaşam kalitesi ve sosyal katılıma etkisi üzerine nitel bir çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, **3(2)**: 79-86.
- ANDREOLİ TE, CARPENTER CCJ, GRİNGS RC, LOSCALZO J (2002). *Cecil Essential Of Medicine*. (Beşinci Edisyon). (H. Çavuşoğlu. Çev. Ed.). Nobel Tıp Kitapevi.
- AYDEMİR Ö, GÜVENİR T, KÜEY L, KÜLTÜR S (1997). Hastane anksiyete depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, **8(4)**: 280-287.
- BAHAR A, SAVAŞ AH, YILDIZGÖRDÜ E, BARLIOĞLU H (2007). Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **8**: 287-292.
- BAYDOĞAN M, DAĞ İ (2008). Hemodiyaliz hastalarındaki depresiflik düzeyinin yordanmasında kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **19(1)**:19-28.
- BAYKAN H, YARGIÇ I (2012). Depression, anxiety disorders, quality of life and stress coping strategies in hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, **22(2)**: 167-176.
- BEERENDRAKUMAR N, RAMAMOORTHY L, HARIDASAN S (2018). Dietary and fluid regime adherence in chronic kidney disease patients. *J Caring Sci*, **7(1)**: 17-20.
- BRAUNWALD E, FAUCI AS, KASPER DL, HAUSER SL, LONGO DL, JAMESON JL (2004). *Harrison İç Hastalıkları Prensipleri*. 2. Cilt. (15. Edisyon). (Y. Sağlıker, Çev. Ed.). İstanbul : Nobel Tıp Kitapevi.

- BONANNO GA (2004). Loss, trauma, and human resilience. have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychological Association*, **59(1)**: 20 –28.
- BONANNO GA, GALEA S, BUCCIARELLI A, VLAHOV D (2006). Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*, **17**: 181–186.
- BULANTEKİN Ö, DEMİR S (2011). Prediyaliz hasta grubunda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi farklı mıdır? *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **10(4)**: 389-396.
- CİMİLLİ C (1994). Hemodiyaliz psikiyatrik yönleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve İnmsnlantasvon Deiwsı*, **3(3)**: 88-92.
- CURTIS CE, ROTHSTEIN M, HONG BA (2009). Stage-specific educational interventions for patients with end-stage renal disease: psychological and psychiatric considerations. *Progress in Transplantation*, **19(1)**: 18-24.
- ÇİFTER İ (1990). *Klinik Psikiyatri* (3.Baskı). s.:713-716. Gazi Üniversitesi Basın-Yayın Yüksekokulu Basımevi, Ankara.
- CONNOR KM, DAVIDSON JR (2003). Development of a new resilience scale: the connor-davidson resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, **18(2)**:76-82.
- DADALI Z (2009). Hemodiyaliz ve prediyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri Birimi, İstanbul.
- DAUGIRDAS JT (1997). *Diyaliz El Kitabı* (2. Baskı). (S. Bozfakıoğlu, Çev.). Nobel Tıp Kitapevi.
- DAVISON SN, JHANGRI GS (2013). The relationship between spirituality, psychosocial adjustment to illness, and health-related quality of life in patients with advanced chronic kidney disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, **45**: 170-178.
- DEAN E (2016). Anxiety. *Nursing Standard*, **30(46)**: 15-15.
- DRAYER RA, PIRAINO B, REYNOLDS CF, HOUCK PR, MAZUMDAR S, BERNARDINI J, SHEAR MK, ROLLMAN BL (2006). Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk. *General Hospital Psychiatry*, **28**, 306 –312.
- FARROKHİ F (2012). Depression among dialysis patients barriers to good care. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, **6(6)**: 403-406.

- FASSBINDER TR, WINKELMANN ER, SCHNEIDER J, WENDLAND J, OLIVEIRA OB (2015). Functional capacity and quality of life in patients with chronic kidney disease in pre-dialytic treatment and on hemodialysis-a cross sectional study. *Jornal Brasileiro De Nefrologia*, **37(1)**: 47-54.
- FUNAKOSHI Y, FUJIWARA Y, KIYOTA N (2013). Prediction of glomerular filtration rate in cancer patients by an equation for Japanese estimated glomerular filtration rate. *Jpn J Clin Oncol*, **43**, 271–277.
- GARCÍA-LLANA H, REMOR E, DEL PESO G, CELADILLA O, SELGAS R (2014). Motivational interviewing promotes adherence and improves wellbeing in pre-dialysis patients with advanced chronic kidney disease. *J Clin Psychol Med Settings*, **21**, 103–115.
- GARMEZY N (1987). Stress, competence, and development: continuities in the study of schizophrenic adults, children vulnerable to psychopathology and the search for stressresistant children. *American Journal of Orthopsychiatry*, **57(2)**: 159-174.
- GEE C, HOWE G, KIMMEL P (2005). Couples coping in response to kidney disease: a developmental perspective. *Seminars in Dialysis*, **18(2)**: 103–108.
- GELDINE GG, BHENGU B, MANWERE A (2017). Adherence of adult chronic kidney disease patients with regard to their dialysis, medication, dietary and fluid restriction. *Research Journal of Health Sciences*, **5(1)**: 1-15.
- GEROGIANNI SK, BABATSIKOU FP (2014). Psychological aspects in chronic renal failure. *Health Science Journal*, **8(2)**: 205-214.
- GHESHLAGH RG, SAYEHMIRI K, EBADI A, DALVANDI A, DALVAND S, TABRIZI KN (2016). Resilience of patients with chronic physical diseases: a systematic review and meta-analysis. *Iran Red Crescent Med.*, **18(7)**: e38562.
- GILLESPIE CF, PHIFER J, BRADLEY B, RESSLER KJ (2009). Risk and resilience: genetic and environmental influences on development of the stress response. *Depression Anxiety*, **26(11)**: 984–992.
- GİZİR CA (2007). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **28(3)**, 114-126.
- GOH SZ, GRIVA K (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges – a narrative review. *Int J Nephrol Renovasc Dis.*, **11**: 93–102.
- GOLDANIMO GHADAM Z, ASGHARI BA, MANEE FM (2019). Relationship between resilience with illness behavior in dialysispatients. *J Research & Health*. **9(3)**: 203- 211.

- GÜNALAY S, TAŞKIRAN E, MERGEN H (2017). Hemodiyaliz hastalarında diyet ve sıvı kısıtlamasına uyumsuzluğunun değerlendirilmesi. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*, **3(1)**: 9-14.
- HEIDARI GMA, DAVANLOO AA, HEIDARIGORJI AM (2014). The efficacy of relaxation training on stress, anxiety, and pain perception in hemodialysis patients. *Indian J Nephrol.*, **24(6)**: 356-361.
- HİÇDURMAZ D (2005). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların stresle baş etme biçimlerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- HÖFELMANN DA, GONZALEZ-CHICA DA, PERES KG, BOING AF, PERES MA(2018). Chronic diseases and socioeconomic inequalities in quality of life among brazilian adults: findings from a population-based study in southern brazil. *The European Journal of Public Health*, **28(4)**: 603-610.
- HSU C (2005). Clinical evaluation of kidney function. *Primer On Kidney Diseases* (4 th ed.) A. Greeberg, (Ed.). p. 20. Elsevier Saunders. National Kidney Foundation.
- IYASERE O, BROWN EA (2014). Determinants of quality of life in advanced kidney disease: time to screen? *Postgrad Medical Journal*, **90**: 340-347.
- İNAL R, TAZE SS, YAYLA R (2018). Ulusal böbrek nakli bekleme listesinde olan hastaların duygu durumlarının değerlendirilmesi *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, **1 (13)**: 1-8.
- JANMAAT CJ, VAN DİEPEN M, VAN HAGEN CCE, ROTMANS JI, DEKKER FW, DEKKERS OM (2018). Decline of kidney function during the pre-dialysis period in chronic kidney disease patients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Epidemiol.*, **10**: 613-622.
- JOHNSON JL, WIECHELT SA (2004). Introduction to the special issue on resilience. *Substance Use & Misuse*, **39 (5)**: 657-670.
- KARA G (2007). Adherence to treatment in hemodialysis patients: a multiple-aspect approach. *Gülhane Medical Journal*, **49(2)**: 132-136.
- KARAIIRMAK Ö (2006). Psikolojik sağlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **3 (26)**: 129-142.
- KARAIIRMAK Ö (2007). Deprem yaşamış bireylerde psikolojik sağlamlığa etki eden kişisel faktörlerin incelenmesi: bir model test etme çalışması. Doktora tezi. ODTÜ Eğitim Bilimleri Bölümü, Ankara.
- KARAIIRMAK Ö (2010). Establishing the psychometric qualities of the connor-davidson resilience scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in trauma. *Psychiatry Research*, **179**: 350-356.

- KÁLLAY É, POP R, BALÁZSI R (2009). Emotional profile and quality of life in chronic renal failure and renal transplant patients: cognition, brain, behavior. *An Interdisciplinary Journal*, **13(3)**: 313-328.
- KAYA B (2007). Depresyon: sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. *Klinik Psikiyatri*, **10(6)**: 11-20.
- KHALIL AA, LENNIE TA, FRAZIER SK (2010). Understanding the negative effects of depressive symptoms in patients with ESRD receiving hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, **37(3)**: 289-308.
- KIM EY, LEE YN., CHANG SO (2019). How do patients on hemodialysis perceive and overcome hemodialysis?: Concept development of the resilience of patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, **46(5)**: 521-530.
- KIM SR, CHO S, KIM MS, LEE YJ (2013). Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *International Journal of Clinical Practice*, **67(4)**: 363-368.
- KIMMEL PL (2002). Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *J Psychosom Res.*, **53**: 951- 956.
- KIMMEL PL, THAMER M, RICHARD CM, RAY NF (1998). Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med.*, **105(3)**: 214-221.
- KOÇYİĞİT H, AYDEMİR Ö, FİŞEK G, ÖLMEZ Ö, MEMİŞ A (1999). Kısa form-36'nın türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve tedavi dergisi*, **12(2)**: 102-106.
- KOREVAAR CJ, JANSEN MAM, MERKUS PM, DEKKER WF, BOESCHOTEN WE, KREDİET TR (2000). Quality of life in predialysis end-stage renal disease patients at the initiation of dialysis therapy. *Peritoneal Dialysis International*, **20**: 69-75.
- KRALIK D, VAN LOON A, VISENTI K (2006). Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research*, **14(2)**: 187-201.
- KÜÇÜK L (2006). Diyaliz hastalarına uygulanan sorun çözme eğitiminin anksiyete depresyon ve baş etme biçimlerine etkisi. Doktora tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- LAMBERT K, MULLAN J, MANSFIELD K, KOUKOMOUS A, MESITI L (2017). Evaluation of the quality and health literacy demand of online renal diet information. *J Hum Nutr Diet.*, **30**: 634-645.
- LEE YJ, KIM MS, CHO S, KIM SR (2013). Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *International Journal of Clinical Practice*, **67(4)**: 363-368.

- LEVEY AS, CORESH J, BALK E, KAUSZ AT, LEVIN A, STEFFES MW, HOGG RJ, PERRONE RD, LAU J, EKNOYAN G (2003). National kidney foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med*, **139**:137-147.
- LEVIN A, STEVENS PE, BILOUS RW, CORESH J, DE FRANCISCO ALM, DE JONG PE, GRIFFITH KE, HEMMELGARN BR, KUNITOSHI I, LAMB EJ, LEVEY AS, RIELLA MC, SHLIPAK MG, WANG H, WHITE CT, WINEARLS CG (2013). Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, **3(1)**: 1-150.
- LIU YM, CHANG HJ, WANG RH, YANG LK, LU KC, HOU YC (2018). Role of resilience and social support in alleviating depression in patients receiving maintenance hemodialysis. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, **14**: 441–451.
- LORANT V, DELIÈGE D, EATON W, ROBERT A, PHILIPPOT P, ANSSEAU M (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, **157(2)**: 98–112.
- LUTHAR SS (1991). Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Development*, **62**: 600-616.
- LUTHAR SS, CICCHETT D (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol.*, **12(4)**: 857–885.
- MACIEJEWSKI PK, PRIGERSON HG, MAZURE CM (2000). Self- efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. *British journal of psychiatry*, **176**: 373-378.
- MALKOÇ A, YALÇIN İ (2015). Relationships among resilience, social support, coping, and psychological well-being among university students. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, **5 (43)**: 35-43.
- MANCINI AD, BONANNO GA (2009). Predictors and parameters of resilience to loss: toward an individual differences model. *Journal of Personality*, **77(6)**: 1805-1832.
- MASTEN AS, COASTWORTH JD (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist*, **53(2)**: 205-220.
- MASTEN AS, BEST KM, GARMEZY N (1990). Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. *Dev Psychopathol*, **2**: 425-444.
- MASTEN AS, OBRADOVIĆ CJ (2006). Competence and resilience in development. *Annals New York Academy Of Sciences*, 13–27.

- MASTEN AS, REED MJ (2002). ‘Resilience in Development’ , in C. R. Snyder and S. J. Lopez (eds) *The Handbook of Positive Psychology*, New York: Oxford University Press.
- METE HE (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, **11(3)**: 3-18.
- MILNER Q (2003). Pathophysiology of chronic renal failure. cepd reviews. *British Journal of Anaesthesia*, **3(5)**: 130-33.
- MIN JA, JUNG YE, KIM DJ, YIM HW, KIM JJ, KIM TS, LEE CU, LEE C, CHAE JH (2013). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Qual Life Res.*, **22**: 231–241.
- MOLLAOĞLU M (2005). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda özbakım gücü ve depresyon. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 55-60.
- MOREIRA JM, BOUISSOU MORAIS SOARES CM, TEIXEIRA AL, SIMÕES E SILVA AC, KUMMER AM (2015). Anxiety, depression, resilience and quality of life in children and adolescents with pre-dialysis chronic kidney disease. *Pediatr Nephrol.*, **30(12)**: 2153-2162.
- MORRISON GM, BROWN M, D’INCAU B, O’FARRELL SL, FURLONG MJ (2006). Understanding resilience in educational trajectories: implications for protective possibilities. *Psychology in the Schools*, **43(1)**: 19-31.
- MUJAIS SK, STORY K, BROUILLETTE J, TAKANO T, SOROKA S, FRANEK C, MENDELSSOHN D, FINKELSTEIN FO (2009). Health-related quality of life in CKD patients: correlates and evolution over time. *Clin J Am Soc Nephrol.*, **4**: 1293–1301.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2002). K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis.*, **39**: 1-266.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (2015). KDOQI clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 update. *Am J Kidney Dis.*, **66(5)**: 884-930.
- OGDEN SK, BIEBERS AD (2010). Series: Psychology of Emotions, Motivations and Actions Series. New York : Nova Science Publishers, eBook.
- O’SULLIVAN D, MCCARTHY G (2007). An exploration of the relationship between fatigue and physical functioning in patients with end stage renal disease receiving haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, **16(11C)**: 276 -284.
- OKUBO R, KAI H, KONDO M, SAITO C, YOH K, MORITO N, USUI J, YAMAGATA K (2014). Health-related quality of life and prognosis in patients with chronic kidney disease: a 3-year follow-up study. *Clin Exp Nephrol.*, **18**: 697–703.

- OLAGUNJU TA, CAMPBELL AE, ADEYEMI DJ (2015). Interplay of anxiety and depression with quality of life in endstage renal disease. *Psychosomatics*, **56**: 67–77.
- OQUENDO LG, ASECIO JMM, BONILL DE LAS NIEVES C (2017). Contributing factors for therapeutic diet adherence in patients receiving haemodialysis treatment: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, **26**: 3893–3905.
- ÖZ F, YILMAZ EB (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: psikolojik sağlamlık (derleme). *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 82-89.
- ÖZÇETİN A, BAĞÇEBAŞI BZ, BAĞÇEBAŞI T, CİNEMRE H, ATAÖĞLU A (2009). Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **10**: 142-150.
- ÖZÇÜRÜMEZ G, TANRIVERDİ N, ZİLELİ L (2003). Psychiatric and psychosocial aspects of chronic renal failure. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **14**:72-80.
- ÖZDEMİR Ş, ÖZTÜRK G, TAŞLIPINAR YM, YILDIZ Z, GİNİŞ Z, UÇAR F, TEMEL İ, ERDEN G (2015). Glomerüler filtrasyon hızı tahmininde kreatinin klirensinin, MDRD ve CKD- EPI fomülleri ile karşılaştırılması. *Yeni Tıp Dergisi*, **32**: 135-140.
- ÖZDEMİR Ü, TAŞÇI S (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **1(1)**: 57-72.
- ÖZGÜR B, KÜRŞAT S, AYDEMİR Ö (2003). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, **12(2)**: 113-116.
- ÖZKAN S (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. s.:187-190. Roche.
- ÖZKAN TUNCAY F, FERTELLİ T, MOLLAOĞLU M (2018). Effects of loneliness on illness perception in persons with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*, **27**: e1494–e1500.
- ÖZYALVAÇLI ME, METİN A (2015). Kronik böbrek yetmezlikli erkek hastalarda cinsel sağlık (Derleme). *Androloji Bülteni*, **17(61)**: 112-117.
- PAGELSAA, SÖDERKVIST BK, MEDIN C, HYLANDER B, HEIWE S (2012). Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment. *Health Qual Life Outcomes*, **10**: 71.
- RICARDO AC (2010). Depression and chronic kidney disease. *Kidney*, **19**: 172–174.
- RUTTEN BPF, HAMMELS C, GESCHWIND N, MENNELOTHMANN C, PISHVA E, SCHRUEERS K, VAN DEN HOVE D, KENIS G, VAN OS J, WICHERS M (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **128**: 3–20.

- RUTTER M (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse ve Neglect*, **31**: 205-209.
- SAREEN J, JACOBI F, COX BJ, BELIK SL, CLARA I, STEIN MB (2006). Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, **166 (19)**: 2109-2116.
- SATİCİ SA (2016). Psychological vulnerability, resilience, and subjective well-being: The mediating role of hope. *Personality and Individual Differences*, **102**: 68-73.
- SELÇUK YN (1999). Renal replasman tedavileri için hasta seçim kriterleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, **2**: 51-55.
- SEZEN A (2014). *Diyaliz Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- SHAFİ T, JAAR BG, PLANTINGA LC, FINK NE, SADLER JH, PAREKH RS, POWE MR, CORESH J (2010). Association of residual urine output with mortality, quality of life, and inflammation in incident hemodialysis patients: the choices for healthy outcomes in caring for end-stage renal disease (choice) study. *American Journal of Kidney Diseases*, **56(2)**: 348-358.
- SHAFİ ST, SHAFİ T (2017). A comparison of anxiety and depression between pre-dialysis chronic kidney disease patients and hemodialysis patients using hospital anxiety and depression scale. *Pak J Med Sci.*, **33(4)**: 876-880.
- SİPAHİOĞLU M (2010). Renal hastalıklar. *Clinical Medicine* (1.Baskı). Tabak F, Tabak Ö (Ed.) 's.: 605-687'. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi.
- SOUTHWICK SM, VYTHILINGAM M, CHARNEY DS (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review Clinical Psychology*, **1**: 255-291.
- SPENCER L (2015). Psychological resilience. *Mid Yorks Medical Journal*, 27-30.
- STANLEY P (2008). The risk and resilience framework and its implications for teachers and schools. *Waikato Journal of Education*, **14**: 139-153.
- STEVENS LA, LEVEY AS (2005). Chronic kidney disease: staging and principles of management. A. Greeberg, (Ed.), *Primer on kidney diseases* (4 th ed.) (p. 455). Elsevier Saunders. National Kidney Faoundation.
- STEWART D, SUN J (2007). Resilience and depression in children: mental health promotion in primary schools in china. *International Journal of Mental Health Promotion*, **9(4)**: 37-46.
- STEWART DE, YEN T (2011). A systematic review: review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, **52(3)**: 199-209.

SÜLEYMANLAR G, UTAŞ C, ARINSOY T, ATEŞ K, ALTUN B, ALTIPARMAK MR, ECDER T, YILMAZ ME, ÇAMSARI T, BAŞÇI A, ODABAS AR, SERDENGEÇTİ K (2011). A population based survey of chronic renal disease in Turkey - The CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*, **26**: 1862-1871.

TAYLOR SE (2012). *Health psychology* (8th ed.). McGraw-Hill International Edition.

TOKGÖZ B (2005). Kronik böbrek yetmezliğinde renal replasman tedavileri. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci.*, **1(21)**: 82-87.

TOTAN B, YILDIRAN H, AYYILDIZ F (2016). Yetişkinlerde renal transplantasyon öncesi ve sonrasında tıbbi beslenme tedavisi. *Bes Diy Derg.*, **44(3)**: 248-256.

TUSAIE K, DYER J (2004). Resilience: a historical review of the construct. *Holist Nurs Pract*, **18**: 3-8.

TÜMLÜ GÜ, RECEPOĞLU E (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, **3(3)**: 205-213.

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI VE TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ ‘TÜRKİYE’DE NEFROLOJİ, DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON (2014). Ankara.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2014). Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. Yayın No: 946, Ankara.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI VE TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ ORTAK RAPORU, TÜRKİYE’DE NEFROLOJİ, DİYALİZ VE TRANSPLANTASYON (2017). Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Ankara.

VARMA GS (2014). Major depresif bozuklukta nöroinflamatuvar hipotez. *Psikiyatri ve Güncel Yaklaşımlar*, **6(1)**: 1-9.

YALÇIN İ (2015). İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: türkiye’de yapılmış çalışmaların meta analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **26(1)**: 21-32 .

YAVUZ D, YAVUZ R, ALTUNOĞLU A (2012). Hemodiyaliz hastalarında görülen psikiyatrik hastalıklar. *Turkish Medical Journal*, **6(1)**: 33-37.

YEN JY, LIN HC, CHOU WP, LIU TL, KO CH (2019). Associations among resilience, stress, depression, and internet gaming disorder in young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **16(17)**: 3181.

YILDIRIM NK, OKANLI A, YILMAZ KE, KARAHİSAR F, ÖZKAN S (2013). Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: çok merkezli bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **14**: 252-259.

YILMAZ AY (2014). Hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarında depresyon, kaygı, benlik saygısı ve sosyal uyumun değerlendirilmesi ve karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.

YÜRÜGEN B (Ed.). (2001). *Böbrek hastalıkları, diyaliz ve transplantasyon hemşireliği eğitim programları kitabı*. İstanbul : Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Derneği.

WATNICK S, KIRWIN P, MAHNENSMITH R, CONCATO J (2003). The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis.*, **41(1)**: 105-110.



EKLER

Ek-1. Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma; Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı programı kapsamında, Prof. Dr. Gülsüm Ançel danışmanlığında yüksek lisans tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırma; prediyaliz hastalarında psikolojik sağlamlığı yordayıcı faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmayı yapmak için, kurum izni alınmıştır.

Araştırmacı, size bire bir görüşme yöntemi ile;

- Tanımlayıcı özelliklerinizi belirlemek amacıyla, **Hasta ve Hastalığa İlişkin**

Tanımlayıcı Özellikler Formu

- **Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Formu**
- **SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Formu**
- Psikolojik sağlamlığınızı değerlendirmek amacıyla **Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 25(CD-RISC-25) Formu** uygulayacaktır.

“Bu çalışmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.”

Yukarıdaki açıklamayı okudum. Araştırmaya ilişkin sorularımı araştırmacıya sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Katılımcının adı soyadı:

Tarih:

İmza:

Bu çalışma ile ilgili bilgileri katılımcıya açıkladım ve yazılı onam aldım.

Araştırmacının adı soyadı: Bengüsü Odabaşı

İmza:

e-posta: bengusuodabasi@gmail.com

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Ek-2. Hasta ve Hastalığa İlişkin Tanımlayıcı Özellikler Formu

Form No:

1-Cinsiyet: Kadın ()

Erkek ()

2-Yaş:

3-Kilo:

4-Boy:

5-Medeni durumunuz?

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış/ Eşi Vefat Etmiş d) Ayrı Yaşıyor

6-Nerede yaşıyorsunuz?

a)Şehir b) İlçe c) Kasaba d) Köy

7-Eğitim durumu

a) Okur-Yazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite e) Yüksek Lisans

8- Size göre gelir düzeyiniz nasıl?

a) Düşük b) Orta c) İyi d) Çok İyi

9-Evin geçimini kim/kimler sağlıyor?

10-Sosyal güvenceniz nedir?

a)SGK b) Özel Sigorta c) Yeşil Kart d) Güvencem Yok

11-Sigara kullanıyor musunuz?

a)Evet b) Hayır (Soru 14'e geçiniz.)

12- Günde kaç paket içiyorsunuz?

13- Ne kadar süredir sigara içiyorsunuz?

14-Ne kadar süredir kronik böbrek yetmezliği hastalığınız var?

15-Kronik böbrek yetmezliği hastalığınızı başlatan neden neydi?

16-Kronik böbrek yetmezliğine eşlik eden başka hastalıklarınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- a) DM b) Hipertansiyon c) KAH d) Kalp Yetmezliği
e) Osteoporoz f) Diğer

17-Kullandığınız ilaçlar var mı?

18-İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

19-Daha önce kronik böbrek yetmezliği hakkında eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

20-Hemodiyaliz ya da periton diyalizi için hazırlık yapıldı mı?

- a) Evet b) Hayır

21-Diyetinize uyuyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

Ek-3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hasta Adı Soyadı

Tarih

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynieskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐Çoğu zaman
- ☐Birçok zaman
- ☐Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐Hiçbir zaman
- ☐Sık değil
- ☐Bazen
- ☐Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐Kesinlikle
- ☐Genellikle
- ☐Sık değil
- ☐Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐Hemen hemen her zaman
- ☐Çok sık
- ☐Bazen
- ☐Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- ☐Hiçbir zaman
- ☐Bazen
- ☐Oldukça sık
- ☐Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

Ek-4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

1-Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

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

2- Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

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

3-Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırmak veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir-iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma ve giyinme			

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

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

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

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

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

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derece etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7-Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a)Hiç
- b) Çok hafif
- c)Hafif
- d)Orta
- e)Şiddetli
- f) Çok Şiddetli

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

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derece etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

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

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

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

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

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

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünmüyorum					
Sağlığım mükemmel					

Ek-5. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 25 (CD-RISC-25)

Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği 25 (CD-RISC-25)

Yaş: Cinsiyet: ☐ Bayan ☐ Erkek

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

	Hiç doğru değil (0)	Nadiren doğru (1)	Bazen doğru (2)	Sıklıkla doğru (3)	Neredeyse her zaman doğru (4)
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Stres olduğunda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvенеbileceğim ilişkim var.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Sorunlarım açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Önüme çıkan herşeyle başa çıkabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.	☐	☐	☐	☐	☐
9. İyi ya da kötü, herşeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla başedebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Yaşamdaki sorunlarla başederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Zoru severim.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Başarılarımla gurur duyurum.	☐	☐	☐	☐	☐

All rights reserved. No part of this document may be reproduced or transmitted in any form, or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Dr. Davidson at mail@cd-risc.com. Yayın hakkı © 2001, 2003, 2007, 2009, 2011, 2013 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D. Translation by Ozlem Karaimak, 2006.

03-2013

Ek-6. CD-RISC-25 Ölçek İzni

15.10.2019

Gmail - Re: cd-risc



bengusu odabaşı <bengusuodabasi@gmail.com>

Re: cd-risc

2 ileti

bengusu odabaşı <bengusuodabasi@gmail.com>
Alıcı: mail@cd-risc.com

2 Aralık 2016 01:07

Hello,
Recently, I had requested the Cd-Risc scale to be used in my research project. I filled and sent it back the agreement to you. Also, I just wanted to let you know that the fee of \$30.00 had been sent to your Paypal account (mail@cd-risc.com) from odabasi@umd.edu.
Please let me know when I can get the scale because I need it very soon and if there is anything else to be done please do not hesitate to contact me.
Best regards
Bengu Su Odabasi

Ps: The Turkish version of the scale had been requested.

Jonathan Davidson, M.D. <jonathan.davidson@duke.edu>
Alıcı: bengusu odabaşı <bengusuodabasi@gmail.com>

2 Aralık 2016 16:47

Dear Bengu:

Thank you for your reply and for sending payment. I have pleasure to enclose the scale and manual. Please let me know if you have any other questions.

Good wishes for the success of your work,

Jonathan Davidson

From: bengusu odabaşı <bengusuodabasi@gmail.com>
Sent: Thursday, December 1, 2016 6:07 PM
To: mail@cd-risc.com
Subject: Re: cd-risc

[Alıntılanan metin gizlendi]

2 eklenti

CD-RISC-25 Turkish 03-17-13.pdf
211K

aRISC Manual 10-01-16 F.pdf
1169K

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=50c2e2646a&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1552556881736311763&simpl=msg-f%3A1552556...> 1/1

Ek-7. Etik Kurul Kararı



GİZLİ

T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 85434274-050.04.04 / 2154
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

11 Ocak 2017

Sayın Bengüsu ODABAŞI
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

İlgi: 08/12/2016 tarihli başvurunuz.

“Prediyaliz Hastalarında Psikolojik Sağlamlığı Yordayıcı Faktörler” başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 09/01/2017 tarihli toplantısında alınan 1/14 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.
Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.Sibel A.ÖZKAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

GİZLİ

Ek-8. Kurum İzni



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Hastane Müdürlüğü, Yazı İşleri Birimi



Sayı : 96487027-663.08-E.6482

07.03.2017

Konu : Kurum İzni Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
(Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı)

İlgi : 21.02.2017 tarih ve 59137464-663.08-E.2316 sayılı yazınız.

Müdürlüğünüz Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Gülsüm ANÇEL'in danışmanlığını yürüttüğü, Tezli Yüksek Lisans öğrencilerinden 14716508 numaralı Bengisu ODABAŞI'nın "Prediyaliz Hastalarında Psikolojik Sağlamlığı Yordayıcı Faktörler" konulu tez çalışmasını, Nefroloji Bilim Dalı polikliniğinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Ayşe Adile KÜÇÜKDEVECİ
Başhekim

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Mah.Talatpaşa Bulvarı No:48/50 Sıhhiye Altındag/ANKARA
Telefon No:(312)508 23 55 Belgeçer No:(312)508 23 55
e-posta: yaziisl@medicine.ankara.edu.tr

Bilgi için:Aysel ÇETİN
Memur
Telefon No:(312) 508 23 55

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı : Bengüsu
Soyadı : ODABAŞI
Doğum yeri ve tarihi : Gölbaşı / 20. 09. 1990
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Evli
İletişim adresi ve telefonu : bengusuodabasi@gmail.com - (05446961646)

II- Eğitimi

Yabancı dili : İngilizce
2016-2018 Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslekyüksek Okulu
Muhasebe ve Vergi Uygulamaları (%100 burslu)
2007-2012 Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve
Sağlık Hizmetleri Bölümü (%100 burslu)
2004-2007 Dr. Şerafettin Tombuloğlu Lisesi, Gölbaşı / ANKARA
1996-2004 Tek İlköğretim Okulu, Gölbaşı / ANKARA

III- Ünvanı

Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi

2012- 2014 Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi- Hemşire
2014- 2015 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri, Cebeci Araştırma ve
Uygulama Hastanesi, Kalp Merkezi- Hemşire
2018- Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi- Hemşire