



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

# HEMODİYALİZ GÖREN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN DEPRESYON VE ANKSİYETENİN İNCELENMESİ

Neval YÜKSEKYAYLA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA  
2020

# HEMODİYALİZ GÖREN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN DEPRESYON VE ANKSİYETENİN İNCELENMESİ

NEVAL YÜKSEKYAYLA

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
YRD. DOÇ. DR. MERYEM KARAAZİZ

LEFKOŞA  
2020

## KABUL VE ONAY

Neval YÜKSEKYAYLA tarafından hazırlanan "Hemodiyaliz Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Depresyon ve Anksiyetenin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma, 11/06/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### JÜRİ ÜYELERİ



Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ (Danışman)  
Yakın Doğu Üniversitesi  
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü



Yrd. Doç. Dr. Başak BAĞLAMA YÜCESOY (Başkan)  
Yakın Doğu Üniversitesi  
Eğitim Fakültesi Özel Eğitim Bölümü



Dr. Bingül SUBAŞI  
Yakın Doğu Üniversitesi  
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü



Prof. Dr. Mustafa SAGSAN  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- Tezimin tamamı heryerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

11/06/2020

İmza

Neval YÜKSEKYAYLA

## TEŞEKKÜR

Öncelikle bu çalışmanın hazırlanma sürecinde bana destek olan, desteğini ve ilgisini esirgemeyen, tecrübelerini, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisinden çok şey öğrendiğim ve öğreneceğim tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ' e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Beni yetiştiren, sevgisini hayatım boyunca hep hissettiğim, kardeşlerim ve benim için yaptığı fedakarlıkları ömrüm boyunca unutmayacağım, hayattaki en sevdiğim ve en değerli varlığım canım annem Nezihe YÜKSEKYAYLA' ya sonsuz teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan babam Mehmet YÜKSEKYAYLA ve kardeşlerim Yusuf YÜKSEKYAYLA, Gafur Can YÜKSEKYAYLA, Hacı Talha YÜKSEKYAYLA' ya destekleri için çok teşekkür ederim.

Neval YÜKSEKYAYLA

## ÖZ

### HEMODİYALİZ GÖREN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN DEPRESYON VE ANKSİYETENİN İNCELENMESİ

Bu araştırmada, hemodiyaliz gören kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini 18 yaş ve üzeri kronik böbrek yetmezliği olup hemodiyaliz tedavisi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Form-36, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Hemodiyaliz hastalarının bazı sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre Kısa Form-36, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Hemodiyaliz hastalarının Beck Depresyon Envanteri puanları ve Beck Anksiyete Ölçeği puanları ile Kısa Form-36' daki fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının Kısa Form-36 puanlarına etkisi çoklu doğrusal regresyon analiziyle incelendiğinde Beck Depresyon Envanteri puanlarının Kısa Form-36' nın alt boyutu olan enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık ve genel sağlık algısı alt boyutundan aldıkları puanları negatif yönde yordadığı belirlenmiştir. Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının Kısa Form-36' nın iki alt boyutu sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutu puanlarını negatif yönde yordadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak, hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitelerinin artırılması için hastalar düzenli olarak psikiyatrik değerlendirmeye alınmalı, depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek çıkan hastalar daha sık takip edilmeli, bu hastalara psikolojik destek sağlanmalıdır.

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

## ABSTRACT

### THE INVESTIGATION OF DEPRESSION AND ANXIETY AFFECTING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE UNDERGOING HEMODIALYSIS TREATMENT

The purpose of this study was to investigate the relationship among quality of life, depression, and anxiety of patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis treatment. In this study, correlational survey design was used. The sample of the study consisted of 60 patients who had chronic renal failure aged 18 and over. The socio-demographic information form, the Short Form-36, the Beck Depression Inventory and the Beck Anxiety Scale were used as data collection tools. Based on some socio demographic characteristics and disease-related features of hemodialysis patients, there was a significant difference between patients' scores on Short Form-36, Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Scale. A statistically significant and negative correlation was found between patients' scores on the Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Scale and some sub-scores of the Short Form-36 scale such as physical function, emotional role difficulty, energy/aliveness/vitality, mental health, social functionality, pain and general health perception. When the effects of the Beck Depression Scale and Beck Anxiety Scale scores on Short Form-36 scores were analyzed by multiple linear regression analysis, it was found that the Beck Depression Inventory scores negatively predicted the energy/aliveness/vitality, mental health and general health sub-scores of the Short Form-36. Furthermore, the Beck Anxiety Scale scores negatively predicted two sub-scales of the Short Form-36, the social functionality and the pain. As a result, hemodialysis patients should be regularly evaluated for psychiatric evaluation in order to improve their life quality. Hemodialysis patients with high levels of depression and anxiety should be followed more closely and psychological support should be provided to these patients.

**Keywords:** Chronic Renal Failure, Hemodialysis, Quality of Life, Depression, Anxiety

## İÇİNDEKİLER

### KABUL VE ONAY

### BİLDİRİM

TEŞEKKÜR.....iii

ÖZ.....iv

ABSTRACT.....v

İÇİNDEKİLER.....vi

TABLolar DİZİNİ.....ix

KISALTMALAR.....xii

### 1. BÖLÜM

GİRİŞ.....1

1.1 Problem Durumu.....1

1.2 Araştırmanın Amacı.....4

1.2.1 Araştırmanın Alt Amaçları.....4

1.3 Araştırmanın Önemi.....4

1.4 Sınırlılıklar.....5

1.5 Tanımlar.....5

### 2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....7

2.1 Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY).....7

2.1.1 Epidemiyoloji.....8

2.1.2 Etiyoloji.....8

2.1.3 Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri.....9

2.1.4 Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Belirti ve Bulguları.....10

2.1.5 Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavisi.....10

2.1.5.1 Böbrek Transplantasyonu (Böbrek Nakli).....11

2.1.5.2 Periton Diyalizi (PD).....11

2.1.5.3 Hemodiyaliz (HD).....12

<b>2.2 Yaşam Kalitesi.....</b>	<b>13</b>
2.2.1 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi.....	16
2.2.2 Hemodiyaliz ve Yaşam Kalitesi.....	17
2.2.3 İlgili Araştırmalar.....	18
<b>2.3 Depresyon.....</b>	<b>20</b>
2.3.1 Depresyonun Epidemiyolojisi.....	20
2.3.2 Depresyonun Etiyolojisi.....	21
2.3.3 Depresyon Tanı Kriterleri.....	22
2.3.4 Depresyonun Kuramsal Çerçevesi.....	23
2.3.4.1 Psikanalitik Kuram.....	23
2.3.4.2 Bilişsel (Cognitive) Kuram.....	24
2.3.4.3 Davranışçı Kuram.....	25
2.3.5 Hemodiyaliz, Depresyon ve Yaşam Kalitesi.....	25
<b>2.4 Anksiyete.....</b>	<b>26</b>
2.4.1 Anksiyetenin Epidemiyolojisi.....	27
2.4.2 Anksiyetenin Etiyolojisi.....	28
2.4.3 Anksiyete Tanı Kriterleri.....	29
2.4.4 Anksiyetenin Kuramsal Çerçevesi.....	29
2.4.4.1 Psikanalitik Kuram.....	29
2.4.4.2 Bilişsel Kuram.....	30
2.4.4.3 Davranışçı Kuram.....	30
2.4.5 Hemodiyaliz, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi.....	30
2.4.6 İlgili Araştırmalar.....	31

### **3. BÖLÜM**

<b>ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....</b>	<b>34</b>
3.1 Araştırmanın Modeli.....	34
3.2 Evren ve Örneklem.....	34
3.3 Veri Toplama Araçları.....	34
3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu.....	35
3.3.2 Kısa Form-36 (SF-36).....	35
3.3.3 Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	36
3.3.4 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	36

3.4 Verilerin Analizi.....	36
<b>4. BÖLÜM</b>	
<b>BULGULAR.....</b>	<b>38</b>
<b>5. BÖLÜM</b>	
<b>TARTIŞMA.....</b>	<b>59</b>
<b>6. BÖLÜM</b>	
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>71</b>
6.1 Sonuç.....	71
6.2 Öneriler.....	72
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>74</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>89</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>100</b>
<b>İNTİHAL RAPORU.....</b>	<b>101</b>
<b>ETİK KURUL RAPORU.....</b>	<b>102</b>

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri.....	9
<b>Tablo 2.</b> Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri.....	9
<b>Tablo 3.</b> Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Normallik Testi.....	37
<b>Tablo 4.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri.....	39
<b>Tablo 5.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Hastalığa İlişkin Bazı Özellikleri.....	40
<b>Tablo 6.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanları.....	41
<b>Tablo 7.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Yaşına Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
<b>Tablo 8.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Cinsiyetine Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
<b>Tablo 9.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Medeni Durumuna Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
<b>Tablo 10.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
<b>Tablo 11.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Eğitim Düzeyine Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	46

<b>Tablo 12.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Gelirinin Giderini Karşılmasına Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) puanlarının Karşılaştırılması.....	47
<b>Tablo 13.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Sosyal Güvence Durumuna Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
<b>Tablo 14.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Aile Tipine Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
<b>Tablo 15.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Hemodiyaliz Tedavi Süresine Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 16.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Hemodiyaliz Seansını Önerilen Süreden Önce Terk Etme Durumuna Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
<b>Tablo 17.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Diyet Konusunda Sorun Yaşama Durumuna Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
<b>Tablo 18.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Eşlik Eden Hastalık Olmasına Göre Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
<b>Tablo 19.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Kısa Form-36 (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanları Arasındaki İlişkiler.....	55

<b>Tablo 20.</b> Hemodiyaliz Hastalarının Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) Puanlarının Kısa Form-36 (SF-36) Puanlarına Etkisi.....	57
---	----



## **KISALTMALAR**

**APD:** Aletli Periton Diyalizi

**BAÖ:** Beck Anksiyete Ölçeği

**BDE:** Beck Depresyon Envanteri

**GFH:** Glomerüler Filtrasyon Hızı

**HD:** Hemodiyaliz

**KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği

**PD:** Periton diyalizi

**RRT:** Renal Replasman Tedavi

**SAPD:** Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi

**SF-36:** Kısa Form-36

# 1. BÖLÜM

## GİRİŞ

### 1.1 Problem Durumu

Kronik hastalıklar, genelde yavaş ilerleyici olup; düzenli ve uzun süreli tedaviyi, bakımı, izlemi gerektiren, fizyolojik fonksiyonlarda geri dönüşümü olmayan bozukluklara ve çeşitli değişikliklere yol açan hastalıklardır. Tıp alanındaki gelişmeler yaşam süresinin uzamasını ve birçok ülkede bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını sağlamıştır ancak dünya nüfusunun giderek yaşlanması, hızlı gelişen kentleşme sonucunda ortaya çıkan stresörler ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte fiziksel aktivitenin yeterli olmaması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi yaşam şeklinde meydana gelen değişiklikler kronik hastalıkların artışına neden olmuştur (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014). Kronik böbrek yetmezliği (KBY) de bu hastalıklardan biridir (Tsay ve Healstead, 2002).

KBY, böbrek fonksiyonlarının pek çok nedenden dolayı kaybı sonucu sinsice ortaya çıkan klinik tablodur. KBY, böbreğe ait bozukluk olmaksızın glomerüler filtrasyon hızı (GFH)'nin azalarak 3 aydan daha uzun bir sürede 60 ml/dk/1,73m<sup>2</sup>'nin altına düşmesi ya da GFH'nda azalma olsun olmasın böbrekte 3 aydan daha uzun süren böbreğin yapısal ya da fonksiyonel anormalliği olarak tanımlanır (Schrier, 2007).

KBY' de en sık başvurulan tedavi yöntemi hemodiyaliz (HD) tedavisidir (Seyahi, Ateş ve Süleymanlar, 2016). HD tedavisi, hastadan alınan kanın antikoagülasyonla, vücut dışında makine aracılığıyla yarı geçirgen bir zardan geçirilip sıvı solüt içeriğinin tekrardan düzenlenerek HD hastasına yeniden verilmesidir (Değirmenci Saltürk, 2006). HD tedavisi, hastaya ortalama olarak haftada 3 kez ve günde yaklaşık olarak dört saat uygulanmaktadır (Erek, Süleymanlar ve Serdengeçti, 2002). KBY hastalarında en sık başvurulan

tedavi yöntemlerinden HD, hastaların yaşam sürelerini uzatarak yaşama devam etmelerini sağlarken; ekonomik, fiziksel, sosyal ve psikolojik pek çok sorunu da beraberinde getirerek (Özdemir ve Taşçı, 2013), hastaların yaşam kalitelerini etkilemektedir (Klang ve Clyne, 1997).

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi yaşamlarını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin tümü olarak tanımlanır. Yaşam kalitesi, bireysel iyilik durumunu ve yaşamın çeşitli yönlerine dair öznel doyumunu ifade eder. Yaşam kalitesi kavramı yaşamdan memnuniyet, genel sağlık, fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal alan ve çevre alanı konuları hakkındaki bilgileri içerir (Çivi, Kutlu ve Çelik, 2011).

KBY olan hastaya, HD tedavisinin başlanmasıyla hastanın yaşam kalitesinde değişiklikler meydana gelir. HD tedavisine başlanan hastada öncelikle eskiye oranla yorgunlukta artma gözlemlenir, güçsüzlük ve güçsüzlüğün getirdiği enerji eksikliği, fonksiyonel sakatlık gibi kayıplar ön plana çıkar (Klang ve Clyne, 1997). HD de 3 ay gibi kısa dönemde, fiziksel sorunlardan kaynaklı rol kısıtlılıkları ile genel sağlık algısında bozulmalar gözlemlenirken (Merkus vd., 1997); uzun dönemde, fiziksel fonksiyonda ve genel sağlık algısında bozulmanın yanında fiziksel ve emosyonel sorunlardan kaynaklı rol güçlükleri, kısıtlılıkları da ortaya çıkar (Meyer vd., 1994).

HD hastalarında, hastanın diyaliz makinesine, tedavi ekibine, ailesine bağımlılığın artması, diyaliz bölümünde karşılaşılan ölümler ve hastanın ölüm korkusunu sıklıkla yaşaması (Küçük, 2005), bilişsel işlevlerde bozulmaların meydana gelebilmesi (Çelik ve Acar, 2007), diyalizde geçirilen süreden dolayı iş veriminin ve sosyal yaşamın azalması, diyet programına uyma güçlüğü gibi pek çok sorun yaşanmaktadır. Üreminin artışıyla birlikte bulantı ve yorgunluğun artması, dikkatin azalması; HD tedavisinin uygulanmasından sonra sıvı elektrolit dengesindeki ani değişimlerden kaynaklı baş ağrılarının, bulantıların ve kas kramplarının görülmesi gibi fiziksel durumda sık döngülü değişimlerin olması ve cinsel işlev bozuklukları da gözlemlenen diğer sorunlardır (Küçük, 2005). Ayrıca KBY olup, HD tedavisi gören hastalarda sağlıklı bireylere kıyasla başta anksiyete ve depresyon olmak üzere

kişilerarası problemler, paranoya, kompulsif bozukluklar, psikozlar, saldırganlık ve fobi gibi pek çok ruhsal bozukluk da gözlemlenir (Gorji, Davanloo ve Heidarigorji, 2014). Sonuç olarak hastaların yaşam kaliteleri bu durumların tümünden etkilenir (Acaray ve Pınar, 2004).

Yaşam kalitesini etkileyebilen ruhsal bozukluklardan depresyon, KBY olan hastalarda oldukça fazla gözlenmekte ve çeşitli şikayetler ile ortaya çıkmaktadır. Bu hastalarda yorgunluğun, konsantrasyon güçlüğü'nün artması, yetersiz beslenme, iştahının azalması durumu ve uyku bozukluğunun belirginleşmesiyle depresyon tablosu ortaya çıkar (Walters, Hays, Spritzer, Fridman ve Carter, 2002). Aslında depresyonun kayıpla olan bağlantısı dikkate alındığında; hastaların böbrek işlevlerini, aile işlevlerini, iştahlarını, uyku düzenlerini, konsantrasyonlarını, finansal kaynak ve cinsel fonksiyonlarını kaybettiklerinden sonuç olarak depresyonun gözlemlenmesi bu hastalarda hiç de şaşırtıcı bir durum değildir (Tsay ve Healstead, 2002).

KBY olan hastalarda, anksiyete görülmesinin nedenlerinin ise; yaşam boyu makineye bağımlı olunması, otonominin sınırlanması ve hastaların sağlıklarını, cinsel potansiyellerini, fiziksel güçlerini, çalışabilme kabiliyetlerini, yeteneklerini, aile düzenlerini yitirme düşüncesi olduğu bildirilmektedir (Çelik ve Acar, 2007).

Özetle HD' ye giren bireylerin fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik tüm yaşam alanlarındaki değişiklikler hastaların yaşam kalitelerini etkilemektedir. Bundan dolayı HD gören KBY hastalarının, yaşam kalitelerine etki eden problemleri, sorunları belirlemek, yaşam kalitelerini iyileştirmek, depresyon ve anksiyete ile ilişkili faktörleri bulup, bu faktörleri belirleyerek bu hastaların mental açıdan daha sağlıklı bir hayat sürebilmelerine dair öneriler geliştirmek amacıyla çeşitli çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmanın HD gören KBY hastalarının yaşam kalitelerinin geliştirilmesine, depresyon ve anksiyete ile ilişkili etkenlerin bulunarak yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerinin önlenmesine ışık tutacağı düşünülmüştür. Bu araştırma, HD gören KBY hastalarında yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

## 1.2 Araştırmanın Amacı

Araştırmada, HD gören KBY hastalarında yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır, bu temel amaç doğrultusunda ise aşağıda yer alan alt amaçlar belirlenmiştir.

### 1.2.1 Araştırmanın Alt Amaçları

1.HD gören KBY hastalarının yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete puanları sosyodemografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, gelirin gideri karşılama durumu, sosyal güvence durumu, aile tipi) göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

2.HD gören KBY hastalarının yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete puanları hastalığa ilişkin özelliklere (HD tedavi süresi, HD seansını önerilen süreden önce terk etme durumu, diyet konusunda sorun yaşama durumu, eşlik eden hastalık) göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

3.HD gören KBY hastalarının yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

4.HD gören KBY hastalarında depresyon ve anksiyete puanları yaşam kalitesi puanlarını yordamakta mıdır?

## 1.3 Araştırmanın Önemi

Teknolojinin ilerleme kaydetmesiyle birlikte günümüzde tanı imkanlarının artışı ve hastalıkların tedavisinde yaşanan gelişmeler ile ortalama yaşam ömrü uzamış ancak kronik hastalıkların görülme sıklığı artış göstermiştir. KBY' de bu hastalıklardan biridir (Kalantar-Zadeh, Kopple, Block ve Humphreys, 2001). KBY her yaştan bireyi etkileyen, büyük ölçüde iş gücü kaybı ile sonuçlanan ve pek çok komplikasyona neden olan bir hastalıktır (Küçük, 2005). HD ise KBY olan hastalarında en yaygın uygulanan tedavi yöntemlerinden biridir (Seyahi vd., 2016). HD, hastaların yaşam süresini uzatırken diğer yandan HD tedavisi gören hastalar, bir takım zorluklar ile karşı karşıya gelmektedirler. Hastalar, yaşamını bir makineye bağlı sürdürmek, hastalığın belirtileri ile uğraşmak, belirli bir diyetle uygun beslenmek, bedenlerindeki değişikliklere uyum sağlamak, hayatlarındaki amaçlarını gözden geçirmek durumunda, zorunda kaldıklarından ötürü HD tedavisi, hastaların fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik, diğer bir deyişle yaşamının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkiler. Özetle HD tedavisi,

hastaların yaşam süresini uzatırken hastalar pek çok fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunla karşı karşıya gelmekte ve tüm bu sorunlar hastaların yaşam kalitelerini etkileyip, kötüleştirmektedir (Acaray ve Pınar, 2004). Bu araştırma, HD gören KBY hastalarında yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi belirlemek adına önemli bir çalışmadır. Bu araştırmanın HD gören KBY hastalarının depresyon ve anksiyetelerinin yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerini ortaya koyması, alanda yapılacak araştırmalara fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırmanın, pek çok yönden zor bir süreç içerisinde yer alan HD gören KBY hastalarının karşıladıkları zorlukları anlamaya, HD hastaları için yapılacak olan önleyici ve geliştirici araştırmalara ön ayak olacağı düşünülmektedir. Araştırma sonucunda elde edilecek olan bulguların, HD tedavisi sürecinde doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve bu alanda çalışan diğer tüm meslek gruplarına faydalı olacağı düşünülmektedir.

#### 1.4 Sınırlılıklar

1. Araştırma, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ikamet eden, 18 yaş ve üzeri yaş aralığında KBY olup HD tedavisi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hasta ile sınırlıdır.

2. Araştırma, hastaların veri toplama aracı olarak kullanılan Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Form-36, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği'ne verdikleri cevaplarla ve veri analizinde kullanılan istatistiksel hesaplamalar ile sınırlıdır.

#### 1.5 Tanımlar

**Kronik Böbrek Yetmezliği:** Böbreğe ait bozukluk olmaksızın GFH'nin azalmasıyla 3 aydan daha uzun bir sürede  $60 \text{ ml/dk/1,73m}^2$ 'nin altına düşmesi ya da GFH'nde azalma olsun olmasın, böbrekte 3 aydan daha uzun süren böbreğin yapısal ya da fonksiyonel anormalliği olarak tanımlanır (Schrier, 2007).

**Hemodiyaliz:** Böbreğin yerine getiremediği işlevi yerine getirebilmek için hastadan alınan kanın antikoagülasyonla, vücut dışında makine aracılığıyla

yarı geçirgen bir zardan geçirilip sıvı solüt içeriğinin tekrardan düzenlenerek HD hastasına yeniden verilmesidir (Değirmenci Saltürk, 2006).

**Yaşam Kalitesi:** Bireylerin kendi yaşamlarını değerlendirmesine dayanan öznel algı, biliş ve duygu süreçlerinin tümü yaşam kalitesi olarak tanımlanır. Yaşam kalitesi, bireysel iyilik durumunu ve yaşamın çeşitli yönlerine dair öznel doyumunu ifade eder (Çivi vd., 2011).

**Depresyon:** En az iki haftalık bir süre içinde çökkün duygudurum, ilgi kaybı, uykuda, iştahta, odaklanma ya da karar almada değişiklikler, değersiz olduğunu düşünme ve suçlu hissetme, enerji düşüklüğü, ajitasyon ya da yavaşlama, intihar gibi belirtilerden en az beşinin görüldüğü bozukluk olarak tanımlanır. Bu beş belirti arasında çökkün duygudurum ya da ilgi ve zevk kaybı bulunmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

**Anksiyete:** Tehdit edici bir olay ya da tehlike karşısında otomatik olarak meydana gelen bilişsel, duygusal ve fizyolojik tepkileri ve ortaya çıkan değişikliklerin kişinin hayatına olan etkilerini ifade edebilmek için anksiyete sözcüğü kullanılır (Çetinay Aydın, Akyalçın ve Mete, 2009) ve anksiyete, genellikle bilinç dışı çatışmalara bağlı, nesnesi belirli olmayan, kişi tarafından tanınmayan içsel tehdit veya tehlike karşısında yaşanan bunaltı olarak tanımlanır (Lee, Kim, Cho ve Kim, 2013).

## 2. BÖLÜM

### KURAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

#### 2.1 Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)

Kronik hastalıklar, genelde yavaş ilerleyici olup düzenli ve uzun süreli tedaviyi, bakımı, izlemi gerektiren, fizyolojik fonksiyonlarda geri dönüşümü olmayan bozukluklara ve çeşitli değişikliklere yol açan hastalıklardır. Tıp alanındaki gelişmeler yaşam süresinin uzamasını ve birçok ülkede bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasını sağlamıştır ancak dünya nüfusunun giderek yaşlanması, hızlı gelişen kentleşme sonucunda ortaya çıkan stresörler ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte fiziksel aktivitenin yeterli olmaması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi gibi yaşam şeklinde meydana gelen değişiklikler kronik hastalıkların artışına neden olmuştur (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014). KBY de bu hastalıklardan biridir (Tsay ve Healstead, 2002).

KBY, böbrek fonksiyonlarının pek çok nedenden dolayı kaybı sonucu sinsice ortaya çıkan; nefronların pek çok nedene bağlı olarak ilerleyici ve geri dönüşümsüz hasarları ile sonuçlanan, böbrek işlev yetmezliğinin neden olduğu klinik tablodur (Süleymanlar, 2008)

KBY, GFH' nin azalması sonucunda vücuttaki sıvı-elektrolit ve metabolik dengenin sürdürülebilmesi için gerekli olan böbrek fonksiyonlarının ilerleyici ve geri dönüşü olmayacak şekilde bozulması olarak tanımlanır (Karadakovan, 2016). Ulusal Böbrek Vakfı tarafından hazırlanan Kidney Disease Outcomes Quality Initiative kılavuzunda ise KBY:

1. Böbreğe ait hasar olsun olmasın GFH' nin azalarak 3 aydan daha uzun bir sürede 60 ml/ dk/1,73m<sup>2</sup>'nin altına düşmesi ya da

2. GFH' nda azalma olsun olmasın, böbrekte 3 aydan daha uzun bir süre böbreğin yapısal, fonksiyonel anormalliği biçiminde tanımlanır (Schrier, 2007).

### **2.1.1 Epidemiyoloji**

KBY, önem teşkil eden bir halk sağlığı problemidir. KBY insidans ve prevalansında ırksal ve etnik farklılıklar dikkat çekmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde KBY Afrika kökenli bireylerde daha fazla görülmekte olup, Afrikalıları Asyalı Amerikalılar ile beyazlar izlemektedir (Süleymanlar, 2008). Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu' nun 2018 yılı verilerine göre renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren son dönem böbrek hastalığı nokta prevalansı milyon nüfus başına 988.4 olarak; RRT insidansı milyon nüfus başına 149 olarak belirlenmiştir. Ayrıca 2018 yılı verilerine göre HD, ülkemizde en sık uygulanan RRT yöntemi olup; HD' ye yeni başlayan hasta sayısında (9.645) geçen yıla oranla (9.676) belirgin değişme olmadığı, prevalan hasta sayısında (60.643) ise geçen yıla oranla (58.635) artış olduğu belirlenmiştir (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2018).

### **2.1.2 Etiyoloji**

KBY'nin etiyojisi ırka ve ülkelere göre değişkenlik göstermekle birlikte, KBY'nin en sık nedenleri diabetes mellitus, hipertansiyon ve glomerülonefrittir (Feest, 2007).

Amerika Birleşik Devletleri'nde böbrek hastalarının verileri Birleşik Devletler Böbrek Verileri Kayıt Sistemi tarafından her yıl düzenli bir şekilde kayıt altına alınmakta iken, Türkiye 'de Türk Nefroloji Derneği'nin ulusal kayıt sistemi ile verilere ulaşılmaktadır (Süleymanlar, 2008 ). Türk Nefroloji Derneği'nin 2018 yılı verileri incelendiğinde de HD gören hastalar için etiyojistik etmenler içinde, ilk sırada diabetes mellitus, ikinci sırada hipertansiyon, üçüncü sırada glomerülonefrit; periton diyaliz gören hastalar için etiyojistik etmenler arasında ilk sırada hipertansiyon, ikinci sırada diabetes mellitus, üçüncü sırada glomerülonefrit yer almaktadır (Süleymanlar vd., 2018).

### 2.1.3 Kronik Böbrek Yetmezliği Evreleri

2002 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Böbrek Vakfı tarafından KBY ile ilgili ilk hazırlanan kılavuzda KBY tanımlanarak hastalık evrelere ayrılmıştır (Süleymanlar, 2008). Evrelemenin temelini GFH ölçümü oluşturmuştur (Levey vd., 2005). GFH ölçümü için önerilen yöntem Modification of Diet in Renal Diseases çalışmasında üretilen formülün baş harfleri ile anılan MDRM formülüdür (Jin, Grunkemeier, Brown ve Furnary, 2008). Bu formülde GFH, serum kreatinin düzeyi temel alınıp cinsiyet, yaş ve ırka göre hesaplanmaktadır. Kreatinin klirensi temel alınarak yapılan bu evreleme (Tablo 1), hekimler arasında ortak dili oluşturan sınıflama sistemini oluşturması ve hekimi tedavi planı konusunda yönlendirmesi açısından önem arz eder (Süleymanlar, 2008).

*Tablo 1. Kronik böbrek yetmezliği evreleri*

Evre	Böbrek Hasarının Tanımı	GFH (ml/dak/1,73m <sup>2</sup> )
Evre 1	Böbrek hasarı olduğuna dair kanıtlar var	≥90
Evre 2	Hafif düzeyde böbrek yetmezliği	60-89
Evre 3	Orta düzeyde böbrek yetmezliği	30-59
Evre 4	Ciddi düzeyde böbrek yetmezliği	15-29
Evre 5	Son dönem böbrek yetmezliği	<15

(Süleymanlar, 2008)

2012 yılında ise Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), KBY'ni yeniden evrelemiştir. 2012 yılında GFH' ye göre yeniden evreleme yapılırken eski evrelemeye ek olarak evre 3, 3a ve 3b şeklinde (Tablo 2) iki gruba ayrılmıştır (Stevens ve Levin, 2013).

*Tablo 2. Kronik böbrek yetmezliği evreleri*

Evre	Tanımlama	GFH (ml/dk/1,73 m <sup>2</sup> )
Evre 1	Normal veya yüksek GFH	>90
Evre 2	Hafif düzeyde azalmış GFH	60-89
Evre 3a	Hafif-orta düzeyde azalmış GFH	45-59
Evre 3b	Orta-ağır düzeyde azalmış GFH	30-44

Evre 4	Ağır düzeyde azalmış GFH	15-29
Evre 5	Böbrek yetmezliği	<15

(Stevens ve Levin, 2013)

#### 2.1.4 Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Belirti ve Bulguları

KBY, her ne kadar belirti göstermeden yavaş yavaş ilerleyen bir sağlık sorunu olsada, KBY' de yalnızca böbrek değil hemen hemen diğer tüm organ ve sistemler etkilenir ve her bir organ ve sistemde farklı bulgular ve belirtiler gözlemlenir. KBY hastalarında gözlemlenen bu klinik belirti ve bulgular böbrek yetersizliğinin derecesi, gelişme hızı, hastanın yaşı ve altta yatan etiyoloji ile yakın bir ilişki içerisindedir (Karadakovan, 2016).

Gastrointestinal Sistemde görülen yeme isteğinde azalma, hıçkırık, gastrit, ülser, kronik hepatit, gastrointestinal kanama, asit, mide bulantıları ve kusma; Kardiyovasküler Sistemde görülen yüksek tansiyon, ödem, perikardit, aritmi, kardiyomyopati, atheroskleroz ve kapak hastalığı; Sinir Sisteminde görülen baş ağrısı, uyku bozuklukları, konuşma bozuklukları, koma, konsantrasyon bozuklukları, demans, kramp, konvülsiyon, sersemlik, huzursuz bacak sendromu, yorgunluk, tremor, tik ve ruhsal bozukluklar; Pulmoner Sistemde üremik akciğer ve pulmoner ödem (Akpolat ve Utaş, 2008); Metabolik-endokrin Sistemde büyüme geriliği, impotans, hipogonadizm, libido azalması, malnütrisyon, hiperürisemi, hiperprolaktinemi; hematolojik bozukluk olarak anemi, kanser ve kanama bozuklukları; kemik bozuklukları olarak üremik kemik hastalığı; ciltte görülen kaşıntı, geç iyileşen yara izleri, solukluk, üremik döküntü, saçlarda incelme, tırnak atrofisi kronik böbrek yetmezliğinin belirti ve bulguları arasında yer alır. Susuz kalma, istenmeyen kilo kaybı ve üremik ağız kokusu da görülen diğer belirtilerdendir (Tanrıverdi, Karadağ ve Hatipoğlu, 2010).

#### 2.1.5 Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavisi

Böbrek fonksiyonlarını kalıcı olarak kaybeden hastaların yaşamlarını devam ettirebilmeleri için tedavi yöntemi olarak, renal replasman tedavi yöntemi (RRT- böbrek yerine koyma tedavisi) uygulanır. Bu tedavi yöntemi diyaliz ve

böbrek transplantasyon tedavilerini kapsamakta, diyaliz tedavisi ise HD ve PD olmak üzere iki yöntemle uygulanmaktadır (Kadayıfçı, 2016).

Böbrek fonksiyonlarını kalıcı olarak kaybeden KBY hastaları için HD ve PD yaşam kurtarıcıdır. Hem HD hem de PD kan temizleme yöntemi olarak uygulanır. Bu tedaviler yaşam kalitesi ve maliyet göz önüne alındığında en uygun tedavi seçeneği böbrek transplantasyonudur. Ancak dünyada organ naklinin yetersiz olmasından dolayı böbrek transplantasyon tedavisi yaygınlaşmamaktadır ve böbrek transplantasyon uygulanma oranı organ nakli bekleyen hasta artış hızını karşılayamamaktadır (Süleymanlar, 2008). T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu' nun 2018 yılı verileri incelendiğinde ülkemizde en fazla uygulanan RRT tipi HD (%74,82) olup, HD' yi transplantasyon (%21,24) ve PD (%3,94) takip etmektedir (Süleymanlar vd., 2018).

#### **2.1.5.1 Böbrek Transplantasyonu (Böbrek Nakli)**

Organ nakli, beyin ölümü gerçekleşmiş olan kadavra ya da canlı, sağlıklı donörlerden alınan organların hastaya nakli ile gerçekleşen bir tedavi yöntemidir (Çolakoğlu ve Nalbant, 2005). Organ nakli, bir ekip çalışması olup büyük bir emek, özveri ve fedakarlık gerektirir. Organ naklinde, son dönemlerde ülkemizde de dünyada olduğu gibi büyük gelişmeler kaydedilmiştir (Yıldız, Sabuncuoğlu, Solmaz, Koca ve Bülbül, 2018). Hastaların tedavisi amacıyla kadavra veya canlı, sağlıklı donörlerden alınan böbreğin hasta bireye nakli böbrek transplantasyonudur. Böbrek transplantasyonu, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda en iyi tedavi yöntemidir. Çünkü diyaliz tedavilerinde böbrek işlevlerinin bir kısmı yerine getirilmesinin aksine böbrek transplantasyonlarında böbrek işlevlerinin tamamı yerine getirilebilir. Aynı zamanda hastaların diyaliz işlemine olan bağımlılıkları ortadan kalktığı için fiziksel, psikolojik ve sosyolojik zorluklarda ortadan kalkar ve hastaların yaşam kaliteleri artar (Çolakoğlu ve Nalbant, 2005).

#### **2.1.5.2 Periton Diyalizi (PD)**

PD, böbrek hastasının karın boşluğuna yerleştirilen bir katater aracılığı ile peritonun bir zar görevi gördüğü bir çeşit RRT yöntemidir. PD tedavisinde

yarı geçirgen membran olarak periton zarı kullanılır ve bu zar toksik ve metabolik ürünlerin filtre edilmesinde kullanılmaktadır (Karadakovan, 2016). PD hastanın periton boşluğuna diyaliz sıvısının verilmesi ve toksik, metabolik ürünlerin bu sıvıya geçerek elektrolit dengesinin sağlanabilmesi için belirli bir süre bekletildikten sonra geri alınması işlemidir (Akbal, 2016). PD tedavisi hastanın periton boşluğuna yerleştirilen bir kateter yardımıyla difüzyon ve ozmos ilkelerine göre verilen steril diyaliz sıvısından üre gibi artık maddeleri yüksek konsantrasyonda bulunduğu peritoneal kandan daha düşük konsantrasyonda bulunduğu periton boşluğuna doğru yarı geçirgen periton zarından geçerek temizlenmesidir. Diyaliz işleminde sıvının verilmesi, bekletilmesi ve geri alınmasından oluşan her bir seans sıvının bekletilme zamanına göre ortalama 1-4 saat arasında değişir. Ayrıca seçilen diyaliz solüsyonun çeşidi, PD uygulanma süresi ile sıklığı da hastadan hastaya göre değişkenlik göstermekte (Karadakovan, 2016), PD, genel olarak gün içerisinde 4 ya da 5 kez uygulanmaktadır (Braunwald vd., 2006).

PD tedavisi için pek çok çeşit olmasına rağmen en yaygın kullanılanlar aletli periton diyalizi (APD) ve sürekli ayaktan periton diyalizidir (SAPD). Aletli periton diyalizinde, diyaliz solüsyonu değişimi hemşirenin veya hastanın kendisi tarafından programlanmış bir makine aracılığı ile yapılır. Bu yöntemin de farklı yöntemleri vardır ve değişimler genel olarak geceleri hasta uyuduğunda gerçekleşir (Karadakovan, 2016). SAPD'nde ise hastanın kendisi veya eğer hastanın el becerisi, görme yetisi yeterli değilse, hastanın tedavi yapmasını engelleyici bir durumu varsa eğitilmiş bir yakını tarafından evde gerçekleşen tedavi yöntemidir. Bu yöntemin yapılabilmesi için uygun bir ev ortamı aranır (Süleymanlar, 2008).

PD, HD'ye alternatif bir tedavi şeklidir ancak PD, HD ile karşılaştırıldığında kan akımını temizlemede daha az etkili bir yöntemdir ve bundan dolayı daha da uzun bir süre tedaviyi gerekli kılar (Braunwald vd., 2006).

### **2.1.5.3 Hemodiyaliz (HD)**

1861 yılında Graham'ın ilk kez kristalloid maddelerin bir zar ile ayrılmış iki sıvı arasında karşılıklı geçişini gözler önüne sermesiyle HD'nin temelleri

atılmıştır. Böbrekleri alınmış olan bir köpekte ilk kez diyaliz 1913'te Abel tarafından denendikten sonra, ilk kez insanda diyaliz tedavisi Hass tarafından 1924 yılında gerçekleştirilmiştir. 1944 yılında ise Kolff'un akut böbrek yetmezliği olan bir hastada gerçekleştirmiş olduğu HD günümüzdeki modern diyalizin başlangıcı olarak kabul görmektedir (Akpolat ve Utaş, 2008).

HD tedavisi, böbreğin yerine getiremediği işlevi yerine getirebilmek için hastadan alınan kanın antikoagülasyonla, vücut dışında makine aracılığıyla yarı geçirgen bir zardan geçirilip sıvı solüt içeriğinin tekrardan düzenlenerek HD hastasına yeniden verilmesidir (Değirmenci Saltürk, 2006). HD' de hastadan alınan kan diyalize yardımcı ile temizlenerek hastaya geri verilir (Karadakovan, 2016) ve hastalara hemodiyaliz genellikle haftada 3 defa, 3-4 saat uygulanmaktadır (Braunwald vd., 2006).

Uygulama sırasında HD tedavisinde de diğer tedavilerde olduğu gibi hastalarda bir takım akut ve kronik komplikasyonlar gelişebilmektedir. HD tedavisinde görülen hipotansiyon, aritmiler, kas krampları, bulantı, kusma, göğüs ağrısı, sırt ağrısı akut komplikasyonlardan (Kadayıfçı, 2016); hipertansiyon, diyaliz demansı, üremik ensefalopati, diyaliz dengesizlik sendromu, baş ağrısı, karpal tünel sendromu, damar girişim yolu enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları, uyku bozuklukları ise kronik komplikasyonlardandır (Karadakovan, 2016). Ancak bu komplikasyonlara rağmen hastanın yaşamını sürdürebilmesi için HD, günümüzde KBY' de en sık başvurulmuş tedavi yöntemi olup (Seyahi vd., 2016); T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu'nun 2018 yılı verilerine göre ülkemizde toplam 60.643 hasta HD tedavisi görmektedir (Süleymanlar vd., 2018).

## **2.2 Yaşam Kalitesi**

Yaygın olarak kullanılan ve hakkında pek çok şey yazılan yaşam kalitesi, yeni bir kavram değildir. Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Yunan felsefesinde, insanların memnuniyeti şeklinde tanımlanmış (Mandzuk ve McMillan, 2005); Platon, " Devlet", Aristo, "Nikomakhos'a Etik" isimli eserinde bu kavrama değinmiştir (Edisan ve Kadioğlu, 2013).

Yaşam kalitesi, kelime olarak sözlüğe ilk kez İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra girmiş, istihdam, konut, çevre, görsel sanatlar, sağlık gibi geniş bir sahaya yayılmış pek çok faktörü kapsayan; hükümetler tarafından günlük konuşmalarda, sağlık hizmetlerinde, araştırmalarda ve gazetecilerden reklamcılara kadar pek çok meslek grubu tarafından kullanılan bir kavramdır. Ancak yaşam kalitesi kavramı bireylerin farklı değerlere sahip olması nedeni ile farklı şekillerde tanımlanmıştır (Holmes, 2005). Başka bir deyişle yaşam kalitesi kavramı bireyin içinde bulunduğu çevre, sosyoekonomik durum ve psikolojik durum gibi pek çok faktörü içine alan çok boyutlu bir kavram olduğu için günümüzde üzerinde anlaşılmış evrensel bir tanımı bulunmamaktadır (Bilir vd., 2005).

Evrensel bir tanımı olmayan yaşam kalitesi, felsefi bakış açısı, etik bakış açısı, ekonomik bakış açısı, sosyolojik bakış açısı ve psikolojik bakış açısı olmak üzere beş farklı bakış açısıyla tanımlanmıştır. Yaşam kalitesini felsefi bakış açısı, varoluşun özü; etik bakış açısı, yaşamın kutsallığı; ekonomik bakış açısı, ekonomik büyüme ile yaşam beklentisinde gerçekleşen artış; sosyolojik bakış açısı, bireysel koşullar ve kültür arasındaki ilişki; psikolojik bakış açısı ise yaşama verilen değer, yaşam hedeflerine ulaşma olarak tanımlamıştır (Taylor, Gibson ve Franck, 2008).

Yaşam kalitesi teorik olarak bir bireyin fiziksel ve zihinsel sağlık, psikososyal refah ve işleyiş, bağımsızlık ve yaşam üzerinde kontrol duyguları dahil bireysel özellikleri ile sosyoekonomik koşullar, çalışma, çevre, sosyal sermaye gibi dış koşulları kapsar (Bowling ve Gabriel, 2007). Yapılan tüm tanımlamalarda ortak olan nokta ise, insan faktörü ile bireyin öznel olarak kendini değerlendirme sistemidir (Bilir vd., 2005).

Dünya Sağlık Örgütü' nün yapmış olduğu tanıma göre de yaşam kalitesi, bireyin hem içinde yer aldığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de bireysel hedefleri, umutları, ilgileri, kaygıları, duyguları ve tecrübeleri açısından, yaşamdaki durumuyla ilgili kişisel algısıdır (Top, Özden ve Efe Sevim, 2003). Yaşam kalitesi, bireylerin kendi yaşamlarını değerlendirmesine dayanan, öznel algı, biliş ve duygu süreçlerinin tümü olarak da tanımlanabilir ve bireysel iyilik durumunu ve yaşamın çeşitli pek çok yönüne dair

(hastalıklara, günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine vb.) öznel doyumunu ifade eder (Çivi vd., 2011).

Yaşam kalitesi, bir işe sahip olmak, sosyal bir yaşama sahip olmak, hobiler ile uğraşmak ya da bir takım girişim ve eylemlerde bulunulmasından ziyade kişisel doyum/tatmin olmaya bağlı bir durumdur (Ware ve Sherbourne, 1992). Bu noktada bireyin hayata bakış açısı ve değer yargıları önem arz eder (Top vd.,2003). İyilik hali kalite (nitelik) ve kantite (nicelik) olmak üzere toplumdan topluma, hatta aynı toplumdaki kişiden kişiye ve hatta aynı kişi için dahi her an değişebilir. Kişisel iyilik halini belirleyen faktör birey için önemli olan yaşam alanıdır. Bu bir birey için işinden aldığı doyum iken, başka bir birey için yakınları ile olan ilişkileri olabilmektedir. Bireyin yaşadığı herhangi bir fizyolojik, psikolojik ya da sosyolojik bir durum, iyilik halini birdenbire tamamı ile değiştirebilmektedir (Ware ve Sherbourne, 1992). Burada önemli olan nokta bireyin yaşamının kendi değerlendirmesine bağlı olmasıdır (Çivi vd., 2011).

Genellikle yaşam kalitesi ile ilgili yapılan tanımlar bireyin sübjektif/öznel algıları ile ifade edilse de yaşam kalitesi kavramı, objektif ve öznel/sübjektif göstergeler olmak üzere iki yönden incelenmektedir. Sübjektif/öznel göstergeler bireyin sahip olduklarına dair kişisel doyum/ tatmin olma iken; gelir durumu, meslek, eğitim gibi eksternal (dış) yaşam durumları ve sağlık yaşam kalitesinin objektif göstergeleridir (Top vd., 2003). Yapılan araştırmalar sonucunda bazı araştırmacılar sübjektif göstergelerin önemini vurgular iken (Aksungur, 2009); kimi araştırmacılar objektif göstergelerin daha da önemli olduğunu vurgulamıştır (Kaya, İpekçi Çetin ve Kuruüzüm, 2011). Fakat objektif ve sübjektif/öznel göstergeler için evrensel bir standart söz konusu değildir (Demirkaya, 2010). Ayrıca yapılan çalışmalara dayanarak yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanılan konut ve özellikleri, sosyal destek, gelir durumu, boş zaman aktiviteleri, iş yaşamı ve sağlık yaşam kalitesi göstergeleri olarak sınıflandırılabilir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

## 2. 2. 1 Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesinin kendisinden daha çok yaşam kalitesine etki eden faktörler değerlendirilmektedir. Günümüzde sağlık hizmetindeki giderlerde meydana gelen artış, teknolojinin gelişimine bağlı olarak yaşam süresinden (niceliğinden) daha çok kalitesine (niteliğine) önem verilmesi gibi nedenlerden dolayı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümü, yapılan klinik çalışmalarda ve epidemiyolojik araştırmalarda başvurulan araçlardan biri olmuştur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümünü oluşturan etmenler gelişmiş ülkelerin nüfusunun yaşlanması (Yıldırım vd., 2007), yaşlanmanın beraberinde kronik hastalıklarda artışın meydana gelmesiyle hastalıkların teşhis ve tedavi süreçlerinde ileri sağlık teknolojilerinin kullanılmaya başlaması gibi bir takım gelişmeler üzerinde temellenmiş ve şekillenmiştir. Son yıllarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümü gelişmiş, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde de sıklıkla kullanılmaktadır (Arslan ve Ağırbaş, 2017).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendini iyi hissetmesi, sağlık durumuna genel bir açıdan bakış açısıyla ilgilidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yalnızca herhangi bir hastalığın olmaması değil, bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak da kendini iyi hissetmesi ile yaşama dair memnuniyetini kapsar (Peel, Bartlett ve Marshall, 2007).

Yaşam kalitesi kavramının fiziksel ve ruhsal hastalıklardan etkilenen boyutlarını kapsayan (Çakın Memik, Ağaoğlu, Coşkun ve Karakaya, 2008); bireyin hastalık, hastalığın tedavisi ve tedavi süreçlerine dair kişisel algılarını inceleyen çok boyutlu bir kavram olup (Üneri ve Çakın Memik, 2007), sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hasta bireyin fizyolojik belirtilerini incelemekten daha çok hastanın kişisel algılarını ve hastalık süreci ile ilişkili yaşantılarını vurgulamaktadır (Mollaoğlu, Durna ve Eşkazan, 2001). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı, kişinin hastalık, hastalığın tedavisi ve tedavi süreçlerinden fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak nasıl etkilendiğine dair kişisel algısı olarak da ifade edilebilir (Tural Hesapçioğlu, Tural ve Kandil, 2014).

Bireyler açısından bakıldığında fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan iyi olma hali bireyden bireye farklılaşabilmekte (Çakın Memik, Ağaoğlu, Coşkun, Üneri ve Karakaya, 2007) ve zaman içerisinde de değişimler gözlenebilmektedir

(Fidan, Ertekin ve Karabağ, 2013). Bu noktada hastalık süreçleri de bireyleri farklı biçimlerde etkilemektedir (Çakın Memik vd., 2007). Son yıllarda özellikle kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesine dair değerlendirmelerin sayısı giderek artmaktadır (Akvardar vd., 2006).

### **2.2.2 Hemodiyaliz ve Yaşam Kalitesi**

KBY, böbrek fonksiyonlarının pek çok nedenden dolayı kaybı sonucu sinsice ortaya çıkan klinik tablodur (Schrier, 2007). KBY' de en sık başvuru tedavi yöntemi HD tedavisidir (Seyahi vd., 2016). HD tedavisi hastaya ortalama olarak haftada 3 kez ve günde yaklaşık olarak dört saat uygulanmaktadır (Erek vd., 2002).

KBY hastalarında en sık başvuru tedavi yöntemlerinden olan HD, hastaların yaşam sürelerini uzatarak yaşama devam etmelerini sağlarken ekonomik, fiziksel, sosyal ve psikolojik pek çok sorunu da beraberinde getirerek (Özdemir ve Taşçı, 2013), hastaların yaşam kalitelerini etkilemektedir (Klang ve Clyne, 1997).

KBY olan hastaya, HD tedavisinin başlanmasıyla hastanın yaşam kalitesinde değişiklikler meydana gelir. HD tedavisine başlanan hastada öncelikle eskiye oranla yorgunlukta artma gözlemlenir, güçsüzlük ve güçsüzlüğün getirdiği enerji eksikliği, fonksiyonel sakatlık gibi kayıplar ön plana çıkar (Klang ve Clyne, 1997). HD de üç ay gibi kısa dönemde, fiziksel sorunlardan kaynaklı rol kısıtlıkları ile genel sağlık algısında bozulmalar gözlemlenirken (Merkus vd., 1997), uzun dönemde, fiziksel fonksiyonda ve genel sağlık algısında bozulmanın yanında fiziksel ve emosyonel sorunlardan kaynaklı rol kısıtlıkları, güçlükleri de ortaya çıkar (Meyer vd., 1994).

HD hastalarında, hastanın diyaliz makinesine, tedavi ekibine, ailesine bağımlılığının artması, diyaliz bölümünde karşılaşılan ölümler ve hastanın ölüm korkusunu sıklıkla yaşaması (Küçük, 2005), bilişsel işlevlerde bozulmaların meydana gelebilmesi (Çelik ve Acar, 2007), diyalizde geçirilen süreden dolayı iş veriminin ve sosyal yaşamın azalması, diyet programına uyma güçlüğü gibi pek çok sorun yaşanmaktadır. Üreminin artışıyla birlikte bulantı ve yorgunluğun artması, dikkatin azalması; HD tedavisinin

uygulanmasından sonra sıvı elektrolit dengesindeki ani değişimlerden kaynaklı baş ağrıların, bulantıların ve kas kramplarının görülmesi gibi fiziksel durumda sık döngülü değişimlerin olması ve cinsel işlev bozuklukları da gözlemlenen diğer sorunlardır (Küçük, 2005). Ayrıca KBY olup, HD tedavisi gören hastalarda sağlıklı bireylere kıyasla başta anksiyete ve depresyon olmak üzere kişilerarası problemler, paranoya, kompulsif bozukluklar, psikozlar, saldırganlık ve fobi gibi pek çok ruhsal bozukluk da gözlemlenir (Gorji vd., 2014). Sonuç olarak HD gören hastalar, hastalığın belirtileri ile uğraşmak, verilen diyete uymak, beden imgelerinde meydana gelen değişikliklere, farklılıklara uyum sağlamak; bireysel, toplumsal ve mesleki hedeflerini tekrardan gözden geçirmek zorunda kaldıklarından dolayı HD tedavisi, bireylerin fiziksel, sosyal, psikolojik, ekonomik olarak bütün yaşam alanlarını, kalitelerini kötüleştirmektedir (Mittal, Ahern, Flaster, Maesaka ve Fishbane, 2001).

### 2.2.3 İlgili Araştırmalar

Literatür incelendiğinde, Neto ve diğerlerinin (2000), Kalantar-Zadeh ve diğerlerinin (2001), Tsay ve Healsead' ın (2002), Walters ve diğerlerinin (2002) yaptıkları çalışmalarda diyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kaliteleri orta ve düşük olarak saptanmıştır.

Acaray' ın (2003) yaptığı çalışmada genel olarak olguların yaşam kalitelerini düşük algıladıkları bulunmuş, cinsiyete ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel bir fark saptanmamış, mental sağlık dışında diğer alt boyutlar ile yaş arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

Ünal ve Bilge'nin (2005) çalışmasında diyaliz sürecinin başlı başına bir psikososyal stres faktörü olduğu, uzun süren diyaliz tedavisinin hastanın bağımlılığını arttırdığı ve bu durumlarında hastaların yaşam kalitesinde düşmeye yol açtığı saptanmıştır. Aynı çalışmada yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılık göstermediği de saptanmıştır.

Sağduyu, Şentürk, Sezer, Emiroğlu ve Özel' in (2006) yaptığı çalışmada HD, hastalarının yaşam kaliteleri düşük bulunmuş, medeni duruma göre bekarların evlilere oranla yaşam kaliteleri daha yüksek saptanmıştır.

Küçük' ün (2008) yapmış olduğu çalışmada HD hastalarının yaşam kaliteleri düşük bulunmuş, çalışmada parçalanmış aile yapısına sahip olanlar ile emosyonel etmenlere bağlı sosyal ve fiziksel aktivitelerin kısıtlanması olarak açıklanan fonksiyonel durum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Özçetin, Bicik Bahçebaşı, Bahçebaşı, Cinemre ve Ataoğlu (2009) yaptıkları çalışmada toplamda 67 hasta ile çalışmışlar ve HD hastalarının yaşam kalitelerinin düşük olduğu, eşik üstü anksiyete ve depresyon puanının yaşam kalitesi alt boyutlarını ciddi olarak kötüleştirdiğini belirtmişlerdir.

Erol' un (2010) yapmış olduğu çalışmada aile tipine göre SF-36' nın alt boyut puanları incelendiğinde, HD hastalarında çekirdek ailede genelde yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu saptanmış fakat aile tipi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Akın ve diğerleri (2010) çalışmalarında 188 HD hastası ile çalışmış, HD tedavisi gören hasta bireylerin yaşam kalitesinin orta düzeyde olumsuz etkilendiğini saptamış, gelir durumu algısı, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve HD tedavisiyle ilgili eğitimi alma durumuna göre Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamamışlardır.

Yaralı Arslan, Karaca Sivrikaya, Erdem ve Durmaz Akyol' un (2011) yaptıkları çalışmada tedavi süresi ve eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Alemdar ve Çınar Pakyüz (2015) yaptıkları çalışmada 162 kronik HD hastası ile çalışmışlardır. Yaptıkları çalışma sonucunda yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğunu, yaşın yaşam kalitesi ile negatif ilişkili olup, yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğünü, evlilerin toplam yaşam kalitelerinin bekarlara göre daha iyi olduğunu, okuryazar olmayanların yaşam kalitesi puanlarının ise diğer eğitim gruplarının puanlarına göre daha düşük olduğunu saptamışlardır.

Soylu ve Ortabağ (2017) böbrek transplantasyonu sonrası takip edilen 80 hasta ile yaptıkları çalışmada sosyal güvence durumu ve yaşam kalitesi alt

boyutları arasında istatistiksel olarak bir fark saptamamış, bu hastaların bazı yaşam kalitesi alt boyutlarında kısıtlılık yaşandığı gözlemlenmiştir.

### **2.3 Depresyon**

Depresyon, günlük yapılan etkinlikleri ilgisizlikle yapma, istekle yapmama ve yaşamdan zevk/haz almama durumudur. Bireyde mutsuzluk, keder, üzüntü, suçluluk gibi duygularının yer alması olarak da tanımlanabilir (Lee vd., 2013).

Depresyon için gerekli olan belirtiler üzüntülü ve mutsuz bir duygudurum ile yaşamdan zevk alamama ve etkinliklere karşı ilgi kaybının görülmesidir (Türkçapar, 2004).

Depresyon, yıkımlar ile seyreden ruhsal bir hastalıktır. Geçmişte depresyonun ataklar halinde geldiği, atakların olmadığı ara dönemlerde iyileşmenin tam olarak gerçekleştiği bir hastalık olduğu düşünülmektedir. Fakat günümüzde tedavi edilmediğinde depresyonun kronikleştiği ve atak sayısının artışı ile yıkımında arttığı bilinmektedir. Tedavi edilmeyen depresyon, bireye direkt veya dolaylı olarak zarar vermektedir. Depresyon, bireyin alkol ve madde kullanma eğilimini arttırmakta; depresyona bağlı intihar, ölüm nedenleri içerisinde üst sıralara doğru tırmanmaktadır (Savrun, 1999). Depresyon pek çok hastalığın oluşumunda rol almakta veya mevcut bir hastalığı daha da kötüleştirmektedir (Elbi Mete, 2008). Yalnız depresyonun bir hastalık olarak görülmemesi, bir kişilik vasfı olarak görülmesi gibi bireylerin ve toplumun depresyona olan bakış açısı depresyon için büyük bir sorun teşkil etmektedir. Bu şekildeki toplumun ve bireylerin depresyona bakış açısı ve yanlış inançları, depresyonun tedavi edilmeyerek kronik bir hal almasına neden olmakta ve depresyon ciddi bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir (Savrun, 1999).

#### **2.3.1 Depresyonun Epidemiyolojisi**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2001 yılında yayınlanan raporda, klinik tanımlara uygun depresyonun 340 milyon kişi tarafından yaşandığı, 2020 yılına gelindiğinde ise depresyonun iş hayatını etkileyen rahatsızlıklar arasında ilk sırada yer alacağı tahmin edilmiştir (WHO, 2001; akt: Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Yapılan bir değerlendirmede de depresyonun, tahmin

edilenden çok daha önce Avrupa Birliği' nde en fazla yeti yitimine neden olan bozukluk konumuna yükseldiği belirlenmiştir (Spinney, 2009).

Majör depresif bozukluk depresif bozukluklar içerisinde en çok araştırılan depresif bozukluk olmuş, majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk kadınlarda %10-%25; erkeklerde ise %5-%12 olarak bulunmuştur. Yetişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemindeki nokta prevalansı erkekler için %2-%3; kadınlar için %5-%9 arasında bulunmuştur (Koroğlu, 2004; akt: Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Dünya Sağlık Örgütü, 2012 yılında hazırladıkları raporda ise Avrupa'da ruhsal bozukluklardan dolayı ortaya çıkan hastalıkların %20' sinin depresyondan kaynaklandığını, bazı diğer ülkelerde bu oranın %26' ya kadar çıktığını belirtmiştir (WHO, 2012; akt: Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015).

### **2.3.2 Depresyonun Etiyolojisi**

Biyolojik ve psikososyal etkenler bir birleri ile etkileşimde bulunarak depresyona neden olurlar (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

**Biyolojik Faktörler:** Yapılan beyin çalışmaları sonucunda, biyokimyasal ya da yapısal bozuklukların depresyona neden olduğu görülmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Depresyonun etiyolojisinde etkin rol oynayan bir diğer biyolojik faktör kalıttır. Yapılan ikiz ve evlat edinme çalışmaları, genetik faktörlerin depresyonun aktarılmasında %50 etkili olduğunu göstermiştir. Aile çalışmalarında, depresyonu olan anne veya babaların çocuklarında psikopatoloji düzeylerinin yüksek olduğu bilinmektedir. Hem anne hem de babada majör depresyonun görüldüğü durumlarda bu oran daha da artış göstermektedir. Ayrıca depresyonu olan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda, bu çocuk ve ergenlerin birinci derece yakınlarında depresyon oranlarının %20-%46 arasında olduğu ve depresyonun erken dönemlerde başladığı olguların yakınlarında oranların en yüksek olduğu bildirilmektedir (Parker ve Roy, 2001; akt: Tamar ve Özbaran, 2004).

Düşük benlik saygısı, takıntılı bir kişilik, kötü deneyimler, çocuklukta yaşanan sıkıntı veren uyumsuz ve negatif durumlar, genellikle kayıp içeren,

istenmeyen yaşam olayları (yas, boşanma vb.), yalnız bir ebeveyn olmak, uzun süre işsiz kalmak, yoksulluk ve sosyal destek eksikliği ise depresyona yol açan psikososyal faktörlerdendir (Baldwin ve Birtwistle, 2002).

### 2.3.3 Depresyon Tanı Kriterleri

Majör depresyonun tanı kriterleri:

A. Aşağıdaki dokuz belirtiden beşinin veya daha çoğunun bulunup, bu beş belirtiden en az biri çökkün duygudurum veya ilgi kaybı/zevk alamama durumudur. Bu belirtiler en az iki haftalık süre boyunca görülür ve kişinin önceki işlevsellik düzeyinde değişiklikler oluşur.

1. Neredeyse her gün görülen çökkün duygudurum
  2. Neredeyse kişinin eskiden gerçekleştirdiği bütün etkinliklere karşı ilgi kaybı/zevk alamama
  3. İstenmeyen kilo alma/verme
  4. Neredeyse her gün uyku düzeninde bozulma
  5. Neredeyse her gün ajitasyon veya yavaşlama
  6. Neredeyse her gün yaşanan enerji düşüklüğü/içsel güçte kayıp
  7. Neredeyse her gün aşırı suçluluk duyma veya değersizlik hissetme
  8. Neredeyse her gün kararsızlık yaşama/odaklanmada güçlük çekme
  9. Yineleyici şekilde kendini öldürmeye yönelik düşünce
- B. Görülen bu belirtiler günlük yaşamda işlevselliğin düşmesine sebep olur.
- C. Madde kullanımı ya da başka bir sağlık durumu ile açıklanamaz.
- D. Depresyon dönemi başka rahatsızlıklar ile daha iyi açıklanamaz.
- E. Kişide hiçbir zaman mani veya hipomani dönemleri görülmemiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

## 2.3.4 Depresyonun Kuramsal Çerçevesi

### 2.3.4.1. Psikanalitik Kuram

Sigmund Freud yas ve melankoli durumlarını karşılaştırmalı olarak incelemiş, ruhsal çökkünlüklerdeki belirtiler ile yas tutma sırasındaki belirtilerin birbirleri ile olan benzerliğine dikkati çekmiştir (Sayıl, 2000). Yas tutan bireyin gerçek bir sevgi nesnesi bulunur. Birey veya kaybedilen nesneye olan bağlılık, bağlılığın derecesine göre bu kaybın ardından farklı süre ve şiddette yas tutma görülür. Yas tutma sırasında bireyde derin bir üzüntü, hiçbir şeyden zevk alamama, ağlama nöbetleri, uyku bozuklukları gibi belirtiler ortaya çıkar. Belirli bir süre geçtikten sonra yas belirtileri giderek azalır. Belirli dönemlerde hatıraların yenilenmesi ile duygulanımda değişimler olsa da birey genellikle normal yaşamına döner (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Çökkünlük durumunda ise kaybedilen gerçek sevgi nesnesi olabileceği gibi, gerçek sevgi nesnesi olmayabilir de (Atkinson ve Hilgards, 1995; akt: Altun, 2015). Sigmund Freud bundan dolayı gerçekten kaybedilen bir sevgi nesnesinin olmaması durumunda bilinç dışı imgesel bir kaybın var olmasının gerekliliğini vurgulamıştır. Başka bir deyişle, bireylerin sevdikleri tarafından terk edilmişlik gibi bir kayıp duygusunu yaşamaları gerekmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Bu kayıp duygusunun gerçek nedenleri/dayanakları olabilir veya gerçek dışı kötüyüm hissi ve buna bağlı olarak self esteem yani özsaygı yitimi olur. Sevdiği birini kaybeden yaşlı bir birey “sevilmiyorum ve ya kötüyüm” duygusuna kapılmaz yani birey de özsaygının yitimi söz konusu değildir. Yas ile çökkünlük durumu arasında ki en önemli belirleyici budur (Sayıl, 2000).

Psikanalitik kuramın bilinçdışı etkenlerini ve düzeneklerini bilmeden çökkün duygudurumu anlamak olanaksızdır. Bu etken ve düzenekler şu şekilde sıralanabilir:

- Kişinin üstbenliği (süperego) katı ve acımasız bir şekilde cezalandırıcıdır.
- İlişkilerde sevgi ve nefret yan yana bulunur. Yani ambivalans (ikili duygular) egemendir.

- Kişinin benliğinde yaşatılan sevgi nesnesine karşı güçlü ambivalans içe-atılmış olarak vardır.
- Bireyde gerçek bir duruma veya düşüncede olan bir değişime bağlı olarak bir kayıp duygusu olur.
- Bu kayıp duygusu hem sevgi ve özlemi hem de kin ve nefreti uyandır (Öztürk ve Uluşahin, 2011).
- Katı olan üstbenlikten dolayı kin ve nefret kişinin kendine yöneltilir.
- Kişi, kin ve nefret kendine yönelttiği için özsaygı düşer. Sonuç olarak kişi kendini değersiz görür, yaşam anlamını yitirir. Kişi ölümü dahi hak etmiş olur ve böylece çökkünlük oluşur (Aslıhan, 1998; akt: Dalmaz, 2014).

Psikanalitik ego (benlik) psikolojisinde önemli yere sahip olan Edward Bibring'e göre de bireylerin, benliğin uyumlu ve değerli olabilmesi adına gerçekleştirmek istediği hedefleri, erekleri vardır. Bu erekler egonun özsevisel erekleridir. Edward Bibring benliğin özsevisel ereklerini: aşağı ve değersiz olmamak, güçsüz ve güvensiz olmamak, saldırgan, kırıncı ve yıkıcı olmamak şeklinde sıralar. Benlik, özsaygısını korumak adına bu erekleri gerçekleştirme görevini yüklenmiştir. Yaşamın belirli dönemlerinde herhangi bir yaşam olayı ile bu görevi yerine getiremeyen benlikte bir çatışma yaşanır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Yani benlik de bu ereklerin gerçekleştiremeyeceği duygusu yaşanır ve benlik de bir çatışma ortaya çıkar (Helvacı Çelik ve Hocoğlu, 2016). Bir taraftan çok güçlü erekler diğer yandan bu güçlü erekleri gerçekleştirememeye duygusuyla ego gücünü yitirip çaresiz kalır, artık bu durumda bir depresyondur (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

#### **2.3.4.2 Bilişsel (Cognitive) Kuram**

Beck ve arkadaşlarının geliştirdikleri bilişsel görüşe göre çökkünlüğün altında yatan temel neden duygulanım bozukluğunun aksine bilişsel bozukluktur (Helvacı Çelik ve Hocoğlu, 2016). Duygulanım bozukluğu ikincil olarak gözlemlenir. Çökkünlüğe yatkın olan bireylerde dış dünyaya, geleceğe ve kendisine yönelik olumsuz kavramlar vardır ve bu kavramlar yaşamlarının ilk dönemlerinden başlayarak bireylere yerleşmiştir. Bu olumsuz kavramlar artarak olumsuz bir takım yargılara, tutumlara ve düşüncelere yol açar. Birey

yaşadığı tüm yaşam olaylarından ilk olarak olumsuz durumları, olumsuz yönleri algılar, düşünür. Aslında bu biçimde düşünmeye alışan bireyler yaşam olayları karşısında olumsuz ve karamsar senaryolar yazarlar. Bilişsel görüşe göre bu şekildeki olumsuz düşünce ve kavramlar depresyonu ortaya çıkarırlar (Sayıl, 2000).

#### **2.3.4.3 Davranışçı Kuram**

Davranışçı görüşe göre depresyon, çocukluktan itibaren acı ve üzüntü veren uyaranlara maruz kalındığında bunlardan kaçmayı ve kurtulmayı bilmeme ve bu durumlar karşısında çaresiz kalma durumu olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle, bireyler olumsuz bir takım olaylar ile karşılaştığında bu olaylardan nasıl kaçıp kurtulacağını bilemez ve bu olaylar karşısında kendisini çaresiz hissederek depresyona girer (Sayıl, 2000).

#### **2.3.5 Hemodiyaliz, Depresyon ve Yaşam Kalitesi**

Kronik hastalıklar, psikolojik semptomların ortaya çıkmasında önemli faktörlerden biridir. Kronik hastalıklar bireyin hastalığı nasıl algıladığına bağlı olarak bireyin denge uyumunu bozarak, başa çıkma becerilerini başarısızlığa uğratar (Küçük, 2005). KBY olan hastaların da sosyal yaşamlarında, fiziksel aktivitelerinde, yaşam kalitelerinde uyum bozular, çeşitli ciddi yıkımlar görülür. KBY olan hastalarda bu yıkımlara yol açan nedenlerden biri zorunlu olarak gerekli olan HD tedavisidir (Seyahi vd., 2016). HD hastalarında bilişsel, sosyal ve cinsel kayıplar ve böbrek fonksiyonlarının kaybı ile fiziksel kayıp söz konusudur (Kimmel, 2001). Mittal ve diğerleri, HD hastalarının kendilerini başka kronik hastalığı olanlara göre hem fiziksel hem de psikolojik açıdan daha yetersiz hissettiklerini bildirmişlerdir (Mittal vd., 2001).

HD tedavisi gören hastalarda en sık görülen psikolojik sorunlardan biri depresyondur (Finkelstein ve Finkelstein, 2000). Depresyon, HD gören hastalarda en çok karşılaşılan komplikasyon olup, çoğunlukla gerçekte var olup veya var olma olasılığı olan ya da düş edilen bir takım yitimlere verilen cevaptır (Pop-Jordanova ve Polenakovic, 2013).

Ruhsal bozukluklardan depresyon, HD hastalarında çeşitli şikayetler ile kendini göstermektedir. Bu hastalarda yorgunluğun, konsantrasyon

güçlüğünün artması, yetersiz beslenme, iştahının azalması durumu ve uyku bozukluğunun belirginleşmesiyle depresyon tablosu ortaya çıkmaktadır (Walters vd., 2002). Hastada eskiye oranla yorgunlukta artma, güçsüzlük ve bunun getirdiği enerji eksikliği, fonksiyonel sakatlık gibi kayıplar ön plana çıkmaktadır (Klang ve Clyne, 1997). Aslında depresyonun kayıpla olan bağlantısı dikkate alındığında; hastaların böbrek işlevlerini, aile işlevlerini, iştahlarını, uyku düzenlerini, konsantrasyonlarını, finansal kaynak ve cinsel fonksiyonlarını kaybettiklerinden sonuç olarak depresyonun gözlemlenmesi ve depresyonun yaşam kalitesini etkilemesi bu hastalarda hiç de şaşırtıcı bir durum değildir (Tsay ve Healstead, 2002). Başka bir deyişle HD hastalarında depresyon, bireyin başta böbrek fonksiyonları olmak üzere seksüel fonksiyonlarını, fiziksel yeteneklerini, çalışma, aile, sosyal yaşamındaki rolünü yitirmesine bağlı olarak gelişir, hastada var olan hastalığın semptomları ile tetiklenir (Kimmel, 2001) ve bu durum hastaların yaşam kalitelerini etkiler (Acaray ve Pınar, 2004).

## **2.4 Anksiyete**

Tehdit edici bir olay ya da tehlike karşısında otomatik olarak meydana gelen bilişsel, duygusal ve fizyolojik tepkileri ve ortaya çıkan değişikliklerin kişinin hayatına olan etkilerini ifade edebilmek için anksiyete sözcüğü kullanılır (Çetinay Aydın, Akyalçın ve Mete, 2009) ve anksiyete, genellikle bilinç dışı çatışmalara bağlı, nesnesi belirli olmayan, kişi tarafından tanınmayan içsel tehdit veya tehlike karşısında yaşanan bunaltı olarak tanımlanır (Lee vd., 2013).

Bireylerin yaşadıkları korku ve endişe duygusunu tanımlamakta zorlandıkları, bilinç dışında işleyen, bireyin nesnesi bilinmeyen içsel reaksiyonlara karşı verdiği cevap olarak da tanımlanabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Anksiyete geçmişten günümüze kadar çoğunluk ile korku ile karıştırılan kavramlardır ancak anksiyete ve korku arasındaki farkın bilinmesi gereklidir. Anksiyetenin kaynağı belirsizken, korunun özgül tehdit odağı bulunur. Anksiyete ve tehdit arasında belirsiz bir ilişki varken, korku ve tehdit arasında anlaşılabilir bir ilişki vardır. Anksiyete uzun bir dönemde görülürken korku genelde dönemsel olur. Anksiyetenin başlangıcını belirlemek zorken, korku

tehdit belirtileri ile artış gösterir ve anksiyete süreklilik gösterirken, korku tehdidin uzaklaşması ile azalır (Develi, 2006).

Anksiyetenin ortada her hangi bir tehlike olmamasına rağmen, sık ve şiddetli bir şekilde belirmesi ve bireyin hayatını etkilemeye başlaması kişide bir anksiyete bozukluğu olduğunu gösterir (Türkçapar, 2004).

Anksiyete, bireydeki endişe duygusunu ifade eder. Endişeye göğsün sıkışması, kalp çarpıntısı, aşırı terleme, mide bozukluğu, baş ağrısı gibi duyular eşlik edebilir. Huzursuzluk da sık görülen belirtilerden bir diğeridir. Ancak anksiyetenin klinik görünümü (belirtileri) bireyden bireye değişkenlik gösterir (Türkçapar, 2004).

Anksiyete yaşayan bireylerde:

- 1.Odaklanmada güçlük, huzursuzluk, muhakeme yeteneğinde zayıflama, zihinde bulanıklık, dikkat dağınıklığı, kontrolü kaybetme korkusu, kendine yabancılaşma, gerçek dışılık, çıldırma ve ölüm korkusu gibi bilişsel belirtiler,
- 2.Korku, endişe, tedirginlik, dehşet duygusuna kapılma gibi duygusal belirtiler,
- 3.Olduğu yerde hareketsiz kalma, konuşma bozukluğu gibi davranışsal belirtiler,
- 4.Çarpıntı, nefes darlığı, göğüs sıkışması, halsizlik, terleme, ateş basması, karın ağrısı gibi fizyolojik belirtiler görülür (Beck ve Emery, 1985; akt: Ülev, 2014).

#### **2.4.1 Anksiyetenin Epidemiyolojisi**

Anksiyete bozuklukları, genel toplum içerisinde en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan biridir. Anksiyetenin bir yıl içerisindeki prevalansı %17,7 olarak bulunmuştur. Bu oranın erkeklerde %19,2, kadınlarda %30,5 düzeyinde olduğu ve sosyoekonomik düzeyin artışıyla azaldığı bildirilmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar panik bozukluk için yaşam boyu prevalansı %1,5-%5 düzeyinde olduğunu ve kadınlarda erkeklere oranla 2-3 kat daha sık görüldüğünü bildirirken, Agorafobinin yaşam boyu

prevalansını %0,6-%6, özgül fobinin yaşam boyu prevalansını %11, sosyal fobinin yaşam boyu prevalansını %3-%13 olarak bildirmektedir (Ertan, 2008).

#### 2.4.2 Anksiyetenin Etiyolojisi

Anksiyete pek çok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir (Bal, Çakmak ve Uğuz, 2013). Anksiyetenin nedenlerinden biri korkuya yol açan bir uyarana ile ilgili anıların bilinç dışına atılmasıdır. Birey korkunun öğrenildiği olayı unutma eğilimindedir. Korkuya neden olan durum, geri çağırmanın zor olduğu erken dönem (çocukluk çağı) yaşantılarının depolandığı bellek ile ilişkili olarak bilinç dışında saklanır. Düşünüldüğünde endişe uyandıran yaşantılar reddedilebilmekte ve bilinçsiz yaşanan bir takım olay ve durumlar bastırılabilir. Ancak bahsedildiği gibi öğrenilen ancak nasıl geliştiği bilinmeyen, hatırlanmayan bazı korkular vardır. Bireyin korkusunun koşullandığı durumla karşılaşması, nedeni bilinmeyen bir huzursuzluk, anksiyete ortaya çıkarmaktadır (Aktaş, 2009).

Genetik eğilimler, yetiştirilme tarzı, ailenin çocuk yetiştirme tutumu, anne-babanın ilgisiz, aşırı müdahaleci/koruyucu veya baskıcı disiplin tutumu bilinçdışı yatan iç çatışmalar, şartlanma ile öğrenilmiş korkular, fiziksel hastalıklar da anksiyeteye neden olabilir (Kaya ve Varol, 2004).

Ancak anksiyetenin nedenlerini kişinin çevresini algılayış tarzından ayırmak mümkün değildir. Birey yaşadığı çevrede kendini güven altında ve huzurlu hissederse bu birey de anksiyete görülmez. Diğer yandan başka biri aynı çevreyi tehlikeli algılayıp endişe duyabilir. Hangi ortamın nasıl algılandığı yetiştirilen kültür ile ilişkilidir. Diğer bir deyişle, hangi ortamın anksiyeteye neden olacağı kültürden kültüre farklılık gösterebilir. Fakat bütün toplumlar için bazı genellemeler yapmak mümkündür (Kaya ve Varol, 2004). Anksiyete duygusunun ortaya çıkmasındaki bazı ortak yönleri şöyle sayabiliriz:

1. Desteğin çekilmesi: Bireyde aşına olduğu çevrenin dışına çıktığında alışlagelmiş olan desteklerin olmaması,
2. Olumsuz bir sonucu beklemek: Olumsuz bir sonucu beklemek ya da olumsuz bir sonuçla karşılaşma olasılığı,

3. İç çelişki: Bireyin inandığı, önem verdiği bir fikir ile yaptığı davranış arasında tutarsızlık, çelişki olmasıyla yaşanan gerginlik,

4. Belirsizlik: Gelecek hakkında yeteli bilgiye sahip olmamak, belirsizlikler bireyin anksiyete yaşamasına neden olur (Cüceloğlu, 2005; akt: Aktaş, 2009).

### **2.4.3 Anksiyete Tanı Kriterleri**

Yaygın kaygı bozukluğunun tanı kriterleri:

A. En az altı ay boyunca olay ve etkinliklere ilişkili aşırı bir kaygı ve kuruntu vardır.

B. Kişi kuruntularını denetlemekte güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, dinginleşememe, uyku bozukluğu, kolay kızma, kolay yorulma, kas gerginliği, odaklanmada güçlük çekme belirtilerinden en az üç tanesi eşlik eder.

D. Kaygı, kuruntu ve bedensel belirtiler sosyal işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk madde kullanımı ya da farklı bir sağlık durumu ile açıklanamaz.

F. Bu bozukluk, farklı bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

### **2.4.4 Anksiyetenin Kuramsal Çerçevesi**

#### **2.4.4.1 Psikanalitik Kuram**

Anksiyete, psikanalitik kurama göre temelde bir iç çatışmanın ürünüdür ve psikanalitik yapısal varsayıma göre bu iç çatışma, ego (benlik) ve id (alt benlik) arasında veya ego (benlik) ve süperego (üst benlik) arasında yaşanmaktadır. Ego, ide özgü bilinç dışı dürtülere karşı denge kurmaya çalışırken, herhangi bir nedenden dolayı zayıflar veya dürtülerin şiddeti artarsa, id ile ego arasında bir çatışma doğar (Dalmaz, 2014). Çatışma, egonun dürtülere karşı çözüm yolu bulamadığını, dürtüler ile başa

çıkamayacağını gösterir ve bu tehlikeli bir durum olarak algılanır. Anksiyete, egoda tehlikeli bir durumun habercisidir. Bu açıdan anksiyete, egonun denge işlevi olan ve tehlikeyi algılayan bir tepkisidir. Organizmanın, tehlike içinde olduğunu algılaması ile adrenerjik dizgenin kamçılanır, bu durumda da anksiyetenin otomatik olarak belirtilerinin ortaya çıkması anksiyetenin klinik düzeyde yaşanmasına neden olur (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

#### **2.4.4.2 Bilişsel Kuram**

Bilişsel görüş, olayların kendisini değil, bireylerin olaylarla ilgili beklenti ve yorumlarını anksiyetenin nedeni olarak görmüştür (Ülev, 2014). Bilişsel görüşe göre, anksiyete ve korku tehlikeli bir duruma işaret olarak ortaya çıkmakta ve bireyin bir durumu veya olayı nasıl değerlendirdiğinin sonucudur. Eğer birey bir durumu ya da olayı tehlike olarak algılar ise tehdit sürekli olarak değerlendirilir. Başka bir deyişle bu görüşe göre, kaygı tehdidin nasıl algılandığı, bireylerin başa çıkma yeteneği ve kaynakları ile ilişkili bir durumdur (Nichols, 2003; akt: Ekşi, 2006).

#### **2.4.4.3 Davranışçı Kuram**

Anksiyete, davranışçı görüşe göre, klasik ve edimsel koşullanmalar ile öğrenilmiş durumlardır. Davranışçı görüşe göre anksiyete, korku uyandıran koşullu bir uyarıcı ile koşulsuz bir uyarının birkaç defa eşleştirilmesi ile ortaya çıkan koşullu bir tepkidir (Güleç ve Köroğlu, 1997; akt: Ülev, 2014).

#### **2.4.5 Hemodiyaliz, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi**

HD tedavisi gören hastalarda pek çok ruhsal bozukluk görülmektedir. Bu hastalarda en sık görülen psikolojik sorunlardan biri anksiyetedir (Gorji vd., 2014).

HD hastalarında, anksiyete nefes almada güçlük, çarpıntı, terleme, başarısızlık ve ölüm korkusu gibi belirtiler ile kendini gösterir ve bu hastalarda uykuya eğilim artar. Birçok kez, bu belirtiler herhangi bir tetikleyici ile ilişkili değildir, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkmaktadır (De Sousa, 2008).

Kronik böbrek yetmezliği olup HD gören hastalarda anksiyete görülmesinin nedenlerinin ömür boyu makineye bağımlı olunması, otonominin sınırlanması

ve hastaların sağlıklarını, cinsel potansiyellerini, aile dzenlerini, fiziksel güçlerini, çalışabilme kabiliyetlerini, yeteneklerini yitirme düşüncesi olduğu belirtilmektedir (elik ve Acar, 2007).

Makineye bağımlılık, ailevi, mesleki ve toplumsal işlevsellikte azalma, yetersiz beslenme, iştahının azalması, yorgunluk, uykusuzluk vb. HD hastalarında anksiyetenin kökeni olarak kabul edilir ve bu gibi durumlar hastaların yaşam kalitelerini etkileyerek doyumsuzluğa yol açmaktadır (Keçecioğlu vd., 1995).

#### **2.4.6 İlgili Araştırmalar**

Köroğlu, Çorapçioğlu ve Kalender (2003), KBY' li hastalarda depresyon tedavisiyle SF-36 alt boyutlarından özellikle enerji/vitalite, ağrı, sosyal işlev, genel sağlık ve mental sağlık alanlarında belirgin bir düzelmeye olduğunu görmüşlerdir.

nal ve Bilge (2005) yaptıkları çalışmada diyaliz sürecinin başlı başına bir psikososyal stres faktörü olduğunu, uzun süren diyaliz tedavisinin hastanın bağımlılığını arttırdığını ve bu durumlarında hastaların yaşam kalitesinde düşmeye yol açtığını, yaşam kalitesi puanlarının düşmesi ile depresyon puanlarının arttığını saptamışlardır.

Drayer ve diğerleri (2006), yaptıkları çalışmada 62 hastayı 29 ay boyunca takip etmişler ve HD hastalarında depresyonun yaygın olduğunu, depresyon arttığı yaşam kalitesinin alt skorlarının azaldığını bulmuşlardır.

Kalender, zdemir, Dervişoğlu ve zdemir (2007), KBY' de depresyon puanı arttığı, SF-36'nın tüm alt boyutlarında anlamlı olarak düşme saptamışlar, SF-36 puanlarıyla depresyon puanları arasında negatif korelasyon bulmuşlardır.

elik ve Acar' ın (2007) yaptıkları çalışmada BDE ve BA puan ortalamalarının bazı demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile bağımsız t-testi uygulanmış, BDE puan ortalaması evlilerde, kadınlarda ve gelir durumu düşük olanlarda; BA puan ortalaması ise bekarlarda, kadınlarda ve gelir durumu düşük olanlarda diğer

gruplara göre yüksek bulunmuş fakat gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Aynı çalışmada diyaliz tedavi süresiyle BDE ve BAÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf, istatistiksel açıdan anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır.

Bulantekin'in (2008) çalışmasında, sosyal güvence faktörü ile anksiyete ve depresyon arasında ilişkili olmadığı belirlenmiştir.

Kızılcık'ın (2009) yaptığı çalışmada depresyon durumu ile yaşam kalitesinin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, kadın hastalar ile erkek hastalar depresyon ölçeği puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

54 HD ve 13 SAPD uygulanan toplam 67 hasta ile yapılan bir çalışmada da eşik üstü anksiyete ve depresyon puanının yaşam kalitesi alt boyutlarını ciddi olarak kötüleştirdiği belirtilmiştir (Özçetin vd., 2009).

Yapılan bir diğer çalışmada, KBY olan hastaların yaşam kalitesinin fiziksel ve ruhsal alanları düşük bulunmuş, genel olarak yaşam kalitesi ile depresyon düzeyi arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır (Lew-Starowicz ve Gellert 2009).

Lopes ve diğerleri (2010) 868 HD hastası ile yaptıkları çalışmada, depresyon tanısı konan HD hastaların, yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutlarında, depresyon tanısı olmayan HD hastalarına göre daha düşük puanlar aldıklarını saptamışlardır.

Yaralı Arslan ve diğerlerinin (2011) çalışmasında yaşam kalitesiyle depresyon ve anksiyete arasında negatif doğrultuda anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Yapılan bir diğer çalışmada, HD hastalarının dörtte üçün de depresyon veya anksiyete riskinin olduğu bulunmuş, HD hastalarında depresyon ve anksiyete riskine etki edebilecek bağımsız değişkenlere bakıldığında, cinsiyete, bakımına yardım eden kişinin varlığına, ekonomik duruma, birincil fiziksel hastalığa ve diyaliz merkezine göre depresyon ve anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış, HD süresinin hastaların

depresyon riskini etkilediği ancak anksiyete riskini etkilemediği saptanmıştır (Kocaman Yıldırım, Okanlı, Yılmaz Karabulutlu, Karahisar ve Özkan, 2013).

Esen ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmada, HD hastalarında depresyona etki eden faktörlerden yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşam şekli, ekonomik durum, eğitim durumu, RRT süresi ve sosyal güvence dağılımlarının depresyona göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğini saptamışlardır. HD hastalarında anksiyete görülen olgularda depresyon görülme riski, anksiyete görülmeyen olgulara göre daha yüksek bulunmuştur.

Keskin' in (2015) çalışmasında ise hastaların sosyal güvencesine göre depresyon puanları farklılık göstermiş olup sosyal güvencesi olmayan hastaların depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada aile tipine göre de BDE' den alınan puanlar farklılık göstermiş, çekirdek ailede yaşayan hastaların depresyon puanları düşük, parçalanmış aileye sahip hastalarda ise depresyon puanları daha yüksek olarak saptanmıştır.

Belayev ve diğerleri (2015), HD hastalarının depresyon bulgularını, ortalama 21 aylık bir dönem boyunca aylık olarak incelemişler ve araştırma sonucunda, depresif belirtilerin daha düşük fiziksel ve ruhsal sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi skorları ile bağıntılı olduğunu saptamışlardır.

Kaçmaz' ın (2016) çalışmasında, anksiyete ve depresyon riski olan hastaların yaşam kalitesi puanları anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır. Çalışmada, hastaların yaşı ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ve negatif yönde ilişki, depresyon riski arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu saptanmış, anksiyete ile arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Anksiyete ve depresyon riskinde cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmasada, kadınların anksiyete ve depresyon riski erkeklere göre daha yüksek bulunmuş, eğitim seviyesi arttıkça depresyon ve anksiyete bozukluğu riskinin belirgin olarak azaldığı saptanmıştır.

Balaban ve diğerlerinin (2017) yaptıkları çalışmada, depresyon ve anksiyete alt ölçeği puanları ile yaşam kalitesi ölçeğinin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü korelasyon ilişkisi saptanmıştır.

## 3. BÖLÜM

### ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

#### 3.1 Araştırmanın Modeli

Nicel bir araştırma olan bu çalışmada, HD gören KBY hastalarında yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile genel tarama modellerinden “ilişkisel tarama modeli” kullanılmıştır. İki veya daha fazla değişken arasındaki birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirleyen araştırma modeli ilişkisel tarama modeli olarak tanımlanır (Karasar, 2006).

#### 3.2 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde ikamet eden, 18 yaş ve üzeri yaş aralığında HD tedavisi gören KBY hastaları oluşturmaktadır. Bu çalışmada amaca yönelik örneklem yöntemi kullanılmıştır. Amaca yönelik örneklem, örneklemin seçiminin araştırmacının evrenle ilgili kendi bilgilerine ya da çalışmanın amacına bağlı olduğu örneklem türüdür (Baltacı, 2018). Araştırmanın örneklemini KKTC Diyaliz ve Böbrek Hastaları Dayanışma Derneği aracılığıyla ulaşılan, 18 yaş ve üzeri KBY olup HD tedavisi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hasta oluşturmaktadır.

#### 3.3 Veri Toplama Araçları

Bu bölümde, çalışmada kullanılan form ve ölçeklere ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Araştırma için veri toplamaya başlamadan önce katılımcılara katılımcı bilgilendirme formu verilerek katılımcılara araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı belirtilmiş sonrasında ise aydınlatılmış onam formu verilip, araştırmaya katılmayı kabul edenlerden bu formu imzalamaları istenmiştir.

Bu araştırmada kullanılan form ve ölçekler sırasıyla:

- 1) Katılımcı bilgilendirme Formu
- 2) Aydınlatılmış Onam Formu
- 3) Sosyodemografik Veri Formu
- 4) Kısa Form-36
- 5) Beck Depresyon Envanteri
- 6) Beck Anksiyete Ölçeği

### **3.3.1 Sosyodemografik Veri Formu:**

Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, gelir durumu, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve hastalığa ilişkin bilgi elde etmek için araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır.

### **3.3.2 Kısa Form-36 (SF-36):**

Ware ve arkadaşlarının 1992 yılında geliştirdikleri; Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez ve Memiş tarafından 1999 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan SF-36, yaşam kalitesini ölçme amacıyla kullanılan en yaygın ölçeklerdendir. SF-36 geliştirilirken ölçeğin kısa ve kolay uygulanabilir olması ve geniş bir kullanım alanına sahip olması hedeflenmiştir. 36 maddeden oluşan ölçek, sosyal işlevsellik, fiziksel fonksiyon, mental sağlık, emosyonel rol güçlüğü, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, enerji/canlılık/vitalite ve genel sağlık algısı olmak üzere 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Ölçekten toplam puan hesaplanmaz. Her bir alt boyut için ayrı ayrı puan elde edilir. Her bir alt boyutun puanı 0 ile 100 puan arasında değişirken, yüksek puan iyi sağlık durumunu gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise alt boyutların Cronbach alfa değerleri "0.73-0.76" arasında belirlenmiştir.

### 3.3.3 Beck Depresyon Envanteri (BDE) :

BDE, 1961 yılında Beck tarafından depresyon belirtilerinin düzeyini ölçmek amacı ile geliştirilmiş; 1989 yılında ise Nesrin Hisli tarafından Türkçe' ye çevrilmiştir. BDE, 21 maddeden oluşmaktadır ve her bir madde depresyon belirtilerine özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemektedir. Her bir madde 4 tane seçeneği olan kendini değerlendirme cümlesinden oluşmaktadır. Her bir madde dördümlük likert tipi ölçüm sağlamakta ve depresyon şiddetine göre azdan çoğa doğru 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanmaktadır. BDE' nin yarıya bölme güvenilirliği Tegin' in çalışmasında  $r = .78$ ; Hislinin çalışmasında  $r = .74$  olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Envanteri' nin madde analizinde elde edilen Cronbach alfa değeri ise 0.80 olarak bulunmuştur (Hisli, 1989).

### 3.3.4 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):

1988 yılında Beck, Brown, Epstein ve Ster tarafından geliştirilen, Türkçe' ye uyarlaması 1998 yılında Ulusoy, Erkmen ve Şahin tarafından yapılan BAÖ, bireylerin anksiyete semptomlarının düzeyini ölçen, likert tipi ve kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, anksiyete durumunda yaşanan, duygusal, fiziksel ve bilişsel 21 belirtiden oluşmakta ve bireylerin son yedi gün içerisinde bu belirtileri ne sıklıkta yaşadığı sorgulanmakta, maddeler 0, 1, 2, 3 şeklinde puanlanmaktadır. BAÖ' den alınacak en düşük puan 0 iken en yüksek puan 63' tür. BAÖ' nün cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak saptanmış, BAÖ' nün madde toplam puan korelasyon katsayısı ise "0.45-0.72" arasında değişirken, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı  $r = 0.57$  olarak belirlenmiştir (Ulusoy, Şahin ve Erkmen, 1998).

## 3.4 Verilerin Analizi

HD hastalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerine, SF-36, BDE ve BAÖ' ne ilişkin verilerin istatistiksel analizinde SPSS 24.0 programı kullanılmıştır.

Hastaların SF-36' ya ait Cronbach's Alfa katsayısı 0,941, BDE' ye ait katsayı 0,855 ve BAÖ' ye ait katsayı 0,794 bulunmuştur.

HD hastalarının sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre dağılımı sıklık analizi yöntemiyle belirlenmiştir. Hastaların SF-36, BDE ve BAÖ puanları için ortalama, standart sapma, ortanca, alt ve üst değerler gösterilmiştir.

Hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre SF-36, BDE ve BAÖ' nin karşılaştırılmasında kullanılması gereken testler için normal dağılıma uyum Shapiro-Wilk testi ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş ve Tablo 3. 'de görüleceği üzere normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir.

Tablo 3.

*SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının normallik testi*

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Fiziksel Fonksiyon	0,119	60	0,033	0,944	60	0,008
Fiziksel Rol Güçlüğü	0,530	60	0,000	0,253	60	0
Emosyonel Rol Güçlüğü	0,538	60	0,000	0,271	60	0
Enerji/Canlılık/Vitalite	0,152	60	0,001	0,905	60	0
Mental Sağlık	0,078	60	0,200	0,975	60	0,024
Sosyal İşlevsellik	0,197	60	0,000	0,899	60	0
Ağrı	0,141	60	0,005	0,953	60	0,021
Genel Sağlık Algısı	0,163	60	0,000	0,937	60	0,004
Beck Depresyon Envanteri	0,121	60	0,029	0,973	60	0,021
Beck Anksiyete Ölçeği	0,109	60	0,076	0,976	60	0,03

Hastaların SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının normal dağılıma uymamasından dolayı nonparametrik hipotez testleri kullanılmıştır. Buna göre bağımsız değişken iki gruptaysa Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grubu içeriyorsa Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. SF-36, BDE ve BAÖ puanları arasındaki ilişkiler Spearman testiyle incelenmiş, yordama durumu için çoklu doğrusal regresyon kullanılmıştır.

## **4.BÖLÜM**

### **BULGULAR**

Çalışmanın bu bölümünde HD gören KBY hastalarının yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyetelerine ilişkin elde edilen bulgular analiz edilmiştir.

Tablo 4.  
*HD hastalarının sosyodemografik özellikleri (n=60)*

	f	%
<b>Yaş</b>		
65 yaş ve altı	26	43,33
66 yaş ve üstü	34	56,67
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	24	40,00
Erkek	36	60,00
<b>Medeni durum</b>		
Evli olan	48	80,00
Evli olmayan	12	20,00
<b>Çocuk sahibi olma</b>		
Var	55	91,67
Yok	5	8,33
<b>Eğitim düzeyi</b>		
İlkokul ve altı	17	28,33
Ortaokul	21	35,00
Lise	13	21,67
Üniversite	9	15,00
<b>Gelirin gideri karşılması</b>		
Karşılıyor	19	31,67
Karşılmıyor	41	68,33
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	47	78,33
Yok	13	21,67
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	48	80,00
Geniş aile	12	20,00

Tablo 4.'de hastaların demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiş olup, %43,33'ünün 65 yaş ve altı ve %56,67'sinin 66 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu, %40,0'inin kadın ve %60,0'inin erkek olduğu, %80,0'inin evli olduğu, %91,67'sinin çocuk sahibi olduğu, %28,33'ünün ilkokul ve altı, %35,0'inin ortaokul, %21,67'sinin lise ve %15,0'inin üniversite düzeyinde eğitim aldığı, %31,67'sinin gelirinin giderini karşılamadığı, %21,67'sinin sosyal güvencesinin olmadığı ve %80,0'inin çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 5.  
*HD hastalarının hastalığa ilişkin bazı özellikleri (n=60)*

	f	%
<b>Hemodiyaliz tedavi süresi</b>		
1-2 yıl	19	31,67
3-5 yıl	13	21,67
6-10 yıl	13	21,67
11 yıl ve üzeri	15	25,00
<b>Düzenli hemodiyaliz tedavisi alma</b>		
Alan	57	95,00
Almayan	3	5,00
<b>İlaçları düzenli kullanma</b>		
Kullanan	37	61,67
Kullanmayan	8	13,33
Bazen kullanmayan	15	25,00
<b>Tedavi ekibinin önerilerine uyma</b>		
Uyan	31	51,67
Uymayan	8	13,33
Bazen uymayan	21	35,00
<b>Hemodiyaliz seansını önerilen süreden önce terk etme</b>		
Terk eden	7	11,67
Terk etmeyen	53	88,33
<b>Diyet konusunda sorun yaşama</b>		
Yaşayan	48	80,00
Yaşamayan	12	20,00
<b>Hemodiyaliz seanslarında yaşanan sorunlar</b>		
Kas ağrıları	21	35,00
Bulantı, kusma	10	16,67
Kaşıntı	11	18,33
Halsizlik	12	20,00
Diğer	6	10,00
<b>Eşlik eden hastalık</b>		
Var	54	90,00
Yok	6	10,00
<b>Tedavi süresince hastalık hakkında öneride bulunan kişilerin olması</b>		
Var	14	23,33
Yok	46	76,67
<b>Tedavi süresince duygu ve düşüncelerini paylaştığı birinin olması</b>		
Var	19	31,67
Yok	41	68,33
<b>Tedavi süresince maddi yardım alma</b>		
Alan	6	10,00
Almayan	54	90,00
<b>Tedavi süresince yerine getirilemeyen sorumluluklar için destek alınan kişi</b>		
Var	48	80,00
Yok	12	20,00

Tablo 5. incelendiğinde; HD hastalarının %31,67'sinin 1-2 yıldır, %21,67'sinin 3-5 yıldır, %21,67'sinin 6-10 yıldır ve %25,0'inin 11 yıl ve üzeri süredir HD tedavisi gördüğü, %95,0'inin düzenli olarak HD tedavisi aldığı, %61,67'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, %51,67'sinin tedavi ekibinin önerilene uyduğu, %88,33'ünün HD seansını önerilen süreden önce terk etmediği belirlenmiştir. HD hastalarının %80,0'inin diyet konusunda sorun yaşadığı, %35,0'inin HD sırasında kas ağrıları, %16,67'sinin bulantı-kusma, %18,33'ünün kaşıntı ve %20,0'sinin halsizlik yaşadığı, %90,0'inin eşlik eden başka bir hastalığının olduğu saptanmıştır. Hastaların %76,67'si tedavi süresinde hastalık hakkında öneride bulunan birinin olmadığını, %68,33'ü tedavi süresince duygu ve düşüncelerini paylaştığı birinin olmadığını, %90,0'i tedavi süresinde maddi yardım almadığını, %80,0'i tedavi süresince yerine getiremediği sorumluluklar için destek aldığı birinin olduğunu belirtmiştir.

Tablo 6.

*HD hastalarının SF-36, BDE ve BAÖ puanları (n=60)*

	n	$\bar{x}$	s	Medyan	Alt	Üst
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	60	31,75	22,24	27,50	0	85
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	60	5,42	22,12	0,00	0	100
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	60	6,67	25,15	0,00	0	100
<b>Enerji/Canlılık/Vitalite</b>	60	20,83	17,97	20,00	0	70
<b>Mental Sağlık</b>	60	38,73	17,18	38,00	4	96
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	60	29,17	26,00	25,00	0	100
<b>Ağrı</b>	60	42,08	26,01	43,75	0	100
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	60	25,69	16,12	25,00	0	65
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	60	25,28	8,78	26,50	3	43
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	60	23,42	8,60	23,00	3	39

Tablo 6 'da araştırma kapsamına alınan HD hastalarının SF-36, BDE ve BAÖ puanları gösterilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen HD hastalarının SF-36' da bulunan fiziksel fonksiyon alt boyutundan  $\bar{x}=31,75\pm 22,24$  puan, fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan  $\bar{x}=5,42\pm 22,12$  puan, emosyonel rol güçlüğünden  $\bar{x}=6,67\pm 25,15$  puan, enerji/canlılık/vitalite alt boyutundan  $\bar{x}=20,83\pm 17,97$  puan, mental sağlıktan

$\bar{x}=38,73\pm 17,18$  puan, sosyal işlevsellikten  $\bar{x}=29,17\pm 26,00$  puan, ağrıdan  $\bar{x}=42,08\pm 26,01$  puan ve genel sağlık algısı alt boyutundan  $\bar{x}=25,69\pm 16,12$  puan aldıkları tespit edilmiştir.

HD hastaları BDE' de  $\bar{x}=25,28\pm 8,78$  puan alırken, BAÖ' den  $\bar{x}=23,42\pm 8,60$  puan almıştır.

Tablo 7.

*HD Hastalarının yaşına göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Yaş	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	Z	p
<b>Fiziksel</b>	65 yaş ve altı	26	38,27	24,98	30	0	85	34,885	-1,706	0,088
<b>Fonksiyon</b>	66 yaş ve üstü	34	26,76	18,78	25	0	70	27,147		
<b>Fiziksel</b>	65 yaş ve altı	26	8,65	27,33	0	0	100	31,942	-1,294	0,196
<b>Rol Güçlüğü</b>	66 yaş ve üstü	34	2,94	17,15	0	0	100	29,397		
<b>Emosyonel</b>	65 yaş ve altı	26	7,69	27,17	0	0	100	30,808	-0,276	0,782
<b>Rol Güçlüğü</b>	66 yaş ve üstü	34	5,88	23,88	0	0	100	30,265		
<b>Enerji/</b>	65 yaş ve altı	26	19,23	16,41	20	0	60	29,500	-0,391	0,696
<b>Canlılık</b>	66 yaş ve üstü	34	22,06	19,23	20	0	70	31,265		
<b>Mental</b>	65 yaş ve altı	26	37,85	15,36	36	12	68	29,615	-0,344	0,731
<b>Sağlık</b>	66 yaş ve üstü	34	39,41	18,66	40	4	96	31,176		
<b>Sosyal</b>	65 yaş ve altı	26	29,81	25,76	25	0	100	31,135	-0,250	0,802
<b>İşlevsellik</b>	66 yaş ve üstü	34	28,68	26,57	25	0	87,5	30,015		
<b>Ağrı</b>	65 yaş ve altı	26	44,42	24,56	45	0	90	32,423	-0,750	0,453
	66 yaş ve üstü	34	40,29	27,29	32,5	0	100	29,029		
<b>Genel</b>	65 yaş ve altı	26	23,12	13,96	20	5	60	28,231	-0,886	0,376
<b>Sağlık Algısı</b>	66 yaş ve üstü	34	27,65	17,55	27,5	0	65	32,235		
<b>Beck</b>	65 yaş ve altı	26	25,31	8,37	26	8	42	29,962		
<b>Depresyon</b>	66 yaş ve üstü	34	25,26	9,21	26,5	3	43	30,912	-0,209	0,834
<b>Envanteri</b>										
<b>Beck Anksiyete</b>	65 yaş ve altı	26	23,12	7,99	21,5	11	38	29,404	-0,426	0,670
<b>Ölçeği</b>	66 yaş ve üstü	34	23,65	9,15	25	3	39	31,338		

Tablo 7. 'de HD hastalarının yaşına göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Mann-Whitney U testinden elde edilen bulgular gösterilmiştir.

Tablo 7.' ye göre HD hastalarının yaşına göre SF-36, BDE ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). 65 yaş ve altı hastalar ile 66 yaş ve üstü HD hastalarının yaşına göre SF-36, BDE ve BAÖ puanları benzerdir.

Tablo 8.

*HD hastalarının cinsiyetine göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	Z	p
<b>Fiziksel</b>	Kadın	24	27,92	21,05	25	0	85	27,938	-0,931	0,352
<b>Fonksiyon</b>	Erkek	36	34,31	22,93	30	0	85	32,208		
<b>Fiziksel</b>	Kadın	24	4,17	20,41	0	0	100	29,771	-0,611	0,541
<b>Rol Güçlüğü</b>	Erkek	36	6,25	23,43	0	0	100	30,986		
<b>Emosyonel</b>	Kadın	24	4,17	20,41	0	0	100	29,750	-0,629	0,530
<b>Rol Güçlüğü</b>	Erkek	36	8,33	28,03	0	0	100	31,000		
<b>Enerji/</b>	Kadın	24	16,04	16,81	12,5	0	60	25,354	-1,878	0,060
<b>Canlılık</b>	Erkek	36	24,03	18,24	20	0	70	33,931		
<b>Mental</b>	Kadın	24	33,33	14,38	34	4	68	25,188	-1,930	0,054
<b>Sağlık</b>	Erkek	36	42,33	18,13	44	8	96	34,042		
<b>Sosyal</b>	Kadın	24	25,52	23,45	25	0	100	28,583	-0,706	0,480
<b>İşlevsellik</b>	Erkek	36	31,60	27,63	25	0	87,5	31,778		
<b>Ağrı</b>	Kadın	24	41,77	23,12	45	0	90	31,375	-0,319	0,750
	Erkek	36	42,29	28,08	32,5	0	100	29,917		
<b>Genel</b>	Kadın	24	20,26	12,86	15	5	60	24,813	-2,074	0,038*
<b>Sağlık Algısı</b>	Erkek	36	29,31	17,20	27,5	0	65	34,292		
<b>Beck Depresyon</b>	Kadın	24	27,46	8,84	30	8	43	34,729	-1,533	0,125
<b>Envanteri</b>	Erkek	36	23,83	8,56	24,5	3	41	27,681		
<b>Beck Anksiyete</b>	Kadın	24	24,83	8,44	25	11	38	33,438	-1,065	0,287
<b>Ölçeği</b>	Erkek	36	22,47	8,69	22,5	3	39	28,542		

\* $p<0,05$

Tablo 8.' de gösterilen Mann-Whitney U testi bulguları incelendiğinde; araştırmaya dahil edilen HD hastalarının cinsiyetine göre SF-36' da bulunan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanırken ( $p>0,05$ ), genel sağlık algısı alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir

( $p<0,05$ ). Kadın hastaların genel sağlık algısı alt boyutundan aldıkları puanlar erkeklere göre düşük bulunmuştur.

HD hastalarının cinsiyetlerine göre BDE ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Tablo 9.

*HD hastalarının medeni durumuna göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Medeni durum	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	Z	p
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Evli olan	48	33,23	22,42	25	0	85	31,448	-0,844	0,399
	Evli olmayan	12	25,83	21,41	32,5	0	65	26,708		
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	Evli olan	48	4,69	20,41	0	0	100	30,365	-0,278	0,781
	Evli olmayan	12	8,33	28,87	0	0	100	31,042		
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	Evli olan	48	6,25	24,46	0	0	100	30,375	-0,257	0,797
	Evli olmayan	12	8,33	28,87	0	0	100	31,000		
<b>Enerji/Canlılık</b>	Evli olan	48	21,77	17,52	20	0	65	31,760	-1,127	0,260
	Evli olmayan	12	17,08	20,05	12,5	0	70	25,458		
<b>Mental Sağlık</b>	Evli olan	48	40,00	15,21	40	8	68	32,438	-1,724	0,085
	Evli olmayan	12	33,67	23,66	28	4	96	22,750		
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	Evli olan	48	30,21	25,76	25	0	100	31,385	-0,798	0,425
	Evli olmayan	12	25,00	27,70	18,75	0	75	26,958		
<b>Ağrı</b>	Evli olan	48	42,50	24,82	43,75	0	100	30,833	-0,297	0,766
	Evli olmayan	12	40,42	31,49	38,75	0	87,5	29,167		
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	Evli olan	48	26,46	15,05	25	5	60	31,750	-1,116	0,264
	Evli olmayan	12	22,60	20,33	13,1	0	65	25,500		
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Evli olan	48	24,27	8,70	24,5	3	42	28,229	-2,017	0,044*
	Evli olmayan	12	29,33	8,27	31,5	11	43	39,583		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Evli olan	48	22,81	8,47	22	3	39	29,167	-1,184	0,236
	Evli olmayan	12	25,83	9,07	28,5	8	39	35,833		

\* $p<0,05$

Tablo 9.' da HD hastalarının medeni durumuna göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi bulguları verilmiş olup, evli olan ve evli olmayan hastaların SF-36 ve BAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Hastaların medeni durumlarına göre BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve evli olmayan hastaların BDE puanlarının evli hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Tablo 10.

*HD hastalarının çocuk sahibi olma durumuna göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Çocuk	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	Z	p
<b>Fiziksel</b>	Var	55	31,36	22,64	25	0	85	30,064	-0,644	0,520
<b>Fonksiyon</b>	Yok	5	36,00	18,84	35	15	65	35,300		
<b>Fiziksel</b>	Var	55	5,91	23,06	0	0	100	30,682	-0,619	0,536
<b>Rol Güçlüğü</b>	Yok	5	0,00	0,00	0	0	0	28,500		
<b>Emosyonel</b>	Var	55	7,27	26,21	0	0	100	30,682	-0,619	0,536
<b>Rol Güçlüğü</b>	Yok	5	0,00	0,00	0	0	0	28,500		
<b>Enerji/</b>	Var	55	21,55	18,41	20	0	70	31,100	-0,889	0,374
<b>Canlılık</b>	Yok	5	13,00	10,37	15	0	25	23,900		
<b>Mental</b>	Var	55	39,78	17,31	40	4	96	31,636	-1,677	0,094
<b>Sağlık</b>	Yok	5	27,20	11,45	28	12	40	18,000		
<b>Sosyal</b>	Var	55	30,00	26,85	25	0	100	30,882	-0,571	0,568
<b>İşlevsellik</b>	Yok	5	20,00	11,18	12,5	12,5	37,5	26,300		
<b>Ağrı</b>	Var	55	41,09	25,60	42,5	0	100	29,891	-0,901	0,368
	Yok	5	53,00	31,04	55	12,5	87,5	37,200		
<b>Genel</b>	Var	55	26,82	16,34	25	0	65	31,682	-1,750	0,080
<b>Sağlık Algısı</b>	Yok	5	13,24	4,30	11,2	10	20	17,500		
<b>Beck Depresyon</b>	Var	55	24,67	8,92	25	3	43	29,118	-2,035	0,042*
<b>Envanteri</b>	Yok	5	32,00	1,58	32	30	34	45,700		
<b>Beck Anksiyete</b>	Var	55	23,09	8,80	22	3	39	29,864	-0,937	0,349
<b>Ölçeği</b>	Yok	5	27,00	5,24	29	18	31	37,500		

\* $p < 0,05$

HD hastalarının çocuk sahibi olup olmama durumuna göre SF-36, BDE ve BAÖ puanları Mann-Whitney U testiyle karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 10.'da gösterilmiştir.

HD hastalarının çocuk sahibi olma durumuna göre SF-36 ve BAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ).

HD hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Çocuğu olmayan hastaların BDE puanları çocuğu olanlara göre daha yüksekti.

Tablo 11.

*HD hastalarının eğitim düzeyine göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Eğitim düzeyi	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	Z	p
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	İlkokul ve altı	17	28,82	22,88	20	0	85	27,74	2,630	0,452
	Ortaokul	21	28,57	19,18	25	0	85	28,43		
	Lise	13	32,69	21,85	30	0	65	32,08		
	Üniversite	9	43,33	27,73	45	0	85	38,28		
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	İlkokul ve altı	17	5,88	24,25	0	0	100	30,29	0,365	0,947
	Ortaokul	21	4,76	21,82	0	0	100	29,95		
	Lise	13	7,69	27,74	0	0	100	30,85		
	Üniversite	9	2,78	8,33	0	0	25	31,67		
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	İlkokul ve altı	17	5,88	24,25	0	0	100	30,26	0,439	0,932
	Ortaokul	21	4,76	21,82	0	0	100	29,93		
	Lise	13	7,69	27,74	0	0	100	30,81		
	Üniversite	9	11,11	33,33	0	0	100	31,83		
<b>Enerji/Canlılık</b>	İlkokul ve altı	17	17,65	16,69	15	0	55	27,03	2,001	0,572
	Ortaokul	21	20,00	19,36	15	0	70	29,43		
	Lise	13	25,38	18,31	25	0	65	35,69		
	Üniversite	9	22,22	18,05	20	0	50	32,06		
<b>Mental Sağlık</b>	İlkokul ve altı	17	33,88	15,17	36	12	68	25,29	4,631	0,201
	Ortaokul	21	38,29	20,57	36	8	96	28,43		
	Lise	13	42,15	11,27	44	28	64	35,12		
	Üniversite	9	44,00	19,18	48	4	68	38,50		
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	İlkokul ve altı	17	24,26	20,95	25	0	75	28,03	1,123	0,772
	Ortaokul	21	27,98	26,78	25	0	100	29,67		
	Lise	13	30,77	25,83	25	0	75	31,92		
	Üniversite	9	38,89	33,91	50	0	87,5	35,06		
<b>Ağrı</b>	İlkokul ve altı	17	36,18	18,01	30	20	67,5	27,35	0,968	0,809
	Ortaokul	21	45,00	27,83	45	0	90	32,00		
	Lise	13	40,96	26,92	45	0	87,5	30,19		
	Üniversite	9	48,06	34,32	45	0	100	33,39		
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	İlkokul ve altı	17	25,00	14,25	25	10	50	30,06	3,395	0,335
	Ortaokul	21	21,90	16,54	15	5	60	26,00		
	Lise	13	28,55	18,88	30	0	65	33,19		
	Üniversite	9	31,67	14,14	30	5	55	37,94		
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	İlkokul ve altı	17	27,94	8,38	31	14	43	35,50	5,256	0,154
	Ortaokul	21	26,52	8,19	27	8	41	33,12		
	Lise	13	23,54	9,12	23	12	42	26,23		
	Üniversite	9	19,89	8,92	19	3	34	21,11		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	İlkokul ve altı	17	24,47	7,86	27	11	34	32,50	3,094	0,377
	Ortaokul	21	25,00	7,97	27	8	39	34,00		
	Lise	13	22,38	9,33	19	13	39	27,31		
	Üniversite	9	19,22	10,11	20	3	36	23,17		

Tablo 11.'de verilen Kruskal-Wallis H testi sonuçlarına göre; HD hastalarının eğitim düzeyine göre SF-36, BDE ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Tablo 12.

*HD hastalarının gelirinin giderini karşılmasına göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Gelirin gideri	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	Z	p
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Karşılıyor	19	43,16	24,39	45	10	85	38,21	-2,336	0,019*
	Karşılmıyor	41	26,46	19,28	25	0	85	26,93		
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	Karşılıyor	19	10,53	31,53	0	0	100	31,71	-0,845	0,398
	Karşılmıyor	41	3,05	16,00	0	0	100	29,94		
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	Karşılıyor	19	15,79	37,46	0	0	100	33,24	-1,912	0,056
	Karşılmıyor	41	2,44	15,62	0	0	100	29,23		
<b>Enerji/Canlılık</b>	Karşılıyor	19	26,05	13,90	25	0	50	37,71	-2,194	0,028*
	Karşılmıyor	41	18,41	19,25	10	0	70	27,16		
<b>Mental Sağlık</b>	Karşılıyor	19	44,42	12,99	44	28	68	37,53	-2,128	0,033*
	Karşılmıyor	41	36,10	18,36	36	4	96	27,24		
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	Karşılıyor	19	34,87	29,04	25	0	87,5	33,82	-1,018	0,309
	Karşılmıyor	41	26,52	24,40	25	0	100	28,96		
<b>Ağrı</b>	Karşılıyor	19	44,61	30,03	45	0	100	31,21	-0,216	0,829
	Karşılmıyor	41	40,91	24,24	42,5	0	90	30,17		
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	Karşılıyor	19	34,21	16,35	40	5	65	39,58	-2,760	0,006*
	Karşılmıyor	41	21,74	14,58	15	0	60	26,29		
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Karşılıyor	19	22,42	8,34	23	3	41	24,39	-1,845	0,065
	Karşılmıyor	41	26,61	8,77	30	8	43	33,33		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Karşılıyor	19	20,95	8,95	21	3	39	25,84	-1,408	0,159
	Karşılmıyor	41	24,56	8,30	27	8	39	32,66		

\* $p < 0,05$

Tablo 12.'de HD hastalarının gelirinin giderini karşılmasına göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin Mann-Whitney U testi bulgular verilmiştir.

Araştırma katılan HD hastalarının gelirinin giderini karşılmasına göre SF-36' da yer alan fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Geliri giderini karşılayan hastaların fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık ve genel sağlık algısı alt boyutlarından geliri giderini karşılamayanlara göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. HD hastalarının gelirinin giderini karşılmasına göre SF-36' da yer alan fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol

güçlüğü, sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

Hemodiyaliz hastalarının gelirinin giderini karşılamasına göre BDE ve BAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 13.

*HD hastalarının sosyal güvence durumuna göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Sosyal güvence	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	Z	p
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Var	47	33,19	22,56	30	0	85	31,63	-0,954	0,340
	Yok	13	26,54	21,05	20	0	60	26,42		
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	Var	47	6,91	24,84	0	0	100	31,05	-1,079	0,281
	Yok	13	0,00	0,00	0	0	0	28,50		
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	Var	47	8,51	28,21	0	0	100	31,05	-1,080	0,280
	Yok	13	0,00	0,00	0	0	0	28,50		
<b>Enerji/Canlılık</b>	Var	47	22,34	19,13	20	0	70	31,62	-0,949	0,342
	Yok	13	15,38	11,98	20	0	35	26,46		
<b>Mental Sağlık</b>	Var	47	39,40	18,42	36	4	96	30,95	-0,378	0,705
	Yok	13	36,31	11,94	40	16	52	28,88		
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	Var	47	31,38	27,69	25	0	100	31,65	-0,985	0,325
	Yok	13	21,15	17,22	25	0	50	26,35		
<b>Ağrı</b>	Var	47	42,98	27,83	45	0	100	30,77	-0,225	0,822
	Yok	13	38,85	18,47	32,5	20	77,5	29,54		
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	Var	47	26,20	16,57	25	0	65	30,96	-0,388	0,698
	Yok	13	23,85	14,88	20	5	50	28,85		
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Var	47	24,06	8,68	25	3	41	28,26	-1,895	0,058
	Yok	13	29,69	7,97	31	15	43	38,62		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Var	47	22,13	8,86	21	3	39	27,82	-2,263	0,024*
	Yok	13	28,08	5,74	29	15	38	40,19		

\* $p<0,05$

Tablo 13.'deki Mann-Whitney U testi bulgularına göre; HD hastalarının sosyal güvence durumuna göre SF-36 ve BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

HD hastalarının sosyal güvence durumuna göre BAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmış olup, sosyal

güvencesi olmayan hastaların BAÖ puanları daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Tablo 14.

*HD hastalarının aile tipine göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Aile tipi	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	Z	p
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Çekirdek aile	48	34,27	22,81	30	0	85	32,28		
	Geniş aile	12	21,67	17,10	22,5	0	50	23,38	-1,585	0,113
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	Çekirdek aile	48	6,77	24,59	0	0	100	31,00		
	Geniş aile	12	0,00	0,00	0	0	0	28,50	-1,026	0,305
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	Çekirdek aile	48	8,33	27,93	0	0	100	31,00		
	Geniş aile	12	0,00	0,00	0	0	0	28,50	-1,026	0,305
<b>Enerji/Canlılık</b>	Çekirdek aile	48	23,96	18,28	20	0	70	33,85		
	Geniş aile	12	8,33	9,61	5	0	30	17,08	-2,998	0,003*
<b>Mental Sağlık</b>	Çekirdek aile	48	41,42	17,18	40	8	96	33,35		
	Geniş aile	12	28,00	12,88	24	4	52	19,08	-2,540	0,011*
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	Çekirdek aile	48	32,55	26,39	25	0	100	32,90		
	Geniş aile	12	15,63	20,03	6,25	0	50	20,92	-2,160	0,031*
<b>Ağrı</b>	Çekirdek aile	48	44,69	27,27	45	0	100	32,10		
	Geniş aile	12	31,67	17,36	31,25	0	67,5	24,08	-1,431	0,153
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	Çekirdek aile	48	27,42	16,86	25	0	65	32,34		
	Geniş aile	12	18,75	10,69	20	5	35	23,13	-1,647	0,100
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Çekirdek aile	48	24,48	9,14	24,5	3	43	28,65		
	Geniş aile	12	28,50	6,52	31	14	35	37,92	-1,647	0,100
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Çekirdek aile	48	22,67	9,01	21	3	39	28,96		
	Geniş aile	12	26,42	6,13	27	13	36	36,67	-1,369	0,171

\* $p<0,05$

Tablo 14.'de HD hastalarının aile tipine göre SF-36, BDE ve BAÖ puanları Mann-Whitney U testiyle karşılaştırılmıştır.

HD hastalarının aile tipine göre SF-36' da bulunan enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ( $p<0,05$ ), ölçekte yer alan diğer alt boyutlardan aldıkları puanların istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Çekirdek aileye sahip hastaların enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar geniş aileye sahip olan hastalara göre daha yüksektir.

Araştırmaya dahil olan hemodiyaliz hastalarının aile tipine göre BDE ve BAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 15.

*HD hastalarının HD tedavi süresine göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Süre	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	X2	p	Fark
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	1-2 yıl	19	42,11	24,17	40	0	85	38,29	6,654	0,084	
	3-5 yıl	13	29,62	17,13	30	5	60	29,73			
	6-10 yıl	13	21,54	15,86	20	0	50	22,88			
	11 ≥ yıl	15	29,33	24,78	20	0	85	27,90			
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	1-2 yıl	19	5,26	22,94	0	0	100	30,11	0,088	0,993	
	3-5 yıl	13	7,69	27,74	0	0	100	30,85			
	6-10 yıl	13	1,92	6,93	0	0	25	30,69			
	11 ≥ yıl	15	6,67	25,82	0	0	100	30,53			
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	1-2 yıl	19	10,53	31,53	0	0	100	31,66	1,382	0,710	
	3-5 yıl	13	7,69	27,74	0	0	100	30,81			
	6-10 yıl	13	0,00	0,00	0	0	0	28,50			
	11 ≥ yıl	15	6,67	25,82	0	0	100	30,50			
<b>Enerji/Canlılık</b>	1-2 yıl	19	28,42	23,69	20	0	70	35,13	2,545	0,467	
	3-5 yıl	13	20,00	14,72	20	0	55	31,27			
	6-10 yıl	13	15,38	12,33	20	0	40	26,50			
	11 ≥ yıl	15	16,67	14,10	15	0	50	27,43			
<b>Mental Sağlık</b>	1-2 yıl	19	49,47	17,50	48	12	96	41,68	11,492	0,009*	1-2
	3-5 yıl	13	32,31	14,28	36	8	52	24,77			1-3
	6-10 yıl	13	33,85	15,11	36	4	68	25,58			1-4
	11 ≥ yıl	15	34,93	15,75	28	16	68	25,57			
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	1-2 yıl	19	47,37	26,21	50	0	100	42,39	13,981	0,003*	1-2
	3-5 yıl	13	25,00	23,94	25	0	75	27,88			1-3
	6-10 yıl	13	20,19	21,97	25	0	75	24,81			1-4
	11 ≥ yıl	15	17,50	19,36	12,5	0	75	22,63			
<b>Ağrı</b>	1-2 yıl	19	57,24	26,57	65	0	100	40,37	9,906	0,019*	1-2
	3-5 yıl	13	39,81	26,11	45	0	87,5	28,88			1-3
	6-10 yıl	13	35,19	21,20	32,5	0	77,5	26,73			1-4
	11 ≥ yıl	15	30,83	21,83	22,5	0	77,5	22,67			
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	1-2 yıl	19	35,00	15,72	35	0	60	40,89	10,813	0,013*	1-2
	3-5 yıl	13	24,23	17,89	15	5	65	28,04			1-3
	6-10 yıl	13	17,69	9,71	15	5	35	22,15			1-4
	11 ≥ yıl	15	22,08	15,15	15	5	55	26,70			
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	1-2 yıl	19	18,63	8,23	17	3	33	18,29	14,066	0,003*	1-2
	3-5 yıl	13	27,31	8,15	29	14	41	33,50			1-3
	6-10 yıl	13	29,00	6,04	29	18	42	37,31			1-4
	11 ≥ yıl	15	28,73	7,77	31	14	43	37,47			
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	1-2 yıl	19	18,26	8,33	18	3	39	20,26	9,848	0,020*	1-2
	3-5 yıl	13	25,08	8,83	26	13	39	33,77			1-3
	6-10 yıl	13	25,77	7,73	27	9	38	34,62			1-4
	11 ≥ yıl	15	26,47	7,13	30	11	35	37,07			

\* $p<0,05$

Tablo 15.'de HD hastalarının HD tedavi süresine göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Kruskal-Wallis H testinden elde edilen bulgular verilmiştir.

Araştırmaya katılan HD hastalarını tedavi süresine göre SF-36' daki fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve enerji/canlılık/vitalite alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Hastaların tedavi süresine göre mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tedavi süresi 1-2 yıl olan hastalar mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından diğer hastalara göre daha yüksek puan almıştır.

HD hastalarının tedavi süresine göre BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Tedavi süresi 1-2 yıl olan hastaların BDE puanlarının diğer hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan hastaların tedavi süresine göre BAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmış olup, tedavi süresi 1-2 yıl olan hastaların diğer hastalara göre daha düşük puan aldığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

Tablo 16.

*HD hastalarının HD seansını önerilen süreden önce terk etme durumuna göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Terk etme	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	Z	p
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Terk eden	7	57,14	17,76	60	30	85	49,64	-3,096	0,002*
	Terk etmeyen	53	28,40	20,66	25	0	85	27,97		
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	Terk eden	7	0,00	0,00	0	0	0	28,50	-0,746	0,456
	Terk etmeyen	53	6,13	23,47	0	0	100	30,76		
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	Terk eden	7	0,00	0,00	0	0	0	28,50	-0,746	0,456
	Terk etmeyen	53	7,55	26,67	0	0	100	30,76		
<b>Enerji/Canlılık</b>	Terk eden	7	27,14	17,04	20	5	55	37,57	-1,149	0,251
	Terk etmeyen	53	20,00	18,08	20	0	70	29,57		
<b>Mental Sağlık</b>	Terk eden	7	37,14	15,09	44	8	52	31,21	-0,115	0,908
	Terk etmeyen	53	38,94	17,56	36	4	96	30,41		
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	Terk eden	7	33,93	24,70	25	0	62,5	34,43	-0,644	0,520
	Terk etmeyen	53	28,54	26,33	25	0	100	29,98		
<b>Ağrı</b>	Terk eden	7	40,71	28,64	22,5	10	77,5	28,71	-0,289	0,772
	Terk etmeyen	53	42,26	25,93	45	0	100	30,74		
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	Terk eden	7	31,43	13,14	40	10	40	38,43	-1,287	0,198
	Terk etmeyen	53	24,93	16,43	25	0	65	29,45		
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Terk eden	7	22,43	6,13	24	15	32	23,86	-1,072	0,284
	Terk etmeyen	53	25,66	9,05	27	3	43	31,38		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Terk eden	7	20,14	6,01	20	13	29	22,71	-1,256	0,209
	Terk etmeyen	53	23,85	8,84	24	3	39	31,53		

\* $p < 0,05$

Hemodiyaliz hastalarının HD seansını önerilen süreden önce terk etme durumuna göre SF-36, BDE ve BAÖ puanları Mann-Whitney U testiyle karşılaştırılmış ve sonuçlar Tablo 16.'da verilmiştir.

Tablo 16. incelendiğinde; HD hastalarının hemodiyaliz seansını önerilen süreden önce terk etme durumuna göre SF-36' da yer alan fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). HD seansını önerilen süreden önce terk eden hastaların fiziksel fonksiyon puanları terk etmeyenlere göre yüksektir. Hastaların hemodiyaliz seansını önerilen süreden önce terk etme durumuna göre ölçekte yer alan diğer alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

Hastaların HD seansını önerilen süreden önce terk etme durumuna göre BDE ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın yer almadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Tablo 17.

*HD hastalarının diyet konusunda sorun yaşama durumuna göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Sorun yaşama	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	Z	p
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Yaşayan	48	29,90	21,07	25	0	85	29,23	-1,131	0,258
	Yaşamayan	12	39,17	26,10	35	0	85	35,58		
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	Yaşayan	48	2,60	14,80	0	0	100	29,73	-1,582	0,114
	Yaşamayan	12	16,67	38,92	0	0	100	33,58		
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	Yaşayan	48	2,08	14,43	0	0	100	29,13	-2,823	0,005*
	Yaşamayan	12	25,00	45,23	0	0	100	36,00		
<b>Enerji/Canlılık</b>	Yaşayan	48	16,88	15,39	15	0	65	26,89	-3,231	0,001*
	Yaşamayan	12	36,67	19,46	32,5	5	70	44,96		
<b>Mental Sağlık</b>	Yaşayan	48	34,42	14,19	36	4	64	26,44	-3,615	0,000*
	Yaşamayan	12	56,00	17,81	54	28	96	46,75		
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	Yaşayan	48	23,96	21,24	25	0	75	27,67	-2,555	0,011*
	Yaşamayan	12	50,00	33,29	50	0	100	41,83		
<b>Ağrı</b>	Yaşayan	48	37,86	24,23	32,5	0	87,5	27,98	-2,248	0,025*
	Yaşamayan	12	58,96	27,04	61,25	20	100	40,58		
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	Yaşayan	48	23,46	14,50	20	0	65	28,53	-1,758	0,079
	Yaşamayan	12	34,58	19,71	30	5	60	38,38		
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Yaşayan	48	27,13	7,86	29,5	12	43	33,81	-2,942	0,003*
	Yaşamayan	12	17,92	8,71	17,5	3	35	17,25		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Yaşayan	48	25,25	7,80	27	11	39	33,90	-3,016	0,003*
	Yaşamayan	12	16,08	7,96	17	3	31	16,92		

\* $p<0,05$

Tablo 17.'de gösterilen Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre; diyet konusunda sorun yaşayan hastalar SF-36' da yer alan emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutlarından diyet konusunda sorun yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan almıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların diyet konusunda sorun yaşama durumuna göre diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ).

Hastaların diyet konusunda sorun yaşama durumuna göre BDE ve BAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit

edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Diyet konusunda sorun yaşayan HD hastalarının BDE ve BAÖ puanları sorun yaşamayan hastalara göre yüksek bulunmuştur.

Tablo 18.

*HD hastalarının eşlik eden hastalık olmasına göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılması (n=60)*

	Hastalık	n	$\bar{x}$	s	M	Alt	Üst	SO	Z	p
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	Var	54	31,85	23,28	25	0	85	30,25	-0,334	0,739
	Yok	6	30,83	9,70	32,5	20	45	32,75		
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	Var	54	6,02	23,26	0	0	100	30,72	-0,684	0,494
	Yok	6	0,00	0,00	0	0	0	28,50		
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	Var	54	7,41	26,44	0	0	100	30,72	-0,684	0,494
	Yok	6	0,00	0,00	0	0	0	28,50		
<b>Enerji/Canlılık</b>	Var	54	20,46	18,72	20	0	70	29,68	-1,105	0,269
	Yok	6	24,17	9,17	25	15	40	37,92		
<b>Mental Sağlık</b>	Var	54	38,59	17,31	38	4	96	30,32	-0,235	0,814
	Yok	6	40,00	17,53	42	20	60	32,08		
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	Var	54	30,32	27,00	25	0	100	31,06	-0,751	0,452
	Yok	6	18,75	10,46	25	0	25	25,50		
<b>Ağrı</b>	Var	54	42,69	26,50	43,75	0	100	30,98	-0,644	0,520
	Yok	6	36,67	22,34	32,5	12,5	67,5	26,17		
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	Var	54	25,21	16,14	25	0	65	29,94	-0,744	0,457
	Yok	6	30,00	16,73	30	10	55	35,50		
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Var	54	25,57	8,99	27	3	43	31,23	-0,974	0,330
	Yok	6	22,67	6,65	21,5	15	31	23,92		
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	Var	54	23,52	8,69	23	3	39	30,68	-0,234	0,815
	Yok	6	22,50	8,48	21,5	11	33	28,92		

Tablo 18.'de HD hastalarının eşlik eden hastalık olmasına göre SF-36, BDE ve BAÖ puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiş olup, eşlik eden başka hastalığı olan ve olmayan hastaların SF-36, BDE ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0,05$ ).

Tablo 19.

*HD hastalarının SF-36, BDE ve BAÖ puanları arasındaki ilişkiler (n=60)*

	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji/Canlılık	Mental Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Beck Depresyon Envanteri	Beck Anksiyete Ölçeği
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	r 1 p .									
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>	r 0,234 p 0,072	1 .								
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>	r 0,316 p 0,014*	0,745 0,000*	1 .							
<b>Enerji/ Canlılık</b>	r 0,440 p 0,000*	0,241 0,063	0,365 0,004*	1 .						
<b>Mental Sağlık</b>	r 0,444 p 0,000*	0,099 0,452	0,217 0,096	0,597 0,000*	1 .					
<b>Sosyal İşlevsellik</b>	r 0,479 p 0,000*	0,239 0,066	0,431 0,001*	0,581 0,000*	0,550 0,000*	1 .				
<b>Ağrı</b>	r 0,297 p 0,021*	0,251 0,053	0,376 0,003*	0,413 0,001*	0,362 0,004*	0,738 0,000*	1 .			
<b>Genel Sağlık Algısı</b>	r 0,570 p 0,000*	0,284 0,028*	0,375 0,003*	0,509 0,000*	0,585 0,000*	0,581 0,000*	0,452 0,000*	1 .		
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	r -0,612 p 0,000*	-0,221 0,090	-0,346 0,007*	-0,713 0,000*	-0,734 0,000*	-0,726 0,000*	-0,531 0,000*	-0,680 0,000*	1 .	
<b>Beck Anksiyete Ölçeği</b>	r -0,627 p 0,000*	-0,234 0,072	-0,380 0,003*	-0,631 0,000*	-0,623 0,000*	-0,753 0,000*	-0,611 0,000*	-0,644 0,000*	0,865 0,000*	1 .

Tablo 19.'da araştırmaya katılan HD hastalarının SF-36, BDE ve BAÖ puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi adına yapılan Spearman testi sonuçları gösterilmiştir.

Tablo 19. incelendiğinde HD hastalarının BDE puanları ile SF-36' daki fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmazken ( $p>0,05$ ), ölçekte bulunan fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar olduğu

görülmüştür ( $p<0,05$ ). HD hastalarının fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça, BDE puanları azalmaktadır.

Hastaların BAÖ puanları ile SF-36' da bulunan fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların SF-36' da bulunan fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça, BAÖ' den aldıkları puanlar azalmaktadır. Hastaların BAÖ puanları ile SF-36' da bulunan fiziksel rol güçlüğü alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon yoktur ( $p>0,05$ ).

Tablo 20.  
HD hastalarının BDE ve BAÖ puanlarının SF-36 puanlarına etkisi (n=60)

Yordanan	Yordayan	Std. Olmayan Katsayılar		Standartize	t	p	F	p	AdjR2
		B	S.H.	B					
Fiziksel Fonksiyon	(Sabit)	71,61	7,07		10,126	0,000*			
	Beck Depresyon	-0,87	0,58	-0,34	-1,484	0,143	17,92	0,00	0,36
	Beck Anksiyete	-0,77	0,60	-0,30	-1,286	0,204			
Fiziksel Rol Güçlüğü	(Sabit)	22,88	8,60		2,659	0,010*			
	Beck Depresyon	-0,09	0,71	-0,04	-0,133	0,894	2,51	0,09	0,05
	Beck Anksiyete	-0,64	0,73	-0,25	-0,887	0,379			
Emosyonel Rol Güçlüğü	(Sabit)	37,25	9,23		4,035	0,000*			
	Beck Depresyon	-0,45	0,76	-0,16	-0,597	0,553	6,34	0,00	0,15
	Beck Anksiyete	-0,82	0,78	-0,28	-1,047	0,299			
Enerji/Canlılık	(Sabit)	59,43	4,89		12,160	0,000*			
	Beck Depresyon	-1,33	0,40	-0,65	-3,294	0,002*	34,94	0,00	0,53
	Beck Anksiyete	-0,21	0,41	-0,10	-0,518	0,606			
Mental Sağlık	(Sabit)	74,91	4,73		15,848	0,000*			
	Beck Depresyon	-1,55	0,39	-0,79	-3,967	0,000*	33,52	0,00	0,52
	Beck Anksiyete	0,13	0,40	0,06	0,317	0,753			
Sosyal İşlevsellik	(Sabit)	89,45	6,17		14,486	0,000*			
	Beck Depresyon	-0,98	0,51	-0,33	-1,926	0,059	54,70	0,00	0,65
	Beck Anksiyete	-1,51	0,52	-0,50	-2,910	0,005*			
Ağrı	(Sabit)	88,79	7,84		11,321	0,000*			
	Beck Depresyon	0,16	0,65	0,05	0,245	0,807	23,08	0,00	0,43
	Beck Anksiyete	-2,17	0,66	-0,72	-3,277	0,002*			
Genel Sağlık Algısı	(Sabit)	58,16	4,70		12,368	0,000*			
	Beck Depresyon	-1,02	0,39	-0,56	-2,638	0,011*	26,65	0,00	0,47
	Beck Anksiyete	-0,28	0,40	-0,15	-0,710	0,481			

\*p<0,05

Tablo 20.'de HD hastalarının BDE ve BAÖ puanlarının SF-36 puanlarına etkisi çoklu doğrusal regresyon analiziyle incelenmiştir.

Tablo 20. incelendiğinde hastaların BDE ve BAÖ puanlarının fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordamadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Hastaların BDE puanlarının enerji/canlılık alt boyutundan aldıkları puanları negatif yönde yordadığı ( $\beta=-1,33$  ; p<0,05) ve modelin enerji/canlılık puanlarındaki varyansın %53,0'ünü açıkladığı saptanmıştır.

Hastaların BDE puanlarının SF-36' daki mental sağlık alt boyutundan aldıkları puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve negatif yönde yordadığı

görülmüştür ( $\beta=-1,55$  ;  $p<0,05$ ). Kurulan model mental sağlık alt boyutu puanlarından varyansın %52,0'sini açıklayabilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların BAÖ' den almış oldukları puanların, sosyal işlevsellik puanlarını anlamlı düzeyde ve negatif yönlü olarak yordadığı belirlenmiş olup ( $\beta=-1,55$  ;  $p<0,05$ ), tahmin modelinin sosyal işlevsellik puanlarındaki varyansın %65,0'ini açıklayabildiği tespit edilmiştir.

Hastaların BAÖ puanlarının ağrı alt boyutu puanlarını negatif yönde yordadığı ( $\beta=-2,17$  ;  $p<0,05$ ) ve modelin ağrı alt boyutu puanlarındaki varyansın %43,0'ünü açıkladığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların BDE puanlarının SF-36' da bulunan genel sağlık algısı alt boyutundan aldıkları puanları negatif yönde yordadığı ( $\beta=-1,02$  ;  $p<0,05$ ) görülmüştür. Kurulan tahmin modelinin genel sağlık algısı puanlarındaki varyansın %47,0'sini açıkladığı saptanmıştır.

## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA

HD hastaların yaşam süresini uzatırken diğer yandan HD tedavisi gören hastalar, bir takım zorluklar ile de karşı karşıya gelmektedirler. Hastalar, yaşamını bir makineye bağlı sürdürmek, hastalığın belirtileri ile uğraşmak, belirli bir diyetle uygun beslenmek, bedenlerindeki değişikliklere uyum sağlamak, hayatlarındaki amaçlarını gözden geçirmek durumunda, zorunda kaldıklarından HD tedavisi, hastaların fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik, diğer bir deyişle yaşamının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkiler (Acaray ve Pınar, 2004). Bu araştırmada, HD gören KBY hastalarında yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca araştırmada HD hastalarının sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Çalışmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular ve ilgili sonuçlar literatür çerçevesinde ele alınmıştır.

Yaş açısından incelendiğinde, çalışmada HD hastalarının yaşı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde bazı çalışmalarda yapılan çalışmaya benzer sonuçlar bulunmuş olup (Kalantar-Zadeh vd., 2001, Durmaz Akyol ve Karadakovan, 2002; Akın vd., 2010; Anees vd. 2014; Durmaz Akyol, 2016) yaş ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda ise (Mittal vd., 2001; Suet-Ching, 2001; Acaray ve Pınar, 2004; Ünal ve Bilge, 2005; Stojanovic ve Stefanovic, 2007; Sayın, Mutluay ve Sincel, 2007; Kang vd., 2015; Alemdar ve Çınar Pakyüz 2015; Kaçmaz, 2016) yaşın yaşam kalitesi ile negatif ilişkili olup, yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. Yapılan çalışmalardan da anlaşıldığı üzere

yaşın yaşam kalitesini etkileyip etkilemediği tartışmalı bir konudur. Bahsi edilen bu farklı verilerin daha farklı değişkenlerin ve kültürel yapının etkisi altında gerçekleştiği düşünülmüş, çalışmadan elde edilen bulgular yaşın her zaman, HD gören KBY hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde önemli bir değişken olmadığını; tüm yaş grupları için hastalığın önemli etkilerinin görülebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada HD hastalarının yaşına göre BDE ve BAÖ puanları incelenmiş, HD hastalarının yaşına göre BDE ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan çalışmaya paralel olarak Esen ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmada yaş ile depresyon arasında, Küntüz (2016) yaş ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Kaçmaz' ın (2016) çalışmasında, hastaların yaşı ile depresyon riski arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki olduğu saptanmış, anksiyete ile arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmada yaşa göre, anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaması, HD tedavisinin doğrudan kendisinin hastanın anksiyete ve depresyon yaşamasına neden olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada HD hastalarının cinsiyetine göre SF-36, BDE ve BAÖ puanları incelendiğinde, HD hastalarının cinsiyetine göre SF-36' da bulunan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanırken, genel sağlık algısı alt boyutundan aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiş, kadın hastaların genel sağlık algısı alt boyutundan aldıkları puanlar erkeklere göre düşük bulunmuştur. Konuyla ilgili literatüre baktığımızda, yapılan çalışmalarda cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Suet-Ching, 2001; Koçer, 2006; Santos vd., 2009; Mandoorah vd., 2014). Mittal ve diğerlerinin (2001) yaptığı çalışmada da cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir fark bulunmuş, erkek hastaların fiziksel alt boyut puanı kadın hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi alt puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermesinin nedeninin erkeklerin kadınlara göre

sosyal ve iş yaşamında daha güçlü kaynaklara sahip olmasından, toplumsal/sosyal rollerden ve fizyolojik, hormonal durumlarının farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılık göstermediği çalışmalar da mevcuttur (Acaray ve Pınar, 2004; Ünal ve Bilge, 2005; Akın vd., 2010).

Yapılan çalışmada, HD hastalarının cinsiyetlerine göre BDE ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunamamıştır. Kocaman Yıldırım ve diğerlerinin (2013) yaptığı çalışmada da HD hastalarında depresyon ve anksiyete riskine etki edebilecek bağımsız değişkenlere bakıldığında cinsiyete göre depresyon ve anksiyete riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Benzer şekilde Esen ve diğerlerinin (2015) yaptıkları çalışmada HD grubunda depresyona etki eden faktörlerin incelenmesi açısından, cinsiyet dağılımlarının depresyona göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmış olup çalışmayı destekler niteliktedir. Her ne kadar kadınlarda erkeklere oranla, kadınların üstlendiği ya da onlara verilen toplumsal rollerden dolayı depresyon ve anksiyetenin daha yüksek bulunması beklense de HD tedavisinin getirdiği zorlukların her iki cinsiyeti de aynı derecede etkilediği için erkek ve kadın hastalar arasında anlamlı farkın bulunmadığı düşünülmektedir.

Medeni durum açısından incelendiğinde, yapılan çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı. Bu çalışmaya paralel olarak yapılan bazı çalışmalarda da yaşam kalitesi ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı (Suet-Ching, 2001; Durmaz Akyol ve Karadakovan, 2002; Kring ve Crane (2009); Yaralı Arslan vd., 2011), bazı çalışmalarda ise yaşam kalitesi ile medeni durum arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Acaray ve Pınar, 2004; Sağduyu vd., 2006; Alemdar ve Çınar Pakyüz, 2015; Durmaz Akyol, 2016). Sağduyu ve diğerlerinin (2006) yaptığı çalışmada bekarların evlilere oranla yaşam kaliteleri daha yüksek saptanırken; Alemdar ve Çınar Pakyüz' ün (2015) çalışmasında evlilerin toplam yaşam kalitelerinin bekarlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Durmaz Akyol' un (2016) yaptığı çalışmada da medeni durumun genel yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu

saptanmıştır. Yaşam kalitesi ile medeni durum arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda çelişkili sonuçlar bulunmasının değerlendirilen grubun sosyokültürel farklılıklara bağlı faktörleri ile ilişkili olduğu, aile yapısı ve aile içi dinamiklerinin değişkenliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada evli olan ve evli olmayan hastaların BAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı saptanırken, hastaların medeni durumlarına göre BDE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, evli olmayan hastaların BDE puanlarının evli hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde BDE ve BAÖ puan ortalamalarının medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için HD hastaları ile yapılan bir çalışmada BDE puan ortalaması evlilerde bekarlara oranla, BAÖ puan ortalamasının ise bekarlarda evlilere oranla daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (Çelik ve Acar, 2007). Esen ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmada medeni durum dağılımlarının depresyona göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğini saptamıştır. Çalışma sonuçları karşılaştırıldığında medeni durumun her zaman depresyon ve anksiyeteyi etkileyen bir faktör olmadığı, evli olmayan hastaların evli olan hastalara göre yüksek depresyon puanına sahip olmasının ise destek faktörlerinin az olması, yalnızlık ve toplumun bakış açısı gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çocuk sahibi olma durumuna göre incelendiğinde, katılımcıların, çocuk sahibi olup olmama durumuna göre SF-36, BDE ve BAÖ puanları Mann-Whitney U testiyle karşılaştırılmış, çocuk sahibi olma durumuna göre SF-36 ve BAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır. HD hastalarının çocuk sahibi olma durumuna göre BDE puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış, çocuğu olmayan hastaların BDE puanları çocuğu olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgunun HD hastalarıyla yapılan ilgili literatürde karşılaştırılabileceği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak "Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" adlı bir çalışmada hastaların çocuk sahibi olma durumu ile SF-36 alt boyutları

karşılaştırıldığında çocuk sahibi olanların, mental rol düzeylerinin çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanırken (Soylu ve Ortabağ, 2017), kemoterapi alan lenfomalı hastalar ile yapılan bir çalışmada hastaların çocuk sahibi olma durumları anksiyete ve depresyon düzeyini etkilemiş, ortalama puanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (Beser ve Öz, 2003).

Eğitim düzeyi açısından incelendiğinde, yapılan çalışmada HD hastalarının eğitim düzeyine göre yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Bu bulgu bazı çalışma sonuçları ile paralellik göstermekte iken (Mittal vd., 2001; Kuzeyli Yıldırım ve Fadıloğlu, 2005; Gölle, 2009; Akın vd., 2010; Yaralı Arslan vd., 2011), bu çalışma sonuçlarına karşıt olarak bazı çalışmalar da genel olarak eğitim düzeyinin yükselmesine bağlı olarak yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir (Acaray, 2003; Ünal ve Bilge, 2005; Altıntepe vd., 2005; Koçer, 2006). Yapılan bir çalışmada; okuryazar olmayanların yaşam kalitesi puanlarının diğer eğitim gruplarının puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (Alemdar ve Çınar Pakyüz, 2015).

Araştırmada HD hastalarının eğitim düzeyine göre BDE ve BAÖ puanları incelenmiştir. Hastaların eğitim düzeyine göre BDE ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sağduyu ve diğerlerinin 2006 yılında yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyinin depresyon riskini etkileyen bir değişken olduğu ileri sürülmüş, bilme ve bilinçlenme düzeyinin artışıyla hastalık üzerindeki bireysel kontrol yükselirken, duygusal tepki düzeylerinin ise azaldığı, bu durumda da bireyin hastalığını değerlendirme biçimi ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu, hastalıkla ilgili yeterli bilgisi olan hastalarda anksiyete ve depresyon riskinin azaldığı bildirilmiştir (Sağduyu vd., 2006). Kaçmaz'ın (2016) çalışmasında da eğitim seviyesi arttıkça depresyon ve anksiyete riskinin belirgin olarak azaldığı tespit edilmiştir. Eğitim düzeyinin yükselmesi ile birlikte sağlık anlayışının pozitif yönde değişeceği, hastaların hastalığa ilişkin semptomları yönetme becerilerini daha fazla öğrenecekleri beklendiği ve bunların sonucu olarak da yaşam kalitesinin artacağı, depresyon ve anksiyete puanlarının azalması beklenen bir bulgu olmasına rağmen yapılan çalışmada eğitim düzeyine göre

yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir fark bulunmamasının hasta sayısının sınırlı olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Gelirin gideri karşılama durumuna göre incelendiğinde, yapılan çalışmada araştırmaya katılan HD hastalarının gelirinin giderini karşılmasına göre SF-36' da yer alan fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür. Geliri giderini karşılayan hastaların fiziksel fonksiyon, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık ve genel sağlık algısı alt boyutlarından geliri giderini karşılamayanlara göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Bulgularımıza benzer şekilde yapılan çalışmalarda (Suet-Ching, 2001; Acaray, 2003; Acaray ve Pınar, 2004; Kao vd., 2009) ekonomik durumun yaşam kalitesini etkilediği, geliri giderini karşılayan olgularda yaşam kalitesi puanları karşılamayan olgulara göre daha yüksek bulunmuştur. Buna göre, hastalığın ek masraflara neden olması, iş ve güç kaybına yol açması düşünüldüğünde gelir düzeyiyle ilgili göstergelerin olumlu hale gelmesi ile yaşam kalitesinin yükselmesi beklenen bir sonuçtur.

Yapılan çalışmada HD hastalarının gelirinin giderini karşılmasına göre BDE ve BAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur. Yapılan çalışmaya paralel olarak Bulantekin'in (2008), Esen ve diğerlerinin (2015), Kocaman Yıldırım ve diğerlerinin (2013) çalışmalarında da HD hastalarının gelirinin giderini karşılmasına göre BDE ve BAÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Literatür de yapılan bir çalışma ise gelir durumu düşük olan olguların depresyon, anksiyete puanları diğer gelir durumlarına göre yüksek bulunmuş, elde edilen sonucun hastaların yoğun iş kaybı ve kronik bir hastalığa sahip olmasından ve hastalığın ek giderlere sebebiyet vermesinden kaynaklandığı belirtilmiştir (Çelik ve Acar, 2007). Buna karşın bu çalışmada, gelirin gideri karşılama durumu ile depresyon ve anksiyetenin ilişkili bulunamaması araştırmanın örneklem sayısının azlığı ile ilişkili olabileceği gibi, sosyokültürel farklılıklara ve farklı faktörlerin kompleks etkileşimine de bağlı olduğu düşünülmektedir.

Sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre incelendiğinde, yapılan çalışmada, HD hastalarının sosyal güvence durumu ile yaşam kalitesi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Acaray ve Pınar' ın (2004) çalışmasında da çalışma sonucuna paralel olarak yaşam kalitesi puanları sosyal güvencesi olan ve olmayan gruplar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiş, sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi puanları üzerine etkisiz olduğu saptanmıştır. Literatürde yaşam kalitesi ile sosyal güvence durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu çalışmalar mevcuttur (Küçük, 2008; Erol, 2010). Erol' un (2010) yaptığı çalışmada yaşam kalitesi alt boyut puanlarının sosyal güvence durumuna göre farklılık gösterdiği saptanmış, HD hastalarında fiziksel boyut ve mental boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sosyal güvencenin varlığının ekonomik rahatlığı, tedavinin sürdürülmesini, tedavi masraflarının daha rahat karşılanmasını, özgüvenin ve özsaygının sürdürülmesini beraberinde getireceği için yaşam kalitesini arttıracacağı, aksi takdir de sosyal güvencenin olmamasının hastaya ek maddi yük getireceği ve tedavinin sürdürülmesinde birtakım olumsuzluklara neden olarak yaşam kalitesini azaltacağı düşünülmektedir. Çalışmada anlamlı bir farklılık saptanamamasının nedenin çalışılan grup sayısının yetersiz olmasından ve sosyokültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların sosyal güvence durumuna göre BDE ve BAÖ puanları incelenmiştir. Hastalarının sosyal güvence durumuna göre BDE puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamış, BAÖ puanları arasındaki fark ise istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bulunmuş, sosyal güvencesi olmayan hastaların BAÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Bulantekin'in (2008) ile Esen ve diğerlerinin (2015) çalışmalarında ise sosyal güvence faktörünün, anksiyete ve depresyon üzerinde ilişkili olmadığı saptanmıştır. Keskin' in (2015) çalışmasında ise hastaların sosyal güvencesine göre depresyon puanları farklılık göstermiş olup sosyal güvencesi olmayan hastaların depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur.

Aile tipine göre incelendiğinde, yapılan çalışmada HD hastalarının aile tipine göre SF-36' da bulunan enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık ve sosyal

işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çekirdek aileye sahip hastaların enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık ve sosyal işlevsellik alt boyutlarından aldıkları puanlar geniş aileye sahip olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Çekirdek aileye sahip ailelerin daha az ekonomik giderleri olduğundan ve sorumluluklarının geniş aileye sahip olanlara göre daha az olduğu için yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Acaray'ın (2003) ve Küçük'ün (2008) çalışmalarında da bu çalışmaya benzer şekilde aile tipinin yaşam kalitesi puanlarını etkilediği saptanmıştır. Acaray'ın (2003) çalışmasında çekirdek aile yapısına sahip olan hastaların mental sağlık alt boyut puanının geniş aile yapısına sahip olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Erol'un (2010) ise yapmış olduğu çalışmada aile tipine göre SF-36'nın alt boyut puanları incelendiğinde, HD hastalarında çekirdek ailede genelde yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu saptanmış fakat aile tipi ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Yapılan çalışmada araştırmaya dahil olan HD hastalarının aile tipine göre BDE ve BAÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Buna karşın yapılan bir çalışmada aile tipine göre depresyondan alınan puanlar farklılık göstermiş, çekirdek ailede yaşayan hastaların depresyon puanları düşük bulunmuştur. Parçalanmış aileye sahip hastalarda ise depresyon puanları daha yüksek olarak saptanmıştır (Keskin, 2015). Literatürde farklı sonuçlar bulunmuş olup, aile tipinin yaşam kalitesini, depresyonu, anksiyeteyi etkileyebileceği varsayılsa da aile içi dinamiklerin farklılıklarından dolayı bu konuda kesin bir yargıya varılamayacağı düşünülmektedir.

HD tedavi süresi açısından incelendiğinde, yapılan çalışmada hastaların HD tedavi süresi ile mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından almış oldukları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde yapılan pek çok çalışmada HD süresi ile SF-36 alt boyut puanları arasında negatif ilişkinin olduğu saptanmıştır (Mittal vd., 2001; Acaray 2003; Acaray ve Pınar, 2004;

Erol, 2010). Tander, Durmuş, Akyol ve Cantürk' ün çalışmasında da diyaliz süresiyle fiziksel fonksiyon skoru arasında negatif ilişki saptanmıştır (Tander, Durmuş, Akyol ve Cantürk, 2008). Buna göre, HD süresi uzadıkça hastalarda diyaliz komplikasyonlarına ek olarak uzun seneler diyalize girmenin beraberinde getirdiği duygusal ve psikolojik etmenler, psikososyal kısıtlanma, ümitsizlik, tükenmişlik ve ölüm korkusu gibi nedenlere bağlı olarak yaşam kalitesinin azalması beklenen bir sonuçtur. Literatürde HD tedavi süreci ile yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı farkın saptanamadığı çalışmalarda vardır (Alemdar ve Çınar Pakyüz, 2015; Durmaz Akyol, 2016; Barutçu Ataş, Arıkan, Alışır Ecder ve Çiftçi, 2017).

Araştırma kapsamına alınan hastaların HD tedavi süresi ile BDE ve BAÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuş olup, tedavi süresi 1-2 yıl olan hastaların BDE ve BAÖ ölçeğinden diğer hastalara göre daha düşük puan aldığı belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalar ile paralellik göstermektedir (Özgür, Kürşat ve Aydemir, 2003; Taşkapan vd., 2005; Baydoğan ve Dağ, 2008). HD süresi arttıkça yaşanan problemlerinde artışı ile depresyon ve anksiyete puanlarının da arttığı düşünülmüştür. Baydoğan ve Dağ (2008) da yaptıkları çalışmada diyalize girme süresi ile depresif belirti düzeyi arasında pozitif ilişki olduğu saptanırken, Kocaman Yıldırım ve diğerlerinin (2013) yaptıkları çalışmada, HD süresinin hastaların depresyon riskini etkilediği, anksiyete riskini etkilemediği saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda ise diyaliz süresinin depresyonda etkili bir faktör olmadığı saptanmıştır (Jindel vd., 2003; Orhan vd., 2011).

HD seansını önerilen süreden önce terk edip etmeme durumuna göre incelendiğinde, yapılan çalışmada HD hastalarının HD seansını önerilen süreden önce terk etme durumu ile SF-36' da yer alan fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. HD seansını önerilen süreden önce terk eden hastaların fiziksel fonksiyon puanları terk etmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. Hastaların HD seansını önerilen süreden önce terk etme durumuna göre BDE ve BAÖ puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın yer

almadığı bulunmuştur. Literatür incelendiğinde HD seansını önerilen süreden önce terk etme durumu ile yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete arasındaki farkın bakıldığı bir araştırmaya rastlanmadığı için bir karşılaştırma, değerlendirme yapılamamaktadır.

Diyet konusunda incelendiğinde, yapılan çalışma da diyet konusunda sorun yaşayan hastaların SF-36' da yer alan emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutlarından diyet konusunda sorun yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan aldığı saptanmıştır. Bu bulguya paralel olarak yapılan bir diğer çalışmada, önerilen diyet programına uyanların yaşam kalitesi puanlarının uymayanlara göre yüksek olduğu; HD hastalarında fiziksel rol fonksiyon, genel sağlık algısı, emosyonel rol fonksiyon, fiziksel boyut ve mental boyut puanları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Erol, 2010). Acaray' ın (2003) yaptığı çalışmada benzer biçimde diyet programına uyan hastaların sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlanması, zindelik/yorgunluk, fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı, esenlik ve global yaşam kalitesi puanları diyet programına uymayanlara göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. HD tedavisinde oluşabilecek komplikasyonların kontrolünde beslenme ve diyet tedavisi oldukça önem arz eder. Verilen diyete uymayan HD hastalarının aşırı kilo alımına bağlı hastalıkların ve komplikasyonların görülme sıklığı arttığı için yaşam kalitesinin düşük bulunduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada hastaların diyet konusunda sorun yaşama durumuna göre BDE ve BAÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiş, diyet konusunda sorun yaşayan HD hastalarının BDE ve BAÖ puanları sorun yaşamayan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Diyete uyumsuzluğun hastalığın tedavisini ve kontrolünü olumsuz etkileyeceği buna bağlı olarak da depresyon ve anksiyetenin yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Buna karşın, kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada önerilen diyete uyma durumunun depresyon ile anksiyete üzerindeki etkisine bakıldığında, önerilen diyete uyan hastaların

depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının, diyeteye uymayan hastalardan daha düşük olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Hacıhasanoğlu, Karakurt, Yıldırım ve Uslu, 2010).

Eşlik eden başka bir hastalık açısından incelendiğinde, çalışmamızda eşlik eden başka hastalığın olma ve olmama durumu ile SF-36 puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. Çalışmaya paralel olarak Durmaz Akyol ve Karadakovan' ın (2002) yaptığı çalışmada KBY dışında başka bir hastalık olması durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı tespit edilmiştir. Değirmenci Saltürk (2006) da HD hastaları ile yapmış olduğu araştırmada eşlik eden hastalık ile yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgular yapılan çalışmayı destekler niteliktedir.

Katılımcıların eşlik eden hastalık olup olmama durumuna göre BDE ve BAÖ puanları incelenmiştir. Eşlik eden başka hastalığı olan ve olmayan hastaların BDE ve BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada da depresyon alt ölçeği ve anksiyete alt ölçeğine ait eşik üzerinde eşlik eden bir hastalığın yordayıcı bir değişken olmadığı saptanmıştır (Sağduyu vd., 2006).

HD hastalarının SF-36, BDE ve BAÖ puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, yapılan çalışmada, hastalarının BDE puanları ile SF-36' daki fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Ünal ve Bilge (2005) ile Drayer ve diğerlerinin (2006) yaptıkları çalışmalarda depresyon puanları ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Kalender ve diğerleri (2007), KBY' de depresyon puanı arttıkça, SF-36'nın tüm alt boyutlarında anlamlı olarak düşme saptamışlar, SF-36 puanları ile depresyon puanları arasında negatif korelasyon bulmuşlardır. Tander ve diğerlerinin yapmış olduğu çalışmada da hastaların SF-36 alt boyutlarından fiziksel rol güçlüğü

haricinde tüm alt boyutları ile depresyon skorları arasında negatif korelasyon saptanmıştır (Tander vd., 2008).

Yapılan çalışmada hastaların BAÖ puanları ile SF-36' da bulunan fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar saptanmıştır. Benzer şekilde Yaralı Arslan ve diğerlerinin (2011) yaptıkları çalışmada yaşam kalitesi ile anksiyete arasında negatif doğrultuda anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Balaban ve diğerlerinin (2017) yaptığı çalışmada da anksiyete belirti düzeylerinin, yaşam kalitesi ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Sonuçlar karşılaştırıldığında yapılan çalışmalar bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmada HD hastalarının BDE puanlarının enerji/canlılık, mental sağlık ve genel sağlık alt boyutundan aldıkları puanları yordadığı; BAÖ' den almış oldukları puanların, sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutu puanlarını yordadığı saptanmıştır. Sağduyu ve diğerleri (2006) beş yıl veya beş yıldan daha uzun bir süredir, HD programında tedavi gören 34 hasta ile böbrek nakli gerçekleştirilmiş olan 30 hastanın incelendiği bir çalışmada depresyon eşik üstü puanının SF-36'nın fiziksel sağlık toplam puanını; anksiyete eşik üstü puanının ise mental sağlık toplam puanını yordadığını bulmuşlardır. Bu bulgu yapılan çalışmayı destekler niteliktedir.

## 6.BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1 Sonuç

Bu araştırmada, HD gören KBY hastalarında yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca araştırmada HD hastalarının sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır.

Yapılan araştırmada elde edilen bulgulara göre hastalarının SF-36 ile BDE ve BAÖ puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, HD hastalarının BDE ve BAÖ puanları ile SF-36' daki fiziksel rol güçlüğü alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmazken, ölçekte bulunan fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar olduğu görölmüştür. HD hastalarının fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı alt boyutlarından aldıkları puanlar arttıkça, BDE ve BAÖ puanlarının azaldığı saptanmıştır.

Çalışmada HD hastalarının BDE ve BAÖ puanlarının SF-36 puanlarına etkisi çoklu doğrusal regresyon analiziyle incelendiğinde ise BDE puanlarının SF-36' nın alt boyutu olan enerji/canlılık/vitalite, mental sağlık ve genel sağlık algısı alt boyutundan aldıkları puanları negatif yönde yordadığı belirlenmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği puanlarının ise sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutu puanlarını negatif yönde yordadığı belirlenmiştir.

## 6.2 Öneriler

Bu araştırma 18 yaş ve üzeri KBY olup HD tedavisi gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 60 hasta ile sınırlıdır. Bundan sonraki çalışmalarda daha geniş bir araştırma grubuyla daha sağlıklı verilere ulaşılabilir, ilgili yaş aralığına 12-18 yaş arası HD hastaları dahil edilebilir, PD, böbrek nakli olan hastalar ya da kontrol grubu ile çalışılarak sonuçlar karşılaştırılabilir.

HD tedavisi hastaların yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilediğinden hasta grubunun yaşam kalitelerinin artırılması için hastalar düzenli olarak psikiyatrik değerlendirmeye alınmalı, depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek çıkan hastalar daha sık takip edilmeli, bu hastalara psikolojik destek sağlanmalıdır. Bu hastaların psikolojik açıdan değerlendirilmesi, gerektiğinde psikososyal destek verilmesi yaşam kalitelerini, depresyon ve anksiyetelerini potansiyel olarak olumlu yönde etkileyebilir.

HD hastalarının yaşam kaliteleri, depresyon ve anksiyeteleri ile hastaların, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının bu kavramları nasıl algıladıkları da düzenli aralıklarla değerlendirilmeli, değerlendirme sonuçlarından hastalar, hasta yakınları ve sağlık çalışanları haberdar edilmelidir. Hastaların yaşam kalitelerini arttırmak için hasta, hasta yakınları ve sağlık çalışanları birlikte ele alınmalı, yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyeteyi etkileyen faktörlerin düzeltilmesine yönelik girişimler ve eğitimler planlanmalıdır. Uygulanacak olan eğitim programlarının HD hastaların eğitim düzeyleri göz önünde bulundurularak planlanması önerilir.

Yaşam kalitesini, depresyonu ve anksiyeteyi olumlu yönde destekleyecek ve tedaviye uyumu arttıracak bu girişimlerin ve eğitimlerin planlanması önemlidir. Ancak eğitim programlarının amaca ulaşılabilmesi için doktor, hemşire, diyetisyen, sosyal danışman ve psikologlardan oluşan, hastayı hastalık sürecinde takip edebilen bir ekip işbirliği içinde çalışmalı, eğitimlerde

hastalara karmaşık ve zor durumlar karşısında nasıl davranmaları gerektiği anlaşılabilir bir dil ile anlatılmalıdır.



## KAYNAKÇA

- Acaray, A. (2003). *Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin belirlenmesi ve hasta yakınlarının hastalara ilişkin algıladıkları yaşam kalitesi görüşleri ile karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Acaray, A., & Pınar, R. (2004). Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1), 1-11.
- Akbal, Y. (2016). *Periton diyalizi hastalarında fiziksel semptomların değerlendirilmesi: Bazı değişkenler ve öz bakımla ilişkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.
- Akın, S., Taşköprü, İ., Özdilli, K., Yeşiltepe, G., Öztürk, B., & Durna, Z. (2010). Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastaların fonksiyonel performans durumu, yaşam kalitesi ve hemodiyaliz tedavisi ile ilişkili stres düzeyinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 7(3), 16-25.
- Aksungur, A. (2009). *Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelerin iş doyumu ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Akpolat, T. ve Utaş, C. (Ed.). (2008). *Hemodiyaliz hekimi el kitabı 1*. Samsun: Türk Nefroloji Derneği.
- Aktaş, S. (2009). *Eşlerden birinin kaygı düzeyi ile evlilik uyumu arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akvardar, Y., Akdede, B. B., Özerdem, A., Eser, E., Topkaya, Ş., & Alptekin, K. (2006). Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and

healthy subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(6), 693-699.

Alemdar, H., & Çınar Pakyüz, S. (2015). Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 19-30.

Altintepe, L., Güney, İ., Türk, S., Tonbul, H. Z., & Yeksan, M. (2005). Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 14(2), 85-89.

Altun, R. (2015). Dindarlık ve depresyon ilişkisi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 1(1), 15-42.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı (DSM-5), tanı ölçütleri başvuru elkitabı'ndan (5. Basım). (E.Köroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Anees, M., Malik, M. R., Abbasi, T., Nasir, Z., Hussain, Y., & Ibrahim, M. (2014). Demographic factors affecting quality of life of hemodialysis patient. *Pak J Med Sci*, 30(5), 1123-1128.

Arslan, D. T., & Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık çıktılarının ölçülmesi: QALY ve DALY. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 13(1), 99-126.

Aydiner Boylu, A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8(15), 137-150.

Bal, U., Çakmak, S., & Uğuz, Ş. (2013). Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(4), 441-459.

Balaban, Ö. D., Aydın, E., Keyvan, A., Yazar, M. S., Tuna, Ö., & Özgüven, H. D. (2017). Hemodiyaliz uygulanan hastalarda psikiyatrik komorbidite, cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesi: Bir vaka kontrol çalışması. *Arch Neuropsychiatry*, 54(2), 137-142.

- Baldwin, D. S., & Birtwistle, J. (2002). *An atlas of depression*. Southampton: The Parthenon Publishing Group.
- Baltacı, A. (2018). Nitel araştırmalarda örnekleme yöntemleri ve örnek hacmi sorunsalı üzerine kavramsal bir inceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Barutçu Ataş, D., Arıkan, H., Alışır Ecdar, S., & Çiftçi, E. H. (2017). Hemodiyaliz ve böbrek nakli hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. *Turk Neph Dial Transpl*, 26(2), 171-176.
- Başıoğul, C., & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 1-15.
- Baydoğan, M., & Dağ, İ. (2008). Prediction of depressiveness by locus of control, learned resourcefulness and sociotropy-autonomy in hemodialysis patients. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(1), 1-9.
- Beck, A. T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology*, 4, 561-571.
- Belayev, L. Y., Mor, M. K., Sevick, M. A., Shields, A. M., Rollman, B. L., Palevsky, P. M., . . . Weisbord, S. D. (2015). Longitudinal associations of depressive symptoms and pain with quality of life in patients receiving chronic hemodialysis. *Hemodialysis International*, 19(2), 216-224.
- Beser, N. G., & Öz, F. (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1), 47-58.
- Bilir, N., Özcebe, H., Vaizoğlu, S. A., Aslan, D., Subaşı, N., & Telatar, T. G. (2005). Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25(5), 663-668.
- Bowling, A., & Gabriel, Z. (2007). Lay theories of quality of life in older age. *Ageing & Society*, 27(6), 827-848.

- Braunwald, E., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Jameson, J. L. (2006). *Harrison iç hastalıkları el kitabı*. (P. Çelik, Çev.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Bulantekin, Ö. (2008). *Prediyaliz hasta grubunda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Çakın Memik, N., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., & Karakaya, I. (2008). Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 8-12 yaş çocuk formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15(2), 87-98.
- Çakın Memik, N., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, Ö. Ş., & Karakay, I. (2007). Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 Yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 353-363.
- Çelik, H. C., & Acar, T. (2007). Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 12(1), 23-27.
- Çetinay Aydın, P., Akyalçın, S., & Mete, L. (2009). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde antiepileptik ilaçların kullanımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 80-94.
- Çivi, S., Kutlu, R., & Çelik, H. H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53(4), 248-253.
- Çolakoğlu, M., & Nalbant M. (2005). Transplantasyon için Denizli'den kadavra organ çıkarımı. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 14(3), 123-126.
- Dalmaz, E. (2014). *Üniversite öğrencilerinde siber zorbalık/mağduriyet, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- De Sousa, A. (2008). Psychiatric issues in renal failure and dialysis. *Indian Journal of Nephrology*, 18(2), 47-50.
- Değirmenci Saltürk, A.G. (2006). *Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin diyaliz yeterliliği ile ilişkisi*. Tıpta uzmanlık tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi III. Dâhiliye Kliniği, İstanbul.
- Demirkaya, Y. (2010). *Çekmeköy'ün sosyo-ekonomik yapısı ve kentsel yaşam kalitesi*. İstanbul: Çekmeköy Belediye Başkanlığı Yayını.
- Develi, E. (2006). *Konya'da ilköğretim okullarında görev yapan beden eğitimi öğretmenlerinin sürekli kaygı durumlarının incelenmesi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Drayer, R. A., Piraino, B., Reynolds, C. F., Houck, P. R., Mazumdar, S., Bernardini, J., . . . Rollman, B. L. (2006). Charac of depression in hemodialysis patients: Symptoms, quality of life and mortality risk. *General Hospital Psychiatry*, 28(4), 306-312.
- Durmaz Akyol, A. (2016). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(1), 17-33.
- Durmaz Akyol, A., & Karadakovan, A. (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41(2), 97-102.
- Edisan, Z., & Kadioğlu, F. (2013). Yaşam kalitesi kavramının antik dönemdeki öncülleri. *Lokman Hekim Journal*, 3(3), 1-4.
- Ekşi, F. (2006). *Rehber öğretmenlerin okul iklim algıları ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişki üzerine araştırma*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Elbi Mete, H. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3 18.

- Erek, E., Süleymanlar, G., & Serdengeçti, K. (2002). Nephrology, dialysis and transplantation in Turkey. *Nephrol Dial Transplant*, 17(12), 2087-2093.
- Erol, N. (2010). *Diyaliz tedavisine başlanmayan kronik böbrek yetmezliği hastaları ile hemodiyaliz tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ertan, T. (2008) Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 62, 25-30.
- Esen, B., Gökmen, E. S., Atay, A. E., Sarı, H., Karakoç, A., Kahvecioğlu, S., . . . Şit, D. (2015). Son dönem böbrek yetmezliğinde renal replasman tedavilerine göre anksiyete ve depresyonun varlığı ve etkileyen faktörler. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 24(3), 270-277.
- Feest, T. (2007). Epidemiology and causes of chronic renal failure. *Medicine*, 35(8), 438-441.
- Fidan, T., Ertekin, V., & Karabağ, K. (2013). Depression-anxiety levels and the quality of life among children and adolescents with coeliac disease. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26(3), 232-238.
- Finkelstein, F. O., & Finkelstein, S. H. (2000). Depression in chronic dialysis patients: Assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant*, 15(12), 1911-1913.
- Gorji, M. A., Davanloo, A. A., & Heidarigorji, A. M. (2014). The efficacy of relaxation training on stress, anxiety, and pain perception in hemodialysis patients. *Indian Journal of Nephrology*, 24(6), 356-362.
- Göller, F. (2009). *Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin sağlık çalışanları ve hastalar tarafından değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., & Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.
- Helvacı Çelik, F., & Hocoğlu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Hisli, N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 22, 118-126.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.
- Holmes, S. (2005). Assessing the quality of life-reality or impossible dream? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 42(4), 493-501.
- Jin, R., Grunkemeier, G. L., Brown, J. R., & Furnary, A. P. (2008). Estimated glomerular filtration rate and renal function. *The Annals of Thoracic Surgery*, 86(1), 1-3.
- Jindel, R. M., Joseph, J. T., Morris, M. C., Santella, R. N., & Baines, L. S. (2003). Noncompliance after kidney transplantation: a systematic review. *In Transplantation proceedings*, 35(8), 2868-2872.
- Kaçmaz, Z. (2016). *Böbrek nakli olmuş hastaların hemodiyaliz tedavisi gören hastalara göre depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. Tıpta uzmanlık tezi. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- Kadayıfçı, A. (2016). *UTS Dahiliye*. Ankara: Tusdata.
- Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J. D., Block, G., & Humphreys, M. H. (2001). Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*, 12(12), 2797-2806.

- Kalender, B., Özdemir, A. C., Dervişoğlu, E., & Özdemir, O. (2007). Quality of life in chronic kidney disease: Effects of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *International Journal of Clinical Practice*, 61(4), 569-576.
- Kang, G. W., Lee, I. H., Ahn, K. S., Lee, J., Ji, Y., & Woo, J. (2015). Clinical and psychosocial factors predicting health-related quality of life in hemodialysis patients. *Hemodialysis International*, 19(3), 439-446.
- Kao, T. W., Lai, M. S., Tsai, T. J., Jan, C. F., Chie, W. C., & Chen, W. Y. (2009). Economic, social, and psychological factors associated with health-related quality of life of chronic hemodialysis patients in Northern Taiwan: A multicenter study. *Artificial Organs*, 33(1), 61-68.
- Karadakovan, A. (2016). Böbrek-idrar yolları hastalıkları ve hemşirelik bakımı. T. Bedük (Ed.), *İç hastalıkları hemşireliği akıl notları* içinde (s. 197-218). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
- Karakoç Kumsar, A., & Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.
- Karasar, N. (2006). *Bilimsel araştırma yöntemi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kaya, M., & Varol, K. (2004). İlahiyat fakültesi öğrencilerinin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve kaygı nedenleri (Samsun Örneği). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 17(17), 31-63.
- Kaya, P., İpekçi Çetin, E., & Kuruüzüm, A. (2011). Çok kriterli karar verme ile Avrupa Birliği ve aday ülkelerin yaşam kalitesinin analizi. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi*, (13), 80-94.
- Keçecioğlu, N., Özcan, E., Yılmaz, H., Sezer, T., Eryılmaz, M., Ersoy, F., . . . Yakupoğlu, G. (1995). Hemodiyaliz ve kronik ambulator periton diyalizi tedavisi gören hastalar ve bu hasta yakınlarının depresyon,

anksiyete ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, (3), 172-176.

Keskin, B. (2015). *Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeyleri, algılanan duygu dışavurum düzeyleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kızılıçık Z. (2009). *Hemodiyaliz hastalarında depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

Kimmel, P. L. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 59(4), 1599-1613.

Klang, B., & Clyne, N. (1997). Well-being and functional ability in uraemic patients before and after having started dialysis treatment. *Scand J Caring Sci*, 11(3), 159-166.

Kocaman Yıldırım, N., Okanlı, A., Yılmaz Karabulutlu, E., Karahisar, F., & Özkan, S. (2013). Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: Çok merkezli bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 14(3), 252-259.

Koçer, Z. M. (2006). *Hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesinin karşılaştırılması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (KF 36)' nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.

Köroğlu, G., Çorapçıoğlu, A., & Kalender, B. (2003). Kronik böbrek yetmezlikli depresif hastalarda sitalopram tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: Açık etiketli bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri*, 6(3), 158-164.

- Kring, D. L., & Crane, P. B. (2009). Factors affecting quality of life in persons on hemodialysis. *Nephrology nursing journal*, 36(1), 15.
- Kuzeyli Yıldırım, Y., & Fadıloğlu, Ç. (2005). Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(1), 33-45.
- Küçük, L. (2005). Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 14(4), 166-170.
- Küçük, M. (2008). *Hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri, hasta özellikleri ve hemşirelik hizmetleri ile ilgili doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Küntüz, İ. S. (2016). *Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesine etkileri*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Lee, Y. J., Kim, M. S., Cho, S., & Kim, S. R. (2013). Association of depression and anxiety with reduced quality of life in patients with predialysis chronic kidney disease. *Int J Clin Pract*, 67(4), 363-368.
- Levey, A. S., Eckardt, K. U., Tsukamoto, Y., Levin, A., Coresh, J., Rossert, J., . . . Eknoyan, G. (2005). Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney International*, 67(6), 2089-2100.
- Lew-Starowicz, M., & Gellert, R. (2009). The sexuality and quality of life of hemodialyzed patients—ased multicenter study. *J Sex Med*, 6(4), 1062-1071.
- Lopes, İ. B., Matos, C. M., Leite, E. B., Martins, M. T., Martins, M. S., Silva, L. F., . . . Port, F. K. (2010). Depression as a potential explanation for gender differences in health-related quality of life among patients on maintenance hemodialysis. *Nephron Clinical Practice*, 115 (1), 35-40.

- Mandoorah, Q. M., Shaheen, F. A., Mandoorah, S. M., Bawazir, S. A., & Alshohaib, S.S. (2014). Impact of demographic and comorbid conditions on quality of life of hemodialysis patients: A cross sectional study. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 25(2), 432.
- Mandzuk, L. L., & McMillan, D. E. (2005). A concept analysis of quality of life. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 9(1), 12-18.
- Merkus, M. P., Jager, K. d., Dekker, F. W., Boeschoten, E. W., Stevens, P., & Krediet, R. T. (1997). Quality of Life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. *American Journal of Kidney Diseases*, 29(4), 584-592.
- Meyer, K. B., Espindle, D. M., DeGiacomo, J. M., Jenuleson, C. S., Kurtin, P. S., & Davies, A. R. (1994). Monitoring dialysis patients' health status. *American Journal of Kidney Diseases*, 24(2), 267-279.
- Mittal, S. K., Ahern, L., Flaster, E., Maesaka, J. K., & Fishbane, S. (2001). Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 16(7), 1387-1394.
- Mollaoğlu, M., Durna, Z., & Eşkazan, E. (2001). Epilepsili Hastaların Yaşam Kalitesinin QOLIE-89 (Epilepside yaşam kalitesi ölçeği) ile değerlendirilmesi. *Epilepsi*, 7(3), 73-80.
- Neto, J., Ferraz, M., Cendoroglo, M., Draibe, S., Yu, L., & Sesso, R. (2000). Quality of life at the initiation of maintenance dialysis treatment--a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires. *Quality of Life Research*, 9(1), 101-107.
- Orhan, F. O., Ozer, A., Sayarlioglu, H., Dogan, E., Altunoren, O., Akman, O., ... & Temizkan, A. (2011). Temperament and Character Profiles of Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 201-209.

- Özçetin, A., Bicik Bahçebaşı, Z., Bahçebaşı, T., Cinemre, H., & Ataoğlu, A. (2009). Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (2), 142-150.
- Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özgür, B., Kürşat, S., & Aydemir, Ö. (2003). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12(2), 113-116.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Peel, N. M., Bartlett, H. P., & Marshall, A. L. (2007). Measuring quality of life in older people: Reliability and validity of WHOQOL-OLD. *Australasian Journal on Ageing*, 26(4), 162-167.
- Pop-Jordanova, N. D., & Polenakovic, M. H. (2013). Psychological characteristics of patients treated by chronic maintenance hemodialysis. *Int J Artif Organs*, 36(2), 77-86.
- Sağduyu, A., Şentürk, V., Sezer, S., Emiroğlu, R., & Özel, S. (2006). Hemodiyalize Giren ve Böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 22-31.
- Santos, P. R., Daher, E. F., Silva, G. B., Libório, A. B., & Kerr, L. R. (2009). Quality of life assessment among haemodialysis patients in a single centre: a 2-year follow-up. *Quality of Life Research*, 18(5), 541-546.
- Savrun, B. M. (1999). Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi. *İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*, İstanbul.

- Sayı, I. ve Özgüven, H. D. (2000). *Ruh sağlığı ve hastalıkları*. Ankara: Antıp A. Ş.
- Sayın, A., Mutluay, R., & Sindel, S. (2007). Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *In Transplantation Proceedings*, 39(10), 3047-3053.
- Schrier, R. W. (2007). *Nefroloji el kitabı*. (G. Süleymanlar, Çev.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Seyahi, N., Ateş, K., & Süleymanlar, G. (2016). Türkiye'de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk Nefroloji Derneği kayıt sistemi 2014 yılı özet raporu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 25(2), 135-141.
- Soylu, D., & Ortabağ, T. (2017). Böbrek transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(2), 215-221.
- Spinney, L. (2009). European brain policy forum 2009: Depression and the European society. *European Psychiatry*, 24(8), 550-551.
- Stevens, P. E., & Levin, A. (2013). Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 158(11), 825-830.
- Stojanovic, M., & Stefanovic, V. (2007). Assessment of health-related quality of life in patients treated with hemodialysis in serbia: Influence of comorbidity, age, and income. *Artificial organs*, 31(1), 53-60.
- Suet-Ching, W. L. (2001). The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 218-227.
- Süleymanlar, G. (2008). Nefroloji. E. Erol (Ed.), *İç hastalıkları içinde* (s. 2699-2927). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Süleymanlar, G., Ateş, K., & Seyahi, N. (2018). *T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu*. Ankara: Türk Nefroloji Derneği Yayınları.

- Tamar, M., & Özbaran, B. (2004). Çocuk ve ergenlerde depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2(1), 84-92.
- Tander, B., Durmuş, D., Akyol, Y., & Cantürk, F. (2008). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi, ağrı ve depresyon. *Romatizma/Rheumatism*, 23(3), 72-76.
- Tanrıverdi, M. H., Karadağ, A., & Hatipoğlu, E. Ş. (2010). Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2(2), 27-32.
- Taskapan, H., Ates, F., Kaya, B., Emul, M., Kaya, M., Taskapan, C., & Sahin, I. (2005). Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic haemodialysis. *Nephrology*, 10(1), 15-20.
- Taylor, R. M., Gibson, F., & Franck, L. S. (2008). A concept analysis of health-related quality of life in young people with chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 17(14), 1823-1833.
- Top, M. Ş., Özden, S. Y., & Efe Sevim, M. (2003). Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam*, 16(1), 18-23.
- Tsay, S. L., & Healstead, M. (2002). Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 245-251.
- Tural Hesapçioğlu, S., Tural, M. K., & Kandil, S. (2014). Kronik tik bozukluğu bulunan çocuklarda yaşam kalitesi ve benlik saygısı. *Türk Pediatri Arşivi*, 49(4), 323-332.
- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Ulusoy, M., Şahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163-172.
- Ülev, E. (2014). *Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzının depresyon, kaygı ve stres belirtileriyle ilişkisi*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Ünal, G., & Bilge, A. (2005). Hemodiyaliz tedavisindeki son dönem böbrek yetmezlikli hastaların ruhsal durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 44(1), 35-38.
- Üneri, Ö., & Çakın Memik, N. (2007). Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 14(1), 48-56.
- Walters, B. A., Hays, R. D., Spritzer, K. L., Fridman, M., & Carter, W. B. (2002). Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia, and malnutrition at hemodialysis initiation. *American Journal of Kidney Diseases*, 40(6), 1185-1194.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Yaralı Arslan, S., Karaca Sivrikaya, S., Erdem, N., & Durmaz Akyol, A. (2011). Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 30-35.
- Yıldırım, A., Ögütmen, B., Bektaş, G., İşçi, E., Mete, M., & Tolgay, H. I. (2007). Translation, cultural adaptation, initial reliability, and validation of the Kidney Disease and Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF 1.3) in Turkey. *Transplantation Proceedings*, 39(1), 51-54.
- Yıldız, İ., Sabuncuoğlu, M. Z., Solmaz, F. A., Koca, Y. S., & Bülbül, M. (2018). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde organ nakli merkezi kurulması. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 228-231.

## EKLER

### Ek 1. Katılımcı Bilgilendirme Formu

Sayın katılımcı,

Hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi için yürütmekte olduğumuz araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz.

Sizden katılmanızı istediğimiz Hemodiyaliz Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Depresyon ve Anksiyetinın İncelenmesi isimli araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan Neval YÜKSEKYAYLA tarafından, Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tez araştırmasıdır. Bu araştırmada, hemodiyaliz gören kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada yer almayı kabul ettiğiniz takdirde, ortalama otuz dakikalık tek bir görüşme yapılarak size bazı sorular sorulacaktır. Bu sorulara içtenlikle cevap vermeniz beklenmektedir. Verdiğiniz yanıtlar anketör tarafından kayıt altına alınacak ve sizden alınan yanıtlar bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Verdiğiniz yanıtlar kimlik bilgileriniz hiç kimse ile paylaşılmadan kayıt altına alınacak, araştırma ekibi tarafından en az beş yıl saklanacaktır. Daha sonra ise tüm veri tabanlarından silinecektir.

Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanır. Katılıp katılmamak sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışma süresince toplanan veriler yalnızca akademik araştırma amacıyla kullanılacaktır. Kimlik bilgilerinizin gizliliği korunup, kayıt altına alınacaktır. Bu konu ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz olursa, aşağıdaki iletişim bilgilerinden bizlere ulaşabilirsiniz.

Yardıminız için çok teşekkür ederim.

Yrd. Doç Dr. Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi

Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi

E-posta: meryem.karaaziz@gmail.com

Neval YÜKSEKYAYLA

Yakın Doğu Üniversitesi

Yüksek Lisans Öğrencisi

nevalyuksekyayla@gmail.com

Tel: 05338723383

## Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu

Hemodiyaliz Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Depresyon ve Anksiyetin İncelenmesi isimli araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan Neval YÜKSEKYAYLA tarafından, Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tez araştırmasıdır.

Bu araştırmada, hemodiyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesi ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanır. Katılıp katılmamak sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışma süresince toplanan veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Kimlik bilgilerinizin gizliliği korunup, kayıt altına alınacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bir bilgi olarak kullanılmasını sağlayacaktır.

Yardıminız için çok teşekkür ederim.

Yrd. Doç Dr. Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi

Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi

E-posta: meryem.karaaziz@gmail.com

Neval YÜKSEKYAYLA

Yakın Doğu Üniversitesi

Yüksek Lisans Öğrencisi

nevalyuksekyayla@gmail.com

Tel: 05338723383

Aşağıya imzanızı atarak çalışmaya katılmayı kabul etmiş olursunuz.

Katılımcının adı soyadı:

İmza:

Tarih:

### Ek 3. Kısa Form-36 (SF-36)

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

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

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

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

3. Aşağıdaki 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, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İtmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma 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 veya giyinme			

#### Ek 4. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

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

1.	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2.	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3.	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum

### Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir (1) hafta içinde, sizi ne kadar rahatsız ettiğini uygun yeri işaretleyerek belirleyiniz.

	<b>Hiç</b>	<b>Hafif düzeyde/ Beni pek etkilemedi</b>	<b>Orta düzeyde/ Hoş değildi ama katlanabildim</b>	<b>Ciddi düzeyde/ Dayanmakta çok zorlandım</b>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				

**Ek 6. Sosyodemografik Veri Formu**

Hastanın adı soyadı:

1.Yaşınız:

18-25

26-35

36-45

46- 55

56-65

66 yaş ve üzeri

2.Cinsiyetiniz nedir?

Kadın  Erkek

3.Medeni durumunuz nedir?

Evli  Bekar  Boşanmış  Dul

4.Çocuğunuz var mı?

Evet  Hayır

5.Eğitim düzeyiniz nedir?

Okur yazar değil

Okur-yazar

İlkokul

Ortaokul

Lise

Yüksekokul

Üniversite

Lisansüstü/Doktora

6.Mesleğiniz nedir?

Çalışmıyor

Ev hanımı

Öğrenci

İşveren

Yüksek eğitilmiş kendi hesabına çalışanlar (Avukat, hekim, hakim, savcı, mühendis, mimar gibi)

Memur (Devlet dairesinin de memur, öğretmen, polis, hemşire gibi)

Esnaf

Kamuda veya özel sektörde düzenli aylık gelir kazanan çalışanlar

Emekli

Diğer

7. Gelir durumunuz giderlerinizi karşılıyor mu?

Evet

Hayır

8. Sosyal güvenceniz var mı?

Var  Yok

9. Aile tipiniz nedir?

Çekirdek aile

Geniş aile

Parçalanmış aile

Diğer

10. Ne kadar süredir hemodiyaliz tedavisi almaktasınız?

1-11 ay  1-2 yıl  3-5 yıl  6-10 yıl  11 yıl ve üzeri

11. Haftada kaç gün hemodiyalize giriyorsunuz?

Bir  İki  Üç  Üç günden fazla

12. Düzenli hemodiyaliz tedavisi alıyor musunuz?

Evet  Hayır

13. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

Evet  Hayır  Bazen kullanmıyorum

14. Tedavi ekibinin önerilerine uyuyor musunuz?

Evet  Hayır  Bazen uymuyorum

15.Hemodiyaliz seansını sizin için önerilen süreden önce terk ettiğiniz oluyor mu?

Evet  Hayır

16.Diyete uyma konusunda sorun yaşıyor musunuz?

Evet  Hayır

17.Hemodiyaliz seanslarında aşağıdaki sorunlardan hangisi ile en sık karşılaşırsınız?

Kas ağrıları  Bulantı, kusma  Kaşıntı  Halsizlik  Diğer

18.Eşlik eden hastalık (yüksek tansiyon, kansızlık, kalp damar hastalıkları vs.) var mı?

Evet  Hayır

19.Hemodiyaliz tedavisi süresince hastalığınız hakkında size bilgi veren, öneride bulunan kişiler var mı?

Evet  Hayır

20.Hemodiyaliz tedavisi süresince duygu ve düşüncelerinizi paylaştığınız kişiler var mı?

Evet  Hayır

21.Hemodiyaliz tedavisi süresince size maddi yardımda bulunan kişiler var mı?


Evet  Hayır

22.Hemodiyaliz tedavisi süresince yerine getirilemeyen sorumluluklar için destek aldığınız kişiler var mı?


Evet  Hayır

## Ek 7. Ölçek İzinleri

**Yüksek lisans tezim için ölçek izni** Gelen Kutusu x ✕ 🖨 🔗

 **neval yuksekyayla** <nevalyuksekyayla@gmail.com> 22 Ekim Sal 19:23 (12 gün önce) ☆ ↩ ⋮  
Alıcı: soaydemir ▾

Merhabalar Hocam.  
Ben Neval YÜKSEKYAYLA, Yakın Doğu Üniversite'si Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım.  
Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ danışmanlığında, hemodiyaliz gören kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesini etkileyen depresyon ve anksiyetenin incelenmesi ile ilgili tez çalışması yürütmekteyim. İlgili literatürü taradım. Yaşam kalitesi ile ilgili birçok ölçeğe rastlamama rağmen en kapsamlı bulgulara sizin geliştirmiş/uyarlamış olduğunuz "Yaşam Kalitesi Testi Kısa Form-36" ile ulaşacağıma inanıyorum. İzniniz olursa gerekli bilimsel atıfları yaparak ölçeğinizi çalışmamda kullanmak istiyorum.  
Saygılarımla.

 **Omer Aydemir** 22 Ekim Sal 20:01 (12 gün önce) ☆ ↩ ⋮  
Alıcı: ben ▾

Sayın Neval Yüksekayla,  
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini tez araştırmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.  
Kolaylıklar diliyorum.  
Prof. Dr. Ömer Aydemir  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

**Beck Depresyon Envanteri** Gelen Kutusu x**Gulsen T.** <gulsenturk@yahoo.com>

24 Ekim Per 20:51 (10 gün önce)



Alıcı: ben ▾

Sayın Neval Yüksekayla,

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

Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına

Gülşen Hisli



Yüksek lisans tezim için ölçek izni Gelen Kutusu x**neval yuksekyayla** <nevalyuksekyayla@gmail.com>

23 Ekim Çar 20:21 (11 gün önce)



Alıcı: husnuerkmen

Merhabalar Hocam.

Ben Neval YÜKSEKYAYLA, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım.

Yrd. Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ danışmanlığında, hemodiyaliz gören kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam kalitesini etkileyen depresyon ve anksiyetenin incelenmesi ile ilgili tez çalışması yürütmekteyim. İlgili literatürü taradım. Anksiyete düzeyi ile ilgili en kapsamlı bulgulara sizin geliştirmiş/uyarlamış olduğunuz "Beck Anksiyete Ölçeği" ile ulaşacağıma inanıyorum. İzniniz olursa gerekli bilimsel atıfları yaparak ölçeğinizi çalışmamda kullanmak istiyorum. Saygılarımla.

**Husnu Erkmen**

24 Ekim Per 08:49 (10 gün önce)



Alıcı: ben

Ölçeği kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda başarılar diliyorum



## ÖZGEÇMİŞ

Neval YÜKSEKYAYLA, 1994 yılında Adana' da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana' da tamamladı. 2013 yılında Yakın Doğu Üniversitesi' nde psikoloji bölümünü kazandı. 2018 yılında Yakın Doğu Üniversitesi psikoloji bölümünden mezun oldu. Lisans eğitimi döneminde Adana Devlet Hastanesi ve Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde klinik stajlarını tamamladı. 2018 yılında Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başladı. Yakın Doğu Üniversitesi Klinik Psikoloji yüksek lisans programına başladıktan sonra Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi' nde stajını tamamladı.



# İNTİHAL RAPORU

## Turnitin Originality Report

Processed on: 05-Aug-2020 09:51 EEST

ID: 1366132048

Word Count: 18647

Submitted: 1

Similarity Index		Similarity by Source	
15%		Internet Sources:	11%
		Publications:	6%
		Student Papers:	11%

HEMODİYALİZ GÖREN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN DEPRESYON VE ANKSİYETENİN İNCELENMESİ By Neval Yüksekayla

1% match (student papers from 14-Aug-2019)

[Submitted to Eastern Mediterranean University on 2019-08-14](#)

1% match (Internet from 25-Sep-2019)

<http://docs.neu.edu.tr/library/6813339168.pdf>

< 1% match (Internet from 22-Sep-2019)

<http://docs.neu.edu.tr/library/6729260667.pdf>

< 1% match (Internet from 22-Jun-2020)

<http://docs.neu.edu.tr/library/6812887096.pdf>

< 1% match (Internet from 07-May-2019)

<http://acikerisim.aku.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11630/3792/204195.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

< 1% match (student papers from 15-May-2020)

[Submitted to Eastern Mediterranean University on 2020-05-15](#)

< 1% match (student papers from 23-Oct-2018)

[Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi on 2018-10-23](#)

< 1% match (Internet from 30-Jun-2012)

[http://psikiyatricsosyalhizmet.com/wp-content/uploads/2010/02/diyaliz\\_psik\\_belirti.pdf](http://psikiyatricsosyalhizmet.com/wp-content/uploads/2010/02/diyaliz_psik_belirti.pdf)

< 1% match (publications)

[YILDIRIM, KOCAMAN, Nazmiye, OKANLI, Ayşe, KARABULUTLU, YILMAZ, Elanur, KARAHISAR, Fadime and OZKAN, Sedat. "Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: Çok merkezli bir çalışma", Esform Ofset, 2013.](#)

## ETİK KURUL RAPORU



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

14.01.2020

Sayın Neval Yüksekayla

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2020/577 proje numaralı ve **"Hemodiyaliz Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Kalitesini Etkileyen Depresyon ve Anksiyetenin İncelenmesi"** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

**Not:** Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.