



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KALP VE HEMODİYALİZ HASTALARININ ÖLÜM KAYGISI VE
ÖLÜME İLİŞKİN DEPRESYON DÜZEYLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

ZEYNEP EZGİ YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr. HATİCE YORULMAZ

İSTANBUL – 2011

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Zeynep Ezgi YILMAZ tarafından hazırlanan **“Kalp ve Hemodiyaliz Hastalarının Ölüm Kaygısı ve Ölüme İlişkin Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :22.06.2011

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

İmzası

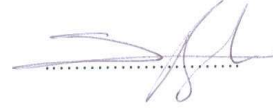
Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Hatice YORULMAZ
:Haliç Üniversitesi/ HYO.
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Birsen YÜRÜGEN
: Okan Üniversitesi/ SBYO.



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Sevim BUZLU
: İstanbul Üniversitesi/ Hem. Fak.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

I. TEŞEKKÜR

Çalışmama değerli bilgi ve önerileri ile katkıda bulunan, araştırma boyunca her türlü sabrı, yardım ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım, sayın hocam **Yard.Doç.Dr. Hatice Yorulmaz’ a**,

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu değerli öğretim üyesi **Fatma Özhan’a**,

Araştırmamı gerçekleştirdiğim **İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü’ne**, **Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi’ne** ve çalışmaya katılmayı kabul eden ve destekleyen **tüm katılımcılara**,

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi bu aşamada da sevgilerini, desteklerini esirgemeyen annem **Yasemin Yılmaz**, babam **Süleyman Yılmaz**, sevgili ağabeylerim **Çetin Yılmaz** ve **Emre Yılmaz** başta olmak üzere **tüm yakınlarıma**,

Tez çalışmam boyunca bana güç veren arkadaşım **Burcu Özen’e**,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Zeynep Ezgi YILMAZ

II. İÇİNDEKİLER

SAYFA

I. Teşekkür	I
II. İçindekiler	II
III. Kısaltmalar	VII
IV. Tabloların Listesi	VIII
1. Özet	1
2. Summary	2
3. Giriş ve Amaç	4
4. Genel Bilgiler	7
4.1.1. Kalp Ritmi Bozuklukları	7
4.1.1.1. Sinüs Düğümü Hastalıkları	8
4.1.1.1.1. Normal sinüs ritmi	8
4.1.1.1.2. Sinüs Ekstrasistolleri	8
4.1.1.1.3. Sinüs Taşikardisi	8
4.1.1.1.4. Sinüs Bradikardisi	9
4.1.1.1.5. Sinüs Aritmisi	9
4.1.1.2. Sino-Atrial Blok	9
4.1.1.3. Atrial Flutter	9
4.1.1.4. Atrial Fibrilasyon	10
4.1.1.5. Ventriküler Taşikardi	10
4.1.1.6. Ventriküler Fibrilasyon	11

4.1.1.7. İletim Aritmileri	11
4.1.1.7.1. Birinci Derece A.V. Blok	11
4.1.1.7.2. İkinci Derece A.V. Blok	11
4.1.1.7.3. Üçüncü Derece A.V. Blok	11
4.1.1.8. Kardiyak Pacemaker (Kalp Pili)	12
4.1.2. Koroner Arter Hastalıkları	12
4.1.2.1. Hipertansiyon	12
4.1.2.2. Ateroskleroz	13
4.1.2.3. Stabil Angina Pectoris	14
4.1.2.4. Unstabil Angina Pectoris	15
4.1.2.5. Akut Koroner Sendrom	16
4.1.2.6. Akut Miyokard İnfarktüsü	18
4.1.3. Kalbin Yapısal Hastalıkları	19
4.1.3.1. Konjenital (Doğumsal) Kalp Hastalıkları	19
4.1.3.2. Romatizmal Kalp Hastalığı	20
4.1.3.3. Kalbin Enfeksiyon Hastalıkları	20
4.1.3.3.A. Enfektif Endokardit	20
4.1.3.3.B. Miyokardit	21
4.1.3.3.C. Perikardit	21
4.1.4. Kalp Yetmezliği	22
4.1.5. Kalp Hastalarında Görülen Psikiyatrik Sorunlar	23
4.2. Kronik Böbrek Yetmezliği	26
4.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedenleri	26

4.2.2. Klinik Özellikler	28
4.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı	29
4.2.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavisi	29
4.2.4.1. Böbrek Nakli	30
4.2.4.1.1. Böbrek Naklinin Avantajları	31
4.2.4.1.2. Böbrek Naklinin Dezavantajları	31
4.2.4.1.3. Böbrek Naklinin Kontrendikasyonları	32
4.2.4.2. Diyaliz	32
4.2.4.2.1. Fizyolojik Prensipler	33
4.2.4.2.2. Diyalizin Endikasyonları	34
4.2.4.2.3. Diyalizin Kontrendikasyonları	35
4.2.4.2.4. Diyaliz Yöntemleri	35
4.2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Görülen Psikiyatrik Sorunlar	40
4.2.5.1. Uyum ve Davranış Bozuklukları	41
4.2.5.2. Organik Beyin Sendromları	42
4.2.5.3. Anksiyete Bozukluğu	43
4.2.5.4. Depresyon	43
4.2.5.5. Cinsel İşlev Kaybı	44
4.2.5.6. Diyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunlarında Hemşirenin Sorumlulukları	44
4.3. Ölüm	46
4.3.1. Ölüm Kaygısı	48
5. Gereç ve Yöntem	51
5.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli	51

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	51
5.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	51
5.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	51
5.5. Veri Toplama Araçları	51
5.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	52
5.5.2. Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	52
5.5.3. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği	52
5.6. Araştırmanın Uygulanması	53
5.7. Araştırmanın Etik Yönü	53
5.8. İstatistiksel Analiz	53
5.9. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları	53
6. Bulgular	55
6.1. Kalp Hastalarına İlişkin Bulgular	55
6.1.1. Kalp Hastalarında Ölüm Anksiyetesi Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları	58
6.1.2. Kalp Hastalarında Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları	70
6.2. Diyaliz Hastalarına İlişkin Bulgular	82
6.2.1. Diyaliz Hastalarının Ölüm Anksiyetesi Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları	85
6.2.2. Diyaliz Hastalarının Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları	94
7. Tartışma	105
7.1. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri ile Ölüm Anksiyetesi ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Bulgularının Tartışılması	105
7.2. Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine Ait Özellikleri ile Ölüm Anksiyetesi ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Bulgularının Tartışılması	108

7.3. Diyaliz Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri ile Ölüm Anksiyetesi ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Bulgularının Tartışılması	109
7.4. Diyaliz Hastalarının Hastalık Değişkenlerine Ait Özellikleri ile Ölüm Anksiyetesi ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Bulgularının Tartışılması	113
8. Sonuç ve Öneriler	115
9. Kaynaklar	117
10. Ekler	125
EK - 1: Tanıtıcı Bilgi Formu	126
EK - 2: Ölüm Anksiyetesi Ölçeği	129
EK - 3: Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği	130
EK - 4: İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nden Alınan İzin Belgesi	131
EK - 5: Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi	133
11. Özgeçmiş	134

III. Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AB0	Kan Grupları
AKS	Akut Koroner Sendrom
AMI	Akut Miyokard İnfarktüsü
ASA	Asetilsalisilik Asit
A.V.	Atriyoventriküler
DM	Diabetes Mellitus
EKG	Elektrokardiyografi
HLH	Human Lökosit Antijenleri
HT	Hipertansiyon
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KKH	Konjenital Kalp Hastalığı
KKY	Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
O ₂	Oksijen
Ö.A.Ö	Ölüm Anksiyetesi Ölçeği
Ö.İ.D.Ö	Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği
SAP	Stabil Angina Pectoris
SAPD	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
USAP	Unstabil Angina Pectoris
VT	Ventriküler Taşikardi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

IV. Tabloların Listesi

SAYFA

Tablo 4-1: Amerika Birleşik Devletlerinde Son Dönem Böbrek Yetmezliği Nedenleri	27
Tablo 4-2: Ülkemizde 1997 Yılında Saptanan Yeni Kronik Böbrek Yetmezliği Olgularının Nedenleri	27
Tablo 4-3: Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri	28
Tablo 6.1.1: Kalp Hastalarının Sosyodemografik Değişkenlerine Ait Bulgular	55
Tablo 6.1.2: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine Ait Bulgular	56
Tablo 6.1.1.1: Kalp Hastalarının Yaş Grubu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	58
Tablo 6.1.1.2: Kalp Hastalarının Cinsiyet Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	59
Tablo 6.1.1.3: Kalp Hastalarının Medeni Durum Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	60
Tablo 6.1.1.4: Kalp Hastalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	60
Tablo 6.1.1.5: Kalp Hastalarının Meslek Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	61
Tablo 6.1.1.6: Kalp Hastalarının Ekonomik Durum Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	62
Tablo 6.1.1.7: Kalp Hastalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	62
Tablo 6.1.1.8: Kalp Hastalarının Hastalık Tanısı Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	63
Tablo 6.1.1.9: Kalp Hastalarının Kronik Hastalık Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	64

Tablo 6.1.1.10: Kalp Hastalarının Akrabalarında Benzer Hastalık Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	65
Tablo 6.1.1.11: Kalp Hastalarının Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	65
Tablo 6.1.1.12: Kalp Hastalarının Hastalıkları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	66
Tablo 6.1.1.13: Kalp Hastalarının Anjiyografi Yapılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	67
Tablo 6.1.1.14: Kalp Hastalarının Stent Takılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	67
Tablo 6.1.1.15: Kalp Hastalarının Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	68
Tablo 6.1.1.16: Kalp Hastalarının Pacemaker İmplantasyonu Yapılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	68
Tablo 6.1.1.17: Kalp Hastalarının Gelecek Hakkında Umutsuzluğa Düşme Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	69
Tablo 6.1.2.1: Kalp Hastalarının Yaş Grubu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	70
Tablo 6.1.2.2: Kalp Hastalarının Cinsiyet Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	70
Tablo 6.1.2.3: Kalp Hastalarının Medeni Durum Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	71
Tablo 6.1.2.4: Kalp Hastalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	71

Tablo 6.1.2.5: Kalp Hastalarının Meslek Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	72
Tablo 6.1.2.6: Kalp Hastalarının Ekonomik Durum Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	73
Tablo 6.1.2.7: Kalp Hastalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	74
Tablo 6.1.2.8: Kalp Hastalarının Hastalık Tanısı Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	74
Tablo 6.1.2.9: Kalp Hastalarının Kronik Hastalık Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	75
Tablo 6.1.2.10: Kalp Hastalarının Akrabalarında Benzer Hastalık Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	76
Tablo 6.1.2.11: Kalp Hastalarının Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	77
Tablo 6.1.2.12: Kalp Hastalarının Hastalıkları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	77
Tablo 6.1.2.13: Kalp Hastalarının Anjiyografi Yapılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	78
Tablo 6.1.2.14: Kalp Hastalarının Stent Takılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	78
Tablo 6.1.2.15: Kalp Hastalarının Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	79
Tablo 6.1.2.16: Kalp Hastalarının Pacemaker İmplantasyonu Yapılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	79

Tablo 6.1.2.17: Kalp Hastalarının Gelecek Hakkında Umutsuzluğa Düşme Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	80
Tablo 6.1.3: Kalp Hastalarına Ait Değişkenler ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	81
Tablo 6.2.1: Diyaliz Hastalarının Sosyodemografik Değişkinlerine Ait Bulgular	83
Tablo 6.2.2: Diyaliz Hastalarının Hastalık Değişkenlerine Ait Bulgular	84
Tablo 6.2.1.1: Diyaliz Hastalarının Yaş Grubu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	85
Tablo 6.2.1.2: Diyaliz Hastalarının Cinsiyet Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	86
Tablo 6.2.1.3: Diyaliz Hastalarının Medeni Durum Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	86
Tablo 6.2.1.4: Diyaliz Hastalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	87
Tablo 6.2.1.5: Diyaliz Hastalarının Meslek Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	87
Tablo 6.2.1.6: Diyaliz Hastalarının Ekonomik Durum Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	88
Tablo 6.2.1.7: Diyaliz Hastalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	89
Tablo 6.2.1.8: Diyaliz Hastalarının Kronik Hastalık Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	89
Tablo 6.2.1.9: Diyaliz Hastalarının Akrabalarında Benzer Hastalık Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	90

Tablo 6.2.1.10: Diyaliz Hastalarının Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	91
Tablo 6.2.1.11: Diyaliz Hastalarının Hastalıkları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	91
Tablo 6.2.1.12: Diyaliz Hastalarının Transplantasyon İstek Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	92
Tablo 6.2.1.13: Diyaliz Hastalarının Transplantasyon Konusundaki Umut Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	93
Tablo 6.2.2.1: Diyaliz Hastalarının Yaş Grubu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	94
Tablo 6.2.2.2: Diyaliz Hastalarının Cinsiyet Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	94
Tablo 6.2.2.3: Diyaliz Hastalarının Medeni Durum Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	95
Tablo 6.2.2.4: Diyaliz Hastalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	95
Tablo 6.2.2.5: Diyaliz Hastalarının Meslek Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	96
Tablo 6.2.2.6: Diyaliz Hastalarının Ekonomik Durum Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	97
Tablo 6.2.2.7: Diyaliz Hastalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	97
Tablo 6.2.2.8: Diyaliz Hastalarının Kronik Hastalık Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	98

Tablo 6.2.2.9: Diyaliz Hastalarının Akrabalarında Benzer Hastalık Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	99
Tablo 6.2.2.10: Diyaliz Hastalarının Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	99
Tablo 6.2.2.11: Diyaliz Hastalarının Hastalıkları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	100
Tablo 6.2.2.12: Diyaliz Hastalarının Transplantasyon İstek Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	101
Tablo 6.2.2.13: Diyaliz Hastalarının Transplantasyon Konusundaki Umut Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	101
Tablo 6.2.3: Diyaliz Hastalarına Ait Değişkenler ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	102
Tablo 6.3: Kalp ve Diyaliz Hastalarında Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasında Yapılan t-testi Sonuçları	103
Tablo 6.4: Kalp Hastalarında Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	104
Tablo 6.5: Diyaliz Hastalarında Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	104

1. ÖZET

Bu araştırma; kalp hastaları ve hemodiyaliz tedavisi gören hastaların ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Araştırma; İstanbul ili Avrupa kıtasında yer alan bir üniversite hastanesine gelen 100 kalp hastası ve bir özel diyaliz merkezine gelen 100 diyaliz hastası ile enine kesitsel olarak gerçekleştirildi. Veri “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Ölüm Kaygısı Ölçeği” ve “Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği” uygulanarak toplandı. İstatistiksel analizde; Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey Analizi, t testi ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Kalp hastalarının; %63’ü erkek, %84’ü evli, %73’ü ilköğretim mezunu, %35’i ev hanımı ve yaş ortalamaları 55.75’dir. 27-45 yaş grubundakilerin, kadın hastaların, emekli hastaların, kalbinde yapısal hastalığı olanların, ek hastalığı olmayanların, gelecek hakkında umutsuzluğa sahip olanların ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin yüksek olduğu gözlemlendi. Diyaliz hastalarının; %56’sı erkek, %73’ü evli, %82’si ilköğretim mezunu, %42’si ev hanımı ve yaş ortalamaları 55.31’dir. 27-45 yaş grubundakilerin, kadın hastaların, serbest meslekte çalışanların ve ev hanımlarının ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin yüksek olduğu gözlemlendi. Kalp hastalarının ölüm anksiyetesi ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 7.31 ± 3.34 , ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ise 8.58 ± 2.79 olup sonuçlar %95 güven aralığındadır. Diyaliz hastalarının ölüm anksiyetesi ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 6.33 ± 3.92 , ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ise 7.76 ± 2.88 olup sonuçlar %90 güven aralığındadır. Ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($p < 0,01$). Sonuç olarak; hastaların psikososyal gereksinimlerinin bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi, hastalıkla baş edebilme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim programlarının verilmesi, tedavi grubunda yer alan sağlık çalışanlarının bu konuda bilinçlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, Kalp, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği

2. SUMMARY

Evaluation of Death Anxiety and Depression Regarding to Death at Cardiac and Hemodialysis Patients

This study was made at cardiac and hemodialysis treated patients to assess the levels of death anxiety and depression regarding to death. The study has been carried out cross-sectional with 100 cardiac patients which came to an university hospital at Istanbul City Europe continent and 100 dialysis patients which came to a private dialysis center. Data has been collected by performing "Introductive Information Form", "Death Anxiety Scale" and "Depression Regarding to Death Scale". One Way Anova Test, Tukey Analyze, t test and Pearson Correlation Analyze has been used at statistical analysis. Sixty-three percent of the cardiac patients was male, 84% was married, 73% was graduated from primary school, 35% was housewife, and the average age of the patients was 55,75. Death anxiety and depression regarding to death has been observed high at patients between at the age of 27-45, female patients, retired patients, patients which has structural defect at their hearth, patients which doesn't have any additional defect and at patients which has desperation about their future. Fifty-six percent of the dialysis patients were male, 73% was married, 82% was graduated from primary school, 42% was housewife and the average age of the patients was 55,31. Death anxiety and depression regarding to death has been observed high at patients between the age of 27-45, female patients, self-employed patients and at housewives. Mean levels from the death anxiety scale of the cardiac patients was 7.31 ± 3.34 , mean levels from the depression regarding to death scale was 8.58 ± 2.79 and the results was at 95% confidence interval. Mean levels from the death anxiety scale of the dialysis patients was 6.33 ± 3.92 , mean levels from the depression regarding to death scale was 7.76 ± 2.88 and results was at 90% confidence interval. Positive correlation has been found between the levels of death anxiety and depression regarding to death scales ($p < 0,01$). As a result; evaluation of the psychosocial needs of patients with an integrated approach, training programs which intended to improve the skills for fighting against the disease and

raising awareness of the medical staff which take part in the treatment process can be suggested.

Key Words: Hemodialysis, Cardiac, Death Anxiety Scale, Depression Regarding to Death Scale

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Ölüm, kişinin hayati faaliyetlerinin kesin olarak sona ermesi ve insan hayatının önemli bir safhasıdır. İnsanın doğumu ve ölümü kendi elinde olmayan ve kendisi açısından kontrol edilemeyen bir olaydır. Hayat ve ölüm birbirine bağlıdır. Ölüm hayatın perdesi altında sürekli olarak sesini duyurmakta yaşantı ve davranışlar üzerinde büyük etkide bulunmaktadır. Ölüme karşı gösterilen tepkiler sadece otomatik bir şekilde oluşmuş tepkiler değildir. Ölüme verilen anlam insanların dünyaya bakış açılarına göre şekillenmekle birlikte bunun tam aksine yaşama verilen anlam da ölümün algılanış biçimini doğrudan etkilemektedir. Ölüm kaygısı insani korkuların temel nedenlerinden biridir ve bütün korkuları uzaktan ve yakından ilgilendirmektedir. ABD’de yapılan çalışmalarda ölüme yönelik kaygıların temelinde iki önemli faktör bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, psikolojik olarak kabul edilmekte, depresyon, kaygı düzeyleri gibi psikolojik faktörlerin ölüm kaygısını artırdığı kabul edilmektedir (Erdoğan ve Özkan, 2007).

Pek çok düşünür ölüm kaygısını açıklamaya çalışmıştır. Jung’a göre ölüm kaygısının temelinde “yaşama korkusu” vardır. Ölümden en çok korkan insanlar yaşamaktan en fazla korkanlardır. İnsanda bir daha ele geçmeyecek olan gençliğin kaybolup gitmesi ve geriye saymaya başlama sıkıntı yaratır. Böyle bir gerçek karşısında insan, hayatı gerçek anlamda yaşayamama ve ölmeyi düşünme sonucunda korku duyabilir. Fromm, iki türlü ölüm kaygısı olduğunu belirtir. Birincisi, her insanın ölüm karşısında yaşadığı, ölmek zorunda olduğuna ilişkin normal korku; ikincisi ise, insanı sürekli tedirgin eden ölüm kaygısıdır. İnsanı sürekli tedirgin eden ölüm kaygısı, hayatı iyi bir şekilde değerlendiremem ve yaşama konusundaki başarısızlıktan kaynaklanmaktadır. Yapılan araştırmalarda ölüm kaygısının çoğunlukla; din, yaş, cinsiyet, meslek, sosyo-ekonomik düzey vb. gibi değişkenlerle ilgisinin incelendiği görülmektedir (Arı ve Tanhan, 2006).

Kronik hastalıklar dünya çapında başlıca ölüm nedeni haline gelmiştir. Bunlar arasında sık görülen kardiyovasküler hastalıklar, hem gelişmekte olan ülkelerde hem de gelişmiş ülkelerde en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar sonucu meydana gelen ölümlerin üçte ikisi, tüm ölümlerin ise üçte biri koroner

kalp hastalıkları sonucu meydana gelmektedir. Ülkemizdeki epidemiyolojik verilere göre 1000 erişkin nüfusta 63 kalp hastasının 35'i aterosklerotik koroner, 20'si de hipertansif kalp hastasıdır. Türkiye genelinde erişkinlerde aterosklerotik kalp hastalığı prevalansı %3,8'dir(erkeklerde %4,1, kadınlarda %3,5'dur) (Bakar, 2006).

Kronik bir hastalık olan kalp hastalığı birey kadar, aile ve toplumu da etkilemektedir. Kalp hastalığı sık hastaneye yatışlara ve iş gücü kaybına neden olması ile bireysel ve toplumsal ekonomik sorunlar oluşturabilmektedir(Akın ve Durna,2006). Kardiyovasküler hastalıklar psikososyal durum ve psikiyatrik patoloji ile iki yönlü bir ilişkiye sahiptir. Ani ölüm ya da hastalığın getirdiği tehdit yaygın olarak anksiyete, disfori ve depresyona neden olur (Yazıcı ve ark., 2003).

Kronik böbrek yetmezliği glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanır. Glomeruler filtrasyon değeri 5–10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliğinden bahsedilir ve hastalar diyaliz, böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar. Türk Nefroloji Derneği–2000 Registry raporuna göre 31 Aralık 2000 tarihi itibarıyla düzenli diyaliz programına giren hasta sayısı(15 yaş üzerinde) 13944. Bunların 6000'i kadın (% 43), 7826'sı erkek (% 57) (Acar ve Çelik, 2007).

Kronik böbrek yetmezliği sağaltımı, hastalar için her zaman stres verici bir yaşam deneyimi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, bu hastalar diğer kronik hastalıkları olan bireyler gibi, bir takım ruhsal sorunlarla karşı karşıya kalırlar. Hemodiyalize giren hastalarda görülen ruhsal sorunlarla ilgili yapılan çalışmalarda en fazla ortaya çıkan sorunun depresyon ve kaygı olduğu bildirilmiştir (Fadıloğlu ve Yıldırım, 2005).

Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle araştırma alanları genişlemiş ve çeşitlilik kazanmıştır. Bunun sonucu olarak, insanoğlu kendini tanımaya ve hangi durumlarda ne gibi tutumlar sergilediğini, bu gelişmelerin ışığında incelemeye koyulmuştur.

Bu araştırma, kalp hastaları ve hemodiyaliz tedavisi gören hastaların ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla enine kesitsel olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın Soruları

1. Kalp hastaları ve hemodiyaliz tedavisi gören hastaların ölüm kaygısını etkileyen sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler nelerdir?
2. Kalp hastaları ve hemodiyaliz tedavisi gören hastaların ölüme ilişkin depresyon düzeyini etkileyen sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler nelerdir?
3. Kalp ve kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan hastaların tedavi süreleri ile ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
4. Kalp ve kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan hastaların, hastalıkları ile ilgili eğitim alma seviyeleri arttıkça, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeyleri farklılaşır mı?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler hastalıklar hem gelişmekte olan ülkelerde hem de gelişmiş ülkelerde en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar sonucu meydana gelen ölümlerin üçte ikisi, tüm ölümlerin ise üçte biri koroner kalp hastalıkları sonucu meydana gelmektedir. Bugüne kadar olan birikimler damar hastalıklarının yapısal, genetik ve çevresel risk faktörlerinin ortaya konmasını sağlamıştır. Son zamanlarda damar hastalıklarının tedavisinde ortaya konan gelişmeler ise ölüm oranının giderek azalmasına ve ortalama yaşam süresinin artmasına yol açmaktadır. Bu konudaki en önemli başarı damar hastalıklarının ana nedeni olan aterosklerozla mücadeledeki başarıdır (Bakar, 2006).

Ülkemizdeki epidemiyolojik verilere göre 1000 erişkin nüfusta 63 kalp hastasının 35'i aterosklerotik koroner, 20'si de hipertansif kalp hastasıdır. Türkiye genelinde erişkinlerde aterosklerotik kalp hastalığı prevalansı %3,8'dir(erkeklerde %4,1, kadınlarda %3,5'dir) (Aparcı ve ark., 2007).

4.1.1. Kalp Ritmi Bozuklukları

Aritmiler uyarının meydana gelisinde ya da iletilmesindeki bozukluk nedeniyle gelişir. Bazı aritmiler de hem uyarının meydana gelmesi hem de iletilmesindeki bozukluğun birlikte olması ile oluşur.

Aritmiler ritmin kaynağına göre:

- Sinüs düğümü,
- Atrium,
- A.V. düğümü,
- Ventrikül.

Uyarının oluşumu ya da iletime göre:

- Bradikardi,

- Taşikardi,
- Ritim bozukluğu,
- Flutter,
- Fibrilasyon,
- Prematür kompleks,
- Bloklar şeklinde olabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.1. Sinüs Düğümü Hastalıkları

4.1.1.1.1. Normal sinüs ritmi

Normal sinüs ritmi 60 ile 100 vuru/dak arası sıklıkta sinüs nodundan kaynaklanan uyarı oluşumu ile sınırlıdır. Yenidoğanlar ve çocuklarda yetişkinlere göre hem dinlenmede hem de egzersizde daha hızlıdır. Sinüs ritm hızı önemli oranda yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite gibi birçok faktöre bağlı olarak değişebilir (Doğan, 2006).

4.1.1.1.2. Sinüs Ekstrasistolleri

Sinüs düğümünden düzenli uyarılar arasında çıkan ekstra uyarı sinüs ekstrasistoldür. Klinik bir önemi yoktur ve tedavi gerektirmez (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.1.3. Sinüs Taşikardisi

Kalp hızının 100/dk' nın üzerinde olmasıdır (üst sınır 160-170/dk). EKG' de P dalgası, PP mesafesi ve QRS normaldir, her P dalgasını takiben QRS gelir, sadece hız artmıştır. Birçok kardiyak ve sistemik hastalıklara (ateş, hipoksi, hipertroidi, infeksiyon, betamimetikler) veya sempatik aktivasyona sekonder fizyolojik cevaptır. İdiyopatik olarak da görülebilir (Doğan, 2006).

4.1.1.1.4. Sinüs Bradikardisi

Yetişkinlerde sinüs bradikardisi sinüs nodu deşarjı 60 vuru/dak dan daha yavaş olduğunda var olabilir. P dalgası normal görünümüne sahiptir ve her QRS kompleksinden önce oluşur. Beraberinde sinüs aritmisi sıktır (Doğan, 2006).

4.1.1.1.5. Sinüs Aritmisi

Sinüs düğüm düzensiz uyarı çıkarır, hız inspirasyon ile artar, ekspirasyon ile azalır. Sinüs aritmisinde hız 60-100 arasındadır, ritim irregülerdir, QRS genellikle normal, P dalgası normal, PR aralığı 0.12-0.20 saniyedir. Sinüs aritmisi gençlerde sıklıkla olur, özellikle daha yavaş hızlarda ya da artmış vagal tonusu takiben örneğin, dijital ya da morfin uygulamasından sonra, hem yaşla hem de diabetik nefropati gibi otonomik disfonksiyonla azalır. Sinüs aritmisinin oluşturduğu semptomlar sık değildir, fakat bazen, vurular arası pauseler uzun sürerse, çarpıntı ya da bas dönmesi olabilir. Eğer bir kaçış ritmi eşlik etmiyor ise var olan sinüs aritmisi senkop oluşturmaya üzere yeterli sinüs pausesi yapabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.2. Sino-Atrial Blok

Uyarının sinüs düğümünden atriuma geçerken bloke olmasıdır. Bunun iki tipi vardır. Bunlar; Mobitz I ve II' dir.

- Mobitz I' de sinoatrial blokta PP aralıkları giderek kısalır (bu blok oluncaya kadar devam eder).
- Mobitz II' de intermitant olarak P dalgası görülmez (Doğan, 2006).

4.1.1.3. Atrial Flutter

Atrial flutter, atriumda hızlı ve düzenli depolarizasyonla karakterize bir aritmidir. Dakikada atım sayısı 250-400'dir. Düzenli bir ritmdir. Uyarıların ventriküle geçmesi 2/4, 4/1 şeklindedir. EKG' de testere dişi görünen P dalgası ile karakterizedir.

Etiyoloji: Septal defekt, pulmoner emboli, mitral ya da triküspit kapak stenozu ya da regurjitasyonu ya da kronik kalp yetmezliği nedenli atriyal dilatasyonun sonucunda olabileceği gibi altta yatan kalp hastalığı olmaksızın da nadir olarak görülebilir. Kalbi etkileyen toksik ya da metabolik durumlar (örnek olarak; tirotoksikozis, alkolizm, perikardit) atrial flutter' a neden olabilir. Bazen atrial flutter konjenital ya da konjenital kalp hastalığı için yapılan cerrahiye takiben olabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.4. Atrial Fibrilasyon

Atrial fibrilasyon, atriumların depolarizasyonunun 400-600/ dakika olduğu bir aritmidir. Ventrikül hızı ise 120-180 civarındadır, bu bakımdan atrial ve ventriküler ritm ciddi derecede düzensizdir.

Etiyoloji: Birçok muhtemel tetikleyici faktör vardır. Kalp cerrahisi, mitral darlık, atrial septal defekt, miyokardit, koroner kalp hastalığı, korpulmonale, pulmoner emboli, alkol, hipertansiyon, atesli hastalık ve göğüs travması atrial fibrilasyon nedenleri arasında sayılabilir (Akbulut, 2006).

4.1.1.5. Ventriküler Taşikardi

Üç ya da daha çok sayıda ventriküler erken vurunun ardı ardına gelmesidir. Bu ritm hızlı ve genel olarak düzenli bir ritmdir. Hız dakikada 150-200 arası olabilir. VT süresince oluşan semptomlar, tasikardi süresi ventriküler hıza, altta yatan kalp hastalığı ve periferel damar hastalığının derecesine ve varlığına bağlıdır. VT' li hastalarda ventriküler işlevsel bozukluk derecesi prognoz yönünden önemli mesajlar taşımakla birlikte, buna bakarak VT' nin hasta tarafından ne kadar iyi tolere edileceğini kesin olarak söyleyebilmek her zaman olanaklı değildir. Aşırı hızlı bir VT, diğer bakımlardan çok sağlıklı bir kişide senkopa yol açabileceği gibi, ventrikülleri ağır biçimde hasara uğramış hastalarda gelişen yavaş bir VT şaşırtıcı derecede iyi tolere edilebilir.

Etiyoloji: VT' ler genellikle yapısal kalp hastalığı ile birlikte bulunur, fakat bazen sağlıklı kişilerde de gelişebilirler. Koroner arter hastalığı, mitral kapak

prolapsusu, kardiyomiyopati, elektrolit bozuklukları ve antiaritmik ilaçlar ventriküler taşikardi nedeni olabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.6. Ventriküler Fibrilasyon

Ventriküler fibrilasyon en tehlikeli aritmidir. Etkin kardiyak output olmayacağı için doku perfüzyonu bozulmuş ve bilinç kaybolmuştur, kısa zaman içinde kardiyak arrest gelişir, o nedenle derhal tedavi edilmesi gerekir (Doğan, 2006).

4.1.1.7. İletim Aritmileri

İletim aritmileri; uyarının atriumdan ventriküle iletilmesinde anormal bir yavaşlama ya da bir, birden fazla ya da hiçbir uyarının ventriküle iletilmemesidir.

4.1.1.7.1. Birinci Derece A.V. Blok: Uyarının atriumdan ventriküle geçişi yavaşlamıştır. Önemli bir hemodinamik değişiklik görülmez.

Etiyoloji: Sağlıklı kişilerde de görülebilir. Vagal tonüs artışı, dejeneratif hastalıklar, akut inferior miyokart infarktüsü, miyokardit, dijital, beta blokerler, hiperkalemi ve atrial pil uygulaması birinci derece A.V. blok nedenleri arasında sayılabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.7.2. İkinci Derece A.V. Blok: Fizyolojik interferansın bulunmadığı bir zamanda, ventriküle giden bazı atriyal uyarıların bloke edilmesi ikinci derece A.V. bloğunu oluşturmaktadır. İletilemeyen P dalgası, düzenli ya da düzensiz aralıklarla kesintili veya sık olabilir ve sabit ya da uzamakta olan PR aralıkları sonrasında görülebilir. Ayırt edici özelliklerinden birisi, iletilen P dalgalarının, tekrar PR aralıklarıyla QRS kompleksi arasında bağlantı kurabilmesidir (Doğan, 2006).

4.1.1.7.3. Üçüncü Derece A.V. Blok: Tam blok olarak da ifade edilen blokta atrium ve ventriküller biri birinden bağımsız olarak hareket eder.

Etiyoloji: Tam blokların nedenleri arasında dejeneratif değişiklikler, miyokard infarktüsü, dijitaler, akut enfeksiyonlar, elektrolit bozukluğu, cerrahi müdahaleler,

tümörler, kardiyomiyopati, kalsifiye aort darlığı, miks ödem, amiloid, skleroderma sayılabilir. Ayrıca ailesel yatkınlıkta olabilir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.1.8. Kardiyak Pacemaker (Kalp Pili)

İlk olarak 1950’li yıllarda insan vücuduna yerleştirilmeye başlanan oldukça ilkel nitelikteki pacemaker (P.M.)’ lar günümüze dek büyük bir gelişme göstermişlerdir. Öyle ki, günümüzde kullanılan pacemakerlar oldukça küçülmüş, ömürleri uzamış ve hemen hemen normal fizyolojiyi aratmayacak yeteneklerle donatılmışlardır. Pacemakerlar kalp ritim bozukluklarının düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadırlar. Aritmileri, özellikle bradiaritmileri tedavi etmede en önemli ve güvenilir yöntemdir. Pacemaker kalp atısını düzenlemek için vücuda yerleştirilen elektronik bir cihazdır. Hava almayan bir kutu içerisine yerleştirilmiş bir bataryadan ve elektronik devrelerden oluşur. Artifisiyel kalp pilinden doğan elektriksel uyarılar, pace elektrodu ile kalbe iletilir. Kalp pilinin uyarı çıkarma hızı ihtiyaca göre düzenlenir (Doğan, 2006).

4.1.2. Koroner Arter Hastalıkları

Koroner arter hastalıkları grubunda hipertansiyon, angina pectoris ve akut miyokard infarktüsü yer almaktadır. Bu hastalıkların temel nedeni aterosklerozur.

4.1.2.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon en yaygın kronik hastalık durumudur. Günümüzde yüksek kan basıncının klinik bulgusu yerine kardiyovasküler, renal ve metabolik anormalliklerden oluşan bir kompleksin bir parçası olarak ele alınmaktadır ve tedavide de göz önünde bulundurulmaktadır. Hipertansiyonun en son sınıflaması 2003 yılında yayınlanan JNC 7 (Report of Joint National Committee on the Prevention, Detection and Treatment of High Blood Pressure) raporudur. 140/90 mmHg’nın üzeri kan basıncı ölçümleri ile hipertansiyon tanısı konulurken, diyabet ve kronik böbrek hastalarında bu değer 130/80 mmHg ve üzeri değerlerdir. JNC 7 ilk defa 120/80 ile 139/89 mmHg

arasındaki değerleri prehipertansiyon olarak kabul etti. Ancak tedavi önermemiş (renal hastalıklı diyabetik değilse) olsa bile yaşam tarzı değişikliklerini şiddetle önermektedir (Aparcı ve ark., 2007).

Hipertansiyon genellikle diğer kardiyovasküler risk faktörleri olan lipid anormallikleri, glukoz tolerans bozukluğu, obezite ile birlikte bulunur ve günümüzde metabolik sendrom tanımı altında anılır. Hipertansiyon tanısı alan hastaya bunu bir ömür boyu taşıyacağı dolayısı ile olası kardiyovasküler olaylar, inme veya diğer ciddi komplikasyonları anlatılarak dikkati çekilmelidir. Farklı zamanlarda ölçülecek bir kaç tansiyon değeri hipertansiyon tanısının konulması için yeterli olacaktır. “Beyaz Önlük hipertansiyonunun” önüne geçmek için ambulator kan basıncı takibi yapılabilir. Laboratuvarda lipidler, glukoz, elektrolitler, renal fonksiyonlar ve karaciğer fonksiyonları değerlendirilmelidir. Mümkünse mikroalbuminüri bakılmalı, elektrokardiogram alınmalı, mümkünse ekokardiyografik muayene yaptırılarak sol ventrikül hipertrofisi veya kardiyak tutulum araştırılmalıdır (Çamur, 2004).

Yaşam tarzı değişiklikleri; kilo verilmesi, sebze ve meyveye ağırlık verilerek diyet yağ miktarının azaltılması, diyet sodyumunun kısıtlanması, fiziksel aktiviteye başlanması ve alkol tüketiminin en aza indirilmesi olarak sıralanabilir. Antihipertansif tedavide amaç kan basıncı değerlerinin 140/90 mmHg’nın altına düşürülmesidir. Diyabet veya kronik böbrek yetersizliği gibi yüksek riskli hastalarda bu değerler 130/80 mm Hg’nın altıdır (Aparcı ve ark., 2007).

4.1.2.2. Ateroskleroz

Ateroskleroz, batı dünyasında en sık ölüm nedenidir ve ciddi morbiditeye neden olur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Aterosklerozun yakın gelecekte tüm dünyada da, mortalitenin birinci nedeni olabileceğini bildirmiştir. Ateroskleroz, elastik arterlerin (aorta, karotis ve iliak arterler) ve büyük ve orta büyüklükteki müküler arterlerin (koroner ve popliteal arterler) hastalığıdır, buna karşılık daha küçük arterler nadiren etkilenirler. Ateroskleroz, damar duvarının kalınlaşması ve esnekliğinin kaybolmasıyla karakterize arteriyel hastalık grubunun bir parçasıdır. Bu hastalıklar için kullanılan ortak terim arterlerin sertleşmesi anlamına gelen “Arteriyoskleroz”dur (Akbulut, 2006).

Ateroskleroz arter intimasında plazmadan kaynaklanan aterojenik lipoprotein birikmesine karşı gelişen karmaşık bir inflamatuvar- fibroproliferatif yanıttır. Aortadan epikardiyal koroner arterlere dek değişen büyüklükte sistemik arterleri etkileyebilir. İleri evrelerde çeşitli lezyonlar birarada görülebilirse de intimal plaklar karakteristik lezyonudur. Plaklar daha çok lümen yüzeyi ile düşük dansiteli lipoprotein (LDL) gibi kandaki partiküler arasında etkileşim süresinin artmış olduğu dallanma bölgelerine yakın kısımda yerleşir. Bu durum, lipoproteinlerin transendotelial difüzyonunda artışla ve hiperlipidemi varlığında subendotelial matrikste lipid birikiminde artışla ilişkilidir. Homosisteinin yüksek düzeyleri de endotel tabakasında hasara yol açarak vasküler permeabiliteyi artırır(Akbulut, 2006; Çamur, 2004).

Aterosklerozda; tromboz koroner akımda ani azalmaya neden olur ya da tromboz eşlik etmeden plak, lümen çapının efor sırasında akımı azaltacak düzeyde daralmasına yol açacak şekilde büyür. Koroner ateroskleroz olan kişilerde koroner vasomotor tonal yanıtlar normal değildir. Kısmen endotel disfonksiyonu olarak beliren tonustaki kötü kontrol sonucu, plak bölgesinde bulunan residü normal damar duvar segmentinde bölgesel bir spazm oluşabilir ya da lokal gelişen vasospazm daha yaygın bir hal alabilir (Davies, 2001).

4.1.2.3. Stabil Angina Pectoris (Kararlı Angina Pectoris, Efor Anginası, Klasik Angina)

İlk kez 1768 yılında William Heberden tarafından tanımlanmıştır. Miyokardın ihtiyacı olan oksijen ile miyokarda sağlanan oksijen arasındaki dengesizlik sonucu miyokardın oksijen gereksiniminin sağlanamaması sonucu ortaya çıkan semptomlar topluluğudur. Hastanın hissettiği genellikle göğüs ön duvarında başlayan ağrı, sıkışma, basınç, sıkıntı hissidir (Çamur, 2004).

Kararlı (stabil) anginanın temelinde, koroner arter segmentlerinin bazısında komşu normal arterle kıyaslandığında lümen çapının en az %50 (alanın %75'i) azalmış olması yatar. Bu tarz darlıklar efor sırasında akımı kısıtlayarak, artmış myokardiyal oksijen ihtiyacının karşılanmasına engel olur. Bununla birlikte bazı hastalarda arteriyel spazm ile açıklanabilecek geçici dinamik darlıklardan söz edilebilir. Burada arteriyel spazma yol açan, aktive trombositlerden salınan tromboksan ve serotonin gibi

vasokonstriktif substanslar ve bunların koroner endotelden salınan Prostaglandin ve nitrik oksit gibi vasodilatörlerle etkileşimidir. Bu substanslar trombosit agregasyonunda da etkilidir. Mikrodolaşımda aktive trombositlerin kümeleşmesi geçici myokardiyal iskemiye yol açabilir (Davies, 2001).

SAP sıklık, süre ve ortaya çıkaran faktörlerin 60 gündür değişmediği on dakikadan kısa süren; tipik olarak göğüste retrosternal yerleşimli, baskı, ağırlık hissi, yanma, sıkıştırma ya da ağrı şeklinde tarif edilebilen, genellikle dinlenme ya da nitrogliserin ile gelen rahatsızlık hissidir. Birlikte bulantı, kusma, nefes darlığı, baş dönmesi olabilir (Khan, 1996). SAP atağını ortaya çıkaran efor düzeyi hastadan hastaya değişir. Efor fiziksel bir aktivite, emosyonel bir stres, ortam ısısının değişimi, seksüel aktivite, sigara içimi gibi durumlar olabilir. Semptomları başlatan efor düzeyi hastanın fonksiyonel kapasitesini belirler. Hastaların %90'ında en az bir koroner arterde %70'den fazla daralma vardır. Hastaların %10'undan azında daha düşük derecede obstrüksiyon, koroner arter spazmı ya da kalp damar hastalığı olabilir (Çamur, 2004).

4.1.2.4. Unstabil Angina Pectoris (Kararsız Angina Pectoris)

Kararsız (unstabil) anginanın işareti olan istirahat iskemisi dinamik darlığa bağlıdır, obstruksiyon devamlı olmayıp akım bazen engellenir. İki ana mekanizma olarak; sorumlu plağın olduğu yerde mural trombüs ve değişen vasomotor tonus ileri sürülmüştür. Bu iki süreç bir arada işleyebilir. USAP'ın majör nedeni, üzerine trombüs yerleşen sorumlu plaktır. Trombüs, ne tamamen tıkanmaya yol açan, ne de plaktaki hasarın kapanıp iyileşmesine olanak tanıyacak düzeyde çözünmüş olmayan, ara bir evrededir. Trombotik plaklar kararlı anginaya göre, USAP'lı hastalarda daha sıktır (%14,8/ %73,7). Kararsız angina sonrasında aniden ölen kişilerde, distal myokardda trombosit embolilerinin küçük myokard mekrozu alanlarına yol açtığı gösterilmiştir. Bu küçük trombosit embolileri yoğun bir şekilde reseptörü eksprese etmektedir. USAP'ın arteryel patolojisi AMI'den, sadece arterin açık kalması ve akımın devam etmesiyle ayrılık gösterir. AMI'de ise en azından bir süre için kan akımı tamamen kesilmiştir. USAP arter patolojisinin özeti tromboz sürecinin mural trombüsün açığa çıktığı noktada duraklamasıdır. Bu duraklama birçok aktif güç arasındaki dengeyi

yansıtır ve trombotik yüzeyin atıl hale geldiği anlamına gelmez. İlgili yerde trombotik tıkanma riski en azından 6-12 hafta, sistemik hiperkoagulabilite aktivitesi de bir kaç ay yüksek kalmaya devam eder. Trombotik materyal kalıntısının yerini, düz kas hücreleri ve yeni bağ dokusu alana dek oldukça trombojenik olmaya devam eder (Davies, 2001).

USAP önceden var olan stabil anginanın sıklık, şiddet, ağrı süresinin artması, ortaya çıkaran faktörlerin düzeyinin azalması ya da 60 günden daha kısa süredir olan egzersiz ya da dinlenme sırasında ortaya çıkan ağrıdır (Khan, 1996). Akut miyokard infarktüsü ile anstabil angina pectoris arasındaki ayırım kesin olmamakla birlikte, myokard nekrozunu kanıtlamak için kullanılan metodlar ve tanımlara bağlıdır. Klinik ve anatomopatolojik olarak, akut koroner sendrom spektrumunda ST elevasyonlu MI, non-ST elevasyonlu MI ve minör myokard hasarı ile birlikte ya da tek başına anstabil angina pectoris yer almaktadır. Minör myokard hasarı ile birlikte ya da tek başına anstabil angina koroner kan akımında ciddi bozulmaya ya da geçici kesintiye yol açan trombotik bir stenoza bağlıdır (Çamur, 2004).

4.1.2.5. Akut Koroner Sendrom

Akut koroner sendrom; fissüre olmuş veya yırtılmış aterosklerotik plağın üzerine oturan akut trombüs formasyonunun neticesinde oluşan koroner oklüzyon (tıkanıklık) sonucu miyokardiyal iskeminin neden olduğu tabloyu ifade eder. Akut koroner sendromlar EKG değerlendirmesine göre sınıflandırılırsa “ST” segment elevasyonlu olanlar yada olmayanlar şeklinde ayrılabilir. ST segment elevasyonlu hastaların çoğu Q dalgalı MI, az bir kısmı ise Q dalgasız MI ile sonlanır. ST elevasyonsuz iskemik kalp hastalığı ise Anstabil Anjina Pectoris (USAP) ve ST segment elevasyonsuz MI ile sonlanır. USAP’da kardiyak enzimlerin yükselmemesi ve EKG’de kalıcı değişikliklerin olmaması önemlidir (Övünç, 2001; Pehlivanoğlu, 2002). AKS’ yi düşündüren en önemli semptom göğüs ağrısıdır (anjina pectoris). Ağrının tamamlayıcı özellikleri ise; yerleşimi, niteliği, rahatsızlığın süresi, başlatan etkenler ve ağrıyı geçiren etkenlerdir (Doğan, 2006).

AKS ve Hemşirelik Girişimleri

1-Göğüs ağrısı olan hastalarda öncelikli olarak 5-10 dk içinde 12 derivasyonlu EKG çekilmelidir,

2-Havayolu, solunum ve dolaşım kontrolünün ardından vital bulguları alınarak kardiyak monitörizasyon yapılmalıdır,

3-Damar yolu açılarak, gerekirse oksijen tedavisine başlanmalıdır,

4-Hasta yatak istirahatine alınmalı, tamamen yasaklamak yerine en kısa sürede kademeli egzersiz programına geçilmelidir,

5-Hastadan göğüs ağrısına odaklanmış bir hikâye alınarak hayatı tehdit eden durumların varlığı belirlenmelidir,

6- USAP ve Mİ olduğu belirlenerek hekim tarafından tedavisi planlanır,

7-Hastalığın kontrol altına alınabilmesi için Asetil Salisilik Asit, antiagreganlar ve heparin gibi antikoagulanlar verilebilir,

8-Anjinalı hastaya gerekirse sedatif, tranklizan ve antidepresan ilaçlar başlanabilir,

9-Tanıda duyarlılığın artması için özellikle ilk 2-4 saat içinde seri EKG kaydı alınmalıdır,

Ayrıca hemşire hastaya şu konularda eğitim yapmalıdır:

a)Ağrı sırasında oturması ve yatması gerektiği anlatılarak, ilaçlara ilişkin bilgi verir,

b)İlaçlarıyla birlikte alkol almaması gerektiği anlatılır,

c)Aktivitelerini azaltması, dinlenmeye zaman ayırması konusunda eğitilir,

d)Lipid ve kolesterolden düşük diyet almasının önemi üzerinde durulur,

e)Hastaya göğüs ağrısı olduğu zaman 5'er dk ara ile dilaltı vazodilatatör ilaç kullanılabileceği, üçüncü doza karşın geçmeyen göğüs ağrısının MI olabileceği anlatılmalıdır (Doğan, 2006).

4.1.2.6. Akut Miyokard İnfarktüsü

Akut miyokard infarktüsü genellikle daha önceden ateroskleroz ile daralmış arterlerdeki koroner kan akımının kesintiye uğramasıyla oluşur. Yavaş gelişen koroner arter darlığı genellikle akut infarkta yol açmaz; çünkü bu durumda zaman içinde zengin kollateral dolaşım ağı gelişir. Ancak vasküler hasar bölgesinde koroner arter trombus aniden oluşursa infarkt meydana gelir. Bu hasar sigara, hipertansiyon ve lipid birikimi ile kolaylaştırılır. Birçok vakada aterosklerotik plak çatladığında, rüptüre olduğunda ya da ülserleştğinde ve lokal ya da sistemik şartlar trombogenezi kolaylaştırdığında infarkt oluşur (Akbulut, 2006).

Miyokardın kurtulması ilk 12 saatte kan akımının sağlanması ile ilişkilidir. En fazla yarar ise 1-2 saatte kan akımının sağlanması ile sağlanır. Tıkanmanın yeri ve derecesine göre hastalığının kliniği ve seyri değişir (Mendeles, 1995).

Ülkemizde her yıl 130 bine yakın kişinin akut Mİ'den öldüğü tahmin edilmektedir. Akut Mİ'ne bağlı ölümlerin % 65-40'ı semptomların başlamasından itibaren ilk 1 saat içinde, genellikle hastane öncesi dönemde veya hastanede uygulayabilecek defibrilasyon ile önlenmesi mümkün olan ventriküler aritmiler sonucunda gelişmekte, koroner yoğun bakım ünitelerinin açılması, ilaç tedavileri ve acil revaskülerizasyon yapılması ile hastane mortalitesi % 10-5' e kadar düşebilmektedir (Övünç, 2001; Tel, 1999).

Ani emosyonel gerilimler, ağır fiziksel iş yüküyle karşılaşma, ani kan basıncı değişikliği, aşırı kan kaybına yol açabilecek cerrahi girişimler, ateş, taşikardi gibi oksijen gereksinimi artıran durumlar, uykusuzluk, geç saatlerde aşırı veya ağır bir yemek yeme, alkolle birlikte fazla sigara kullanılması ile Mİ olasılığının arttığı bildirilmiştir (Pehlivanoğlu, 2002).

Akut Myokard İnfarktüsü'nde Tedavi ve Hemşirelik Girişimleri

Akut miyokard infarktüsü tanısının hekim tarafından konulmasının ardından, tedavisine başlanmalıdır. Çünkü koroner arter oklüzyon süresi uzadıkça Mİ'nin boyutu da artar (Doğan, 2006).

a) Hastanede ilk uygulama, akut Mİ tanısının kesinleştirilmesi olmalıdır. Göğüs ağrısı olan hastaya hemen EKG çekilmeli, diğer muayene ve tetkikleri daha sonra yapılmalıdır,

b) EKG değişiklikleri: İlk olarak 10 dk içinde değerlendirilmeli en fazla 20 dk içinde tedavi başlamış olmalıdır,

c) Hasta monitörize edilmeli, defibrilatör hazır bulundurulmalıdır. Böylece malign aritmileri belirleme ve hızlı müdahale edebilme imkânı sağlanmış olacaktır,

d) Kol veninden geniş bir kanül ile damar yolu, mümkünse her iki koldan açılmalıdır,

e) Daha önce almamış ise en az (162-325 mgr) ASA çiğnetilmeli ya da suda eritilerek verilmelidir,

f) Hastanın oksijen saturasyonuna göre nazal veya maske ile O₂ verilmelidir,

g) Hastada solunum sıkıntısı varsa baş yükseltilir. Semifowler pozisyonunun verilmesi akciğerlerin genişlemesini kolaylaştırarak etkili ventilasyonu sağlar,

h) Laboratuvar testleri için kan örnekleri alınır,

i) EKG tekrarlanır, yaşam bulguları, bilinç seviyesi, aldığı çıkardığı takibi, göğüs ağrısı sürekli olarak gözlenir ve değerlendirilerek kaydedilir,

j) Gereklikçe, maksimum 15 mgr metoprolol İV uygulanır,

k) İleri yaşam desteği hazırlığı yapılarak, hasta koroner yoğun bakım ünitesine nakledilir. Akut MI geçiren hastaların takibinin, deneyimli sağlık personelinin bulunduğu, ritm takiplerinin yapılabildiği ünitelerde yapılması, infarktüs mortalitesini % 30-50'lerden, % 15'lere indirmiştir (Tel, 1999; Doğan, 2006).

4.1.3. Kalbin Yapısal Hastalıkları

4.1.3.1. Konjenital (Doğumsal) Kalp Hastalıkları (K.K.H.)

Konjenital kalp hastalıkları, kalp hastalıkları arasında önemli yeri olan hastalıklardır. Bu hastalıklar doğuştan olan yapısal ve fonksiyonel anormallikleri içerir. Konjenital kalp hastalıklarını nedenleri arasında genetik faktörler, gebelik döneminde alkol içilmesi, herpes virüsü ve kızamıkçık enfeksiyonları ve kullanılan taltalidomide, folik asit antagonistleri, difenilhidantoin, trimethadion, lityum klorür,

oral antikoagülanlar ve östrojen-progestron kombinasyonları gibi ilaçların kullanılması, annenin diyabetik olması, radyasyon K.K.H.'nın nedenleri arasında sayılabilir. Ayrıca deniz seviyesinde çok yükseklerde doğum yapanların bebeklerinde patent duktus arteriozusun açık kalması oldukça sık rastlanan bir K.K.H. sorunudur. K.K.H.'da siyanoz, çökme, çomak parmak, efor dispnesi, hipoksi, büyüme ve gelişme geriliği sık görülen belirti ve bulgularındandır. K.K.H. arasından sık görülen bazıları şunlardır (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.3.2. Romatizmal Kalp Hastalığı

A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonucu oluşan enflamatuvar bir sistemik bağ dokusu hastalığıdır. Akut eklem romatizması bir çok organı etkiler genellikle bir üst solunum yolu enfeksiyonundan sonra eklemlerde akut poliartrit, kardit, sinir sistemi, deri ve deri altı dokuda meydana gelen enflamasyon belirtileri ile seyreden bir hastalıktır.

Etiyoloji ve Patofizyolojisi: A grubu beta hemolitik streptokoklar temel etkindir. Patofizyolojisi çok ağır değildir. Ancak akut eklem romatizmasının otoimmün bir hastalık olduğu üzerinde durulmakta, bir başka görüşe göre de streptokok toksinlerine karşı gösterilen duyarlılık ile tablonun gelişim mekanizması açıklanmaktadır (Özer, 2002).

4.1.3.3. Kalbin Enfeksiyon Hastalıkları

Kalbin enfeksiyon hastalıkları endokardit, miyokardit ve perikardittir. Bunların üçünde de temel yaklaşım önleme yöneliktir.

4.1.3.3.A. Enfektif Endokardit

Endokardın bakteri, mantar, riketsia ve streptokok enfeksiyonları ile gelişen enfeksiyon hastalığıdır. Enfeksiyöz endokardit akut ve subakut endokardit şeklinde seyredebilir (Akdemir ve Birol, 2003). Akut bakteriyel endokardit, kısa süreli (günler, haftalar, nadiren aylar) seyreder, tedavisiz kaldığında ölüme yol açar ve primer

nedeni genellikle virulan stafilokoklardır. Subakut bakteriyel endokardit, en fazla streptokokus viridans ile meydana gelir, uzun sürer (aylarca), daha hafif seyreder ve uygun tedavi ile prognoz daha iyidir (Aparcı ve ark., 2007).

Romatizmal hastalıklar, sifiliz, arteriyosklerotik kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları endokardit eğilimini artırır. Bakteriyel endokarditler genellikle böbrek ve akciğerin akut enfeksiyonlarından ve kulak, burun ve boğaz, ağız, dış müdahalelerinden sonra gelişebilir.

Enfektif Endokarditin Risk Faktörleri:

- Tüm invazif girişimler,
- Kalp kapak ameliyatı,
- Kalbin konjenital malformasyonları,
- Kardiyomiyopati,
- Bakteriyel endokardit öyküsü (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.3.3.B. Miyokardit

Miyokardın enfektif, toksik ya da otoimmün nedenli enflamasyonla seyreden hastalıkları için kullanılır. Miyokard enflamasyonu kas liflerinde, interstisyum ve/veya damar yapılarında olabilir (Aparcı ve ark., 2007).

4.1.3.3.C. Perikardit

Perikardit; visseral ve paryatal perikard yapraklarının enflamasyonudur.

Etiyoloji: Perikardit nedenleri arasında;

- İdiyopatik ve spesifik olmayan faktörler,
- Enfeksiyonlar,
- Destek doku hastalıkları,
- Hipersensivite,
- M.I., pnömoni, anevrizma,
- Radyasyon tedavisi,
- Travma,
- Böbrek yetmezliği ve üremi,

- Tüberküloz sayılabilir.

Patofizyoloji: Perikarda enflamasyon reaksiyonu gelişir, lökositler, fibrin bariyeri, pıhtılaşma faktörleri bölgeye gelir, perikard kapillerinin geçirgenliği artar ve boşluğa sıvı sızar.

Perikardit dört şekilde gelişebilir:

- Akut perikardit,
- Akut eksüdatif perikardit,
- Kronik eksüdatif perikardit,
- Kronik konstrüktif perikardit (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.4. Kalp Yetmezliği

Kalp yetersizliği, ventriküllerin kan ile dolumu veya ejeksiyonunda yetersizlik sonucu gelişen, ilerleyici, ciddi semptomların olduğu ve fonksiyonel kapasitenin azaldığı klinik bir durumdur. Kalp yetersizliğinin nedeni sol ventrikül fonksiyonlarındaki bozulmadır. Sol ventrikülün sistolik ya da diyastolik fonksiyonlarındaki bozukluk, kalp yetersizliğine neden olabilir. Diyastolik disfonksiyonunda sorun sol ventrikül doluşundadır. Sol ventrikül boyutu normaldir, ancak diyastol sonu basınç artmıştır. Sistolik disfonksiyonunda ise sol ventrikül genellikle dilate olmuş ve duvar hareketleri azalmıştır (Akın ve Durna, 2006).

Kronik hastalıklar arasında, insidans ve prevalans oranları açısından önemli bir yere sahip olan konjestif kalp yetmezliği (KKY), sık acil yardım ve hastane tedavisi gerektiren bir hastalıktır. Neden olduğu fiziksel ve psikososyal sorunların özelliği ve yoğunluğundan dolayı, KKY'nin tedavisi karmaşık ve zor olmaktadır (Özer, 2002).

Etiyoloji: Kalp yetmezliğine neden olan durumlar şunlardır:

Hipertansiyon, aort darlığı, aort koarktasyonu, pulmoner hipertansiyon, pulmoner darlık afterload artışına yol açarak yetmezlik yaratır.

Aort yetmezliği ve stenozu, mitral yetmezliği, triküsit yetmezliği ve arteriyovenöz fistüller preload artışına yol açarak yetmezlik yaratır.

Koroner iskemisi, akut miyokart infarktüsü gibi kanlanma yetersizliği yaratan durumlar kalp yetmezliği yaratabilir.

Miyokardit, miyokardiyopati, endokardiyal fibröz, miyokardın ileri derecede hipertrofisi, miyokard rüptürü gibi kalp kasının kendi hastalığı kalp yetmezliğine neden olmaktadır.

Sağ kalp yetersizliğine en fazla neden olan patoloji sol kalp yetersizliğidir. Bunun dışında mitral darlığı, pulmoner hipertansiyon, kor pulmonale, pulmoner kapak patolojileri de sağ kalp yetersizliği nedenleridir (Akdemir ve Birol, 2003).

4.1.5. Kalp Hastalarında Görülen Psikiyatrik Sorunlar

İnsanlardaki bedensel hastalıklar, zaman zaman pek çok ruhsal tepkiyi de beraberinde getirebilir. Bu bedensel hastalık kroniklik kazandığında; hasta ve yakınları birçok güçlük ve tepkilerle karşılaşabilirler. Kronik bedensel hastalıklar, kişiyi, fiziksel sağlığın sürekli olarak bozulması nedeniyle alışılmış yaşam biçiminde değişiklik yapmaya zorlamasının yanında, kronik bir hastalığa sahip olmanın getirdiği stres, sıkıntı ve ölüm korkusu ile tedavi için zaman, para ve enerji harcamak gibi ruhsal ve toplumsal sorunları da beraberinde getirmektedir (Mete, 1998).

Anksiyete

Kalp hastalığının başlangıcı veya ani ilerlemesi korkutucudur. Ağrı ve fiziksel rahatsızlık, ani ölüm duygusu veya uzamış hükümsüzlük ve kişinin kronik ve potansiyel olarak ölümcül hastalığı olduğunu bilmesi çok büyük stres yaratır. İlk başlangıç reaksiyonu neredeyse her zaman anksiyetedir. Erken ve ani ölüm hissi şeklinde korkular ve fiziksel aktiviteden veya kuvvetli duygulanımdan korkarlar çünkü bu olayların ani ölüm için tetikleyici olacaklarının endişesini taşırlar. Zaman geçtikçe, anksiyetenin yerini karamsarlık ve yoğun fiziksel yaralanma ve kişinin ölümü alır. Birey kendini işe yaramaz, yaralı veya silinmiş hisseder. Bütün bunlar klinik olarak anlamlı ve depresif bir atak için haberci olabilir (Adaylar, 1995; Akın ve Durna, 2006).

Birkaç psikiyatrik ve davranışsal problemler akut kardiyak bir olay için hastaneye yatırıldıklarında sık olarak hastalarda gözlenir. Zaten hastaneye yatırılmanın kendisi başlı başına özellikle de, koroner yoğun bakım ünitesi veya anestezi yoğun

bakım ünitesine yatış korkutucu ve stres yüklü olabilir. Hastalar aniden kendilerini tanımadıkları, yabancı ve korkutucu bir dünyada bulurlar, yanıp sönen ışıklar ve öten alarmları olan ürkütücü makinalarla çevrili bir ortamdadırlar, haklarında çok az bilgileri oldukları ve çok az anlayabildikleri ağırlı işlemlere ve testlere maruz kalırlar, bu sırada ömürleri her bir dakika birbirinden farklı olup, değışkenlik gösterir. Aile, arkadaş, komşu ve kendilerine tanıdık olan herkesten ayrı düşerler. Sağlam bir uyku bir başka imkânsızdır ve çoğu uyku sırasında kalplerinin daha fazla risk altında olduğuna inanarak uykuya yatmaya korkarlar. En kötü korkuları, başka bir hastanın ölümüne veya kardiyak arrest olduğuna şahit olduklarında gerçekleşir (Yazıcı ve ark., 2003).

Hastaneye yatırılan hastalar ne tanıya sahipse, tıbbi olarak onlara ne yapılıyorsa ve neden yapıldıysa iyi bir şekilde bilgilendirilmelidir. İşlemler uygulandıktan sonra olacaklar işlemiden önce anlatılmalı; ekipmanın fonksiyonları ve ilaçların yan etkileri tarif edilmelidir. Hasta, anksiyetenin normal ve tamamen uygun bir reaksiyon olduğ u konusunda ikna edilmelidir (Barsky, 2008).

Deliryum ve Kognitif Bozukluk

Deliryum hastanede yatan kalp hastalarında, özellikle de kardiyak operasyon sonrası sıktır. Cinnet geçirmiş hasta konfüzedir, zaman ve mekân oryantasyonları bozulmuştur, hafıza kaybı, dikkat azalması vardır ve ilüzyonlar veya halisünasyonlar gibi algı bozuklukları yaşarlar. Uyku-uyanıklık siklusu bölünmüştür ve şuur düzeyi ve uyanıklık etkilenmiştir,yani hasta ya uyuşuk ya da kapalı olabilir veya aşırı alert ve ajite olabilir. Bu ekip tarafından fark edilmeyebilir veya dramatik ve anormal olabilir. Hasta duysal bilgileri yanlış yorumlamaya başlar ve şüphelenen, giderek artan şekilde korku yaşayan biri haline gelir. Konfüzyon, korku ve heyecan tepesi, aşikâr paranoya oluşur ve hasta ajite, yıkıcı, kavgacı ve kontrolden çıkmış bir hal alır (Yazıcı ve ark., 2003).

Bu psikiyatrik bir acildir, çünkü konfüzyon ve çılgınlık içinde, cinnet geçirmiş hastalar kaza ile kendilerine zarar verebilirler, düşebilirler, tedavi için kullanılan hayati kataterleri ve implante edilmiş aparatları çekip çıkarabilirler (Barsky, 2008).

Hasta sakin, oryante ve rahat hale getirilmelidir. Oryantasyon için saat ile takvim önde gelen uygulamalardır. Hastanenin rutini düşünüldüğünde normal gündüz-gece siklusunu korumak muhtemeldir. Aile ziyaretleri arttırılmalıdır çünkü hastanın güveninin yeniden kazanılması, sakinleşmesine ve paranoyasının azalmasına yardımcıdır. Ekip kendisini devamlı olarak yeniden tanıtmalı, ne yaptıkları konusunda hastayı eğitmeli ve tekrar tekrar durumu anlatmalıdır (Adaylar, 1995; Akın ve Durna, 2006).

Hospitalizasyondan Sonra Nekahat ve Toparlanma

Hastaneden taburcu olduktan sonraki haftalar ve aylar içerisinde depresyon sıklıdır. Sık sık kendini sınırlar, tedricen hasta eski aktivitelerine kavuştuktan sonra ve akut atağın etkisi ve hospitalizasyon geçmişte bırakıldıktan sonra kaybolur. Hastanın görüşlerinin açıkça tartışılması ve sık görülen uydurma şeylerin ve korkuların hakkında spesifik bilgilerin verilmesi faydalıdır. Uzun anksiyete hastaların semptomlarını veya ani ölümü provoke edebilecek diye düşündükleri, korktukları aktiviteler veya durumlardan sakınmalarına yol açabilir (Yazıcı ve ark., 2003).

Hastalar sıklıkla işe dönme konusunda endişelidirler, çünkü işlerinin yol açtığı stresi düşünürler. Çoğuna göre kuvvetli duygular ölümcül olabilir ve bunlardan korunmak için kuvvetli duygular yaratan tüm durumlar veya aktivitelerden, mesela cinsel aktivite veya televizyonda spor izleme, gayretle sakınırlar. Özellikle cinsel aktiviteleri kaybolmuştur ve hem bayan hem erkek kalp hastalarında cinsel disfonksiyon sıklıdır. Bu gibi kaygılar hekim tarafından sorgulanmalıdır ve sonra açıkça tartışılmalıdır. Ortak kaygı paylaşılan kalp hastalarını grup toplantıları müşterek destek sağlar, eğitsel bilgiler verilir ve aktivitelerden progresif olarak yeniden başlamasına rehberlik etmede yardımcıdır (Barsky, 2008).

4.2. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir. Üremi kronik böbrek yetmezliğinin neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal anormallikleri içeren bir deyimdir ve birçok kaynakta kronik böbrek yetmezliği ile eş anlamda kullanılmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği medikal yönünün yanı sıra hastaların sosyal, ekonomik ve psikolojik durumlarını da etkilemektedir (Akpolat ve ark., 2000). Kronik böbrek yetmezliği görülme sıklığı ülkemizde kesin olarak bilinmemektedir. Türk Nefroloji Derneği'nin bu konuda yaptığı çalışmada elde edilen verilerin en sağlıklı veriler olduğu kabul edilmektedir. Ülkemizde kronik böbrek yetmezliğinin yaygınlığı milyon nüfus başına 390 olarak belirlenmiştir. Türk Nefroloji Derneği kayıtlarına göre 2003 yılı sonu itibarıyla Türkiye'de 25000'in üzerinde hasta diyaliz tedavisi ile yaşamını sürdürmektedir (Erek ve ark., 2004)

4.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedenleri

Tüm Dünyada kronik böbrek hastalığının en çok görülen nedenleri nefrotik ya da böbrekteki iltihabi hastalıklar, enfeksiyonlar, idrar sistemindeki sorunlar ve polikistik böbrek hastalığı gibi kalıtsal bozukluklardır. Bu nedenler, gelişmiş ve gelişmekte olan uluslarda kardiyovasküler hastalıkların da en çok görülen nedenleri olan Diyabet hastalığı ve hipertansiyona bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Tablo 4.1) (Akpolat ve ark., 2000). Ülkemizde KBY saptanan olgularda kronik böbrek yetmezliğine götüren ilk üç neden; kronik glomerulonefrit, diyabet ve hipertansiyon olarak bulunmuştur (Tablo 4.2) (Levy ve ark., 2004; Aydın, 2004).

Tablo 4.1. Amerika Birleşik Devletlerinde Son Dönem Böbrek Yetmezliği Nedenleri

Primer Hastalık	%
Diyabetes mellitus	39
Hipertansiyon	26
Primer glomerülonefrit	11
Böbreğin kistik, hereditör, konjenital hastalıkları	4
İnterstisiyel nefrit/ piyelonefrit	4
Seconder glomerülonefrit/ vaskülit	2
Renal arter darlığı	2
Malignensi	2
Nefrolitiazis/ obstrüktif nefropati	1
AIDS nefropatisi	1
Amiloidoz	0,3
Nedeni bilinmeyenler	4
Diğer durumlar	3

Tablo 4.2. Ülkemizde 1997 Yılında Saptanan Yeni Kronik Böbrek Yetmezliği Olgularının Nedenleri

Etiyoloji	Hasta Sayısı	%
Kronik glomerülonefrit	2768	23,9
Diyabetik nefropati	1579	13,6
Hipertansiyon- Nefroskleroz	1107	9,6
Ürolojik	1034	8,9
Kistik böbrek hastalıkları	471	4,1
Kronik interstisiyel nefrit	764	6,6
Diğer nedenler	1147	9,9
Bilinmeyen	2711	23,4
TOPLAM	11581	

4.2.2. Klinik Özellikler

Hastaların klinik semptom ve bulguları böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilişkilidir. Hastaların ilk semptomları genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dk olunca hastada üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar(Tablo 4.3) (Levy ve ark., 2004; Arık N., 2001; Tunalı ve Neyal, 1990). Glomerüler filtrasyon değeri 5-10 ml/dk'ya inince son dönem böbrek yetmezliğinden bahsedilir ve hastalar diyaliz, renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (Akpolat ve ark., 2000).

Tablo 4.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri

Sıvı- Elektrolit Bozuklukları Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi
Sinir Sistemi Stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, meningizm, huzursuz bacak(restless leg) sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar
Gastrointestinal Sistem Hıçkırık, parotit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit(kandida, herpes...), intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit
Hematoloji- İmmünoloji Normokrom normositer anemi, eritrosit fragilitesinde artış, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi(alüminyuma bağlı), aşıyla sağlanan immünitede azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma
Kardiyovasküler Sistem Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi, kapak hastalığı

Pulmoner Sistem
Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem
Cilt
Kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz
Metabolik- Endokrin Sistem
Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi
Kemik
Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz, D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit
Diğer
Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri

4.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tanı

Kan üre azotu ve kreatinin düzeylerindeki yükselme veya kreatinin klirensindeki azalma ile böbrek yetmezliği tanısı kolaylıkla konur. Pratikte en çok kullanılan yöntem radyolojik olarak böbreklerin küçük olduğunun gösterilmesidir. Amiloidoz, diyabetik nefropati, hidronefroz, polikistik böbrek hastalığı, böbreğin infiltratif hastalıklarında kronik böbrek yetmezliği olmasına rağmen böbrekler küçülmemiş olabilir. Böbrekler küçükse, kronik böbrek yetmezliğinde orijinal böbrek hastalığı ne olursa olsun histolojik inceleme amiloidoz dışında orijinal böbrek hastalığı hakkında bilgi vermekte yetersiz kalır; bu nedenle tanı ve ayırıcı tanıda biyopsinin yeri çok sınırlıdır (Akoğlu ve Sülymenlar, 2003; Yalçın ve Akpolat, 2000; Akdemir ve Birol, 2003).

4.2.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavisi

Son dönem böbrek yetersizliği olan hastalarda renal replasman tedavileri; hemodiyaliz, periton diyalizi ya da renal transplantasyondur. SDBY bulunan hastalar

her üç tedaviden de zaman içerisinde yararlanmak durumunda kalabilirler (Arık, 2001; Aydın, 1998).

Kronik böbrek yetmezliği sürecindeki bir hastaya klinik yaklaşım aşağıdaki unsurları kapsamalıdır:

1. Böbreklerin fonksiyonel rezervini doğru bir şekilde saptamak,
2. Fonksiyonel kapasiteyi düşüren reversible faktörlerin düzeltilmesi,
3. İlerlemenin durdurulması veya yavaşlatılması,
4. Üremik komplikasyonların önlenmesi ve tedavisiyle yaşam süre ve kalitesinin artırılması,
5. Altta yatan hastalığın tedavisi (Akpolat ve ark., 2000).

4.2.4.1. Böbrek Nakli

Böbrek nakli, böbreğin cerrahi girişimle bir insandan diğerine nakledilmesi işlemidir. Hastaların yaşam süresini ve kalitesini artırdığı için en çok tercih edilen tedavi yöntemi haline gelmiştir. Böbrek transplantasyonu için kadavralardan veya anne, baba, çocuk, kardeş gibi kan bağı olan kişilerden yararlanılabilir. Canlı verici ve kadavradan yapılan nakiller arasında teknik olarak hiçbir fark yoktur (Akoğlu ve Süleymanlar, 2003; Yalçın ve Akpolat, 2000).

Ülkemizde yaşayan organ nakilli hasta sayısı hemodiyalize girenlerin %10'u civarındadır ve batı ülkeleri ortalamasının çok altındadır. Türkiye'de milyon nüfus başına yıllık yapılan transplantasyon oranı 8, İspanya'da 48'dir. Batı ülkelerinde yapılan böbrek naklinin büyük bölümü kadavradan olmasına rağmen, ülkemizde büyük oranda canlıdan(akrabadan) yapılmaktadır. Renal replasman tedavisindeki hastaların yıllık mortalite oranları Amerika için %19.7, Japonya için %9.3, Avrupa için %10.4, Türkiye için %9.4'tür (Küçük, 2006; Erek, 2005).

Böbrek transplantasyonunda alıcı ve verici arasında kan grupları uyumu, doku grubu tayini, sitotoksik antikorların aranması, cross-match testi gibi birtakım immunolojik testler yapılır. ABO (kan grupları) ve ileri HLH (human lökosit antijenleri) uyumsuzluğu, pozitif crossmatch (tam lenfositlerle veya T lenfositleriyle vericinin HLH antijenlerine karşı alıcıda kendiliğinden bulunan antikorlar), aktif

injeksiyon, malign hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklarda böbrek transplantasyonu sakıncalıdır (Akpolat ve ark., 2000; Erek, 2005).

Yine canlı donörde; diyabet, hipertansiyon, proteinüri, kreatinin klirensinin 80 ml/dk'dan az olması, böbrek taşı, orak hücreli anemi, bulaşıcı hastalıklar, kanser ve psikiyatrik öyküsünün olması transplantasyon için kontrendike bir durumdur (Küçük, 2006).

Canlı vericiden yapılan nakillerde ameliyatı önceden planlama şansı vardır. Hasta ve böbrek vericisi aynı anda ameliyata alınır. Böbrek vericiden alınıp, hemen hastaya nakledilir. Ülkemizde transplantasyonların % 90'ı canlı vericilerden gerçekleşirken, batı ülkelerinde böbrek transplantasyonunun büyük kısmı (2 / 3'ü) kadavra donörlerden yapılmaktadır. Nakil yapıldıktan sonra böbreklerin ilk 8–14 saatlik sürede çalışması beklenir. Bazen böbrek birkaç gün görev yapamayabilir. Bu sürede hastaya diyaliz uygulanabilir. Böbrek nakli yapılan hastaların bazı ilaçları ömür boyu kullanmaları gerekebilir. Böbrek nakli ameliyatlarında 5 yıl sonra, nakledilmiş böbreklerin % 70 - 80'i çalışmaya devam etmektedir (Açıkalin, 1998).

4.2.4.1.1. Böbrek Naklinin Avantajları

- Vericinin böbreği hasta böbreklerin görevini üstlendiğinden hastanın yaşam kalitesi yükselmektedir,
- Diyaliz tedavisi gerekli olmadığından sıvı ve gıda kısıtlaması olmayacaktır,
- Sağlıklı bir insan gibi nakil olan bireylerin tam özgürlüğü olmaktadır (Akoğlu ve Süleymanlar, 2003; Yalçın ve Akpolat 2000).

4.2.4.1.2. Böbrek Naklinin Dezavantajları

- Büyük bir cerrahi ameliyat gerektirir,
- Vücudun yeni organı reddetmesi olasılığı vardır,
- Rejeksiyonu önlemek amacıyla kullanılan ilaçların yan etkisi (enfeksiyonlara eğilim, mide rahatsızlıkları vb.) olabilmektedir,
- İstendiği zaman verici bulunamamaktadır,

- Maliyeti yüksektir ve özel bir ekip gerektirmektedir(Akoğlu ve Süleymanlar, 2003; Yalçın ve Akpolat 2000).

4.2.4.1.3. Böbrek Naklinin Kontrendikasyonları

- ABO uyumsuzluğu ve pozitif Cross match,
- Disemine yaygın hastalıklar (malignite),
- Tedaviye dirençli kardiyak yetersizlikler,
- Yaygın vasküler lezyonlu hastalar,
- Kronik serebral periferik arter hastalıkları,
- Ciddi ve düzeltilemeyen konjenital üriner sistem anomalileri,
- Kronik enfeksiyonlu hastalar,
- Koagülasyon bozuklukları,
- Mental retardasyon ve
- Psikolojik bozukluğu olan bireylere böbrek nakli yapılmamaktadır(Akoğlu ve Süleymanlar, 2003; Yalçın ve Akpolat 2000).

4.2.4.2. Diyaliz

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solüt değişimini temel alan bir tedavi şeklidir. Sıvı ve solüt hareketi, genellikle hastanın kanından diyalizata doğrudur ve bu diyalizatın uzaklaştırılması ile hastada mevcut olan sıvı-solüt dengesizliği normal değere yaklaştırılır (Akoğlu ve Süleymanlar, 2003; Yalçın ve Akpolat 2000; Akdemir ve Birol 2003; Küçük, 2006; Türkmen, 2002).

Deneyisel olarak ilk hemodiyaliz uygulaması 1913 yılında nefrektomize köpekler üzerinde yapılmıştır. İnsanda ilk hemodiyaliz uygulaması ise 1944 yılında Hollandalı bir hekim olan Kolff tarafından yapılmıştır. Bu uygulamada yarı geçirgen membran olarak sellüloz asetat membran ve antikoagülan olarak heparin kullanılmıştır. İlk periton diyalizi uygulaması ise 1923 yılında Ganter tarafından gerçekleştirilmiştir (Akpolat ve Utaş, 2000).

Otuz- kırk yıl önce, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar günler- haftalar içinde kaybedilirdi. Diyaliz teknolojisinde sağlanan gelişmeler, bu hastalarda önce yaşam süresini uzatmış, daha sonra yaşam kalitesinin artmasını sağlamıştır. Kronik böbrek yetmezliği medikal tedavisinde kullanılan yeni ilaçların bulunması ve geliştirilmesi ile vasküler girişim yolu yaratmada sağlanan başarılar da bu hastalarda yaşam süresi ve kalitesinin artmasına katkıda bulunmuştur (Akpolat ve ark, 2000).

4.2.4.2.1. Fizyolojik Prensipler

Diyaliz tedavisinin amacı uygun sıvı ve solüt değişimini sağlamaktır. Sıvı ve solüt değişiminin difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibi vardır (Akpolat ve ark, 2000; Saltürk, 2006).

Difüzyon, membranın iki yanındaki konsantrasyon farkı nedeni ile solütün konsantrasyonu yüksek olan taraftan düşük olan tarafa hareketidir. Difüzyon hızını ve yönünü etkileyen başlıca üç faktör vardır:

1.Konsantrasyon gradienti; İki taraf arasındaki konsantrasyon gradienti arttıkça madde alışverişi hızlanacaktır,

2.Solütlerin molekül ağırlığı ve hızı; Porlardan geçen maddelerin molekülleri ne kadar büyük ise membrandan geçen madde miktarı ve geçiş hızı o kadar azalır,

3.Membran direnci; Yarı geçirgen membran kalınlığının artması, porların küçülmesi veya por sayısının azalması membranların madde alışverişine karşı direncini artırır (Akpolat ve ark, 2000; Saltürk, 2006).

Membranın bir yanında hastanın kanı, diğer yanında ise diyalizat bulunur. Diyalizatta üre, kreatinin gibi artık ürünler bulunmaz, böylece üre ve kreatinin difüzyonu en etkin şekilde gerçekleşir. Hemodiyaliz için kullanılan diyalizatta potasyum konsantrasyonu 2.0 mEq/L ise, plazma potasyum konsantrasyonu 6.0 mEq/L olan bir hastadan diyalizata doğru potasyum transferi olur. Periton diyalizinde, standart diyalizatta potasyum bulunmaz; böylece potasyum difüzyonu en etkin şekilde gerçekleşir. Hemodiyalizde difüzyonun etkinliğini artırmak için zıt akımlar prensibi

uygulanır, yani hastanın kan akımı ile diyalizat akımı ters yönlüdür (Akpolat ve ark, 2000).

Ultrafiltrasyon ise uygulanan basınç nedeni ile membranın bir yanından diğer yanına sıvı transferidir. Sıvı transferine solüt transferi de eşlik ettiğinden (konveksiyon), ultrafiltrasyon solüt değişimine de katkıda bulunur. Ultrafiltrasyona yol açan basınç hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizinde (SAPD) farklıdır. Hemodiyalizde ultrafiltrasyona yol açan basınç hidrostatik basınç, SAPD’de ise ozmotik basınçtır. SAPD tedavisinde kullanılan diyalizatın glukoz konsantrasyonu değiştirilerek gerekli ozmotik basınç sağlanır. SAPD tedavisinde, hastanın pozisyonuna bağlı olarak gelişen hidrostatik basıncın (otururken en fazla, yatarken en az) da ultrafiltrasyona katkısı vardır (Akpolat ve ark, 2000; Saltürk, 2006).

4.2.4.2.2. Diyalizin Endikasyonları

1. Akut böbrek yetmezliği,

2. Kronik böbrek yetmezliği (KBY olan hastalarda kreatinin klirensi 10 ml/dk’nın altına inince kronik diyaliz tedavisine başlanır, ancak bazı hastalarda kreatinin klirensi bu değerlere düşmeden çeşitli nedenlerle hipervolemi, hiperpotasemi, asidoz ve üremik komplikasyonlar (perikardit, plörit, ensefelopati, üremik akciğer, bulantı, kusma, kontrol edilemeyen hipertansiyon, kaşıntı....) gelişebilir. Bu hastalar konservatif tedavi ile düzeltilemez ise diyaliz tedavisine ihtiyaç duyarlar,

3. Yüksek doz ilaç alımı ve zehirlenmeler,

4. Aşırı ve tedaviye dirençli ödem,

5. İleri derecede sıvı – sodyum dengesizliği (hiponatremi, hipervolemi),

6. Hiperpotasemi (serum potasyumunun 6.5-7 mEq/L ve üzerinde olması),

7. Metabolik asidoz (plazma bikarbonat 15 mEq/L ve kan pH’sı 7.15’den düşük olması),

8. Hiperürisemi,

9. Kan üresinin günde 100 mg veya kan potasyumunun günde 1 mEq/L’den fazla yükseldiği katabolik durumlar,

10.Hiperfosfatemi,

11.Hiperkalsemi,

12.Metabolik alkaloz (Özel diyalizatörler kullanılarak yapılır) (Akpolat ve ark., 2000; Arık, 2001; Aydın, 1998; Türkmen, 2002; Saltürk, 2006).

4.2.4.2.3. Diyalizin Kontrendikasyonları

Diyaliz tedavisinin mutlak bir kontrendikasyonu yoktur. Ancak böbrek yetmezliğine eşlik eden bazı hastalıkların varlığında göreceli (relative, rölatif) bir kontrendikasyon vardır. Bunlar:

1. Alzheimer hastalığı

2. Multi-infark demans

3. Hepatorenal sendrom

4. Ensefelopati ile ilerlemiş siroz

5. İlerlemiş malignite (Akpolat ve ark, 2000; Saltürk, 2006).

4.2.4.2.4. Diyaliz Yöntemleri

a) Hemodiyaliz

1946 yılında Willem Koff tarafından ilk hemodiyaliz uygulaması başlangıçta akut böbrek yetmezliğinin tedavisinde, 1960’lardan itibaren de giderek KBY bulunan hastalarda uygulanmaya başlandı (Saltürk, 2006; Küçük, 2006).

Hemodiyaliz hastadan alınan kanın bir membran aracılığı ve makine yardımı ile sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenlenip hastaya geri verilmesi işlemidir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalıdır (erişkinde genellikle dakikada 200-600 ml). Yeterli kan akımı sağlanması için kalıcı ve geçici vasküler giriş yolu gereklidir. Geçici vasküler giriş yolu sağlanmak için günümüzde en yaygın kullanılan yöntem çift lümenli bir kataterin femoral, subklaviyen veya internal juguler vene yerleştirilmesidir. Kalıcı vasküler giriş yolları ise arteriyovenöz greft ve arteriyovenöz fistüldür. Arteriyovenöz fistül, arter ile ven arasında bir pencere açılmasıdır (Akpolat ve arl., 2000; Küçük, 2006).

Hemodiyaliz işleminin üç ana birleşeni vardır;

- Diyalizör (filtre),
- Pompa yardımıyla kan diyalizat dolaşımını sağlayan sistem,
- Solüt klirensi için belirli bir kimyasal kompozisyonda sıvı (diyalizat) (Saltürk, 2006).

Diyalizin etkinliğini arttırmak amacı ile diyalizat ve kan akımları ters yönlüdür. Diyalizörler Hallow fiber (içi boş kapiller) veya paralel tabakalar yapısında olabilir. Membranların kimyasal içeriği sellüloz, substituted sellüloz, sentetik sellüloz, sentetik olabilir (Akpolat, 2000).

Diyaliz membranın (diyalizör) kapiller içinde hastanın kanı, kapiller arasında ise makine tarafından hazırlanmış diyalizat bulunur. Kan akımı 300 ml/dk'da tutmak için yeterli olan geçici ya da kalıcı damar girişiminden alınan kan yarı sentetik membrandaki çok sayıda kapillere pompalanır. Kan akımına ters yönde sodyum klorür, asetat veya bikarbonat ve değişken konsantrasyondaki potasyum içeren bir diyalizat diyalizöre verilir. Membrandaki diffüzyon, üre gibi küçük molekül ağırlıklı maddelerin konsantrasyon gradiyentine bağlı olarak kan tarafını bırakıp diyalizat tarafına hareket etmesini sağlar. Benzer şekilde genelde konsantrasyonu 35 mEq/L olan bikarbonat kan tarafına difuze olur. Su ve sodyum klorür fazlalığının uzaklaştırılması membran boyunca olan hidrostatik basınca bağlı olarak ultrafiltrasyonla olur. Hemodiyaliz hastasının ortalama haftada üç kez, dört saat diyalize girmesi gerekir (Türkmen, 2002; Saltürk 2006).

Hemodiyaliz Tedavisinin Avantajları

- Hasta diyaliz tedavisi ile haftada 2 - 3 kez 4 - 6 saat ilgilenmekte, diğer zamanlarda serbest olmaktadır,
- Metabolik dengeyi daha az etkilediği için şişmanlık daha az görülmektedir,
- Malnütrisyon ile daha az karşılaşmaktadır,
- Hastaneye yatma gereksinimi daha az olmaktadır,

- Karına ait komplikasyonlar görülmemektedir,
- Atık maddeler vücuttan hızla ve başarı ile uzaklaşmaktadır,
- Bireyin diğer hastalarla sosyal ilişki kurmasına olanak tanımaktadır,
- Uzman hekim ve hemşirelerden oluşan deneyimli bir ekip tarafından yapılmaktadır (Akoğlu ve Süleymanlar, 2003; Yalçın ve Akpolat 2000; Akdemir ve Birol, 2003; Arık, 2001).

Hemodiyaliz Tedavisinin Dezavantajları

- İki diyaliz arasında, fiziki düşme ve yükselme olarak tarif edilebilecek rahatsızlıklar hissedilmektedir,
- Sıvı ve diyet kısıtlamaları gerektirmektedir,
- Diyaliz uygulamaları esnasında kramp, tansiyon düşmesi gibi sorunlar yaşanmaktadır,
- Haftanın belirli günlerinde ve saatlerinde hastaneye gitme mecburiyeti vardır,
- Tedavi sırasında, damara giriş için her seferinde fistül iğneleri kullanılmaktadır,
- Fistül ameliyatı için küçük bir cerrahi operasyon gerektirmektedir (Akoğlu ve Süleymanlar, 2003; Yalçın ve Akpolat 2000; Akdemir ve Birol, 2003; Arık, 2001).

Hemodiyalizin Kontrendikasyonları

- Fistül-Şant açılmayan,
- Hemodiyaliz sonrası sıkıntıları yoğun yaşayan (hemodiyalizi tolere edemeyenler),
- Pıhtılaşma bozukluğu olan ve
- Hemodiyaliz merkezine uzakta yaşayan hastalara hemodiyaliz uygulanmamaktadır.

Hemodiyaliz uygulamasının kronik böbrek yetmezliği vakalarında kullanılmaya başlanması ile daha önceleri kısa sürede ölümle sonuçlanan tabloların

yerini, uzun süre yaşamı sürdürebilme olanağı almıştır. Hemodiyaliz, hayat kurtarıcı bir tedavi yöntemi olmasına karşın, yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Hipotansiyon, kramp, bulantı - kusma, bas ağrısı, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, kasıntı ve ateş - titreme hemodiyaliz esnasında sık karşılaşılan, ancak genellikle hayatı tehdit etmeyen komplikasyonlardır (Levy ve ark., 2004; Arık, 2001; Saltürk, 2006).

b) Periton Diyalizi

Son dönem böbrek yetmezliğinde renal transplantasyon ve hemodiyalize alternatif diğer bir tedavi yöntemi olan sürekli ayaktan periton diyalizi Türkiye’de son yıllarda giderek yaygınlaşan bir tedavi yöntemidir (Akpolat ve ark., 2000). Bu yöntem böbrek yetmezlikli hastalarda böbrek fonksiyonlarının kesintisiz olarak, doğal bir membranla herhangi bir kuvvete veya alete gerek duyulmadan yerine koyma düşüncesinden geliştirilmiştir (Saltürk, 2006).

Periton diyalizi; aralarında yarı geçirgen bir zar bulunan iki bölüm arasındaki difüzyon ve osmoz olayları ile madde alışverişinin meydana geldiği fizikokimyasal bir prensibe dayanır (Peker, 2007; Şahin, 2007). Periton diyalizinde vücut ısısına kadar ısıtılmış genelde 2 litre diyaliz solüsyonu periton boşluğuna yerleştirilmiş olan katater vasıtasıyla 10 dakika gibi bir sürede periton boşluğuna verilir. Periton diyaliz tipine göre değişen periyotta bu solüsyonlar periton boşluğunda bekletilir. Bekleme sürecinden yaklaşık 20 dakika içerisinde diyalizat periton boşluğundan geri alınır ve yeni bir diyalizat tekrar periton boşluğuna verilir. Bu işlem genel olarak günde 4 kez, haftanın 7 günü uygulanır (Saltürk, 2006; Akpolat ve ark., 2000).

Periton Diyalizinin Avantajları

- Hemodiyalize kıyasla daha iyi kan basıncı kontrolü sağlanabilmektedir,
- Daha iyi sıvı kontrolü sağlanmakta, aşırı sıvı birikimi olmamaktadır,
- Çok az diyet kısıtlaması gerekmektedir,

- Kalp ve damar sistemine yüklenme çok az olduğundan, özellikle yaşlı hastalarda ve çocuklarda uygulanması tercih edilebilmektedir,
- Kanın pıhtılaşmasına engel olmak amacıyla damar içi yoldan heparin uygulanmasına gerek duyulmamaktadır,
- Hepatit B ve C gibi enfeksiyözel hastalıkların bulaşma riski daha azdır,
- Tedavi hastanın kendisi tarafından uygulanmakta ve hasta kendini daha iyi hissetmektedir,
- Tedavinin uygulama şekli ile ilgili eğitim basit ve kısa sürelidir,
- Aneminin görülme sıklığı ve derinliği daha azdır,
- Kan biyokimyası yavaş ama etkili düzelir,
- Bir diyaliz merkezine bağıllık gerekmemektedir (Yalçın ve Akpolat, 2000; Akdemir ve Birol, 2003; Arık, 2001).

Periton Diyalizinin Dezavantajları

- Enfeksiyon riski,
- Katetere bağılı enfeksiyonlar,
- Peritonit,
- Hasta karnında sürekli katater taşımak zorundadır,
- Günlük uygulama gerektirmektedir,
- Protein kaybı oluşmaktadır,
- Kateter implantasyonu için küçük bir cerrahi operasyonuna gereksinim duyulmaktadır,
- Periton diyaliz solüsyonlarının seker içermesine bağılı olarak şişmanlık gelişebilmektedir,
- Hastanın en az bir ay yetecek kadar periton diyaliz sıvısını evinde depolamak zorunda olmasıdır (Yalçın ve Akpolat, 2000; Akdemir ve Birol, 2003; Arık, 2001).

Periton Diyaliz Kontrendikasyonları

- Malnütrisyon,
- Karın içi yapışıklık,
- Mental reterdasyon,
- Hiatal herni (reflü özafajiti varsa),
- Şiddetli hipertrigliseridemi,
- Gebeliğin 3. trimestri,
- Şiddetli bağırsak hastalıkları (akut divertikülit, akut iskemik bağırsak hastalığı, karın içi apseler),
- Aktif depresyon,
- Entellektüel düzey düşüklüğü,
- Hijyenik alışkanlığı iyi olmayan bireylere SAPD uygulanmamalıdır (Yalçın ve Akpolat, 2000; Akdemir ve Biro, 2003; Arık, 2001).

4.2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Görülen Psikiyatrik Sorunlar

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), yaşamı tehdit eden önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, organik, mental ve psikososyal sorunların geliştiği bir tablodur. Çoğu araştırmacı, kronik böbrek yetmezliği hastalarında ruhsal bozuklukların yaygın olduğu görüşündedir. Ruhsal sorunlar içinde uyum bozukluğu %14 ile ilk sırayı alırken majör depresyon (%12.5), agorafobili panik bozukluğu (%2) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%1.5) bu tanıyı izlemektedir. KBY'nin diyaliz ya da transplantasyon ile tedavisine pek çok organik, ruhsal ve sosyal sorun eşlik etmektedir. Hastalar kısıtlayıcı bir yaşam şekline uyum sağlamak zorunda kalmalarının yanı sıra bağımlılık ve ölüm korkusu ile yüzleşmektedirler (Küçük, 2006; Peker, 2007).

Gerek diyalizde geçirilen zamana gerekse diyaliz dışı zamanda fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş verimi düşmekte ve sosyal yaşam kısıtlanmaktadır. İş verimindeki düşüş ve tedavinin pahalı oluşu ağır maddi kayıplara

yol açmaktadır. Diyet programlarıyla sıvı ve gıda alımı ciddi ölçüde kısıtlanmaktadır. Kadavradan transplantasyon için belirsiz bir bekleme sürecine girilmektedir. Organ yetmezliği olan hastalar arasında aile ve evlilik stresi belirgindir. Ailelerin ölümle ilgili endişelerinin hastaların elini kolunu bağladığı ve zaman içinde evlerinde yalnızca birer izleyici konumuna geçtikleri saptanmıştır. Hastaların eşleri rol değiştirmek zorunda kalarak hemşireye ya da hasta bakıcıya dönüşmektedirler (Özçürümez ve ark., 2003).

Diyaliz ve son dönem böbrek yetmezliğine bağlı bozukluklar genç erişkin ve orta yaş dönemlerinde daha sıkıntı vericidir. Bu nedenle bu yaş grubundaki hastalarda depresyon gelişmesi daha sıktır. Diyaliz hastalarında hastalığın evresi, süresi, tedavi şekli ve potansiyeli yanında; psikolojik faktörlere bağlı olarak uyum güçlüğü ve davranışsal reaksiyonlar, organik beyin sendromları, anksiyete reaksiyonu, depresyon, seksüel ve psikososyal sorunların yaygın olduğu buna bağlı olarak da işlevselliğin daha da bozulabildiği görülmüştür (Küçük, 2006; Peker, 2007).

Ruhsal sorunların ortaya çıkmasında en önemli faktör, kronik hastalığın kendisidir. Kronik hastalıklar kişiye, topluma, yaşa, kültüre, hastalığı nasıl algıladığına, hastalıkla ilgili olası güçlüklerle ilgili olarak değişerek kişinin denge ve uyumunu bozar (Peker, 2007).

Fiziksel hastalığın sekonder bir travma olarak ortaya çıkması alışlagelmiş baş etme yöntemlerinin zorlanmasına yol açar (Küçük, 2006; Peker, 2007).

Ümitsizlik, çaresizlik, isteksizlik, yaşamın anlam ve önemini yitirmesi gibi sorunlar yaşayan ve sorun çözme yetenekleri bozulan hastalara sorunlarını saptama ve çözümüne ilişkin hemşirelik girişimlerinin uygulanması psikososyal sorunların azalmasını ve daha etkin yaşam sürmelerini sağlayabilir (Kelleci, 2003; Peker, 2007).

4.2.5.1. Uyum ve Davranış Bozuklukları

Diyaliz uygulamasının en temel gerçeği, kronik bir hastalık olması ve yaşamını sürdürebilmek için bir makineye bağımlı olma zorunluluğudur. Abram; hastaların diyalize uyum sürecini dört aşamada değerlendirmiştir (Şentürk ve ark., 2000).

Üremik dönem: Diyalize başlamadan önceki dönemdir. Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın getirdiği fiziksel ve ruhsal komplikasyonların içindedir. Yaşamın

tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Yorgunluk, halsizlik ve zihinsel çöökkünlük içindedirler.

Öforik dönem: Diyaliz uygulamasına başladıktan sonra apatinin azaldığı, ölümden geri dönme duygusu ve düşüncesinin geliştiğı ve sıklıkla öforinin eşlik ettiğı bir dönemdir.

Yaşama dönüş dönemi: Diyaliz uygulamasına başladıktan üç hafta ya da 8-9 diyaliz uygulamasından sonra, başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın makineye alıştığı ancak bunun yanında diyalize bağı olma ile ilgili psikososyal sorunların geliştiğı dönemdir. Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri ve bağımlılık çatışmalarının geliştiğı bu dönem 3-12 ay sürebilir.

Normale dönüş dönemi: Ölümden kurtuluşun gerçekleştiğı ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiğı dönemdir. Hasta diyalize alışmıştır. Hastalığın ve tedavi uygulamalarının elverdiği ölçüde uyumu ve yaşama bağılılığı daha iyi bir düzeye gelmiştir. Gerçekçi kabullenme sağlanmış, ileriye dönük plan ve beklentiler(organ nakli) gelişmiştir (Mete, 1998; Küçük, 2006; Peker, 2007).

4.2.5.2. Organik Beyin Sendromları

Diyaliz hastalarında merkezi sinir sistemini etkileyen çeşitli toksik ve metabolik faktörlere bağı olarak organik beyin sendromları gelişme riski fazladır (Mete, 1998). Bunlar;

Kognitif Bozukluk: İremi, anemi, ilaç toksisitesi, elektrolit denge bozukluğu, hipertansiyon ve diğer sistemik hastalıklara bağıdır. Bellek bozukluğunun yanı sıra konsantrasyon bozukluğu, apati, halsizlik, uykuya eğilim ve uykusuzluk olabilir.

Diyalitik Denge Bozukluğu: Genellikle hızlı diyalize bağı bir tablodur. Hastada bulantı, kusma, baş ağrısı, denge, konuşma ve bellek bozukluğu, kaslarda seyirmeler, tremor, istemsiz hareketler, ajitasyon ve konvülsiyonlar görülebilir.

Diyalitik Ensefalopati: Diyaliz hastalarında görülen en ciddi ve fatal organik ruhsal bozukluk, diyaliz ensefalopatisidir. İlk kez 1972’de tanımlanan bu tabloda denge ve konuşma bozukluğu, apraksi, myoklonus, fokal nöbetler ve paraliziler, delirium epizodları, giderek paranoid sanrılar ve demans ortaya çıkar. Genellikle iki

yıldan fazla hemodiyaliz uygulanan hastalarda görülür (Mete, 1998; Küçük, 2006; Peker, 2007).

4.2.5.3. Anksiyete Bozukluğu

Kronik hastalıkların birçoğunda olduğu gibi, diyaliz hastalarında da kaygı en yaygın yakınmadır (Mete, 1998; Küçük, 2006; Peker, 2007). Beklenen anksiyete ve fobiler diyaliz uygulamasıyla ilişkilidir. Anksiyete çeşitli biçimlerde görülebilir. Fobik reaksiyonlar gösterme(diyaliz uygulamasından korkma, diyaliz seanslarına gelmeme gibi), hiperventilasyonlu akut panik ataklar geliştirme(dispnö veya diğer otonomik semptomlar), bedenleriyle aşırı meşgul olma(somatizasyon) şeklinde anksiyete görülebilir (Sertbaş ve Çuhadar, 2004).

Daha önce belirtildiği gibi makineye bağımlılık, kısıtlı özerklik, fiziksel, mesleki ve ailesel kayıplar, düşük yaşam kalitesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlev bozukluğu, ekonomik yetersizlik anksiyeteyi artırmaktadır. Katotrofik tepkiler, öfke ve inkâr sık görülür. Duygularını ifade edebilen, yeni ilgi alanları geliştirebilen hastalar daha kolay uyum yaparlar, diğerlerinin ise psikiyatrik yardım gereksinimi vardır (Sertbaş ve Çuhadar, 2004).

4.2.5.4. Depresyon

Depresyon diyalizin en sık görülen psikolojik komplikasyonudur. Yapılan çalışmalarda %20 ile %50 arasında değişen oranlar verilmiştir. Diyaliz hastalarındaki depresyon genellikle ESRD tedavisine eşlik eden biyolojik, psikolojik ve sosyal bozuklukların kombine sonucudur (Sertbaş ve Çuhadar, 2004).

Diyaliz hastalarında depresif mizaçlı uyum güçlüğü ve majör depresyon akut dönemden sonra görülen en yaygın bozukluktur. Sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, otonomilerini, çalışabilme yeteneklerini kaybedecekleri endişesi depresyon gelişmesindeki en önemli unsurlardır (Şentürk ve ark., 2000).

Bu hastalarda sıklıkla görülen, kızgınlık daha çok agresif biçimde ifade edilir. Diyete uymama, aşırı egzersizde bulunma, uygun görülen vücut ağırlığının üzerine çıkma, günlük alması gereken likitin fazlasını alma ve bunun gibi fiziksel

kompanseasyonu bozacak her türlü girişim, oto agresif tutum gizli suikid teşebbüsü olarak değerlendirilmelidir. Kronik diyaliz hastalarının genel popülasyona göre suikid riski olduğu da bilinmektedir. Hastalarda ortaya çıkan geri çekilme, izolasyon ve mücadele etme isteğinin azalması ile kronik hastalığın seyri olumsuz etkilenir (Sertbaş ve Çuhadar, 2004).

Depresyon genellikle fiziksel durumun kötüleşmesi ile ilişkilidir. Ancak depresyonun varlığı da immun sistemi, kişisel hijyeni ve mücadele gücünü etkileyerek hastalığın seyrine olumsuz etkide bulunur ve ortalama yaşam süresini kısaltır. Peterson ve arkadaşları da nitekim yaptıkları bir çalışmada depresyonun prognozu etkileyen önemli bir faktör olduğu sonucuna varmışlar ve bu grup hastalarda erken tanı ve tedavinin sonucu hafifleteceğini önermişlerdir (Küçük, 2006).

4.2.5.5. Cinsel İşlev Kaybı

Her iki cinste de cinsel işlev bozuklukları görülmektedir. Kadınlarda insel istek azalması ve orgazm olamama tanımlanmıştır. Erkeklerde yapılan bir araştırma, cinsel işlev bozukluğunun %70 oranında görüldüğünü göstermiştir (Şentürk ve ark, 2000). Erkeklerde görülen sorunlar arasında infertilite, empotans ve sık mastürbasyon vardır. Birçok erkek hastada cinsel organlarının artık idrar boşaltma amacını yerine getiremiyor olması ciddi endişelere sebep olmaktadır. Her iki cinste cinsel dürtü azalması ile birlikte, cinsel etkinlikte düşme bildirilmiştir (Mete, 1998). Diyaliz hastalarındaki cinsel işlev bozukluklarında; bilgilendirme, açıklama öncelikle önemlidir. Başarabilme kaygısının azaltılması gerekir (Sertbaş ve Çuhadar, 2004).

4.2.5.6. Diyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunlarında Hemşirenin Sorumlulukları

Diyaliz hastalarında görülen psikososyal ve psikiyatrik problemlerin erken tanınması hastaların daha iyi rehabilitasyonuna izin verecektir. Hemşireler böyle bir durumda hem hastalara hem de ailelere yardım edebilecek en uygun konumdaki

kişilerdir. Hemşirenin sunacağı destek, hasta birey ve ailesinin güçlenmelerinde ve karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinde önemli rol oynayacaktır. Bu hastalarla kurulacak destekleyici, güven verici, yardıma yönelik, empatiye dayanan bir ilişkinin hastaların ruhsal uyumlarında yardımcı olabileceği söylenebilir (Sertbaş ve Çuhadar, 2004).

Ayrıca hastaların ailelerinin de hastalıktan olumsuz yönde etkileneceği, kendi iç dengesinin bozulduğu, bozuk ilişkilerin ruhsal sorunları artırdığı söylenebilir. Bu nedenle hemodiyaliz hastalarına yakın ve doğrudan hizmet veren hemşirelerin hastayı toplumsal çevresiyle bir bütün olarak ele alması, hastaya olduğu kadar ailesine de güçlerini geliştirici, uyumlarını artırıcı yönde destekleyici hizmet vermesi uygun olacaktır (Peker, 2007).

Bu süreç içerisinde hemşireler;

- Hemşireler işlemin temel prensiplerini iyi bilmelidirler, komplikasyonlar gelişmeden önlem almalıdırlar,
- Diyaliz ünitesinde çalışan hemşireler, anlayışlı, atak ve çalışkan olmalıdırlar,
- Hemşireler güvenilir ve tecrübeli olmalıdır. Çünkü diyalizi uygulayan hekim değil hemşiredir. Diyalizin teorik ve pratiğini iyi bilen, diyalizi iyi uygulayabilen hemşire hastayla daha güvenilir ve iyi ilişkiler kurar,
- Hastane dışında hasta ve ailesini ilişkilerini sağlamak için ev ziyaretleri yapmalıdır,
- Hastaları sosyal faaliyetlere katılma konusunda yönlendirebilir (Peker, 2007).

Bu bağlamda; hemşirelerin görev içi eğitim programlarında bu konulara ağırlık verilmesi, hemodiyaliz birimleriyle psikiyatri bölümü arasında sürekli ve dinamik bir ilişkinin kurulması, ev ziyaretlerinin düzenli olarak yürütülmesi önerilebilir (Sertbaş ve Çuhadar, 2004).

Hastaları durumları ile ilgili olarak gerçekçi bir biçimde bilgilendirmek ve tedaviye katılımlarını sağlamak daha başarılı tedavi sonuçlarına ulaşmayı kolaylaştıracaktır (Peker, 2007).

4.3. Ölüm

Hayatın en büyük gerçeklerinden biri olan ölüm, canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirmesi veya hayati organlardan birinin ya da bir kaçının tamamen işlevini yitirmesiyle yaşamın sona ermesidir (Özen, 2008; Tanhan ve Arı, 2006).

Yaşamın ayrılmaz bir parçası olan ölüm, insanoğlunun her zaman ilgi duyduğu ve tanımlamaya çalıştığı bir konu olmuştur (İnci ve Öz, 2009; Tanhan ve Arı, 2006). Çağlar boyu insanoğlu ölüm üzerine düşünmüş ve onu tanımaya çalışmıştır. Çünkü ölüme ilişkin sorgulama, yaşamın anlamlandırılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Tanhan ve Arı, 2006; Kubler, 1997). Ölüm düşüncesi kimi için stres kaynağı iken, kimi için stresten kurtulma yolu; kimi için bir yok oluşken, kimi için de ölümsüz bir yaşamın başlangıcıdır (Özen, 2008; Tanhan ve Arı, 2006; Erdoğan ve Özkan, 2007).

İnsanoğlunu bu denli meşgul eden ölüm kavramının farklı kültürlerde ve toplumlarda farklı tanımları yapılmıştır (Özen, 2008; Tanhan ve Arı, 2006). Bu tanımlar, bireyin kişiliğine, yaşına, dinine, kültürel konumuna bağlı olarak da farklılıklar göstermektedir (Yazıcı, 1994).

Ölüm; din, felsefe, sanat, edebiyat, tıp, biyoloji ve hukuk gibi değişik disiplinlerde incelenen bir çalışma konusu olmuştur (Tanhan ve Arı, 2006; Erdoğan ve Özkan, 2007). Ölüm üzerine yapılan bilimsel çalışmalar çeşitli felsefi düşüncelerden kaynak almışlar ve bu düşünceleri araştırmalarla test etmeye çalışmışlardır (Onur, 1986). Varoluşçu Psikoloji'nin de temel kavramları arasında yer alan ölüm, insanların içinde bulunduğu en büyük ikilem olarak açıklanmaktadır. İnsan isterse ölümü seçebilir, fakat istemese de ölümü yasayacaktır. Ölüm, varoluşun çözemediği fakat yaşamak zorunda olduğu, belki de yaşamın anlamının içinde saklı olduğu en büyük gizemdir (Yalom, 2001). İnsanda varoluşsal farkındalığı arttırarak, bizi bir varoluş şeklinden daha yüksek olana sevk etmektedir. Varoluşçuların önde gelenlerinden olan Heidegger'e göre, her yaşam kaçınılmaz olarak ölümle biter (Özen, 2008; Tanhan ve Arı, 2006).

İlk çağ filozoflarından olan Sokrates, yaşam ile ölüm arasında hiçbir çelişki görmez. Ona göre ölüm, yaşamın farklı bir boyutta devamıdır. Yaşadığı süre içerisinde Sokrates'in gözünde yaşamın temel prensibi sevgidir. İyilik ve güzelliğe, yani erdeme

karşı duyulan bu sevgi, her şeyin kaynağıdır. İyi, güzel ve erdemli bir yaşam kadar, aynı amaca götüren ölüm de aynı derecede istenilen bir şeydir. Korkulması gereken şey, erdemden uzak bir yaşam ve bunun sonucunda ölümdür (Özen, 2008).

Ölüm olgusu çoğu kez dini hayat ile ilişkilendirilmiştir. Bazılarına göre dinlerin ortaya çıkmasında ölüm ve ölüm kaygısı belirleyiciyken; kimilerine göre ise, insanların ölüm korkularını azaltmada dinlerin önemli fonksiyonları olmuştur. Dini sistemlerde ölüm ve ölüm sonrası ile ilgili çok fazla yazılı, sözlü ve pratik gelenek vardır (Aydın, 1999; Tanhan ve Arı, 2006). Yahudiliğe göre ölüm, cezaların en ağırıdır ve korkunç bir gerçek olarak algılanmaktadır. Hristiyanlığa göre insan, ruh ve bedenden oluşmaktadır ve ölen sadece bedendir. Ölümle yaşam sona ermemekte, daha güzel ve daha değişik bir sekle bürünmektedir. İslamiyet'e göre ise ölüm, insan ruhunun bedenden alınarak Allah'ın katına yükseltilmesi şeklinde değerlendirilmektedir (Erdoğan ve Özkan, 2007).

Yaşam gibi ölüm de bütün canlı varlıklar için aynı oranda bir gerçeklik olduğu halde insanlar genellikle yaşama dört elle sarılıp, ondan ayrılmak istemezken, neden ölümden uzak olmak isterler? İnsanlar hayatta kalmak için, en olmaz fedakârlıklar yapılırken, ölmemek için neden her şeyini feda ederler. İnsanlar genellikle, bu sorulara cevap bulmak ve çözmeye çalışmak yerine, yaşamı iyi, istenilen bir olgu olarak kabul ederken, ölümü mümkün olduğunca uzaklaştırılması gereken bir kaçınılmaz son olarak görürler. Bu kaçınılmaz sonu ne kadar uzakta tutabilirler ve ne kadar hatırlamazlarsa o kadar mutlu olurlar (Özen, 2008).

Ölüm unutkanlığı, insanı rahat ve güvenli bir ruh haline götürür. Ölümü unutmak için günlük eğlenceler ve işlerle uğraşmak yeterlidir. Ölüm çoğu kimse için korku verici bir olaydır ve insan, hayat enerjisinin büyük bir kısmını ölümün inkarı için harcamaktadır (Tanhan ve Arı, 2006).

Schopenhauer'a göre, "Ölüm düşüncesi, ölümün kendisinden daha ıstıraplıdır". Dolayısıyla yaşanan acılar, doğrudan ya da dolaylı olarak ölümü çağrıştıran, hatırlatan bir özellik taşır. Yaşam deneyimi arttıkça, ölümü hatırlatan yeni olgularla tanışılır. Bu durum ölümü korkulacak bir şey olmaktan çıkarmaz, aksine insan ölümden daha da çok uzak kalmak ister. Gençler, yaşamlarının başında olduklarından ölümü görmez ve tanımazlar, oysa yaşlılar, o kaçınılmaz noktaya doğru ilerlemekte olduklarını açıkça

görürler. Bu yüzden de geç ölüm, ani ölümden daha korkutucudur. Yani ölümü düşünmek, ölümün kendisinden daha korkutucudur (Özen, 2008).

4.3.1. Ölüm Kaygısı

Ölüm kaygısı, insani korkuların ve kaygıların temel nedenlerinden biridir. İnsanların bu dünyadaki var olmalarının son bulacağı gerçeği karşısında duydukları korku, ölüm kaygısı olarak tanımlanabilir (Cevizci, 1997). Pek çok düşünür ölümü olduğu gibi ölüm kaygısını da açıklamaya çalışmıştır. Ölüm ve ölüm kaygısı konularının modern psikolojinin konusu olması, 20. Yüzyılın ilk çeyreğine rastlamaktadır (Ayten, 2009; Tanhan ve Arı, 2006).

Ölüm kaygısını ilk tartışan teorisyenlerden birisi olan Freud, ölüme ilişkin kaygıların ölümün kendisiyle ilintili değil çocukluk döneminde çözilemeyen çatışmaların bir yansıması olduğunu iddia eder. Ona göre bilinçaltı kendi ölümünü kabullenmez ve ölümsüz olduğuna inanır (Ayten, 2009). Jung, birey için bir bütünleşme ve kendini gerçekleştirme süreci olarak ifade ettiği bireyleşme süreci çerçevesinde ölümü ele alır. Ona göre birey, hayatının ikinci devresinde ölüme hazırlıkla uğraşır. Bu safhada dinler, kişiye ölüme hazırlık sürecinde yardımcı olacak motivasyonlar sunar (Ayten, 2009; Tanhan ve Arı, 2006). Logoterapi yaklaşımının kurucusu Frankl, ölümün ve acının bile anlamı olduğunu, ölümün hayata anlam kattığı ve “hayatı tamamlayan” unsur olduğunu belirtir. Varoluşçu Yalom ise, ölüm kaygısının her yerde ve yaşta var olduğunu; insanın hayat enerjisinin bir bölümünü bu kaygıyı kontrol etmeye harcadığını ifade eder (Yalom, 2001).

Ölüm gerçeği insanda bir takım savunma mekanizmaları geliştirmektedir. Ölüm hakkında hiç düşünme fırsatı kalmayacak şekilde çalışmak bu korkuyu bastırır da ölüm gerçeğini değiştirmemektedir. İnsanın ölüme karşı yapabilecek hiçbir şeyi yoktur. Kişi bu kaçınılmaz sondan yakınabilir; nefretini ve öfkesini dışarı vurabilir veya çeşitli ayin ve törenlerle bu korkusunu hafifletmeye çalışabilir. Zaman ve mekânlara göre değişmekle birlikte, günümüze kadar gelen cenaze törenleri, mezarlıklar, mezar ziyaretleri, dualar aslında ölüm kaygısından kurtulmayla yakından ilişkilidir (Hökelekli, 1993).

Literatüre bakıldığında ölüm korkusu ile ölüm kaygısının birbirine karıştırıldığı görülmektedir. Kaygı; korku, endişe, gerginlik gibi subjektif olarak hissedilen duygu durumu olmakla birlikte (Freud, 1993; Erdoğan ve Özkan, 2007), korku; dışarıdan gelen bir tehlikeye karşı olan duygusal bir tepkidir (Ditfurth, 1991).

Ölüm kaygısını açıklamaya çalışan yaklaşımlara bakıldığında üç grup halinde incelendiği görülmektedir;

- a) Ölüm kaygısı, psikopatolojide ve psikosomatik hastalıklarda etkili bir rol oynar ve onlarla ilişkilidir. Freud'a göre ölüm kaygısı, oidipal çatışmalar ve ayrılık kaygılarının sonucunda oluşan suçluluk duygusundan kaynaklanır. Süper egonun geçirdiği en önemli kaygıların sonuncusudur. Bununla birlikte Whal'e göre ölüm kaygısının asıl nedeni oidipal çatışmalar ve ayrılma kaygısı değil, çocukluktaki animistik düşüncelerdir,
- b) Ölüm kaygısı ve korkusu, normal insan yaşamının doğal, evrensel ve kaçınılmaz bir sonucudur. Becker'a göre ölüm kaygısı ve korkusu, insanlığın ölümün kaçınılmaz olduğu fikrini akıllarından çıkaramamaları sonucu oluşur,
- c) Ölüm kaygısı, varoluşçu filozof ve psikologlar tarafından da tanımlanmaya çalışılmıştır. Geçtan'a göre ölüm kaygısı, hepimizin benliğinin derinliklerinde, bilinçli dünyamıza ulaşmadan yaşanır. Frankl'a göre ise bütün korkuların temelinde varoluşa yönelik bir tehdit vardır. Bu, ölüm olgusunda daha belirgin olup, bu nedenle ölüm kaygısı kaçınılmazdır ve her insanda bulunmaktadır (Özen, 2008; Erdoğan ve Özkan, 2007).

İnsanın “ölmek zorunda olan bir varlık” olduğunun bilincinde olması onu derinden etkilemektedir (Fromm, 1994). Her bireyin ölüm kaygısının kaynağı aynı olmayabilir. Bazı insanlar sevdiklerinden, esi ve çocuklarından ayrılacağını düşünerek ölüme ilişkin bir kaygı hissederken, bir başkası, bedenin toprakta, böcekler tarafından yenileceğini düşünerek, mezarda yapayalnız kalacağını hayal ederek, ya da dünyada

sahip olduğu zenginliklerden, konfordan, sosyal statüden ayrılacağını düşünerek, ölüme ilişkin bir kaygıya sahip olur (Yıldız, 2001).

Ölüm kaygısına neden olan ölümden çok, ölümlle ilgili duygular, ölüme verilen anlamdır. Ölümün deneyimlenemez olmasından kaynaklanan bilgisizlik, varlığını varlığına bağladığı her şeyden kopuş, öldükten sonra ne olacağına dair belirsizlik, ölüm anında acı çekme, mezarda çürüme, bedensel dağılma, bozulma ve yok olma... gibi korkuları ölüm kaygısının temelinde yatan asıl korkular olarak tanımlayabiliriz (Özen, 2008).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1 Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma, kalp hastaları ve hemodiyaliz tedavisi gören hastaların ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla enine kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma; İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan bir üniversite hastanesine başvuran kalp hastalığı tanısı almış hastalar ile bir özel diyaliz merkezine başvuran kronik böbrek yetmezliği tanısı almış hastalarla gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri 01.11.09–01.03.10 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

5.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini; 01.11.09–01.03.10 tarihleri arasında bir üniversite hastanesine başvuran 200 kalp hastası ve bir özel diyaliz merkezine başvuran 150 diyaliz hastası, örneklem grubunu ise; kolayda örnekleme yöntemiyle seçilen ve araştırmayı kabul eden 100 kalp ve 100 diyaliz hastası oluşturmuş olup, kalp hastalarında %90, diyaliz hastalarında %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü yeterli bulunmuştur.

5.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırma örneklemini erişkin yaşta olan, psikotik bozukluğu olmayan ve zihinsel yeterliliğe sahip, hastalığın tanısı konulduktan sonra en az bir yıl geçirmiş olan hemodiyaliz hastaları ile kalp hastaları oluşturdu.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından geliştirilen ve katılanların sosyo-demografik özellikleri ile hastalık değişkenlerini içeren 25 soruluk tanıtıcı bilgi formu, ölüme ilişkin depresyon düzeyini ölçmek amaçlı 17 soruluk Ölüme İlişkin Depresyon

Ölçeği ve ölüm kaygılarını ölçmek amaçlı 15 soruluk Ölüm Anksiyetesi Ölçeği olmak üzere üç form ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

5.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formu, kalp ve diyaliz hastalarının özelliklerini içeren (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sosyo-ekonomik durum, çalışma durumu, tanı konma süresi, tedavi süresi, akrabalarında benzer hastalık görülmesi, hastalıkla ilgili eğitim, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, ek hastalık bulunması durumu, gelecekle ilgili umutsuzluğa düşme durumları gibi) 25 sorudan oluşmaktadır.

5.5.2. Ölüm Anksiyetesi Ölçeği

Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Templer (1970) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye’de Şenol (1989) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Ölçek 15 maddeden oluşmakta olup, doğru-yanlış şeklinde ikili likert ölçeği olarak düzenlenmiştir. Doğru yanıtlara 1 puan verilirken, yanlış yanıtlar puanlanmaya alınmamaktadırlar. Puan Aralığı 0–15 arasında olan testte, puanlar bu aralıkta yükseldikçe ölüm kaygısı açısından da yükselme olduğu şeklinde yorumlama yapılmakta, 7 ve üzeri puan alanların anksiyetesi olduğu kabul edilmektedir.

5.5.3. Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği

Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Templer ve ark. (1990) tarafından geliştirilmiş ve Türkiye’de Yaparel (1998) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Bu ölçek, ölüme ilişkin olarak yaşanan depresyon, üzüntü, yalnızlık, dehşet, keder gibi duygu durumlarını ölçmeyi amaçlayan 17 maddeden oluşmaktadır. Doğru-yanlış biçiminde kodlanabilen bu maddelerin 15’i doğru 2’si de yanlış yönde işaretlenmektedir. Uygulama sonunda ölçekten en az 0, en çok 17 puan alınabilmektedir. Bu ölçekte puanlar arttıkça ölüme ilişkin depresyon düzeyi açısından da yükselme olduğu şeklinde yorumlama yapılmaktadır.

5.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulanmasında, gerekli izinler alındıktan sonra araştırma kapsamına alınan hastanelere başvuran kalp ve diyaliz hastalarına araştırmanın amacı anlatılmış, sözlü onam alınmış ve yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan, hastaların Tanıtıcı Bilgi Formu (**Ek-1**), Ölüm Anksiyetesi Ölçeği (**Ek-2**) ve Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği (**Ek-3**) uygulanmıştır. Araştırmanın veri toplama süreci 01.11.09–01.03.10 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın belirlenen hastanelerde uygulanması için, İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Müdürlüğü'ne, Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi Başhekimliği'ne araştırmanın konusu, amacı ve yöntemi ile ilgili bilgileri içeren bir dilekçe ile başvuruda bulunulmuş, gereken yazılı izin ve onaylar alındıktan sonra veri toplama sürecine başlanmıştır (**Ek-4, Ek-5**).

5.8. İstatistiksel Analiz

Araştırmacı tarafından kodlanan her bir hastaneden toplanan verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında SPSS 15.0 programı kullanılarak yapıldı.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların yanı sıra Tek yönlü varyans analizi, Tukey testi, t testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Analiz sonuçları, anlamlılık en düşük $p < 0,05$, en yüksek $p < 0,01$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

5.9. Araştırmanın Güçlülükleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın bulguları ve kullanılan ölçeklerin güvenilirliği, örneklem grubunda yer alan hastaların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

Çalışma İstanbul’da bulunan bir üniversite hastanesi ile bir özel diyaliz merkezinde yapılmış olup, kalp ve hemodiyaliz hastaları ile karşılıklı görüşme yolu ile uygulanmıştır. Tanıtıcı bilgi formu ve ölçeklerin doldurulması için yaklaşık olarak 20 dakika süre ayarlanmış, ancak belirlenen sürenin soru sayısının fazla olması ve hastaların kişisel bazı soruları yanıtlamaktan çekinmeleri nedeniyle uzaması araştırmanın zorluğu olarak düşünülebilir.

6. BULGULAR

Bu araştırmanın bulguları kalp ve hemodiyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve hastalık değişkenleri özelliklerine göre ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi içermektedir.

6.1. Kalp Hastalarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.1.1: Kalp Hastalarının Sosyodemografik Değişkinlerine Ait Bulgular (N=100)

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yaş	27-45	24	24
	46-60	38	38
	61 yaş ve üzeri	38	38
Cinsiyet	Kadın	37	37
	Erkek	63	63
Medeni Durum	Evli	84	84
	Bekar	16	16
Eğitim Durumu	İlköğretim	73	73
	Lise	21	21
	Lisans ve üzeri	6	6
Meslek	Serbest meslek	25	25
	Memur	10	10
	Emekli	30	30
	Ev Hanımı	35	35
Ekonomik Durum	Kötü	17	17
	Orta	48	48
	İyi	35	35
Çalışma Durumu	Çalışan	35	35
	Emekli	30	30
	Çalışmayan	35	35

Tablo 6.1.1’de kalp hastalarının; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum ve çalışma durumuna ait bağımsız değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımları verildi. Bu tabloya göre kalp hastalarının %24’ü 27-45 yaş arasında,

%38'i 46-60 yaş arasında, %38'i 61 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 55.75, standart sapması 13.07, en küçük değer 27, en büyük değer 84 olarak bulundu.

Araştırmaya katılan kalp hastalarının örneklem grubunun %37'sini kadınlar, %63'ünü erkekler oluşturmaktadır. Kalp hastaları medeni durum değişkenine göre; örneklem grubunun %84'ünün evli, %16'sının bekâr olduğu görülmektedir.

Kalp hastalarının eğitim durumu değişkenine göre; örneklem grubunun %73'ü ilköğretim, %21'i lise ve %6'sı lisans ve üzeri grubunda yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kalp hastalarının meslek durumu değişkenine göre; örneklem grubunun %25'inin serbest meslek, %10'unun memur, %30'unun emekli ve %35'inin ev hanımı olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kalp hastalarının ekonomik durum değişkenine göre; örneklem grubunun %17'sinin kötü, %48'inin orta, %35'inin iyi yanıtını verdikleri görülmektedir.

Kalp hastalarının çalışma durumu değişkenine göre; örneklem grubunun %35'inin çalışan, %30'unun emekli ve %35'inin çalışmayan olduğu görülmektedir.

Tablo 6.1.2: Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine Ait Bulgular (N=100)

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalık Türü	Kalp Ritm Bozuklukları	22	22
	Kalp-Damar Hastalıkları	54	54
	Kalbin Yapısal Hastalıkları	10	10
	Kalp Yetmezliği	14	14
Kronik Hastalık Olma Durumu	Hayır	43	43
	Diabet	33	33
	Koah	7	7
	Ht	17	17
Hastalık Tanısı Konma Süresi	1-5 yıl önce	56	56
	6-10 yıl önce	25	25
	10 yıl üzeri	19	19
Tedavi Görme Süresi	1-5 yıl	56	56
	6-10 yıl	25	25
	10 yıl üzeri	19	19
Akrabalarda Benzer Hastalık Olma Durumu	Evet	68	68
	Hayır	32	32
Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	33	33
	Hayır	67	67

Hastalıkla İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumu	Hiç bilgim yok	21	21
	Az miktarda bilgi sahibiyim	58	58
	Yeterli bilgi sahibiyim	21	21
Anjio İşlemi Yapılma Durumu	Evet	46	46
	Hayır	54	54
Stent İşlemi Yapılma Durumu	Evet	16	16
	Hayır	84	84
Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu	Evet	14	14
	Hayır	86	86
Pacemaker İşlemi Yapılma Durumu	Evet	5	5
	Hayır	95	95
Gelecek Hakkında Umutsuzluk Durumu	Hiç	20	20
	Biraz	28	28
	Orta	29	29
	Fazla	23	23

Tablo 6.1.2’de kalp hastalarının; tanısının ne olduğu, başka kronik bir hastalıklarının olup olmadığı, hastalıklarının tanısının ne zaman konulduğu ve ne kadar süredir tedavi gördüğü, akrabalarında benzer bir hastalıklarının olup olmadığı, hastalıklarıyla ilgili eğitim alma durumları ve ne kadar bilgi sahibi oldukları, anjio, stent, cerrahi operasyon geçirme ve pacemaker işlemi yapılıp yapılmadığı, hastalıklarının gelecek hakkında umutsuzluk yaratması bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları verildi.

Kalp hastalarının hastalık tanısı değişkenine göre; örneklem grubunun %22’si kalp-ritm bozuklukları ve pacemaker hastalıkları, %54’ü kalp-damar hastalıkları, %10’u kalbin yapısal hastalıkları, %14’ü kalp yetmezliği grubunda yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kalp hastalarının başka kronik bir hastalığı olma değişkenine göre; örneklem grubunun %43’ünün hayır, %33’ünün diabet, %7’sinin koah ve %17’sinin ht yanıtını verdikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılan kalp hastalarının hastalık tanısının ne zaman konulduğu değişkenine göre; örneklem grubunun %56’sı 1-5 yıl önce, %25’i 6-10 yıl önce ve %19’u 10 yıl üzeri grubunda yer almaktadır.

Kalp hastalarının ne kadar süredir tedavi gördüğü değişkenine göre; örneklem grubunun %56’sının 1-5 yıl, %25’inin 6-10 yıl ve %19’unun 10 yıl üzeri yanıtını verdikleri görülmektedir.

Kalp hastalarının akrabalarında benzer bir hastalık olup olmadığı değişkenine göre; örneklem grubunun %68'inin evet, %32'sinin hayır yanıtını verdikleri görülmektedir.

Kalp hastalarının hastalıkla ilgili eğitim alma değişkenine göre; örneklem grubunun %33'ünün eğitim aldığı, %67'sinin eğitim almadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan kalp hastalarının hastalıkla ilgili ne kadar bilgi sahibi olduğu değişkenine göre; örneklem grubunun %21'inin hiç, %58'inin az miktarda, %21'inin yeterli bilgiye sahip oldukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan kalp hastalarının anjio işlemi yapılması değişkenine göre; örneklem grubunun %46'sının anjio olduğu, %54'ünün anjio olmadığı görülmektedir.

Kalp hastalarının stent işlemi yapılması değişkenine göre; örneklem grubunun %16'sının evet, %84'ünün hayır yanıtını verdikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılan kalp hastalarının cerrahi operasyon geçirme değişkenine göre; örneklem grubunun %14'ünün opere oldukları, %86'sının opere olmadıkları görülmektedir.

Kalp hastalarının pacemaker işlemi yapılması değişkenine göre; örneklem grubunun %5'inin evet, %95'inin hayır yanıtını verdikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılan kalp hastalarının sahip oldukları hastalığın gelecek hakkında umutsuzluk yaratıp yaratmadığı değişkenine göre; örneklem grubunun %20'sinin hiç, %28'inin biraz, %29'unun orta, %23'ünün fazla yanıtını verdikleri görülmektedir.

6.1.1. Kalp Hastalarında Ölüm Anksiyitesi Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları

Tablo 6.1.1.1: Kalp Hastalarının Yaş Grubu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyitesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yaş Grubu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
27-45 (1.grup)	24	8.50	2.35	gruplar arası	118.73	2	59.36		1. ve2 grup 0.76

46-60 (2.grup)	38	7.92	3.16	gruplar içi	990.65	97	10.21	5.813	1. ve 3. grup *0.008
61 yaş ve üzeri (3.grup)	38	5.94	3.64	toplam	1109.39	99			2. ve 3. grup **0.023
toplam	100	7.31	3.34						

*p<0.01,

**p<0.05

F: Tek Yönlü Varyans Analizi,

Tukey

Tablo 6.1.1.1’de kalp hastalarının yaş grubu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Kalp hastalarının yaş grubu değişkeni ile ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(2,97)=5.813$; $p=0.004$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 1.grupta ($p<0.01$) ve 2. grupta($p<0.05$) yer alan bireylerin, 3. grupta yer alan bireylere göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı görüldü.

Tablo 6.1.1.2: Kalp Hastalarının Cinsiyet Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Cinsiyet	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Kadın	37	8.75	3.21	3.49	98	0.001
Erkek	63	6.46	3.14			

t: t- testi

Tablo 6.1.1.2’de kalp hastalarının cinsiyet değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Kadın hastaların erkek hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı görüldü; $t(98)=3.49$; $p<0.01$.

Tablo 6.1.1.3: Kalp Hastalarının Medeni Durum Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Medeni Durum	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evli	84	7.67	3.21	2.59	98	0.011
Bekar	16	5.37	3.44			

t: t testi

Tablo 6.1.1.3’de kalp hastalarının medeni durum değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Evli hastaların bekâr hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı sonucuna varıldı; $t(98)=2.59$; $p<0.05$.

Tablo 6.1.1.4: Kalp Hastalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Eğitim Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
İlköğretim (1.grup)	73	7.43	3.60	gruplar arası	29.34	2	14.67	1.318	1. ve 2. grup 0.99
Lise (2.grup)	21	7.47	2.35	gruplar içi	1080.04	97	11.13		1. ve 3. grup 0.24
Lisans ve Üstü (3.grup)	6	5.16	2.48	toplam	1109.39	99			2. ve 3. grup 0.29
toplam	100	7.31	3.34						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.1.1.4’de kalp hastalarının eğitim durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Eğitim durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=1.318$; $p=0.272$.

Tablo 6.1.1.5: Kalp Hastalarının Meslek Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Meslek Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Serbest Meslek (1.grup)	25	7.16	2.76	gruplar arası	161.52	3	53.84	5.453	1. ve 2. grup 0.99
									1. ve 3. grup 0.36
Memur (2.grup)	10	6.80	2.65	gruplar içi	947.87	96	9.87		1. ve 4. grup 0.16
İşçi (3.grup)	30	5.76	3.53	toplam	1109.39	99			2. ve 3. grup 0.80
									2. ve 4. grup 0.25
Emekli (4.grup)	35	8.88	3.15						3. ve 4. grup *0.001
toplam	100	7.31	3.34						

* $p<0.01$, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.1.1.5’de kalp hastalarının meslek durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Kalp hastalarının meslek durumu değişkeni ile ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(3,96)=5.453$; $p=0.002$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 4.gruptaki($p<0.01$) hastaların 3.grupta yer alan hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı sonucuna varıldı.

Tablo 6.1.1.6: Kalp Hastalarının Ekonomik Durum Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Ekonomik Durum	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Kötü (1. grup)	17	7.76	4.08	gruplar arası	44.11	2	22.05	2.008	1. ve 2. grup 0.44
Orta (2.grup)	48	6.62	3.19	gruplar içi	1065.28	97	10.98		1. ve 3. grup 0.96
İyi (3.grup)	35	8.02	3.05	toplam	1109.39	99			2. ve 3. grup 0.14
toplam	100	7.31	3.34						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.1.1.6’da kalp hastalarının ekonomik durum değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Ekonomik durum değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=2.008$; $p=0.14$.

Tablo 6.1.1.7: Kalp Hastalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Çalışma Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Çalışan (1.grup)	35	7.05	2.70	gruplar arası	160.59	2	80.29	8.209	1. ve 2 grup 0.22

Emekli (2.grup)	30	5.76	3.53	gruplar içi	948.79	97	9.78		1. ve 3. grup **0.04
Çalışmayan (3.grup)	35	8.88	3.15	toplam	1109.39	99			2. ve 3. grup ***0.001
toplam	100	7.31	3.34						

p<0.05, *p<0.001, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.1.1.7’de kalp hastalarının çalışma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Kalp hastalarının çalışma durumu değişkeni ile ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(2,97)=8.209$; $p=0.001$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 3. grupta yer alan hastaların, 1.grupta($p<0.05$) ve 2.grupta($p<0.01$) yer alan hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı sonucuna varıldı.

Tablo 6.1.1.8: Kalp Hastalarının Hastalık Tanısı Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Hastalık Tanısı	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Kalp-Ritm Bozuklukları (1.grup)	22	7	3.76	gruplar arası	99.44	3	33.14	3.151	1. ve 2. grup 0.99
Kalp-Damar Hastalıkları (2.grup)	54	7.22	3.18	gruplar içi	1009.94	96	10.52		1. ve 3. grup 0.65
Kalbin Yapısal Hastalıkları (3.grup)	10	10.10	2.18	toplam	1109.39	99			1. ve 4. grup 0.86
Kalp Yetmezliği (4.grup)	14	6.14	3.18						2. ve 3. grup 0.055
									2.ve 4. grup 0.68
									3. ve 4. grup **0.02
toplam	100	7.31	3.34						

**p<0.05, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.1.1.8’de kalp hastalarının hastalık tanısı değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Kalp hastalarının hastalık tanısı değişkeni ile ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(3,96)=3.151$; $p=0.028$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 3. grupta yer alan hastaların($p<0.05$) 4.grupta yer alan hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı saptandı.

Tablo 6.1.1.9: Kalp Hastalarının Kronik Hastalık Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Kronik Hastalık	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Hayır (1.grup)	43	8.39	2.87	gruplar arası	111.75	3	37.25	3.585	1. ve 2. grup 0.26
Diabet (2.grup)	33	7.03	3.67	gruplar içi	997.63	96	10.39		1. ve 3. grup 0.22
Koah (3.grup)	7	5.85	4.48	toplam	1109.39	99			1. ve 4. grup **0.02
									2. ve 3. grup 0.81
Ht (4.grup)	17	5.70	2.44						2. ve 4. grup 0.51
									3. ve 4. grup 1
toplam	100	7.31	3.34						

** $p<0.05$,

F: Tek Yönlü Varyans Analizi,

Tukey

Tablo 6.1.1.9’da kalp hastalarının kronik hastalık değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer

almaktadır. Kalp hastalarının kronik hastalık değişkeni ile ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(3,96)= 3.585$; $p= 0.017$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 1.grupta yer alan hastaların($p<0.05$) 4. grupta yer alan hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı saptandı.

Tablo 6.1.1.10: Kalp Hastalarının Akrabalarında Benzer Hastalık Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Akrabalarda Benzer Hastalık Olma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	68	7.14	3.25	0.70	98	0.481
Hayır	32	7.65	3.57			

t: t testi

Tablo 6.1.1.10’da kalp hastalarının akrabalarında benzer hastalık olma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Akrabalarında benzer hastalık olma durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=0.70$; $p>0.05$.

Tablo 6.1.1.11: Kalp Hastalarının Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Eğitim Alma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	33	7.06	3.06	0.52	98	0.604
Hayır	67	7.43	3.49			

t: t testi

Tablo 6.1.2.11’de kalp hastalarının hastalık hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Hastalık hakkında eğitim alma durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=0.52$; $p>0.05$.

Tablo 6.1.1.12: Kalp Hastalarının Hastalıkları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bilgi Sahibi Olma Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Hiç Bilgim Yok (1.grup)	21	6.61	3.98	gruplar arası	28.54	2	14.27	1.281	1. ve 2. grup 0.85
Az Miktarda Bilgi Sahibiyim (2.grup)	58	7.22	3.26	gruplar içi	1080.84	97	11.14		1. ve 3. grup 1.03
Yeterli Bilgi Sahibiyim (3.grup)	21	8.23	2.80	toplam	1109.39	99			2. ve 3. grup 0.85
toplam	100	7.31	3.34						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.1.2.12’de kalp hastalarının hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=1.281$; $p=0.282$.

Tablo 6.1.1.13: Kalp Hastalarının Anjiyografi Yapılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Anjiyografi Yapılma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	46	8.06	3.23	2.11	98	0.037
Hayır	54	6.66	3.33			

t: t testi

Tablo 6.1.2.13’de kalp hastalarının anjiyografi olma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Anjiyografi yapılan hastaların, yapılmayan hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı görüldü; $t(98)=2.11$; $p<0.05$.

Tablo 6.1.1.14: Kalp Hastalarının Stent Takılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Stent Takılma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	16	6.31	3.57	1.30	98	0.195
Hayır	84	7.50	3.29			

t: t testi

Tablo 6.1.1.14’de kalp hastalarının stent takılma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Stent takılma durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=1.30$; $p>0.05$.

Tablo 6.1.1.15: Kalp Hastalarının Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	14	6.35	3.20	1.15	98	0.253
Hayır	86	7.46	3.36			

t: t testi

Tablo 6.1.1.15’de kalp hastalarının cerrahi operasyon geçirme durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Cerrahi operasyon geçirme durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=1.15$; $p>0.05$.

Tablo 6.1.1.16: Kalp Hastalarının Pacemaker İmplantasyonu Yapılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Pacemaker İmplantasyonu Yapılma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	5	9	2.12	1.16	98	0.249
Hayır	95	7.22	3.38			

t: t testi

Tablo 6.1.1.16’da kalp hastalarının pacemaker implantasyonu yapılma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Pacemaker implantasyonu yapılma durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=1.16$; $p>0.05$.

Tablo 6.1.1.17: Kalp Hastalarının Gelecek Hakkında Umutsuzluğa Düşme Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Gelecek Hakkında Umutsuzluk	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Hiç (1.grup)	20	4.5	2.81	gruplar arası	400.87	3	133.625	18.105	1. ve 2. grup 0.22
Biraz (2.grup)	28	6.03	3.10	gruplar içi	708.51	96	7.38		1. ve 3. grup ***0.001
									1. ve 4. grup ***0.001
Orta (3.grup)	29	8.34	2.70	toplam	1109.39	99			2. ve 3. grup *0.01
Fazla (4.grup)	23	10	2.04						2. ve 4. grup ***0.001
									3. ve 4. grup 0.13
toplam	100	7.31	3.34						

*p<0.01, ***p<0.001, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.1.1.17’de kalp hastalarının gelecek hakkında umutsuzluğa düşme değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Kalp hastalarının gelecek hakkında umutsuzluğa düşme değişkeni ile ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(3,96)=18.105$; $p=0.001$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 3.grupta yer alan hastaların, 1.grup($p<0.01$) ve 2.grupta($p<0.01$) yer alan hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı görüldü. 4.grupta yer alan hastaların ise, 1.grup($p<0.01$) ve 2.grupta($p<0.01$) yer alanlara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı saptandı.

6.1.2. Kalp Hastalarında Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları

Tablo 6.1.2.1: Kalp Hastalarının Yaş Grubu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yaş Grubu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
27-45 (1.grup)	24	9.45	3.02	gruplar arası	46.48	2	23.24	3.097	1. ve 2. grup 0.66
46-60 (2.grup)	38	8.84	2.53	gruplar içi	727.87	97	7.50		1. ve 3. grup 0.051
61 yaş ve üzeri (3.grup)	38	7.76	2.75	toplam	774.36	99			2. ve 3. grup 0.20
toplam	100	8.58	2.79						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.1.2.1’de kalp hastalarının yaş grubu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Yaş grubu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=3.097$; $p=0.05$.

Tablo 6.1.2.2: Kalp Hastalarının Cinsiyet Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Cinsiyet	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Kadın	37	9.70	2.80	3.21	98	0.002
Erkek	63	7.92	2.59			

t: t testi

Tablo 6.1.2.2’de kalp hastalarının cinsiyet değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Kadın hastaların, erkek hastalara göre ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı görüldü; $t(98)=3.21$; $p<0.01$.

Tablo 6.1.2.3: Kalp Hastalarının Medeni Durum Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Medeni Durum	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evli	84	8.75	2.68	1.39	98	0.165
Bekar	16	7.68	3.26			

t: t testi

Tablo 6.1.2.3’de kalp hastalarının medeni durum değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Medeni durum değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=1.39$; $p>0.05$.

Tablo 6.1.2.4: Kalp Hastalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Eğitim Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
İlköğretim (1.grup)	73	8.73	2.99	gruplar arası	32.30	2	16.15	2.111	1. ve 2. grup 0.99
Lise (2.grup)	21	8.66	1.95	gruplar içi	742.05	97	7.65		1. ve 3. grup 0.10
Lisans ve Üstü (3.grup)	6	6.33	1.96	toplam	774.36	99			2. ve 3. grup 0.16
toplam	100	8.58	2.79						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.1.2.4’de kalp hastalarının eğitim durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Eğitim durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=2.111$; $p=0.127$.

Tablo 6.1.2.5: Kalp Hastalarının Meslek Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Meslek Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Serbest Meslek (1.grup)	25	8.56	2.43	gruplar arası	97.63	3	32.54	4.617	1. ve 2. grup
									0.87
Memur (2.grup)	10	7.80	2.20	gruplar içi	676.72	96	7.04		1. ve 3. grup
									0.40
İşçi (3.grup)	30	7.43	2.82	toplam	774.36	99			1. ve 4. grup
									0.28
Emekli (4.grup)	35	9.80	2.76						2. ve 3. grup
								0.98	
								2. ve 4. grup	
								0.16	
toplam	100	8.58	2.79						3. ve 4. grup
									*0.003

* $p<0.01$, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.1.2.5’de kalp hastalarının meslek durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Kalp hastalarının meslek durumu değişkeni ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(3,96)=4.617$; $p=0.005$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 4.grupta($p<0.01$) yer alan hastaların, 3.grupta yer alan hastalara göre ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden daha yüksek puan aldığı görüldü.

Tablo 6.1.2.6: Kalp Hastalarının Ekonomik Durum Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Ekonomik Durum	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Kötü (1. grup)	17	9.41	3.65	gruplar arası	17.07	2	8.53	1.093	1. ve 2. grup 0.30
Orta (2.grup)	48	8.25	2.87	gruplar içi	757.28	97	7.80		1. ve 3. grup 0.61
İyi (3. grup)	35	8.62	2.12	toplam	774.36	99			2. ve 3. grup 0.81
toplam	100	8.58	2.79						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.1.2.6’da kalp hastalarının ekonomik durum değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Ekonomik durum değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=1.093$; $p=0.339$.

Tablo 6.1.2.7: Kalp Hastalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre, Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Çalışma Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Çalışan (1.grup)	35	8.34	2.36	gruplar arası	93.50	2	46.75	6.661	1. ve 2. grup 0.35
Emekli (2.grup)	30	7.43	2.82	gruplar içi	680.85	97	7.01		1. ve 3. grup 0.06
Çalışmayan (3.grup)	35	9.80	2.76	toplam	774.36	99			2. ve 3. grup ***0.001
toplam	100	8.58	2.79						

***p<0.001, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.1.2.7’de kalp hastalarının çalışma durumu değişkenine göre ölümüne ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Kalp hastalarının çalışma durumu değişkeni ile ölümüne ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(2,97)=8.209$; $p=0.002$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 3.grupta yer alan hastaların($p<0.01$), 2. grupta yer alan hastalara göre ölümüne ilişkin depresyon ölçeğinden daha yüksek puan aldığı saptandı.

Tablo 6.1.2.8: Kalp Hastalarının Hastalık Tanısı Değişkenine Göre, Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Hastalık Tanısı	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Kalp-Ritm Bozuklukları (1. grup)	22	8.86	3.25	gruplar arası	34.15	3	11.38	1.477	1. ve 2. grup 0.75
Kalp-Damar Hastalıkları (2. grup)	54	8.16	2.32	gruplar içi	740.20	96	7.71		1. ve 3. grup 0.64
									1. ve 4. grup 0.99

Kalbin Yapısal Hastalıkları (3. grup)	10	10.10	3.69	toplam	774.36	99			2. ve 3. grup 0.18
Kalp Yetmezliği (4. grup)	14	8.64	2.87						2. ve 4. grup 0.94
									3. ve 4. grup 0.58
toplam	100	8.58	2.79						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.1.2.8’de kalp hastalarının hastalık tanısı değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hastalık tanısı değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(3,96)=1.477$; $p=0.226$.

Tablo 6.1.2.9: Kalp Hastalarının Kronik Hastalık Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Kronik Hastalık	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Hayır (1. grup)	43	9.39	2.77	gruplar arası	69.12	3	23.04	3.137	1. ve 2. grup 0.44
Diabet (2. grup)	33	8.45	2.85		gruplar içi	705.23	96		7.34
Koah (3. grup)	7	7.42	3.35						
					2. ve 3. grup 0.80				

									2. ve 4. grup
Ht (4.grup)	17	7.23	1.82	toplam	774.36	99			0.43
									3. ve 4. grup
									0.99
toplam	100	8.58	2.79						

**p<0.05, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.1.2.9’da kalp hastalarının kronik hastalık değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Kalp hastalarının kronik hastalık değişkeni ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(3,96)=3.137$; $p=0.029$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 1. grupta($p<0.05$) yer alan hastaların, 4. grupta yer alan hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı saptandı.

Tablo 6.1.2.10: Kalp Hastalarının Akrabalarında Benzer Hastalık Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Akrabalarda Benzer Hastalık Olma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	68	8.35	2.71	1.18	98	0.239
Hayır	32	9.06	2.93			

t: t testi

Tablo 6.1.2.10’da kalp hastalarının akrabalarında benzer hastalık olma durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Akrabalarında benzer hastalık olma durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=1.18$; $p>0.05$.

Tablo 6.1.2.11: Kalp Hastalarının Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu Değişkenine Göre, Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Eğitim Alma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	33	8.57	2.41	0.01	98	0.992
Hayır	67	8.58	2.98			

t: t testi

Tablo 6.1.2.11’de kalp hastalarının hastalık hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre ölümüne ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Hastalık hakkında eğitim alma durumu değişkeni açısından ölümüne ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=0.01$; $p>0.05$.

Tablo 6.1.2.12: Kalp Hastalarının Hastalıkları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bilgi Sahibi Olma Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	f	p
Hiç Bilgim Yok (1.grup)	21	8.47	3.48	gruplar arası	0.96	2	0.48	0.061	1. ve 2. grup 0.71
Az Miktarda Bilgi Sahibiyim (2.grup)	58	8.55	2.82	gruplar içi	773.39	97	7.97		1. ve 3. grup 0.87
Yeterli Bilgi Sahibiyim (3.grup)	21	8.76	1.92	toplam	774.36	99			2. ve 3. grup 0.71
toplam	100	8.58	2.79						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.1.2.12’de kalp hastalarının hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=0.061$; $p=0.941$.

Tablo 6.1.2.13: Kalp Hastalarının Anjiyografi Yapılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Anjiyografi Yapılma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	46	8.80	2.67	0.73	98	0.462
Hayır	54	8.38	2.91			

t: t testi

Tablo 6.1.2.13’de kalp hastalarının anjiyografi yapılma durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Anjiyografi yapılma durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=0.73$; $p>0.05$.

Tablo 6.1.2.14: Kalp Hastalarının Stent Takılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Stent Takılma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	16	8.12	2.24	0.70	98	0.480
Hayır	84	8.66	2.89			

t: t testi

Tablo 6.1.2.14’de kalp hastalarının stent takılma durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Stent takılma durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=0.70$; $p>0.05$.

Tablo 6.1.2.15: Kalp Hastalarının Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	14	8	3.16	0.83	98	0.405
Hayır	86	8.67	2.74			

t: t testi

Tablo 6.1.2.15’de kalp hastalarının cerrahi operasyon geçirme durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Cerrahi operasyon geçirme durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=0.83$; $p>0.05$.

Tablo 6.1.2.16: Kalp Hastalarının Pacemaker İmplantasyonu Yapılma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Pacemaker İmplantasyonu Yapılma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	5	11.4	3.36	2.36	98	0.020
Hayır	95	8.43	2.7			

t: t testi

Tablo 6.1.2.16’da kalp hastalarının pacemaker implantasyonu yapılma durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Pacemaker implantasyonu yapılan hastaların, yapılmayan hastalara göre ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı sonucuna varıldı; $t(98)=2.36$; $p<0.05$.

Tablo 6.1.2.17: Kalp Hastalarının Gelecek Hakkında Umutsuzluğa Düşme Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Gelecek Hakkında Umutsuzluk	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Hiç (1. grup)	20	6.5	1.87	gruplar arası	200.83	3	66.94	11.205	1. ve 2. grup 0.23
Biraz (2. grup)	28	7.85	2.56	gruplar içi	573.52	96	5.97		1. ve 3. grup *0.002
Orta (3.grup)	29	9.13	2.68	toplam	774.36	99			1. ve 4. grup ***0.001
Fazla (4.grup)	23	10.56	2.40						2. ve 3. grup 0.20
									2. ve 4. grup ***0.001
									3. ve 4. grup 0.16
toplam	100	8.58	2.79						

* $p<0.01$, *** $p<0.001$, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.1.2.17’de kalp hastalarının gelecek hakkında umutsuzluğa düşme değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Kalp hastalarının gelecek hakkında umutsuzluğa düşme değişkeni ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(3,96)=11.205$; $p=0.001$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 4. grupta yer alan hastaların, 1.grupta($p<0.001$) ve 2.grupta($p<0.001$) yer alan hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı sonucuna varıldı. 3. grupta yer alan hastaların ise 1. grupta ($p<0.01$) yer alan hastalara göre daha yüksek puan elde ettiği saptandı.

Tablo 6.1.3: Kalp Hastalarına Ait Değişkenler ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

ölçekler	değişkenler	r	p
Ö.A.Ö	yaş	0.294*	0.003
	tanı süresi	0.106	0.296
	tedavi süresi	0.106	0.296
	Ö.D.Ö	0.719*	0
Ö.D.Ö	yaş	0.246**	0.014
	tanı süresi	0.209**	0.037
	tedavi süresi	0.209**	0.037
	Ö.A.Ö	0.719*	0

* $p<0.01$, ** $p<0.05$, r: Pearson Korelasyon Analizi

Kalp hastalarına ait değişkenler ile ölüm anksiyetesi ölçeği arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda yaş ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinde ise; yaş, tanı süresi ve tedavi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu.

6.2. Diyaliz Hastalarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.2.1: Diyaliz Hastalarının Sosyodemografik Değişkinlerine Ait Bulgular(N=100)

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı(n)	Yüzde(%)
Yaş	27-45	21	21
	46-60	39	39
	61 yaş ve üzeri	40	40
Cinsiyet	Kadın	44	44
	Erkek	56	56
Medeni Durum	Evli	73	73
	Bekar	27	27
Eğitim	İlköğretim	82	82
	Lise	18	18
Meslek	Serbest meslek	19	19
	Emekli	39	39
	Ev hanımı	42	42
Ekonomik Durum	Kötü	25	25
	Orta	53	53
	İyi	22	22
Çalışma Durumu	Çalışan	18	18
	Emekli	37	37
	Çalışmayan	45	45

Tablo 6.2.1’de diyaliz hastalarının; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum ve çalışma durumuna ait bağımsız değişkenlerin sayı ve yüzde dağılımları verilmektedir. Bu tabloya göre diyaliz hastalarının %21’i 27-45 yaş arasında, %39’u 46-60 yaş arasında, %40’ı 61 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 55.31, standart sapması 15.59, en küçük değer 20, en büyük değer 84 olarak bulundu.

Araştırmaya katılan diyaliz hastalarının örneklem grubunun %44’ünü kadınlar, %56’sını erkekler oluşturmaktadır. Diyaliz hastalarının medeni durum değişkenine göre; %73’ünün evli, %27’sinin bekâr olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan diyaliz hastalarının eğitim durumu değişkenine göre; örneklem grubunun %82'sini ilköğretim, %18'ini lise mezunu olan bireyler oluşturmaktadır.

Diyaliz hastalarının meslek durumu değişkenine göre; örneklem grubunun %19'unu serbest meslek, %39'unu emekli ve %42'sini ev hanımları oluşturmaktadır.

Diyaliz hastalarının ekonomik durum değişkenine göre; örneklem grubunun %25'inin kötü, %53'ünün orta, %22'sinin iyi olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan diyaliz hastalarının çalışma durumu değişkenine göre; örneklem grubunun %18'ini çalışan, %37'sini emekli ve %45'ini çalışmayan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 6.2.2: Diyaliz Hastalarının Hastalık Değişkenlerine Ait Bulgular(N=100)

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik Hastalık Olma Durumu	Hayır	53	53
	Diabet	32	32
	Ht	15	15
Hastalık Tanısı Konma Süresi	1-5 yıl önce	55	55
	6-10 yıl önce	33	33
	10 yıl üzeri	12	12
Tedavi Görme Süresi	1-5 yıl	57	57
	6-10 yıl	33	33
	10 yıl üzeri	10	10
Akrabalarda Benzer Hastalık Olma Durumu	Evet	10	10
	Hayır	90	90
Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	54	54
	Hayır	46	46
Hastalıkla İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumu	Hiç Bilgim Yok	22	22
	Az Miktarda Bilgi Sahibiyim	58	58
	Yeterli Bilgi Sahibiyim	20	20
Transplantasyon Konusundaki İstek Durumu	Hayır	38	38
	Bekleme Listesindeyim	60	60
	Bekleme Listesinde Değilim	2	2

Transplantasyon Konusundaki Umut Durumu	Transplantasyon İstemiyorum	38	38
	Hiç	35	35
	Biraz	21	21
	Orta	6	6

Tablo 6.2.2’de diyaliz hastalarının; başka kronik bir hastalıklarının olup olmadığı, hastalıklarının tanısının ne zaman konulduğu ve ne kadar süredir tedavi gördüğü, akrabalarında benzer bir hastalıklarının olup olmadığı, hastalıklarıyla ilgili eğitim alma durumları ve ne kadar bilgi sahibi oldukları, transplantasyon yaptırma konusundaki istek ve umutları bağımsız değişkenlerine göre sayı ve yüzde dağılımları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan diyaliz hastalarının başka kronik bir hastalığı olma değişkenine göre; örneklem grubunun %53’ünün hayır, %32’sinin diabet ve %15’inin ht yanıtını verdikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılan diyaliz hastalarının hastalık tanısının ne zaman konulduğu değişkenine göre; örneklem grubunun %55’inin 1-5 yıl önce, %33’ünün 6-10 yıl önce ve %12’sinin 10 yıl üzeri yanıtını verdikleri görülmektedir.

Diyaliz hastalarının ne kadar süredir tedavi gördüğü değişkenine göre; örneklem grubunun %57’si 1-5 yıl, %33’ü 6-10 yıl ve %10’u 10 yıl üzeri grubunda yer almaktadır.

Diyaliz hastalarının akrabalarında benzer bir hastalık olup olmadığı değişkenine göre; örneklem grubunun %10’u evet, %90’ı hayır yanıtını verdikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılan diyaliz hastalarının hastalıkla ilgili eğitim alma değişkenine göre; örneklem grubunun %54’ünün eğitim aldığı, %46’sının eğitim almadığı sonucuna ulaşıldı.

Araştırmaya katılan diyaliz hastalarının hastalıkla ilgili ne kadar bilgi sahibi olduğu değişkenine göre; örneklem grubunun %22’sinin hiç, %58’inin az, %20’sinin yeterli bilgiye sahip olduğu görülmektedir.

Diyaliz hastalarının transplantasyon yaptırma konusundaki isteği değişkenine göre; örneklem grubunun %38’inin hayır, %60’ının bekleme listesindeyim, %2’sinin bekleme listesinde değilim yanıtını verdikleri görülmektedir.

Diyaliz hastalarının transplantasyon konusundaki umut değişkenine göre; örneklem grubunun %38'inin transplantasyon istemiyorum, %35'inin hiç, %21'inin biraz ve %6'sının orta yanıtını verdikleri görülmektedir.

6.2.1. Diyaliz Hastalarının Ölüm Anksiyetesi Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları

Tablo 6.2.1.1: Diyaliz Hastalarının Yaş Grubu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yaş Grubu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
27-45 (1. grup)	21	8.04	4.47	gruplar arası	112.49	2	56.24	3.854	1. ve 2. grup 0.31
46-60 (2. grup)	39	6.53	3.11	gruplar içi	1415.62	97	14.59		1. ve 3. grup **0.02
61 yaş ve üzeri (3. grup)	40	5.22	4.07	toplam	1528.11	99			2. ve 3. grup 0.28
toplam	100	6.33	3.92						

**p<0.05, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.2.1.1'de diyaliz hastalarının yaş grubu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Diyaliz hastalarının yaş grubu değişkeni ile ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(2,97)=3.854$; $p=0.025$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 1. grupta yer alan hastaların($p<0.05$), 3. grupta yer alan hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı sonucuna varıldı.

Tablo 6.2.1.2: Diyaliz Hastalarının Cinsiyet Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Cinsiyet	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Kadın	44	7.90	3.79	3.79	98	0.001
Erkek	56	5.08	3.59			

t: t testi

Tablo 6.2.1.2’de diyaliz hastalarının cinsiyet değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Kadın hastaların, erkek hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı sonucuna varıldı; $t(98)=3.79$; $p<0.001$.

Tablo 6.2.1.3: Diyaliz Hastalarının Medeni Durum Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Medeni Durum	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evli	73	6.46	3.94	0.56	98	0.573
Bekar	27	5.96	3.94			

t: t testi

Tablo 6.2.1.3’de diyaliz hastalarının medeni durum değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Medeni durum değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=0.56$; $p>0.05$.

Tablo 6.2.1.4: Diyaliz Hastalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Eğitim Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
İlköğretim	82	6.35	3.98	0.12	98	0.898
Lise	18	6.22	3.76			

t: t testi

Tablo 6.2.1.4’de diyaliz hastalarının eğitim durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Eğitim durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=0.12$; $p>0.05$.

Tablo 6.2.1.5: Diyaliz Hastalarının Meslek Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Meslek Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Serbest Meslek (1. grup)	19	7	3.19	gruplar arası	349.07	2	174.53	14.359	1. ve 2. grup *0.009
Emekli (2.grup)	39	4.05	3.37	gruplar içi	1179.04	97	12.15		1. ve 3. grup 0.46
Ev Hanımı (3.grup)	42	8.14	3.69	toplam	1528.11	99			2. ve 3. grup ***0.001
toplam	100	6.33	3.92						

* $p<0.01$, *** $p<0.001$, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.2.1.5’de diyaliz hastalarının meslek durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer

almaktadır. Diyaliz hastalarının meslek durumu değişkeni ile ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(2,97)=214.359$; $p=0.001$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 1.grupta($p<0.01$) ve 3.grupta($p<0.001$) yer alan hastaların, 2. grupta yer alan hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı saptandı.

Tablo 6.2.1.6: Diyaliz Hastalarının Ekonomik Durum Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Ekonomik Durum	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Kötü (1. grup)	25	5.56	4.09	gruplar arası	19.81	2	9.90	0.637	1. ve 2. grup 0.52
Orta (2.grup)	53	6.60	3.95	gruplar içi	1508.29	97	15.54		1. ve 3. grup 0.67
İyi (3. grup)	22	6.54	3.72	toplam	1528.11	99			2. ve 3. grup 0.99
toplam	100	6.33	3.92						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.2.1.6’da diyaliz hastalarının ekonomik durum değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Ekonomik durum değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=0.637$; $p=0.531$.

Tablo 6.2.1.7: Diyaliz Hastalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Çalışma Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Çalışan (1. grup)	18	6.94	3.28	gruplar arası	365.95	2	182.97	15.272	1. ve 2. grup *0.008
Emekli (2. grup)	37	3.89	3.16	gruplar içi	1162.15	97	11.98		1. ve 3. grup 0.46
Çalışmayan (3. grup)	45	8.08	3.74	toplam	1528.11	99			2. ve 3. grup ***0.001
Toplam	100	6.33	3.92						

*p<0.01, ***p<0.001, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.2.1.7’de diyaliz hastalarının çalışma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Diyaliz hastalarının çalışma durumu değişkeni ile ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(2,97)=15.272$; $p=0.001$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 1. grupta($p<0.01$) ve 3.grupta($p<0.001$) yer alan hastaların, 2.grupta yer alan hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Tablo 6.2.1.8: Diyaliz Hastalarının Kronik Hastalık Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Kronik Hastalık	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Hayır (1. grup)	53	6.30	4.25	gruplar arası	0.12	2	0.06	0.004	1. ve 2. grup 0.99
Diabet (2. grup)	32	6.34	3.32	gruplar içi	1527.98	97	15.75		1. ve 3. grup 0.99

Ht (3.grup)	15	6.40	4.17	toplam	1528.11	99			2. ve 3. grup 0.99
toplam	100	6.33	3.92						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.2.1.8’de diyaliz hastalarının kronik hastalık değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Kronik hastalık değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=0.004$; $p=0.996$

Tablo 6.2.1.9: Diyaliz Hastalarının Akrabalarında Benzer Hastalık Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Akrabalarda Benzer Hastalık Olma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	10	5	3.74	1.13	98	0.261
Hayır	90	6.47	3.94			

t: t testi

Tablo 6.2.1.9’da diyaliz hastalarının akrabalarında benzer hastalık olma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Akrabalarında benzer hastalık olma durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=1.13$; $p>0.05$.

Tablo 6.2.1.10: Diyaliz Hastalarının Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Eğitim Alma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	54	6.64	3.90	0.87	98	0.383
Hayır	46	5.95	3.97			

t: t testi

Tablo 6.2.1.10’da diyaliz hastalarının hastalık hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Hastalık hakkında eğitim alma durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=0.87$; $p>0.05$.

Tablo 6.2.1.11: Diyaliz Hastalarının Hastalıkları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bilgi Sahibi Olma Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Hiç Bilgim Yok (1. grup)	22	6.36	4.47	gruplar arası	12.45	2	6.22	0.398	1. ve 2. grup 0.95
Az Miktarda Bilgi Sahibiyim (2.grup)	58	6.08	3.81	gruplar içi	1515.66	97	15.62		1. ve 3. grup 0.86
Yeterli Bilgi Sahibiyim (3.grup)	20	7	3.74	toplam	1528.11	99			2. ve 3. grup 0.64
toplam	100	6.33	3.92						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.2.1.11’de diyaliz hastalarının hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=0.398$; $p=0.672$.

Tablo 6.2.1.12: Diyaliz Hastalarının Transplantasyon İstek Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Transplantasyon Yaptırma Konusundaki İsteğiniz	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Hayır (1.grup)	38	5.31	4.23	gruplar arası	63.46	2	31.73	2.102	1. ve 2. grup 0.10
Bekleme Listesindeyim (2.grup)	60	6.96	3.67	gruplar içi	1464.64	97	15.09		1. ve 3. grup 0.90
Bekleme Listesinde Değilim (3.grup)	2	6.5	2.12	toplam	1528.11	99			2. ve 3. grup 0.98
toplam	100	6.33	3.92						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.2.1.12’de diyaliz hastalarının transplantasyon istek durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Transplantasyon istek durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=2.102$; $p=0.128$.

Tablo 6.2.1.13: Diyaliz Hastalarının Transplantasyon Konusundaki Umut Durumu Değişkenine Göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Transplantasyon Konusundaki Umutunuz	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Transplantasyon İstemiyorum (1.grup)	38	5.31	4.23	gruplar arası	64.47	3	21.49	1.410	1. ve 2. grup
									0.27
Hiç (2.grup)	35	6.97	3.24	gruplar içi	1463.63	96	15.24		1. ve 3. grup
									0.36
Biraz (3.grup)	21	7.04	4.26	toplam	1528.11	99			1. ve 4. grup
									0.90
Orta (4.grup)	6	6.5	3.93					2. ve 3. grup	
								1	
toplam	100	6.33	3.92					2. ve 4. grup	
								0.99	
									3. ve 4. grup
									0.99

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.2.1.13’de diyaliz hastalarının transplantasyon konusundaki umut durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Transplantasyon konusundaki umut durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(3,96)=1.410$; $p=0.245$.

6.2.2. Diyaliz Hastalarının Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeğine Ait Analiz Sonuçları

Tablo 6.2.2.1: Diyaliz Hastalarının Yaş Grubu Değişkenine Göre, Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Yaş Grubu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
27-45 (1. grup)	21	9.09	3.28	gruplar arası	53.74	2	26.87	3.374	1. ve 2. grup 0.16
46-60 (2. grup)	39	7.69	2.71	gruplar içi	772.49	97	7.96		1. ve 3. grup **0.02
61 yaş ve üzeri (3.grup)	40	7.12	2.66	toplam	826.24	99			2. ve 3. grup 0.64
toplam	100	7.76	2.88						

**p<0.05, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.2.2.1’de diyaliz hastalarının yaş grubu değişkenine göre ölümüne ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Diyaliz hastalarının yaş grubu değişkeni ile ölümüne ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(2,97)=3.374$; $p=0.038$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 1.grupta($p<0.05$) yer alan hastaların, 3.grupta yer alan hastalara göre ölümüne ilişkin depresyon ölçeğinden daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Tablo 6.2.2.2: Diyaliz Hastalarının Cinsiyet Değişkenine Göre, Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Cinsiyet	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Kadın	44	8.88	3.20	3.66	98	0.001
Erkek	56	6.87	2.28			

t: t testi

Tablo 6.2.2.2’de diyaliz hastalarının cinsiyet değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Kadın hastaların erkek hastalara göre ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı saptandı; $t(98)=3.66$; $p=0.001$.

Tablo 6.2.2.3: Diyaliz Hastalarının Medeni Durum Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Medeni Durum	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evli	73	7.47	2.87	1.61	98	0.111
Bekar	27	8.51	2.83			

t: t testi

Tablo 6.2.2.3’de diyaliz hastalarının medeni durum değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Medeni durum değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=1.61$; $p>0.05$.

Tablo 6.2.2.4: Diyaliz Hastalarının Eğitim Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Eğitim Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
İlköğretim	82	7.64	2.91	0.83	98	0.404
Lise	18	8.27	2.78			

t: t testi

Tablo 6.2.2.4’de diyaliz hastalarının eğitim durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır.

Eğitim durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=0.83$; $p>0.05$.

Tablo 6.2.2.5: Diyaliz Hastalarının Meslek Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Meslek Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Serbest Meslek (1. grup)	19	6.78	1.87	gruplar arası	107.33	2	53.66	7.241	1. ve 2. grup 0.98
Emekli (2. grup)	39	6.92	2.46	gruplar içi	718.90	97	7.41		1. ve 3. grup *0.01
Ev Hanımı (3. grup)	42	8.97	3.21	toplam	826.24	99			2. ve 3. grup *0.003
toplam	100	7.76	2.88						

* $p<0.01$, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.2.2.5’de diyaliz hastalarının meslek durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Diyaliz hastalarının meslek durumu değişkeni ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(2,97)=7.241$; $p=0.001$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 3.grupta yer alan hastaların, 1.grupta($p<0.05$) ve 2.grupta($p<0.01$) yer alan hastalara göre ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Tablo 6.2.2.6: Diyaliz Hastalarının Ekonomik Durum Değişkenine Göre, Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Ekonomik Durum	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Kötü (1. grup)	25	7.40	3.24	gruplar arası	36.47	2	18.24	2.240	1. ve 2. grup 0.39
Orta (2.grup)	53	8.30	2.91	gruplar içi	789.76	97	8.14		1. ve 3. grup 0.79
İyi (3.grup)	22	6.86	2.14	toplam	826.24	99			2. ve 3. grup 0.12
toplam	100	7.76	2.88						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.2.2.6’da diyaliz hastalarının ekonomik durum değişkenine göre ölümüne ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Ekonomik durum değişkeni açısından ölümüne ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=2.240$; $p=0.112$.

Tablo 6.2.2.7: Diyaliz Hastalarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre, Ölümüne İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Çalışma Durumu	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Çalışan (1. grup)	18	6.94	1.58	gruplar arası	156.85	2	78.42	11.365	1. ve 2. grup 0.81
Emekli (2. grup)	37	6.48	2.21	gruplar içi	669.38	97	6.90		1. ve 3. grup *0.01

Çalışmaya n (3.grup)	45	9.13	3.19	toplam	826.24	99			2. ve 3. grup ***0.001
toplam	100	7.76	2.88						

*p<0.01, ***p<0.001, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey

Tablo 6.2.2.7’de diyaliz hastalarının çalışma durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Diyaliz hastalarının çalışma durumu değişkeni ile ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark vardır; $f(2,97)=11.365$; $p=0.001$.

Yapılan tukey çoklu karşılaştırma sonucuna göre; 3. grupta yer alan hastaların, 1. grupta($p<0.01$) ve 2. grupta($p<0.001$) yer alan hastalara göre ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden daha yüksek puan aldığı saptandı.

Tablo 6.2.2.8: Diyaliz Hastalarının Kronik Hastalık Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Kronik Hastalık	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Hayır (1. grup)	53	7.62	2.93	gruplar arası	11.38	2	5.69	0.678	1. ve 2. grup 0.63
Diabet (2. grup)	32	8.21	2.92	gruplar içi	814.85	97	8.40		1. ve 3. grup 0.90
Ht (3. grup)	15	7.26	2.68	toplam	826.24	99			2. ve 3. grup 0.54
toplam	100	7.76	2.88						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.2.2.8’de diyaliz hastalarının kronik hastalık değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Kronik hastalık değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon

ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=0.678$; $p=0.51$.

Tablo 6.2.2.9: Diyaliz Hastalarının Akrabalarında Benzer Hastalık Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Akrabalarda Benzer Hastalık Olma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	10	6.30	1.94	1.70	98	0.092
Hayır	90	7.92	2.93			

t: t testi

Tablo 6.2.2.9’da diyaliz hastalarının akrabalarında benzer hastalık olma durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Akrabalarında benzer hastalık olma durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=1.70$; $p>0.05$.

Tablo 6.2.2.10: Diyaliz Hastalarının Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Eğitim Alma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Evet	54	7.51	2.75	0.90	98	0.368
Hayır	46	8.04	3.04			

t: t testi

Tablo 6.2.2.10’da diyaliz hastalarının hastalık hakkında eğitim alma durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Hastalık hakkında eğitim alma durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $t(98)=0.90$; $p>0.05$.

Tablo 6.2.2.11: Diyaliz Hastalarının Hastalıkları Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Bilgi Sahibi Olma Durumu	Sayı(n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	f	p
Hiç Bilgim Yok (1. grup)	22	8.81	3.47	gruplar arası	31.91	2	15.95	1.949	1. ve 2. grup 0.16
Az Miktarda Bilgi Sahibiyim (2. grup)	58	7.50	2.66	gruplar içi	794.32	97	8.18		1. ve 3. grup 0.22
Yeterli Bilgi Sahibiyim (3. grup)	20	7.35	2.68	toplam	826.24	99			2. ve 3. grup 0.97
toplam	100	7.76	2.88						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.2.2.11’de diyaliz hastalarının hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=1.949$; $p=0.148$.

Tablo 6.2.2.12: Diyaliz Hastalarının Transplantasyon İstek Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Transplantasyon Yaptırma Konusundaki İsteğiniz	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Hayır (1. grup)	38	7.6	2.9	gruplar arası	5.26	2	2.63	0.311	1. ve 2. grup 0.87
Bekleme Listesindeyim (2. grup)	60	7.9	2.92	gruplar içi	820.97	97	8.46		1. ve 3. grup 0.86
Bekleme Listesinde Değilim (3. grup)	2	6.5	2.12	toplam	826.24	99			2. ve 3. grup 0.78
toplam	100	7.76	2.88						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.2.2.12’de diyaliz hastalarının transplantasyon istek durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Transplantasyon istek durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(2,97)=0.311$; $p=0.734$.

Tablo 6.2.2.13: Diyaliz Hastalarının Transplantasyon Konusundaki Umut Durumu Değişkenine Göre, Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Toplam Puanı Arasında Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Transplantasyon Konusundaki Umutunuz	Sayı (n)	Ortalama	Standart Sapma		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	p
Transplantasyon İstemiyorum (1. grup)	38	7.6	2.9	gruplar arası	6.38	3	2.12		1. ve 2. grup 0.95

									1. ve 3. grup
Hiç (2. grup)	35	7.97	3.01	gruplar içi	819.86	96	8.54	0.249	0.98
Biraz (3. grup)	21	7.9	2.18	toplam	826.24	99			1. ve 4. grup
Orta (4. grup)	6	7	4.51						0.96
									2. ve 3. grup
									1
									2. ve 4. grup
									0.87
									3. ve 4. grup
									0.90
toplam	100	7.76	2.88						

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 6.2.2.13’de diyaliz hastalarının transplantasyon konusundaki umut durumu değişkenine göre ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Transplantasyon konusundaki umut durumu değişkeni açısından ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı; $f(3,96)=0.249$; $p=0.862$.

Tablo 6.2.3: Diyaliz Hastalarına Ait Değişkenler ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçekler	Değişkenler	r	p
Ö.A.Ö	Yaş	0.243**	0.015
	Tanı Süresi	0.202**	0.044
	Tedavi Süresi	0.177	0.077
	Ö.D.Ö	0.688*	0

Ö.D.Ö	Yaş	0.186	0.064
	Tanı Süresi	0.290*	0.003
	Tedavi Süresi	0.235**	0.019
	Ö.A.Ö	0.688*	0

*p<0.01, **p<0.05, r: Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 6.2.3'ü incelediğimizde diyaliz hastalarına ait değişkenler ile ölüm anksiyetesi ölçeği arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda; yaş, tanı süresi ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinde ise; tanı süresi ve tedavi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü.

Tablo 6.3: Kalp ve Diyaliz Hastalarında Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasında Yapılan t-testi Sonuçları

Ölçekler	Hasta türü	Ortalama	Standart Sapma	t	Serbestlik Derecesi	p
Ö.A.Ö	Kalp	7.31	3.34	1.89	198	0.059
	Diyaliz	6.33	3.92			
Ö.D.Ö	Kalp	8.58	2.79	2.03	198	0.043**
	Diyaliz	7.76	2.88			

**p<0.05 t: t testi

Tablo 6.3' de kalp ve diyaliz hastalarının ölüm anksiyetesi ölçeği ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği toplam puanı arasında yapılan t-testi sonuçları yer almaktadır. Kalp ve diyaliz hastalarında, ölüm anksiyetesi ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir

fark bulunamadı; $t(198)=1.89$; $p>0.05$. Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinde ise; kalp hastalarının diyaliz hastalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı görüldü; $t(198)=2.03$; $p<0.05$.

Tablo 6.4: Kalp Hastalarında Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki	
R	p
0,719	0*

r: Pearson korelasyon katsayısı

* $p<0,01$

Tablo 6.4' e göre, kalp hastalarında Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r=0.719$; $p<0,01$).

Tablo 6.5: Diyaliz Hastalarında Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki	
R	p
0,668	0*

r: Pearson korelasyon katsayısı

* $p<0,01$

Tablo 6.5' e göre, diyaliz hastalarında Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ile Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki görüldü ($r=0.668$; $p<0,01$).

7. TARTIŞMA

Bu çalışmada; Kalp ve Diyaliz hastalarının sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerini incelemeyi amaçladık.

7.1. Kalp Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri ile Ölüm Anksiyetesi ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Örneklem grubun oluşturan bireylerin yaş değişkeni ile ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında 27-45 yaş grubundakilerin ve 46-60 yaş grubundakilerin, 61 yaş ve üzeri grubundakilere göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı belirlendi. Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinde yaş gruplarına göre anlamlı bir fark bulunamadı (Tablo 6.1.1.1, Tablo 6.1.2.1). Anda ve ark. (1993) ABD’de yaşayan bireylerde depresif atak ve umutsuzluğun iskemik kalp hastalığı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında; 55-64 yaş grubundaki bireylerde depresyon ve umutsuzluğun daha yaygın olduğunu görmüşlerdir. Özer ve ark. (2009) miyokard enfarktüsli hastalarda anksiyete ve depresyonu inceledikleri çalışmalarında; 50 yaş ve altındaki bireylerde anksiyete puanının diğer yaş gruplarındakinden anlamlı derecede daha yüksek olduğunu görmüşlerdir. Araştırmamızda genç hastalar yoğun iş yaşamına ve ailesel sorumluluklara sahip olduklarını düşünmeleri nedeniyle kendilerini daha yüksek anksiyeteli algılamış olabilirler.

Araştırmada hastaların cinsiyetleri ile ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında kadınların daha yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 6.1.1.2, Tablo 6.1.2.2). Elbi ve Sertöz’ün (2009) belirttiğine göre Türkiye’de yapılmış olan ve psikiyatri kardiyoloji kliniklerince ortak yürütülen çok merkezli MIDEP çalışmasında kadınların erkeklere göre daha depresif olduğu ve depresyon gelişme riskinin 2.5 kat daha fazla olduğu sonucu bulunmuştur. Bizim çalışmamıza benzer şekilde; son yıllarda kadın hastalarla yapılan çalışmalar, kadınların kalp hastalıkları ile daha zor baş ettikleri, daha fazla depresif oldukları, bu nedenle de

komplikeasyonlara daha yatkın oldukları yolundadır (Elbi ve Sertöz, 2009). Çalışmalardaki bireylerin çoğu erkek olsa da kalp hastalığı olan bayanlarda depresyon riski erkeklerdekinden 2 kat fazladır (Barsky, 2008). Anda ve ark. (1993) ABD’de yaşayan bireylerde depresif atak ve umutsuzluğun iskemik kalp hastalığı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında; kadınlarda depresyon ve umutsuzluğun daha yaygın olduğunu görmüşlerdir. Akın ve Durna (2006) kalp hastalarında bulgularımıza zıt olarak hastalığa olan psikososyal uyum ile cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Kadınların, aile içindeki rol ve sorumluluklarını yerine getiremeyeceklerini ve çocuklarının bakımını sürdüremeyeceklerini düşünmeleri, yaşamlarında depresyon için bir neden olabilir. Kadınların yaşamlarında daha çok değişiklik yapmaya zorlanması, evliliklerinde ve aile içindeki geleneksel rollerini sürdürmede sorun yaşaması depresyon ve anksiyete yaşamalarında etkili faktörler olabilmektedir.

Evli hastaların ölüm anksiyetesi ölçeğinden anlamlı derecede yüksek puan almalarına rağmen ölüme ilişkin depresyon ölçeğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı (Tablo 6.1.1.3, Tablo 6.1.2.3). Özer ve ark. (2009) miyokard infarktüsli hastalarda anksiyete ve depresyonu inceledikleri çalışmalarında; evli olan hastalarda yalnız yaşayan hastalara göre depresyon puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu görmüşlerdir. Elbi ve Sertöz’ün (2009) belirttiğine göre Türkiye’de yapılmış olan ve psikiyatri kardiyoloji kliniklerince ortak yürütölen çok merkezli MİDEP çalışmasında bulgularımıza zıt olarak evlilere göre dıllarda depresyon gelişme riskinin 3 kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Anda ve ark. (1993) ABD’de yaşayan bireylerde depresif atak ve umutsuzluğun iskemik kalp hastalığı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında; evlenmemiş bireylerde depresyon ve umutsuzluğun daha yaygın olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Akın ve Durna (2006) kalp yetmezliğine sahip hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmalarında evli olmayan hastalarda psikososyal uyumun daha fazla etkilendiğini görmüşlerdir. Çalışmamızın sonucuna göre; evli olanların eşlerine ve özellikle çocuklarına karşı sorumluluklarının fazla olması, fiziksel ve emosyonel destek almakta oldukları eş ve çocuklarından ayrılabilircekleri olasılığını düşünmeleri nedeniyle bekâr olanlara göre ölüm kaygısının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşabiliriz.

Örneklem grubunun eğitim durumu değişkenine göre; ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 6.1.1.4, Tablo 6.1.2.4). Elbi ve Sertöz'ün (2009) belirttiğine göre Türkiye'de yapılmış olan ve psikiyatri kardiyoloji kliniklerince ortak yürütülen çok merkezli MİDEP çalışmasında da üniversite mezunlarına göre okuryazar olmayanlarda depresyon gelişme riskini 2.4 kat daha fazla bulmuşlardır. Akın ve Durna (2006) ise çalışmasında bulgularımıza zıt olarak psikososyal uyumun eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiğini belirlemişlerdir. Eğitim düzeyi düşük kişilerde eğitim düzeyi yüksek kişilere kıyasla hastalığa psikososyal uyumun daha fazla etkilendiğini görmüşlerdir. Anda ve ark. (1993) ABD'de yaşayan bireylerde depresif atak ve umutsuzluğun iskemik kalp hastalığı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında; eğitim seviyesi düşük bireylerde depresyon ve umutsuzluğun daha yaygın olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Çalışmada meslek değişkenine göre emekli grubundaki hastaların işçi grubundaki hastalara göre ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden daha yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 6.1.1.5, Tablo 6.1.2.5). Özer ve ark. (2009) miyokard infarktüsli hastalarda anksiyete ve depresyonu inceledikleri çalışmalarında; çalışmayan/emekli hastalarda anksiyete ve depresyon puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu görmüşlerdir. Bu durumda emekli grubundaki bireylerin iş ortamından uzak kalmakla beraber kişinin sosyal destek yoksunluğunun artması, kontrol duygusunun kaybolması ve meslek sahibi olan kişilerin de düzenli, belirli bir işe sahip olmaları ve daha fazla sosyal olmaları sonucuna ulaşabiliriz.

Örneklem grubunun ekonomik durum değişkenine göre ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 6.1.1.6, Tablo 6.1.2.6). Özer ve ark. (2009) miyokard infarktüsli hastalarda anksiyete ve depresyonu inceledikleri çalışmalarında; bulgularımıza zıt olarak gelir durumu düşük olan bireylerde depresyon puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu görmüşlerdir. Petrie ve ark. (1996) miyokard infarktüsü geçirdikten sonra hastaların fiziksel yetersizlikler ve psikolojik uyumsuzluk nedeniyle

çalışamayacaklarından dolayı sosyal çevrelerinden uzakta kalma, üretkenliklerini kaybetme ve ekonomik sorunlar yaşama konularında endişe duyduklarını bildirmişlerdir.

7.2. Kalp Hastalarının Hastalık Değişkenlerine Ait Özellikleri ile Ölüm Anksiyetesi ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Çalışmada hastalık tanısı değişkenine göre; ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerini incelediğimizde kalbinde yapısal bozukluk olan hastalar ölüm anksiyetesi ölçeğinden anlamlı derecede yüksek puan almalarına rağmen ölüme ilişkin depresyon ölçeğinde gruplar arasında anlamlı derecede bir fark bulunamadı (Tablo 6.1.1.8, Tablo 6.1.2.8). Kalpte yapısal bozukluğun olması; hastaların çaresizlik ve umutsuzluk hissine kapılmasına neden olabilir. Bireyin sağlığını yitirmesi, hastalığın sınırlılıklarına katlanmakta zorlanması ve ilerleyici bir hastalık olması nedeniyle hastaların mental sağlıklarında da azalmaya neden olabilir.

Araştırmada kronik hastalık değişkenine göre; ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerini incelediğimizde başka kronik bir hastalığa sahip olmayanların anlamlı derecede daha yüksek puan aldıkları belirlendi (Tablo 6.1.1.9, Tablo 6.1.2.9). Elbi ve Sertöz'ün (2009) belirttiğine göre Türkiye'de yapılmış olan ve psikiyatri kardiyoloji kliniklerince ortak yürütülen çok merkezli MIDEP çalışmasında da bulgularımıza zıt olarak kalp hastalığı dışında bilinen tıbbi hastalığı olanlarda olmayanlara göre depresyon gelişme riski 1.5 kat daha fazla olarak bulunmuştur. Literatürlerde sağlık sorunlarının ölüme ilişkin kaygı ve korkuları arttırabileceği belirtilmektedir. Yani bedene ilişkin kaygı arttıkça ölüm kaygısı da artmaktadır. Bedenindeki değişimleri kaygı ile izleyen birey, hastalık ile ölüm arasında ilişki kurmaya eğilim gösterebilmektedir (Işıl ve Karaca, 2009).

Çalışmada hastalık hakkında eğitim alma durumu değişkeni ile ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 6.1.1.11, Tablo 6.1.2.11). Buna bağlı olarak; “Hastalığım hakkında az miktarda

bilgi sahibiyim” diyen bireylerin çoğunlukta olması (%58), kişinin hastalığı hakkında bilinçli olduğunu ve hastalıkla ilgili kaygı düzeyinin azalmış olabileceğini düşündürmektedir.

Örneklem grubunun hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 6.1.1.12, Tablo 6.1.2.12). Literatürlerde hastalığı hakkında ve hastalığına bağlı oluşabilecek belirti ve bulgular konusunda bilgi sahibi olan bireylerin hem korkularının giderileceği hem de sağlık bakımı için gecikmeden yardım aramalarının sağlanacağı ve de gereksiz hastane yatışlarının önleneceği belirtilmektedir (Özer, 2002).

Örneklem grubunun gelecek hakkında umutsuzluğa düşme durumları ile ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında; fazla ve orta derecede umutsuzluk yaşayanların anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 6.1.1.17, Tablo 6.1.2.17). Bireyin hastalığa gösterdiği anksiyete, depresyon gibi tepkiler onun hastalıkla baş etme tarzını ve gücünü doğrudan etkilemektedir (Kayahan ve Sertbaş, 2007). Bu sonuçtan kişilerin sağlık durumlarını kötü olarak algıladıklarını düşünebiliriz.

7.3. Diyaliz Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri ile Ölüm Anksiyetesi ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Örneklem grubunu oluşturan bireylerin yaş değişkeni ile ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği karşılaştırıldığında; 27-45 yaş grubundakilerin, 61 yaş ve üzeri grubundakilere göre daha yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 6.2.1.1, Tablo 6.2.2.1). Çelik ve Acar’ın (2007) kronik hemodiyaliz hastalarında anksiyete ve depresyon düzeylerini inceledikleri çalışmalarında; 47-60 yaş aralığında depresyon ve anksiyete ölçeği puan ortalamalarının en yüksek düzeyde olduğunu görmüşlerdir. Baydoğan ve Dağ (2008) çalışmalarında bulgularımıza zıt olarak 56-70 yaş arasındaki

diyaliz hastalarının daha genç gruplara göre daha depresif oldukları sonucuna varmışlardır. Literatüre göre diyaliz ve son dönem böbrek yetmezliğine bağlı ruhsal bozukluklar genç erişkin ve orta yaş dönemlerinde daha sıkıntı vericidir. Bu nedenle bu yaş grubundaki hastalarda depresyon gelişmesi daha sıktır (Peker, 2007). Genç hastaların gelecekleri hakkında beklentilerinin fazla olması ve bu beklentilere karşı olumsuz düşüncelere sahip olmalarının sonucu bu yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada hastaların cinsiyetleri ile ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında kadınların istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı belirlendi (Tablo 6.2.1.2, Tablo 6.2.2.2). Baydoğan ve Dağ (2008) çalışmalarında kadın diyaliz hastalarının depresif belirti puanlarının, erkek hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu görmüşlerdir. Diyaliz hastalarında depresyonun araştırıldığı çalışmaların bir kısmında erkek hastaların, kadın hastalardan anlamlı oranda daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu öne sürülse de, cinsiyetler arasında depresyon düzeyi açısından anlamlı fark olmadığını gösteren araştırma sonuçları da mevcuttur (Astan, 2001) . Polat (2007) çalışmasında kadınların erkeklerden daha fazla etkilendiğini; gerek böbreklerin fonksiyonunu yitirmesi gerekse hemodiyaliz tedavisi ve tedaviye bağlı ortaya çıkan vücuttaki değişiklikler sonucu baş etme mekanizmalarının daha düşük olduğunu öne sürmüşlerdir. Bir başka literatüre göre; depresyon belirtileri üzerine cinsiyetin etkisi araştırıldığında, değersizlik, suçluluk duygusu ve kendini aşağı görme gibi depresyon belirtilerinin diyalize giren kadın hastalarda daha yaygın olduğu görülmüştür (Peker, 2007). Kadınların sorumluluklarının fazla olması, ekonomik özgürlüklerinin erkeklere oranla daha az olması, ev içinde sınırlandırılmaları, ev-çocuk-eş üçgeninde geleneksel rollerini devam ettirmek zorunda kalmaları, sosyal yaşamlarının kısıtlı, sosyal destek kaynaklarının yetersiz olmasının bu sonucu etkilediğini düşünebiliriz.

Medeni durum değişkenine göre hastaların ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerini incelediğimizde; ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı derecede bir fark bulunamadı (Tablo 6.2.1.3, Tablo 6.2.2.3). Şentürk ve ark. (2000) çalışmalarında bekârların

anksiyete eğilimlerinin evlilerden daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Çelik ve Acar (2007) ise araştırmalarında evlilerin depresyon ölçeği puanını bekârlara oranla daha yüksek, anksiyete ölçeği puanını ise evlilere oranla daha düşük bulup karşılaştırıldığında bu farkın anlamlı olmadığını belirlemişlerdir. Şahin de (2007) diyaliz tedavisi gören bireylerde yapmış olduğu çalışmasında evlilerde umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Peker'in (2007) belirttiğine göre, Mollaoğlu'nun (2005) hemodiyaliz uygulanan hastalarda özbakım gücü ve depresyon konulu çalışmasında, medeni durum ile depresyon puanları arasında anlamlı ilişki elde edilmemiştir. Konu ile ilgili yapılan başka bir çalışmada da, majör depresif bozukluğun prevalans oranlarının medeni durumla ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Diğer bir çalışmada ise evli olmayan bireylerde depresyon riskinin daha yüksek olduğu, partneri olan ileri yetişkinlerde depresif belirtilerin daha düşük oranda görüldüğü belirlenmiştir. Çalışmalarda elde edilen bu farklı sonuçların nedeni kültürel farklılıklar ve çocuk sayısı, sosyal destek kaynakları gibi evliliği etkileyen diğer faktörlerle ilişkilendirilmektedir.

Örneklem grubunun eğitim durumu değişkenine göre; ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 6.2.1.4, Tablo 6.2.2.4). Şentürk ve ark. (2000) çalışmalarında eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda depresif belirtilerin daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Çelik ve Acar (2007) ise araştırmalarında depresyon ölçeği ve anksiyete ölçeği puanlarını; eğitim düzeyi düşük olanlarda, lise ve üstü mezunlarına oranla daha yüksek bulmuşlardır. Bunun nedeni olarak, lise ve üstü mezunlarının, kendi özdenetimlerini sağlayabildiklerini, iş bulma olanaklarının daha fazla olduğunu ve geleceğe ilişkin umutlarını gerçekleştirmede eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha şanslı olduklarını belirtmişlerdir.

Çalışmada meslek değişkenine göre; serbest meslek ve ev hanımı grubundaki hastaların emekli grubundaki hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden ve ev hanımı grubundaki hastaların da ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden daha yüksek puan aldığı saptandı (Tablo 6.2.1.5, Tablo 6.2.2.5). Diyalizde geçirilen sürenin uzun olması, fiziksel yakınmalar ve ruhsal sorunlar yaşanması nedeni ile iş verimi düşmekte, bu durum ise hastaların iş kayıpları yaşamalarına neden olmaktadır. Ayrıca, diyaliz tedavisi alan

bireylerde işini kaybetme olgusu veya korkusu; anksiyete, umutsuzluk, depresyon hatta intihar gibi yaşam süresini kısaltan ciddi sağlık sorunlarına zemin hazırlamaktadır (Şahin, 2007). Bu durum; ev hanımı grubundaki diyaliz tedavisi gören hastanın gün içinde makineye bağlı kalma zorunluluğunu ve serbest meslek grubundaki bireylerin de mesleki işlevselliklerinin bozulacağı kaygısı ile oluşan bir sonuç olduğunu düşündürmektedir.

Örneklem grubunun ekonomik durum değişkenine göre, ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 6.2.1.6, Tablo 6.2.2.6). Şentürk ve ark. (2000) çalışmalarında aylık gelir düzeyi yüksek olan hastalarda depresif belirtilerin daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Çelik ve Acar (2007) ise araştırmalarında gelir durumu düşük olan hastaların depresyon ölçeği ve anksiyete ölçeği puanlarını diğer gelir durumlarına oranla daha yüksek bulmuşlardır. Bunun nedenini hastaların yoğun iş kaybı ve kronik bir rahatsızlığa sahip olmanın bilincinde olmakla birlikte hastalığın ekstra giderlere sebebiyet vermesi olarak açıklamışlardır.

Araştırmada çalışma durumu değişkenine göre; çalışan grubundaki hastaların emekli grubundaki hastalara göre ölüm anksiyetesi ölçeğinden daha yüksek puan aldığı belirlendi (Tablo 6.2.1.7). Bir işte çalışmanın bireye saygınlık kazandırması, sosyal çevre ile etkileşim kurması ve toplumda itibar görmesini sağlaması gibi sosyal anlamda birçok katkısından söz etmek mümkündür. Çalışma bireyin kendisine ve ailesine sosyal statü sağlar ve bu statü bireyin yaşamını düzenler. Herhangi bir işte çalışmak, bireylerin rehabilitasyon sürecine engel olacak ekonomik ve sosyal güçlükleri ile baş etmesine ve dolayısı ile aile, toplum ve iş hayatına uyumunun sağlanmasına katkıda bulunur. Bu nedenle bireylerin iş hayatı süresince gerek ailesel gerekse toplumsal açıdan desteklenmesi oldukça önemli bir faktördür (Şahin, 2007).

7.4. Diyaliz Hastalarının Hastalık Değişkenlerine Ait Özellikleri ile Ölüm Anksiyetesi ve Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Araştırmada kronik hastalık değişkenine göre; ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerini incelediğimizde anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 6.2.1.8,

Tablo 6.2.2.8). Baydoğan ve Dağ'ın (2008) belirttiğine göre, Beekman ve ark. (2000) tarafından Hollanda'da yapılan, diyaliz hastalarında depresyonun çalışıldığı bir araştırmada kronik hastalıklara sahip, bilişsel yıpranma yaşayan kişilerde daha yüksek depresyon düzeyine rastlanılmıştır. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda ek hastalıklar giderek artmaktadır. Bu durum hastaların yaşam kalitelerini kötü yönde etkilemektedir (Saltürk, 2006). Literatürde kronik hastalığa sahip olmanın ölüme ilişkin kaygı ve korkuları arttırabileceği belirtilmektedir (Baydoğan ve Dağ, 2008). Bizim çalışmamızdaki bireyler; diğer tıbbi hastalıklarına kıyasla, kronik böbrek yetmezliğinden psikolojik, sosyal ve fiziksel olarak daha fazla olumsuz yönde etkilenmiş olabilirler.

Çalışmamızda hastalık hakkında eğitim alma durumu değişkeni ile ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 6.2.1.10, Tablo 6.2.2.10). Şahin (2007) diyaliz tedavisi alan bireylerin umut-umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerini araştırdığı çalışmasında; kişilerin %82.2' sinin hastalığa ilişkin eğitim aldığı ve eğitim almayan bireylerde eğitim alanlara göre umutsuzluk puan ortalamasının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Özellikle kronik böbrek yetmezliği hastalığı olan bireylerde; hastalıkları ve diyaliz hakkında verilecek eğitim, bireyin hastalığı ile nasıl baş edebileceğini öğrenmesi açısından önemlidir.

Araştırmada transplantasyon istek durumu değişkeni açısından ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 6.2.1.12, Tablo 6.2.2.12). Farklı tedavi yöntemleri uygulanan kronik böbrek yetmezliği hastalarında psikiyatrik morbiditenin değişkenlik gösterdiği, transplantasyonun psikiyatrik morbiditeyi azalttığı, yaşam niteliğini ise arttırdığı düşünülmektedir. Bir diğer görüş de kronik böbrek yetmezliğinde psikiyatrik morbiditenin yüksek olduğu ve seçilen tedavi yöntemi ile ilişkili olmadığıdır (Özçürümez ve ark., 2003).

Çalışmada diyaliz hastalarının transplantasyon konusundaki umut durumu değişkenine göre ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon özellikleri

karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunamadı (Tablo 6.2.1.13, Tablo 6.2.2.13). Kronik böbrek yetmezliği kişinin günlük etkinliklerini, evlilik ve aile yaşantısını, mesleki yeterliliğini ciddi ölçüde bozarak, hastaya, aileye ve topluma ağır bir bedel ödetmektedir. Tedavi yaklaşımlarındaki gelişmeye paralel olarak, psikososyal ve psikiyatrik açılardan transplantasyona duyulan ilgi giderek artmıştır. Başarılı transplantasyon, kronik böbrek yetmezliği tedavi seçenekleri arasında, normal böbrek işlevine en yakın sonucu sağlayan yöntemdir. Ancak organ bağışındaki yetersizlik nedeniyle kronik böbrek yetmezliği hastalarının esas destek kaynağı diyalizdir (Özçürümez ve ark., 2003).

Araştırmada kalp ve diyaliz hastaları, ölüm anksiyetesi ölçeği açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Ölüme ilişkin depresyon ölçeğinde ise; kalp hastalarının diyaliz hastalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı görüldü (Tablo 6.3). Diğer tıbbi hastalıklara kıyasla kronik böbrek yetmezliği ruhsal sorunların daha fazla olup olmadığı tartışmalı bir konudur. Bazı araştırmacılar kronik böbrek yetmezliği hastalarında psikiyatrik morbiditenin daha yüksek olduğunu savunurken diğerleri psikiyatrik morbiditenin özgül tanılardan bağımsız olduğunu hatta kronik böbrek yetmezliği hastalarının ruh sağlıklarının birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlardan daha iyi olduğunu bildirmişlerdir. Nefrologlar ve psikiyatristler psikolojik uyumun kronik böbrek yetmezliği tedavisinin gidişinde değişkenlik gösterdiğini, zamanla psikiyatrik belirti düzeylerinde düşüş olduğunu belirtmişlerdir (Özçürümez ve ark., 2003). Sonuç olarak kronik böbrek yetmezliği hastalarının, yaşam boyu sürece ve diyaliz cihazına bağlı yaşamlarını idame ettirecek olduklarını bilmeleri, aile desteğinin fazla olması bu kişilerin tedaviyi kabullenmelerinde etkili olmuş olabilir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kalp ve kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan hastaların ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada;

- Kalp hastalarının yaş ortalaması 55.75 olup, %63'ü erkek, %84'ü evli, %73'ü ilköğretim mezunu, %35'si ev hanımı ve %48'inin gelir durumu orta seviyededir.
- Diyaliz hastalarının yaş ortalaması 55.31 olup, %56'sı erkek, %73'ü evli, %82'si ilköğretim mezunu, %42'si ev hanımı ve %53'ünün gelir durumu orta seviyededir.
- Kalp hastalarının %54'ü koroner arter hastalığı, ateroskleroz, unstabil angina pectoris, miyokard infarktüsü tanısına sahip olanlardır, %56'sının hastalık tanısı ve tedavi görme süresi 1-5 yıldır, %33'ünün ek olarak Diabetes Mellitus hastalığı mevcuttur, %67'si hastalıkla ilgili eğitim almayanlar ve %58'i hastalık hakkında bilgi sahibi olmayanlardır.
- Diyaliz hastalarının çoğunun hastalık tanısı ve tedavi görme süresi 1-5 yıldır, %32'sinin ek olarak Diabetes Mellitus hastalığı mevcuttur, %54'ü hastalıkla ilgili eğitim alanlar ve %58'i hastalık hakkında az miktarda bilgi sahibi olanlardır. Hastaların %60'ı transplantasyon için bekleme listesindedir ve %35'inin bu konuda hiç umudu yoktur.
- Kalp hastalarına ait özellikler ile ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği bulgularına göre; 27-45 yaş grubundakilerin, kadınların, emeklilerin, ek olarak kronik hastalığı olmayanların, gelecek hakkında umutsuzluğa sahip olanların anksiyete ve depresyon seviyeleri daha yüksektir.
- Diyaliz hastalarına ait özellikler ile ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği bulgularına göre; 27-45 yaş grubundakilerin, kadınların, ev hanımlarının ve herhangi bir işte çalışanların anksiyete ve depresyon seviyeleri daha yüksektir.

- Kalp hastalarının ölüm anksiyetesi ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 7.31 ± 3.34 , ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ise 8.58 ± 2.79 'dur.
- Diyaliz hastalarının ölüm anksiyetesi ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 6.33 ± 3.92 , ölüme ilişkin depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalaması ise 7.76 ± 2.88 'dir.
- Araştırmada sonuç olarak, ölüm anksiyetesi ve ölüme ilişkin depresyon ölçeği puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Kronik birer hastalık olan kalp ve böbrek yetmezliğine sahip kişilerin, bireysel ve hastalığa ilişkin özellikleri dikkate alınarak psikososyal uyumun değerlendirilmesi ve bu sonuçlar doğrultusunda hastalarının psikososyal uyumlarını arttıracak yaklaşımların planlanması,
- Fonksiyonel durumları ciddi ve eğitim düzeyi düşük olan hastaların psikososyal uyumlarının ve bu tür sorunları ile baş edebilme yeteneklerinin geliştirilmesi için fiziksel, eğitsel, sosyal ve emosyonel destek verilmesi,
- Sağlık personelinin, hastalık yönetimi ve hastalığa uyum aşamasında bireylerin psikolojik sorunlarının uygun şekilde tanınması, yönlendirilmesi konusunda bilinçlendirilmesi önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Açıkalın İ. (1998) İç Hastalıkları: Kronik Böbrek Hastalığı. 1. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, s: 775–780.

Adaylar M. (1995) Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Öz-Bakım Yönelimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.

Akbulut N. (2006) Akut Miyokard İnfarktüsü Hastalarda Ortalama Trombosit Hacmi ve Trombosit Sayısının Değerlendirilmesi. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlı Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Mustafa Yaylacı).

Akça F., Köse A. (2008) Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi, 11: 7-16.

Akdemir N., Birol L. (2003) İç Hastalıkları Hemşireliği. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, s: 193-211.

Akın S., Durna Z. (2006) Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2): 1-8.

Akoğlu E., Süleymanlar G. (2003) Kronik Böbrek Yetmezliği: Temel İç Hastalıkları. 1. cilt. Güneş Kitabevi, Ankara, s: 1298-1307.

Akpolat T., Süleymanlar G., Utaş C. (2000) Nefroloji El Kitabı. 3. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Anda R., Williamson D., Jones D., Macera C., Eaker E., Glassman A., Marks J.(1993) Depressed Affect, Hopelessness and the Risk of Ischemic Heart Disease in a Cohort of U.S. Adults. *Epidemiology*, 4: 285-294.

Aparcı M., Kardeşoğlu E., Cebeci B.S.(2007) Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Düzeyinde Kardiyovasküler Hastalıklara Yaklaşım. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5): 380-388.

Arık N. (2001) *Nefroloji El Kitabı*. Deniz Matbaacılık, İstanbul, s: 212-224

Astan G. (2001) Effects of Social Support and Locus of Control on Depressive and Anxiety Symptoms of Dialysis Patients. *Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.

Aydın D. (2004) *Kanser Hastalarında Posttravmatik Stres Bozukluğu, Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki*. Cumhuriyet Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Aydın M. (1999) *Din Felsefesi*. 7. Baskı. Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Vakfı Yayınları, İzmir, s: 20.

Aydın Z. (1998) *SAPD Hemşireler için El Kitabı*. Eczacıbaşı-Baxter, İstanbul.

Ayten A. (2009) Üniversite Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı: Türk ve Ürdünlü Öğrenciler Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. *Din Bilimleri Araştırma Dergisi*, 9(4): 85-108.

Bakar M.S. (2006) *Kardiyovasküler Hastalıkların İkincil Korunması*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Eskişehir, (Danışman: Doç.Dr. Bülent Görenek).

Barsky AJ. (2008) A Textbook of Cardiovascular Medicine. Çevirenler: Aslanger E., Şirinoğlu I., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Baydoğan M., Dağ İ. (2008) Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(1): 19-28.

Cevizci A. (1997) Felsefe Sözlüğü. 2. Baskı. Ekin Yayınları, Ankara, s: 54.

Çamur NK. (2004) Koroner Ateroskleroz ve Myokard İnfarktüsünde Ortalama Trombosit Hacminin Öngörüsöl Değeri. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Refik Demirtunç).

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

Davies MJ. (2001) Pathology of Coronary Atherosclerosis. International Edition McGraw-Hill Medical Publishing Division, 36: 1095-1105.

Ditfurth H. (1991) Korku ve Kaygı. Çeviri: Barın N., Metis Yayınları, İstanbul, s:123.

Doğan HD. (2006) Hemşirelerin Acil Kalp Hastalıklarında Görülen EKG Bulgularını Tanıyabilme ve Uygun Tedavi Yaklaşımlarını Değerlendirebilme Düzeylerinin Tespiti. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, (Danışman: Yard.Doç.Dr. Mehmet Melek).

Elbi H., Sertöz Ö. (2009) İskemik Kalp Hastalıkları ve Depresyon. Kalp-Damar Hastalıkları ve Psikiyatri Dergisi, 9(2): 143-149.

Erdođdu MY., Özkan M. (2007) Farklı Dini İnanışlardaki Bireylerin Ölüm Kaygıları ile Ruhsal Belirtiler ve Sosyo-Demografik Değışkenler Arasındaki İlişkiler. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 14(3): 171-179.

Erek E. (2005) Erek Nefroloji. 5. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 305.

Erek E., Serdengeçti K., Süleymanlar G. (2004) Türkiye’de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon. Türk Nefroloji Derneğı Yayınları, İstanbul.

Freud S. (1992) Endişe. Çeviri: Özcengiz L., Dergah Yayınları, İstanbul, s: 47.

Freud S. (1993) Genel Nevroz Öğretisi. Psikanalize Giriş. Çeviri: Koptagel G., Gümüş Basımevi, İstanbul, s: 104.

Fromm E. (1994) Kendini Savunan İnsan. Çeviri: Arat N., Say Yayıncılık, İstanbul, s: 101.

Hökelekli H. (1993) Din Psikolojisi. TDV Yayınları, Ankara, s: 37.

Işıl Ö., Karaca S. (2009) Ölüm Yaklaşırken Yaşananlar ve Söylenebilecekler. 84.Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(1): 82-87.

İnci F., Öz F. (2009) Ölüm Eğitimin Ölüm Kaygısı, Ölüme İlişkin Depresyon ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10: 253-260.

Kayahan M., Sertbaş G. (2007) Dahili ve Cerrahi Kliniklerde Yatan Hastalarda Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8: 56.

Kelleci M. (2003) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kadınların Sorun Çözme Becerilerini Geliştirmelerinin Depresif Semptomlara Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Sevim Buzlu).

Khan MG. (1996) Heart Disease Diagnosis and Therapy. Williams&Wilkins, 133: 3-4.

Kubler RE. (1997) Ölüm ve Ölmek Üzerine. Çeviri: Büyükal B., Boyner Holding Yayınları, İstanbul, s: 33-34.

Küçük L. (2006) Diyaliz Hastalarına Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete Depresyon ve Başetme Biçimlerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard.Doç.Dr. Özlem Işıl).

Levy J., Morgan J., Brown E. (2004) Oxford Diyaliz El Kitabı. Çeviri: Uslan İ., Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s: 6-12.

Mendeles LA., Loscalzo J. (1995) Kardiyovasküler Hastalıklarda Tanısal Testler Ve Uygulamalar. Çeviri: Akın S., Cecil Essential Of Medicine , Ankara, s: 43-47

Mete F. (1998) Hemodiyaliz Hastalarında Ruhsal Durum Değerlendirmesi ve Psikolojik Yardımın Hastalığın Seyri ve Tedavi Süreci Üzerindeki Etkisi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon.

Onur B. (1986) Gelişim Psikolojisi, V Yayınları, Ankara, s: 21-25.

Övünç K. (2001) Akut Koroner Sendromlarda Tanı. Türk Kardiyoloji Dergisi, 4(3): 16-26.

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

Özen D. (2008) Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Ölüm Kaygısının Günlük Yaşam İşlevlerine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç.Dr. Özlem Işıl).

Özer S. (2002) Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof.Dr. Gülümser Argon).

Özer ZC., Şenuzun F., Tokem Y. (2009) Miyokard İnfarktüsülü Hastalarda Anksiyete ve Depresyonun İncelenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırma Dergisi, 37(8): 557-562.

Pehlivanoglu S. (2002) Akut Koroner Sendromlarda Erken Tanı Ve Risk Stratifikasyonu. Türkiye Klinikleri, 15(4): 22-25.

Peker N. (2007) Periton Diyalizi Hastalarının Ruhsal Durumlarının Tanılanması ve Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç.Dr. Ayşe Yıldız).

Petrie KJ., Weinman J., Sharpe N., Buckley J. (1996) Role of Patients' View of Their Illness in Predicting Return to Work and Functioning After Myocardial Infarction: Longitudinal Study. BMJ, 312: 114-119.

Polat A. (2007) Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Düzce, (Danışman: Yard. Doç.Dr. Fatma Yılmaz Akıncı).

Saltürk AG. (2006) Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği ile İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç.Dr. Hilmi Çiftçi).

Sertbaş G., Çuhadar D. (2004) Diyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Görülen Psikiyatrik Sorunlar. Hemşirelik Forumu, 7(3): 27-31.

Şahin S. (2007) Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut-Umitsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Meral Bayat).

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

Tanhan F., Arı F. (2006) Üniversite Öğrencilerinin Ölüm Verdikleri Anlam ve Öğrenim Gördükleri Program Açısından Ölüm Kaygısı Düzeyleri. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3(2): 34-43.

Tel H. (1999) Aritmili Hastaların Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 3(2), 76-81.

Tunalı G., Neyal A. (1990) Kronik Böbrek Yetmezliğinde Karpal Tunnel Sendromu. Erciyes Tıp Dergisi, 12: 402-412.

Türkmen F. (2002) Hemodiyaliz Seminer El Kitabı. 1. Baskı. Deniz Ofset Matbacılık, İstanbul, s: 52-67.

Yalçın AU., Akpolat T. (2000) Nefroloji: Kronik Böbrek Yetmezliği. Ankara, s: 272-290.

Yalom I. (2001) Varoluşçu Psikoterapi. Çeviri: Babayiğit Zİ., Kabalcı Yayınevi, İstanbul, s: 70.

Yaparel R. (1998) Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Normal Populasyonda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 9(3): 198-204.

Yazıcı K., Yazıcı AE. (2003) Kardiyovasküler Hastalıklarda Psikososyal Risk Etkenleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 106-112.

Yazıcı R. (1994) Yaşlı Bireylerin Ölüm Kaygısı ve Bunun Günlük Yaşam Aktivitelerine Olan Etkisinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. Çaylan Pektekin).

Yıldız M. (1998) Dini Hayat ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Dr. Fırat Erdoğan).

Yıldız M. (2001) Dindarlık ve Ölüm Kaygısı. Tasavvufi Yaklaşım ve Günümüz Üniversite Öğrencileri. Journal of Religious Culture, 43: 1-7.

10. EKLER

EK - 1: Tanıtıcı Bilgi Formu

EK - 2: Ölüm Anksiyetesi Ölçeği

EK - 3: Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği

EK - 4: İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nden Alınan İzin Belgesi

EK - 5: Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi

EK - 1: Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Hastane Adı:.....
2. Hastalığınızın tanısı nedir?.....
3. Cinsiyetiniz: Kadın() Erkek()
4. Yaşınız:.....
5. Yaşadığınız Semt:
a) Aynı semt b) Farklı semt c) Şehir dışı
6. Medeni Durumunuz:
a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Dul
7. Eğitim Durumunuz:
a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul
d) Ortaokul e) Lise mezunu
f) Lisans g) Lisansüstü
8. Mesleğiniz:
a) Serbest meslek b) Memur c) İşçi d) Emekli
e) Esnaf f) Ev Hanımı e) Diğer(Açıklayınız).....
9. Sosyoekonomik Durumunuz:
a) Çok kötü b) Kötü c) Orta
d) İyi e) Çok iyi
10. Başka kronik bir hastalığınız var mı? Evet() Hayır()
11. 10.soruya cevabınız 'EVET' ise hangi hastalık olduğunu açıklayınız.
.....
12. Hastalık tanısı ne zaman konuldu?.....
13. Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?.....

14. Akrabalarınızda benzer hastalığı olan var mı?

Evet() Hayır()

15. Hastalığınız teşhisinden önce çalışıyor muydunuz?

Evet() Hayır()

16. Hastalığınız teşhisinden sonra çalışmaya devam ettiniz mi?

Evet() Hayır()

17. 16.soruya cevabınız 'HAYIR' ise nedeni/nedenleri;

- a) Malulen emekli oldum
- b) Emekli oldum
- c) Çalışmaya bir süre ara verdim
- d) Aynı kurumda başka bir pozisyonda devam ediyorum
- e) Hastalıktan dolayı iş değişikliği yaptım
- f) Diğer.....

18. Hastalığınızla ilgili bir eğitim aldınız mı?

a) Evet b) Hayır

19. Hastalığınız hakkında ne kadar bilgi sahibisiniz?

- a) Hiç bilgim yok
- b) Az miktarda bilgi sahibiyim
- c) Yeterli bilgiye sahibim

(Hemodiyaliz Hastalarına Yönelik Sorular)

20. Haftada kaç seans diyaliz tedavisi görüyorsunuz?

21. Transplantasyon yaptırmak istiyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Cevabınız EVET ise 22. ve 23. soruları cevaplandırınız.

22. Transplantasyon bekleme listesinde misiniz?

a) Evet b) Hayır

23. Transplantasyon konusundaki umudunuz nedir?

a) Hiç b) Biraz c) Orta d) Fazla e) Çok fazla

(Kalp Hastalarına Yönelik Sorular)

24. Daha önceden geçirmiş olduğunuz tanı ve/veya tedavi amaçlı uygulamalar ve sayıları nelerdir?

Anjiyografi() /.....

EFÇ() /.....

ICD() /.....

Stent takılması() /.....

Cerrahi operasyon() /.....

Ablasyon() /.....

Pace-maker() /.....

25. Kalp hastalığına sahip olmanız gelecek hakkında umutsuzluğa düşmenize neden oluyor mu?

a) Hiç b) Biraz c) Orta d) Fazla e) Çok fazla

EK - 2: Ölüm Anksiyetesi Ölçeği

Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve her biri açısından kendinizi değerlendiriniz. İfadelerin yanında yer alan DOĞRU veya YANLIŞ seçeneklerinden size uyanı işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış
1. Ölmekten çok korkuyorum.		
2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir.		
3. İnsanlar ölüm hakkında konuştuklarında bu beni tedirgin etmez.		
4. Bir ameliyat olmak zorunda kalmak fikri beni dehşete düşürür.		
5. Ölmekten hiç korkmam.		
6. Kanser olmakla ilgili özellikle bir korkum yoktur.		
7. Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez.		
8. Zamanın hızla geçip gitmesi çoğu zaman beni sıkıntıya sokar.		
9. Acı içinde ölmekten korkarım.		
10. Ölümden sonra hayat olması fikri beni fazlaca sıkıntıya sokar.		
11. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.		
12. Sık sık yaşam gerçekten ne kadar kısa diye düşünürüm.		
13. İnsanlar üçüncü dünya savaşından söz ettiklerinde tüylerim diken diken olur.		
14. Ölü bir bedenin görünümü benim için ürkütücüdür.		
15. Geleceğin beni korkutacak hiçbir şey taşımadığını hissediyorum.		

EK - 3: Ölüme İlişkin Depresyon Ölçeği

	Doğru	Yanlış
1. Ölümü düşündüğümde içimi sıkıntı kaplar		
2. Ölüm kelimesini duymak beni üzer		
3. Mezarlıklardan geçmek beni hüzünlendirir.		
4. Ölüm, dayanılmaz bir yalnızlığı ifade eder.		
5. Ölmüş dost veya akrabaları düşündüğümde son derece hüzünlenirim.		
6. Hayatın kısa olduğu düşüncesi, duygu ve düşüncelerimi alt üst eder.		
7. Ölümün bir son olduğuna inanmıyorum.		
8. Ölüm, hayatın anlamlılığını yok eder.		
9. Yalnız (hiçbir kimsenin olmadığı bir ortamda) ölmek düşüncesi canımı sıkıyor.		
10. Öldüğüm zaman, arkadaşlarımı ve sevdiklerimi tamamen kaybedeceğim.		
11. Ölüm, hayatı anlamsız kılmaz.		
12. Ölüm, ruhsal çöküntüye yol açabilecek bir şey değildir.		
13. Ölümü düşündüğümde, yaşama sevincini kaybederim.		
14. İnsan ölürken acı çeker.		
15. Arkadaşlarımla ve sevdiklerimin ölümünü düşünmekten çok korkarım.		
16. Ölüm, hayattaki en son başarısızlıktır.		
17. Ölümü hayal ettiğimde, kendimi üzgün hissederim.		

EK - 4: İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü'nden Alınan İzin Belgesi



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ



Sayı : B.30.2.İST.051 0000 2564
Konu :

İstanbul, 30.10.09

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsüne

Üniversiteniz Hemşirelik Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Zeynep Ezgi YILMAZ'ın Yard. Doç. Dr. Hatice YORULMAZ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Kalp ve Hemodiyaliz Hastalarının Ölüm Kaygısı ve Ölümüne İlişkin Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konu araştırmasının anketlerini Anabilim Dalımızda yapmasının uygun görüldüğü hakkındaki Kardiyoloji Anabilim Dalından alınan yazı ilişikte sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Erhan KANSIZ
MÜDÜR

Ek:
Kardiyoloji Anabilim Dalı Yazısı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ



Sayı : B.30.2.İST.051 0000 - 587
Konu :

İstanbul, 28.10.2009

İ. Ü. KARDİYOLOJİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Zeynep Ezgi YILMAZ'ın,
Yrd. Doç. Dr. Hatice YORULMAZ danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı
"Kalp ve Hemodiyaliz Hastalarının Ölüm Kaygısı ve Ölümüne İlişkin Depresyon
Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmasının anketlerini Anabilim Dalımızda
yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Zerrin YİĞİT
Kardiyoloji Anabilim Dalı
Başkanı

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Kardiyoloji Enstitüsü
Geldiği Tarih 28.10.09
Sayı 2538

EK - 5: Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi



Özel
Gaziosmanpaşa
Hastanesi

22.10.2009

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI MÜDÜRLÜĞÜNE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim dalı Yüksek lisans öğrencisi Zeynep Ezgi Yılmaz'ın hazırlamış olduğu "Kalp ve Hemodiyaliz Hastalarının Ölüm Kaygısı ve ölüme ilişkin depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi" konulu araştırmasının kurumumuzda yapılmasına izin verilmiştir.

Dr. Sedat Azak
Başhekim



Merkez Mahallesi Çukurçeşme Caddesi No: 51 34130 Gaziosmanpaşa - İST. Tel.: (0212) 615 38 38 (Pbx)
e-mail: gophastanesi@gophastanesi.com.tr www.gophastanesi.com.tr Fax: (0212) 615 38 49

ÇAĞRI MERKEZİ
444 1 300

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Zeynep Ezgi YILMAZ

Doğum Yeri ve Tarihi: İstanbul / 26.10.1986

Medeni Hali: Bekâr

Yabancı Dil: İngilizce

E-posta Adresi: esgi_yilmas@hotmail.com

Tel: 0 530 829 43 91

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise:	Gaziosmanpaşa Merkez Lisesi(YDA)	2004
Lisans:	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2008

İş Tecrübesi

	Görev	Süre (ay-yıl)
İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü	Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Hemşiresi	Ocak 2009-Haziran 2010
İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Hemşiresi	Temmuz 2010-Halen

Mesleki Dernek/Kurum Üyeliği

Türk Kardiyoloji Derneği