

**PREDİYALİZ HASTALARININ DEPRESYON,  
UMUTSUZLUK DURUMLARI VE BÖBREK NAKLİNE  
BAKIŞ AÇILARI**

**Filiz MALKOÇ  
1168207108**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
DANIŞMAN Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR  
Tez No: 2019/69  
2019-TEKİRDAĞ**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PREDİYALİZ HASTALARININ DEPRESYON, UMUTSUZLUK**  
**DURUMLARI VE BÖBREK NAKLİNE BAKIŞ AÇILARI**

**Filiz MALKOÇ**  
**1168207108**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR**

**Tez No: 2019/69**


**2019-TEKİRDAĞ**


**KABUL ve ONAY**


Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Dr. Öğretim Üyesi Nurhan ÖZPANCAR danışmanlığında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi


21/06/2019

  
Doç. Dr. Hicran YILDIZ  
Bursa Uludağ Üniversitesi  
Jüri Başkanı

  
Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR  
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi  
Üye

  
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN  
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi  
Üye

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Filiz MALKOÇ'un "Prediyaliz Hastalarının Depresyon, Umutsuzluk Durumları ve Böbrek Nakline Bakış Açıları" başlıklı tezi 21.06.2019 günü saat 10.00'da Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Nilda TURGUT  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde değerli bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, çalışmamı büyük bir özveri ve titizlikle değerlendiren, desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR'a,

Yüksek lisans sürecinde eğitim hayatıma katkılarından ve desteğinden dolayı sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN'a,

Bugün bulunduğum noktaya gelmemi sağlayan aileme, hayatıma ortak olarak, desteğini her an yanımda hissettiğim sevgili eşime ve bu zorlu süreçte anlayışlarını ve sonsuz sevgilerini benden esirgemeyen, hayatımın anlamları oğlum ve kızıma,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana gösterdikleri destek ve yardımları için değerli iş arkadaşlarım ve katkıda bulunan herkese tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla,

Filiz MALKOÇ

## ÖZET

**Malkoç, F. Prediyaliz Hastalarının Depresyon, Umutsuzluk Durumları ve Böbrek Nakline Bakış Açıları, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2019.** Bu çalışma, prediyaliz hastalarının depresyon ve umutsuzluk durumlarını belirlemek, hastaların böbrek nakline bakış açılarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte planlandı. Araştırma, Nisan-Eylül 2018 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nefroloji Bilim Dalı Polikliniğinde yapıldı. 18 yaş ve üzeri, kronik böbrek yetmezliği tanısı alan, hemodiyaliz ve periton diyalizi almıyor olan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 208 hasta araştırmanın örneklemini oluşturdu. Veriler, ‘Hasta Bilgi Formu’, ‘Beck Umutsuzluk Ölçeği’, ‘Beck Depresyon Ölçeği’ formları kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, medyan, sıklık, oran, student t, ANOVA, Kruskal Wallis, Pearson Ki-Kare, Mann Whitney U, Pearson korelasyon ve Spearman’s korelasyon testleri kullanıldı. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık  $p<0,05$  düzeyinde değerlendirildi. Çalışmamızdaki hastaların yaş ortalaması  $64,29\pm 12,03$  olup, %52,9’unun erkek olduğu saptandı. Prediyaliz hastalarının %39,9’unun 2-5 yıldır kronik böbrek hastası, %36,5’inin üçüncü evrede olduğu, %80,8’inin böbrek nakli hakkında bilgi sahibi olmadığı saptandı. Prediyaliz hastalarının, Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması  $17,67\pm 11,53$  olup, hastaların %67,8’inde depresyon olduğu, Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamasının  $9,55\pm 3,56$  olup, hastalarda orta düzeyde umutsuzluk olduğu saptandı. Hastaların depresyon ve umutsuzluk durumları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $r:0,389$ ,  $p:0,001$ ). Prediyaliz hastalarının ileri yaş, kadın cinsiyet ve hastalığı ile ilgili endişeli olma halinin depresyon durumunu etkilediği ve umutsuzluk durumunun ise ileri yaş, bekar olma durumu ve düşük eğitim düzeyinden olumsuz etkilendiği bulundu ( $p<0,05$ ). Böbrek nakli ile ilgili olumlu görüş bildiren hastaların umutsuzluk puan ortalamalarının ve depresyon görülme durumunun daha az olduğu saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** Prediyaliz, Depresyon, Umutsuzluk, Böbrek Nakli

## ABSTRACT

**Malkoç, F. Depression, hopelessness and kidney transplant perspectives in predialysis patients, Tekirdağ Namık Kemal University Institute of Health Sciences Department of Internal Disease Nursing Master's Thesis, Tekirdağ, 2019.** This descriptive study was conducted in order to determine the levels of depression and hopelessness and to evaluate kidney transplant perspectives in predialysis patients. The study was conducted at the Tekirdağ Namık Kemal University Health Practice and Research Center's Nephrology Clinic between April and September of the year 2018. The study sample consisted of 208 patients who were 18 years or older, were diagnosed with chronic kidney failure, who did not receive hemodialysis and peritoneal dialysis, and agreed to voluntarily participate in the study. Data were collected via face-to-face interviews using the 'Patient Information Form', 'Beck Hopelessness Scale', and 'Beck Depression Inventory'. Data were evaluated using means, standard deviations, median, frequencies, rates, student t test, one-way ANOVA, Kruskal Wallis test, Pearson chi-square test, Mann Whitney U test, Pearson correlation, and Spearman's correlation test. Findings were interpreted according to 95% confidence intervals and  $p < 0.05$  level of statistical significance. Mean age of the patients was  $64,29 \pm 12,03$ . It was found that 52,9% of the patients were male. Among the predialysis patients, 39,9% were chronic kidney patients for 2-5 years, 36,5% were phase 3 kidney failure patients, and 80,8% had no knowledge about kidney transplantation. Mean Beck Depression Inventory score of the predialysis patients was  $17,67 \pm 11,53$  and 67,8% of the patients had depression. Mean Beck Hopelessness Scale score was  $9,55 \pm 3,56$  and it was determined that the patients had moderate levels of hopelessness. Depression and hopelessness scores of the patients were positively, significantly, and moderately correlated ( $r:0,389$ ,  $p:0,001$ ). It was found that older age, being female, and status of being concerned with the disease affected depression in predialysis patients; while hopelessness was affected by older age, being single, and low levels of education ( $p < 0,05$ ). It was determined that patients who thought positively about kidney transplant had lower hopelessness and depression scores.

**Keywords:** Predialysis, Depression, Hopelessness, Kidney Transplant

**İÇİNDEKİLER**

KABUL VE ONAY	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı	5
2.2. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi	6
2.3. Kronik Böbrek Hastalığının Etiyolojisi	7
2.4. Kronik Böbrek Hastalığında Tanı	8
2.4.1. Böbrek Fonksiyonunun Değerlendirilmesi	8
2.4.2. Böbrek Hasarının Belirlenmesi	11
2.5. Kronik Böbrek Hastalığında Belirtiler	12
2.6. Kronik Böbrek Hastalığının Komplikasyonları	13
2.7. Kronik Böbrek Hastalığında Tedavi	15
2.7.1. Hemodiyaliz Tedavisi	16
2.7.2. Periton Diyaliz Tedavisi	17
2.7.3. Böbrek Nakli	17
2.8. Depresyon	19

2.9. Umutsuzluk	20
2.10. Kronik Böbrek Hastalığında Depresyon ve Umutsuzluk	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	24
3.2. Araştırma Soruları	24
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	24
3.4. Araştırmanın Evreni	24
3.5. Araştırmanın Örnekleme	25
3.5.1. Örneklem Ölçütleri	25
3.6. Etik Uygulamalar	26
3.7. Araştırmanın Yöntemi	26
3.8. Veri Toplama Araçları	27
3.8.1. Hasta Bilgi Formu	27
3.8.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)	27
3.8.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	28
3.8.4. İstatistiksel Analiz	29
4. BULGULAR	30
4.1. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri	30
4.2. Prediyaliz Hastalarının Hastalıkla İlgili Özellikleri	30
4.3. Prediyaliz Hastalarının Böbrek Nakline Bakış Açılıarı	33
4.4. Prediyaliz Hastalarının Depresyon ve Umutsuzluk Durumları	35
4.5. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri ile Depresyon Durumları Arasındaki İlişki	36



4.6. Prediyaliz Hastalarının Hastalığa İlişkin Değişkenleri ile Depresyon Durumları Arasındaki İlişki	38
4.7. Prediyaliz Hastalarının Depresyon Durumlarına Göre Böbrek Nakline Bakış Açıları	40
4.8. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri ile Umutsuzluk Durumları Arasındaki İlişki	42
4.9. Prediyaliz Hastalarının Hastalığa İlişkin Değişkenleri ile Umutsuzluk Durumları Arasındaki İlişki	45
4.10. Prediyaliz Hastalarının Umutsuzluk Durumlarına Göre Böbrek Nakline Bakış Açıları	48
5.TARTIŞMA	52
5.1. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması	52
5.2. Prediyaliz Hastalarının Hastalıkla İlgili Değişkenlerinin Tartışılması	54
5.3. Prediyaliz Hastalarının Böbrek Nakline Bakış Açılarının Tartışılması	56
5.4. Prediyaliz Hastalarının Depresyon, Umutsuzluk Durumları ve Arasındaki İlişkinin Tartışılması	59
5.5. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile Depresyon Durumlarının Tartışılması	63
5.6. Prediyaliz Hastalarının Hastalıkla İlgili Değişkenleri ile Depresyon Durumlarının Tartışılması	65
5.7. Prediyaliz Hastalarının Böbrek Nakline Bakış Açıları ile Depresyon Durumlarının Tartışılması	66

5.8. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile Umutsuzluk	
Durumlarının Tartışılması	68
5.9. Prediyaliz Hastalarının Hastalıkla İlgili Değişkenleri ile Umutsuzluk	
Durumlarının Tartışılması	71
5.10. Prediyaliz Hastalarının Böbrek Nakline Bakış Açıları ile Umutsuzluk	
Durumlarının Tartışılması	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
KAYNAKLAR	79
EKLER	88

## SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)
APD	Aletli Periton Diyalizi
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
BUN	Kan Üre Azotu
BUÖ	Beck Umutsuzluk Ölçeği
CKD-EPI	Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyoloji Çalışması
CREDIT	Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması (Chronic Renal Disease In Turkey)
DM	Diabetes Mellitus
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ERA-EDTA	Avrupa Böbrek Derneği- Avrupa Diyaliz ve Transplant Derneği (European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association)
GFH	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	Hemodiyaliz
HT	Hipertansiyon
IVP	İntravenöz Pyelografi
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği

KDIGO	Böbrek hastalıkları küresel sonuçları iyileştirme grubu (Kidney Disease Improving Global Outcomes)
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
NHANES	Amerika Ulusal Sağlık ve Beslenme Muayene Anketi (National Health and Nutrition Examination Survey)
NKF-KDOQI	Amerika Ulusal Böbrek Derneği- Böbrek Hastalığı Kalite Girişimi (National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative)
MDRD	Böbrek Hastalığında Diyet Modifikasyonu (Modification of Diet in Renal Disease)
MR	Magnetik Rezonans
PD	Periton Diyalizi
PTH	Paratiroid Hormon
RRT	Renal Replasman Tedavisi
SAPD	Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBH	Son Dönem Böbrek Hastalığı
TDK	Türk Dil Kurumu
TND	Türk Nefroloji Derneği
USG	Ultrasonografi
USRDS	Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Veri Sistemi (United States Renal Data System)

**TABLolar**

Tablo 2.1 K/DOQI kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığının evreleri	5
Tablo 2.2 Kronik böbrek yetmezliğinde klinik bulgular	13
Tablo 3.1 Beck depresyon ölçeği, Beck umutsuzluk ölçeği ve alt boyutlarının Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı puanları	29
Tablo 4.1 Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri	31
Tablo 4.2 Prediyaliz hastalarının hastalıkla ilgili değişkenleri	32
Tablo 4.3 Prediyaliz hastalarının böbrek nakline bakış açıları	34
Tablo 4.4.1 Prediyaliz hastalarının depresyon ve umutsuzluk ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları	35
Tablo 4.4.2 Prediyaliz hastalarının depresyon durumları ve umutsuzluk durumları arasındaki ilişki	36
Tablo 4.5 Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile depresyon durumları arasındaki ilişki	37
Tablo 4.6 Prediyaliz hastalarının hastalığa ilişkin değişkenleri ile depresyon durumları arasındaki ilişki	39
Tablo 4.7 Prediyaliz hastalarının depresyon durumları ile böbrek nakline bakış açıları arasındaki ilişki	41
Tablo 4.8 Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile umutsuzluk durumları arasındaki ilişki	44
Tablo 4.9 Prediyaliz hastalarının hastalığa ilişkin değişkenleri ile umutsuzluk durumları arasındaki ilişki	46
Tablo 4.10 Prediyaliz hastalarının umutsuzluk durumlarına göre böbrek nakline bakış açıları	51

## 1.GİRİŞ

Tıp biliminin ilerlemesi, sosyal refah seviyesinin artması ile birlikte yaşam süresinin uzamasıyla kronik hastalıklar son yılların en önemli sağlık sorunları haline gelmiştir. (Bulantekin ve Demir 2011, Aydemir ve diğ. 2002). Dünya’da ölümlerin yaklaşık % 70’inden kronik hastalıklar sorumludur. (WHO 2019). Kronik böbrek yetmezliği (KBY) son yıllarda artan prevalans oranı, neden olduğu yüksek morbidite ve mortalite oranları, tedavisi için kullanılan renal replasman tedavilerinin (RRT) maliyetinin yüksek olması, herhangi bir belirti vermeden hastalığın ilerleyici olması nedenleriyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmiştir. (Varol ve Karaca Sivrikaya 2018).

Kronik hastalıklar bireylere yaşamları boyunca eşlik eden hastalıklardır ve beraberinde birçok psikiyatrik hastalığa yol açabilmektedir. (Peng ve diğ. 2013, Gagnon ve Patten 2002). Kronik hastalıklara uyum sağlamak oldukça zordur. KBY olan hastalarda; hayatı tehdit eden tanıyı kabul etme, yaşam boyu süren tedavi gereksinimi, hastalığın etkileri ve komplikasyonları ile yüzleşme süreci oldukça zordur. Prediyaliz hastalarında diyaliz tedavi modellerine karar verme ve yaşamlarının bir parçası olarak kabul etme süreçleri psikolojik olarak ağır bir yük getirmektedir. (Goh ve Griva 2018).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2005 ve 2015 yılları arasında %18’den fazla bir artış oranı ile şu anda 300 milyon insanın depresyonda olduğunu bildirmiştir. (WHO 2017). KBY’de hastaların hayatları olumsuz etkilenmekle birlikte psikiyatrik hastalıklar sık görülmektedir. (Goh ve Griva 2018, Bulantekin ve Demir 2011). Depresyon KBY’de en çok görülen psikiyatrik hastalıktır ve kötü prognostik sonuçlar doğurmaktadır. (King-Wing Ma ve Kam-Tao Li 2016, Bautovich ve diğ. 2014, Kimmel ve diğ. 2007). Tsai ve diğ.’nin (2012)’de yaptığı çalışmada depresif semptomları yüksek olan prediyaliz hastalarında glomerüler filtrasyon hızının daha hızlı (GFH) azaldığı saptanmıştır.

İnsanın doğasında bulunan en önemli yaşam kaynağı umuttur, sıkıntılı ve zor durumlarla başa çıkmayı sağlar. (Doğan ve Kelleci 2004). Umut, gelecekle ilgili bir amacı gerçekleştirmek için gerekli pozitif beklentilerdir. Umutsuzluk ise bir amacı gerçekleştirmede olumsuz beklentiler olarak tanımlanmaktadır. Umutsuzlukla

birlikte seyreden en önemli psikolojik bozukluk depresyondur. Depresyonla birlikte olan umutsuzluk duygu durumu ise intihar düşüncesinin en önemli nedenlerindedir. (Dilbaz ve Seber 1993).

KBY hastaların güç, enerji, fiziksel bağımsızlık ve sağlıklı yaşam beklentilerini önemli bir ölçüde değiştirerek, tükenmişlik ya da kendilerini tehdit altında hissetmelerine neden olur. Hastanın ve ailesinin başa çıkma çabalarını zorlamakla birlikte tükenmişlik ve kendini tehdit altında hissetme duyguları hastanın umut düzeyini olumsuz etkilemektedir. (Doğan ve Kelleci 2004).

KBY'nin 1-4 evrelerinde tedavi ve diyet ile hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, komorbid durumları ve komplikasyonları önlemek önemlidir. Son evre olan evre 5'te yani son dönem böbrek hastalığında (SDBH), diyaliz veya böbrek nakli gibi RRT'leri yaşamı sürdürmek için gerekli hale gelir. (Goh ve Griva 2018). Hasta yaşadığı bu zor süreçte geleceği hakkında endişelenmekte ve umutsuzluk duygusu yaşayabilmektedir. Doğan ve Kelleci (2004) yaptığı çalışmada KBY'de umutsuzluk puan ortalamalarını diğer fiziksel hastalıklara göre belirgin düzeyde yüksek bulmuşlardır. İnal ve diğ.'lerinin (2018) yaptığı çalışmada, nitel olarak değerlendirilen sonuçlarda ulusal böbrek nakli bekleme listesinde olan hastalar umutsuzluğa ilişkin ifadelerde bulunmuş olup, sürecin belirsizliğinden ve diyaliz tedavilerinin getirdiği sınırlamalardan dolayı hastalarda umutsuzluk, korku, anksiyete gibi duygular saptanmıştır.

Organ yetmezliği yaşamı tehdit eden, yaşam ve ölüm faktörlerini ön plana çıkaran bir durumdur ve tedavisi transplantasyon ile yapılmaktadır. Yetmezlik ve transplantasyon durumları her aşamada hastada psikolojik çöküntülere sebep olmaktadır. (Yanar 2015).

Türk Nefroloji Derneği (TND) kayıt sistemine göre 2017 yılında 3.342 böbrek nakli yapılmıştır. Kadavra vericiden yapılan böbrek nakli %20,7'dir. Canlı vericiden yapılan böbrek nakillerinin %62,7'si akrabalardan, %22,4'ü eşlerden yapılmıştır. Kadavradan yapılan böbrek nakli oranının az olması kadavradan organ bağışi probleminin göstergesi olarak görülmüştür. (Seyahi ve diğ. 2018). TND kayıt sistemi raporuna (2017) göre erken dönemde yapılan nakil oranında bir önceki yıla (%34,6) göre artış olduğu görülmüş ve oran % 38,4 olarak saptanmıştır. (TND

2017). Erken dönemde yapılan nakil avantaj ve dezavantajları tartışılmaktadır ancak hastalarda diyaliz tedavilerinden oluşabilecek komplikasyonların azaltılması ve tedavi maliyetlerini düşürmesi açısından ülke ekonomisi için yararlıdır. (Ersoy ve diğ. 2006, Kasiske ve diğ. 2002).

Parsaei Mehr ve diğ.'nin (2011) yaptığı çalışmada kadavradan böbrek alıcılarında %62, canlı vericiden böbrek alıcılarında %52 oranında depresyon saptanmış, kadavradan böbrek nakli alıcılarında depresyon anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kadavradan böbrek nakli alıcıları süresi belli olmayan bir bekleme sürecine içine girmektedirler. (Özçürümez ve diğ. 2003). Ayrıca Cürcani ve Tan (2010) diyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların %83'ünün, kadavra verici için nakil bekleme listesi olduğundan bilgilerinin olmadıklarını saptamışlardır.

Canlı vericiden yapılacak olan böbrek nakli KBY hastaları için en uygun tedavi yöntemlerindedir. Ancak başka birinden kendi adına risk almasını istemek hastada suçluluk, sorumluluk, kararsızlık, borçluluk, potansiyel zorlama, aile ile çatışma gibi psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Hastalar kendi sağlıklarını öncelendirmek ve canlı vericilerin sağlıklarını riske atma durumları arasında kalarak endişelenmektedirler. (Hanson ve diğ. 2015).

KBY bireyin günlük faaliyetlerini, evlilik ve aile hayatını, mesleki yeterliliğini bozarak, bireye, aileye ve topluma ağır bir yük getirmektedir. Transplantasyon KBY tedavi seçenekleri içinde en iyi sonuç veren yöntem olmasına karşın organ bağışındaki yetersizlik nedeniyle hastalar diyaliz yöntemlerini tercih etmek zorunda kalmaktadırlar. Diyaliz hastaların günlük yaşamlarında zaman alıcı bir işlemdir, hastalar diyet ve sıvı alımını kısıtlamak zorunda kalırlar aynı zamanda ciddi komplikasyonlarının olması hastaları zorlamaktadır. (Özçürümez ve diğ. 2003).

Prediyaliz aşamasında hastalar tüm bu sorunlarla yüzleşmektedirler. Prediyaliz döneminde hastaların depresyon ve umutsuzluk durumlarının belirlenmesi, hastalığın ilerlemesi, mortalite ve morbidite açısından önemlidir. Hastalarda farkındalık yaratılması ve böbrek naklinin önemi vurgulanmalıdır.



Bu alışma, prediyaliz hastalarının depresyon ve umutsuzluk durumlarını belirlemek, hastaların böbrek nakline bakış açılarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), GFH'nın azalmasıyla böbreğin sıvı ve elektrolit dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin işlevlerinde kronik, ilerleyici ve geri dönüşü olmayan bozulma durumu olarak tanımlanmaktadır. (Tanrıverdi ve diğ. 2010).

Amerika'da Ulusal Böbrek Derneği (National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative, NKF-KDOQI) kronik böbrek hastalığının tanımlanması, değerlendirilmesi, evrelendirilmesi ve tedavisinde uluslararası ortak bir protokol oluşturmak için 2002 yılında Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzu oluşturmuştur. Kılavuz 2004 yılında böbrek hastalıkları küresel sonuçları iyileştirme grubu (Kidney Disease Improving Global Outcomes, KDIGO) tarafından yenilenmiştir. Kılavuza göre KBH, hastalık nedeni ne olursa olsun 3 ay veya daha uzun süredir devam eden böbrek hasarı ve/veya GFH'nin 3 ay veya daha uzun süredir 60 ml/dk/1,73 m<sup>2</sup>' den daha düşük olması" olarak tanımlanmıştır. KBH standart bir dil belirlemek amacıyla GFH değerine göre evrelendirilmiştir (Tablo 2.1). (THSK 2014, Levey ve diğ. 2005).

Tablo 2.1 K/DOQI kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığının evreleri (NKF KDOQI 2002)

Evre	Tanım	GFH (ml/dk/1,73m <sup>2</sup> )
1	Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥90
2	Hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı	60 – 89
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30-59
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15-29
5	Son dönem böbrek yetmezliği	<15 veya diyaliz

Böbrek hastalıkları küresel sonuçları iyileştirme grubu (Kidney Disease Improving Global Outcomes, KDIGO) tarafından KBH'nın tanımında ve evrelendirilmesinde 2012 yılında bazı değişiklikler yapılmıştır. Bu kılavuza göre KBH, 3 aydan uzun süredir devam eden, sağlığa etkileri olan böbrek yapı ve işlevlerinde anormallikler olarak tanımlanmış, evre 3 olgular G3a ve G3b olmak üzere iki alt gruba ayrılmış ve albüminüriye dayandırılan KBH sınıflaması eklenmiştir. (THSK 2014).

## 2.2. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi

Ülkemizde Türk Nefroloji Derneği tarafından yapılan, Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması (CREDİT; Chronic Renal Disease In Turkey) sonuçlarına göre genel yetişkin popülasyondaki kronik böbrek hastalığı oranı %15,7 ve olguların %5,2'sinde evre 3-5 KBH olduğunu saptamıştır. (Süleymanlar ve diğ. 2011). Buna göre yaklaşık olarak her 6-7 kişiden birinde farklı evrelerde, her 20 yetişkinden birinde de ciddi düzeyde KBH bulunmaktadır. Oranlara bakıldığında ülkemizde 7,3 milyon kişinin KBH'dan etkilendiği ve 2,4 milyon yetişkinin kritik düzeyde KBH olduğu düşünülmektedir. (THSK 2014). Ülkemizde CREDİT çalışmasına göre KBH prevalansı en yüksek olan bölge Marmara Bölgesi (%19,7), daha sonra Güneydoğu Anadolu Bölgesi (%18,6) olarak bulunmuştur. CREDİT çalışması Türkiye'de yapılan ilk epidemiyolojik çalışmadır ve KBH'nın önemli bir halk sağlığı problemi olduğunu ortaya koymuştur.

2017 yılında Türkiye'de RRT gerektiren SDBH nokta prevalansı, çocuk hastalarda sayıya dahil olmak üzere milyon nüfus başına 956,7 olarak insidans ise çocuk hastalar sayıya dahil olmak üzere milyon nüfus başına 146,5 olarak hesaplanmıştır. İnsidans hesaplamasına yeni nakil olan hastalardan sadece erken dönemde nakil olan hastalar hesaba katılmıştır. (TNDY 2018).

Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Veri Sistemi –United States Renal Data System- (USRDS) 2018 yılına ait veri raporuna göre Amerika'daki KBH prevalansı %15'tir. Amerika'da 30 milyondan fazla kişinin KBH'na sahip olabileceği ve milyonlarca insanın risk altında olduğu belirtilmiştir. Bu durumun KBH risk

faktörleri olan diyabet, hipertansiyon, obezite, kardiyovasküler hastalık prevalansının yüksek olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir. (USRDS 2018).

Avrupa Böbrek Birliği -Avrupa Diyaliz ve Nakil Birliği (European Renal Association- European Dialysis and Transplant Association, ERA-EDTA), Dünya’da 850 milyon kişinin KBH olduğunu belirtmiş ve KBH’nı gizli salgın olarak nitelendirmiştir. (ERA-EDTA 2018).

USRDS 2017 verilerine göre uluslararası karşılaştırmada Dünya’da 2015 yılına ait tedavi edilen SDBH prevalansı en yüksek olan ülkeler Tayvan (milyon nüfus başına 3317), Japonya (milyon nüfus başına 2529), ve Amerika’dır (milyon nüfus başına 2138). Sıralamayı Singapur (milyon nüfus başına 1972) ve Portekiz (milyon nüfus başına 1824) takip etmekte olup, Türkiye (milyon nüfus başına 936) 31. sırada yer almaktadır. En düşük prevalansa sahip ülke ise Bangladeş’tir (milyon nüfus başına 119). Tedavi edilen SDBH insidansı 2002-2003 ve 2014-2015 yılları aralığında en fazla orantılı artışlara sahip olan ülkeler Bangladeş (%590), Tayland (%306), Rusya’dır (%246). (USRDS 2017).

### **2.3. Kronik Böbrek Hastalığının Etiyolojisi**

KBH’nın etiyolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. KBH yaş, cinsiyet, ırk, etnik kökene göre farklılıklar göstermektedir. USRDS 2017 veri kayıt sistemine göre ileri yaş, diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), kardiyovasküler hastalık, yüksek beden kitle endeksi ( $\geq 30\text{kg/m}^2$ ) KBH ile ilişkilidir. Aynı raporda ayrıca; çeşitli glomerülofritler, tübülointerstisyel bozukluklar, kalıtsal veya konjenital bozukluklar, kanser, çevresel toksinler veya ilaç toksisitesi, diyet ve çevresel faktörler dahil olmak üzere KBH’nın birçok etiyolojik nedeni olduğu belirtilmiştir. (USRDS 2017).

Amerika ulusal sağlık ve beslenme muayene anketi (NHANES) verilerine dayalı olarak (1999-2014) KBH’nın 60 yaş üzerinde ve kadınlarda daha yaygın olduğu görülmektedir. DM en sık görülen (yaklaşık %40) komorbid hastalık olup HT %32 oranında bulunmuştur. Bildirilen kardiyovasküler hastalık oranı da %40 saptanmıştır. Singapur (%66), Malezya (%64), Meksika’nın Jalisco bölgesi (%62),

Şili (%57) 2015 yılında yeni olan SDBH nedenin DM olduğunu bildirmiştir. (USRDS 2017).

CREDİT çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuş olup, mevcut kohortta diyabet genel prevalansı %12,7 bulunmuştur. Kronik böbrek hastalarında tanı aşamasından sonra diyabet prevalansının iki kattan fazla (%26,6) arttığı gözlenmiştir. Ayrıca ileri evre kronik böbrek hastalarında diyabet prevalansının da artması sebebiyle, diyabetin KBH ilerlemesinde ilişkili olduğu saptanmıştır. HT ise SDBH'nın ikinci ana nedeni olarak saptanmıştır. (Süleymanlar ve diğ. 2011).

Türk Nefroloji Derneği (TND) 2017 veri kayıt sistemine göre ilk RRT olarak hemodiyalize yeni başlayan hastalarda etiyolojik nedenler arasında; DM %38,03, HT %27,46, glomerülonefrit %6,01, polikistik böbrek hastalıkları %3,06, tübülointerstisyel nefrit %1,39, obstrüktif nefropati %1,33, renal vasküler hastalık %0,81 olarak saptanmıştır. (TNDY 2018).

## **2.4. Kronik Böbrek Hastalığında Tanı**

KBH'da tanı konulabilmesi için böbrek fonksiyonunun değerlendirilmesi ve böbrek hasar derecesinin tespit edilmesi gerekmektedir.

### **2.4.1. Böbrek Fonksiyonunun Değerlendirilmesi**

Serum kreatinin ve GFH ölçüm yöntemleri ile böbrek fonksiyonu genel olarak değerlendirilmektedir. Böbrek fonksiyonunun klinik değerlendirmesi, yetişkinler için rutin tıbbi uygulamalardan biridir ve genel sağlık durumu hakkında bilgi verir. Bunun yanı sıra böbrek hastalıklarında tanı konulması, belirti ve semptomların yorumlanması, tedavi prosedürleri için gerekli hazırlıkların yapılması, akut ve kronik böbrek hasarının saptanması ve incelenmesinde önemlidir. GFH sağlıklı ve hastalıklı dönemlerde genel böbrek fonksiyonunun spesifik bir göstergesidir ancak klinik uygulamalarda ölçülmesi kolay değildir. (Açıkgöz ve diğ. 2013, Levey ve diğ. 2009).

Vücudumuzdaki kaslar kreatinin miktarının yaklaşık %98'ini içerir ve fosfokreatin ve geri kalanını serbest kreatinin formunda %60-70'ini depolamaktadır. Dolayısıyla toplam kas kütlesi, toplam kreatin havuzu ve kreatinin üretiminin en önemli belirleyicisidir. (Luiz ve diğ.2013). Serum kreatinin düzeyi sık olarak kullanılan bir laboratuvar ölçütü olmakla birlikte GFH'nın belirlenmesinde iyi bir gösterge değildir. Serum kreatinin konsantrasyonu, kreatinin salgısı ve üretimi ve ekstrarenal atılımı gibi GFH dışındaki faktörlerden etkilenmektedir. GFH %50'den fazla azaldığında serum kreatinin düzeyi artmaya başlamaktadır. Kas kitlesinde değişiklikler, kas yıkımına neden olan durumlar, bazı ilaçlar, tüketilen et miktarı gibi faktörlerle birlikte yaş ve cinsiyette serum kreatinin düzeyinde değişikliklere neden olmaktadır. Yaşlılarda kreatinin oluşumunu azaltan kas kütlesindeki yaşa bağlı düşüş sebebiyle serum kreatinin gerçek GFH'nı göstermemektedir. Bu sebeple böbrek fonksiyon seviyesini belirlemek, erken evrelerde KBH'nı tespit etmek için serum kreatinin konsantrasyonu tek başına kullanmak zordur. (TSHK 2014, Levey ve diğ. 2003).

GFH hesaplanmasında inülin klirensi, endojen kreatinin klirensi yöntemleri kullanılmaktadır. İnülin klirensi böbrek fonksiyonunun en doğru ölçüm yöntemidir. Ancak teknik olarak zorluklar içerdiğinden araştırma amacıyla kullanılmaktadır. Endojen kreatinin klirensi GFH'nın ölçümünde yaygın olarak kullanılmaktadır. Fakat kreatinin proksimal tübülüslerden sekresyonu sebebiyle GFH'nı olduğundan yüksek göstermektedir. Bu yüksek oran sağlıklı bireylerde %10-15 iken, böbrek yetmezliğinin ileri evrelerinde %40'a kadar çıkmaktadır. Aynı zamanda 24 saat idrar toplanmasını gerekli kıldığından rutin kullanımı kısıtlıdır. (TSHK 2014).

Son yıllarda GFH ölçümü için sistatin C'nin yeni bir marker olarak kullanılması tartışılmaktadır. Sistatin C düşük molekül ağırlıklıdır, sabit oluşum hızına sahip olup bu sebeple glomerüllerden serbestçe filtre olur, sekrete edilmeden tübuler epitel hücrelerde reabsorbe olarak böbreklerden metabolize olur. Serum düzeyi yaşa ve cinsiyete bağlı olarak değişiklik göstermez. GFH azalmaya başladığında KBH ilk evrelerinde serum sistatin C düzeyi artmaktadır. Ancak gerçek GFH ölçümleri ile anlamlı doğruluğu tartışılmakla birlikte nefroloji bilim dalında sistatin C kullanılarak yapılan çalışmalar sınırlıdır. (Ulu ve diğ. 2015).

Pratikte GFH hesaplamada serum kreatinin, vücut ağırlığı, yaş, cinsiyet ve etnik köken gibi özellikler kullanılarak, idrar toplamaya gerek kalmadan, bazı matematiksel formüller geliştirilmiştir. En çok kullanılan ve kabul görmüş olanlar MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) ve Cockcroft-Gault formülleridir. Bu formüllere 2009 yılında kronik böbrek hastalığı epidemiyoloji çalışması (CKD-EPI) formülü eklenmiştir. Formüller GFH'ni öngörmeye tek başına serum kreatinin değerinden daha doğru bilgi vermektedir. Kreatinin klirensi ölçümünün serum kreatinin düzeyi kullanılarak hesaplanan formüller kadar güvenilir olmadığı belirtilmiştir. Bu sebeple serum kreatinin düzeyi kullanılarak GFH'nin değerlendirilmesi önerilmektedir. (THSK 2014, Açıkgoz ve diğ.2013, Levey ve diğ. 2003).

MDRD formülü 1999 yılında KBH evre 3 ve 4 olan büyük çoğunluğu beyaz ve diyabetik olmayan hastalarla yapılan bir çalışma sonucunda geliştirilmiştir. Geliştirilen formül 6 değişkenli olup, 2000 yılında yaş, cinsiyet, etnik köken ve serum kreatinin içeren 4 değişkenli formül geliştirilmiştir ve 6 değişkenli formülle karşılaştırıldığında benzer bir sonuca sahip olduğu gösterilmiştir. (Giacoman ve Madero 2015).

Sıklıkla kullanılan kısa MDRD ve Cockcroft-Gault formülleri;

4 değişkenli kısa MDRD formülü. (Levey ve diğ. 2003). Formül 2.4.1.1;

$$MDRD = 186 \times (\text{Serum Kreatinin})^{-1.154} \times (\text{Yaş})^{-0.203} \times (0.742 \text{ Kadın}) \times (1.210 \text{ siyah ırk}) \quad 2.4.1.1$$

Cockcroft-Gault formülü. (Levey ve diğ. 2003). Formül 2.4.1.2;

$$\text{Kreatinin klirensi (ml/dk)} = \frac{(140 - \text{Yaş}) \times \text{Vücut ağırlığı (kg)}}{\text{Serum kreatinin (mg/dl)}} \times 72 \text{ erkek (85 kadın için).} \quad 2.4.1.2$$

Böbrek fonksiyonlarını değerlendiren diğer endojen biyobelirteçler kan üre azotu (BUN) ve B2-mikroglobülinidir. BUN, GFH azaldıkça artmaktadır ancak GFH'dan bağımsız olarakta değişebildiği için serum kreatininden daha az değerlidir. Zengin protein diyetleri, kanama, steroid uygulaması gibi durumlarda kandaki miktarı artar. B2-mikroglobülin malignitelerde, otoimmün hastalıklar, enfeksiyonlar ve yaşlanma ile birlikte böbrek hastalığında da kanda düzeyi artmaktadır. Plazma B2-mikroglobülinin GFH için iyi bir endojen markerı olduğu ve serumdaki artışının serum kreatininden önce olduğunu gösteren veriler bulunmaktadır. Ancak son on yılda bu konu ile ilgili fazla çalışma yapılmadığı için klinik uygulamadaki faydası sınırlı kalmıştır. (Giacoman ve Madero 2015).

#### **2.4.2. Böbrek Hasarının Belirlenmesi**

Böbrek hasarı, kan ve idrar sediment değişiklikleri (eritrosit ve lökosit), görüntüleme teknikleri (IVP, USG, MR, BT) ile böbreğin boyut, şekil ve yapısındaki anormallikler, tübüler bozukluklara bağlı anormallikler, biyopsi ile belgelenen histopatolojik anormallikler, proteinürideki değişiklikler, böbrek transplantasyon öyküsünün olması anlamına gelmektedir. Hasar genellikle işlevlerdeki değişikliklerden önce meydana gelmektedir. Örneğin albüminürinin GFH azalmadan önce meydana gelmesi, böbrek fonksiyon belirteçlerinden önce böbrek hasarı belirteçleri ile tespiti önemini ortaya koymaktadır. Teoride bu erken teşhisi kolaylaştırıp, müdahaleleri yönlendirir ve hastalığın ilerlemesini izler. Böbrek hasarının saptanmasında en çok kullanılan parametre albüminüri veya proteinüridir. Kalıcı olarak artan protein atılımı böbrek hasarının belirteçidir. Proteinüri tespiti için idrar örnekleri kullanılmaktadır ve 24 saatlik idrar toplamaya gerek yoktur genellikle sabah ilk idrar numune olarak kullanılmaktadır. Albüminüri için idrar dipstick testi ile (+1 veya daha üstü) pozitif sonucu alan hastalar risk açısından 3 ay içinde tekrar albümin/kreatinin, total protein/kreatinin oranı baktırmalıdır. Albümin/kreatinin oranı >30 mg/gün, total protein/ kreatinin oranı >200 mg/gün olduğunda hastalar tanısal açıdan değerlendirilmelidir. (Giacoman ve Madero 2015, THSK 2014, Levey ve diğ. 2003).



## 2.5. Kronik Böbrek Hastalığında Belirtiler

Böbrek rahatsızlığı yaşayan bireyler genellikle, yan ağrısı, poliüri, noktüri, dizüri gibi idrar yapma ve görüntüsündeki değişikliklerden ya da HT, ödem, batında kitle hissetmesi ve üremik semptomlardan dolayı hastaneye başvurabilmektedir. Hastaların klinik bulguları böbrek yetmezliğinin evresi ve gelişme hızı ile paralellik göstermektedir. GFH 35-50 ml/dk altına inmedikçe hastalarda genel olarak herhangi bir bulgu gözlenmez (Tablo 2.2). (Akpolat ve Utaş 2001).

Böbreğin ilk olarak idrarı konsantre etme yeteneği azalır, diurnal ritim bozulur ve hastalarda noktüri şikayeti başlar. Anemi ve halsizlik diğer görülen ilk semptomlardandır. GFH 20-25 ml/dk olunca hastalarda üremiye bağlı semptomlar görülür. GFH 15 ml/dk ve altına inince SDBH'dan söz edilir ve hastalar RRT'ne ihtiyaç duyarlar. (Akpolat ve Utaş 2001).

Alkan ve diğ. (2010) yapmış olduğu çalışmada son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların non-spesifik semptomlarla hastaneye başvurabileceğini belirtmişlerdir. Olgu sunumunda belirtilen 46 yaşındaki erkek hastanın diz ağrısı dışında şikayeti yoktur. Yapılan tetkiklerde hastanın son dönem böbrek yetmezliğinde olduğu tespit edilmiş ve hasta acil olarak hemodiyaliz tedavisine alınmıştır. Bu durum böbrek yetmezliğinin non-spesifik belirtilere karşı dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir. (Alkan ve diğ. 2010).

Tablo 2.2 Kronik Böbrek Yetmezliğinde Klinik Bulgular (Tanrıverdi ve diğ. 2010, Akpolat ve Utaş 2001).

SİSTEM	BULGU
<b>Sıvı-Elektrolit Bozuklukları</b>	Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi
<b>Sinir Sistemi</b>	Stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, meningism, huzursuz bacak sendromu, tik, tremor, myklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar
<b>Gastrointestinal Sistem</b>	Hıçkırık, parotit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özofajit (kandida, herpes), intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit
<b>Hematoloji-İmmünoloji</b>	Normokrom normositer anemi, eritrosit fragilitesinde artma, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşılama cevabında azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma
<b>Kardiyovasküler Sistem</b>	Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış atheroskleroz, aritmi, kapak hastalığı
<b>Pulmoner Sistem</b>	Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem
<b>Cilt</b>	Kaşınıtı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz
<b>Metabolik-Endokrin Sistem</b>	Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi
<b>Kemik</b>	Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz (beta2-mikroglobülin), D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit
<b>Diğer</b>	Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri

## 2.6. Kronik Böbrek Hastalığının Komplikasyonları

KBH komplikasyonları, böbrek hasarının ve hastalık belirtilerinin artmasına, böbrek fonksiyonlarının kötüleşmesine neden olmasının yanında hastalarda morbidite ve mortalite artışına neden olan faktörlerdir. KBH komplikasyonları; kardiyovasküler hastalık (KVH), sol ventrikül hipertrofisi, perikardit, HT, dislipidemi, sıvı yüklenmesi, anemi, renal osteodistrofi, malnütrisyon, enfeksiyon, hiperkalemi ve asidozdur. (Acar 2018). Genel olarak tüm sistemleri etkileyen komplikasyonlar görülmektedir.

KBH hastalarında sol ventrikül hipertrofisi özellikle anemi ile ilişkilidir. HT KBH'nın hem nedeni hem de komplikasyonudur. HT vücutta volüm yüklenmesi nedeniyle oluşmaktadır. KBH hastalarında savunma mekanizmalarındaki değişiklikler nedeniyle bakteriyel enfeksiyon riski artar ve en sık görülen enfeksiyonlar idrar yolu enfeksiyonu, zatürre, sepsistir. (KDIGO 2012).

Anemi KBH'da önemli bir komplikasyondur çünkü hastalarda ağır bir semptom yükü vardır. Eritropoetin hormon üretim eksikliği ve etkinliğinin kaybı, demir eksikliği nedenlerinden kaynaklanmaktadır. KBH'lı kişilerde hemogloblin konsantrasyonu erkeklerde <13g/dl, kadınlarda <12g/dl olduğunda anemiden bahsedilir. Anemi halsizlik, yorgunluk nedeniyle yetişkinlerde iş verimliliğinde azalmaya, morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Uygun tedavi ile potansiyel olarak geri dönüşümlüdür. (KDIGO 2012).

Böbrek fonksiyonu azaldıkça serum kalsiyum, fosfat ve dolaşımdaki hormon anormallikleri (Paratiroid hormon-PTH, 25-hidroksivitamin D, 1.25 dihidroksivitamin D, diğer D vitamin metabolitleri, fibroblast büyüme faktörü-23 ve büyüme hormonu) erken evrelerde ortaya çıkar ve böbrek fonksiyonu azaldıkça ilerler. Hastalığın ilerlemesiyle artan kemik mikromimarisindeki değişiklikler kemik kırığı riskini artırmaktadır. Hastalarda serum kalsiyum, fosfat ve PTH konsantrasyonlarının değerlerinin sistematik olarak gözden geçirilmesi gerekmektedir. KBH olan kişilerde serum fosfat konsantrasyonundaki her 1 mg/dl artış için tüm nedenlere bağlı ölüm ve kardiyovasküler ölüm riskinin %18 oranında arttığı belirtilmiştir. (KDIGO 2012).

KBH hastalarında HT, diyabet, obezite ve lipid anomalileri gibi KVH için genel risk faktörleri daha yüksektir. Özellikle SDBH'da KVH olaylarının önemli bir kısmını miyokardiyal anormallikler, sol ventrikül hipertrofisi, hemodiyaliz tedavisi alanlarda elektrolit ve sıvı volüm dalgalanmalarından kaynaklandığı ileri sürülmektedir. KVH dünya çapında morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerindedir ve bu oranların artması, böbrek fonksiyonlarının kötüleşmesiyle sürekli olarak artmaktadır. KBH hastalarında en önemli mortalite ve morbidite nedeni KVH'dır. (Jun ve diğ. 2011).

Metabolik asidoz, üremik kemik hastalığı, protein-enerji kaybı, bozulmuş miyokard fonksiyonu, glukoz homeostazi, beta-2 mikroglobülin birikimi, kronik inflamasyon gibi birçok zararlı sonuçları olan KBH'nın yaygın komplikasyonudur. KBH'da metabolik asidoz oranı ve şiddeti GFH düştükçe progresif olarak artmaktadır. Metabolik asidozun sonuçlarının çoğu KBH'da mortalite artışı ile ilişkilendirilmiştir ancak bu ilişkilerin altında yatan mekanizmalar genellikle belirsizdir. (Kovesdy ve diğ. 2009). Metabolik asidoz böbrekten tampon maddelerin salgılanamaması veya bikarbonatın üretilmesindeki yetersizlik sebebiyle hidrojen iyonlarının tamponlanamamasından kaynaklanır. (Acar 2018).

Yetersiz beslenme, proteinüri ve artan ihtiyaç vücut depolarında azalmaya bunun sonucunda da aminoasit, protein, enerji eksikliğine sebep olmaktadır. Malnütrisyon KBH hastalarında morbidite ve mortaliteyi belirleyen önemli faktörlerdendir. Malnütrisyon değerlendirilmesinde biyokimyasal parametreler ve antropometrik ölçümlerden yararlanılmaktadır. Transferin düzeyi, hipoalbuminemi, BUN düzeyi (<60 mg/dl) malnütrisyon göstergelerindedir. (Akpolat ve Utaş 2001).

## 2.7. Kronik Böbrek Hastalığında Tedavi

KBH tedavisinde önemli olan hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılması, SDBH'na gidişin önlenmesi, üremik semptomların tedavi edilmesidir. SDBH'na gidişin yavaşlatılması için diyet tedavisi, HT kontrol altına alınması (sistemik ve intraglomeruler), hiperfosfatemi, hiperlipideminin tedavi edilmesi, proteinürinin azaltılması ile sağlanabilmektedir. (Tanrıverdi ve diğ. 2010, Varol ve Karaca Sivrikaya 2018).

Böbrek fonksiyon kaybının ilerlemesi sonucu GFH 15 ml/dk olduğunda SDBH bahsedilir, hastalarda üremik semptomlar oluştuğunda, yaşamlarını en iyi biçimde idame ettirebilmeleri için RRT'ne ihtiyaç duyarlar. Uygulanan RRT'leri hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek naklidir. (Esen ve diğ. 2015).USRDS 2017 verilerine göre 2015 yılında Amerika'da tedavi seçenekleri olarak %63,2 hemodiyaliz (HD), %7,0 periton diyalizi (PD), %29,6'sında da böbrek nakli uygulanmıştır. SDBH'nın en ideal ve güvenilir tedavi seçeneği böbrek naklidir.

### 2.7.1. Hemodiyaliz Tedavisi

Ülkemizde ve dünyada en çok kullanılan tedavi şekli hemodiyaliz tedavisidir. Hemodiyaliz; bir makine yardımıyla, hastanın, üre ve kreatinin gibi vücudun atık maddelerinden zengin olan kanının, sıvı ve solüt içeriğinin yarı geçirgen bir membran (dializör) yardımıyla yeniden dengelenmesi, hastaya geri verilmesi işlemidir. Dializörün bir tarafından kan akarken, öteki tarafta glukoz içeren ve ozmotik olarak dengeli elektrolitleri olan dializ sıvısı akar. Hemodiyaliz tedavisinin yeterli olabilmesi için, yeterli kan akımı sağlanmalıdır. (Yavuz ve diğ. 2012). Suda eriyen, plazma proteinlerinden bağımsız olan düşük molekül ağırlıklı maddeler hemodiyaliz yöntemi ile vücuttan uzaklaştırılır. Dializde üremik toksinlerden zengin olan kanın, dializ membranından geçmesi ve kandan temizlenmesi fiziksel olarak üç farklı madde iletim mekanizması ile gerçekleşmektedir. Bunlar; difüzyon, konveksiyon ve adsorbsiyondur. Difüzyonda, suda eriyik halde bulunan solütler sürekli titreşim halinde bulduklarından yarı geçirgen bir zarla karşılaştıklarında diğer bölme doğru geçerler ve bu hareket her iki tarafta konsantrasyon eşitliği sağlanana kadar devam eder. Yüzey alanı ve dializat sıcaklığı difüzyonu etkileyen faktörlerdendir. Difüzyon hızını ve yönünü etkileyen diğer faktörler ise; konsantrasyon gradienti, molekül ağırlığı ve membran direncidir. Ultrafiltrasyonda, su molekülleri hidrostatik basınç ve ozmotik basınç ile kandan uzaklaştırılır. Adsorbsiyon da ise kandaki bazı maddeler genel olarak protein membran yüzeyine yapışarak membran direncini artırır, bazı durumlarda madde geçirgenliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. (Ricci ve diğ. 2016, Ersoy 2010, Akpolat ve Utaş 2001).

Hemodiyaliz tedavisinde yeterli kanın hastadan alınabilmesi için geçici ve kalıcı olan damar girişim yolları kullanılmaktadır. Geçici damar girişim yolu için çift lümenli katater, femoral, subklavyen ya da internal juguler vene yerleştirilir. Kalıcı damar girişim yolları ise arteriyovenöz greft, arteriyovenöz fistüldür. (Akpolat ve Utaş 2001). Hastalar haftada genel olarak üç gün 4-6 saat hemodiyaliz tedavisi görmektedirler. Bu durum hastaların yaşamlarında kısıtlamalara neden olmakta, dializ makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı olma durumu söz konusu olmaktadır. (Özçürümez ve diğ. 2003).

### 2.7.2. Periton Diyaliz Tedavisi

Periton diyalizi, erişkinde yaklaşık 2.2m<sup>2</sup> yüzey alanına sahip olan periton zarının kullanılmasından dolayı bu isimle adlandırılmıştır. Periton diyalizinde, diyalizat sıvısı, periton boşluğu ve zarı kullanılmaktadır. Periton zarı kandaki atık maddeleri filtre eden yarı geçirgen bir zar görevini görür. Kalıcı periton diyaliz katateri aracılığı ile diyalizat sıvısı periton boşluğuna verilir. Üremik toksinleri içermeyen bu solüsyon ile üremik toksinlerin biriktiği kan arasında difüzyon kuralları esasına dayalı madde geçişi olur ve bu durum konsantrasyon oranları eşitleninceye kadar devam eder. (Akpolat ve Utaş 2001).

Hemodiyalize göre periton diyalizi daha iyi kan basıncı kontrolü sağlar, diyet ve sıvı kısıtlaması gerektirmez, heparin uygulamasına gerek olmaz, hasta tedaviyi kendisi yapar bu nedenle hasta kendini daha iyi hisseder. Ancak katatere bağlı enfeksiyon, peritonit gelişme riski vardır. Günlük olarak uygulanır, bir değişim işlemi; drenaj, dolum ve bekletme aşamalarından oluşmaktadır. Bekletme süresi 4-6 saat arasında değişmektedir. Periton diyalizi, sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ve aletli periton diyalizi (APD) olarak iki şekilde gerçekleştirilmektedir. (Akpolat ve Utaş 2001).

SADP en çok uygulanan periton diyaliz modelidir, APD uygulaması da hızla yaygınlaşmaktadır. APD tercih nedenleri arasında; yüksek periton zarı geçirgenliği olan hastalar, karın içi basınç artışının neden olduğu komplikasyonlar (herni, diyalizat kaçağı) bulunmaktadır. Ayrıca sadece geceleri uygulandığı için bağlantı sayısı azlığından dolayı düşük peritonit riski nedeniyle ve çalışan, çocuk ve yaşlılarda APD tercih edilen hastalardır. (Şen 2009).

### 2.7.3. Böbrek Nakli

Böbrek nakli SDBH olan hastalarda, immunosupresif tedavi, cerrahi yöntemde sağlanan gelişmeler ve enfeksiyon kontrolünün sağlanmasıyla birlikte en çok tercih edilen, başarılı sonuçları olan ve hastaların yaşam kalitesini arttıran RRT yöntemidir. (Gül ve diğ. 2010, Virzi ve diğ. 2007, Özçürümez ve diğ. 2003).

Böbrek nakli canlı vericiden veya kadavra vericiden yapılmaktadır. Nakil öncesi alıcı ve donör arasında bazı uyumluluğa dair bilgi veren testlerin yapılması gerekmektedir. Bu testler; ABO kan grubu, HLA sistemi, çapraz eşleştirme (Crossmatch) testi ve panel reaktif antikor (%PRA) testidir. ABO kan grubu uyumunda uyum kuralları kan transfüzyonunda olduğu gibidir. Rh faktörünün önemi yoktur. HLA sistemi doku grubu olarak bilinmektedir. Doku uyumluluk antijenleri, 6. Kromozomun kısa kolu üzerine yerleşmiştir, sınıf I (A,B,C) ve sınıf II (D, DR, DP, DQ) olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Transplantasyonda önemli olan A,B ve DR antijenleridir. İnsana HLA antijenleri anne ve babadan geçmektedir. Bu sebeple anne veya babadan yapılacak olan doku grubunun uyumlu olma olasılığı % 50'dir. Crossmatch testinde alıcının serumunda donör antijenlerine karşı oluşan antikor olup olmadığına bakılır. Crossmatch testi sonucu negatif olmalıdır. Panel reaktif antikor testi ise kadavradan nakil bekleyen hastalarda uygulanmaktadır. Hastanın kanındaki HLA antijenlerine karşılık antikor miktarını, hastanın duyarlılığını ölçmektedir. Testte 60 tane HLA antijeni hastanın serumu ile karşılaştırılmaktadır, hastanın serumu antijenlerin yarısı ile reaksiyon verirse panel reaktif oranı %50'dir. Yüzde oranı arttıkça nakil yapılan böbreğin reddedilme riski artar. Doku uygunluğu arttıkça nakil yapılan böbreğin alıcıda normal fonksiyon görmesi olasılığı artar. (Kırıkçı 2009).

Transplantasyon sonrasında cerrahi ve tıbbi komplikasyonlar görülebilmektedir. Yara enfeksiyonu, greft rüptürü, lenfositel, idrar kaçağı, böbrek arter darlığı gibi komplikasyonlar cerrahi komplikasyonlardandır. Tıbbi komplikasyonlar allogreftte meydana gelen histopatolojik değişikliklerdir. Allogreftte meydana gelen komplikasyonlar; rejeksiyonlar, akut tübüler nekroz, üriner sistem enfeksiyonları, siklosporin A nefrotoksitesisi ve de novo böbrek hastalığıdır. (Kırıkçı 2009).

Ülkemizde böbrek nakli ilk olarak 1975 yılında canlı vericiden, anneden sağlanan dokuyla Hacettepe Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir. İlk kadavradan böbrek nakli gerekli yasal düzenlemelerin olmamasından dolayı Eurotransplant kuruluşu tarafından Almanya'dan gönderilen böbrekle yapılabilmektedir. 1979'da organ sağlanması, saklanması ve nakledilmesi ile ilgili yasa çıkarılmıştır daha sonra ilk

olarak ulusal kadavradan böbrek nakli gerçekleştirilmiştir. (Özçürümez ve diğ. 2003).

Uluslararası karşılaştırmalarda, 2015 yılında ülkeler arası böbrek nakli oranları, 1000 diyaliz hastası başına en yüksek rakamlara sahip olan ülkeler; Norveç (183), Hollanda (151), Letonya (138) ve İskoçya (119) olarak kayıt edilmiştir. Türkiye’de ise 1000 diyaliz hastası başına 53 böbrek nakli yapılmıştır. (USRDS 2017).

Böbrek nakli için kadavradan organ bağışının yetersiz olması, organ bağışı bekleme listelerinde sayının fazla olması tıp dünyasını canlı donör gibi alternatiflere yöneltmiştir. Böbrek nakli hem alıcının hem de vericinin uyum sağlaması gerektiği yeni bir yaşamın başlangıcıdır. (Virzi ve diğ. 2007).

## **2.8. Depresyon**

Depresyon (Çökkünlük), derin üzüntü, üzüntü ve bunaltılı duygu durum ile birlikte, konuşma, düşünme, hareket ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama ve durgunlaşma aynı zamanda kendini değersiz hissetme, küçük görme, umutsuzluk, isteksizlik duygu ve düşüncelerle belirti gösteren bir sendromdur. Depresyon birçok ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıkta görülebilmektedir. Bu sebeple genellikle birincil ve ikincil çökkünlük olmak üzere iki grupta incelenir. Birincil çökkünlük ruhsal bir hastalığa veya bedensel bir hastalığa bağlı olmadan ortaya çıkan, ikincil çökkünlük, ruhsal ya da bedensel bir hastalığa bağlı olarak ikincil olarak ortaya çıkan çökkünlük durumudur. (Öztürk ve Uluşahin 2016).

Depresyon kişide duygusal, düşünsel, davranışsal ve bedensel değişikliklere sebep olmaktadır. Depresyon, gelip geçici olan kötü duygusal durum ya da üzüntüden çok, kişinin ileri derecede çökkün olduğu, uzun bir zamanı anlatır. Kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla depresyon görülmektedir. (Köroğlu 2015).

Depresyonda tanı genel olarak Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (APA), sınıflandırma kitapçığı Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), kriterlerine göre konulmaktadır. APA tarafından 1980 yılında DSM III yayınlanmıştır ve depresyonda tüm belirtilerin anlaşılması, açıklanması, genel tıbbi



durum ve psikososyal özelliklerle beraber değerlendirilmesi için beş eksenli tanı sistemi tanımlamıştır. Tanı ve muayenede güvenilirlik esas alınıp etiyolojik faktörler temel olarak alınmamıştır. Daha sonra tanı güvenilirliğini düşüren etmenlerin doğmasıyla birlikte DSM IV ve son olarak DSM V tanı kriterleri kullanılmaktadır. (Atbaşoğlu ve Gülöksüz 2013).

Depresyon sınıflandırması, majör depresyon, distimi, uyum bozuklukları, iki uçlu bozukluklar şeklinde olup her birinin alt türleri bulunmaktadır. Sınıflandırma, özel bazı belirtilerin öne çıkması, belirti sayısı, belirtilerin uzunluğu, kişinin günlük etkinlik ve işlevselliğini ne derece etkilediğine göre tanı konulmaktadır. En sık görülen depresyon türü majör depresyondur. Majör depresyonda kişiler, umutsuzluk veya çaresizlik, değersizlik veya suçluluk duyguları, yorgunluk ya da içsel gücün azalması, çökkünlük ve keder duyguları, uyku bozukluğu, yavaşlamış veya huzursuz hareketler, belirgin kilo kaybı veya kilo alma, cinsel istek kaybı, düşünme bozukluğu, tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri durumlarından en az dördünü düzenli olarak yaşamaktadırlar. (Köroğlu 2015).

Beck depresyon envanteri, Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği, Montgomery-Asberg depresyon değerlendirme ölçeği, Hastane anksiyete ve depresyon ölçekleri depresyonu ölçme ve değerlendirme araçlarındandır. (Öztürk ve Uluşahin 2016).

Bedensel hastalığı olanlarda içe kapanma, umutsuzluk, suçluluk duyguları, disfori, distraktibilite ve genelde ölmüş olmayı isteme ya da intihar düşünceleri depresyon göstergelerindedir. Yaşamı tehdit eden bedensel hastalığı olanlarda depresif duygular morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. (Sertöz ve Mete 2004).

## **2.9. Umutsuzluk**

Umut, kelime anlamı olarak Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından ‘‘ ummaktan doğan güven duygusu’’ olarak tanımlanır ve insanın geleceğe dair olumlu beklentilere sahip olma duygusunu belirtir. (TDK 2019, Arslantaş ve diğ. 2010). Umut insanın başkalarına karşı hissettiği güven duygusunun gelişmesini sağlar. Gelecekte karşılaşılabilecek olumsuzluklara karşı bir çıkış yolu olduğunu, insanın

varlığında yardımla birlikte değişiklikler olabileceği inancı en önemli özelliğidir. Umud, gelecekte, uzun ya da kısa dönemde ulaşılabilecek hedefleri belirler, sürenin uzaması ile birlikte umutsuzluk ortaya çıkar. Umud ve umutsuzluk zıt beklentileri simgelemektedir. (Dilbaz ve Seber 1993).

Umutsuzluk gelecekte beklenen olumsuz duygulardır, bireyin ruh sağlığını kötü etkilemektedir ayrıca depresyon ve intihar tabloları ile ilişkilendirilmiştir. Umutsuzluk duygusunun belirlenmesinde kişinin kendisine saygısı ve yeteneğine olan inancı anahtar etkidir. (Arslantaş ve diğ. 2010, Dilbaz ve Seber 1993).

Umud düzeyini etkileyen bir diğere etken ise bireyin kendi iç kaynaklarını tehlike altında ya da tükenmiş olarak hissetmesidir. Kronik hastalıklar bireyin tükenmiş ve kendini yetersiz hissetmesine neden olur. Bu durum yaşamla ilgili olarak beklentilerinin azalmasına ya da beklentilerinin olmamasına sebep olarak umutsuzluğa yol açmaktadır. (Doğan ve Kelleci 2004).

Umutsuzluk bireyin yaşadığı olumsuz algılamaların geleceğe yansımından doğmaktadır. Umutsuzluğa meyilli bir kişi geleceğe yönelik bilişsel sete sahiptir ve geleceğin iyi bir olasılık getirmeyeceğini sürekli olarak kendine tekrarlar. (Ak ve diğ. 2006). Umutsuzluğu depresyonun temel belirtilerinden bir tanesi olarak tanımlayan Beck ve diğ. 1974 yılında umutsuzluğun ölçümü konusunda çalışmışlar ve Beck Umutsuzluk Ölçeği'ni geliştirmişlerdir. (Seber ve diğ. 1993).

## **2.10. Kronik Böbrek Hastalığında Depresyon ve Umutsuzluk**

Sağlıklı bir bireyin karşılaştığı hastalık durumu, sağlığın kaybı ile birlikte, güç kaybı, korku ve başkalarına bağımlı olma durumu gibi birçok sorunla birlikte ruhsal durumun etkilenmesine neden olmaktadır. Hastalığın basit ya da yaşamı tehdit eden bir hastalık olması bu durumu değiştirmemektedir. Etkilenen ruhsal durum, bireyin baş etme gücü, kişilik yapısı, tıbbi tanısı, daha önceki deneyimleri, hasta durumuna karşı tutumu ve hastalığın kişi için anlamına göre bazı tepkiler oluşturmaktadır. Bu tepkiler ileride hangi durumlarla karşılaşacağı endişesine, bağımsızlığın kaybı ile birlikte yardımsızlık ve umutsuzluk duygularından kaynaklanabilir. (Doğan ve Kelleci 2004).

Psikoanalitik kurama göre depresyonun açıklanması geleceğe yönelik karamsarlık duygusuyla birlikte özsaygının kaybı temellendirilerek yapılmıştır. Geliştirilen kuramlardan bir kısmı da depresyonda olumsuz düşünceler, beklentiler ve yanlış öğrenmenin etkin olduğunu belirtip umutsuzluk ile ilişkilendirilmiştir. (Dilbaz ve Seber 1993).

KBH tanısı, hastalığın erken dönemlerinde çok rahatsız edici belirtilerin olmamasından dolayı geç konulmaktadır. Hastalar doktora geç başvurmakta ve bu sebeple tanı ileri evrelerde konulabilmektedir. Tanı konulduğunda hasta tarafından hastalığın kabullenilmesi zor bir durumdur. Hastalık, hastalığın tedavisi ve ayrıca uzun dönemde sonuçları hakkında hastalar bilgi gereksinimi hissederler. Duran ve Güngör (2015), yaptıkları çalışmada diyaliz hastalarının % 42'sinde hastalıklarının ilk öğrendiklerinde korku duygusunu yaşadıklarını, hastaların %58'inde ekonomik gelirlerinin azaldığını saptamışlardır. KBH'da hastalar özgür ve sağlıklı bir yaşamdan kısıtlayıcı bir yaşam tarzına geçiş yaparlar. Diyet ve sıvı alımının kısıtlanması, iş gücü kaybı ve tedavi maliyetlerinden doğan ekonomik zorluklar, tıbbi bağımlılık, fiziksel güç ve dayanıklılığın yitirilmesi, cinsel güç kaybı, ailede rol değişiklikleri ve ölüm korkusu hastaları psikolojik açıdan olumsuz etkilemekte umutsuzluk, inkar, üzüntü ve çaresizlik baş göstermektedir. Hastalarda belirsizlik, korku, anksiyete ve depresyon ortak bir sorunu oluşturmaktadır. (Karadeniz 2008, Özçürümez ve diğ. 2003, Suet-Ching 2001).

KBH yaşamı tehdit eden, çeşitli komplikasyonlara neden olan, her yaş grubunu etkileyebilen bir hastalıktır. Bireylerde organik, mental ve psikososyal problemlere neden olmaktadır. Psikiyatrik bozukluklara sebep olan en önemli neden kronik hastalığın kendisidir. (Şentürk ve diğ. 2000). SDBH'de finansal bağımlılığın stresleri, aile ve sosyal yaşam sorumluluklarıyla başa çıkmadaki zorluklar sonuç olarak kısır bir döngü hali dalgasını almakta ve gerçekleşmeyen umutlar döngüsüne yol açmaktadır. Ayrıca SDBH'da en çok görülen psikolojik bozukluk depresyondur. (Kimmel ve diğ. 2007, Suet-Ching 2001).

KBH'da tedavi seçenekleri diyaliz ya da transplantasyondur. Diyaliz tedavisinde haftada üç gün ortalama 4-6 saat hastalar diyaliz makinesine bağımlı olmakta, diyalizin çeşitli komplikasyonları ile yüzleşebilmekte ve fiziksel

yakınmalara sahip olmaktadır. Transplantasyonda ise hastalar kadavradan nakil için listeye yazılmak zorundadırlar, uygun bir organ bekleme süreci hastalar için oldukça zordur ve sürecin uzaması hastalarda umutsuzluğa sebep olmaktadır. Hasta transplantasyon için yakınlarından özellikle ailesinden böbrek talebinde bulunmak zorunda kalmakta, ailenin de böbrek verme konusunda yaşadığı endişe ve çekinceler her iki taraf içinde baskı nedeni olmaktadır. (Özçürümez ve diğ. 2003).

Sağlığın yitirilmesi ile birlikte prediyaliz hastalar karşı karşıya kaldıkları tüm bu olumsuzluklar nedeniyle geleceğe yönelik planlarında olumsuz düşüncelere sahip olmakta, umutsuzluk duygusunu yaşayabilmektedir. Umudun kaybı bireyi depresyona sürükleyen en büyük etkidir. (Doğan ve Kelleci, 2004). Çoğu zaman hastalar tanı konulduğunda RRT'lerine ihtiyaç duyarlar. Organ bağısındaki yetersizlik, KBH prevalansının hızla artması sonucu nakil için bekleyen hasta sayısını arttırmakta, nakil sürecini uzatmaktadır. Psikiyatrik sorunlar daha çok hemodiyaliz hasta grubunda çalışılmış olup prediyaliz hasta grubunda yapılan çalışma yok denecek kadar azdır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Bu çalışma, prediyaliz hastalarının depresyon, umutsuzluk durumlarını ve böbrek nakline bakış açılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırma Soruları**

- 1.Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri nasıldır?
- 2.Prediyaliz hastalarında sosyo-demografik özellikleri ile depresyon durumları ve umutsuzluk durumları arasında fark var mıdır?
- 3.Prediyaliz hastalarında hastalığa ilişkin değişkenler ile depresyon durumları ve umutsuzluk durumları arasında fark var mıdır?
- 4.Prediyaliz hastalarında depresyon durumları ve umutsuzluk durumları arasında ilişki var mıdır?
- 5.Prediyaliz hastalarının böbrek nakline bakış açıları nasıldır?

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Nisan-Eylül 2018 tarihleri arasında Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nefroloji Bilim Dalı Polikliniğinde yapılmıştır.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı Polikliniğinde

araştırmanın yapıldığı tarihler arasında kronik böbrek yetmezliği tanısıyla takip edilen 18 yaş ve üzeri 721 kayıtlı hasta oluşturdu.

### 3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme oranı; %15,7 prevalans, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile evreni bilinen örneklem hesabına göre 155 olarak hesaplandı, araştırmaya 208 hasta dahil edildi.

Evreni bilinen örneklem hesabı, formül 3.5.1. (Karatay 2019);

$N$ = Evrendeki birey sayısı (721)

$n$ = Örneklem alınacak birey sayısı (155)

$p$ = İncelenecek durumun görülme sıklığı (%15,7=0,157)

$q$ =(1- $p$ ) İncelenecek olayın görülme sıklığı (%84,3=0,843)

$t$ = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde  $t$  tablosunda bulunan teorik değer (%95 güven aralığında 1,96)

$d$ = Olayın görülme sıklığına göre örneklem hatası (%5=0,05)

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q} \quad 3.5.1.$$

#### 3.5.1. Örneklem Ölçütleri

##### Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri;

18 yaş ve üzeri olmak,

Türkçe konuşabiliyor olmak,

Görme, işitme vb. iletişim problemi olmamak,

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,

Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış ve hemodiyaliz ve periton diyalizi almıyor olmak.

### **3.6. Etik Uygulamalar**

Araştırmanın yapılabilmesi için Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nden kurum izni (Ek-6) ve Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan araştırma için gerekli etik kurul onayı alınmıştır (Ek-5). Çalışma boyunca Helsinki Deklerasyonu ilkelerine riayet edilmiştir, çalışmaya katılmaya kabul eden hastalara çalışmanın amacı açıklanarak gerekli bilgi verilmiştir ve bireylerden yazılı onam alınmıştır.

### **3.7. Araştırmanın Yöntemi**

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nefroloji Bilim Dalı polikliniğine belirtilen tarihler arasında tetkik ve tedavi amacıyla gelen, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar ile görüşülmüştür. Hastaların “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu”nu (Ek-4) imzalamasıyla birlikte veri toplama kısmına geçilmiştir.

Veri toplama formları, hastaların poliklinik muayenelerinden sonra ayrı bir poliklinik odasında hastaların kendisi ile yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Formların uygulanması yaklaşık olarak 20-25 dakika sürmüştür. Hastaların normal poliklinik rutinde istenen laboratuvar bulguları ise araştırmacı tarafından bilgisayar sistemi üzerinden bakılarak doldurulmuştur. Formlar doldurulduktan sonra hastaların nabız ölçümleri yapılmış, kan basınçları kalibrasyonu yetkili firma tarafından yapılmış olan tansiyon aleti ile ölçülmüştür. Daha sonra hastaların kilogram cinsinden beden ağırlıkları, santimetre cinsinden ise boy ölçümleri yapılmıştır. Beden kitle indeksleri  $\text{kg/m}^2$  olarak hesaplanmıştır. Beden kitle indeksleri  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$  olan

hastalar zayıf, 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup> olan hastalar normal, 25-29,9 kg/m<sup>2</sup> olan hastalar kilolu, 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzerindeki hastalar fazla kilolu/obez olarak kategorize edilmiştir. Hastaların böbrek yetmezliği evreleri araştırmacı tarafından kısa MDRD formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

### **3.8. Veri Toplama Araçları**

#### **3.8.1. Hasta Bilgi Formu**

Araştırmada veri toplama amacıyla kullanılan “Hasta Bilgi Formu” (Ek-1), araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur. Form 15 sorudan oluşan kişisel özellikler, 18 sorudan oluşan hastalıkla ilgili özellikler, olarak toplam 33 sorudan oluşmaktadır. Ayrıca böbrek nakli ile ilgili sorular araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur. Sorular 18 adet olup, sorulara cevap evet-hayır şeklinde verilmektedir. Hastaların böbrek nakli ile ilgili bilgisini ve düşüncelerini sorgulamaktadır.

#### **3.8.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ)**

Beck ve diğ. 1974 yılında, “Karamsarlığın Ölçümü” adlı çalışmalarında, umutsuzluk durumunu ölçen Beck Umutsuzluk Ölçeği’ni geliştirmişlerdir ve ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısını 0,93 bulmuşlardır. Ölçek bireylerin geleceğe dair olumsuz beklentilerini değerlendirmekte olup, umutsuzluğa dair nicel ölçümü ortaya koyan 20 sorudan oluşan uygulaması kolay ve güvenilir bir ölçektir. Türkçe’ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Seber (1991) tarafından yapılmış olup, iç tutarlılığa dair analizi gösteren Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,86 olarak hesaplanmıştır. Seber’in (1991) çalışmasında örneklem küçüklüğü, kronik ve bedensel hastalığa sahip olan hastalar ve diğer psikiyatrik hastaların örnekleme dahil edilmemesinden dolayı, Durak ve Palabıyıkoglu (1994) ölçeğin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenirliğine dair daha ayrıntılı bilgi sunmuştur. Yapılan faktör analizinde ölçeğin 1-3-7-11-18 soruları “Gelecek ile ilgili duygular ve



beklentiler” faktörünü, 2-4-9-12-14-16-17-20 soruları “Motivasyon kaybı” faktörünü, 5-6-8-10-13-15-19. soruları “Umut” faktörünü oluşturmaktadır. Gelecekle ilgili duygular ve beklentiler faktörünün Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını 0,78, motivasyon kaybı faktörünün güvenilirlik katsayısını 0,72, umut faktörünün güvenilirlik katsayısını da 0,72 olarak bulmuştur. Ölçek evet – hayır olarak cevaplanmakta ve 1-3-5-6-8-10-13-15. ve 19. sorularda “hayır”, 2-4-7-9-11-12-14-16-17-18. ve 20. sorularda ise “evet “ cevabı için birer puan verilir. Ölçekten alınan toplam puan 0-20 arasında değişmektedir ve “umutsuzluk puanı” olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin puan durumu yüksek olduğunda umutsuzluğu, düşük olduğunda umudu göstermektedir. (Seber ve diğ.1993, Durak ve Palabıyıkoglu 1994, Angı 2018). Çalışmamızda Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,869 olarak bulunmuştur. (Tablo 3.1).

### 3.8.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BDÖ, kendini değerlendirme türü bir ölçektir ve Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekteki her madde depresyon duygusuna ait olan bilişsel, duygusal ve motivasyon ile ilgili davranışları belirlemektedir. Maddeler sıfırdan üçe kadar kademeli olarak giden dört derecelik likert tipindedir. Ölçek depresyonun çeşitli tanılarını ya da diğer psikiyatrik tanılar arasından ayırım yapmak için değil, depresyon derecesini nicel olarak değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. BDÖ depresyon belirtilerini bulmak için geçerli bir ölçektir. Tegin 1980 yılında ilk olarak ölçeği değerlendirmiştir. Hisli (1989) ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışma ile değerlendirmiş ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısını 0,80 olarak bulmuştur. Ölçekten alınan puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Depresyon durumu için puan dağılımları, 0-10 puan arası depresyon yok, 11 puan ve üzerinde alınan puanlar ise depresyon olduğunu belirlemektedir. (Hisli 1988, Hisli 1989, Kızılcık 2009). Çalışmamızda Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,879 olarak bulunmuştur. (Tablo 3.1).

Tablo 3.1 Beck depresyon ölçeği, Beck umutsuzluk ölçeği ve alt boyutlarının Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı puanları

Ölçek ve alt ölçekler	Soru Sayısı	Cronbach's Alpha
BECK Depresyon Ölçeği	21	0,879
BECK Umutsuzluk Ölçeği	20	0,869
Gelecekle İlgili Duygu ve Beklenti	5	0,345
Motivasyon Kaybı	8	0,575
Umut Faktörü	7	0,738

### 3.8.4. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System), 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) ve 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, medyan, sıklık, oran) yanı sıra normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway ANOVA test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HDS test; iki grup karşılaştırmalarında Student-t test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test, post hoc değerlendirmelerinde Dunn's test ve iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher's Exact test ve Fisher-Freeman Halton test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde normal dağılım gösterenlerde Pearson Korelasyon ve normal dağılım göstermeyenlerde Spearman's Korelasyon testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalaması  $64,29 \pm 12,03$  (20-87) olup, %52,9'u erkektir. Çoğunluğu ilköğretim mezunu (%69,7), %88,9'u çalışmamakta, tamamına yakınının (%96,6) sosyal güvencesi mevcut ve %59,6'sının geliri giderine eşittir. Hastaların çoğunluğu (%61,5) çekirdek aile yapısında ve evlidir (%79,3). %47,1'i ilçede yaşantısını sürdürmekte, %55,8 sigara ve çoğunluğu da alkol (%74) kullanmamaktadır. Beden kitle indekslerine bakıldığında ise, %40,4'ünün kilolu, %37'sinin ise fazla kilolu/obez olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

### 4.2. Prediyaliz Hastalarının Hastalıkla İlgili Özellikleri

Prediyaliz hastalarının, çoğunluğunun (%39,9) 2-5 yıldır KBH hastası olduğu, böbrek yetmezliği evresinin ise en çok evre 3'te (%36,5) olduğu saptanmıştır. Hastaların %37,5'inin polikliniğe yorgunluk/halsizlik şikayeti ile başvurduğu, %96,2'sinde başka bir kronik hastalık olduğu ve en fazla görülen hastalığın ise HT (%47,5) olduğu ve %81,7'sinde ailede KBH olmadığı saptanmıştır. Hastaların %35,1'i KBH nedeninin hipertansiyon olduğunu düşünmektedir ve %45,7'si HT ilaçları kullandığını ve tamamına yakını ilaçlarını düzenli olarak kullandığını belirtmiştir. Hastaların, yapacakları diyet hakkında büyük çoğunluğunun (%95,2) bilgisi olduğu, bu bilgiyi %98,5'inin sağlık profesyonellerinden aldığı saptanmıştır. Hastaların tamamına yakını KBH'nin ilerleyici bir hastalık olduğunu ve ilerlemesinin durdurulabilir olduğunu belirtmiştir. SDBY tedavi seçeneklerinden en çok bilinenin hemodiyaliz tedavisi (%82,2) olduğu saptanmıştır. Hastaların %54,8'i hastalıklarından dolayı endişe duymadığını belirtmiştir. Yapılan kan basıncı ölçümünde hastaların sistolik kan basıncı ortalaması  $135,96 \pm 17,64$  mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması  $80,58 \pm 11,86$  mmHg olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.1 Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri (N=208)

<b>Özellikler</b>			
<b>Yaş</b>	<b>Ort±SS min-maks.</b>	<b>64,29±12,03 20-87</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	≤65 Yaş	104	50,0
	>65 Yaş	104	50,0
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	98	47,1
	Erkek	110	52,9
<b>Eğitim</b>	Okuryazar değil	43	20,7
	İlköğretim	145	69,7
	Lise	10	4,8
	Üniversite ve üzeri	10	4,8
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	23	11,1
	Çalışmıyor	185	88,9
<b>Sosyal güvence</b>	Var	201	96,6
	Yok	7	3,4
<b>Aylık gelir düzeyi</b>	Gelir-gidere eşit	124	59,6
	Gelir-giderden fazla	47	22,6
	Gelir-giderden az	37	17,8
<b>Medeni durum</b>	Evli	165	79,3
	Bekar	43	20,7
<b>Çocuk sayısı</b>	Çocuk yok	8	3,8
	1-2	105	50,5
	≥3	95	45,7
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek aile	128	61,5
	Geniş aile	78	37,5
	Parçalanmış aile	2	1,0
<b>Yaşantının geçtiği yer</b>	İl	87	41,8
	İlçe	98	47,1
	Köy	23	11,1
<b>Sigara kullanma durumu</b>	Evet	17	8,2
	Hayır	116	55,8
	Bıraktım	75	36,1
<b>Alkol kullanma durumu</b>	Evet	7	3,4
	Hayır	154	74,0
	Bıraktım	47	22,6
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	Zayıf	0	0,0
	Normal	47	22,6
	Kilolu	84	40,4
	Fazla kilolu/obez	77	37,0

Tablo 4.2 Prediyaliz hastalarının hastalıkla ilgili değişkenleri (N=208)

Hastalıkla ilgili değişkenler	n	%	
<b>Hastalık süresi</b>	0-12 ay	49	23,6
	2-5 yıl	83	39,9
	6-10 yıl	33	15,9
	≥10 yıl	43	20,7
<b>Böbrek yetmezliği evresi</b>	Evre 1	1	0,5
	Evre 2	74	35,6
	Evre 3	76	36,5
	Evre 4	45	21,6
	Evre 5	12	5,8
<b>Polikliniğe başvuru nedeni</b>	Yorgunluk/Halsizlik	78	37,5
	Ağrı	62	29,8
	Bulantı-kusma	36	17,3
	Gece idrara çıkma	6	2,9
	İdrar miktarında azalma	5	2,4
	İştah azalması	0	0,0
	Kilo kaybı	0	0,0
	Nefes darlığı	6	2,9
	Diğer nedenler	15	7,2
<b>KBH nedeni hakkında düşüncesi</b>	Hipertansiyon	73	35,1
	Diyabet	16	7,7
	Hipertansiyon ve diyabet	40	19,2
	Diyet	1	0,5
	Fazla ilaç tüketimi	54	26,0
	Sigara tüketimi	2	1,0
	Diğer (susuzluk, böbrekteki sorunlar...)	22	10,6
	<b>Başka kronik hastalık durumu</b>	Evet	200
Hayır		8	3,8
<b>Kronik hastalıklar (n=200)</b>	Hipertansiyon	95	47,5
	Diyabet	12	6,0
	Kalp hastalığı	3	1,5
	Hipertansiyon ve diyabet	86	43,0
	Hipertansiyon ve kalp hastalığı	3	1,5
	Diyabet ve kalp hastalığı	1	0,5
<b>Ailede KBH olma durumu</b>	Evet	38	18,3
	Hayır	170	81,7
<b>KBH olan yakını (n=38)</b>	Anne-baba	20	52,6
	Kardeş	8	21,1
	Teyze-dayı-hala...vb	10	26,3
<b>Sürekli kullanılan ilaçlar</b>	Diyabet ilaçları	11	5,3
	Tansiyon ilaçları	95	45,7
	Hipertansiyon ve diyabet ilaçları	83	39,9
	Kolesterol ilaçları	0	0,0
	Kalp ilaçları	3	1,4
	Hipertansiyon ve kalp ilaçları	6	2,9
	Diyabet ve kalp ilaçları	2	1,0
	Diğer ilaçlar	8	3,8
<b>İlacı düzenli kullanma durumu</b>	Evet	207	99,5
	Hayır	1	0,5
	Bazen	0	0,0

Tablo 4.2 (Devam) Prediyaliz hastalarının hastalıkla ilgili değişkenleri (N=208)

Hastalıkla ilgili değişkenler	n	%	
<b>Diyet bilgisi</b>	Var	198	95,2
	Yok	10	4,8
<b>Diyet bilgi kaynağı (n=198)</b>	Sağlık profesyoneli	195	98,5
	Arkadaş-komşu vb	2	1,0
	TV, internet...	1	0,5
<b>Diyet içeriği</b>	Günlük tuz kullanımının azaltılması	24	11,5
	Günlük sıvı alımının artırılması	1	0,5
	Hepsi	180	86,5
	Diğer	3	1,4
<b>KBH ilerleyici bir hastalık mı?</b>	Evet	192	92,3
	Hayır	16	7,7
<b>KBH ilerlemesi durdurulabilir mi?</b>	Evet	193	92,8
	Hayır	15	7,2
<b>SDBY tedavi seçenekleri bilgisi</b>	Hemodiyaliz	171	82,2
	Periton diyalizi	1	0,5
	Böbrek nakli	1	0,5
	Hemodiyaliz ve periton diyalizi	14	6,7
	Bilgisi yok	21	10,1
<b>Hastalıktan dolayı endişe yaşama durumu</b>	Evet	94	45,2
	Hayır	114	54,8
<b>SKB (mmHg)</b>	Ort±SS	135,96±17,64	
	Min-Maks	90-190	
<b>DKB (mmHg)</b>	Ort±SS	80,58±11,86	
	Min-Maks	50-120	

### 4.3. Prediyaliz Hastalarının Böbrek Nakline Bakış Açıları

Çalışmamızda hastaların %80,8'inin böbrek nakli hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı, %77,4'ünün bu konu hakkında detaylı bilgi sahibi olmak istediği saptanmıştır. Hastaların %71,6'sı hastalıkları ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşünmekte ve %54,8'i böbrek naklini tek çözüm yolu olarak görmekte, %70,7'si hem canlı vericiden hem de kadavra vericiden böbrek nakli olmak istemektedir. Hastaların %66,8'inin birinci derece yakınlarından böbrek nakli olmak istediği, %62'sinin böbrek naklini kesin tedavi yöntemi olarak gördüğü ve %81,7'sinin böbrek naklinden sonra sağlıklı günlerdeki yaşamına geri dönebileceğini düşündüğü saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu (%87,5) nakilden sonra dikkat etmesi gereken durumlar olacağını, %87'si nakil sonrası komplikasyon yaşanabileceğini belirtmiştir. Hastaların %76,0'sının organ nakil listesine yazılmak istediği, %78,4'ünün KBH olmasaydı gerektiğinde ailelerine böbrek vericisi olmak istedikleri

saptanmıştır. Hastaların bir çoğu (%73,6) KBH olmasaydı öldükten sonra organlarını bağışlamak istediklerini, %67,3'ü ailelerinden birini kaybettiklerinde de onların organlarını bağışlayabileceği cevabını vermiştir. Hastaların çoğu (%62,0) insanların organ bağış konusunda bilgi sahibi olduğunu ancak toplumun organ bağış konusunda duyarlı olmadığı düşüncesindedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 Prediyaliz hastalarının böbrek nakline bakış açıları (N=208)

Böbrek nakli ile ilgili sorular	EVET		HAYIR	
	n	%	n	%
1-Böbrek nakli hakkında yeterli bilginiz var mı?	40	19,2	168	80,8
2-Böbrek nakli konusunda detaylı bilgi sahibi olmak ister misiniz?	161	77,4	47	22,6
3-Hastalığınız ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşünür müsünüz?	149	71,6	59	28,4
4-Böbrek nakli sizin için tek çözüm yolu mudur?	114	54,8	94	45,2
5-Canlı vericiden böbrek nakli olmak ister misiniz?	147	70,7	61	29,3
6-Kadavradan böbrek nakli olmak ister misiniz?	147	70,7	61	29,3
7-Birinci derece yakınlarınızdan böbrek nakli olmayı ister miydiniz?	139	66,8	69	33,2
8- Sizce aileniz size böbrek vericisi olmak ister mi?	139	66,8	69	33,2
9-Böbrek nakli hastalığınız için kesin tedavi yöntemi midir?	129	62,0	79	38,0
10- Böbrek naklinden sonra sağlıklı günlerinizdeki yaşamınıza geri dönebilecek misiniz?	170	81,7	38	18,3
11-Böbrek nakli sonrasında dikkat etmeniz gereken durumlar (diyet, ilaç kullanımı vs..) olacak mı?	182	87,5	26	12,5
12- Böbrek naklinden sonra komplikasyon yaşayabileceğinizi düşünüyor musunuz?	181	87,0	27	13,0
13-Böbrek nakli olabilmek için organ nakil listesine yazılmak ister misiniz?	158	76,0	50	24,0
14-KBH'nız olmasaydı ailenize böbrek vericisi olmak ister miydiniz?	163	78,4	45	21,6
15-KBH'nız olmasaydı öldükten sonra organlarınızı bağışlamak ister miydiniz?	153	73,6	55	26,4
16-Ailenizden birisini kaybetseydiniz organlarını bağışlar mıydınız?	140	67,3	68	32,7
17-Sizce insanlar organ bağış konusunda bilgililer mi?	129	62,0	79	38,0
18-Yaşadığımız toplum organ bağış konusunda duyarlı mı?	71	34,1	137	65,9

#### 4.4. Prediyaliz Hastalarının Depresyon ve Umutsuzluk Durumları

Prediyaliz hastalarının Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $17,67 \pm 11,53$  olarak bulunmuştur. Hastaların ölçekten aldığı puan durumuna göre, %67,8’inde (n=141) depresyon olduğu, 32,2’sinde (n=67) ise depresyon olmadığı saptanmıştır. Hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $9,55 \pm 3,56$  olarak bulunmuştur. BUÖ “Gelecekle İlgili Duygu ve Beklenti” alt boyutundan alınan ortalama puan  $2,22 \pm 1,25$ , “Motivasyon Kaybı” alt boyutundan alınan ortalama puan  $5,24 \pm 1,89$ , “Umut” faktöründen alınan ortalama puan ise  $2,08 \pm 1,98$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.1 Prediyaliz hastalarının depresyon ve umutsuzluk ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ( N=208)

Ölçek ve alt ölçekler	Min-Maks (Medyan)		Ort±SS
<b>BECK Depresyon Puanı</b>	0-53	16	$17,67 \pm 11,53$
<b>BECK Umutsuzluk Puanı</b>	1-19	10	$9,55 \pm 3,56$
<b>Gelecekle İlgili Duygu ve Beklenti</b>	0-5	3	$2,22 \pm 1,25$
<b>Motivasyon Kaybı</b>	1-8	6	$5,24 \pm 1,89$
<b>Umut Faktörü</b>	0-7	2	$2,08 \pm 1,98$

Prediyaliz hastalarında depresyon puanı ile umutsuzluk puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r=0,389$ ;  $p<0,01$ ). Depresyon puanı ile gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı ( $r=0,337$ ;  $p<0,01$ ) ve umut faktörü arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r=0,455$ ;  $p<0,01$ ). Depresyon puanı ile motivasyon kaybı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.4.2).



Tablo 4.4.2 Prediyaliz hastalarının depresyon durumları ve umutsuzluk durumları arasındaki ilişki (N=208)

	Depresyon durumu	
	r	p
<b>Umutsuzluk durumu</b>	0,389 <sup>h</sup>	<b>0,001**</b>
<b>Umutsuzluk ölçeği alt boyutları</b>		
<b>Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler</b>	0,337 <sup>h</sup>	<b>0,001**</b>
<b>Motivasyon kaybı</b>	0,004 <sup>h</sup>	<b>0,913</b>
<b>Umut faktörü</b>	0,455 <sup>i</sup>	<b>0,001**</b>

<sup>h</sup>r:Pearson Korelasyon Katsayısı

<sup>i</sup>r:Spearman's Korelasyon Katsayısı

\*\*p<0,01

#### 4.5. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri ile Depresyon Durumları Arasındaki İlişki

Prediyaliz hastaların sosyo-demografik özellikleri ile depresyon durumları arasındaki ilişki Tablo 4.5'te verilmiştir. Hastalardan 65 yaş üzeri, kadın, gelir durumu düşük, çocuk sayısı 3 ve daha fazla olan ve alkol kullanmayanlarda depresyon daha fazladır ( $p<0,05$ ). Hastaların eğitim, çalışma durumu, sosyal güvence, medeni durum, aile tipi, yaşantının geçtiği yer, sigara kullanımı ve beden kitle indeksi durumlarına göre depresyon görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.5 Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile depresyon durumları arasındaki ilişki (N=208)

Özellikler		Depresyon durumu				Test Değeri
		Yok (n=67)		Var (n=141)		p
		n	(%)	n	(%)	
Yaş	≤65 Yaş	42	(40,4)	62	(59,6)	$\chi^2$ :6,363
	>65 Yaş	25	(24)	79	(76)	<sup>a</sup> <b>0,012*</b>
Cinsiyet	Kadın	23	(23,5)	75	(76,5)	$\chi^2$ :6,486
	Erkek	44	(40)	66	(60)	<sup>a</sup> <b>0,011*</b>
Eğitim	Okuryazar değil	8	(18,6)	35	(81,4)	$\chi^2$ :6,005
	İlköğretim	50	(34,5)	95	(65,5)	<sup>b</sup> <b>0,108</b>
	Lise	4	(40)	6	(60)	
	Üniversite ve üzeri	5	(50)	5	(50)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	11	(47,8)	12	(52,2)	$\chi^2$ :2,887
	Çalışmıyor	56	(30,3)	129	(69,7)	<sup>a</sup> <b>0,089</b>
Sosyal güvence	Var	66	(32,8)	135	(67,2)	$\chi^2$ :1,066
	Yok	1	(14,3)	6	(85,7)	<sup>c</sup> <b>0,433</b>
Aylık gelir düzeyi	Gelir-giderden fazla	23	(48,9)	24	(51,1)	$\chi^2$ :7,977
	Gelir-gidere eşit	35	(28,2)	89	(71,8)	<sup>a</sup> <b>0,019*</b>
	Gelir-giderden az	9	(24,3)	28	(75,7)	
Medeni durum	Evli	58	(35,2)	107	(64,8)	$\chi^2$ :3,159
	Bekar	9	(20,9)	34	(79,1)	<sup>a</sup> <b>0,075</b>
Çocuk sayısı	Çocuk yok	2	(25)	6	(75)	$\chi^2$ :11,058
	1 ve 2	45	(42,9)	60	(57,1)	<sup>a</sup> <b>0,004**</b>
	3 ve üzeri	20	(21,1)	75	(78,9)	
Aile tipi	Çekirdek aile	48	(37,5)	80	(62,5)	$\chi^2$ :4,370
	Geniş aile	19	(24,4)	59	(75,6)	<sup>b</sup> <b>0,091</b>
	Parçalanmış aile	0	(0)	2	(100)	
Yaşantının geçtiği yer	İl	31	(35,6)	56	(64,4)	$\chi^2$ :0,976
	İlçe	30	(30,6)	68	(69,4)	<sup>a</sup> <b>0,614</b>
	Köy	6	(26,1)	17	(73,9)	
Sigara kullanma durumu	Evet	6	(35,3)	11	(64,7)	$\chi^2$ :1,014
	Hayır	34	(29,3)	82	(70,7)	<sup>a</sup> <b>0,602</b>
	Bıaktım	27	(36)	48	(64)	
Alkol kullanma durumu	Evet	6	(85,7)	1	(14,3)	$\chi^2$ :8,579
	Hayır	46	(29,9)	108	(70,1)	<sup>b</sup> <b>0,014*</b>
	Bıaktım	15	(31,9)	32	(68,1)	
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Normal	42	(40,4)	62	(59,6)	$\chi^2$ :0,531
	Kilolu	25	(24)	79	(76)	<sup>a</sup> <b>0,767</b>
	Fazla kilolu/obez	23	(23,5)	75	(76,5)	

<sup>a</sup>Pearson Chi-Square Test<sup>b</sup>Fisher Freeman Halton Test<sup>c</sup>Fisher's Exact Test

\*p&lt;0,05

\*\*p&lt;0,01

#### **4.6. Prediyaliz Hastalarının Hastalığa İlişkin Değişkenleri ile Depresyon Durumları Arasındaki İlişki**

Hastaların, hastalıklarından dolayı endişe yaşayanlarda endişe yaşamayanlara göre depresyon görülme sıklığı daha fazladır ( $p<0,05$ ). Hastaların hastalık süresi, böbrek yetmezliği evresi, polikliniğe başvuru nedeni, KBH nedeni, başka kronik hastalık, ailede KBH durumu ve ailede kimlerin KBH olduğu, sürekli kullanılan ilaçlara göre depresyon görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Diyet bilgisi, diyetle dikkat edilmesi gereken durumlar, KBH ilerleyici bir hastalık olup olmadığı, KBH ilerlemesinin durdurulabileceği ve SDBY tedavi seçeneklerine göre depresyon görülme oranları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ). Depresyon görülen ve görülmeyenlerin sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) ( Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Prediyaliz hastalarının hastalığa ilişkin değişkenleri ile depresyon durumları arasındaki ilişki (N=208)

Hastalıkla ilgili değişkenler		Depresyon durumu		Test Değeri
		Yok (n=67)	Var (n=141)	p
<b>Hastalık süresi</b>	0-12 ay	16 (23,9)	33 (23,4)	$\chi^2:5,018$
	2-5 yıl	30 (44,8)	54 (37,6)	<b><sup>a</sup>0,170</b>
	6-10 yıl	13 (19,4)	20 (14,2)	
	10 yıl ve ↑	8 (11,9)	35 (24,8)	
<b>Böbrek yetmezliği evresi</b>	Evre 1-2	32 (47,8)	43 (30,5)	$\chi^2:6,014$
	Evre 3	21 (31,3)	55 (39,0)	<b><sup>a</sup>0,111</b>
	Evre 4	11 (16,4)	34 (24,1)	
	Evre 5	3 (4,5)	9 (6,4)	
<b>Polikliniğe başvuru nedeni</b>	Yorgunluk/halsizlik	26 (38,8)	52 (36,9)	$\chi^2:6,979$
	Ağrı	21 (31,3)	41 (29,1)	<b><sup>b</sup>0,304</b>
	Bulantı/kusma	12 (17,9)	24 (17,0)	
	Gece idrara çıkma	0 (0,0)	6 (4,3)	
	İdrar miktarında azalma	1 (1,5)	4 (2,8)	
	Nefes darlığı	4 (6,0)	2 (1,4)	
	Diğer	3 (4,5)	12 (8,5)	
<b>KBH nedeni hakkındaki düşüncesi</b>	Hipertansiyon	24 (35,8)	49 (34,8)	$\chi^2:5,615$
	Diyabet	7 (10,4)	9 (6,4)	<b><sup>b</sup>0,450</b>
	Diyet	1 (1,5)	0 (0,0)	
	Fazla ilaç tüketimi	13 (19,4)	41 (29,1)	
	Sigara tüketimi	0 (0,0)	2 (1,4)	
	Ht+dm	14 (20,9)	26 (18,4)	
	Diğer	8 (11,9)	14 (9,9)	
<b>Başka kronik hastalık durumu</b>	Evet	65 (97,0)	135 (95,7)	$\chi^2:0,198$
	Hayır	2 (3,0)	6 (4,3)	<b><sup>c</sup>1,000</b>
<b>Ailede KBH olma durumu</b>	Evet	10 (14,9)	28 (19,9)	$\chi^2:0,740$
	Hayır	57 (85,1)	113 (80,1)	<b><sup>a</sup>0,390</b>
<b>KBH olan yakını</b>	Anne-baba	6 (60,0)	14 (50,0)	$\chi^2:0,405$
	Kardeş	2 (20,0)	6 (21,4)	<b><sup>b</sup>0,892</b>
	Teyze-dayı-hala...vb	2 (20,0)	8 (28,6)	
<b>Sürekli kullanılan ilaçlar</b>	Diyabet ilaçları	6 (9,0)	5 (3,5)	$\chi^2:6,433$
	Tansiyon ilaçları	28 (41,8)	67 (47,5)	<b><sup>b</sup>0,346</b>
	Ht ve dm ilaçları	25 (37,3)	58 (41,1)	
	Kalp ilaçları	2 (3,0)	1 (0,7)	
	Ht+kalp	3 (4,5)	3 (2,1)	
	Dm+kalp	1 (1,5)	1 (0,7)	
	Diğer	2 (3,0)	6 (4,3)	

<sup>a</sup>Pearson Chi-Square Test<sup>b</sup>Fisher Freeman Halton Test<sup>c</sup>Fisher's Exact Test

Tablo 4.6 (Devam) Prediyaliz hastalarının hastalığa ilişkin değişkenleri ile depresyon durumları arasındaki ilişki (N=208)

Hastalıkla ilgili değişkenler		Depresyon durumu		Test Değeri
		Yok (n=67)	Var (n=141)	p
<b>Diyet bilgisi</b>	Var	63 (94,0)	134 (95,0)	$\chi^2$ :0,092
	Yok	4 (6,0)	7 (5,0)	<sup>c</sup> <b>0,749</b>
<b>Diyette bilgi içeriği</b>	Günlük tuz miktarının azaltılması	9 (13,4)	15 (10,6)	$\chi^2$ :2,633
	Günlük sıvı alımının artırılması	1 (1,5)	0 (0,0)	<sup>b</sup> <b>0,488</b>
	Hepsi	56 (83,6)	124 (87,9)	
	Diğer	1 (1,5)	2 (1,4)	
<b>KBH ilerleyici bir hastalık mı?</b>	Evet	59 (88,1)	133 (94,3)	$\chi^2$ :2,512
	Hayır	8 (11,9)	8 (5,7)	<sup>a</sup> <b>0,113</b>
<b>KBH ilerlemesi durdurulabilir mi?</b>	Evet	64 (95,5)	129 (91,5)	$\chi^2$ :1,104
	Hayır	3 (4,5)	12 (8,5)	<sup>c</sup> <b>0,396</b>
<b>SDBY tedavi seçenekleri bilgisi</b>	Hemodiyaliz	51 (76,1)	120 (85,1)	$\chi^2$ :5,313
	Periton diyalizi	0 (0,0)	1 (0,7)	<sup>b</sup> <b>0,193</b>
	Böbrek nakli	1 (1,5)	0 (0,0)	
	Hemodiyaliz ve periton diyalizi	7 (10,4)	7 (5,0)	
<b>Hastalıktan dolayı endişe yaşama durumu</b>	Evet	23 (34,3)	71 (50,4)	$\chi^2$ :4,710
	Hayır	44 (65,7)	70 (49,6)	<sup>c</sup> <b>0,030*</b>
<b>SKB (mmHg)</b>		135,22±17,70	136,31±17,66	t:0,415; <sup>d</sup> <b>0,679</b>
<b>DKB (mmHg)</b>		81,79±11,41	80,00±12,07	t:1,018; <sup>d</sup> <b>0,310</b>

<sup>a</sup>Pearson Chi-Square Test<sup>b</sup>Fisher Freeman Halton Test<sup>c</sup>Fisher's Exact Test<sup>d</sup>Student-t Test \*p<0,05

#### 4.7. Prediyaliz Hastalarının Depresyon Durumlarına Göre Böbrek Nakline Bakış Açıları

Böbrek nakli hakkında yeterli bilgisi olan hastalarda depresyon görülme oranı, nakil hakkında yeterli bilgisi olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde düşük saptanmıştır (p>0,05). Hastalığı ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşüneneğini belirten hastalarda depresyon görülme oranı, böbrek nakli olmayı düşünmeyeceğini belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p<0,01). Böbrek naklinin kendisi için tek çözüm yolu olduğunu düşünen hastalarda depresyon

görülme oranı, tek çözüm yolu olduğunu düşünmeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Birinci derece yakınlarından böbrek nakli olmayı isteyen hastalarda depresyon görülme oranı, böbrek nakli olmayı istemeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Ailesinin kendisine böbrek nakli vericisi olmayı isteyeceğini belirten hastalarda depresyon görülme oranı, verici olmayı istemeyeceğini belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Böbrek nakli olabilmek için organ nakil listesine yazılmak isteyen hastalarda depresyon görülme oranı, nakil listesine yazılmak istemeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). KBH olmasaydı ailesine böbrek vericisi olmak isteyen hastalarda depresyon görülme oranı, böbrek vericisi olmak istemeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Prediyaliz hastalarının depresyon durumları ile böbrek nakline bakış açıları arasındaki ilişki (N=208)

Özellikler		Depresyon durumu		Test
		Yok (n=67)	Var (n=141)	Değeri <i>p</i>
Böbrek nakli hakkında yeterli bilginiz var mı?	<b>Evet</b>	18 (45,0)	22 (55,0)	$\chi^2:3,709$
	<b>Hayır</b>	49 (29,2)	119 (70,8)	<b><i>0,054</i></b>
Hastalığınız ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşünür müsünüz?	<b>Evet</b>	57 (38,3)	92 (61,7)	$\chi^2:8,786$
	<b>Hayır</b>	10 (16,9)	49 (83,1)	<b><i>0,003**</i></b>
Böbrek nakli sizin için tek çözüm yolu mudur?	<b>Evet</b>	48 (42,1)	66 (57,9)	$\chi^2:11,308$
	<b>Hayır</b>	19 (20,2)	75 (79,8)	<b><i>0,001**</i></b>
Birinci derece yakınlarınızdan böbrek nakli olmayı ister miydiniz?	<b>Evet</b>	56 (40,3)	83 (59,7)	$\chi^2:12,516$
	<b>Hayır</b>	11 (15,9)	58 (84,1)	<b><i>0,001**</i></b>
Sizce aileniz size böbrek vericisi olmak ister mi?	<b>Evet</b>	54 (38,8)	85 (61,2)	$\chi^2:8,454$
	<b>Hayır</b>	13 (18,8)	56 (81,2)	<b><i>0,004**</i></b>
Böbrek nakli olabilmek için organ nakil listesine yazılmak ister misiniz?	<b>Evet</b>	61 (38,6)	97 (61,4)	$\chi^2:12,314$
	<b>Hayır</b>	6 (12,0)	44 (88,0)	<b><i>0,001**</i></b>
KBH'nız olmasaydı gerektiğinde ailenize böbrek vericisi olmak ister miydiniz?	<b>Evet</b>	64 (39,3)	99 (60,7)	$\chi^2:17,160$
	<b>Hayır</b>	3 (6,7)	42 (93,3)	<b><i>0,001**</i></b>

<sup>a</sup>Pearson Chi-Square Test

**\*\*** $p<0,01$

#### 4.8. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri ile Umutsuzluk Durumları Arasındaki İlişki

Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile umutsuzluk durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile yaşları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Yaşı 65'in üzerinde olan hastaların "Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler" faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,05$ ) ve "Umut" faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ), yaş 65 ve altında olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Hastaların yaşlarına göre "Motivasyon kaybı" faktöründen aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Cinsiyete göre hastaların umutsuzluk durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların eğitim durumu umutsuzluk durumlarını etkilemekte olup, okuryazar olmayan hastaların umutsuzluk puanı, ilköğretim mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Eğitim durumlarına göre hastaların "Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler", "Motivasyon kaybı" ve "Umut" faktöründen aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Hastaların çalışma durumları incelendiğinde, çalışmayan hastalarda çalışan hastalara göre daha fazla umutsuzluk görüldüğü tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Çalışmayan hastaların "Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler" faktöründen aldıkları puanlar, çalışan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). "Motivasyon kaybı" ve "Umut" faktöründen aldıkları puanlar, anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Medeni duruma göre bekar olan hastalarda, evli olan hastalara göre daha fazla umutsuzluk görüldüğü belirlenmiştir ( $p<0,01$ ). Bekar olan hastaların "Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler" faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,05$ ) ve "Umut" faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ), evli olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Medeni duruma göre hastaların "Motivasyon kaybı" faktöründen aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çocuk sayısına göre hastaların umutsuzluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Çocuk sayısı 3 ve üzeri olan hastaların umutsuzluk puanı, çocuk sayısı 1-2 olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksektir. Çocuk sayısına göre hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği “Umut” faktöründen aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Aile tipi geniş aile olan hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puan toplamları, çekirdek olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Aile tipi geniş aile olan hastaların “Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ), “Motivasyon kaybı” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,05$ ) ve “Umut” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,05$ ), aile tipi çekirdek olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 4.8).



Tablo 4.8 Prediyaliz hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile umutsuzluk durumları arasındaki ilişki (N=208)

Özellikler		Umutsuzluk durumu		Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler		Motivasyon kaybı		Umut faktörü	
		Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS
Yaş	≤65 Yaş	1-17 (9)	8,81±3,51	0-5 (2)	2,00±1,17	1-8 (6)	5,24±1,89	0-7 (1)	1,57±1,74
	>65 Yaş	1-19 (10)	10,29±3,47	0-5 (2)	2,44±1,30	1-8 (6)	5,24±1,90	0-7 (2)	2,61±2,08
		t:3,062	<b>p<sup>d</sup>0,002**</b>	t:2,585	<b>p<sup>d</sup>0,010*</b>	t:0,000	<b>p<sup>d</sup>1,000</b>	Z:3,765	<b>p<sup>f</sup>0,001**</b>
Cinsiyet	Kadın	1-19 (10)	9,60±3,66	0-5 (2)	2,27±1,28	1-8 (6)	5,10±2,01	0-7 (2)	2,23±2,04
	Erkek	1-18 (9,5)	9,50±3,48	0-5 (2)	2,18±1,23	1-8 (6)	5,36±1,79	0-7 (2)	1,95±1,93
		t:0,206	<b>p<sup>d</sup>0,837</b>	t:0,480	<b>p<sup>d</sup>0,632</b>	t:0,995	<b>p<sup>d</sup>0,321</b>	Z:0,956	<b>p<sup>f</sup>0,339</b>
Eğitim	Okuryazar değil	1-18 (10)	11,14±3,88	0-5 (3)	2,63±1,38	1-8 (6)	5,63±1,96	0-6 (3)	2,88±2,24
	İlköğretim	1-19 (9)	9,15±3,39	0-5 (2)	2,12±1,19	1-8 (6)	5,15±1,87	0-7 (2)	1,88±1,82
	Lise	6-12 (9,5)	9,50±1,72	1-3 (2)	2,2±0,79	2-8 (6)	5,4±1,9	0-7 (1)	1,9±2,28
	Üniversite ve üzeri	1-16 (9)	8,50±4,28	0-5 (2)	2±1,7	1-7 (5)	4,7±1,95	0-7 (1)	1,8±2,3
		χ <sup>2</sup> :10,056	<b>p<sup>e</sup>0,018*</b>	χ <sup>2</sup> :5,670	<b>p<sup>e</sup>0,129</b>	χ <sup>2</sup> :3,684	<b>p<sup>e</sup>0,298</b>	χ <sup>2</sup> :7,098	<b>p<sup>e</sup>0,069</b>
Çalışma durumu	Çalışıyor	1-16 (9)	8,13±3,99	0-4 (2)	1,74±1,25	1-8 (6)	4,87±2,2	0-7 (1)	1,52±2,06
	Çalışmıyor	1-19 (10)	9,72±3,47	0-5 (2)	2,28±1,24	1-8 (6)	5,29±1,85	0-7 (2)	2,16±1,97
		t:2,042	<b>p<sup>d</sup>0,042*</b>	t:1,973	<b>p<sup>d</sup>0,049*</b>	t:0,996	<b>p<sup>d</sup>0,320</b>	Z:1,769	<b>p<sup>f</sup>0,077</b>
Medeni durum	Evli	1-19 (9)	9,17±3,47	0-5 (2)	2,13±1,2	1-8 (6)	5,17±1,87	0-7 (1)	1,87±1,89
	Bekar	3-18 (10)	11,00±3,55	0-5 (3)	2,56±1,4	1-8 (6)	5,51±1,98	0-7 (3)	2,93±2,13
		t:3,065	<b>p<sup>d</sup>0,002**</b>	t:1,998	<b>p<sup>d</sup>0,047*</b>	t:1,055	<b>p<sup>d</sup>0,293</b>	Z:3,013	<b>p<sup>f</sup>0,003**</b>
Çocuk sayısı	Çocuk yok	4-15 (8,5)	8,75±3,28	0-4 (1,5)	1,75±1,28	3-8 (5,5)	5,25±1,83	0-4 (1,5)	1,75±1,28
	1 ve 2	1-19 (9)	8,89±3,45	0-5 (2)	2,1±1,13	1-8 (5)	5,04±1,86	0-7 (1)	1,75±1,87
	3 ve üzeri	1-18 (10)	10,35±3,56	0-5 (2)	2,4±1,36	1-8 (6)	5,46±1,93	0-7 (2)	2,48±2,09
		χ <sup>2</sup> :9,902	<b>p<sup>e</sup>0,007**</b>	χ <sup>2</sup> :3,708	<b>p<sup>e</sup>0,157</b>	χ <sup>2</sup> :3,341	<b>p<sup>e</sup>0,188</b>	χ <sup>2</sup> :6,598	<b>p<sup>e</sup>0,037*</b>
Aile tipi	Çekirdek aile	1-18 (9)	8,91±3,37	0-5 (2)	2,03±1,15	1-8 (5)	5,05±1,86	0-7 (1)	1,83±1,9
	Geniş aile	1-19 (10)	10,76±3,49	0-5 (2)	2,58±1,32	1-8 (6)	5,64±1,84	0-7 (2)	2,54±2,07
	•Parçalanmış aile (n=2)	3-4 (3,5)	3,50±0,70	0-1 (0,5)	0,5±0,71	1-3 (2)	2±1,41	1-1 (1)	1±0
		t:3,772	<b>p<sup>d</sup>0,001**</b>	t:3,012	<b>p<sup>d</sup>0,003**</b>	t:2,230	<b>p<sup>d</sup>0,027*</b>	Z:2,493	<b>p<sup>f</sup>0,013*</b>

Student-t Test <sup>e</sup>Kruskal Wallis Test <sup>f</sup>Mann Whitney U Test <sup>e</sup>Oneway ANOVA \*p<0,05 \*\*p<0,01 •Kişi sayısı yetersizliğinden dolayı karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

#### 4.9. Prediyaliz Hastalarının Hastalığa İlişkin Değişkenleri ile Umutsuzluk Durumları Arasındaki İlişki

Prediyaliz hastalarının hastalık süreleri, umutsuzluk durumlarını etkilememektedir ( $p>0,05$ ). Böbrek yetmezliği evrelerine göre hastaların umutsuzluk durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Böbrek yetmezliği evrelerine göre hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeği “Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler” faktöründen aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Böbrek yetmezliği evresi 3 olan hastaların gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puanı, böbrek yetmezliği evresi 2 ve altında olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. “Motivasyon kaybı” faktörü ve “Umut” faktörü ile böbrek yetmezliği evresi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

KBH’nın ilerleyici bir hastalık olduğunu düşünen hastaların umutsuzluk durumu puanları, düşünmeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,01$ ). KBH’nın ilerleyici bir hastalık olduğunu düşünen hastaların “Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ) ve “Umut” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,05$ ) KBH’nın ilerleyici bir hastalık olduğunu düşünmeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. “Motivasyon faktörü” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Prediyaliz hastalarının polikliniğe başvuru nedenleri, başka kronik hastalık olma durumu, ailede KBH olma durumu, KBH’nın ilerlemesinin durdurulabilirliği düşüncesi ve endişe yaşama durumları ile umutsuzluk durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo4.9).

Tablo 4.9 Prediyaliz hastalarının hastalığa ilişkin değişkenleri ile umutsuzluk durumları arasındaki ilişki (N=208)

Hastalıkla ilgili değişkenler		Umutsuzluk durumu		Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler		Motivasyon kaybı		Umut faktörü	
		Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS
<b>Hastalık süresi</b>	0-12 ay	1-18 (9)	9,33±3,73	0-5 (2)	2,18±1,18	1-8 (6)	5,2±1,95	0-7 (1)	1,94±1,96
	2-5 yıl	1-19 (10)	9,88±3,64	0-5 (2)	2,25±1,33	1-8 (6)	5,31±1,98	0-7 (2)	2,31±2,02
	6-10 yıl	3-15 (9)	8,67±3,09	0-5 (2)	2,06±1,22	2-8 (5)	5,12±1,67	0-5 (1)	1,48±1,5
	≥10 yıl	3-17 (10)	9,84±3,52	0-5 (2)	2,33±1,21	1-8 (6)	5,23±1,89	0-7 (2)	2,28±2,2
		F:1,075	<i>p</i> <sup>g</sup> <b>0,361</b>	F:0,311	<i>p</i> <sup>g</sup> <b>0,818</b>	F:0,090	<i>p</i> <sup>g</sup> <b>0,966</b>	$\chi^2$ :4,083	<i>p</i> <sup>g</sup> <b>0,253</b>
<b>Böbrek yetmezliği evresi</b>	≤Evre 2	1-18 (9)	8,71±3,82	0-5 (2)	1,97±1,31	1-8 (6)	5,04±1,87	0-6 (1)	1,69±1,78
	Evre 3	3-19 (10)	10,46±3,14	0-5 (2)	2,54±1,2	1-8 (6)	5,43±1,91	0-7 (2)	2,49±2,18
	Evre 4	1-16 (10)	9,60±3,39	0-5 (2)	2,13±1,22	1-8 (6)	5,42±1,84	0-6 (2)	2,04±1,66
	Evre 5	3-17 (8,5)	8,83±3,95	1-4 (2)	2,08±0,9	1-8 (4)	4,58±2,11	0-7 (0,5)	2,17±2,69
		$\chi^2$ :10,125	<i>p</i> <sup>e</sup> <b>0,018*</b>	$\chi^2$ :8,419	<i>p</i> <sup>e</sup> <b>0,038*</b>	$\chi^2$ :3,332	<i>p</i> <sup>e</sup> <b>0,343</b>	$\chi^2$ :5,419	<i>p</i> <sup>e</sup> <b>0,144</b>
<b>Polikliniğe başvuru nedeni</b>	Yorgunluk/Halsizlik	1-18 (10)	9,71±3,58	0-5 (2)	2,24±1,18	1-8 (6)	5,24±1,98	0-7 (2)	2,22±1,99
	Ağrı	1-19 (10)	9,63±3,79	0-5 (2)	2,32±1,39	1-8 (6)	5,4±1,95	0-7 (1)	1,9±1,98
	Bulantı-kusma	1-16 (9,5)	9,56±2,99	0-5 (2)	2,14±1,33	1-8 (5,5)	5,28±1,45	0-7 (2)	2,14±1,9
	Gece idrara çıkma	2-15 (9)	9,50±4,72	0-4 (2,5)	2,17±1,47	2-8 (6)	5,67±2,07	0-4 (1,5)	1,67±1,63
	İdrar miktarında azalma	4-14 (12)	10,80±4,15	1-3 (2)	2,2±0,84	1-7 (5)	4,4±2,41	0-7 (4)	4,2±2,68
	Nefes darlığı	1-14 (8)	7,50±4,32	0-4 (2)	1,83±1,33	1-8 (5)	4,67±2,5	0-3 (0,5)	1±1,26
	Diğer nedenler	5-15 (9)	8,80±3,00	0-4 (2)	2,07±0,96	1-8 (5)	4,8±1,9	0-7 (2)	1,93±2,05
		$\chi^2$ :4,060	<i>p</i> <sup>e</sup> <b>0,669</b>	$\chi^2$ :0,888	<i>p</i> <sup>e</sup> <b>0,990</b>	$\chi^2$ :3,053	<i>p</i> <sup>e</sup> <b>0,802</b>	$\chi^2$ :6,824	<i>p</i> <sup>e</sup> <b>0,337</b>
<b>Başka kronik hastalık olma durumu</b>	Evet	1-19 (10)	9,56±3,52	0-5 (2)	2,23±1,23	1-8 (6)	5,24±1,9	0-7 (2)	2,1±1,99
	Hayır	3-17 (9,5)	9,25±4,77	0-4 (2,5)	2,13±1,89	3-7 (6)	5,25±1,91	0-6 (1,5)	1,88±1,96
		Z:0,184	<i>p</i> <sup>f</sup> <b>0,854</b>	Z:0,015	<i>p</i> <sup>f</sup> <b>0,988</b>	Z:0,079	<i>p</i> <sup>f</sup> <b>0,937</b>	Z:0,253	<i>p</i> <sup>f</sup> <b>0,800</b>
<b>Ailede KBH olma durumu</b>	Evet	1-16 (10)	9,82±3,17	0-5 (2)	2,16±1,33	1-8 (6)	5,53±1,67	0-7 (2)	2,13±1,77
	Hayır	1-19 (10)	9,49±3,64	0-5 (2)	2,24±1,24	1-8 (6)	5,18±1,94	0-7 (2)	2,08±2,03
		t:0,512	<i>p</i> <sup>d</sup> <b>0,609</b>	t:0,344	<i>p</i> <sup>d</sup> <b>0,731</b>	t:1,030	<i>p</i> <sup>d</sup> <b>0,304</b>	Z:0,570	<i>p</i> <sup>f</sup> <b>0,569</b>

<sup>e</sup>Kruskal Wallis Test    <sup>g</sup>Oneway ANOVA    <sup>f</sup>Mann Whitney U Test    \**p*<0,05

Tablo 4.9 (Devam) Prediyaliz hastalarının hastalığa ilişkin değişkenleri ile umutsuzluk durumları arasındaki ilişki (N=208),

Hastalıkla ilgili değişkenler		Umutsuzluk durumu		Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler		Motivasyon kaybı		Umut faktörü	
		Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS
<b>KBH ilerleyici bir hastalık mı?</b>	Evet	1-19 (10)	9,75±3,58	0-5 (2)	2,31±1,24	1-8 (6)	5,27±1,92	0-7 (2)	2,17±2,02
	Hayır	3-10 (7,5)	7,13±2,19	0-3 (1)	1,19±0,91	2-8 (5)	4,88±1,59	0-4 (1)	1,06±1,12
		t:2,886	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,004**	t:3,535	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,001**	t:0,803	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,423	Z:2,032	<i>p</i> <sup>f</sup> 0,042*
<b>KBH ilerlemesi durdurulabilir mi?</b>	Evet	1-19 (10)	9,56±3,59	0-5 (2)	2,22±1,23	1-8 (6)	5,25±1,91	0-7 (2)	2,09±2,00
	Hayır	4-15 (11)	9,33±3,2	0-5 (2)	2,20±1,52	3-8 (5)	5,13±1,77	0-6 (2)	2,00±1,81
		t:0,242	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,809	t:0,068	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,946	t:0,227	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,821	Z:0,000	<i>p</i> <sup>f</sup> 1,000
<b>Hastalıktan dolayı endişe yaşama durumu</b>	Evet	1-18 (10)	9,59±3,54	0-5 (2)	2,3±1,27	1-8 (5)	5,04±1,84	0-7 (2)	2,24±2,03
	Hayır	1-19 (9)	9,52±3,59	0-5 (2)	2,16±1,24	1-8 (6)	5,4±1,93	0-7 (2)	1,96±1,94
		t:0,136	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,892	t:0,803	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,423	t:1,371	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,172	Z:1,102	<i>p</i> <sup>f</sup> 0,270

<sup>d</sup>Student-t Test <sup>f</sup>Mann Whitney U Test \**p*<0,05\*\**p*<0,01

#### **4.10. Prediyaliz Hastalarının Umutsuzluk Durumlarına Göre Böbrek Nakline Bakış Açıları**

Böbrek nakli hakkında yeterli bilgisi olan hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar, yeterli bilgisi olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Böbrek nakli hakkında yeterli bilgisi olan hastaların “Gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,05$ ) ve “Umut” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,05$ ), böbrek nakli hakkında yeterli bilgisi olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. “Motivasyon kaybı” faktöründen aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastalığı ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşüneneğini belirten hastaların umutsuzluk durumu toplam puanları, hastalığı ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşünmeyeceğini belirten hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Hastalığı ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşüneneğini belirten hastaların “Gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ) ve “Umut” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ), böbrek nakli olmayı düşünmeyeceğini belirten hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. “Motivasyon kaybı” faktöründen aldıkları puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Böbrek naklinin kendisi için tek çözüm yolu olduğunu belirten hastaların umutsuzluk durumu toplam puanları, böbrek naklinin tek çözüm yolu olmadığını belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Böbrek naklinin kendisi için tek çözüm yolu olduğunu belirten hastaların “Umut” faktöründen aldıkları puanlar, böbrek naklinin tek çözüm yolu olmadığını belirten olgulara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Böbrek naklinin kendisi için tek çözüm yolu olması durumuna göre hastaların “Gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler” faktöründen aldıkları puanlar ve “Motivasyon kaybı” faktöründen aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Birinci derece yakınlarından böbrek nakli olmayı isteyeceğini belirten hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puanlar, böbrek nakli olmayı istemeyeceğini belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Birinci derece yakınlarından böbrek nakli olmayı isteyeceğini belirten hastaların “Gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ) ve “Umut” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ), böbrek nakli olmayı istemeyeceğini belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. “Motivasyon kaybı” faktöründen aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Ailesinin kendisine böbrek vericisi olmak isteyeceğini belirten hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puanlar, ailesinin böbrek vericisi olmayı istemeyeceğini belirten hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Ailesinin kendisine böbrek vericisi olmak isteyeceğini belirten hastaların “Gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ) ve “Umut” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ), ailesinin böbrek vericisi olmayı istemeyeceğini belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. “Motivasyon kaybı” faktöründen aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Böbrek nakli olabilmek için organ nakil listesine yazılmak isteyeceğini belirten hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puanlar, listeye yazılmak istemeyeceğini belirten hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Böbrek nakli olabilmek için organ nakil listesine yazılmak isteyeceğini belirten hastaların “Gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ) ve “Umut” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ), listeye yazılmak istemeyeceğini belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. “Motivasyon kaybı” faktöründen aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

KBH olmasaydı gerektiğinde ailesine böbrek vericisi olmak isteyeceğini belirten hastaların Beck Umutsuzluk Ölçeğinden aldıkları puanlar böbrek vericisi olmak istemeyeceğini belirten hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). KBH olmasaydı gerektiğinde ailesine böbrek vericisi olmak isteyeceğini

belirten hastaların “Gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ) ve “Umut” faktöründen aldıkları puanlar ( $p<0,01$ ), böbrek vericisi olmak istemeyeceğini belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. “Motivasyon kaybı” faktöründen aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10 Prediyaliz hastalarının umutsuzluk durumlarına göre böbrek nakline bakış açıları (N=208)

		Umutsuzluk durumu		Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler		Motivasyon kaybı		Umut faktörü	
		Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS	Min-Maks (Medyan)	Ort±SS
Böbrek nakli hakkında yeterli bilginiz var mı?	Evet	1-16 (8,5)	8,03±3,26	0-5 (2)	1,83±1,24	1-8 (5)	4,83±1,78	0-7 (1)	1,38±1,61
	Hayır	1-19 (10)	9,91±3,54	0-5 (2)	2,32±1,24	1-8 (6)	5,34±1,91	0-7 (2)	2,26±2,03
		t:3,074	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,002**	t:2,251	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,025*	t:1,549	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,123	Z:2,512	<i>p</i> <sup>f</sup> 0,012*
Hastalığınız ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşünür müsünüz?	Evet	1-16 (9)	8,77±3,3	0-5 (2)	2,03±1,16	1-8 (5)	5,1±1,88	0-7 (1)	1,64±1,74
	Hayır	1-19 (11)	11,51±3,46	0-5 (3)	2,69±1,34	1-8 (6)	5,59±1,89	0-7 (3)	3,22±2,11
		t:5,321	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,001**	t:3,532	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,001**	t:1,699	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,091	Z:4,981	<i>p</i> <sup>f</sup> 0,001**
Böbrek nakli sizin için tek çözüm yolu mudur?	Evet	1-16 (9)	9,08±3,33	0-5 (2)	2,16±1,16	1-8 (6)	5,35±1,82	0-7 (1)	1,57±1,69
	Hayır	1-19 (10)	10,12±3,76	0-5 (2)	2,3±1,36	1-8 (5,5)	5,11±1,98	0-7 (2)	2,71±2,13
		t:2,112	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,036*	t:0,803	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,423	t:0,927	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,355	Z:3,983	<i>p</i> <sup>f</sup> 0,001**
Birinci derece yakınlarınızdan böbrek nakli olmayı ister miydiniz?	Evet	1-16 (9)	8,81±3,23	0-5 (2)	2,05±1,2	1-8 (6)	5,19±1,83	0-7 (1)	1,57±1,73
	Hayır	1-19 (11)	11,03±3,75	0-5 (2)	2,57±1,29	1-8 (6)	5,33±2,03	0-7 (3)	3,13±2,06
		t:4,415	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,001**	t:2,843	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,005**	t:0,498	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,619	Z:5,325	<i>p</i> <sup>f</sup> 0,001**
Sizce aileniz size böbrek vericisi olmak ister mi?	Evet	1-17 (9)	8,96±3,39	0-5 (2)	2,02±1,19	1-8 (6)	5,27±1,85	0-7 (1)	1,68±1,72
	Hayır	1-19 (10)	10,72±3,62	0-5 (3)	2,62±1,28	1-8 (6)	5,19±1,99	0-7 (3)	2,91±2,23
		t:3,448	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,001**	t:3,346	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,001**	t:0,278	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,781	Z:3,830	<i>p</i> <sup>f</sup> 0,001**
Böbrek nakli olabilmek için organ nakil listesine yazılmak ister misiniz?	Evet	1-16 (9)	8,73±3,26	0-5 (2)	1,99±1,18	1-8 (6)	5,19±1,82	0-7 (1)	1,54±1,63
	Hayır	1-19 (12)	12,14±3,21	0-5 (3)	2,94±1,22	1-8 (6)	5,4±2,13	0-7 (4)	3,8±2,04
		t:6,468	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,001**	t:4,917	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,001**	t:0,683	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,495	Z:6,530	<i>p</i> <sup>f</sup> 0,001**
KBH'nız olmasaydı gerektiğinde ailenize böbrek vericisi olmak ister miydiniz?	Evet	1-17 (9)	9,08±3,47	0-5 (2)	2,07±1,19	1-8 (6)	5,23±1,83	0-7 (1)	1,77±1,86
	Hayır	1-19 (11)	11,24±3,37	0-5 (3)	2,76±1,32	1-8 (6)	5,27±2,13	0-7 (3)	3,22±2,03
		t:3,724	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,001**	t:3,315	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,001**	t:0,105	<i>p</i> <sup>d</sup> 0,917	Z:4,354	<i>p</i> <sup>f</sup> 0,001**

<sup>d</sup>Student-t Test <sup>f</sup>Mann Whitney U Test\**p*<0,05



## 5.TARTIŞMA

### 5.1. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda prediyaliz hastalarının yaş ortalaması  $64,29 \pm 12,03$  (yaş aralığı 20-87) olarak saptanmış olup 65 yaşın üzerindeki hastalar çalışmanın %50'sini oluşturmaktadır. Prediyaliz hastalarıyla yapılan çalışmalarda yaş ortalaması  $60,49 \pm 14,54$  (Bulantekin ve Demir 2011),  $55,88 \pm 15,53$  (Dadalı 2009),  $60,1 \pm 16$  (Nah ve diğ. 2019) olarak çalışmamıza benzer oranda bulunmuştur. Çalışmamızda erkek cinsiyet çoğunluğu oluşturmaktadır (%52,9). Yapılan çalışmalarda erkek cinsiyet çalışmamıza benzer olarak %56,4 (İnci ve diğ. 2017), %57,5 (Şentürk ve diğ. 2000), %60 (Nah ve diğ. 2019, Erol 2010) oranlarıyla kadın cinsiyetten daha fazla oranda bulunmuştur. İleri yaş ve erkek cinsiyet KBH risk faktörlerindedir, çalışmamız literatür bilgisi ile eş değerde olup bu risk faktörleri kardiyovasküler hastalık ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir. (Evans ve diğ. 2018, Tangri ve diğ. 2011, Zhang ve Rothenbacher 2008). İlerleyen yaşlarda, böbreklerde yaşlanma ile birlikte, yaşa bağlı komorbiditeler olmasa da yapı ve fonksiyonunda önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler makroyapısal ve mikroyapısal düzeyde olup, makroyapısal düzeyde; böbrek kortikal hacmi azalır, yüzey pürüzlülüğü artar, basit böbrek kistlerinin sayısı ve boyutu yaşla birlikte artar. Mikroyapısal düzeyde de histolojik nefroskleroz belirtileri ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. Nefron sayısındaki düşüşe bağlı olarak GFR'de azalma meydana gelmekte olup 70 yaşın üstündekilerde yaşlanmaya bağlı KBH olduğu söylenebilmektedir. (Hommos ve diğ. 2017). Çalışmamızda da 65 yaş ve üzerindeki hastaların çoğunlukta olması literatür bilgisi ile ilişkilendirilebilir. Cinsiyet faktörü olarak bazı çalışmalarda da çalışmamızdan farklı olarak; kadın cinsiyet üzerinde durulmuş, erkeklerden anlamlı olarak yüksek oranda bulunmuş ve araştırılması gerektiği vurgulanmıştır. (Süleymanlar ve diğ.2011, Zhang ve Rothenbacher 2008, Haroun ve diğ. 2003).

Çalışmamızda hastaların eğitim durumunun düşük olduğu, %69,7 oranında ilköğretim mezunu oldukları bulunmuştur. Literatüre baktığımızda, çalışmamıza paralel olarak yapılan çalışmaların çoğunluğunda da hastaların eğitim durumunun

düşük olduğu saptanmıştır. Şentürk ve diğ.’nin (diyaliz n=40, prediyaliz n=40) diyaliz ve prediyaliz hastalarının psikopatolojik durumlarının değerlendirmesini yaptıkları çalışmada prediyaliz hastalarının çoğunluğunun (%60) ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. (Şentürk ve diğ. 2000). İnci ve diğ.’nin (n=211) prediyaliz hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada son dönem böbrek yetmezliği olan (evre 4-5) hastaların %54,7 oranında ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. (İnci ve diğ. 2017). Adjei ve diğ.’leri Hollanda’da 18.079 kişinin katıldığı “Kentsel Bir Ortamda Sağlıklı Yaşam Çalışması”nda (HELIUS) etnik kökenli kişilerin olduğu örnekleme, eğitim ve meslek durumunun KBH arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Etnik kökenli grupta 3.579 Türk katılımcı da bulunmaktadır. Çalışma sonucu olarak düşük eğitim seviyesi ve mesleki durum KBH lehine olacak şekilde ilişkilendirilmiş olup, etnik gruplar arasında farklılık olduğu belirtilmiştir. Araştırma sonucunda; eğitim seviyesi düşük olan kişilerin yaşam biçimi davranışlarının sağlıksız olduğu vurgulanmıştır. Etnik azınlıkların KBH açısından risk oluşturacak şekilde sağlıksız beslendikleri ifade edilmiştir. Ayrıca eğitim seviyesi düşük olan bireylerin mesleki durumlarında düşük olması sebebiyle; kurşun, civa, organik çözücüler gibi nefrotoksinlere maruz kalma durumunun daha fazla olması KBH ile olan ilişkiyi açıklamaktadır. (Adjei ve diğ. 2017).

KBH bireyin günlük faaliyetlerini bozarak, mesleki yeterliliğini engeller ve çalışma durumunu etkiler, aileye ve topluma ağır bir yük getirir. (Özçürümez ve diğ. 2003). Çalışmamızda hastaların çalışma ve sosyal güvence durumları incelendiğinde hemen hepsinin sosyal güvencesi olduğu (%96,6), ancak %88,9’unun çalışmadığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda çoğunun evli (%79,3) ve çekirdek aile tipinde olduğu (%61,5) bulunmuş olup prediyaliz hastalarıyla yapılmış çalışmalarla benzerdir. (Erbay ve diğ. 2016, Erol 2010, Dadalı 2009).

Süleymanlar ve diğ.’nin (2011) yaptığı CREDİT çalışmasında kırsal kesimde, kentsel kesimde yaşayanlardan daha fazla (%16,8’e karşılık %15,2) KBH görülmüştür. Çalışmamızda da benzer oranda ilçede yaşayanlarda ilde yaşayanlardan daha fazla (%47,1’e karşılık %41,8) KBH olduğu saptanmıştır.

Kardiyovasküler risk faktörleri olan hastalarda böbrek fonksiyonları anlamlı derecede bozuktur. (Süleymanlar ve diğ. 2011). Bu risk faktörleri içinde obezite;

esansiyel hipertansiyon, diyabet ve KBH gelişmesine neden olan majör bir risk faktörüdür. Obezite, renal tübüllerde sodyumun yeniden emiliminin artmasına, sempatik sinir sistemi ve renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin aktivasyonuna ve böbreklerin fiziksel olarak sıkıştırılmasına sebep olur. Ayrıca sodyum dengesini korumak için telafi edici mekanizmalar olarak işlev gören böbrek vazodilatasyonuna ve glomerüler hiperfiltrasyona yol açar. Obezite ile birlikte oluşan metabolik anormalliklerde glomerülerde hasar oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum hipertansiyonu şiddetlendirebilir ve böbrek hasarının giderek kötüleşmesine neden olabilir. (Hall ve diğ. 2014). Çalışmamızda hastaların BKİ'leri incelendiğinde çoğunluğu kilolu (%40,4) ve fazla kilolu (%37,0)'dur. Haroun ve diğ.'nin (2003) (KBH vakası n=143) Washington'da kronik böbrek yetmezliği risk faktörlerini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada, KBH ile sigara içimi arasında güçlü bir ilişki olduğu ancak sigara içiminin KBH risk faktörü olarak yaygın bir biçimde kabul görmediği belirtilmiştir. Çalışmamızda da sigara içmediğini bildiren hastalar çoğunluğu (%55,8) oluşturmaktadır.

## 5.2. Prediyaliz Hastalarının Hastalıkla İlgili Değişkenlerinin Tartışılması

Prediyaliz hastalarının hastalık süreleri çalışmamızda en çok 2-5 yıl aralığında (%39,9) bulunmuştur. Erol (n=100) KBH olanlar ile HD hastalarının yaşam kalitelerini karşılaştırdığı çalışmada KBH olan hastaların hastalık sürelerini 1-5 yıl aralığında %44,0 oranında, Baktıroğlu (n=50) KBH olanlar ile HD hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerini karşılaştırdığı çalışmada, KBH olanların tanı sürelerini 2-5 yıl (ortalama 51,08 ay olarak) aralığında çalışmamıza benzer olarak bulmuşlardır. (Erol 2010, Baktıroğlu 2010).

KBH'nın ilk semptomlarından olan anemi hastalarda kendini yorgunluk ve halsizlik olarak gösterir. Lawler ve diğ. (2010) KBH'da aneminin transfüzyon yükünü araştırdıkları çalışmada tedavi almayan GFH 45-60 (evre 2-3) arasında olan hastaların %36'sında hemoglobin düzeylerinin 10 mg/dl'nin altında olduklarını saptamışlardır. Çalışmamızda da evre 3 (%36,5) ve evre 2 (%35,6) olan hastalar

çoğunlukta bulunmakta olup polikliniğe ilk başvuru nedenleri arasında yorgunluk ve halsizlik (%37,5) en sık neden olarak bulunmuştur.

Süleymanlar ve diğ. (2011) yaptıkları çalışmada hipertansiyon ve diyabet olan hastalarda KBH prevalansını olmayanlara göre daha yüksek bulmuşlardır. Hipertansiyonda böbrek hasarı; vasküler yapıdan daha çok glomerüler düzeyde olmaktadır. Sistemik kan basıncındaki artış, glomerüllerdeki vasküler yapıyı bozarak böbreğe olan kan akımının azalmasına yol açmaktadır. Diyabette ise; hiperglisemi sonucu artan oksidatif stres nedeniyle; renal korteksteki glomerüllerde ve vasküler yapılarda ekstrasellüler sıvı artışı, glomerüloskleroz ve proteinüride artış gözlenir. Hipertansiyon ve diyabetin birlikte görülmesi böbrek hasarının daha hızlı gelişmesine neden olur ve kronik böbrek hastalıklarının yarısından sorumludurlar. (Cilaker Mıcılı ve diğ. 2012). Çalışmamızda da literatür bilgisine paralel olarak hastaların %96,2'sinde başka kronik hastalık olduğu, %47,5'inde HT, %43,0'ünde HT ve DM olduğu bulunmuştur. Hastalara KBH nedeninin ne olduğunu sorduğumuzda %35,1'i HT cevabını vererek, var olan kronik hastalıklarının KBH'na neden olduğunu söylemişlerdir. Aynı zamanda hastaların, fazla ilaç tüketiminin de (%26) KBH'na neden olduğunu düşünmeleri dikkat çekicidir. Bulantekin'in (n=70) yaptığı çalışmada da hastaların %97,1'inde başka kronik hastalık olduğu, hastaların %57,1'inin KBH nedenlerini bilmediklerini, %25,7'si ise DM cevabını vermiştir. (Bulantekin 2008). Aydın'nın (n=202) diyaliz alan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların %61,9'unda başka kronik hastalık olduğu, KBH nedenlerine baktıklarında %38,1'inde HT, %26,7'sinde ise DM olduğu bulunmuştur. (Aydın 2014).

Araştırmamızda hastaların %81,7'si ailesinde KBH olmadığını ifade etmiştir. Erol'un (2010) prediyaliz (n=100) ve diyaliz (n=100) hastalarında yapmış olduğu çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde prediyaliz hastalarının %92'si ailesinde başka böbrek hastalığı olmadığını ifade etmiştir. (Erol 2010).

Araştırmamızda hastaların tamamına yakını (%95,2) diyet bilgileri olduğunu, diyetle dikkat edilmesi gerekenleri uyguladıklarını (%86,5) ve ilaçlarını düzenli kullandıklarını (%99,5) belirtmişlerdir. Hastaların poliklinikte takipli hasta olmalarından dolayı diyetin ve düzenli ilaç kullanımının hastalıklarının ilerlemesindeki önemini bildikleri, sağlık profesyonellerinden gerekli bilgiyi aldıkları

düşünülmektedir. Erol'un (2010) çalışmasında da benzer şekilde prediyaliz hastalarının çoğunluğunun (%82) diyet programına uyduğu ve ilaçlarını düzenli kullandığı (%98) belirtilmiştir.

Endişe, kaygı, sıkıntı ve bunaltı, anksiyete karşılığı kullanılan kelimelerdir ve insana kötü bir şey olacakmış gibi nedensiz bir korku hissi verir. (Çelik ve Acar 2007). Çalışmamızda hastaların tamamına yakını (%92,3) KBH'nın ilerleyici bir hastalık olduğunu, ancak çoğunluğu (%92,8) hastalığın ilerlemesinin durdurulabileceğini düşünmektedir. Bunun sonucunda %54,8'si hastalıklarından dolayı endişe yaşamadıklarını ifade etmiştir. Ancak çalışmamızın aksi yönünde, Erbay ve diğ. (n=258) Ankara'da Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı polikliniğinde KBH tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu sonucunu bulmuşlardır. (Erbay ve diğ. 2016).

### **5.3. Prediyaliz Hastalarının Böbrek Nakline Bakış Açılarının Tartışılması**

KBH yaşamı tehdit eden, hastaların fiziksel durumunu, aile ve sosyal yaşamını etkileyen, ekonomik zorluklar getiren kronik bir hastalıktır. Tedavisi RRT'leri ile gerçekleştirilmekte olup, bu tedavi seçeneklerinden böbrek nakli; en konforlu ve sonuçları hastanın yaşam düzeyini en olumlu etkileyen tedavi şeklidir. Çalışmamızda hastalara böbrek nakli ile ilgili yeterli bilgilerinin olup olmadığını sorduğumuzda %80,8'inin hayır cevabını verdiği bulunmuştur. Cürcani ve Tan'ın (n=112) diyaliz ünitesinde tedavi gören hastalarda böbrek nakline ilişkin bilgi ve tutumlarını araştırdıkları çalışmada, hastaların %83'ünün böbrek nakli için bir bekleme listesinin olduğunu bilmedikleri, bu nedenle %80,4'ünün kadavradan verici için bekleme listesine adını yazdırmadıkları saptanmıştır. (Cürcani ve Tan 2010). İqbal ve diğ. (n=218) Bangladeş'te KBH hastaları, bakım verenler ve kontrol grubundan oluşan örneklem ile yaptıkları çalışmada, transplantasyon hakkında bilgi, tutum ve algılama araştırmışlardır. Araştırma grubunun çoğunun transplantasyon konusunda bilgi eksikliği olduğunu belirterek, örneklem sadece %34'ünün bilgi sahibi olduğunu bulmuşlardır. Aynı zamanda çalışma grubunun %58'inin böbrek donör tipleri hakkında bilgisi olmadığı belirtilmiştir. (İqbal ve diğ. 2018). Organ

bağışı hakkında bireylerin bilgi ve tutumlarını araştıran başka bir çalışmada ise (n=675) bireylerin organ bağışı konusunda bilgisi olup olmadığı sorulduğunda, %33,3'ü hayır, %41,3'ü kısmen cevabını vermiştir. Ayrıca bireylerin %86,6'sı organ bağışının önemli olduğunu cevabını vermiş ancak %95,7'si organ bağışında bulunmadıklarını belirtmişlerdir. (Güngörmüş ve Dayapoğlu 2014).

Çalışmamızda prediyaliz hastaları; hastalıkları ilerlediğinde %54,8'i böbrek naklini tek çözüm yolu olarak görmekte ve %71,6'sı böbrek nakli olmayı istemektedirler. Görgel ve diğ. (n=212) yaptıkları çalışmada da benzer şekilde diyaliz hastalarının çoğunun (%91,3) böbrek nakli olmayı istediklerini bulmuşlardır. (Görgel ve diğ. 2016). Bangladeş'te İqbal ve diğ.'nin yaptığı çalışmada örneklem grubuna verilen eğitim sonrasında grubun %63'ü nakil programına katılmayı kabul etmiş ve %35'i erken dönemde transplantasyona karar vermiştir. (İqbal ve diğ. 2018). Cürcani ve Tan (2010) yaptıkları çalışmada hastaların %54,5'inin böbrek nakli sonrasında yaşam kalitesinin yükselmeyeceğini düşündüklerini ancak uygun donör olması halinde %91,1'inin böbrek nakli olmayı kabul edecekleri sonucunu bulmuşlardır.

Farah ve diğ. (2018) (n=226) böbrek nakli önündeki engelleri inceleyen çalışmalarını HD ve PD alan 226 hasta (%57,5 kadın hasta) ile gerçekleştirmişlerdir. Hastaların büyük çoğunluğu (%71,2) verici eksikliğinden dolayı böbrek nakli düşünmediğini belirtmiştir. Hastaların %21,2'si ise bilgi eksikliği nedeniyle böbrek nakli düşünmemektedir. Çalışmada ülkelerinde kadavradan verici için tanımlanmış bir programın olmamasından dolayı böbrek naklinin sadece canlı bağışlara bağlı olması donör eksikliğinin nedenlerinden olduğu belirtilmiş olup canlı verici programından halkın %26'sının bilgisi olmadığı bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların kadavra verici veya canlı vericiden böbrek nakli olma konusunda ayırım yapmayarak aynı oranda (%70,7) iki verici tipinden de nakil olmayı istedikleri görülmüş ve bu sonuç Görgel ve diğ.'nin (2016) çalışması ile hemen hemen aynı oranda (%70) bulunmuştur. Aynı zamanda hastaların çoğunun (%66,8) ailesinin kendisine böbrek vericisi olmak isteyeceği düşüncesinde olduğu bulunmuştur.

Zhao ve diğ. (2018) Çin’de 253 böbrek nakli alıcısı ile yaptıkları çalışmada, alıcıların çoğu (%42,3) üniversite ve üzeri eğitim alan ve %71,5’i erkek cinsiyet olan hastalardan oluşmaktaydı. Araştırmaya katılan hastaların %80,2’sinin böbrek naklinden sonra komplikasyon yaşamadığı bulunmuş ve hastaların yaşam kalitesi genel popülasyona göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. (Zhao ve diğ. 2018). Çalışmamızda ise hastaların %87’si böbrek naklinden sonra komplikasyon yaşanabileceğini belirtmiş ve yaklaşık olarak aynı oranda hastada nakilden sonra dikkat etmesi gereken durumlar olacağını ancak sağlıklı günlerine geri dönebileceğini (%81,7) söylemişlerdir. Zhao ve diğ.’nin çalışma örnekleminin eğitim düzeyinin yüksek olması hastaların böbrek nakli ile ilgili bilgi edindiğini, uyulması gereken kurallara dikkat etmelerinden dolayı komplikasyon yaşamadıklarını düşündürmektedir. Çalışmamızda hastaların böbrek nakli sonrası komplikasyon yaşanabileceği düşüncesi eğitim düzeyinin düşük olması, yeterli bilgi sahibi olmadıklarından dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Görgel ve diğ.’nin (2016) hemodiyaliz hastalarının böbrek nakline bakış açılarını incelemek üzere yaptıkları çalışmada hastaların, toplumumuzun %90’nının organ nakli konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığını bu sebeple yeterli duyarlılık göstermediklerini düşündüğü sonucunu bulmuşlardır. Çalışmamızda hastaların %62’si insanların organ bağıışı konusunda bilgili olduğunu ancak %65,9’u toplumun organ bağıışı konusunda duyarlı olmadığını düşünmektedir. Aynı zamanda hastaların %67,3’ü kendi ailesinden ölen biri olduğunda organlarını bağışlayabileceğini belirtmişlerdir. Kendisi için organ naklinin ne kadar önemli olduğunu bilen bireyler için bu oran düşük olarak kabul edilebilir. Fakat hastaların %78,4’ü KBH’sı olmasaydı ailelerine böbrek vericisi olmak istediklerini belirtmişlerdir. Böbrek nakli KBH’da diyaliz tedavilerine oranla hastalar için en iyi tedavi seçeneklerindedir. Hastaların aile ve sosyal yaşamlarından kopmadan hayatlarını sürdürmelerini, öz saygılarının artmasıyla kendilerini yeterli hissetmelerini ve yaşam kalitelerinin artması ile geleceğe umutla bakmalarını sağlar. Ayrıca düşük maliyeti ile topluma daha az yük getirmektedir.

#### 5.4. Prediyaliz Hastalarının Depresyon, Umutsuzluk Durumları ve Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Kronik böbrek hastalığı olan bireylerde birincil psikiyatrik sorun depresyon olarak saptanmış olup depresyon görülme sıklığı yaygındır. Sağlıklı bireylerde %2-4 arasında depresyon prevalansına karşılık, KBH olan bireylerde %20-40 arasında depresyon prevalansı olduğu bildirilmiştir. Ancak; tanı koyma aşamasının güçlüğü nedeniyle depresyon prevalansının doğru tahmin edilmesinin zor olduğu bildirilmektedir. Beck Depresyon Envanteri KBH olan bireylerde depresyon belirlenmesinde yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Son dönem böbrek hastalarında da sağlıklı bireylerdeki gibi depresyon; kadınlarda ve düşük sosyoekonomik durumu olanlarda daha fazladır. Depresyon semptomlarının varlığı, böbrek fonksiyonlarında daha hızlı bozulmaya neden olur ayrıca SDBH'dan önceki evrelerde ve sonrasında ölüm riski ile ilişkili olduğu literatürde bildirilmiştir. (Tuot ve diğ. 2019, Cukor ve diğ. 2014, Tsai ve diğ. 2012, Cukor ve diğ. 2006).

Çalışmamızda prediyaliz hastalarının %67,8'inde depresyon olduğu saptanmış olup depresyon puan ortalaması  $17,67 \pm 11,53$  olarak bulunmuştur. Bulantekin'in (n=70) sağlıklı bireylerle prediyaliz hastalarının depresyon durumunu karşılaştırdığı çalışmada sağlıklı bireylerde %71,4'ünde depresyon görülmezken prediyaliz hasta grubunda çalışmamıza benzer oranda çoğunluğunda (%77,1) depresyon olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada çalışmamıza benzer olarak prediyaliz hasta gurubunda depresyon puan ortalaması  $18,43 \pm 9,04$  olarak hesaplanmıştır. (Bulantekin 2008). Depresyonun KBH olan hastalarda sağlıklı bireylere göre yüksek oranda olduğu literatürde bildirilmektedir. (Tuot ve diğ. 2019). Çalışmamızda da prediyaliz hastalarında depresyon oranının fazla olması bu sonucu desteklemektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Lee ve diğ.'nin (n=208) prediyaliz hastalarında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmada ise depresyon görülme oranı %47,1 oranında, bizim çalışma sonucumuza göre depresyon görülme oranı daha düşük bulunmuştur. (Lee ve diğ. 2013). Duran ve Güngör (n=100) diyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastalara, hastalıklarını ilk öğrendiklerinde yaşadıkları duyguyu sormuşlar ve hastaların en fazla korku duygusunu (%42) yaşadıkları sonucuna varmışlardır. Aynı çalışmada şu anda yaşadıkları duyguyu



sorduklarında ise hastalar çoğunluk olarak (%62) alıştıklarını bildirmişlerdir. (Duran ve Güngör 2015). Esen ve diğ.'nin (2015) çalışmasında diyaliz tedavisi alan 160 hastanın %46'sında depresyon olduğu belirlenmiştir. (Esen ve diğ. 2015). Ancak hemodiyaliz ve prediyaliz hastalarında (n=49 ve n=50) depresyon karşılaştırması yapılan bir çalışmada ise diyaliz hastalarında depresyon görülme oranı daha fazla bulunmuştur (%75,5). (Dadalı 2009). Çalışmamızla karşılaştırıldığında, diyaliz ve prediyaliz hastaları arasında depresyon görülme oranlarında çok fazla bir farkın olmadığı her iki grupta yüksek oranda depresyon görüldüğü çalışma sonuçlarında bildirilmiştir. Fakat Bezerra ve diğ.'nin (n=67) Brezilya'da prediyaliz aşamada olan (evre 4 ve 5) hastalarla yaptığı çalışmada hastaların diyaliz öncesi ve sonrası kaygı, depresyon ve stres durumları karşılaştırılmıştır. Hastaların diyaliz başlangıcı sonrası kaygı, depresyon ve stres durumu puanlarında, diyaliz öncesine göre önemli derecede düşüş olduğunu saptamışlardır. (Bezerra ve diğ. 2018).

Umutsuzluk, bireyin yaşadığı olumsuz düşüncelerin geleceğe yansımaları olarak tanımlanabilmekte ve geleceğin birey için hiçbir iyi olasılık taşımadığı düşüncesini ve bununla birlikte duygusal ve motivasyonel bozuklukları yaşama durumu olarak belirtilmektedir. Bireylerde intihar riski değerlendirmelerinde depresyon şiddetinden çok umutsuzluk şiddetinin daha önemli olduğu söylenmiştir. (Ak ve diğ. 2006). Umutsuzluk depresyon belirtisi olmasının yanında hastaların tedaviye uyumlarını, çaba göstermelerini, zorluklarla baş etme güçlerini ve hayata karşı bakış açılarını olumsuz etkilemektedir. (Doğan ve Kelleci 2004).

Çalışmamızda prediyaliz hastalarının umutsuzluk puan ortalamaları  $9,55 \pm 3,56$  olarak saptanmıştır. Ölçekten alınan puanın artması umutsuzluk düzeyinin arttığını göstermektedir. Prediyaliz hastalarının umutsuzluk puan ortalamalarına göre umutsuzluk düzeyinin orta düzeyde olduğu söylenilebilir. Çalışma sonucumuzda umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması motivasyon kaybı faktöründe saptanmış olup ortalama olarak  $5,24 \pm 1,89$  bulunmuştur. Literatürde prediyaliz hastalarında umutsuzluk durumu ile ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Şahin'in (n=507) 353 hemodiyaliz hastası ve 154 sürekli ayaktan periton diyalizi uygulayan hasta ile yaptığı çalışmada umutsuzluk puan ortalamaları  $8,2 \pm 5,1$

olarak bulunmuş olup çalışmamıza yakın bir sonuçtur. Çalışmada periton diyalizi uygulayan hastaların umutsuzluk ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $(8,9\pm 4,6)$ , hemodiyaliz tedavisi alan hastalardan daha yüksek  $(7,9\pm 5,3)$  bulunmuştur. (Şahin 2007). Durak ve Palabıyıkoglu'nun Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik güvenirlik çalışmasında (n=373) örnekleme bulunan diyaliz hastalarının (n=22) umutsuzluk puan ortalamaları  $7,14\pm 4,75$  olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada diyaliz hastalarının umutsuzluk puan ortalamaları kanser hastalarının (n=23) umutsuzluk puanlarından daha yüksek bulunmuş olup diyaliz hastalarının umutsuzluk durumu daha yüksektir. (Durak ve Palabıyıkoglu 1994). Başka bir çalışmada fiziksel hastalık nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören (n=189) grupta, kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda  $(11,63\pm 6,49)$ , kanser hastaları  $(7,38\pm 4,17)$ , diğer dahili  $(6,58\pm 4,19)$  ve cerrahi bölüm  $(5,24\pm 2,66)$  hastalarına göre en yüksek umutsuzluk puan ortalaması saptanmıştır. (Doğan ve Kelleci 2004). Miyokart infarktüsü geçiren (n=165) hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada hastaların umutsuzluk durumları puan ortalaması  $7,6\pm 4,7$  olarak bulunmuştur. (Firat ve Dedeli 2016). Kınıcı'nın (n=143) kalp yetersizliği olan hastalar ile yaptığı çalışmada, hastaların umutsuzluk puan ortalamaları  $6,90\pm 4,66$  olarak bulunmuş ve hastaların umutsuzluk ölçeği alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını  $(3,36\pm 1,72)$  motivasyon kaybı faktöründen aldıkları bulunmuştur. (Kınıcı 2018). Savaşan ve diğ.'nin (2013) koroner arter hastalarında (n=175) umutsuzluk ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri çalışma sonucunda umutsuzluk puan ortalaması  $7\pm 5$  olarak bulunmuştur. (Savaşan ve diğ. 2013). Hastalıklarda umutsuzluk durumunun araştırıldığı çalışma sonuçları çalışmamıza benzerdir fakat umutsuzluk ölçeği puan ortalamasının bizim çalışmamızda daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda prediyaliz hastalarının umutsuzluk durumu puan ortalamasının yapılan çalışmalardan daha yüksek bulunması uyum sağlamaları gereken yaşam tarzı değişiklikleri ve hastalığından dolayı geleceği öngörememelerinden dolayı olabilir. KBH olan hastaların geleceğe yönelik belirsizlik yaşamaları, fiziksel güç ve enerjinin kaybı ile çalışma durumlarının, aile ve sosyal ilişkilerinin, cinsel işlevlerinin bozulması ve sağlıklı yaşam beklentilerinin yitirilmesi sonucunda umutsuzluk durumunun diğer hastalıklara göre daha fazla görülmesinin nedeni olarak düşünülmektedir. (Doğan ve Kelleci 2004).

Çalışmamızda prediyaliz hastalarının depresyon ve umutsuzluk durumları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmış olup depresyon arttıkça umutsuzluğun arttığı görülmektedir ( $r=0.389$ ;  $p<0,01$ ). Hastaların depresyon puanları ile gelecekle ilgili duygu ve beklentiler faktörü arasında pozitif yönde, orta düzeyde ( $r=0,337$ ;  $p<0,01$ ); umut faktörü arasında pozitif yönde, iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r=0,455$ ;  $p<0,01$ ). Depresyon puanı ile motivasyon faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışmamıza benzer olarak organ transplantasyonu bekleyen hastaların depresyon, umutsuzluk ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün değerlendirildiği çalışmada depresyon ve umutsuzluk arasında orta düzeyde pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p\leq 0,001$ ). (Yanar 2015). Kanser tanısı almış olan hastalarda ( $n=82$ ) depresyon ve umutsuzluk durumunun incelendiği çalışmada da yine, çalışmamıza benzer olarak depresyon ve umutsuzluk arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. (Mystakidou ve diğ. 2007).

Literatürde depresyon ile birlikte umutsuzluğun bireylerde görülmesi intihar düşüncesi ile ilişkili olduğu belirtilmiş, ancak umutsuzluk durumunun intihar düşüncesinde depresyondan daha çok belirleyici olduğu söylenmiştir. (Dilbaz ve Seber 1993). Andrade ve diğ.'nin hemodiyaliz ve transplant alıcıları ile yaptığı çalışmada ( $n=100$ ), depresyon ve umutsuzluk arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmişler, hemodiyaliz ve trasplant alıcılarında umutsuzluk ve intihar düşüncesi bulgularını, depresyon bulgularından daha az olsada varlığına dikkat çekmişlerdir. (Andrade ve diğ. 2015). Çalışmamızda da prediyaliz hastalarında depresyon ve umutsuzluk durumları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmış olması hastalarda intihar davranışı yönünden dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir.

### 5.5. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri ile Depresyon Durumlarının Tartışılması

Çalışmamızda prediyaliz hastalarının yaşları ile depresyon görülme durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 65 yaş üstü bireylerde depresyon görülme oranı daha fazladır. Bulantekin'in (2008) çalışmasında da çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde 60 yaş ve üzerindeki hastalarda depresyon puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve yaşa göre anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Tezel ve diğ. yaptığı çalışmada ( $n=147$ ) hemodiyalize giren hastaların çoğunluğu 50 yaş ve üzeri (%44,9) olup en yüksek depresyon ortalaması bu yaş grubunda saptanmıştır ( $24,3\pm 10,5$ ). (Tezel ve diğ. 2011). İlerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan, kronik hastalık varlığı, kronik stres ve ağrı durumu, yalnız yaşamak, düşük sosyal destek, travmatik beyin hasarı gibi durumların görülmesi depresyona neden olabilmektedir. Ayrıca bilişsel bozulmalar, fazla ilaç kullanımı, fiziksel aktivite güçlükleri bireyin sosyal rolünü gerçekleştirmesine engel olmakta, üzüntü, sıkıntı ile birlikte depresyona neden olabilmektedir. (Alamri ve diğ. 2017, Maurer 2012, Tarsuslu Şimşek ve diğ. 2010,). Çalışmamızın aksine Jong ve diğ. ( $n=129$ ) hemodiyaliz hastası ile yaptıkları çalışmada yaş ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. (Jong ve diğ. 2017).

Çalışmamızda kadın hastalarda depresyon görülme oranı (%76,5) erkek hastalara göre anlamlı fark oluşturacak kadar yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Esen ve diğ.'nin (2015) hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi alan hastalarda yapmış olduğu çalışma sonucunda da kadınlarda depresyon görülme oranları (%63,5) daha fazla ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. (Esen ve diğ. 2015). Tezel ve diğ.'nin (2011) çalışmasında da, anlamlı fark olmamasına rağmen kadın hastaların depresyon puan ortalamaları ( $24,2\pm 10,9$ ) erkek hastalardan ( $22,5\pm 10,2$ ) daha yüksek bulunmuştur. (Tezel ve diğ. 2011). Kadınların erkeklere göre sosyal ilişkilerinin daha geniş çaplı ve fazla olduğu, kişilerle daha samimi ve duygusal olarak ilgilendiği ve yaşadıkları olumsuzluklara erkeklere göre daha duyarlı oldukları literatürde bildirilmektedir. (Kendler ve Gardner 2014). Ayrıca yapılan bir çalışmada erkeklerin stres yönetiminin kadınlardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Savaşan ve diğ. 2013). Bu nedenle kadınlarda genel olarak

daha fazla depresyon görüldüğü söylenebilir. Çalışmamızın aksine Jong ve diğ. 129 hemodiyaliz hastası ile yaptıkları çalışmada cinsiyet ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır. (Jong ve diğ. 2017).

Çalışmamızda gelir düzeyi ile hastaların depresyon durumları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi düşük olanlarda (%75,7) depresyonun daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Kronik bir hastalığa sahip olmak; hastalarda erken emeklilik ile birlikte ekonomik durumlarının olumsuz etkilenmesine yol açar. Ayrıca ailede rol değişikliklerinin olması, kişinin öz saygısının azalmasına neden olur. Bu durumlar kronik hastalığa sahip olan ve gelir durumu olumsuz etkilenen hastalarda stres, depresyon, umutsuzluk ve çaresizlik duygularının yaşanmasına sebep olabilir. (Tezel ve diğ. 2011). Tezel ve diğ.'nin (2011) çalışmasında gelir düzeyi düşük olanlarda (%85), en yüksek depresyon puan ortalaması ( $23,9 \pm 10,1$ ) saptanmış olup çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur. (Tezel ve diğ. 2011).

Çalışmamızda çocuk sayısı arttıkça depresyon durumunun da arttığı bulunmuş olup çocuk sayısı ve depresyon arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,01$ ). Çocuk sayısı 3 ve daha fazla olan hastalarda depresyon görülme oranı (%78,9) en yüksektir. Sezer ve diğ.'nin 141 hemodiyaliz hastası ile yaptıkları çalışmada 3'ten fazla çocuğu olanlarda daha fazla depresyon olduğu çalışmamıza benzer bir şekilde bulmuşlardır. (Sezer ve diğ. 2013).

Çalışmamızda alkol kullanma durumu ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olup alkol kullanmayı bırakan (%68,1) ve alkol kullanmayan (%70,1) hastalarda daha fazla depresyon olduğu saptanmıştır. Hou ve diğ.'nin (n=81) Çin'de hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada alkol kullanımı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve alkol kullananlarda depresyon şiddetinin daha az olacağı belirtilmiş olup çalışmamıza benzer bir sonuç bulunmuştur. Çalışma sonucunda alkol kullanımının KBH'da depresyon görülme oranını azaltabildiği ancak, alkolün karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını etkileyebileceği için alkol kullanımından kaçınılması gerektiği belirtilmiştir. (Hou ve diğ. 2014).

## 5.6. Prediyaliz Hastalarının Hastalıkla İlgili Değişkenleri ile Depresyon Durumlarının Tartışılması

Çalışmamızda KBH evreleri ile hastaların depresyon durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer olarak Lee ve diğ. 208 prediyaliz hastası ile yaptıkları çalışmada hastaların KBH evreleri ile depresyon arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucunu bulmuşlardır. (Lee ve diğ. 2013). Özellikle son evrelerde, hastalarda aneminin etkisiyle daha fazla yorgunluk ve halsizlik olması, sosyal faaliyetlerde ve iş gücünde azalma ile birlikte yetersizlik duygusu hissetmelerine, RRT'lerine karar verme ve tedavi sürecinin başlama aşamasında hastalarda daha fazla depresyon olması beklenmesine rağmen, çalışmalarda KBH evreleri ile depresyon durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda yaklaşık olarak tüm hastaların başka bir kronik hastalığı bulunmakta olup bu durumun depresyon ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Jong ve diğ.'lerinin hemodiyaliz hastalarında ( $n=129$ ) yaptığı çalışmada hastaların diyabet durumları ile depresyon durumları arasında çalışmamızın aksine anlamlı bir ilişki saptanmıştır. (Jong ve diğ. 2017). Keskin'nin İzmir'de ( $n=197$ ) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada başka kronik hastalığı olanlar ile depresyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuş ve başka kronik hastalığı olanların depresyon ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. (Keskin 2015). Mısır'da 300 hemodiyaliz hastası ile yapılan çalışmada %45,3'ünde depresyon olduğu ve başka kronik hastalığı olanlarda daha fazla depresyon olduğu (%77,9) saptanmıştır. (Radwan ve diğ. 2013). Literatürde hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmalarda çalışmamızdan farklı olarak başka bir kronik hastalığın olması depresyon görülme oranını artırmıştır.

Çalışmamızda hastaların hastalık süreleri ile depresyon durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ancak 2-5 yıldır hastalığa sahip olan bireylerde depresyon görülme oranı (%37,6) diğer yıllara oranla daha yüksektir. Prediyaliz hastalarında hastalık sürecinin ilerlemesine rağmen RRT'lerin başlamamış olmasının hastaların depresyon durumunu olumlu etkilediği düşünülebilir. Keskin'in çalışmasında ise diyaliz hastalarının hastalık sürelerine göre depresyon puanları

arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup hastalık süresi daha fazla olanların (21-35 yıl) depresyon puan ortalamaları (21,56) hastalık süresi az (0-5 yıl) olanlara göre (13,75) daha yüksek bulunmuştur. (Keskin 2015). Hemodiyalize giren hastalarda ise hastalık süresinin artması ile birlikte komplikasyonların ortaya çıkması, tükenmişlik, yorgunluk durumlarının ağırlaşması nedeni ile depresyon görülme oranı artmaktadır.

Çalışmamızda hastalıklarından dolayı endişe yaşayanlarda depresyon görülme oranı, yaşamayanlara göre anlamlı fark oluşturacak kadar yüksek (%50,4) bulunmuştur. Baktıroğlu'nun çalışmasında hemodiyalize giren (n=50) ve girmeyen hastalarda (n=50) anksiyete ve depresyon araştırılmıştır. Hemodiyalize girmeyen hastalarda depresyon ve anksiyete arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuş ve depresyonu olan hastaların anksiyete düzeyleri de yüksek saptanmış olup çalışmamıza benzer bir sonuç olduğu görülmektedir. (Baktıroğlu 2010).

### **5.7. Prediyaliz Hastalarının Böbrek Nakline Bakış Açıları ile Depresyon Durumlarının Tartışılması**

Böbrek naklinin SDBH prognozunu ve diyalize oranla yaşam beklentisini aynı zamanda hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirdiği literatürde belirtilmiştir. (Lopes ve diğ. 2011). Çalışmamızda da prediyaliz hastalarının böbrek nakline karşı olumlu bakış açısı olanlarda daha az depresyon görüldüğü saptanmıştır. Böbrek nakli hakkında yeterli bilgisi olan hastalarda (%55), yeterli bilgisi olmayan (%70,8) hastalara göre depresyon görülme durumu daha az ancak aradaki fark anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Hastalığı ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşünen hastalarda (%61,7) böbrek nakli olmayı düşünmeyen hastalara (%83,1) göre depresyon görülme oranı daha az ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Keskin'in yapmış olduğu çalışmada da diyaliz hastalarından transplantasyon bekleyen hastaların depresyon ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar (10,75), transplantasyon planlamayan hastalara (18,57) göre daha düşük saptanmış ve transplantasyon planlayan hastalarda depresyon görülme durumunun daha az olduğu belirtilmiştir. (Keskin 2015).

Çalışmamızda böbrek naklini tek çözüm yolu olarak gören hastalarda tek çözüm yolu olarak görmeyen hastalara oranla daha düşük depresyon (%61,7) görüldüğü ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Çalışma sonucumuza benzer olarak, Kovasc ve diğ. Budapeşte’de; böbrek nakli olmuş ( $n=888$ ) ve hemodiyaliz hastaları ( $n=187$ ) ile yaptıkları çalışmada, böbrek nakli olmuş olan hastalarda hemodiyaliz tedavisi alan hastalara göre daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını bulmuşlardır. (Kovasc ve diğ. 2011).

Çalışmamızda birinci dereceden yakınlarından böbrek nakli olmak isteyenler (%59,7) ile ailesinin kendisine böbrek vericisi olacağını düşünen hastalarda (%61,2), birinci dereceden yakınlarından böbrek nakli olmak istemeyenler (84,1) ile ailesinin kendisine böbrek vericisi olmak istemeyeceğini söyleyen hastalara (%81,2) göre depresyon düzeyi anlamlı olarak düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Çalışmamızın sonuçlarına benzer literatür bilgisine rastlanmamıştır ancak Lentine ve diğ.’nin Amerika’da 4.650 yaşayan böbrek vericisinin kayıtlarının incelendiği çalışmada vericilerin alıcıyla ilişkili olarak %81,6’sının biyolojik bağlarının olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada vericilerin depresyon oranlarının anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir. (Lentine ve diğ. 2012). Dolayısıyla genel olarak hastaların ailevi durumlarının böbrek nakline karşı olumsuz bir durum oluşturmayacağı ve bunu öngören hastaların depresyon durumlarının bu sebeple daha düşük saptandığı düşünülmektedir. Verici grubunun daha çok 1. derece yakınlarından olduğu görülmektedir, hasta grubumuzda da sağlıklı olmaları durumunda büyük çoğunluğunun (%78,4) ailelerine verici olmak istediği sonucu bunu doğrulamaktadır.

Çalışmamızda böbrek nakli için organ nakil listesine yazılmak istemeyen hastalarda (%88,0), nakil listesine yazılmak isteyenlere göre (%61,4) daha fazla depresyon olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Bu sonuç nakil listesine adını yazdırmak istemeyen hastaların geleceğe dair karamsar düşündüklerini bize göstermektedir.

Prediyaliz hastaları KBH’na sahip olmasalardı ailelerine böbrek vericisi olmak isteyenlerde (%60,7), istemeyenlere (%93,3) göre daha az depresyon görüldüğü ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Yatkın ( $n=33$ ) böbrek nakli için alıcı ve verici bireyler ile yaptığı çalışmada, vericilerin %84,8’inin



1. derece yakınlar olduğu sonucunu bulmuştur. Aynı zamanda nakil öncesi ve 1. ayda alıcı ve vericilerin aldıkları depresyon puanlarının 6. ve 12. aylarda giderek azaldığı sonucunu bulmuşlardır. (Yatkın 2009).

Çalışmamızda prediyaliz hasta grubunda böbrek nakli için olumlu düşünen hastalarda, düşünmeyen gruba göre daha az depresyon görüldüğü saptanmıştır fakat sonuçlarda görülmektedir ki depresyon görülme durumu olumlu düşünen hastalarda da azımsanmayacak kadar fazladır. Çalışmamızda hastaların böbrek nakline ilişkin yeterli bilgi sahibi olmaları ile depresyon görülme durumu arasında anlamlı fark olmamasına rağmen, bilgi sahibi olmayanlarda depresyon görülme oranı (%70,8) daha fazladır. Ergün (n=37 kontrol ve n=37 deney) Antalya'da böbrek nakli sürecindeki bireylere Peplau'nun danışmanlık yaklaşımı ile destekleyici sağlık hizmeti verilen deney grubunda ve kontrol grubunda depresyon ve anksiyete düzeyini araştırmıştır. Çalışma sonucunda sağlık danışmanlığı alan deney grubunda 3. ay ve 6. ayda depresyon puan ortalamalarının giderek düştüğü (3. ay 10,91; 6. ay 9,81) kontrol grubunda depresyon puan ortalamalarının arttığı (3. ay 14,78; 6. ay 16,18) saptanmıştır. (Ergün 2017). Çalışma sonuçlarına göre böbrek nakli ile ilgili yeterli bilgiye sahip olan bireylerin depresyon durumunun azaldığı düşünülebilir.

### **5.8. Prediyaliz Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri ile Umutsuzluk Durumlarının Tartışılması**

Çalışmamızda hastaların yaşları ile umutsuzluk durumları arasında anlamlı bir fark saptanmış olup 65 yaş üzerindeki hastalarda (10,29±3,47) umutsuzluk puan ortalaması, 65 yaş ve altına göre (8,81±3,51) daha yüksek bulunmuştur. Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuş olup yaş arttıkça umutsuzluk durumunun anlamlı farklılık oluşturacak şekilde arttığı belirtilmiştir. Bu durumun ilerleyen yaşlarda hastaların daha fazla ölümü düşünmeleri, kronik hastalıkların yaşamı ve tedavi sürecini zorlaştırması, hastaların sorunlarla baş etmede yetersiz kalması ve sosyal olarak desteklenmemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. (Başaran ve diğ. 2016, Şahin 2007). Çalışmamızda 65 yaş üzerindeki hastalarda gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler ve umut

faktörlerinden aldıkları puanların anlamlı düzeyde yüksek saptanması ileri yaşta olan hastaların umutsuzluk durumlarının yüksek saptanma nedenine ışık tutmaktadır.

Çalışmamızda hastaların cinsiyetlerine göre umutsuzluk durumu ve ölçeğin alt boyutlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hemodiyaliz hastaları ve transplantasyon hastaları ile yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer olarak cinsiyet ve umutsuzluk arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Andrade ve diğ. 2015, Şahin 2007, Erdem ve diğ. 2004). Çalışmamızdan farklı olarak Başaran ve diğ.'nin hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada ise cinsiyet ile umutsuzluk arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Kadın hastaların umutsuzluk puanlarının daha yüksek olmasını kadınların hastalıkları nedeniyle özellikle aile içindeki ebeveyn rollerinin olumsuz etkilenebileceğini düşünmeleri ile ilişkilendirmişlerdir. (Başaran ve diğ. 2016).

Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyleri ve umutsuzluk durumları arasında anlamlı farklılık saptanmış olup okur-yazar olmayan hastaların umutsuzluk durumları ( $11,14\pm 3,88$ ) eğitim düzeyi ilköğretim ve üzeri olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak hemodiyaliz hastalarında yapılan çalışmalarda da okur-yazar olmayan hastaların umutsuzluk durumları,  $13,28 \pm 3,16$  (Başaran ve diğ. 2016),  $11,0\pm 5,5$  (Erdem ve diğ. 2004) olarak bulunmuş ve diğer eğitim seviyelerine göre en yüksek umutsuzluk puan ortalaması olduğu görülmüştür. Bayramova ve Karadakovan'ın (2004) ( $n=132$ ) kronik hastalığı olan bireylerde umutsuzluk durumunu inceledikleri çalışmada da okur-yazar olmayan hastaların umutsuzluk durumları  $13,37\pm 4,55$  bulunmuş olup diğer eğitim seviyelerine göre en yüksek olduğu belirtilmiştir. (Bayramova ve Karadakovan 2004). Yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin hastalıkları ile ilgili bilgiye daha kolay ulaşabilmeleri ve yaşamın birçok alanında kendilerini etkin hissetmeleri nedeniyle umutsuzluk durumlarının olumlu etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda prediyaliz hastalarında, çalışmayanlarda umutsuzluk durumu ( $9,72\pm 3,47$ ), çalışan hastalara ( $8,13\pm 3,99$ ) göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Çalışmayan hastaların gelecekle ilgili duygu ve beklentiler faktöründen aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksek ( $2,28\pm 1,24$ ) saptanmıştır. Erdem ve diğ.'nin 136 hemodiyaliz hastası ile yaptıkları çalışmada ev hanımlarının ( $10,4\pm 5,1$ ),

serbest meslek yapan hastalara göre (7,3±4,4) yüksek umutsuzluk puanına sahip olduğunu bulmuşlardır. (Erdem ve diğ. 2004). Yapılan başka bir çalışmada çalışmamıza benzer olarak çalışmayan hastalarda (8±5), çalışan hastalara göre daha yüksek (5±4) umutsuzluk düzeyi saptanmıştır. (Savaşan ve diğ. 2013). Çalışan bireylerde daha fazla sosyalleşme olması, ekonomik olarak kendini özgür hissetmesi, bireyin öz saygısını yükselterek geleceğe yönelik olumlu duygular hissetmesine neden olur, bu durumun hastalarda umutsuzluğu azalttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bekar olan hastalarda (11,00±3,55), evli olan hastalara göre (9,17±3,47) umutsuzluk durumu anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0,01). Bekar olan hastalarda gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler faktörü (2,56±1,4) ve umut faktörü (2,93±2,13) anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmalarda hastaların medeni durumları ile umutsuzluk durumları arasında çalışmamızın aksine anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (Başaran ve diğ. 2016, Şahin 2007, Erdem ve diğ. 2004). Bizim çalışmamızda da bekar hastaların umutsuzluk durumlarının yüksek olmasını; çalışma grubumuzun ileri yaş olması nedeniyle eş kaybının olması ile yalnız kalmaları ve prediyaliz aşamada olmalarından dolayı RRT'lerinin hastalarda gelecek endişesi yarattığı şeklinde açıklayabiliriz. Bekar hastaların gelecek beklentilerinin az olması ve kronik hastalıklarına bağlı umut duygusunu hissedememelerinden dolayı umutsuzluk durumlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocuk sayısı 3 ve üzeri olanların (10,35±3,56), çocuk sayısı 1 ve 2 olanlara göre (8,89±3,45) umutsuzluk durumları ve umut faktöründen (2,48±2,09) aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0,01). Şahin (n=507), diyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer olarak çocuk sayısı fazla olan hastalarda, çocuk sayısı az olanlara göre umutsuzluk puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucunu bulmuştur. (Şahin 2007). Çocuk sayısının fazla olması hasta bireyin daha fazla sorumluluk duygusu hissetmesine ve çalışmamızın yaş grubu düşünüldüğünde fazla çocuğu olan bireylerin yeterli düzeyde ilgi ve bakım göremediğini düşünüp yalnızlık kalmaları nedeniyle umutsuzluk duygusunu yaşadıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda geniş aile tipi olan hastalarda ( $10,76\pm 3,49$ ), çekirdek aile tipine göre ( $8,91\pm 3,37$ ) umutsuzluk durumu puan ortalamaları ( $p<0,01$ ), gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler faktörü ( $p<0,01$ ), umut faktörü ( $p<0,05$ ) ve motivasyon kaybı ( $p<0,05$ ) faktörlerinden aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Çalışmamızın aksine Şahin'in (2007) çalışmasında diyaliz hastalarında aile tipi ve umutsuzluk durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Şahin 2007). Organ nakli bekleyen hastalar ile yapılan başka bir çalışma da aile tipi ve umutsuzluk durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Yanar 2015). Yılmaz'ın ( $n=202$ ) tip 2 diyabet hastalarının umutsuzluk düzeyleri ve özbakım gücünü araştırdığı çalışmada ise farklı olarak, aile ile birlikte yaşayan hastaların umutsuzluk puanları yalnız ve diğer şekilde yaşayanlara göre anlamlı fark oluşturacak şekilde düşük ( $7,37\pm 4,07$ ) olduğu saptanmıştır. (Yılmaz 2010).

### **5.9. Prediyaliz Hastalarının Hastalıkla İlgili Değişkenleri ile Umutsuzluk Durumlarının Tartışılması**

Çalışmamızda hastaların hastalık süreleri ile umutsuzluk durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak hastalık süresi 6-10 yıl olan hastaların umutsuzluk durumları daha düşüktür. Hastalık süresinin uzaması ile hastalığı kabullenme durumunun umutsuzluğu olumlu etkilediği düşünülmektedir. Çalışmamıza benzer olarak hemodiyaliz hastaları ile yapılan çalışmalarda hastaların diyalize girme süreleri ve hastalık sürelerinin umutsuzluk durumunu etkilemediği bulunmuştur. (Başaran ve diğ. 2016, Şahin 2007, Erdem ve diğ. 2004).

Çalışmamızda hastaların KBH evrelerine göre umutsuzluk durumları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuş ve KBH evresi 3 olan hastaların umutsuzluk puan ortalamasının ( $10,46\pm 3,14$ ), evre 2-1 olan hastalardan ( $8,71\pm 3,82$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır. KBH'da evre 3 aşamasında, evre 1-2'ye göre semptomlar daha ağır yaşanmaktadır. Bu evrede özellikle anemi bulgusunun ortaya çıkışı hastalarda yorgunluk halsizlik gibi fiziksel belirtilere yol açmaktadır. Bu belirtiler hastaların kendilerini yetersiz hissetmelerine ve hastalığın süreci hakkında endişe yaşamalarına neden olmaktadır. Bu nedenlerle; özellikle evre 3 aşamasında hastaların umutsuzluk

durumlarının en yüksek olduğu düşünülmektedir. Evre 5'te umutsuzluk puan ortalamasının evre 3'e göre daha düşük olması, hastaların böbrek naklini bir çıkış noktası olarak görmesi ve umut duygusu besledikleri şekilde düşünülebilir. Çalışmamıza benzer olarak kalp yetmezliği olan hastalar ile yapılan çalışmada; sınıf I kalp yetmezliği olan hastaların umutsuzluk durumları ( $5,27\pm 3,86$ ) sınıf III olan ( $7,82\pm 5,14$ ) hastalardan daha düşük bulunmuş olup mevcut sağlık durumunu kötü algılayan hastalarda umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. (Kımcı 2018).

Çalışmamızda başka kronik hastalığı olan hastalar ile umutsuzluk durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışmamıza benzer olarak kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada hastaların hastalık sayıları ve umutsuzluk durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamış ancak birden fazla kronik hastalığı olan bireylerde umutsuzluk durumunun daha yüksek olduğu ( $12,82\pm 4,67$ ) sonucu bulunmuştur. (Bayramova ve Karadakovan 2004).

Çalışmamızda KBH'nın ilerleyici bir hastalık olduğunu düşünen hastalarda ( $9,75\pm 3,58$ ), ilerleyici bir hastalık olduğunu düşünmeyen hastalara göre ( $7,13\pm 2,19$ ) umutsuzluk durumunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Ayrıca KBH'nın ilerleyici bir hastalık olduğunu düşünen hastalarda gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler faktörü ( $p<0,01$ ) ve umut faktörü ( $p<0,05$ ), ilerleyici bir hastalık olduğunu düşünmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir incelemede KBH tanısı almış bireylerin, sağlık profesyonellerinden, hastalığın ilerlemesi hakkında yeterli bilgi edinemedikleri ve KBH'nın ne olduğunu internetten araştırıp öğrenmeye çalıştıkları sonucu belirtilmiştir. (Teasdale ve diğ. 2017). Çalışmamızdaki hastaların KBH'nın ilerlemesi ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmamaları durumunun umutsuzluk düzeyini arttırdığı düşünülebilir.

#### **5.10. Prediyaliz Hastalarının Böbrek Nakline Bakış Açuları ile Umutsuzluk Durumlarının Tartışılması**

Çalışmamızda böbrek nakli hakkında yeterli bilgisi olan hastalarda ( $8,03\pm 3,26$ ), yeterli bilgisi olmayan hastalara göre ( $9,91\pm 3,54$ ) umutsuzluk durumu

anlamli düzeyde düşük saptanmiştir ( $p<0,01$ ). Çalışmamıza benzer olarak KBH tanısı almış ulusal nakil listesinde olan ( $n=12$ ) hastalarla yapılan nitel bir çalışmada, hastalar ilk olarak nakil listesi hakkında bilgisi olmadığını belirtmiş, daha sonra listeye yazıldığında, her gün nakil şansı olabileceği için umutlu hissettiğini belirtmiştir. (İnal ve diğ. 2018). Çalışmamızda; hastaların büyük çoğunluğunun böbrek nakli ile ilgili yeterli bilgisinin olmadığı (%80,8) sonucu bulunmuştur. Balcı ve Şahingöz'ün hemşireler ( $n=641$ ) ile yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin %53,5'inin organ bağışi hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğu sonucu bulunmuştur. (Balcı ve Şahingöz 2014). Tıp fakültesi öğrencileri ( $n=110$ ) ile yapılan bir çalışmada da ülkemizde organ bağışının yeterli olmamasının nedeni olarak organ bağışi ile ilgili bilgilendirmenin yetersiz olması, örf-adetlere uygun olmaması ve dini sebepler ile ilişkili olduğu sonucu bulunmuştur. (Toru ve Ayada 2015). Genel olarak bakıldığında toplumumuzda organ bağışi ile ilgili bilgi eksikliği olduğu sağlık mensuplarında da bilgi durumunun yetersiz olduğu görülmektedir. Böbrek nakli sonrası; hastaneye bağımlılığın azaldığı, diyalize oranla yaşam kalitesinin arttığı ve normal yaşam koşullarına yakın bir hayat tarzı sürdürüldüğünün bilinmemesinin, hastalardaki umutsuzluk durumunu arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastalığı ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşünen hastaların ( $8,77\pm 3,3$ ), böbrek nakli olmayı düşünmeyen hastalara göre ( $11,51\pm 3,46$ ) umutsuzluk durumlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Ayrıca hastalığı ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşünen hastaların gelecek ile ilgili duygu ve beklentiler faktörü ( $2,03\pm 1,16$ ) ve umut faktörü ( $1,64\pm 1,74$ ), böbrek nakli olmayı düşünmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Böbrek nakli listesine ilişkin hasta tutumlarının araştırıldığı nitel bir çalışmada ( $n=53$ ) nakil bekleme listesinde olan bir hasta; nakilden sonra normal bir ömre sahip olabileceğini, haftada üç kez makineye bağlanmasının gerekmediğini ve nakil yaptırdıktan sonra hayatta daha normal yaşayabileceğini örneğin rahat bir şekilde dışarı çıkabileceğini belirtmiştir. Hastanın bu ifadeleri böbrek nakli ile ilgili olumlu tutum sergilediğini düşündürmektedir. (Caletani ve diğ. 2014). Çalışma sonucuna göre nakil düşünen hastanın çalışmamıza benzer olarak gelecek ile ilgili duygu ve beklentilerinin ayrıca umut duygusunun olumlu olduğu karamsar olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda böbrek naklini tek çözüm yolu olarak gören hastaların ( $9,08 \pm 3,33$ ), böbrek naklini tek çözüm yolu olarak görmeyen hastalara göre ( $10,12 \pm 3,76$ ) umutsuzluk durumu anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Çalışmamıza benzer olarak, Calestani ve diğ.'nin yaptığı nitel çalışmada ( $n=53$ ) nakil bekleme listesinde olan bir hasta, organ nakli olan birini tanıdığını, çok iyi olduğunu, çalıştığını belirtmiş ve böbrek naklini tünelin sonundaki ışığa benzetmiş, umut duygusunu yansıtmıştır. (Calestani ve diğ. 2014).

Çalışmamızda birinci derece yakınlarından böbrek nakli olmak isteyen ( $8,81 \pm 3,23$ ) ve ailesinin kendisine böbrek vericisi olmak isteyeceğini belirten hastalarda ( $8,96 \pm 3,39$ ), yakınlarından böbrek nakli olmak istemeyen ( $11,03 \pm 3,75$ ) ve ailesinin böbrek vericisi olmak istemeyeceğini belirten hastalara göre ( $10,72 \pm 3,62$ ) umutsuzluk düzeyi anlamlı derecede düşük saptanmıştır ( $p < 0,01$ ). Birinci derece yakınlarından böbrek nakli olmak isteyen ve ailesininde verici olmak isteyeceğini düşünen bireylerin, geleceğe yönelik kaygı ve endişe gibi duygularının daha az olmasının umut duygularını artırdığı düşünülebilir. Ülkemizde yapılan, hemşirelerin organ bağışına bakışını inceleyen çalışmada da; çoğunluğunun (%88,8) ailelerine gerektiğinde organ bağışı yapabileceği, tanımadığı kişilere organ bağışı yapmaktada %55,4'ünün kararsız olduğu sonucu bulunmuştur. (Balcı ve Şahingöz 2014). Çalışma sonucuna göre değerlendirildiğinde aileler birinci dereceden hasta yakınlarına verici olmayı genellikle kabul etmektedir. Bu nedenle bunu öngören hastalarımızın umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu söylenebilir. Çalışmamızın aksine, Calestani ve diğ.'nin yaptığı nitel çalışmada ise hastalar, verici olması durumunda yakınlarının kendilerinin pozisyonlarına düşeceğinden korktuklarını ifade etmişleridir. Çalışma sonucunda, birinci derece yakınlarından nakil olmak istemeyen hastaların bu gibi endişeleri olabileceği bu nedenle hastaların çoğunluğunun kadavra nakil listesine yazıldığı raporlanmıştır. (Calestani ve diğ. 2014).

Çalışmamızda böbrek nakli olabilmek için nakil listesine yazılmak isteyen hastaların ( $8,73 \pm 3,26$ ), listeye yazılmak istemeyen hastalara göre ( $12,14 \pm 3,21$ ) umutsuzluk düzeyi anlamlı derecede düşük saptanmıştır ( $p < 0,01$ ). Yapılan nitel çalışmada nakil bekleme listesine alınmayan ya da listedeyken askıya alınan hastaların bu durumun kendileri için çok üzücü bir sonuç olduğunu belirtmişlerdir.

(Calestani ve diğ. 2014). Diğ. bir çalışmada da hastaların böbrek nakline ilgisinin olduğunu ve nakille birlikte hayata dönecekleri görüşü belirtilmiş olup sonuçlar çalışmamız ile benzer bulunmuştur. (Devitt ve diğ. 2017). Ayrıca alışmamızda KBH'sı olmasaydı ailelerine böbrek vericisi olmak isteyen hastalarda ( $9,08\pm 3,47$ ), verici olmak istemeyen hastalara göre ( $11,24\pm 3,37$ ) umutsuzluk düzeyi anlamlı derecede düşük saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Bu sonuç olumlu düşünen hastaların umutsuzluk durumlarının daha düşük olduğunu göstermektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda; prediyaliz hastalarının depresyon, umutsuzluk durumları ve böbrek nakline bakış açıları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur;

❖ Hastaların yaş ortalaması  $64,29 \pm 12,03$  olup %52,9'u erkektir. %69,7'si ilköğretim mezunu, %37'si fazla kilolu/obezdir (Tablo 4.1);

❖ Prediyaliz hastalarının %39,9'u 2-5 yıldır KBH hastası, %96,2'sinde başka bir kronik hastalık olduğu, %81,7'sinde ailede KBH olmadığı saptanmıştır. Hastaların %92,3'ünün KBH'nın ilerleyici bir hastalık olduğunu bildiği, %54,8'inin hastalıklarından dolayı endişe duymadığı sonucu bulunmuştur (Tablo 4.2);

❖ Çalışmamızda hastaların %80,8'inin böbrek nakli hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı, %71,6'sının böbrek nakli olmayı düşündüğü, %70,7'sinin hem canlı vericiden hem de kadavra vericiden böbrek nakli olmak istediği bulunmuştur. Hastaların %66,8'i birinci derece yakınlarından böbrek nakli olmak istediğini ifade etmiştir (Tablo 4.3);

❖ Prediyaliz hastalarının, Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması  $17,67 \pm 11,53$  olup hastaların %67,8'inde depresyon olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.1);

❖ Prediyaliz hastalarının, Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamasının  $9,55 \pm 3,56$  olduğu, "Gelecekle İlgili Duygu ve Beklenti" alt boyutundan alınan ortalama puan  $2,22 \pm 1,25$ , "Motivasyon Kaybı" alt boyutundan alınan ortalama puan  $5,24 \pm 1,89$ , "Umut" faktöründen alınan ortalama puan ise  $2,08 \pm 1,98$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.1);

❖ Hastaların depresyon puanı ile umutsuzluk durumu arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r=0.389$ ;  $p<0,01$ ) (Tablo 4.4.2);

❖ Hastaların depresyon görülme durumunu yaş, cinsiyet, aylık gelir düzeyi, çocuk sayısı ve alkol kullanma ve hastalığından dolayı endişe yaşama durumunun etkilediği saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.5);

❖ Hastaların depresyon görülme durumunu eğitim, çalışma durumu, sosyal güvence, medeni durum, aile tipi, yaşantının geçtiği yer, sigara kullanımı ve beden kitle endeksi etkilememektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.5);

❖ Hastaların hastalık süresi, böbrek yetmezliği evresi, başka kronik hastalık olma durumunun depresyonu etkilemediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.6);

❖ Böbrek nakli olmayı düşünme, birinci derece yakınlarından böbrek nakli olmayı isteme, ailesinin kendisine böbrek nakli vericisi olmasını isteme ve organ nakil listesine yazılma durumunun depresyonu etkilediği saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Böbrek nakli hakkında yeterli bilgi sahibi olmanın ise hastalarda depresyon durumunu etkilemediği saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.7);

❖ Prediyaliz hastalarının umutsuzluk durumunu; yaş, medeni durum, çocuk sayısı ve aile tipinin etkilediği saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Cinsiyetin hastaların umutsuzluk durumlarını etkilemediği ancak kadınların umutsuzluk puan ortalamasının  $9,60\pm 3,66$  olarak erkeklerden biraz daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.8);

❖ Prediyaliz hastalarının hastalık sürelerinin umutsuzluk durumlarını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.9);

❖ KBH'nın ilerleyici bir hastalık olduğunu düşünme durumu hastaların umutsuzluk durumunu etkilemekte olup, KBH'nın ilerleyici bir hastalık olduğunu düşünen hastalarda  $9,75\pm 3,58$  puan ortalaması ile daha yüksek düzeyde umutsuzluk saptanmıştır ( $p<0,01$ ). Ayrıca KBH evresinde umutsuzluk durumunu etkilemiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.9);

❖ Böbrek nakli hakkında yeterli bilgi sahibi olma, birinci derece yakınlarından böbrek nakli olmayı isteme ve organ nakil listesine yazılmayı isteme durumunun hastaların umutsuzluk durumunu etkilediği saptanmıştır ( $p<0,01$ ) (Tablo 4.10),

❖ Hastaların KBH'sı olmasaydı gerektiğinde ailesine böbrek vericisi olmayı isteme durumunun umutsuzluk düzeyini etkilediğinsonucu bulunmuştur ( $p<0,01$ ) (Tablo 4.10).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

❖ Prediyaliz hastalarıyla yapılan yeterli çalışma olmadığı için çalışmamız çoğunlukla hemodiyaliz ve tranplant alıcıları ile karşılaştırıldığından bu konuya ağırlık verilmesi,

❖ Prediyaliz hastalarına takipleri sırasında, psikolojik değerlendirilmelerinin yapılması gerekmekte olup RRT'leri hakkında yeterli bilgi verilmesi ve böbrek naklinin öneminin vurgulanması,

❖ Hasta ve hasta yakınları ile sürekli etkileşim halinde bulunan sağlık çalışanlarına, komorbid hastalıkların önemini, böbrek üzerindeki etkilerini içeren eğitimler düzenlenmesi, organ bağışısı konusunda bilgilendirme yapılması,

❖ Topluma KBH hakkında bilgi verilmesi, HT ve DM'nin kontrol altında tutulmasının böbrekler üzerindeki önemini anlatılması, ilaç kullanımı, diyet ve egzersizin, hastalıkların kontrolündeki önemini içeren eğitimler düzenlenmesi,

❖ Organ nakli bekleyen hastaların bilgi ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri merkezlerin kurulması ve organ naklinin teşviki için gerekli düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- ACAR, D. 2018. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Tedaviye Uyumla İlişkili Faktörler: Anksiyete, Depresyon, Hastalık Algısı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. Aydın.
- AÇIKGÖZ, HE., TÜYSÜZ, Ö., SARANDÖL, E., DİRİCAN M. 2013. Glomerüler Filtrasyon Hızı Tahmininde MDRD Formülünün Kreatinin Klirensi ile Karşılaştırılması. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*. 11(1): 21-29.
- ADJEİ, DN., STRONKS, K., ADU, D., SNİJDER, MB., MODESTİ, PA., PETERS, RJG., VOGT, L., AGYEMANG, C. 2017. Relationship Between Educational and Occupational Levels and Chronic Kidney Disease in a Multi-Ethnic Sample-The HELIUS Study. *Plos One*. 12(11): 1-14.
- AK, M., ÖZMENLER, KN., BOZKURT, A. 2006. Depresyon Hastalarında Belirti Şiddeti ve Umutsuzluğun İntihar Davranışı Üzerindeki Etkisi. *Kriz Dergisi*. 14(3): 1-7.
- AKPOLAT, T., UTAŞ, C. 2001. Hemodiyaliz Hemşiresi El Kitabı. Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş. 2. Baskı İstanbul, 1-267.
- ALAMRİ, SH., BARI, Aİ., ALİ, AT. 2017. Depression and Associated Factors in Hospitalized Elderly; A Cross-Sectional Study in A Saudi Teaching Hospital. *Annals of Saudi Medicine*. 37(2): 122-129.
- ALKAN, R., UZ, E., ŞAHİN BALÇIK, Ö., UZ, B., BAYRAM, Y., 2010. Son Dönem Böbrek Hastalığı Her Zaman Semptomatik midir?. Is End-Stage Renal Disease Always Symptomatic?. *Klinik Ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*. 1(3): 216-218.
- ANDRADE, SV., SESSO, R., DİNİZ, DHM. 2015. Hopelessness, Suicide İdeation and Depression in Chronic Kidney Disease Patients on Hemodialysis or Transplant Recipients. *Brazilian Journal of Nephrology*. 37(1): 55-63.
- ANGI, U. 2018. Üniversite Öğrencilerinde Umutsuzluk Düzeyleriyle Depresyon ve Anksiyete Belirtilerinin İlişkinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul.
- ARSLANTAŞ, H., ADANA, F., KAYA, F., TURAN, D. 2010. Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 18(2): 87-97.
- ATBAŞOĞLU, EC., GÜLÖKSÜZ, S. 2013. Bilim, Psikiyatri, DSM'ler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 24(3): 202-212.
- AYDEMİR, Ç., KASIM, İ., CEBECİ, S., GÖKA, E., TÜZER, V. 2002. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. *Kriz Dergisi*. 10(2): 29-39.
- AYDIN, Z. 2014. Diyaliz Tedavisi Öncesinde Uygulanan Sistemik Eğitimin Hastaların Klinik Sonuçlarına Etkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. İstanbul.
- BAKTİROĞLU, G. 2010. Hemodiyalize Giren ve Girmeyen Kronik Böbrek Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji. İstanbul.

- BALCI, E., ŞAHİNGÖZ, M. 2014. Hemşirelerin Organ Bağışına Bakışları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 36: 503-511.
- BAŞARAN, D., ŞAHİN ALTUN, Ö., KABAN, F., ECDER, T. 2016. Hemodiyaliz Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 1: 9-16.
- BAUTOVICH, A., KATZ, I., SMITH, M., LOO, CK., HARVEY, SB. 2014. Depression and Chronic Kidney Disease: A Review for Clinicians. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 48(6): 530-541.
- BAYRAMOVA, N., KARADAKOVAN, A. 2004. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Umutsuzluk Durumlarının İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 7(2): 39-47.
- BEZERRA, CIL., SİLVA, BC., ELÍAS, RM. 2018. Decision-Making Process in the Pre-dialysis CKD Patients: Do Anxiety, Stress and Depression Matter? *BMC Nephrology*. 19(1): 98.
- BULANTEKİN, Ö. 2008. Prediyaliz Hasta Grubunda Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Afyonkarahisar.
- BULANTEKİN, Ö., DEMİR, S. 2011. Prediyaliz Hasta Grubunda Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Farklı mıdır?. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 10(4): 389-396.
- CALESTANİ, M., TONKİN-CRİNE, S., PRUTHİ, R., LEYDON, G., RAVANAN, R., BRADLEY, JA., TOMSON, CR., FORSYTHE, JL., ONİSCU, GC., BRADLEY, C., CAIRNS, J., DUDLEY, C., WATSON, C., DRAPER, H., JOHNSON, RJ., METCALFE, W., FOGARTY, DG., RODERİCK, P.; ATTOM INVESTİGATORS. 2014. Patients Attitudes Towards Kidney Transplant Listing: Qualitative Findings From the ATTOM Study. *Nephrology, Dialysis Transplantation*. 29(11): 2144-2150.
- CİLAKER MICİLİ, S., ERGÜR, BU., ÖZOĞUL, C., SARIOĞLU, S., BAĞRIYANIK, A., TUĞYAN, K., PEKÇETİN, Ç., SÖNMEZ, Ü., TEKMEK, I., ERBİL, G., GÜNER AKDOĞAN, G., ÖZYURT, D., BULDAN, Z. 2012. Deneysel Hipertansiyon ve Diyabet Modeli Oluşturulan Sıçanlarda Böbreğin İmmunohistokimyasal Olarak İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 26(2): 91-101.
- CUKOR, D., PETERSON, RA., COHEN, SD., KİMMEL, PL. 2006. Depression in End-Stage Renal Disease Hemodialysis Patients. *Nature Clinical Practice. Nephrology*. 2(12): 678-687.
- CUKOR, D., HALEN, NV., ASHER, DR., COPLAN, JD., WEEDON, J., WYKA, KE., SAGGİ, SJ., KİMMEL, PL. 2014. Psychosocial Intervention Improves Depression, Quality of Life and Fluid Adherence in Hemodialysis. *Journal of The American Society of Nephrology*. 25(1): 196-206.
- CÜRCANİ, M., TAN, M. 2010. Diyaliz Hastalarının Böbrek Nakli Konusundaki Bilgi ve Tutumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(4): 59-64.
- ÇELİK, HC., ACAR, T. 2007. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 12(1): 23-27.
- DADALI, Z. 2009. Hemodiyaliz ve Prediyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 13. Psikiyatri Birimi. İstanbul.
- DEVİTT, J., ANDERSON, K., CUNNINGHAM, J., PREECE, C., SNELLİNG, P., CASS, A. 2017. Difficult Conversations: Australian Indigenous Patients' Views on Kidney Transplantation. *BMC Nephrology*. 18 (310): 1-14.

- DİLBAZ, N., SEBER, G.1993. Umutsuzluk Kavramı: Depresyonda ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi*. 1(3): 134-138.
- DOĞAN, S., KELLEÇİ, M. 2004. Fiziksel Hastalık Nedeni ile Hastanede Yatan Bireylerin Bazı Tanı Gruplarına Göre Umutsuzluk Düzeyleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 13(52): 23-37.
- DURAK, A., PALABIYIKOĞLU, R. 1994. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz Dergisi*. 2(2): 311-319.
- DURAN, S., GÜNGÖR, E. 2015. Diyaliz Hastalarının Duygusal ve Sosyal Sorunlarının Belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 41(2): 59-63.
- ERBAY, E., ZENGİN, O., YILDIRIM, B., YILDIRIM, T., ABUDALAL, A. 2016. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Kaygı Düzeyleri ve Başetme Tutumları: Hacettepe Üniversitesi Nefroloji Bilim Dalı Örneği. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 25(1): 95-99.
- ERDEM, N., KARABULUTLU, E., OKANLI, A., TAN, M. 2004. Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. S: 1-14.
- ERGÜN, G. 2017. Böbrek Nakli Sürecindeki Bireylere Peplau'nun Danışmanlık Yaklaşımıyla Verilen Destekleyici Sağlık Hizmetinin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 19(2): 41-56.
- EROL, N. 2010. Diyaliz Tedavisine Başlanmayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları ile Hemodiyaliz Tedavisi Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisan Tezi. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- ERSOY, FF. Hemodiyalizin Fiziksel Temelleri. AKPOLAT, T., UTAŞ, C. 2010. *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı* 3. Ceylan Ofset, Samsun. S: 1-5.
- ERSOY, A., İLKAYA, S., KAR, G., EREK, M., ŞENOL, E., VURUŞKAN, H. 2006. Preemptif ve Non-Preemptif Renal Transplant Alıcılarının Sonuçlarının Karşılaştırılması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 32(3): 83-86.
- ESEN, B., SAĞLAM GÖKMEN, E., ATAY, AE., SARI, H., KARAKOÇ, A., KAHVECİOĞLU, S., KAYABAŞI, H., ŞİT, D. 2015. Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavilerine Göre Anksiyete ve Depresyonun Varlığı ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Trasplantasyon Dergisi*. 24(3): 270-277.
- EUROPEAN RENAL ASSOCIATION- EUROPEAN DIALYSIS and TRANSPLANT ASSOCIATION. 2018. The Hidden Epidemic: Worldwide, Over 850 Million People Suffer From Kidney Diseases. ([[http://www.era-edta.org/press/180626\\_Prevalence\\_Data\\_Project.pdf](http://www.era-edta.org/press/180626_Prevalence_Data_Project.pdf)]). (Erişim Tarihi:28.02.2019).
- EVANS, M., GRAMS, ME., SANG, Y., ASTOR, BC., BLANKESTIJN, PJ., BRUNSKILL, NJ., COLLINS, JF., KALRA, PA., KOVESDY, CP., LEVIN, A., MARK, PB., MORANNE, O., RAO, P., RIOS, PG., SCHNEIDER, MP., SHALEV, V., ZHANG, H., CHANG, AR., GANSEVOORT, RT., MATSUSHITA, K., ZHANG, L., ECKARDT, KU., HEMMELGARN, B., WHEELER, DC. 2018. Risk Faktors for Prognosis in Patients With Severely Decreased GFR. *Kidney International Reports*. 3(3): 625-637.
- FARAH, SS., ALHAJİ, MM., AHMED, D., ALAM, S., JOHAN, NH., ZULKİPLİ, IN., KHALİL, MA., TAN, J. 2018. Barriers to Kidney Transplantation as a Choice of Renal Replacement Therapy. *Transplantation Proceedings*. 50: 3165-3171.
- FIRAT, FA., DEDELİ, Ö. 2016. Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 7(14): 153-161.

- GAGNON, LM., PATTEN, SB. 2002. Major Depression and Its Association With Long-Term Medical Conditions. *Canadian Journal of Psychiatry*. 47(2): 149-152.
- GIACOMAN, SL., MADERO, M. 2015. Biomarkers in Chronic Kidney Disease, From Kidney Function to Kidney Damage. *World Journal of Nephrology*. 4(1): 57-73.
- GOH, ZS., GRİVA, K. 2018. Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges - a narrative review. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*. 11: 93-102.
- GÖRGEL, AF., YILMAZ, T., KESLER, F., AYDIN, G., YAVUZ COŞKUN, Y., DEMİRCİOĞLU, D., İNANÇ, E., ALTUNÖREN, O., GÜNGÖR, Ö., YILMAZ, Mİ. 2016. Hemodiyaliz Hastalarının Böbrek Nakline Bakış Açısı. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. S:1-4.
- GÜL, A., ÜSTÜNDAĞ, H., ZENGİN, N. 2010. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 20(1): 7-11.
- GÜNCEL TÜRKÇE SÖZLÜK TÜRK DİL KURUMU. (<http://www.tdk.gov.tr/>). (Erişim Tarihi: 15.03.2019).
- GÜNGÖRMÜŞ, Z., DAYAPOĞLU, N. 2014. The Knowledge, Attitude and Behaviour of Individuals Regarding Organ Donations. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 13(2): 133-140.
- HALL, ME., CARMO, JM., SİLVA, AA., JUNCOS, LA., WANG, Z., HALL, JE. 2014. Obesity, Hypertension and Chronic Kidney Disease. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*. 7: 75-88.
- HANSON, CS., CHADBAN, SJ., CHAPMAN, JR., CRAIG, JC., WONG, G., RALPH, AF., TONG, A. 2015. The Expectations and Attitudes of Patients With Chronic Kidney Disease Toward Living Kidney Donor Transplantation: A Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *Transplantation*. 99(3): 540-554.
- HAROUN, MK., JAAR, BG., HOFFMAN, SC., COMSTOCK, GW., KLAG, MJ., CORESH, J. 2003. Risk Factors for Chronic Kidney Disease: A Prospective Study of 23,534 Men and Women in Washington County, Maryland. *Journal of the American Society of Nephrology*. 14(11): 2934-2941.
- HİSLİ, N. 1988. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*. 6(22): 118-126.
- HİSLİ, N. 1989. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 7(23): 3-13.
- HOMMOS, MS., GLASSOCK, RJ., RULE, AD. 2017. Structural and Functional Changes in Human Kidneys With Healthy Aging. *Journal of the American Society of Nephrology*. 28(10): 2838-2844.
- HOU, Y., Lİ, X., YANG, L., LİU, C., WU, H., XU, Y., YANG, F., DU, Y. 2014. Factors Associated With Depression and Anxiety in Patients With End-Stage Renal Disease Receiving Maintenance Hemodialysis. *International Urology and Nephrology*. 46(8): 1645-1649.
- IQBAL, MM., HOSSAİN, RM., HOSSAİN, K., FAROQUE, MO., ISLAM, S., IQBAL, S., CHOWDHURY, MA. 2018. Knowledge, Attitude and Perception About Renal Transplantation of CKD Patients, Caregivers and General Population. *Transplantation Proceedings*. 50: 2323-2326.
- İNAL, R., TAZE, SS., YAYLA, R. 2018. Ulusal Böbrek Nakli Bekleme Listesinde Olan Hastaların Duygu Durumlarının Değerlendirilmesi. Evaluation of Emotional State of The Patients on

- The National Cadaveric Donor List. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 1(13): 1-8.
- İNÇİ, A., ÇOBAN, M., SARIKAYA, M., MADEN, Ü. 2017. Prediyaliz Kronik Böbrek Hastalarında Kesitsel Bir Çalışma: Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 18: 130-135.
- JONG, IC., TSAİ, HB., LİN, CH., MA, TL., GUO, HR., HUNG, PH., HUNG, KY. 2017. Close Correlation Between The Ankle-Brachial İndex and Symptoms of Depression in Hemodialysis Patients. *İnternational Urology and Nephrology*. 49(8): 1463-1470.
- JUN, M., LV, J., PERKOVİC, V., JARDİNE, MJ. 2011. Managing Cardiovascular Risk in People With Chronic Kidney Disease: A Review of The Evidence From Randomized Controlled Trials. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. 2(4): 265-278.
- KARADENİZ, G. 2008. Kronik Böbrek Hastalığının İlerlemesinin Önlenmesi ve Yönetimi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. Ocak-Nisan. S: 1-5.
- KASİSKE, BL., SNYDER, JJ., MATAS, AJ., ELLİSON, MD., GİLL, JS., KAUSZ, AT. 2002.: The Advantage and The Advantaged. *Journal of The American Society of Nephrology: JASN*. 13(5): 1358-1364.
- KENDLER, KS., GARDNER, CO. 2014. Sex Differences in the Pathways to Major Depression: A Study of Opposite-Sex Twin Pairs. *The American Journal of Psychiatry*. 171(4): 426-435.
- KESKİN, B. 2015. Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Almış Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Düzeyleri, Algılanan Duygu Dışavurum Düzeyleri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Programı. İstanbul.
- KINICI, E. 2018. Kalp Yetersizliği Hastalarının Umutsuzluk Düzeyi, Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı. Edirne.
- KIRIKÇI, G. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavisi Seçenekleri. ERTÜRK, J., KORKMAZ, R., ŞENTÜRK, S. 2009. *Periton Diyalizi El Kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı- Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları, 2. Baskı. S: 20-28.
- KIZILCIK, Z. 2009. Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı.
- KİMMEL, PL., CUKOR, D., COHEN, SD., PETERSON, RA. 2007. Depression in End-Stage Renal Disease Patients: A Critical Review. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 14(4): 328-334.
- KİNG-WİNG MA, T., KAM-TAO Lİ, P. 2016. Depression in Dialysis Patients. *Nephrology (Carlton, Vic.)*. 21(8): 639-646.
- KOVACS, AZ., MOLNAR, MZ., SZEİFERT, L., AMBRUS, C., MOLNAR-VARGA, M., SZENTKİRALYI, A., MUCSİ, I., NOVAK, M. 2011. Sleep Disorders, Depressive Symptoms and Health-Related Quality of Life—A Cross-Sectional Comparison Between Kidney Transplant Recipients and Waitlisted Patients on Maintenance Dialysis. *Nephrology, Dialysis Transplantation*. 26(3): 1058-1065.
- KOVESDY, CP., ANDERSON, JE., KALANTAR-ZADEH, K. 2009. Association of Serum Bicarbonate Levels With Mortality in Patients With Non-Dialysis-Dependent CKD. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 24(4): 1232-1237.



- KÖROĞLU, E. 2015. Depresyon. Psikiyatri Başvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği (HYB) Basın Yayın Ofset. 3. Baskı Ankara. S: 37-99.
- LAWLER, EV., BRADBURY, BD., FONDA, JR., GAZIANO, JM., GAGNON, DR. 2010. Transfusion Burden Among Patients With Chronic Kidney Disease and Anemia. *Clinical Journal of American Society of Nephrology*. 5(4): 667-672.
- LEE, YJ., KİM, MS., CHO, S., KİM, SR. 2013. Association of Depression and Anxiety With Reduced Quality of Life in Patients With Predialysis Chronic Kidney Disease. *International Journal of Clinical Practice*. 67(4): 363-368.
- LENTİNE, KL., SCHNITZLER, MA., XIAO, H., AXELROD, D., DAVIS, CL., MCCABE, M., BRENNAN, DC., LEANDER, S., GARG, AX., WATERMAN, A. 2012. Depression Diagnoses After Living Kidney Donation: Linking United States Registry Data and Administrative Claims. *Transplantation*. 94(1): 77-83.
- LEVEY, AS., CORESH, J., BALK, E., KAUSZ, AT., LEVIN, A., STEFFES, MW., HOGG, RJ., PERRONE, RD., LAU, J., EKNOYAN, G., NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. 2003. National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Annals of Internal Medicine*. 139(2): 137-147.
- LEVEY, AS., ECKARDT, KU., TSUKAMOTO, Y., LEVIN, A., CORESH, J., ROSSERT, J., ZEEUW, DDE., HOSTETTER, TH., LAMEIRE, N., EKNOYAN, G. 2005. Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from kidney disease improving global outcomes (KDIGO). *Kidney International*. 67(6): 2089-2100.
- LEVEY, AS., STEVENS, LA., SCHMID, CH., ZHANG, YL., CASTRO III, AF., FELDMAN, HI., KUSEK, JW., EGGERS, P., LENTE, FV., GREENE, T., CORESH, J. 2009. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. *Annals of Internal Medicine*. 150(9): 604-612.
- LOPES, A., FRADE, IC., TEIXEIRA, L., OLIVEIRA, C., ALMEIDA, M., DIAS, L., HENRIQUEZ, AC. 2011. Depression and Anxiety in Living Kidney Donation: Evaluation of Donors and Recipients. *Transplantation Proceedings*. 43(1): 131-136.
- LUIZ, RdaS., SILVA, KAS., RAMPASO, RR., ANTONIO, EL., MONTEMOR, J., BOCALINI, DS., SANTOS, LD., MOURA, L., TUCCI, PJF., DE ABREU, NP., SCHOR, N. 2013. Exercise Attenuates Renal Dysfunction with Preservation of Myocardial Function in Chronic Kidney Disease. *Plos One*. 8(2): e55363
- MAURER, DM. 2012. Screening for Depression. *American Family Physician*. 85(2): 139-144.
- MYSTAKIDOU, K., TSILIKA, D., PARPA, E., PATHIAKI, M., PATIRAKI, D., GALANOS, A., VLOHOS, L. 2007. Exploring the Relationships Between Depression, Hopelessness, Cognitive Status, Pain and Spirituality in Patients With Advanced Cancer. *Archives of Psychiatric Nursing*. 21(3): 150-161.
- NAH, R., ROBERTSON, N., NIYI-ODUMOSU, FA., CLARKE, AL., BISHOP, NC., SMITH, AC. 2019. Relationships Between Illness Representations, Physical Activity and Depression in Chronic Kidney Disease. *Journal of Renal Care*. S: 1-9.
- NAKİBOĞLU, A. 2017. İktisat Bölümünde Okuyan Öğrencilerin İktisat Bölümünü Seçme Nedenleri ve Beklentilerinin İncelenmesi. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 10(2): 1-10.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION – KIDNEY DISEASE OUTCOMES QUALITY INITIATIVE. 2002. Guidelines and Commentaries, Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification.

([http://kidneyfoundation.cachefly.net/professionals/KDOQI/guidelines\\_ckd/index.htm](http://kidneyfoundation.cachefly.net/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/index.htm)).  
(Erişim Tarihi:28.02.2019).

- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION – KIDNEY DISEASE IMPROVING GLOBAL OUTCOMES CKD WORK GROUP. KDIGO 2012. 2013. Clinical Practice Guideline for The Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*. 3(1): 1-150.
- ÖZÇÜRÜMEZ, G., TANRIVERDİ, N., ZİLELİ, L. 2003. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 14(1): 72-80.
- ÖZÇÜRÜMEZ, G., TANRIVERDİ, N., ZİLELİ, L. 2003. Böbrek Transplantasyonu ve Psikiyatri. *Klinik Psikiyatri*. 6: 225-234.
- ÖZTÜRK, O., ULUŞAHİN, A. 2016. Çökkünlük (Depresyon). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti. 14. Baskı. Ankara. S: 264-276.
- PARSAEİ MEHR, Z., HAMİ, M., MOSHTAGH, ESHGH, Z. 2011. Anxiety and Depression: A Comparison Between Living and Cadaveric Renal Transplant Recipients. *International Journal of Organ Transplantation Medicine*. 2(4): 178-183.
- PENG, T., HU, Z., GUO, L., XIA, Q., LI, D., YANG, X. 2013. Relationship Between Psychiatric Disorders and Quality of Life İn Nondialysis Patients With Chronic Kidney Disease. *The American Journal of The Medical Sciences*. 345(3): 218-221.
- RADWAN, DN., SANY, DH., ELMİSSİRY, AA., SHAHAWY, YE., FEKRY, W. 2013. Screening for Depression and Associated Risk Factors Among Egyptian End-Stage Renal Disease Patients on Hemodialysis. *Middle East Current Psychiatry*. 20: 183-190.)
- RİCCİ, Z., ROMAGNOLİ, S., RONCO, C. 2016. Renal Replacement Therapy. *F1000 Research*.5(F1000 Faculty Rev). S:1-13.
- SAVAŞAN, A., AYTEN, M., ERGENE, O. 2013. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 4(1): 1-6.
- SEBER, G., DİLBAZ, N., KAPTANOĞLU, C., TEKİN, D. 1993. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliği. *Kriz Dergisi*. 1(3): 139-142.
- SERTÖZ, ÖÖ., METE, HE. 2004. Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri*. Ek 2: 63-69.
- SEYAHİ, N., ATEŞ, K., SÜLEYMANLAR, G. 2018. Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2016 Yılı Özet Raporu. Current Status of Renal Replacement Therapies in Turkey: Summary of Turkish Society of Nephrology Registry 2016 Report. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 27(2): 133-139.
- SEZER, S., UYAR, ME., BAL, Z., TUTAL, E., ÖZDEMİR ACAR, FN. 2013. The İnfluence of Socioeconomic Factors on Depression in Maintenance Hemodialysis Patients and Their Caregivers. *Clinical Nephrology*. 80(5): 342-348.
- SUET-CHİNG, WL.2001. The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *Journal of Advanced Nursing*. 35(2): 218-227.
- SÜLEYMANLAR, G., UTAŞ, C., ARINSOY,T., ATEŞ, K., ALTUN, B., ALTIPARMAK, MR., ECDER, T., YILMAZ, ME., ÇAMSARI, T., BAŞÇI, A., SERDENGEÇTİ, K. 2011. A Population-Based Survey of Chronic Renal Disease in Turkey- The CREDIT Study. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 26(6): 1862-1871.

- ŞAHİN, S. 2007. Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut-Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kayseri.
- ŞEN, A. Aletli Periton Diyalizi. ERTÜRK, J., KORKMAZ, R., ŞENTÜRK, S. 2009. *Periton Diyalizi El Kitabı*. T.C. Sağlık Bakanlığı- Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Yayınları. 2. Baskı: 175-180.
- ŞENTÜRK, A., LEVENT, BA., TAMAM, L. 2000. Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikopatoloji. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*. 17(3): 163-172.
- ŞENTÜRK, A., TAMAM, L., LEVENT, BA. 2000. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Uygulanan Tedavilerin Psikiyatrik Etkileri ve Tedavisi. *Arşiv* 9. 49: 49-67.
- TANGRİ, N., STEVENS, LA., GRİFFİTH, J., TİGHİOUART, H., DJURDJEV, O., NAİMARK, D., LEVİN, A., LEVEY, AS. 2011. A Predictive Model for Progression of Chronic Kidney Disease to Kidney Failure. *Jama*. 305(15): 1553-1559.
- TANRIVERDİ, M, H., KARADAĞ, A., HATİPOĞLU, E, Ş., 2010. Kronik Böbrek Yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2(2): 27-32.
- TARSUSLU ŞİMŞEK, T., TÜTÜN YÜMİN, E., SERTEL, M., ÖZTÜRK, A., YÜMİN, M. 2010. Kadın ve Erkek Yaşlı Bireylerde Depresyonun Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Yaşam Memnuniyeti Üzerine Etkisi . *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*. 24(3): 147-153.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU. 2014. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017). Ankara: Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti: 2-15.
- TEASDALE, EJ., LEYDON, G., FRASER, S., RODERICK, P., TAAL, MW., TONKİN-CRİNE, S. 2017. Patients Experiences After CKD Diagnosis: A Meta-Ethnographic Study and Systematic Review. *American Journal of Kidney Diseases: the Official Journal of the National Kidney Foundation*. 70(5): 656-665.
- TEZEL, A., KARABULUTLU, E., ŞAHİN, Ö. 2011. Depression and Perceived Social Support From Family in Turkish Patients With Chronic Renal Failure Treated By Hemodialysis. *Journal of Research in Medical Sciences*. 16(5): 666-673.
- TORU, Ü., AYADA, C. 2015. Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Organ Bağışı ve Transplantasyona Bakış Açılı. *Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi*. 3(1): 15-19.
- TSAİ, YC., CHİU, YW., HUNG,CC., HWANG, SJ., TSAİ, JC., WANG, SL., LİN, MY., CHEN, HC. 2012. Association of Symptoms of Depression With Progression of CKD. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of The National Kidney Foundation*. 60(1): 54-61.
- TUOT, DS., LİN, F., NORRİS, K., GASSMAN, J., SMOGORZEWSKİ, M., KU, E. 2019. Depressive Symptoms Associate With Race and All-Cause Mortality in Patients With CKD. *Kidney International Reports*. 4(2): 222-230.
- TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ YAYINLARI.2018. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Registry 2017. *T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu*. Ankara. S: 49-60.
- ULU, SM., POLAT, M., AHSEN, A., YÜKSEL, Ş. 2015. Sistatin C’nin Kullanıldığı Bilimsel Çalışmalar: Türkiye’den Bir Bakış. Scientific Publications Concerning Cystatin C: A Glimpse From Turkey. *Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal*. 24(1): 6-9.

- UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM. 2018. Annual Data Report Highlights. ([<https://www.usrds.org/adrhhighlights.aspx>]). (Erişim Tarihi:28.02.2019)
- UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM. 2017. Annual Data Report Chapters. End-stage Renal Disease (ESRD) in the United States. International Comparisons. ([[https://www.usrds.org/2017/view/v2\\_11.aspx](https://www.usrds.org/2017/view/v2_11.aspx)]). (Erişim Tarihi: 28.02.2019)
- UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM. 2017. Annual Data Report Chapters. CKD in the General Population Chronic Kidney Disease (CKD) in the United States. ([<https://www.usrds.org/2017/view/Default.aspx>]). ( Erişim Tarihi: 28.02.2019)
- VAROL, E., KARACA-SİVRİKAYA, S. 2018. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 8(2): 89-96.
- VİRZİ, A., SİGNORELLİ, MS., VEROUX, M., GIAMMARRESİ, G., MAUGERİ, S., NİCOLETTİ, A., VEROUX, P. 2007. Depression and Quality of Life İn Living Related Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings*. 39(6): 1791-1793.
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON. 2017. Mental Health. Depression: Let's Talk. ([[https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/)]). (Erişim Tarihi:04.02.2019)
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON. 2019. Noncommunicable Diseases and Their Risk Factors. ([<https://www.who.int/ncds/en/>]). (Erişim Tarihi: 05.02.2017).
- YANAR, M. 2015. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hasta ve Yakınlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- YATKIN, I. 2009. Renal Transplantasyon Hastalarında ve Vericilerinde Transplantasyon Öncesi ve Sonrasında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği. İstanbul.
- YAVUZ, D., YAVUZ, R., ALTUNOĞLU, A. 2012. Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar. The Psychiatric Disorders In Hemodialysis Patients. *Turkish Medical Journal*. 6(1): 33-37.
- YILMAZ, E. 2010. Tip 2 Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeyleri ve Özbakım Gücü İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. İstanbul.
- ZHANG, QL., ROTHENBACHER, D. 2008. Prevalence of Chronic Kidney Disease in Population-Based Studies: Systematic Review. *Bio Med Central Public Health*. 8(117): 1-13.
- ZHAO, ZM., DONG, FF., QIU, HZ., LI, D. 2018. Quality of Life, Adherence Behavior and Social Support Among Renal Transplant Recipients in China: A Descriptive Correlational Study. *Transplantation Proceedings*. 50: 3329-3337.

**EKLER**

EK 1. Hasta Bilgi Formu

EK 2. Beck Umutsuzluk Ölçeği

EK 3. Beck Depresyon Ölçeği

EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK 5. Etik Kurul Kararı

EK 6. Kurum İzni

EK 7. Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni

EK 8. Özgeçmiş

## EK 1. HASTA BİLGİ FORMU

### I.Kişisel Özellikler

1. Hastanın Adı Soyadı:.....

2.Yaşı:.....

3.Cinsiyeti: 1.( ) Kadın 2.( ) Erkek

4.Eğitim durumunuz :

1.( ) Okur Yazar Değil 2.( ) İlköğretim 3.( ) Lise 4.( ) Üniversite ve üzeri

5.Çalışma Durumu:

1. ( ) Çalışıyor 2. ( ) Çalışmıyor

6.Sosyal güvenceniz:

1.( ) Var 2. ( ) Yok

7.Aylık gelir düzeyiniz:

1.( ) Gelir-gidere eşit 2.( ) Gelir-giderden fazla 3.( ) Gelir- giderden az

8.Medeni durumunuz: 1. ( ) Evli 2. ( ) Bekar

9.Çocuk Sayınız:.....

10. Aile tipiniz nasıldır?

1. ( ) Çekirdek aile 2. ( ) Geniş aile 3.( ) Parçalanmış aile

11. Yaşantınızın büyük çoğunluğunun geçtiği yer:

1. ( ) İl 2. ( ) İlçe 3. ( ) Köy

12.Sigara kullanıyor musunuz? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır 3.( ) Bıraktım

13.Kullanıyorsanız miktarı (adet/gün).....

14.Alkol kullanıyor musunuz? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır 3.( ) Bıraktım

15.Kullanıyorsanız miktarı (ml/gün).....

## II-Hastalıkla İlgili Özellikler

16. Hastalığınızın süresi nedir?

- 1.( ) 0 – 12 ay 2.( ) 2 - 5 yıl 3. ( ) 6 – 10 yıl 4.( ) 10 yıl ve ↑

17.Böbrek yetmezliği evreniz:

- 1.( ) Evre I 2. ( ) Evre II 3. ( ) Evre III 4. ( ) Evre IV 5.( ) Evre V

18.Polikliniğe ilk hangi şikayet ile başvurduunuz:

- 1.( ) Yorgunluk/ Halsizlik  
 2.( ) Ağrı  
 3.( ) Bulantı- kusma  
 4.( ) Gece idrara çıkma  
 5.( ) İdrar miktarında azalma  
 6.( ) İştah azalması  
 7.( ) Kilo kaybı  
 8.( ) Nefes darlığı  
 9.Diğer (belirtiniz).....

19. Kronik böbrek yetmezliğinin nedeni sizce nelerdir?

- 1.( ) Hipertansiyon  
 2.( ) Diyabet  
 3.( ) Diyet ( tuz tüketiminin fazla olması,..)  
 4.( ) Genetik geçiş  
 5.( ) Fazla ilaç tüketimi  
 6.( ) Sigara tüketimi  
 7.Diğer (belirtiniz).....

20.Başka bir kronik hastalığınız var mı? 1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

21. Evet ise nedir? (belirtiniz)..... Ne Zamandır?  
 .....

22.Ailenizde böbrek ile ilgili hastalığı olan var mı?

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır

23. Evet ise kim? (belirtiniz) 1.( ) Anne-Baba 2.( )Kardeş 3.( )Teyze-dayı-hala..vb.

24.Sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir?

- 1.( ) Diyabet ilaçları  
 2.( ) Tansiyon ilaçları  
 3.( )Kolesterol İlaçları  
 4.( )Kalp ilaçları  
 5.( )Diğer ( belirtiniz).....

25.İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

1. ( ) Evet 2. ( ) Hayır 3.( ) Bazen

26.Böbrek hastalığınızla ilgili diyet hakkında bilginiz var mı?

1. ( ) Evet 2.( ) Hayır

27.Evet ise bilgiyi kimden aldınız?

- 1( ).Sağlık profesyoneli 2. ( ) Arkadaş -Komşu vb 3. ( ) TV, internet...

28.Diyet ile ilgili nelere dikkat ediyorsunuz?

- 1.( ) Günlük tuz kullanım miktarının azaltılması  
 2.( ) Günlük sıvı alımının arttırılması  
 3.Diğer ( belirtiniz).....

29. Kronik böbrek yetmezliği ilerleyici bir hastalık mıdır?

- 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

30. Kronik böbrek yetmezliğinde diyete dikkat edildiğinde hastalığın ilerlemesi durdurulabilir mi?

- 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

31.Son dönem böbrek yetmezliğinde tedavi seçeneklerinden hangisini biliyorsunuz?

- 1.( ) Hemodiyaliz



2.( ) Periton diyalizi

3.( ) Böbrek nakli

4. Diğer ( belirtiniz).....

32.Hastalığınızdan dolayı geleceğiniz ile ilgili endişe yaşıyor musunuz?

1.( ) Evet      2.( ) Hayır

33.Laboratuvar Bulguları:

Hg:.....

Htc:.....

Üre: .....

Ferritin:.....

Kreatinin:.....

Albumin:.....

Parathormon:.....

Ca:.....

P:.....

24 h'lik İdrarda Kreatinin:.....

GFR:.....

Boy.....cm    Kilo:.....kg    BKİ:.....kg/m<sup>2</sup>

Tansiyon:.....    Nabız:.....

## Böbrek Nakli İle İlgili Sorular

Böbrek Nakli İle İlgili Sorular	EVET	HAYIR
1-Böbrek nakli hakkında yeterli bilginiz var mı?		
2-Böbrek nakli konusunda detaylı bilgi sahibi olmak ister misiniz?		
3-Hastalığınız ilerlediğinde böbrek nakli olmayı düşünür müsünüz?		
4-Böbrek nakli sizin için tek çözüm yolu mudur?		
5-Canlı vericiden böbrek nakli olmak ister misiniz?		
6-Kadavradan böbrek nakli olmak ister misiniz?		
7-1. derece yakınlarınızdan böbrek nakli olmayı ister miydiniz?		
8- Sizce aileniz size böbrek vericisi olmak ister mi?		
9-Böbrek nakli hastalığınız için kesin tedavi yöntemi midir?		
10- Böbrek naklinden sonra sağlıklı günlerinizdeki yaşamınıza geri dönebilecek misiniz?		
11-Böbrek nakli sonrasında dikkat etmeniz gereken durumlar (diyet, ilaç kullanımı vs..) olacak mı?		
12- Böbrek naklinden sonra komplikasyon yaşayabileceğinizi düşünüyor musunuz?		
13-Böbrek nakli olabilmek için organ nakil listesine yazılmak ister misiniz?		
14- KBH'nız olmasaydı gerektiğinde ailenize böbrek vericisi olmak ister miydiniz?		
15- KBH'nız olmasaydı öldükten sonra organlarınızı bağışlamak ister miydiniz?		
16- Ailenizden birisini kaybetseydiniz organlarını bağışlar mıydınız?		
17- Sizce insanlar organ bağıışı konusunda bilgililer mi?		
18- Yaşadığımız toplum organ bağıışı konusunda duyarlı mı?		

## EK 2. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ya da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları doğru ya da yanlış olarak kodlayınız.

	Evet	Hayır
1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum		
2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur		
3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor		
4- Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var		
6- Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum		
7- Geleceğimi karanlık görüyorum		
8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum		
9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok		
10-Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı		
11-Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor		
12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum		
13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum		
14-İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15-Geleceğe büyük inancım var		
16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur		
17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi		
18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor		
19-Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum		
20-İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim		

### EK 3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hastanın Soyadı, Adı:..... Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1. (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.  
 (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
 (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım.  
 Bundan kurtulamıyorum  
 (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. (0)Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
 (1) Gelecek için karamsarım.  
 (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
 (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
3. (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.  
 (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
 (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
 (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
 (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
 (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
 (3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5.(0)Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.  
 (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
 (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
 (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. (0) Kendimden memnunum.  
 (1) Kendimden pek memnun değilim.  
 (2) Kendime kızgınım.  
 (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7.(0)Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
 (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.  
 (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
 (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8.(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
 (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
 (2) Kendimi öldürmek isterdim.  
 (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9.(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.  
 (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
 (2) Çoğu zaman ağlıyorum.  
 (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10.(0) Her zaman olduğumdan daha canı sikkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

11.(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12.(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13.(0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum

14.(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15.(0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16.(0)Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17. (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20. (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.

(1)Yaptıklarım dan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.

- (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

**EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

**Araştırmanın Amacı:** Kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olan hastaların, depresyon ve umutsuzluk durumlarını belirlemek ve böbrek nakline bakış açılarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

**Araştırmada İzlenecek Yöntem:**

Araştırmada 33 soruluk hasta bilgi formu, 21 soruluk Beck Depresyon Envanteri, 20 soruluk Beck Umutsuzluk Ölçeği ve 18 soruluk böbrek nakli ile ilgili sorular yüz yüze görüşme tekniği ile sorulacak ve bilgiler gizli tutulacaktır.

Bu araştırmanın protokolü, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

**Alternatif Tedavi veya Girişimler:** YOK

**Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:** YOK

**Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri:** YOK

**Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:**

Filiz Malkoç 05432201009

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi doktorunuz olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların mufettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yurütulmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yurkumlü olabilirler. Kayıtlarımızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya uğüncü şahıslara ağıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm ağıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü ağıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm ağıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yurütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

**Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Ağıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Gerekiyorsa Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**



**EK 5. ETİK KURUL KARARI**

T.C  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı: 2018/

29/03/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz **“Prediyaliz Hastaların Depresyon, Umutsuzluk Durumları Ve Böbrek Nakline Bakış Açıları”** başlıklı ve 2018/37/03/10 nolu prospektif araştırmanız incelenmiş olup, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına oybirliği/oyçokluğu ile karar verilmiştir.

NKÜ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	Var	Yok	Evett	Hayır	
Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Rıza KIZILER	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nicel TAŞDEMİR	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	—
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	—
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gündüz YÜMÜN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL YILDIRIM	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Demet ÖZKARAMANLI GÜR	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ufuk COŞKUNKAN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Başkanın Unvanı /Adı/ Soyadı /İmza: Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030  
Telefon: (0 282) 250 59 04 - Faks: (0 282) 250 99 28  
Elektronik Ağ: <http://tip.nku.edu.tr>

Ayrıntılı Bilgi İçin: Engin Deniz RENÇBER  
e- posta: [edrencber@nku.edu.tr](mailto:edrencber@nku.edu.tr)

**EK 6. KURUM İZİNİ**

2

**NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE  
UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Sorumlu yürütücüsü olduğum "Prediyaliz hastalarının depresyon, umutsuzluk durumları ve böbrek nakline bakış açıları" isimli çalışma Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na sunulacaktır.

Bu araştırmanın merkezinizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

22.03.2018

Dr. Öğretim Üyesi, Nurhan Özpancar  
Sorumlu Yürütücü  
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

UYGUNDUR  
22.03.2018

Adı Soyadı  
Merkez Müdürü

T.C.  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Doç.Dr. Fatih HOROZOĞLU  
Merkez Müdürü

## EK 7. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

The screenshot shows a Gmail inbox with three emails. The first email is from **FILIZ MALKOÇ** (fmal koc@nku.edu.tr) to **Alic: batigun** on May 4, 2018 at 11:34. The subject is "Aysegül hanım merhaba;". The body text reads: "Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisiyim. Tez konum olan 'Prediyaliz hastalarının depresyon, umutsuzluk durumları ve böbrek nakline bakış açıları' çalışmamda geçerlilik ve güvenilirliği tarafınızca yapılmış olan Beck Umutsuzluk Ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum. Saygılarımla... Filiz Malkoç GSM: 05432201009". The second email is from **aysegul durak** to **Sayın Malkoç** on May 4, 2018 at 14:44. The subject is "Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar... Prof. Dr. Aysegül Durak Batigün". The third email is from **FILIZ MALKOÇ** (fmal koc@nku.edu.tr) to **Alic: aysegul** on May 8, 2018 at 14:41. The subject is "Teşekkürler Aysegül hanım, size de iyi çalışmalar... Saygılarımla... Filiz Malkoç".

## EK 8. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>ADI SOYADI</b>	FİLİZ MALKOÇ
<b>DOĞUM YERİ</b>	ÇORLU/TEKİRDAĞ
<b>DOĞUM TARİHİ</b>	18.05.1983
<b>TELEFON</b>	5432201009
<b>E-MAİL</b>	filiztuna_malkoc@hotmail.com

### Eğitim Düzeyi

Öğrenim	Mezun Olduğu Kurumun adı	Mezuniyet Yılı
<b>Yüksek Lisans</b>	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Devam ediyor
<b>Lisans</b>	Ankara Üniversitesi Çankırı Sağlık Yüksekokulu	2005
<b>Lise</b>	Çorlu Mimar Sinan Lisesi	2000

### İş Deneyimi

Kurum	Görevi	Süre
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	Hemşire	2012-halen
Optimed Hastanesi	Hemşire	2010-2012
Deva Diyaliz Merkezi	Hemşire	2006-2010

### Yabancı Dil Bilgisi

Yabancı Dil	Seviye
İngilizce	Orta

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Seviye
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi