

**T.C.**  
**İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA MANEVİ İYİ OLUŞ İLE**  
**ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**YUSUF DURMUŞ**

**ARALIK-2020**

**T.C.  
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ**

**HEMODİYALİZ HASTALARINDA MANEVİ İYİ OLUŞ İLE  
ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**YUSUF DURMUŞ**

**DANIŞMAN**

**PROF. DR. AYŞE OKANLI**

**ARALIK-2020**

## İMZA SAYFASI

Yusuf DURMUŞ tarafından hazırlanan ‘Hemodiyaliz Hastalarında Manevi İyi Oluş ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişki’ başlıklı bu yüksek lisans tezi Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalında hazırlanmış ve jürimiz tarafından kabul edilmiştir.

### JÜRİ ÜYELERİ

### İMZA

#### Tez Danışmanı:

[Prof. Dr. Ayşe OKANLI]

Kurumu: İstanbul Medeniyet Üniversitesi

#### Üyeler:

[Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK]

Kurumu: İstanbul Üniversitesi

[Dr.Öğretim Üyesi Berna DİNÇER]

Kurumu: İstanbul Medeniyet Üniversitesi

**Tez Savunma Tarihi:**17 /12 /2020

## **BİLDİRİM**

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim.

Yusuf DURMUŞ

Danışmanlığını yaptığım iş bu tezin tamamen öğrencinin çalışması olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı taahhüt ederim.

Prof Dr. Ayşe OKANLI

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten, tezimin her aşamasında bana yol gösteren, yardım ve desteğini esirgemeyip yakından hissettiren, tüm lisansüstü eğitimim boyunca samimiyeti, sıcaklığı ve anlayışı için çok değerli hocam Prof. Dr. Ayşe OKANLI'ya en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak beni onurlandıran değerli hocalarıma, eğitimim boyunca yardımlarını, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, tez dönemimde çalışmam boyunca beni destekleyen tüm arkadaşlarıma, araştırmaya katılmayı kabul eden sevgili hastalarım, veri toplama aşamasında her türlü yardım ve desteği esirgemeyen Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi çalışanlarına, hayatımda varlığıyla bana huzur ve güç veren, yoğun tez dönemimde beni sabırla destekleyen, anlayış gösteren sevgili eşime ve aileme, tez sürecimde desteğini esirgemeyen Necmettin ÇİFTÇİ hocama, desteğini ve sevgisini hayatım boyunca hissettiğim değerli abim Mustafa DURMUŞ'a teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

### HEMODİYALİZ HASTALARINDA MANEVİ İYİ OLUŞ İLE ANKSİYETE VE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

**DURMUŞ YUSUF**

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez yöneticisi: Prof. Dr. Ayşe OKANLI

Aralık 2020,73 sayfa

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, hemodiyaliz tedavisi alan hastaların manevi iyi oluş, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

**Materyal ve Metot:** Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapıldı. Araştırma 26 Eylül - 16 Aralık 2020 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini belirtilen tarihler arasında araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemodiyaliz tedavisi alan 83 hasta oluşturdu. Veriler, bilgi formu, Manevi İyi Oluş Ölçeği (FACIT-SP), Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 24 paket programında yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, ortalama, yüzdelik dağılımlar, bağımsız gruplarda t testi, One Way Anova Varyans ve Pearson Korelasyon analizleri kullanıldı.

**Bulgular:** Katılımcıların manevi iyi oluş ölçeği ölçeği alt boyutlarından anlamda  $7.73 \pm 2.38$ , barışta  $7.42 \pm 2.74$ , inançta  $8.86 \pm 3.84$  ve toplam puan ortalamasının  $24.02 \pm 8.22$  olduğu belirlendi. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların anksiyetede  $17.12 \pm 11.96$ , depresyonda  $15.60 \pm 11.44$  toplam puan ortalamasının olduğu saptandı. Bireylerin anlam, barış, inanç, manevi iyi oluş ve anksiyete düzeylerinin orta düzeyde, depresyon seviyelerinin ise hafif düzeyde olduğu belirlendi.

**Sonuç:** Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların maneviyat boyutlarında yer alan anlam, barış, inanç ve manevi iyi oluş düzeyleri ile anksiyete ve depresyon arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulundu. Bireylerin maneviyatları arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığı görüldü.

**Anahtar kelimeler:** Anksiyete, Depresyon, Hemodiyaliz, Maneviyat

## ABSTRACT

### THE RELATIONSHIP BETWEEN SPIRITUAL WELL-BEING AND ANXIETY AND DEPRESSION IN HEMODIALYSIS PATIENTS

DURMUŞ YUSUF

Master Thesis, Department of Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Ayşe OKANLI

December 2020, 73 pages

**Objective:** The aim of this study is to determine the relationship between spiritual well-being and anxiety and depression in patients receiving hemodialysis treatment.

**Material and Method:** Cross-sectional and correlational designs have been used in this study. The research was conducted in Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital Hemodialysis Unit between 26 September -16 December 2020.

The sample of the study consists of 83 patients who received hemodialysis treatment who complied with the inclusion criteria and agreed to participate in the study between the stated dates. Data were collected using the information form, the Spiritual Well-being Scale (FACIT-SP) and the Beck Anxiety and Depression Scale. The Coding and evaluation of the data was done in computer environment using the SPSS 24 package program. In evaluating the data; number, average, percentage distributions, in independent groups; t test, One Way Anova Variance and Pearson Correlation analyzes were used.

**Results:** It was determined spiritual well-being scale sub-dimensions of the participants were  $7.73 \pm 2.38$  in meaning,  $7.42 \pm 2.74$  in peace,  $8.86 \pm 3.84$  in belief and  $24.02 \pm 8.22$  in total score average. It was found that the patients who received hemodialysis treatment had a total score average of  $17.12 \pm 11.96$  in anxiety and  $15.60 \pm 11.44$  in depression. It was determined that individuals' levels of meaning, peace, belief, spiritual well-being and anxiety were moderate, and their depression levels were mild.

**Conclusion:** A significant negative correlation was found between anxiety and depression and the levels of meaning, belief and spiritual well-being in the treatment dimensions of the patients who received hemodialysis treatment. It was observed that as the spirituality of the individuals increased, their anxiety and depression levels decreased.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Hemodialysis, Spirituality

# İÇİNDEKİLER

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| JÜRİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI.....                                   | i  |
| BİLDİRİM.....                                                       | ii |
| ÖZET.....                                                           | iv |
| ABSTRACT .....                                                      | v  |
| İÇİNDEKİLER.....                                                    | vi |
| TABLolar LİSTESİ .....                                              | ix |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....                                 | x  |
| 1.GİRİŞ .....                                                       | 1  |
| 1.1. Problem/ Amaç .....                                            | 3  |
| 1.1.2 Alt Amaçlar.....                                              | 4  |
| 1.2 Önem .....                                                      | 4  |
| 1.3 Varsayımlar .....                                               | 5  |
| 1.4 Sınırlılıklar .....                                             | 5  |
| 2.ARAŞTIRMANIN KURAMSAL ÇERÇEVESİ .....                             | 6  |
| 2.1 Kronik Böbrek Yetmezliği.....                                   | 6  |
| 2.1.1 Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi .....             | 6  |
| 2.1.2 Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri ..... | 7  |
| 2.1.6 Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri .....              | 9  |
| 2.1.7 Hemodiyaliz Tedavisi.....                                     | 9  |
| 2.1.7.1 Hemodiyalizin Komplikasyonları .....                        | 10 |
| 2.1.7.2 Hemodiyaliz Tedavisinin Psikososyal Etkileri.....           | 11 |



|                                                                                                                                             |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2.1.7.3 Hemodiyaliz ve Anksiyete.....</b>                                                                                                | <b>12</b> |
| <b>2.1.7.4 Hemodiyaliz ve Depresyon .....</b>                                                                                               | <b>14</b> |
| <b>2.1.7.5 Hemodiyaliz ve Maneviyat .....</b>                                                                                               | <b>15</b> |
| <b>2.1.7.6 Hemodiyaliz ve Hemşirelik Yaklaşımları .....</b>                                                                                 | <b>17</b> |
| <b>3.GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>                                                                                                              | <b>18</b> |
| 3.1.Araştırmanın Tipi .....                                                                                                                 | 18        |
| 3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih .....                                                                                               | 18        |
| 3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....                                                                                                  | 18        |
| 3.4. Veri Toplama Araçları .....                                                                                                            | 18        |
| 3.5 Verilerin Toplanması.....                                                                                                               | 20        |
| 3.6 Araştırmanın değişkenleri .....                                                                                                         | 20        |
| 3.7 Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi .....                                                                                           | 20        |
| Tablo 3.1. Kullanılan İstatistiksel Testler .....                                                                                           | 20        |
| 3.8 Araştırmanın Etik Yönü .....                                                                                                            | 21        |
| 3.9.Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği .....                                                                                    | 21        |
| <b>4. BULGULAR .....</b>                                                                                                                    | <b>22</b> |
| Tablo 4.1. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....                                           | 22        |
| Tablo 4.2. BAÖ, BDÖ, FACIT-SP Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları.....                                                             | 24        |
| Tablo 4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 25        |
| Tablo 4.4. BAÖ, BDÖ ile FACIT-SP Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Korelasyon Analizi.....                                         | 29        |

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 4.5. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Puan Dağılımı..                                          | 30 |
| 5.TARTIŞMA .....                                                                                                                | 31 |
| 5.1.Hastaların BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP Puanlarının Tartışılması.....                                                               | 31 |
| 5.2. Hastaların BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP Puanları ile Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 32 |
| 5.3. Hastaların BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP Puanları Arasındaki İlişkilerin Tartışılması.                                              | 35 |
| 5.4. Sonuçlar.....                                                                                                              | 37 |
| 5.5. Öneriler .....                                                                                                             | 38 |
| 5.5.1. Araştırma Sonuçlarına Dayalı Öneriler.....                                                                               | 38 |
| 5.5.2. İleride Yapılabilecek Araştırmalara Yönelik Öneriler.....                                                                | 38 |
| 6.KAYNAKÇA.....                                                                                                                 | 39 |
| EK-1. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİSİ .....                                                                                        | 53 |
| EK-2. ETİK KURUL KARARI.....                                                                                                    | 54 |
| EK-3. HASTANE KURUM İZNİ.....                                                                                                   | 56 |
| EK-4. HASTA TANITICI FORMU .....                                                                                                | 57 |
| EK-5. MANEVİ İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ.....                                                                                               | 58 |
| EK-6. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ .....                                                                                               | 59 |
| EK-7. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ .....                                                                                               | 61 |

## TABLÖLAR LİSTESİ

| <b><u>Tablo No</u></b>                                                                                                                      | <b><u>Sayfa No</u></b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Tablo 4.1. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....                                           | 22                     |
| Tablo 4.2. BAÖ, BDÖ, FACIT-SP Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları.....                                                             | 24                     |
| Tablo 4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 25                     |
| Tablo 4.4. BAÖ, BDÖ ile FACIT-SP Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Korelasyon Analizi.....                                         | 29                     |
| Tablo 4.5. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Puan Dağılımı.....                                                   | 29                     |

## **SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**DM** : Diyabetes Mellitus

**HD** : Hemodiyaliz

**GFH** : Glomerül Filtrasyon Hızı

**HT** : Hipertansiyon

**KBH** : Kronik Böbrek Hastalığı

**KBY** : Kronik Böbrek Yetmezliği

**RRT** : Renal Replasman Tedavisi

**SDBY** Son Dönem Böbrek Yetmezliği

**TND** : Türk Nefroloji Derneği

**WHO**: Dünya Sağlık Örgütü

**KLPH**: Konsültasyon Liyezyon Psikiyatri Hemşireliği

## 1.GİRİŞ

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), azalan glomerüler filtrasyon sonucu böbreğin sıvı-elektrolit dengesini ayarlayamama ve metabolik–endokrin fonksiyonlarda bozulma ile karakterize pek çok sistemi ilgilendiren bir hastalıktır. Kronik böbrek hastalığı (KBH) tüm dünyadaki yetişkin nüfusun %10-15'ini etkilemektedir (Coresh ve diğerleri,2007; Özcan, Utaş, Oymak, Baştürk ve Aslan, 1999). Türkiye’de yetişkin popülasyonundaki KBH oranı % 15,7’dir. Bu oran ülkemizde ortalama her altı yetişkin kişiden birinde KBH’lığı olduğunu göstermektedir (Süleymanlar ve diğerleri,2010). KBY’nin tedavisi böbrek nakli ya da diyalizdir (Levey ve diğerleri,2002). Türk Nefroloji Derneği’nin verilerine göre, ülkemizde 2018 yılı sonu itibariyle toplam 81055 hastaya renal replasman tedavisi (RRT) uygulanmaktadır. En sık uygulanan RRT tipi %75 ile hemodiyaliz (HD) tedavisidir (Türk Nefroloji Derneği, 2019).

Hemodiyaliz hastalarında birçok açıdan kayba uğrama, aktivite kısıtlaması ve maki-neye bağlılık gibi durumlar hastalarda stres oluşturmaktadır (Şentürk, Levent ve Tamam, 2005). Ayrıca hastaların yaşam süreleri uzadığından dolayı hastalar ve aileleri stresörlere daha uzun süre maruz kalmakta ve hastalığa uyum göstermek zorunda kalmaktadırlar (Aydemir, Kasım, Cebeci, Göka ve Tüzer, 2002). Yıllar içinde HD tedavisinde gelişmeler yaşanmasına rağmen, hastalar tedavi boyunca sıvı elektrolit bozuklukları, hipotansiyon, yorgunluk, güçsüzlük, bulantı, kusma, göğüs ve sırt ağrıları, enfeksiyona eğilim, üremik kemik hastalığı, üremik kaşıntı, anevrizma, rüptür, ateş, üremi, anemi, kanama gibi komplikasyonlar görülmektedir. Bu durum hastaların fiziksel işlevselliğini ve genel sağlık algısını olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalar diyet ve sıvı kısıtlaması, metabolik nedenlerden dolayı hastaneye yatışlar, psikososyal ve emosyonel sorunlara bağlı sorumlulukların yerine getirilmesinde güçlükler, uyku bozuklukları gibi birçok ciddi sorunla karşılaşmaktadırlar (Aydemir ve diğerleri, 2002; Tuna, Ovayolu ve Kes,2018).

Hemodiyaliz tedavisinde hastaların haftada 2-3 kez 4-5 saat diyaliz makinesine, sağlık ekibine, aile üyelerine bağımlı olması hastaların yaşamlarının etkilenmesine, hastaların gün boyunca yatakta kalmak zorunda olması, iş hayatının aksamaya uğraması gibi fiziksel yeti kayıplarına uğramalarına sebep olmaktadır. Hastalıktan dolayı meydana gelen bedensel yeti yitimi hastanın sosyal yaşamını etkileyip sosyal yeti yitimi

ne de sebep olmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında kişilerarası ilişkilerin, günlük yaşamın ve evlilik hayatının olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Erengin ve diğerleri, 1998; D. Yavuz, R. Yavuz ve Altunoğlu, 2012). Yalnız kronik bedensel rahatsızlığı olan hastalarda yeti yitimi, kronik bedensel hastalık ve ruhsal bozukluğun birlikte görüldüğü hastalardan daha azdır (Erengin ve diğerleri, 1998). Diyaliz tedavisi gören hastalarda depresyon ve anksiyete başta olmak üzere çeşitli ruhsal sorunların, daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Erengin ve diğerleri, 1998; D. Yavuz ve arkadaşları, 2012).

Hemodiyaliz hastaları ortalama günde dört saat, haftada üç gün süren tedavilerinde diyaliz makinesine, sağlık çalışanlarına ve aile üyelerine bağımlı olması hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Sarı, 2015; Özdemir ve Taşçı, 2013). Diyaliz hastalarında makine alarmlarının sesleri hastalarda korku ve endişeye sebep olmaktadır. Ayrıca hastalarda uyum sağlamada güçlük, davranış bozuklukları umutsuzluk, öfke, tatminsizlik, ölüm korkusu ve hayal kırıklığı gibi birçok psikolojik ve ruhsal problem görülebilmektedir (Durmuş, 2020; Tan, Okanlı, Karabulutlu ve Erdem, 2005).

KBY genellikle ciddi, aniden gelişen ve ön görülemeyen sağlık sorunlarına yol açmaktadır. HD tedavisi hastalar için kaygı kaynağı olmasının yanında hastalar her diyalizden işleminden sonra kendi sağlıkları ile ilgili kaygı yaşamaktadırlar (Bereza, 2015). Hemodiyaliz hastalarının genel popülasyon hastaları ile karşılaştırıldığı bir çalışmada; psikiyatrik morbiditenin hemodiyaliz hastalarında daha yüksek olduğu ve “Genel Sağlık Anketi” puanlarına göre psikiyatrik bozuklukların bulunma oranının %43 olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği bulunan 96 hastada ruhsal psikopatoloji görülme oranı %46.6 olarak bulunmuştur (D. Yavuz ve diğerleri, 2012).

Diyaliz hastalarında, hastalığın evresi, süresi, şiddeti ve psiko-sosyal faktörler ile birlikte değerlendirildiğinde görülebilecek başlıca psikiyatrik hastalıklar depresyon, anksiyete bozukluğu, organik beyin hastalıkları, uyum ve davranış bozuklukları, cinsel sorunlardır. Bu hastalıklar hemodiyaliz hastalarının hastaneye yatış oranını arttırmakta, morbiditeye önemli etkileri bulunmaktadır. Yaklaşık 175.000 diyaliz hastası ile yapılan çalışmada akıl sağlığı ile ilgili hastaneye yatış oranı % 9 olarak bulunmuştur. Japonya’ da 2002 yılında Fukunishi ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan

bir başka çalışmada ise bir yıl içinde bu oran diyaliz hastalarında %10.6 olarak tespit edilmiştir (D. Yavuz ve diğerleri, 2012).

### **1.1. Problem/ Amaç**

Kronik böbrek yetmezliği tıbbi yönünün yanında hastaların sosyal, ekonomik ve psikolojik yönünü de etkilemektedir (Yalçın ve Akpolat, 2000). HD tedavisi alan hastalarda kronik hastalıkların birçoğunda olduğu gibi anksiyete yaygın olarak görülmektedir. (Bereza,2015).Yapılan çalışmalarda anksiyete bozuklukları görülme oranı sağlıklı popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur (Özcan ve diğerleri,1999). Ülkemizde yapılan çalışmalarda anksiyete puan ortalamasının  $4.85 \pm 3.9$ - $12.81 \pm 2.95$  arasında değiştiği belirlenmiştir (Çetinkaya, Nur, Ayvaz ve Özdemir,2008a). Yapılan çalışmalarda hemodiyaliz hastalarında anksiyete görülme oranı %3-46 arasında bulunmuştur. Anksiyete genellikle depresyonun bir belirtisi olarak değerlendirilip bağımsız olarak yeterince değerlendirilmemiştir. Bu durum anksiyetenin popülasyonda yeterince değerlendirilememesine neden olmuştur (Yıldırım, Okanlı, Karabulutlu, Karahisar ve Özkan, 2013). Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda depresyon gelişmesinde hastaların sağlıklarını, bağımsızlıklarını, fiziki kuvvetlerini ve çalışma becerilerini kaybetme düşünceleri en önemli unsurdur. Depresyon, diyaliz hastalarında en sık rastlanan psikiyatrik bozukluktur (Küçük, 2005; Baraz, Mohammadi ve Broumand, 2015). HD tedavisi alan hastalarda depresyon görülme oranı %25-60 arasında bulunmuştur (Yıldırım ve diğerleri, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün sağlık hizmetlerindeki ruhsal, fiziksel ve sosyal alanlardaki sağlık hizmetlerine ek olarak manevi iyi oluşun da sağlık hizmetlerine eklenmesi gerektiğini belirtmesine rağmen, manevi iyi oluş seviyesinin kronik hastaların bütüncül hemşirelik bakımında ihmal edildiği düşünülmektedir (Alradaydeh ve Khalil, 2018). Hemodiyaliz hastalarında manevi sağlık seviyesinin düşük olduğu, manevi sağlık olmaksızın sağlığın biyolojik, psikososyal yönlerinin aksayacağı ve hastaların en yüksek kapasitelerine ulaşamadıklarından dolayı en yüksek yaşam kalitesini başaramayacakları belirtilmektedir (Omidvari, 2009). Hemodiyaliz hastalarının psikolojik dayanıklılıkları üzerine yapılan çalışmalarda, hastaların psikolojik dayanıklılık seviyeleri düşük veya orta seviyelerde saptanmıştır (Liu, Chang, Wang, Yang, Lu ve Hou, 2018; Sriwantha, Jullamate ve Piphatvanitcha, 2018; Duran, Avcı ve Esim, 2020)

Tedavi edilemez kronik hastalıklara sahip olan hastalar yaşadıkları semptomları

hafifletmek ve duygusal rahatlama hissetmek için zaman zaman inanca ve dini pratiklere yönelmektedirler (Duran ve arkadaşları, 2020).

Kronik rahatsızlıklar arasında önemli bir yeri olan hemodiyalizin anksiyete ve depresyon gibi rahatsız edici psikolojik semptomlarını azaltmada maneviyatın etkisini gösteren daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Psikiyatri hastalarının en çok vakit geçirdiği sağlık ekibi olan psikiyatri hemşireleri, hastaları tanıma ve manevi ihtiyaçlarını belirleyip giderme konusunda önemli bir yere sahiptir. Yapılan çalışmaların artması bütüncül bakımda önemli bir yeri olan manevi bakımın öneminin anlaşılmasında, manevi bakıma daha fazla yer verilmesine katkı sağlayabilecektir. Bu çalışmanın amacı HD hastalarında manevi iyi oluş ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemektir.

### **1.1.2 Alt Amaçlar**

Bu çalışmada aşağıdaki soruların cevaplarını bulmak amaçlanmıştır.

Hemodiyaliz hastalarının manevi iyi oluş düzeyleri nasıldır?

Hemodiyaliz hastalarının sosyo demografik özellikleri ile manevi iyi oluş düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

Hemodiyaliz hastalarının sosyo demografik özellikleri anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

Hemodiyaliz hastalarının sosyo demografik özellikleri depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

Hemodiyaliz hastalarının anksiyete düzeyleri nasıldır?

Hemodiyaliz hastalarının depresyon düzeyleri nasıldır?

Hemodiyaliz hastalarında manevi iyi oluş ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki var mıdır?

## **1.2 Önem**

Maneviyat, ruh sağlığının korunması ve tedaviye karar verme sürecinde potansiyel bir kaynak görevi görmekte ve hastaların stresli yaşam deneyimleri için bir başa çıkma mekanizması olarak görülmektedir (Martínez ve Custódio, 2014; Tarakeshwar ve diğerleri, 2006; Phelps ve diğerleri, 2009). Hemodiyaliz hastalarında, yüksek azal-



ması ile ilişkili olduğu, hastalık yükü algısının daha düşük seviyelerde olmasını ve yaşam tatmininin artmasını sağladığı belirtilmektedir (Martinez ve Custodio, 2014; Alshraifeen, Alnuaimi, Al-Rawashdeh, Ashour, Al-Ghabeesh ve Al-Smadi, 2020).

Ayrıca hemodiyaliz hastalarında manevi iyi oluş hastalığa uyum sağlamada, başa çıkma becerilerinin artırılmasında, fiziksel ve ruhsal sağlığın korunmasında, madde kullanımının ve intihar oranının azaltılmasında da önemli rol oynamaktadır (Martinez ve Custodio, 2014).

Kronik böbrek yetmezliğinin tedavisinde önemli bir yere sahip olan hemodiyalizin ciddi semptomları olan anksiyete ve depresyonun azaltılmasında, yönetiminde, manevi iyi oluşun ve manevi bakımın bütüncül hemşirelik bakımında öneminin daha iyi anlaşılması için manevi iyi oluş ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara daha fazla ihtiyaç vardır. Manevi bakım, psikiyatri hemşireliği için hastaların manevi ihtiyaçlarını anlamak için, ruhsal rahatlama yaşamaları bakımından önemlidir.

### **1.3 Varsayımlar**

Kullanılan veri toplama araçlarının çalışmaya uygun olduğu ve çalışmaya katılan HD hastalarının form ve ölçeklere uygun, samimi cevaplar verdiği varsayılmaktadır.

### **1.4 Sınırlılıklar**

Çalışmanın kesitsel olması ve tek merkezli yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

## 2.ARAŞTIRMANIN KURAMSAL ÇERÇEVESİ

### 2.1 Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği böbreğe ait bozukluk olmaksızın nefronların progresif ve geriye dönüşümsüz kaybı ile seyreden ilerleyici ve pek çok sistemi ilgilendiren glomerül filtrasyon hızı (GFH)'nın 3 aydan uzun bir sürede 60 ml/ dk/1,73m<sup>2</sup>'den düşük olması veya GFH'nda azalma olsun veya olmasın böbrekte 3 aydan uzun süren yapısal ve işlevsel bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Coresh ve diğerleri, 2007; Topbaş, 2015; Turgay, Tatal ve Sezer, 2017).

Kronik böbrek hastalığı (KBH) farklı birçok heterojen hastalık yollarının böbreğin yapısını ve işlevini geri dönüşümsüz bir şekilde aylar veya yıllar süren bir süre içerisinde değiştirmesiyle ortaya çıkan, Glomerüler filtrasyon hızının (GFH) zamanla azalma gösterdiği, sonuç olarak böbrek, sıvı-solüt ve metabolik-endokrin dengeleri ayarlama yeteneğinin kaybedildiği durumdur. Genel olarak KBH için en iyi gösterge GFH olarak kabul edilmektedir (Webster, Nagler, Morton ve Masson, 2017; Levey ve diğerleri, 2002).

#### 2.1.1 Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), bütün organ ve sistemleri etkileyen, son yıllarda dünyada ve ülkemizde hızla artmakta olan ciddi bir hastalıktır. Dünya genelinde, kronik böbrek yetmezliği prevalansının %8-16 aralığında olduğu ve iki milyondan daha fazla kişinin SDBY nedeniyle hemodiyaliz (HD), periton diyalizi veya renal transplantasyon tedavileri ile yaşamını sürdürdüğü belirtilmektedir. Dünya çapında SDBY'de başlangıç tedavisi olarak RRT başlanan hastaların yaklaşık %90'ı HD tedavisi görmektedir ve dünya genelinde tahmini 1,4 milyon insan, son dönem böbrek hastalığı (SDBY) için HD ile tedavi edilmektedir. HD'nin yaygınlığının, nüfusun yaşlanması ile hipertansiyon ve tip 2 diyabet insidansındaki artış nedeniyle 2026 yılına kadar ikiye katlanması beklenmektedir (Haghighat, Rajabi ve Mohammadshahi, 2019; El-Majzoub ve diğerleri, 2019; Durmuş, 2020; Ersoy, 2016).

Son dönem böbrek hastalığının görülme sıklığı ve yaygınlığı ülkeler ve bölgeler arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. SDBY tedavisi alan hastaların %80'inden fazlasını uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine erişim imkanı olan yaşlı nüfus oluşturmaktadır. Dünyada ekonomilerin büyüdüğü ülkelerde, RRT tedavisi alan hasta sayısı çarpıcı bir şekilde yükselmesine rağmen, ekonomik olarak fakir ülkelere bildirilen rakamlar, hastaların RRT programlarını kabul etmemesinden dolayı daha düşük sayılar olarak bildirilmektedir. Küresel Hastalık Yüku araştırmasına göre kronik böbrek hastalığının dünyadaki toplam ölümlerdeki payı 1990'da listenin 27. sıradada yer alırken 2010'da listenin 18. sırasına yükselmiştir. Bu 20 yıllık süreçte her 100 bindeki ölüm oranı 1990'da 15.7 iken, bu oran 2010'da 100 binde 16.3'e yükselmiştir (Webster ve diğerleri, 2017; Jha ve diğerleri, 2013).

Ülkemizde son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tanısı almış 60.000'den fazla hasta bulunmaktadır (Türk Nefroloji Derneği, 2019). SDBY hastalığı, ülkemizde son yıllarda ciddi bir halk sağlığı problemi haline gelmekle beraber toplumda görülme sıklığı giderek artmaktadır. RRT gerektiren böbrek yetmezliği hastaları ile ilgili güncel verilerin elde edilmesi ve zaman içinde meydana gelen değişimlerin değerlendirilmesi bakımından Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) "Kayıt Sistemi 2018 Yılı Özet Raporu"nda Türkiye'de RRT gerektiren SDBY hastalığı prevalansı, oransal olarak milyon/nüfus başına çocuk hastalar dâhil olmak üzere 988 olarak saptanmıştır ve RRT insidansı ise, 149 olarak hesaplanmıştır (Türk Nefroloji Derneği, 2019). Türkiye'de genel yetişkin nüfustaki KBH oranı %15,7'dir. Bu oranda ülkemizde her 6 yetişkinin birisinde KBH olduğunu göstermektedir. Düşük GFH'na (GFH <60 ml/dk) sahip olan hasta oranı ise %5,1 olup her 20 yetişkinin birisinde kritik düzeyde KBH olduğu saptanmıştır. Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması (CREDIT) çalışmasına göre KBH'nın bayanlarda (%18,4) erkeklere (%12,8) oranla daha sık görüldüğü, yaşla beraber riskin belirgin bir biçimde arttığı, kırsal kesimde yaşayanlarda riskin daha fazla olduğu, ayrıca Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayanlarda KBH riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Topbaş, 2015).

Türk Nefroloji Derneği'nin 2018 verilerine göre ülkemizde RRT alan 81.055 KBY hastası olduğu; bunlardan 58635 (%75) hastanın HD tedavisi aldığı, 3192 (%4) peri-

ton diyalizi tedavisi aldığı ve 17227 (%20) hastaya ise böbrek transplantasyonu uygulandığı belirtilmektedir. Aynı raporda Türkiye’de KBY hastalığında RRT uygulanan KBY hastalarının sayısında sürekli bir artış eğiliminin devam ettiği ve HD tedavisi alan KBY hastalarının %58’inin erkek hasta %42’sinin ise kadın hasta olduğu belirtilmiştir (Türk Nefroloji Derneği, 2019).

## **2.1.2 Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi ve Risk Faktörleri**

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) dünya çapında bulaşıcı olmayan hastalıklar yükünde yükselişin bir parçası olarak görülmekle beraber görülme sıklığı, yüksek tedavi maliyeti gibi nedenlerden dolayı ülkemizde ve dünya genelinde ciddi bir halk sağlığı problemi olarak görülmektedir. Kronik böbrek hastalığında etiyolojik faktörlerin oranı ülke, ırk, yaş ve cinsiyet durumlarına göre farklılık göstermesiyle beraber dünyada son dönem böbrek hastalığının sebepleri olarak diyabet, obezite , hipertansiyon, arteriyopatik böbrek hastalığı, glomerülonefrit, efektif ve obstrüktif nefropati, konjenital, ailesel ve herediter, toksik nefropati, neoplasmlar, diğer durumlar ve nedeni bilinmeyen durumlar olarak belirtilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nin Böbrek Veri Sistemi’nde SDBY’ye neden olan 50 farklı etiyolojik etken bildirilmiştir. Daha önceki yıllarda KBY’deki en önemli etiyolojik faktör glomerülonefritler olarak belirtilirken, günümüzde DM ve HT olarak kabul edilmektedir. Diyabetik nefropatinin tüm ırk ve etnik kökenlerde ilk sırada bulunduğu bilinmektedir (Jha ve diğerleri, 2013;Taş, Cengiz, Erdem, Karataş ve Kaya, 2011;Ercan, 2016; Collins, Foley, Gilbertson ve Chen, 2015). Gelişmiş ülkelerde kronik böbrek hastalığı genellikle diyabetik glomerüloskleroz ve hipertansif nefroskleroz gibi patolojik durumlarla beraber yaşlılık, diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar ile de ilişkilidir (Levey ve Coresh, 2012).

Türk Nefroloji Derneği’nin 2018 yılı verilerine göre ülkemizde ilk RRT olarak Hemodiyaliz başlanan hastaların etiyolojik dağılımında diabetes mellitus %36.77 ile birinci sırada, hipertansiyon % 30.49 ile ikinci sırada ve glomerülonefrit %5.34 ile üçüncü sırada yer almaktadır (Türk Nefroloji Derneği, 2019).

### **2.1.6 Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri**

Böbrek fonksiyonlarının bozulması sonucu atık ürünlerin birikip yaşam fonksiyonlarını bozmaya başladığında ve böbrek fonksiyonlarının azalmaya başlayıp vücut için zararlı olan fizyolojik değişikliklerin ilaçlar ve diyetle artık kontrol edilemediği gibi durumlarda böbreklerin görevini yerine getirmesi amacıyla hastalar için RRT gerekmektedir. Bu amaçla kullanılan tedavi çeşitleri hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek nakli (renal transplantasyon) şeklindedir ve SDBY hastalarının GFH değeri 10 ml/dk'nin (bazen 15) bu tedaviler gündeme gelmektedir. Transplantasyon birinci yıldan sonra tedavi masraflarının düşmesi ve rahatlığından dolayı birinci derecede tercih edilen yöntem olsa da diyaliz ve organ nakli birbirinin alternatifi olan iki tedavi yöntemidir. Periton diyalizinin ve hemodiyalizin ise çoğu hastada eşit düzeyde RRT sağladığı düşünülmekle beraber KBY tedavisinde en sık kullanılan yöntem HD'dir (Dilek, 2008; Spiegel ve Moore, 2008/13; Erek, 2010; Temiz ve Kaya, 2017).

### **2.1.7 Hemodiyaliz Tedavisi**

Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın vücut dışındaki makine yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan (diyalizör) geçirilerek difüzyon, ozmoz ve ultrafiltrasyon gibi yöntemlerle asit- baz ve sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, toksik maddelerden arındırılarak yeniden düzenlenip hastaya geri verildiği ve primer olarak difüzyona dayalı bir tedavi yöntemidir (Akpolat ve Utaş, 2007; Aksoy ve Oğur, 2015; Ross ve Caruso, 2004/08).

Hemodiyaliz tedavisinin uygulanabilir duruma gelmesi pek çok bilim adamının katkılarıyla gerçekleşmiştir. Thomas Graham'ın 1854'te osmotik gücü tanımlası önemli bir gelişmedir. John Jacop Abel'in hirudin adlı antikoagünla atık maddelerin vücudun dışında difüzyonunun gerçekleşmesine izin veren aletleri ilk kez tanımlaması etkin diyaliz sistemlerinin gelişmesinde önemli bir adım olmuştur ( Dilek, 2008). Hemodiyaliz uygulaması deneysel anlamda ilk kez 1913'te böbrekleri alınan köpekler üzerinde yapılmıştır (Akpolat ve Utaş 2007). HD uygulaması insanlarda ilk defa Willem Johan Kolff tarafından 1942'de akut böbrek yetmezliğini tedavi etmek amacıyla uygulanmıştır. 1960' dan itibaren KBY tanısı almış hastalarda HD tedavisi uygulanmaktadır (Cormack, 2017). Hemodiyaliz, damar giriş yolu, antikoagülasyon ve gü

venilir, etkin diyalizörlerin üretiminde yaşanan ilerlemelerle beraber akut ve kronik böbrek yetmezliğinin tedavisinde üstün yöntem durumuna gelmiştir ( Ross ve Caruso, 2004/08).

Diyaliz tedavisinde amaç uygun sıvı ve solüt değişimini sağlamaktır. Sıvı ve solüt değişiminde difüzyon ve ultrafiltrasyon olarak iki temel prensip vardır. HD esnasında küçük moleküllerin taşınmasındaki en önemli mekanizma difüzyondur. Difüzyon, membranın iki tarafındaki yoğunluk farkı sebebiyle solütün yoğunluğu yüksek olan taraftan düşük olduğu tarafa doğru hareketidir. Solüt geçişinde solütün iki bölme arasındaki yoğunluk farkının derecesi ve molekül ağırlığı önemlidir. Ultrafiltrasyon ise basınçtan dolayı membranın bir tarafından diğer tarafına sıvı transferinin gerçekleşmesidir ( Akpolat ve Utaş 2007; Dilek, 2008).

En iyi seviyede diyaliz yapmak için vasküler giriş yolundaki kan akımının, istenen ekstrakorporeal kan akımını karşılaması önemlidir. Diyaliz için yaklaşık olarak dakikada 200-450 ml (erişkinlerde genellikle 200-600ml) kan akımı sağlayan bir damar yoluyla hasta dolaşımına sürekli erişim gerekmektedir ( Ross ve Caruso, 2004/08). Hemodiyaliz uygulanacak hastalardan makineye yeterli miktarda kanın alınmasında ve temizlendikten sonra hastaya geri verilmesinde kalıcı veya geçici vasküler giriş yolu gerekmektedir (Erek, 2010; Tomar, Ş.Ulusoy, Pulathan, Kaynar ve Özkan, 2016). Günümüzde geçici damar giriş yolu sağlamak için en sık kullanılan yöntem çift lümenli bir kataterin femoral, subklaviyen veya internal juguler vene yerleştirilmesidir. Arteriyovenöz greft ve arteriyovenöz fistül ise kalıcı olan vasküler giriş yollarından kabul edilmektedir (Akpolat ve Utaş, 2001).

#### **2.1.7.1 Hemodiyalizin Komplikasyonları**

HD, tedavisinin yaşamı kurtarma özelliği olsa da normal böbrek fonksiyonlarını tam olarak yerine getirememekle beraber, böbrek yetmezliğinin kendisine ve teknik nedenlere bağlı olarak bir çok komplikasyona sahiptir. Hemodiyaliz teknolojisinde yaşanan gelişmeler diyaliz esnasında yaşanan komplikasyonları oldukça azaltsa da gerçekleşen komplikasyonlar hâlâ ciddi bir morbidite nadiren de mortalite nedeni olmaktadır. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda bir çok komplikasyon meydana gelmektedir. Diyaliz ekipmanındaki düzelmelere rağmen hipotansiyon HD esnasında en

sık karşılaşılan komplikasyondur. Bununla beraber diyaliz sırasında ve sonrasında hipertansiyon sık gerçekleşir. Ayrıca hava embolisi, hemoliz, anemi, ateş, üremik kemik hastalığı, beslenme bozukluğu, enfeksiyonlar diyalizerin rüptürü, alerjik reaksiyonlar, kaşıntı, kas krampları, diyaliz disekilibrium sendromu, hipoksemi, aritmi, kanama, edinsel renal kistik hastalık, perikardit bulantı ve kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırt ağrısı, kaşıntı, ateş ve titreme, ilk kullanım (first use) sendromu, anafilaksi, kardiyak tamponad, bayılma, intrakraniyal kanama, nötropeni ve kompleman aktivasyonu, ilaçların vücuttan uzaklaştırılması gibi bir çok komplikasyon meydana gelmektedir (Dilek, 2008; Spiegel ve Moore, 2008/13; Ross ve Caruso, 2004/08; Akpolat ve Utaş, 2007).

#### **2.1.7.2 Hemodiyaliz Tedavisinin Psikososyal Etkileri**

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden olan hemodiyaliz, hastaların diyalize bağımlı olarak yaşamını sürdürmek zorunda olduğu, hastaların ölümünü engelleyip onların yaşama tutunmasını sağlarken, kurtardığı yaşamı değiştiren, önemli oranda stres oluşturan ve hastaların yaşam düzenlerini önemli ölçüde bozan, hastaların günlük yaşamında önemli bir yer tutan, yeni ve farklı bir tecrübedir (Çınar, 2009; Kılıç ve Alpar, 2016; Erdem, Karabulutlu, Okanlı ve Tan, 2004; Pehlivan, Ovayolu ve Uçan, 2008). HD hem hastayı hem de ailesini fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomi gibi birçok farklı yönden yoğun bir biçimde etkilemekte ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Pehlivan ve diğerleri, 2008; Erdem ve diğerleri, 2004; Kılıç ve Alpar, 2016).

HD hastalarında aile içi rol kaybı, iş kaybı ve vücut işlevlerindeki kayıplar hasta için ciddi psikososyal problemlerin meydana gelmesine neden olur (Çınar,2009). HD tedavisi, bekleme ve ulaşım için harcanan sürenin yanı sıra hastaların ortalama olarak haftada üç kez diyaliz ünitesine ortalama 4-6 saatlik seanslarla gelmek zorunda olmasından dolayı hastalar için oldukça zorlu bir görevdir. Bu durum hastaların yaşamını diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale getirmektedir (Tovbin, Gidron, Jean, Granovsky ve Schnieder, 2003; Özçürümez, Tanrıverdi ve Zileli, 2003).

Hastalarda fiziksel kuvvette azalma, sıvı ve gıda alımında ciddi kısıtlamalar getiren diyet programını uygulamada güçlük ve buna bağlı oluşan stres, cinsel fonksiyon

kaybı, diyalizde geçirilen zamana, diğer zamanlarda da fiziksel şikayetler ve ruhsal problemler nedeniyle iş veriminin düşmesi ve tedavinin pahalı olmasından kaynaklı ciddi maddi kayıplar yaşama, sosyal yaşamda azalma görülmektedir. Yapılan çalışmalarda diyaliz hastalarının spora, sosyal faaliyetlere katılma ve ücretli bir işte çalışma oranları sağlıklı bireylere göre daha düşük bulunmuştur (Pehlivan ve diğerleri, 2008; Özçürümez ve diğerleri, 2003; Küçük, 2005; Kılıç ve Alpar, 2016). HD hastaları anksiyete, depresyon, üzüntü, umutsuzluk, sürekli ölüm korkusunun yaşanması, hastalığı inkar etme, yan etkilerden kaynaklanan endişe ve korku yaşama, sinirlilik hali ve bazen buna eşlik eden yönelim bozukluğu, deliriyum ve konvülsiyonlar gibi ruhsal ve emosyonel problemler yaşayabilmektedirler (Kara, 2007; Erdem ve diğerleri, 2004; Küçük, 2005). Ayrıca hastalarda diyalizle beraber gerçekleşen değişikliklerle beraber hastanın benlik saygısının azaldığı, diyalizde geçirilen zamanın uzun olması, sağlık personelinin hasta ile yeterince iletişim halinde bulunmaması, hastalığa karşı duyulan öfke, hobilerinde yaşadığı kısıtlılıklar gibi nedenlerle hastaların yalnızlık hissi duydukları belirtilmektedir (Rambod, Pasyar ve Mokhtarizadeh, 2020; Topbaş ve Bingöl, 2017). HD hastalarında yaşam kalitesinin düşmesine neden olan yorgunluk, en zayıflatıcı semptomlardan biridir (Chen ve diğerleri, 2010).

### **2.1.7.3 Hemodiyaliz ve Anksiyete**

Diyaliz, takip eden çeşitli psikososyal ve sosyal problemlerin psikososyal rahatsızlıklara sebep olduğu hem hastanın hem de ailenin yaşamını ciddi biçimde etkileyen, tedavi gören hastaların normal yaşam düzeninde olağanüstü bozulmaların görüldüğü stresli bir süreçtir (Gorji, Davanloove Heidarigorji, 2014; Sezer, 2001; Özcan ve diğerleri, 1999). Hemodiyaliz hastaları birçok fiziksel ve psikososyal stresörle sürekli bir biçimde karşılaşmaktadırlar. Hemodiyaliz yaygın olarak hastaların ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açan kalıcı bir işlemdir. HD tedavisi alan hastalarda, depresyon ve anksiyete başta olmak üzere, ruhsal bozuklukların sık görüldüğü ve oranlarının yükseldiği belirtilmektedir (Bahar, Savaş, Yıldızgördü ve Barlıoğlu, 2007; Sağduyu, Şentürk, Sezer, Emiroğlu ve Özel, 2006; Haghighat ve diğerleri, 2019). Çeşitli çalışmalar HD hastalarında depresyon ve anksiyete semptomlarının yaygın olduğunu ve bu semptomların hastalardaki kötü sağlık sonuçları ile yakından



ilişkili olduğunu belirtmektedir (Alshogran, Khalil, Oweis, Altawalbeh ve Alqudah, 2018). Ancak anksiyetenin semptomları genellikle bağımsız olarak düşünülmeyp depresyona ait semptomlar olarak düşünülmüştür. Hastalarda anksiyetenin genellikle farkına varılmamakta, hafife alınmakta ve tedavi edilmemektedir (Gerogianni, Lianos, Kouzoupis, Polikandrioti ve Grapsa, 2018). Diyaliz hastalarında tedaviye uyumsuzluk, demans, ilaç ve alkol ile ilişkili bozukluklar, kişilik problemleri, umutsuzluk, cinsel işlev bozuklukları, intihar girişimi, rehabilitasyonla ilgili zorluklar ve psikoz gibi psikolojik sorunlar da görülmektedir (Topbaş ve Bingöl, 2017; Çelik ve Acar, 2007; Sezer, 2001).

Ekonomik sorunlar, terapiye bağlı oluşan stresler, beslenme kısıtlamaları ve aile sorunları, hemodiyaliz hastalarını anksiyeteye yatkın hale getirir (Barati, Nasiri, Akbari ve Sharifzdeh, 2016). Fiziksel ve bilişsel bozukluk, yetersiz sosyal destek ve baş etme stratejilerinin etkisiz olması, günlük yaşamdaki kısıtlamalar, diyetle kısıtlamalar, yorgunluk, ölüm korkusu, ailede, toplumda ve iş hayatında önceki rolleri yerine getirememesi, gelecek belirsizliği, ekonomik yetersizlik, diyaliz makinesine, tedaviye ve sağlık uzmanlarına bağımlılık, uzun süren tedavi süreci, hastalığının kişinin bütün yaşamını etkilemesi HD hastalarında anksiyeteyi tetikleyen ve artıran çeşitli etmenlerdir (Pehlivan ve diğerleri, 2008; Çetinkaya, Nur, Ayvaz ve Özdemir, 2008b; Topbaş ve Bingöl, 2017; Vasilopoulou ve diğerleri, 2016).

Anksiyete SDBY ile tedavi edilen HD hastalarında yaygın görülen bir psikiyatrik semptom olmakla birlikte sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. HD hastalarında anksiyete prevalansı net olmamakla beraber yapılan çalışmalarda anksiyete prevalansının %46.6 ile % 92.5 arasında değiştiği belirtilmiştir (Cohen, Cukor ve Kimmel, 2016; Dehghanmehr, Mansouri, Faghihi ve Piri, 2017). Ayrıca HD hastalarında anksiyete normal topluma kıyasla daha fazla görülmektedir (Özgür, Kürşat ve Aydemir, 2003). Bir çalışmaya göre ise HD hastalarında anksiyete oranı diğer kronik hastalıklara göre daha yüksektir (M. Klarić ve diğerleri, 2009).

Anksiyete intiharlar, komorbiditeler, yeti yitimleri ve artan hastaneye yatışlarla ilgilidir (Gerogianni ve diğerleri, 2018). Anksiyete öz bakımın, verimliliğin ve sağlığın düzensiz olması ile düşük yaşam kalitesi, alkol ve uyuşturucu madde kullanım riskinin artması ile sonuçlanabilmektedir. Ayrıca anksiyete bireylere önerilen diyet ve tedaviyi engellemekle beraber alınan tedavinin sonuçlarına ve öz-bakım üzerine olum-

suz etkilere sahiptir (Dehghanmehar ve diğerkleri, 2017). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların belirli bir zaman diliminde haftada 2-3 kez diyaliz tedavisi alıyor olması hemşire ile hasta arasında sıkı bir iletişim olmasına sebep olur. Bundan dolayı hemşire hem fizyolojik hem de psikolojik bakımdan hastayı değerkendirebilme ve riskleri tespit edebilme açısından en etkili gruptur (Cantekin ve Tan, 2013).

#### **2.1.7.4 Hemodiyaliz ve Depresyon**

Depresyon, SDBY hastaları için uzun zamandır hastaların birincil ruh sağlığı problemi şeklinde tanımlanmakta ve SDBY hastalarında tüm psikiyatrik bozukluklar arasında en önemli ve yaygın olma özelliğı taşımaktadır (Cukor, Peterson, Cohen ve Kimmel, 2006; Anees, Barki, Masood, Ibrahim ve Mumtaz, 2008). Depresyon SDBY popülasyonunda hipertansiyondan sonra en yaygın ikinci tıbbi sorun olarak kabul edilir (Silva Junior ve diğerkleri, 2014). Depresyonu olan hastaların diyalize uyumunun bozulduğı ve tedaviyi yarıda bırakma olasılıklarının arttığı belirtilmektedir (Kaya, Taşkapan, Ateş ve Taycan, 2012). Diyaliz hastalarında depresyon, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkilemekte ve psikiyatrik nedenle hastaneye yatış oranı diğerk kronik hastalıklar ile karşılaştırıldığında 1.5-3 kat daha yüksek olan diyaliz hastalarının hastaneye yatış oranlarını artırmaktadır. Depresyon hem bilişsel hem de somatik özelliklerle karakterizedir (Gorji ve diğerkleri, 2014; Kaya ve diğerkleri, 2012; Anees ve diğerkleri, 2008). Depresyon sıklıkla ciddi bir enerji seviyesinde düşüş, iştahsızlık ve günlük aktivitelere ilginin azalmasına neden olmaktadır. SDBY hastalarının çoğı bu tür bunalıcı olabilen semptomları gösterirler (Yavuz. R, Yavuz. D, Altunoglu, Canoz, Sezer, Yalcin ve Demirag, 2015). Yapılan bazı çalışmalar HD hastalarındaki somatik durum göstergelerinin en ilgili olanlarının dahi önemli bir biçimde depresyon ve anksiyeteye bağı olduğunu ortaya çıkarmıştır. Kronik HD hastalarında depresyonun semptomları özel bir öneme sahiptir ve hastalığın sürecini ve sonucunu çeşitli yollarla etkileyebilmektedir. Örneğın, iştah kaybı anında metabolik dengesizliğe neden olabilir. Depresif ruh hali ve motivasyon eksikliğı diyet gibi tıbbi tavsiyelerin göz ardı edilmesine katkıda bulunabilir ve hatta bu durum tedaviyi bırakma ile sonuçlanabilir (M. Klarić ve diğerkleri, 2009).

SDBY hastalarında depresyonun ana risk faktörleri cinsiyetin kadın olması, yalnız yaşamak, düşük eğitim ve düşük albümin seviyeleridir (Yavuz. R ve diğerkleri, 2015).

Depresyonun nedenleri yorgunluk, uyku bozuklukları, tedavinin kısıtlamalarına uyum sağlamada zorluklar, aile rollerindeki ve sosyal ilişkilerdeki değişiklikler, günlük aktivitelerde sınırlamalar, gelecekle ilgili belirsizlik, işsizlik, sağlık çalışanlarına bağımlılık ve azalmış fiziksel ve cinsel işlevdir. Ancak depresif ve üremik semptomlar genellikle örtüştüğü için depresyonun değerlendirilmesi ve erken teşhisi zordur (Gerogianni ve diğerleri, 2018). Ek olarak, hastalar yetersiz sosyal destek düzeyine sahip olduğunda depresyonun şiddeti artabilir (Alradaydeh ve Khalil, 2018). Yüksek prevalansa rağmen psikososyal semptomların sıklıkla farkına varılmaz ve tedavi edilmezler. Johnson ve Dwyer (2008) tedavi edilmemiş depresyon prevalansının yüksek olduğunu, yaptıkları çalışmada ise hastaların % 70'inden fazlasının depresyon ve anksiyete semptomlarından habersiz olduğunu ve hastaların uygun tedaviye ihtiyaç olduğunu kabul etmediklerini bildirmişlerdir (Hmwe, Subramanian, Tan ve Chong, 2015).

#### **2.1.7.5 Hemodiyaliz ve Maneviyat**

Maneviyat, dini bir yapıyı veya daha yüksek bir varlığa inancı içersin veya içermesin hayatın anlamı ve amacını anlamaya yönelik girişim olarak ifade edilmektedir (F. Finkelstein, West, Gobin, S. Finkelstein ve Wuerth, 2007). Maneviyat aşkın değerler, ilişkiler ve kişinin acı çekerken anlam, amaç ve umut bulduğu yol ile ilgili bir kavram olarak da görülebilir (Spinale, 2008).

Manevi iyi oluş hastaların yaşamının önemli bir özüdür ve derecesi bir kişinin tanrı ile ilgili bir iyi oluş, yaşam amacı ve tatmini duygularına bağlıdır. Manevi iyi oluş iki boyuta sahiptir. Horizontal (yatay) boyut yaşamdaki amaç duygusu, barış ve yaşam doyumunu; dikey boyut ise tanrı veya daha yüksek bir güçle ilgili manevi iyi oluş duygusunu ifade eder (Alradaydeh ve Khalil, 2018).

Bir hastanın hayatının manevi boyutu, ruh sağlığı üzerinde zararlı etkilere aracılık edebilecek önemli bir faktör olmakla beraber maneviyat, kronik hastalıklarla baş etmede önemli bir kaynak olarak kabul edilmekte ve kronik hastalıklarda fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı geliştirmede etkili olmaktadır. Maneviyat ve dindarlık, hastalara hastalık ve acılarının gerçeklerini aşmak ve yaşamlarında kendi hastalıkları bağlamında anlam, amaç ve yön bulmaya yardımcı olmakla beraber, bireyler tarafından fiziksel hastalıklarla ilişkili psikososyal problemlerin stresli etkileriyle başa çıkmaya

yardımcı olması için özellikle bir güç ve destek kaynağı olarak kullanılabilirler (Musa, Pevalin ve Al Khalaileh, 2018; Taheri-Kharameh, 2016; Rambod ve diğerleri, 2020).

Birçok durumda HD hastaları ve aileleri iyimser bir bakış açısını sürdürmek için temel kaynak olarak maneviyat veya dine yönelmektedirler. Maneviyatın HD hastalarında temel bir ihtiyaç olduğu, manevi iyi oluş ve dindarlığın HD hastalarının diyaliz tedavisi ile bağlantısı ve uyumu da dahil olmak üzere potansiyel olarak kişinin genel sağlığını etkilediği ve ruh sağlığı üzerinde önemli olduğu belirtilmektedir. Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarının manevi ve dini yönleri, hastalıklarıyla başa çıkma ve uyum sağlamaya yardımcı olma, ruh sağlığını iyileştirmek veya sürdürmek ve yaşam kalitelerini geliştirmek, hastaların ruhsal olarak gevşemesi ve stresi azaltmada bir etmen olması gibi etkilerle önemli bir rol oynadığı bildirilmiştir (Cruz ve diğerleri, 2017; Darvishi, Otaghi ve Mami, 2020; Musa ve diğerleri, 2018; Reig-Ferrer ve diğerleri, 2012). Dini ve manevi müdahaleleri fiziksel ve zihinsel zorluklarla başa çıkmada bir araç olarak kullanmak yaygın olarak kabul edilmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda manevi danışmanlık sağlandıktan sonra HD hastalarının anksiyete ve depresyon seviyesinin düştüğü gözlemlenmiştir (Cruz ve diğerleri, 2017; Aghajani, Afaze ve Morasai, 2014; Durmuş, 2020).

Manevi iyi oluş, hemodiyaliz tedavisi alan Müslüman hastalar için Kur'an gibi manevi materyalleri okumak, sanatı manevi düşünce ve inançları ifade etmek bir araç olarak kullanmak, dua etmek, hastaların ailesi veya arkadaşlarıyla bağ kurmayı teşvik etmek gibi faaliyetleri içerir (Alradaydeh ve Khalil,2018).

Sağlık personeli, özellikle hemşireler, hastaların dindarlığından ve maneviyatından kapsamlı ve kültüre özgü uygun manevi bakım sağlamak için haberdar olmalıdır. Hemşirelik bakımında hemodiyaliz hastalarının maneviyatını ele almak, yüksek kaliteli bakımın önemli bir bileşenidir. Bir nefroloji hemşiresi aynı hemodiyaliz hastasına haftada birkaç kez ve günde birkaç saat zaman harcamasından dolayı, hastaların manevi ihtiyaçlarını değerlendirmek ve hastalara manevi destek ve bakım vermek için en iyi ve eşsiz pozisyona sahiptir (Musa ve diğerleri, 2018).

#### **2.1.7.6 Hemodiyaliz ve Hemşirelik Yaklaşımları**

Hemodiyaliz tedavisi, bireyin benlik saygısını, rollerini, fizyolojik ihtiyaçlarını, ruhsal durumlarını, sosyal ilişkilerini yani bütün yaşamını etkilemektedir. Kişi, yaşamında ortaya çıkan bu gibi değişikliklere uyum gösterdiği müddetçe hastalıkla başa çıkabilir ve hemodiyalizle uyumlu bir biçimde yaşamını sürdürebilir. Hemşire, ilk aşamada hemodiyaliz tedavisi alan hastaya verdiği eğitimle, bireyin hemodiyaliz tedavisi sonucu gelişen veya gelişebilecek sorunlarının çözülmesi aşamasında bireyin hastalıklara ve hayata uyum göstermesine destek olur. Bu süreçte hemşirelik bakımı ve hemşirenin verdiği eğitim ciddi önem taşımaktadır (Vicdan ve Karabacak, 2014).

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışmadır.

#### 3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, 26 Eylül -16 Aralık 2020 tarihleri arasında Gaziantep ilinde yürütüldü.

#### 3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, 26 Eylül -28 Ekim 2020 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında araştırmaya alınma kriterlerine uyum gösteren ve haftada 3 gün hemodiyaliz tedavisi alan 88 birey oluşturdu. Evrenden örneklem seçimine gidilmeyerek araştırma, çalışmaya katılmayı kabul eden 83 bireyle tamamlandı. 5 hasta ise çalışmaya katılmayı kabul etmedi.

##### **Araştırmaya katılma ölçütleri:**

- 18 yaş üzeri olma,
- Araştırma formlarının doldurulmasına engel olacak düzeyde fiziksel (konuşma, işitme bozukluğu vb.) ve nörolojik bozukluklarının bulunmaması,
- Psikiyatrik tanı (depresyon, kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı vb.) almamış olması
- İletişim probleminin bulunmaması ve iş birliğine açık olması.

#### 3.4. Veri Toplama Araçları

Hasta Tanıtıcı Özellikleri Belirleme Formu (EK- IV), Manevi İyi Oluş Ölçeği(EK-V), Beck Depresyon Ölçeği (EK- VI) ve Beck Anksiyete Ölçeği (EK- VII)ile toplandı.

**3.4.1.Tanıtıcı Özellikleri Belirleme Formu:** Araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, medeni ve ekonomik durumu içeren) toplam 10 sorudan oluşmaktadır.

**3.4.2 Beck Depresyon Ölçeği:** BDÖ, Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. BDÖ, depresyon yönünden risk belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet

değişimini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ülkemizdeki geçerlilik güvenirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa değeri 0,80 olarak bulunmuştur. BDÖ'nün her maddesi, son bir hafta içindeki depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü belirlemekte ve azdan çoğa doğru giden (0-3), dört seçeneği olan 21 tane kendini değerlendirme cümlesini içerir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Ölçeğin kesme noktası olarak 17 puan ve üstü alınmıştır. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,93 olarak hesaplanmıştır. Depresyon derecesi; minimal depresyon 0-9 puan, hafif depresyon 10-16 puan, orta depresyon 17-29 puan, şiddetli depresyon 30-63 puandır (Hisli,1989).

### **3.4.3 Beck Anksiyete Ölçeği**

Ölçek, Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe'ye uyarlaması M.Ulusoy ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, yeterli düzeyde güvenirlik ve geçerliğe sahip olduğu belirlenmiştir. BAÖ kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Kişiye sorulan sorularla sıkıntı duygusunun kendisini son bir haftadır ne ölçüde rahatsız ettiği sorgulanır. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından yapılan analizlerde ölçeğin Cronbach Alpha değeri ( $\alpha=,92$ ); M.Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan analizler sonucunda ise ( $\alpha=,93$ ) olarak hesaplanmıştır (M.Ulusoy ve arkadaşları, 1998). Bu çalışmada ( $\alpha=,93$ ) olarak hesaplanmıştır. Puan Aralığı 0- 63'tür. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Beck anksiyete derecelendirmesi: Hafif düzeyde anksiyete 8-15 puan, orta düzeyde anksiyete 16-25 puan, şiddetli düzeyde anksiyete 26-63 puandır (Beck ve diğerleri,1988).

### **3.4.4 Manevi iyi oluş ölçeği**

Ölçeğin orijinali functional assessment of chronic illness therapy–spiritual well-being scale (FACIT–SP) tarafından geliştirilmiştir. Aktürk ve ark. tarafından ölçek kanser hastalarının ya da diğer kronik hastalıklarda bireylerin manevi iyiliğini belirlemek amacıyla Türkçe uyarlaması yapılmıştır. 3 alt boyutu olan ölçek (barış, anlam ve inanç) manevi iyiliğin tüm bileşenlerini derinlemesine araştırmaya yardımcı olur. Ölçek likert tipi olup 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin maddeleri 0 ile 4 arası (0-Hiç, 4-Çok fazla) numaralandırma sistemine sahiptir. Anlam alt boyutu (Madde 2,3,5,8) toplam 0-16 puan aralığında, Barış alt boyutu (madde 1,4,6,7) toplam 0-16 puan aralığında, İnanç alt boyutu (Madde 9,10,11,12) toplam 0-16 puan aralığında olup ölçek

toplam puanı 0-48 puandır. Ölçek puanının yüksek olması manevi iyiliğin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0.87, olarak bulunmuş (Aktürk vd., 2017). Bu çalışmada ise cronbach alfa değeri 0.85 olarak hesaplanmıştır.

### 3.5 Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 26 Eylül – 28 Ekim 2020 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplandı. Hastaların tedavilerini aksatmayacak şekilde, uygun oldukları zaman diliminde araştırma hakkında bilgi verip sözel izinleri alındıktan sonra hemodiyaliz ünitesinde formlar uygulandı. Formların uygulanması yaklaşık olarak 15 dakika sürdü.

### 3.6 Araştırmanın değişkenleri

Bağımlı Değişkenler;

- Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)
- Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)
- Manevi iyi Oluş Ölçeği (FACIT-SP)

Bağımsız Değişkenler; Hasta Tanıtıcı Özellikleri Belirleme Formu

### 3.7 Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Sayısal değişkenlere ilişkin verilerin normal dağılıma uyup uymadığını anlamak için Kurtosis ve Skewness normallik testi kullanıldı. Kurtosis ve Skewness testine göre BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP Ölçeği puanlarının normal dağıldığı belirlendi. Veri analizleri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak verildi. İstatistiksel analizler %95 güven aralığında, ( $p < 0.05$ ) önem düzeyinde değerlendirildi. Aşağıda verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analizler belirtilmiştir (Tablo 3.1).

**Tablo 3.1. Kullanılan İstatistiksel Testler**

| Değerlendirilen Özellikler                                                  | Kullanılan İstatistik Yöntemi               |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Ölçek maddelerinin iç tutarlılığı                                           | Cronbach $\alpha$ katsayısı                 |
| Hastalara ait tanıtıcı bilgiler                                             | Yüzdelik dağılım ve ortalama                |
| Ölçek puanlarının belirlenmesi                                              | Ortalama                                    |
| Ölçek puanlarının bazı değişkenlerden etkilenme durumunun karşılaştırılması | Bağımsız gruplarda t testi, Varyans analizi |
| Verilerin normallik dağılımı                                                | Kurtosis ve Skewness                        |
| BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP arasındaki ilişki                                      | Pearson Korelasyon Analizi                  |



### **3.8 Araştırmanın Etik Yönü**

Veri toplamaya başlamadan, Muş Alparslan Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan onay alındı (sayı: 10879717-050.01.04) (EK-II). Etik kurul onayı ile araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi veren form Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi’ne sunulup çalışma izin alındı (EK-7).

Hastalar araştırma konusunda sözel olarak bilgilendirildi. Araştırmaya katılmanın tamamen gönüllük esasına dayandığı, araştırmacı ile paylaşılacak kişisel bilgilerin korunacağı ifade edildi. İstedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri açıklandı. Böylece “Bilgilendirilmiş Olur”, “Özerklik”, “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” etik ilkeleri yerine getirilip hastalardan sözel izin alındı.

### **3.9.Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın sınırlılığı tek merkezde ve kesitsel olarak yapılmasıdır.

#### 4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular tablolar eşliğinde sunulmuştur.

**Tablo 4.1. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=83)**

| Sosyo-Demografik Özellikler     | Sayı (S) | Yüzde (%) |
|---------------------------------|----------|-----------|
| <b>Cinsiyet</b>                 |          |           |
| Kadın                           | 28       | 33.7      |
| Erkek                           | 55       | 66.3      |
| <b>Yaş</b>                      |          |           |
| 18-33                           | 25       | 30.1      |
| 34-46                           | 15       | 18.1      |
| 47-59                           | 21       | 25.3      |
| 60 ve üzeri                     | 22       | 26.5      |
| <b>Medeni durumu</b>            |          |           |
| Evli                            | 64       | 77.1      |
| Bekar                           | 19       | 22.9      |
| <b>Çocuk sahibi olma durumu</b> |          |           |
| Evet                            | 61       | 73.5      |
| Hayır                           | 22       | 26.5      |
| <b>Eğitim düzeyi</b>            |          |           |
| Okur yazar                      | 18       | 21.7      |
| İlkokul mezunu                  | 33       | 39.8      |
| Ortaokul mezunu                 | 13       | 15.7      |
| Lise mezunu                     | 8        | 9.6       |
| Üniversite mezunu               | 11       | 13.3      |
| <b>Meslek durumu</b>            |          |           |
| Çalışmıyor                      | 51       | 61.5      |
| Emekli                          | 22       | 26.5      |
| İşçi                            | 7        | 8.4       |
| Memur                           | 3        | 3.6       |

**Tablo 4.1.** Devamı (n=83)

| Sosyo-Demografik Özellikler            | Sayı (S) | Yüzde (%) |
|----------------------------------------|----------|-----------|
| <b>Gelir düzeyi algılama</b>           |          |           |
| İyi                                    | 6        | 7.2       |
| Kötü                                   | 21       | 25.3      |
| Orta                                   | 56       | 67.5      |
| <b>Kiminle yaşadığı</b>                |          |           |
| Anne veya baba                         | 19       | 22.9      |
| Eşi veya çocukları ile                 | 16       | 73.5      |
| Yalnız                                 | 3        | 3.6       |
| <b>Hemodiyaliz tedavi süresi</b>       |          |           |
| 0-2 yıl                                | 24       | 28.9      |
| 3-5 yıl                                | 28       | 33.7      |
| 6-8 yıl                                | 13       | 15.7      |
| 9 yıl ve üzeri                         | 18       | 21.7      |
| <b>Başka kronik hastalığın varlığı</b> |          |           |
| Evet                                   | 49       | 59.0      |
| Hayır                                  | 34       | 41.0      |

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, yaş ortalamasının  $48.16 \pm 14.91$  olduğu, hemodiyaliz tedavi süresi ortalamasının  $6.34 \pm 1.6$  yıl olduğu, %66.3'ünün erkek, %30.1'inin 18-33 yaş aralığında, %77.1'inin evli olduğu, %73.5'inin çocuk sahibi olduğu, %39.8'inin ilkokul mezunu olduğu, %61.5'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %67.5'inin gelirini orta düzeyde olduğu, %73.5'inin eşi ve çocukları ile yaşadığı, %33.7'sinin 3-5 yıl süresince hemodiyaliz tedavisi gördüğü, %59'unun kronik böbrek yetmezliği dışında başka kronik hastalığının olduğu tespit edildi. (**Tablo.4.1**)

**Tablo 4.2. BAÖ, BDÖ, FACIT-SP Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamaları (n=83)**

| Ölçek- Alt Boyutlar |               | En Düşük Değer | En Yüksek Değer | Ortalama          |
|---------------------|---------------|----------------|-----------------|-------------------|
| FACIT-SP            | Anlam         | 0.00           | 13.00           | 7.73±2.38         |
|                     | Barış         | 5.00           | 13.00           | 7.42±2.74         |
|                     | İnanç         | 2.00           | 16.00           | 8.86±3.84         |
|                     | <b>Toplam</b> | <b>3.00</b>    | <b>39.00</b>    | <b>24.02±8.22</b> |
| BECK                | Anksiyete     | 1.00           | 48.00           | 17.12±11.96       |
|                     | Depresyon     | 0.00           | 46.00           | 15.60±11.44       |

Hastaların BAÖ, BDÖ, FACIT-SP Ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde;

FACIT-SP Ölçeği alt boyutlarından anlamda 7.73±2.38 (orta düzey), barışta 7.42±2.74 (orta düzey), inançta 8.86±3.84 (orta düzey) ve toplam puan ortalamasının 24.02±8.22 (orta düzey) olduğu belirlendi. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların anksiyetede 17.12±11.96 (orta düzey), depresyonda 15.60±11.44 (hafif düzey) toplam puan ortalamasının olduğu belirlendi (**Tablo 4.2.**).

**Tablo 4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=83)**

| Tanıtıcı Özellikler  | Anlam            | Barış            | İnanç            | FACIT-SP Toplam  | BAÖ Toplam       | BDÖ Toplam       |
|----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                      | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| <b>Cinsiyet</b>      |                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| Kadın                | 8.28±2.07        | 8.35±2.31        | 10.67±3.22       | 27.25±6.71       | 15.32±12.64      | 13.00±9.05       |
| Erkek                | 7.45±2.50        | 6.94±2.83        | 7.98±5.47        | 22.38±8.47       | 18.03± 11.60     | 16.92±12.35      |
| <b>t değeri</b>      | -1.510           | -2.274           | -3.092           | -2.642           | 0.977            | 1.489            |
| <b>p değeri</b>      | 0.135            | <b>0.026</b>     | <b>0.003</b>     | <b>0.006</b>     | 0.331            | 0.104            |
| <b>Yaş</b>           |                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| 18-33                | 8.12±2.12        | 7.92±2.11        | 8.96±4.36        | 25.00±7.78       | 20.60±13.01      | 16.92±11.14      |
| 34-46                | 6.53±2.89        | 6.66±3.49        | 7.66±4.12        | 20.86±9.96       | 15.93±9.85       | 18.13±12.94      |
| 47-59                | 8.28±2.10        | 8.00±2.38        | 9.76±3.30        | 26.04±6.98       | 15.76±11.67      | 13.00±11.15      |
| 60ve üzeri           | 7.59±2.40        | 6.81±3.03        | 8.72±3.46        | 23.13±8.31       | 15.27±12.24      | 14.86±11.17      |
| <b>F değeri</b>      | 1.944            | 1.338            | 0.878            | 1.384            | -1.832           | -1.556           |
| <b>p değeri</b>      | 0.748            | 0.926            | 0.155            | 0.408            | 0.071            | 0.135            |
| <b>Medeni Durum</b>  |                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| Evli                 | 7.78±2.54        | 7.40±2.83        | 9.25±3.55        | 24.43±8.23       | 15.82±12.01      | 14.54± 11.28     |
| Bekar                | 7.57±1.83        | 7.47±2.48        | 7.57±4.57        | 22.63±8.24       | 21.47±10.98      | 19.15±11.55      |
| <b>t değeri</b>      | 0.322            | 0.094            | 1.682            | 0.839            | 0.152            | 0.941            |
| <b>p değeri</b>      | 0.622            | 0.652            | 0.963            | 0.798            | 0.859            | 0.391            |
| <b>Eğitim düzeyi</b> |                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| Okur yazar           | 8.38±2.14        | 8.00±2.91        | 9.61±3.79        | 26.00±7.77       | 18.22±12.71      | 14.88±9.44       |
| İlkokul              | 7.60±2.17        | 7.72±2.64        | 9.30±3.74        | 24.63±7.96       | 14.93±10.83      | 14.15±11.76      |
| Ortaokul             | 7.53±3.35        | 6.76±2.48        | 8.07±4.11        | 22.38±9.28       | 22.30±13.35      | 19.69±13.70      |
| Lise                 | 7.12±1.35        | 7.00±1.60        | 6.62±3.77        | 20.75±6.31       | 23.87±10.53      | 21.00±9.21       |
| Üniversite           | 7.72±2.79        | 6.63±3.64        | 8.90±3.88        | 23.27±9.79       | 10.81±9.89       | 12.36±11.37      |
| <b>F değeri</b>      | 0.501            | 0.751            | 1.098            | 0.766            | 2.494            | 1.245            |
| <b>p değeri</b>      | 0.735            | 0.561            | 0.364            | 0.550            | 0.050            | 0.299            |
| <b>Meslek Durumu</b> |                  |                  |                  |                  |                  |                  |
| Çalışmıyor           | 7.50±2.50        | 7.47±2.75        | 8.82±4.06        | 23.80±8.62       | 17.94±11.78      | 16.56±11.49      |
| İşçi                 | 7.71±1.88        | 7.42±1.81        | 7.85±3.02        | 23.00±5.38       | 20.28±14.16      | 17.14±12.90      |
| Memur                | 9.33±0.57        | 7.66±2.51        | 8.33±5.50        | 25.33±8.50       | 25.00±17.08      | 23.66±12.89      |
| Emekli               | 8.04±2.39        | 7.27±3.11        | 9.36±3.48        | 24.68±8.39       | 13.13±10.43      | 11.77±10.26      |
| <b>F değeri</b>      | 0.715            | 0.034            | 0.297            | 0.117            | 1.519            | 1.509            |
| <b>p değeri</b>      | 0.546            | 0.992            | 0.827            | 0.950            | 0.216            | 0.219            |

Tablo 4.3.Devamı (n=83)

| Tanıttıcı Özellikler                   | Anlam            | Barış            | İnanç            | FACIT-SP<br>Toplam | BAÖ<br>Toplam    | BDÖ<br>Toplam    |
|----------------------------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|
|                                        | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$   | $\bar{X} \pm SS$ | $\bar{X} \pm SS$ |
| <b>Gelir düzeyi algı-<br/>lama</b>     |                  |                  |                  |                    |                  |                  |
| İyi                                    | 9.00±1.41        | 8.33±1.86        | 11.00±4.04       | 28.33±6.50         | 9.83±10.75       | 8.83±8.70        |
| Kötü                                   | 7.91±2.33        | 7.48±2.84        | 9.14±3.75        | 24.53±8.09         | 17.85±12.42      | 15.28±11.69      |
| Orta                                   | 6.90±2.55        | 7.00±2.67        | 7.52±3.77        | 21.42±8.53         | 17.23±10.74      | 18.38±10.92      |
| <b>F değeri</b>                        | 2.333            | 0.588            | 2.432            | 2.029              | 1.227            | 1.720            |
| <b>p değeri</b>                        | 0.104            | 0.558            | 0.094            | 0.138              | 0.299            | 0.186            |
| <b>Kiminle yaşadığı</b>                |                  |                  |                  |                    |                  |                  |
| Anne veya baba                         | 8.00±1.88        | 7.63±2.40        | 8.26±4.66        | 23.89±8.19         | 22.63±12.53      | 18.63±11.30      |
| Eşi veya çocukla-<br>rıyla             | 7.73±2.51        | 7.44±2.83        | 9.18±3.46        | 24.36±8.12         | 15.09±11.22      | 14.26±11.19      |
| Yalnız                                 | 6.00±2.64        | 5.66±3.05        | 6.33±5.85        | 18.00±11.26        | 23.33±14.18      | 23.66±14.74      |
| <b>F değeri</b>                        | 0.906            | 0.667            | 1.091            | 0.856              | 3.493            | 1.868            |
| <b>p değeri</b>                        | 0.408            | 0.516            | 0.341            | 0.429              | <b>0.035</b>     | 0.161            |
| <b>Hemodiyaliz tedavi süresi</b>       |                  |                  |                  |                    |                  |                  |
| 0-2 yıl                                | 7.45±2.88        | 7.25±2.59        | 8.16±3.63        | 22.87±8.58         | 15.75±11.77      | 15.41±11.51      |
| 3-5 yıl                                | 7.28±2.15        | 6.82±2.93        | 8.03±4.21        | 22.14±8.45         | 20.96±11.66      | 19.53±11.95      |
| 6-8 yıl                                | 8.76±2.45        | 8.46±2.14        | 11.07±3.54       | 28.30±7.66         | 15.38±13.46      | 10.46±10.74      |
| 9 yıl ve üzeri                         | 8.05±1.79        | 7.83±2.93        | 9.50±3.22        | 25.38±6.90         | 14.22±10.97      | 13.44±9.64       |
| <b>F değeri</b>                        | 1.376            | 1.249            | 2.416            | 2.064              | 1.542            | 2.297            |
| <b>p değeri</b>                        | 0.256            | 0.298            | 0.073            | 0.112              | 0.210            | 0.084            |
| <b>Başka kronik hastalığın varlığı</b> |                  |                  |                  |                    |                  |                  |
| Evet                                   | 7.34±2.68        | 7.10±3.12        | 8.36±4.01        | 22.81±9.18         | 19.79±11.35      | 17.55±11.27      |
| Hayır                                  | 8.29±1.76        | 7.88±2.02        | 9.58±3.51        | 25.76±6.31         | 13.26±11.91      | 12.79±11.25      |
| <b>t değeri</b>                        | -1.800           | -1.280           | -1.432           | -1.623             | -1.733           | 2.525            |
| <b>p değeri</b>                        | 0.056            | 0.204            | 0.156            | 0.109              | <b>0.014</b>     | 0.063            |

F: One-way ANOVA t: Independent Samples T test

Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamaları incelendiğine (**Tablo.4.3**).

Cinsiyete göre puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınların barış, inanç ve manevi iyi oluş düzeyleri gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark oluşturacak şekilde yüksekti ( $p<0.05$ ). Diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında önemli fark yoktu ( $p>0.05$ ).

Hastaların yaşlarına göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 47-59 yaş aralığındaki bireylerin anlam, barış, inanç ve manevi iyi oluş düzeyleri diğer yaş gruplarına göre daha yüksekti. Ayrıca 47-59 yaş aralığındaki bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyleri diğer yaş gruplarına göre daha düşüktü. Yaş ile BAÖ, BDÖ, FACIT-SP alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3).

Hastaların medeni duruma göre BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.4); evli bireylerin anlam, barış, inanç ve manevi iyi oluş toplam puanları daha yüksek bulunurken, anksiyete ve depresyon düzeyleri daha düşüktü.

Medeni durum ile BAÖ, BDÖ, FACIT-SP alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3).

Araştırmaya alınan bireylerin eğitim durumuna göre BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.4); okuryazar olan hastaların anlam, barış, inanç ve manevi iyi oluş toplam puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunurken, üniversite mezunu hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri daha düşüktü. Eğitim durumu ile BAÖ, BDÖ, FACIT-SP alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3).

Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin meslek durumuna göre BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.3); memur olan hastaların anlam, barış ve manevi iyi oluş toplam puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunurken, hemodiyaliz tedavisi alan emekli hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri daha düşüktü. Hastaların meslek durumu ile BAÖ, BDÖ, FACIT-SP alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3).

Hastaların gelir durumuna göre BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.3); iyi bir gelire sahip olan hastaların anlam, barış, inanç ve manevi iyi oluş toplam puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunurken, anksiyete ve depresyon düzeyleri daha düşüktü. Hastaların gelir durumu ile BAÖ, BDÖ, FACIT-SP alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3). Hastaların birlikte yaşadığı bireyler ile BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.3); eşi veya çocukları ile yaşayan bireylerin diğer gruplara göre inanç ve manevi iyi oluş düzeyleri yüksek, anksiyete ve depresyon düzeyleri daha düşüktü. Hastaların anksiyete düzeyleri ile gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark vardı ( $p<0.05$ ). Hastaların kimlerle yaşadıklarına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD); yalnız yaşayanların, anne veya baba ile yaşayanlar ile eşi veya çocuklarıyla yaşayanlardan yüksek puana sahip oldukları belirlenmiştir. Diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında önemli fark yoktu ( $p>0.05$ ). Hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süreleri ile BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.3); 6-8 yıl aralığında hemodiyaliz tedavisi alan hastaların anlam, barış, inanç ve manevi iyi oluş toplam puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunurken, depresyon düzeyleri daha düşüktü. Hastaların hemodiyaliz tedavisi alma süreleri ile BAÖ, BDÖ, FACIT-SP alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3).

Hastaların başka kronik hastalığa sahip olma durumu ile BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4.3); başka kronik hastalığa sahip olmayan hastaların anlam, barış, inanç ve manevi iyi oluş toplam puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunurken, anksiyete ve depresyon düzeyleri daha düşüktü. Hastaların anksiyete düzeyleri ile başka kronik hastalığa sahip olma durumu arasında istatistiksel olarak önemli bir fark vardı ( $p<0.05$ ). Diğer alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında önemli fark yoktu ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4.4. BAÖ, BDÖ ile FACIT-SP Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Pearson Korelasyon Analizi (n=83)**

|                    | 1       | 2       | 3       | 4       | 5      | 6 |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|--------|---|
| 1. Anlam           | 1       |         |         |         |        |   |
| 2. Barış           | .755**  | 1       |         |         |        |   |
| 3. İnanç           | .736**  | .768**  | 1       |         |        |   |
| 4. FACIT-SP Toplam | .886**  | .912**  | .938**  | 1       |        |   |
| 5. Anksiyete       | -.398** | -.561** | -.580** | -.574** | 1      |   |
| 6. Depresyon       | -.642** | -.750** | -.765** | -.794** | .866** | 1 |

**\*\*p<0.01**

Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların BAÖ, BDÖ ile FACIT-SP Ölçeği Arasındaki İlişki incelendiğinde (**Tablo.4.4**)

Anksiyete ile anlam, barış, inanç alt boyutları ve FACIT-SP toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Depresyon ile anlam alt boyutu arasında negatif yönde orta düzeyde; barış ve inanç alt boyutları ile FACIT-SP toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki saptandı. Anksiyete ile depresyon toplam puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı.

**Tablo 4.5. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Puan Dağılımı (n=83)**

|                             | Sayı (S) | Yüzde (%) |
|-----------------------------|----------|-----------|
| <b>Anksiyete</b>            |          |           |
| 0-7 puan (minimal düzey)    | 26       | 31.3      |
| 8-15 puan (hafif düzey)     | 15       | 18.1      |
| 16-25puan (orta düzey)      | 16       | 19.3      |
| 26-63 puan (şiddetli düzey) | 26       | 31.3      |
| <b>Depresyon</b>            |          |           |
| 0-9 puan (minimal düzey)    | 39       | 47.0      |
| 10-16 puan (hafif düzey)    | 7        | 8.4       |
| 17-29 puan (orta düzey)     | 27       | 32.5      |
| 30-63 puan (şiddetli düzey) | 10       | 12.0      |

Araştırma kapsamına alınan hastaların anksiyete ve depresyon puan dağılımları incelendiğinde, hastaların % 31.3'ünün minimal düzeyde, % 18.1'inin hafif düzeyde, % 19.3'ünün orta düzeyde, % 31.3'ünün şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri gösterdikleri, bireylerin % 47'sinin minimal düzeyde, % 8.4'ünün hafif düzeyde, % 32.5'inin orta düzeyde, % 12'sinin şiddetli düzeyde depresyon belirtileri gösterdikleri tespit edildi.

## 5.TARTIŞMA

Hemodiyaliz, hastaların yaşamını hem fiziksel hem de psikososyal bakımdan önemli derecede olumsuz etkilemektedir (Chen ve diğerleri, 2010). HD tedavisi alan hastalarda, depresyon ve anksiyete başta olmak üzere, ruhsal bozuklukların sık görüldüğü ve oranlarının yükseldiği belirtilmektedir (Bahar ve diğerleri, 2007; Sağduyu ve diğerleri, 2006; Haghighat ve diğerleri, 2019). Dini inançlar ve maneviyatın genel anlamda HD tedavisi alan hastalar için önemli olduğu vurgulanmaktadır (Patel, Shah, Peterson ve Kimmel, 2002). Hemodiyaliz, hastaları fiziksel ve psikolojik yönden yaşam boyu etkilenmektedir. Anksiyete ve depresyon HD hastalarında sık görülen psikolojik problemlerdir. Maneviyat ise kronik hastalıklarda önemli bir başa çıkma mekanizması olarak görülmektedir. Hemodiyaliz hastalarında manevi iyi oluş ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran bu çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

### 5.1.Hastaların BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP Puanlarının Tartışılması

Çalışmamızın bulgularına göre hemodiyaliz hastalarının manevi iyi oluş toplam puanı ( $24.02 \pm 8.22$ ) olarak ve orta düzeyde belirlendi. Literatürde Spinale ve arkadaşları'nın (2008), Eslami, Rabiei, Khayri, Nooshabadi ve Masoudi 'nin (2014), Ebrahimi, Ashrafi, Eslampanah ve Noruzpur'un (2014), Alradaydeh ve Khalil 'in (2018), Alshraifeen ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışmada HD tedavisi alan hastaların manevi iyi oluş düzeyleri orta seviyede bulunmuştur. Bu bulgular çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Pilger, Santos, Lentsck, Marques ve Kusumota'nın (2017), ile ülkemizde Duran ve arkadaşları'nın (2020) yaptığı çalışmalarda HD hastalarının manevi iyi oluş düzeyleri yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Araştırmamız bu çalışmalara benzerlik gösterse de literatürde düşük seviyede manevi iyi oluş seviyesi gösteren çalışmalar da mevcuttur (Reig-Ferrer ve diğerleri, 2012; Musa ve diğerleri, 2018). Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların manevi iyi oluş seviyelerinin farklı olmasının nedeni hastaların dini ve manevi inanç kaynakları, hastalığı anlamlandırma biçimi, kültür, yaşanılan bölgenin özelliği gibi değişkenler olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemodiyaliz tedavisi alan hastaların depresyon puanı ( $15.60 \pm 11.44$ ) olarak ve hafif düzeyde belirlenmiştir. Turgay ve diğerleri, 2017; Özgür ve diğerleri, 2003 yapmış oldukları çalışmada HD tedavisi alan hastaların depresyon düzeyleri hafif seviyede bulunurken, Son, Choi, Park, Bae ve Lee, 2009; Saeed, Ahmad, Shakoor, Ghafoor ve Kanwal, 2012; Anees ve diğerleri, 2008; Pehlivan ve diğerleri, 2008; Alradaydeh ve Khalil, 2018 yaptıkları çalışmada depresyon düzeyleri orta seviyede bulunmuştur. Yıldırım ve arkadaşları'nın (2013), R. Yavuz ve arkadaşları'nın (2015) tarafından yapılan çalışmalarda HD tedavisi alan hastaların depresyon düzeylerinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Bu farklılığın oluşmasında HD tedavi süresinin artması ve bireylerin yalnız yaşamasının depresyon düzeylerinin arttırdığı düşünülmektedir. Bireylerin uzun süre HD tedavisi almaları kişide depresif duygu durumunu arttıracaklığı belirtilmektedir (Sarı, 2015; Akça ve Doğan, 2011; Özdemir ve Taşcı, 2013).

Çalışmamızda Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların anksiyete puanı ( $17.12 \pm 11.96$ ) olarak orta düzeyde belirlenmiştir. Çelik ve Acar, 2007 ve Bossola, Ciciarelli, Conte, Vulpio, Luciani ve Tazza, 2010 yapmış oldukları çalışmada HD tedavisi alan hastaların anksiyete düzeyleri orta seviyede bulunurken, Bossola ve arkadaşları'nın (2012) Yıldırım ve arkadaşları'nın (2013) yapmış oldukları çalışmada hastaların anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın oluşmasında; ortalama HD tedavi süresinin diğer çalışmalardan daha az olması ve farklı kültürden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kişinin haftada üç gün, günde ortalama dört saat süren tedavi programlarında diyaliz makinesine uzun süre bağlı kalması bireyde çaresizlik, üzüntü, karamsarlık ve anksiyetenin artmasına neden olabileceği belirtilmektedir (Sarı, 2015; Akça ve Doğan, 2011; Özdemir ve Taşcı, 2013).

## **5.2. Hastaların BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP Puanları ile Sosyodemografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızda cinsiyet değişkeninin anksiyete ve depresyon puanları üzerinde önemli bir faktör olmadığı belirlenmiştir. Çelik ve Acar'ın (2007), Esen ve arkadaşları'nın

(2015), Macaron ve arkadaşları'nın (2014), Pehlivan ve arkadaşları'nın (2008), M. Klarić ve arkadaşları'nın (2009) çalışma bulgularıyla bu araştırmanın sonuçları benzerlik göstermektedir. Bu bulgu ile cinsiyetin anksiyete ve depresyon üzerinde etkili olmadığı söylenebilir.

Cinsiyete göre manevi iyi oluş puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınların barış, inanç ve manevi iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Literatürde araştırmamıza benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Reig-Ferrer ve diğerleri, 2012; Cheawchanwattana, Chunlertrith, Saisunantararom ve Johns, 2015). Ancak bulgularımızın aksine cinsiyet ile manevi iyi oluş arasında anlamlı bir farkın olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Alradaydeh ve Khalil, 2018; Ebrahimi ve diğerleri,2014). Bu farklılığın oluşmasında farklı kültürlerin etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaş ile anksiyete, depresyon ve manevi iyi oluş puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Literatür çalışmaları da bulgularımızı desteklemekte yaşı, anksiyete, depresyon ve manevi iyi oluş düzeyini etkileyen bir faktör olmadığını bildirilmektedir (Macaron ve arkadaşları, 2014; Esen ve arkadaşları,2015;Alradaydeh ve Khalil, 2018; Ebrahimi ve arkadaşları,2014; Mahboub, Ghahramani, Shamohammadi ve Parazdeh 2014;M. Klarić ve diğerleri,2009). Hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşlarının anksiyete, depresyon ve manevi iyi oluş düzeyleri üzerine önemli bir faktör olmadığı söylenebilir.

Hastaların medeni durumu ile anksiyete, depresyon ve manevi iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan diğer çalışma sonuçları, bu çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. HD tedavisi alan hastaların medeni durumlarının manevi iyi oluş, anksiyete ve depresyon üzerinde önemli bir faktör olmadığı belirtilmektedir (Çelik ve Acar,2007; Esen ve arkadaşları; Macaron ve arkadaşları, 2014; Musa ve arkadaşları;2018; Cheawchanwattana ve arkadaşları; 2015). Medeni durumun anksiyete, depresyon ve manevi iyi oluş düzeyleri üzerinde önemli bir faktör olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların meslek, eğitim ve gelir durumları ile anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yıldırım ve arkadaşları,2013; Alshogran ve arkadaşları,2018; Demirbilek ve arkadaşları,2010; M. Klarić ve arkadaşları,2009; Macaron ve arkadaşları,2014; Bahar ve arkadaşları,2007; Çelik ve

Acar,2007 yapmış oldukları çalışmada meslek, eğitim ve gelir durumunun anksiyete ve depresyon üzerinde önemli bir faktör olmadığı vurgulanmaktadır. Bu bulgular çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların gelir durumu ile manevi iyi oluş puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Pilger ve arkadaşları'nın (2017) ile Musa ve arkadaşları'nın (2018) çalışmaları bu araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ebrahimi ve arkadaşları (2014) ile Mahboub ve arkadaşları'nın (2014) çalışmalarında hastaların meslek ve eğitim durumunun manevi iyi oluş puanları üzerinde önemli bir faktör olmadığı belirtilmiştir. Bu bulgular ile gelir, meslek ve eğitim durumunun manevi iyi oluş üzerinde önemli bir faktör olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda eşi veya çocukları ile yaşayan bireylerin diğer gruplara göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Theofilou, (2011), Son ve arkadaşları'nın (2009) ile Musa ve arkadaşları'nın (2018) yapmış oldukları çalışma sonuçları bu araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Gerogianni ve arkadaşları'nın (2018) çalışmasında evli veya bir ilişki içinde olmayan bireylerin, Yavuz ve arkadaşları'nın (2015) çalışmasında ise bekar hastaların depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur. HD tedavisi alan bireylerin sosyal destek sistemlerinin hastalarda daha düşük anksiyete ile depresyon düzeyi sağlayacağı söylenebilir.

Çalışmamızda manevi iyi oluş ile yaşanan kişi grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış, fakat aile üyeleri ile beraber yaşayan bireylerin daha yüksek manevi iyi oluş düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Alshraifeen ve arkadaşları'nın (2020) çalışmaları da çalışmamıza benzerlik göstermektedir. HD tedavisi alan bireylerin aile bireyleri ile yaşamasının manevi iyi oluş düzeylerini arttırabileceği söylenebilir.

Araştırmamızda hemodiyaliz tedavisi alma süresi ile maneviyat, anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde Reig-Ferrer ve arkadaşları'nın (2012), Ebrahimi ve arkadaşları'nın (2014) ile Pilger ve arkadaşlarının (2017), Yıldırım ve arkadaşları'nın (2013), M. Klarić ve arkadaşları'nın (2009), Son ve arkadaşları'nın (2008), Çelik ve Acar'ın (2007), Pehlivan ve arkadaşları'nın (2008) ile Esen ve arkadaşları' nın (2015) çalışmaları bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. HD tedavisi alma süresinin hastaların anksiyete

depresyon ve manevi iyi oluş düzeyleri üzerinde önemli bir faktör olmadığı söylenebilir. Çalışmamızda hastaların anksiyete düzeyleri ile başka kronik hastalığa sahip olma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Alshraifeen ve arkadaşları'nın (2020) ile Gerogianni ve arkadaşları'nın (2018) çalışmaları da araştırmamızla benzerlik göstermektedir. HD tedavisine başka bir kronik hastalığın eşlik etmesi bireylerin anksiyete düzeyini arttıracakı söylenebilir.

Bu çalışmada başka bir kronik hastalık durumunun olması ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, başka kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Alradaydeh ve Khalil'in (2018) çalışması bulgularımızı desteklemektedir. Ancak literatürde komorbid durumun depresyon ile pozitif bir ilişki içinde olduğunu ve depresyon üzerinde önemli bir faktör olduğunu belirten birçok çalışma bulunmaktadır (Gerogianni ve arkadaşları, 2018; Alshraifeen ve arkadaşları, 2020; Hung ve arkadaşları, 2011).

Araştırma bulgularına göre başka bir kronik hastalığa sahip olma ile manevi iyi oluş puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Pilger ve arkadaşları'nın (2017) ile Alradaydeh ve Khalil'in (2018) in çalışmaları da bu araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. HD tedavisi alan hastaların başka bir kronik hastalığa sahip olmayı inanç düzeyinde ele aldıkları düşünülmektedir. Hastaların manevi iyi oluş düzeylerinin artması ile kronik problemlerden daha az etkilenebileceği söylenebilir.

### **5.3. Hastaların BAÖ, BDÖ ve FACIT-SP Puanları Arasındaki İlişkilerin Tartışılması**

Çalışmamızda anksiyete ile depresyon puan ortalamaları arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Literatürde yer alan bulgular da araştırmamızla uyumlu olarak anksiyete ve depresyon arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmiştir (Alshraifeen ve arkadaşları,2020; Rajan ve Subramanian,2016; Marthoenis ve arkadaşları,2020). Anksiyete ve depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu söylenebilir.

Çalışmamızda anksiyete, depresyon ile anlam, barış, inanç alt boyları ile manevi iyi oluş arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı. Literatürde yer alan

birçok çalışma bu araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Loureiro, de Rezende Coelho, Coutinho, Borges ve Lucchetti, 2018; Alradaydeh ve Khalil, 2017; Musa ve arkadaşları, 2018). Bu bulgularla birlikte manevi iyi oluş ile anksiyete ve depresyon arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bireylerin manevi iyi oluş düzeyleri arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin azalacağı söylenebilir.

Hemodiyaliz hastalarında, yüksek manevi iyi oluş ve dindarlığın olması depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin azalması ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Martinez ve Custodio,2014). Benzer şekilde Luchetti ve diğerleri yaptıkları çalışmada yüksek maneviyat ve dindarlığın bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerini azalttığı vurgulanmıştır (Luchetti ve diğerleri, 2010). Saffari ve arkadaşları'nın (2013) HD hastalarını kapsayan çalışmasında maneviyatın anksiyeteyi, depresyonu ve hastaların sağlık durumlarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.

Hastalara manevi müdahaleler kapsamında uygulanan dini ve manevi uygulamalar, bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyini düşürmede etkili olduğu belirtilmektedir (Bolhari ve diğerleri, 2012; Rahnema ve diğerleri, 2015). Puchalski, hemşirelerin merhamet ve şefkat yoluyla fiziksel, duygusal, manevi desteğinin yanında hastaların korkularını, umutlarını, acılarını ve hayallerini dinlemeyi içeren manevi bakım alabileceklerini; hemşirelerin, hastaların ve ailelerinin fiziksel, zihinsel ve ruhsal boyutlarının tüm yönlerine dikkat etmesi gerektiğini belirtmektedir (Puchalski,2001).



#### 5.4. Sonuçlar

Hemodiyaliz hastalarında manevi iyi oluş ile anksiyete ve depresyon arasında ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada řu sonuçlar elde edilmiştir:

Hastaların FACIT-SP toplam puan ortalamaları  $24.02 \pm 8.22$  olarak orta düzeyde, anksiyete puan ortalamaları  $17.12 \pm 11.96$  olarak orta düzeyde ve depresyon puan ortalamaları  $15.60 \pm 11.44$  olarak hafif düzeyde bulunmuştur. Hastaların orta düzeyde manevi iyi oluş, orta düzeyde anksiyete ve hafif düzeyde depresyona sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Kadınların manevi iyi oluş düzeyleri anlamlı bir fark oluşturacak düzeyde daha yüksek belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Hastalarda cinsiyet değişkeni anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememektedir ( $p > 0.05$ ).

Yaş, medeni durum, eğitim durumu, durumu, gelir düzeyi, meslek durumu, hemodiyaliz tedavisi alma süresi gibi faktörler hastaların manevi iyi oluş, anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilememektedir. ( $p > 0.05$ ).

Hastaların beraber yaşadığı kişi grubu depresyon ve manevi iyi oluş düzeylerini etkilememektedir. ( $p > 0.05$ ). Eş veya çocuklarıyla yaşayan kişilerin anksiyete düzeyi anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. ( $p < 0.05$ ).

Hastaların başka kronik bir hastalığa sahip olma durumu, depresyon ve manevi iyi oluş düzeylerini etkilememektedir ( $p > 0.05$ ). Başka bir kronik bir hastalığa olma, anksiyeteyi düzeyini olumsuz etkileyen bir faktördür. ( $p < 0.05$ ).

Hastaların yaşadıkları anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Hastalarda manevi iyi oluş ile anksiyete puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki, manevi iyi oluş ile depresyon puanları arasında ise negatif yönde yüksek düzeyde ilişki vardır ( $p < 0.05$ ).

## 5.5. Öneriler

### 5.5.1. Araştırma Sonuçlarına Dayalı Öneriler

HD tedavisi alan hastaların manevi iyi oluş düzeylerini saptamaya yönelik daha geniş çalışmalar yapılması önerilebilir.

Hastalar zaman zaman depresyon ve üremik semptomları ayırt edememesinden kaynaklı hasta yaşadığı depresyonun farkına varamayabilir. Hastalara bu konuda eğitim verilmesi önerilebilir.

Hastalara verilen sosyal destek, hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeyini düşürebilmektedir. Hastaların aileden, sağlık ekibinden ve çevreden aldığı sosyal desteğin artırılması önerilebilir.

Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda manevi iyi oluş derecesinin anksiyete ve depresyon düzeyine etkisinden dolayı, farmakolojik tedaviye ek psikososyal tedavi yöntemi olan manevi bakım programının uygulanması önerilir.

Hemşirelerin lisans programına hemşirelik uygulamalarında etkili olduğu kanıtlanan manevi bakımın eklenmesi önerilir.

### 5.5.2. İleride Yapılabilecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

Ülkemizde hemodiyaliz hastalarında manevi iyi oluş ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen yeterince çalışma yapılmamıştır. Bu alana yönelik daha fazla çalışma yapılması önerilir.

Çalışmamızda hastaların manevi iyi oluş düzeylerini etkileyen psikolojik dayanıklılık, sosyal destek, öz bakım gibi faktörler incelenmemiş olup ileride yapılacak çalışmalarda araştırılabilir.

Hemşirelerin manevi iyi oluş düzeylerini yükseltmeye yönelik girişimler yapılabilir.

Konsültasyon Liyezyon Psikiyatri Hemşireliğinin hastaların ruhsal durumunda hastalığa karşı geliştirilen savunma düzeneklerini olumlu duruma çevrilmesinde, hastaların sorunlarıyla uğraşma, tedaviyi reddetme, aile ile kurulan iletişim gibi durumlarda önemli rol alması nedeniyle maneviyatın bu durumlarda kullanılabilmemesinin anlaşılması önemlidir. İleride KLPH’de manevi bakımın uygulandığı çalışmalar yapılabilir.

## 6.KAYNAKÇA

Aghajani, M., Afaze, M. R., Morasai, F. (2014). The Effect of Spirituality Counseling on Anxiety and Depression in Hemodialysis Patients. *Evidence Based Care*, 3(4), 19-28.

Akça, N. K., Doğan, A. (2011). Hemodiyaliz Hastalarının Diyaliz Sonrası Yaşadığı Sorunlar ve Evde Bakım Gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi*, 1(1),15-22

Akpolat, T., Utaş, C. (2007) Renal Replasman Tedavisi. Diyaliz Hakkında Genel Bilgiler, Hemodiyaliz. Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G. (Editörler). *Nefroloji El Kitabı*.4. Baskı. s. 324-339.İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Aksoy, A., Oğur, S. (2015). Bitlis İlinde Rutin Olarak Diyaliz Ünitesine Bağlanan Diyaliz Hastalarının Sıkıntı Durumlarının Belirlenmesi. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 4(2),112-121.

Aktürk, Ü., Erci, B., Araz, M. (2017). Functional Evaluation of Treatment of Chronic Disease: Validity and Reliability of the Turkish Version of the Spiritual Well-Being Scale. *Palliative & Supportive Care*, 15(6), 684. doi:10.1017/S1478951517000013

Alemdar, H.(2015).*Hemodiyaliz Hastalarında Öz-Bakım Gücünün Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yüksek lisans tezi.Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Alrdaydeh, M. F. , Khalil, A. A. (2018). The Association of Spiritual Well-being and Depression Among Patients Receiving Hemodialysis. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(3), 341-347. DOI: 10.1111/ppc.12249

Alshogran, O. Y. , Khalil, A. A. , Oweis, A. O. , Altawalbeh, S. M. , Alqudah, M. A. (2018). Association of Brain-derived Neurotrophic Factor and İnterleukin-6 Serum Levels with Depressive and Anxiety Symptoms in Hemodialysis Patients. *General Hospital Psychiatry*, 53, 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.04.003> adresinden erişilmiştir.

Alshraifeen, A., Alnuaimi, K., Al-Rawashdeh, S., Ashour, A., Al-Ghabeesh, S., Al-Smadi, A. (2020). Spirituality, Anxiety and Depression Among People Receiving Hemodialysis Treatment in Jordan: A Cross-Sectional Study. *Journal of Religion and Health*, 59, 2414–2429 <https://doi.org/10.1007/s10943-020-00988-8> adresinden erişilmiştir.

Anees, M. , Barki, H. , Masood, M. , Ibrahim, M. , Mumtaz, A. (2008). Depression in Hemodialysis Patients. *Pak J Med Sci*, 24(4), 560-565

Aydemir, Ç. , Kasım, İ., Cebeci, S., Göka ,E. , Tüzer, V. (2002). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. *Kriz Dergisi*, 10(2), 29-39.

Bahar, A. , Savas, A. H. , Yildizgördü, E. , Barlioglu, H. (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam1/Anxiety, Depression and Sexual Life of Hemodialysis Patients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 287

Barati, F. , Nasiri, A. , Akbari, N. , Sharifzadeh, G. (2016). The Effect of Aromatherapy on Anxiety in Patients Nephro-urology Monthly, 8(5). [doi:10.5812/numonthly.38347](https://doi.org/10.5812/numonthly.38347)

Baraz, S. H., Mohammadi, E., Broumand, B. (2005). The Effect of Self-Care Educational Program on Decreasing the Problems and Improving the Quality of Life of Dialysis Patients. *Journal of Hayat*, 11(2), 51-62.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893> adresinden erişilmiştir.

Bereza,B.(2007).Źródła Niepokoju Pacjentów Długotrwałe Hemodializowanych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 1(7), 8-14.

Bossola, M., Ciciarelli, C., Conte, G. L., Vulpio, C., Luciani, G., Tazza, L. (2010). Correlates of Symptoms of Depression and Anxiety in Chronic Hemodialysis Patients. *General Hospital Psychiatry*, 32(2), 125-131.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.10.009> adresinden erişilmiştir.

Bossola, M., Ciciarelli, C., Di Stasio, E., Panocchia, N., Conte, G. L., ... Tazza, L. (2012). Relationship Between Appetite and Symptoms of Depression and Anxiety in Patients on Chronic Hemodialysis. *Journal of Renal Nutrition*, 22(1), 27-33. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2011.02.005> adresinden erişilmiştir.

Bolhari, J., Naziri, G. H., Zamanian, S. (2012). Effectiveness of Spiritual Group Therapy in Reducing Depression, Anxiety, and Stress of Women with Breast Cancer 3. *Journal of Women and Society*, (1),85-115

Cantekin, I., Tan, M. (2013). The Influence of Music Therapy on Perceived Stressors and Anxiety Levels of Hemodialysis Patients. *Renal Failure*, 35(1), 105-109. DOI: 10.3109/0886022X.2012.736294

Chen, C. K. , Tsai, Y. C. , Hsu, H. J. , Wu, I. W., Sun, C. Y., ... Wang, L. J. (2010). Depression and Suicide Risk in Hemodialysis Patients with Chronic Renal Failure. *Psychosomatics*, 51(6), 528-528. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(10\)70747-7](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(10)70747-7) adresinden erişilmiştir.

Cohen, S. D., Cukor, D. , Kimmel, P. L. (2016). Anxiety in Patients Treated With Hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(12), 2250-2255. <https://doi.org/10.2215/CJN.02590316> adresinden erişilmiştir.

Collins, A. J., Foley, R. N., Gilbertson, D. T., Chen, S. C. (2015). United States Renal Data System Public Health Surveillance of Chronic Kidney Disease and End-stage Renal Disease. *Kidney International Supplements*, 5(1), 2-7.

Coresh, J., Selvin, E., Stevens, L. A., Manzi, J., Kusek, J. W., Levey, A. S. (2007). Prevalence of Chronic Kidney Disease in The United States. *Jama*, 298(17), 2038-2047. <https://doi.org/10.1038/kisup.2015.2> adresinden erişilmiştir.

Cormack F.C. (2017). The Natural History of Hemodialysis Access. In Shalhub, S., Dua, A., Shin, S. (Eds) *Hemodialysis Access*. Springer, Cham.13-19. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-40061-7\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-40061-7_2) adresinden erişilmiştir.

Cruz, J. P., Colet, P. C., Alquwez, N., Inocian, E. P., Al-Otaibi, R. S., Islam, S. M. S. (2017). Influence of Religiosity and Spiritual Coping on Health-related Quality of Life in Saudi Hemodialysis Patients. *Hemodialysis International*, 21(1), 125-132. DOI:10.1111/hdi.12441

Cukor, D. , Peterson, R. A. , Cohen, S. D. , Kimmel, P. L. (2006). Depression in End-stage Renal Disease Hemodialysis Patients. *Nature Clinical Practice Nephrology*, 2(12), 678-687. <https://doi.org/10.1038/ncpneph0359> adresinden erişilmiştir.

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

Çetinkaya, S. , Nur, N., Ayvaz, A. Özdemir, D. (2008b). Sivas İl Merkezinde Yaşayan Hemodiyaliz Hastalarının Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Nefroloji Dergisi*, 3(2), 56-63.

Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A., Özdemir, D. (2008a). Bir Üniversite Hastanesinde Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Depresyon, Anksiyete Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tutumları. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arşivi* 45(3),78-84.

Çınar, S. (2009). Hemodiyaliz Hastalarında Psikososyal Uyum ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 6(1-2), 22-28.

Darvishi, A., Otaghi, M., Mami, S. (2020). The Effectiveness of Spiritual Therapy on Spiritual Well-being, Self-esteem and Self-efficacy in Patients on Hemodialysis. *Journal of Religion and Health*, 59(1), 277-288. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-00750-1> adresinden erişilmiştir.

Dilek, M.(2008). Hemodiyaliz. *Nefroloji*. Arık, N., Dilek, M.(Editör).2. baskı.s:336-354.İstanbul: Karakter Color A.Ş.

Duran, S., Avci, D. , Esim, F. (2020). Association Between Spiritual Well-Being and Resilience Among Turkish Hemodialysis Patients. *Journal of Religion and Health*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01000-z> adresinden erişilmiştir.

Durmuş, M.(2020). *Maneviyatı Güçlendirme Eğitiminin Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü .

Ebrahimi, H., Ashrafi, Z., Eslampanah, G., Noruzpur, F. (2014). Relationship Between Spiritual Well-being and Quality of Life in Hemodialysis Patients. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 1(3), 41-48.

El-Majzoub, S. , Mucsi, I., Li, M., Moussaoui, G., Lipman, M. L., Looper, K. J., Rej, S. (2019). Psychosocial Distress and Health Service Utilization in Patients Undergoing Hemodialysis: a Prospective Study. *Psychosomatics*, 60(4), 385-392. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2018.10.001> adresinden erişilmiştir.

Ercan, F. (2016).*Hemodiyaliz Uygulanan Hastaların Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Erdem, N., Karabulutlu, E., Okanlı, A., Tan, M. (2004). Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-14.

Erek, E. (2010). *Nefroloji*.6.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Erengin, N., Keçecioğlu, N., Güven, M., Sarıkaya, M., Tuncer, M.,Yakupoğlu, G. (1998). Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Yetiştirimi, Depresyon ve Anksiyete Yönünden Karşılaştırılması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 3, 137-140.

Ersoy, A, E.(2016).*Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda 5-D Kaşıntı Ölçeğinin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması ve Hastaların Kaşıntı Düzeyinin Belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Esen, B., Sağlam, G. E., Atay, A. E., Sarı, H., Karakoç, A., ... Şit, D. (2015). Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavilerine Göre Anksiyete ve Depresyonun Varlığı ve Etkileyen Faktörler. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 24(3), 270-277. doi: 10.5262/tndt.2015.1003.03

Eslami, A. A., Rabiei, L., Khayri, F., Nooshabadi, M. R. R., Masoudi, R. (2014). Sleep Quality and Spiritual Well-Being in Hemodialysis Patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(7). DOI: 10.5812/ircmj.17155.

Finkelstein, F. O., West, W., Gobin, J., Finkelstein, S. H., Wuerth, D. (2007). Spirituality, Quality of Life and the Dialysis Patient. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(9), 2432-2434. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfm215> adresinden erişilmiştir.

Fukunishi, I., Kitaoka, T., Shirai, T., Kino, K., Kanematsu, E., Sato, Y. (2002). Psychiatric Disorders Among Patients Undergoing Hemodialysis Therapy. *Nephron*, 91(2), 344-347. <https://doi.org/10.1159/000058418> adresinden erişilmiştir.

Gerogianni, G., Lianos, E., Kouzoupis, A., Polikandrioti, M., Grapsa, E. (2018). The Role of Socio-demographic Factors in Depression and Anxiety of Patients on Hemodialysis: an Observational Cross-sectional Study. *International Urology and Nephrology*, 50(1), 143-154. <https://doi.org/10.1007/s11255-017-1738-0> adresinden erişilmiştir.

Gorji, M. H., Davanloo, A. A., Heidarigorji, A. M. (2014). The Efficacy of Relaxation Training on Stress, Anxiety, and Pain Perception in Hemodialysis Patients. *Indian Journal of Nephrology*, 24(6), 356. doi: 10.4103/0971-4065.132998

Haghighat, N., Rajabi, S., Mohammadshahi, M. (2019). Effect of Synbiotic and Probiotic Supplementation on Serum Brain-derived Neurotrophic Factor Level, Depression and Anxiety Symptoms in Hemodialysis Patients: a Randomized, Double-blinded, Clinical Trial. *Nutritional Neuroscience*, 1-10.

<https://doi.org/10.1080/1028415X.2019.1646975> adresinden erişilmiştir.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin geçerliliği, Güvenilirliği (A Reliability and Validity Study of Beck Depression Inventory in a University Student Sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.

Hmwe, N. T. T. , Subramanian, P. , Tan, L. P., Chong, W. K. (2015). The Effects of Acupressure on Depression, Anxiety and Stress in Patients with Hemodialysis: A Randomized Controlled Trial. *International Journal Of Nursing Studies*, 52(2), 509-518. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.002> adresinden erişilmiştir.



Hung, K. C., Wu, C. C., Chen, H. S., Ma, W. Y., Tseng, C. F., ... Lu, K. C. (2011). Serum IL-6, Albumin and Comorbidities are Closely Correlated With Hung, K. C., Wu, C. C., Chen, H. S., Ma, W. Y., Tseng, C. F., ... Lu, K. C. (2011). Serum IL-6, Albumin and Comorbidities are Closely Correlated With Symptoms of Depression in Patients on Maintenance Hemodialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(2), 658-664. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq411> adresinden erişilmiştir.

Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., ...Yang, C. W. (2013). Chronic Kidney Disease: Global Dimension and Perspectives. *The Lancet*, 382(9888), 260-272. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60687-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60687-X) adresinden erişilmiştir.

Johnson, S. , Dwyer, A. (2008). Patient Perceived Barriers to Treatment of Depression and Anxiety in Hemodialysis Patients. *Clinical Nephrology*, 69(3),201-206. DOI: 10.5414/cnp69201

Kara, B. (2007). Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum: Çok Yönlü Bir Yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49(2), 132-136.

Kaya, B., Taşkan, H., Ateş, F. ve Taycan, S. E. (2012). Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 144-152.

Kılıç, H. F., Alpar, S. E. (2016). The Effect of Group Training İmplemented on Hemodialysis Patients For Their Stress Management, Psychosocial Adjustment and Self-care Strength. *Journal of Human Sciences*, 13(1), 754-767. doi:10.14687/ijhs.v13i1.3422

Klarić, M., Letica, I., Petrov, B., Tomić, M., Klarić, B., ... Frančisković, T. (2009). Depression and Anxiety in Patients on Chronic Hemodialysis in University Clinical Hospital Mostar. *Collegium Antropologicum*, 33(2), 153-158.

Yıldırım, N. K., Okanlı, A., Karabulutlu, Y. E., Karahisar, F., Özkan, S. (2013). Hemodiyaliz Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Belirtilerine Hastalık Algısının Etkisi: Çok Merkezli Bir Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 14(3),252. doi: 10.5455/apd.40629

Küçük L.(2005) Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 14,166-170

Levey, A. S., Coresh, J., Bolton, K., Culleton, B., Harvey, K. S., Ikizler, T. A., ... & Levin, A. (2002). K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *American Journal of Kidney Diseases*. 39(2).S1-S266.

Levey, A. S., Coresh, J. (2012). Chronic Kidney Disease. *The Lancet*, 379(9811), 165-180. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60178-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60178-5) adresinden erişilmiştir.

Liu, Y. M. , Chang, H. J. , Wang, R. H. , Yang, L. K., Lu, K. C. , Hou, Y. C. (2018). Role of Resilience and Social Support in Alleviating Depression in Patients Receiving Maintenance Hemodialysis. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 14, 441. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S152273> adresinden erişilmiştir.

Loureiro, A. C. T., de Rezende Coelho, M. C., Coutinho, F. B., Borges, L. H., Lucchetti, G. (2018). The Influence of Spirituality and Religiousness on Suicide Risk and Mental Health of Patients Undergoing Hemodialysis. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.08.004> adresinden erişilmiştir.

Mahboub, M., Ghahramani, F., Shamohammadi, Z., Parazdeh, S. (2014). Relationship Between Daily Spiritual Experiences and Fear of Death in Hemodialysis Patients. *J. Biol. Today's World*, 3(1), 7-11. doi: 10.15412/J.JBTW.01030102

Marthoenis, M., Syukri, M., Abdullah, A., Tandi, T. M. R., Putra, N., ... Schouler-Ocak, M. (2020). Quality of Life, Depression, and Anxiety of Patients Undergoing Hemodialysis: Significant Role of Acceptance of the Illness. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 0(0),1-11. <https://doi.org/10.1177/0091217420913382> adresinden erişilmiştir.

Martinez, B. B., Custodio, R. P. (2014). Relationship Between Mental Health and Spiritual Wellbeing Among Hemodialysis Patients: A Correlation Study. *Sao Paulo Medical Journal*, 132(1), 23-27. DOI: 10.1590/1516-3180.2014.1321606

Musa, A.S, Pevalin, D. J., Al Khalaileh, M. A (2018) Spiritual Well-being, Depression and Stress Among Hemodialysis Patients in Jordan. *Journal of Holistic Nursing*, 36(4), 354-365. <https://doi.org/10.1177/0898010117736686> adresinden erişilmiştir.

Omidvari, S. (2009). Spiritual Health: Concepts and Challenging. *Quranic Interdisciplinary Studies Journal* 1(1), 5-17.

Lucchetti, G., Almeida, L. G., Granero, A. L. (2010). Spirituality For Dialysis Patients: Should the Nephrologist Address? *Jornal Brasileiro de Nefrologia: 'Orgao Oficial de Sociedades Brasileira e Latino-Americana de Nefrologia*, 32(1), 126-130. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002010000100020> adresinden erişilmiştir.

Özcan, Y., Utaş, C., Oymak, O., Baştürk, M., Aslan, S. S. (1999). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Eritropoetin Kullanımının Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 9(2), 109-111

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

Özdemir, Ü., Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.

doi:10.1016/j.ijcard.2012.07.002

Özgür, B. , Kürşat, S., Aydemir, Ö. (2003). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam kalitesi ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12(2), 113-116.

Patel, S. S., Shah, V. S., Peterson, R. A., Kimmel, P. L. (2002). Psychosocial Variables, Quality of Life, and Religious Beliefs in ESRD Patients Treated With Hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 40(5), 1013-1022. <https://doi.org/10.1053/ajkd.2002.36336> adresinden erişilmiştir.

Pehlivan, S. , Ovayolu, N., Uçan, Ö. (2008). Hemodiyaliz Hastalarının Aileden Aldıkları Sosyal Destek İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 5(1-2), 50-54.

Phelps, A. C., Maciejewski, P. K., Nilsson, M., Balboni, T. A., Wright, A. A., ... Prigerson, H. G. (2009). Religious Coping and Use of Intensive Life-prolonging Care Near Death in Patients With Advanced Cancer. *Jama*, 301(11),1140-1147. doi:10.1001/jama.2009.341

Pilger, C., Santos, R. O. P. D., Lentsck, M. H., Marques, S., Kusumota, L. (2017). Spiritual Well-being and Quality of Life of Older Adults in Hemodialysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 689-696. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0006> adresinden erişilmiştir

Puchalski, C. M. (2001). The Role of Spirituality in Health Care. *Baylor University Medical Center Proceedings* 14(4), 352-357. <https://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927788> adresinden erişilmiştir.

Rahnama, P., Javidan, A. N., Saberi, H., Montazeri, A., Tavakkoli, S., ... Hajiaghababaei, M. (2015). Does Religious Coping and Spirituality Have a Moderating Role on Depression and Anxiety in Patients with Spinal Cord Injury? A Study from Iran. *Spinal Cord*, 53(12), 870-874. <https://doi.org/10.1038/sc.2015.102> adresinden erişilmiştir.

Rajan, E. J. E., Subramanian, S. (2016). The Effect of Depression and Anxiety on the Performance Status of End-stage Renal Disease Patients Undergoing Hemodialysis. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 27(2), 331.

Rambod, M., Pasyar, N., Mokhtarizadeh, M. (2020). Psychosocial, Spiritual, and Biomedical Predictors of Hope in Hemodialysis Patients. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 13, 163. doi: 10.2147/IJNRD.S255045

Reig-Ferrer, A., Arenas, M. D., Ferrer-Cascales, R., Fernández-Pascual, M. D., Albaladejo- Blázquez, N., Fuente, V. (2012). Evaluation of Spiritual Well-being in Hemodialysis Patients. *Nefrología (English Edition)*, 32(6), 731-742. doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Apr.11384

Ross, E.A., Caruso, J.M. (2008). Hemodiyaliz ve Sürekli Tedaviler. *Nefroloji ve Hipertansiyon El Kitabı*. Wilcox ,C.C. , Tisher, C. C.(Editörler).Kazancıoğlu, R. (Çeviri Editörü) 5.baskı ,s.281-292. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.

Saeed, Z., Ahmad, A. M., Shakoor, A., Ghafoor, F., Kanwal, S. (2012). Depression in Patients on Hemodialysis and Their Caregivers. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 23(5), 946. DOI: 10.4103/1319-2442.100869

Sağduyu, A., Şentürk, V., Sezer, S., Emiroğlu, R., Özel, S. (2006). Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 22-31.

Sarı, Ö. (2015). Sosyal Boyutlarıyla Kronik Böbrek Yetmezliği. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 71-80.

Saffari, M., Pakpour, A. H., Naderi, M. K., Koenig, H. G., Baldacchino, D. R., Piper, C. N. (2013). Spiritual Coping, Religiosity and Quality of Life: A Study on Muslim Patients Undergoing Hemodialysis. *Nephrology*, 18(4), 269-275. <https://doi.org/10.1111/nep.12041> adresinden erişilmiştir.

Sezer, M. T. (2001). Psikiyatrik Sorunlar. *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı*. Akpolat, T., Utaş, C. (Editör.), 2. Baskı.s.147-152 Kayseri: Anadolu Yayıncılık.

Silva Junior, G. B. , Daher, E. F. , Buosi, A. P. A. , Lima, R. S. , Lima, M. M. , ... Araújo, S. M. (2014). Depression Among Patients with End-stage Renal Disease in Hemodialysis. *Psychology, Health & Medicine*, 19(5), 547-551.

DOI:10.1080/13548506.2013.845303

Son, Y. J., Choi, K. S., Park, Y. R., Bae, J. S., Lee, J. B. (2009). Depression, Symptoms and the Quality of Life in Patients on Hemodialysis for End-stage Renal Disease. *American Journal of Nephrology*, 29(1), 36-42. <https://doi.org/10.1159/000150599> adresinden erişilmiştir.

Spiegel, D.M., Moore, R. (2013). Diyalizle Kronik Böbrek Replasman Tedavisi Yapılan Hasta. *Nefroloji El Kitabı*. Schrier, R. W. (Editör) Süleymanlar, G., Koçak, H. (Çeviri Editörleri).7.Baskı.s.194-203. Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara (Eserin orijinali 2008’de yayımlandı).

Spinale, J., Cohen, S. D., Khetpal, P., Peterson, R. A., Clougherty, B., ... Kimmel, P. L. (2008). Spirituality, Social Support, and Survival in Hemodialysis Patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 3(6), 1620-1627.: <https://doi.org/10.2215/CJN.0179040> adresinden erişilmiştir.

Sriwantha, S. , Jullamate, P., Piphatvanitcha, N. (2018). Factors Related to Resilience among Elderly Patients with End Stage Renal Disease. *The Bangkok Medical Journal*, 14(1), 29. <https://doi.org/10.31524/bkkmedj.2018.02.006> adresinden erişilmiştir.

Süleymanlar, G., Utaş, C., Arinsoy, T., Ateş, K., Altun, B., ... Serdengeçti, K. (2011). A population-based survey of Chronic Renal Disease in Turkey—the CREDIT study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26: 1862-1871. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfq656> adresinden erişilmiştir.

Şentürk, A., Levent, B. A., Tamam, L. (2005). Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikopatoloji. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 17(3),163-172.

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2018 Yılı Özet Raporu. <http://www.nefroloji.org.tr/>. Erişim Tarihi: 19 Eylül 2020.

Şentürk, A., Levent, B. A., Tamam, L. (2005). Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikopatoloji. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 17(3),163-172.

Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2006). Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 646-657. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.646> adresinden erişilmiştir

Taş, F. S., Cengiz, K., Erdem, E., Karataş, A., Kaya, C. (2011). Akut ve Kronik Böbrek Yetmezliğinde Mortalite Nedenleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(3), 120-124

Temiz, G., Kaya, A. (2017). Böbrek Nakli Sonrası Bireylerde Görülen Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(2), 78-83.

Theofilou, P. (2011). Depression and Anxiety in Patients with Chronic Renal Failure: The Effect of Sociodemographic Characteristics. *International Journal of Nephrology*, 2011. <https://doi.org/10.4061/2011/514070> adresinden erişilmiştir

Tomar, Ö. K., Ulusoy, Ş., Pulathan, Z., Kaynar, K., Özkan, G. (2016). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarında Hemodiyaliz Girişi için Oluşturulan Kalıcı Damar Yollarının Açık Kalma Sürelerinin Belirlenmesi ve Bu Süreye Etkisi Olan Faktörlerin Araştırılması. *International Journal of Basic and Clinical Medicine*, 4(3),144-54.

Topbaş, E. (2015).Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri ve Evrelere Özgü Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 53-59.

Topbaş, E. , Bingöl, G. (2017). Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 36-42.

Tovbin, D. , Gidron, Y. , Jean, T., Granovsky, R., Schnieder, A. (2003). Relative Importance and İnterrelations Between Psychosocial Factors and İndividualized Quality of Life of Hemodialysis Patients, *Quality of Life Research*, 12(6), 709-717. <https://doi.org/10.1023/A:1025101601822> adresinden erişilmiştir.

Tuna, D., Ovayolu, N. , Kes, D . (2018). Hemodiyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Problemler ve Çözüm Önerileri . *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* , 13 (1) , 17-25

Turgay, G. , Tural, E. ve Sezer, S. (2017). Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi, Depresyon ve Komorbidite Yönünden Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(3), 311-316. doi: 10.5262/tnedt.2017.1003.11

Ulusoy, M., Sahin, N. H., Erkmen, H. (1998). The Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cogn Psychother*, 12(2), 163-72.

Vasilopoulou, C., Bourtsi, E., Giaple, S., Koutelekos, I., Theofilou, P., Polikandrioti, M. (2016). The İmpact of Anxiety and Depression on the Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(1), 45.doi: 10.5539/gjhs.v8n1p45

Vicdan, A. K., Karabacak, B. G. (2014). The Use of Patient Education Roy Adaptation Model Hemodialysis. Roy Adaptasyon Modelinin Hemodiyaliz Hasta Eğitiminde Kullanımı. *Journal of Human Sciences*, 11(2), 209-220.

doi: 10.14687/ijhs.v11i2.2729

Webster, A. C. , Nagler, E. V., Morton, R. L., Masson, P. (2017). Chronic Kidney Disease. *The lancet*, 389(10075), 1238-1252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5) adresinden erişilmiştir.

Yalçın, A, U. Akpolat, T.(2000). Kronik Böbrek Yetmezliği. Akpolat, T. Utaş, C., Süleymanlar, G.(editörler). *Nefroloji El Kitabı*.3. Baskı.s.272-305. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Yavuz, D. , Yavuz, R., Altunoğlu, A.(2012). Hemodiyaliz Hastalarında Görülen Psikiyatrik Hastalıklar. *Turkish Medical Journal*. 6(1):33-37

Yavuz, R., Yavuz, D., Altunoğlu, A., Canoz, M.B., Sezer, S., ... Demirağ, M. (2015). Depression, Inflammation, and Social Support in Hemodialysis Patients. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 6, 801-805. DOI: 10.4328/JCAM.367



## **EK-1. ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİSİ**

### **KİŞİSEL BİLGİLER**

Adı Soyadı: Yusuf DURMUŞ

Uyruğu: T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri: 1 Aralık1994, Adana

Elektronik Posta: yuzarsif4783@gmail.com

### **EĞİTİM**

| <b>Derece</b> | <b>Kurum</b>          | <b>Mezuniyet Yılı</b> |
|---------------|-----------------------|-----------------------|
| Lisans        | Çukurova Üniversitesi | 2014                  |

### **İŞ TECRÜBESİ**

| <b>Tarih</b> | <b>Kurum</b>                                                         | <b>Görev</b> |
|--------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|
| 2018         | İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Organ Nakli Yoğun Bakım   | Hemşire      |
| 2018-2019    | İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Genel Cerrahi Yoğun Bakım |              |

### **YABANCI DİLLER**

Orta düzeyde İngilizce

### **HOBİLER**

Doğa ve Yaban Hayatı Fotoğrafçılığı, Futbol Oynamak.

## EK-2. ETİK KURUL KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 04/02/2020-E.1837



T.C.  
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu



Sayı : 10879717-050.01.04  
Konu : Kurul Kararı 1-7-8-9

REKTÖRLÜK MAKAMINA  
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 23/01/2020 tarihli ve E.1287 sayılı yazınız.

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun 31/01/2020 tarihli ve 1 sayılı toplantısında alınan 7, 8 ve 9 numaralı kararı ve değerlendirme formu yazınız ekinde sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır  
Prof. Dr. Cevad SELAM  
Kurul Başkanı

Ek:  
1- Kurul Kararı (3 sayfa)  
2- Değerlendirme Formu (3 sayfa)

**Evrak Tarih ve Sayısı: 31/01/2020-E.1741**

T.C.  
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ  
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

| Toplantı Tarihi: 31/01/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Toplantı Sayısı: 1 | Karar Sayısı: 11 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------|
| <p style="text-align: right;">Ek-2</p> <p>Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Prof. Dr. Cevad SELAM başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.</p> <p><b>KARAR-8:</b> Genel Sekreterliğin 23/01/2020 tarihli ve E.1287 sayılı yazısı okundu ve ekleri incelendi.</p> <p>Yapılan incelemeler sonucunda; Yusuf DURMUŞ'un "Hemodiyaliz Hastalarında Manevi İyi Oluş ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişki" adlı araştırması Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından uygun görülmüş olup, durumun Rektörlük Makamına arz edilmesinin uygun olduğuna,</p> <p style="text-align: center;">Oy birliği ile karar verildi.</p> |                    |                  |

### EK-3. HASTANE KURUM İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/09/2020-E.16065

 **T.C.  
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ**  
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi  
Başhekimliği

  
BU  
100DEN  
GAZİ  
ANTEP

Sayı :91786782/708.99/E.16065  
Konu :Bilgi ve Belge İstemi

25/09/2020

**YUSUF DURMUŞ**  
Güneykent Mah. 102208 Sok. Barış Sitesi  
2.Blok Kat :4 No : 10  
Şahinbey / GAZİANTEP

İlgi :18/09/2020 tarihli, 0 sayılı ve "Yusuf DURMUŞ'un anksiyete ve depresyon konulu çalışma isteği" konulu yazı

Hemodiyaliz hastalarında manevi iyi oluş ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki konulu çalışmanız için kurumumuzdan talep etmiş olduğunuz izin uygun görülmüş olup çalışmanızda kullanılmak üzere Hastanemizden talep etmiş olduğunuz bilgi ve veriler ekte sunulmuştur. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

*e-imzalıdır*  
Prof.Dr. Suat ZENGİN  
Başhekim

EKLER :  
2 Sayfa

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://ebys.gantep.edu.tr/enVision/Dogrula/6L5KMH2>  
Üniversite Bulvarı P.K. 27310 Şehitkamil / Gaziantep, TÜRKİYE Ayrıntılı bilgi için irtibat: Dilek Yazgan  
Tel: : 0342 360 6060 Faks: 0 (342) 360 10 13  
E-Posta: : bilgi@gantep.edu.tr Elektronik ağı: <http://www.gantep.edu.tr/>



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. / 1

## **EK-4. HASTA TANITICI FORMU**

### **Değerli Katılımcı,**

Bu anket bilimsel bir araştırmada kullanılmak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmada veri toplamak amacıyla değerli görüşlerinize başvurulacaktır. Araştırmanın doğru sonuçları yansıtması, sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplara bağlı olacaktır. Vereceğiniz cevaplar, bu araştırma dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Çalışmaya göstereceğiniz ilgi ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

### **Sosyo-Demografik Form**

Tarih: Anket no:

#### **1.Yaşınız?**

a) 18-30 yaş b) 31-45 yaş c) 46-64 yaş d) 65 ve üzeri yaş

#### **2. Cinsiyetiniz?**

a) Kadın b) Erkek

#### **3. Medeni haliniz?**

a) Evli b) Bekar

#### **4. Çocuğunuz var mı?**

a) Evet b) Hayır

#### **5. Eğitim düzeyiniz?**

a) Okur-yazar b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu

#### **6. Ne iş yapıyorsunuz?**

a) Çalışmıyor b) Serbest meslek c) İşçi d) Memur e) Emekli

#### **7. Gelir durumunuz nasıl?**

a) İyi b) Orta c) Kötü

#### **8. Kimlerle yaşıyorsunuz?**

a) Yalnız b) Eşim veya çocuklarım c) Annem veya babam e) Diğer

#### **9. Bakımınıza destek olan kişiler var mı?**

a) Evet b) Hayır

#### **10- Bakımınıza destek olan kişiler kimlerdir? (Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)**

a) Eş b) Çocuklar c) Anne ya da baba e) Kardeş e) Diğer

#### **11- Bakımınıza destek olan kişiler varsa, bu kişiler hangi açılardan sizi destekliyor?**

(Cevaplarken birden fazla şık seçilebilir.)

a) Fiziksel açıdan b) Ekonomik açıdan c) Ruhsal açıdan

#### **12- Hastalık tanısı aldıktan ne kadar süre sonra hemodiyaliz tedavisine başladınız?**

a) İlk 1 ay içinde b) 1. aydan sonra

#### **13- Sizin dışınızda ailenizde hemodiyaliz tedavisi gören birey oldu mu?**

a) Evet b) Hayır

#### **14- Hemodiyaliz tedavi süreniz nedir?**

a) 6 ay-2 yıl b) 3-5 yıl c) 6-8 yıl d) 9 yıl ve üzeri

#### **15- Böbrek hastalığı dışında başka kronik hastalıklarınız var mı?**

a) Evet b) Hayır

## EK-5. MANEVİ İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. **Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.**

|      |                                                                               | Hiç | Çok az | Biraz | Ol-<br>dukça | Çok<br>fazla |
|------|-------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|-------|--------------|--------------|
| Sp1  | Kendimi huzurlu hissediyorum                                                  | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |
| Sp2  | Yaşamak için bir nedenim var                                                  | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |
| Sp3  | Yaşamım verimlidir                                                            | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |
| Sp4  | İç huzuru duymakta zorluk çekiyorum                                           | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |
| Sp5  | Hayatımın bir amacı olduğunu hissediyorum                                     | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |
| Sp6  | Duygusal rahatlığı kendi içimde bulabiliyorum                                 | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |
| Sp7  | İçimde bir uyum ve ahenk hissi duyuyorum                                      | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |
| Sp8  | Yaşamım anlam ve amaçtan yoksun                                               | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |
| Sp9  | Dinsel veya manevi inançlarımda duygusal rahatlık buluyorum                   | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |
| Sp10 | Dinsel veya manevi inançlarımda kuvvet buluyorum                              | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |
| Sp11 | Hastalığım, dinsel veya manevi inançlarımı kuvvetlendirdi                     | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |
| Sp12 | Hastalığımla ilgili olarak ne olursa olsun, herşeyin iyi olacağına inanıyorum | 0   | 1      | 2     | 3            | 4            |

## EK-6. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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.

**A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

**B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

**C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

**D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

**E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.**

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

**G- 0. Kendimden memnunum.**

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

**H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**

1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

**İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

**J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**

1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**

1. eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

**L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

**M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

**N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

**O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

**P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

**R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

**S- 0. İştahım her zamanki gibi.**

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

**T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.**

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

**U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

**V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.



## EK-7. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

|                                                                  | Hiç | Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi | Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim | Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım |
|------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- ca- lanma |     |                                     |                                            |                                          |
| 2. Sıcak/ ateş basmaları                                         |     |                                     |                                            |                                          |
| 3. Bacaklarda halsizlik, titreme                                 |     |                                     |                                            |                                          |
| 4. Gevşeyememe                                                   |     |                                     |                                            |                                          |
| 5. Çok kötü şey- ler olacak korku- su                            |     |                                     |                                            |                                          |
| 6. Baş dönmesi veya sersemlik                                    |     |                                     |                                            |                                          |
| 7. Kalp çarpıntısı                                               |     |                                     |                                            |                                          |
| 8. Dengeyi kay- betme duygusu                                    |     |                                     |                                            |                                          |
| 9. Dehşete ka- pılma                                             |     |                                     |                                            |                                          |
| 10. Sinirlilik                                                   |     |                                     |                                            |                                          |
| 11. Boğuluyor- muş gibi olma duygusu                             |     |                                     |                                            |                                          |
| 12. Ellerde titreme                                              |     |                                     |                                            |                                          |
| 13. Titreklik                                                    |     |                                     |                                            |                                          |
| 14. Kontrolü kaybetme korku- su                                  |     |                                     |                                            |                                          |
| 15. Nefes almada güçlük                                          |     |                                     |                                            |                                          |
| 16. Ölüm korku- su                                               |     |                                     |                                            |                                          |
| 17. Korkuya kapılma                                              |     |                                     |                                            |                                          |
| 18. Midede ha- zımsızlık ya da rahatsızlık hissi                 |     |                                     |                                            |                                          |
| 19. Baygınlık                                                    |     |                                     |                                            |                                          |
| 20. Yüzün kı- zarması                                            |     |                                     |                                            |                                          |
| 21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)                            |     |                                     |                                            |                                          |

