



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**HEMODİYALİZ VE PERİTON DİYALİZ HASTALARINDA DEPRESYON,  
KAYGI, BENLİK SAYGISI VE SOSYAL UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ  
VE KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Ayten GİRGIN YILMAZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**BURSA-2014**



**T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**HEMODİYALİZ VE PERİTON DİYALİZ HASTALARINDA DEPRESYON,  
KAYGI, BENLİK SAYGISI VE SOSYAL UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ  
VE KARŞILAŞTIRILMASI**

**Dr. Ayten GİRGIN YILMAZ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Danışman: Prof. Dr Mahmut YAVUZ**

**BURSA-2014**

## İÇİNDEKİLER

1- Özet .....	ii
2- İngilizce Özet.....	iii
3- Giriş .....	1
Kronik böbrek yetmezliği .....	1
Kronik böbrek yetmezliğinin tanımı .....	1
Kronik böbrek yetmezliğinin evrelemesi.....	3
Kronik böbrek yetmezliğinin etyolojisi.....	7
Kronik böbrek yetmezliğinde tedavi ve başlama zamanı.....	8
Hemodiyaliz .....	9
Periton diyalizi .....	10
Kronik böbrek yetmezliğine bağlı ruhsal sorunlar .....	10
Depresyon .....	11
Benlik saygısı.....	11
Kaygı .....	12
Sosyal uyum .....	13
4- Gereç ve Yöntem .....	14
Beck depresyon envanteri.....	14
Coopersmith benlik saygı envanteri.....	15
Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği.....	15
Sosyal uyum ve kendini değerlendirme ölçeği.....	16
İstatistiksel analiz.....	16
5-Bulgular .....	17
Hastaların Sosyo-Demografik Verilerinin Karşılaştırılması.....	17
Hastaların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeklerinin Karşılaştırılması..	19
Hastaların Durumluk- Sürekli Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	20
Hastaların Beck Depresyon Ölçeklerinin Karşılaştırılması.....	21
Hastaların Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeklerinin Karşılaştırılması .....	21

6-Tartışma ve Sonuç.....	23
Sosyo-Demografik Verilerinin Karşılaştırılması .....	23
Diyaliz Hastalarında Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması.....	25
Diyaliz Hastalarında Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
Diyaliz Hastalarında Benlik Saygısı Puanlarının Karşılaştırılması.....	30
Diyaliz Hastalarında Sosyal Uyum Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
7-Kaynaklar.....	33
8-Ekler.....	40
9-Teşekkür.....	49
10-Özgeçmiş.....	50

## ÖZET

Son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle diyaliz tedavisi gören hasta sayısı ölkemizde ve tüm dünyada giderek artmaktadır. Renal replasman tedavileri içinde böbrek nakli altın standart olmasına rağmen birçok hasta hemodiyaliz veya periton diyalizi ile hayatını devam ettirmektedir. Bu araştırmanın amacı hemodiyaliz hastaları ile periton diyaliz hastalarının depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve sosyal uyum açısından karşılaştırılmasıdır. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hemodiyaliz Ünitesi ile Periton Diyaliz Polikliniğinde rutin diyaliz tedavisi görmekte olan 30 hemodiyaliz ve 30 periton diyaliz hastası araştırmaya alınmıştır. Hastalara sosyodemografik veri formu ile Beck Depresyon Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği, Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Anlamlı olarak periton diyaliz grubunun benlik saygısı hemodiyaliz grubundan yüksektir. Periton diyaliz hastaları Coopersmith benlik saygı ölçeğinden ortalama 21.0, hemodiyaliz grubu ortalama 17.5 puan almıştır. Depresyon ölçeği, kaygı ölçekleri ve sosyal uyum ölçeğinde anlamlı fark görölmemiştir.

**Anahtar kelimeler:** Hemodiyaliz, Periton diyalizi, depresyon, anksiyete, benlik saygısı, sosyal uyum.

## SUMMARY

### **Comparison and Evaluation of Depression, Anxiety, Self-Esteem and Social Adaptation in Patients with Hemodialysis and Peritoneal Dialysis.**

The number of end-stage renal failure patients undergoing dialysis is increasing in our country and all over the world. Many patients continues with hemodialysis or peritoneal dialysis lifelong though kidney transplantation is the gold standard renal replacement therapy. The purpose of this study is to compare depression, anxiety, self-esteem and social adaptation in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. Resaerch consist of 30 hemodialysis and 30 peritoneal dialysis patients who are undergoing dialysis treatment in Uludag University Medical Faculty Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Unit. Demographic Data Form, Beck Depression Inventory, Coopersmith Self-Esteem Scale, Social Adaptation Self-evaluation Scale, State and Trait Anxiety Scale were administered to patients. Self-esteem score of peritoneal dialysis group is significantly high from the hemodialysis group. Peritoneal dialysis group average point was 21.0, hemodialysis group average point was 17.5 on Coopersmith Self-Esteem Scale. There was no significant difference in depression, anxiety and social adaptation scale scores.

**Key words:** Hemodialysis, peritoneal dialysis, depression, anxiety, self-esteem, social adaptation.

# GİRİŞ

## 1.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

### 1.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tanımı

Kronik böbrek yetmezliği böbreğin yapı veya fonksiyonundaki 3 aydan uzun süren ve sağlığa etkisi olan anormallik olarak tanımlanır(1).Sağlığa etkisi 2013 yılında yayınlanan klavuza her yapısal değişiklik böbreğin fonksiyonel durumunu etkilemeyebileceği için eklenmiştir. Öneri düzeyi henüz belirtilmemiştir. Süre, akut böbrek hastalığı ve akut böbrek hasarı da dahil, kronik böbrek hastalığından ayırt etmek için önemlidir. Çünkü akut böbrek hastalığının etyolojisi, tedavisi ve sonuçları tamamen farklıdır (2).

Böbrek hasarı ise yapısal veya işlevsel anormalliklerin idrar, kan ya da görüntüleme yöntemleri ile saptanmasıdır. Üremi kronik böbrek yetmezliğinin neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal anormallikleri içeren bir deyimdir ve birçok kaynakta kronik böbrek yetmezliği ile eş anlamlı kullanılmaktadır (3).

**Tablo-1:** Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) Kriterleri

<b>KBH kriterleri (en az birisi &gt; 3 aydır var olmalı)</b>	
Böbrek hasarının belirteçleri	Albüminüri (AER $\geq$ 30 mg/gün; ACR $\geq$ 30 mg/gr) İdrar sediment anormallikleri Tübüler bozukluklara bağlı anormallikler Histolojik olarak saptanmış anormallikler Görüntülemeyle saptanmış yapısal anormallikler Böbrek nakil hikayesi
GFH azalması	GFH $<$ 60 ml/dk/1,73 m <sup>2</sup> (GFH kategorisi G3a-G5)

KBH: Kronik böbrek hastalığı, AER: İdrar albümin ekskresyon hızı, ACR: İdrar albumin/kreatin oranı,GFH: Glomerüler filtrasyon hızı

**GLOMERÜLER FİLTRASYON HIZI (GFH):** Böbrek, hormon üretimi, idrar oluşturma ve asit baz dengesini sağlama gibi bir çok fonksiyona sahiptir. GFH ekskresyon fonksiyonunun iyi bir göstergesi olmasına rağmen, hastalıkta ve sağlıkta böbreğin tüm fonksiyonlarını göstermede de en iyi test olduğu kabul edilir. Çünkü GFH genellikle yaygın yapısal hasar sonrasında azalır. Genç erişkinlerde normal GFH, yaklaşık olarak 125 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup>'dir. GFH <15 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup> (GFH kategorisi G5) böbrek yetmezliği olarak tanımlanmaktadır. Azalmış GFH, serum kreatin (SCr) ya da sistatin C'yi temel alan GFH hesaplama yöntemleri ile saptanmalıdır. Tek başına SCr yada sistatin C kullanılmamalıdır (1).

**ALBUMİN:** Albuminüri idrarda albüminin anormal kaybı anlamına gelir. Sağlıklı bireylerde de idrarda bir miktar bulunabilen serum proteini olan albumin, böbrek hastalarının idrarında önemli miktarda tespit edilebilir bu yüzden hem KBH tanımında hem de sınıflandırmada yerini almış olup, artmış glomerüler geçirgenliğin bir belirtecidir. İdrar albümin ekskresyon hızı (AER) sınıflandırmada temel olarak kullanılsa da eş değeri olarak idrar albumin/kreatin oranı (ACR) da kullanılabilir. AER ≥30 mg/gün yaklaşık olarak ACR ≥30 mg/gr'a eşittir (1).

**İDRAR SEDİMENT ANORMALLİKLERİ:** Böbrek hasarının göstergesi olarak taze idrarın mikroskop ile incelenmesi de önemlidir:

- Glomerüler bazal membran (GBM) bozukluklarında izole, anormal eritrosit (RBC) morfolojisine sahip (anizositoz) mikroskobik hematüri
- Proliferatif glomerülo nefritte eritrosit ve silendirleri  
Piyelonefrit ya da interstisyel nefritte lökosit ve silendirleri
- Proteinürili hastalarda oval yağ cisimcikleri ya da yağlı silendirler
- Çoğu parankimal hastalıkta granüler silendirler yada renal tübüler epitelyal hücreler (non-spesifik)(1).

**TÜBÜLER BOZUKLUKLARA BAĞLI ANORMALLİKLER:** Renal tübüllerden geri emilim ve sekresyon bozuklukları elektrolit ve asit baz anormalliklerine neden olabilir. Böbreğin nadir fakat patogonomik olan bu hastalıkları çoğunlukla genetik olup, edinsel sebeplerde ilaçlar ve toksik ajanlar vardır (1).



- Renal túbüler asidoz
- Nefrojenik diyabetes insipitus
- Renal magnezyum kaybı
- Renal potasyum kaybı
- Fanconi sendromu
- Non-albümin proteinüri
- Sistinüri

**HİSTOLOJİK OLARAK SAPTANMIŞ ANORMALLİKLER:** Böbrek biopsisindeki renal parankimal anormallikler, GFH veya böbrek hasarının diğer belirteçlerine bakılmaksızın, böbrek hasarını tanımlamada önemli bir parametre olarak kabul edilmelidir. Renal parankim hastalıklarının patolojik sınıflandırılması hastalığın glomerül (diyabet, otoimmün hastalıklar, sistemik enfeksiyonlar, ilaçlar, neoplaziler), túbül ve intertisyum (idrar yolu enfeksiyonları, taşlar, obstrüksiyon, ilaç toksisitesi) veya damar (aterosklerozis, hipertansiyon, iskemi, vaskülit, trombotik anjiyopati) gibi kaynağını tanımlar (1).

**GÖRÜNTÜLEMEYLE SAPTANMIŞ YAPISAL ANORMALLİKLER:** Manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi, ultrason gibi görüntüleme teknikleri böbreğin yapısal (Polikistik böbrek hastalığı, displastik böbrekler), damarsal (renal arter stenozu) veya toplama sistemine dair hastalıkların (vezikoüreteral reflü) teşhisine imkan vermektedir. Önemli yapısal bozukluğu 3 aydan daha uzun süren hastalar KBH olarak kabul edilir (1).

**BÖBREK NAKLİ HİKAYESİ:** Böbrek nakli olan kişiler GFH veya böbrek hastalığının diğer parametrelerine bakılmaksızın KBH olarak kabul edilir. Bunun gerekçesi çoğu böbrek nakli alıcısındaki böbrek biyopsileri, GFH >60 ml/dk/1,73 m<sup>2</sup> (GFH kategorileri G1-G2) ve ACR <30 mg/gr olsa bile, histopatolojik anormalliklere sahiptir. Böbrek nakli alıcıları böbrek hastalığı olmayan popülasyonlarla karşılaştırıldığında böbrek yetmezliği ve mortalite için artmış riske sahiptir (4).

### **2.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelemesi**

KBH; sebebi, GFH kategorisi ve albüminüri kategorisi temel alınarak sınıflandırılmalıdır (CGA; Cause, GFR, Albuminuria)(1). Daha önceki

rehberlerde sadece GFH'na göre bir derecelendirme yapılmıştı. KDIGO 2013 klavuzda iki yeni unsur (sebeup ve albüminüri) evrelemeye eklenmiştir (Tablo-2 ve Tablo-4).

**Tablo-2:** Kronik Böbrek Hastalığının Sebebe Göre Sınıflaması

<b>Patolojik-anatomik bulguların böbrek içindeki lokalizasyonu ve sistemik bir hastalığın olup olmadığı temelinde KBH' nın sınıflandırılması</b>		
	Böbreği etkileyen sistemik hastalıkların örnekleri	Primer böbrek hastalığı örnekleri (böbreği etkileyen sistemik hastalık yok)
<b>Glomerüler hastalıklar</b>	Diyabet,sistemik otoimmün hastalıklar, sistemik enfeksiyon, ilaçlar, neoplaziler (amiloidoz dahil)	Diffüz, fokal yada kresentrik ploriferatif Glomerulonefrit; Fokal segmental glomeruloskleroz, membranöz nefropati,
<b>Tübülointerstisyel hastalıklar</b>	Sistemik enfeksiyonlar, sistemik otoimmün hastalıklar, sarkoidoz, ilaçlar, ürik asit, neoplazi (myelom), çevresel toksinler (kurşun)	İdrar yolu enfeksiyonu, taşlar, obstrüksiyon
<b>Vasküler hastalıklar</b>	Aterosklerozis, Hipertansiyon, iskemi kolesterol embolisi, sistemik vaskülitler, trombotik mikroanjiopati, sistemik skleroz	Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA)- ilişkili böbreğe sınırlı vaskülit
<b>Kistik ve konjenital hastalıklar</b>	Polikistik böbrek hastalığı, Alport sendromu, Fabry hastalığı	Renal displazi, medüller kistik hastalık, podositopatiler

KBH'nın sebebi, gözlenen ya da tahmin edilen patolojik-anatomik bulguların böbrek içindeki lokalizasyonu ve sistemik bir hastalığın olup olmadığı temelinde belirlenmelidir. Primer böbrek hastalığında süreç böbrekten kaynaklanıp ve sadece burada sınırlı olmasına rağmen sistemik hastalıklarda böbrek hastalık sürecinin kurbanı şeklindedir (ör: Diyabet). KBH sebebinin sınıflama içerisine alınmasının amacı, böbrek yetmezliğinin nasıl sonuçlanacağı ve sebep olan hastalığa yönelik spesifik tedavi seçimi için temel öneme sahip olmasıdır (1).

Böbrek hastalığının nedeni geniş bir coğrafi farklılık gösterir. Gelişmiş ülkelerde, özellikle yaşlı popülasyonda hipertansiyon (HT) ve diyabet (DM) KBH'nın en sık sebebidir. Bu yüzden DM ve HT'nin prevalansının yüksek olduğu bu bölgelerde KBH ın sebebinin diğer böbrek hastalıklarından ayırt etmek zor olabilir. Doğu Asya da ise primer glomerulonefritler HT ve DM kadar sıktır ve birlikte görülebilir. Böbrek biyopsisi veya invaziv testler tanının doğrulanması gerektiği zamanlarda kar zarar ilişkisi hesaplanarak yapılmalıdır (1).

**Tablo-3:** Kronik Böbrek Hastalığında GFH Kategorisi

KBH'da GFH kategorisi		
GFH kategorisi	GFH (ml/dk/1,73 m <sup>2</sup> )	İsmlendirme
G1	≥90	Normal ya da yüksek
G2	60-89	Hafifçe azalmış
G3a	45-59	Hafif-orta derecede azalmış
G3b	30-44	Orta-ağır derecede azalmış
G4	15-29	Ağır derecede azalmış
G5	<15	Böbrek yetmezliği

KBH: Kronik böbrek hastalığı, GFH: Glomerüler filtrasyon hızı

GFH sınıflanmasında değerler normal genç erişkinlerin değerlerine göre düzenlenmiştir.

GFH'in alt kategorileri ile metabolik ve endokrin komplikasyon birlikteliği hesaplanarak, önceki sınıflandırma 5 evreye ayrılırken güncel veriler ışığında farklı risk profilleri ve klinik sonuçları nedeniyle evre 3'ün G3a

ve G3b olarak 2 alt kategoriye alınması kabul görmüştür. Bir diğer nokta da böbrek yetmezliğinin diğer bulgularının yokluğunda tek başına hafif azalmış GFH (G2 kategorisi) KBH tanısı koydurmaz (1).

**Tablo-4:** Kronik Böbrek Hastalığında Albüminüri Kategorisi

<b>KBH'da albüminüri kategorileri</b>			
<b>Kategori</b>	<b>AER(mg/24 saat)</b>	<b>ACR(mg/gr)</b>	<b>İsmlendirme</b>
A1	<30	<30	Normal-hafifçe artmış
A2	30-300	30-300	Orta derecede artmış
A3	>300	>300	Ağır derecede artmış

KBH: Kronik böbrek hastalığı, AER: İdrar albümin ekskresyon hızı, ACR: İdrar albumin/kreatin oranı

Proteinürinin yüksek seviyeleri ile nefrotik sendromun belirti ve bulguları arasındaki ilişki iyi bilinmektedir, fakat az miktarda olan proteinürinin tespiti ve değerlendirilmesinde tanısal ve prognostik önemi güncel birçok çalışmada gösterilmiştir. İdrar albümin ölçümü, glomerüler geçirgenlikteki değişiklikleri idrar total proteininden daha özgün ve duyarlı bir şekilde saptar. İdrar albümin atılımındaki göreceli olarak büyük artışlar özellikle DM gibi bazı sistemik hastalıklarda, idrar total protein atılımında ölçülebilir anlamlı artışlara yol açmadan ortaya çıkabilir. Albuminüri sadece böbrek hasarını göstermekle kalmaz aynı zamanda böbrek hastalığının progresyonunun da güçlü bir belirleyicisidir, birçok çalışmada böbrek fonksiyonlarına bakılmaksızın albuminürinin olumsuz etkileri gösterilmiştir (1).

Kronik böbrek hastalıklarının büyük çoğunluğunun seyri sürekli ve belirti vermeyen nefron fonksiyon kaybıdır. Bir süre sonra da hastada böbrek yetersizliğinin biyokimyasal ve klinik bulguları ortaya çıkar. Vücudun gereksinimlerini artık karşılayamadığı bu döneme son dönem böbrek yetersizliği (ESRD) denir. GFR 10ml/dk'nın altında olan bu hastalara renal replasman tedavileri adı verilen hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) veya böbrek transplantasyonu gibi tedavi yöntemlerinden birini uygulamak şarttır (5).

CREDİT çalışmasına göre ülkemizde genel yetişkin popülasyondaki KBH oranı %15.7'dir(6). Diğer deyişle yaklaşık yetişkin 6-7 kişiden birisinde KBH vardır. Türk Nefroloji Derneği'nin 2012 yılı verilerinde göre toplam 61677 hastaya renal replasman tedavilerinin uygulandığı belirtilmiştir. Bu sayının artış eğiliminde olduğu tespit edilmiş ve yine bu verilere göre en sık uygulanan renal replasman tedavi (RRT) tipinin hemodiyaliz olduğu (%79.28), renal transplantasyonun 2. sırada (%12.97), periton diyalizinin ise 3. sırada (%7.75) olduğu saptanmıştır (7).

### **1.1.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etyolojisi**

Türk Nefroloji Derneğinin (TND) yayınladığı bilgilere göre 2012 yılı itibariyle kronik HD programına alınan hastaların altta yatan etyolojik nedenlere göre dağılımı Tablo 5'de gösterilmiştir. Bu rapora göre ülkemizde kronik böbrek yetmezliğinin ilk üç nedeni diyabet, hipertansiyon ve glomerulonefrit olarak saptanmıştır (7).

**Tablo-5:** Kronik HD programına alınan hastaların etyolojik nedenlere göre dağılımı

<b>Diabetes mellitus</b>	34.93
<b>Tip 1 DM</b>	4.60
<b>Tip 2 DM</b>	30.33
<b>Hipertansiyon</b>	27.68
<b>Glomerülonefrit</b>	7.35
<b>Polikistik böbrek hastalıkları</b>	4.33
<b>Tübülointerstisyel nefrit</b>	2.00
<b>Amiloidoz</b>	1.93
<b>Renal vasküler hastalık</b>	0.89
<b>Diğer</b>	7.18
<b>Etyoloji bilinmeyen</b>	13.71
<b>Toplam</b>	100.00

Dünyada ve ülkemizde diyabete bağlı SDBY gelişen hasta oranı giderek artmaktadır. 2010 yılında yayınlanan CREDİT çalışmasında diyabet

mellitus oranının ülkemizde 2002 yılında % 7.2'den 2009 yılında %12.7'e yükseldiğini, 2012 Türk Nefroloji Derneğinin verilerine göre diyabetik nefropatiye bağlı SDBY oranının % 34.93'e çıktığını göstermektedir (6,7).

#### **1.1.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi ve Başlama Zamanı**

Kronik böbrek hastalığının takibinde amaç altta yatan hastalığın tedavisi, böbrek yetmezliğine gidiş hızının yavaşlatılması, böbrek fonksiyonlarında azalmanın yol açtığı komplikasyonların kontrolü ve son dönem böbrek yetmezliği gelişen hastalarda renal replasman tedavisinin planlanmasıdır.

Diyaliz, yarı geçirgen bir membran aracılığıyla hasta kanı ile diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solüt değişimini temel alan bir tedavi yöntemidir. Bu değişim difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibe dayanır. Difüzyon, membranın iki tarafındaki konsantrasyon farkına bağlı olarak solütün konsantrasyonu yüksek taraftan düşük tarafa doğru geçmesidir. Ultrafiltrasyon ise uygulanan basınç nedeniyle membranın bir yanından diğer yanına sıvı geçişi olmasıdır. Sıvı beraberinde içerdiği solütleride taşıyarak, solüt değişimine katkı sağlamış olur (8).

Kronik diyaliz tedavisine başlamak için kullanılan en objektif parametre GFH'dır. Pratik olarak kreatinin klirensi 10 ml/dk'nın altına inince veya serum kreatinin düzeyi 12mg/dl'yi ve BUN (blood urea nitrogen, kan üre azotu) 100mg/dl'yi aşınca kronik diyaliz tedavisine başlanır. Kreatinin klirensi 10 ml/dk'nın üzerinde olduğu halde hastalarda, üremiye bağlı nöropati, perikardit, ensefalopati, ciddi metabolik asidoz, elektrolit bozuklukları, tıbbi tedaviye dirençli şiddetli hipertansiyon ve volüm yükü, malnütrisyon veya koagülasyon bozukluğu gibi belirti ve bulgular gelişirse de kronik diyaliz tedavisine başlanmalıdır (9).

Diyaliz tedavisinin mutlak bir kontrendikasyonu yoktur, sadece eşlik eden bazı sistemik hastalıkların varlığında göreceli bir kontrendikasyon vardır. Böbrek yetmezliğinde diyaliz tedavisinin rölatif kontrendike olduğu hastalıklar: Alzheimer hastalığı, multi-infarkt demans, hepatorenal sendrom, ensefalopati ile birlikte ilerlemiş siroz, metastatik kanserlerdir (istisnası multibl myelom)(10).

### 1.1.5. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz; uygun bir arteriyel damar yolu aracılığı ile hastadan alınan kanın antikoagulasyon ile vücut dışında yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesi, ardından venöz damar yolu ile hastaya geri verilmesi işlemidir.

Yarı geçirgen bir membranın bir tarafından kan akarken; diğer tarafından suda ozmotik olarak dengeli elektrolitler ve glukoz içeren diyaliz sıvısı akar, bu esnada maksimum konsantrasyon gradientini sağlamak için kan ve diyaliz sıvısı karşıt yönlerde hareket eder. Yarı geçirgen membranın porları su molekülleri ve küçük molekül ağırlıklı solütlerin diyalizata geçmesine izin verirken, proteinler ve kan hücreleri gibi daha büyük solütler kanda kalır.

Abdominal herni, geçirilmiş karın ameliyatı, ostomiler, demans, körlük gibi fiziksel sınırlılıklar olduğu zamanlarda hemodiyaliz ilk tercih edilecek yöntemdir. Hastanın diyaliz tedavisi ile haftada 2-3 kez 4-6 saat ilgilenmesi diğer zamanlarda serbest olması, malnutrisyon ile daha az karşılaşılması, metabolik denge daha az etkilendiği için obezitenin daha az sorun olması, karına ait komplikasyon görülmemesi hemodiyaliz tedavisinin avantajları iken (11), vasküler giriş yeri problemleri, heparinizasyon gereksinimi, diyaliz esnasında hipotansiyon ve dengesizlik sendromu, anemiye neden olan artmış kan kaybı ve özel yetişmiş personel gereksinimi dezavantajlarını oluşturur (12).

Hemodiyaliz tedavisinin akut komplikasyonları arasında hipotansiyon, kas krampları, baş ve göğüs ağrısı, hipoksi, aritmi, disequilibrium sendromu, hava embolisi, konvulsiyon, hipoglisemi ve elektrolit inbalansı sayılırken, kronik komplikasyonlarını kardiovasküler hastalıklarda artma, hipertansiyon, alüminyum intoksikasyonu, serozit (perikardit, diyalize bağlı asit), hepatit B – C enfeksiyonları, diyaliz amiloidi, diyaliz demansı, vasküler yol enfeksiyonu ve tromboz oluşturmaktadır (12).

### **1.1.6. Periton diyalizi**

Peritonun bir diyaliz membranı olarak kullanılması esasına dayanır. Periton diyalizi sistemi temel olarak, peritona giriş sağlayan bir yol ile periton boşluğuna diyalizatın verilmesi, belirli bir süre tutulması ve bu süre sonunda boşaltılması şeklinde olmaktadır. Diyalizatın periton boşluğunda beklediği dönemde, kanda yüksek konsantrasyonda bulunan üre gibi azotlu maddeler ve diğer üremik toksinler difüzyonla diyalizata geçerek vücuttan uzaklaştırılır. Ultrafiltrasyon ise diyalizat içindeki ozmotik maddelerin (sıklıkla glukoz) oluşturduğu, kan ve diyalizat arasındaki ozmotik fark sayesinde gerçekleşir. Kan ve diyalizat arasındaki ozmotik eşitlik sağlanıncaya kadar su kapillerdeki kandan periton boşluğuna geçerek vücuttan sıvı çekilmiş olur (13,14).

Dolaşım dengesizliği ve damar yolu sorunu olan hastalar, 0-5 yaş grubu hastalar, hemodiyaliz merkezinin uzak olduğu durumlar, hastanın bağımsız kalma veya sık seyahat etme isteği, hepatit ve HIV gibi bulaşıcı hastalığı olanlar için periton diyalizi daha uygun iken, karın içi yapışıklık, gebeliğin son trimestri, akut iskemik bağırsak hastalığı, karın içi abse veya akut divertikülit periton diyalizi için kontrendikasyon oluşturur (15,16).

Periton diyalizinin en önemli komplikasyonu peritonittir (17). Enfeksiyon dışı komplikasyonlar: herni, hidrotoraks, karın duvarına ve genital bölgeye kaçaklar, ultrafiltrasyon yetersizliği, kateter disfonksiyonu, glukoz intoleransı, insülin direnci, lipid profili değişiklikleri ve malnütrisyonudur (18).

### **1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğine Bağlı Ruhsal Sorunlar**

Kronik hastalık stresli bir yaşantıdır ve birtakım psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (19). Dolayısıyla kronik böbrek hastalığı ve sağaltımının da her zaman stres verici bir yaşam olayı olarak tanımlanması söz konusudur. Hastaların yarısında anksiyete ve depresyon görülmektedir. KRY hastalarında intihar girişimi normal popülasyondan ve diğer kronik hastalıklardan daha fazla olduğu bildirilmektedir (20-22). Bunların dışında kişilerin fiziksel aktivitelerinde bozulma, cinsel sorunlar, evlilik sorunları, ekonomik sorunlar gibi yaşam kalitesi ile ilişkili problemler de ortaya çıkabilmektedir (21).



### 1.2.1. Depresyon

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin karamsar düşünceler, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istekle ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (22). Ayrıca depresyonda benlik saygısında düşme saptanır.

DSM-IV'e göre depresyon tanısı koymak için:

- Çökkün duygu durum ve isteksizlik ya da hayattan zevk alamamanın da içinde bulunduğu en az beş belirtinin olması,
- Bu belirtilerin günlük sosyal ve mesleki işlevleri etkileyecek ya da belirgin sıkıntı verecek şiddette olması,
- En az iki hafta sürmesi gerekmektedir.

Diyaliz hastalarında depresyonun etiolojisinde birçok faktör ile karşılaşılmaktadır. Bu hastalarda hayati bir organ olan böbreğin işlevlerinin, fiziksel becerilerin, bilişsel yetilerin, aile ve iş ortamındaki bazı rollerin ve cinsel işlevlerin kaybı gibi çok sayıda kayıp söz konusudur. Hem tüm bu kayıplar, hem hayat üzerindeki kontrolü kaybederek bağımlı hale gelmek, hem hastalara verilen bazı ilaçlar, hem de yeterince tedavi edilemeyen üreminin kendisi depresyona yol açabilmektedir.

### 1.2.2. Benlik saygısı

Benlik saygısı kişinin "bir birey olarak kendisini ne ölçüde sevdiği, kabul ettiği ve saygı duyduğu" olarak tanımlanır (23). Bu tanıma göre benlik saygısı, kişinin kendi hakkında yaptığı ve alışılmış biçimde sürdürdüğü değerlendirmedir; bir onaylama-onaylamama tutumunu ifade eder ve bireyin kendisinin becerikli, önemli, başarılı ve değerli olduğuna ne derecede inandığına işaret eder (24).

Beden algısı ise bireyin benlik duygusu ile bağlantılı olarak fiziksel görünümüne ait düşünceleri şeklinde tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalarda olumsuz beden algısının düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu (25,26), olumsuz beden algısı ve bedenden memnuniyetsizliğin depresyon, anksiyete ve yeme bozukluğu gibi birçok farklı alanda psikopatoloji için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (27).

KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi gören birçok hasta diyaliz makinesini kendi bedeninin bir uzantısı gibi görmekte ve buna bağlı olarak da vücut algısında bozulmalar ortaya çıkmaktadır (20). Üremiye bağlı cilt, kemik, sindirim sistemi, sinir sistemi değişiklikleri, periton katateri ve fistüller bozulmuş beden algısı ve öz güven kaybını bu hastalarda daha da arttırmaktadır (28).

### **1.2.3. Kaygı**

Kaygı, bir bireyin birey olarak varlığı için esas kabul ettiği bazı değerlerin, belirsiz ve baş edemeyeceği tehditler altında kalışının anlaşılması ve hissedilmesi, bu bozucu durumlara karşı bir tepkisidir (29-31). Kaygının bu yapıcı, olumlu özelliğinin yanı sıra, patolojik boyutlara varmasıyla yıkıcı yanları da vardır (32,33). Kaygı, tehlikeyle baş etmek için uyum sağlayıcı bir mekanizma, temel bir insan duygusu ve çok yönlü bir duygudur. Kişilerde görülme şekillerine göre sürekli ve durumluluk kaygı olmak üzere ikiye ayrılır.

- ✓ *Durumluk kaygı:* Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli durum nedeniyle hissettiği korku olup, gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesidir. Durumluk kaygının şiddeti ve süresi, algılanan tehdidin miktarı ve kişinin tehlikeli durum yorumunun kalıcılığıyla ilişkilidir.
- ✓ *Sürekli kaygı:* Sürekli kaygı, kaygısı fazla olan kişilerde rastlanılan, bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı olarak da adlandırılan bir durumdur. Devamlı olarak tehdit oluşturan tehlikeli durumlar karşısında kişi sürekli bir kaygı reaksiyonu ile tepki vermektedir.

Anksiyete olarak da isimlendirilen kaygı, hastalık yaşantısına emosyonel olarak en sık verilen tepkilerdendir (34). Bu nedenle Anksiyete bozukluklarının kronik hastalığı olan bireylerde herhangi bir fiziksel hastalığı olmayan kimselere göre daha sık görüldüğünü söylemek mümkündür (35). KBH ve buna bağlı olarak hemodiyaliz tedavisi, gelecekle ilgili belirsizlik, cinsel faaliyetlerle ilgili endişe, diyaliz personeli, ailenin beklentileri ve diyalizin stresiyle başa çıkabilmekle ilgili tedirginlik, anksiyeteye neden olabilmektedir (21,36). Bununla birlikte sosyal konum, iş durumu, erken ölüm riski ve ekonomik koşullar da diğer sebepler arasında gösterilmektedir.

#### **1.2.4. Sosyal Uyum**

Psikososyal işlevsellik en geniş anlamda mesleksel ve sosyal alanlarda kişiden beklenen rolleri yapabilmeyi ve bundan memnun kalabilmeyi tanımlar ve iki temel ögeden oluşmaktadır. Bunlardan ilki, hastanın kendisine bakabilme, günlük faaliyetlerini sürdürebilme becerisidir. Diğeri ise hastanın sosyal yaşama uyum sağlayabilmesi için gerekli tüm sosyal becerilere sahip olmasıdır. Depresyonda belirgin sosyal yeti kaybı olurken, tedavi alan hastalarda depresif belirtilerin giderilmesine rağmen sosyal işlevsellik kaybının sürdüğü sıklıkla görülmektedir (37,38).

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, Helsinki Deklerasyonu kararlarına, hasta hakları yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlandı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından Şubat 2014 tarihli ve 2014-3/9 nolu karar ile onay alındıktan sonra araştırmaya başlandı.

Bu araştırmaya 19/02/2014-19/07/2013 tarihleri arasındaki beş aylık süreçte Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nefroloji Bilim Dalı Hemodiyaliz ünitesi ve Periton Diyaliz Polikliniğinde takipli olan diyaliz hastaları alındı. Rutin diyaliz programında olan, 18-65 yaş arası, daha öncesine ait psikotik rahatsızlığı bulunmayan, soruları kendisi okuyup anlama becerisi olan 30 hemodiyaliz ve 30 periton diyaliz hastası anketler hakkında bilgilendirildi. Yaş ve cinsiyet özellikleri, diyaliz süreleri, eğitim düzeyi ve gelir düzeyleri gibi demografik verileri kayıt edildi. Beck Depresyon Envanteri, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri ve Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Envanteri olmak üzere toplam 5 adet ölçek kullanıldı.

### 2.1. Beck Depresyon Envanteri (BDI)

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında depresyonlu hastalarda en sık görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtilere yer verilerek geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı hastalarda depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. BDI depresyonun bilişsel ve duygusal belirtilerine ağırlık veren, somatik belirtilere az vurgu yapan (yalnızca iştahsızlık, kilo kaybı ve libido azalmasına yer veren) bir ölçektir. Bu nedenle bedensel hastalığı olan kişilerde depresyonun taranması için uygun görülen bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerliliği Tegin ve Hisli tarafından 1988 yılında yapılmıştır (39,40). BDI 21 maddeden oluşan bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin maddeleri 0 ile 3 arasında değerlendirilmiştir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük toplam puan 0, en yüksek toplam puan ise 63'tür (41).

Depresyon tanısı için puan dağılımları;

- 11-17 arasında alınan puan hafif düzeyde depresyonu,
- 18-29 arasında alınan puan orta düzeyde depresyonu,
- 30-63 arasında alınan puan ise şiddetli düzeyde depresyon olduğunu gösterecek şekilde belirlenmiştir.

## **2.2. Coopersmith Benlik Saygı Envanteri**

Coopersmith tarafından 1967 yılında geliştirilmiş olan envanter toplam 57 maddeden oluşmakta, envanterden benlik saygısına ilişkin toplam puan elde edilmektedir (42). Bu envanterin bir de kısa formu bulunmakta ve bu kısa form genel benlik saygısını ile ilgili kendini küçümseme, liderlik, popülerlik, anne-baba-aile, atılganlık ve kaygı gibi faktörleri kapsayan 25 maddeden oluşmaktadır. Envanter maddeleri evet-hayır biçiminde yanıtlanmaktadır, yüksek benlik saygısının göstergesi kabul edilen cevaplara 1, diğer cevaplara ise 0 puan verilmiştir, alınabilecek en yüksek puan 25, en düşük puan ise 0'dır(43). Envanterden alınan puan yükseldikçe bireylerin benlik saygıları da yükselmektedir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güçray tarafından 1989 yılında yapılmıştır (44).

## **2.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği**

Bu ölçek Spielberger ve Lushene tarafından 1970 yılında geliştirilmiş, Türkçeye uyarlaması Öner tarafından 1977 yılında yapılmış yirmişer soruluk iki ayrı testtir (45). Durumluk kaygı ölçeğinin maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar yaşantının şiddetine göre; 1) hiç, 2) biraz, 3) çok ve 4) tamamı ile seçeneklerinden oluşur. Süreklilik kaygı ölçeği maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar ise sıklık derecesine göre; 1) hemen hiçbir zaman, 2) bazen, 3) çok zaman, ve 4) hemen her zaman şeklinde seçeneklerden oluşur (45).

Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20 maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39 maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'dir. Her iki ölçekten elde edilen toplam

puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir. Durumluk Kaygı leği, ani değişiklik gösteren duygusal reaksiyonları değerlendirmede sürekli kaygı leği, kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmede çok duyarlıdır (45).

#### **2.4. Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme leği (SUKD)**

Sosyal işlevselliği ölçmeye özgü yeni bir kendi kendini değerlendirme leği Bosc ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (46).Türkçe geçerlilik ve gvenirliklik çalışması 2008 yılında Akkaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (47). SUKD, 21-maddeli bir kendini-değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan ölçeğin, 1. ve 2. Maddelerinden biri meslek durumuna göre doldurulur ve her kişi toplam 0-3 puan aralığında değerlendirilen 20 maddeye cevap verir. Her bir maddenin puanı toplanarak toplam değere ulaşılır. Ölçeğin puan aralığı 0-60 arasındadır. Kişinin normal bir sosyal işlevselliğe sahip olması için en az 35 puan alması gerekli görülmektedir. Kişinin 25 puanın altında bir puan alması durumunda, sosyal işlevselliğinde sorun olduğu düşünülür (47).

#### **2.5. İstatistiksel Analiz**

Verinin istatistiksel analizi SPSS 22.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılmayan veri için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi ve normal dağılım gösterenler için t-testi kullanılmıştır. Kategorik verinin incelenmesinde Pearson Ki-kare, Fisher-Freeman-Halton ve Fisher'in Kesin Ki-kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $\alpha=0.05$  olarak belirlenmiştir.

## BULGULAR

19/02/2014-19/07/2014 tarihleri arasındaki beş aylık süreçte 30 hemodiyaliz ve 30 periton diyaliz hastası çalışmaya alınmıştır.

### 3.1. Hastaların Sosyo-Demografik Verilerinin Karşılaştırılması

Tablo 6'da hemodiyaliz ve periton diyaliz hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir.

**Tablo-6:** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Hemodiyaliz		Periton diyalizi		*p
	n	%	n	%	
<b>*Cinsiyet</b>					
Kadın	11	36.7	15	50.0	0.434
Erkek	19	63.3	15	50.0	
<b>*Medeni durum</b>					
Bekar	5	16.7	7	23.3	0.808
Evli	23	76.7	22	73.3	
Boşanmış	2	6.7	1	3.3	
<b>*Eğitim durumu</b>					
İlkokul	12	40.0	12	40.0	0.533
Ortaokul	4	13.3	8	26.7	
Lise	6	20.0	6	20.0	
Üniversite	7	23.3	4	13.3	
Yüksek lisans	1	3.3	0	0	
<b>*Aylık gelir düzeyi</b>					
1000 ve altı	11	36.7	10	33.3	0.530
1000-2000 arası	9	30.0	15	50.0	
2000-3000 arası	5	16.7	2	6.7	
3000-5000 arası	3	10.0	2	6.7	
5000 üzeri	2	6.7	1	3.3	
<b>*Oturduğu yer</b>					
İl	18	60.0	9	30.0	0.066
İlçe	11	36.7	18	60.0	
Köy	1	3.3	3	10.0	
<b>TOPLAM</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

- Cinsiyet durumları değerlendirildiğinde; hemodiyaliz grubundaki bayan hastaların oranı %63.3 ile periton diyalizi grubundan (%50) daha fazla olduğu görüldü. Fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0.434).
- Hastaların medeni durumlarına bakıldığında; hemodiyaliz hastalarının %76.7'si (23) evliyken, periton diyalizi hastalarının %73.3'ü (22) evliydi (p=0.808).
- Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında; her iki grupta da hastaların çoğunluğunu ilkokul mezunları oluşturmaktaydı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.533). Hastaların meslek grupları arasında bir fark yoktu (p=0.408). Her iki grupta da hastaların büyük çoğunluğunu ev hanımları ve emekliler oluşturuyordu.
- Hastaların gelir düzeyleri incelendiğinde, en fazla oranları hemodiyaliz hastalarında %36.7 ile (11) aylık geliri 1,000 TL ve altı olanlar, periton diyalizinde %50.0 ile (15) 1000 TL-2000 TL arası aylık gelir düzeyine sahip kişiler oluşturdu, istatistiksel olarak gelir düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0.530).
- Hastaların oturduğu yerler incelendiğinde; hemodiyaliz hastalarının %60'ı (18) il merkezinde, %36,7'si ilçede (11) ikamet etmekteyken, periton diyaliz hastalarının %60'ı (18) ilçede, %30'u (9) il merkezinde ikamet etmekteydi (p=0.808).

**Tablo-7:** Hemodiyaliz ve Periton diyaliz hastalarının yaş ortalamaları

	YAŞ			*p
	Ortalama	Minimum	Maximum	
Hemodiyaliz	54.0	18.0	65.0	0.260
Periton diyalizi	48.5	21.0	65.0	



Hemodiyaliz hastalarında yaş ortalaması 54.0 yıl iken; periton diyaliz hastalarında yaş ortalaması 48.5 yıldır. Gruplar arasında yaş açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ( $p=0,260$ ) (Tablo-7).

Hastaların ortalama diyaliz süreleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.089$ )(Tablo-8).

**Tablo-8:** Hemodiyaliz ve Periton diyaliz hastalarının diyaliz sürelerinin dağılımı

	DİYALİZ SÜRESİ/ YIL			*p
	Ortalama	Minimum	Maximum	
Hemodiyaliz	4.0	1.0	25.0	0.089
Periton diyalizi	6.5	1.0	26.0	

### 3.2. Hastaların Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Hemodiyaliz ve periton diyaliz hastaları Coopersmith Benlik Saygısı, STAI 1-2, Beck Depresyon, SUKDÖ skorları açısından birbirleriyle karşılaştırıldı (Tablo 9,10,11,12,13).

- Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puanları ortalaması HD grubu için  $17.5 \pm 4.0$  olarak, PD grubu için de  $21.0 \pm 3.7$  olarak hesaplandı. Her iki grubun Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $p=0.001$ ). Tablo 5’de HD ve PD gruplarının benlik saygısı ölçek sonuçları özetlenmiştir.

**Tablo-9:** Hemodiyaliz ve Periton diyaliz hastalarında Coopersmith Benlik Saygısı ölçeğinin karşılaştırılması

	Coopersmith Benlik Saygısı					*p
	N	Ortalama	St.Sapma	Minimum	Maximum	
Hemodiyaliz	30	17.5	4.009	7.0	23.0	0.001
Periton Diyalizi	30	21.0	3.739	11.0	25.0	

### 3.3.Hastaların STAI 1-2 Ölçeklerinin Karşılaştırılması

- STAI-1 skoru HD hastalarında ortalama  $36.5 \pm 10.0$  iken PD hastalarında  $34.5 \pm 9.4$  saptandı. HD grubunda en yüksek STAI-1 skoru 68.0 iken, PD grubunda en yüksek skor 56.0'dı. Her iki grup değerlendirildiğinde STAI-1 ölçeğinde anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.314$ )(Tablo-10).

**Tablo-10:** Hemodiyaliz ve Periton diyaliz hastalarında STAI-1 ölçeğinin karşılaştırılması

	STAI-1					*p
	N	Ortalama	St.Sapma	Minimum	Maximum	
Hemodiyaliz	30	36.5	10.674	20.0	68.0	0.314
Periton Diyalizi	30	34.5	9.401	20.0	56.0	

STAI-1: Durumluk kaygı ölçeği

- STAI-2 ölçeği HD hastalarında ortalama  $43.0 \pm 9.8$  iken, PD hastalarında  $40.0 \pm 9.5$  saptandı. HD hastalarında en yüksek STAI-2 skoru 72.0 iken, PD grubunda en yüksek skor 58.0 idi. Her iki grup değerlendirildiğinde STAI-2 ölçeğinde anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.088$ )(Tablo-11).

**Tablo-11:** Hemodiyaliz ve Periton diyaliz hastalarında STAI-2 ölçeğinin karşılaştırılması

	STAI-2					*p
	N	Ortalama	St.Sapma	Minimum	Maximum	
Hemodiyaliz	30	43.0	9.844	27.0	72.0	0.088
Periton Diyalizi	30	40.0	9.519	22.0	58.0	

STAI-2: Sürekli Kaygı Ölçeği

### 3.4. Hastaların Beck Depresyon Ölçeklerinin Karşılaştırılması

- HD hastaların Beck Depresyon skorları ortalama  $11.5 \pm 10.0$  iken, PD hastalarının ortalaması  $9.5 \pm 8.5$  saptandı. HD grubunda depresyon skoru maksimum 36'ya ulaşırken PD grubunda ise en fazla 40 idi. Her iki grup karşılaştırıldığında Beck Depresyon ölçeğinde anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.310$ )(Tablo-12).

**Tablo-12:** Hemodiyaliz ve Periton diyaliz hastalarında Beck Depresyon Ölçeğinin karşılaştırılması

	Beck Depresyon Envanteri					*p
	N	Ortalama	St.Sapma	Minimum	Maximum	
Hemodiyaliz	30	11.5	10.005	0	36.0	0.310
Periton Diyalizi	30	9.5	8.532	0	40.0	

### 3.5. Hastaların SUKDÖ Skorlarının Karşılaştırılması

- HD grubunun SUKDÖ skorları ortalaması  $43.5 \pm 8.5$  iken, PD grubunun ortalaması  $44.0 \pm 7.8$  idi. SUKDÖ skorunun maximum puanı HD ve PD için 59.0, minimumu HD için 21.0, PD için 30.0'dur. Gruplar arasında SUKDÖ açısından anlamlı fark yoktur ( $p=1$ )(Tablo-13).

**Tablo-13:** Hemodiyaliz ve Periton diyaliz hastalarında Beck Depresyon Ölçeğinin karşılaştırılması

	SUKDÖ					*p
	N	Ortalama	St. Sapma	Minimum	Maximum	
Hemodiyaliz	30	43.5	8.589	21.0	59.0	1.00
Periton Diyalizi	30	44.0	7.850	30.0	59.0	

SUKDÖ: Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği

- İki hasta grubu birlikte değerlendirildiğinde, Coopersmith ölçeğinde 19 ( $\pm 4.2$ ), STAI-1'de 36 ( $\pm 10.0$ ), STAI-2' de 41 ( $\pm 9.8$ ), Beck Depresyon ölçeğinde 10 ( $\pm 9.3$ ), SUKDÖ skorlamasında 44 ( $\pm 8.1$ ) ortalama puan almışlardır (Tablo-14).

**Tablo-14:** Hastaların Toplam Puanı

	Coopersmith	STAI-1	STAI-2	Beck	SUKDÖ
Sayı	60	60	60	60	60
Ortalama	19	36	41	10	44
Minimum	7	20	22	0	21
Maximum	25	68	72	40	59
St.Sapma	4,215	10,036	9,846	9,309	8,158

STAI-1: Durumluk kaygı ölçeği, STAI-2: Sürekli Kaygı Ölçeği, SUKDÖ: Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği

## TARTIŞMA

KBH hayat tarzı değişikliği, beslenme, sıvı kısıtlaması ve diyaliz gibi konularda eğitimin gerektiği ilerleyici kronik bir hastalıktır. SDBY geliştiginde ise böbrek nakli, yaşam süresini ve kalitesini arttırmak için seçilebilecek en iyi renal replasman tedavisidir (48-51). Fakat SDBY hastalarının insidansında hızlı artış ve transplant sırasında uzun süreli bekleme nedeniyle, hastaların çok büyük bir kısmı hayatları boyunca HD veya PD ye bağlı yaşamaktadırlar (52-55). Periton diyalizi 1970'lerden itibaren RRT olarak kullanılmaya başlandığından beri, etkinliği ve komplikasyonları açısından hemodiyaliz ile karşılaştırılmaya başlanmıştır. Daha önceki birçok çalışmada PD'nin HD kadar etkili olduğu gösterilmişse de Kanada'dan bildirilen bazı yayınlarda PD'nin özellikle diyalizin ilk yıllarında daha etkin olduğu belirtilmiştir (56-58). Günümüzde hangi diyaliz şeklinin beklenen yaşam süresini uzattığına dair fikir birliği yoktur (59,60). Ancak SDBH da sıkça görülen psikiyatrik morbitide üzerine iki grubun karşılaştırıldığı çalışmalar, hangi diyaliz şeklinin öncelikle tercih edilebileceği konusunda fikir vermektedir.

Hemodiyaliz ve Periton diyalizi uygulayan hastaların ruhsal durumlarını tanımlamak ve birbirleri ile karşılaştırmak amacıyla planlanan bu araştırma Bursa ilinde Uludağ Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı Hemodiyaliz ünitesinde takip edilen 30 hasta ile Periton Diyaliz polikliniğinde takip edilen 30 hasta olmak üzere toplam 60 KBH hastasıyla gerçekleştirilmiş olup, elde edilen veriler literatür bilgilerinin ışığında tartışılmıştır.

### **4.1. Sosyo- Demografik Verilerin Karşılaştırılması**

Araştırma kapsamında alınan toplam 60 hastanın %43.3'ünün bayan %56.7'sinin erkek olduğu görülmüştür. Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde HD tedavisi alan 30 hastanın %36.7'si (11) erkek, %63.3'ü (19) bayandı. PD grubunda ise bayan ve erkek sayısı birbirine eşit olup (15) istatistiksel olarak her iki grup arasında anlamlı fark yoktu. Kuzeyli ve arkadaşlarının, Uzun ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarda da erkek hastalarının sayısı daha

yüksek iken Koçer yapmış olduğu çalışmada ise hastaların büyük çoğunluğunu kadın hastaların oluşturduğu görülmektedir (61-63).

HD hastalarının %76.7'sinin evli, %16.7'sinin bekar olduğu, PD hastalarının %73.3'ünün evli, %23.3'ünün bekar olduğu görüldü. Çalışma hastalarımızın %75'inin evli olması, çoğunluğunun orta yetişkinlik yaşta olmasına bağlanabilir. Durmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da diyaliz hastalarının çoğunluğunun evli olduğu bulunmuştur (64).

Eğitim durumuna bakıldığında; HD ve PD hastalarının %40'ının ilkokul mezunu olduğunu belirlendi (Tablo-6). HD grubunda üniversite mezunları %23.3 ile ikinci sırayı alırken, PD grubunda ortaokul mezunları %26.7 ile ikinci sırayı almaktadır. Yapılan çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde; hemodiyaliz hastalarının eğitim durumlarında ilk sırada ilkokul düzeyindedir (63-65).

Meslek açısından toplam hastaların %48.3'ünü (29) emekliler, %25'ini ev hanımları oluştururken, aylık gelir düzeyi 1000 TL ve altında olanlar %36.7 ile HD grubunun, aylık gelir düzeyi 1000TL- 2000TL arasında olanlar %50.0 ile PD grubunun ilk sırasını oluşturmuştur. Her ne kadar diyaliz hastaları arasında ilk sırayı oluşturan gelir düzeyi grubu değişse de istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Araştırmada hastaların yaş ortalamaları HD grubunda 54.0, PD grubunda ise 48.5 olarak saptandı. Tucker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da HD grubunun ortalama yaşını 50.0, PD grubunun ortalama yaşını 47.0 saptamışlardır (66). Riezebos ve arkadaşlarının ise PD ve HD grubunun yaş ortalamasını sırasıyla 58.8 ve 64.8 olarak saptamışlardır (67). Her iki çalışmanın sonuçları bizim verilerimiz ile uyumludur. Periton diyalizinde eğitim verilmesi ve hastanın uygulamaya aktif katılımının gerektirmesi, genç hastaların yaşlılara göre PD'ye daha uyumlu olmalarını sağlar. Hasta seçiminde bu bilinçli davranış nedeniyle PD grubunun yaş ortalaması daha düşük olabilir.

## 4.2. Diyaliz Hastalarında Depresyon Puanlarının Karşılaştırılması

Depresyon diyaliz hastalarında sık görülen psikiyatrik bir hastalıktır (68-71). Kullanılan yöntemle ilgili olarak depresyon insidansı;

- ✓ Taşkapan ve ark. 2005 yılında 40 HD hastasına Hamilton depresyon ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada depresyon oranı %30 (72)
- ✓ Cukor ve ark. 2007 yılında 70 HD hastasına Beck depresyon envanteri kullanarak yaptıkları çalışmada depresyon oranı %20 (73)
- ✓ Cukor ve ark. 2009 yılında 70 HD hastasına Hastane depresyon envanteri kullanarak yaptıkları çalışmada depresyon oranı %29 (74) bulunmuştur.

Yapılan birçok çalışmada depresyon insidansının değişkenlik göstermesi, tanı için kullanılan farklı kriter ve yöntemlere bağlı olabilir (68-71). Depresyon tanısı konulurken depresyon ölçekleriyle hastalar taranarak riskli grup belirlenmekte, asıl tanı psikiyatrik muayene ile konmaktadır. Psikiyatride uygulanan birçok depresyon ölçeği bulunmaktadır. Bu testlerden bazıları sadece eğitimli kişi tarafından uygulanabilirken, bazıları da hastanın kendisi tarafından doldurulabilmektedir. Bizim çalışmamızda depresyon taraması için Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Bu ölçekte hastanın kendisinin soruları cevaplayabilmesi ve KBH da sık görülen somatik şikayetlere benzeyen soruların az olması, testin diyaliz hastalarını taramada yaygın biçimde kullanılmasını sağlar. Ölçeğin depresyon için sensitivitesi %90, spesifitesi %56'dır (71,71,75). Beck Depresyon ölçeğinin geçerliğini gösteren çalışmalarda, hemodiyaliz hastalarının üçte biri ile yarısı 11 puan ve üstü almış ve bu puanı alan hastalarla psikiyatrik görüşme yapılarak %85'i depresyon tanısı almıştır (68-71).

Depresif belirtiler PD hastalarının yaklaşık yarısında görülmesine rağmen (76-78), PD hastalarında depresyon çalışmaları HD hastalarından daha azdır (76-79). Bu azlığın sebebi tüm RRT tedavileri içinde periton diyalizinin en az uygulanan tedavi yöntemi olarak hasta sayısının daha az olması olabilir (Tablo 15). Dünya genelinde KBH ve son dönem böbrek yetmezliğine sahip hasta sayısının artması ve organ bağıışı sayısının az olması nedeniyle diyaliz tedavisi gören hasta sayısı artmaktadır. Türkiye'de

2004 yılında toplam 32036 diyaliz hastası var iken, 2012 yılında bu sayı 53677 çıkmıştır (7,80). Periton diyalizi 3. sırada kullanılan RRT yöntemi olsa da, bu tedavi altında ki hasta sayısı giderek artmaktadır (Tablo 15,16). Türkiye’de 2004 yılında toplam PD alan 3320 hasta varken bu sayı 2013 verilerinde 4777 yükselmiştir (7,80).

**Tablo-15:** Registry 2004 RRT Prevelansı:

	n	%
<b>Hemodiyaliz</b>	25321	79,03
<b>Periton diyalizi</b>	3320	10,38
<b>Transplantasyon</b>	3395	10,59
<b>Toplam</b>	32036	100

RRT: Renal Replasman Tedavisi

**Tablo-16:** Registry 2012 RRT Prevelansı:

	n	%
<b>Hemodiyaliz</b>	48900	79,28
<b>Periton diyalizi</b>	4777	7,75
<b>Transplantasyon</b>	8000	12,97
<b>Toplam</b>	61677	100

RRT: Renal Replasman Tedavisi

Türkiye’ de olduğu gibi tüm dünya da periton diyalizi uygulayan hasta sayısı giderek artmakta ve her iki grubu depresyon açısından karşılaştıran çalışmalar yapılmaktadır.

San jung ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada 29 HD hastasına ve 27 PD hastasına BDI uygulamışlardır (81). Demografik veriler arasında anlamlı fark olmayan bu iki grubun BDI puanları;

- ✓ Periton diyaliz grubunda  $12.0 \pm 8.4$  puan,
- ✓ Hemodiyaliz grubunda ise  $20.2 \pm 10.4$  puan olarak hesaplanmıştır.



PD grubunun ortalama puanları hemodiyaliz grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür ( $p = 0.013$ )(81).

Bizim çalışmamızda 30 HD ve 30 PD hastasına BDI uygulayarak ortalama puanları karşılaştırdık;

- ❖ Hemodiyaliz hastalarında ortalama puan  $11.5 \pm 10.0$ ,
- ❖ Periton diyaliz hastalarında ortalama puan  $9.5 \pm 8.5$  olarak bulduk.

PD hastalarının puanı HD hastalarına göre ortalama olarak 2 puan az bulundu. Bu istatistiksel olarak anlamlı fark değildir ( $p=0.310$ ). Bu sonuç daha önce bahsedilen ve literatürdeki birçok çalışma ile uyumludur. Daha anlamlı değerlerin elde edilmesi için çalışmanın daha fazla hasta üzerinden yürütülmesi gerekmektedir.

PD ve HD gruplarının depresyon açısından tarandığı ve depresyonu olanlar ve olmayanlar şeklinde ayrılarak prospektif olarak izlendiği çalışmalarda depresyonun mortalite üzerine etkisi oldukça dikkat çekicidir.

- ✓ 2007 yılında Hindistan'da Mahajan ve ark. 52 PD hastasında yapmış oldukları çalışmada BDI ile hastaların depresyon açısından taramaları yapılmış, yüksek ve düşük puan alanlar mortalite ve morbiditeye depresyonun katkısı açısından karşılaştırılmışlardır. PD grubundaki 52 hastanın BDI'den aldığı ortalama puan 19.3 olup, bu hastaların 34'ü 11 puanın üzerinde almış (%65) ve 18'i 11 puan ve altında almıştır (%35). Depresyon puanı yüksek olan hastalar anlamlı olarak koroner arter hastalığı, düşük hemoglobin düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. İki yıllık klinik takibin ardından 8 hastada 10 kez kateter çıkış yeri enfeksiyonu (6 depresif, 2 non-depresif), 18 hastada 24 kez peritonit atağı (16 depresif, 2 non-depresif) görülmüştür. Bu hastalıklar depresif olmayan gruba göre depresif grupta anlamlı olarak yüksektir ( $p=0.03$ )(82).
- ✓ 2008 yılında Hedayati ve ark. 98 HD hastasıyla yaptığı çalışmada BDI kullanarak hastaları taramışlar, sonra yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile 98 hastanın 26'sında depresyon tanısı koymuşlardır. Depresif ve depresif olmayan grupları karşılaştırdıklarında depresif

hastaların mortalitesinde ve komorbid hastalıklarında anlamlı düzeyde ( $p=0.001$ ) yükseklik görmüşlerdir (83).

Bu çalışmalar bize depresyonun sadece kişiyi sosyal hayattan alıkoymadığını, aynı zamanda immün sistemi baskılayarak bireyi enfeksiyonlara yatkın hale getirdiğini ve prospektif olarak izlenen bu hastalarda artmış mortaliteye sebep olduğunu göstermektedir. Tüm bu sonuçlarla birlikte düşünüldüğünde diyaliz hastalarında depresyon psikiyatrik morbiditenin yanında mortalite için de artmış risk faktörüdür (82,83). Bu yüzden diyaliz hastalarının depresyonun taranması ve riskli kişilerin psikiyatrye yönlendirilmesi klinik takipte önemlidir.

#### **4.2. Diyaliz Hastalarında Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması**

Anksiyete bir tehlikenin veya tehdidin varlığında vücudun uyarılarak endişe, kaygı, sinirlilik, huzursuzluk gibi ruhsal belirtilerin yanı sıra taşıkardi, terleme, titreme ve ağız kuruluğu gibi fiziksel belirtilerin hissedilmesidir. Anksiyete gündelik hayatımızın normal bir parçasıdır; bir tehlikenin veya tehdidin varlığında ortaya çıkmışsa, süresi ve şiddeti açısından duruma uygunluk gösteriyorsa patolojik olarak kabul edilmez. Anksiyetenin patolojik olduğunu gösteren 3 ölçüt vardır; birincisi şiddet, ikincisi süre, üçüncüsü ise günlük hayatı etkileyerek işlevselliği bozmasıdır. Zaman içerisinde şiddeti yoğun olmayan, uzun süren ve tekrarlayıcı bir anksiyete, insanın yaşamını etkileyebilir, insanı yorgun düşürebilir, konsantrasyonunu bozabilir, uyku kalitesini bozabilir, gergin, sinirli ve tahammülsüz hale getirebilir. Anksiyete bozuklukları nedeni ile oluşan iş gücü kaybı, majör depresyon ile oluşandan yüksektir ve miyokart enfarktüsü, ani kardiyak ölüm, anjina pectoris ve hipertansiyon gibi kardiyovasküler olayların sıklığında artışa neden olduğu gösterilmiştir (84-90).

Anksiyete bozuklukları kronik tıbbi hastalıklar ile güçlü bir biçimde ilişkilidir; bedensel sağlık ve yaşam kalitesi arttıkça kaygı azaldığı, fiziksel yeti yitimi ile doğru orantılı biçimde arttığı bildirilmiştir (91-94). Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında organ kaybı, geleceğe ait belirsizlik, artan ölüm korkusu ve sürekli bir makineye bağımlılık hissi doğal kabul edilebilen anksiyeteye neden olmaktadır. Fakat zamanla patolojik hale gelmiş kaygının

somatik belirtileri diyaliz hastalarında sık görülen üremik semptomlar, kalp kapak hastalıkları ve aritmiler, gastropareziler ile karışabilir ve hastaların takiplerinde tanılarını gecikebilir.

Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında sık görülen anksiyete nedeniyle HD ve PD grubunu karşılaştıran çalışmalar yapılmakta, bu sayede diyaliz yönteminin seçilmesinde ve diyaliz hastasının takibinde anksiyetenin önemi ortaya koyulmaktadır. Kaygı düzeyini ölçmek için Beck anksiyete ölçeği, Hamilton anksiyete ölçeği, Spielberger kaygı ölçeği gibi farklı ölçekler ve bunlar ile yapılmış çalışmalar mevcuttur.

Erengin ve ark. (2008) 37'si HD ve 25'i PD olmak üzere toplam 62 hastaya Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri uygulamıştır;

- ✓ Durumluk Kaygı Ölçeğinin puanları HD grubunda  $38.0 \pm 10.7$ , PD grubunda ise  $34.1 \pm 9.6$  saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da PD'in puanı HD'in puanından daha düşüktür.
- ✓ Sürekli Kaygı Ölçeğinden ise HD grubu ortalama  $48.4 \pm 9.8$  puan, PD grubu ise  $43.4 \pm 6.4$  puan almıştır. İki grup arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (95).

Türkiye' de Özcan ve ark. (2000) 53 HD ve 21 PD hastasıyla yaptıkları çalışmada, STAI 1 ve 2 ölçeklerini kullanmışlardır.

- ✓ Durumluluk kaygı ölçeğinden HD ve PD hastaları sırasıyla  $45.9 \pm 9.5$ ,  $39.0 \pm 10.0$
- ✓ Sürekli kaygı ölçeğinden ise HD ve PD hastaları sırasıyla  $49.6 \pm 6.6$ ,  $44.1 \pm 9.0$  puanı almışlardır.

Hem durumluluk hem de sürekli kaygı düzeyleri PD grubunda HD grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ( $p < 0,05$ ) (96).

Çalışmamızda 30 HD ve 30 PD hastasına STAI 1ve 2 uygulayarak kaygı durumlarını karşılaştırdık;

- ❖ Durumluluk kaygı puanları (STAI-1) PD grubunda  $34.5 \pm 9.4$ , HD grubunda ise  $36.5 \pm 10$  olarak bulundu.
- ❖ Sürekli kaygı ölçeğinde ise (STAI-2) PD grubunda puanlar  $40 \pm 9.5$ , HD grubunda ise  $43 \pm 9.8$  olarak sonuçlandı.

Ortalama puanlar karşılaştırılarak değerlendirildiğinde PD hastalarının puanları HD hastalarına göre puanları düşük bulunmuştur. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmanın daha fazla sayıda hasta ile yapılması sonuçları istatistiksel olarak anlamlı yapabilir.

#### **4.3. Diyaliz Hastalarında Benlik Saygısı Puanlarının Karşılaştırılması**

Hastalık nedeniyle vücutta oluşan değişiklikler veya fonksiyon kaybı olumsuz beden imajına ve benlik saygısında azalmaya sebep olabilir (97). Doğan ve ark. yaptıkları çalışmada organ ve fonksiyon kaybı olan hastaların beden imajı puanlarının sağlıklı bireylerden düşük olduğu belirlenmiştir (98). Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında makineye ve tedavi ekibine bağımlı olma, sürekli ölüm düşüncesi ve gelecek ile ilgili kaygılar, hastalıklarından dolayı aile ve çalışma düzenlerindeki bozulmalar, sıvı-elektrolit dengesizliği ve üremi sonucu oluşan fiziksel değişiklikler ve güçsüzlük hastanın beden imajını olumsuz etkilemektedir (99). Bozulmuş beden imajı ve öz güven kaybı kişinin kendine olan güvenini kaybetmesine, sosyal ilişkilerinin zedelenmesine ve hastalıkla mücadele etmeyi bırakmasına neden olabilir (99). Bu anlamda benlik saygısı, diyaliz tedavisi alan hastaların hastalığıyla baş etmesinde ve tedaviye uyum sağlamasında önemlidir (99).

Çamsarı ve ark. 2009 yılında Dokuz Eylül Üniversitesinde 47 PD ve 26 HD hastası ile yaptıkları çalışmada her iki grubu benlik saygısı açısından karşılaştırmışlar. Benlik saygısı için ve toplam 63 sorudan oluşan Rosenberg saygı ölçeği kullanılmış;

- ✓ PD grubundan 47 hastanın 12'sinde (%19)
- ✓ HD grubundan 26 hastanın 15'inde (%59) düşük benlik saygısına sahip oldukları görülmüştür.

Her iki grup karşılaştırıldığında benlik saygısı HD grubunda anlamlı düşüktür (  $p=0.01$ ) (100).

Bizim çalışmamızda 30 HD ve 30 PD hastasına Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği uygulayarak gruplar arasında benlik saygısını karşılaştırdık;

- ❖ PD grubunun ölçekten aldığı ortalama puan  $21.0 \pm 3.7$ ,
- ❖ HD grubunun ölçekten aldığı ortalama puan  $17.5 \pm 4.0$ 'dir.

Ölçekten alınan yüksek puan daha iyi benlik saygısını göstermektedir. Bizim hastalarımızda periton diyaliz grubunun benlik saygısı ölçeğinden aldıkları puan istatistiksel olarak anlamlı şekilde hemodiyaliz grubundan yüksek çıkmıştır (p:0.001).

Bunun sebebi hastaların kendi diyalizlerini kendilerinin yapması nedeniyle diğer insanlara olan bağımlılıklarının azalması, diyalizlerini gece yapabilmeleri nedeniyle gündüz sosyal hayattan uzak kalmamaları, fistül ihtiyaçları olmadığı için bedensel değişikliğin dışarıdan fazla belirgin olmaması olabilir.

#### **4.3. Diyaliz Hastalarında Sosyal Uyum Puanlarının Karşılaştırılması**

Sosyal işlevsellik kişinin işte, evde ya da sosyal alanlardaki etkinliklerde işlevsellik yetisi olarak tanımlanır. Ayrıca kişinin eş, ebeveyn, arkadaş ilişkisi sürdürme becerisi ve yeterliliğini de kapsamaktadır. Bir çok çalışma depresyonda sosyal işlevsellik kaybı üzerine yapılmıştır (46,47,101,102). Biz çalışmamızda diyaliz hastalarının sosyal uyumlarını karşılaştırmayı planladık. Bu sayede diyaliz şeklinin sosyal işlevsellik üzerine etkisini araştırmayı amaçladık. Diyaliz hastalarında sosyal uyum ölçeği kullanılarak sosyal uyuma bakılan çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Bunun sebebi ölçeğin 1997 yılında yayınlanmış yeni bir ölçek olması olabilir.

Bizim çalışmamızda 30 HD ve 30 PD hastasına Sosyal Uyum ve Kendini Değerlendirme Ölçeği uygulayarak gruplar arasında puanları karşılaştırdık;

- ❖ PD grubunun ölçekten aldığı ortalama puan  $44.0 \pm 7.8$
- ❖ HD grubunun ölçekten aldığı ortalama puan  $43.5 \pm 8.5$ 'dur.

Hemodiyaliz tedavisinde hastanın haftada 2-3 kez 4-5 saat bir makineye bağımlı kalması, fiziksel durumunun günden güne değişiklik gösterebilmesi, PD tedavisinin ise sürekli bir diyaliz tipi olmasına rağmen evde uygulanabilir olması, hastanın sıvı ve biyokimya değerlerinde ani değişimler görülmemesi iki diyaliz grubu arasındaki önemli farklardandır. PD grubunun HD grubuna göre diyaliz konusunda daha az makineye ve sağlık çalışanına bağımlı olması bu hastaların sosyal uyumlarının daha yüksek olmasına neden olabilir. Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı

olmasa da periton diyaliz grubunun puanı HD grubundan yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak;

Diyaliz tedavisi hayat kurtarıcı olmasına rağmen birçok ruhsal ve medikal komplikasyona yol açmaktadır. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi diyaliz hastalarında da, başta depresyon ve anksiyete olmak üzere, ruhsal bozukluk oranlarının yükseldiği bilinmektedir. Artan ruhsal hastalıklar nedeniyle hastaların tedaviye uyumu azalabilmektedir. Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda özellikle depresyonun artmış mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda periton diyaliz ve hemodiyaliz hastalarını anksiyete, depresyon, benlik saygısı ve sosyal uyum açısından karşılaştırdık. Bizim çalışmamızın sonucunda uygulanan ölçeklerde periton diyaliz grubu daha az depresyon ve kaygı, daha fazla benlik saygısı ve sosyal uyuma sahipti.

## KAYNAKLAR

1. Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) <http://kdigo.org/home/guidelines/ckd-evaluation-management/> Erişim: 20/05/2014.
2. <http://kdigo.org/home/guidelines/acute-kidney-injury/> Erişim: 20/05/2014.
3. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Renal Replasman Tedavisi. Nefroloji El Kitabı. Nobel tıp kitapevi. İstanbul 2000; 306-20.
4. <http://kdigo.org/home/guidelines/care-of-the-kidney-transplant-recipient/> Erişim: 25/05/2014.
5. Skorecki K, Gren J, Brenner M. Kronik Böbrek Yetmezliği. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL. Harrison İç Hastalıkları Prensipleri 15. Baskı (Türkçesi). Nobel Kitabevi 2004;1551-62.
6. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, et al. A population-based survey of Chronic RENal Disease In Turkey: The CREDIT study. Nephrol Dial Transplant 2011; 26: 1862–71.
7. <http://www.tsn.org.tr/folders/file/REGISTRYNEFROLOJ/2013.pdf>
8. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Birinci baskı. Anadolu Yayıncılık. Kayseri 2001; 1-10.
9. El Nahas AM, Bello AK. Chronic Kidney Disease: The global challenge. The Lancet 2005; 365: 331-40.
10. Akoğlu E, Süleymanlar G. Kronik Böbrek Yetmezliği. In: İliçin G, Ünal S, Biberöğlü K. Temel İç Hastalıkları. Güneş Kitabevi. Ankara 1996; 769-76.
11. Farrington K, Greenwood RN, Ahmad S. Hemodialysis: Mechanisms, Outcome and Adequacy. In: Johnson RJ, Feehally J (ed.). Comprehensive Clinical Nephrology. 2nd edition 2003; 975-90.
12. Türkmen F. Hemodiyaliz Seminer El Kitabı. 1. Baskı. Deniz ofset. İstanbul 2002; 52-67.
13. Gokal R, Davidson A, Cameron D, et al. Peritoneal dialysis and complications of technique. The Oxford Textbook of Clinical Nephrology 1999; 624-30.
14. Nissenson A, Fine R, Süleymanlar G (ed). Diyaliz tedavisi. Güneş Kitabevi Ankara 2005: 375-82.
15. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı. 4. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2007; 324-49.
16. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı. 4. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul 2007; 340-8.
17. Burkart JM, Daeihagh P, Rocco MV. Peritoneal Dialysis. In: Brenner BM (ed). Brenner and Rector's The Kidney. 7th Edition. W.B. Saunders. Philadelphia 2004: 2625-95.
18. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı. 4. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul 2007; 350-68.

19. Gençöz T, Astan G. (2006). "Social Support, Locus of Control and Depressive Symptoms in Hemodialysis Patients", *Scand J Psychol.* 2006; 47(3): 203-8.
20. Cimilli C. "Hemodiyaliz'in Psikiyatrik Yönleri". *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 1994; 3(3): 88-92.
21. Kumbasar H. Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyaliz ve Psikososyal Sorunlar. In: Özkan S (ed). *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. Novartis Yayınları. İstanbul 1998; 83-7.
22. Ünlüoğlu G, Özden A, İnce E. Diyaliz Hastalarının Bilgilendirilme Gereksinimleri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 1997; 3 (4): 125-30.
23. Harter S. Self and identity development. In: Shirley S, Elliott GR (ed). *The developing adolescent*. Harvard University Pres. Feldman. Cambridge 1990; 352-87.
24. Mruk CJ. Self-esteem, research, theory and practice. Springer Publishing Company. 3rd edition. New York 2006.
25. Green MA, Scott A, Cross SE, et al. Eating disorder behaviors and depression: a minimal relationship beyond social comparison, self-esteem, and body dissatisfaction. *J Clin Psychol* 2009; 65 (9): 989–99.
26. Green SP, Pritchard ME. Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Social Behavior and Personality* 2003; 31 (3): 215-22.
27. Forman ME, Davis WN. Characteristics of Middle-Aged Women in Inpatient Treatment for Eating Disorders. *Eat Disord* 2005; 13 (3): 231-43.
28. Aslan SH, Alparslan ZN, Aslan RO. ve ark. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Sağlık Alanında Çalışanlarda Geçerlik ve Güvenilirliği. *Düşünen Adam* 1998; 11 (2): 4-8.
29. Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri* 2004; 7 (ek 4): 12-16.
30. Köknel O. Kaygı bozuklukları. In: Köknel O (Ed). *Genel ve Klinik Psikiyatri*. 1. Baskı. İstanbul Nobel Tıp 1989; 44-143.
31. Öner N, Le Compte. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 1.baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1983 ;1-26.
32. Molla S. Edirne Merkezindeki İlkokul Öğrencilerinde Kaygı Düzeyleri ve Sosyodemografik Özelliklerinin İlişkisi (Uzmanlık Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi;1999.
33. Sorgun N. Lise 1 ve Lise 3. Sınıf Öğrencilerinin Durumluluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 1990.
34. Özkan S. Hastalıklara Psikolojik Tepkiler. In: Özkan S (Ed.) *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. Novartis Yayınları. İstanbul 1998-1999; 27-35.
35. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK. Bir Üniversite Hastanesi Yatan Hastalarında Psikiyatrik Bozuklukların Dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1 (3): 148-56.



36. Yücel B, Yılmaz N, Özkan S. Hemodiyaliz Hastalarının Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kapsamında Değerlendirilmesi "Ön Çalışma". In: Özkan S (ed). Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Novartis Yayınları. İstanbul 1994-1995; 339-70.
37. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, et al. Depression, Disability Days and Days Lost From Work in a Prospective Epidemiologic Survey. JAMA 1990; 264 (19): 2524-8.
38. Wells KB, Stewart A, Hays RD ve ark. The Functioning and Well-being of Depressed Patients. Results from the Medical Outcomes Study. JAMA 1989; 262 (7): 914-9.
39. Hisli N, Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989; 7: 3-13.
40. Beck At. An Inventory For Measuring Depression. In: Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561-71.
41. Türk S, Atalay H, Altıntepe L, et al. Treatment with Antidepressive Drugs Improved Quality of Life in Chronic Hemodialysis Patients. Clin Nephrol 2006; 65: 113-8.
42. Coopersmith S: The Antecedents of Self-esteem. W.H. Freeman and Company. San Francisco 1967.
43. Pişkin M. Türk ve İngiliz Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Yönünden Karşılaştırılması. In: 3. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongre Kitapçığı. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Adana 1997.
44. Güçray SS. Çocuk Yuvasında ve Ailesi Yanında Kalan 9-11 yaş Çocuklarının Öz Saygı Gelişimini Etkileyen Bazı Faktörler (Doktora Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, PDR Anabilim Dalı 1989.
45. Gülgöz S. Test Kullanımında temel Konular. Türk Psikoloji Dergisi 1994; 33: 1-8.
46. Bosc M, Dubini A, Polin V, et al. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. Eur Neuropsychopharmacol 1997; 7: 57-70.
47. Akkaya C, Sarandöl A, Esen Danacı A, ve ark. Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(3): 292-99.
48. Port FK, Wolfe RA, Mauger EA, et al. Comparison of survival probabilities for dialysis patients vs cadaveric renal transplant recipients. JAMA 1993; 270: 1339-43.
49. Churchill DN, Torrance GW, Taylor DW, et al. Measurement of quality of life in end-stage renal disease: the time trade-off approach. Clin Invest Med 1987; 10: 14-20.
50. Bremer BA, McCausley CR, Wrona RM, et al. Quality of life in end-stage renal disease. Am J Kidney Dis 1989; 13: 200-9.
51. Hart LG, Evans RW. The functional status of ESRD patients as measured by the Sickness Impact Profile. J Chronic Dis 1987; 40/1: 117-36.
52. U.S. Renal Data System. Annual Data Report. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases 1997.

53. Canadian Organ Replacement Register: 1993 Annual Report. Don Mills, Ontario: Canadian Institute for Health Information 1995.
54. Raine AE, Margreiter R, Brunner FP, et al. Report on management of renal failure in Europe. XXII. *Nephrol Dial Transplant* 1992; 7/2: 7-35.
55. Disney APS. Anzdata Report. South Australia: Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry 1992.
56. Habach G, Bloembergen WE, Manger EA, et al. Hospitalization among United States dialysis patients: hemodialysis versus peritoneal dialysis. *Singapore Medj* 2009; 50 (2): 185.
57. Maiorca R, Cancarini GC. Outcome of peritoneal dialysis: comparative studies. In: Gokal R (ed). *The Textbook of Peritoneal Dialysis*. Kluwer Academic Publishers 1994; 699-734.
58. Gokal R. Quality of life in patients undergoing renal replacement therapy. *Kidney Int Suppl* 1993; 40: 23-7.
59. Burton PR, Walls J. Selection-adjusted comparison of life-expectancy of patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and renal transplantation. *The Lancet* 1987; 1: 1115-9.
60. Gokal R, Baillod R, Bogle S et al. Multi-centre study on outcome of treatment in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis and haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant* 1987; 2: 172-8.
61. Kuzeyli Y, Fadiloğlu Ç, Durmaz A, ve ark. Diyaliz hastarında uyku kaitesiyle kaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004; 20(1): 125.
62. Uzun ř, Kara B, İşcan B. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda uyku sorunları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2003; 12(1); 61-66.
63. Koçer Z. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması (Yüksek Lisans Tezi). Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2006.
64. Durmaz A, Kuzeyli Y, Fadiloğlu Ç. Hemodiyaliz Tedavisi Gören Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Uyku Sorunları. *Nefroloji Hemşireleri Derneği* 2008; Ocak-Nisan sayısı: 31-37.
65. Uçan Ö, Ovayolu N, Pehlivan S, ve ark. Hemodiyaliz Hastalarında Uyku Kalitesi ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2008; Ocak-Nisan sayısı: 26-30.
66. Carolyn M. Tucker, Robert C, et al. Quality of Life of Patients on In-Center Hemodialysis Versus Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis . *Perit Dial Int* 1991; 11: 341-6.
67. Riezebos R, Nauta K, Honig A, et al. The association of depressive symptoms with survival in a Dutch cohort of patients with end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 231–36.
68. Finkelsitein FO, Finkelsitein SH. Psychological Adaptation and Quality of Life of the Patient with End Stage Renal Disease. In: Brown E (ed). *Complications of Long Term Dialysis*, Oxford University Press. Oxford: 1999; 168-87.

69. Levy NB. Psychology and Rehabilitation. In: Daugirdas JT (ed). Handbook of Dialysis. 2nd Edition. Little Brown pres. Boston 1994; 369-73.
70. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, et al. Multiple Measurements of Depression Predict Mortality in a Longitudinal Study of Chronic Hemodialysis Patients, *Kidney Int* 2000; 57: 20093-8.
71. Kimmel PL. Psychosocial Factors in Adult End Stage Renal Disease Patients Treated with Hemodialysis: Correlates and Outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000; 35: 132-40.
72. Taşkapan H, Ateş F, Kaya B, et al. Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic haemodialysis. *Nephrology (Carlton)* 2005; 10: 15-20.
73. Cukor D, Coplan J, Brown C, et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007; 2: 484-90.
74. Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, et al. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney Int* 2009; 75: 1223-9.
75. Steele TE, Baltimore D, Finkelstein SH et al. Quality of life in peritoneal dialysis patients. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184 (6): 368-74.
76. Wuerth D, Finkelstein SH, Ciarcia J, et al. Identification and treatment of depression in a cohort of patients maintained on chronic peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2001; 37: 1011–17.
77. Juergensen PH, Wuerth DB, Juergensen DM, et al. Psychosocial factors and clinical outcome on CAPD. *Adv Perit Dial* 1997; 13: 121–4.
78. Lye WC, Chan PSL, Leong SO. Psychosocial and psychiatric morbidity in patients on CAPD. *Adv Perit Dial* 1997; 13: 134–6.
79. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, et al. Self-assessed quality of life in peritoneal dialysis patients. *Am J Nephrol* 2001; 21: 215–20.
80. <http://www.tsn.org.tr/folders/file/REGISTRYNEFROLOJ/2004.pdf>  
Erişim: 20/05/2014.
81. Jung S, Lee Y, Choi S, et al. Relationship between Cognitive Impairment and Depression in Dialysis Patients. *Yonsei Med J* 2013. 54 (6): 1447-53.
82. Mahajan S, Suresh T, Vikram K. Analysis of Depression and It's Effect on Outcome Among Adult Indian Peritoneal Dialysis Patients. *Perit Dial Int* 2007; 27: 90–6.
83. Hedayati SS, Bosworth HB, Briley LP, et al. Death or hospitalization of patients on chronic hemodialysis is associated with a physician-based diagnosis of depression. *Kidney Int* 2008; 74: 930-6.
84. Stein MB, Roy-Byrne PP, Craske MG, et al. Functional impact and health utility of anxiety disorders in primary care outpatients. *Med Care* 2005; 43 (12): 1164-70.
85. Eaker ED, Pinsky J, Castelli WP. Myocardial infarction and coronary death among women: psychosocial predictors from a 20-year follow-up of women in the Framingham Study. *Am J Epidemiol* 1992; 135 (8): 854-64.

86. Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, et al. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. *Am J Cardiol* 1995; 75 (14): 882-5.
87. Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey, Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Fam Medicine* 1997; 6 (1): 43-9.
88. Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A, et al. Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Circulation* 1997; 95 (4): 818-24.
89. Albert CM, Chae CU, Rexrode KM, et al. Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation* 2005; 111 (4): 480-7.
90. Nicholson A, Fuhrer R, Marmot M. Psychological distress as a predictor of CHD events in men: the effect of persistence and components of risk. *Psychosom Med* 2005; 67 (4): 522-30.
91. Sareen J, Jacobi F, Cox BJ, et al. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Arch Intern Med* 2006; 166 (19): 2109-16.
92. Ludman E, Katon W, Russo J, et al. Panic episodes among patients with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28 (6): 475-81.
93. Sareen J, Cox BJ, Clara I, et al. The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 2005; 21 (4): 193-202.
94. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146 (5): 317-25.
95. Erengin N, Keçecioğlu N, Güven M, ve ark. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Yeti Yitimi, Depresyon ve Anksiyete Yönünden Karşılaştırılması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 1998; 3: 137-40.
96. Özcan Y, Baştürk M, Aslan S ve ark. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Morbidite ve Yaşam Kalitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2000; 7: 4.
97. Topbaşı G. Migrenli Hastaların Ağrı Algıları, Anksiyete ve Beden İmajı Doyum Düzeylerinin Hemşirelik Bakım Planına Rehber Olacak Şekilde Değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 1996.
98. Doğan S. Organ ve Fonksiyon Kaybı Olan Hastaların Beden İmajındaki Değişmeler ve Hemşirelerin Yaklaşım Güçlükleri, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1993.
99. Erdem M, Taşçı N. Tüberküloz hastalarında benlik saygısı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003; 51 (2): 171-6.
100. Çamsarı T, Çavdar C, Yemez B, ve ark. Psychosexual Function in CAPD and Hemodialysis Patients. *Perit Dial Int* 1999; 19: 583-90.

- 101.** Ueda N, Suda A, Nakagawa M, et al. Reliability, validity and clinical utility of a Japanese version of the Social Adaptation Self-evaluation Scale as calibrated using the Beck Depression Inventory. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 65 (7): 624–9.
- 102.** Tse W, Bond A. Psychometric analysis of the Chinese version of Social Adaptation Self-evaluation Scale (C-SASS) *Psychiatry Res* 2007; 153 (3): 277–81.

## SOSYO - DEMOGRAFİK VERİ FORMU

DENEK GRUBU: 1.( ) HEMODİYALİZ 2.( ) PERİTON DİYALİZİ

### KİŞİSEL VERİLER:

1. Cinsiyet : 1.( ) Bayan 2.( ) Erkek

2. Yaş :.....

3. Medeni Durum : 1.( ) Hiç Evlenmemiş 2.( ) Evli 3.( ) Birlikte Yaşıyor  
4.( ) Boşanmış 5.( ) Eşi Ölmüş

4. Eğitim Düzeyi : 1.( ) İlkokul 2.( ) Ortaokul 3.( ) Lise  
4.( ) Üniversite 5.( ) Yüksek Lisans

5. Mesleği : .....

6. Aylık Gelir Düzeyi : 1.( ) 1.000 TL ve altı  
2.( ) 1.000 TL -2.000 TL arası  
3.( ) 2.000 TL -3.000 TL arası  
4.( ) 3.000 TL -5.000 TL arası  
5.( ) 5.000 TL ve üzeri

7. Oturduğu Yer : 1.( ) İl 2.( ) İlçe 3.( ) Köy

i. Konut Tipi: 1.( ) Apartman Dairesi 2.( ) Müstakil ev  
1.( ) Kendine Ait 2.( ) Kira

ii. Araç Durumu: 1.( ) Var 2.( ) Yok

8. Kronik Böbrek Hastalığının Sebebi : .....

9. Diyalize İlk Başlama Tarihi : .....

1. Adınız, soyadınız:  
2. Cinsiyetiniz : K ..... E .....  
3. Sınıfınız:  
5. Annenizin eğitim durumu:  
6. Babanızın eğitim durumu:  
7. I. yarıyıl not ortalamanız:

**Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği**

Aşağıda her insanın zaman zaman hissedebileceği birtakım durumlar maddeler halinde verilmiştir. Eğer bu ifadeler sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlıyor ise **EVET**, tanımlamıyor ise **HAYIR** sütununa çarpı işareti (X) koyunuz. Bu maddelerin doğru veya yanlış cevapları yoktur. Bu nedenle soruları cevaplarırken mantuğumuzdan çok duygularınıza kulak verin. Katkılarımızdan dolayı teşekkür ederim.

	<b>EVET</b> (benim gibi)	<b>HAYIR</b> (benim gibi değil)
1. Olanlara genellikle bozulmam.		
2. Sınıfın önünde konuşma yapmak bana oldukça zor gelir.		
3. Eğer gücüm yetse değiştirmek isteyeceğim pek çok özelliğim var.		
4. Fazla zorlanmadan karar verebilirim.		
5. Benimle birlikte olmak zevkli ve eğlencelidir.		
6. Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozulur.		
7. Yeni bir şeye alışmam çok zaman alır.		
8. Yaşıtlarım arasında popülerim.		
9. Annem ve babam genellikle duygularımı dikkate alır.		
10. Genellikle pek direnmeden kolayca vazgeçme gibi bir huyum var.		
11. Ailemin benden beklentisi çok fazla.		
12. Benim yerimde olmak oldukça zordur.		
13. Hayatımdaki her şey karmakarışık.		
14. Arkadaşlarım genellikle benim fikirlerimi izler.		
15. Kendime ilişkin olumsuz bir imajım var.		
16. Pek çok kere evden ayrılmayı (kaçmayı) düşündüm.		
17. Okuldayken sık sık canım sıkılır.		
18. Çoğu insan kadar güzel görüntünlü biri değilim.		
19. Söyleyecek bir şeyim olduğunda genellikle onu çekinmeden söylerim.		
20. Annem ve babam beni anlayabiliyor.		
21. İnsanların çoğu benden daha çok seviyor.		
22. Çoğu zaman anne ve babamın beni sanki zorladıklarını hissediyorum.		
23. Okulda çoğu zaman cesaretim kırılıyor.		
24. Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzularım.		
25. Güvenilir biri değilim.		



### Ü-SK SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-45

İlk Yay.Tarihi : 04 Ağustos 2011

Sayfa  
1 / 1

Rev. No : 00

Rev.Tarihi :

Hasta Adı/Soyadı: .....  
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....  
Protokol No: .....

Uygulama Tarihi:  
Uygulayan :

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Bu ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

No:	İfadeler:	Hemen Hiçbir Zaman	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	Hemen Her Zaman
1.	Genellikle keyfim yerindedir	( )	( )	( )	( )
2.	Genellikle çabuk yorulurum	( )	( )	( )	( )
3.	Genellikle kolay ağlarım	( )	( )	( )	( )
4.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	( )	( )	( )	( )
5.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	( )	( )	( )	( )
6.	Kendimi dinlenmiş hissederim.	( )	( )	( )	( )
7.	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	( )	( )	( )	( )
8.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	( )	( )	( )	( )
9.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	( )	( )	( )	( )
10.	Genellikle mutluyum	( )	( )	( )	( )
11.	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	( )	( )	( )	( )
12.	Genellikle kendime güvenim yoktur.	( )	( )	( )	( )
13.	Genellikle kendimi emniyette hissederim.	( )	( )	( )	( )
14.	Sıkıntı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	( )	( )	( )	( )
15.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	( )	( )	( )	( )
16.	Genellikle hayatımdan memnunum.	( )	( )	( )	( )
17.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	( )	( )	( )	( )
18.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki, hiç unutmam.	( )	( )	( )	( )
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım.	( )	( )	( )	( )
20.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder.	( )	( )	( )	( )

Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.





## UÜ-SK DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-44

İlk Yay.Tarihi : 04 Ağustos 2011

Sayfa  
1 / 1

Rev. No : 00


Rev.Tarihi :

Hasta Adı/Soyadı: .....  
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....  
Protokol No: .....

Uygulama Tarihi:  
Uygulayan :

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Bu ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

No	İfadeler:	Hemen Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Hemen Her Zaman
1.	Şu anda sakinim.	( )	( )	( )	( )
2.	Kendimi emniyette hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
3.	Şu anda sinirlerim gergin.	( )	( )	( )	( )
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim.	( )	( )	( )	( )
5.	Şu anda huzur içindeyim.	( )	( )	( )	( )
6.	Şu anda hiç keyfim yok.	( )	( )	( )	( )
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	( )	( )	( )	( )
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
9.	Şu anda kaygılıyım.	( )	( )	( )	( )
10.	Kendimi rahat hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
11.	Kendime güvenim var.	( )	( )	( )	( )
12.	Şu anda asabım bozuk.	( )	( )	( )	( )
13.	Çok sinirliyim.	( )	( )	( )	( )
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
16.	Şu anda halimden memnunum.	( )	( )	( )	( )
17.	Şu anda endişeliyim.	( )	( )	( )	( )
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	( )	( )	( )	( )
19.	Şu anda sevinçliyim.	( )	( )	( )	( )
20.	Şu anda keyfim yerinde.	( )	( )	( )	( )

	<b>UU-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU FORMU</b>		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa : 1 / 3
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

Hasta Adı/Soyadı: .....  
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): ..... / ..... / .....  
Protokol No: .....

Tarih:


**Açıklama:** Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son 1 hafta içindeki (şu an dâhil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulunuz ve işaretleyiniz.

1. ( a ) Kendimi üzgün hissetmiyorum,  
( b ) Kendimi üzgün hissediyorum,  
( c ) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum,  
( d ) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. ( a ) Gelecekte umutsuz değilim.  
( b ) Gelecek konusunda umutsuzum.  
( c ) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
( d ) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. ( a ) Kendimi başarısız görmüyorum,  
( b ) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır,  
( c ) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığım olduğunu görüyorum,  
( d ) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. ( a ) Her şeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum),  
( b ) Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum,  
( c ) Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum,  
( d ) Beni doyan hiçbir şey yok, her şey çok sıkıcı.
5. ( a ) Kendimi suçlu hissetmiyorum,  
( b ) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim olur,  
( c ) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum,  
( d ) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. ( a ) Cezalandırılmıyordum gibi duygular içinde değilim,  
( b ) Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular yaşıyorum,  
( c ) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum,  
( d ) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
7. ( a ) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım,  
( b ) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım,  
( c ) Kendimden hiç hoşlanmıyorum,  
( d ) Kendimden nefret ediyorum.
8. ( a ) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum,  
( b ) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum,  
( c ) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum,  
( d ) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.  
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.




	<b>UU-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI</b> <b>BECK DEPRESYON ENVANTERİ</b> <b>SORU FORMU</b>		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10 Rev. No : 00	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011 Rev.Tarihi :	Sayfa 2 / 3

9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
(b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmamam,  
(c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterim,  
(d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum,  
(b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum,  
(c) Şimdilerde her an ağlıyorum,  
(d) Eskiden ağlayabilirdim, şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. (a) Eskisine göre daha sinirli ve tedirgin sayılmam,  
(b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim,  
(c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim,  
(d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim,  
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim,  
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim,  
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum,  
(b) Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum,  
(c) Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum,  
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum,  
(b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum,  
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum,  
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum,  
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum,  
(c) Ne iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum,  
(d) Hiç çalışmıyorum.
16. (a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum,  
(b) Şimdilerde eskisi kadar rahat ve kolay uyuyamıyorum,  
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum,  
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum,  
(b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum,  
(c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum,  
(d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil,  
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil,  
(c) Şimdilerde iştahım epey kötü,  
(d) Artık hiç iştahım yok.



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.  
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



	<b>UU-SK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BECK DEPRESYON ENVANTERİ SORU FORMU</b>		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-10	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa 3 / 3
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.  
(b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.  
(c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.  
(d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.  
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.  
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor,  
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka bir şey düşünmüyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.  
(b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum,  
(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.  
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.



Bu doküman Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir.  
Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.



**SOSYAL UYUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

Ad, Soyad:

Tarih: / /

Yaş:

Cinsiyet:

Aşağıdaki soruları şu anki fikrinize göre cevaplamanız istenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız ve her soru için bir cevabı işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

- Bir işiniz var mı? Evet Hayır  
Cevabınız Evet ise:
1. İşinize ilginiz nasıl?  
( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç yok  
Cevabınız Hayır ise:
2. Ev işlerine ilginiz nasıl?  
( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç yok
3. İşinizi ya da ev işlerini yaparken:  
( ) Çok zevk alıyorum ( ) Orta düzeyde zevk alıyorum  
( ) Az zevk alıyorum ( ) Hiç zevk almıyorum
4. Hobi ya da boş zaman etkinliklerine ilginiz var mı?  
( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç yok
5. Boş zamanlarınızın niteliği nasıl?  
( ) Çok iyi ( ) İyi  
( ) Fena değil ( ) Tatmin edici değil
6. Aile fertlerinizle (eş, çocuklar, ebeveyn vb.) ne sıklıkla temas kurmaya çalışırsınız?  
( ) Çok sık ( ) Sık  
( ) Nadiren ( ) Hiç
7. Aile içi ilişkilerinizin durumu nasıl?  
( ) Çok iyi ( ) İyi  
( ) Fena değil ( ) Tatmin edici değil
8. Ailenizin dışında sosyal ilişkileriniz var mı?  
( ) Birçok insanla var ( ) Birkaç insanla var  
( ) Pek az insanla var ( ) Hiç kimseyle yok

9. Başkalarıyla ilişki kurmaya ne kadar gayret edersiniz?  
( ) Çok gayret ederim ( ) Gayret ederim  
( ) Orta derecede gayret ederim ( ) Gayret etmem
10. Başkalarıyla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?  
( ) Çok iyi ( ) İyi  
( ) Fena değil ( ) Tatmin edici değil
11. Başkalarıyla ilişkinize ne kadar değer verirsiniz?  
( ) Çok değer veririm ( ) Değer veririm  
( ) Çok az değer veririm ( ) Hiç değer vermem
12. Sosyal çevrenizdeki insanlar sizinle ne sıklıkla temas kurmaya çalışırlar?  
( ) Çok sık ( ) Sık  
( ) Nadiren ( ) Hiç
13. Sosyal kurallara, iyi davranışlara, nezakete vb. dikkat eder misiniz?  
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla  
( ) Nadiren ( ) Hiç
14. Sosyal hayatın (cemiyet, toplantı ve benzerleri) ne ölçüde içindedesiniz?  
( ) Tamamen ( ) Orta derecede  
( ) Az ( ) Hiç
15. Çeşitli şeyleri, durumları ve insanları daha iyi anlamak için bilgi edinmekten ne kadar hoşlanırsınız?  
( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç
16. Bilimsel, teknik ya da kültürel bilgiye ne kadar ilgi duyarsınız?  
( ) Çok ( ) Orta ( ) Az ( ) Hiç
17. İnsanlara fikirlerinizi ifade etmekte ne sıklıkla güçlük çekersiniz?  
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Hiçbir zaman
18. Kendinizi çevrenizden ne sıklıkla reddedilmiş, dışlanmış hissedersiniz?  
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Hiçbir zaman
19. Fiziksel görünümünüzü ne kadar önemsersiniz?  
( ) Çok ( ) Orta ( ) Pek değil ( ) Hiç
20. Geçim kaynaklarınızı ve gelirinizi idare etmekte ne kadar zorluk çekersiniz?  
( ) Her zaman ( ) Sıklıkla ( ) Bazen ( ) Hiçbir zaman
21. Çevrenizi kendi istek ve ihtiyaçlarınıza göre düzenleyebileceğinizi hisseder misiniz?  
( ) Fazlasıyla ( ) Orta ( ) Pek değil ( ) Hiç

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşan, yetişmemde büyük emeği geçen başta İç Hastalıkları AD Başkanı Sayın Prof. Dr. Rıdvan ALİ olmak üzere tüm İç Hastalıkları AD öğretim üyelerine, ayrıca Kardiyoloji AD, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD, Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları AD, Radyoloji AD, Acil Tıp AD öğretim üyelerine,

Asistanlığım süresince ve aynı zamanda araştırmamın gerçekleşmesinde de her türlü desteğini esirgemeyen, mesleki bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Mahmut YAVUZ'a ve tezimin oluşum aşamasındaki önemli katkıları için değerli hocam Prof. Dr. Selçuk KIRLI'ya

Asistanlığım süresince her zaman birbirimize destek olduğumuz sevgili asistan arkadaşlarıma ve uzman olup giden çok değerli arkadaşlarıma,

Çalışma hayatına ilk adım attığımız yer olan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bizleri sevecenlikle karşılayan ve desteklerini esirgemeyen başta Müberra RODOPLU olmak üzere tüm tıp fakültesi personel bürosu çalışanlarına,

Bana vakit ayırarak çalışmama katılan geleceğin hekimleri, sevgili intörn arkadaşlara,

Hayatımın her aşamasında daima yanımda olan, varlıklarını her zaman yanımda hissettiğim ve minnettar olduğum sevgili anneme, babama ve ablalarıma,

Sevgi, sabır ve hoşgörüsüyle her daim bana destek olan sevgili eşime

Çok teşekkür ederim.

## ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Konya' da doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Mersin' de tamamladım. 2002 yılında başladığım Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2009 yılında mezun oldum. 2009 yılında mecburi hizmet yükümlüsü olarak Şanlıurfa Hilvan Devlet Hastanesinde Acil hekimi olarak 10 ay görev yaptım, 2010 yılı Nisan ayında tıpta uzmanlık sınavını (TUS) kazandım ve 15 Temmuz 2010' da Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladım.