T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ BİLİM DALI

HEMODİYALİZ HASTALARINDA DEPRESYONA BİLİŞSEL YAKLAŞIM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Süel KORAP

T 4213

Danışman : Prof. Dr. Güler BAHADIR

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İstanbul - 2000

Sevgili Babama,

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ III

ÖZET IV

ABSTRACT VI

KISALTMALARIN LİSTESİ VIII

TABLOLARIN LİSTESİ IX

GRAFİKLERİN LİSTESİ X

I. GİRİŞ 1

II. ÖN BİLGİLER 5

A. Hemodiyaliz 5

a. Böbrek fonksiyonları ve son dönem böbrek hastalığı 5

b. Diyaliz tedavisi 6

c. Hemodiyaliz hastalarında görülen psikososyal sorunlar 8

B. Depresyon 12

a. Depresyonun tanımı ve belirtileri 12

b. Hemodiyaliz hastalarında görülen depresyon 20

C. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete ve umutsuzluk 27

III. PROBLEM ve HİPOTEZLER 31

IV. YÖNTEM ve ARAÇLAR 34

A. Araştırma Grupları 34

B. Araçlar 35

C. İşlem 43

D. İstatistiksel Yöntemler 43

V. BULGULAR 44

VI. TARTIŞMA 60

VII. KAYNAKÇA 67

VIII. EKLER 73

EK A : Hasta Görüşme Çizelgesi 74

EK B : Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 75

EK C : Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) 77

EK D : Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) 78

EK E : Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) 79

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında bana yol gösteren, değerli katkılarını ve desteğini esirgemeyen, her konuda bilgi ve deneyimini paylaşan, sevgili hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Güler Bahadır'a,

İ.Ü. Psikoloji Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. İ. Alev Arık'a, Psikoloji Bölümünün değerli öğretim üyelerine ve ilkokuldan başlayarak öğrenim yaşantım süresince emeği geçmiş tüm hocalarıma,

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde deneklere ulaşmam konusunda bana yardımcı olan Sayın Uzm. Dr. Abdullah Özgözükara'ya, Özgözükara Diyaliz Merkezi çalışanlarına ve çalışmama katılan tüm hastalara,

Tüm yaşantım boyunca, sevgi ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili anneme ve babama,

Her zaman yanımda olan, dostluklarından kıvanç duyduğum tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

HEMODİYALİZ HASTALARINDA DEPRESYONA BİLİŞSEL YAKLAŞIM

Bu çalışmada, hemodiyaliz hastalarında görülen depresyonun bilişsel kuram açısından incelenmesi amaçlanmıştır. Bu temel amacın dışında, üç yan amaç daha vardır: (1) Hemodiyaliz tedavisi gören depresif grubun Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak belirti dağılımını belirlemek, BDÖ ile Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) arasındaki ilişkiyi incelemek. (2) Hemodiyaliz tedavisi gördüğü halde depresif olmayan grubun Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılarak belirti dağılımını belirlemek, BDÖ ile ODÖ, BUÖ ve SKE arasındaki ilişkiyi incelemek. (3) Depresif ve non-depresif grubu BDÖ, ODÖ, BUÖ ve SKE puanları açısından karşılaştırmak.

Bu araştırma, depresif olan hemodiyaliz hastalarında, depresif olmayan hemodiyaliz hastalarına kıyasla, depresyon ile kendine ve geleceğine yönelik bilişsel çarpıtmalar arasında doğru orantılı bir ilişkinin olduğu genel hipotezi üzerine kurulmuştur.

İşlemsel hipotezler ise şöyledir :

1- Depresif grubun Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) puanı, non-depresif grubun puanından daha yüksektir.

2- Depresif grubun Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) puanı, non-depresif grubun puanından daha yüksektir.

3- Depresif grubun Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) puanı, non-depresif grubun puanından daha yüksektir.

4- Depresif grubun, BDÖ puanı arttıkça, ODÖ, BUÖ ve SKE'inden aldığı puanlar da artacaktır.

5- Depresif ve non-depresif grupların, BDÖ 21 belirti kategorisine göre belirti dağılımı farklıdır.

Bu araştırma hemodiyaliz tedavisi gören depresif ve non-depresif grup olarak isimlendirilen iki araştırma grubu ile gerçekleştirilmiştir. Her bir grup için 30 kişi olmak üzere toplam 60 kişi çalışmaya alınmıştır.

Her iki gruba da, BDÖ, ODÖ, BUÖ, SKE ve hasta görüşme çizelgesi uygulanmıştır.

Verilerin istatistiksel analizleri depresif hemodiyaliz hastaları grubunun, non-depresif hemodiyaliz hastaları grubuna göre, kendine ve geleceğine yönelik bilişsel çarpıtmaları olduğu şeklindeki genel hipotezi doğrulamaktadır. Tüm işlemsel hipotezlerimiz de doğrulanmıştır. Depresyonun belirtileri açısından, her iki grup arasında anlamlı farklar olduğu görülmüştür.

ABSTRACT

COGNITIVE APPROACH TO DEPRESSION IN HEMODIALYSIS PATIENTS

This study aims to examine the depression in hemodialysis patients from the perspective of the cognitive theory. Apart from this main aim, there were three more aims of the study : (1) The first aim was to determine the symptom distribution of the depressive hemodialysis patients group using the Beck Depression Inventory (BDI), to examine the relation of BDI with the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ), the Beck Hopelessness Scale (BHS) and the Trait Anxiety Inventory (TAI). (2) The second aim was to determine the symptom distribution of the non-depressive hemodialysis patients group using the BDI, to examine the relation of BDI with the ATQ, the BHS and the TAI. (3) The third aim was to compare the depressive and the non-depressive groups in terms of the BDI, ATQ, BHS and TAI scores.

The general hypothesis of the investigation was that "there should be positive relationship between depression and cognitive distortions to themselves and the future in depressive hemodialysis patients according to non-depressive hemodialysis patients".

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

The operational hypotheses were as follows :

1- The ATQ scores obtained from the depressive group will be higher than the non-depressive group.

2- The BHS scores obtained from the depressive group will be higher than the non-depressive group.

3- The TAI scores obtained from the depressive group will be higher than the non-depressive group.

4- As the BDI score of the depressive group increases, the ATQ, the BHS and the TAI scores will also increase.

5- There should be a difference between the depressive and the non-depressive groups in the 21 diagnostic categories of BDI.

There were two groups in the study ; a depressive hemodialysis patients group and a non-depressive hemodialysis patients group. 60 subjects participated in the study, there were 30 subjects in each group.

The BDI, ATQ, BHS, TAI and a semi-constructed patient interview were applied all two groups.

The results of the study support the general hypothesis that the depressive hemodialysis patients group has the cognitive distortions to themselves and the future according to non-depressive hemodialysis patients group. The result also supports all the operational hypotheses. It is observed that there are some differences between the two groups in terms of the symptoms of depression.

KISALTMALARIN LİSTESİ

SDBH: Son Dönem Böbrek Hastalığı

HD: Hemodiyaliz

PD: Periton Diyalizi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

ODÖ: Otomatik Düşünceler Ölçeği

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği

SKE: Sürekli Kaygı Envanteri

TABLOLARIN LİSTESİ

		Sayfa
TABLO 1	: Grupların (depresif ve non-depresif) demografik özellikleri	46
TABLO 2	: Grupların (depresif ve non-depresif) diyaliz seans miktarı	47
TABLO 3	: Grupların (depresif ve non-depresif) diyaliz süreleri	47
TABLO 4	: Grupların BDÖ, ODÖ, BUÖ ve SKE'de aldıkları puanların dağılımı, ortalaması (M) ve standart sapması (SD)	49
TABLO 5	: Depresif grubun depresyon düzeyine göre dağılımı	50
TABLO 6	: Depresif grubun BDÖ'deki depresyon belirtileri	51
TABLO 7	: Non-depresif grubun BDÖ'deki depresyon belirtileri	52
TABLO 8	: Gruplar arası BDÖ belirti kategorilerinin karşılaştırılması	53
TABLO 9	: Non-depresif grubun tüm testler için korelasyon analizi	54
TABLO 10	: Depresif grubun tüm testler için korelasyon analizi	55
TABLO 11	: BUÖ ile BDÖ'nün B (Karamsarlık) belirti kategorisi ilişkisi	55

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

GRAFİKLERİN LİSTESİ

	Sayfa
GRAFİK 1 : Grupların (depresif ve non-depresif) cinsiyet dağılımı	56
GRAFİK 2 : Grupların (depresif ve non-depresif) medeni durumu	56
GRAFİK 3 : Grupların (depresif ve non-depresif) öğrenim durumu	57
GRAFİK 4 : Grupların (depresif ve non-depresif) meslek dağılımı	57
GRAFİK 5 : Grupların (depresif ve non-depresif) diyaliz seans miktarı	58
GRAFİK 6 : Grupların (depresif ve non-depresif) diyaliz süreleri	58
GRAFİK 7 : Grupların (depresif ve non-depresif) BDÖ, ODÖ, BUÖ ve SKE değerleri	59

I - GİRİŞ

Fiziksel ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişki çok eski tarihlere dayanır. Antik çağlarda bu ilişki tanrılar ya da şeytani ruhlara dayandırılırken, Hipokrat'la birlikte bu görüş yerini, fizyoloji, psikoloji ve anatomiyi bütünleyen bir yaklaşıma bırakmıştır. Hastalıklara, hastanın bedeni, ruhsal durumu ve çevresi arasındaki dengesizliklerin yol açtığına işaret edilmiştir. Daha sonraları, doğa bilimlerindeki gelişmelerle birlikte, ruh ve beden birlikteliği gündeme gelmiştir. İlerleyen yıllarda, psikoanalitik yaklaşımlar, bazı tıbbi hastalıklarda psikodinamik çatışmaların da önemli rolü olduğunu vurgulamıştır. Öte yandan, çeşitli araştırmalarla, belirli tıbbi hastalıkların belirli davranış kalıpları ve alışkanlıklarla ilişkisi saptanmıştır. Friedman ve Rosenmar'ın yaptığı bir çalışmada kroner hastalığa yatkınlık ve A tipi kişilik arasında bir ilişki gözlenmiştir. Aynı şekilde kanser gelişimi ile de belirli kişilik tipleri arasında ilişki olduğu çeşitli çalışmalarla ifade edilmiştir (Özkan, 1993).

Hastalık kişinin homeostatik dengesini sarsarak, birtakım emosyonel tepkilere neden olur. Hastalığı tanımlamak gerekirse, iki açıdan bakmak gerekir. Hastalık, öncelikle tıbbi açıdan fizyopatolojik-organik süreçleri içerirken; hasta için ise biyolojik, sosyal, ruhsal, çevresel, psikososyal, psikoseksüel süreçleri kapsayan çok yönlü bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Hasta, ayrılık endişesi, gelecek endişesi, ölüm korkusu, bağımsızlığını kaybedeceği korkusu, vücut, organ ve bölümlerinin zedeleneceği kaygısı, pişmanlık-suçluluk duygusu yaşar. Ve tüm bunlar, duygu

durumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, vücut imajını, sosyal çevresini etkiler. Hasta, hastalığıyla ilgili çeşitli zorlanmalar yaşarken, özgüveninde azalma da hisseder. Hastalık davranışı, fiziksel hastalığa karşı geliştirilen davranışsal-emosyonel tepkilerden oluşur ve hastalığa ve hastaya göre değişir. Hastanın hastalığını nasıl algıladığı, değerlendirdiği, belirtilere karşı ortaya koyduğu ya da koymadığı davranış ve tutumlar hastalık davranışını belirler. Bu nedenledir ki, hastalık davranışı değerlendirilirken, hastayı bir bütün olarak algılamak ve özellikle bu etkenleri dikkate almak önemlidir. Fiziksel hastalıkla ortaya çıkan psikolojik tepkilerde; fiziksel hastalığın özelliklerinde, hastanın bireysel özelliklerinde ve psiko-sosyal çevresinde farklılıklar vardır. Bu üç alan arasındaki etkileşim emosyonel tepkiyi belirler.

Psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasında en önemli faktör kuşkusuz kronik hastalığın kendisidir. Ancak eğer bunlar tedavi edilmezlerse, fiziksel hastalığın morbiditesini ve mortalitesini olumsuz etkiler.

Akut gelişen hastalıklar gibi kronik seyirli hastalıklar da hastalarda ve ailesinde çeşitli psikososyal sorunlar yaratabilir. Çünkü kronik hastalıklar hem hastanın kendisinde, hem de çevresindekilerde önemli değişikliklerin meydana gelmesine neden olmaktadır. Hastalık hastanın maddi ve manevi gücünde çeşitli yitimler yaratır. Hasta, hastalık nedeniyle meslek yaşantısında, cinsel etkinliklerinde, sosyal ilişkilerinde, amaçlarında, günlük yaşantısında birçok değişim yapmak zorunda kalır. İster akut, ister kronik bir hastalık olsun, anksiyete, öfke, depresyon, bağımlılık gibi psikolojik tepkiler ortaya çıkmaktadır.

Kronik böbrek hastalığı da organik, mental ve psikososyal ciddi sorunların ortaya çıktığı bir tablodur. Gerek kronik hastalığın kendisi, gerekse diyaliz makinesine ve tedavi ekibine bağımlı olma zorunluluğu, birçok psikiyatrik ve psikososyal sorunlar yaratmaktadır. Bunların başında depresyon, anksiyete bozuklukları, uyum güçlükleri, organik beyin sendromları, cinsel sorunlar gelmektedir (Laudin, 1998). Özellikle depresyon gerek immün sistem işlevlerini olumsuz yönde etkilemesi ile gerekse hastada ortaya çıkan geri çekilme, izolasyon ve mücadele etme isteğinin azalması ile kronik hastalığın seyrini olumsuz etkiler. Üzüntü, elem, zevk duygusunun azalması, uyku bozuklukları, sosyal geri çekilme, çevreye ilginin azalması gibi reaksiyonlar tedavi sürecini bozar. Yine bu hastalarda ölüm konusunda anksiyete sık görülmektedir. Ayrıca makinaya bağımlı yaşamak, otonominin sınırlanması, fiziksel durum, iş, aile düzenlerindeki bozulmalar da bu kaygıyı arttırır. Diğer yandan bu hastaların yaşantıları da her diyaliz seansında döngüsel olarak değişmektedir. Diyalizden önce üremiye (kanda aşırı üre bulunması) bağlı belirtiler, diyalizden sonra ise disequilibrum sendromu (dengesizlik sendromu) belirtileri ortaya çıkmaktadır. Son dönem böbrek hastalarında cinsel işlev bozukluklarına ve işine dönememe gibi psikososyal sorunlara da sık rastlanmaktadır. Uzun süre diyaliz tedavisi gören bazı hastalarda diyaliz demansı gelişebilmektedir. Diyaliz hastalarında tedavi rejimine uyumsuzluk sık rastlanılan bir davranış bozukluğudur. Bunlar tedaviye katılma, diyet-sıvı kısıtlaması ve ilaç uyumsuzluğu olduğu kadar diğer gerekli medikal tanı ve tedavi yöntemlerine uyumsuzluktur. Tedaviye uyumsuzlukta en sık kabul edilen faktörler; yaşanan öfke ve depresyon, yaşamın kontrolünü sürdürmeye dair duyulan şiddetli istek, hastalığa duyduğu kişisel hoşnutsuzluğu inkar etme, diyaliz personeline duyduğu öfkeyi indirekt yansıtmadır. Uzun süreli tedavi gerektirme, makinaya bağımlı olma, sıklıkla ortaya

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

çıkan fiziksel sorunlar, bu hastalarda görülen psikososyal komplikasyonların başlıca nedenleridir.

Diyaliz hastası, sağlığını, otonomisini, gücünü, çalışabilme yetisini kaybedeceği endişesini yaşar. Tüm bunlar birer kayıp olarak algılanır ve depresyon gelişimine neden olur. Depresif birey de, kendine, çevresine ve geleceğine yönelik olumsuz düşünceler geliştirir. Bu görüşten yola çıkarak, bu araştırmada, depresif diyaliz hastalarıyla, depresif olmayan diyaliz hastaları arasındaki farklar incelenmiştir. Fiziksel hastalığa bağlı gözlenen depresyonda, hastanın anksiyetesinin yüksek olduğu, hastanın kendisine ve geleceğe yönelik olumsuz düşüncelere yöneldiği görülmüştür.

II-ÖN BİLGİLER

A- Hemodiyaliz

a-Böbrek fonksiyonları ve son dönem böbrek hastalığı (SDBH)

Böbrekler insan vücudunda, normalde arkada son kaburga kemiğinin alt kısmında (retroperitoneal bölge), bel kemiğinin her iki yanında yerleşmiş fasulye şeklinde organlardır. Her böbrek, yaklaşık bir milyon tane nefron adı verilen süzgeç (filtre) içerir. Her bir nefron glomerul ve tubulustan oluşmuştur. Glomerula gelen kan süzülür, temiz kan vücuda gider, süzülen zararlı maddeler tubulus yolu ile böbreğin havuzcuğuna, oradan da mesane yolu ile dışarıya atılır (Akpolat ve Utaş, 1997).

Böbrek fonksiyonlarını beş grupta toplayabiliriz : 1- Üre ve kreatinin gibi yıkım ürünleri ile sodyum, potasyum, fosfor gibi minerallerin ve suyun fazla miktarının idrar adı verilen sıvı ile dışarıya atılmasını sağlar. 2- Vücutta dengeli bir şekilde bulunması gereken glikoz, protein, aminoasitler, mineral ve suyun ideal dengeler halinde vücutta tutulmasını sağlar. 3- Vücuttaki sodyum ve su miktarını kontrol ederek ve renin adı verilen bir hormonu yaparak kan basıncını düzenler. 4- Vücuda giren D vitaminini aktif hale döndürerek, kandaki kalsiyum seviyesini düzenler ve sağlıklı kemik dokusu oluşmasına yardım eder. 5- Böbrekler eritropoetin adı verilen başka bir hormon yaparak kemik iliğini uyarır ve kanın kırmızı hücrelerinin yapımını sağlar (Akpolat ve Utaş, 1997).

Böbrek yetmezliğinde, böbreğin bu temel fonksiyonlarında bozulmalar olur. Böbrek yetmezliği terimi, böbrek fonksiyonlarının çok ciddi derecede bozulduğu, vücuttaki atık maddelerin yeteri kadar temizlenemediği ve kanda birikmeye başladığı dönem için kullanılır. Böbrek yetmezliği akut ve kronik olabilir. Akut böbrek yetersizliğinde, sağlıklı böbreği etkileyen ani bir olay söz konusu olup, genellikle tamamen iyileşir. Kronik böbrek yetmezliği ise, uzun bir zaman sürecinde yavaş olarak gelişir ve genellikle iyileşmez. Glomerüler filtrasyon değeri 35-50 ml/dakikanın altına inmedikçe hastalar semptomsuz olabilir. Glomerüler filtrasyon değeri 20-25 ml/dakika olunca hastada halsizlik, kilo kaybı, bulantı, kusma gibi üremik semptomlar ortaya çıkmaya başlar. Bu değer 5-10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliğinden bahsedilir ve hastalar diyaliz, renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar.

b- Diyaliz tedavisi

Diyaliz tedavisine karar verildiğinde genel anlamda iki seçenek söz konusudur; hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD). Diyaliz tedavisi akut veya kronik olarak uygulanabilir. Akut diyalizde hemodiyaliz, periton diyalizi veya yavaş-sürekli yöntemler kullanılabilirken, kronik diyaliz tedavisinde ise hemodiyaliz veya periton diyalizi uygulanabilir.

En yaygın kronik periton diyalizi yöntemi "sürekli ayaktan periton diyalizidir" (SAPD). Sürekli ayaktan periton diyalizi, periton boşluğuna doldurulan diyalizatın bir kaç saatlik bir dengeleme süresinden sonra, yenisiyle değiştirildiği bir yöntemdir. Genellikle günde dört kez yapılan işlem, hasta tarafından ve hastane dışında

gerçekleştirildiği için, SAPD tedavisinin başarısı eğitimi de içeren alt yapının yeterliliğine bağlıdır. Sürekli periton diyalizi, SAPD dışında da değişik şekillerde uygulanabilir. Örneğin ; Sürekli devirli PD (Continuous cyclic peritoneal dialysis, CCPD), Aralıklı PD (Intermittant peritoneal dialysis, IPD).

Hemodiyaliz ise belirli merkezlerde uygulanabilir. Kronik hemodiyaliz tedavisi hastanın kalan böbrek fonksiyonlarına ve diyetle aldığı protein miktarına bağlı olmak üzere haftada 1-3 kez 3-6 saat süre ile uygulanır. Yetersiz diyaliz bu hastalarda morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir nedendir.

Hemodiyaliz ; hastadan alınan kanın bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile sıvı-solüt (eriyen madde) içeriğinin yeniden düzenlenmesidir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı ve bir membran ile makine kullanılmalıdır.

Hemodiyaliz, kanın yapay bir böbrekle temizlenmesidir. Bu yapay böbrek şekil olarak farklı olabilir fakat çalışma sistemi aynıdır. Yapay böbrek bir kan ünitesi ile bir sıvı ünitesinden ibarettir. Yıkım ürünleri ; kan hücreleri ve proteinlere göre çok küçük molekül yapısında olduğu için zardan öbür tarafa kolayca geçerler. Burada diffüzyon ve osmos olayları vardır. Diffüzyon, moleküllerin solüsyon içinde düzenli dağılmasını tanımlar. Yapay böbrekte kan, üzerinde por adı verilen küçük mikroskopik delikler içeren yarı geçirgen (semipermeabl) bir zar içinden akar, bu zarın dışından da diyaliz solüsyonu akar (Bakioğlu, 1995).

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Anlaşıldığı üzere, her iki yöntem de hastayı makineye ve tedavi ekibine bağımlı kılmakla beraber, periton diyalizi ile hasta otonomi ve kendine bakabilme duygusunu daha fazla yaşar. Diyet kısıtlaması da daha azdır. Her iki uygulama arasında seçim yapmak söz konusu ise, tıbbi endikasyonlar buna izin veriyorsa, hastaların kişilik yapısı ve ev düzeni dikkate alınmalıdır. Bağımsız olma gereksinimi fazla olan kişiler periton diyalizini tercih ederler.

c- Hemodiyaliz hastalarında görülen psikososyal sorunlar

Diyaliz hastalarında, hastalığın evresi, süresi, tedavi şekli ve seyri yanında ; psikososyal faktörlerle de bağlantılı ortaya çıkabilecek psikiyatrik komplikasyonlar şöyle gruplandırılır :

1-Uyum güçlüğü ve davranışsal reaksiyonlar : Diyaliz uygulamasının en temel gerçeği, temelde kronik bir hastalık olması ve yaşamını sürdürebilmek için bir makinaya bağımlı olma zorunluluğudur. Diğer birçok kronik hastalıkla kıyaslarsak, çoğunda ve hatta terminal hastalarda dahi ara ve tatil dönemleri vardır. Oysa diyaliz hastaları için böyle bir şey söz konusu değildir. Hastaların diyalize uyum süreci dört aşamada değerlendirilmiştir. İlk dönem, diyalize başlamadan önceki, çoğunlukla hastalığın fizyolojik ve ruhsal komplikasyonlarının gözlendiği, yorgunluk, halsizlik, zihinsel çökkünlüğün yaşandığı dönemdir. Yaşamın tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. İkinci dönemde, diyaliz uygulamasına başladıktan sonra, apati azalır, ölümden geri dönme duygu ve düşüncesi gelişir. Bu döneme sıklıkla öfori eşlik eder. Üçüncü dönem ise, diyaliz uygulamasına başladıktan yaklaşık 3-4 hafta sonra, başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı ancak bununla birlikte makinaya bağımlı olmakla

ilgili psikososyal sorunların geliştiği bir dönemdir. Kısıtlamalar, engellenmeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının yaşandığı bu süre yaklaşık 3-12 ay sürebilir. Son dönem yaşam kalitesinin gündeme geldiği aşamadır. Gerçekçi kabullenme sağlanmış, ileriye dönük plan ve beklentiler gelişmiştir (Özkan, 1993).

Tedavi ekibi ile hastanın ilişkileri ve ortam, hastanın uyum ve kaygısında önemli rol oynar. Diyaliz hastalarında belirli bir diyet uygulama zorunluluğu diğer bir engellenme ve zorlanma sebebidir. İnkar, negativizm ve tedaviyi reddetme ya da uyum güçlüğü bu hastalarda sık görülen reaksiyonlardır. Bu reaksiyonlar genellikle hastanın makineye bağlı olma, otonomisini kaybetme gibi nedenlerle yaşadığı kızgınlık, kaygı, isyan, hastalığın kronikleşmesi, şiddeti ve seyri ile ilgili yaşadığı mutsuzluk gibi duygularla ilişkilidir (Özkan, 1993).

Diyaliz uygulaması, hastanın tıbbi, psikolojik durum ve uyumunun yanında tüm yaşantısını etkiler. Birçok hasta işlerine eski yeterlilikle devam edemez. Aile içi yaşantısı ve roller değişir. Aile dinamikleri ve ev içi sosyal ortama ilişkin kültürel tutumlar hastayı ve hastanın ilişki ve beklentilerini etkiler. Eşe ya da bakımı sağlayan kişiye (anne, baba,...) bağımlılık gereksiniminin artması ve hastanın ev içi yeni rollerine uyum güçlüğü yeni sorunlar yaratır.

2- Depresif sendrom :Diyaliz hastalarında, depresif mizaçlı uyum güçlüğü ve majör depresyon akut dönemden sonra görülen en yaygın reaksiyondur. Sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, otonomilerini, çalışabilme yeteneklerini kaybedecekleri endişesi, bir kayıp yaşantısı olarak depresyon gelişimindeki en önemli unsurlardır. Fiziksel durumun kötüleşmesiyle depresyonun şiddeti arasında ilişki vardır.

Psikososyal destek ve güvenceleri yetersiz olan hastalar daha büyük risk altındadır. 1980 yılında Brunner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, diyaliz hastalarında, intihar davranışının, sadece genel nüfustan değil, diğer kronik hastalığı olanlardan da anlamlı ölçüde daha fazla olduğu gözlenmiştir. Gomez'in 1980'de yaptığı diğer bir çalışmada da diyaliz popülasyonunda intihar oranı 195/100.000 olarak bulunurken, normal popülasyonda bu oran 13/100.000 olarak saptanmıştır. Diyete uymama, diyalizi reddetme gibi uyum güçlükleri sıklıkla depresyona bağlı davranışlardır (Özkan, 1993). Diyaliz hastalarında depresyon tanısında özellikle dikkatli olunmalıdır. Çünkü depresyonun vejetatif belirtileri ile üremiden kaynaklanan fizyolojik bulgular (uykusuzluk, iştah kaybı, halsizlik...) karışmaktadır. Bu nedenle, depresyon tanısında somatik işlev bozukluklarından çok affektif, kognitif ve davranışsal bulgular tanıda daha çok yardımcıdır.

3-Anksiyete reaksiyonu : Kronik hastalıkların birçoğunda olduğu gibi, diyaliz hastalarında da kaygı en yaygın yakınmadır. Hastalığın yaşantının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlevinin bozulacağı korkusu, ekonomik yetersizlik bu duyguyu daha da arttırır. Katastrofik kaygı ve panik ile baş edebilme sürecinde kızgınlık ve inkar davranışı görülür. Duygularını ifade edebilen, yeni ilgi ve yaşam alanları yaratabilen hastalarda uyum daha kolaydır (Özkan, 1993).

4-Organik beyin sendromları : Diyaliz hastalarında merkezi sinir sistemini etkileyen çeşitli toksik, metabolik faktörlere bağlı olarak organik beyin sendromları gelişme riski fazladır. Birçok hasta diyaliz günü yaklaştıkça, zihinsel işlevlerinde yavaşlama ve karışıklık geliştiğini, unutkanlık, dikkatini toplayamama ve sinirlilik ortaya çıktığını ifade eder. Diyalizden sonra ise sıvı ve elektrolit dengesindeki ani değişiklikle bağlantılı

olarak, birkaç dakikadan birkaç saate dek sürebilen bir öfori ve uyarılmışlık hali, baş ağrısı, bulantı görülebilir. Diyaliz hastalarında merkezi sinir sistemi bozuklukları daha çabuk ve daha sık gelişir. Diyaliz hastalarında konvülsiyonlar da sık gelişir. Kompleks parsiyel nöbetler en sıktır. Psikotik reaksiyonlardan ayırt edilmelidirler (Özkan, 1993).

Diyaliz hastalarında görülen en ciddi ve fatal (ölümcül) organik ruhsal bozukluk diyaliz ensefalopatisidir. Genellikle uzun süredir (2 yıldan fazla) diyaliz uygulanan hastalarda gelişir. Diyaliz hastalarında dizartri, konuşma güçlüğü, myokloniler (kas kasılmaları), bellek işlevlerinde zayıflama, zihinsel karışıklık, tremor (titreme), istemsiz hareketler, asteriksis (kas seğirmesi), ajitasyon (aşırı huzursuzluk) gibi nöro-psikiyatrik bulgular uyarıcı olmalıdır. Erken müdahale yapılmazsa genellikle fataldir.

Diyaliz hastalarında kronik organik beyin sendromu (demans) gelişimi de bildirilmiştir. Toksik, metabolik faktörlerin merkezi sinir sistemine etkisinin yanında, alüminyum tuzlarının (alüminyum tuzlarının beyinde birikmesi) da demans gelişiminde rolü olduğu belirtilmiştir. Ancak, bu, son yıllarda gelişen diyaliz teknikleriyle önlenebilmektedir.

5- Seksüel sorunlar: Diyaliz hastalarında cinsel işlev bozukluğu yaygındır. Erkek hastalarda bu oran %70 olarak bildirilmiştir (Özkan,1993). Kadınlarda buna yakın oranda orgazm inhibisyonu tanımlanmaktadır (Sofuoğlu, 1997). Endokrin değişiklikler, çeşitli ilaçlar (antihipertansifler), genel fiziksel durum, aile içi sosyal rollerdeki değişmeler, psikososyal faktörler ve depresyon çeşitli oranlarda cinsel işlevleri bozar. Erkek hastalarda empotans yaygındır. Diyaliz hastalarında empotans gelişiminde

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

organik faktörlerin rolü yüksek olmakla birlikte, bu ortaya çıkan cinsel işlev güçlüklerinin şiddet ve yaygınlığını açıklayacak oranda değildir. Cinsel işlev bozukluklarında hastalığa ilişkin organik faktörlerin yanında, hastalığın psikososyal ve psikolojik komlikasyonları da rol oynamaktadır. Psişik sebepler arasında depresyon en başta gelmektedir. Erkek hastalarda iş ve ev dışı rol ve etkinlikte azalma, kadın hastalara kıyasla, daha fazla ölçüde genel bir yetersizlik duygusuna yol açmaktadır. Birçok erkek hastada, cinsel organlarının idrar boşaltma amacını artık yerine getiremiyor olması, cinsel işlevlerine ilişkin de ciddi endişelere sebep olmaktadır. Her iki cinste cinsel dürtü ve uyarılmada azalma ile birlikte cinsel etkinlikte düşme bildirilmiştir (Özkan, 1993).

B- Depresyon

a- Depresyonun tanımı ve belirtileri

Depresyon, bio-psiko-sosyal nedenleri olan bir duygulanım bozukluğudur. İnsanın yaşama zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin yaşandığı, bazen ölüm düşüncesi, intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, libido ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır.

Depresyon, çok eski yıllardan beri yaşanıp ve bilinmesiyle birlikte, önceleri melankoli, daha sonraları da keder, yas kavramları ile açıklanmıştır. M.Ö IV. yüzyılda, Hipokrat (460-377) hastalığı melankoli olarak tanımlamıştır ve bu hastalığa neden olarak da beden salgılarını göstermiştir. Platon (M.Ö 427-342) ruhsal hastalıkların doğa

ve doğaüstü güçlerden kaynaklandığını ileri sürmüş ve melankolinin nedeni olarak doğaüstü güçleri, tanrıları göstermiştir (Köknel, 1989).

M.S 100 yıllarında Celsus, ilk kez bu hastalıkla beyin ve merkezi sinir sistemi arasında yapısal bir yakınlaşma sağlamıştır (Köknel, 1989).

Galen (M.S 129-199) melankolinin ve maninin ortaya çıkmasında hastalığa yatkın kişilik yanında, beynin işlevsel bozukluğunun ve iç salgı bezlerinin rol oynadığını vurgulamıştır (Köknel, 1989).

Platter, on altıncı yüzyılın sonlarında, ruhsal bozuklukların insan beyninden kaynaklandığını ve depresyonun da yanlış zihinsel kavramlara dayanabileceğini ileri sürmüştür. Bu görüş, günümüzdeki bilişsel kuram doğrultusundaki ilk görüşlerden birini temsil etmektedir (Aytar, 1987).

Rönesans'la birlikte, bilimde ve tıpta, dinin ve doğaüstü güçlerin etkileri azalmış, insan daha doğru ve gerçekçi biçimde incelenmiştir.

1896'da Kraepelin, depresyonu bir hastalık olarak tanımlayarak, mani ve melankolinin aynı hastalığın değişik görünümleri olduğunu, aynı kişide birbirini izleyen periyotlarla ortaya çıkabileceğini ileri sürmüş ve bu hastalığa mani-melankoli psikozu (bipolar affektif bozukluk) adını vermiştir (Işık,1991).

1917 yılında, Freud "Yas ve Melankoli" adlı eserinde, depresyonda, sevilen objenin kaybının önemini belirtmiştir (Öztürk, 1994).

Yas ve melankoli arasındaki ilişki, benzerlikler ve farklılıklar Abraham tarafından 1912'de ele alınmıştır (Alper, 1997). Daha sonra, yine Abraham 1924'te depresif kişinin psikoseksüel gelişim dönemlerinden oral dönemde saplandığını bildirmiş ve sevgi nesnesinin yitiminin depresyondaki önemi üzerinde durmuştur (Alçalar, 1999).

1972'de Beck depresyonun bilişsel, emosyonel ve somatik bileşenlerini tarif etmiş ve kuramında (Bilişsel Çarpıtmalar Modeli) depresyondaki birincil bozukluğun bilişsel bozukluk olduğunu, duygulanım bozukluğunun bir sonuç olduğunu savunmuştur (Alçalar, 1999).

1982'de Hamilton depresyonu, yaşamsal (vital) aktivite azalması olarak tanımlamıştır. Hamilton, depresyonun; bilişsel, emosyonel ve fizyolojik işlevlerdeki değişikliklerle kendini ortaya koyduğunu ve en sık görülen belirtisinin de depresif duygu durum, ilgi azalması ve kaygı olduğunu ileri sürmüştür (Aytar,1987).

Depresyon, bütün dünyada yaygın olarak görülen, önemli düzeyde iş-güç ve yeti yitimine yol açan bir halk sağlığı sorunudur. Depresif belirtilerin toplum içindeki nokta prevalansının % 13-20 arasında değiştiği; sanayileşmiş ülkelerde erkekler için % 3, kadınlar için ise % 4-9 nokta prevalans hızları bildirilmektedir. Küey ve Güleç'in, 1993'te yaptığı araştırmada, ülkemizde, toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansının % 10 dolayında olduğu gözlenmiştir (Özmen ve ark., 1997).

Major depresyon kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla görülür. Depresyonun en sık görüldüğü yaş aralığı 18-44'tür. Yaşlılarda disforik duygu durum sık görülmekle birlikte major depresyon tanısı alacak belirtilere az rastlanır. Schwenk ve Coyne 1990'daki çalışmalarında ilk epizodun başlama yaşının 20'li yaşların başlarına kaydığını ortaya koymuştur (Özmen ve ark., 1997).

Beck , depresyon belirtilerini üç ana kategoriye ayırmıştır (Aytar, 1987):

I-Emosyonel Belirtiler

Hastanın duygu ve davranışlarındaki değişmeler emosyonel belirtileri içerir.

1. Kederli duygu durum (dejected mood): Elem doğrultusunda artmış olan duygulanımdır. Karamsarlık, kötümserlik, mutsuzluk, sıkıntı, umutsuzluk, yalnızlık gibi duygulanım durumlarını kapsar.

2. Kendinden hoşnutsuzluk (self-dislike): Depresif hasta, kendinden hoşnutsuzdur. Değersizlik duyguları vardır. Depresyon düzeyi arttıkça, bu duygular kendinden nefret etme duygusuna dönüşebilir.

3. Doyumsuzluk (loss of gratification): Hasta önceden zevk aldığı etkinliklerden zevk almadığını belirtir. Ailesinden, arkadaşlarından, işinden hoşlanmamaya başlar. Özellikle, çaba gerektiren, sorumluluğu fazla ve zorunlu olan işlerde doyumsuzluk daha çok olur.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

4. İlgi azalması (loss of attachments): Kişi başkalarıyla olan emosyonel bağını zayıflatır. Yaşamla bağının kalmadığından yakınır. Orta derecede depresyonda bu durum kayıtsızlıkla (indifference) sonuçlanırken, ciddi depresyonda ilgi azalması duyumsamazlığa (apathy) dönüşebilir.

5. Ağlama nöbetleri (crying spells): Hafif ve orta dereceli depresyonlarda ağlama eğilimi artar. Daha önce ağlamaya yol açmayan durumlar, olaylar, uyaranlar ağlama nöbetlerini başlatabilir. Ciddi depresyonda ise, hastalar daha önce ağlayabildikleri halde artık isteseler de ağlayamadıklarından yakınırlar.

6. Neşesizlik (loss of mirth response): Mizah duygularını yitirdiklerinden yakınırlar. Hafif depresyonda, hasta yapılan şakadan eskisi kadar zevk almadığını ifade ederken, orta derece depresyonda hasta gülümsemeye kendini zorlarken hiç eğlenmez. Ciddi depresyondaki hasta ise, başkalarının yaptığı şakadan hiç zevk almaz ve gülmez.

II- Bilişsel ve Motivasyonel Belirtiler

1. Düşük kendilik değeri (low self- evaluation): Depresyonlu hastalar bedensel, ruhsal, toplumsal becerilerini, yetilerini olduğundan düşük, kötü, olumsuz olarak değerlendirir. Sıklıkla beceriksiz, yetersiz ve zayıf biri olduğu yönünde değerlendirmeler yapar.

2. Olumsuz beklentiler (negative expectations): Geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler sık olur. Depresyonlu hastaların güncel karamsarlıkları, kötümserlikleri geleceğe yönelik olumsuz beklentilere, çıkarımlara yol açar. Hastalar bedensel, ruhsal,

toplumsal tüm güncel belirtilerin, yakınmaların, sorunların gelecekte de süreceğini, hatta daha da kötüye gideceğini düşünürler.

3. Kendini suçlama ve eleştirme (self-blame, self-criticism): Depresyondaki kişi kendini eleştirme ve suçlama eğiliminde olur. Başarısızlıklarına karşı hoşgörüsüzdür. Kendini acımasızca eleştirir. Kendi dışındaki olaylar için de kendini suçlayabilir.

4. Kararsızlık (indecisiveness): Hasta daha önceleri düşünmeksizin karar verdiği durumlarda bile uzun uzun düşünür, başkalarının onayına gereksinim duyar. Daha ciddi depresyonlarda ise, hasta yaptığı ve söylediği her şey hakkında kuşku duyar.

5. Çarpıtılmış beden imgesi (distorted body image): Kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık rastlanır. Hafif ve orta derece depresyonda, hasta, gerçekte dış görünümünde değişiklik olmadığı halde, dış görünümünün bozulduğuna, daha çirkinleştiğine inanır. Ciddi depresyonda ise, hastanın bu düşünceleri saplantı haline dönüşür.

6. Motivasyon azalması (loss of motivation): Depresyonlu hastalarda güdülenme azalmıştır. Bu azalma, depresyonun şiddetine göre, toplumsal güdülerden bedensel, biyolojik, fizyolojik güdülere doğru olur. Hafif depresyonlu kişi iş yapmayı, çalışmayı istemezken, orta derecede depresyonlu hasta günlük görevlerini, işlerini, sorumluluklarını zorlukla yerine getirir. Ciddi depresyonu olan hasta ise, hiçbir şey için istek duymaz. Bazı durumlarda beslenmesi, giyinmesi ve yıkanması bile zorlaşır.

7. İntihar istekleri (suicidal wishes): İntihar isteği depresyonun bir başka önemli belirtisidir. Hafif derece depresyonda ölme isteği, hastanın eyleme geçmeksizin edilgin olarak ölmeyi istemesi ile karakterizedir. Orta derecede depresyonda, intihar istekleri daha sık ve daha zorlayıcıdır. Ciddi depresyonda intihar istekleri daha da yoğunlaşır, ancak hasta retarde olduğundan eyleme geçemez.

III- Fiziksel ve Vejetatif Belirtiler

1. İştahsızlık (loss of appetite): Başlangıçta her zamankinden daha az yemeye başlar. Orta derece depresyonda yeme isteği hemen hemen tümüyle kaybolmaya başlar. Ciddi depresyonda hasta yemek yiyebilmek için kendini zorlar veya başkalarınca zorlandığı halde yiyemez.

Beck'in tanımından farklı olarak DSM-III iştah bozukluğunu, iştahsızlık ve iştahın artması şeklinde iki yönlü olarak artmaktadır.

2. Uyku bozukluğu (sleep disturbance): Hafif depresyondaki hasta, sabahları yarım saat kadar erken uyanmaktan yakınır ve genellikle rahatsız bir uyku uyuduğunu bildirir. Orta derece depresyonda hasta alışılandan bir-iki saat erken uyandığından yakınır. Ciddi depresyonda, hasta genellikle yattıktan dört-beş saat sonra uyanır ve tekrar uyuyamaz. Bazı hastalarda ise, alıştıklarından daha fazla uyumaya başladıklarını ifade ederler.

3. Cinsel dürtü kaybı (loss of libido): Hafif depresyonda genellikle, cinsel istekte ve cinsel uyaranlara tepki vermekte biraz zayıflama görülür. Orta derece

depresyonda, cinsel istekte belirgin bir azalma söz konusudur. Ciddi depresyonda cinsel uyaranlara hiç tepki verilmez.

4. Yorgunluk (fatibility): Hasta alışılagelenden daha çabuk yorulur. Genellikle kendini yorgun hisseder. Sadece fiziksel etkinliklerde değil, zihinsel etkinliklerde de kendini gösterir.

Beck tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre depresyon temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Duygulanım bozukluğu buna ikincildir (Beck ve ark., 1984).

Beck'in depresyon modeline göre, çocukluk çağındaki deneyimler öğrenme yolu ile bazı temel düşünce, varsayım ve inanç sistemlerinin oluşmasına neden olur. Bunlar şema olarak adlandırılır. Bu şemalar yaşamın daha ileri dönemlerinde kişinin kendisi ve çevresine ilişkin algılarını ve davranışlarını biçimlendirir (Alçalar, 1999).

Depresyona yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak, yerleşmiş olan, a)kendisine, b)geleceğe, c)dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Bu olumsuz kavramlar giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür (Beck ve ark., 1984).

İşlevsel olmayan olumsuz düşünceler, hasta önceden planlamadan, düşünmeden çabuk ve otomatik olarak ortaya çıkarlar. Hasta tarafından da doğru olarak kabul edilirler. Hastanın kendini, çevresini ve geleceğini olumsuz olarak algılamasında

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

önemli etkenlerden biri de bilgi işlemede yapılan sistematik hatalardır (Savaşır ve ark., 1998).

b- Hemodiyaliz hastalarında görülen depresyon

Bedensel hastalığı olanlarda da depresyon gerek belirti, gerek sendrom düzeyinde oldukça sık görülmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda ayaktan başvuran tıbbi hastalarda depresyon belirtilerinin görülme sıklığının % 12-36 arasında değiştiği; hastanede yatarak tedavi gören tıbbi hastalarda ise depresyon belirtilerinin sıklığının % 33, depresif sendrom görülme sıklığının % 11-26 arasında değiştiği bildirilmektedir (Özmen ve ark., 1997).

Ülkemizde, 1993 yılında Özmen ve Aydemir tarafından yapılan çalışmalarda, iç hastalıkları servislerinde yatarak tedavi gören hastalarda depresif bozukluk ve depresif mizaçla birlikte uyum bozukluğu görülme oranının % 19 olduğu; diğer bazı çalışmalarda da epilepsi, migren, Parkinson hastalığı, felç, multipl skleroz, *kronik böbrek hastalığı* ve diyabet gibi hastalıklarda depresyonun kontrol grubuna göre daha yüksek oranda bulunduğu bildirilmektedir (Özmen ve ark., 1997).

Depresyon, fiziksel hastalığı olan hastalarda en yaygın görülen psikiyatrik bozukluktur. Fiziksel hastalığı olanlarda depresyon genel olarak üç şekilde, ki bazen bunlar içiçe girmiş olabilir, ortaya çıkabilmektedir: (1) Fiziksel hastalığa ve onun gerçek ya da potansiyel sonuçlarına psikolojik tepki olarak, (2) Fiziksel hastalığın fizyolojik olarak beyni etkilemesi sonucunda, (3) Kullanılan ilaçların beyni etkilemesi sonucunda.

Fiziksel hastalık, özellikle kronik ve ciddi bir hastalıksa, elem, sıkıntı ve keyifsizlik duygularına neden olur. Zamanla bu duygular artar ve major depresyon tanısına kadar gidebilir.

1994 yılında yapılan bir çalışmada, kronik ağrıda depresyon ve kognitif çarpıtmalar incelenmiş ve depresif, kronik ağrılı hastalarda ve depresif, ağrısız hastalarda; depresif olmayan ağrı hastaları ve normal kontrollere kıyasla kognitif çarpıtmalara daha fazla rastlanmıştır (Smith ve ark., 1994).

Kronik böbrek hastalığı nedeniyle hemodiyaliz programına alınan hastalarda, organik rahatsızlıklara pek çok ruhsal ve sosyal sorunların da eşlik ettiği görülmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda, buna neden olan bazı sorun alanları saptanmıştır:

- Hastanın haftanın 1 ila 3 günü ve ortalama 3-6 saat süren diyaliz seanslarıyla diyaliz makinasına, sağlık ekibine ve ailesine bağımlı hale gelmesi,
- Hastanın çevresinde sık yaşanan ölümler ve buna bağlı olarak ölüm korkusunun sürekli yaşanması,
- Diyalize bağlı olarak, fiziksel durumunda görülen sık döngülü değişimlerin olması (bulantı, yorgunluk, uyku hali, dikkat azalması, baş ağrısı, kas krampları,...),
- Uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulması,
- Diğer fiziksel hastalıkların da eklenebilmesi ve buna bağlı sorunlar,
- İş veriminin düşmesi, sosyal yaşantının fakirleşmesi,
- Sıvı ve gıda alımında getirilen kısıtlamaları uygulayabilme güçlüğü.

İşte tüm bu etmenlerin etkisi altında kalan hastalarda, depresif mizaçlı uyum güçlüğü ve major depresyon akut dönemden sonra görülen en yaygın reaksiyondur. Sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, otonomilerini, çalışabilme yeteneklerini kaybedecekleri endişesi, bir kayıp yaşantısı olarak depresyon gelişmesindeki en önemli unsurdur (Özkan, 1993). Genelde ortaya çıkan belirtileri sürekli depresif mood (duygu durum), benlik değeri düşüklüğü ve ümitsizlik hisleridir. Diyalize giren hasta gruplarıyla yapılan çalışmalar, bu hastalardaki depresyon tanısında özellikle dikkatli olunması gerektiğini ortaya koymuştur. Çünkü depresyonun vejetatif belirtileri ile üremiden kaynaklanan fizyolojik bulgular (uykusuzluk, iştah kaybı, halsizlik,...) karışmaktadır (Cohen-Cole ve Stoudemire, 1987). Bu nedenle, depresyon tanısında somatik işlev bozukluklarından daha çok, affektif, kognitif ve davranışsal bulgular tanıda daha çok yardımcıdır (Sağduyu ve Erten, 1998).

Yine diyalize giren hastalarda, intihar eğiliminin yüksek düzeylerde olduğu bildirilmiştir. İntihar düşünceleri genellikle depresyon şiddeti arttıkça ortaya çıkar. Tollefsan 1993'teki çalışmasında, major depresyonlu hastaların yaklaşık altıda birinde intihar girişimine rastlandığını ortaya koymuştur (Öztürk, 1994). Ilımlı depresyonu olan hastada, yaşamak hasta için bir yük halini alır. Hastalığın şiddeti arttıkça hasta uyuyarak bir daha uyanmamayı, aniden ölmeyi ya da bir trafik kazası sonucu ölmeyi ister. Hastalık ilerledikçe çeşitli biçimlerde hastada yaşamına son verme düşünceleri görülür; bazı hastalarda bu düşünceler özgül planlara ya da eyleme dönüşebilir.

Gomez 1980'de yaptığı araştırmasında diyaliz popülasyonunda intihar oranını 195/100.000 olarak bulurken normal popülasyonda bu oranın aynı yaş grubunda 13/100.000 olduğunu söylemiştir. Ayrıca Brunner ve arkadaşlarının 1980'de yaptığı bir

diğer çalışmada, diyaliz hastalarında intihar riskinin normal popülasyona ve diğer kronik hastalıklar gruplarına göre çok daha yüksek olduğunu belirtilmiştir (Çam, 1991). Bu oranın yüksekliğinin nedeni hastalığın verdiği stresle birlikte, diyaliz hastalarının intihar etmek için ellerinde önemli fırsatlarının olmasıdır. Fistül (diyaliz işlemi sırasında rahat kan akımının sağlanabilmesi için arter ve venin birleştirilmesi) yerini kesebilir, diyetine uymayarak potasyum alımını arttırabilir (kalbin durmasına neden olur) veya diyaliz seanslarına gelmeyebilir.

Kronik böbrek hastalığında, tedavi ve hemodiyalizin kendisine bağlı gelişen stres kaynakları bağımlılık-bağımsızlık çatışmaları, hastalığın kronik olması, gerçekçi olmayan beklentiler ve yaşanan kayıplarla ilişkilidir (Levy, 1981).

Son dönem böbrek hastalığı (SDBH) hastalarında psikopatoloji üzerinde duran tüm sistemli çalışmalar esas olarak depresyon üzerinde odaklanmıştır. İlk araştırmalar diyaliz hastalarında % 0 ile % 100 arasında değişen depresyon oranları bulmuşlardır. Bu uyumsuzluk, depresyon için kullanılan tanım ve ölçütlerin farklılığı ve metodolojik farklılıkla açıklanabilir. Örneğin yapılan bir çalışmada, diyalizdeki SDBH hastalarında depresif hastaların oranı Beck Depresyon Ölçeği ile % 47, Çoklu Duygulanım Sıfatları Taraması ile % 17, DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) ölçütlerine göre de % 5 olarak bulunmuştur (Smith ve ark., 1985).

1977'de Ziarnik ve arkadaşları, bir merkezde hemodiyaliz yapılan 47 hastayı inceleyerek ilk yıl içinde ölenlerin daha uzun yaşayanlara göre depresif olma olasılığının daha fazla olduğunu buldular. Yine yapılan diğer bir çalışmada, 1981'de Numan ve arkadaşları, 0-150 aydan beri diyaliz yapılan 53 hemodiyaliz hastasında

depresif belirtilerin yüksek mortalite ve daha sık hastaneye yatırılmayla ilişkili olduğunu ortaya koydu (Levenson ve Glocheski, 1991).

Yapılan diğer bir çalışmada, 128 kronik diyaliz hastası depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından değerlendirilmiş ve hemen hemen örneklemin yarısı anlamlı seviyelerde depresyon ve anksiyete semptomları gösterirken, daha uzun süredir diyaliz gören hastalarda daha düşük depresyon ve anksiyete seviyeleri saptanmıştır (Kutner ve ark., 1985).

Son dönem böbrek hastalığı olan hastalarda depresyon tanısındaki değişkenliği değerlendirmek için düzenlenen 60 kişilik diğer bir çalışmada, aynı zamanda üç ayrı depresyon değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Sonucunda % 47'si Beck Depresyon Ölçeğine göre depresif olarak sınıflandırılmakla birlikte, ancak % 17'si Multipl Affect Adjective Check List (MAACL)'e göre ve % 5'i de DSM III kriterlerine göre depresif olarak tanımlandı (Smith ve ark., 1985).

Kanada'da yapılan başka bir çalışma, 16 ayrı yerde 2 yıl süreyle izlenen 167 (43'ü araştırma esnasında ölen, 124 hayatta) diyaliz hastasından elde edilen datalar üzerine kuruludur. Yaşayan grubun depresyon ortalama skoru, değerlendirmeden kısa bir süre sonra ölen diğer grubun ortalama skorundan daha düşüktü. Ancak, her iki grubun depresyon skoru, genel popülasyondan veya bir nakil öncesi gruptan önemli oranda yüksekti (Burton ve ark.,1986).

Yapılan diğer bir araştırmada, 419 SDBH'lı yetişkin hasta popülasyonundan random olarak seçilmiş olan 60 kişilik hasta grubu major depresyon açısından

değerlendirilmiş ve % 30 oranında major depresyon kriterleri karşılanmış (Hong ve ark., 1987).

Diyaliz gören hastalarda, depresyonun sıklığı hakkında tartışmalar vardır. Diagnostic Interview Schedule (DIS) kullanarak 99 diyaliz hastası içeren bir örneklem grubu değerlendirilmiştir. Örneklemin % 8,1'inde yaygın major depresif epizod (MDE) tanımlanmıştır (Craven ve ark., 1987).

Diyaliz hastalarında, depresif duygulanıma bağlı somatik semptomlar kuvvetlidir. Ürenin kendisi tek başına, sinirlilik, iştah kaybı, uykusuzluk, depresif duyum, apati, yorgunluk ve düşük konsantrasyona neden olmaktadır. Ayrıca SDBH'lı hastalarda depresif durumlara veya organik duygulanım bozukluklarına sebep olan kansızlık, elektrolit dengesizliği ve alttaki sistemik hastalığı kapsayan nedenler olabilir (Levenson ve Glocheschi, 1991).

Hemodiyaliz hastalarındaki depresyon tanısının konmasındaki zorluk diğer bir çalışmada daha ortaya konmuştur. Bu çalışmada 124 SDBH'lı hastanın % 17,7'sinde hafif depresyon ve % 6,5'inde major depresyon görülmüştür (Hinrichsen ve ark., 1989).

Amerika Birleşik Devleri'nde yapılan bir çalışmada, kronik bir hastalığı olan hastalarla, depresif psikiyatrik hastaların depresyon ve anksiyete semptomları karşılaştırılmıştır. Araştırma grubu 75 tıbbi hasta, 52 depresif psikiyatrik hasta ve 25 normal kontrolden oluşmuştur. Uygulanan testler sonucunda, tıbbi hastalardaki depresyon, zevk alamama (anhedoni) ve çökkün duygulanımla kendini gösterirken,

buna karşılık, psikiyatrik hastalardaki depresyon, negatif kognisyon semptomlarıyla kendini göstermiştir (Clark ve ark., 1998).

Yine Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada, psikiyatrik rahatsızlıklara, özellikle depresyona, diyalize giren hastalarda diğer kronik rahatsızlıkları olan hastalara kıyasla 1,5 ila 3 kat daha fazla rastlanmıştır (Kimmel ve ark., 1998).

Yurtdışında yapılan bir başka araştırmada, kronik böbrek yetmezliği olan hasta grubuyla, son dönem böbrek hastalığı olup hemodiyaliz gören hasta grubuna uygulanan testler sonucunda, kronik böbrek yetmezliği olan hastalar daha az depresif ve hastalığın negatif etkilerini daha az algılarken, son dönem böbrek hastalığı olan hastalar daha depresif ve hastalığın negatif etkilerini daha çok algıladığı ortaya çıkmıştır (Shidler ve ark., 1998).

Avustralya'da yapılan diğer bir araştırmada 19 hemodiyalize yeni başlayan hastaya Jung Depresyon Ölçeği uygulanmış. Hastalar tedaviye aniden başlanan ve daha önceden ilaç tedavisiyle kontrol altında olan iki grup olarak ayrılmış. İlk uygulama ilk diyaliz öncesi, ikinci uygulama ise diyalizin ikinci haftasından sonra yapılmış. Sonuçlarına baktığımızda, tedaviye aniden başlayan grup, her iki uygulamada da, diğer gruba kıyasla Jung Depresyon Ölçeği'nden daha yüksek puan almıştır (Miura ve ark., 1999).

Üç yılın üzerinde yapılan prospektif kohort çalışmasında, diyaliz hastalarında hem çalışmanın başında, hem de takibinde yapılan depresyon ölçümlerinde, eşlenmiş

kontrol grubundan daha yüksek depresyon skorları bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada depresyon ve fonksiyonel bozulma arasında paralellik saptanmıştır (Kutner ve ark., 2000).

C- Hemodiyaliz hastalarında anksiyete ve umutsuzluk

Anksiyete endişe, korku, gerginlik, huzursuzluk, kaygı, sıkıntı halidir. Tanım olarak, anksiyete bilinçdışı olan ve nesnesi kişice tanınmayan, içsel tehditlere karşı oluşan tepkidir. Bir diğer anlamda ise dıştan kaynaklanan bir tehlike ya da tehlike olasılığı karşısında yaşanan duygudurumdur.

Tıbbi hastalarda anksiyete, belirti, sendrom ya da bozukluk düzeyinde gözlenebilir. Bu hastalarda bazı endişe ve korkular ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında sağlığın tehdit altında olması, beden imgesinin zedelenmesi, kontrolün yitirilmesi, başkalarına bağımlı olma düşüncesi, iş ve ekonomik yaşamda yitimlere uğrama kaygısı, gelecekten olumsuz beklentiler sayılabilir. Anksiyete, hastada deliryumun dışavurumu, panik bozukluğunun belirtisi, depresyonun bileşeni ya da tıbbi hastalığa tepki olarak görülmektedir (Özmen ve ark., 1997).

Anksiyete belirtilerinin toplumumuzda görülme sıklığı % 10-30 arasında bildirilmektedir. Anksiyete bozukluğunun genel toplumumuzdaki yaygınlığı % 4 dolayındadır (Öztürk, 1994).

Hastanede yatarak sağaltım gören tıbbi hastalarda anksiyete belirtileri görülme oranı % 5-20 arasında iken, ayaktan tıbbi hastalarda bu oran % 4-14 arasında

değişmektedir. Anksiyete ölçekleriyle yapılan araştırmalarda ise anksiyete belirtileri görülme oranı çok artmaktadır. Goldberg 1987'deki çalışmasında anksiyete bozukluğunun yatarak sağaltım gören tıbbi hastalarda görülme oranını % 6 civarında olduğunu saptamıştır. Cavanough ve Wettstein'ın 1984 yılındaki araştırmasında ise, anksiyöz duygudurum gösteren uyum bozukluğu da eklenince, bu oranın % 29'a kadar çıkabildiği görülmektedir. 1994'te Shiffer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da psikosomatik hastalıklar içinde anksiyete sendromu yaşayan hastaların % 10-40'ının saf bir emosyonel hastalık değil de, bir bedensel hastalığın emosyonel dışavurumunu yaşadıkları ileri sürülmektedir (Özmen ve ark., 1997).

Bedensel hastalığı olanlarda anksiyetenin ortaya çıkmasına, sürmesine ya da artmasına neden olan etkenler vardır (Özmen ve ark., 1997):

- Hastalığın doğası, şiddeti, öldürücülüğü ve yarattığı yeti yitimi
- Hastalığın hastada yarattığı olumsuz otomatik düşünceler
- Hastanın işlevsel olmayan başetme stratejileri kullanması
- Hastanın düşük düzeyli savunma düzenekleri kullanması
- Hekimin olumsuz ilişki kurması ve uygun olmayan tutum ve davranışlar göstermesi (kaba, empatik olmayan, ilgisiz tutumlar)
- Hekimin hastalık ve ölüm ile ilgili olumsuz önyargıları
- Hastalık için önerilen tedavi seçeneklerinin biçimi (cerrahi, ...)
- Tedavi ortamının kötü koşulları, hastaneye yatırılmanın getirdiği sorunlar
- Uygulanan girişimlerin hasta için yabancı ve korkutucu oluşu
- Sosyal desteklerin yetersizliği

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Hemodiyaliz hastalarında da anksiyete belirtilerine sıklıkla rastlanmaktadır. Makineye bağımlılık, otonominin sınırlanması, fiziksel durum, iş, aile düzenlerindeki bozulmalar buna neden olmaktadır. Hasta hastalığından dolayı yaşadığı bu kaygıyı, yakınlarına, ailesine ve çevresine yansıtmaktadır.

1994-1996 yılları arasında diyaliz hastalarıyla yapılan bir çalışmada, durumluk-sürekli kaygı envanterinin uygulanmasında, durumluk ve sürekli kaygının sosyal faktörlerden çok somatik faktörlere daha fazla bağlı olduğu saptanmıştır (Tanaka ve ark., 1999).

Umutsuzluk depresyonda sıklıkla karşılaşılan ve intihar girişimlerine neden olan geleceğe yönelik olumsuz düşünce ve duygulanımların bütünüdür.

Depresyonlu hastaların yaşadıkları karamsarlıklar, geleceğe yönelik olumsuz beklentilere yol açar. Hastalar bedensel, ruhsal, toplumsal tüm sorunlarının gelecekte de süreceğini, hatta her şeyin daha da kötüye gideceğini düşünürler. İntihar düşünceleri ve girişimleri de bu olumsuz beklentilerden kaynaklanır (Köknel, 1989).

Özellikle de ciddi depresyonlu hastalar geleceği umutsuz ve karanlık görürler. Bu durumdan kurtulamayacaklarına, sorunlarıyla başa çıkamayacaklarına inanırlar (Köknel, 1989).

Gelecek, karanlık ve umutsuzdur. Çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ve düşünceleri hastanın ruhsal yaşamına egemendir (Öztürk, 1994).

Umutsuzluk depresyonda, teorik ve pratik olarak, önemli bir rol oynar. Umutsuzluğun özel bir klinik önemi vardır. Çünkü umutsuzluk, intihar düşüncesinin, başarısız intihar girişimlerindeki girişim ciddiyetinin ve tamamlanmış intiharların en kuvvetli belirleyicisidir (Young ve ark., 1996).

Danimarka'da intihar düşünceleri olan psikiyatrik hastalarla yapılan bir çalışmada özellikle umutsuzluğun intihar düşünceleri ve girişimlerinin en önemli belirleyicisi olduğu ortaya çıkmıştır (Mendonca ve Holden, 1998).

196 son dönem kanser hastasıyla yapılan bir araştırmada, umutsuzluk intihar düşüncelerinin belirleyicisi olarak ele alınmıştır. Bu çalışmada umutsuzluğun alınan depresyon skorlarından çok, intihar düşünceleriyle ilişkili olduğu görülmüştür (Chochinov ve ark., 1998).

Yine yapılan bir diğer çalışmada, 107 major depresyon tanılı hastanın umutsuzluk seviyeleri, depresyon şiddeti, anksiyete ve genel fonksiyonları depresyon tedavisinden önce ve sonra ölçülmüştür. Denekler intihar girişimi olan, intihar düşüncesi olan ve intihar düşüncesi olmayanlar olarak üç gruba ayrılmıştır. Tedavi sonrasında her üç grupta depresyon şiddeti, anksiyete ve genel fonksiyonlar açısından bir farklılık saptanmazken, umutsuzluk seviyesi, intihar girişimi olan grupta diğer gruplara kıyasla daha yüksek saptanmıştır (Szanto ve ark., 1998).

III-PROBLEM VE HİPOTEZLER

Araştırmanın temel amacı hemodiyaliz hastalarındaki depresyonu bilişsel kuram açısından incelemektir.

Ayrıca araştırmanın yan amaçları da vardır :

1- Depresif hemodiyaliz hastaları grubunun ;

a) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 21 belirti kategorisindeki belirti dağılımını belirlemek,

b) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) arasındaki ilişkiyi incelemek,

c) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) arasındaki ilişkiyi incelemek,

d) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) arasındaki ilişkiyi incelemek,

2- Non-depresif hemodiyaliz hastaları grubunun ;

a) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 21 belirti kategorisindeki belirti dağılımını belirlemek

b) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) arasındaki ilişkiyi incelemek,

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

c) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) arasındaki ilişkiyi incelemek,

d) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) arasındaki ilişkiyi incelemek,

3- Depresif ve non-depresif hemodiyaliz gruplarının ;

a) Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanları açısından karşılaştırılması,

b) Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) puanları açısından karşılaştırılması,

c) Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) puanları açısından karşılaştırılması,

d) Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) puanları açısından karşılaştırılması,

Araştırmanın amaçları doğrultusunda şu hipotezler oluşturulmuştur :

Genel Hipotez :

Depresif hemodiyaliz hastaları grubunda, non-depresif hemodiyaliz hastaları grubuna kıyasla, depresyon ile kendine ve geleceğine yönelik bilişsel çarpıtmalar arasında doğru orantılı bir ilişki vardır.

İşlemsel (Operational) Hipotezler :

- Depresif grubun Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) puanı, non-depresif grubun puanından daha yüksektir.
- Depresif grubun Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) puanı, non-depresif grubun puanından daha yüksektir.
- Depresif grubun Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) puanı, non-depresif grubun puanından daha yüksektir.

- Depresif grubun, BDÖ puanı arttıkça, ODÖ, BUÖ ve SKE'inden aldığı puanlar da artacaktır.
- Depresif ve non-depresif grupların, BDÖ 21 belirti kategorisine göre belirti dağılımı farklıdır.

Araştırmamızda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır :

1- Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre, depresif ve non-depresif grubun belirti dağılımı nasıldır ?

2- Her iki grubun olumsuz otomatik düşünce skorlarında bir fark var mıdır?

3- Her iki grubun umutsuzluk skorlarında bir fark var mıdır ?

4- Her iki grubun sürekli kaygı skorlarında bir fark var mıdır ?

5- Depresif grupta, BDÖ puanıyla, ODÖ, BUÖ ve SKE arasında pozitif bir korelasyon var mıdır ?

6- Non-depresif grupta, BDÖ puanıyla, ODÖ, BUÖ ve SKE arasında pozitif bir korelasyon var mıdır ?

IV-YÖNTEM VE ARAÇLAR

A- Araştırma Grupları

Bu çalışma, iki grup olmak üzere toplam 60 diyaliz hastasıyla gerçekleştirilmiştir.

Her iki grup da, son dönem böbrek yetmezliği olup, özel bir diyaliz merkezinde hemodiyaliz gören ve bazı seçme ölçütlerine uyan hastalardan oluşturulmuştur. Kullanılan seçme ölçütleri şunlardır :

1. 20-65 yaş grubu içinde olması.
2. En az okur-yazar olması.
3. Son iki aydır depresif bir etki yaratabilecek ilaçları kullanıyor olmaması.
4. Psikotrop ilaç kullanıyor olmaması.
5. Kronik böbrek yetmezliğinden bağımsız herhangi bir hastalığının olmaması.
6. Hastanın haftada en az iki kez hemodiyaliz programına devam ediyor olması.
7. Böbrek hastalığından önce herhangi bir psikiyatrik hastalık ve tedavisinin olmaması.
8. Birinci grup (depresif hasta grubu) için Beck Depresyon Ölçeğinden 14 puan ve üstünü alması, ikinci grup (non-depresif hasta grubu) için 14 puanın altında alması.

B - Araçlar

Bu çalışmada, verilerin toplanmasında; Hasta Görüşme Çizelgesi, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) kullanılmıştır.

1. Hasta Görüşme Çizelgesi

Genel literatür bilgilerinin ışığı altında hazırlanmış hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, medikal tanısı, diyaliz süresi ve hastalığı ile ilgili diğer soruları içeren görüşme çizelgesidir.

2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Beck Depression Inventory)

Beck Depresyon Ölçeği, Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresyonda görülen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir. BDÖ'nün maddeleri herhangi bir kuramsal görüş temel alınarak değil, klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır. Ölçek 21 belirti kategorisinden oluşmuştur. Bunlar:

1. Duygu-durum (mood)
2. Karamsarlık (pessimism)
3. Başarısızlık duyumu (sense of failure)
4. Doyumsuzluk (lack of satisfaction)
5. Suçluluk duygusu (guility feeling)
6. Kendinden hoşnutsuzluk (self-dislike)

7. Kendini suçlama (self-accusation)
8. İntihar istekleri (suicidal wishes)
9. Ağlama nöbetleri (crying spells)
10. Sinirlilik (irritability)
11. Sosyal geri çekilme (social withdrawal)
12. Kararsızlık (indecisiveness)
13. Beden imgesinin çarpıtılması (distortion of body image)
14. Çalışmanın ketlenmesi (work inhibition)
15. Uyku bozukluğu (sleep disturbance)
16. Yorgunluk (fatigability)
17. İştah azalması (loss of appetite)
18. Kilo kaybı (weight loss)
19. Bedensel yakınmalar (somatic preoccupations)
20. Cinsel dürtü kaybı (loss of libido)
21. Cezalandırılma duyumu (sense of punishment)

Her belirti kategorisi dört kendini değerlendirme maddesinden oluşmuştur. Bu maddeler 0-3 arası puan almaktadır. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Her kategori grubu ve onu oluşturan depresyon için ölçek puanlarına göre şu sınıflandırmayı yapmıştır:

0-13 puan : depresyon yok

14-24 puan : orta derecede depresyon

24 > puan : ciddi depresyon

Asıl formun test-tekrar test güvenirliği, Miller ve Seligman tarafından 1973'te saptanmıştır. Üç ay ara ile iki kez uygulanmış, Pearson Momentler Çarpımı tekniği ile hesaplanan değişmezlik katsayısı 0.74 olarak belirlenmiştir. Beck'in çalışmasında, bu güvenirlik katsayısının 0.86 olarak bulunmuştur. Ölçek, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile karşılaştırılarak aralarındaki ilişkiye bakılmış; geçerlik katsayısının 0.75 olduğu bulunmuştur (Öner, 1994).

Bu çalışmada, Teğin (1980) tarafından çevirisi, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılan Beck Depresyon Ölçeğinin Türkçe formu kullanılmıştır. Teğin, 40 üniversite öğrencisinde 15 günlük ara ile test-tekrar test (test-retest) yöntemi ile yaptığı çalışmada 0.65 güvenirlik katsayısı elde etmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığı (internal cosistency), iki-yarım (split-half) korelasyon yöntemi ile üniversite öğrencileri için 0.78 ve depresif hastalar için 0.61 olarak bulunmuştur. Ölçek eşzamanlı geçerlik (concurrent validity) yöntemi ile değerlendirildiğinde depresyon tanısı konan hastaların tanıları ile Beck Depresyon Ölçeği puanlarının paralellik gösterdiği saptanmıştır. Yapılan güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Beck Depresyon Ölçeğinin depresif belirtileri ve depresyon düzeyini değerlendirmede kullanılabilecek, kendi kendine puanlanabilen uygun bir ölçüm aracı olduğunu düşündürmektedir (Aytar, 1987).

3. Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) (Automatic Thoughts Questionnaire)

Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ), 1980 yılında Hollon ve Kendall tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresyonla ilişkili olan otomatik olumsuz düşüncelerin ortaya çıkma sıklığını ölçmek ve belirlemek amacıyla hazırlanmıştır

(Öner, 1994). Bir öz değerlendirme ölçeği olan ODÖ'de her madde 5 kategoride değerlendirilir. Bu kategoriler şunlardır:

1. Hiçbir zaman
2. Bazen
3. Oldukça sık
4. Sık sık
5. Her zaman

Ölçekte alınabilecek puanlar 30-150 arasında değişebilir.

Amerika Birleşik Devletlerinde üniversite öğrencileri ve klinik depresyonlarla yapılan çalışmalarda ölçeğin güvenirlik ve geçerliliğinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ölçek, depresif, depresif olmayan psikopatolojik ve diğer hastalar olmak üzere üç ayrı gruba uygulanmış ve iki-yarım test yöntemi ve Spearman Brown formülü ile elde edilen iç tutarlık katsayıları üç grup için sırasıyla 0.91, 0.59 ve 0.87 olarak bulunmuştur. Aynı gruplarla yapılan çalışmada, Kuder-Richardson 20 formülünün genelleştirilmiş bir formu olan alfa korelasyonları homojenlik katsayıları üç grup için sırasıyla 0.94, 0.89 ve 0.91 olarak bulunmuştur (Öner, 1994) .

Ölçek, Türkçe'ye Yeniçeri tarafından 1986'da çevrilmiştir (Aytar, 1987). Ölçekteki tek ve çift numaralı maddelerden alınan puanların Spearman Brown tekniği ile elde edilen iç tutarlık katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur. Otomatik Düşünceler Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanterinin (MMPI) depresyon alt testi arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Normaller üzerinde

elde edilen korelasyon katsayıları ODÖ ile BDÖ arasında 0.78; MMPI depresyon alt testi arasında da 0.57 olarak belirlenmiştir. Hasta grubundaki ODÖ ile BDÖ arasındaki korelasyon 0.77; MMPI depresyon alt testi arasındaki korelasyon da 0.59 olarak saptanmıştır (Aytar, 1987).

Türkiye'de yapılan son yıllardaki çalışmalarda da ODÖ'nin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu tekrar kanıtlanmıştır. Ölçeğin Beck Depresyon Ölçeği ile korelasyonu 0.75, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile ise 0.29'dur. ODÖ'nin maddelerinin geçerliğinin incelenmesi için yapılan bir analizde tüm maddelerin yüksek düzeyde ayırıcı güce sahip olduğu ileri sürülmektedir (Savaşır ve Şahin, 1997).

4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (Beck Hopelessness Scale)

Beck Umutsuzluk Ölçeği klinik tablosu yoğun, umutsuzluğu yansıtan psikopatolojik durumları araştırmak üzere Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997). Umutsuzluk, depresif bozukluğun temel özelliklerinden biri, intihar eğilimlerinin belirleyicisi, bazı fiziksel rahatsızlıklarla da yakından ilişkili olarak değerlendirilmekte ve bu nedenlerle ölçülmesi özellikle önem taşımaktadır. Ölçeğin geliştirilmesi sırasında bazı maddeler geleceğe yönelik tutumların ölçüldüğü bir ölçekten alınmış, diğerleri ise psikiyatrik hastaların yakınmalarından oluşturulmuştur.

20 maddeden oluşan ölçekte, bireyden kendisi için uygun gelen ifadeler için "evet"; uygun olmayanlar için "hayır" şıkkını seçmesi istenir. Maddelerin 11 tanesinde "evet" seçeneği, 9 tanesinde ise "hayır" seçeneği 1 puan alır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15. ve 19. sorularda "hayır"; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18. ve 20. sorulara ise "evet" yanıtı

için birer puan verilir. Maksimum puan 20'dir. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır.

BUÖ' de 10 ve üstünde alınan puanların, klinik uygulamalarda, çok yakın bir zamanda ortaya çıkabilecek ya da uzun süredeki bir potansiyel intihara işaret olarak kullanılabileceği ifade edilmektedir (Savaşır ve Şahin, 1997). Bu ölçek aynı zamanda bilişsel model çerçevesinde ele alınan kuramsal araştırmalarda, geleceğe yönelik olumsuz beklentileri ölçmek amacıyla da kullanılabilir.

BUÖ'nin çeviri çalışması Seber tarafından 1991'de yapılmış ve güvenirlik ve geçerliğine ilişkin bazı veriler elde edilmiştir. Ölçek üzerinde daha sonra 1994'te Durak tarafından çalışılmış ve geçerliği ve güvenirliğine, faktör yapısına ilişkin daha ayrıntılı bilgiler elde edilmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997).

Asıl formun güvenirliği için yapılan çalışmalarda, intihar girişiminde bulunan hastalarda ve depresif yaşlılarda iç tutarlılığının 0.84 ve 0.93 arasında değiştiği görülmüştür. Aynı çalışmada elde edilen madde-toplam puan korelasyonları ise 0.39 ile 0.76 arasında değişmektedir. Seber ve arkadaşları 1993'te Türkçe formun güvenirliği için, depresif hasta grubu üzerinde saptanan iç tutarlılığı 0.86 olarak belirlemiştir. Aynı çalışmada elde edilen madde-toplam puan korelasyonları ise 0.07 ile 0.72 arasında bulunmuştur.

Asıl form için, Katz ve arkadaşları 1994'te, BUÖ'nin geçerliğini incelemek üzere yapılan çalışmalarda BDÖ puanları ve klinisyen değerlendirmeleri ile ilişkisinin 0.60 ve 0.68 arasında değiştiği saptamıştır. Seber, Türkçe formun ölçüt-bağımlı

geçerliğini; BDÖ ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kriter olarak alarak, hasta grubu üzerinde elde edilen korelasyon katsayıları sırasıyla 0.65 ve 0.55 olarak saptamıştır. Yapı geçerliğinde ise, depresif hasta ve kontrol gruplarının ortalama umutsuzluk puanları arasında yüksek ve anlamlı ($p<.001$) fark bulmuştur (Savaşır ve Şahin, 1997).

6. Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) (A-Trait)

Durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970'te geliştirilmiş olan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Spielberger'in "iki faktörlü kaygı kuramından" kaynaklanmıştır (Öner ve Le Compte, 1985). Durumluk -Sürekli Kaygı Envanteri kısa ifadelerden oluşan bir öz-değerlendirme anketidir. Başlangıçta normal yetişkinlerde kaygıyı araştırma amacı için geliştirilmiş olan bu ölçeğin, sonraki denemelerde lise öğrencilerine, psikiyatrik bozuklukları ve fiziki hastalıkları olan bireylere de uygun olduğu görülmüştür.

Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimleyen 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Bu maddelerde ifade edilen duygu ya da davranışlar sıklık derecesine göre işaretlenir:

1. Hemen hiçbir zaman
2. Bazen
3. Çok zaman
4. Hemen her zaman

Ölçekte elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilir. Puanın yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret eder.

Ölçekte iki tür ifade bulunur. Bunlara doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar, tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı gösterir. SKE'inde tersine dönmüş ifadeler; 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39'uncu maddelerdir.

Puanlamada doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler ayrı ayrı toplanır. Sonra, doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen 35 değeri eklenir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin Türkçe uyarlaması ve standardizasyonu Necla Öner ve Ayhan Le Compte tarafından 1974-1977 yıllarında yapıldıktan sonra envanter Türk genç ve yetişkin gruplarını içeren araştırmalarda kullanılmıştır (Öner, 1994).

Sürekli Kaygı Envanteri için, asıl formun test-tekrar test güvenirliği 0.73 ile 0.86 arasında, Kuder-Richardson güvenirliği ise 0.86 ile 0.92 arasında bulunmuştur. Türkçe formun güvenirlik çalışmalarında ise, test-tekrar test güvenirliğini SKE için 0.71 ile 0.86 arasında, Kuder-Richardson güvenirliği ise 0.83 ile 0.87 arasında bulunmuştur. 1983'te Baş tarafından test-tekrar test güvenirliği ise SKE için 0.87 olarak saptanmıştır (Öner, 1994).

Asıl formun ölçüt-bağımlı geçerliği için, SKE ile diğer kaygı ölçekleri (IPAT Kaygı Ölçeği, Taylor Açık Kaygı Ölçeği ve Duygu Sıfat Listesi) arasındaki korelasyon katsayıları kız öğrenciler için 0.52 ile 0.80; erkek öğrenciler için 0.58 ile 0.79; hasta grubu için ise 0.77 ile 0.84 arasında değişmiştir. Türkçe formun geçerlik alışmalarında ise, normallerin , tanı konmuş psikiyatri hastaları ile karşılaştırılmasında, hastaların sürekli kaygı düzeylerinin normallerden çok yüksek ($p.<01$) olduğu bulunmuştur (Öner, 1994).

C- İŞLEM

Özel bir hemodiyaliz merkezinde diyalize giren hastalar arasından bazı seçme ölçütlerine göre seçilen denek gruplarına diyaliz esnasında (diyaliz süresinin ilk üç saatinde), sırasıyla, Hasta Görüşme Çizelgesi, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) verilmiştir. Bütün ölçekler tek görüşmede uygulanmıştır.

D- İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

Bu araştırmada yüzde, ortalama ve standart sapma hesaplamaları, "student" t testi, "chi square" (χ^2) testi, korelasyon analizi, tek yönlü varyans analizi (parametrik ve non-parametrik-Kruskal Wallis) kullanılmıştır. Hesaplamalar SPSS 6.1 istatistiksel paket programı ile yapılmıştır.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

V-BULGULAR

Bu bölümde, araştırmada elde edilen verilerin istatiksel analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Araştırmamız her biri 30 kişilik toplam 60 kişiden oluşan iki araştırma grubu ile gerçekleştirilmiştir. Grupları hemodiyaliz gören depresif hastalar (Beck Depresyon Ölçeğinden 14 puan ve üstünde alanlar) ile hemodiyaliz gören non-depresif hastalar (Beck Depresyon Ölçeğinden 14 puan altında alanlar) oluşturmuştur.

Her iki gruba ait demografik bulgular Tablo 1'de özetlenmiştir.

Depresif gruptaki hastalar 22-65 yaş arasında olup, yaş ortalaması 37,9; standart sapması 11,49'dur. Non-depresif gruptaki hastalar 22-59 yaş arasında olup, yaş ortalaması 38,2; standart sapması 10,66'dır. Yapılan t testi sonucunda iki grup arasındaki yaş ortalamaları farkının anlamsız olduğu saptanmıştır ($t = 0,10$) (Tablo 1).

Depresif gruptaki hastaların % 40'ı (12 kişi) kadın, % 60'ı (18 kişi) erkektir. Non-depresif gruptaki hastaların % 26,67'si (8 kişi) kadın, % 73,33'ü (22 kişi) erkektir. Bu iki grup arasındaki cinsiyet açısından farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır. ($\chi^2 = 1,20$) (Tablo 1).

Depresif gruptaki hastaların % 83,33'ünün (25 kişi) evli, % 16,67'sinin (5 kişi) bekar olduğu saptanmıştır. Non-depresif gruptaki hastaların % 63,33'ü (19 kişi) evli, % 30'u (9 kişi) bekar, % 6,67'si (2 kişi) duldur. Medeni durum açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($\chi^2 = 3,96$) (Tablo 1).

Depresif gruptaki hastaların % 13,33'ünün (4 kişi) okur-yazar, % 50'sinin (15 kişi) ilkokul, % 3,33'ünün (1 kişi) ortaokul, % 33,34'ünün (10 kişi) lise mezunu olduğu saptanmıştır. Non-depresif gruptaki hastaların % 3,33'ü (1 kişi) okur-yazar, % 50'si (15 kişi) ilkokul, % 10'u (3 kişi) ortaokul, % 26,67'si (8 kişi) lise mezunu, % 10'u (3 kişi) üniversite mezunudur. Öğrenim durumları açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($\chi^2 = 6,02$) (Tablo 1).

Depresif gruptaki hastaların % 23,33'ü (7 kişi) ev hanımı, % 43,33'ü (13 kişi) emekli, % 3,33'ü (1 kişi) işçi, % 16,67'si (5 kişi) serbest meslekten, % 3,33'ü (1 kişi) yönetici, % 10'u (3 kişi) işsiz olarak saptanmıştır. Non-depresif gruptaki hastaların % 13,33'ü (4 kişi) ev hanımı, % 30'u (9 kişi) emekli, % 6,67'si (2 kişi) işçi, % 30'u (9 kişi) serbest meslekten, % 3,33'ü (1 kişi) yönetici, % 3,33'ü (1 kişi) öğretim üyesi, % 13,34'ü (4 kişi) işsizdir. Meslekler açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($\chi^2 = 4,16$) (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların (depresif ve non-depresif) demografik özellikleri

	Depresif Grup N=30	**Non-depresif Grup N=30**	**Anlamlılık Düzeyi**
YAŞ			
Ortalama	37,9	38,2	t = 0,10
Standart sapma	11,49	10,66	A.D.
CİNSİYET			
Kadın	12 (% 40)	8 (% 26,67)	$\chi^2 = 1,20$
Erkek	18 (% 60)	22 (% 73,33)	A.D.
MEDENİ DURUM			
Evli	25 (% 83,33)	19 (% 63,33)	$\chi^2 = 3,96$
Bekar	5 (% 16,67)	9 (% 30)	A.D.
Dul	0 (% 0)	2 (% 6,67)	
ÖĞRENİM DURUMU			
Okur-yazar	4 (% 13,33)	1 (% 3,33)	
İlkokul	15 (% 50)	15 (% 50)	$\chi^2 = 6,02$
Ortaokul	1 (% 3,33)	3 (% 10)	A.D.
Lise	10 (% 33,34)	8 (% 26,67)	
Üniversite	0 (% 0)	3 (% 10)	
MESLEK			
Ev hanımı	7 (% 23,33)	4 (% 13,33)	
Emekli	13 (% 43,33)	9 (% 30)	
İşçi	1 (% 3,33)	2 (% 6,67)	
Serbest	5 (% 16,67)	9 (% 30)	$\chi^2 = 4,16$
Yönetici	1 (% 3,33)	1 (% 3,33)	A.D.
Öğretim üyesi	0 (% 0)	1 (% 3,33)	
İşsiz	3 (% 10)	4 (% 13,33)	

A.D. : Anlamlı değil

Her iki grubun diyaliz seansı miktarlarına bakıldığında, depresif gruptaki hastaların % 23,33'ü (7 kişi) haftada iki kez, % 76,67'si (23 kişi) haftada üç kez diyalize girmektedir. Non-depresif gruptaki hastaların ise, % 26,67'si (8 kişi) haftada iki kez, % 73,33'ü (22 kişi) haftada üç kez diyalize girmektedir. Yapılan t testi sonucunda,

iki grup arasındaki diyaliz seansı miktarları farkının anlamsız olduğu saptanmıştır (t = 0,29) (Tablo 2).

Tablo 2. Grupların (depresif ve non-depresif) diyaliz seans miktarı

	Depresif Grup N=30	Non-depresif Grup N=30	Anlamlılık Düzeyi
Haftada iki kez	7 (% 23,33)	8 (% 26,67)	t = 0,29
Haftada üç kez	23 (% 76,67)	22 (% 73,33)	A.D.

Yine her iki grubun diyalize giriş sürelerine bakıldığında ise, depresif gruptaki hastaların % 73,33'ü (22 kişi) 0-30 ay arasında, % 23,33'ü (7 kişi) 31-60 ay arasında, % 3,33'ü (1 kişi) 91-120 ay arasında diyalize girerken, non-depresif gruptaki hastaların % 73,33'ü (22 kişi) 0-30 ay arasında, % 20'si (6 kişi) 31-60 ay arasında, % 3,33'ü (1 kişi) 61-90 ay arasında, % 3,33'ü (1 kişi) 91-120 ay arasında diyalize girmektedir. Yapılan t testi sonucunda, iki grup arasındaki diyaliz süreleri farkının anlamsız olduğu saptanmıştır (t = 0,09) (Tablo 3).

Tablo 3. Grupların (depresif ve non-depresif) diyaliz süreleri

	Depresif Grup N=30	Non-depresif Grup N=30	Anlamlılık Düzeyi
0-30 Ay	22 (% 73,33)	22 (% 73,33)	
31-60 Ay	7 (% 23,33)	6 (% 20)	t = 0,09
61-90 Ay	0 (% 0)	1 (% 3,33)	A.D.
91-120 Ay	1 (% 3,33)	1 (% 3,33)	

Her iki grubun da uygulanan testlerden aldıkları sonuçlara bakıldığında, depresif gruptaki BDÖ puanları 15-42 arasında değişmekte olup, ortalaması 23.8, standart sapma 6.76'dır. Non-depresif grubun BDÖ puanları ise 2-13 arasında değişmekte olup, ortalama puan 8.4, standart sapma 3.36'dır. Yapılan t testi sonucunda, iki grup arasında BDÖ açısından farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (t = 11,18) (Tablo 4).

Depresif gruptaki ODÖ puanları 43-108 arasında değişmekte olup, ortalama puan 70.53, standart sapma 17.23'tür. Non-depresif grubun ODÖ puanları ise 30-63 arasında değişmekte olup, ortalama puan 39.83, standart sapma 7.54'tür. Yapılan t testi sonucunda, iki grup arasında ODÖ açısından farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (t = 8,94) (Tablo 4).

Depresif gruptaki BUÖ puanları 4-19 arasında değişmekte olup, ortalama puan 12.2, standart sapma 3.78'dir. Non-depresif grubun BUÖ puanları ise 0-11 arasında değişmekte olup, ortalama puan 4.57, standart sapma 2.56'dır. Yapılan t testi sonucunda, iki grup arasında BUÖ açısından farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (t = 9,84) (Tablo 4).

Depresif gruptaki SKE puanları 31-67 arasında değişmekte olup, ortalama puan 52.27, standart sapma 9.58'dir. Non-depresif grubun SKE puanları ise 24-47 arasında değişmekte olup, ortalama puan 35.9, standart sapma 5.91'dir. Yapılan t testi sonucunda, iki grup arasında SKÖ açısından farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (t = 8,14) (Tablo 4).

Tablo 4. Grupların BDÖ, ODÖ, BUÖ ve SKE'de aldıkları puanların dağılımı, ortalaması (M) ve standart sapması (SD)

	Depresif Grup N=30	Non-depresif Grup N=30	Anlamlılık Düzeyi
BDÖ			
Puan dağılımı	15-42	2-13	t = 11,18
M	23,8	8,4	p < .001
SD	6,76	3,36	
ODÖ			
Puan dağılımı	43-108	30-63	t = 8,94
M	70,53	39,83	p < .001
SD	17,23	7,54	
BUÖ			
Puan dağılımı	4-19	0-11	t = 9,84
M	12,2	4,57	p < .001
SD	3,78	2,56	
SKE			
Puan dağılımı	31-67	24-47	t = 8,14
M	52,27	35,9	p < .001
SD	9,58	5,91	

Depresif gruptaki hastaların BDÖ puanlarına göre yapılan sınıflamada hastaların % 66,67'si (20 kişi) orta derece depresyonda, % 33,33'ü (10 kişi) ciddi depresyonda bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 5. Depresif grubun depresyon düzeyine göre dağılımı

BDÖ Puanları	**Denek Sayısı**
14-24	20 (% 66,67)
Orta derece depresyon	
>24	10 (% 33,33)
Ciddi depresyon	

Bilindiği gibi BDÖ'de 21 belirti kategorisi vardır. Depresif ve non-depresif gruplarındaki hastaların her bir belirti kategorisinden aldıkları puanlar toplanmış ve ortalamaları bulunmuştur (Tablo 6 ve Tablo 7).

Tablo 6. Depresif grubun BDÖ'deki depresyon belirtileri

Belirtiler	Sıralama	Toplam Puan	Ortalama Puan
D-Doyumsuzluk	1	59	1,97
I-Ağlama nöbetleri	2	54	1,80
V-Cezalandırılma duyumu	2	54	1,80
N-Çalışmanın ketlenmesi	3	52	1,73
J-Sinirlilik	4	50	1,67
T-Bedensel yakınmalar	5	48	1,60
B-Karamsarlık	6	43	1,43
G-Kendini suçlama	6	43	1,43
A-Duygudurum	7	41	1,37
P-Yorgunluk	7	41	1,37
U-Cinsel dürtü kaybı	8	40	1,33
M-Beden imge çarpıtılması	9	36	1,20
F-Kendinden hoşnutsuzluk	10	29	0,97
L-Kararsızlık	11	26	0,87
O-Uyku bozukluğu	11	26	0,87
E-Suçluluk duygusu	12	18	0,60
C-Başarısızlık duyumu	13	17	0,57
K-Sosyal geri çekilme	14	16	0,53
H-İntihar istekleri	15	11	0,37
R-İştah azalması	16	8	0,27
S-Kilo kaybı	17	2	0,07

Tablo 7. Non-depresif grubun BDÖ'deki depresyon belirtileri

Belirtiler	Sıralama	Toplam Puan	Ortalama Puan
T-Bedensel yakınmalar	1	27	0,90
P-Yorgunluk	2	26	0,87
U-Cinsel dürtü kaybı	3	25	0,83
N-Çalışmanın ketlenmesi	4	24	0,80
G-Kendini suçlama	5	22	0,73
J-Sinirlilik	5	22	0,73
I-Ağlama nöbetleri	6	15	0,50
M-Beden imge çarpıtılması	7	14	0,47
V-Cezalandırılma duyumu	8	12	0,40
O-Uyku bozukluğu	8	12	0,40
D-Doyumsuzluk	9	11	0,37
B-Karamsarlık	10	9	0,30
E-Suçluluk duygusu	10	9	0,30
A-Duygudurum	11	8	0,27
L-Kararsızlık	12	5	0,17
C-Başarısızlık duyumu	13	4	0,13
F-Kendinden hoşnutsuzluk	14	3	0,10
K-Sosyal geri çekilme	15	2	0,07
R-İştah azalması	15	2	0,07
H-İntihar istekleri	16	0	0
S-Kilo kaybı	16	0	0

Her iki gruptaki bu 21 belirti arasındaki fark t testi uygulanarak incelenmiş ve sonucunda bu belirti kategorilerinin çoğunluluğunda anlamlı sonuçlar saptanmıştır.

Tablo 8. Gruplar arası BDÖ belirti kategorilerinin karşılaştırılması

Belirtiler	Anlamlılık Düzeyi	
A-Duygudurum	$\chi^2 = 22,30$	$p < .001$
B-Karamsarlık	$\chi^2 = 14,97$	$p < .01$
C-Başarısızlık duyumu	$\chi^2 = 8,00$	$p < .05$
D-Doyumsuzluk	$\chi^2 = 36,71$	$p < .001$
E-Suçluluk duygusu	$\chi^2 = 3,73$	A.D.
F-Kendinden hoşnutsuzluk	$\chi^2 = 19,30$	$p < .001$
G-Kendini suçlama	$\chi^2 = 13,96$	$p < .01$
H-İntihar istekleri	$\chi^2 = 9,23$	$p < .05$
I-Ağlama nöbetleri	$\chi^2 = 25,61$	$p < .001$
J-Sinirlilik	$\chi^2 = 16,59$	$p < .001$
K-Sosyal geri çekilme	$\chi^2 = 9,63$	$p < .05$
L-Kararsızlık	$\chi^2 = 10,22$	$p < .02$
M-Beden imge çarpıtılması	$\chi^2 = 11,18$	$p < .02$
N-Çalışmanın ketlenmesi	$\chi^2 = 16,72$	$p < .001$
O-Uyku bozukluğu	$\chi^2 = 4,06$	A.D.
P-Yorgunluk	$\chi^2 = 13,71$	$p < .01$
R-İştah azalması	$\chi^2 = 2,37$	A.D.
S-Kilo kaybı	$\chi^2 = 2,07$	A.D.
T-Bedensel yakınmalar	$\chi^2 = 7,53$	A.D.
U-Cinsel dürtü kaybı	$\chi^2 = 5,09$	A.D.
V-Cezalandırılma duyumu	$\chi^2 = 14,07$	$p < .01$

Her iki grup (depresif ve non-depresif) için de, ayrı ayrı, uygulanan tüm testlere korelasyon analizi uygulanmıştır. Tüm sonuçlar iki tabloda toplanmıştır (Tablo 9 ve Tablo 10). Sonuçlar karşılaştırıldığında, non-depresif grupta BDÖ'nün diğer testlerle korelasyon analizine baktığımızda, BUÖ ile .28, ODÖ ile .37 ve SKE ile .35 çok zayıf pozitif korelasyon görülürken, BUÖ'nin ODÖ ile .28 oranında çok zayıf pozitif korelasyon, SKE ile .50 oranında zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır. Buna karşın ODÖ ile SKE arasında ise orta derecede pozitif (.55) korelasyon vardır (Tablo 9).

Depresif grubun tüm testler için korelasyon analizi sonuçlarına baktığımızda da şunlar gözlenmiştir: BUÖ ile ODÖ arasında .40 oranında çok zayıf pozitif korelasyon; BDÖ ile BUÖ arasında .46; BUÖ ile SKE arasında da .45 oranında zayıf pozitif korelasyon gözlenirken; BDÖ ile ODÖ arasında .66; BDÖ ile SKE arasında .71; ODÖ ile SKE arasında da .64 oranında orta derecede pozitif korelasyon saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 9. Non-depresif grubun tüm testler için korelasyon analizi

	BDÖ	**BUÖ**	**ODÖ**	**SKE**
BDÖ	1,00	0,28	0,37	0,35
BUÖ	0,28	1,00	0,28	0,50
ODÖ	0,37	0,28	1,00	0,55
SKE	0,35	0,50	0,55	1,00

0,25 – 0,40 : Çok zayıf korelasyon 0,41 – 0,50 : Zayıf korelasyon

0,51 – 0,75 : Orta derecede korelasyon

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Tablo 10. Depresif grubun tüm testler için korelasyon analizi

	BDÖ	BUÖ	ODÖ	SKE
BDÖ	1,00	0,46	0,66	0,71
BUÖ	0,46	1,00	0,40	0,45
ODÖ	0,66	0,40	1,00	0,64
SKE	0,71	0,45	0,64	1,00

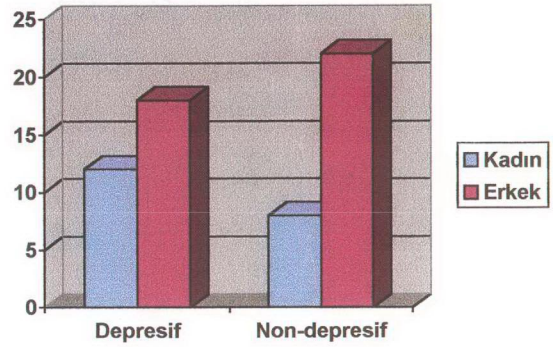
0,25 – 0,40 : Çok zayıf korelasyon 0,41 – 0,50 : Zayıf korelasyon

0,51 – 0,75 : Orta derecede korelasyon

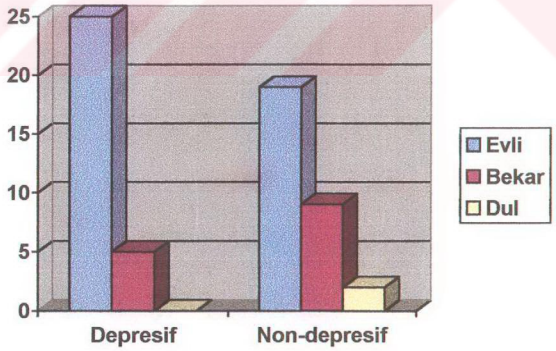
Depresif grupta, BUÖ ile BDÖ'nün 21 belirti kategorisi tek tek varyans analiziyle (Kruskal-Wallis) karşılaştırılmıştır. Ancak sadece BDÖ'nün B (Karamsarlık) belirti kategorisiyle, BUÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2 = 14,48$ $p < .002$) (Tablo 11).

Tablo 11. BUÖ ile BDÖ'nün B (Karamsarlık) belirti kategorisi ilişkisi

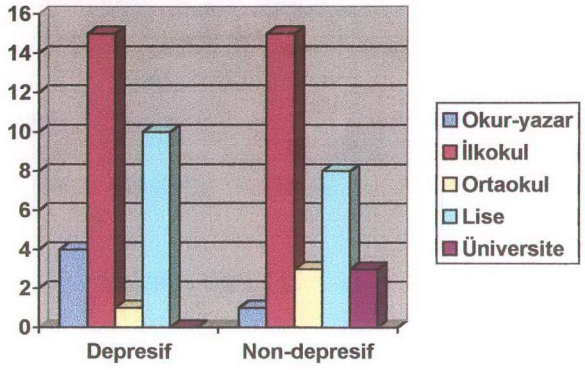
	M	SD	χ^2 (K-W)	P
O Puan	9,45	2,58		
1 Puan	13,25	2,75	14,48	P < .002
2 Puan	14,17	3,60		
3 Puan	15,44	2,79		



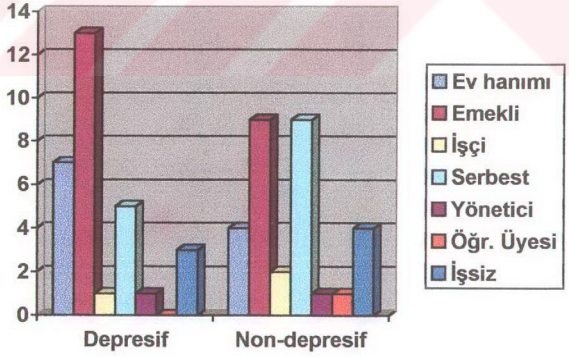
Grafik 1. Grupların (depresif ve non-depresif) cinsiyet dağılımı



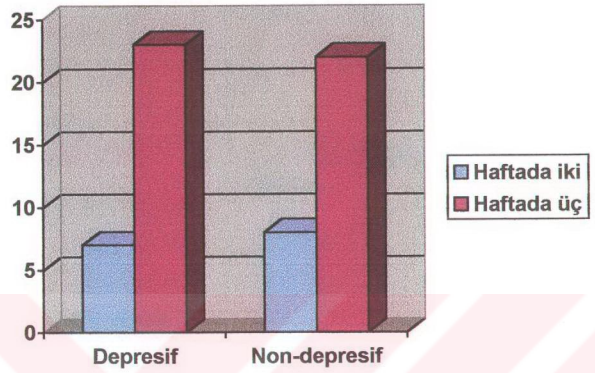
Grafik 2. Grupların (depresif ve non-depresif) medeni durumu



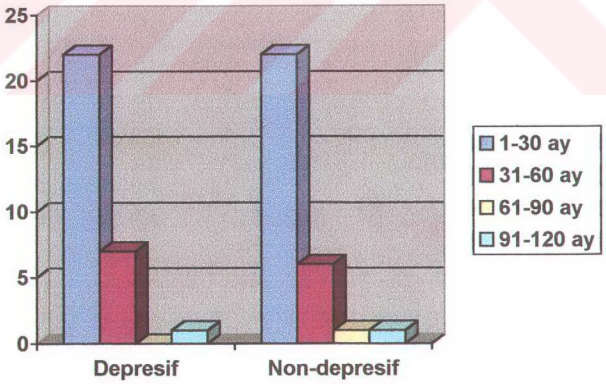
Grafik 3. Grupların (depresif ve non-depresif) öğrenim durumu



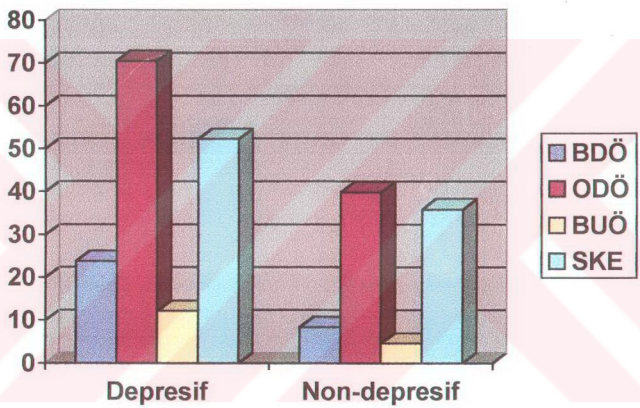
Grafik 4. Grupların (depresif ve non-depresif) meslek dağılımı



Grafik 5. Grupların (depresif ve non-depresif) diyaliz seans miktarı



Grafik 6. Grupların (depresif ve non-depresif) diyaliz süreleri



Grafik 7. Grupların BDÖ, ODÖ, BUÖ ve SKE değerleri

VI-TARTIŞMA

Bu çalışma, depresif hemodiyaliz hastalarında, non-depresif hemodiyaliz hastalarına kıyasla, depresyon ile kendine ve geleceğe yönelik bilişsel çarpıtmalar arasında doğru orantılı bir ilişkinin varlığını ileri süren genel hipotez üzerine yapılandırılmıştır.

Gerek ülkemizde gerekse yurtdışında bilişsel kuram açısından depresyon bir çok araştırmaya konu olmuştur. Ancak özellikle de ülkemizde, fiziksel hastalığa bağlı depresyon, hatta daha da özelleştirirsek hemodiyaliz hastalarında depresyon yeterince incelenmemiştir. Bu noktadan hareketle yapılan bu araştırmada aşağıdaki amaçlar belirlendi :

- Hemodiyaliz hastalarındaki depresyonu bilişsel kuram açısından incelemek,
- Depresif hemodiyaliz hastaları grubunun depresyon belirti kategorilerini belirlemek, aldıkları BDÖ skorlarıyla ODÖ, BUÖ ve SKE skorları arasındaki ilişkiyi incelemek,
- Non-depresif hemodiyaliz hastaları grubunun depresyon belirti kategorilerini belirlemek, aldıkları BDÖ skorlarıyla ODÖ, BUÖ ve SKE skorları arasındaki ilişkiyi incelemek,

- Depresif ve non-depresif grubu BDÖ, ODÖ, BUÖ ve SKE puanları açısından karşılaştırmak.

Araştırmanın amaçları doğrultusunda, (1) Özel bir diyaliz merkezinde hemodiyaliz gören ve Beck Depresyon Ölçeği'nden 14 puan ve üstünü alan hasta grubu, (2) Aynı özel diyaliz merkezinde hemodiyaliz gören ve Beck Depresyon Ölçeği'nden 14 puandan az alan hasta grubu dört ölçek aracılığıyla karşılaştırılmıştır.

Bu ölçeklerden ilki Beck Depresyon Ölçeği'dir (BDÖ). Bu ölçekle hemodiyaliz gören depresif ve non-depresif grup depresyon belirti kategorileri açısından karşılaştırılmıştır. Araştırma gruplarının oluşturulmasında depresif hasta grubu için BDÖ'de 14 ve üstü puan almak, buna karşılık non-depresif hasta grubu için 14'ten daha az puan almak ölçütü belirlenmiştir.

Araştırmada kullanılan ikinci ölçek Otomatik Düşünceler Ölçeği'dir (ODÖ). Bu ölçekle depresif ve non-depresif grupların olumsuz düşünceleri belirlenmeye çalışılmış ve farkları incelenmiştir.

Kullanılan üçüncü ölçek Beck Umutsuzluk Ölçeği'dir (BUÖ). Bu ölçekle de grupların geleceğe yönelik duygu ve düşünceleri belirlenmeye çalışılmış ve farkları incelenmiştir.

Son olarak da Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) uygulanmıştır. Bu ölçekle de her iki grubun kaygı düzeyleri ölçülmüştür.

Araştırmanın amaçları, hipotezleri ve soruları doğrultusunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılmış ve bulgular bölümünde sunulmuştur. Bu bölümde de literatürün ışığında bulgular tartışılıp, yorumlanacaktır.

Her iki araştırma grubu da demografik değişkenler açısından eşleştirilmiştir (Bkz. Tablo 1). Birçok araştırmacı 20-65 yaş arasını yetişkinlik dönemi olarak kabul etmektedir (Şemin, 1992). Bu nedenle de seçme ölçütlerinden biri olarak 20-65 yaş sınırı konmuştur. Örneklemin yaş dağılımı 22-65 yaş arasındadır.

Her iki grup arasında yapılan istatistik işlemlerle yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu ve meslekler açısından anlamlı bir farka rastlanmamıştır (Bkz. Tablo 1). Bu da demografik özellikler açısından her iki araştırma grubunun iyi seçildiğini göstermektedir.

Fiziksel hastalıklarda ortaya çıkan en önemli psikiyatrik komplikasyonların başında depresyon gelmektedir. Özellikle de, diyaliz hastalarında depresif mizaçlı uyum güçlüğü ve majör depresyona sıklıkla rastlanmaktadır. Yerli ve yabancı kaynakları incelediğimizde bu sonuç gözlenebilmektedir (Özmen ve ark., 1997 ; Burton ve ark., 1986 ; Hong ve ark.,1987; Craven ve ark., 1987 ; Kimmel ve ark., 1998 ; Shidler ve ark., 1998).

Ölçeklerden BDÖ'den alınan puanlar, her iki grubun depresyon puanlarında istatistiksel düzeyde anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir (Bkz. Tablo 4). Bu sonuç da oldukça doğaldır. Çünkü, çalışmanın tanı ölçütlerinden biri olarak BDÖ'de her

iki araştırma grubu için belirli puan sınırlamaları konmuştur (Depresif grup için 14 ve daha fazla; non-depresif grup için 14 puandan az alması).

Çalışmada, depresif hemodiyaliz hastalarında, non-depresif hemodiyaliz hastalarına kıyasla, depresyon ile kendine ve geleceğe yönelik bilişsel çarpıtmalar arasında doğru orantılı ilişki olduğu hipotez olarak belirlenmiştir. Verilerin istatistiksel analizi ile bu hipotez doğrulanmıştır. Depresif gruptaki hastaların ODÖ'den aldıkları puanlar, non-depresif gruptan anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4). Bu sonuç depresif hemodiyaliz hastalarında daha fazla bilişsel çarpıtma olduğunu göstermektedir. Literatürde de olumsuz otomatik düşüncelerin ya da bilişsel çarpıtmaların depresif hastalarda daha çok olduğunu gösteren bulgular vardır (Beck ve ark.,1984 ; Savaşır ve ark.,1998 ; Smith ve ark.,1994).

Yine diğer bir işlemsel hipotez olarak, araştırmada umutsuzluk ve depresyon arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Depresif grubun aldığı BUÖ puanları, non-depresif grubun aldığı puanlardan daha yüksektir. Her iki grubun BUÖ puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4). Umutsuzluk depresyonda önemli bir rol oynar. Özellikle de, depresyonda görülen intihar düşünceleri ve girişimlerinin kuvvetli bir belirleyicisidir. Yine literatürü incelediğimizde benzeri bulgularla karşılaşmaktayız (Köknel, 1989 ; Young ve ark., 1996 ; Chochinov ve ark., 1998 ; Szanto ve ark., 1998).

Bir diğer işlemsel hipoteze baktığımızda, depresif grubun SKE puanları, non-depresif grubun puanından daha yüksektir. Her iki grubun SKE puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4). Anksiyete, tıbbi

hastalarda, belirti, sendrom ya da bozukluk düzeyinde kendini göstermektedir. Bu tür bulgulara çeşitli yayınlarda da rastlanmaktadır (Özmen ve ark., 1997 ; Tanaka ve ark., 1999). Ancak araştırmamızda her iki grup da hemodiyaliz hastalarından oluşmasına rağmen, depresif grubun daha yüksek SKE skoruna sahip olması depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Anksiyete, depresyonda bir yan belirti olarak da gözlenebilmektedir (Köknel, 1989 ; Levy, 1981).

Depresif grupta BDÖ, ODÖ, BUÖ ve SKE ölçeklerinden aldıkları puanların korelasyonuna bakıldığında, bu dört ölçek arasında istatistiksel düzeyde bir bağlantıyı göstermektedir (Bkz. Tablo 10). BDÖ ile ODÖ ve SKE arasında orta derecede korelasyon saptanmıştır. Diğer bir deyişle, depresyon düzeyi arttıkça, hastaların olumsuz otomatik düşünceleri ve kaygı düzeyleri de artmaktadır. BDÖ ile BUÖ arasında ise zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Bunun nedeni, çalışmanın tanı ölçütlerinden biri olarak BDÖ'de her iki araştırma grubu için belirli puan sınırlamalarını koyarken (Depresif grup için 14 ve daha fazla; non-depresif grup için 14 puandan az alması), iki grubun birbirine çok yakın seçilmiş olması ve bu nedenle de BUÖ puanlarının her iki grup içinde birbirleriyle örtüşmeleri olabilir. Ayrıca hemodiyalizin ilerleyen tıbbi yöntemlerle gelişmesi, böbrek transplantasyonuyla bu hastaların normal sağlıklı yaşantılarına geri dönebilme olasılıkları geleceğe yönelik umutlarını korumalarına neden olabilmektedir.

Çalışmanın yan amaçlarından bir diğeri de, her iki grup için ayrı ayrı, hastaların BDÖ'deki belirti kategorilerine göre olan dağılımlarını saptamak olmuştur. Belirti kategorilerindeki ortalama puanlamalara göre yapılan sıralamada, depresif grupta, 1,97 ortalama ile doyumsuzluk belirtisi ilk sırayı alırken, non-depresif grupta

ise, 0,90 ortalama ile bedensel yakınmalar ilk sırayı almıştır (Bkz. Tablo 6 ve 7). Depresif grupta ilk sıraları emosyonel ve bilişsel belirtiler paylaşırken, non-depresif grupta ise, fiziksel ve vejetatif belirtiler yer almaktadır. Ayrıca depresif ve non-depresif grupların puanları, BDÖ 21 belirti kategorisi açısından karşılaştırılmış ve bir çoğunda, E (Suçluluk duygusu), O (Uyku bozukluğu), R (İştah azalması), S (Kilo kaybı), T (Bedensel yakınmalar) ve U (Cinsel dürtü kaybı) belirti kategorileri hariç, istatistiksel açıdan anlamlı farklar saptanmıştır (Bkz. Tablo 8). Vejetatif belirtilerin dışarıda kalmış olması depresif özelliklerin üremiye bağlı benzer belirtilerden ayrışmış olduğunu göstermektedir. Çünkü, depresyonun vejetatif belirtileri ve üremiden kaynaklanan fizyolojik bulgular karışmaktadır. Bu, çeşitli çalışmalarda ortaya çıkan bir sonuçtur (Cohen-Cole ve Stoudemire, 1987 ; Levenson ve Glocheschi, 1991 ; Hinrichsen ve ark., 1989).

Depresif grubun Beck Umutsuzluk Ölçeği skoruyla, Beck Depresyon Ölçeği "karamsarlık" belirti kategorisi arasındaki ilişkiye bakıldığında, anlamlı bir sonuç saptanmıştır (Bkz. Tablo 11). Bu da depresif hastaların geleceğe yönelik olumsuz düşüncelerini gösteren bir bulgudur.

Depresyonda bilişsel kurama dayandırılarak yapılan bu araştırmada bulgular kısaca şu şekilde özetlenebilir :

- Depresif grubun ODÖ, BUÖ ve SKE toplam puan ortalaması, non-depresif grubun ortalamalarından yüksektir.
- Her iki grupta da, özellikle depresif grupta daha fazla olmak şartıyla, BDÖ, ODÖ, BUÖ ve SKE arasında pozitif bir korelasyon vardır.

- BDÖ 21 belirti kategorisinde depresif grubu doyumsuzluk, ağlama nöbetleri ve cezalandırılma duyumu kategorilerinde ; buna karşılık non-depresif grubu bedensel yakınmalar, yorgunluk ve cinsel dürtü kaybı kategorilerinde daha yüksek puan almıştır.
- Depresif grupta, BUÖ ile BDÖ "karamsarlık" belirti kategorisi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Bu çalışmada esas olarak, hemodiyaliz hastalarında görülen depresyon bilişsel kuram açısından araştırılmış ve depresyonla kendine ve geleceğe yönelik bilişsel çarpıtmalar arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu konuda , ülkemizde yok denecek kadar az sayıda çalışma vardır. Bu nedenle çeşitli yönleriyle araştırmaya açık bir alandır. Bu çalışmanın gelecekte yapılacak araştırmalara ışık tutacağını umuyoruz.

VII-KAYNAKÇA

1- Akpolat, T., Utaş, C. (1997). Böbrek yetmezliği: genel bilgiler. Hemodiyaliz Hekim El Kitabı. 1-17.

2- Alçalar, N.Y. (1999). Fiziksel hastalıktaki depresyonun bilişsel kuram açısından psikiyatrik depresyon ile karşılaştırılması. Yayınlanmamış doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

3- Alper, Y. (1997). Depresyon psikoterapisi. Era Yayıncılık. İstanbul.

4- Aytar, G. (1987). Depresyondaki düşünce bozukluklarının bilişsel kuram açısından incelenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

5- Bakioğlu, I.Y. (1995). Hemodiyalizin esasları. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.

6- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1984). Cognitive therapy of depression. Guilford Press. New York.

7- Bouvard, M., Charles, S., Guérin, J., Aimard, G., Cottraux, J. (1992). Etude de l'échelle de désespoir de Beck (Hopelessness Scale). L'Encéphale. XVIII. 237-240.

8- Burton, H.J., Kline, S.A., Lindsay, R.M., Heidenheim, A.P. (1986). The relationship of depression to survival in chronic renal failure. Psychosomatic Medicine. Vol. 48. No. ¾. 261-269.

9- Chochinov, H.M., Wilson, K.G., Enns, M., Lander, S. (1998). Depression, hopelessness and suicidal ideation in the terminally ill. Psychosomatics. Vol. 39(4). 366-370.

10- Clark, D.A., Cook, A., Snow, D. (1998). Depressive semptom differences in hospitalized medically ill, depressed psychiatric inpatients and non medical controls. Journal of Abnormal Psychologie. Vol. 107(1). 38-48.

11- Cohen-Cole, S.A., Stoudemire, A. (1987). Major depression and physical illness. Psychiatric Clinics of North America. Vol. 10. No. 1. 1-17.

12- Craven, J.L., Rodin, G.M., Johnson, L., Kennedy, S.H. (1987). The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. Psychosomatic Medicine. No. 5. 482-492.

13- Çam, M. (1991). Hemodiyaliz ve böbrek transplantasyonlu hastaların psikiyatrik morbidite açısından incelenmesi ve karşılaştırılması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı. İstanbul.

14- Hinrichsen, G.A., Lieberman, J.A., Pollack, S., Steinberg, H. (1989). Depression in hemodialysis patients. Psychosomatics. Vol. 30. No. 3. 284-289.

15- Hong, B.A., Smith, M.D., Robson, A.M., Wetzel, R.D. (1987). Depressive symptomatology and treatment in patients with ESRD. Psychological Medicine. Vol. 17. No. 1. 185-190.

16- Işık, E. (1991). Duygulanım Bozuklukları: Depresyon ve Mani. İstanbul Boğaziçi Matbaası.

17- Kimmel, P.L., Thamer, M., Richard, C.M., Ray, N.F. (1998). Psychiatric illness in patients with ESRD. American Journal of Medicine. Vol. 105(3). 214-221.

18- Köknel, Ö. (1989). Depresyon: Ruhsal çöküntü. Altın Kitaplar Yayınevi. İstanbul.

19- Köknel, Ö. (1989). Genel ve klinik psikiyatri. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.

20- Kutner, N.G., Fair, P.L., Kutner, M.H. (1985). Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 29. No. 1 23-31.

21- Kutner, N.G., Brogan, D., Hall, W.D., Haber, M., Daniels, D.S. (2000). Functional impairment, depression and life satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls. Arch. Phys. Med. Rehabil. Vol. 81(4). 453-459.

22- Laudin, P.A. (Erek, E., Yavuz, Ş., Çev.) (1998). Rehabilitasyon ve psikososyal durumlar. Diyaliz Tedavisi. 311-315.

23- Levenson, J.L., Glocheski, S. (1991). Psychological factors affecting ESRD. Psychosomatics. Vol. 32. No. 4. 382-389.

24- Levy, N.B. (1981). Psychological reactions to machine dependency: Hemodialysis. Psychiatric Clinics of North America. Vol. 4. No. 2. 351-361.

25- Levy, N.B. (1981). Psychological factors in hemodialysis and transplantation. Plenum Medical Book Company. New York and London.

26- Mendonca, J.D., Holden, R.R. (1998). Interaction of affective and cognitive impairments in the suicidal state. Acta. Psychiatr. Scand. Vol. 97(2). 149-152.

27- Miura, H., Kitagami, T., Ohta, T. (1999). Application of the Jung self-rating depression scale to patients before and after introduction to hemodialysis. Psychiatry. Clin. Neurosci. Vol. 53(3). 381-385.

28- Öner, N., Le Compte, A. (1985). Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. No. 333. İstanbul.

29- Öner, N. (1994). Türkiye'de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. No. 533. İstanbul.

30- Özkan, S. (1993). Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-liyezon psikiyatrisi. Roche Yayını. İstanbul.

31- Özmen, E., Aydemir, Ö., Bayraktar, E. (1997). Genel tıpta psikiyatrik sendromlar. Hekimler Yayın Birliği. İstanbul.

32- Öztürk, M.O. (1994). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği. İstanbul.

33- Sağduyu, A., Erten, Y. (1998). Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. Türk Psikiyatri Dergisi. 9(1). 13-22.

34- Savaşır, I., Boyacıoğlu, G., Kabakçı, E. (1998). Bilişsel-davranışçı terapiler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. No. 7. Ankara.

35- Savaşır, I., Şahin, N.H. (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. No. 9. Ankara.

36- Shidler, N.R., Peterson, R.A., Kimmel, P.L. (1998). Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. American Journal of Kidney Disease. Vol. 32(4). 557-566.

37- Smith, T.W., O'Keeffe, J.L., Christensen, A.J. (1994). Cognitive distortion and depression in cronic pain: Association with diagnosed disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 62. No.1. 195-198.

38- Smith, M.D., Hong, B.A., Robson, A.M. (1985). Diagnosis of depression in patients with ESRD. The American Journal of Medicine. Vol. 79. 160-166.

39- Sofuoğlu, S. (1997). Psikiyatrik sorunlar. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. 122-124.

40- Szanto, K., Conwell, Y., Begley, A.E., Houck, P. (1998). High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. Journal of American Geriatric Soc. Vol. 46(11). 1401-1406.

41- Şemin, R.U. (1992). Gençlik Psikolojisi. Remzi Kitabevi. İstanbul.

42- Tanaka, K., Morimoto, N., Tashiro, N., Hori, K., Fujimi, S. (1999). The features of psychological problems and their significance in patients on hemodialysis with reference to social and somatic factors. Clinical Nephrology. Vol. 51(3). 161-176.

43- Young, M.A., Fogg, L.F., Akiskal, H., Maser, J. (1996). Stable trait components of hopelessness: Baseline and sensivity to depression. Journal of Abnormal Psychology. Vol. 105. No. 2. 155-165.

VIII - EKLER

EK –A
Hasta Görüşme Çizelgesi

Adı Soyadı : **Tarih :**
Cinsiyeti :
Doğum Tarihi :
Doğum Yeri :
İl ( ) İlçe ( ) Bucak ( ) Köy ( ) Yurtdışı ( )
Şu ana kadar yaşamında çoğunlukla yaşadığı yer :
Üç büyük şehir ( ) Büyük şehir ( ) Şehir ( ) Kasaba ( ) Köy ( ) Yurtdışı ( )
Medeni Durumu :
Bekar ( ) Evli ( ) Beraber yaşıyor ( ) Ayrı yaşıyor ( ) Boşanmış ( ) Dul ( )
Çocuklar :
Hayır ( ) Evet ( )..... tane
Eğitim Düzeyi :
Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Yüksek okul ( ) Üniversite ( )Üniversite üstü ( )
Kardeş Sayısı :
Yok ( ) 1-2 kardeş ( ) 3-4 kardeş ( ) 5> kardeş ( )
Mesleği :
İşsiz ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Ev hanımı ( ) Öğrenci ( ) Esnaf ( ) Yönetici ( )
Serbest meslek ( ).....Emekli ( ).....Diğer ( ).....
Ailenin Toplam Aylık Gelir Düzeyi :
0-30 milyon ( ) 30-60 milyon ( ) 60-100 milyon ( ) 100-200 milyon ( ) 200 milyon üstü ( )
Ekonomik Durum :
Çok iyi ( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( ) Çok kötü ( )
Sosyal Güvence :
Emekli sandığı ( ) SSK ( ) Bağ-kur ( ) Özel sigorta ( ) Yok ( )
Klinik Tanı :

Hastalık Süresi :

Hastalık Tanısı Hakkında Bilgi Düzeyi :
Biliyor ( ) Kısmi biliyor ( ) Bilgisi yok ( ) Yanlış biliyor ( )
Hastalık Hakkında Bilgi (Dosya Bilgisi) :

Uygulanan Tedaviler :
Cerrahi ( )
Diyaliz ( )
Farmakoterapi ( )

Ailede benzer hastalığa yakalanmış kişiler var mı ?
Hayır ( ) Evet ( ).....
Geçirdiği başka hastalık veya ameliyat var mı ?
Hayır ( ) Evet ( ).....
Geçirdiği ruhsal hastalık var mı ?
Hayır ( ) Evet ( ).....
Ruhsal Tedavi :
Yok ( ) Yatarak ( ) İlaç ( ) E.K.T ( ) Psikoterapi ( ) Diğer ( ).....
Ailede ruhsal hastalık geçirmiş kişiler var mı ?
Hayır ( ) Evet ( ).....

EK - B
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçtiğiniz cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız. Bir grupta, durumunuzu tanımlayan birden fazla cümle varsa, her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Seçiminizi yapmadan her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

A. 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B. 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
1 Gelecek hakkında karamsarım.
2 Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
3 Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C. 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1 Çevremdeki birçok kimseden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2 Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

D. 0 Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1 Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3 Her şeyden sıkılıyorum.

E. 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F. 0 Kendimden memnunum.
1 Kendi kendimden pek memnun değilim.
2 Kendime çok kızıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.

G. 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1 Zayıf yanlarım ya da hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3 Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

H. 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
2 Kendimi öldürmek isterdim.
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

I. 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2 Çoğu zaman ağlıyorum.
3 Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

J. 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1 Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2 Şimdi hep sinirliyim.
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

K. 0 Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1 Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak,görüşmek istiyorum.
2 Başkaları ile konuşma, görüşme isteğimi kaybettim.
3 Hiç kimseyle konuşmak,görüşmek istemiyorum.

L. 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3 Artık hiç karar veremiyorum.

M. 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3 Kendimi çok çirkin buluyorum.

N. 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1 Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
2 Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3 Hiçbir şey yapamıyorum.

O. 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1 Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

P. 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1 Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2 Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

R. 0 İştahım her zamanki gibi iyi.
1 İştahım eskisi kadar iyi değil.
2 İştahım çok azaldı.
3 Artık hiç iştahım yok.

S. 0 Son zamanlarda kilo vermedim.
1 İki kilodan fazla kilo verdim.
2 Dört kilodan fazla kilo verdim.
3 Altı kilodan fazla kilo verdim.
( ) Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum.
( ) Daha az yiyerek kilo vermeye çalışmıyorum.

T. 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3 Sağlığım hakkında o kadar endişeleniyorum ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

U. 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3 Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

V. 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1 Cezalandırılabileceğimi seziyorum.
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum.

EK – C

OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ (ODÖ)

Aşağıda, kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncenin sizin aklınıza ne sıklıkta geldiğini işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve uygun numarayı aşağıda belirtildiği şekilde işaretleyiniz.

1- Hiçbir zaman
2- Bazen
3- Oldukça sık
4- Sık sık
5- Her zaman

1-Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor.	1	2	3	4	5
2-Ben hiçbir işe yaramam.	1	2	3	4	5
3-Neden hiç başarılı olamıyorum?	1	2	3	4	5
4-Beni hiç kimse anlamıyor.	1	2	3	4	5
5-Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu.	1	2	3	4	5
6-Devam edebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5
7-Keşke daha iyi bir insan olsaydım.	1	2	3	4	5
8-Öyle güçsüzüm ki.	1	2	3	4	5
9-Hayatım istediğim gibi gitmiyor.	1	2	3	4	5
10-Kendimi düş kırıklığına uğrattım.	1	2	3	4	5
11-Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı.	1	2	3	4	5
12-Artık dayanamayacağım.	1	2	3	4	5
13-Bir türlü harekete geçemiyorum.	1	2	3	4	5
14-Neyim var benim?	1	2	3	4	5
15-Keşke başka bir yerde olsaydım.	1	2	3	4	5
16-Hiçbir şeyi toparlayamıyorum.	1	2	3	4	5
17-Kendimden nefret ediyorum.	1	2	3	4	5
18-Değersiz bir insanım.	1	2	3	4	5
19-Keşke birden yok olabilseydim.	1	2	3	4	5
20-Ne zorum var benim?	1	2	3	4	5
21-Her şeyde kaybetmeye mahkumum.	1	2	3	4	5
22-Hayatım karmakarışık.	1	2	3	4	5
23-Başarısızım.	1	2	3	4	5
24-Hiçbir zaman başarılı olamayacağım.	1	2	3	4	5
25-Öyle çaresiz hissediyorum ki.	1	2	3	4	5
26-Bir şeyler değişmek zorunda.	1	2	3	4	5
27-Bende bir bozukluk olmalı.	1	2	3	4	5
28-Geleceğim kasvetli.	1	2	3	4	5
29-Hiç değmez.	1	2	3	4	5
30-Hiçbir şeyi değiştiremiyorum.	1	2	3	4	5

EK – D

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ (BUÖ)

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise "Evet", uygun değil ise "Hayır" ifadesini işaretleyiniz.

Sizin için uygun mu ?

EVET HAYIR

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

EK – E

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ (SKE)

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

	Hayır	Biraz	Çok	Her zaman
21- Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22- Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23- Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24- Başkaları kadar mutlu olmak istedim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25- Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
26- Kendimi dinlenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27- Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28- Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29- Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30- Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31- Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32- Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33- Genellikle kendimi emniyette hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34- Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35- Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36- Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37- Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38- Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39- Aklı başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40- Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ