



Orjinal Makale

Kronik böbrek hastalarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi

Elif Ok,¹ Özlem Işıl²

¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Özet

Amaç: Bu araştırma; kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarının ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini, İstanbul'da bulunan bir eğitim araştırma hastanesinin "Nefroloji ve Hipertansiyon" biriminde yatarak veya ayaktan tedavi olan 800 KBY tanısı almış hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise %95 güven, %90 güçle araştırma kriterlerine uyan 120 kronik böbrek hastası oluşturmuştur. Araştırma verileri; Ocak-Haziran 2007 tarihleri arasında araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan "Bilgi Formu" ve 53 maddeden oluşan Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %52.5'i erkek, yaş ortalaması 55.61±17.40 yıl, ortalama tedavi görme süresi 85.31±81.04 aydır. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre; kadınların, sosyal güvencesi olmayanların, medeni durumu eşinden ayrılmış olanların, hastalıktan sonra aile ilişkileri zayıflayanların ruhsal belirti indekslerinde puan ortalamaları yüksek bulunmuş ve ruhsal belirti bölümlerinin en az birinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Hastalık süresince beden imajı ve benlik saygısı, hastalığa bağlı cinsel sorunlar, sosyal çevreden uzak kalma ve hastaneye bağımlı olma gibi sorunlardan etkilenenlerin ruhsal belirti indekslerinde puan ortalamaları yüksek bulunmuş ve çeşitli ruhsal belirtilerde istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Bununla birlikte; hastalığını kabullenmeyen, hastalığıyla ilgili bilgi almayan ve yalnızlık duygusu yaşayanların ruhsal belirtilerinde puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Araştırma sonuçlarına göre; hemodiyaliz, periton diyalizi uygulanan veya diyaliz tedavisine başlamamış olan hastaların ruhsal belirtilerinde farklılık bulunmamıştır. Özellikle aile ve sosyal çevresinden zayıf destek alan, yalnızlık duyguları yaşayan ve sosyal güvencesi olmayan hastaların ruhsal belirtileri patolojik olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hastalara KBY tanısı koyulması ile birlikte ruhsal değerlendirmelere de başlanması, hastalık ve tedavi sürecinde "hasta ve ailesinin" birlikte bilgilendirilip değerlendirilmesi ve riskli olarak saptanan hastaların, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi tarafından değerlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresi; kronik böbrek hastalığı; psikiyatrik belirti; ruhsal durum.

Kronik hastalıklar içinde özel bir yeri olan kronik böbrek yetmezliği (KBY); kronik renal veya sistemik hastalıklara bağlı olarak böbrek fonksiyonlarının sürekli, yavaş yavaş ve geri dönüşümsüz olarak düşmesidir. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) aşamasında bireyler; hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve transplantasyon tedavi seçeneklerinden biri ile yaşamlarını sürdürmek durumundadır.^[1,2] Günümüzde, dünya çapında 2 milyondan fazla insan SDBY sebebiyle diyaliz tedavisi

veya transplantasyon ile yaşamını idame ettirmektedir.^[3] Ülkemizde ise, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği ortak raporu (2017) verilerine göre, SDBY tedavisi alan hastaların; %76.12'sine HD, %4.71'ine PD ve %19.17'sine böbrek transplantasyonu uygulanmakta olup; 56 687 HD ve 3 508 PD hastası bulunmakta ve yine 2016 yılı sonu itibarıyla 14 208 hasta, fonksiyone böbrek greftiyle yaşamını sürdürmektedir.^[4] Ülkemizde ve dünyada SDBY tedavisinde en fazla HD uygulanmaktadır.^[4,5]

İletişim: Elif Ok, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Turkey

Tel: +90 216 500 41 61 **E-posta:** elifok7@gmail.com **ORCID:** 0000-0003-4342-4965

Geliş Tarihi: 29.05.2018 **Kabul Tarihi:** 04.01.2019 **Online Yayınlanma Tarihi:** 31.07.2019

©Copyright 2019 Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Çevrimiçi: www.phdergi.org



Konu hakkında bilinenler nedir?

- Kronik böbrek yetmezliğine bağlı olarak diyaliz tedavisi ile yaşamını sürdüren hastalarda ruhsal belirti ve bozukluk yaygınlığının artmış olduğu belirlenmiştir.

Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

- Bu çalışma ile hemodiyaliz, periton diyalizi ve diyaliz tedavisine başlamış (ilaç ve diyet tedavisi alan) kronik böbrek hastalarının ruhsal belirtileri arasında fark olmadığı saptandı. Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri, hastalığa bağlı algıladıkları sorunlar, hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşlerine ek olarak hastalıkla ilgili bilgi alma durumunun ruhsal durumlarını etkilediği belirlendi.

Uygulamaya katkısı nedir?

- Bu çalışmanın sonuçları, KBY tanısıyla birlikte hastalar için psikososyal değerlendirmelerin de başlaması, psikososyal değerlendirmeler yapılırken; özellikle sosyal destek sistemleri, sosyal güvence gibi sosyodemografik veriler ve hastaların hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşlerinin de ele alınması gerektiğini göstermektedir.

SDBY tedavisinde, bireyler yaşamlarını sürdürebilmek için bir makineye ve/veya işleme bağımlı olma zorunluluğu ile karşı karşıya kalmaktadır. Ek olarak; belirli bir diyet, sıvı kısıtlaması, düzenli ilaç kullanımı, tedavinin gün içinde uzun zaman alması, tedaviye bağlı fiziksel görünümde değişimler ve cinsel sorunlar gündeme gelmektedir.^[6,7] Bu durum; bireylerde iş kaybı, sağlığın kaybı, gelir kaybı, beden imajı ve kendine güven kaybı ile ortaya çıkan psikososyal sorunlara yol açmaktadır.^[8] Hastalar, kısıtlayıcı bu tedavi şekillerine bağlı olarak uyum güçlüklerinin yanı sıra bağımlılık ve ölüm kavramlarıyla da yüzleşmektedirler.^[7,9] Yapılan çalışmalarda diyaliz hastalarında ruhsal bozuklukların yaygınlığının artmış olduğu belirlenmiş olup depresif bozukluk oranlarının %22.6 ile %54.1 arasında değiştiği; anksiyete bozukluğu oranlarının da benzer olduğu bulunmuştur.^[10-12] Yine hastaların %21.5'inde intihar düşüncesi varlığı saptanmıştır.^[13] Başka bir çalışmada SDBY hastalarında %46.6 oranında psikiyatrik bozukluk olduğu bulunmuştur.^[14] Cukor ve ark.nın^[15] (2014) SDBY hastalarında yaptığı çalışmada ise ruhsal bozukluk varlığının, hastaların yaşam kalitesi ve tedaviye uyumunu düşürdüğü; morbidite, mortalite ve tedavi maliyetini ise artırdığı bildirilmiştir.

Diyaliz hastalarında görülen ruhsal bozukluklara etki eden faktörler arasında hastalık ve tedavi şekli de yer almaktadır.^[12-14] Literatürde, SDBY hastalarına uygulanan diyaliz şekline (HD veya PD) göre ruhsal bozuklukların yaygınlığı arasında fark olup olmadığını araştıran çalışmalar olmakla birlikte, henüz diyaliz tedavisine başlamamış hasta grubuyla diyaliz grubunu karşılaştıran çalışma bulunmamaktadır.

Bu araştırma; KBY'ye bağlı ilaç ve diyet tedavisi alan hasta grubuyla diyaliz tedavisi alan hasta grubunun ruhsal durumlarının karşılaştırılması ve KBY hastalarında ruhsal durumu etkileyebilecek sosyodemografik özellikler, hastalığa bağlı algılanan sorunlar ve hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Bu çalışmadan elde edilen veriler, ruhsal bozukluklar açısından riskli bireylerin erken saptanması ve tedavi için gerekli birimleri yönlendirmesine yardımcı olacaktır. Özellikle, kronik hastalığı olan bireyin ve ailesinin kendi öz yeterliliklerini arttırmaları-

na yardımcı olmadaki^[16] fiziksel ve psikososyal olarak hastaları değerlendirmede, riskleri saptayarak, koruyucu ve rehabilite edici aktiviteleri düzenlemede^[17] hemşirelerin kilit bir rolde olacağı düşünülmüştür.

Gereç ve Yöntem**Araştırma Tipi**

Araştırma tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Şubat 2007–Haziran 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini bir eğitim araştırma hastanesinin Nefroloji ve Hipertansiyon servisinde yatarak veya ayaktan tedavi olan 800 KBY tanısı almış hasta oluşturmuştur.

Örneklemini ise; 800 hastadan $n = Nt2pq/d2$ ($N-1$)+ $t2pq$ formülü ile hesaplanarak %95 güven %90 güçle, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, evreni temsil edebilme yeteneğine sahip 120 KBY tanısı olan hasta oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Kronik böbrek hastalığı tanısı olup diyaliz tedavisine başlamamış olmak veya diyaliz tedavilerinden birine devam ediyor olmak,
- On sekiz yaş ve üzerinde olmak,
- Psikiyatrik bir tanı almamış olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek.

Veri Toplama Araçları

Kronik böbrek hastalarının sosyodemografik, ailesel, hastalık ve tedavisi ile ilgili özelliklerinin elde edilmesine yönelik "Bilgi Formu" ve hastaların ruhsal durumlarının değerlendirilmesine yönelik "Kısa Semptom Envanteri" (KSE) kullanılarak veriler toplanmıştır. Bilgi formu ve KSE hastalarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatüre dayandırılarak oluşturulmuş ve uzman görüşüne sunulmuştur. Bilgi Formu; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi gibi sosyodemografik değişkenler ile hastalığın tedavi şeklini, hastalığa bağlı yaşanan zorlukları, tedavi süreciyle ilgili duygusal tepkileri, hastalığa bağlı aile ilişkilerinin nasıl etkilendiğini değerlendirmeyi amaçlayan açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır.

KSE: KSE, Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş 90 maddelik bir ölçek olan Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) maddeleri arasından seçilmiş, toplam 53 maddeden oluşan, 0-4 arası puanlanan, Likert tipi bir ölçektir. Ölçek, çeşitli psikolojik belirtileri belirlemek amacıyla kullanılmakta ve Somatizasyon (S), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Kişilerarası Duyarlılık (KD), Depresyon (D), Anksiyete Bozukluğu (AB), Hostilite (H), Fobik

Anksiyete (FA), Paranoid Düşünce (PD) ve Psikotizm (P) olmak üzere 9 alt ölçekten oluşmaktadır. Ek maddeler (EM) içerisinde yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm düşünceleri ve suçluluk duygularıyla ilgili maddeler vardır. Ruhsal belirtilerin patolojik düzeyde olup olmadıkları ölçeğin "Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi"ne (RCİ) göre değerlendirilmektedir. RCİ puanının 1.0'ın üzerinde olması psikopatolojik durum varlığını, 1.0'ın altında olması belirtilerin patolojik düzeyde olmadığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Nesrin Hisli Şahin ve Ayşegül Durak^[18] (1994) tarafından yapılmıştır. Türkçeye uyarlanmış ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.71 ve 0.85 aralığındadır.

Mevcut çalışmada ise Cronbach Alpha katsayısı 0.93 olarak bulundu. Alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0.41 ile 0.84 arasında değişmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verileri çalışmanın yapıldığı gruba ait olup genelleme yapılamaz. Araştırmanın tek bir hastanede yürütülmüş ve hastaların kesitsel olarak değerlendirilmiş olması diğer sınırlılıklardır.

İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada elde edilen bulgular bilgisayar ortamında değerlendirilmiş olup istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 13.0 programı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirme aşamasında, istatistik uzmanı ile birlikte çalışılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (Frekans sayımı, yüzdeler) yanı sıra hastaların çeşitli dağılımlarının istatistiksel anlamlılığı normal dağılımı test edildikten sonra ANOVA (post hoc: Bonferroni), t test, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçek güvenilirliği için Cronbach alpha katsayısı kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

İzinler

Çalışmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı kurumdan 10.01.2007 tarih ve 530-8-07 numaralı izin alınmıştır. Deneysel bir araştırma olmadığından etik kurul izni alınması istenmemiştir.

Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 55.61 ± 17.40 'tır. Tedavi süreleri 1 ile 360 ay arasında değişmekte olup, ortalama süre 85.31 ± 81.04 aydır. Hastaların %52.5'i erkek, %67.5'i evli, %33.3'ü ilköğretim mezunu, %41.7'si emekli ve %5.8'inin sosyal güvencesi yoktur. Gelir düzeyini %42.5'i kısmen yeterli olarak ifade etmiştir.

Hastaların %40'ı eşi ve çocuklarıyla, %6.7'si bakım veren biri ile yaşamakta olup, %51.7'sinde başka bir kronik hastalık mevcuttur. Hastaların %20'si KBY'ye bağlı ilaç ve diyet tedavisi alırken (diyaliz gerektirmeyen ancak ilaç ve diyetle takip edilen, KBY evre 1-4 arası), %65.8'i hemodiyaliz ve %14.2'si periton diyalizi tedavisi almaktadır.

Çalışma grubundaki hastaların hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşleri incelenmiştir. Buna göre; hastaların hastalık sürecinde en çok zorlandıkları konuların; sıvı alımının düzenlenmesi (%33.03), diyete uyum (%32.16), ilaç kullanımı (%20.53) ve yalnızlık (%14.28) ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Buna karşın, başa çıkma (%48.27), sosyal güvence (%37.06), destek sistemleri (%11.20) ve bilgi birikimi (%3.44) hastalık sürecini olumlu yönde etkileyen faktörler olarak saptanmıştır. Ayrıca hastaların %60.83'ünün hastalık hakkında bilgi aldığı ve %72.5'inin hastalığını kabullendiği belirlenmiştir.

Hastaların KSE ve alt ölçeklerinden aldığı ortalama puanlar Tablo 1'de verildi. Bu doğrultuda, KSE puanlarının orta düzeye yakın olduğu belirlendi.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve ruhsal belirti puanları analizi Tablo 2'de verildi. Buna göre; hastaların KBY'ye bağlı aldığı tedavi şekli, yaş grupları, çalışma durumu, gelir düzeyi ve başka bir kronik hastalık varlığına göre gruplar arasında ruhsal

Tablo 1. Kısa Semptom Envanteri puan ortalamaları ve beklenen değerler

Ruhsal belirtiler	Puan ortalamaları	Beklenen değerler	
	Ortlama±Standart sapma	Minimum	Maksimum
Somatizasyon	0.98±0.73	0	4
Obsesif kompulsif bozukluk	0.85±0.72	0	4
Kişilerarası duyarlılık	0.69±0.66	0	4
Depresyon	0.76±0.73	0	4
Anksiyete	0.63±0.65	0	4
Hostilite	0.85±0.72	0	4
Fobik anksiyete	0.4±0.54	0	4
Paranoid düşünce	0.72±0.62	0	4
Psikotizm	0.47±0.55	0	4
Ek maddeler	0.58±0.52	0	4
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0.73±0.5	0	4

Tablo 2. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve ruhsal belirti puanları analizi

	Ruhsal belirtiler											
	S	OKB	KAD	D	A	H	FA	PD	P	EM	RCI	
Cinsiyet												
Kadın	1.07±0.82	0.94±0.79	0.81±0.73	0.88±0.78	0.72±0.66	0.94±0.79	0.49±0.56	0.75±0.69	0.4±0.54	0.65±0.56	0.8±0.54	
Erkek	0.9±0.64	0.77±0.65	0.57±0.58	0.65±0.66	0.56±0.64	0.77±0.65	0.33±0.52	0.69±0.56	0.53±0.56	0.51±0.47	0.67±0.46	
t	1.50	1.76	4.07*	2.97	1.81	1.76	2.64	0.34	1.61	2.07	2.07	
Medeni durum												
Evlü	0.94±0.71	0.74±0.64	0.63±0.61	0.68±0.68	0.59±0.65	0.74±0.64	0.38±0.52	0.69±0.6	0.42±0.5	0.55±0.52	0.68±0.48	
Bekar	0.79±0.63	1.05±0.92	0.65±0.63	0.83±0.82	0.57±0.54	1.05±0.92	0.22±0.34	0.63±0.43	0.5±0.71	0.41±0.33	0.7±0.47	
Ayrılmış	1.41±1.13	1.02±0.79	1.14±1.21	1.08±0.99	0.74±0.65	1.02±0.79	0.63±0.8	1.33±0.98	0.5±0.6	0.81±0.68	1.02±0.8	
Eşi ölmüş	1.26±0.66	1.13±0.77	0.83±0.58	0.97±0.7	0.89±0.82	1.13±0.77	0.64±0.69	0.69±0.67	0.59±0.62	0.8±0.54	0.92±0.49	
KW	1.99	1.93	1.58	1.24	0.93	1.93	2.06	2.56	0.75	2.07	1.77	
Aile ilişkileri												
Güçlü	1.14±0.81	0.89±0.74	0.52±0.48	0.8±0.74	0.65±0.65	0.89±0.74	0.38±0.6	0.82±0.64	0.34±0.34	0.54±0.5	0.76±0.49	
Zayıf	1.36±0.85	1.06±0.83	1.15±1	1.16±0.84	0.8±0.68	1.06±0.83	0.71±0.87	0.83±0.83	0.89±0.85	0.8±0.71	1±0.63	
Değişmedi	0.84±0.65	0.76±0.64	0.68±0.64	0.63±0.63	0.57±0.63	0.76±0.64	0.35±0.44	0.61±0.56	0.45±0.56	0.55±0.5	0.65±0.46	
F	2.52	2.02	2.95*	4*	1.31	2.02	1.69	2.93*	3.48*	1.08	3.07*	
Sosyal güvence												
Yok	1.29±0.82	1.19±1.06	0.62±0.71	1.45±1.1	1.23±1.02	1.19±1.06	0.57±1.08	0.83±0.65	0.64±0.59	0.52±0.53	1.02±0.77	
Var	0.96±0.66	0.74±0.59	0.64±0.58	0.64±0.63	0.57±0.63	0.74±0.59	0.37±0.44	0.68±0.64	0.37±0.46	0.53±0.51	0.66±0.45	
t	1.56	1.95	1.76	4.85*	2.95	1.55	1.62	2.05	2.65	1.45	2.97	

*p<0.05; **p<0.01. S: Somatizasyon; OKB: Obsesif kompulsif bozukluk; KAD: Kişilerarası duyarlılık; D: Depresyon; A: Anksiyete; H: Hostilitte; FA: Fobik anksiyete; PD: Paranoid düşünce; P: Psikotizm; EM: Ek kaddeler; RCI: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi.

belirti puanları açısından fark bulunmadı. Kadınların, hastalıktan sonra aile ilişkileri zayıflayanların, sosyal güvencesi olmayanların ruhsal belirti bölümlerinin en az birinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Hastaların hastalığa bağlı algıladıkları sorunlar ile ruhsal belirti puanları analizi Tablo 3'te verildi. Buna göre; hastalık süresince beden imajı ve benlik saygısı, sosyal çevreden uzak kalma, hastaneye bağımlı olma ve hastalığa bağlı cinsel sorunlardan etkilenenlerin ruhsal belirti puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Tablo 4'te görüldüğü üzere, hastalığını kabullenmediğini ifade eden, hastalık sürecinde en çok zorlandığı konuyu yalnızlık olarak değerlendiren ve hastalığıyla ilgili bilgi almamış olanların ruhsal belirti bölümlerinin en az birinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Ayrıca, eşinden ayrılmış olanların, hastalıktan sonra aile ilişkileri zayıflayanların, sosyal güvencesi olmayanların ve hastalık süresince sosyal çevreden uzak kaldığını düşünenlerinin RCI'ye göre ruhsal belirti puanları psikopatolojik düzeyde belirlendi (Tablo 2 ve Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışmada HD, PD ve ilaç ve diyet tedavisi alan hasta grubunun ruhsal durumları arasında farklılık olmadığı sonucuna varıldı. Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri, hastalığa bağlı algıladıkları sorunlar ve hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşlerine ek olarak hastalıkla ilgili bilgi alma durumunun ruhsal durumlarını etkilediği belirlendi.

Çalışma grubundaki hastaların çoğu erkekti ve SDBY aşamasında olanların tedavi seçimi çoğunlukla HD idi. Bu sonuç, her yıl ülke genelinden toplanıp yayınlanan veriler ile paralellik göstermektedir.^[4]

KSE'den alınan ortalama puanların yüksekliği bireydeki psikiyatrik belirtilerin artmış olduğunu gösterip; bu çalışmada hastaların KSE puan ortalamaları düşük-orta düzeyde bulundu. Bu durumun, çalışmanın yapıldığı tarihlerde, sadece askeri hastane olarak hizmet veren bu hastaneye başvuran hastaların sosyokültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünüldü.

KBY'ye bağlı alınan tedavi şekline göre; HD, PD veya ilaç ve diyet tedavisi alan has-

Tablo 3. Hastaların hastalığa bağlı algıladıkları sorunlar ve ruhsal belirti analizleri

Hastalığa bağlı algılanan sorunlar	Ruhsal belirtiler											
	S	OKB	KAD	D	A	H	FA	PD	P	EM	RCI	
Fiziksel sorunlar												
Var (n=80)	1.06±0.78	0.82±0.68	0.69±0.68	0.76±0.69	0.62±0.64	0.82±0.68	0.46±0.59	0.72±0.65	0.43±0.5	0.6±0.53	0.74±0.51	
Yok (n=40)	0.83±0.59	0.91±0.8	0.68±0.64	0.76±0.8	0.66±0.68	0.91±0.8	0.29±0.41	0.72±0.57	0.55±0.64	0.53±0.49	0.71±0.5	
t	1.68	-0.67	0.03	0	-0.28	-0.67	1.7	0.03	-1.11	0.75	0.36	
Diyet ve sıvı kısıtlaması												
Var (n=55)	1.11±0.83	0.96±0.69	0.74±0.77	0.74±0.7	0.65±0.59	0.96±0.69	0.42±0.54	0.84±0.63	0.51±0.6	0.65±0.57	0.8±0.5	
Yok (n=65)	0.87±0.61	0.76±0.74	0.64±0.55	0.78±0.75	0.61±0.71	0.76±0.74	0.39±0.55	0.62±0.6	0.44±0.51	0.51±0.47	0.67±0.5	
t	1.85	1.56	0.81	-0.25	0.35	1.56	0.34	1.85	0.69	1.44	1.49	
Beden imajı benlik saygısı												
Var (n=33)	1.06±0.84	1.1±0.75	0.71±0.84	0.95±0.68	0.72±0.75	1.1±0.75	0.44±0.66	0.79±0.68	0.58±0.7	0.75±0.55	0.85±0.58	
Yok (n=87)	0.95±0.69	0.76±0.69	0.68±0.59	0.69±0.73	0.6±0.62	0.76±0.69	0.39±0.5	0.69±0.6	0.43±0.49	0.51±0.49	0.68±0.47	
t	0.72	2.35*	0.21	1.76	0.86	2.35*	0.48	0.8	1.28	2.36*	1.71	
Sosyal çevreden uzak kalma												
Var (n=25)	1.25±0.97	1.33±0.82	0.83±0.97	1.09±0.87	0.82±0.83	1.33±0.82	0.52±0.76	0.88±0.72	0.69±0.7	0.87±0.58	1.01±0.68	
Yok (n=95)	0.91±0.64	0.72±0.64	0.65±0.56	0.68±0.66	0.58±0.59	0.72±0.64	0.37±0.47	0.68±0.59	0.41±0.5	0.5±0.48	0.66±0.42	
t	2.11*	3.94**	1.19	2.58*	1.67	3.94**	1.21	1.46	2.26*	3.29**	3.21**	
Hastaneye bağımlı olma												
Var (n=53)	1.06±0.88	1.06±0.74	0.69±0.75	0.84±0.78	0.71±0.69	1.06±0.74	0.42±0.63	0.75±0.59	0.59±0.68	0.61±0.52	0.82±0.54	
Yok (n=67)	0.92±0.58	0.68±0.66	0.69±0.59	0.7±0.68	0.57±0.62	0.68±0.66	0.39±0.47	0.7±0.65	0.37±0.41	0.55±0.52	0.66±0.47	
t	1	2.93**	-0.01	1.04	1.16	2.93**	0.28	0.45	2.2*	0.66	1.7	
Cinsel sorunlar												
Var (n=18)	1.02±0.86	1.19±0.88	0.85±0.61	1.01±0.83	0.91±0.82	1.19±0.88	0.5±0.69	0.81±0.62	0.57±0.59	0.69±0.46	0.9±0.53	
Yok (n=102)	0.98±0.71	0.79±0.67	0.66±0.67	0.72±0.7	0.58±0.61	0.79±0.67	0.39±0.52	0.7±0.62	0.45±0.55	0.55±0.53	0.7±0.49	
t	0.21	2.24*	1.15	1.58	1.99*	2.24*	0.82	0.64	0.82	1.06	1.59	

*p<0.05, **p<0.01. S: Somatizasyon; OKB: Obsesif kompulsif bozukluk; KAD: Kişilerarası duyarlılık; D: Depresyon; A: Anksiyete; H: Hostilitte; FA: Fobik anksiyete; PD: Paranoid düşünce; P: Psikotizm; EM: Ek kaddeler; RCI: Rahatsızlık Ciddiyeti indeksi.

Tablo 4. Hastaların hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşleri ile ruhsal belirti puanları analizi

		Ruhsal belirtiler										
Hastalık sürecinde en çok zorlanan konular		S	OKB	KAD	D	A	H	FA	PD	P	EM	RCI
Diyete uyum (n=36)		0.93±0.58	0.84±0.63	0.56±0.46	0.73±0.74	0.59±0.49	0.84±0.63	0.3±0.34	0.71±0.58	0.45±0.52	0.52±0.47	0.69±0.41
Sıvı kısıtlamasına uyum (n=37)		1.1±0.87	0.91±0.78	0.88±0.85	0.87±0.79	0.73±0.73	0.91±0.78	0.5±0.63	0.82±0.73	0.51±0.55	0.69±0.55	0.85±0.6
İlaç kullanımı (n=23)		0.75±0.56	0.73±0.7	0.45±0.41	0.5±0.49	0.42±0.56	0.73±0.7	0.21±0.38	0.6±0.54	0.26±0.26	0.42±0.37	0.52±0.36
Yalnızlık (n=16)		0.96±0.7	1.07±0.88	1.02±0.75	1.15±0.71	0.84±0.82	1.07±0.88	0.65±0.74	0.77±0.66	0.78±0.83	0.71±0.64	0.89±0.56
F		1.21	0.74	3.98*	2.87*	1.74	0.74	3.11*	0.58	2.95*	1.84	2.7*
Hastalık sürecini olumlu etkileyen faktörler												
Baş ağrısı (n=56)		0.85±0.68	0.84±0.79	0.64±0.7	0.68±0.68	0.55±0.6	0.84±0.79	0.4±0.5	0.71±0.67	0.42±0.55	0.46±0.47	0.67±0.51
Destek sistemleri (n=13)		1.18±0.92	1.06±0.84	0.85±0.94	0.89±0.71	0.72±0.74	1.06±0.84	0.31±0.44	0.63±0.56	0.63±0.85	0.76±0.68	0.83±0.6
Bilgi birikimi (n=4)		0.71±0.2	1.04±0.6	0.58±0.32	0.89±1.07	0.45±0.3	1.04±0.6	0.35±0.34	0.75±0.42	0.69±0.52	1.04±0.42	0.83±0.4
Sosyal güvence (n=43)		1.04±0.68	0.75±0.55	0.68±0.53	0.79±0.72	0.69±0.68	0.75±0.55	0.39±0.61	0.77±0.61	0.46±0.45	0.61±0.48	0.74±0.46
F		1.2	0.75	0.36	0.48	0.57	0.75	0.11	0.18	0.72	2.68	0.47
Bilgi alma durumu												
Evet (n=73)		0.96±0.8	0.76±0.69	0.64±0.64	0.62±0.66	0.57±0.61	0.76±0.69	0.36±0.55	0.65±0.58	0.4±0.49	0.56±0.53	0.67±0.48
Hayır (n=14)		1.12±0.73	1.12±0.68	0.95±0.89	1.97±0.64	0.84±1.03	1.12±0.68	0.67±0.8	1±0.7	0.79±0.79	0.71±0.6	0.95±0.65
Kısmen (n=33)		0.97±0.57	0.92±0.79	0.68±0.6	0.97±0.83	0.68±0.55	0.92±0.79	0.38±0.36	0.76±0.66	0.48±0.55	0.57±0.46	0.77±0.47
F		0.29	1.68	1.32	3.43*	1.14	1.68	1.97	2.05	2.88	0.59	2.07
Hastalığı kabullenme durumu												
Evet (n=87)		0.97±0.71	0.84±0.72	0.64±0.56	0.69±0.68	0.59±0.65	0.84±0.72	0.38±0.52	0.71±0.59	0.41±0.48	0.54±0.47	0.7±0.48
Hayır (n=10)		0.71±0.66	0.87±0.91	0.87±1.03	0.96±0.89	0.52±0.77	0.87±0.91	0.36±0.5	0.75±0.78	0.93±0.95	0.43±0.63	0.73±0.66
Kısmen (n=23)		1.16±0.8	0.87±0.66	0.77±0.82	0.93±0.8	0.83±0.62	0.87±0.66	0.52±0.65	0.75±0.69	0.49±0.52	0.76±0.61	0.83±0.52
F		1.4	0.02	0.72	1.33	1.32	0.02	0.67	0.05	4.01*	2.07	0.62

*p<0.05, **p<0.01. S: Somatizasyon; OKB: Obsesif kompulsif bozukluk; KAD: Kişilerarası duyarlılık; D: Depresyon; A: Anksiyete; H: Hostilitte; FA: Fobik anksiyete; PD: Paranoid düşünce; P: Psikotizm; EM: Ek kaddeler; RCI: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi.

taların KSE puan ortalamaları arasında farklılık saptanmadı. HD ve PD tedavisi uygulanan hastaların psikososyal durumlarını karşılaştıran çalışmalarda gruplar arasında fark bulan^[19,20] ve bulmayan çalışmalar^[21-23] mevcuttur. Bu konuda çalışma sonuçları çelişkili olmakla birlikte, kullanılan ölçüm araçları ve değerlendirme yöntemlerinde farklılıklar mevcuttur. Ek olarak, ilaç ve diyet tedavisi alan hasta grubuyla diyaliz grubunu karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak bizim çalışma sonucumuz doğrultusunda; KBY tanısıyla birlikte, hastalar için psikososyal değerlendirmelerin de başlaması gerektiği düşünülmüştür.

Mevcut çalışmada, aile ilişkilerinde zayıflama, eşinden ayrılma, sosyal çevreden uzaklaşma, hastaneye bağımlı olma, yalnızlık duyguları ve cinsel sorunlar yaşadığını ifade eden hastaların ruhsal belirti puanları birçok alt boyutta daha yüksek olup anlamlı fark saptandı. Zengin ve Yıldırım,^[24] HD hastalarıyla yaptıkları niteliksel çalışmada, hastalıktan sonra genel olarak; erkeklerin işe devam edememe, cinsel sorunlar, evde hakimiyeti kaybetme, HD makinesine ve aile bireyelerine bağımlı olmaktan dolayı, kadınların ise ev işlerini yapamama, eşine iyi bir kadın olamama, terk edilme korkusu, cinsel ilişkiye zorlanma ve fiziksel güzelliğin yitilmesi konularında sorun yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Bahar ve ark.nın^[25] çalışmasında, değişen aile içi roller ve sosyal yaşamın depresyon düzeyini anlamlı ölçüde etkilediği ve erkeklerin cinsel sorunları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Untas ve ark.nın,^[26] 1996–2008 yılları arasında 12 ülkeden 32 332 HD hastasının verileri ile yaptıkları analizde; hastalıktan dolayı sosyal aktiviteleri etkilenen, yalnız olduğunu düşünen, aile desteğinden memnun olmayan ve kendini bir yük gibi hisseden hastalarda tedavi uyumu ve yaşam kalitesinin daha düşük, mortalite oranının ise daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ülkemizde HD hastalarıyla yapılan bir çalışmada aileden alınan sosyal desteğin depresyon ile negatif yönlü bir ilişkisi olduğu,^[27] bir başka çalışmada ise yalnızlık ile depresyon arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.^[28]

Plantinga ve ark.^[29] hem HD hem de PD tedavisi sürdüren hastalar için sosyal desteğin yaşam kalitesini arttığını ve hastaneye yatışları azalttığını saptamıştır. Lin ve ark.^[30] ise PD hastaları ile yaptığı çalışmada, düşük sosyal desteğin bağımsız olarak depresyon ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Karaca ve ark.^[31] PD hastalarıyla yaptığı çalışmada; hastaların %46.6'sı özel yaşamında hiçbir şeyin eskisi gibi olmadığını, daha karmaşık ve zor olduğunu, %49'u iş hayatının tamamen olumsuz etkilendiğini ve %44.4'ü sosyal yaşama devam etmenin çok güç olduğunu belirtmiştir. Çalışma bulgularımız ile literatür bulguları benzerlik göstermekte olup sosyal destek ve aile ilişkilerinin özellikle kronik hastalıklar için ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Beden imajı-benlik saygısıyla ilgili sorun yaşayan, hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olmayan, durumunu kabullenmeyen ve sosyal güvencesi olmayan hastaların da ruhsal belirti puanları daha yüksek olup anlamlı fark bulundu. Öyekçin ve ark.^[32] HD ve PD hastalarında, anksiyete ve depresyon düzeyle-

ri arttıkça beden imajı algılarının da bozulduğunu belirlemiş ve hastalara diyalizin etkilerine yönelik bilgilendirme yapılmasını önermişlerdir. Kocaman Yıldırım ve ark.^[33] farklı merkezlerden HD hastalarını dahil ederek yürüttükleri çalışmada; anksiyete riski olan hastaların hastalığını anlama ve kavramasının daha az olduğunu ve hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olanlarda depresyon ve anksiyete riskinin azaldığını belirlemişlerdir. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da hastalığı hakkında bilgi sahibi olmayanların depresyon belirti puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda, hastalığı ve tedavisi ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmayan bireylerin durumunu kabullenmesinin daha güç olacağı söylenebilir. Hastalık ve tedavisi ile ilgili yeterli, anlaşılır, sürekli ve güncel bilgilendirme ile hem hastanın durumunu kabullenmesinin kolaylaşacağı hem de var olmayan korku ve endişeleri azaltacağı için olası ruhsal sorunların önlenilebileceği düşünülmektedir.

KBY gibi tedavisi ve yönetimi zor, zahmetli ve masraflı bir kronik hastalığa sahip olup, sosyal güvence sahibi olmamak ölüm korkusuyla karşı karşıya gelmek olarak değerlendirilebilir. Özellikle kronik hastalıklar için sosyal güvence; temel ihtiyaçlar listesinin üst sıralarında yer almaktadır. HD ve PD tedavisinin hasta başına yıllık maliyeti sırasıyla 21 595 ve 25 664 Euro olarak bildirilmiş olup, ek olarak ulaşım masraflarının da yıllık 3323 ile 6338 Euro arasında değiştiği görülmüştür.^[34] Mercado-Martínez ve Correa-Mauricio,^[35] hemodiyaliz tedavisinin, sosyal güvencesi olmayan böbrek hastaları ve aileleri için dayanılmaz bir ekonomik yük olduğunu bildirmiş ve renal tedavilerin acilen evrensel olarak ulaşılabilir olması gerektiğini vurgulamıştır.

Sonuç olarak; KBY hastalarında ruhsal bozuklukların ortaya çıkma riskinin yüksek olduğu söylenebilir. Özellikle hemşirelik sürecinin tanılama aşamasında ruhsal bozukluk açısından riskli grupların belirlenmesi önemlidir. Bu nedenle, hastalığın başlangıcından itibaren ruhsal değerlendirmeler yapılması, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili olarak "hasta ve ailesinin" bilgilendirilmesi, yine hastalarla beraber ailelerinin de hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve beklentilerinin saptanmasıyla olası sorunlar önceden belirlenebilir. Ayrıca, hasta ve ailelerinin KBY ve tedavisiyle ilişkili yeni yaşam şekline uyum sağlamasında konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin önemli roller üstleneceği söylenebilir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda; hastalara KBY tanısı ile birlikte psikososyal değerlendirmelere de başlanmasının, olası sorunların önceden saptanmasını ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlayabileceği düşünülebilir. Ayrıca bu çalışma doğrultusunda KBY olan hastaların KLP hemşireleri tarafından değerlendirilmesi önerilebilir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – E.O., Ö.I.; Dizayn – E.O., Ö.I.; Denetim – E.O., Ö.I.; Finansman – E.O.; Materyal – E.O., Ö.I.; Veri toplama veya işleme – E.O.; Analiz ve yorumlama – E.O., Ö.I.; Literatür arama – E.O.; Yazan – E.O.; Kritik revizyon – E.O.

Kaynaklar

- Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu EŞ. Kronik Böbrek Yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi* 2010;2:27–32.
- Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G, Ereğ E, (Editörler). *Nefroloji El Kitabı*. 4. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007.
- Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major non-communicable diseases. *Kidney Int* 2011;80:1258–70.
- Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N, (Editörler). *Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, Registry 2016*. TC Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. Ankara: Miki Matbaacılık; 2017.
- ERA-EDTA Registry: ERA-EDTA Registry Annual Report 2014. Amsterdam: Academic Medical Center; 2016. Available at: <https://www.era-edta-reg.org/files/annualreports/pdf/AnnRep2014.pdf>. Accessed Nov 19, 2016.
- Küçük L. Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar. *Turk Neph Dial Transpl* 2005;14:166–70.
- Özkan S. *Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul, Roche Yayınları; 1993.
- Duran S, Güngör E. Diyaliz Hastalarının Duygusal ve Sosyal Sorunlarının Belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015;41:59–63.
- Özküçümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003;14:72–80.
- Zalai D, Szeifert L, Novak M. Psychological Distress and Depression in Patients with Chronic Kidney Disease. *Semin Dial* 2012;25:248–38.
- Ng HJ, Tan WJ, Mooppil N, Newman S, Griva K. Prevalence and Patterns of Depression and Anxiety in Hemodialysis Patients: A 12-month Prospective Study on Incident and Prevalent Populations. *Br J Health Psychol* 2015;20:374–95.
- Stasiak CE, Bazan KS, Kuss RS, Schuinski AF, Baroni G. Prevalence of Anxiety and Depression and its Comorbidities in Patients with Chronic Kidney Disease on Hemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Brazilian Journal of Nephrology* 2014;36.
- Chen CK, Tsai YC, Hsu HJ, Wu IW, Sun CY, Chou CC, et al. Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics* 2010;51:528–e6.
- Martiny C, e Silva AC, Neto JP, Nardi AE. Psychiatric disorders in patients with end-stage renal disease. *J Ren Care* 2012;38:131–7.
- Cukor D, Ver Halen N, Asher DR, Coplan JD, Weedon J, Wyka KE, et al. Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2014;25:196–206.
- Özaltın G. Psikiyatri Hemşireliğinde Hasta ve Hasta Aileleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1993;1.
- Hiçdurmaz D, Öz F. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Başa Çıkma Biçimleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2009;3:1–16.
- Şahin Hisli N, Batıgün Durak A. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenirlilik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;13:125–35.
- Özçetin A, Bicik Bahçebaşı Z, Bahçebaşı T, Cinemre H, Ataoğlu A. Diyaliz Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Belirti Dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2009;10:142–50.
- Kaya B, Taşkapan H, Ateş F, Erdoğan Taycan S. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2012;15:144–52.
- Pollice R, Di Mauro S, Bernardini M, Bianchini V, Giordani P, Pansani N, Ussorio D, et al. Psychopathology, Quality of Life and Social Functioning in Dialysis Treatment and Kidney Transplantation Patients. *La Clinica Terapeutica* 2010;161:329–33.
- Theofilou P. Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. *J Clin Med Res* 2011;3:132–8.
- Esen B, Sağlam Gökmen E, Atay AE, Sarı H, Karakoç A, Kahvecioğlu S, Kayabaşı H, Şit D. Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavilerine Göre Anksiyete ve Depresyonun Varlığı ve Etkileyen Faktörler. *Turk Neph Dial Transpl* 2015;24:270–7.
- Zengin O, Yıldırım B. Hemodiyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunlarına İlişkin Algıları. *Turk Neph Dial Transpl* 2017;26:67–73.
- Bahar A, Savaş AH, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007;8:287–92.
- Untas A, Thumma J, Rasclle N, Rayner H, Mapes D, Lopes AA, et al. The Associations of Social Support and Other Psychosocial Factors with Mortality and Quality of Life in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011;6:142–152.
- Tezel A, Karabulutlu E, Sahin O. Depression and perceived social support from family in Turkish patients with chronic renal failure treated by hemodialysis. *J Res Med Sci* 2011;16:666–73.
- Ovayolu N, Pehlivan S, Uçan Ö, Çuhadar D. Hemodiyaliz hastalarının yalnızlık ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007;8:293–96.
- Plantinga LC, Fink NE, Levey RH, Finkelstein FO, Hebah N, Powe NR, et al. Association of Social Support with Outcomes in Incident Dialysis Patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010;5:1480–88. <https://doi.org/10.2215/CJN.01240210>
- Lin J, Guo Q, Ye X, Li J, Yi C, Zhang X, et al. The effect of social support and coping style on depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis in southern China. *Int Urol Nephrol* 2013;45:527–35.
- Karaca S, Çınar S, Bicik Bahçebaşı Z. Hastaların Perspektifinden: Periton Diyalizinin Yaşama ve Ruhsal Belirtilere Etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012;2:169–74.
- Öyekçin DG, Gülpek D, Şahin EM, Mete L. Depression, Anxiety, Body Image, Sexual Functioning, and Dyadic Adjustment Associated with Dialysis Type in Chronic Renal Failure. *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 2012;43:227–41.
- Kocaman Yıldırım N, Okanlı A, Yılmaz Karabulutlu E, Karahisar F, Özkan S. Hemodiyaliz Hastalarının Anksiyete ve Depresyon

- Belirtilerine Hastalık Algısının Etkisi: Çok Merkezli Bir Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:252–9.
34. Lamas Barreiro JM, Alonso Suárez M, Saavedra Alonso JA, Gándara Martínez A. Costs and added value of haemodialysis and peritoneal dialysis outsourcing agreements. [Article in English, Spanish]. *Nefrologia* 2011;31:656–63.
35. Mercado-Martínez FJ, Correa-Mauricio ME. Living in hemodialysis without social insurance: The voices of renal sick people and their families. [Article in Spanish]. *Salud Publica Mex* 2015;57:155–60.