

Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi

Dr. Misli BAYDOĞAN¹, Dr. İhsan DAĞ²

Özet / Abstract

Amaç: Araştırmada, kronik hemodiyaliz hastalarında, kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi kişilik değişkenlerinin depresif belirti düzeyi üzerinde etkisinin olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni depresyon tanısı değil ama Beck Depresyon Envanteri puanlarının gösterdiği depresif belirti düzeyidir.

Yöntem: Araştırmaya Ankara'da özel bir diyaliz merkezine sürekli devam eden 71 hemodiyaliz hastası katılmıştır. Katılımcıların 43'ü kadın, 28'i erkektir. Yaş ortalamaları da sırasıyla 44 (Ss= 9.68) ve 52.6 (Ss= 7.8)'dir. Beck Depresyon Envanteri, Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği, Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği, Sosyotropi-Otonomi Ölçeği ve Bilgi Toplama Formu araştırmacı tarafından araştırma için uygun olan hastalara bizzat uygulanmıştır. Analizlerde önce cinsiyet ve yaş grupları etkilerine bakmak üzere tek yönlü ANOVA, sonra da depresif belirti düzeylerinin yordanmasında Aşamalı Bileşik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Daha büyük yaş grubundakilerle (56-70 yaş), kadın diyaliz hastalarının daha yüksek depresif belirti puanına sahip oldukları; yaş, cinsiyet ve toplam diyaliz süresi kontrol edildiğinde, hemodiyaliz hastalarındaki depresif belirti düzeyinin yordayıcıları arasında başa çıkma becerilerini gösteren düşük öğrenilmiş güçlülüğün ve dış kontrol odağının bulunduğu görülmüştür. Öte yandan, sosyotropi-otonomi değişkenleri ise anlamlı yordayıcı olarak bulunmamıştır.

Sonuç: Literatür ile tutarlı olarak kadın hemodiyaliz hastaları ile daha büyük yaş grubundaki hemodiyaliz hastalarının anlamlı olarak daha depresif oldukları görülmüş ve bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hemodiyaliz, cinsiyet, depresif belirti düzeyi, kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük, sosyotropi-otonomi

SUMMARY: Prediction of depressiveness by locus of control, learned resourcefulness and sociotropy-autonomy in hemodialysis patients

Objective: The aims of the present study were to investigate the effects of various personality variables, namely, the locus of control beliefs, learned resourcefulness and sociotropy-autonomy in the prediction of the level of depressiveness in hemodialysis patients. The dependent variable of the study was not the depression but the level of depressiveness measured by the Beck Depression Inventory.

Method: Seventy one permanent hemodialysis outpatients in a treatment center in Ankara participated in the study [43 females and 28 males with mean ($\pm$ SD) ages of 44 ($\pm$ 9.68) and 52.6 ($\pm$ 7.8), respectively]. Beck Depression Inventory, Rotter's Internal External Locus of Control Scale, Rosenbaum's Learned Resourcefulness Scale, Sociotropy-Autonomy Scale and Demographic Information Form were given to the patients. F test and one way ANOVA were conducted to examine the effects of sex and age groups, respectively, and then Stepwise Multiple Regression Analysis was conducted for prediction of depressiveness levels.

Results: The oldest age group (defined as between 56-70 ages) and females had higher depressiveness scores. External locus of control and low level of learned resourcefulness, an indicator of ineffective coping skills were the predictive variables of depressiveness in hemodialysis patients when age, sex, and total length of time on dialysis were controlled. On the other hand, other personality variables, sociotropy and autonomy were not significant predictors.

Conclusion: Female patients and patients in the older age group were significantly more depressive, consistent with the literature, and the results were discussed in the light of the related literature.

Key Words: Hemodialysis, sex, depressiveness, locus of control, learned resourcefulness, sociotropy-autonomy

*Bu çalışma H.Ü. Klinik Psikoloji Tezsiz Yüksek Lisans Programı gereği Dönem Projesi olarak ikinci yazarın danışmanlığı altında yapılmış ve 22-23 Nisan 2005 tarihlerinde düzenlenen "II. Prof. Dr. Işık Savaşır Klinik Psikoloji Sempozyumunda sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Uzm. Psik., Adalet Bakanlığı, ²Prof., Hacettepe Ü Psikoloji AD., Ankara.

Dr. Misli Baydoğan, e-posta: baydoganmisli@hotmail.com

GİRİŞ

Kronik bir hastalık olan son dönem böbrek hastalığı (end stage renal disease), tedavi seçenekleri yaşam boyu hemodiyaliz ya da böbrek nakli olan bir hastalıktır (Tsay ve Healstead 2002). Diyaliz tedavisinde hasta pek çok stresle karşı karşıyadır. Hasta, ömür boyu kendini sınırlayan ve yetersizleştiren bir hastalıkla uğraşmak zorunda olup, bir makine yardımı ile bakım ekibine tam olarak kişisel bağımlılık içindedir. Hastalığı nedeniyle birçok kayıplara uğramış, tüm aktiviteleri sınırlanmıştır (Özatalay 1990), yaşam kalitesi düşüktür (Mollaoğlu ve Arslan 2003). Yaşam kalitesindeki düşüklüğün kısmen birlikte seyreden depresyona bağlı olması mümkündür (Vazquez ve ark. 2005). Özgür ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada hemodiyalize bağlı fiziksel bozulmaların hastaların psikolojik ve sosyal parametrelerinde bozulmaya neden olduğu ve hasta grubun depresyon düzeyinin toplum için belirlenen kesme puanından yüksek olduğunu saptamışlardır. Kimmel (2002) diyaliz hastalarındaki stres faktörlerini; diyet kısıtlaması, diyaliz seanslarının gün içinde uzun zaman alması, işlevsel sınırlılıklar, iş kaybı, rol kaybı, cinsel işlevlerde değişim, hastalık etkileri, tedavi etkileri ve ölüm korkusu olarak sıralamıştır. Tüm bu sayılan stres faktörlerinin, diyaliz hastalarında depresif duyguduruma yol açıp açmayacağı veya hangi başka değişkenler ile birlikte depresif duyguduruma yol açabileceği araştırılması gereken bir konudur; çünkü diyaliz tek başına uzun bir yaşam için yeterli değildir.

Diyaliz hastaları için kronik bir hastalığa sahip olmanın yanı sıra, bu hastalığın tedavisinde karşı karşıya kalınan pek çok kısıtlamanın, fiziksel yıpranmanın dışında psikolojik açıdan da bazı sıkıntılara yol açabileceği düşünülmektedir. Başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların (Sağduyu ve Erten 1998) ve depresif duygulanımın sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (Elal ve Krespi 1999; Kimmel ve Peterson 2005). Hemodiyaliz hastalarında major depresyon yaygınlığının % 5 ile % 8.1 arasında bulunduğu (Craven ve ark. 1987; Hinrichsen ve ark. 1989; Smith ve ark. 1985), ancak minör depresyonun % 17.7 oranında görüldüğü bildirilmiştir (Hinrichsen ve ark. 1989).

Diyaliz hastalarında depresyonun görülmesinde anlamlı etkilerinin olup olmadığı üzerinde tartışılan kişilik boyutlarından kontrol odağı, iç ve dış yönelimli olmak üzere, kişinin yaşadığı ya da başına gelen olayların kendi davranışlarının sonucu olarak ya da başka dış güçler tarafından belirlendiği inancıdır (Rotter 1966). İç kontrol odağı inancında olan kişiler kendi davranışlarının olaylara yol açtığına inanırken, dış kontrol odağı inancı olan

kişiler olayları şans ya da kader gibi dış faktörlerin belirdiğine inanırlar (Dağ 2002). Dış kontrol odağı genel olarak psikopatolojiyle ilişkilidir (Dağ 1992). İç kontrol odağına sahip olma ise hastalığın kontrol altında tutulabileceğine olan inançla birlikte düşünülebilir. Kontrol odağının bu hastalarda depresyonun bir yordayıcısı olduğu bildirilmiştir (Meijer ve ark. 2002).

Bu çalışmada diyaliz hastalarında kontrol odağı kişilik değişkenine ek olarak öğrenilmiş güçlülük (baş çıkma) ve sosyotropi-otonomi kişilik faktörleri de araştırmaya dahil edilmiştir. Batıda yapılan bazı araştırmalarda hemodiyaliz hastalarının depresif tepkiler göstermelerinde 'baş çıkma stratejileri' kişilik değişkeninin rollerine ilişkin bulgular bildirilmiştir (Mok ve Tam 2001). Sosyotropi-otonomi değişkeninin ise bu hasta örneklemi üzerinde çalışıldığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Türkiye'de hemodiyaliz hastalarıyla yapılan önceki çalışmalarda bu iki faktörün ele alındığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak kişisel gözlem ve uzmanların görüşleri doğrultusunda uyum değişkeninin bu kişilik faktörleriyle de ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Öğrenilmiş güçlülük kişilerin stresli bir durumla karşı karşıya kaldıklarında bilişsel baş çıkma stratejilerini ne düzeyde kullanabildiklerini ve kendilerini denetleme becerilerini ifade eden bir kavramdır (Rosenbaum 1980; Dağ 1991b). Bu kavram daha geniş anlamda baş çıkma stratejileri olarak da bilinmektedir (Folkman ve Moskowitz 2004). Sosyotropi ve otonomi kavramları da (Beck ve ark. 1983) kişilerin başkalarına bağımlı ya da özerk olma durumlarına işaret eder. Benzer şekilde, diyaliz hastalarının diyaliz makinasına bağımlı olmaları dışında, kendi tedavi süreçlerinde başkalarının bakımına muhtaç olduklarına dair inançları da depresif duygu durumu olumsuz etkileyebilecek değişkenler arasında yer alabilir. Sosyotropi ile depresyon arasında orta düzeyde bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir (Alford ve Gerrity 2003). Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalarda söz konusu kişilik değişkenlerinin üzerinde durulmadığı noktasından hareketle bu araştırmada, kronik hemodiyaliz hastalarında, yaş, cinsiyet ve diyalize girme süresinin etkisi kontrol edildiğinde, kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi kişilik değişkenlerinin depresif belirti düzeyi üzerinde etkisinin olup olmadığını belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmanın bağımlı ölçümü Beck Depresyon Envanteri puanlarının gösterdiği depresif belirti düzeyidir. Depresiflikte artışın ve sonuçta depresyonun hemodiyaliz tedavisinin gidişini ve hastanın bu tedaviye uyumunu etkileyebileceği kabul edildiğinde, hemodiyaliz hastalarında bazı kişilik özelliklerine sahip olmanın depresif belirti düzeyini ar-

tırabileceği sonucunu gözleyebilmek, gelecekteki uygulamalarda hastanın daha etkili bir tedavi almasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli katkılar sağlayabilecektir.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmaya Ankara'da özel bir diyaliz merkezine sürekli devam eden 71 hemodiyaliz hastası katılmıştır. Düzenli olarak haftada üç gün diyalize giren, uygulanan ölçeklere yazılı ya da sözel olarak yanıt verebilecek zinde-likte olan, son dönem böbrek hastalığının yanı sıra herhangi bedensel bir eksikliği olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Toplam hasta sayısı 97 olan diyaliz merkezinde, 70 yaşın üzerinde olma, bedensel bir eksikliği olma (bir bacağın olmaması), çocuk olma, işitsel engelli olma, halsizlik nedeniyle klinikte ölçekleri dolduramayanların evlerinde okur-yazar yakınları olmaması gibi karıştırıcı da olabilecek değişkenlerden en az biri nedeniyle toplam 26 hasta araştırmaya katılmamıştır.

Kırk üçü (% 60.6) kadın, 28'i (% 39.4) erkek olan örneklem, yaş ortalamaları da sırasıyla 44 (Ss= 9.68) ve 52.6 (Ss= 7.8)'dir. Çalışılan örneklem cinsiyet dağılımı ($n_{kadın} > n_{erkek}$) ve yaş ortalaması ($X_{kadın} < X_{erkek}$) açısından eşitsiz olması, hem araştırmanın öngörülen süresinin kısıtlı olması nedeniyle yeterli sayıda kişiye ulaşılamamasının, hem de hastaların doğal demografik özelliklerinin bir sonucu olarak düşünülmelidir. Örneklemdeki kişilerin 60'ı (% 83) evli; 12'si (% 17) bekârken; 39 kişi (% 53.5) ilkokul, 17 kişi (% 24.3) ortaokul, 10 kişi (% 14.2) lise, 6 kişi (% 8) üniversite ve/ya yüksek okul mezunudur. Kadın katılımcıların toplam diyalize girme süresi $X= 4.5$ (Ss= 2.1) yıl, erkek katılımcıların toplam diyalize girme süresi ise $X= 7.3$ (Ss= 3.4) yıldır. Hastaların diğer fiziksel hastalıkları ve ilaç kullanımları ise kontrol edilememiştir.

Veri toplama araçları

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Beck Depresyon Envanteri depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresif belirtilerin derecesini nesnel olarak ölçmektir. Yirmi bir maddelik ölçekte her maddede 4 seçenek bulunmakta, bir maddeden en çok 3 puan alınabilmekte ve toplamda da en yüksek 63 puana ulaşılabilir. Puan yükseldikçe depresif belirti düzeyinin arttığı düşünülür. Batıda yapılan çeşitli araştırmalarda envanterin çeşitli türden güvenilirlik katsayılarının .60 ve .87 arasında değiştiği görülmüştür.

Türkiye'de yapılan uyarlama çalışmasında Hisli (1988; 1989) envanterin iki yarım test güvenirlik katsayısını .74; geçerlik çalışmasında ise MMPI-D Skalası ile korelasyon katsayısını .63 olarak hesaplamıştır (Savaşır ve Şahin 1997).

Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ):

Bireylerin genellenmiş kontrol beklentilerinin içsellik-dışsallık boyutu üzerindeki konumu; pekiştiricilerin bireyin kendi içindeki ya da dışındaki güçlerin (şans ya da kader) kontrolünde olduğuna ilişkin sahip olduğu genel beklenti ya da inançları ölçen bir ölçektir (Rotter 1966). Yirmi dokuz maddelik ve her maddede iki seçenekte ifadelerin bulunduğu ölçeğin 23 maddesi puanlanmakta ve 0 ile 23 arasında puan alınabilmekte, yüksek puanlar da dış kontrol odağına işaret etmektedir. Türkiye'de yapılan uyarlama çalışmalarında, Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .71, test-tekrar test güvenirliği .83 olarak bulunmuştur. Ölçeğin aynı çalışmada elde edilen ölçüt bağlantılı geçerliği de $r=.69$ ($p<.001$) olarak saptanmıştır (Dağ 1991a).

Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ):

İnsanlara bağımlı olma ve insanlardan özerk olma kişilik özelliklerini ölçmektedir (Beck ve ark. 1983). Altmış maddelik ölçekte beş dereceli likert tipi derecelendirme yaptırılmakta, 30 ar madde ile iki alt boyut olarak sosyotropi ve otonomi ölçülmektedir. Her alt boyutta 0 ile 150 arasında bir puan alınabilmekte, yükselen puanlar ilgili boyutun kuvvetli olduğunu göstermektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlığı Sosyotropi için .70 - .83 arasında, otonomi için .81 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerliği üzerine yapılan çalışmalarda sosyotropi alt ölçeğinin hasta ve normal grupları ayırt ettiği ve depresyonla daha yakından ilişkili olduğu bulunmuştur. Otonomi alt ölçeğinin ise hasta ve normal grupları ayırt etmediği görülmüştür. Otonomi alt ölçeğinin ayrıca depresyondaki yatkınlığa karşı duyarlılığını arttırmaya yönelik çalışmalara gerek olduğu belirtilmektedir (Şahin ve ark. 1993; Savaşır ve Şahin 1997).

Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği (RÖGÖ):

Bu ölçek, stresle başa çıkmada bireyin kullanabileceği bilişsel başa çıkma stratejilerini ne ölçüde kullandığını ve öz-kontrol becerilerini ölçmektedir (Rosenbaum 1980; Dağ 1991b). Otuz altı maddelik ölçekte beş dereceli likert tipi derecelendirme yaptırılmakta ve 0 ile 180 arasında bir puan alınabilmekte, yükselen puanlar öğrenilmiş güçlülüğün kuvvetli olduğunu göstermektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısının .78; madde toplam korelasyonlarının da .11 ile .51 arasında değiştiği, tüm korelasyon-

TABLO 1. Araştırma Sürekli Değişkenlerinin Cinsiyete Göre Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.

Değişkenler	Kadın		Erkek	
	X	Ss	X	Ss
Diyalize girme süresi (yıl)	4.5	2.1	7.3	3.4
Yaş	44	9.68	52.6	7.8
Beck depresyon env. puanı	22.18	13.82	15.39	4.81
Kontrol odağı ölçek puanı	10.91	2.49	7.71	2.48
Öğrenilmiş güçlülük puanı	125	17.22	123.43	13.18
Sosyotropi ölçek puanı	83.27	15.90	68.57	18.16
Otonomi ölçek puanı	77.82	17.19	71.93	8.9

ların anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ölçeğin ölçüt bağlantılı geçerlik çalışmasında Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı ölçeği ile arasında -.29 düzeyinde anlamlı ilişki saptanmıştır (Dağ 1991b).

Bilgi Toplama Formu. Bu çalışmaya katılan diyaliz hastalarının isim, cinsiyet, doğum tarihi, diyalize başlama tarihi, meslek, öğrenim durumu bilgilerinin alındığı form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

İşlem

Katılımcıların her biri haftada üç gün, her defasında dört saat süren diyaliz tedavisi görmektedir. Araştırmının uygulamaları sırasında Özel Hemodiyaliz Merkezinde çalışmakta olan ve ilk yazar olan araştırmacı, tek tek uygun olan her katılımcıyla görüşerek çalışmanın amacını anlatmış, izinlerini almış ve katılımcılara tüm ölçekleri doldurabilecek kadar kendilerini iyi hissedip hissetmediklerini sorarak, boş madde bırakmadan soru formlarını yanıtlamalarını istemiştir. Büyük çoğunluk formları diyaliz seansı sırasında doldurmayı tercih etmiş, yalnızca 5 hasta tansiyon düşüklüğü nedeniyle formları evlerine götürerek daha sonra doldurup getirmişlerdir. Çalışmaya katılmayı reddeden hasta olmamıştır.

İstatistik

Analizlerde öncelikle depresyon puanı üzerinde cinsiyet ve yaş grupları etkilerine bakmak üzere sırasıyla F testi ve tek yönlü ANOVA yapılmış, yaş grupları arasında ortaya çıkan farkın kaynağını belirlemek amacıyla post hoc Tukey testi yapılmıştır. Yaş grupları belirlenirken, mevcut yaş ranjı 15'er yıllık üç eşit parçaya ayrılacak su-

retiyle bir sınıflamaya gidilmiştir. Böylece katılımcılar 3 yaş grubuna ayrılmışlardır: 24-39 (n=31); 40-55 (n=16); 56-70 (n=24). Daha sonra depresif belirti düzeylerinin yordanmasında Aşamalı Bileşik Regresyon Analizi kullanılmıştır. Eşitliğe girmeyen değişkenlerin birbirleriyle gösterdikleri korelasyonların da görülebilmesi amacıyla araştırma değişkenlerinin Pearson Korelasyon katsayıları da hesaplanmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar ile cinsiyet, yaş ve toplam diyalize girme süresi değişkenleri istatistiksel işlemlere tabi tutulmuştur. Araştırmadaki tüm sürekli değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Yaş değişkeni 3 gruba ayrılmış [(1) 24-39, (2) 40-55, (3) 56-70] ve yaşın depresif belirti düzeyi üzerindeki etkisine bakabilmek amacıyla tek yönlü ANOVA uygulanmış; ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(2,68)} = 12,426$, $p < .01$, $\zeta^2 = .29$). Bağımsız ve bağımlı ölçüm arasındaki ilişkinin güçlü olduğu tespit edilmiş, yaş faktörünün depresif belirti düzeyindeki artışı % 29 açıkladığı görülmüştür. Yaş grupları arasında ortaya çıkan bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla post hoc Tukey testi yapılmıştır. Bu analizin sonuçları ve betimsel istatistikler Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2'den de anlaşılabileceği gibi 56-70 yaş grubunun 24-39 ve 40-55 yaş gruplarından anlamlı olarak daha yüksek bir ortalamaya sahip olduğu, yani diğerlerine göre daha depresif oldukları görülmüştür.

TABLO 2. Yaş Grupları Arasında Depresif Belirti Puanları Ortalama ve Standart Sapmaları ve Tukey Test Sonuçları.

Yaş grubu	X	Ss	24-39	40-55	56-70
24-39	14,00	8,76		AD	
40-55	9,00	1,95			AD
56-70	22,61	11,68			*

AD= Anlamlı değil.

(*) p< .05

Cinsiyetin hastaların depresif belirti düzeyi üzerindeki etkisine bakmak amacıyla F testi yapılmış ve iki grubun anlamlı olarak birbirinden farklılaştığı [$X_{kadın} = 18,14$ ($S = 12,06$) > $X_{erkek} = 11,14$ ($S = 3,19$)] görülmüştür ($F_{(1,69)} = 8,969$, $p < .01$, $\zeta^2 = .115$). Kadınların daha depresif oldukları görülmüştür.

Araştırmanın temel amacına uygun şekilde, diyaliz hastalarındaki depresif belirti düzeyini yordanan değişken olarak; yaş, cinsiyet, toplam diyaliz süresi değişkenlerini ilk blokta kontrol değişkeni olarak ve kişilik değişkenlerini de (kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük, sosyotropi ve otonomi) yordayan değişkenler olarak alıp, Aşamalı Bileşik Regresyon Analizi (Stepwise Multiple Regression Analysis) uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda elde edilen bulgular Tablo 3’de özetlenmiştir.

Tablo 3’te görüldüğü gibi, depresif belirti puanlarının yordanmasında ilk blokta kontrol değişkeni olarak girilen yaş, cinsiyet ve toplam diyaliz süresi değişkenlerinden diyaliz süresi ve yaş, depresyon puanlarındaki varyansın sırasıyla % 8.8 ve % 7.2’sini açıklamıştır. Cinsiyet değişkeni ise, yapılan F testinde fark ortaya çıkmasına rağmen burada eşitliğe girememiştir. İkinci blokta girilen 4 farklı kişilik değişkeninden 2’si yordayıcı olarak eşitliğe girmiştir. Öğrenilmiş güçlülük depresyon puanlarındaki varyansın %11.1’ini, kontrol odağı ise % 5.5’ini açıklamıştır. Böylece depresyon puanlarındaki varyansın toplam % 32.7’si açıklanmıştır. Kontrol değişkenleri dışta tutulduğunda kişilik değişkenlerinden öğrenilmiş güçlülük ve kontrol odağı birlikte varyansın toplam % 16.6’sını açıklamıştır. Eşitliğe giren değişkenlerin açıklanan varyansın yüzdesinde meydana getirdikleri artışlar da anlamlı bulunmuştur.

Eşitliğe girmeyen değişkenlerin birbirleriyle gösterdikleri korelasyonların da görülebileceği amacıyla araştırma değişkenlerinin Pearson Korelasyon katsayıları da hesaplanmış ve Tablo 4’te verilmiştir. Tablo 4’te görülebileceği gibi değişkenler arasındaki anlamlı korelasyonlar .25 ila .66 arasında değişmiştir.

TARTIŞMA

Diyaliz hastalarında depresyonun etiyolojisine bakıldığında karmaşık bir tablo ile karşılaşmaktadır. Bu hastalarda hayati bir organ olan böbreğin işlevlerinin, fiziksel becerilerin, bilişsel yetilerin, aile ve iş ortamındaki bazı rollerin ve cinsel işlevlerin kaybı gibi çok sayıda kayıp söz konusudur. Hem tüm bu kayıpların hem de hastaların diyaliz tedavisinde kullandığı bazı ilaçların depresyona yol açabileceği düşünülmektedir. Üstelik olası bir depresyon, hastanın tedaviden faydalanmasını, tedaviye uyumunu, beslenmesini etkileyebilir ve bağışıklık sisteminde değişiklik yaratabilir (Kimmel 2002). Bu hastalarda depresyonun ölümün bir yordayıcısı olduğu da bildirilmiştir (Lopes ve ark. 2002). Ayrıca, depresyon belirtileri ile kronik böbrek yetmezliği hastalığının bazı belirtileri birbiriyle örtüşme göstermekte, bu da diyaliz hastalarında depresyon konusunun çalışılmasını zorlaştırmaktadır (Kimmel 2001; Kimmel ve ark. 1993). Araştırmamızda hemodiyaliz hastalarında depresif belirti düzeyleri ile ilgili elde edilen bulgular bu zorluk dikkate alınarak yorumlanmalıdır.

Çalışmamızda, kadın diyaliz hastalarının depresif belirti puanlarının, erkek hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Diyaliz hastalarında depresyonun araştırıldığı çalışmaların bir kısmında erkek hastaların, kadın hastalardan anlamlı oranda daha yüksek depresyon düzeyine sahip olduğu öne sürülse de, cinsiyetler arasında depresyon düzeyi açısından anlamlı fark olmadığını gösteren araştırma sonuçları da mevcuttur (Astan 2001; Akman ve ark. 2004).

Yaşa göre depresif belirti düzeyinde anlamlı değişim olup olmadığına bakıldığında, 56-70 yaş arasındaki diyaliz hastalarının daha genç gruplara göre daha depresif oldukları görülmüştür. Yapılan bir çalışmada diyaliz hastası olan yaşlı insanların, hasta olmayan akranlarına göre daha fazla depresif belirti sergiledikleri ileri sürülmüştür (Kimmel 2002); bu çalışmada işlevsel bozulmalar ve yetersizlikler ile kronik bir sağlık sorununa sahip olma

TABLO 3. Depresif Belirti Puanlarının Yordanmasında Yaş, Cinsiyet, Toplam Diyaliz Süresi ve Kişilik Değişkenlerinin Rollerini İncelemeye Yönelik Aşamalı Bileşik Regresyon Analizi Sonuçları.

Değişkenler	R	R ²	R ² (Düzeltil)	Beta	R ² Değişim	F Değişim	F Değişim anlamlılık
İlk blok							
1. Toplam Diyaliz Süresi	.297	.088	.075	.297	.088	6,793	.011
2. (+) Yaş	.400	.160	.136	.283	.072	5,909	.018
İkinci blok							
3. (+) Öğrenilmiş Güçlülük	.521	.272	.240	-.426	.111	10,395	.002
4. (+) Kontrol Odağı	.572	.327	.287	.246	.055	5,507	.022

Analiz Sonucunda Dışlanan Değişkenler: İlk Bloкта Cinsiyet; İkinci Bloкта Sosyotropi, Otonomi.

depresyon ile birlikte görülmüştür. Kronik tıbbi hastalıkların belirtileri de tıpkı yaşlanma belirtileri gibi depresyon belirtileri ile örtüşme göstermekte ve araştırma yapmayı güçleştirmektedir (Kimmel 2002; Kutner ve ark. 2000). Ancak depresif belirtilerin insanlar yaşlandıkça fiziksel soruna yol açma riskini artırdığı da bu durumda ileri sürülebilir. Ayrıca yaşla birlikte diyalize girme sıklık ve yaygınlığının arttığını ileri süren bazı çalışmalarda, daha yaşlı hasta grubunda görülen bazı işlevsel kayıpların diyaliz hastası olmayan aynı yaş grubundaki popülasyonda da görülebildiği, dolayısıyla bu tür bozulmaların beklenir olduğu belirtilmiştir (Kutner ve ark. 2000). Kutner ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada diyaliz hastası olan 60 yaş ve üzeri yaş grubunun, diyaliz hastası olmayan akranlarına göre daha depresif oldukları görülürken; izleme çalışmasında hasta grubun depresyon tedavisinden daha az yararlanabildikleri sonucuna da ulaşılmıştır.

Hollanda'da yapılan, diyaliz hastası olmayan yaşlılarda depresyonun çalışıldığı bir diğer çalışmada, daha yaşlı, erkek, düşük eğitim düzeyinde, işlevsel kayıpları olan, diğer kronik hastalıklara sahip, bilişsel yıpranma yaşayan kişilerde daha yüksek depresyon düzeyine rastlanılmıştır (Beekman ve ark. 2000). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, depresyon başlangıcını bağımsız olarak yordama gücüne sahip olan iki değişkenin pek çok çalışmada ortak olduğu belirlenmiştir: Kronik tıbbi bir hastalık ve dış kontrol odağına sahip olmak (Beekman ve ark. 2000). Burada dikkati çeken nokta, depresyon başlangıcının tespiti. Daha erken yaşlardan itibaren başlayan kronik bir hastalık ve dış kontrol odağı gibi bazı kişilik özelliklerine sahip bulunmak ileri yaşlarda depresyona girmeyi kolaylaştırıyorsa, bu durumda diyalize girme süresinin önemi de ortaya çıkmaktadır. Diyalize girme süresinin

bu çalışmada depresif belirti düzeyi ile pozitif ilişki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Uygulanan bileşik regresyon analizinde kontrol değişkeni olarak girilen cinsiyet, yaş ve toplam diyaliz süresi değişkenlerinden ilk sırada toplam diyalize girme süresi yordayıcı olmuş ve depresif belirti puanlarındaki varyansın % 8.8'lik bir bölümünü açıklamıştır. Yine anılan araştırmalarla tutarlı olarak bu analizde ikinci sırada yaş değişkeni yordayıcı olmuş ve depresyon puanlarındaki varyansın % 7.2'sini açıklamıştır. Diyalize girme süresi ile yaş arasında -.32'lik anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır ki, bu da bu örneklemden daha genç hastaların, daha uzun süredir diyalize girdiklerine işaret etmektedir. Uygulanan regresyon analizinde cinsiyet değişkeni ise, depresyon puanlarıyla .29'luk anlamlı bir korelasyon göstermesine rağmen yordayıcı olarak eşitliğe girmemiştir.

Araştırmada bazı kişilik değişkenlerinin diyaliz hastalarındaki depresif belirti düzeylerini yordamada rollerinin ne kadar olduğu incelenmiştir. İlgili literatürde cinsiyet, yaş ve toplam diyalize girme süresinin depresyon puanları üzerindeki etkisi bilindiğinden, kişilik değişkenlerinin etkilerini gözleyebilmek amacıyla bu değişkenler kontrol edilmek üzere ilk bloкта regresyon analizine sokulmuştur. Söz konusu analizde ikinci bloкта ise araştırmada ölçüm alınan dört farklı kişilik değişkeni analize sokulmuştur. Öğrenilmiş güçlülük, kontrol odağı, sosyotropi ve otonomi değişkenleri aşamalı olarak analize sokulmuş ve bunlardan ikisi, öğrenilmiş güçlülük ve kontrol odağı eşitlikte yordayıcı olarak yerlerini almıştır. Depresif belirti puanlarındaki varyansın % 11.1'ini öğrenilmiş güçlülük değişkeni, % 5.5'ini de kontrol odağı değişkeni açıklayabilmiştir. Bu iki kişilik değişkenin birlikte açıkladıkları varyans toplam % 16.6 olmuştur. Bu yüzde, yaş, cinsiyet ve toplam diyalize girme süresi kontrol edildikten sonra kalan

TABLO 4. Araştırma Değişkenlerinin Birbirleriyle Gösterdikleri Pearson Korelasyon Katsayıları.

(1) Depresif belirti düzeyi	-						
(2) Kontrol odağı	.25*	-					
(3) Öğrenilmiş güçlülük	-.41***	.15	-				
(4) Sosyotropi	.11	.10	-.02	-			
(5) Otonomi	.25*	-.03	.01	.66***	-		
(6) Toplam diyaliz süresi	.30*	.24*	-.61***	-.50***	-.28*	-	
(7) Yaş	.16	-.23	.31**	.39***	.63***	-.32**	-
(8) Cinsiyet	.29*	-.54***	-.05	-.40***	-.20	-.13	-.18
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

(*) p<.05; (**) p<.01; (***) p<.001.

yüzdedir. Bir araştırmada başa çıkmalar ve kontrol odağının bu hastalardaki depresyonun yordayıcıları olduğu bildirilmiştir (Meijer ve ark. 2002).

Batıda yapılan bazı araştırmalarda hemodiyaliz hastalarının depresif reaksiyonlar göstermelerinde başa çıkma stratejileri kişilik değişkeninin rollerine ilişkin bulgular bildirilmiştir (Mok ve Tam 2001). Öğrenilmiş güçlülüğün düşük olmasıyla paralel kaçınmacı başa çıkmalar depresif reaksiyonlarla daha çok ilişkilidir (Welch ve Austin 2001). Hemodiyaliz hastalarının duygu odaklı başa çıkmaları daha çok kullandıkları bildirilmiştir (Ersoy-Kart ve Güldü 2005). Bu hastalarda başa çıkma stratejilerinin değiştirilmesine yönelik müdahalelerin depresif belirtilerin düzeyinde değişikliklere yol açabildiği bildirilmektedir (Takaki ve ark. 2004). Literatürdeki araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, öğrenilmiş güçlülük düzeyinin yüksek olduğu diyaliz hastalarında hastalıkla başa çıkma becerisinin depresyon düzeyi ile negatif yönde ilişkili olacağı beklenebilir. Bulgularımız bu bulguları desteklemiştir. Bazı çalışmalarda da diyaliz hastalarında yoğun bir başa çıkma stratejileri kullanımı görüldüğü bildirilmiştir (Herken ve ark. 2000).

Evans (2000) kronik hastalıklarda dış kontrol odağı inançlarının depresif belirtileri etkileyebileceğini ve ümitsizlik duygusu ile stres yaşantısına neden olabileceğini ileri sürmüştür. Diyaliz hastalarında kontrol odağının çalışıldığı araştırmalarda iç kontrol odağının, dış kontrol odağına kıyasla tedaviye daha iyi uyum göstermeyle ilişkili olduğu bildirilmiş; sağlığın, 'güçlü diğerle-

ri' tarafından kontrol edilebileceğine olan inanç, yani dış kontrol odağı ile ise düşük düzeyde depresyon arasında pozitif ilişki görüldüğü belirtilmiştir (Strickland 1978). Strickland (1978) yaptığı gözden geçirme çalışmasında, iç kontrol odağına sahip diyaliz hastalarının daha uyumsal işlev gösterdiklerini, davranışlarının sorumluluğunu daha fazla üstlendiklerini, hastalıkları hakkında daha fazla bilgiye sahip olduklarını ve sağlık alışkanlıklarını geliştirmek için daha fazla çaba sarf ettiklerini belirlemiştir.

Otonomi değişkeni ise depresyon puanlarıyla gösterdiği .29'luk anlamlı ilişkiye rağmen eşitliğe yordayıcı olarak girmemiştir. Sosyotropi değişkeni de depresyon puanlarıyla .11'lik anlamlı olmayan bir ilişki göstermiştir. Bu bulgunun hemodiyaliz hastalarıyla çalışılan ilgili literatürde karşılaştırılabileceği bir araştırmaya rastlanmamıştır, ancak normal örneklemelerde BDE puanlarıyla saptanan depresif belirti düzeyi ile sosyotropi orta düzeyde ilişkili bulunmuş, otonomi ile ilişkili bulunmamıştır (Alford ve Gerrity 2003).

Öte yandan, kişilik değişkenlerinden ("kalıcı, tutarlı davranış örüntüleri") söz edildiğinde, tanımı gereği bunların görece sabit, erken yaşlarda temellenmiş, kendiliğinden ya da müdahalelerle kolay kolay değişmeyen özellikler olduğu anlatılmak istenir. Kontrol odağı inancı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi değişkenleri de ilgili literatür incelendiğinde tam olarak bu tanıma uymaktadır. Binlerce araştırmada da hep bağımsız değişken olarak ele alınmışlardır (Gözden geçirme için bkz:

Dağ 1992). Bu çalışmada depresif belirti düzeyi olarak alınan bağımlı ölçümün, değişebilirliği açıkça bilindiğinden, ilgili analizlerde bu kalıcı kişilik değişkenleriyle ne derece yordanabileceği üzerinde durulmuştur. Yani, akla gelebileceği gibi örneğin öğrenilmiş güçlülüğün depresif belirti düzeyine bağlı olarak değişebileceği ihtimali, bu tanımsal çerçeve içinde söz konusu değildir.

Yaş ile diyalize girme süresi arasında elde edilen negatif ilişki, diyalize girme süresinin artmasıyla öğrenilmiş güçlülüğün azalıyor görünmesini de anlaşılır kılmaktadır. Daha genç yaşta kronik böbrek yetmezliği hastalığına yakalanmış hastalarda öğrenilmiş güçlülüğü temsil eden baş etme stratejilerinin daha az gelişebildiği, buna karşılık hastalığa geç yakalananların hastalığa yakalanmadan önceki yaşamlarında benzer stratejileri geliştirecek daha yeterli zamanlarının olduğu ileri sürülebilir. Bilindiği gibi normal örneklemelerde öğrenilmiş güçlülük, depresyonu da içeren psikopatoloji ile negatif ilişkili bulunmaktadır (Dağ 1992). Diyaliz hastalarındaki depresif belirti düzeyinin yordanmasında dış kontrol odağı inancının yordayıcı olarak bulunması, Astan (2001)'in çalışmasında sözü edilen Cauce (1992)'nin bulgularını destekler yöndedir. Zaten yine bilindiği gibi normal örneklemelerde dış kontrol odağı ile depresif belirti düzeyi de dahil psikolojik belirti düzeyi pozitif ilişkili bulunmaktadır (Dağ 1992). Ayrıca diyalize girme süresi arttıkça dış kontrol odağının da artıyor görünmesi (.24; $p < .05$) zaman içinde hastalarda, hastalığın gidişini kendilerinin değil de dış faktörlerin belirleyeceği inancının yerleştiğini gösteriyor olabilir.

Beck ve arkadaşlarının (1983) kişiliğin sosyotropi-otonomi boyutunun, depresif dönemlerin başlangıcında yatkinlik faktörü olabileceğini öne sürdüğü bilinmektedir. Ancak, bu çalışmada yordayıcı olarak çıkmasa da, depresyon ve otonomi arasında anlamlı pozitif ilişkiye rastlanması dikkati çeken bir sonuçtur. Normal popülasyonda yapılan çalışmalarda kadın ve sosyotropik olmak depresyon için bir yatkinlik olarak ortaya çıkmıştır. Türkiye için yapılan ölçek geçerlik- güvenirlik çalışmalarında otonomi boyutu için üzerinde daha fazla çalışma yapılmasının gerektiği belirtilmiş; yapı geçerliği çalışmasında ise sosyotropi ile depresyon arasında daha yakın bir ilişki bulunurken, otonomi alt ölçeğinin depresyondaki yatkinliğe karşı duyarlılığını artırmaya yönelik çalışmalara gerek duyulduğu ifade edilmiştir (Savaşır ve Şahin 1997). Kavramsal olarak birbirine zıt özellikler olan sosyotropi ve otonomi, çalışmamızda kendi aralarında pozitif ilişkili (.66) görünmekte ve bu durum ölçeğin ayırt ediciliği ile ilgili kuşku doğurmaktadır. Ancak, bu durum bu çalışmadaki kısıtlı örneklem özelliklerinden de kaynaklanabilir.

Bu çalışmanın sonuçları değerlendirilirken örneklem sayısının yetersizliği ile ulaşılan hasta popülasyonundaki olası bazı yanlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Cinsiyet faktörü ile diğer demografik faktörlerin dengelebildiği bir çalışmadan elde edilecek sonuçların daha genellenebilir nitelikte olacağı açıktır. Araştırmanın öngörülen uygulama zamanının sınırlılığı ve diyaliz merkezlerinin işletme politikaları nedeniyle bu çalışmada yeterli sayıda hastaya ulaşılamamıştır. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda, hem örneklemin daha geniş tutulması, hem de hasta yakınlarının (bakım verenlerin) hastalarla ilişkilerinin niteliği ve niceliğinin de araştırmaya dahil edilmesi önerilebilir. Ayrıca diyabet ve hipertansiyon gibi diğer bazı kronik hastalıkların karşılaştırma grubu olarak araştırmaya dahil edilmesinde de fayda olabilir. Gelecek çalışmalarda ölçeğe dayalı depresif belirti düzeyi yerine depresyonun klinik olarak tanılanması da bulguların dış geçerliğini artıracaktır. Bu düzenlemelerle yapılacak araştırmalarda diyaliz hastalarında gözlenen depresyon düzeyinin kronik bir hastalık olarak ne derecede bu soruna özgü olduğu tek bir desen içinde irdelenebilir. Ayrıca yine diyaliz hastalarında depresyon dışında görülen diğer psikolojik sorunların neler olabileceği de başlı başına bir araştırma konusu olarak görülebilir. Son olarak da çocuk, ergen ve genç diyaliz hasta popülasyonunda depresyonla ilişkili faktörlerin, bu yaş dönemlerinin kendine özgü nitelikleri nedeniyle ayrıca incelenmesinde fayda olacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, depresif belirtilerdeki artışın ve sonuçta depresyonun hemodiyaliz tedavisinin gidişini ve hastanın bu tedaviye uyumunu etkileyebileceği kabul edildiği takdirde, hemodiyaliz hastalarında bazı kişilik özelliklerine sahip olmanın depresif belirti düzeyini artırabileceği sonucunu gözleyebilmek, gelecekteki uygulamalarda hastanın daha etkili bir tedavi almasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli katkılar sağlayabilecektir. Hemodiyalizin, hastaların günlük yaşamını çok ileri derecede kısıtlayan bir işlem olması nedeniyle, bu işleme bağımlı olan hastalarda depresyon ortaya çıkmakta ya da depresif belirti düzeyinde artış görülmekte ve bu durum görgül araştırmalarda ortaya konmaktadır. Kadınlar ve daha yaşlı hemodiyaliz hastalarında depresyon düzeyi daha yüksek bulunmaktadır. Bu ilişkide toplam kaç yıldır diyalize bağımlı olunduğu da belirleyicidir. Araştırmamızda klinik depresyon tanısı konulmamış olmakla birlikte, bu bulgular desteklenmiştir. Bu araştırmada esas olarak incelenmek istenen bazı kişilik değişkenlerinin diyaliz hastalarının depresif belirti düzeyleri üzerindeki olası etkileri ile ilgili olarak da, başa çıkma becerilerini gösteren öğrenilmiş güçlülüğün düşük

olmasının ve dış kontrol odağı inancının depresif belirti düzeyinin yordayıcısı olduğu ortaya konmuş, sosyotro-pi-otonomi değişkenleri ise yordayıcı bulunmamıştır. Bu değişkenlerle ilgili bazı korelasyonlar gözlenmiş de olsa, sonuca götürücü bir bulgu elde edilememiştir. Bu konu-da öncelikle bu boyutların ölçümüne ilişkin sorunların giderilmesi önerilebilir.

Hemodiyaliz merkezlerinde bu hastalara ve bakı-cılarına uygulanması gereken psikososyal programlar-da, hastaların depresyon düzeylerini azaltmak, tedaviye

uyumlarını artırmak ve genel olarak yaşam kalitelerini yükseltmek hedeflenebilir. Bunun için de başa çıkma becerilerini artıracak yönde ve öz-kontrol yaşantılarını zenginleştirecek özellikte müdahalelere ve günlük yaşam düzenlemelerine yer verilmesinin yararlı olabileceği öne-rilebilir. Bu hastalarda depresyona yönelik ek bir tedavi uygulanmadığında depresyonun izlemelerde de devam ettiği bilinmektedir (Soykan ve ark. 2004). Bu neden-le bu hastalarda psikiyatrik müdahalelere de gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Akman B, Özdemir FN, Miçozkadıoğlu H ve ark. (2004) Depression levels before and after renal transplantation. *Transplant Proceed*, 36(1): 111-113.
- Alford BA, Gerrity DM (2003) The specificity of sociotrophy-autonomy personality dimensions to depression vs. anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 59: 1069-1075.
- Astan G (2001) Effects of social support and locus of control on depressive and anxiety symptoms of dialysis patients. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 32-40; 120-135.
- Beck AT, Epstein N, Harrison RP ve ark. (1983) Development of the Socotropy-Autonomy Scale: A measure of personality factors in psychopathology. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Beekman ATF, Schoevers RA, Van Tilburg W (2000) Association of depression and gender with mortality in old age. *The British J Psychiatry*, 177: 336-342.
- Craven JL, Rodin GM, Johnson L ve ark. (1987) The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosom Med*, 49(5): 482-492.
- Dağ İ (1991a) Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Psikoloji Dergisi*, 7:10-16.
- Dağ İ (1991b) Rosenbaum'un Öğrenilmiş Güçlülük Ölçeği'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 2: 269-274.
- Dağ İ (1992) Kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve psikopatoloji ilişkileri. *Psikoloji Dergisi*, 7(27): 1-9.
- Dağ İ (2002) Kontrol Odağı Ölçeği (KOÖ): Ölçek geliştirme, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 17 (49): 77-92.
- Elal G, Krespi M (1999) Life events, social support and depression in haemodialysis patients. *Jornal of Community and Applied Social Psychology*, 9: 23-33.
- Ersoy-Kart M, Güldü Ö (2005) Vulnerability to stress, perceived social support, and coping styles among chronic hemodialysis patients. *Dialysis Transplant*, 34(10): 662-667.
- Evans RW, Manninen DL, Garrison LP, Hart LG, Blagg CR, Gutman RA, Hull AR, Lowrie EG (2000) The quality of life of patients with end-stage renal disease. *The New England J of Medicine*, 312: 553-559.
- Folkman S, Moscovitz JT (2004) Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55: 745-774.
- Herken H, Aşkın R, Karaca S ve ark. (2000) Dializ hastalarının psikiyatrik belirti düzeyleri ve stresle başa çıkma becerileri. *Anadolu Tıp Dergisi*, 2(3): 206-211.
- Hinrichsen GA, Lieberman JA, Pollack S ve ark. (1989) Depression in hemodialysis patients. *Psychosomatics*, 30(3): 284-289.
- Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 22: 118-126.
- Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği. *Psikoloji Dergisi*, 23: 3-13.
- Kimmel PL (2002) Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *J Psychosom Res*, 53: 951-956.
- Kimmel PL (2001) Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney Int*, 59: 599-613.
- Kimmel PL, Peterson RA (2005) Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. *Semin Dialysis*, 18(2): 91-7.
- Kimmel PL, Weihs KL, Peterson RA ve ark. (1993) Survival in hemodialysis patients: The role of depression. *J Amer Soc Nephro*, 4: 12-27.
- Kutner NG, Brogan D, Hall D ve ark. (2000) Functional impairment, depression and life satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls: A prospective study. *Arch Phys Med Rehabil*, 21: 453-459.
- Lee SH, Molassiotis A (2002) Dietary and fluid compliance in Chinese hemodialysis patients. *Int J Nursing Stud*, 39: 695-704.
- Lopes AA, Bragg J, Young E ve ark. (2002) Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney Int*, 62:199-207.
- Meijer SA, Sinnema G, Bijstra JO ve ark. (2002) Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescent with a chronic illness. *Soc Sci Med*, 54:1453-1461.
- Mok E, Tam B (2001) Stressors and coping methods among chronic haemodialysis patients in Hong Kong. *J Clin Nurs*, 10:503-511.
- Mollaoglu M, Arslan S (2003) Diyaliz hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 13 (4): 42-46.
- Oygar DD (2001) Kronik hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam süreleri ve buna etki eden faktörler. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Özatalay E (1990) Kronik hemodializ programındaki hastalarda anksiyete. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö ve ark. (2003) Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 12:113-116.
- Rosenbaum MA (1980) A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings. *Behavior Therapy*, 11: 109-121.
- Rotter JB (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80: 1-28.
- Sağduyu A, Erten Y (1998) Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Derg*, 9(1):13-22.

Savaşır I, Şahin NH (1997) Bilişsel davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Smith MD, Hong BA, Robson AM ve ark. (1985) Diagnosis of depression in patients with end stage renal disease. *Am J Med*, 79(2): 160-166.

Soykan A, Boztaş H, Kutlay S ve ark. (2004) Depression and its 6-month course in untreated hemodialysis patients: a preliminary prospective follow-up study in Turkey. *Int J Behav Med*, 11(4): 243-246.

Strickland BR (1978) Internal-external expectancies and health related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46: 1192-1211.

Şahin NH, Şahin N, Ulusoy M ve ark. (1993) Exploring the sociotropy-autonomy dimensions in a sample of Turkish psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 49: 751-763.

Takaki J, Nishi T, Shimoyama H ve ark. (2004) Possible interactive effects of demographic factors and stress coping mechanisms on depression and anxiety in maintenance hemodialysis patients. *J Psychosom Res*, 58:217-223.

Tsay SL, Healstead M (2002) Self-care self-efficacy, depression and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *Int J Nursing Stud*, 39: 245-251.

Vazquez I, Valderrabano F, Fort J ve ark. (2005) Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res*, 14: 179-190.

Welch JL, Austin JK (2001) Stressors, coping and depression in hemodialysis patients. *J Adv Nursing*, 33(2): 200-207.