

# Hemodiyaliz Hastalarında Psikososyal Faktörlerin Duygusal İyilik Durumu ve Yaşam Kalitesine Etkileri

## Effects of Psychosocial Factors on Emotional Wellbeing and Quality of Life Among Haemodialysis Patients

Margörit Rita KRESPI,<sup>a</sup>  
İdil Saliha KÜNTÜZ<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Psikoloji Bölümü,  
Kadir Has Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi,  
<sup>b</sup>Psikoloji AD,  
Okan Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü,  
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 28.04.2016  
Kabul Tarihi/Accepted: 06.02.2017

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Margörit Rita KRESPI  
Kadir Has Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi,  
Psikoloji Bölümü, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
margorit.boothby@khas.edu.tr

Bu çalışma, 18. Ulusal Psikoloji Kongresi (9-12 Nisan 2014, Bursa)'nde poster olarak sunulmuştur.

**ÖZET Amaç:** Son dönem böbrek yetmezliğinde (SDBY) yaşam kalitesi düşük olmakla beraber, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemler sıklıkla görülmektedir. Psikososyal faktörler, yaşam kalitesi ve duygusal iyilik durumundaki değişimleri tutarlı bir şekilde açıklamaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmada sosyal destek ve hastalık algısı ile duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. **Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışmanın örneklemini 250 (%46; 115 kadın; %54, 135 erkek) hemodiyaliz hastasından oluşmaktadır. Veriler Demografik Bilgi Formu, Hastalık Algısı Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve SF36 kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 17.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu hastalığının başından beri ağrı, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, baş ağrıları, mide yanmaları, uyku güçlükleri, sersemlik hissi ve güç kaybı gibi belirtileri yaşadığını ifade etmiştir. Hastaların çoğunluğu gözlerde yanma dışında bütün bu belirtilerin hastalığı ile ilgili olduğunu belirtmiştir. Bulgular, akut-kronik süre ve tedavi kontrolü dışında hastalık algısı alt boyutlarının, yaşam kalitesi ve anksiyete ile ilişkili ve akut-kronik süre ve döngüsel süre dışında, hastalık algısı alt boyutlarının depresyon ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca, sosyal desteğin anksiyete ve depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. **Sonuç:** Bu bulgular hemodiyaliz hastalarında sosyal desteğin ve hastalık algısının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğuna işaret etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşam kalitesi; böbrek yetmezliği, kronik; böbrek diyalizi; depresyon; anksiyete

**ABSTRACT Objective:** In end-stage renal disease (ESRD) psychological problems including anxiety and depression are common and quality of life is generally poor. Psychosocial factors consistently explain the variability in these outcomes. The aim of this study was to examine the relationship of social support and perception of illness with emotional wellbeing and quality of life. **Material and Methods:** The sample of this study consisted of 250 (46%; n=115 female, 54%; n=135 male) haemodialysis patients. Data were gathered through Sociodemographic Form, Illness Perception Questionnaire, Multidimensional Perceived Social Support Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale and SF-36. Data were analysed using SPSS 17.0 version. **Results:** Most patients recounted a number of physical symptoms including pain, nausea, breathing difficulties, loss of weight, tiredness, stiffness, burning eyes, dizziness, heartburn, sleep difficulties, unsteadiness and loss of strength since the start of their illness. With the exception of burning eyes they felt that these were related to ESRF. With the exception of acute-chronic timeline and treatment control dimensions, anxiety and quality of life were related to illness perception dimensions. Similarly, with the exception of acute-chronic timeline and episodic timeline, depression was related to illness perception dimensions. The findings also showed that social support was related to anxiety, depression and quality of life. **Conclusion:** These findings indicate that perceived social support and illness perceptions are related to quality of life, anxiety and depression among haemodialysis patients.

**Key Words:** Quality of life; kidney failure, chronic; renal dialysis; depression; anxiety

**S**on dönem böbrek yetmezliği (SDBY), glomerüler filtrasyon değerinin 5-10 mL/dk'nın altına düştüğü durumda gelişen kronik bir fiziksel hastalıktır.<sup>1,2</sup> SDBY'nin diyaliz (hemodiyaliz ve periton diyalizi) ve böbrek nakli olmak üzere temelde iki farklı tedavi yöntemi vardır. SDBY uyum problemlerine yol açabilmektedir. Uyum kavramı karmaşık ve çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte, yaşam kalitesi ve duygusal iyilik durumu olarak kısaca betimlenebilmektedir.<sup>3</sup> Aynı şekilde yaşam kalitesi de çok boyutlu bir kavramdır ve farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Bu kavram demografik özellikler gibi objektif kriterlere göre tanımlanabileceği gibi daha öznel kriterlere göre de şekillenebilmektedir.<sup>3</sup> Yaşamsal doyum ve yaşamın değerlendirilmesi gibi kavramlar öznel kriterlere örnek olarak verilebilmektedir.<sup>3</sup> Duygusal iyilik durumu ise depresyon ve anksiyete belirtilerinin mevcut olmaması şeklinde tanımlanabilmektedir.<sup>3</sup> SDBY hastalarında depresyonun yaygınlığının %15-50, anksiyete yaygınlığının ise %12-87 arasında değiştiği ve yaşam kalitesinin genel nüfusa göre düşük olduğu gösterilmiştir.<sup>4-11</sup>

Bu hastalarda görülen düşük duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesini açıklamak için birçok araştırmada psikososyal faktörlerin etkisi incelenmiştir. İncelenen psikososyal faktörlerden en etkili olanları sosyal destek ve hastalık ve tedavisiyle ilgili inanışlar olmuştur.<sup>4</sup>

Bazı araştırmalar, sosyal desteğin duygusal iyilik durumu ile ilişkili olmadığını gösterse de diğer araştırmalarda sosyal desteğin duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.<sup>6,12-17</sup> Ancak, bu ilişkinin yönü araştırmadan araştırmaya farklılık göstermektedir.

Hastaların inanışlarının duygusal iyilik durumunu ve yaşam kalitesini ne şekilde etkilediğini anlamak adına birçok araştırma yapılmış ve birçok teorik model ortaya atılmıştır. Bu teorik modellerin en önemlilerinden biri, farklı kronik hastalığı olan hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda geliştirilmiş olan "Hastalıkla İlgili Kendini Düzenleme Modeli"dir.<sup>18-21</sup> Bu model; her hastanın hastalığının kimliği, nedeni, sonuçları, süresi ve tedavisi/kont-

rol edilebilirliği ile ilgili özgül görüşleri olduğunu varsayar. Az sayıda araştırma, hemodiyaliz hastalarında bu modelin boyutlarıyla duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Belirti sayısı, sonuçlar ve kontrol algısı ile duygusal iyilik durumu arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir.<sup>22</sup> Çok-merkezli bir araştırmada, anksiyete riski olan hastalarda hastalığı anlama puanlarının düşük; duygusal temsiller puanlarının ise yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>7</sup> Aynı araştırmada depresyon riski olan hastalarda ise kişisel kontrol puanlarının düşük; süre ve duygusal temsiller puanlarının yüksek olduğu gösterilmiştir. Diğer araştırmalarda ise hastalık algısının birçok boyutunun yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır.<sup>23,24</sup> Ayrıca araştırmalar, hastalığın süresinin, kontrol algısının ve duygusal tepkinin yaşam kalitesindeki varyansın %15-31'ini; belirti sayısının, sonuçların ve kontrol algısının yaşam kalitesindeki varyansın %17-51'ini açıkladığını göstermiştir.<sup>22,25</sup>

Türkiye'de çok az sayıda araştırma hastalık algısı ve sosyal destek ile yaşam kalitesi ve duygusal iyilik durumu arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu çalışmanın genel amacı, hemodiyaliz tedavisi gören hastaların SDBY'yi algılama düzeyleri ve sosyal destek ile duygusal iyilik durumları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın özgül amaçları şunlardır: 1) Hemodiyaliz hastaları hastalıklarını nasıl algılamaktadırlar? 2) Hastalık algısı ile duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesi arasında nasıl bir ilişki vardır? ve 3) Algılanan sosyal destek ile duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesi arasında nasıl bir ilişki vardır?

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

### ÖRNEKLEM

Özel bir hastanenin iki şubesinin hemodiyaliz merkezinden 110 hastadan 100'ü; İstanbul'un çeşitli banliyölerinde bulunan diyaliz merkezlerinde tedavi gören 113 hastadan 95'i ve böbrek ile ilgili bir vakıfta kayıtlı olan 80 hastadan 55'i olmak üzere toplam 250 hasta araştırmanın örneklemine oluşturmuştur. Araştırmaya katılımı engelleyebilecek Alzheimer gibi bir hastalığı olanlar araştırma dışında bırakılmıştır.

## İŞLEM

Etik kurul onayı alınıp, bilgilendirilmiş onam formu imzalandıktan sonra, hastalar anketleri hemodiyaliz sırasında doldurmuştur.

## VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler, kendini bildirim ölçekleri vasıtasıyla toplanmıştır. Bilgi formu, Hastalık Algısı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve kısa form-36 [short from-36 (SF-36)] Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.<sup>26-29</sup> Bilgi formu, sosyodemografik ve tıbbi özellikler hakkında sorular içermiştir.

Hastalık Algısı Ölçeği, hastalık tipi, hastalık algısı ve hastalık nedenleri olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.<sup>26</sup> Hastalık tipi boyutu 14 hastalık belirtisini, hastalık algısı boyutu ise toplam 38 maddeden oluşan yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar akut/kronik süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, döngüsel süre ve duygusal temsillerden oluşmaktadır. Türkiye’de bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.<sup>30</sup>

ASDÖ, sosyal desteği öznel olarak değerlendirmeyi amaçlayan aile, arkadaş ve özel bir insan desteği olmak üzere üç alt ölçekten ve 12 maddeden oluşmaktadır.<sup>27</sup> Türkiye’de bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.<sup>31</sup>

HAD ölçeğinin Anksiyete (HAD-A) ve Depresyon (HAD-D) alt ölçekleri olmak üzere iki alt ölçeği vardır.<sup>28</sup> Türkiye’de bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.<sup>32</sup> SF-36 jenerik bir genel yaşam kalitesi ölçeğidir.<sup>29</sup> Ölçek, fiziksel ve sosyal işlevsellik, fiziksel ve duygusal rol kısıtlaması, ruhsal sağlık, zindelik, ağrı ve genel sağlık algısı olmak üzere 8 boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır. Türkiye’de bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.<sup>33</sup>

## İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Ölçeklerden elde edilen verilerin çoğunun normal dağılım göstermediği görülmüştür. Bundan dolayı araştırmanın amaçlarını incelemek için nonparametrik testlerden Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Veriler SPSS-17 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

## BULGULAR

### DEMOGRAFİK VE TIBBİ ÖZELLİKLER

Örneklemin %46,0 (n=115)’i kadın, %54,0 (n=135)’i erkek idi. Hastaların %14 (n=35)’ü 20-39, %33,2 (n=83)’si 40-59, %42,4 (n=106)’i 60-80 yıl ve üstü yaş aralığında idi. Hastaların %62’si (n=155) evli iken, %14,0 (n=35)’ü bekâr, %24,0 (n=60)’ü boşanmış/dul idi. Hastaların %19,6 (n=49)’sı 1-12, %35,6 (n=89)’sı 13-60, %28,4 (n=71)’ü 61-121 ay ve üstü süredir böbrek yetmezliği tanısı ile izlenmekte idi (Tablo 1).

### HASTALIK ALGISI, SOSYAL DESTEK, DUYGUSAL İYİLİK DURUMU VE YAŞAM KALİTESİNE İLİŞKİN BULGULAR

#### Hastalık Algısı

Hastaların çoğunluğu boğazda yanma (%80,0, n=200), gözlerde yanma (%64,4, n=161) ve hırıltılı solunum (%66,4, n=166) belirtilerinin hastalıkları ile ilgili olmadığını belirtmiştir (Tablo 2).

Katılımcıların rapor ettikleri hastalık algı düzeyi ve hastalık olası nedenlerinin ortalamaları Tablo 3’te görülmektedir.

#### Hastalık Algısı, Duygusal İyilik Durumu ve Yaşam Kalitesi

Katılımcıların rapor ettikleri anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin ortalamaları Tablo 4’te görülmektedir.

Bulgular; hastalık algısının sonuçları, hastalığı anlayabilme, döngüsel süre ve duygusal temsiller alt boyutları ile anksiyete arasında pozitif bir ilişki, kişisel kontrolle anksiyete arasında ise negatif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller ile depresyon arasında pozitif bir ilişki, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü ile depresyon arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 5). Bulgular; hastalık algısının sonuçları, kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller, döngüsel süre alt boyutları ile yaşam kalitesinin farklı alt boyutları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Tablo 6).

#### Sosyal Destek, Duygusal İyilik Durumu ve Yaşam Kalitesi

Katılımcıların rapor ettiği algılanan sosyal destek düzeylerinin ortalamaları verilmiştir [Aileden al-

**TABLO 1: Hastaların demografik ve tıbbi özellikleri.**

Değişken		Frekans	%	
Yaş	20-39 yaş	35	14,0	
	40-59 yaş	83	33,2	
	60-79 yaş	106	42,4	
	80 yaş ve üstü	26	10,4	
Cinsiyet	Kadın	115	46,0	
	Erkek	135	54,0	
Medeni durumu	Evli	155	62,0	
	Bekâr	35	14,0	
	Boşanmış/dul	60	24,0	
Çocuk sayısı	Çocuğum yok	47	18,8	
	1-3 çocuk	116	46,4	
	4-6 çocuk	71	28,4	
	7 ve daha fazla çocuk	16	6,4	
Öğrenim durumu	Okur yazar değil	37	14,8	
	Okur yazar	31	12,4	
	İlköğretim mezunu	105	42,0	
	Lise mezunu	38	15,2	
	Üniversite mezunu	30	12,0	
	Lisans üstü	9	3,6	
Çalışma durumu-1	Evet	35	14,0	
	Hayır, emekliyim	130	52,0	
	Hayır, hiç çalışmıyorum	80	32,0	
	Hayır, iş arıyorum	5	2,0	
Meslek	Vasıflı işçi	16	6,4	
	Vasıfsız işçi	42	16,8	
	Serbest çalışan	46	18,4	
	Dükkan, ofis, sekreter	18	7,2	
	Tekniker	10	4,0	
	Profesyonel, müdür	35	14,0	
Ev hanımı	Ev hanımı	83	33,2	
	Gelir düzeyi	600 TL'den az	29	11,6
		600 TL-1.000 TL arası	111	44,4
		1.001 TL-1.500 TL arası	46	18,4
		1.501 TL-2.000 TL arası	22	8,8
		2.001 TL-3.000 TL arası	19	7,6
3.000 TL'den fazla		23	9,2	
Böbrek yetmezliği tanısı ile takip edilme süresi	1-12 ay	49	19,6	
	13-60 ay	89	35,6	
	61-120 ay	71	28,4	
	121 ay ve üstü	41	16,4	
Tedavi görülen başka bir hastalığın olup olmama durumu	Hayır	71	28,4	
	Evet	179	71,6	
Varsa kaç tane	Bir hastalık	84	33,6	
	Birden çok hastalık	95	38,0	
	Cevapsız	71	28,4	

gılanan sosyal destek ortalama: 23,7±7,0, arkadaş-tan algılanan sosyal destek ortalama 18,0±8,3, özel bir insan (hemşire ve doktordan) algılanan sosyal destek 20,1±7,9 ve algılanan genel destek ortalaması 61,8±16,5].

Sosyal desteğin bütün alt boyutları ile anksiyete ve depresyon arasında negatif yönde bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bulgular; sosyal desteğin bütün alt boyutları ile yaşam kalitesinin zindelik, sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık ve duygusal rol kısıtlaması alt boyutlarının arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (Tablo 4, 5).

## TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğu, hastalıklarının başından beri birtakım belirtiler gösterdiğini, gözlerde yanma dışında bütün bu belirtilerin hastalıkları ile ilgili olduğunu ve güç kaybı ve yorgunluk belirtilerini en fazla yaşadıklarını belirtmiştir. Bu bulgular, önceki araştırmalarla tutarlı olarak hastaların SDBY belirtilerinin farkında olduğunu göstermektedir.<sup>34,35</sup>

Bulgular; duygusal temsiller, akut/kronik süre, sonuçlar ve kişisel kontrol puanlarının hastalık algısının diğer alt ölçeklere göre yüksek olduğunu göstermiştir. Buna karşılık, hastalığı anlayabilme ve döngüsel süre puanları en düşük, duygusal temsiller puanları ise en yüksek bulunmuştur. Benzer bulgular SDBY hastalarında daha önce yapılan araştırmalarda da gösterilmiştir.<sup>34</sup> Yüksek duygusal temsiller puanı; hastaların deneyimlediği çökkünlük, öfke, kaygı gibi karmaşık duygular ve bencil, daha az anlayışlı biri hâline gelmek gibi hastaların kişiliğinde ortaya çıkan olumsuz değişikliklerle tutarlıdır.<sup>36-38</sup> Bu çalışmada elde edilen düşük hastalığı anlayabilme ve döngüsel süre ile yüksek duygusal temsiller puanları hastaların SDBY'yi anlayabilme ve bunun yarattığı karmaşık duygularla baş etmeye yönelik koruyucu/önleyici müdahalelere ihtiyaç duyduklarına işaret etmektedir. Bu tür müdahaleler hastaların yeni bir normal geliştirmelerine ve böylelikle duygusal iyilik durumlarını ve yaşam kalitelerini yükseltmeye yardımcı olabilir.<sup>39-41</sup> “Yeni bir normal geliştirme” kavramı, kronik fiziksel hastalık tanısı ve tedavisi gibi travma

**TABLO 2:** Araştırmaya katılan hastaların yaşadığı hastalık belirtileri ile ilgili dağılımlar.

	Hastalığının başlangıcından beri bu belirtiyi yaşadım		Hastalığının başlangıcından beri bu belirtiyi yaşamadım		Bu belirti hastalığımla ilgili		Bu belirti hastalığımla ilgili değil	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Ağrı	187	75	63	25	169	68	81	32
Boğazda yanma	89	36	161	64	50	20	200	80
Bulantı	197	79	53	21	187	75	63	25
Soluk almada güçlük	157	63	93	37	140	56	110	44
Kilo kaybı	187	75	63	25	184	74	66	26
Yorgunluk	230	92	20	8	214	86	36	14
Eklemler sertliği	151	60	99	40	127	51	123	49
Gözlerde yanma	131	52	119	48	89	36	161	64
Hırıltılı solunum	119	48	131	52	84	34	166	66
Baş ağrıları	171	68	79	32	148	59	102	41
Mide yanmaları	165	66	85	34	137	55	113	45
Uyku güçlükleri	193	77	57	23	186	74	64	26
Sersemlik hissi	171	68	79	32	164	66	86	34
Güç kaybı	224	90	26	10	215	86	35	14

**TABLO 3:** Araştırmaya katılan hastaların hastalık algı düzeyi ve hastalık olası nedenlerinin ortalamaları.

	Sayı	Ort.	SS	Min.	Max.
Akut-kronik süre	250	18,7	2,5	11,0	26,0
Sonuçlar	250	18,1	5,0	6,0	29,0
Kişisel kontrol	250	18,6	4,0	6,0	28,0
Tedavi kontrolü	250	15,9	3,7	6,0	25,0
Hastalığı anlayabilme	250	13,7	4,6	5,0	25,0
Döngüsel süre	250	13,5	4,2	4,0	20,0
Duygusal temsiller	250	19,4	5,9	6,0	30,0
Psikolojik atıflar	250	14,7	6,5	6,0	30,0
Risk etkenleri	250	15,6	4,9	7,0	30,0
Bağıışıklık	250	7,1	2,8	3,0	14,0
Şans faktörü	250	4,8	2,0	2,0	10,0

**TABLO 4:** Araştırmaya katılan hastaların hastane anksiyete ve depresyon ile SF-36 puanlarının ortalamaları.

	Sayı	Orta	SS	Min.	Max.
Anksiyete	250	8,4	3,5	2,0	10,0
Depresyon	250	8,1	5,2	0,0	21,0
Fiziksel işlevsellik	250	46,5	32,2	0,0	100,0
Rol kısıtlaması	250	30,7	37,4	0,0	100,0
Ağrı	250	43,9	29,8	0,0	90,0
Genel sağlık	250	41,4	27,2	0,0	100,0
Zindellik	250	40,3	24,8	0,0	100,0
Sosyal işlevsellik	250	48,7	34,4	0,0	100,0
Duygusal rol kısıtlaması	250	45,3	41,7	0,0	100,0
Ruhsal sağlık	250	58,6	23,4	0,0	100,0

temelinde kişilerin farkındalık geliştirmesi ve sonuç itibarıyla bireysel kimlik ve yaşam tarzında bazı değişiklikleri benimseme sürecine girmesi anlamına gelmektedir.

Araştırmada akut/kronik süre alt boyutu puanı da yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, önceki araştırmalarla tutarlı olarak hastaların çoğunun SDBY'yi kronik bir hastalık olarak algıladıklarına işaret etmektedir.<sup>4-34</sup> Hastalığının kronik gidişatı olduğunu

bilme ve bu konuda bilinçlenme hastalıkla ilgili yüksek kontrolle ilişkilendirilmiştir.<sup>34-42</sup> Nitekim bu çalışmada kişisel kontrol algısı da yüksek bulunmuştur. Bu bulgular, hastalığı anlayabilmenin kişisel kontrol ile ilişkili olduğuna işaret ediyor olabilir.

Hastalar SDBY'nin nedenini en çok risk etkenlerine ve psikolojik atıflara bağlamışlardır. Bu bulgular önceki araştırmaların bulguları ile tutar-

**TABLO 5:** Araştırmaya katılan hastaların algıladığı sosyal destek düzeyleri ve hastalık algıları ile duygusal iyilik durumu arasındaki ilişki.

Akut-kronik Süre	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Döngüsel süre	Duygusal temsiller	Psikolojik atfılar	Risk etkenleri	Bağışıklık	Şans Faktörü	Aile Arkadaş	Özel bir insan	Sosyal destek genel puanı
0,01	0,14*	-0,19**	-0,05	0,36***	0,19**	0,51***	0,33***	0,23***	0,16**	0,30***	-0,29***	-0,23***	-0,40***
-0,05	0,16**	-0,25***	-0,15*	0,23***	-0,02	0,35***	0,29***	0,12	0,12	0,13*	-0,35***	-0,29***	-0,53***

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,001.

**TABLO 6:** Araştırmaya katılan hastaların algıladığı sosyal destek düzeyleri ve hastalık algıları ile duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesi değişkenleri arasındaki ilişki.

Akut-kronik süre	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Döngüsel süre	Duygusal temsiller	Psikolojik atfılar	Risk etkenleri	Bağışıklık	Şans faktörü	Aile Arkadaş	Özel bir insan	Sosyal destek genel puanı
-0,07	0,06	0,24***	0,06	-0,08	-0,08	-0,13*	-0,03	-0,03	0,01	-0,06	-0,04	0,09	0,20***
-0,03	-0,12	0,04	0,11	-0,09	-0,06	-0,13*	-0,06	-0,10	0,00	-0,14*	0,04	0,15*	0,20***
-0,03	-0,06	0,18**	0,02	-0,17**	-0,11	-0,26***	-0,12	-0,01	-0,01	-0,19**	0,07	0,13*	0,28***
0,06	-0,25***	0,10	0,06	-0,29***	-0,13*	-0,37***	-0,16**	-0,06	-0,09	-0,11	0,11	0,24***	0,32***
0,01	-0,05	0,23***	0,02	-0,19**	-0,11	-0,34***	-0,21***	-0,08	-0,08	-0,12	0,21***	0,28***	0,44***
-0,02	-0,09	0,19**	0,02	-0,18**	-0,09	-0,28***	-0,19**	-0,05	-0,16**	-0,12	0,19**	0,24***	0,42***
0,00	0,00	0,09	0,07	-0,23***	-0,08	-0,31***	-0,20***	-0,08	-0,11	-0,14*	0,14*	0,13*	0,27***
-0,03	-0,15*	0,19**	0,09	-0,31***	-0,03	-0,53***	-0,31***	-0,18**	-0,17**	-0,20***	0,34***	0,29***	0,49***

\*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\*p&lt;0,001.

lıdır.<sup>34,43</sup> Bir nitel araştırmada hastalar SDBY'yi farklı nedenlere bağlamışlardır.<sup>43</sup> Bunlar; kötü talih, böbreklerle ilgili yapısal sorunlar, böbreklerin kendiliğinden çalışmaya başlaması, kalıtım, doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar, yüksek tansiyon, iltihap, stres, öz bakım yoksunluğu ve yetersiz tıbbi bakım gibi nedenleri içermektedir.

Katılımcılar, sosyal desteği en fazla ailelerinden, daha sonra da hemşire ve doktor gibi özel bir kişiden ve daha sonra da arkadaştan algıladığını belirtmişlerdir. Önceki çalışmalar da ailenin, hemşire ve doktorların en önemli sosyal destek kaynağı olduğunu göstermiştir.<sup>44,45</sup> Hemodiyaliz tedavisinin haftada 3 gün tekrarlanması durumu göz önüne alındığında, katılımcıların ailelerinden sonra sosyal destek alabilecekleri kişilerin doktor ve hemşire olması beklenen bir durumdur. Belki de psikolojik müdahaleler hemşire ve doktorların verebileceği sosyal desteğin şeklini ve kalitesini hedeflemelidir.

Bu çalışmada anksiyete ve depresyon düzeyleri düşük bulunmuştur. Bu bulgu daha önceki araştırmaların bulguları ile tutarlıdır.<sup>4,8-10</sup> Bu bulgu yönetsel etkenlerle (örneğin; kullanılan ölçeklerle) ilişkilendirilebileceği gibi, SDBY'nin süresi ile de ilgili olabilir. Katılımcıların %80,4'ü en az 13 aydır böbrek yetmezliği tanısı ile izlenmekte idi. Hastalar bu süre içinde SDBY'ye "yeni bir normal" geliştirmiş ve bu nedenle psikolojik sorunlar yaşamıyor olabilir. Bazı hemodiyaliz hastalarının karakterlerinde olumlu değişikliklerin (örneğin; daha düşünceli olma, diğer insanları daha iyi anlama) ortaya çıktığı bildirilmiş-

tir.<sup>37</sup> Bu bulgular ışığında, düşük anksiyete ve depresyon düzeyleri SDBY'nin sadece kayıplarla ilişkili olmadığına, bazı olumlu deneyimlerle de ilişkili olabileceğine işaret ediyor olabilir. SDBY'ye yapılabilecek olumlu atıfların sağlıklı uyumun desteklenmesi için önemli bir düzenek olduğu daha önce bildirilmiştir.<sup>37</sup> Belki de psikolojik müdahaleler hastalığa yapılabilecek olumlu atıfları hedeflemelidir. Bu çalışmada, SF-36'nın birçok alt boyuttan elde edilen puanların düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgu diğer araştırmaların bulgularıyla tutarlı olarak SDBY ve hemodiyaliz tedavisinin hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisi olabileceğine işaret etmektedir.<sup>9,11,46</sup>

Bulgular, bütün sosyal destek alt boyutlarının anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu göstermiştir. Sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında nispeten tutarlı pozitif bir ilişki olduğunu da göstermiştir. Bu bulgular diğer araştırmaların bulguları ile tutarlı olarak hemodiyaliz hastalarının duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesi açısından sosyal desteğin önemli olduğunu göstermektedir.<sup>6,17,47-49</sup>

Bulgular anksiyete ve depresyonun hastalık algısı ile ilişkili olduğunu gösterse de bu ilişki hastalık algısının alt boyutları açısından tutarlılık göstermemiştir. En tutarlı ilişkilerin sonuçlar, hastalığı anlayabilme, kişisel kontrol ve duygusal temsiller alt boyutları ile ilgili olduğu görülmüştür. Bu bulgular önceki araştırmalar ile tutarlı olarak beklenen bir duruma işaret etmektedir, çünkü SDBY'nin getirdiği kısıtlılıklara yönelik yüksek farkındalık düzeyinin psikolojik sorunları tetikleyici bir düzenek olduğu öne sürülmüştür.<sup>7,23,25,37</sup> Özellikle, duygusal temsiller karmaşık duyguların varlığını ölçtüğünden, duygusal temsillerin anksiyete ve depresyonla ilişkili olması beklenen bir durumdur. Bulgular kişisel kontrol ile anksiyete ve depresyon arasında negatif bir ilişki olduğunu göstermiştir ki bunlar da diğer araştırmaların bulguları ile tutarlıdır.<sup>7,22,49-51</sup> Psikolojik müdahaleler kontrol algısı ve duygusal temsilleri hedefleyerek SDBY hastalarında duygusal iyilik durumunu iyileştirmeyi amaçlayabilir. Ancak, bu araştırma korelasyonel bir araştırma olduğundan bu değişkenler arasında bir neden-sonuç ilişkisinin var olup olmadığı gelecek araştırmalarda incelenebilir.

Katılımcıların SDBY'nin nedenlerini psikolojik atıflara bağlamaları arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyleri de artmıştır. Hastalıklarının nedenlerini stres, endişe gibi psikolojik sorunlara yükleyen hastaların depresyon ve anksiyete belirtileri göstermesi olasıdır. Bir başka deyişle, depresyon ve anksiyete belirtileri gösteren katılımcıların hastalıklarının nedenlerini stres ve endişe gibi psikolojik sorunlarla açıklaması beklenen bir sonuçtur. Psikolojik müdahaleler bu atıfları hedefleyebilir.

Bulgular yaşam kalitesinin hastalık algısı ile ilişkili olduğunu gösterse de bu ilişki hastalık algısının alt boyutları açısından tutarlılık göstermemiştir. Diğer araştırmalarda da benzer bulgulara rastlanmıştır.<sup>22,25</sup> Ancak, en tutarlı ilişki duygusal temsiller alt ölçeği ile ilgili olmuştur. Duygusal temsillerin yaşam kalitesinin bütün alt boyutları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Diğer araştırmalar da yüksek duygusal temsillerin yani hastalıkla ilgili yüksek negatif duygulanımların düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir.<sup>52</sup>

Nispeten tutarlı diğer bir ilişki kişisel kontrol ile ilgili olmuştur. Fiziksel işlevsellik, ağrı, zinde-lik, sosyal işlevsellik ve ruhsal sağlık olmak üzere yaşam kalitesinin alt ölçeklerinden birçoğu kişisel kontrol ile ilişkili bulunmuştur. Kişisel kontrolü yüksek olan diyaliz hastalarının yaşam kalitesinin yüksek olduğu belirtilmiştir.<sup>22,52,53</sup> Bu bulgular, önleyici psikolojik girişimlerin duygusal temsiller algısını azaltmayı ve kişisel kontrol algısını artırmayı hedefleyerek, SDBY hastalarının yaşam kalitesini artırabileceğine işaret ediyor olabilir. Ancak, bu araştırma korelasyonel bir araştırma olduğu için neden-sonuç ilişkisinin kurulması mümkün değildir. Bundan dolayı gelecekteki araştırmalar, bu hipotezi, duygusal temsilleri azaltmaya ve kontrol algısını artırmaya yönelik bir müdahale temelinde test edebilir.

Yaşam kalitesi ile hastalık algısı arasındaki tutarsız ilişki "Hastalıkla İlgili Kendini Düzenleme Modeli"nin doğası ile ilgili olabilir.<sup>18-21</sup> Kimi araştırmalar bu modelin bazı alt boyutlarının diyabet hastalarının deneyimlerini yansıtmadığını göstermiştir.<sup>54-56</sup> Belki de SDBY hastalarında da benzer bir durum söz konusudur. Nitekim nitel araştırmalar psikolojik kuramların içermediği birtakım bo-

yutları ortaya koymuştur.<sup>37,43</sup> Hemodiyaliz hastalarının yaşamlarını, SDBY ve tedavisinin getirdiği kısıtlamalara karşı tavırlar, bakım vericilere duydukları karmaşık hisler ve karakterlerindeki değişimler olmak üzere üç temel boyutta değerlendirdikleri gösterilmiştir.<sup>37</sup> Gelecekte yapılacak araştırmalarda bu modelin hemodiyaliz hastalarının deneyimlerini ne kadar yansıttığı incelenmelidir. Bunu yaparken nitel verilere dayalı ölçeklerden elde edilen verilerle Hastalık Algısı Ölçeği'yle elde edilen verilerin karşılaştırılması yararlı olabilir.<sup>43,57</sup>

## SONUÇ

Bu araştırmanın bulguları, hemodiyaliz hastalarında sosyal desteğin ve hastalık algısının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Literatürde, farklı fiziksel kronik hastalığı olan hastalarda hastalık algısının araştırıldığı çalışmalar mevcut olmakla birlikte, Türkiye'de sınırlı sayıda araştırma, hemodiyaliz hastalarında hastalık algısı ve sosyal destek ile yaşam kalitesi ve duygusal iyilik durumu arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu nedenle bu çalışmanın konuyla il-

gili bundan sonra yapılacak çalışmalara katkıda bulunacağı öngörülmektedir. Ancak, çalışmanın birtakım kısıtlılıkları mevcuttur. Araştırmanın örneklemi sadece bir ildeki hemodiyaliz hastalarını içerdiğinden bulguları bütün hemodiyaliz hastalarına genellemek mümkün olmayacaktır. Ayrıca bu araştırmanın daha çok bir ilde, farklı hastane ve kurumlarda yapılan bir araştırma olmasından dolayı, kurumlar arası ve tedavi ekibi farklılıkları gibi değişkenlerden doğan farklılıklar da bir kısıtlılık olarak düşünülebilir. Hastaların hemodiyaliz öncesi yaşam kalitesi ve depresyon/anksiyete düzeyleri bilinmediğinden zaman içerisinde oluşabilecek farklılıklar incelenememiştir.

### Çıkar Çatışması

*Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bildirmemiştir.*

### Yazar Katkıları

**Verilerin toplanması ve istatistiksel analiz:** İdil Saliha Küntüz; **İstatistiksel analiz sonuçlarının yorumlanması:** Margörit Rita Krespi; **Makalenin taslak olarak hazırlanması:** İdil Saliha Küntüz; **Makalenin yayına hazırlanması:** Margörit Rita Krespi.

## KAYNAKLAR

- Harris D, Elder G, Kairaitis L, Rangan G. Basic Clinical Dialysis. 1<sup>st</sup> ed. England: McGraw-Hill Book Company; 2005. p.10-1.
- Kállay E, Pop R, Balázs R. Emotional profile and quality of life in chronic renal failure and renal transplantation patients. *Cognition Brain Beh* 2009;13(3):313-28.
- Krespi Boothby MR. Shift in paradigm: understanding of dialysis patients. *Anatolian J Psychiatry* 2016 Doi: 10.5455/apd.244386.
- Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Depression in end-stage renal disease: current advances and research. *Semin Dial* 2010; 23(1):74-82.
- Çelik HC, Acar T. [The investigation of depression and anxiety level of chronic hemodialysis patients according to different variables]. *Firat Medical Journal* 2007;12(1):23-7.
- Elal G, Krespi M. Life events, social support and depression among haemodialysis patients. *J Com Applied Soc Psychol* 1999; 9(1):23-33.
- Yıldırım NK, Okanlı A, Karabulutlu EY, Karahisar F, Özkan S. [Effects of illness perception on anxiety and depressive symptoms in hemodialysis patients. A multi center study]. *Anatolian J Psychiatry* 2013;14(3): 253-9.
- Kohli S, Batra P, Aggarwal HK. Anxiety, locus of control, and coping strategies among end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. *Indian J Nephrol* 2011;21(3):177-81.
- Montinaro V, Iaffaldano GP, Granata S, Porcelli P, Todarello O, Schena FP, et al. Emotional symptoms, quality of life and cytokine profile in hemodialysis patients. *Clin Nephrol* 2010;73(1):36-43.
- Varela L, Vázquez MI, Bolaños L, Alonso R. Psychological predictors for health-related quality of life in patients on peritoneal dialysis. *Nefrologia* 2011;31(1):97-106.
- Fructuoso M, Castro R, Oliveira L, Prata C, Morgado T. Quality of life in chronic kidney disease. *Nefrologia* 2011;31(1):91-6.
- Parkerson GR Jr, Gutman RA. Perceived mental health and disablement of primary care and end-stage renal disease patients. *Int J Psychiatry Med* 1997;27(1):33-45.
- Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmons SJ, Boyle DH, Cruz I, et al. Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1995;6(5):1418-26.
- Palmer S, Canzona L, Conley J, Wells G. Vocational adaptation of patients on home dialysis: its relationship to personality, activities and support received. *J Psychosom Res* 1983; 27(3):201-7.
- Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. The impact of social support on end stage renal disease. *Semin Dial* 2005;18(2):98-102.



16. Kojima M, Hayano J, Tokudome S, Suzuki S, Ibuki K, Tomizawa H, et al. Independent associations of alexithymia and social support with depression in hemodialysis patients. *J Psychosom Res* 2007;63(4):349-56.
17. Brown EA, Johansson L, Farrington K, Gallagher H, Sensky T, Gordon F, et al. Broadening Options for Long-term Dialysis in the Elderly (BOLDE): differences in quality of life on peritoneal dialysis compared to haemodialysis for older patients. *Nephrol Dial Transplant* 2010;25(11):3755-63.
18. Hampson SA. Personal models and the management of chronic illness: a comparison of diabetes and osteoarthritis. *Eur J Pers* 1997;11(5):401-14.
19. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE, eds. *Handbook of Psychology and Health*. 1sted. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1984. p.219-52.
20. Leventhal H, Zimmerman R, Gutmann M. Compliance. A self-regulation perspective. In: Gentry WD, ed. *Handbook of Behavioral Medicine*. Guilford: New York; 1984. p.369-36.
21. Meyer D, Leventhal H, Gutmann M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychol* 1985;4(2):115-35.
22. Timmers L, Thong M, Dekker FW, Boeschoten EW, Heijmans M, Rijken M, et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychol Health* 2008;23(6):679-90.
23. Ibrahim N, Chiew-Tong NK, Desa A. Illness perception and health-related quality of life among haemodialysis patients. *Pertanika J Soc Sci Human* 2011;19(9):173-81.
24. Ibrahim N, Desa A, Chiew-Tong NK. Religious coping as mediator between illness perception and health-related quality of life among chronic kidney disease patients. *Asian Soc Sci* 2012;8(9):23-31.
25. Covic A, Seica A, Gusbeth-Tatomir P, Gavrilovici O, Gollsmith DJ. Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19(8):2078-83.
26. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing cognitive representations of illness. *Psychol Health* 1996; 11(3):431-45.
27. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988;52(1):30-41.
28. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
29. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
30. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. [The reliability and the validity study of Turkish adaptation of the revised Illness Perception Questionnaire]. *Anatolian J Psychiatry* 2007;8:271-80.
31. Eker D, Arkar H, Yaldız H. [Factorial structure, validity, and reliability of revised form of the multidimensional scale of perceived social support]. *Türk Psikiyatri Derg* 2001;12(1):17-25.
32. Aydemir O, Guvenir T, Küey L, Kultur S. [Validity and reliability of Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale]. *Türk Psikiyatri Derg* 1997;8(4):280-7.
33. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Memiş A. [Reliability and Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36)]. *İlaç Tedavi Derg* 1999;12(2):102-6.
34. Yılmaz Karabulutlu E, Okanlı A. [The evaluation of illness Perceptions in hemodialysis patients]. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2011;14(4):4-28.
35. Yorulmaz H, Karahaloğlu N, Kürtünlü Ş, Türkyılmaz Ç, Hacıoğlu N. [Evaluation of factors affecting fatigue in patients with chronic renal failure]. *Archives of Neuropsychiatry* 2011;48(1):59-65.
36. Jansen DL, Grootendorst DC, Rijken M, Heijmans M, Kaptein AA, Boeschoten EW, et al. Pre-dialysis patients' perceived autonomy, self-esteem and labor participation: associations with illness perceptions and treatment perceptions. A cross-sectional study. *BMC Nephrol* 2010;11(1):35-45.
37. Krespi MR, Bone M, Ahmad R, Worthington B, Salmon P. [Hemodialysis patients' evaluation of their lives]. *Türk Psikiyatri Derg* 2008;19(4):365-72.
38. Öztürk A, Altuntaş Y, Özsan M, Gündüz E. [Investigation of the knowledge, attitudes, behaviors of chronic renal failure patients treated by hemodialysis on their illness and hemodialysis]. *Erciyes Medical Journal* 2009;31(2):119-25.
39. Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociol Health Illn* 1983;5(2):169-95.
40. Charmaz K. *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. 1<sup>st</sup> ed. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1991. p.45-50.
41. Charmaz K. The body, identity and self: adapting to impairment. *The Sociological Quarterly* 1995;36(4):657-80.
42. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. 1<sup>st</sup> ed. Boston, MA: Health Institute; 1993. p.23-7.
43. Krespi R, Bone M, Ahmad R, Worthington B, Salmon P. Haemodialysis patients' beliefs about renal failure and its treatment. *Patient Educ Couns* 2004;53(2):189-96.
44. Oka M, Chaboyer W. Dietary behaviors and sources of support in hemodialysis patients. *Clin Nurs Res* 1999;8(4):302-17.
45. Karabulutlu E, Tan M, Erdem N, Okanlı A. [Social support and coping with the stress in hemodialysis patients]. *Atatürk Üniv Hemşirelik Sağlık Bilimleri Derg* 2005;8(3):56-66.
46. Ginieri-Coccosis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrol* 2008;9(1):1-9.
47. Rambod M, Rafii F. Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients. *J Nurs Scholarsh* 2010;42(3):242-9.
48. Gençöz T, Astan G. Social support, locus of control, and depressive symptoms in hemodialysis patients. *Scand J Psychol* 2006;47(3):203-8.
49. Griva K, Davenport A, Harrison M, Newman S. An evaluation of illness, treatment perceptions, and depression in hospital- vs. home-based dialysis modalities. *J Psychosom Res* 2010;69(4):363-70.
50. Soskolne V, Bonne O, Denour AK, Shalev AY. Depressive symptoms in hospitalized patients: a cross-sectional survey. *Int J Psychiatry Med* 1996;26(3):271-85.
51. Theofilou P. Quality of life and mental health in hemodialysis and peritoneal dialysis patients: the role of health beliefs. *Int Urol Nephrol* 2012;44(1):245-53.
52. Griva K, Jayasena D, Davenport A, Harrison M, Newman SP. Illness and treatment cognitions and health related quality of life in end stage renal disease. *Br J Health Psychol* 2009;14(Pt 1):17-34.

53. Sağduyu A, Sentürk VH, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. [Psychiatric problems, life quality and compliance in patients treated with haemodialysis and renal transplantation]. Turk Psikiyatri Derg 2006;17(1):22-31.
54. Hampson SE, Glasgow RE, Foster LS. Personal models of diabetes among older adults: relation to self-management and other variables. Diabetes Educ 1995;21(4):300-7.
55. Hampson SE, Glasgow RE, Toobert DJ. Personal models of diabetes and their relations to self-care activities. Health Psychol 1990;9(5): 632-46.
56. Turk DC, Rudy TE, Salovey P. Implicit models of illness. J Behav Med 1986;9(5):453-74.
57. Krespi MR, Bone M, Ahmad R, Worthington B, Salmon P. [The development of the life evaluation questionnaire for hemodialysis patients]. Turk Psikiyatri Derg 2009;20(1):56-67.