

Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar

Common Psychiatric Problems in Dialysis Patients

Leyla Küçük

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği AD, İstanbul

ÖZET

Bu yazıda diyaliz tedavisi gören hastalarda sık görülen ruhsal sorunlar sunulmuştur. Kronik böbrek yetmezliğinin (KBY) diyaliz ile tedavisine pek çok organik, ruhsal ve sosyal sorun eşlik etmektedir. Hastalar kısıtlayıcı bir yaşam stiline uyum sağlamak zorunda kalmalarının yanı sıra bağımlılık ve ölümlü yüzleşmektedirler. Haftada üç gün ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamaları ile yaşam diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmektedir.

Diyaliz hastalarında, hastalığın evresi, süresi, tedavi şekli ve potansiyeli yanında, psikolojik faktörlere bağlı olarak uyum güçlüğü ve davranışsal reaksiyonlar, organik beyin sendromları, anksiyete reaksiyonu, depresyon, cinsel ve psikososyal sorunların yaygın olduğu, buna bağlı olarak işlevselliğin daha da bozulabildiği görülmüştür.

Psikiyatrik semptomların ortaya çıkmasında en önemli faktör kuşkusuz kronik hastalığın kendisidir. Kronik hastalıklar kişiye, topluma, yaşa, kültüre, hastanın hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın yol açtığı güçlüklerle ilgili olarak kişinin denge ve uyumunu bozar ve başa çıkma becerilerini başarısızlığa uğratar.

Sonuç olarak diyaliz ünitelerindeki hastaların, sadece dahili açıdan değil, psikiyatrik açıdan da yakından takip edilmeleri psikiyatrik morbiditeyi azaltıp, yaşam kalitelerini artıracaktır.

Anahtar sözcükler: diyaliz hastası, ruhsal sorunlar

ABSTRACT

In this article, common psychological problems of dialysis patients are presented. There are many organic, psychological and social problems which accompany the chronic renal failure. Beside changes of life style, the patients have to cope with and face dependency and death. Due to dialysis which lasts 4-6 hours and done three times a week, patients become dependent on dialysis machine, health care team and family.

Beside the stage of illness, the length, the treatment type and patient's capacity, due to psychological status, difficulty in adaptation and behavioral reactions, organic brain syndrom, anxiety reaction, depression, sexual and psychosocial problems are quite common. Because of these, functional status might deteriorate.

Beyond doubt, the most important factor which affects occurrence of psychiatric symptoms is the illness itself. The chronic illness impair the balance and adaptation of the patient, related to the patient's personality, society, age, culture, perception of illness and difficulties due to illness, and thus coping abilities deteriorate.

In conclusion, the patients undergoing dialysis should be followed up not only in medical aspect but also in psychiatric aspect. That approach will decrease psychiatric morbidity and will improve the patients' quality of life.

Keywords: dialysis patient, psychiatric problems

2005;14 (4) 166-170

Giriş

Kronik böbrek yetmezliği yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, hemen her yaş grubunu, en çok da genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır (1). Hemodiyaliz programına alınan hastalarda, organik rahatsızlıklara pek çok ruhsal ve sosyal sorunun da eşlik ettiği görülmektedir (2,3). Bu hastaların yaşadığı başlıca fiziksel ve psikososyal sorun alanları şunlardır:

- Haftada üç gün ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamaları ve yaşamın diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmesi,
- Diyaliz ünitesinde sık görülen ölümler ve ölüm korkusunun sürekli olarak yaşanması,
- Fiziksel durumda sık döngülü değişmelerin olması (Üreminin artmasıyla bulantı, yorgunluk, uyku hali, dikkat azalması; diyaliz uygulamasının hemen ardından sıvı elektrolit dengesindeki ani değişime bağlı baş ağrısı, bulantı, kas krampları, sinirlilik; bazen de eşlik eden yönelim bozukluğu, delirium ve konvülsiyonlar,
- Uzun süreli diyaliz uygulamalarında bilişsel işlevlerin giderek bozulabilmesi,
- Diyalizde geçirilen zamana, diğer zamanlarda da

Yazışma Adresi: Arş. Gör. Msc. Leyla Küçük
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Abidei Hürriyet Caddesi, Şişli, İstanbul
Tel: 0 (212) 224 49 86 - 27026
E-posta: leylak73@yahoo.com

fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş veriminin düşmesi, sosyal yaşamın azalması,

- Hastanın nakil için yakınlarından böbrek talebinin ve hasta yakınlarının böbrek verme konusunda yaşadığı tereddütlerin doğurduğu baskılar ya da kadavradan nakil için belirsiz bir bekleme sürecine girilmesi,
- Sıvı ve gıda alımında büyük kısıtlamalar getiren diyet programını uygulama güçlüğü.

Sıklıkla belirtilen spesifik stres kaynakları, maddi ve sosyal ilişkilerin kaybı veya kayıp tehlikesi, fiziksel sağlık ve aktivite kısıtlamaları, beden fonksiyonu kaybı ve bozulmuş beden imajı, artmış bağımlılık ve ölüm tehlikesi, aile içinde rollerin değişmesi, iş fonksiyonu ve ekonomik güvencede bozulma, boş vakit ve sosyal aktivitelere azalmış katılımı içermektedir. Yine cinsel üretkenlik dönemindeki çoğu kadın ve erkek çocuk sahibi olma isteğinden bahsedebilir ve azalmış libido, empotans ve hatta evlilik uyumsuzluğundan dolayı mutsuzluk gösterebilirler (4,5).

Diyaliz uygulamasının en temel gerçeği, kronik bir hastalık olması ve yaşamı sürdürülebilmek için bir makineye bağımlı olma zorunluluğudur. Diğer birçok hastalıkta ara tatil dönemleri vardır. Abram, hastaların diyalize uyum sürecini 4 aşamalı olarak değerlendirmiştir. İlk dönem diyalize başlamadan önceki dönemdir (üremik dönem). Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fiziksel ve ruhsal komplikasyonları içindedir. Yaşamın tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Yorgunluk, halsizlik ve zihinsel çökünlük içindedirler.

İkinci dönem diyaliz uygulamasına başladıktan sonra apatinin azaldığı, ölümden geri dönme duygusu ve düşüncesinin geliştiği, sıklıkla öforinin eşlik ettiği bir dönemdir.

Yaşama dönüş evresi olarak da tanımlanan üçüncü dönem ise diyaliz uygulamasına başladıktan 3 hafta ya da 8-9 diyaliz uygulamasından sonra, başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı, ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psikososyal sorunların geliştiği dönemdir (1,3,4,6-8).

Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının geliştiği bu dönem 3-12 ay sürebilir. Normale dönüşün yaşandığı dördüncü ve son dönem ise, ölümden kurtuluşun gerçekleştiği ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönemdir. Hasta makineye alışmıştır; hastalığın, tedavi uygulamalarının el verdiği ölçüde uyumu ve yaşama bağlılığı daha iyi bir düzeye gelmiştir. Gerçekçi kabullen-

me sağlanmış, ileriye dönük plan ve beklentiler (organ nakli) gelişmiştir. Sürekli olarak haftada 3 kez diyalize girdikleri ve ilaçların yanında sıkı bir diyet uygulamak zorunda olduklarından dolayı birçok hasta için şehir dışına çıkmak dahi mümkün değildir. Bu bağımlılık makineye olduğu kadar, tedavi ve bakım ekibi için de söz konusudur (3,2,4).

1. Uyum ve Davranış Bozuklukları

İnkâr, negativizm ve tedaviyi reddetme, uyum güçlüğü çeken hastalarda en sık görülen reaksiyonlardır. Bu reaksiyonlar genellikle hastanın makineye bağlı olma, otonomisini kaybetme, hastalığın kronikleşmesi gibi nedenlerle yaşadığı kaygı, öfke ve isyanın neden olduğu, mutsuzluk duygularıyla ilişkilidir. Kronik hastalığı olan kişilerin yaşadıkları problemlerin çoğu bilgi eksikliği ve hastalık yaşantısı ile baş edebilmek için gereken becerinin olmaması ile ilgilidir. Baş etme, riskli ya da tehdit edici durumun üstesinden gelebilmek için yapılan problem çözme çabalarıdır. Kronik hastalığa uyumla ilgili yapılan çalışmalarda, hastaların baş etme biçimi ve destek sistemlerinin hastalığa uyumda önemli bir faktör olduğu saptanmıştır (9-11).

2. Organik Beyin Sendromları

Diyaliz hastalarında merkezi sinir sistemini etkileyen çeşitli toksik, metabolik faktörlere bağlı olarak organik beyin sendromları gelişme riski fazladır. Birçok hasta diyaliz günü yaklaştıkça zihinsel işlevlerinde yavaşlama ve karışıklık geliştiğini, unutkanlık, dikkatini toplayamama ve sinirlilik ortaya çıktığını söyler. Diyalizden sonraki sıvı ve elektrolit dengesindeki ani değişikliklere bağlı olarak, birkaç dakikadan birkaç saate kadar süren bir öfori ve uyarılmışlık hali, baş ağrısı, bulantı görülebilir. Anemi, endokrinopati, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık gibi diğer tıbbi hastalıkları olanlarda merkezi sinir sistemi bozuklukları daha çabuk ve daha sık görülür (1,4,9,12).

Diyaliz hastalarında görülen en ciddi ve ölümcül organik ruhsal bozukluk diyaliz ensefalopatisidir. Genellikle uzun süredir (2 yıldan fazla) diyaliz uygulanan hastalarda gelişir. Diyaliz hastalarında dizatri, konuşma güçlüğü, miyokloniler, bellek işlevlerinde azalma, zihinsel karışıklık, tremor, istemsiz hareketler gibi nöropsikiyatrik bulgular uyarıcı olmalıdır. Diyaliz hastalarında kronik organik beyin sendromu gelişimi de bildirilmiştir. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda sık görülen bellek dikkat

bozukluğunu araştırmak üzere hemodiyaliz programındaki 426 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada bilişsel işlevler üzerinde nörobiyolojik değişkenlerden çok depresyon ve kişilik özelliklerinin etki gösterdiği, bu nedenle de dikkat azalması olan hastaların ruhsal yönden değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (2-4,9,13,14).

3. Anksiyete Bozukluğu

Kronik hastalıkların birçoğunda olduğu gibi, diyaliz hastalarında da kaygı en yaygın yakınmadır. Makineye bağımlılık, otonominin sınırlandırılması, fiziksel durum ile aile düzenlerindeki bozulmalar bu kaygıyı artırır. Hastalığın yaşantının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlevlerin bozulacağı korkusu, ekonomik yetersizlik bu kaygıyı daha da artırır. Katastrofik kaygı ve panik ile baş etme sürecinde kızgınlık ve inkâr davranışları görülür. Duygularını ifade edebilen, yeni ilgi ve yaşam alanları yaratabilen hastalarda uyum daha kolaydır. Arkonaç ve arkadaşları tarafından 60 kronik böbrek hastası üzerinde yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının oranı %25 olarak bildirilmiş ve habis bir hastalığı olanlardan oluşan kontrol grubuna göre anksiyete oranlarının anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur (2,9,3,4).

Psikoterapi, telkin, açıklama, gerçekçi yaşam hedefleri belirleme, psikososyal desteklerin artırılması ve bütün olarak hastanın beden imajı ve özgüvenini desteklemeye yöneliktir (4,1,3,15,7,16).

4. Depresyon

Diyaliz hastalarında depresif duygudurumla giden uyum bozukluğu ve majör depresyon akut dönemden sonra görülen en yaygın bozukluktur. Sağlıklarını, fiziksel güçlerini, bağımsızlıklarını, çalışabilme yeteneklerini kaybedecekleri endişesi depresyon gelişmesindeki en önemli unsurlardır.

Fiziksel durumun kötüleşmesi ile depresyon şiddeti arasında ilişki vardır. Psikososyal destek ve güvencesi yetersiz olan hastalar daha büyük risk altındadır (1,4,9,3,17).

Diyaliz hastalarında özkıyım davranışı, sadece genel nüfustan değil, diğer kronik hastalığı olanlardan da önemli ölçüde daha fazladır. Bunun nedeni, bu hastaların ölümlerinin kendi ellerinde olmasıdır. Fistüllerini kapatıp, kansız bırakabilirler ya da potasyum almayı sürdürüp diyalize girmeyebilirler. Diyet uymama, diyalizi reddetme gibi uyum güçlükleri sıklıkla depresyona bağlı davranışlardır (1,4,3,18).

KBY tanısı konduğu sırada hastalarda saptanan depresyonun, ailedeki rol, kendilik kavramı ve işle ilgili kayıplara bağlı olduğu, yani reaktif olduğu öne sürülmüştür. Kimmel ve arkadaşları da (1993), depresyon etiolojisinin kayıpla olan bağlantısını hatırlatarak hastaların böbrek işlevi, iyilik hali, aile ve işteki yer, zaman, finansal kaynak ve cinsel işlev gibi çeşitli süregelen kayıplara uğradıklarını, sonuçta pek çok araştırmada saptanan depresyon sıklığındaki yüksekliğin şaşırtıcı olmadığını belirtmişlerdir (19).

Tıpkı diğer popülasyonlarda olduğu gibi, kronik hastalarda da klinik depresyonun ortaya çıkışı çoklu etkenler arasındaki karmaşık ilişkilere bağlıdır. Bu etkenlere kişilik, baş etme düzenekleri, anlamlı sosyal desteğin bulunup bulunmaması ve genetik ya da biyolojik yatkınlık dahildir (12,18).

Her ne kadar fiziksel hastalıklar çoğu insanda hafif depresyon belirtilerine yol açıyorsa da, depresyona yatkın bireyler majör depresyon riski taşımaktadır (20). Psikiyatrik morbidite yaygınlığını olduğundan farklı yansıtabilecek bir diğer etkenin de inkâr olduğu düşünülmüştür. Özellikle diyalize uzun süredir devam etmekte olan hastaların psikiyatrik sorunlarını yok saydıklarını öne sürenler olduğu gibi (De Nour 1981, Yanagida ve ark. 1981), hastaların çoğunluğunun etkin bir biçimde psikososyal streslerle baş ettikleri ve hastalıkla ilişkili deneyimlerini küçültme ihtiyacı hissetmedikleri de bildirilmiştir (Devins ve ark. 1986-1987)(9).

Hemodiyaliz hastalarında Craven ve ark. (1987) tarafından Beck Depresyon Envanteri kullanılarak yapılan bir araştırmada depresyon prevalansının %25 olduğu, Zung Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan bir başka çalışmada (Kutner ve ark. 1985) %50'ye varan oranlarla klinik önemi olan depresyon ve bunaltı belirtileri olduğu gözlenmiştir (1,2).

Yapılan araştırmalar diyaliz öncesi döneme göre diyaliz uygulamaya başlanmasıyla genel işlevsellik düzeyinin %20-60'lara indiğini göstermektedir (4).

Depresyon belirtileri üzerine cinsiyetin etkisi araştırıldığında, değersiz, suçlu hissetme ve kendini aşağı görme gibi depresyon belirtilerinin diyalize giren kadın hastalarda daha yaygın olduğu görülmüştür. Bu bulgu diyalize giren kadın hastalarda benlik saygısının daha büyük oranda azaldığını göstermektedir (3).

Genel popülasyona kıyasla diyaliz hastalarında özkıyım sıklığının 100 ile 400 kat daha fazla olduğunu öngören araştırmacılar vardır (Abram ve ark. 1971). Neu ve Kjellstrandise (1986), diyaliz hastaları arasındaki özkıyım riskinin genel popülasyona kı-

yaşla 15 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Çoğu araştırmacı depresyon belirtilerinin daha yüksek mortalite hızıyla ve sık hastane yatışıyla ilişkili olduğunu saptamışlardır (9).

Diyalize giren hasta grubunda görülen depresyonun klinik özellikleri üzerine yapılan araştırmalar, üremi belirtileri ile depresyona ait vejetatif belirtileri ayırt etmenin güç olabileceğini, bu nedenle depresyon tanısı konurken afektif ve bilişsel öğelere dikkat edilmesi gerektiğini ortaya koymuştur (2).

Hemodiyalize giren hastalarda uyku bozukluklarının da sık görüldüğü, yaşa ve uzun süreli hemodiyalize bağlı bedensel yakınmalarla birlikte daha da arttığı bildirilmektedir. Kırk sekiz hemodiyaliz hastası üzerinde yapılan bir çalışmada %52 oranında uyku bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (2).

Depresyonun kayba bağlı bir tepki olduğu düşünülürse, güç, enerji, cinsel işlev, çalışma yeteneği fiziksel özgürlük ve yaşam beklentisini yitiren bu hastalarda depresyon görülmesi şaşırtıcı değildir. Böbrek yetmezliği ve onun tedavisine bağlı, azalan iştah, ağız kuruması, konstipasyon, azalan cinsel istek ve yetersizlik depresyona eşlik eden belirtilerdir (4,19).

Üzüntü, elem, zevk duygusunun azalması, uyku bozuklukları, sosyal geri çekilme, çevreye ilginin azalması gibi reaksiyonlar tedavi sürecini bozar. Tedavide kriz teorisi çerçevesinde, hastadaki travmatik algıları düzeltici bilişsel-davranışçı yaklaşımlar kullanılmaktadır (16,17). Baş etme güçlüğü çeken hastalarda liyezon psikiyatrisi ekibince hastalık dinamiklerinin analiz edilmesinden sonra anksiyetenin basılanmasına, egonun desteklenmesine yönelik krize müdahale psikoterapisi uygulanır (4,10,16).

5. Cinsel İşlev Bozukluğu

Diyaliz hastalarında görülen diğer bir sorun da cinsel işlev bozukluğudur. Erkek hastalarda bu oran %70 olarak bildirilmiştir. Endokrin değişiklikler, çeşitli ilaçlar, genel fiziksel durum, aile içi ve sosyal rollerdeki değişimler, psikososyal faktörler ve depresyon çeşitli oranlarda cinsel işlevleri bozar. Birçok erkek hastada, cinsel organların idrar boşaltma amacını artık yerine getiremiyor olması, cinsel işlevlerine ilişkin ciddi endişelere sebep olmaktadır (1,3,4).

Erkek hastalarda testosteron düzeyinde ve spermatogenezde azalma ve her iki cinste cinsel dürtü ve uyarılmada azalma ile birlikte cinsel etkinlikte düşme bildirilmiştir. Kadınlarda orgazm sıklığında azalma, erkeklerde kendi potansiyellerini test etmeye, mastürbasyon yapmaya yönelik davranışlar bil-

dirilmiştir.

Diyaliz hastalarında empotans gelişiminde organik faktörlerin rolü yüksek olmakla birlikte, ortaya çıkan cinsel işlev güçlüklerinin şiddet ve yaygınlığını açıklayacak oranda değildir. Diyaliz hastalarının cinsel işlev bozuklukları konusunda bilgilendirme önemlidir. Başarısızlık kaygılarının azaltılması gerekir. Eşlik eden psikişik durumun tedavisinde, davranışsal tedavilerin de yeri vardır. Kalıcı empotans gelişen erkek hastalarda protez ve benzeri diğer teknik ve tedaviler, psikiyatri ile işbirliği içinde uygulanabilir (2,21).

Diyaliz uygulaması, hastanın tıbbi, psikolojik durum ve uyumunun yanında tüm yaşantısını etkiler. Birçok hasta işlerine eski yeterlilikte devam edemez. Aile içi yaşantı ve roller değişir. Hatta eğlenebilme yetenekleri bile sınırlıdır. Aile dinamikleri ve ev içi sosyal ortama ilişkin kültürel tutumlar, hastanın ilişki ve beklentilerini etkiler. Eşe bağımlılık gereksiniminin artması ve hastaların aile içi değişen rollerine uyum güçlüğü yeni sorunlar yaratır.

Birçok erkek hasta için evde daha fazla yaşama ve ev içi ilişkilerde daha fazla meşgul olma zorunluluğu kaygı yaratır. Sosyal desteğin artırılmasının yanında, değer yargılarının uyumlu hale getirilmesine dönük açıklama ve girişimler gereklidir. Birçok olguda hastanın yanında eş ve aile ile görüşmeler gerekir. Surman ve Evans tüm güçlüklerle rağmen diyaliz hastalarının %45-59'unda iş ve aile düzeninde uyum ve rehabilitasyonun sağlandığını belirtmektedir (2,7,15).

Böbrek yetmezliği nedeni ile hemodiyalize giren hastalarda başta depresyon ve bunaltı bozuklukları olmak üzere ruhsal bozuklukların yaygın olduğu, buna bağlı olarak da işlevselliğin bozulabildiğini göz önüne alırsak, diyaliz ünitelerinde verilmesi gereken konsültasyon liyezon hizmetlerinin önemi daha iyi anlaşılacaktır (4,10,16).

Genel kanı son dönem böbrek yetmezliğinde (SDBY) ruhsal bozuklukların yaygın olduğu yönündedir. Ancak üremi, ilaç yan etkileri, sistemik lupus eritematozus gibi alta yatan birincil hastalıklar, anemi, elektrolit dengesizliği gibi komplikasyonlar ruhsal bozuklukları taklit edebilmekte, yaygınlığın olduğundan fazla görünmesine yol açabilmektedirler. Bu nedenle SDBY hastaları mültidisipliner bir anlayışla ele alınmalıdır. Farklı tedavi yöntemleri uygulanan SDBY hastalarında psikiyatrik morbiditenin değişkenlik gösterdiği, transplantasyonun psikiyatrik morbiditeyi azalttığı, yaşam kalitesini ise artırdığı düşünülmektedir. Bir diğer görüş de SDBY'de psiki-

yatrik morbiditenin yüksek olduğu ve seçilen tedavi yöntemi ile ilişkili olmadığıdır. Sonuç olarak, diyaliz ve transplantasyon ünitelerindeki hastaların, sadece dahili açıdan değil, psikiyatrik açıdan da yakından takip edilmeleri psikiyatrik morbiditeyi azaltıp yaşam kalitesini artıracaktır.

Kaynaklar

1. Şentürk A, Tamam L. Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi* 2000;17(3):163-172.
2. Şentürk A, Tamam L. Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan tedavilerin psikiyatrik etkileri ve tedavisi. *Arşiv Dergisi* 2000;9(1):49-68.
3. Sağduyu A, Erten Y. Hemodiyalize giren böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9(1):13-22.
4. Özkan S. Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite. *Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. Roche Yayınları. 1993;187-190.
5. Gilbar O, Or-Han K, Plivazky. Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among end-stage renal disease patients. *The Journal of Psychosomatic Research* 2005;58(6):471-476.
6. Yvonne W, Grenyer BA. The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: The experience of dialysis patient and their partners. *Journal of Advanced Nursing* 1999;30(1):1312.
7. Mok E. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *Journal of Advanced Nursing* 1996;23(5):873-81.
8. Marcus MP, Jager KJ, Dekker FW, et al. Quality of life in patients on chronic dialysis: Self assessment months after the start of treatment. *Am J Kidney Dis* 1997;29(4):584-92.
9. Özküçümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003;14(1):72-80.
10. Özalın G, Barlas G. Psikiyatrik Konsültasyon Liyezon Hemşireliğinde Bir Ön Eğitim Hazırlığı Olgu Sunumu. *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*. Ed: Sedat Özkan. 1996-1997:311.
11. Christensen A, Wiebe J, Moran J, et al. Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychology* 2002;21(4):393-397.
12. Kimmel PL, Thamer M, Richard C M, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *The American Journal of Medicine* 1998;105(3):214-221.
13. Wiebe J, Lawton W. Coping with treatment related stress: Effects on patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63(3):454-459.
14. Wiebe J, Christensen A. Health beliefs, personality and adherence in hemodialysis patient: An interactional perspective. *Ann Behav Med* 1997;19(1):30-35.
15. Wiebe J, Christensen A. Patient adherence in chronic illness: Personality and coping context. *Journal of Personality* 1996;64(4):30-34.
16. Ünlüoğlu G. Fiziksel hastalığı olanlara psikolojik yaklaşım ve psikoterapi. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. 1996-1997; 79-90.
17. Yılmaz ME, Kara İH, Altındağ A. SAPD tedavisi alan kronik böbrek yetmezlikli hastalarda sosyodemografik faktörler ve depresyon. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2001;10(2):103-108.
18. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research* 2004;57(2):165-170.
19. Avcı A, Evlice Y, Diler R, Noyan B. Kronik böbrek yetmezliğinde depresyon ve kaygı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 1996;21(1):34-40.
20. Finkelstein FO, Watnick S, Finkelstein SH, et al. The treatment of depression in patients maintained on dialysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;53(4):957-960.
21. Christensen A, Wiebe J, Edwards J, et al. Body consciousness, illness-related impairment and patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64(1):147-152.