

Diyaliz Hastalarında Psikolojik Belirtiler, Mental İyi Oluş ve Varoluşsal Kaygı Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Bir Pilot Çalışma

Examining the Relationships Between Psychological Symptoms, Mental Well-Being and Existential Anxiety in Dialysis Patients: A Pilot Study

Erdi BAHADIR¹, Nefise LADİKLİ², Bilal KALENDER³, Oya KUDRET⁴, Mehmet Utku TOHUMCU⁵

ÖZ

Diyaliz, bireyin günlük işlevselliği ile fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde etkili bir uygulama olarak görülmektedir. Fonksiyonları bozulmuş veya işlevini tamamen yitirmiş böbreğin diyaliz ile tedavisi sürecinde hem böbrek hastalığına ilişkin semptomların hem de diyaliz uygulamasının etkilerinin kişiler için zorlayıcı olabildiği bilinmektedir. Bu pilot çalışmada hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda psikolojik belirtiler, mental iyi oluş ve varoluşsal kaygı arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, Gümüşhane Devlet Hastanesi hemodiyaliz ünitesinde tedavi gören 12 kadın ve 24 erkek olmak üzere toplam 36 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara demografik bilgi formu, Depresyon Anksiyete Stres Skalası-21, Varoluşsal Kaygı Ölçeği ve Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin analizi sonucunda mental iyi oluş hem varoluşsal kaygı hem de depresyon, anksiyete ve stres ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Varoluşsal kaygı ile psikolojik belirtiler arasında olumlu ilişki saptanmıştır. Yapılan regresyon analizleri sonucunda depresyon, anksiyete ve stresin varoluşsal kaygı ile mental iyi oluş arasındaki ilişkide tam aracı rol oynadığı bulunmuştur. Elde edilen bulgular, diyaliz hastalarında psikolojik iyilik halinin korunması amacıyla psikososyal desteğin önemi ekseninde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Hemodiyaliz, Psikolojik iyi oluş, Stres.

ABSTRACT

Dialysis is seen as an effective practice on the daily functionality, physical and psychological health of the individual. It is known that both the symptoms of kidney disease and the effects of dialysis can be challenging for individuals during the dialysis treatment of a kidney that has impaired or completely lost its function. This pilot study aimed to examine the relationships between psychological symptoms, mental well-being and existential anxiety in patients receiving hemodialysis treatment. For this purpose, a total of 36 patients, 12 females and 24 males, receiving treatment in the hemodialysis unit of Gümüşhane State Hospital were included in the study. Participants were given demographic information form, Depression Anxiety Stress Scale-21, Existential Anxiety Scale and Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale. As a result of the data analysis, mental well-being was found to be negatively correlated with both existential anxiety and depression, anxiety and stress. A positive relationship was found between existential anxiety and psychological symptoms. As a result of regression analyses, it was found that depression, anxiety and stress fully mediated the relationship between existential anxiety and mental well-being. The findings were discussed on the axis of the importance of psychosocial support to maintain psychological well-being in dialysis patients.

Keywords: Anxiety, Depression, Hemodialysis, Psychological well-being, Stress.

Önemli Noktalar

*Diyaliz tedavisi alan hastalarda psikolojik iyi oluş halinin sağlanması anksiyete, depresyon, stres ve varoluşsal kaygı semptomlarının azaltılması için önemli olabilir.

Çalışma, Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü'nün E-51020271-044-219351643 sayılı izni ve Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Etik Kurulunun 32/20 sayılı onayı ile yürütülmüştür.

¹ Klinik Psikolog, Erdi BAHADIR, Klinik Psikoloji, Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, erdibhdr@gmail.com, ORCID: 0000-0002-8404-1779

² Doktor Öğretim Üyesi, Nefise LADİKLİ, Klinik Psikoloji, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji Bölümü, nladikli@fsm.edu.tr, ORCID: 0000-0002-1033-7251

³ Klinik Psikolog, Bilal KALENDER, Klinik Psikoloji, İstanbul Büyükşehir Belediyesi, kalenderbilal@gmail.com, ORCID: 0000-0003-1549-6662

⁴ Diyaliz Teknikeri, Oya KUDRET, Diyaliz, Gümüşhane Devlet Hastanesi, the.kdr@gmail.com, ORCID: 0009-0007-0092-3381

⁵ Klinik Psikolog, Mehmet Utku TOHUMCU, Klinik Psikoloji, Rota Psikoloji, utkutohumcu@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-8856-959X

İletişim / Corresponding Author: Nefise LADİKLİ
e-posta/e-mail: nladikli@fsm.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 26.12.2024
Kabul Tarihi/Accepted: 08.05.2025

GİRİŞ

İnsan bedeninde 120-150 gram aralığında iki adet böbrek bulunmakta ve elektrolit dengesi ile vücut sıvısının korunması, idrar oluşumu ve hormon üretimi gibi birçok konuda rol oynamaktadır.¹ Kronik böbrek hastalığı ise böbreklerde üç aydan daha uzun süredir devam eden işlevsel ve yapısal anormallikler veya glomerüler filtrasyon hızının azalmasıyla kendisini gösteren bir sağlık sorunudur.² Kronik böbrek hastalığının özellikle diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon gibi komorbid durumların varlığında teşhis edilme oranı yüksektir. Benzer şekilde kronik böbrek hastalığında endokrin, santral sinir sistemi, hematopoetik, gastrointestinal ve kardiyovasküler sistem gibi birçok sistem olumsuz olarak etkilenmektedir. Kronik böbrek hastalığının erken evreleri asemptomatik seyredebilmekte ve bu nedenle tanı süresi gecikebilmektedir.³

Böbreklerin en önemli görevlerinden biri farklı nedenlerle oluşan atıkları ve toksinleri vücuttan atmaktır. Bunun yanında böbrekler vücutta su ve mineral dengesinin korunması görevini de üstlenmektedir. Böbrekleri sağlıklı ve yeterli çalışmayan bireylerde belirtilen işlevler gerçekleştirilemez. Atılamayan mineral ve atıklar vücutta depolanmaya başlar. Bunun yanında, böbreklerin sorumlulukları boşaltım ile kısıtlı değildir. Böbreklerin renin, eritropoietin gibi önemli maddelerin salgılanmasında da rol oynadığı bilinmektedir. Kronik böbrek hastalığında böbreklerin kimyasal işlevleri de sekteye uğrar.¹⁻⁴

Kronik böbrek hastalığı ilerleyen yaş, diyabet ve hipertansiyon gibi bazı kronik hastalıkların artmasıyla birlikte dünya genelinde artış gösteren bir sağlık problemidir. Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından yürütülen Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması (CREDIT) verilerine göre Türkiye'deki yetişkin bireylerde hastalık oranı %16 civarındadır.⁵ Bir başka ifadeyle Türkiye'de 6-7 bireyden birinde kronik böbrek hastalığına rastlanmaktadır.

Kronik böbrek hastalığı, Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı ve Uluslararası Nefroloji Birliği tarafından geliştirilen Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi (NKF-KDOQI) kılavuzunda, böbreğe ait bozukluk olmaksızın glomerül filtrasyon hızının 3 aydan daha fazla bir sürede 60ml/1,73m² seviyelerinden düşük olması ya da glomerül filtrasyon hızında düşüş olması veya olmaması durumunda böbrekte 3 aydan daha fazla süre devam eden yapısal ve işlevsel bozukluk şeklinde açıklanmaktadır.⁶ Böbrek hasarı için önemli olan etmen düzelse dahi nefron kaybı bozuk olmayan nefronda adaptif hiperfiltrasyona ve hipertrofiye neden olur. Böbrek yetmezliğine sebep olan başlıca diğer hastalıklar vasküler bozukluklar, renal tübüler bozukluklar, böbrek rejeksiyonu, konjenital ve kistik bozukluklar, tübülointerstisyel hastalıklar olarak sıralanabilir.⁷

Kronik böbrek hastalarının önemli bir kısmında seyir devamlı ve ilerleyicidir. Belirli bir dönem sonra semptom vermeyen nefron işlev kaybına bağlı olarak böbrek yetersizliğinin klinik ve biyokimyasal belirtileri açığa çıkmaktadır. Böbreklerin vücudun ihtiyaçlarına artık cevap veremediği bu evre böbrek yetmezliği olarak adlandırılmaktadır. Bu evrede hastalara böbreklerin doğal işlevlerini simüle eden ve renal replasman tedavisi olarak bilinen böbrek transplantasyonu veya diyaliz gibi tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.^{7,8}

Dünya genelinde iki milyondan daha fazla kişi böbrek nakli ve diyaliz tedavisi ile yaşamlarını sürdürmektedir.⁹ Diyaliz tedavisinin gerçekleşmesi için özel tedavi alanları mevcuttur. Bu alanlar diyaliz merkezi olarak bilinir. Diyaliz uygulamasının periton diyalizi ve hemodiyaliz olarak iki yöntemi bulunmaktadır. Devamlı renal replasman tedavisi şeklinde bilinen konveksiyon temelli su ve solüt uzaklaştırılması (CRRT) diyalizi, hemofiltrasyon adıyla çoğunlukla akut böbrek yetmezliği olan yoğun bakım hastalarında kullanılmaktadır. Bu hastalara haftanın her günü 12-24 saat aralığında hemofiltrasyon işlemi uygulanmaktadır.¹⁰

Kronik böbrek hastalığı tıbbi durumun yanında hastaların psikolojik, sosyal ve ekonomik durumlarını da olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Diyaliz tedavisi kronik böbrek hastalarının yaşamlarını sürdürmelerine yardımcı olmakla birlikte fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik açıdan birçok zorluğu da beraberinde getirmektedir. Kronik böbrek hastaları ve diyaliz tedavisi gören hastalar iş yaşamı ve bununla bağlantılı olarak ekonomik koşullarda, akademik hayatın devamlılığı hususunda, kişisel özgürlük ve yaşam koşullarının kontrolü noktasında zorluklarla karşılaşabilmekte; fiziksel kondisyon ve cinsel fonksiyon kaybı gibi birçok bedensel yetersizlik haliyle karşı karşıya kalabilmektedir. Diyaliz hastalarının kronik böbrek hastalığı yanında yaşadığı diğer sorunlar şu şekilde sıralanabilir:

- Diyaliz demansı ve disequilibrium sendromu,
- Periferik nöropati,
- Diüretiklere cevapsız periferik ödem,
- Büyüme ve gelişme geriliği,
- Kalsiyum ve fosfor seviyesinin kontrolsüzlüğü,
- Hafıza ve bilişsel faaliyetlerde bozulmalar,
- Depresyon, tükenmişlik, öfke, anksiyete ve içe çekilme ve diğer duygulanım sorunları,
- Cinsel fonksiyon bozuklukları,
- Uykusuzluk ve uyku/uyanıklık bozuklukları,
- Yorgunluk ve anhedoni,
- Değersizlik, diğer kişilere bağımlı olma gibi düşünceler.^{11, 12}

Bu gibi olumsuz semptom ve durumların varlığı bazı hastalarda tedaviyi reddetme, uyum zorlukları ve negativizm gibi tepkilere yol açmaktadır.^{13, 14} Verilen bu tepkiler çoğu zaman hastanın yaşadığı öfke, mutsuzluk, kaygı, stres ve isyan gibi yoğun duygularla ilişkilidir.¹⁵

Çeşitli kronik hastalık türlerine sahip kişiler yüksek somatik belirti yükü, bozulmuş yaşam kalitesi ve rol yitimi deneyimlemektedir.¹⁶ Haftanın belirli günleri

4-6 saat diyaliz makinesine ve uygulamalarına bağlı olan birey aynı zamanda ailesine veya bakım verene, sağlık ekibine ve kuruluşuna da bağımlı hale gelmektedir. Bu durum fiziksel ve ruhsal sorunların yanında sosyal yaşam faaliyetlerini oldukça sınırlamaktadır. Bu nedenle hastalarda sosyal etkinliklere katılım oldukça kısıtlı bir hale gelebilmekte ve sosyal geri çekilme gözlenebilmektedir.¹⁷

Diyaliz tedavisi gerektiren birçok kronik böbrek hastası ciddi psikolojik sıkıntı bildirmektedir.^{16, 18} Yapılan araştırmalarda böbrek hastalıkları koşulu altında en sık rastlanan psikolojik belirti ve bozukluklar umutsuzluk, anksiyete, korku, depresyon ve bağımsızlık hissinin kaybı şeklindedir. Kişiler, sınırlanan bir yaşam tarzına uyum sağlama mecburiyetinde olmalarının yanında bağımlılık, organ yitimi ve ölüm gibi konulara da sürekli maruz kalmaktadırlar.¹⁹

Son yıllarda kronik böbrek hastalığı özelindeki araştırmaların büyük çoğunluğunda tekil belirtilere yoğunlaşılmasının yerini belirti kümesi araştırmalarının aldığı görülmektedir. Birbiriyle ilişkili iki veya daha fazla belirtinin etiyolojik zeminden bağımsız olarak istikrarlı şekilde bir arada görülmesi olarak tanımlanabilecek belirti kümesi kavramı, günlük yaşamı etkileyen öznel deneyimlere dayanmaktadır.²⁰ İlgili araştırmalarda kaygı hissi, endişe, üzgün hissetme, depresyon ve sinirlilik hissi belirtilerinin kronik böbrek hastalığında küme halinde görülebileceği bildirilmektedir.²¹

Bir uzvun yitilmesi ya da bir organın işlevini kaybetmesi kişi için daha derin anlamlar taşıyabilir. Kendiliğinden gerçekleşen yaşamsal fonksiyonların dışa bağımlı hale dönüşmesi ile ölüm ve ölümle ilişkili gündemin doğuşu kişiyi yokluk algısı ile karşı karşıya getirir.²² Yokluk, yalnız organ yitimini veya fiziksel ölümü değil, kişinin öz varoluşunu oluşturulan anlam hissinin kaybını ve çöküşünü de ifade eder.²³ Varoluşunun doğasını sorgulayan eşsiz insan canlısı yokluk algısıyla karşılaştığında varoluşsal kaygı adı verilen bir duyguyla da baş başa kalır.²⁴ Varoluşsal kaygı, sonu olan varlığın muhtemelen yaklaşan veya meydana gelen

yokluk tehdidine karşı kaçınılmaz yanıtıdır.²⁵ Yalom ölüm, özgürlük, yalıtılmışlık ve anlamsızlık kaygılarının varoluşsal çatışma yarattığını belirterek, bu dört gerçeğe ilişkin farkındalık veya ani yüzleşmenin korku ve varoluşsal kaygı doğuracağını öngörür.²⁶

Yaşamı tehdit eden süregelenleşmiş rahatsızlıklar genelinde ve kronik böbrek hastalığı ile diyaliz tedavisi özelinde değerlendirildiğinde, yaşanan yokluk algısının hastanın ontolojik, spiritüel ve ahlaki özdeğerlendirmesi için tehdit oluşturduğu açıktır. Tillich, yokluk algısının yarattığı bu tehdidin kader ve ölüm, boşluk ve anlamsızlık, suçluluk ve cezalandırılma kaygılarını ortaya çıkardığını öne sürmüştür.²⁷ Kronik böbrek hastalığının yokluk getiren seyri ve diyaliz zorunluluğunun meydana gelişi böbrek hastalarında varoluşsal kaygının, başkaca gözlenebilen psikolojik semptomlarla iç içe geçebileceği ve iyi olma halini etkileyebileceği fikrini doğurmaktadır.

Literatürde kronik böbrek hastalığına eşlik eden psikolojik belirtiler ve mental iyi oluş üzerine pek çok çalışma bulunmasına rağmen, bu hastalık özelinde doğrudan varoluşsal kaygının ele alındığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Kanseri, kronik hastalık

sahibi olma durumu, süregelen psikiyatrik bozukluklar gibi durumlarda varoluşsal kaygı üzerine yürütülen çalışmalar mevcut olmakla beraber, kronik böbrek hastalığı bağlamında genellikle ölüm kaygısı ön planda çalışılmış; varoluşsal kaygı, varoluşsal ihtiyaçlar ve varoluşçu- destekleyici bakım gibi konular ise daha çok son dönem araştırmalarda ele alınmaya başlanmıştır.²⁷⁻³⁵ Bu çalışmada diyaliz hastalarındaki depresyon, anksiyete, stres belirtileri, mental iyi oluş ve varoluşsal kaygı arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bulguların kronik böbrek hastalığının psikolojik belirti kümesi için belirleyici olacağı, varoluşsal kaygı için öncül veri sunarak çeşitli belirti kümelerinin ilişkilendirilebileceği bir üstyapıya işaret edebileceği düşünülmüştür.

Bu amaçla sınanacak olan temel hipotezler şunlardır:

H1: Varoluşsal kaygı ile mental iyi oluş arasında anksiyetenin aracı rolü bulunmaktadır.

H2: Varoluşsal kaygı ile mental iyi oluş arasında depresyonun aracı rolü bulunmaktadır.

H3: Varoluşsal kaygı ile mental iyi oluş arasında stresin aracı rolü bulunmaktadır.

MATERYAL VE METOT

Araştırma Modeli

Çalışmada nicel yöntem kapsamında ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Bu modelde kavramlar arasındaki ilişkilerin korelasyon ve regresyon analizi ile incelenmesi amaçlanmaktadır.

Örneklem

Yapılan pilot çalışmaya 27-90 yaş aralığında ($\bar{x}=61,75\pm13,53$) 12'si kadın ve 24'ü erkek olmak üzere toplam 36 kişi katılmıştır. Katılımcıların diyaliz süreleri ise 1-21 ($\bar{x}=5,83\pm5,91$) yıl arasında değişmektedir. Çalışmaya katılım sürecinde gönüllülük esası gözetilmiş, katılımcılara ve ailelerine bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur.

Veri Toplama Araçları ve Süreci

Çalışmada anket tekniği kullanılarak veri toplanmıştır. Kullanılan veri toplama araçları şu şekildedir:

Demografik Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından mevcut çalışma özelinde, literatürde yer alan benzer çalışmalarda demografik değişkenler dikkate alınarak şekillendirilmiştir.^{35, 36} Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, maddi durum, eğitim durumu ve hastalık sürecine dair sorulardan oluşmaktadır.

Depresyon-Anksiyete-Stres Ölçeği-21 (DASS-21): Bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi için Lovibond ve Lovibond tarafından 42 soruluk formun kısaltılmasıyla geliştirilmiştir.³⁷

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Sarıçam tarafından yapılmıştır.³⁸ Ölçek dörtlü Likert tipinde (0 = Hiçbir zaman; 3 = Her zaman) 21 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte depresyon, anksiyete ve stres olmak üzere üç boyut bulunmaktadır. Orijinal çalışma için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları depresyon için 0,88, anksiyete için 0,90 ve stres için 0,93 olarak bulunmuştur. Uyarlama çalışmasında bu değerler sırasıyla 0,85, 0,80 ve 0,77 olarak rapor edilmiştir. Bu çalışmanın örneklemini için iç tutarlık katsayıları alt boyutlar için sırasıyla 0,60, 0,73 ve 0,82 olarak hesaplanmıştır.

Varoluşsal Kaygı Ölçeği: Bireylerin varoluşsal kaygı düzeylerinin incelenmesi için Yıkılmaz tarafından geliştirilmiştir.³⁹ Ölçek beşli Likert tipinde (1 = Beni hiç yansıtmıyor; 5 = Beni tamamen yansıtıyor) 25 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte anlamsızlık kaygısı, ölüm kaygısı, yalıtılmışlık kaygısı ve özgürlük kaygısı olmak üzere dört boyut bulunmaktadır. Orijinal çalışma için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları anlamsızlık kaygısı için 0,87, ölüm kaygısı için 0,79, yalıtılmışlık kaygısı için 0,70, özgürlük kaygısı için 0,71 ve ölçek geneli için 0,85 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada iç tutarlık katsayıları alt boyutlar için sırasıyla 0,85, 0,54, 0,69, 0,64 ve 0,80 olarak hesaplanmıştır.

Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği: Bireylerin zihinsel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi için Tennant ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.⁴⁰ Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Keldal

tarafından yapılmıştır.⁴¹ Ölçek beşli Likert tipinde (1 = Hiç katılmıyorum; 5 = Tamamen katılıyorum) 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte tek boyut bulunmaktadır. Orijinal çalışma için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı ölçek geneli için 0,89 olarak bulunmuştur. Uyarlama çalışmasında bu değer 0,92 olarak rapor edilmiştir. Bu çalışma için iç tutarlık katsayısı 0,85 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde kişi ve yüzde dağılımı için frekans analizi, ölçek ve alt boyutları için iç tutarlığın incelenmesinde güvenirlik analizi, ölçekler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise Pearson korelasyon analizi ile basit ve çoklu regresyon analizleri kullanılmıştır. Veriler SPSS 26. versiyon ve PROCESS makrosu kullanılarak analiz edilmiştir.⁴² İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ göz önüne alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Etik Kurulunun 32/20 sayılı kararı ile etik yönden uygun bulunmuştur. Etik kurul onayının ardından Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü'nün E-51020271-044-219351643 sayılı ile Gümüşhane Devlet Hastanesinde tedavi gören diyaliz hastalarından veri toplama süreci başlatılmıştır. Hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmış ve anket formunda yer alan sorular okunarak cevapları kaydedilmiştir. Bir anketin doldurulması ortalama 15 dakika sürmüştür.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Değişken	Kategori	n	%
Medeni durum	Evli	26	72,2
	Bekâr	7	19,4
	Dul	3	8,3
Maddi durum	İyi	10	27,8
	Orta	23	63,9
	Kötü	3	8,3
Eğitim durumu	İlköğretim	27	75,0
	Lise	8	22,2
	Üniversite	1	2,8
Ek hastalık	Evet	19	52,8
	Hayır	17	47,2
Nakil başvurusu	Evet	16	44,4
	Hayır	20	55,6

n: Kişi sayısı, %: Yüzde

Tablo 1’de sunulan sonuçlara göre katılımcıların 26’sı evli, 7’si bekar, 3’ü duldu. Maddi durumunu 10 kişi iyi olarak, 23 kişi orta olarak ve 3 kişi kötü olarak belirtmiştir. İlköğretim mezunu 27 kişi, lise mezunu 8 kişi ve üniversite mezunu 1 kişi

bulunmaktadır. Ek hastalığı olan 19 kişiye karşın 17 kişinin ek bir hastalığı bulunmamaktadır. Böbrek nakli noktasında başvuru yapan 16 kişi varken 20 kişi başvuruda bulunmamıştır.

Tablo 2. Ölçek Toplam Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	İyi Oluş	Anksiyete	Depresyon	Stres
Anksiyete	-0,538**			
Depresyon	-0,764**	0,362*		
Stres	-0,633**	0,560**	0,475**	
Varoluşsal Kaygı	-0,405*	0,377*	0,405*	0,468**

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$

Tablo 2’de yer alan korelasyon analizi sonucuna göre mental iyi oluş ile anksiyete ($r = -0,538$; $p < 0,01$), depresyon ($r = -0,764$; $p < 0,01$), stres ($r = -0,633$; $p < 0,01$) ve varoluşsal kaygı ($r = -0,405$; $p < 0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişki bulunmaktadır. Buna göre, mental iyi oluş puanı arttıkça anksiyete, depresyon, stres

ve varoluşsal kaygı puanları azalacaktır. Değişkenler arasında gözlenen orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon katsayıları regresyon analizleri için gerekli varsayımı karşılandığını göstermektedir. Yapılacak regresyon analizlerinde bootstrap örneklem büyüklüğü 5000 olarak ve güven aralığı da %95 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3. Varoluşsal Kaygı ve İyi Oluş Arasındaki İlişkide Anksiyetenin Aracı Rolü

Aracı/Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	B(b)	SH	t	p	%95 Güven Aralığı	
						LLCI	ULCI
Anksiyete	Sabit (a)	4,991	2,854	1,749	0,089	-0,810	10,792
	Varoluşsal Kaygı	0,120	0,050	2,372	0,024	0,017	0,222
F_(1,34)=5,625; p=0,024; R²=0,14; Düzeltilmiş R²=0,12							
İyi oluş	Sabit (a)	70,211	5,435	12,918	0,000	59,165	81,257
	Varoluşsal Kaygı	-0,248	0,096	-2,581	0,014	-0,443	-0,053
F_(1,34)=6,661; p=0,014; R²=0,16; Düzeltilmiş R²=0,14							
İyi oluş	Sabit (a)	74,536	5,129	14,534	0,000	61,102	84,971
	Varoluşsal Kaygı	-0,14	0,094	-1,539	0,133	-0,335	0,046
	Anksiyete	-0,867	0,295	-2,936	0,006	-1,467	-0,266
F_(2,33)=8,387; p=0,001; R²=0,34; Düzeltilmiş R²=0,30							
Dolaylı etki		-0,169	0,097			-0,383	-0,014

B (b): Katsayı değeri, SH: Standart hata, t: t testi değeri, p: Anlamlılık düzeyi, LLCI: Alt sınır güven aralığı (Lower Level Confidence Interval), ULCI: Üst sınır güven aralığı (Upper Level Confidence Interval), R²: Açıklanan varyans oranı, F: Regresyon modeli için anlamlılık testi

Tablo 3’te sonuçları verilen regresyon analizi sonucunda, bağımsız değişken olan varoluşsal kaygının aracı değişken olan anksiyeteyi yordama gücü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t_{(34)} = 2,372$; $p < 0,05$). Varoluşsal kaygının iyi oluşu yordama düzeyi tek başına istatistiksel olarak anlamlı iken ($t_{(34)} = -2,581$; $p < 0,05$) aracı değişkenin yer aldığı modelde bu anlamlılık kaybolmuştur

($t_{(33)} = -1,539$; $p > 0,05$). Bu noktada anksiyetenin, varoluşsal kaygı ile iyi oluş arasındaki ilişkide tam aracı rolü olduğu görülmektedir. Bu etki istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte aracı etki düzeyi -0,17 olarak hesaplanmıştır (%95 CI = -0,383 / -0,014). İki değişken birlikte iyi oluşun %30’luk kısmını açıklamaktadır.

Tablo 4. Varoluşsal Kaygı ve İyi Oluş Arasındaki İlişkide Depresyonun Aracı Rolü

Aracı/Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	B(b)	SH	t	p	%95 Güven Aralığı	
						LLCI	ULCI
Depresyon	Sabit (a)	5,672	2,091	2,713	0,010	1,423	9,922
	Varoluşsal Kaygı	0,095	0,037	2,584	0,014	0,020	0,170
F_(1,34)=6,676; p=0,014; R²=0,16; Düzeltilmiş R²=0,14							
İyi oluş	Sabit (a)	70,211	5,435	12,918	0,000	59,165	81,257
	Varoluşsal Kaygı	-0,248	0,096	-2,581	0,014	-0,443	-0,053
F_(1,34)=6,661; p=0,014; R²=0,16; Düzeltilmiş R²=0,14							
İyi oluş	Sabit (a)	80,801	4,233	19,087	0,000	72,188	89,414
	Varoluşsal Kaygı	-0,070	0,074	-0,939	0,355	-0,220	0,081
	Depresyon	-1,867	0,315	-5,931	0,000	-2,507	-1,226
F_(2,33)=24,264; p=0,000; R²=0,60; Düzeltilmiş R²=0,57							
Dolaylı etki		-0,291	0,153			-0,581	-0,014

B (b): Katsayı değeri, SH: Standart hata, t: t testi değeri, p: Anlamlılık düzeyi, LLCI: Alt sınır güven aralığı (Lower Level Confidence Interval), ULCI: Üst sınır güven aralığı (Upper Level Confidence Interval), R²: Açıklanan varyans oranı, F: Regresyon modeli için anlamlılık testi

Tablo 4'te değerleri yer alan regresyon analizi sonucunda bağımsız değişken olan varoluşsal kaygının aracı değişken olan depresyonu yordama gücü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t_{(34)}=2,584$; $p<0,05$). Varoluşsal kaygının iyi oluşu yordama düzeyi tek başına istatistiksel olarak anlamlı iken ($t_{(34)}=-2,581$; $p<0,05$) aracı değişkenin yer aldığı modelde bu anlamlılık kaybolmuştur.

($t_{(33)}=-0,939$; $p>0,05$). Bu noktada depresyonun, varoluşsal kaygı ile iyi oluş arasındaki ilişkide tam aracı rolü olduğu görülmektedir. Bu etki istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte aracı etki düzeyi -0,29 olarak hesaplanmıştır (%95 CI= -0,581 / -0,014). İki değişken birlikte iyi oluşun %57'lik kısmını açıklamaktadır.

Tablo 5. Varoluşsal Kaygı ve İyi Oluş Arasındaki İlişkide Stresin Aracı Rolü

Aracı/Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	B(b)	SH	t	p	%95 Güven Aralığı	
						LLCI	ULCI
Stres	Sabit (a)	4,630	2,815	1,645	0,109	-1,090	10,350
	Varoluşsal Kaygı	0,154	0,050	3,090	0,004	0,053	0,255
F_(1,34)=9,548; p=0,004; R²=0,22; Düzeltilmiş R²=0,20							
İyi oluş	Sabit (a)	70,211	5,435	12,918	0,000	59,165	81,257
	Varoluşsal Kaygı	-0,248	0,096	-2,581	0,014	-0,443	-0,053
F_(1,34)=6,661; p=0,014; R²=0,16; Düzeltilmiş R²=0,14							
İyi oluş	Sabit (a)	75,114	4,793	15,670	0,000	65,361	84,867
	Varoluşsal Kaygı	-0,085	0,092	-0,923	0,363	-0,273	0,103
	Stres	-1,059	0,281	-3,767	0,001	-1,631	-0,487
F_(2,33)=11,718; p=0,000; R²=0,42; Düzeltilmiş R²=0,38							
Dolaylı etki		-0,266	0,106			-0,473	-0,039

B (b): Katsayı değeri, SH: Standart hata, t: t testi değeri, p: Anlamlılık düzeyi, LLCI: Alt sınır güven aralığı (Lower Level Confidence Interval), ULCI: Üst sınır güven aralığı (Upper Level Confidence Interval), R²: Açıklanan varyans oranı, F: Regresyon modeli için anlamlılık testi

Tablo 5'te sunulan regresyon analizi sonucunda bağımsız değişken olan varoluşsal kaygının aracı değişken olan stresi yordama gücü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t_{(34)}=3,090$; $p<0,05$). Varoluşsal kaygının iyi oluşu yordama düzeyi tek başına istatistiksel olarak anlamlı iken ($t_{(34)}=-2,581$; $p<0,05$) aracı değişkenin yer aldığı modelde bu

anlamlılık kaybolmuştur ($t_{(33)}=-0,923$; $p>0,05$). Bu noktada stresin, varoluşsal kaygı ile iyi oluş arasındaki ilişkide tam aracı rolü olduğu görülmektedir. Bu etki istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte aracı etki düzeyi -0,27 olarak hesaplanmıştır (%95 CI= -0,473 / -0,039). İki değişken birlikte iyi oluşun %38'lik kısmını açıklamaktadır.

Araştırma sonucunda kronik böbrek hastası olan bireylerde anksiyete, depresyon, stres ve varoluşsal kaygı düzeylerinin iyi oluş düzeylerine negatif etkide bulunduğu görülmüştür. Ayrıca bireylerin yaşadıkları varoluşsal kaygının iyi oluş üzerindeki etkisinde anksiyete, depresyon ve stresin aracı etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir. Varoluşsal kaygının anksiyete, depresyon ve stresi etkilediği, bu durumun sonucunda da iyi oluş düzeyinin daha da düştüğü saptanmıştır.

Bireyin, kronik böbrek yetmezliğinin beraberinde getirdiği fizyolojik zorluklar, belirti yükü ve gündelik yaşamdaki kısıtlılıklar karşısındaki psikolojik tepkisi anksiyete, depresyon ve yoğun stres olarak gözlenebilir.^{18, 19, 32} Cukor ve arkadaşları çalışmalarında katılımcıların %29'unda majör depresyon ve %27'sinde ise anksiyete olduğunu aktarmıştır.⁴³ Khan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastalarda depresyon prevalansı başlangıçta, 2. vizitte ve son vizitte sırasıyla %71,3, %78,2 ve %84,9 olarak raporlanmıştır.⁴⁴ Baykan ve Yargıç ise hemodiyaliz hastalarının problem çözme becerilerinin yetersiz olması ve sağlıklı bireylere oranla daha kırılabilir olmaları nedeni ile psikopatolojiye daha açık olduklarını aktarmıştır.⁴⁵ Sonuçta yaşam kalitesi ve ruhsal sağlıkta önemli sorunlar görülebilmektedir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar anksiyete, depresyon ve stresin birbirini destekler nitelikte ilişkili olduğunu göstermektedir. Üç semptom kümesinin mevcudiyeti ve birbiri ile olan ilişkisi hemodiyaliz hastaları özelinde literatürle uyumludur. Pilot çalışmada yer alan sınırlı örneklemde dahi anksiyete, depresyon ve stresin hastaların mental iyi oluşunu olumsuz yönde etkilediği ve bu yolla hassas bir zemin oluşturduğu görülmektedir.

Ölüm düşüncesi, kaygısı veya korkusu gibi süreçlerin de bireylerin duygusal çıktılarında etkili olduğu bilinmektedir. Sürengen kaygı, korku ve ölüm üzerine düşünme hali kişiyi anksiyete, çökkün duygudurum ve yoğun strese itebilir. Sağlığı kaybetme ve ölümle ilgili biliş ve duygulanımın daha başat ve temel bir kaygıya yol açtığı anlaşılmaktadır. Varoluşsal kaygı olarak adlandırılan bu

durum psikolojik sağlık kadar fiziksel sağlık için de önem taşımaktadır.

Hinrichsen ve arkadaşları hemodiyaliz hastalarının ölüme yakın tecrübeler yaşamalarının ölüm kaygısı hissetmelerinde etkili olduğunu belirtmiştir.⁴⁶ Cukor ve arkadaşları, sürekli olarak yüksek depresif duygulanım seviyelerine sahip denekler için hastalık ve ölüm oranlarında anlamlı yükseklik olduğunu saptamıştır.⁴⁷ Bir başka çalışmada, Lopes ve arkadaşları depresyonun hemodiyaliz hastalarında artan ölüm ve hastaneye yatış riskleriyle ilişkili olduğu bulgusuna ulaşmıştır.⁴⁸ Bülbül ve Demiroğlu, depresif duygu ve düşüncelerin diyaliz hastalarında hastalığa dair semptomları arttırdığını aktarmıştır.⁴⁹ Bu çalışmada ulaşılan bulgular incelendiğinde, varoluşsal kaygının anksiyete, depresyon ve stres semptomlarıyla pozitif yönde ilişkili oluşu, varoluşsal kaygı ile yine varoluşsal kaygının olası pozitif etkisiyle artan depresyon ve kaygı semptomlarının birlikteliğinin mental iyi oluş üzerinde negatif bir etkisi olduğu görülmektedir. Bu bulgu, önceki çalışmalarda bahsi geçen artmış hastalık ve ölüm oranları, hastaneye yatış riski, problem çözme becerilerinin yetersizleşmesi, psikolojik kırılabilirliğin artması ve depresyon ile komorbid psikopatolojilerinin prevalansının artmasında varoluşsal kaygının önemli bir belirleyici olabileceğine işaret etmektedir.

Varoluşsal kaygı ve eşlik eden diğer psikolojik semptomlarla azalan mental iyi oluş, bireyin günlük hayatla bütünleşmesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Birey kendisini dünyaya veya topluluğuna ait hissetmemekte, içe çekilmekte ve sosyal çevreden kendini soyutlayabilmektedir. Bu tablonun sonucu olarak sosyal izolasyon, kaygı, depresyon gibi çeşitli durumlar ve bunlara eşlik eden büyük ölçüde çökkün veya negatif duygulanım diyaliz hastalarının hayatına girmektedir. Hastanın öncelikle fiziksel sağlığına yeniden ulaşabilme ve yaşadığı böbrek hastalığı ile devam eden diyaliz sürecinin psikolojik getirileriyle başa çıkma düzeyi sosyal desteğin de etkisiyle yine mental iyilik halini etkilemektedir.⁸ Bu noktada, hastaların yaşadığı varoluşsal

kaygıya yönelik destek ve müdahalelerin sekonder sayılabilecek duygulanıma da çözüm getirebileceği düşünülebilir. Varoluşsal kaygı ile ortaya çıkan bu sürecin doğru ve destekleyici bir şekilde yönetilerek

hastalara sağlıklı başa çıkma stratejilerinin kazandırılması hem mental hem fiziksel iyilik halinin yeniden kazandırılması ve korunmasında rol oynayabilir.⁵⁰

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalıklarda fiziksel problemlerin yanı sıra psikososyal sorunların yönetimi de son derece kritiktir. Elde edilen bulgular hemodiyaliz hastalarında psikolojik iyilik halinin korunmasında ve sürdürülmesinde psikososyal desteğin önemini göstermektedir.

Hastalar mevcut hastalığın getirdiği olumsuzluklarla birlikte sağlıklı düşünme, etkili problem çözme ve olaylara esnek yaklaşma noktasında yardıma ihtiyaç duyan bir konumda olabilir. Böbrek yetmezliği hastalığında mortalite oranının yüksek olması da bireylerin ölüme yönelik kaygılar duymasında etkilidir. Hastanelerde veya özel diyaliz merkezlerinde kronik böbrek hastalarına ve bakım verenlere yönelik psikososyal programların ve psikoeğitim programlarının geliştirilmesi oldukça önemlidir. Bu programlarda bireysel ve grup formatında psikolojik müdahale ve destek yaklaşımlarına yer verilmeli, ayrıca problem çözme, sıkıntıyı tolere etme, depresif düşünce ve kaygı semptomlarıyla başa çıkma becerilerini destekleyen modüller dahil edilmelidir. Bununla birlikte, hastaların duygularını açık, yargılanmayacaklarından emin ve karşılık bulacak şekilde aktarabilecekleri uygun ve güvenli ortamın sağlanması da kritik bir gerekliliktir. Bu sayede bireylerin varoluşsal kaygı ile sağlıklı bir şekilde yüzleşebilmeleri, gerçeklikle bağ kurabilmeleri ve buna bağlı psikolojik semptomların azalması ile mental iyi oluşlarının yeniden inşa edilmesi

desteklenebilir. Bunun yanında farklı diyaliz yöntemlerinin hastaların psikolojik sağlığındaki yansımalarının incelenmesi için gerçekleştirilecek yeni çalışmaların da literatüre güncel bilgiler kazandırabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırma pilot çalışma niteliğindedir. Elde edilen veriler Gümüşhane Devlet Hastanesinde tedavi görmekte olan hemodiyaliz hastaları ile sınırlıdır. Araştırmanın pilot çalışma niteliği taşıması sunulan bulguların genellenebilirliğini güçleştirmekle beraber, ulaşılan sonuçların ön bulgu olarak kullanılarak geniş çaplı araştırmaların yürütülmesi için kaynak ve temel sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Çıkar Çatışmaları

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazarların Katkıları

Araştırma tasarımı: E.B., B.K., M.U.T

Literatür tarama ve teorik temelin oluşturulması: E.B., N.L., M.U.T.

Veri toplama ve/veya veri girişi: E.B., B.K., O.K.

Verilerin analizi: E.B., B.K., O.K.

Araştırmanın yazımı, biçimsel düzenlemeler: E.B., N.L., B.K., M.U.T.

KAYNAKLAR

1. Hall JE, Hall ME. Guyton and Hall textbook of medical physiology. 15th ed. London, England: Churchill Livingstone; 2025.
2. Chen TK, Knicely DH, Grams ME. Chronic kidney disease diagnosis and management: A review. JAMA. 2019;322(13):1294-304.
3. Kara B. Hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda öncelikli sorunlardan biri: Yaşam kalitesi. TAF Prev Med Bull. 2012;11(5):631-638.
4. Mekanjuola D, Lapsley M. The kidneys, renal function and kidney disease. In: Clinical Biochemistry: Metabolic and Clinical Aspects. Elsevier; 2014. p. 124–51.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye böbrek hastalıkları önleme ve kontrol programı. Ankara; 2018. Rapor No: 1117.
6. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the

- evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2024;105(4S):S117-S314.
7. Korkmaz SA, Topbaş E. Böbrek sağlığının korunması ve böbrek hastalıklarının önlenmesinde ulusal ve uluslararası eylem planları. *Nefroloji Hemşireliği Derg.* 2023;18(1):45-61.
 8. Oğuz Güner Y. Diyaliz hastalarında sosyal bütünleşme ihtiyacı. *IBAD Sos Bilim Derg.* 2019;5(5):175-84.
 9. Thong MSY, Kaptein AA, Krediet RT, Boeschoten EW, Dekker FW, for the Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis (NECOSAD) Study Group. Social support predicts survival in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2007;22(3):845-50.
 10. Silverstein DM. Inflammation in chronic kidney disease: Role in the progression of renal and cardiovascular disease. *Pediatr Nephrol Berl Ger.* 2009;24(8):1445-52.
 11. Küçük L. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. *Turkish J Nephrol.* 2005;14(4):166-70.
 12. García-García P, Rivero A, Del Castillo N, Jarque A, Getino MA, García-Pérez J, et al. Infectious spondylodiscitis in hemodialysis. *Semin Dial.* 2010;23(6):619-26.
 13. Çelik HC, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Derg.* 2007;12(1):23-7.
 14. Doğan BK, Öztürk AB. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar ile sosyal destek algısını geliştirmeye yönelik grup çalışması. *Türkiye Sos Hizmet Araştırmaları Derg.* 2020;4(3):28-36.
 15. Ayar Y, Ersoy A, Isiktas Sayilar E, Yilmaz A, Aydin MF. Evaluation of depression, anxiety and life quality in kidney transplant recipients. *Turk Nephrol Dial Transplant.* 2015;24(01):98-105.
 16. 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.
 17. Murtagh FE, Addington-Hall JM, Edmonds PM, Donohoe J, Carey I, Higginson IJ, et al. Symptoms in advanced renal disease: a cross-sectional survey of symptom prevalence in stage 5 chronic kidney disease managed without dialysis. *J Palliat Med* 2007;10: 1266-1276.
 18. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilim Fakültesi Derg.* 2013;1(1):57-72.
 19. Tong A, Sainsbury P, Chadban S, Walker RG, Harris DC, Carter SM, et al. Patients' experiences and perspectives of living with CKD. *Am J Kidney Dis* 2009;53: 689-700.
 20. Yapa HE, Chambers S, Purtell L, Bonner A. Impact of chronic kidney disease on everyday life: A descriptive qualitative study. *J Ren Care.* 2024;50(3):201-11.
 21. Almutary H, Douglas C, Bonner A. Towards a symptom cluster model in chronic kidney disease: A structural equation approach. *J Adv Nurs.* 2017;73(10):2450-61.
 22. Almutary H, Douglas C, Bonner A. Multidimensional symptom clusters: An exploratory factor analysis in advanced chronic kidney disease. *J Adv Nurs.* 2016;72(10):2389-400.
 23. Liu L, Cheng L, Qu X. From existential anxiety to post-traumatic growth: The stranded traveler during the pandemic outbreak. *Ann Tour Res.* 2023;99:103548.
 24. May R. The meaning of anxiety. Rev. ed. NY: W W Norton & Co; 1977.
 25. Heidegger M. Being and time. Trans. Macquarie J, Robinson E. London: SCM Press; 1962.
 26. Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books; 1980.
 27. Tillich P. The Courage to be. New Haven: Yale University Press; 1952.
 28. Burucu R, Cantekin I. Death anxiety, religious attitude and associated factors in dialysis patients, A descriptive study; Turkey sample. *Omega (Westport).* 2025;91(4):2047-2061.
 29. Durmuş M, Ekinci M. The effect of spiritual care on anxiety and depression level in patients receiving hemodialysis treatment: A randomized controlled trial. *J Relig Health.* 2022;61(3):2041-55.
 30. Hosseini SM, Naseri-Salahshour V, Farsi Z, Esmaeili M, Sajadi M, Maddah Z, et al. The effect of spirituality-oriented psychological counseling on the fear of death among patients undergoing chronic hemodialysis: A randomized controlled trial. *Eur J Integr Med.* 2022;49:102103.
 31. Soriano GP, Calong KAC. Religiosity, spirituality, and death anxiety among Filipino older adults: A correlational study. *Omega.* 2022;85(2):445-54.
 32. Kimmel PL, Cohen SD, Cukor D. Anxiety in patients with CKD and ESRD. In: *Psychosocial Aspects of Chronic Kidney Disease.* Elsevier; 2021. p. 167-81.
 33. Eren MG, Üçgül K, Sert H. Effectiveness of interventions on death anxiety and fear in adults with chronic disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Omega (Westport).* 2025;91(4):2007-2036.
 34. Ahmadi S, Salari N, Rezaei J, Rahmati M. The effect of stress inoculation training on existential anxiety and resilience of cancer patients. *Curr Psychol.* 2023;42(5):3643-9.
 35. Demir Ş, İkizer G. Varoluşsal kaygının kişilik, sağlık ve demografik özellikler ile ilişkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2020;18(2):352-68.
 36. Andersen AH, Hvidt EA, Huniche L, Hvidt NC, Roessler KK. Why we suffer? Existential challenges of patients with chronic illness: A Kierkegaardian inspired interpretative phenomenological analysis. *J Humanist Psychol.* 2021;61(5):650-672.
 37. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):335-43.
 38. Sarıçam H. The psychometric properties of Turkish version of depression anxiety stress scale-21 (DASS-21) in community and clinical samples. *J Cogn Behav Psychother Res.* 2018;7(1):1-9.
 39. Yıkılmaz M. Üniversite öğrencilerinde varoluşsal kaygı: Erken dönem uyum bozucu şemalar, kontrol odağı ve travma sonrası gelişimin yordayıcılığı [Doktora tezi]. [Eskişehir]: Anadolu Üniversitesi; 2016. Erişim adresi: <https://earsiv.anadolu.edu.tr/xmlui/handle/11421/3533?locale-attribute=en>
 40. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes.* 2007;5(1):63.
 41. Keldal G. Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği'nin Türkçe formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *J Happiness Well-Being.* 2015;3(1):103-115.
 42. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. 3rd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2022.
 43. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA, et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2007;2(3):484-90.
 44. Khan A, Khan AH, Adnan AS, Sulaiman SAS, Mushtaq S. Prevalence and predictors of depression among hemodialysis patients: a prospective follow-up study. *BMC Public Health.* 2019;19(1):531.
 45. Baykan H, Yargic I. Depression, anxiety disorders, quality of life and stress coping strategies in hemodialysis and continuous

- ambulatory peritoneal dialysis patients. Bull Clin Psychopharmacol. 2012;22(2):167-76.
46. Hinrichsen GA, Lieberman JA, Pollack S, Steinberg H. Depression in hemodialysis patients. Psychosomatics. 1989;30(3):284-9.
47. Cukor D, Coplan J, Brown C, Peterson RA, Kimmel PL. Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: a 16-month follow-up. Clin J Am Soc Nephrol. 2008;3(6):1752-8.
48. Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C, et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. Kidney Int. 2002;62(1):199-207.
49. Bülbül E, Demiroğlu S. Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların depresyon, anksiyete, stres durumları ve diyaliz semptomlarıyla ilişkisi. NefroHemDergi. 2021;16(3):124-33.
50. Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. J Am Soc Nephrol. 1993;4(1):12-27.