

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI



**Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum,
I. Eksen Psikiyatrik Eş-tanımlar ile Mizaç ve Karakter
Özelliklerinin Tedavi Uyumu Üzerine Etkileri**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Arzu ERKAN ZORLU**

**UZMANLIK TEZİ DANIŞMANI
Prof. Dr. Hayriye ELBİ**

İzmir
Ekim 2010

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince, hem akademik anlamda hem de yaşama ilişkin kendisinden çok şey öğrendiğim; üzerimde ve tez çalışmamın her aşamasında büyük emeği olan, tezin tamamlanması için gerekli tüm koşulları ve desteği sağlayan; birlikte çalışmaktan büyük keyif ve onur duyduğum tez danışmanım Prof. Dr. Hayriye Elbi'ye,

Uzmanlık eğitimim süresince mesleki donanımımın gelişmesine katkısı olan tüm değerli öğretim üyelerine, tez çalışmamın zorlu hasta alım sürecinin tamamlanabilmesi için uygun koşulları sağlayan; anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Hakan Coşkunol ve Prof. Dr. Ahmet Çelikkol'a, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Cahide Aydın'a,

Tez çalışmamın çeşitli aşamalarındaki önemli katkılarının yanı sıra, bulunduğum noktada olmamı çeşitli açılardan kendilerine borçlu hissettiğim; Doç. Dr. Fisun Akdeniz, Doç.Dr. Ayşın Noyan, Doç. Dr. Şebnem Pırıldar ve Doç.Dr. Bülent Kayahan'a,

Araştırma deseninin oluşturulmasında bilimsel ve yöntemsel katkılar sağlayan; hasta alım süreci başta olmak üzere tez çalışmamın tamamlanması için gerekli tüm olanakları sağlayan, EÜTF Nefroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ercan Ok ve hep bir telefon kadar uzağımda olan Doç. Dr. Gülay Aşçı'ya,

Veri toplama sürecinde bana aylarca ev sahipliği yapmış olan, tez çalışmamın tamamlanabilmesi için hastaların ulaşımından, öğlen ve akşam yemeği ikramlarına kadar her türlü olanağı ve desteği sağlayan; Karşıyaka Nefron Diyaliz Merkezi Başhekimi Dr. Meltem Seziş, Başhemşire Merih Varılsüha, diyaliz hekimleri Dr. Burcu Özmalkoç, Dr. Dilhan Yücedağ, Dr. Okan Türkdoğan, Dr. Hale Kayan, Dr. Vedat Özder, Ege Nefroloji Diyaliz Merkezi Başhekimi Dr. Mehmet Tanrısev, Başhemşire Fatma Töz, diyaliz hekimleri Dr. Can Boydak, Dr. Taşkın Çolak, Dr. Mustafa Birinci, Dr. Tuncay Türkyılmaz, Dr. Cengiz Tümer ve isimlerine yer veremediğim tüm hemşire, sürücü ve yardımcı personele,

Araştırma verilerinin düzenlenmesi ve istatistiksel analizleri konusunda önemli zaman ve emek harcayan, Yrd. Doç. Dr. Timur Köse ve Uzm. Dr. Almıla Erol'a,

İyi ve kötü günlerimde hep yanımda olan dostlarım; Uzm. Dr. Ebru Aldemir ve Uzm.Psk. Cemile Gürdal'a,

Tez çalışmalarından faydalandığım Dr. Mustafa Özden ve Dr. Fatma Özdemir'e,

Hasta izlem kartları ve randevularının düzenlenmesiyle ilgili emeklerinin yanı sıra, her türlü teknik desteği sağlayan KLP sekreterleri Yıldıray Yaşar ve Yaşar Çetin'e,

Diyaliz günleri dışında kalan kendilerine ayıracakları kıymetli zamanlarından çalarak, görüşmelere katılan; uzun süren ölçekleri sabırla dolduran tez hastalarım ve asistanlık sürecinde gördüğüm tüm hastalara,

Tez süreci ve asistanlık dönemim boyunca, zor günlerimde yardım ve desteklerini esirgemeyen asistan arkadaşlarıma ve kliniğimizin tüm çalışanlarına,

Tez çalışmamın yaklaşık dört yıllık oluşum ve tamamlanma sürecinde; desteği sabrı, hoşgörüsü, mesleki görüşleri, ve emekleri için, sevgili eşim Uzm. Dr. Nabi Zorlu'ya,

Teze ilişkin çalışmalarımın otürü aylarca eve geç gitmeme, hafta sonu birlikte zaman geçirememeye, kısacası ondan çaldığım zamana katlanmaya çalışan biricik kızım Ada Zorlu'ya,

Ve aileme,

Teşekkür ederim...

Ekim 2010, İzmir

Dr.Arzu Erkan Zorlu

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM I

GİRİŞ	1
1.1. Kronik Hastalığa Uyum ve Psikiyatrik Yönleri	1
1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Tedavi Seçenekleri	2
1.3. Hemodiyaliz Tedavisinin Psikososyal Yönleri ve Tedaviye Uyum	3
1.4. Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğinin Önemi	6
1.5. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi	7
1.6. Kronik Böbrek Yetmezliği	8
1.6.1. İnsidans ve Epidemiyoloji	8
1.6.2. Etiyoloji ve Etiyopatogenez	8
1.6.3. Hemodiyaliz Tedavisinin İlkeleri	8
1.7. Hemodiyaliz ve Psikiyatrik Bozukluklar	9
1.7.1. Hemodiyaliz ve Depresyon	10
1.7.2. Hemodiyaliz ve Anksiyete Bozuklukları	12
1.7.3. Hemodiyaliz ve Bilişsel Bozukluklar	12
1.8. Hemodiyaliz Hastalarında Kişilik Özellikleri	14
1.9. Kişilik, Karakter ve Mizaç Kavramlarının Tarihsel Gelişimi	16
1.9.1. Yirminci yüzyıldan önceki görüşler	18
1.9.2. Yirminci yüzyıldaki görüşler	19
1.9.3. Psikanalitik görüşler	19
1.9.4. Son dönem görüşleri	20
1.9.5. Cloninger'in Nörobiyolojik Temelli Mizaç Modeli	20

BÖLÜM II

AMAÇ	24
2.1. Araştırmanın Amacı	24
2.2. Varsayımlar	25

BÖLÜM III

YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Evreni.....	26
3.3. Örneklem.....	26
3.3.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri.....	27
3.3.2. Çalışma Dışı Bırakma Ölçütleri.....	27
3.3.3. Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri.....	28
3.4. Veri Toplama ve Değerlendirme Araçları.....	28
3.4.1. Sosyo-demografik veriler ve klinik özellikler.....	28
3.4.2. Biyo-sosyal Modele Göre Mizaç ve Karakter Özellikleri.....	28
3.4.3. Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	29
3.4.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	29
3.5. Psikiyatrik Tanıların Değerlendirilmesi.....	30
3.5.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme.....	30
3.5.2. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği.....	30
3.5.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği.....	30
3.5.4. Standardize Mini Mental Test.....	30
3.6. Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi.....	30
3.6.1 Tedaviye Uyum Kendini Değerlendirme Anketi.....	30
3.6.2 Tedaviye Uyum Hastayı Değerlendirme Anketi.....	32
3.7. Uygulama.....	33
3.7.1. Hasta Alımı.....	33
3.7.2. Psikiyatrik Görüşmeler.....	34
3.7.3. Hastaların tedaviye uyum özelliklerinin belirlenmesi.....	34
3.7.4. Araştırma verilerinin değerlendirilmesi.....	35
3.7.5. İstatistiksel Yöntem.....	35

BÖLÜM IV

BULGULAR.....	37
4.1. Araştırma Evreni.....	37
4.2. Örneklem genelinin sosyo-demografik özellikleri.....	38
4.3. Uyumlu ve uyumsuz grubunun sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	38
4.4. Hastaların Tedaviye Uyum Özellikleri.....	41
4.4.1. İnter-diyalitik kilo alım değerlerine göre iki grup oluşturulması.....	41
4.4.2. Hastanın Kendisini Değerlendirme Puanı.....	41
4.4.3. Doktorun Hastayı Değerlendirme Puanı.....	42

4.4.4. Uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması..	43
4.5. Hemodiyaliz tedavisi ve genel tıbbi durum ile ilgili değişkenler.....	44
4.5.1. Etiyoloji.....	44
4.5.2. Son dönem böbrek yetmezliği başlama yaşı ve toplam süresi	45
4.5.3. Böbrek nakli	46
4.5.4. Ek tanı	46
4.6. Ruhsal rahatsızlık ile ilgili değişkenler	47
4.6.1. Ruhsal rahatsızlık öyküsü	47
4.6.2. Geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsü	47
4.6.3. Ailesel yüklülük	48
4.6.4. Psikiyatrik tedavi durumu	48
4.6.5. I. Eksen tanılarının uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında karşılaştırılması.....	48
4.6.5.1. Depresif Bozukluklar	49
4.6.5.2. Anksiyete Bozuklukları.....	50
4.6.6. Uykusuzluk Yakınması	50
4.6.7. Cinsel İşlev Bozukluğu	51
4.6.8. Hafif Bilişsel Bozukluk.....	51
4.7. Psikososyal ve çevresel stres etkenleri.....	51
4.8. Uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	52
4.8.1. SF-36 puanları.....	53
4.8.2. Sosyal Destek Ölçeği Puanları	53
4.8.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği	53
4.8.4. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği.....	53
4.8.5. Standardize Mini Mental Test	53
4.8.6. Mizaç Karakter Envanteri Puanları	54
4.9. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan sayısal değişkenlerin birbiri ile ilişkilerinin incelenmesi	56

BÖLÜM V

TARTIŞMA	60
5.1. Sosyodemografik Özellikler.....	60
5.2. Hastaların tedaviye uyum özellikleri	62
5.3. Hemodiyaliz tedavisi ve genel tıbbi durumla ilgili değişkenler.....	64
5.4. Ruhsal rahatsızlık ile ilgili değişkenler	65
5.5. DSM-IV'e göre psikososyal ve çevresel stres etkenleri.....	70
5.6. Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	71
5.7. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan sayısal değişkenlerin birbiri ile olan ilişkileri.....	72

5.8. Çalışmanın kısıtlılıkları.....	80
5.9. Çalışmanın güçlü yönleri	81

BÖLÜM VI

SONUÇLAR	82
6.1. Sonuç ve Öneriler.....	82

ÖZET	86
ABSTRACT	87

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR	88
-----------------	----

BÖLÜM VIII

EKLER.....	102
EK-1 Mizaç ve Karakter Envanteri.....	102
EK-2 Mizaç ve Karakter Envanteri Derecelendirme Anahtarı	111
EK-3 Olgu Bilgi Formu	113
EK-4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	115
EK-5 Tedaviye Uyum Kendini Değerlendirme Anketi.....	118
EK-6 Tedaviye Uyum Hastayı Değerlendirme Anketi	119
EK-7 Sosyal Destek Sistemleri Ölçeği	122
EK-8 Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği	123
EK-9 Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği	126
EK-10 Standardize Mini Mental Test	128
EK-11 SF-36	129

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.3.1	SDBY hastasına önerilen diyet kısıtlamasının tipik bir örneği	3
Tablo 1.3.2	Hemodiyaliz tedavisine uyumsuzluk ölçütleri	6
Tablo 4.3	Tedaviye uyumlu olan hasta grubu ile tedaviye uyumsuz olan hasta grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	40
Tablo 4.4.2	Hastaların kendilerini değerlendirme puanları açısından iki grubun karşılaştırılması	42
Tablo 4.4.3	Doktorun hastayı değerlendirme puanı açısından iki grubun karşılaştırılması	43
Tablo 4.4.4	Laboratuvar değerleri açısından iki grubun karşılaştırılması	44
Tablo 4.5	Yaş, toplam SDBY süreleri ve kan basıncı değerleri açılarından iki grubun karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.6.5	SCID-I'e Göre I. Eksen tanılarının iki grup arasında karşılaştırılması	49
Tablo 4.6.5.1	Depresif Bozukluk tanılarının iki grup arasında karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.7	DSM-IV' göre psikososyal ve çevresel stres etkenlerine göre iki grubun karşılaştırılması	52
Tablo 4.8.1	HAM-A, HAM-D, SMMT Ölçek puan ortalamalarının iki grup arasında karşılaştırılması	54
Tablo 4.8.2	Mizaç Karakter Envanteri Puanlarına göre iki grubun karşılaştırılması	55
Tablo 4.9.1	İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan sayısal değişkenlerin, birbiri ile ilişkilerinin incelenmesi	58
Tablo 4.9.2	SF-36 ve Sosyal Destek Ölçeği puanlarının diğer sayısal değişkenlerle ilişkisi.....	59

KISALTMALAR DİZİNİ

AV	: Arteriyovenöz
DM	: Diyabetes Mellitus
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Akıl Sağlığı Bozuklukları için Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
EÜTF	: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
GMN	: Glomerulonefrit
HAM-A	: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği
HAM-D	: Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği
HD	: Hemodiyaliz
HT	: Hipertansiyon
İDKA	: İnterdiyalitik Kilo Alımı
İY	: İşbirliği Yapma
KA	: Kendini Aşma
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KVS	: Kardiyo-vasküler Sistem
KY	: Kendini Yönetme
MKE	: Mizaç ve Karakter Envanteri
ÖB	: Ödül Bağımlılığı
PD	: Periton Diyalizi
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
S	: Sebatkarlık
SCID-1	: Structural and Clinical Interview for DSM-IV
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SF-36	: Short Form 36
SMMT	: Standartize Mini Mental Test
SVH	: Serebrovasküler Hastalık
YA	: Yenilik Arayışı
ZK	: Zarardan Kaçınma

BÖLÜM I

Giriş

1.1. Kronik Hastalığa Uyum ve Psikiyatrik Yönleri

Uyum; dinamik, göreceli, karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır. Her birey yaşamındaki çeşitli sorunlara, belli ölçülerde uyum gösterme kapasitesine sahiptir. Hastalık ise beden bütünlüğünü tehdit ederek; fizyolojik, psikolojik ve toplumsal boyutlarda bireyin dengesini sarsarak yeni bir uyum gerektirir. Bu durum kişinin gelecek planlarına ve yaşamının akışına ne kadar engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara yol açar. Bu sorunlar hastalığa uyum sorunlarından, klinik düzeyde ruhsal bozukluklara kadar değişebilir.

Bedensel hastalığı olanlarda eşlik eden ruhsal bozuklukların neden olduğu morbidite, genel toplumdan çok daha yüksek oranlarda saptanmıştır. Kronik tıbbi hastalığı olanlarda yaşam boyu bir ruhsal rahatsızlık görülme yaygınlığı %30–60 arasındadır ve en sık duygudurum ve anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır (Strain, 2000). Köroğlu ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları bir çalışmada; kronik fiziksel hastalıklara yüksek oranda ruhsal hastalıkların eşlik ettiği, bu olgularda yüksek düzeyde yeti yitimi ve işlevsellik kaybı olduğu, klinik gidişe olumsuz etki eden başlıca tablonun ise depresif bozukluklar olduğu bildirilmiştir.

Genel olarak uyumu; hastaların bazı kişisel özellikleri, sağlık inançları, hastalık ve tedavi süreci üzerindeki kontrol algıları, kültürel özellikleri, stres, depresyon, sosyal destek ve tedavi ekibinden hoşnutlukları gibi etkenler belirlemektedir. Kronik bir hastalığa uyum gösterirken bireysel etkenler kadar hastalığın ve tedavinin özellikleri de önemli rol oynar. Bireyin ve birinci derece yakınlarının yaşam biçimlerinde ciddi değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan; bireyi birçok alanda başkalarına bağımlı hale getiren bir hastalık ya da tedavi biçimine uyum sağlamak çok daha güçtür.

Uzun süreli hastalıklarda tedavi uyumu hastalığın gidişini etkileyen, sağlık ekibinin başarısını ve tedavi bedelini belirleyen önemli bir konudur (Elbi, 2008). Tedaviye

uyumsuz olmanın; hastanın sağlık durumu, iyilik hali, yaşam kalitesi ve sağkalımı üzerine ağır bedelleri olabilmektedir.

1.2. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Tedavi Seçenekleri

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen; süregelen, ilerleyici ve geri dönüşümsüz olan nefrolojik bir hastalık tablosudur. Yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde yeti-yitimine ve işgücü kaybına yol açan, çok çeşitli komplikasyonların eşlik ettiği, başta genç erişkin grubu olmak üzere her yaş grubunu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sıvı-elektrolit dengesizliği, metabolik ve endokrin işlevlerin yerine getirilememesi, bedendeki hemen her sistemi etkileyerek; yorgunluk, uyku bozukluğu, cinsel işlev bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu, demans, psikotik bozukluk, mide-barsak rahatsızlıkları, periferik nöropati, görme bozukluğu, kardiyovasküler, hematolojik ve nörolojik bozukluklar görülmesine yol açabilir (Akoğlu ve Süleymanlar,1996, Erek, E 2005).

KBY'nin en ileri aşaması, son dönem böbrek yetmezliğidir (SDBY). SDBY gelişen hastalarda renal replasman tedavisi (RRT) uygulanır. RRT olarak hastanın durumuna göre; hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ya da böbrek nakli seçeneklerinden biri uygulanır. Hastalar her üç tedaviden de zaman içerisinde yararlanmak durumunda kalabilirler.

SDBY'nde yaşam kalitesi ile morbidite ve mortalitenin arasında çok yakın bir ilişki saptanmıştır (USRDS 2005). Artan bilgi, teknoloji ve RRT uygulamalarına karşın, hastaların morbiditesi ve mortalitesi yüksekliğini korumaktadır. Bu nedenle hastaların yaşam kalitesini artıracak girişimler üzerinde yoğunlaşılması gerekmektedir (Teroka 1995, Owen 1993).

Hemodiyaliz SDBY tedavisinde kullanılan en yaygın yöntemdir. Türk Nefroloji Derneği 2007 verilerine göre %90 hasta, haftada 3 kez hemodiyalize girmektedir (Erek E, Serdengeçti K, Süleymanlar 2007). Tedavide başarı büyük oranda hastanın tedaviye uyumuna bağlıdır ancak, hastaların yaklaşık yarısının çeşitli boyutlarda tedaviye uyumsuz oldukları bilinmektedir (Kutner, 2001).

Hemodiyaliz tedavisinde mortaliteyi ve morbiditeyi arttıran her türlü sebep araştırılmalı, ciddi bir halk sağlığı sorunu olan SDBY'nin hastaya ve topluma olan bedelleri en aza indirgenmeye çalışılmalıdır.

1.3 Hemodiyaliz Tedavisinin Psikososyal Yönleri ve Tedaviye Uyum

Hemodiyaliz tedavisi sıklıkla, haftada 3 kez ve her bir seansı 4–6 saat olacak şekilde uygulanmaktadır. Kimmel (2002) diyaliz hastalarındaki stres etkenlerini; diyet kısıtlaması, diyaliz seanslarının gün içinde uzun zaman alması, işlevsel sınırlılıklar, iş kaybı, rol kaybı, cinsel işlevlerde değişim, hastalık etkileri, tedavi etkileri ve ölüm korkusu olarak sıralamıştır. Hastanın diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmesi, sıvı ve gıda alımındaki ciddi kısıtlamalar ve böbrek nakli için belirsiz bekleme süresi, “Hastalığın Yıkıcılığı” (Illness Intrusiveness) kavramını gündeme getirmiştir. Hastalığın yıkıcılığı; kendilik saygısı, mesleki yeterlilik ve evlilik uyumu gibi yaşam niteliği göstergelerini, olumlu deneyimlerini ve yaşamda algılanan kontrol algısını azaltmaktadır (Devins 1994).

Birçok boyutta güçlük yaratan diyaliz tedavisi beraberinde uyum sorunlarını getirmektedir. Hastanın ve birinci derece yakınlarının yaşam biçimlerinde ciddi değişiklikler yapması gerekmektedir. Diyet, sıvı alımı, ilaç kullanımı ve diyaliz seansları uyum sorunlarının en belirgin olduğu konulardır ve HD hastalarının en az %50’sinin tedaviye uyumsuz olduğu düşünülmektedir (Kutner, 2001). Tablo 1.3.1’de bir SDBY hastasının diyet kısıtlamasının tipik bir örneği görülmektedir.

Tablo 1.3.1 SDBY hastasına önerilen diyet kısıtlamasının tipik bir örneği

	Normal Değerler	Diyet Kısıtlaması
Sıvı Tüketimi	1000-2000 ml/gün	<500 ml/gün
Toplam Enerji	> 35 kkal/kg/gün	30-35 kkal/kg/gün
Protein Tüketimi	1,4-2 g/kg/gün	0,8-1,2 g/kg/gün
Potasyum Tüketimi	2,0-5,5 g/gün	1,5 g/gün
Fosfor Tüketimi	1200 mg/gün	700 mg/gün

Kkal: kilokalori, mg: miligram, ml: mililitre, kg: kilogram, g: gram,

Araştırmalarda en fazla stres yaratan ve uyumu güç olan alan sıvı kısıtlamasıdır (Christensen, 2000). Tedavi uyumsuzluğu artmış mortalite, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve enfeksiyon riskini beraberinde getirmektedir (Kutner, 2001). Örneğin;

sıvı kısıtlamasına uymayan SDBY hastalarında konjestif kalp yetmezliğinin birincil ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir (Plough ve Salem 1982). Çeşitli çalışmalarda seans atlamanın mortaliteyi %13–30, seans kısaltmanın %11–24, hiperfosfateminin %17, hiperpotaseminin %9, interdiyalitik kilo alımının ise %12 oranında artırdığı bildirilmiştir (Leggat, 2005).

Diyaliz tedavisinin terki, Amerika'daki SDBY hastalarının yılda %21 kadarının ölümünü öngörmektedir (Cohen ve Germain, 2005). İlki Neu and Kjellstrand (1986) tarafından yapılan diyaliz terkinde ilişkin araştırmaların sayısı oldukça azdır. Bu ilk araştırmada; diyaliz terkinin daha çok beyaz ırktan, diyabetik ve hastalığın ileri evresinde olanlar ile serebrovasküler hastalık ve demansı da içeren çokça tıbbi komplikasyonların bulunduğu yaşlı hastalarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir.

Hastadan hastaya değişkenlik göstermekle birlikte HD hastalarının tedaviye uyum süreçlerini genel olarak dört aşamada incelemek mümkündür (Kara, 2007).

1. Üremik Dönem: HD başlamadan hemen önceki dönemdir. Bu dönemde kronik hastalığın fiziksel ve ruhsal komplikasyonları için hasta endişelidir ve yaşamın tehdit altında olduğu endişesi hissedilir.

2. Balayı Evresi: HD tedavisi başlar ve fiziksel komplikasyonlar hızla düzelir. Üç dört hafta süren bu dönemde endişeler ve ölüm korkusu yerini güven ve ümit duygusuna bırakır.

3. Yaşama Dönüş Evresi: Tedaviye alışılmaya başlandığı dönemdir. 3–12 ay sürebilir. Ancak iş ve özel yaşamda sorumluluklara geri dönüş ile birlikte; kendini ya da yakınlarını suçlama, çaresizlik duygusu ya da depresyon yaşanabilir. Bu nedenle tedaviye uyumsuzluk, makineye bağımlılıktan kurtulma girişimleri ve fiziksel komplikasyonlar gelişebilir. Genelde atlanılan ya da kaçırılan seanslar ilk 6 ayda ortaya çıkar ve benzer biçimde devam eder.

4. Uyum Evresi: Bu son dönemde hasta durumu kabullenir, yaşamını yeniden düzenler geleceğe ilişkin planlar yapar. En önemli beklentilerinden biri böbrek naklinin yapılmasıdır. Ancak yaşam kalitesi tedavi biçiminden dolayı olumsuz etkilenmektedir. Hastalarda duygusal ve fiziksel iyilik hali ile depresyon, korku dönemleri olabilir. İnkar bu dönemde kullanılan en yaygın savunma düzeneklerindendir.

Tedavi uyumsuzluğunun nedenleri araştırılırken; HD hastalarında *hastalığın yıkıcı etkisi algısındaki artış* ile, diyalize seanslarını aksatma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Kimmel, 2002).

Seans kısaltanlarda, *gelecekleri hakkında kontrolsüzlük algısı* hissinin fazla olduğu ve bu hastaların böbrek hastalığının etkilerinden daha çok yakındıkları gösterilmiş (Leggat ve ark., 1998).

Sensky ve arkadaşları (1996), 45 hemodiyaliz hastasıyla yaptıkları çalışmada, tedavi uyumunun yaş, cinsiyet, algılanan kontrol, sosyal uyum ve geçmiş psikiyatrik öykü gibi çoklu etkenlerle şekillendiğini belirlemişlerdir.

Rosner (2006), uyumsuzluğa neden olan etmenleri; hastayla ilgili, tedaviyle ilgili, yaşam şekliyle ilgili, sosyo-demografik ve psikososyal etmenler olarak gruplamıştır. Bu etmenler aşağıda ayrıntılı olarak tanımlanmıştır.

Hastayla İlgili Etmenler: Tedavi programı hakkında bilgi sahibi olma, rahatlık algısı, benlik saygısı, tedavinin etkinliği ile ilgili inanç ve tutumlar.

Tedaviyle İlgili Etmenler: Yaşam biçiminin etkilenme durumu, tedavinin süresi ve karmaşıklığı (ilaçların sıklığı, dozu vb), hastanın tedaviye uyum yeteneği, rahatlık algısı ve tedavi ekibi ile görüş birliğinin olmasıdır.

Yaşam Biçimiyle İlgili Etmenler: Yerleşim yeri, tedavi merkezine ulaşım koşulları, mesleki sınırlılıklar, tedaviye uyumsuzluğun sonuçlarıyla ilgili farkındalık durumudur.

Sosyo-demografik Etmenler: Yaş, medeni durum, sosyo-ekonomik durum, sosyal destek durumudur.

Psikososyal Etmenler: Depresyon ve anksiyete varlığı, hastalığı inkar etme, kişisel algılar, inançlar, tutumlar, tedavinin karmaşıklığı ve bedeli, zaman sorunu, rahatlık algısı, motivasyon durumu, tedavi ile ilgili deneyimler, yan etkiler bağlı endişe ve korku duyma ve başkalarına bağımlı olmadır.

Literatüre bakıldığında tedaviye uyumsuzluk ölçütleri konusunda tam bir uzlaşma olmadığı görülmektedir. Bugüne kadar yapılan araştırmaların hemen hepsinde kullanılan uyumsuzluk göstergesi hastaların inter-diyalitik kilo alım (İDKA) değeridir. İDKA; diyaliz sırasındaki sıvı kaybı olarak hesaplanır.

Bu konuda yapılmış en kapsamlı çalışmalardan bir tanesi olan DOPPS çalışmasında (Dialysis Outcomes and Practice Patterns DOPPS; Saran R ve ark., 2003); İDKA kuru

ağırlığın %5.7'inden fazla olan ve serum fosfat düzeyi 7.5 mEq/L. üzerinde saptanan hastaların, diğer tedaviye uyumsuzluk kriterlerini de karşıladığı gösterilmiştir (Saran R ve ark., 2003). DOPPS çalışmasında kullanılan uyumsuzluk ölçütleri Tablo 1.3.2'de verilmiştir.

Tablo 1.3.2 Hemodiyaliz tedavisine uyumsuzluk ölçütleri

Hemodiyaliz Tedavisine Uyumsuzluk Ölçütleri
1. Ayda bir ya da daha fazla seansa girmeme 2. Ayda en az bir seansın süresini, on dakikadan daha fazla kısaltma 3. 6.0 mEq/ L. üzerinde serum potasyumu 4. 7.5 mEq/ L. üzerinde serum fosfat düzeyi 5. İki diyaliz arası kilo alımının kuru beden ağırlığının % 5,7'inden fazla olması ya da 70 kg bir kişide İDKA'nın >4 kg olması

1.4. Hemodiyaliz Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Önemi

SDBY hastalarının psikososyal iyilik halini belirleyen etkenleri araştırmaya yönelik bir çalışmada; aile, arkadaş ve iş yaşantısındaki doyumun olumlu, kötü yaşam olayları, anksiyete, depresyon ve somatik belirtilerin ise olumsuz etki ettiği gösterilmiş ve sosyal desteğin, hastalığın yıkıcılığını hafiflettiği gözlenmiştir (Campbell ve Campbell 1978). Yüksek sosyal destek düzeyi hemodiyalize giren hastalarda anksiyeteye ve depresyona olan yatkınlığı azaltmaktadır (Burton ve ark., 1983). Sıkı aile bağları, HD hastalarında olumlu sosyal işlevsellik ve duygudurumla (Dimond, 1979) ilişkili bulunmuştur. Özellikle bedensel etkilenmenin fazla olduğu hasta grubunda, aile desteği ile psikolojik iyilik hali arasında pozitif bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir (Christensen ve ark., 1989). Aile desteğinin olmayışı ise özkıyım riskini arttırmaktadır (Abram ve ark. 1971; Foster ve McKegney, 1978).

Sosyal destek algısı pek çok kronik hastalıkta daha uzun yaşam süresi ile ilişkili bulunmuştur. Friend ve arkadaşları (1986), sosyal desteğin yaşam süresi üzerine

etkilerini araştırmışlar; destek grubuna katılan diyaliz hastalarının, katılmayanlardan daha uzun yaşadıklarını belirlemişlerdir.

1.5. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi

Önceleri diyaliz ve böbrek naklinin, yaşamı ne ölçüde uzattığı önemsenirken, gün geçtikçe kurtarılan yaşamın kalitesi sorgulanmaya başlamıştır. 1980 sonrası nakil başarısının artmasıyla, tüm dikkatler tedavi seçenekleri arasındaki farka yönelmiştir (Segoloni ve ark., 1994). Bazı diyaliz hastalarının, yaşam kalitelerinde bozulma nedeniyle; sonuçlarının bütünüyle farkında olarak hemodiyalizi durdurma kararı vermeleri, konuyu dramatik bir boyuta taşımıştır.

Çok yönlü bir kavram olan yaşam kalitesini tanımlamak oldukça güçtür. Çoğu araştırmacıya göre yaşam kalitesi; psikolojik, sosyal ve fiziksel iyilik hali olmak üzere üç ana bileşenden oluşmaktadır. Deneyimli klinisyenler için bile, psikososyal uyum ve yaşam kalitesi bağlamında, hangi hastanın hangi tedavi seçeneğinden daha çok yararlanacağını öngörmek güçtür (Muthny ve Koch, 1991).

Nakilin yaşam kalitesine etkisini, önce-sonra çalışması ile değerlendiren bir grup araştırmacı, nakil sonrasında fiziksel ve sosyal yönden istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme görüldüğünü ve hastaların duygusal durumlarının giderek kalkındığını belirtmişlerdir. Hastaların normal popülasyonun yaşam kalitesi düzeyine ulaştıkları vurgulanmıştır (Özçürümez ve ark., 2003).

Bir çalışmada periton diyalizinin HD'e eşdeğer ya da daha iyi yaşam kalitesi sağladığı ve bilişsel işlevleri daha iyi koruduğu bildirilmiştir (Özcan ve ark., 2000; Uslu ve ark., 2000). Koch ve Muthny'nin 1990 yılında yaptığı çalışmada böbrek naklinin, tıbbi ve mesleki iyileştirme, duygusal iyilik hali, fiziksel etkinlik, entelektüel işlevsellik, aile yaşantısı ve cinsellik alanlarında daha iyi sonuçlar sağladığı bulunmuştur. HD hasta grubunun yaşam kalitesi açısından en kötü grup olduğu; periton diyalizi hastalarının pek çok yaşam kalitesi ölçütü açısından, nakilli ve HD hasta gruplarının arasında yer aldığı vurgulanmıştır.

Her ne kadar literatürdeki sonuçlar birbiri ile çelişse de, toplam yaşam kalitesi üzerinde seçilen tedavi tipi ve psikiyatrik hastalığa yatkınlığın önemli payı olduğu ve bu alanda daha standardize edilmiş ve büyük örnekleme kontrollü çalışmalara gerek olduğu araştırmacıların ortak görüşüdür.

1.6. Kronik Böbrek Yetmezliği

1.6.1. İnsidans ve Epidemiyoloji

Türk Nefroloji Derneği Böbrek Kayıt Sistemi'nin son 17 yıllık istatistiklerine göre SDBY, %11-13'lük yıllık artış hızına sahiptir. Bu oran batı ülkelerindeki hızın yaklaşık iki katıdır (Erek ve ark., 2007). Bu değerlendirmeler, 792 hemodiyaliz, 62 periton diyalizi ve 22 böbrek nakli merkezinden gelen verilerle yapılmıştır. Ülkemizde SDBY hasta sayısı 50.200'ü geçmiştir ve prevalansı milyon nüfus başına 709'dur. Ülkemizdeki esas renal replasman tedavisi HD (%75,7) olup, bunu nakil (%14) ve PD (%10,2) izlemektedir. Etkinlik-maliyet açısından en uygun olanı böbrek naklidir. 2007 yılsonu itibariyle düzenli HD programında olan erişkin hasta sayısı 39.267, PD hasta sayısı 5307, 2007 yılı içinde yapılan nakil sayısı 1316'dır. 2007 yılı itibariyle işlevsel greft ile yaşayan toplam nakil sayısı 5647'dir (Erek ve ark., 2007).

1.6.2. Etiyoloji ve Etiyopatogenez

KBY'nin nedenleri çok çeşitlidir. Toplumlar arası değişkenlik gösterir. Genel olarak en sık görülen nedenleri arasında kronik glomerulonefrit, diyabetik nefropati, hipertansiyon, polikistik böbrek hastalığı, obstruktif üropati ve interstisyel nefritler yer almaktadır (Erek, 2005). Yeni HD olgularına bakıldığında etiyojide en sık hipertansiyon (HT) (%23,1, ağırlıklı olarak ikincil HT olduğu düşünülmekte), Diyabetes Mellitus (DM) Tip II (%21,9), DM Tip I (%5,8) ve Kronik Glomerulonefrit (Kr. GMN) (%10,6) görmektedir. Mevcut (prevalan) HD grubunda ise etiyojide en sık; HT (%24,4), DM tip II (%21,1), DM tip I (%5,0), Kr GMN'i (%9,4) görmektedir. %18,4 oranında ise etiyoji bilinmemektedir. HD hastalarında yaşam süresi %60,4 ile 5 yıl, %28,4 ile 6–10 yıldır. HD hastalarında en sık ölüm nedenleri; kardiyovasküler sistem (KVS) (%52,8), serebrovasküler hastalık (SVH, %12,0), malignite (% 10,9) ve infeksiyon (%7,6) olarak bildirilmektedir (Erek ve ark., 2007).

1.6.3. Hemodiyaliz Tedavisinin İlkeleri

Diyaliz tedavisinin amacı uygun sıvı ve solüt değişimini sağlamaktır. Hemodiyaliz sırasında hastanın kanı antikoagüle edilerek, diyaliz makinesi aracılığıyla vücut dışında yarı geçirgen bir membrandan geçirilir, sıvı-solüt içeriği yeniden düzenlenerek hastaya

geri verilir. HD işlemi için yeterli kan akımı sağlanması için (erişkinde genellikle dakikada 200–600 ml), kalıcı ya da geçici vasküler giriş yolu gereklidir. Kalıcı vasküler giriş yolları arteriyovenöz (AV) greft ve AV fistüldür. AV fistül, arter ile ven arasında bir pencere açılmasıdır. Sıklıkla distalden başlayarak ön kol ve kol kullanılır. Eğer fistül girişimi beklendiği şekilde olmuşsa (üzerine dokunulduğunda dolgunluk ve *thrill* sesi alınıyorsa) hasta 3 hafta sonra HD makinesine bu fistül ile bağlanabilir (Guyton ve Hall, 2001). HD hastasının ortalama haftada üç kez-dört saat diyalize girmesi gerekir (Akpolat ve ark, 2002).

1.7. Hemodiyaliz ve Psikiyatrik Bozukluklar

Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında depresif bozukluk dışındaki psikiyatrik bozuklukları araştıran az sayıda çalışma yapılmıştır. Hemodiyaliz hastalarında I. Eksen tanımlarını; Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) tarafından hazırlanan Ruh Sağlığı Bozuklukları için Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı'nın (DSM-IV) tanı koyma aracı olan SCID-I'i (Structured Clinical Interview for DSM-IV; First ve ark., 1997) kullanarak araştıran ilk çalışma, Cukor ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yayınlanmıştır. Bu çalışmada %74 hastada I. Eksen tanısı saptanmıştır. Depresif bozukluk %29, anksiyete bozuklukları %27, madde kullanım bozukluğu %19 ve psikotik bozukluk %10 oranında saptanmıştır. Psikotik bozukluk tanılı hastaların %80'i tedavi alırken, depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanılı hastalarının %12'sinin tedavi gördüğü saptanmıştır.

Taşkapan ve arkadaşlarının 2005 yılında; Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDRS; Hamilton, 1967), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HARS; Hamilton, 1959), Standardize Mini Mental Durum Test (SMMT; Folstein, 1975) ve Kısa Form 36 (SF-36; Ware ve ark. 1993) kullanarak yaptığı çalışmada, hastaların %65'inde psikiyatrik bozukluk saptanmış olup; depresif bozukluk %35, anksiyete bozukluğu %30 ve somatoform bozukluk %32,5 oranındadır. Tedavi uyumu ve yaşam kalitesi psikiyatrik bozukluğu olanlarda daha düşük saptanmıştır. Tanı koydurucu araçlar yerine ölçeklerin kullanılmış olması bu tür çalışmaların kısıtlı bir yönüdür.

Yaklaşık 10000 SDBY hastasının alındığı Dialysis Outcomes and Practice Patterns (DOPPS; Saran ve ark., 2003) çalışmasında psikiyatrik bozuklukların doğrudan yaşam kalitesini etkilediği gösterilmiştir (Lopes 2006). 6 yıldır HD olan 82 hastada SF-36 ile

bedensel ve ruhsal her 1 puanlık iyileşme, mortalite ve hastaneye yatışı %2 azaltmıştır (Covic ve ark 2004).

Genel kanı, psikiyatrik eştanıların, farklı tedavi yöntemleri uygulanan SDBY hastalarında değişkenlik gösterdiği. Tedavi seçeneklerini karşılaştıran çalışmalardan sıklıkla çıkan sonuç, böbrek naklinin psikiyatrik morbiditeyi belirgin düzeyde azalttığıdır (Özçürümez ve ark., 2003). Periton diyalizinin HD'den daha az, nakilden ise daha çok psikiyatrik morbiditeye neden olduğu düşünülmektedir (Özcan ve ark., 2000, Uslu ve ark., 2000). Buna karşın iki uzun süreli izleme çalışmasında, KBY hastalarında psikiyatrik morbiditenin yüksek olduğu ve seçilen tedavi yöntemi ile ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır (Johnson ve ark., 1982, Kalman ve ark., 1983).

Hemodiyaliz hastalarında uyku bozuklukları siktir, yaşa ve uzun süreli HD'e bağlı bedensel yakınmalarla birlikte daha da artmaktadır (Yoshioka ve ark., 1993). Cinsel istek azalması da sık rastlanan bir yakınmadır ve erkeklerin yaklaşık yarısında, kadınların ise dörtte birinde ortaya çıkmaktadır (Levy, 1993). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise, erkek diyaliz hastalarındaki cinsel işlev bozukluğu oranı %70 olarak belirlenmiştir (Özkan, 1993). Böbrek naklinin cinsel işlevi düzeltebileceği ancak, erkeklerin %22-43'ünde erektil disfonksiyonun sürdüğü bildirilmiştir (Gulledge ve ark., 1983; Milne, 1977).

Diğer tıbbi hastalıklara kıyasla KBY'de ruhsal sorunların daha fazla olup olmadığı da tartışmalı bir konudur. Bazı araştırmacılar KBY hastalarında psikiyatrik morbiditenin daha yüksek olduğunu savunurken diğerleri, psikiyatrik morbiditenin özgül tanılardan bağımsız olduğunu, hatta KBY hastalarının ruh sağlıklarının birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlardan daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (Özçürümez ve ark., 2003).

1.7.1. Hemodiyaliz ve Depresyon

Son dönem böbrek yetmezliğinde, depresif bozukluğun en sık birliktelik gösteren psikiyatrik bozukluk olduğu düşünülmektedir. Ancak önceki yayınlarda oranlar %0 ile %100 arasında değişmektedir (Cohen, 2005). Oranlar arasında bu denli fark olmasının birkaç nedeni olabileceği düşünülmektedir. Çalışmalarda çoğunlukla; tanı koydurucu araçlar yerine tarama için kullanılan, belirti şiddetini ölçen ölçekler kullanılmıştır. Bu nedenle tanı ölçütleri karşılanmadığı halde depresif bozukluk tanısı konabilmektedir. Ayrıca diyaliz süresi, örneklem yaşları, diyaliz biçimi gibi değişkenler açısından farklı

hasta gruplarında çalışılması ve çalışma desenlerinin farklı olması da, depresif bozukluk sıklığı ve yaygınlığına ilişkin oranların bu denli farklı olmasının nedenlerindedir.

Somatik belirtiler diyaliz hastalarının çökkün duygudurumu ile yakından ilişkilidir. Özellikle üremi bulgularıyla depresif bulgular benzeşebilmektedir ve bu hastalara yanlılıkla depresif bozukluk tanısı konmaktadır (Kimmel, 2000). Üremi; huzursuzluk, iştahsızlık, uykusuzluk, çökkünlük, apati, yorgunluk ve dikkat bozukluğu belirtilerine yol açar. Her diyaliz hastası için üreminin kontrol altına alınma derecesi farklıdır. Bu nedenle, KBY hasta popülasyonunda bazı çökkünlük belirtileri depresyondan çok, yetersiz tedavi edilen üremiyi temsil ediyor olabilir (Hart ve Kreutzer, 1988). Araştırmacılar yalnız suçluluk hissi ve ölüm ya da özkıyım düşüncelerinin depresyona özgü olduğunu belirtmişlerdir (Kimmel, 2000).

Halsizlik, uyku bozukluğu ve cinsel istek azalması gibi belirtilerin ise tanı değeri düşüktür (Craven ve ark., 1987). Depresyon tanısı alan hastaların yarıya yakınının hiç tedavi görmemiş olmaları; KBY’nde depresyon tanısı koymanın güçlüğüyle ve zamanla hastaların yeni durumlarına ‘müdahaleye gerek olmaksızın uyum sağlayacaklarına olan inanışla’ bağlantılı olabilir (Hong ve ark., 1987).

Kimmel ve arkadaşları (1993), depresyon etiyolojisinin kayıpla olan bağlantısını hatırlatarak; hastaların böbrek işlevi, iyilik hali, aile ve işteki konum ve rolleri, zaman, finansal kaynak ve cinsel işlev gibi alanlarda çeşitli süregelen kayıplara uğradıklarını, dolayısıyla depresyon oranlarındaki yüksekliğin olağan olduğunu belirtmişlerdir (Özçürümez ve ark., 2003).

Genelde olduğu üzere, kronik hastalarda 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 (Kimmel, 2000). Her ne kadar fiziksel hastalıklar çoğu insanda hafif depresyon belirtilerine yol açıyorsa da sadece yatkın bireyler majör depresyon riski taşıyor olabilir. Sonuçta bazı bireylerin fiziksel yeti yitimi düzeylerinden bağımsız olarak, klinik depresyondan korunuyor olabileceği öne sürülmüştür (Rodin ve Voshart, 1987).

Genel görüş HD hastalarının yaklaşık 1/3’ünün en az bir depresif dönem yaşadığıdır (Drayer, 2006). Depresif bozukluğun mortalite üzerine etkisi tartışmalıdır. İlişkili bulan çalışmalar olduğu gibi bulmayanlar da vardır (Cohen ve Germain, 2005). Depresif hastalarda mortalite riski 4 kat yüksek saptanmıştır (Drayer, 2006). Devins ve ark.,

(1990) depresif belirtilerle mortalite arasında ilişki saptamamıştır. Bir çalışmada kesitsel değerlendirmede ilişki saptanmazken, uzunlamasına izlemde depresif bozukluk ile mortalite arasında bağlantı saptanmıştır (Kimmel ve ark., 2000). Depresif bozukluğun bağışıklık işlevlerinde azalma, hiperkortizolemi ya da trombosit işlevlerinde azalma gibi biyolojik düzeneklerle mortaliteyi arttırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca özkıyım eğilimini doğrudan arttırarak ya da diyalize girmeme, diyetle uymama, sosyal izolasyon gibi, tedavi uyumunu bozan davranış değişiklikleriyle mortaliteyi arttıracağı öne sürülmektedir (Cohen ve Germain 2005).

1.7.2. Hemodiyaliz ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete belirtileri; bağımsız anksiyete bozukluğundan çok, depresif bozukluk belirtileri olarak yorumlanma eğilimindedir. SCID-I ile değerlendirilen 70 SDBY hastasının % 45,7'sinin anksiyete bozukluğu tanısını ve % 40'nın da duygudurum bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır (Cukor D ve ark., 2007). Aynı ekibin bir diğer çalışmasında 50 HD hastasının 16 aylık izleminde bir grup hastada psikiyatrik bozukluk saptanmamıştır. Bir diğer grup hasta epizodik gidiş gösterirken (depresif bozukluk için %21, anksiyete bozukluğu için %34), son grupta (depresif bozukluk için %11, anksiyete bozukluğu için %15) süregelen gidiş saptanmıştır. Bir başka çalışmada nakil olmuş hastalarla HD hastaları arasında anksiyete puanları açısından fark saptanmamıştır (Karaminia ve ark., 2007).

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesi düzeyinin, olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Cukor D ve ark., 2007). Yaklaşık %20 hastanın süregelen gidiş göstermesi psikiyatrik bakımın önemini göstermektedir.

17.3. Hemodiyaliz ve Bilişsel Bozukluklar

Çalışmalar tüm değişkenler eşitleştiğinde, KBY'nin kognitif bozukluk için bağımsız bir risk etkeni olduğunu göstermektedir. KBY olan hastalarda olmayanlara göre demans riski %37 artmıştır. Ayrıca yaş, cinsiyet, ırk, kilo, eğitim düzeyi, koroner arter hastalığı, DM, HT, sigara kullanımı ve Apo E genotipi açısından eşleştirildiği zaman dahi, kan kreatinin düzeyi 2 mg/dl olanlarda, 1 mg/dl olanlara göre demans riski %26 artmaktadır (Seliger SL ve ark., 2004).

Böbrek yetmezliğinde Alzheimer hastalığının yaygınlığının artmadığı ancak, vasküler demansın önemli bir kognitif bozukluk sebebi olduğu gösterilmiştir (Fukunishi ve ark., 2002). Çalışmaların çoğunda genel tarama testi olarak Standardize Mini Mental Test (SMMT) kullanılmıştır (Madero M ve ark., 2008).

Çalışmalar kognitif testlerin uygulanma zamanının sonuçları etkilediğini göstermektedir (Sehgal ve ark., 1997). 20 HD hastasının son HD seansından sonraki 1, 24 ve 67. saatlerde yapılan kognitif testlerinde, 67. saatteki sonuçlarda 1 ve 24. saatlere göre daha düşük puanlar elde edilmiştir. PD hastalarında ise bütün hafta benzer sonuçlar saptanmıştır. Üremik metabolitlerin birikiminin nöropsikolojik testlerdeki dalgalanmaya yol açtığı düşünülmektedir (Williams MA ve ark., 2004).

Başlangıçta %2,9 kognitif bozukluk öyküsü olan 55 yaş üstü 338 HD hastasına ayrıntılı kognitif testlerin kullanıldığı bir çalışmada sadece %12,7 hastada normal kognitif işlevsellik saptanmış. Hastaların %13,9'unda hafif kognitif bozukluk, %36,1'inde orta kognitif bozukluk %37'ünde ise ağır kognitif bozukluk saptanmıştır (Murray ve ark., 2006).

Diyalize girilen süre arttıkça kognitif bozukluk gelişme riski de artmaktadır. Çocuklukta başlayan diyaliz süreci daha sık kognitif bozukluğa ve düşük eğitim seviyesine yol açmaktadır (Brouhard BH ve ark., 2000). Böbrek yetmezliğinin erken evrelerinde de kognitif bozukluk riski artmaktadır, kognitif işlevler ile glomerüler filtrasyon hızı (GFH) arasında ters korelasyon saptanmıştır (Kurella M ve ark., 2004). SMMT ile değerlendirilen kognitif bozukluk öyküsü olmayan 132 pre-diyaliz hastasının %20'sinde kognitif bozukluk saptanmış. Bilişsel bozukluk ile yaş, düşük GFH ve yüksek serum kreatinin düzeyi arasında pozitif korelasyon bulunmuştur (Nulsen ve ark., 2008).

Bilişsel bozukluk gelişiminin SDBY gidişi üzerine olan etkisini araştıran az sayıda çalışma vardır. Bilişsel Bozukluk diyaliz hastalarının yaşam kalitesini düşürmektedir (Madero ve ark., 2008). Bilişsel bozukluk ayrıca karar alma süreçlerini etkilemekte ve hastaların diyet uyumlarını veya tıbbi uyumlarını bozabilmektedir (Griva, 2006). DOPPS çalışmasında kognitif bozukluk ve demans bağımsız bir etken olarak artmış mortalite ve diyaliz terkiyle ilişkili bulunmuştur (Kurella ve ark., 2006). Benzer şekilde mental bozukluklar nedeniyle hastaneye yatışlar da, diğer süregen hastalığı olanlara göre 1,5- 3 kat daha yüksektir (Kurella ve ark., 2006). Diyaliz kesiminin sebeplerini araştıran

çalışmada depresif bozukluk ile ilişki saptanmazken, en önemli sebep kognitif bozukluk olarak saptanmıştır (Cohen ve ark., 2002).

Ruhsal rahatsızlıkların erken saptanması yaşam kalitesi ile tedavi uyumunun artmasını ve mortalite oranlarının da düşmesini sağlayacaktır. Tüm bu bulgular SDBY hastalarında rutin psikiyatrik taramanın yapılması gerektiğini ve geriyatrik psikiyatriyi de içine alan multidisipliner bir yaklaşımın önemini göstermektedir.

1.8. Hemodiyaliz Hastalarında Kişilik Özellikleri

Psikiyatrik bozuklukların prognozu etkilediği bilinmesine rağmen SDBY’nde kişilik özelliklerinin prognoz üzerine olan etkisini araştıran az sayıda çalışma vardır. Kişilik özelliklerinin belirlenmesi, hemodiyaliz hastalarında uygun tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımlarının seçilmesinde yol gösterici olabilir.

Kişilik kavramına ve onun mizaç ve karakterle olan yapısal ilişkisine dair anlayışımızı derinleştiren biyopsikososyal kuramların ve araştırmalarda kullanılabilecek elverişli ölçeklerin oluşturulması, yalnızca on-yirmi yıl öncesine dayanmaktadır. Kişiliğin açıklanması için ortaya atılan pek çok boyutsal modelden, bugün dünyada en çok kabul edilen ve literatürde çok sayıda araştırma yapılmış olan kuramlardan biri Beş Faktör Kişilik Modeli (McCrae ve Costa, 1991), diğeri Psikobiyolojik Kişilik Modeli’dir (Cloninger ve ark., 1993).

Kidachi ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada 608 hemodiyaliz hastasının mizaç özellikleri beş-faktör NEO ölçeğiyle (Neuroticism, Extroversion, Openness–Five Factor Inventory, Watson, 2000) değerlendirilmiş ve genel popülasyonla karşılaştırılmıştır. Dışadönüklük (Extroversion), yeniliğe açıklık (Openness), uyumluluk (Agreeableness) ve sorumluluk (Conscientiousness) puanları normal popülasyondan daha düşük saptanmış, nörotisizm puanları anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu çalışmada küme analizleriyle dört tip kişilik tanımlanmıştır:

I. Uyumlu Tip: Yüksek uyumluluk, sorumluluk ve dışadönüklük puanlarıyla karakterizedir. Özdisiplinleri yüksek olduğundan, diyalizin yaşamlarına getirdiği farklılıklara daha rahat uyum sağlayabilirler.

II. İtaatkar Tip: Sorumluluk puanları en düşük olan tiptir. Ayrıca dışadönüklük, yeniliğe açıklık ve uyumluluk puanları da düşüktür. Kontrolü klinisyene bırakma

eğilimindedirler. Yakınmalarını belirtme eğiliminde olmadıkları için klinisyenin daha dikkatli olması gerekir. Bu hastalar bağımsız hareket etmesi ve hastalığının kontrolünü alması için cesaretlendirilmelidir.

III. Duyarlı Tip: Nörotisizm puanlarının yüksekliği ve diğer özelliklerin düşüklüğüyle karakterizedir. Stresle baş etme kapasiteleri düşüktür. Stres karşısında abartılı tepkiler verebilirler.

IV. Dengeli Tip: Tüm özelliklerin ortalama puanlara sahip olduğu kişiliktir. Klinik alanda Duyarlı ve İtaatkar Tip kişilikler ön plana çıkmakta ve psikiyatrik görüşmelere daha çok gereksinim duymaktadır.

72 HD hastasının alındığı bir başka çalışmada Sorumluluk (Conscientiousness) dışında diğer dört özellekle tedavi uyumu arasında ilişki saptanmamıştır (Christensen Smith, 1995).

Bir başka çalışmada nörotisizm-stabilite, dışadönüklük-içe dönüklük ve psikotisizm boyutlarını içeren Eysenck Kişilik Anketiyle, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 103 HD hastası ve 138 kişilik normal kontrol grubunun karşılaştırılması sonucunda; nörotisizm, içe dönüklük ve psikotisizm puanları yüksek saptanmıştır (Koutsopoulou ve ark., 2002).

Cloninger ve arkadaşlarının (1993) geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE, Temperament and Character Inventory; TCI) dört mizaç ve üç karakter özelliğini değerlendirmektedir:

- **Mizaç özellikleri:** Yenilik Arayışı (YA), Zarardan Kaçınma (ZK), Ödül Bağımlılığı (ÖB), Sebat Etme (SE).
- **Kişilik Özellikleri:** Kendini Yönetme (KY), İş Birliği Yapma (İY), Kendini Aşma (KA).

MKE'nin psikiyatrik araştırma ve uygulamaların farklı alanlarında uluslararası olarak kullanımı, son on yıl içinde büyük bir artış göstermiştir. Birçok süreğen hastalıkta gerek kişilik özelliklerinin belirlenmesi, gerek prognozla ilişkisi açısından çalışılmışsa da, HD hastalarında tedaviye uyumu araştıran, mizaç ve karakter envanteriyle yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır.

1.9 Kişilik, Karakter ve Mizaç Kavramlarının Tarihsel Gelişimi

Kişilik, psikiyatride uzun yıllardır araştırılmakta, “insanların birbirinden neden farklı oldukları”, “aynı durumlar karşısında niçin farklı tepkiler gösterildiği” sorularına cevap verilmeye çalışılmaktadır. Kişilik kavramı; düşünürler ve bilim insanları tarafından farklı biçimlerde ele alınmış ve zaman içerisinde farklı düşünce akımları egemen olmuştur.

Bir bireyi önemli ölçüde farklı kılan "Kişilik", deneyim yoluyla adaptasyonu sağlayan psikobiyolojik sistemlerin dinamik organizasyonudur. İki temel bileşeni vardır: "Mizaç" ve "Karakter". Mizaç (temperament) bireyin doğuştan getirdiği emosyonel yatkınlıktır. Karakter ise bireyin kendi kendine oluşturduğu bir yapıdır (Özdemir ve Akdeniz, 2006).

Mizaç; tabiat, yaratılış, huy anlamında kullanılmaktadır. Uyarılara doğuştan yapısal olarak belli bir şekilde tepki gösterme eğilimidir. Davranış ve duygudurumu belirleyen duygusal uyarana verilen otomatik yanıtlardır. Mizaç, antik çağda "Benlik ve özelliklerinin bireysel ve biricik oluşunun biyolojik temeli" olarak tanımlanmıştır (Özdemir F ve Akdeniz F., 2006).

Mizaç; kişiliğin kalıtılan (Cloninger ve ark, 1993; Loehlin, 1982; Loehlin, 1990), gelişimsel olarak sabit olan, emosyonel temelli ve sosyokültürel öğrenmeden etkilenmeyen kişilik içerikleri olarak kabul edilir (Goldsmith ve ark., 1987). Mizaç alanları çocukluktan erişkinlik dönemine kadar sabittir (Haan ve ark., 1986) ve farklı kültür ve etnik yapılarda yapısal olarak tutarlıdır (Cloninger ve ark., 1991; Svrakic ve ark., 1991). Bireylerde görülen mizaç varyansı yaklaşık %50 oranında kalıtılabilir. Genetik faktörler sıklıkla mizaç tipini belirler (Akiskal ve Akiskal, 1992). Diğer taraftan mizacın zamanla kısmi ölçülerde değişme göstereceğine de inanılmaktadır. Affektif mizaçlar ise; kalıtım, gelişimsel faktörler ve kolaylaştırıcı faktörler arasında bir noktada yer almaktadır.

Karakter ise çocuğun büyürken kullandığı savunma düzeneklerinin, endojen mizaç eğilimlerine, çevresel etki ve değişimlerine uyarlanmasının bir sonucudur. Karakterin kalıtımı daha zayıftır ve sosyokültürel öğrenmeden ılımlı düzeyde etkilenir (Haan ve ark., 1986). Karakter çocukluktan erişkinliğe doğru adım adım olgunlaşır. Bu olgunlaşma, önceki mizaç örüntüleri ve sosyokültürel eğitimle doğrusal bir ilişki içerisinde değildir. Karakter istemli amaçlar ve tutumlar çerçevesinde verilen yanıtlardır.

Kişilik (personality); kaynağını yapısal ve gelişimsel etkenler ve toplumsal deneyimlerden alan, bireyin kendine özgü yaşam tarzı ve uyum modellerini belirleyen, içe sindirilmiş düşünüş, hissediş ve davranış kalıpları olarak tanımlanmıştır (de Giralomo ve Reich, 1993). Uzun bir zaman süresince kişiyi bir varlık olarak oluşturan, tanımlayan ve diğerlerinden ayırt eden özelliklerdir. Herkesin yaşam biçimi olarak, bilinçli ve bilinçdışı yollardan geliştirdiği kökleşmiş davranış biçimleridir. Kişilik, kişi ile çevresi arasındaki düzgün, kararlı, sabit karşılıklı bir ilişkiyi devam ettirmek için kullanılır. Büyük bir kısmı ile benliğe uyumludur (Akiskal ve Akiskal, 1992). Genetik ve yapısal faktörlerden etkilenir ve çocuğun erken dönem ebeveyn ilişkisi ve sosyal ortamlarla şekillenir (Gunderson, 1992).

Kişilik özelliği, zaman içinde tutarlıdır ve sıklıkla bir organizma ya da kişinin anlık ya da kısa süreli niteliği olan, durum (state) ile karşılaştırılır. Kalıcı, alışılmış, yineleyen davranışların toplamıdır. Kişilik özellikleri kişiliğin belirginleşmiş yönleri olup, mutlaka patolojiyi göstermez.

Kişilik Bozukluğuna bugünkü tanımı ile DSM-IV'de; "Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, sürekli davranış ve iç yaşantı örüntüsü" olarak tanımlanmaktadır. Bu örüntü değişmez, uzun süredir vardır ve başlangıcı en azından ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır. Örüntü esneklik göstermez; çok çeşitli kişisel ve toplumsal durumları kapsar ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan en az ikisinde kendini belli eder:

1. Biliş (kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları)
2. Duygulanım (duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)
3. Kişilerarası işlevsellik
4. Dürtü kontrolü.

DSM-IV'de sınıflandırılan kişilik bozukluğu alt tipleri; "Şizotipal, Şizoid, Paranoid, Narsisistik, Borderline, Antisosyal, Histriyonik, Obsesif-Kompulsif, Bağımlı ve Çekingen Kişilik Bozuklukları"dır. Bu on tip kişilik bozukluğuna ek olarak, DSM-IV, Ek B'de yer alan 'Daha İleri Çalışma İçin Verilen Tanı Ölçütleri Setleri ve Eksenleri' bölümünde; "Pasif Agresif ve Depresif Kişilik Bozuklukları"nı sınıflandırmıştır.

1.9.1. Yirminci Yüzyıldan Önceki Görüşler

Kişilik bozukluğu kavramı oldukça eskidir ve ilk tıbbi yazılarda yer almıştır. En eski tipoloji Hipokrat tarafından mizaca (temperament) ilişkin hümorale kuram olarak ortaya atılmıştır. Fiziksel yapı ile ruhsal durum arasında bir bağlantı olduğunu öne süren en eski yazıların sahibi Hipokrat, iki yapı tanımlamıştır. Kısa ve kalın yapılı kişilerin yapısına 'habitus apolepticus', uzun boylu ve zayıf olanlarınkine de 'habitus phthisicus' demiştir. Daha sonra, bedende dört sıvı (hümeur) bulunduğunu ve bireyin mizaç özelliklerinin bu sıvıların farklı dağılımından kaynaklandığını öne sürmüştür. Bu sıvılar, sarı safra (kolerik mizaçla ilgili), siyah safra (melankolik mizaçla ilgili), balgam (flegmatik mizaçla ilgili) ve kandır (sanguin mizaçla ilişkili). Bu yaklaşımın temeli, kişiliğin boyutsal anlayışla değerlendirilebilecek bir yapı olduğunu ima etmesidir. Herkeste bu dört sıvının karışımı vardır ve kişilik tipini belirleyen bu sıvıların göreceli miktarıdır (Tyrer ve Ferguson, 1988).

Aristo'nun öğrencisi Theophrastus betimleyici bir yaklaşım getirmiştir. Theophrastus'un tanımladığı 30 ayrı kişilikten bazıları saldırgan, övünge, kendini beğenmiş, burnu-büyük, korkak, baskıcı, yağcı, geveze, kaba, boyun-eğme, yalancı, çıkarıcı, pinti, dengesiz, boş-inançlı, mızımız, güvenmeyen kişilik olarak sayılabilir.

19.Yüzyılda "ahlaki delilik" (moral insanity) diye adlandırılan tablonun bugün, kişilik bozukluğu dediğimiz durumlara büyük ölçüde benzediği görülebilir. İngiliz hekimi olan James C. Prichard 1837'de "ahlaki delilik" kavramından ilk defa söz etmiş ve şöyle tanımlamıştır: "Zeka, bilgi ve akıl yürütme yetilerinde herhangi bir zayıflama yaratmaksızın; özellikle varsanı ve yanılsamaların görülmediği, doğal duyular, duygular, eğilimler, mizaç, alışkanlıklar, ahlaki tutumlar ve dürtülerde hastalıklı bir sapmadır".

19. yüzyılın ikinci yarısında kişilik bozukluklarının etiyolojisi (bu durum "hastalıklı kişilikler" olarak adlandırılırdı) Morel ve Koch gibi psikiyatrlar tarafından sinir sisteminde yapısal bir yozlaşmaya bağlanmıştır. Ayrıca Morel, ruhsal hastalıkları hiyerarşik olarak altı bölüme ayırmıştır. Bu sıralamanın en üstte en ağır ve sürekli olanı yerleştirilmiştir. Bunamalar birinci sırada, kişilik bozuklukları beşinci sırada, ICD-10'da [International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)] kişilik özelliklerinin vurgulanması (personality accentuation) ise son sırada yer almıştır. Morel bu hastalardan "Acayip, tutarsız, çoğunlukla aşırı, ahlak dışı davranışlar sergiler" diye bahsetmiştir (Tyrer ve Ferguson, 1988).

1.9.2. Yirminci yüzyıldaki görüşler

Kraepelin (1909–1915) kişisel mizaçları (*personal disposition*; premorbid kişilik) ve manik depresif hastalıkta benzer temel durumları (*fundamental states*; subklinik görünüm) belirlemiştir. Dört temel affektif mizaç tanımlamıştır. Depresif tip tipik depresyonla ilişkili; manik ya da hipertimik tip unipolar mani ile ilişkili; irritabl tip atipik depresyonla ilişkili ve siklotimik tip yüksek oranda mani ve depresyonla ilişkilidir. Kişiliğin farklı görünümünü, duygudurum bozukluklarının subklinik biçimleri olarak görmüş ve bunların köklerinin ergenlik dönemine dayandığını düşünmüştür. Kraepelin affektif mizaçların bireyin hayatının akışı süresince affektif hastalık görünümü olmadan da- kişilik özellikleri olarak kalabileceği ya da böyle bir epizodik hastalığın başlangıç noktası olabileceği düşüncesini önermiştir.

Schneider 1923'te yayınladığı monografında 10 ayrı psikopatik kişilik betimlemiştir: 1) Hipertimik 2) Depresif 3) Güvensiz 4) Fanatik 5) Kendini Arayan 6) Duygusal Açıdan Dengesiz 7) Patlayıcı 8) Duygusuz 9) Zayıf İradeli 10) Astenik. Burada sözü edilen kategoriler insan doğasında var olan birçok farklı özelliği kapsadığından, klinik uygulama için kullanışlı değildir.

Kretschmer de Hipokrat'tan sonra beden yapısı ve ruhsal hastalıklar arasında ilişki kuran başka bir klinisyen olmuştur. Manik-depresiflerin kısa ve toplu (piknik), şizofreniklerin uzun ve zayıf (astenik tip) olduklarını söylemiştir. Kişiliği, mizacı ve ruhsal hastalıklara yatkınlık meselesini ele almıştır. Bedensel yapı, mizaç ve karakterle "kan kimyası" arasında bir bağın kurulabilmesi halinde normal dışı psikolojinin saptanabileceğini, belki de önlenebileceğini söylemiştir. Tanımlamalar arttıkça değişkenlerin bir spektrum üzerinde dağıldığını, boyutsal değişimi tek tek gruplaştırmanın neredeyse olanaksız olduğunu görmüştür. Sonuçta Kretschmer'in çabalarından günümüze kalan, piknik tip-siklotimik kişilik-manik depresif hastalık ile leptozom tip-şizoid kişilik-şizofreni arasındaki devamlılık ilişkisi olmuştur.

1.9.3. Psikanalitik görüşler

Freud (1908), "Karakter ve Anal Erotizm" adlı makalesinde anal kişilik yapısında düzenlilik, cimrilik ve inatçılık gibi kişilik özelliklerinin belirleyici olduğunu, bunun da dışkılama denetiminin kazanıldığı dönemle ilgili olduğunu söylemiştir. Ayrıca Freud kalıcı karakter özelliklerinin ya ilk dürtünün değişmemiş uzantıları, ya da bu dürtülerin

yüceleştirilmesi (sublimasyon), ya da karşıt tepki kurma (reaksiyon formasyon) olduğunu öne sürmüştür.

Franz Alexander 1930'da nörotik karakterden söz ederken özellikle karakter nörozu ile belirti nörozunu ayırt etmiştir. Belirti nörozu benliğe yabancıdır. Karakter nörozu ise benliğe uyumlu olup, kişiler arası ilişkilerde güçlükler neden oluşuyla kendini belli eder.

Daha sonra Horney, Fromm ve Reich; kişilik, kişilik çözümlemesi ve nörozların kesişme noktası üzerine önemli yapıtlar ortaya koymuştur. Heinz Kohut (1971) ve Otto Kemberg (1975) narsisistik ve borderline kişilik yapısını; özellikle nesne ilişkileri açısından incelemiş, aynı zamanda kişilik bozukluklarının psikoterapisi konusuna da önemli anlayışlar getirmişlerdir (Özdemir ve Akdeniz, 2006).

1.9.4. Son dönem görüşleri

Eysenck, Eysenck Kişilik Ölçeği'ni kullanarak (Eysenck ve Eysenck, 1976); histerikleri ve somatik anksiyetesi olanları dışa dönük nörotikler olarak, bilişsel anksiyetesi olanları ise içe dönük nörotikler olarak tanımlamıştır. Nörotisizm; emosyonel labilite, emosyonel aşırı yanıt verme ve stres altında nevrotik tepki verme derecesini ölçerken, ekstrasersion; sosyallik, cana yakınlık ve inhibe olmamış dürtüsel nitelikteki davranışları gösterir. Kişilik modeli olarak iki boyutlu yaklaşım çok yetersiz görülmüştür. Bunun üzerine Digman tarafından beş faktörlü model geliştirilmiştir. 'Büyük beşli' olarak tanımlanan bu özellikler: "Uyumluluk, açıklık, dışa dönüklük, nörotisizm ve sorumluluktur" (Watson, 2000). Nörotisizm-Dışa dönüklük-Açıklık (NEO: Neuroticism – Extraversion - Openness) Kişilik Testi (NEO-PI), kişiliğin beş faktörlü modelini ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ölçek; normal popülasyondaki bireylerin ya da kişilik bozukluğu ve psikiyatrik hastalığı olan olguların kişilik özelliklerini değerlendirmek için, yaygın olarak kullanılmaktadır.

1.9.5. Cloninger'in Nörobiyolojik Temelli Mizaç Modeli

1980 sonrasında Cloninger nörobiyolojik temelli bir mizaç modeli geliştirmiştir (Cloninger 1987; Cloninger, 1991). Cloninger'in bu psikobiyolojik modeline göre "Üç Boyutlu Kişilik Ölçeği" (Tridimensional Personality Questionnaire); her birinin özgül nörotransmitter sistemle ilişkili olduğunun önerildiği bağımsız, kalıtılan üç kişilik alanını

ölçer (Cloninger ve ark., 1993). Bu üç alan "Yenilik Arayışı" (YA), "Zarardan Kaçınma" (ZK) ve "Ödül Bağımlılığı"dır (ÖB) (Cloninger ve ark., 1993). Cloninger ve arkadaşları (1993) dördüncü bir boyut olarak "Sebat Etmeyi" (SE) eklemiştir. Sebat etme özgün olarak ödül bağımlılığının bir alt ölçeğidir. Bu son boyut yorgunluğa ve engellenmeye karşı sebat etmeyi gösterir, ÖB'nin diğer duygusallık, sosyal bağlanma ve bağımlılık alt ölçekleriyle ilişkisizdir. Bu dört boyutlu mizaç özellikleri, algıya dayalı huylar ve becerilerde bireysel farklılıkları yansıtır ve genetik olarak homojen ve birbirinden bağımsız olarak kalıtsaldır (Köse ve ark., 2004).

Yenilik Arayışı: Davranışsal etkinleşme sistemi ile bağlantılıdır. Yeni bir uyarana yanıtta keşfedici bir etkinliğe yönelik kalıtsal bir yatkınlık, dürtüsel karar verme, ödül ipuçlarına yaklaşımda aşırıya kaçma, çabucak öfkelenme ile engellenmeden etkin olarak kaçınmayı içerir.

Zarardan Kaçınma: Davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkilidir ve davranışın önlenmesi ya da durdurulmasına ilişkin kalıtsal bir eğilimdir. Kendisini gelecekteki sorunlara ilişkin karamsar bir endişelilik hali, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme ve çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları ile gösterir.

Ödül Bağımlılığı: Davranışsal sürdürme sistemi ile ilişkilidir. Duygusallık, sosyal bağlanma, başkalarının onayına bağımlılık ile kendisini gösteren kalıtsal bir eğilimdir.

Sebat etme: Engellenme ve yorgunluğa karşı, sebat etmeye olan kalıtsal eğilimdir. Sebat eden bireyler, insanları engelleyen ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında bu davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler (Cloninger, 1987; Cloninger ve ark., 1993; Cloninger ve ark., 1994; Köse, 2003).

İlerleyen dönemlerde Cloninger mizacın temelini ve karakterin gelişmesini açıklayarak, kişiliğin ikisinin etkileşiminin son ürünü olduğunu öne sürmüştür. Bunun için geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) kişiliğin yedi temel boyutunu ölçmeye yarayan bir kendini değerlendirme ölçeğidir (Cloninger ve ark., 1993). MKE önceden geliştirilmiş kişilik modellerini kuramsal ve ampirik açıdan desteklerken, klinik kullanımdaki bazı sınırlılıkları ortadan kaldırmıştır.

Cloninger'in bu yedi temel boyut içeren kişilik modeli dört mizaç boyutuna ek olarak; Kendini Yönetme (KY), İş Birliği Yapma (İY) ile Kendini Aşma (KA) olmak üzere, üç boyutlu bir karakter tanımı içerir. İnsanın yaşı ilerledikçe bu karakter bileşenleri, erişkinlikle gelen kişisel ya da sosyal etkinliğin getirdikleriyle olgunlaşır. Karakter

bileşenlerinin mizaç bileşenlerinden farklı olarak daha çok kültürel olarak kalıtıldıklarına inanılır. KY; kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, bireysel açıdan anlamlı amaçların belirlenmesi, sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey otonom bir bireydir, sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve görev duygusu olan bir bireydir. İY sosyal kabul, eşduyum yetisi, yararlılık, sevecenlik, erdemlilik ve vicdanlı olmaktan oluşur. İşbirliği yapan insanlar; hoşgörölü, eşduyum yeteneği olan, yararlı, sevecen ve erdemlidirler. KA; kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim ve manevi kabulden oluşur. Kendini aşan bireyler; yaratıcı, bencil olmayan, inançlı, manevi duyguları olan, idealist bireylerdir (Cloninger, 1987; Cloninger ve ark, 1993; Cloninger ve ark, 1994; Köse, 2003).

Cloninger'in kişilik kuramı, kişiliği çok katlı düzeyde anlayabilmek için kapsamlı bir içgörü sunar. Bu düzeyler; kişiliğin genetiği, davranışın nörobiyolojik temelleri, bilişsel duygusal yapı ve kişiliğin gelişimi, kişilik boyutlarındaki bireysel farklılıkların davranışsal karşılıkları, kişilik yapıları ile gelişimsel etmenlerin etkileşiminin psikiyatrik bozukluklara yol açması gibi düzeylerdir (Cloninger, 1987; Cloninger ve ark., 1993; Cloninger ve ark., 1994; Köse, 2003).

Bu kişilik modeli, davranış görünümleri ile nörotransmitterler arasında bağlantı kurma olanağı da verir. YA (davranışsal aktivasyon) ile dopamin, ZK (davranışsal inhibisyon) ile serotonin, ÖB (davranışı sürdürme) ile norepinefrin, SE (davranışta ısrar etme) ile glutamaterjik aktivite arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Cloninger, 1987; Cloninger ve ark, 1993; Cloninger ve ark., 1994; Köse, 2003).

Cloninger'in modeli izleyen dönemlerde Von Zerssen (2002) altı tip kişilik tanımlamıştır: Manik tip, melankolik tip, hayalperest tip, anksiyöz ve endişeli tip, uysal tip, gergin tip. Manik tipin özellikleri canlılık, huzursuzluk, inatçılık, risk almaya yatkınlık, sosyal ilişkilere hevesli olmak, düş kurmak, bağımsızlığa önem vermek, sosyal norm ve kuralları önemsememektir. Melankolik tipin özellikleri sakinlik, düzenlilik, vicdanlılık, iyi huyluluk, yandaşlık, az ama stabil insan ilişkileri kurmak, sosyal kurallara ve geleneklere uymaktır (Von Zerssen ve Possel, 1990). Von Zerssen bu kişilik tiplerini değerlendirmek için Munich Kişilik Testini geliştirmiştir (MPT). Melankolik tip depresyon için risk oluşturur. Manik tip ise Akiskal tarafından tanımlanan hipertimik mizaca benzerdir (Sass ve Jünemann, 2003).

Son dönemde yapılan mizaç ve kişilik çalışmaları affektif terminolojiyi açıkça kullanmamıştır. Buna karşın Akiskal ve arkadaşları duygudurum bozukluklarının mizaçsal temeli olarak kabul edilen Kraepelin'in *temel durumlar* kavramını güçlendirmişlerdir. Affektif hastalıklar için önemli olan mizaç ölçütlerini formüle etmişlerdir. Bir uçta eşik altı *affektif traitler*, diğer uçta ciddi affektif hastalıklar olmak üzere bir affektif süreklilikten (*cantuum*) söz etmişlerdir. Akiskal ve arkadaşları beş affektif mizaç tanımlamışlardır: Depresif, hipertimik, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç.

Beş affektif mizaç için özgün ölçütler, Tennessee Üniversitesinde 1987'de Akiskal ve Mallya tarafından oluşturulmuştur. Hipertimik ve depresif tiplerin tanımı çoğunlukla Prof. Vahe Puzantian tarafından oluşturulmuştur. İrritabl tip ise on yıl sonra eklenmiştir (Akiskal ve Mallya, 1987). Bu çözümlemeler ile affektif mizaç ölçeği oluşturulmuştur: 'The Temperament Evolution of Memphis, Pisa, Paris and San Diego' (TEMPS). Yarı yapılandırılmış TEMPS-I ise görüşme formatında uyarlanmıştır (Akiskal ve ark. 1998, Placidi ve ark., 1998). Bunun sonrasında ise affektif mizacı değerlendirmek için Akiskal tarafından 1997 yılında öz-bildirim ölçeği olan TEMPS-A (Autoquestionnaire version for the Temperament Evolution of Memphis, Pisa, Paris and San Diego) geliştirilmiştir.

BÖLÜM II

AMAÇ ve VARSAYIMLAR

2. 1. Amaç

Bu çalışmanın amacı; hemodiyaliz tedavisi görmekte olan son dönem böbrek yetmezliği hastalarının tedaviye uyum yapmalarında rol oynayan etkenleri ve bu etkenlerin birbiri ile olan ilişkisini araştırmaktır.

Bu amaç doğrultusunda;

1. Kronik hemodiyaliz tedavisi görmekte olan hastaların; sosyo-demografik özelliklerini belirlemek, algılanan sosyal destek düzeylerini ve yaşam kalitelerini ölçmek,
2. Bilişsel bozuklukların ve DSM-IV'e göre eşlik eden I. Eksen psikiyatrik bozukluklarının varlığını ve sıklığını araştırmak, şiddetlerini ölçmek,
3. Bu hasta grubunda Cloninger'in psikobiyolojik modeline göre mizaç ve karakter özelliklerini araştırmak,
4. Bu hastaları hemodiyaliz tedavisine uyumsuzluk göstergeleri açısından ayrıntılı olarak incelemek ve tedaviye uyum özelliklerini belirlemek,
5. Tedaviye uyumu daha iyi olan hastalar ile daha kötü olan hastalar arasında karşılaştırma yaparak, sosyo-demografik özellikler, algılanan sosyal destek düzeyleri, yaşam kalitesi, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve mizaç ve karakter özellikleri açısından fark olup olmadığını araştırmak amaçlanmaktadır.

2.2. Varsayımlar

1. Hemodiyaliz tedavisi görmekte olan hasta grubunda; eşlik eden psikiyatrik tanı varlığında hastaların tedaviye uyumları olumsuz etkilenmektedir
2. Tedaviye uyumu kötü olan hasta grubunda Mizaç Karakter Envanteri ile ölçülen mizaç ve karakter profili açısından
 - a) Zarardan kaçınma skoru düşüktür.
 - b) Kendini yönetme skoru düşüktür.
 - c) İşbirliği yapma skoru düşüktür.
3. Mizaç Karakter Envanteri puanlarının var olan psikiyatrik tanılardan etkilendiği bilinmektedir. Tedaviye uyumu kötü olan hasta grubunda depresyon ve anksiyete bozukluğunun etkisinden bağımsız olarak
 - a) Zarardan kaçınma skoru düşüktür.
 - b) Kendini yönetme skoru düşüktür.
 - c) İşbirliği yapma skoru düşüktür.

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Tanımlayıcı, kesitsel, kendi içinde kontrollü bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Karşıyaka Nefron Diyaliz Merkezi ve Ege Nefroloji Diyaliz Merkezi'nde hemodiyaliz tedavisi görmekte olan hasta grubudur.

3.3. Örneklem

Araştırma deseni oluşturulurken, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (EÜTF) İç Hastalıkları Kliniği Nefroloji Birimi Öğretim Üyeleri'nin görüşlerine başvuruldu. Araştırmayı gerçekleştirmek üzere, İzmir ilindeki çok sayıdaki diyaliz merkezinden bir tanesi seçildi. Çalışmanın evrenini, bu diyaliz merkezinde halen tedavi görmekte olan 170 hastanın oluşturması planlandı. Bu merkezin tercih edilmesinde; hasta sayısı bakımından İzmir'deki ikinci büyük diyaliz merkezi olması, veri kayıt sistemlerinin ve hasta izlemlerinin düzenli ve güvenilir olması, tüm tedavi ekibinin birbirine benzer nitelikte eğitimlerden geçmiş olması, deneyimli nefrologlar tarafından düzenli olarak konsülte ediliyor olması ve tedavi ekibi ile kurulan işbirliğinin verimli olması gibi özellikler rol oynadı.

Çalışmaya -hem akut dönemde yaşanan uyum sorunlarını atlatmış olmaları açısından, hem de hastalığın ve tedavi biçiminin daha uzun dönemde olan olumsuz etkilerinin gözlemlenebilmesi açısından- en az 6 aydır, haftada 3 kez olmak üzere hemodiyaliz tedavisi görmekte olan hastalar alındı. Araştırmaya 170 hasta arasından katılmayı kabul eden ve çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan hastaların tamamının alınması planlandı, bir alt sayı sınırı belirlenmedi.

Görüşmeler bu koşulları karşılayan 39 olgu ile gerçekleştirilebildi. Olgu sayısı araştırmacılar tarafından yeterli görülmeyle, sayıyı artırmak üzere ikinci bir hemodiyaliz merkezinden hasta alınmasına devam edilmesi kararlaştırıldı.

İkinci merkezin belirlenmesinde; birinci merkezle tamamen aynı sistemle çalışıyor olması, sosyodemografik özellikler açısından benzer hasta profiline sahip olması ve ilk merkez için yukarıda sözü edilen tüm özelliklere sahip olması gibi özellikler rol oynadı.

1. merkezden 39, 2. merkezden 22 olmak üzere çalışmaya toplam 61 hasta alındı.

Araştırmacı tarafından haftanın her günü diyaliz merkezine gidilerek, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan hastalar, ardışık olarak çalışmaya katılmaya davet edildi. Kabul edenlere “Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu” imzalatılarak bir sonraki gün için randevu verildi. Psikiyatrik görüşmeler çalışmayı yürüten araştırmacı tarafından diyaliz seansının ertesi günü yapıldı.

3.3.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

1. En az 6 aydır hemodiyaliz tedavisi görüyor olmak
2. 18 yaş ve üstünde olmak.
3. Okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma yazma bilmek

3.3.2. Çalışma Dışı Bırakma Ölçütleri

1. Okuma yazma bilmemek
2. Görme ya da işitme kaybı olması
3. Organik bir mental bozukluk tanısı almış olmak
4. Bir nörolojik hastalık tanısı almış olmak (Epilepsi, multipl skleroz, nörodejeneratif hastalıklar, vb.)
5. Herhangi bir demans tanısı almış olmak
6. Geçirilmiş ağır kafa travması /serobrovasküler olay öyküsü bulunması

3.3.3. Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri

Daha önceden belirtilmemiş/saptanmamış olan dışlama kriterlerinden biri ya da daha fazlasının görüşme sırasında saptanması, ya da varolan bir psikiyatrik bozukluğun görüşmeyi tamamlamaya engel olacak şiddette olması (ör: okuma güçlüğü, demans vb) gibi durumlarda hastalar çalışma dışı bırakıldı.

3.4. Veri Toplama ve Değerlendirme Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Verilerin ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Sosyodemografik veriler ve klinik özellikleri içeren bir bilgi formu hazırlanmıştır (bkz. Ek-3). Bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, sosyal güvence varlığı, ailenin aylık toplam gelir düzeyi, hastanın kimlerle yaşadığı, sosyal destek düzeyi, alkol, madde ve tütün kullanım özellikleri, böbrek yetmezliğinin başlama yaşı, böbrek yetmezliğinin etiyolojisi, böbrek yetmezliği ve HD tedavisi arasında geçen süre, eşlik eden tıbbi hastalıklar ve tedavileri, kaza ve ameliyatlara, geçmişteki psikiyatrik hastalıklar ve tedavileri, o sıradaki psikiyatrik hastalıklar ve tedavileri, özkıyım girişimi, soygeçmişlerinde psikiyatrik hastalık varlığı, DSM IV'e göre psikososyal ve çevresel stres etkenlerinin varlığına ilişkin soruları içermektedir.

3.4.2. Biyososyal Modele Göre Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Belirlenmesi

Çalışmada hastaların, Cloninger'in psikobiyolojik modeline göre mizaç, karakter ve özelliklerini araştırmak üzere MKE kullanılmıştır.

Cloninger; kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan, boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiştir.

Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) kişiliğin yedi temel boyutunu ölçmeye yarayan kendini değerlendirme ölçeğidir.

240 maddeden oluşan, 'doğru' ya da 'yanlış' şeklinde yanıtlanan bir ölçektir. Zaman sınırlaması yoktur, 20-30 dakikada doldurulabilir. Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramı Yenilik Arayışı (YA), Zarardan Kaçınma (ZK), Ödül Bağımlılığı (ÖB) ve Sebat Etme (SE) olmak üzere dört boyutlu mizaç tanımları. Ayrıca Kendini Yönetme (KY), İşbirliği Yapma (İY) ile Kendini Aşma (KA) olmak üzere üç boyutlu karakter tanımı içerir. Bu yedi faktörlü kişilik envanterinin geçerlik ve güvenilirliği hem genel popülasyonda hem de psikiyatrik hastalarda sınanmıştır. MKE içerik olarak 15 yaş ve

üstü bireyler için uygulama alanına sahiptir. MKE çeşitli dillere çevrilmiş, çeşitli kültürlerde geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiştir. MKE'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır (Köse ve ark, 2004).

3.4.3. Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bu değerlendirmeyi yapmak üzere; “Sosyal Destek Sistemleri Ölçeği” kullanılmıştır. Bu ölçek iki ayrı araçtan oluşmaktadır:

a) Sosyal Ağ Listesi: 1980 yılında Hirsch tarafından hazırlanmıştır. Sosyal ağın büyüklüğünü, ağın içindeki akraba sayısını, arkadaş sayısını, ağ içindeki diğer üyeleri, stres verici durumlarda en fazla destek veren arkadaşları belirlemeyi amaçlar (Sorias, 1988).

b) Algılanan Arkadaş ve Aile Desteği Ölçekleri: Sosyal ilişkilerin ne ölçüde destekleyici olduğunu, kişiye verdiği doyumu değerlendirmek amacıyla kullanılan “Algılanan Arkadaş Desteği” ve “Algılanan Aile Desteği” ölçeklerinden oluşur (Procidona ve Heller 1983). Ülkemizde bu ölçeklerin güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları yapılarak güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceği belirtilmiştir (Sorias, 1988; Sorias, 1992).

3.4.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Kısa Form-36 (çev. KF-36; Koçyiğit ve ark. 1999; SF-36; Ware ve ark. 1993)

Yaşam kalitesini ölçmekte kullanılan en yaygın ölçektir. Otuz altı maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlar: Fiziksel işlev (10 madde), sosyal işlev (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/yaşamsallık (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ölçek son dört haftayı göz önüne alarak değerlendirme yapar. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılıdır, dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanır. Alt ölçekler sağlığı 0–100 arasında değerlendirir. Ölçeğin en belirgin üstünlüğü fiziksel işlevi ve bununla ilgili yetileri ölçmesidir. Sınırlılığı ise, cinsel işlevleri değerlendirecek soru içermemesidir. SF-36 diyaliz gruplarında da kullanılmış ve uygulanmasının yararlı olduğu belirtilmiştir. Diyaliz grupları için güvenilirlik katsayıları 0.77- 0.93 arasında bulunmuştur (Özçetin ve ark., 2009). SF-36’nın Türkçe için güvenilirlik çalışmalarında her alt ölçek için Cronbach

alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.73-0.76 arasında bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları da her alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Fiziksel işlevde 0.47-0.74, sosyal işlevde 0.84-0.84, emosyonel rol kısıtlamasında 0.65-0.83, fiziksel rol kısıtlamasında 0.69-0.90, ağrıda 0.79-0.89, mental sağlıkta 0.69-0.78, yaşamsallıkta (enerji) 0.62-0.79 ve sağlığın genel olarak algılanmasında 0.57-0.78 arasında bulunmuştur. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda Türkçe için güvenilir olduğu anlaşılmaktadır.

3.5. Psikiyatrik Tanıların Değerlendirilmesi

Hastalarda DSM-IV'e göre eşlik eden I. Eksen psikiyatrik bozuklukları değerlendirmek üzere SCID-I; depresyon ve anksiyete şiddetini ölçmek için sırasıyla Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete Ölçeği, kognitif bozukluğu değerlendirmek için Standardize Mini Mental Test uygulanacaktır.

3.5.1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) (Structured Clinical Interview for DSM-IV): Denek veya hastalarda I. eksen bozukluk tanısını araştırmak amacıyla geliştirilmiş, yapılandırılmış klinik görüşme anketidir (First ve ark. 1997). Türkçe formunun güvenilirliği için tüm tanılarda uyuma yüzdesi %98,1 ve kappa katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur (Özkürkçügil ve ark., 1999).

3.5.2. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAMD) (Hamilton Depression Rating Scale) (HDRS; Hamilton, 1967): Depresyon belirtilerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Depresyon şiddetini belirlemek için kullanılan ölçek, 0-4 ya da 0-2 arasında puanlanan 17 maddeden oluşur. Bu maddelerden beşi somatik belirtiler (anksiyete, gastrointestinal, genel, genital, kilo) ve üçü her üç aşamasında uykusuzluk (erken, orta ve geç) üzerinedir. Çalışma kapasitesi ve ilgi kaybı (anhedoni) bir maddede birleştirilmiştir. Diğer maddeler depresif duygudurum, suçluluk duygusu, özkıyım düşünceleri, ajitasyon ve ruhsal anksiyeteyi içerir. Türkçe formunun test-tekrar test korelasyonu 0.85'dir. İç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.75, Spearman-Brown güvenirlik katsayısı 0.76'dır. Değerlendiriciler arası güvenirlik katsayıları 0.87 ile 0.98 değerleri arasındadır. Beck Depresyon ölçeği ile korelasyon katsayısı 0.48, Klinik Global İzleme ile korelasyon katsayısı 0.56'dır (Akdemir ve ark. 1996).

3.5.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Hamilton Anxiety Rating Scale) (HAM-A Hamilton, 1959):

Deneklerin anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan 14 maddeli bir ölçektir. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgular ve beşli Likert tipi ölçüm sağlar. Her maddenin puanı 0-4 arasındadır ve toplam puan 0-56 arasındadır. Sağlıklı ya da psikiyatrik hasta gruplarında, görüşmeci tarafından uygulanır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayıları maddeler için 0.51-0.97 arasındadır ve ortalama güvenilirlik katsayısı 0.72, toplam puan içinse 0.94'tür. Değerlendiriciler arası tanı korelasyonu katsayıları 0.94-0.95 arasındadır. Durumluk Kaygı Ölçeği ile korelasyon katsayısı 0.67 ve anlamlı düzeydedir.

3.5.4 Standardize Mini Mental Test (Standardized Mini Mental State Examination; MMSE, Folstein 1975)

SMMT'in Türkçe geçerlilik güvenilirliği Güngen ve ark. tarafından 2002 yılında yapılmıştır. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmış, yirmi bir maddeden oluşmakta ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir. Ülkemizde hafif ve orta düzeyde demans için kesme puanı, 23/24 olarak hesaplanmıştır. Genel popülasyonda hem klinik pratikte, hem de araştırmalarda en sık kullanılan testtir. Uygulayıcılar arası güvenilirlik r:0.92, kappa: 0.99'dir. SMMT'in 23/24 değerinin, 0.91 duyarlılık, 0.95 özgüllüğü gösterilmiştir.

3.6. Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi

3.6.1 Tedaviye Uyum Kendini Değerlendirme Anketi

Hastaların kendilerinin tedaviye uyum düzeylerine ilişkin görüşlerini ayrıntılı olarak belirlemek hedeflenmiştir. Hastalara “Tedavinize uyar mısınız?” şeklinde, yanıt yalnızca “Evet” ya da “Hayır” olacak sınırlı sorular sormak yerine, araştırmacı tarafından diğer yanıt seçeneklerini de içeren 8 soruluk likert tipi bir anket hazırlanmıştır (bkz. Ek-5). Burada amaç hastaların kendi haklarındaki değerlendirmelerini puana dönüştürebilmek, bu puanlar aracılığı ile hem hastaların

kendi aralarındaki, hem de doktor ile hasta arasındaki değerlendirme farklılıklarını sayısal olarak karşılaştırabilir hale getirmektedir.

Örneğin “Size göre diyetinize/tuz kısıtlamanıza size önerildiği şekilde uyabiliyor musunuz?” sorusuna hasta;

1. () Her zaman uyarım
2. () Çoğunlukla uyarım
3. () Kısmen uyarım
4. () Çoğunlukla uymam
5. () Hiç uymam

Şeklinde yanıt verebilmektedir. Her bir soru 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. 1. seçeneği işaretlerse 1 puan, 2. seçeneği işaretlerse 2 puan, 3. seçeneği işaretlerse 3 puan, 4. seçeneği işaretlerse 4 puan, 5. seçeneği işaretlerse 5 puan almaktadır. Yalnızca 7. soru tersten puanlanmaktadır (1. seçeneği işaretleyen 5 puan almakta vb). Ankette en düşük 8 puan, en yüksek 40 puan alınabilir. 8 en yüksek uyum düzeyini, 40 en düşük uyum düzeyini göstermektedir.

3.6.2 Tedaviye Uyum Hastayı Değerlendirme Anketi

Hastaların tedaviye uyum düzeylerine ilişkin diyaliz doktorlarının görüşlerini ayrıntılı olarak belirlemek hedeflenmiştir. Doktorlara “Hasta tedavisine uyar mı?” şeklinde, yanıtı yalnızca “Evet” ya da “Hayır” olacak sınırlı sorular sormak yerine, hasta formundaki ile aynı şekilde 8 soruluk likert tipi bir anket hazırlanmıştır (bkz. Ek-6). Burada amaç doktorların hastalar hakkındaki görüşlerini puana dönüştürebilmek, bu puanlar aracılığı ile doktor ile hasta arasındaki sayısal olarak karşılaştırabilir hale getirmektedir.

Örneğin: “Size göre hasta diyetine/tuz kısıtlamasına önerildiği şekilde uyabiliyor mu?” sorusuna doktor;

1. () Her zaman uyar
2. () Çoğunlukla uyar
3. () Kısmen uyar
4. () Çoğunlukla uymaz
5. () Hiç uymaz

Şeklinde yanıt verebilmektedir. Her bir soru 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. 1. seçeneği işaretlerse 1 puan, 2. seçeneği işaretlerse 2 puan, 3. seçeneği işaretlerse 3 puan, 4. seçeneği işaretlerse 4 puan, 5. seçeneği işaretlerse 5 puan almaktadır. Yalnızca 7. soru tersten puanlanmaktadır (1. seçeneği işaretleyen 5 puan almakta vb). Ankette en düşük 8 puan, en yüksek 40 puan alınabilir. 8 en yüksek uyum düzeyini, 40 en düşük uyum düzeyini göstermektedir.

3.7. Uygulama

3.7.1. Hasta Alımı

Her iki diyaliz merkezinde de hastalar, Pazartesi-Çarşamba-Cuma günleri ve Salı-Perşembe-Cumartesi günleri diyalize girecek şekilde gruplara ayrılmış durumdadır.

İlk diyaliz merkezinde araştırmacı tarafından haftanın her günü diyaliz merkezine gidilerek, merkezdeki hastaların tamamı diyaliz seansı sırasında yatak numarası sırasına göre ziyaret edildi. İşleme ölçütlerine uyan hastalar belirlenerek araştırmaya katılmaya davet edildi. Kabul edenlere “Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu” imzalatılarak, bir sonraki gün için randevu verildi. Katılmayı kabul etmeyenlerin, kabul etmeme gerekçeleri, yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum gibi özellikleri not edildi.

İkinci diyaliz merkezinde de aynı olgu alım yöntemi uygulanmakla birlikte buradaki hastaların tamamı ziyaret edilmemiştir. İlk diyaliz merkezindeki olgularla birlikte toplam 61 hasta çalışmaya alınmıştır.

3.7.2. Psikiyatrik Görüşmeler

Psikiyatrik görüşmeler çalışmayı yürüten araştırmacı tarafından diyaliz seansının ertesi günü yapıldı. Bunun nedeni; mental işlevlerin diyaliz sırasında ve ilerleyen saatlerde olumsuz etkilenmesi ve en iyi iyilik halinin ertesi gün gözlenmesi, bir sonraki seansa yaklaşıldıkça mental işlevlerin tekrar kötüleşme göstermesidir. Bu değişiklikler hastadan hastaya değişmekle birlikte, bir standardizasyon yapabilmek için tüm görüşmelerin, seans bitimini izleyen ortalama 24. saatte yapılması hedeflendi.

Ortalama 45–60 dakika süren yüz yüze görüşmede; SCID-I kullanılarak DSM-IV’ göre Eksen I tanıları sorgulandı ve HAMD, HAM-A, SMMT ölçekleri uygulandı. Ardından olguya; “Olgu Bilgi Formu, Tedaviye Uyum Kendini Değerlendirme Anketi, Algılanan Sosyal Destek Sistemleri, SF-36 ve MKE formları” tanıtılarak kendisine ayrılan bir odada bunları doldurması sağlandı. Ortalama 60–120 dakika süren bu aşamadan sonra formlar araştırmacı tarafından gözden geçirilerek varsa eksiklerin tamamlanması sağlandı. Ardından olgular görüşmede edinilen izlenim ve bulgularla ilgili bilgilendirildi, varsa soruları yanıtladıktan sonra yapılan görüşme sonlandırıldı. Tedavi görmesini gerektiren bir durum saptanan olgular durumlarıyla ilgili bilgilendirilerek EÜTF Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Polikliniği’ne yönlendirildi.

3.7.3. Hastaların Tedaviye Uyum Özelliklerinin Belirlenmesi

Literatürde en yaygın kullanılan ve diğerlerine kıyasla en belirleyici olan tedaviye uyumsuzluk ölçütü, inter-diyalitik kilo alım değeri olmakla birlikte, bu değerin belirli bir kesme değeri yoktur. Bu çalışmada ise varsayımlar doğrultusunda tedavi uyumlarına göre örnekleme iki gruba ayırmak üzere İDKA değerleri kullanılmıştır. Bu değer hesaplanırken, görüşmenin yapıldığı tarihten önceki son üç ay boyunca hastanın girdiği her bir diyaliz seansında yapılan ölçümler esas alınmıştır. Aylık değer; o ayın “Ortalama İDKA değerinin”, o ayın “Ortalama çıkış ağırlığına” oranının 100 ile çarpılmasıyla elde edilmiş ve son üç ay için elde edilen rakamların aritmetik ortalaması alınmıştır. Bu hesaplama yönteminin seçilmesindeki neden; hastanın günlük, mevsimsel ve çeşitli durumsal değişikliklerden (başka hastalık, hastaneye yatış vb) kaynaklanan İDKA iniş çıkışlarını en aza indirgeyerek, hastanın ‘genel tutumunu’ yansıtacak bir ‘eğilim’ yakalamaktır. **Elde edilen 3 aylık ortalama %İDKA değeri 3,5’in altında olan hastalar “Tedaviye uyumlu”, 3,5 ve daha fazla olan hastalar ise “Tedaviye**

uyumsuz” olarak belirlenmiştir. Kesme noktası belirlenirken bu konudaki araştırmalardaki kesme noktaları dikkate alınmış ve EÜTF Nefroloji AD Öğretim Üyelerinin görüşlerine başvurulmuştur.

Bunun yanı sıra her bir hastanın psikiyatrik görüşmesi tamamlandıktan sonra kendisini izleyen diyaliz hekimi tarafından tedaviye uyum özellikleri değerlendirildi. Bu değerlendirmeler, araştırmacı tarafından hazırlanan 8 soruluk likert tipi bir anket doldurularak yapıldı.(bkz. Ek-5). Aynı anketin hasta için düzenlenmiş biçiminin hasta tarafından doldurulması sağlandı (bkz. Ek-6).

Bunların yanı sıra yapılan diyalizin yeterliliğini, diyet kısıtlamasına uyumu ve hastaların genel sağlık durumlarını ve tedaviye uyumla ilgili diğer özelliklerini değerlendirmek üzere her hastanın; görüşme öncesi yapılan son diyaliz seansındaki rutin laboratuvar değerleri ve o ay içerisindeki tüm laboratuvar ölçümleri kaydedildi (Serum fosfat düzeyi (P; mEq/L), serum potasyum düzeyi (K; mmol/L), albumin (g/dL), hematokrit (Hct; (%)), hemoglobin (Hb;g/dL), 3 aylık ortalama glikozile hemoglobin (HbA1C), Beden Kitle İndeksi (BKİ; kg/m²), Equilibrated KtV (*urea kinetic modelling*; yapılan diyalizin yeterliliğini gösterir); URR (%) (seans sırasına üre konsantrasyonunun kandan azalma yüzdesidir)).

3.7.4. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Hasta görüşmeleri bitirildiğinde araştırmacının elde ettiği verilerle diyaliz ekibinden gelen veriler birleştirildi. Tüm tanı araçları ve ölçek uygulamaları yorumlanarak elde edilen veriler istatistiksel analizlerin yapılması için bilgisayar ortamına aktarıldı. İstatistiksel analizler ile, tedavi uyumu daha iyi olan hastalar ile daha kötü olan hastalar arasında karşılaştırma yapılarak; sosyo-demografik özellikler, algılanan sosyal destek düzeyleri, yaşam kalitesi, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ve mizaç ve karakter özellikleri açısından fark olup olmadığı araştırıldı.

3.7.5. İstatistiksel Yöntem

Verileri toplama aşaması tamamlandıktan sonra, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Versiyon 15.0 paket programı kullanılarak tüm veriler madde bazında hücrelere girilmiştir. Araştırma verilerinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile belirlenmiş, normal dağılım göstermeyen verilere non-parametrik testler (Mann-Whitney U) uygulanmıştır. Çalışmada kategorik verilerde çapraz tablolar kullanılmış, karşılaştırmalar ki-kare (χ^2) analizi ile yapılmıştır. Çalışmanın amacına uygun olarak, sayısal değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amacıyla Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. İstatistik önemlilik eşik değeri olarak 0.05 alınmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Araştırma Evreni

Çalışmaya Ağustos 2009-Haziran 2010 tarihleri arasında Nefron Diyaliz Merkezi ve Ege Nefroloji Diyaliz Merkezleri'nde hemodiyaliz tedavisi görmekte olan hastalar alındı. Birinci merkezden 170, ikinci merkezden 107 olmak üzere toplam 277 hasta ile görüşüldü. Çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan birinci merkezden 39, ikinci merkezden 22 olmak üzere toplam 61 hasta çalışmaya alındı.

Birinci merkezde izlenen 170 hastadan 44'ü çalışmaya katılmak istemedi, 65'i çalışmaya alınma ölçütlerini karşılamadı. 4 hastaya hastaneye yattığı için, 2 hastaya geçici olarak başka merkezde diyalize girmekte olduğundan ulaşılamadı. Katılmak istemeyen 44 hastadan 7'si katılmama gerekçesini belirtmedi. 8'i "Zaman ayırmak istemediğinden", 8'i "Uzakta oturduğundan" 9'u "İşi olduğu" gerekçesiyle, 8'i "Halsiz" olduğu gerekçesiyle, 4'ü "Psikiyatriye gerek duymadığı" gerekçesiyle katılmak istemedi.

Görüşmeye çağırılan 55 hastanın 8'i randevuya gelmedi, 8'i görüşme sırasında çalışma dışı bırakıldı. Görüşme sırasında çalışma dışı bırakılan 1 hastanın işitme kaybı vardı, 4 hasta okuma güçlüğü nedeniyle ölçekleri tamamlayamadı, 3 hastada demans saptandı.

İkinci merkezde 107 hastadan 21'i çalışmaya katılmak istemedi, 58'i çalışmaya alınma ölçütlerini karşılamadı. 2 hastaya hastaneye yattığı için, 2 hastaya geçici olarak başka merkezde diyalize girmekte olduğundan ulaşılamadı. Katılmak istemeyen 21 hastadan 7'si "Zaman ayırmak istemediğinden", 7'si "Uzakta oturduğundan" 3'ü "İşi olduğu" gerekçesiyle, 2'si "Halsiz" olduğu gerekçesiyle, 2'si "Psikiyatriye gerek duymadığı" gerekçesiyle katılmak istemedi. Görüşmeye çağırılan 24 hastanın 1'i randevuya gelmedi, 1'i görüşme sırasında demans tanısı aldığı için çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya katılmayan hastalar ile örneklem grubu arasında sosyo-demografik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

4.2. Örneklem genelinin sosyo-demografik özellikleri

Yaş: Örneklem genelinin yaş ortalaması $51,5 \pm 15$ yıldır.

Cinsiyet: Kadın sayısı 23 (%37,7) erkek sayısı 38'dir (%62,3).

Eğitim düzeyi: 5'inin (%8,2) okur-yazar, 21'inin (%34,4) ilkokul mezunu, 10'unun (%16,8) ortaokul mezunu, 13'ünün (%21,3) lise mezunu, 12'sinin üniversite mezunu (%19,7) olduğu belirlendi.

Medeni Durum: 44'ü evli (%72,1), 10'u bekar (%16,4), 2'si boşanmış (%3,3), 5'i (%8,2) duldu.

Meslek: 37 emekli (%60,7), 13 (%21,3) işsiz, 4 (%6,6) öğrenci, 3 (%4,9) serbest meslek, 1 (%1,6) işçi, 1 (%1,6) memur, 1 (%1,6) çiftçi, 1 de (%1,6) diğer meslek grubundan hasta vardı.

Toplam Gelir Düzeyi: 2 (%3,3) hastanın evine giren toplam gelir düzeyi 500 TL ve altında, 42'sinin (%68,9) 500–1500 TL arasında, 11'inin (%18) 1500–2500 TL arasında, 6'sının (%9,8) ise 2500 TL ve üzerindeydi. 32 hasta gelirini yeterli, 29'u ise yetersiz buluyordu.

4.3. Tedaviye uyumlu olan hasta grubu ile tedaviye uyumsuz olan hasta grubunun sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

61 hastanın 39'u (%63,9) uyumlu, 22'si (%36,1) uyumsuz olarak belirlenmiştir.

Yaş

Örneklem genelinin yaş ortalaması $51,5 \pm 15$ yıldır. Uyumlu hasta grubunun yaş ortalaması $54,5 \pm 14,8$ yıl (Ortanca=56, En Düşük=23, En Yüksek=82), uyumsuz hasta grubunun yaş ortalaması $46,2 \pm 14,1$ yıldır (Ortanca=47, En Düşük=20, En Yüksek=69).

Uyumsuz hasta grubunun yaş ortalaması uyumlu hasta grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($U=285$, $p=0,030$) (Tablo 4.5).

Cinsiyet

Örneklem genelinde kadın sayısı 23 ($n:61$; %37,7) erkek sayısı 38 (%62,3) olarak bulunmuştur. Uyumlu hasta grubunda 15 (%38,5) kadın, uyumsuz hasta grubunda 8 (%36,4) kadın vardır. Uyumlu hasta grubunda 24 (%61,5), uyumsuz hasta grubunda 14 (%63,6) erkek vardır. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında cinsiyetlerin

dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 : 0,26; $p=0,871$) (Tablo 4.3).

Eğitim

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında eğitim durumları ve toplam eğitim süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 :3,81; $p=0,432$), (χ^2 :15,8; $p=0,104$) (Tablo 4.3). Eğitim süresi ile sosyal ağ sayısı (r :0,360, $p=0,04$) aileden algılanan sosyal destek (r :0,368, $p=0,03$) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bunun dışında diğer değişkenlerle arasında ilişki bulunmamıştır.

Medeni Durum

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında medeni durum özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,948$) (Tablo 4.3).

Meslek

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında meslekler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,309$) (Tablo 4.3).

Gelir Düzeyi

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında gelir düzeylerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,689$) (Tablo 4.3).

Kimlerle Yaşadığı

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında kimlerle yaşadıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,689$) (Tablo 4.3).

Sigara

Örneklemin genelinin 18'inin (%29,5) sigara kullandığı, 43'ünün (%70,5) kullanmadığı belirlendi. Uyumlu grupta sigara kullananların sayısı 11 (%28,2) uyumsuz grupta ise 7'dir (%31,8). Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 : 0,88; $p=0,930$).

Tablo 4.3 Tedaviye uyumlu olan hasta grubu ile tedaviye uyumsuz olan hasta grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Uyumlu N=39 %	Uyumsuz N=22 %	Toplam N=61 %	İstatistiksel Değerlendirme	
				χ^2	p
Cinsiyet					
Kadın	15 (%38,5)	8 (%36,4)	23 (%37,7)	0,26	0,871
Erkek	24 (%61,5)	14(%63,6)	38 (%62,3)		
Medeni durum					
Evli	28 (%71,8)	16 (%72,7)	44 (%72,1)	0,363	0,948
Bekar	7 (%17,9)	3 (%13,6)	10 (%16,4)		
Boşanmış	1 (%2,6)	1 (%4,5)	2 (% 3,3)		
Dul	3 (%7,7)	2 (%9,1)	5 (% 8,2)		
Eğitim					
Okur-yazar	2 (%5,1)	3 (%13,6)	5 (%8,2)	3,813	0,432
İlkokul Mezunu	12 (%30,8)	9 (%40,9)	21 (%34,4)		
Ortaokul Mezunu	7 (%17,9)	3 (%13,6)	10 (%16,4)		
Lise Mezunu	8 (%20,5)	5 (%22,7)	13 (%21,3)		
Üniversite Mezunu	10 (%25,6)	2 (%9,1)	12 (%19,7)		
Meslek					
İşçi	1 (%2,6)	0 (%0)	1 (%1,6)	8,278	0,309
Memur	1 (%2,6)	0 (%0)	1 (%1,6)		
Çiftçi	0 (%0)	1 (%4,5)	1 (%1,6)		
Serbest meslek	1 (%2,6)	2 (%4,5)	4 (%4,9)		
İşsiz	10 (%25,6)	3 (%13,6)	13 (%21,3)		
Emekli	24 (%61,5)	13 (%59,1)	37 (%60,7)		
Öğrenci	1 (%2,6)	3 (%13,6)	4 (%6,6)		
Diğer	1 (%2,6)	1 (%4,5)	1 (%1,6)		
Gelir Düzeyi					
0–500 TL	0 (%0)	2 (%9,1)	2 (%3,3)	5,166	0,16
500–1500 TL	26 (%66,7)	16 (%72,7)	42 (%68,9)		
1500–2500 TL	9 (%23,1)	2 (9,1)	11 (%18)		
2500 TLve üzeri	4 (%10,3)	2 (9,1)	6 (%9,8)		
Kimlerle yaşadığı					
Geniş aile	2 (%5,1)	2 (%9,1)	4 (%6,6)	2,256	0,689
Çekirdek aile	28 (%71,8)	14 (%63,6)	42 (%68,9)		
Anne/baba/kardeşi	7 (%17,9)	4 (%18,2)	11 (%18)		
Akrabaları	0 (%0)	1 (%4,5)	1 (%1,6)		
Yalnız	2 (%5,1)	1 (%4,5)	3 (%4,9)		

Ki Kare testi uygulanmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ içindir.

4.4. Hastaların Tedaviye Uyum Özellikleri

4.4.1. İnter-diyalitik kilo alım değerlerine göre örneklemin iki gruba ayrılması

Elde edilen 3 aylık ortalama % inter-diyalitik kilo alım değeri 3,5 değerinin altında olan hastalar “Tedaviye uyumlu”, 3,5 ve daha fazla olan hastalar ise “Tedaviye uyumsuz” olarak belirlenmiştir (bkz. Bölüm 3.7.3.).

61 hastanın 39’u (%63,9) ‘uyumlu’, 22’si (%36,1) ‘uyumsuz’ olarak belirlenmiştir.

Birinci merkezden toplam 22 hasta alınmış olup tedaviye uyumlu olanların sayısı 14 (%63,6), uyumsuz olanların sayısı 8’dir (%36,4). İkinci merkezden toplam 39 hasta alınmış olup, tedaviye uyumlu olanların sayısı 25 (%64,1), uyumsuz olanların sayısı 14’tür (%35,9).

Uyumlu grupta ortalama %İDKA değerleri $2,43 \pm 0,76$ (En düşük: 1,04, En yüksek:3,48), uyumsuz grupta ortalama değerleri İDKA $4,3 \pm 0,83$ ’tür (En düşük: 3,56, En yüksek:6,23).

4.4.2. Hastanın Kendisini Değerlendirme Puanı

Tablo 4.4.2’de hastaların kendini değerlendirme anketinde her bir soru için verilen puanların uyumlu ve uyumsuz gruplar arasındaki karşılaştırması özetlenmiştir. Örneğin “Diyetinize ve tuz kısıtlamanıza size önerildiği şekilde uyar mısınız? sorusuna uyumlu gruptan 17 hasta 1 puan (“Her zaman uyarım”), 10 hasta 2 puan (“Çoğunlukla uyarım”), 8 hasta 3 puan (“Bazen uymam”). 3 hasta 4 puan (“Çoğunlukla uymam”), 1 hasta da 5 puan (“Hiç uymam”) şeklinde yanıt vermiştir. Bu ankette hasta ne kadar az puan alırsa o kadar uyumlu anlamına gelmektedir.

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında “Tedaviye Uyum Kendini Değerlendirme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (U:322,5, p=0,108). Uyumlu grup puanları için ortanca=11 (En Düşük:8, En Yüksek:28), uyumsuz grupta ortanca=14,5’tir (En Düşük:8, En Yüksek:24).

Tablo 4.4.2 Hastaların kendilerini değerlendirme puanları açısından iki grubun karşılaştırılması

Tedaviye Uyum Göstergeleri	Tedaviye Uyumlu					Tedaviye Uyumsuz					İstatistiksel Değerlendirme	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
	1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan	1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan	χ^2	p
Diyet/tuz kısıtlaması	17 (43,6)	10 (25,6)	8 (20,5)	3 (7,7)	1 (2,6)	4 (18,2)	6 (27,3)	11 (50)	1 (4,5)	0 (0)	7,35	0,136
Kilo kontrolü	20 (51,3)	11 (28,2)	6 (15,4)	2 (5,1)	0 (0)	5 (22,7)	9 (40,9)	6 (27,3)	2 (9,1)	0 (0)	4,83	0,053
Sıvı kısıtlaması	19 (51,3)	9 (23,1)	10 (25,6)	1 (2,6)	0 (0)	8 (36,4)	7 (31,8)	4 (18,2)	3 (13,6)	0 (0)	3,86	0,296
İlaç tedavisi	28 (71,8)	8 (20,5)	2 (5,1)	1 (2,6)	0 (0)	10 (45,5)	8 (36,4)	3 (13,6)	1 (4,5)	0 (0)	4,32	0,65
Genel sağlık önerileri	24 (61,5)	11 (28,2)	3 (7,7)	1 (2,6)	0 (0)	11 (50)	7 (31,8)	4 (18,2)	0 (0)	0 (0)	2,30	0,406
Seans saatleri	30 (76,9)	5 (12,8)	3 (7,7)	1 (2,6)	0 (0)	18 (81,8)	3 (13,6)	1 (4,5)	0 (0)	0 (0)	0,82	0,462
Seans kısaltma	32 (82,1)	4 (10,3)	1 (2,6)	2 (5,1)	0 (0)	18 (81,8)	2 (9,1)	2 (9,1)	0 (0)	0 (0)	2,36	0,855
HD genel uyum	27 (69,2)	8 (20,5)	2 (5,1)	2 (5,1)	0 (0)	15 (68,2)	5 (22,7)	2 (9,1)	0 (0)	0 (0)	1,5	0,797

Ki Kare testi uygulanmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ içindir.

4.4.3. Doktorun Hastayı Değerlendirme Puanı

Tablo 4.4.3'te “Tedaviye Uyum Hastayı Değerlendirme” anketinde her bir soru için doktor tarafından verilen puanların uyumlu ve uyumsuz gruplar arasındaki karşılaştırması özetlenmiştir. Örneğin “Hasta diyetine ve tuz kısıtlamasına size önerildiği şekilde uyar mı?” sorusuna uyumlu gruptan 10 hasta için 1 puan (“Her zaman uyar”), 11 hasta için 2 puan (“Çoğunlukla uyar”), 13 hasta için 3 puan (“Bazen uymaz”), 4 hasta için 4 puan (“Çoğunlukla uymaz”), 1 hasta için de 5 puan (“Hiç uymaz”) şeklinde yanıt vermiştir. Bu ankette hasta için ne kadar az puan verilmişse, hasta o kadar uyumlu anlamına gelmektedir.

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında “Tedaviye Uyum Hastayı Değerlendirme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır

(U:381,5, p=0,475). Uyumlu grup puanları için ortanca=17 (En Düşük:8, En Yüksek:40), uyumsuz grupta ortanca=18,5'tir (En Düşük:8, En Yüksek:34).

Tablo 4.4.3 Doktorun hastayı değerlendirme puanı açısından iki grubun karşılaştırılması

Tedaviye Uyum Göstergeleri	Tedaviye Uyumlu					Tedaviye Uyumsuz					İstatistiksel Değerlendirme	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
	1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan	1 puan	2 puan	3 puan	4 puan	5 puan	χ^2	p
Diyet/tuz kısıtlaması	10 (25,6)	11 (28,2)	13 (33,3)	4 (10,3)	1 (2,6)	4 (18,2)	5 (22,7)	8 (36,4)	5 (22,7)	0 (0)	2,58	0,325
Kilo kontrolü	11 (28,2)	9 (23,1)	15 (38,5)	3 (7,7)	1 (2,6)	5 (22,7)	3 (13,6)	9 (40,9)	4 (18,2)	1 (4,5)	2,33	0,237
Sıvı kısıtlaması	10 (25,6)	11 (28,2)	13 (33,3)	4 (10,3)	1 (2,6)	3 (13,6)	4 (18,2)	10 (45,5)	4 (18,2)	1 (4,5)	2,91	0,109
İlaç tedavisi	9 (23,1)	16 (41)	10 (25,6)	2 (5,1)	2 (5,1)	3 (13,6)	8 (36,4)	10 (45,5)	0 (0)	1 (4,5)	3,53	0,517
Genel sağlık önerileri	8 (20,5)	16 (41)	11 (28,2)	3 (7,7)	1 (2,6)	3 (13,6)	12 (54,5)	5 (22,7)	1 (4,5)	1 (4,5)	1,47	0,967
Seans saatleri	17 (43,6)	20 (51,3)	1 (2,6)	0 (0)	1 (2,6)	7 (31,8)	14 (63,3)	0 (0)	1 (4,5)	0 (0)	3,78	0,590
Seans kısaltma	28 (71,8)	2 (5,1)	2 (5,1)	5 (12,8)	2 (5,1)	16 (72,7)	4 (18,2)	0 (0)	2 (9,1)	0 (0)	4,86	0,360
HD genel uyum	11 (28,2)	12 (30,8)	15 (38,5)	0 (0)	1 (2,6)	16 (72,7)	7 (31,8)	8 (36,4)	2 (9,1)	0 (0)	4,29	0,579

Ki Kare testi uygulanmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ içindir.

4.4.4. Uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması

Bazı araştırmalarda tedaviye uyumsuzluk göstergeleri olarak da kullanılan; serum fosfat, potasyum, albumin, hematokrit, hemoglobin, HbA1C, Beden Kitle İndeksi, KtV, URR değerleri açısından incelendiğinde uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.4.4)

Tablo 4.4.4 Laboratuvar değerleri açısından iki grubun karşılaştırılması

Laboratuvar Değerleri	Tedaviye Uyumlu			Tedaviye Uyumsuz			İstatistiksel Değerlendirme	
	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	U	p
Fosfat (mEq/L)	5,4	3,8	7,9	5,6	2,9	10,8	408	0,752
(Ortalama±SS)	5,5±1,2			5,7±1,9				
Potasyum (mEq/L)	5,1	3,8	6,6	5,1	4,2	6,2	416,5	0,851
(Ortalama±SS)	5,1 0,60			5,1±0,56				
Albumin (g/dL)	4,1	3	5	4,2	4	5	389,5	0,546
(Ortalama±SS)	4,08±0,3			4,1±0,3				
Hematokrit (%)	34,3	26,7	40,9	35,2	29,5	46,9	408	0,752
(Ortalama±SS)	34,9±3,9			35,5±4				
Hemoglobin (g/dL)	11,7	8,6	13,9	11,7	10,1	15,2	420	0,892
(Ortalama±SS)	11,7±1,14			11,9±1,23				
HbA1C	6,43	6,1	9,8	5,75	4,01	7,86	9,5	0,124
(Ortalama±SS)	7,08±1,5			5,86±1,26				
BKİ (kg/m ²)	23,8	15,1	39,5	23,5	14,5	32,2	403,5	0,702
(Ortalama±SS)	24±4,5			23,2±4,9				
Kt/V	1,37	0,97	1,98	1,25	0,86	1,92	381	0,471
(Ortalama±SS)	86,3			1,36±0,3				
URR (%)	75,1	62,3		75,1	55,8	84,7	350	0,235
(Ortalama±SS)	74,8±6,3			72,3±7,8				

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Anlamlılık p<0,05 içindir.

HbA1C:3 aylık ortalama glikozile hemoglobin, BKİ: Beden Kitle İndeksi, Equilibrated KtV : *urea kinetic modelling* (yapılan diyalizin yeterliliğini gösterir), URR: seans sırasına üre konsantrasyonunun kandan azalma yüzdesidir

4.5. Hemodiyaliz Tedavisi ve Genel Tıbbi Durum ile İlgili Değişkenler

4.5.1. Etiyoloji

SDBY etiyojisi açısından incelendiğinde örneklem genelinde tanıların 26'sının (%42,6) "Bilinmeyen etiyoloji" olduğu, geri kalan 35 tanıların 6'sının (%9,8) polikistik böbrek hastalığı, 6'sının (%9,8) hipertansiyon, 7'sinin (%11,5) Tip II diyabet, 6'sının (%9,8) nefritik sendrom, 3'ünün (%4,9) nefrotik sendrom, 2'sinin (%3,3) bağ dokusu hastalığı, 5'inin (%8,2) diğer nedenler (atrofik böbrek, konjenital veziküloüretal reflü, nefrolithiasis komplikasyonu vs) olduğu görölmektedir. Tedaviye uyumlu ve

uyumsuz gruplar arasında, SDBY etiyojisi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (χ^2 : 4,771; p=0,688).

4.5.2. Son dönem böbrek yetmezliğinin başladığı yaş ve toplam süresi

Son dönem böbrek yetmezliği başlama yaşı; uyumlu grupta en düşük 12,6, en yüksek 78,7, ortalama 49,3 yıldır. Uyumsuz grupta ise en düşük 13,3, en yüksek 62 yıl, ortalama 40,4 yıldır. **Uyumsuz grupta SDBY istatistiksel olarak anlamlı olarak daha erken yaşlarda başlamıştır** (U=291; p=0,038).

Toplam SDBY süreleri incelendiğinde; uyumlu hasta grubunda ortalama 62,6± 46,5 ay (Ortanca=37,2; En Düşük=9,3; En Yüksek=168,9), uyumsuz hasta grubunda ise ortalama 70,1±65,7 aydır (Ortanca=47,27; En Düşük=7,2; En Yüksek=220). Toplam SDBY süresi açısından tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (U=423, p=0,934) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Yaş, toplam SDBY süreleri ve kan basıncı değerleri açılarından iki grubun karşılaştırılması

Sayısal Değişkenler	Tedaviye Uyumlu			Tedaviye Uyumsuz			İstatistiksel Değerlendirme	
	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	U	p
Yaş (yıl)	56	23	82	47	20	69	285	0,030
(Ortalama±SS)	54,5±14,8			46,2±14,1				
HD Başlama Yaşı (yıl)	51,2	12,6	78,7	39,6	13,3	62	291	0,038
(Ortalama±SS)	49,3±16,5			40,4±15,1				
Toplam SDBY Süresi (ay)	37,2	9,3	168,9	47,27	7,17	220,03	423,5	0,934
(Ortalama±SS)	62,5±46,5			70,1±65,7				
Sistolik Kan Basıncı (6 Aylık Ortalama) (mmHg)	115	90	150	125	85	170	297,5	0,050
(Ortalama±SS)	116,7±12,4			124,8±19,8				
Diastolik Kan Basıncı (6 Aylık Ortalama) (mmHg)	70	58	86	75	55	96	303	0,056
(Ortalama±SS)	70,7±6,5			74,9±9,4				

Mann-Whitney U sonucu, HD: Hemodiyaliz, Anlamlılık p<0,05 içindir.

4.5.3. Böbrek Nakli

Daha önce böbrek nakli olmuş ve nakilli böbreğin atılması sonucu yeniden hemodiyaliz tedavisine devam eden hastalar incelendiğinde, 61 hastadan 7'sinin (%11,5) önceden nakil olduğu görülmüştür. Uyumlu hasta grubunda daha önce nakil uygulanmış 6 kişi (%15,4), uyumsuz hasta grubunda ise 1 kişi (%4,5) bulunmaktadır. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hasta grupları arasında, daha önceden böbrek nakli uygulanmış olup olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (χ^2 : 1,627, p=0,405).

4.5.4. Ek Tanı

Hastaların eşlik eden bedensel hastalıklar açısından özellikleri incelenmiştir. Örneklem genelinde 45 hastada ek tanı vardır (%73,8). Tedaviye uyumlu hasta grubunun 13'ünde (%33,3), uyumsuz hasta grubunun 3'ünde (13,6) her hangi bir ek tanı bulunmamaktadır.

Tedaviye uyumlu hasta grubunun 3'ünde (%7,7) yalnızca hipertansiyon, 1'inde yalnızca diyabet (%2,6), 12'sinde (%30,8) yalnızca kardiyovasküler sistem hastalığı, 1'inde (%2,6) yalnızca bağ dokusu hastalığı, 1'inde yalnızca astım (%2,6) , 7'sinde (%17,9) hipertansiyon, diyabet ve koroner hastalık, 1'inde (%2,6) birden fazla tanı vardır.

Tedaviye uyumsuz hasta grubunun 2'sinde (%9,1) yalnızca hipertansiyon, 6'sında (%27,3) yalnızca kardiyovasküler sistem hastalığı, 2'sinde (%9,1) yalnızca endokrin sistem hastalığı, 3'ünde (%13,6) yalnızca hepatit, 5'inde (%22,7) hipertansiyon, diyabet ve koroner hastalık, 1'inde (%4,5) birden fazla tanı vardır.

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında, eşlik eden bedensel hastalık olup olmaması ve ektanılarının dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (χ^2 : 13,06; p=0,160).

Yukarıdaki gruplamanın dışında, uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında var olan her ek tanı için anlamlılık olup olmadığı araştırılmıştır. Uyumlu ve uyumsuz hasta grupları arasında **hipertansiyon dışındaki** tanılarının hiçbirisi için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Örneklem genelinde 26 (n:61; %42,6) hastada hipertansiyon olduğu, 35 (%57,4) hastada olmadığı görülmüştür. Tedaviye uyumlu grupta 12 hastada (n:39; %30,8), uyumsuz grupta 14 (n:22; %63,6) hastada hipertansiyon saptanmış olup, uyumsuz olanlarda hipertansiyon tanısı istatistiksel olarak anlamlı daha fazladır (χ^2 : 6,21; p=0,013). Son 6

aylık ortalama sistolik kan basıncı değeri, uyumsuz hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur ($U= 297,5$; $p=0,047$) (Tablo 4.5). Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında 6 aylık ortalama diastolik kan basıncı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($U= 303$; $p= 0,056$) (Tablo 4.5). Hem sistolik, hem diastolik kan basıncı %İDKA ile pozitif yönde ($r:0,250$, $p=0,52$, $r: 0,273$, $p=0,033$), toplam SDBY süresi ile negatif ilişki göstermiştir ($r:-0,341$; $p=0,07$, $r:-0,319$, $p=0,012$). Hem sistolik, hem diastolik kan basıncı hastanın kendini değerlendirme puanları ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ($r:0,361$; $p=0,04$, $r:0,389$, $p=0,002$). Yalnızca diastolik kan basıncı doktorun puanlaması ile pozitif ilişkili, MKE-KY ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur ($r:0,257$; $p=0,045$, $r:-0,285$; $p=0,026$).

4.6. Ruhsal Rahatsızlık ile İlgili Değişkenler

4.6.1. Ruhsal rahatsızlık öyküsü

Örneklem genelinde 47 hastanın (%77) özgeçmişinde en az bir ruhsal rahatsızlık yaşadığı saptanmıştır. Geriye dönük sorgulamada 13 hastada uyum bozukluğu (% 21), 4 hastada (%6,6) alkol madde kullanım bozukluğu, 4 hastada (%6,6) anksiyete bozukluğu, 7 hastada (%11,5) depresif bozukluk, 20 (%32,8) hastada da bu tanılarının bir kaçının bir arada olduğu saptanmıştır.

Uyumlu hasta grubunda 31 (%79,5), uyumsuz hasta grubunda ise 16 (%72,7) kişi özgeçmişinde en az bir ruhsal rahatsızlık yaşamıştır. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında, özgeçmişinde ruhsal rahatsızlık olup olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2:0,363$; $p=0,547$). Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar öyküdeki psikiyatrik tanılarının dağılımı açısından karşılaştırıldığında tanılar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($\chi^2:2,22$; $p=0,817$).

4.6.2. Geçmiş psikiyatrik tedavi öyküsü

Örneklem genelinde 20 hastanın geçmişte herhangi bir nedenle psikiyatrik bir tedavi gördüğü saptanmıştır. Uyumlu hasta grubunda 9 (%23,1), uyumsuz hasta grubunda ise 11 (%50) hastanın daha önce psikotrop kullandığı saptanmıştır. Uyumsuz hasta grubunda daha önce psikotrop kullanımı diğer gruptan istatistiksel olarak anlamlı daha yüksektir ($\chi^2: 4,63$; $p=0,031$).

4.6.3. Ailesel yüklülük

Örneklem genelinde 22 (%36,1) hastanın birinci derece yakınlarında ruhsal rahatsızlık vardı. Uyumlu hasta grubunun 9'unun (%23,1), uyumsuz hasta grubunun ise 13'ünün (%59,1) birinci derece yakınlarında ruhsal rahatsızlık vardı. Uyumsuz hasta grubunda hastaların birinci derece yakınlarında ruhsal rahatsızlık istatistiksel olarak anlamlı daha fazla saptanmıştır (χ^2 : 7,91; p:0,05).

4.6.4. Psikiyatrik tedavi durumu

Örneklem genelinde 11 hasta görüşmelerin yapıldığı dönemde psikiyatrik tedavi görmekteydi. Uyumlu hasta grubundan 8'i (%20,5), uyumsuz hasta grubundan ise 3'ü (%13,6) psikiyatrik tedavi görmekteydi. İki grup arasına psikiyatrik ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (χ^2 :0,450;p=0,731).

4.6.5. SCID-I'e Göre I. Eksen tanılarının iki grup arasında karşılaştırılması

Örneklem genelinde 36 hastada (%59) herhangi bir I. Eksen tanısı vardır. 8 hastada (%13,1) depresif bozukluk, 14 (%23) anksiyete bozukluğu, 14 hastada (%23) çoklu tanı vardır. Uyumlu hastaların 22'sinde (%56,4), uyumsuz hastaların 14'ünde (%63,6) Eksen I tanısı saptanmıştır. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında, Eksen I tanısı bulunup bulunmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (χ^2 :0,30; p=0,582) (Tablo 4.6.5).

Uyumlu hastaların 5'inde depresif bozukluk (%12,8), 10'unda (%25,6) anksiyete bozukluğu, 7'sinde (%17,9) çoklu tanı saptanmıştır. Uyumsuz hasta grubunun 3'ünde (%13,6) depresif bozukluk, 4'ünde anksiyete bozukluğu (%23), 7'sinde (%31,8) çoklu tanı saptanmıştır. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında, Eksen I tanılarının genel dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (χ^2 :1,70; p=0,636) (Tablo 4.6.5).

Tablo 4.6.5 SCID-I'e Göre I. Eksen tanılarının iki grup arasında karşılaştırılması

Psikiyatrik Tanılar	Uyumlu	Uyumsuz	Toplam	İstatistiksel Değerlendirme	
	N=39 %	N=22 %	N=61 %	χ^2	p
Tanı Almayan	17 (%43,6)	8 (%36,4)	25 (%41)	0,30	0,582
Depresif Bozukluk	5 (%12,8)	3 (%13,6)	8 (%13,1)	1,70	0,636
Anksiyete Bozukluğu	10 (%25,6)	4 (%18,2)	14 (%23)		
Çoklu Tanı	7 (%17,9)	7 (%31,8)	14 (%23)		

Ki Kare testi uygulanmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ içindir.

4.6.5.1. Depresif Bozukluklar

Tanıların kendi içinde dağılımına bakıldığında depresif bozukluğu olan 21 (n:61; %34,4) hasta olup; uyumluların 11'i (n:39 %28,2), uyumsuzların 10'unda (n:22 % 45,5) depresif bozukluk vardı. İki grup arasında depresif bozukluk varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (χ^2 :1,85; $p=0,173$) (Tablo 4.6.5.1).

Depresif bozuklukların kendi içinde dağılımına bakıldığında 11'i tek atak (n:61 %18), 10'u yineleyici depresyondur (n:61; %16,4). Uyumluların 8'i (n:39; %20,5), uyumsuzların 3'ünde (n:22 %13,6) tek atak depresyon vardır. Uyumlu olanların 3'ü (%7,7) uyumsuz olanların 7'sinde (31,8) yineleyici depresyon vardır.

Uyumsuz olanlarda **yineleyici depresyon** istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (χ^2 : 6,00; $p=0,049$) (Tablo 4.6.5.1).

Yineleyici depresif bozukluk olanların 5'i (n:22; %22,7) kronik olup bunların tamamı uyumsuz gruptandır. Kronik yineleyici depresif bozukluk uyumsuz grupta istatistiksel olarak anlamlı fazla saptanmıştır (χ^2 : 9,65; $p:0,04$).

Tablo 4.6.5.1 Depresif Bozukluk tanılarının iki grup arasında karşılaştırılması

	Uyumlu	Uyumsuz	Toplam	İstatistiksel Değerlendirme	
Depresif Bozukluklar	N=39 %	N=22 %	N=61 %	χ^2	p
İlk Atak	8 (%20,5)	3 (%13,6)	11 (%18)	6,0	0,049
Yineleyici	3 (%7,7)	7 (%31,8)	10 (%16,4)		
Depresif Bozukluk Olmayan	28 (%71,8)	12 (%54,5)	40 (%65,6)	1,9	0,17

Ki Kare testi uygulanmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ içindir.

4.6.5.2. Anksiyete Bozuklukları

Tanıların kendi içinde dağılımına bakıldığında 26 (n:61; %42,6) hastada anksiyete bozukluğu vardır. Uyumluların 16'sı (n:39 %41), uyumsuzların 10'unda (n:22; %45,5) anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında, anksiyete bozukluğu tanısı bulunup bulunmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (χ^2 : 0,11; p:0,737)

Anksiyete bozukluklarının kendi içinde dağılımına bakıldığında; uyumluların 6'sı (%15,4) obsesif kompulsif bozukluk, 1'i (%2,6) sosyal fobi, 6'si özgül fobi (%15,4), 1'i Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu (%2,6), 2'si (%5,1) çoklu tanıdır. Uyumsuzların 1'i (%4,5) obsesif kompulsif bozukluk, 5'si özgül fobi (%22,7), 1'i Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu (%4,5) 3'ü (%13,6) çoklu tanıdır. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hasta grupları arasında anksiyete bozukluklarının dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (χ^2 : 3,88; p=0,56).

4.6.6. Uykusuzluk yakınması

Toplam 41 hastada uykusuzluk yakınması saptanmış olup uyumluların 27'sinde (%69,2), uyumsuzların 14'ünde (%63,6) insomni saptanmıştır. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hasta grupları arasında insomni olup olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (χ^2 : 0,200; p=0,65).

4.6.7. Cinsel Sorunlar

Toplam 34 (%55,7) hastada cinsel işlevle ilgili yakınmalar saptanmış olup uyumluların 23'ünde (%59), uyumsuzların 11'inde (%50) cinsel sorunlar vardır. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hasta grupları arasında cinsel sorunlar olup olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (χ^2 : 2,39; p=0,301).

4.6.8. Hafif Bilişsel Bozukluk

Standardize Mini Mental Test uygulanarak, 3 hastada hafif bilişsel bozukluk saptanmıştır. Bu hastaların 2'si (n:39; %5,1) tedaviye uyumlu gruptan, 1'i (n:39, %4,5) uyumsuz gruptandır.

4.7. DSM-IV'e göre psikososyal ve çevresel stres etkenlerinin karşılaştırılması

DSM-IV'e göre psikososyal ve çevresel stres etkenlerin varlığını sorgulamak üzere 10 maddelik "Var" ya da "Yok" şeklinde yanıtlanacak bir form hazırlanmıştır (bkz. Ek-3). Burada 10 başlık altında tanımlanan stres etkenlerin hastanın yaşamını olumsuz etkileyip etkilemediği sorgulanmıştır.

Örneklem genelinde 43 (n:61, %70,5) hastanın yaşamında, kendilerini olumsuz etkileyen bir en az bir stres etkeni olduğu belirlenmiştir. Uyumlu hasta grubunun 24'ü (%61,5), uyumsuz hasta grubunun 19'unda (%86,4) bir stres etkeni saptanmıştır. Uyumsuz hasta grubunda stres etkeni varlığı uyumsuz hasta grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (χ^2 : 4,16; p=0,04).

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığına her bir stres etkeni için tek tek bakıldığında "Eğitimle ilgili sorunlar" dışında diğer stres etkenleri için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Tedaviye uyumsuz olan grupta eğitimle ilgili sorunlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (χ^2 : 8,45; p=0,007) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 DSM-IV' göre psikososyal ve çevresel stres etkenlerine göre iki grubun karşılaştırılması

	Uyumlu	Uyumsuz	Toplam	İstatistiksel Değerlendirme	
	n=39 %	n=22 %	n=61 %	χ^2	p
Herhangi bir stres etkeni olan	24 (%61,5)	19 (%86,4)	43 (%70,5)	4,16	0,04
STRES ETKENLERİ					
1. Birincil destek grubu	14 (%35,9)	10 (%45,5)	24 (%39,3)	0,538	0,463
2. Toplumsal çevre	4 (%10,3)	6 (%27,3)	10 (%16,4)	2,97	0,147
3. Eğitim	1 (%2,6)	6(%27,3)	7(%11,5)	8,45	0,007
4. Mesleksel	5 (%12,8)	2 (%9,1)	7 (%11,5)	0,19	1
5. Barınma	4 (%10,3)	2 (%9,1)	6 (%9,8)	0,02	1
6. Ekonomik	17 (%43,6)	11 (%50)	28 (%45,9)	0,23	0,629
7. Sağlık kuruluşlarına ulaşım	1 (%2,6)	2 (%9,1)	3 (%4,9)	1,28	0,293
8. Tedavi ekibi	1 (%2,6)	1 (%4,5)	2 (%3,3)	0,17	1
9. Yasal	4 (%10,3)	3 (%13,6)	7 (%11,5)	0,15	0,695
10. Diğer psikososyal ve çevresel sorunlar	4 (%10,3)	4 (%18,2)	8 (%13,1)	0,775	0,443

Ki Kare testi uygulanmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ içindir.

4.8. İki grup arasında ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

İki diyaliz seansı arasında geçen sürede, üremik metabolitlerin birikiminin nöropsikolojik testlerde dalgalanmaya yol açtığı bilinmektedir. Bu nedenle hasta görüşmelerini standardize etmek üzere görüşmelerin, son diyaliz seansından ortalama 24 saat sonra yapılması planlanmıştır (bkz. bölüm 3.7.2.). Bu süre tüm örnekleme ortalama $22,3 \pm 3,1$ saat (Ortanca:22; En Düşük:16; En Yüksek:29), uyumlu hasta grubunda ortalama $22,5 \pm 2,9$ saat (Ortanca:23; En Düşük:16; En Yüksek:28), uyumsuz hasta grubunda ortalama $21,95 \pm 3,4$ saattir (Ortanca:22; En Düşük:16; En Yüksek:29). Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında görüşmeye kadar geçen süre açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($U=357,5$; $p=0,279$). Hasta görüşmeleri, diyaliz seansı sonrası geçen süre açısından standardizedir.

4.8.1. SF-36 puanları

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında SF-36 ölçeği ve alt ölçek puanları benzer özellikler göstermiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.8.2. Sosyal Destek Ölçeği Puanları

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında Sosyal Destek Ölçeği ve alt ölçek puanları benzer özellikler göstermiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kendini değerlendirme puanı ile aileden ve arkadaşlardan algılan sosyal destek ve sırdaş sayısı arasında anlamlı negatif ilişkili bulunmuştur (bkz. Tablo 4.9.2).

4.8.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Puanları

Örneklem genelinin HAM-A puanları ortalaması $11,75\pm9,7$ 'dir. Uyumlu hasta grubunda puanlar ortalama $10,97\pm9,5$, uyumsuz hasta grubunda $13,14\pm10,2$ 'dir. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında HAM-A puanları benzer özellikler göstermiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($U= 376$; $p= 0,752$) (Tablo 4.8.1).

4.8.4. Hamilton Depresyon Değerlendirme Puanları

Örneklem genelinin HAM-D puanları ortalaması $10,66\pm8,43$ 'tür. Uyumlu hasta grubunda puanlar ortalama $10,05\pm7,76$, uyumsuz hasta grubunda $11,73\pm9,6$ 'dir. Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında HAM-D puanları özellikler göstermiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($U= 398$; $p=0,641$) (Tablo 4.8.1).

4.8.5. Standardize Mini Mental Test Puanları

Örneklem genelinin SMMT puanları ortalamaları $28\pm1,85$ 'tir. Tedaviye uyumlu grupta SMMT puanları ortalamaları $28,26\pm 1,94$ (Ortanca:29; En Düşük=23; En Yüksek=30), tedaviye uyumsuz grupta ise $27,55\pm1,62$ 'dir (Ortanca:28; En Düşük=22; En

Yüksek=29). **Tedaviye uyumlu grupta SMMT testi puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır** (U= 281,5; p=0,023) (Tablo 4.8.1).

Tablo 4.8.1 HAM-A, HAM-D, SMMT ölçek puan ortalamalarının iki grup arasında karşılaştırılması

	Uyumlu			Uyumsuz			İstatistiksel Değerlendirme	
Ölçek Puanları	Ortanca	En düşük	En Yüksek	Ortanca	En düşük	En Yüksek	U	p
HAM-A	8	0	47	9,5	1	35	376	0,752
(ortalama±SS)	10,97±9,5			13,14±10,2				
HAM-D	9	0	32	8	0	30	398	0,641
(ortalama±SS)	10,05±7,76			11,73±9,61				
SMMT	29	23	30	28	22	29	281,5	0,023
(ortalama±SS)	28,26± 1,94			27,55±1,62				

Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Anlamlılık p<0,05 içindir.

4.8.6. Mizaç Karakter Envanteri puanları açısından iki grubun karşılaştırılması

Tedaviye uyumlu grupta **MKE-ZK2** puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (U=288,5; p=0,032).

Tedaviye uyumlu grupta **MKE-ZK** Toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (U=262,5; p=0,012).

Tedaviye uyumsuz grupta **ÖB3** puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (U=232,5; p=0,003).

Tedaviye uyumsuz grupta **MKE-ÖB** Toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (U=267; p=0,014).

Tedaviye uyumsuz grupta **MKE-İY4** puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (U=287,5; p=0,027).

Bunun dışında diğer **MKE** ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz hasta gruplarının MKE puanları açısından karşılaştırılması Tablo 4.8.2’de özetlenmiştir.

Tablo 4.8.2 Mizaç Karakter Envanteri Puanlarına göre iki grubun karşılaştırılması

MKE ÖLÇEK PUANLARI	Tedaviye Uyumlu			Tedaviye Uyumsuz			İstatistiksel Değerlendirme	
	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	Ortanca	En Düşük	En Yüksek	U	p
YA1 (Keşfetmekten heyecan duyma)	5	1	9	6	2	9	335	AD
YA2 (Dürtüsellik)	3	1	5	3	0	5	402,5	AD
YA3 (Savurganlık)	4	1	9	4	0	8	382,5	AD
YA4 (Düzensizlik)	3	1	9	3,5	0	6	399,5	AD
YENİLİK ARAYIŞI (TOPLAM)	16	9	29	16	9	22	392	AD
ZK1 (Beklenti Endişesi)	6	1	10	5	2	8	306,5	AD
ZK2 (Belirsizlik Korkusu)	4	0	7	3,5	1	7	289	0,032
ZK3 (Yabancılardan Çekinme)	3	0	7	2	0	6	288,5	AD
ZK4 (Çabuk Yorulma)	5	0	8	4	0	9	321	AD
ZARARDAN KAÇINMA (TOPLAM)	17	5	29	13	8	25	263	0,012
ÖB1 (Duygusallık)	8	5	10	8	5	10	425,5	AD
ÖB3 (Bağlanma)	4	1	8	6	2	7	233	0,003
ÖB4 (Bağımlılık)	2	0	5	3	0	5	337	AD
ÖDÜL BAĞIMLILIĞI (TOPLAM)	14	9	20	16	10	19	267	0,014
SEBAT ETME	5	1	8	5	1	8	421,5	AD
KY1 (Sorumluluk Alma)	5	1	8	5	1	8	401,5	AD
KY2 (Amaçlılık)	5	3	8	5	3	8	375	AD
KY3 (Beceriklilik)	3	0	4	3	1	5	422,5	AD
KY4 (Kendini Kabullenme)	5	1	10	6	2	9	339,5	AD
KY5 (Uyumlu İkincil Huylar)	9	5	12	8,5	5	12	409	AD
KENDİNİ YÖNETME (TOPLAM)	26	15	38	27	17	36	414	AD
İY1 (Sosyal Onaylanma)	6	1	8	6	3	8	399	AD
İY2 (Empati Duyma)	4	0	7	5	2	6	339,5	AD
İY3 (Yardımseverlik)	4	2	7	5	2	7	328,5	AD
İY4 (Acıma)	8	2	10	10	6	10	288	0,027
İY5 (Erdemlilik, Vicdanlılık)	7	4	9	7	0	9	406,5	AD
İŞBİRLİĞİ YAPMA (TOPLAM)	29	12	37	31,5	22	40	332,5	AD
KA1 (Kendilik Kaybı)	7	1	11	6	2	10	375,5	AD
KA2 (Kişiler Ötesi Özdeşim)	7	0	11	7	3	9	418	AD
KA3 (Manevi Kabullenme)	7	1	12	6,5	3	11	413,5	AD
KENDİNİ AŞMA (TOPLAM)	19	7	30	18,5	11	29	411,5	AD

Mann-Whitney U sonucu, AD: Anlamlı değil, p>0,05

4.9. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan sayısal değişkenlerin birbiri ile ilişkilerinin incelenmesi

Uyumlu olanlarda **yaş, hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş, ZK2, ZK-Toplam ve SMMT** puanları istatistiksel olarak anlamlı **yüksek; ÖB-3, ÖB-Toplam, İY4** puanları ise anlamlı düşük saptanmıştır. Anlamlı fark saptadığımız bu değişkenler ile diğer sayısal değişkenler arasındaki ilişki Spearman's korelasyon analizi ile araştırılmıştır ve bu ilişkiler Tablo 4.9.1'de özetlenmiştir.

4.9.1. Yaş

Yaşın **MKZ2, MKE-ÖB1** ile pozitif yönde, **%İDKA, MKE-KA3, SF-36-Fiziksel işlev** ve hastanın kendini değerlendirme puanları ile negatif yönde ilişkisi saptanmıştır.

Ayrıca hastaların hemodiyaliz tedavisine başladıkları yaş ile **%İDKA'nın** negatif yönde ilişkili olduğu ($r:-0,386$, $p=0,002$) olduğu saptanmıştır. Toplam SDBY ile hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır ($r:-0,412$, $p=0,001$). Diğer değişkenler ile arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

4.9.2. % İnter-diyalitik kilo alımı değerleri

%İDKA ile; yaş, hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş, MKE-ZK2 ve SMMT arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır (bkz. Tablo 4.9.1). **Hastanın Kendisini Değerlendirme puanı** ile pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($r: 0,293$, $p=0,022$). SF-36 mental sağlık ve SF-36 ağrı puanları ile negatif yönde ilişki saptanmıştır (bkz. Tablo 4.9.2). Hem sistolik, hem diastolik kan basıncı **%İDKA** ile pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($r:0,250$, $p=0,52$; $r:0,273$, $p=0,033$).

4.9.3. Hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş ve toplam son dönem böbrek yetmezliği süresi

Toplam SDBY süresi hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş ile negatif yönde ilişkilidir ($r:-0,412$, $p=0,001$). Hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş ise hastanın yaşı ile pozitif yönde ($r:0,984$, $p=0,000$), **%İDKA** ile negatif yönde ilişki göstermektedir ($r:-0,386$, $p=0,002$).

Hem sistolik, hem diastolik kan basıncı SDBY süresi ile negatif yönde ilişki göstermiştir ($r:-0,341$; $p=0,07$, $r:-0,319$, $p=0,012$).

4.9.4. Hastanın Kendisini Değerlendirme Puanı

Hastanın Kendisini Değerlendirme Puanı ile; yaş ve HD başlama yaşı arasında negatif ((r:-0,347; p=0,006), (r:-0,336; p=0,008)), % İDKA arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır (r: 0,293, p=0,022). Hastanın kendisini değerlendirme puanı ile 6 aylık sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri pozitif yönde ilişkilidir (r:0,361; p=0,004), (r:0,389; p=0,002).

4.9.5. Doktorun Hastayı Değerlendirme Puanı

Doktorun Hastayı Değerlendirme Puanı; **diastolik kan basıncı ile pozitif ilişkili bulunmuş, hastanın kendini değerlendirmesi ve %İDKA ile ilişkisi saptanamamıştır.** Doktorun değerlendirmesi ile HAM-A ve HAM-D puanları pozitif yönde ilişkili, SF-36 ağrı ve mental sağlık puanlarıyla negatif yönde ilişkili bulunmuştur. (bkz. Tablo 4.9.2).

4.9.6. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Puanları

MKE-ZK TOPLAM ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur (r:0,367, p=0,004).

4.9.7. Hamilton Depresyon Değerlendirme Puanları

MKE-ZK TOPLAM ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur (r: 0,318, p=0,013).

4.9.8. Standardize Mini Mental Test Puanları

% İDKA ile negatif yönde ilişki bulunmuştur (r:-0,295, p=0,021).

4.9.9. Zarardan Kaçınma-2 Puanları

Yaş ve ZK-Toplam ile pozitif yönde ((r:0,329, p=0,010); (r:0,660, p=0)), % İDKA ile negatif yönde (r: -0,273; p=0,033) ilişki bulunmuştur.

4.9.10. Zarardan Kaçınma-Toplam Puanları

MKE-ZK2 ile pozitif yönde (r:0,660, p=0), MKE-ÖB3 ile negatif yönde (r:-0,341; p=0,007) ilişki saptanmıştır.

4.9.11. Ödül Bağımlılığı-3 Puanları

ZK-Toplam ile negatif yönde (r:-0,341; p=0,007), ÖB-Toplam ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur

4.9.12. Ödül Bağımlılığı-Toplam Puanları

MKE-ÖB3 ve MKE-İY4 ile pozitif yönde pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

4.9.13. İşbirliği Yapma-4 Puanları

MKE-ÖB Toplam ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.9.1 İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan sayısal değişkenlerin, birbiri ile ilişkilerinin incelenmesi

		Yaş	HD Başlama Yaşı	%İDKA	ZK2	ZK Toplam	ÖB3	ÖB Toplam	İY4	SMMT
Yaş	r	1	0,964*	-0,360**	0,329**	0,174	-0,194	0,019	0,095	-0,118
	p	.	0,000	0,004	0,01	0,18	0,134	0,883	0,469	0,364
%İDKA	r	-0,360**	-0,386**	1	-0,273*	-0,227	0,192	0,105	0,006	-0,295*
	p	0,004	0,002	.	0,033	0,078	0,139	0,421	0,966	0,021
Toplam SDBY Süresi	r	0,198	-0,412**	0,118	-0,21	-0,197	0,114	0,048	-0,179	0,066
	p	0,126	0,001	0,363	0,105	0,127	0,381	0,716	0,167	0,613
Kendini Değerlendirme Puanı	r	-0,347**	-0,335	0,293*	-0,063	0,08	-0,064	0,022	-0,105	-0,009
	p	0,006	0,008	0,022	0,632	0,54	0,625	0,866	0,42	0,944
Hastayı Değerlendirme Puanı	r	0,081	0,084	0,243	-0,072	-0,152	0,007	-0,026	-0,161	-0,186
	p	0,535	0,519	0,059	0,582	0,242	0,958	0,845	0,215	0,151
HAM-A	r	0,163	0,135	0,183	0,14	0,367**	-0,191	-0,084	-0,127	-0,051
	p	0,21	0,299	0,157	0,281	0,004	0,14	0,518	0,329	0,698
HAM-D	r	0,194	0,186	0,109	0,067	,318*	-0,206	-0,064	-0,077	-0,004
	p	0,135	0,152	0,404	0,611	0,013	0,111	0,626	0,556	0,974
SMMT	r	-0,118	-0,112	-0,295*	0,014	0,056	-0,144	-0,123	0,124	1
	p	0,364	0,391	0,021	0,915	0,67	0,267	0,345	0,342	.
ZK2	r	0,329**	0,365**	-0,273*	1	0,660**	-0,178	0,001	0,061	0,014
	p	0,01	0,004	0,033	.	0	0,171	0,991	0,643	0,915
ZK Toplam	r	0,174	0,208	-0,227	0,660**	1	-0,341**	-0,184	-0,186	0,056
	p	0,18	0,108	0,078	0	.	0,007	0,156	0,151	0,67
ÖB3	r	-0,194	-0,190	0,192	-0,178	-0,341**	1	0,682**	0,183	-0,144
	p	0,134	0,143	0,139	0,171	0,007	.	0	0,159	0,267
ÖB Toplam	r	0,019	0,019	0,105	0,001	-0,184	0,682**	1	0,385**	-0,123
	p	0,883	0,884	0,421	0,991	0,156	0	.	0,002	0,345
İY4	r	0,095	0,130	0,006	0,061	-0,186	0,183	0,385**	1	0,124
	p	0,469	0,319	0,966	0,643	0,151	0,159	0,002	.	0,342

Spearman's korelasyon analizi uygulanmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ içindir.

Tablo 4.9.2 SF-36 ve Sosyal Destek Ölçeği puanlarının diğer sayısal değişkenlerle ilişkisi

		Yaş	%İDKA	Toplam SDBY Süresi	KDP ^a	HDP ^b	HAM-A	HAMD	SMMT
SF-36 Fiziksel İşlev	r	-0,495**	0,036	0,138	-0,162	-0,158	-0,443**	-0,434**	0,050
	p	0,000	0,780	0,289	0,213	0,224	0,000	0,000	0,703
SF-36 Rol Güçlüğü Fiziksel	r	-0,201	0,090	0,211	-0,112	0,152	-0,233	-0,232	0,107
	p	0,120	0,490	0,103	0,390	0,243	0,070	0,072	0,414
SF-36 Ağrı	r	-0,168	-0,295*	-0,115	-0,300*	-0,328**	-0,571**	-0,572**	0,165
	p	0,195	0,021	0,378	0,019	0,010	0,000	0,000	0,205
SF-36 Genel Sağlık	r	-0,092	-0,062	0,169	-0,243	-0,179	-0,431**	-0,433**	0,284*
	p	0,479	0,636	0,192	0,059	0,168	0,001	0,000	0,027
SF-36 Vitalite	r	-0,116	-0,125	0,067	-0,296*	-0,196	-0,534**	-0,536**	0,108
	p	0,372	0,336	0,609	0,020	0,130	0,000	0,000	0,407
SF-36 Sosyal İşlev	r	-0,004	-0,204	0,124	-0,152	-0,093	-0,416**	-0,398**	0,192
	p	0,975	0,115	0,342	0,241	0,476	0,001	0,001	0,138
SF-36 Rol Güçlüğü Emosyonel	r	-0,102	-0,088	0,117	-0,099	0,182	-0,228	-0,243	0,195
	p	0,436	0,502	0,368	0,446	0,182	0,077	0,059	0,132
SF-36 Mental Sağlık	r	0,050	-0,279*	0,006	-0,356**	-0,288*	-0,623**	-0,599**	0,097
	p	0,702	0,030	0,963	0,005	0,024	0,000	0,000	0,458
Sosyal Ağ Sayısı	r	-0,228	0,167	0,217	0,047	0,014	-0,146	-0,189	-0,096
	p	0,078	0,198	0,093	0,717	0,913	0,261	0,144	0,464
Sırdış Sayısı	r	0,168	0,001	0,140	-0,352**	0,033	-0,212	-0,285*	-0,109
	p	0,195	0,994	0,281	0,005	0,798	0,101	0,026	0,405
Sosyal Destek (Aile)	r	0,165	-0,128	-0,037	-0,283*	0,064	-0,294*	-0,257*	0,057
	p	0,203	0,327	0,775	0,027	0,625	0,022	0,046	0,662
Sosyal Destek- (Arkadaş)	r	-0,050	-0,069	0,272*	-0,252*	0,078	-0,201	-0,241	-0,038
	p	0,702	0,597	0,034	0,050	0,549	0,120	0,061	0,771

Spearman's korelasyon analizi uygulanmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ içindir.

a: Kendini değerlendirme puanı b: Hastayı değerlendirme puanı

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu çalışma, hemodiyaliz hastalarının Cloninger'in psikobiyolojik modeline göre mizaç ve karakter özelliklerini ve bunun tedavi uyumu ile olan ilişkisini araştıran ilk çalışmadır.

Bölüm IV'teki sunuluş sırası ile; önce tanımlayıcı istatistiksel analizlerden elde edilen bulgular, sonra değişkenler arası ilişkileri araştıran analizlerden elde edilen bulgular, ayrı başlıklar altında tartışılacaktır.

5.1 Tedaviye Uyum ve Sosyo-demografik Özellikler

Yaş

Çalışmamızda **gençlerde uyumsuzluğun daha yüksek** olduğu ve **yaş ile inter-diyalitik kilo alımı** arasında **negatif** ilişki olduğu ($p=0,04$) saptanmıştır. Bu sonuç daha önce yapılan çoğu çalışmanın sonucuyla uyumludur (Saran R ve ark., 2003; Kara ve ark., 2007; Chilcot ve ark., 2010). Buna karşın Saounatsou (1999) yaşlılarda uyumsuzluğu yüksek bulmuş, Akman ve ark. (2007) ise yaş farkı bulmamıştır. Kutner ve ark. (2001) gençlerde bağımsızlık hissinin daha yoğun olmasının, sağlık sorunları konusunda daha sorumsuz davranmalarına ve uyumsuzluğa yol açabileceğini öne sürmüştür. Hansen (2001) yaş arttıkça diyet ve sıvı kısıtlamasındaki uyumsuzlukların azalmasını; hastaların alışveriş yapma ve pişirme güçlükleri ya da tat alma ve iştah azalması gibi nedenlerle, diyetlerini bozacak nitelikte gıdalar yerine daha sade ve hemodiyaliz tedavisinin gereklerine uygun beslenmeleri ile açıklamıştır.

Örnekleminizde toplam hemodiyalize girilen süre ve yaş -istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte- negatif yönde ilişki göstermektedir ($p=0,126$). Toplam hastalık süresi, daha genç olanlarda daha uzun olma eğilimindedir. Bu da örnekleminizdeki daha genç hastaların, hastalığın ve hemodiyaliz tedavisinin yıkıcı etkileri ile daha uzun süre karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir. Yaş, hemodiyaliz tedavisine başlama yaşı ve tedavi uyumsuzluğu arasındaki ilişkileri araştıran ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Cinsiyet

Çalışmamızda cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır. Bu bulgu Akman ve arkadaşlarının (2007) çalışma sonuçları ile uyumludur. Uyumsuzluğun erkeklerde daha fazla (Bame ve ark. 1993), ya da kadınlarda daha fazla olduğunu gösteren (Chilcot ve ark., 2010; Saran ve ark., 2003) çalışmalar da vardır. Ancak, yapılan çalışmalardaki örneklem sayıları ve kullanılan yöntemlerin birbirinden farklı olması bu konuda yorum yapmayı güçleştirmektedir.

Eğitim Düzeyi

Çalışmada hem eğitim düzeyleri, hem de toplam eğitim süreleri açısından incelendiğinde, iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Toplam eğitim süresinin, % İDKA ile negatif yönde ilişkisi olduğu gözlenirse de aralarında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Literatürde düşük eğitim düzeyinin uyumsuzluk için bir risk faktörü olduğu belirtilse de bu konudaki araştırma sonuçları yöntemsel farklılıklardan dolayı çelişkilidir (Khalil ve Frazier, 2010). Örneğin; çalışmamıza okur-yazar olmayan hastalar da alınmış olsaydı, bu oranların değişmesi olasıydı.

Medeni Durum

Çalışmada medeni durum açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır. Bu Mai ve ark. (1999) ve Akman ve ark. (2007) çalışmalarındaki sonuçlarla uyumludur. Evli olanlarda uyumsuzluğu daha fazla bulan çalışmalar olduğu gibi (Kara ve ark. 2007, Saran ve ark., 2003); evlilerin bekar, boşanmış ve dullara göre sağkalım sürelerinin daha uzun olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Kimmel ve ark, 2001). Çelişkili bulgular çalışmalardaki yöntem ve örneklem farklılıklarından kaynaklanmaktadır.

Meslek

Çalışmamızda mesleklerin dağılımı açısından farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu işsiz ve emekli olanların daha uyumsuz olduğu yönündeki bulgularla çelişmektedir (Khalil ve Frazier, 2010).

Kimlerle yaşadığı

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında birlikte yaşanan kişiler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,689$). Literatürde yalnız yaşayanlarda uyumsuzluğun fazla olduğu bildirilmiştir (Saran ve ark. 2003). Zrinyi ve ark. ise birlikte yaşanan kişi sayısı arttıkça, kalori alımının ve İDKA'nın arttığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda yalnız yaşayan 3 hasta olup bunların 2'si uyumlu, 1'i uyumsuz grupta yer almaktadır. Sayıların az olması anlamlı fark çıkmamasında bir etken olabilir.

Sigara Kullanımı

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında sigara içenler ve içmeyenler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,930$). Saran ve ark. (1993) ve Kutner (2001) ise sigara içenlerde uyumsuzluğun yüksek olduğunu bildirmiştir.

5.2. Hemodiyaliz Ve Tedaviye Uyum

Literatüre bakıldığında hemodiyaliz tedavisine uyumsuzluk ölçütleri konusunda tam bir uzlaşma olmadığı görülmektedir. Hastalar diyet ya da sıvı kısıtlamalarına uymadıklarında, ilaçlarını kullanmadıklarında, seans atladıklarında ya da seans süresini kısalttıklarında inter-diyalitik kilo alım değerleri yükselmektedir. Bu nedenle; yapılan araştırmalarda genel tedavi uyumsuzluğu belirleyicisi olarak en yaygın, İDKA kullanılmıştır (Baines ve Jindal, 2000; Taşkapın ve ark., 2005). Bu alanda yapılan önceki araştırmaların çoğunluğunda, çalışmanın varsayımı doğrultusunda örneklemin gruplara ayrıldığı, pek çok değişkenin yanı sıra İDKA ortalamaları açısından gruplar arasında fark olup olmadığının araştırıldığı görülmektedir.

Bu yaygın kullanımına karşın İDKA'nın klinik eşdeğerleri ve normal aralık değerleri iyi tanımlanmamıştır (Sherman ve ark., 1995; Kimmel ve ark., 1993). Bu konuda yapılmış en kapsamlı çalışmalardan birinde İDKA değerleri kuru ağırlığın %5,7'inden fazla olan ve serum fosfat düzeyi 7,5 mEq/L'nin üzerinde saptanan hastaların, diğer tedaviye uyumsuzluk kriterlerini de karşıladığı gösterilmiştir (Saran R ve ark 2003). Daha yakın tarihli bir çalışmada ise İDKA değerleri kuru ağırlığın %3,2'sinden büyük olanlar uyumsuz, diğerleri uyumlu kabul edilmişlerdir (Chilcot ve ark. 2010).

Bizim çalışmamızda İDKA değerleri bir **oran** olarak hesaplanmış ve 3,5 değeri bir kesme değeri olarak belirlenip, örnekleme “Tedaviye uyumlu” ve “Tedaviye uyumsuz” olarak iki gruba ayırmakta kullanılmıştır (bkz bölüm.3.4.3.). Bu kesme noktası bu alanda daha önce yapılan çalışmalarda değerler ve EÜTF Nefroloji AD Öğretim Üyelerinin görüşleri doğrultusunda belirlenmiştir.

Tedavi uyumu konusundaki incelemelerde %İDKA yanı sıra diğer biyolojik parametreler, hastanın kendini değerlendirme anketi ve doktorun hastayı değerlendirme anketinin puanları da kullanılarak araştırmanın yöntemi güçlendirilmiştir.

5.2.1. %İnter-diyalitik Kilo Alım Değerleri

Örnekleme oluşturan 61 hastanın 39’u (%63,9) uyumlu, 22’si (%36,1) ise uyumsuz olarak belirlenmiştir. Leggat ve ark. (1998) HD’e uyumsuzluk oranlarını % 2–50 olarak bildirmiştir. Daha yakın tarihli çalışmalarda bu oranların %50 ve üzerinde olduğundan söz edilse de rakamlar uyumsuzluk göstergesi olarak hangi göstergelerin incelendiğine, hangi ölçeklerle değerlendirildiğine ve araştırma desenine göre değişiklik göstermektedir (Khalil ve Frazier, 2010).

Bizim çalışmamızda amacımız uyumsuzluk oranları saptamak değil, uyumlu ve uyumsuz gruplar arasındaki farklılıkları belirlemektir. Bu nedenle çalışma dışı bıraktığımız; örneğin okur-yazar olmayan, ciddi ek hastalıkları olan, demansı olan, hastanede yatmakta olan, genel durumu kötü olduğu için çalışmaya katılamayan vb hastaların inter-diyalitik kilo alımları da araştırılmış olsaydı, uyumsuzluk yüzdelerinin %36’nın da üzerine çıkacağı düşünülmektedir.

5.2.2. Hastanın Kendisini Değerlendirme Puanı

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında “Tedaviye Uyum Kendini Değerlendirme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,108$).

5.2.3. Doktorun Hastayı Değerlendirme Puanı

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında “Tedaviye Uyum Hastayı Değerlendirme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,475$).

5.2.4. İki grup arasında laboratuvar değerlerinin karşılaştırılması

Bazı araştırmalarda uyumsuzluk göstergeleri olarak kullanılan; serum fosfat, potasyum, albumin, hematokrit, hemoglobin, HbA1C, Beden Kitle İndeksi, KtV, URR değerleri açısından incelendiğinde uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

5.3. Hemodiyaliz tedavisi ve genel tıbbi durumla ilgili değişkenler

5.3.1. Etiyoloji

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında, son dönem böbrek yetmezliği etiyolojisi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,688$). Chilcot ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar saptanmıştır.

5.3.2. Hemodiyaliz tedavisine başlama yaşı ve toplam son dönem böbrek yetmezliği süresi

Son dönem böbrek yetmezliği başlama yaşı uyumlu grupta en düşük 12,6 yıl, en yüksek 78,7; ortalama 49,3 yıldır. Uyumsuz grupta ise en düşük 13,3 yıl, en yüksek 62 yıl, ortalama 40,4 yıldır. **Uyumsuz grupta SDBY daha erken yaşlarda başlamıştır ($p=0,038$).**

Toplam SDBY süreleri açısından tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

5.3.3. Böbrek Nakli

Daha önce böbrek nakli olmuş ve nakilli böbreğin atılması sonucu yeniden hemodiyaliz tedavisine devam eden 7 (%11,5) hastadan, 6'sı (%15,4) uyumlu, 1'i ise (%4,5) uyumsuz gruptandır. Karşılaştırılan hasta sayılarının az olması, istatistiksel yorumu güçleştirmektedir. Akman ve arkadaşları (2007) nakil için bekleme listesinde olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada, daha önceden nakil olan ve olmayan hastalar arasında tedaviye uyumsuzluk açısından fark bulamamışlardır.

Hastaların nakil olmadan önce psikiyatri ve nefroloji tarafından çok yönlü olarak değerlendirildiği, nakil onayının, nakil sonrası yaşam biçimine ve tedavi gereklerine uyabilecek olan, daha uyumlu bir profil sergileyen hastalara verildiği düşünülecek olursa, daha önce nakil olmuş olanların sayısının uyumlu grupta daha fazla olması

olağandır. Douglas ve ark. (1996) önceki uyumsuzluğun, gelecekteki uyumsuzluk için öngörücü olduğunu bildirmişlerdir. Bu konuda ileri araştırmalara gerek vardır.

5.3.4. Ek Tanı

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında, eşlik eden bedensel hastalık olup olmaması ve eşlik eden bedensel hastalıkların dağılımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,160$). Uyumlu ve uyumsuz hasta grupları arasında **hipertansiyon dışındaki** tanılarının hiçbirisi için anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Chilcot ve arkadaşları (2010) uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında komorbid hastalıklar açısından fark saptamamışlardır.

Uyumsuz olanlarda hipertansiyon tanısı istatistiksel olarak anlamlı daha fazladır. Her bir diyaliz seansında ölçülen sistolik ve diastolik kan basıncı değerlerinin son 6 aylık ortalamaları incelendiğinde, 6 aylık ortalama sistolik kan basıncı değeri, uyumsuz hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,047$). Hipertansiyon KVS hastalıkları için risk faktörüdür ve KVS hastalıkları hemodiyaliz tedavisi görenlerde en sık ölüm nedenidir (Plough ve Salem 1982). Tedaviye uyumsuzluk arttıkça komplikasyonlar artmakta ve komplikasyonlar arttıkça tedaviye uyum da güçleşmektedir. Burada ek hastalıklar arasından yalnızca hipertansiyon açısından iki grup arasında fark bulunması, uyumsuzluk göstergesi olarak yalnızca interdiyalitik kilo alımını seçmemiz ile ilişkili olabilir. Tuz kısıtlamasına uymayan hastaların bekleneceği üzere kan basıncı değerleri artmakta ve vücutta su tutulumuna bağlı İDKA değerleri de artmaktadır.

5.4. Ruhsal Rahatsızlık ile İlgili Değişkenler

5.4.1. Ruhsal Rahatsızlık Öyküsü

Uyumlu hasta grubunda 31 (%79,5), uyumsuz hasta grubunda ise 16 (%72,7) hastanın geçmişte en az bir ruhsal rahatsızlık yaşadığı belirlendi. Uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında, ruhsal rahatsızlık öyküsü bulunup bulunmaması açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,547$).

5.4.2. Psikiyatrik tedavi durumu

Örnekleme genelinde 36 hastada (%59) herhangi bir I. Eksen tanısı vardı ve 11 hasta görüşmelerin yapıldığı dönemde psikiyatrik tedavi görmekteydi. Uyumlu hasta

grubundan 8'i (%20,5), uyumsuz hasta grubundan ise 3'ü (%13,6) psikiyatrik tedavi görmekte olup, iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,731$).

5.4.3. Geçmiş Psikiyatrik Tedavi

Örnekleme genelinde 20 hastanın geçmişte herhangi bir nedenle psikiyatrik bir tedavi gördüğü saptanmıştır. Uyumlu hasta grubunda 9 (%23,1), uyumsuz hasta grubunda ise 11 (%50) hastanın daha önce psikotrop kullandığı saptanmıştır. **Uyumsuz hasta grubunda geçmişte psikiyatrik tedavi görmüş olma, diğer gruptan istatistiksel olarak anlamlı daha yüksektir ($p=0,031$).**

Uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında; şimdi ya da geçmişte bir ruhsal rahatsızlığı olması ve şimdiki psikiyatrik tedavi durumları açısından fark saptanmazken, uyumsuz hasta grubunda geçmişte psikiyatrik tedavi görmüş olmanın anlamlı yüksek saptanması dikkat çekicidir. Geçmişinde psikiyatrik sorun yaşadığı saptanan 31 uyumlu hastanın 9'u (%29), 16 uyumsuz hastanın ise 11'i (%68) tedavi görmüştür. Geçmişte ruhsal rahatsızlığı olanlar içinde tedavi görmeyi gerektirecek derecede işlevsellik kaybı ya da şiddetli belirtileri olanlar tedaviye başvurmuş ya da yönlendirilmiş olabilir. Ancak somatik belirtilerin diyaliz hastalarının çökkün duygudurumu ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Üremi depresyona benzer şekilde; huzursuzluk, iştahsızlık, uykusuzluk, çökkünlük, apati, yorgunluk ve dikkat bozukluğu belirtilerine yol açar. Her diyaliz hastası için üreminin kontrol altına alınma derecesi farklıdır. Bu nedenle, KBY hasta popülasyonunda bazı çökkünlük belirtileri depresyondan çok, yetersiz tedavi edilen üremiyi temsil ediyor olabilir (Hart ve Kreutzer, 1988). Araştırmacılar yalnız suçluluk hissi ve ölüm ya da özkıyım düşüncelerinin depresyona özgü olduğunu belirtmişlerdir (Kimmel, 2000).

Önceki uyumsuzluğun, gelecekteki uyumsuzluk için öngörücü olduğu da hatırlanacak olursa (Douglas ve ark., 1996) şimdi uyumsuz bulduğumuz hastaların bir kısmının geçmişte de tedaviye uyumsuz olduğunu varsaymak olasıdır. Bu hastaların bir kısmı; geçmişteki yetersiz diyaliz tedavisi ya da tedavi uyumsuzluğundan kaynaklanan yetersiz üremi kontrolü sonucu, yanlışlıkla ruhsal hastalık tanısı almış ve tedavi görmüş olabilir. Kimmel (2000) özellikle üremi bulgularıyla depresif bulguların benzeştiğini ve bu hastalara yanlışlıkla depresif bozukluk tanısı konulduğunu bildirmiştir.

Görüşmeler sırasında herhangi bir ruhsal hastalık tanısı koyduğumuz 36 hastadan 25'i (%70) psikiyatrik tedavi görmüyordu. Buna benzer biçimde geçmişte ruhsal rahatsızlığı

olan 47 hastanın 27'si (%67,5) hiç tedavi görmemişti. Bu hastaların 31'i uyumlu gruptandı ve 22'si (%71) hiç tedavi görmemişti. Hong ve arkadaşları (1987) depresyon tanısı alan KBY hastaların yarıya yakınının hiç tedavi görmediğini bildirmişlerdir. Bu yüksek oranlar; hastalardaki ruhsal bozuklukların diyaliz tedavi ekibi tarafından yeteri kadar tanınmaması, KBY'nde ruhsal rahatsızlık tanısı koymanın güçlükleri, hastaların durumlarına -müdahaleye gerek olmaksızın- zamanla uyum sağlayacaklarına olan inanış, hastaların psikiyatrik tedaviye olan olumsuz bakış açısı ya da bilgilendirilme eksikliği ile bağlantılı olabilir.

5.4.4. Ailesel Yüklülük

Örnekleme genelinde 22 (%36,1) hastanın, uyumlu hastaların 9'unun (n:39; %23,1), uyumsuz hastaların ise 13'ünün (n:22; %59,1) birinci derece yakınında ruhsal rahatsızlık vardı. Uyumsuz hastaların birinci derece yakınında ruhsal rahatsızlık oranları anlamlı daha yüksek saptanmıştır. Hastalara daha önceden ya da şimdi bir ruhsal bozukluk tanısı almış olan birinci derece yakınları olup olmadığı sorulmuş, kendi atıfları değerlendirme dışı bırakılmıştır. Bu saptama herhangi bir tıbbi kayıta değil, hastalarla yapılan psikiyatrik görüşmedeki sorgulamaya dayalıdır, o nedenle güvenilirliği düşük olabilir.

Yine de uyumsuzlar daha çok ailesel yüklülük bildirmişlerdir. Literatürde tedavi uyumu konusunda yapılan araştırmalarda hastaların ailesel yüklülüğünün tartışıldığı bir yazıya rastlanmamıştır.

5.4.5. SCID-I'e Göre I. Eksen tanılarının iki grup arasında karşılaştırılması

Örnekleme genelinde 36 hastada (%59) herhangi bir I. Eksen tanısı vardır. 8 hastada (%13,1) depresif bozukluk, 14 (%23) anksiyete bozukluğu, 14 hastada (%23) çoklu tanı vardır. Uyumlu hastaların 22'sinde (%56,4), uyumsuz hastaların 14'ünde (%63,6) Eksen I tanısı saptanmıştır. Herhangi bir Eksen I tanısı bulunup bulunmaması açısından araştırıldığında, tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,582).

Literatürde ruhsal rahatsızlıkların tedavi uyumu ile açık ilişkisini gösteren sınırlı sayıda araştırma vardır. Örneğin; Taşkapan ve arkadaşlarının 2005'te yaptığı bir çalışmada, tedavi uyumu ve yaşam kalitesi psikiyatrik bozukluğu olanlarda daha düşük saptanmıştır. Ancak sözü edilen çalışmada tanı koydurucu araçlar yerine ölçeklerin kullanılması ve İDKA kesme değerinin belirtilmemiş olması kısıtlılık olarak belirtilmiştir (Khalil ve Frazier, 2010).

Örnekleminizin daha ‘seçili’ bir hasta grubundan oluşması, uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında Eksen I tanısı olup olmaması açısından fark bulunamamasının bir nedeni olabilir. Çalışmamızın dışlama ölçütleri gereği çalışma dışı bıraktığımız, örneğin; ciddi ek hastalıkları olan, demansı olan, hastanede yatmakta olan, genel durumu kötü olduğu için çalışmaya katılamayan hastalar da dahil edilmiş olsaydı hem ruhsal hastalık oranlarının hem de tedaviye uyum göstergelerinin değişmesi olasıdır.

Bir başka olasılığın da, örneklemin çok geniş olmamasından dolayı analiz etmek üzere yapılan tanı gruplaması ile ilişkili olabileceği düşünülmüş, o nedenle her bir alt tanı için iki grup arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır.

5.4.5.1. Depresif Bozukluklar

Depresif bozukluğu olan 21 (n:61, %34,4) hastanın 11’i uyumlu (n:39; %28,2), 10’u (n:22; %45,5) uyumsuzdur. İki grup arasında depresif bozukluk varlığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,173).

Aktif depresif bozuklukların 11’i tek atak (n:61 %18), 10’u yineleyici depresyondur (%16,4). Uyumluların 8’i (n:39; %20,5), uyumsuzların 3’ünde (n:22 %13,6) tek atak depresyon vardır. Uyumlu olanların 3’ü (%7,7) uyumsuz olanların 7’sinde (%31,8) yineleyici depresyon vardır. **Uyumsuz olanlarda yineleyici depresyon anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,049).** Bu 7 yineleyici depresyonun 5’i kronik özellikte olup bu hastaların tamamı uyumsuz gruptandır. **Kronik yineleyici depresif bozukluk uyumsuz grupta anlamlı fazla saptanmıştır (p:0,04).**

Geçmişinde psikiyatrik sorun yaşadığı saptanan 16 uyumsuz hastanın 7’sinde (%43,5) depresyon yinelemiştir ve bunların da 5’i (%71,4) kronik doğadadır. Her ne kadar hasta sayılarının azlığı yorum yapmayı güçleştirse de bu bulgular dikkat çekicidir. Bu hastaların bir kısmının geçmişte tedavi gördüğü bildirilse de, tıbbi kayıtları olmadığından etkin doz ve süre tedavi görüp görmedikleri bilinmemektedir. Uyumsuz hastaların tedavi uyumsuzluğunun bir sonucu olarak mı ruhsal rahatsızlıklarının yinelediği ya da kronikleştiği, yoksa yineleyici ve kronik doğadaki depresyonlarının mı tedavi uyumsuzluğuna yol açtığı konusunda bir çıkarsama yapmak güçtür. Literatürde benzer desende bir çalışmaya ve yineleyici depresyon-tedavi uyumu ilişkisini tartışan bir yazıya rastlanmamıştır. Bu konuda ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Bu konudaki tüm çalışmaları inceleyen bir gözden geçirme yazısında; depresyon yaygınlığını ve depresyonla ilişkili etkenleri araştıran çalışmaların oldukça değişken

olduğu, ölçme yöntemi ve araştırma yöntem ve desen farklılıklarından dolayı sonuçların birbiri ile karşılaştırılabilir olmadığı bildirilmiştir (Khalil ve Frazier, 2010).

5.4.5.2. Anksiyete Bozuklukları

Örneklemin genelinde 26 (%42,6) hastada anksiyete bozukluğu vardır ve çalışmamızda en yüksek oranda saptanan I.Eksen tanısıdır, bunu % 34,4 ile depresif bozukluk izlemektedir. Bulgularımız, SCID-I ile değerlendirilen 70 SDBY hastasının % 45,7'sinde anksiyete bozukluğu, % 40'nın da duygudurum bozukluğu tanısı saptayan araştırma sonuçlarıyla benzerdir (Cukor D ve ark., 2007).

Literatürde hemodiyaliz hasta grubunda bugüne kadar yapılan araştırmaların hemen hepsinde depresif bozukluğun en sık rastlanılan ruhsal rahatsızlık olarak bildirildiği görülmektedir (Khalil ve Frazier, 2010). Ancak bu çalışmaların çoğunda; tanı koydurucu araçların değil, belirti şiddeti ölçen araçların kullanıldığı ve anksiyete belirtilerinin bağımsız anksiyete bozukluğundan çok, depresif bozukluk belirtileri olarak yorumlanma eğiliminde olduğu akılda tutulmalıdır.

Uyumluların 16'sı (n:39 %41), uyumsuzların 10'unda (n:22; %45,5) anksiyete bozukluğu saptanmıştır. İki grup arasında, anksiyete bozukluğu tanısı bulunup bulunmaması ve tanıların dağılımı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,56).

5.4.6. Uykusuzluk yakınması

Toplam 41 (%67,2) hastada uykusuzluk yakınması saptanmış olup uyumluların 27'sinde (%69,2), uyumsuzların 14'ünde (%63,6) insomni saptanmıştır. İki grup arasında, uykusuzluk yakınması olup olmaması açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,65). Hemodiyaliz hastalarında uyku bozukluklarının sık olduğu ve yaşa ve uzun süreli HD'e bağlı bedensel yakınmalarla birlikte daha da arttığı bildirilmiştir (Yoshioka ve ark., 1993).

Bu hastaların bir kısmında hiç bir I. Eksen tanısı saptanmazken, bir kısmında depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ek I.Eksen tanıları saptanmıştır. Ancak hastaların bir kısmının diyaliz ekibi tarafından önerilen çeşitli sedatifleri ya da sedatif etkisi olan trisiklik antidepresan ilaçları kullandığı gözlenmiştir. Burada, I.Eksen tanısına eşlik eden uykusuzluk yakınması olan hastaların psikiyatrik bakıdan ve etkin tedaviden yoksun kaldığı göze çarpmaktadır. Diyaliz tedavi ekibinin ruhsal hastalıklar ve belirtileri ile ilgili bilgilendirilmesinin, gerektiğinde hastaların psikiyatrik bakı ve tedaviye yönlendirilmelerinin sağlanmasının, diyaliz merkezinde tedavi gören hastaların düzenli

aralıklarla psikiyatrik bakısının yapılmasının, bu hasta grubundaki yetersiz tedavi oranlarını azaltacağını düşünmekteyiz.

5.4.8. Minimal Kognitif Yetersizlik

Standardize Mini Mental Test ile, 3 hastada minimal bilişsel bozukluk saptanmıştır. Bu hastaların 2'si (n:39; %5,1) tedaviye uyumlu gruptan, 1'i (n:39, %4,5) uyumsuz gruptandır. Hasta sayılarının az olması yorum yapmayı güçleştirmektedir. Ancak araştırma deseni ve çalışma dışı bırakma ölçütlerimiz gereği demans tanısı alan ya da bilişsel bozukluk olasılığı yüksek olan (ör.serebro-vasküler hastalığı olan, organik mental bozukluğu olan vb) hastaları çalışmaya almadığımız için, literatürde bildirilen hemodiyaliz hastalarındaki yüksek bilişsel bozukluk oranları bizim örneklemimizde saptanmamıştır.

5.5. DSM-IV'e göre psikososyal ve çevresel stres etkenlerinin karşılaştırılması

Örneklem genelinde 43 (%70,5) hastanın yaşamında kendilerini olumsuz etkileyen en az bir stres etkeni olduğu belirlenmiştir. Uyumlu hasta grubunun 24'ü (%61,5), uyumsuz hasta grubunun 19'unda (%86,4) bir stres etkeni saptanmıştır. Uyumsuz hasta grubunda stres etkeni varlığı uyumlu hasta grubundan anlamlı yüksek saptanmıştır (p=0,04). Everett ve ark. (1995) stres ve İDKA arasında doğrudan bir ilişki göstermişlerdir.

Uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında anlamlı fark olup olmadığı her bir stres etkeni için tek tek araştırıldığında, eğitimle ilgili sorunların uyumsuzlarda anlamlı düzeyde yüksek saptanması dışında (p=0,007), diğer stres etkenleri açısından fark saptanmamıştır. Uyumlu olan 1, uyumsuz olan 6 hasta eğitimle ilgili sorunu olduğunu bildirmiştir ancak hasta sayılarının az olması ileri yorumlar yapmayı güçleştirmektedir.

Olgu bazında bakıldığında 6 hastanın 3'ü çocukluk çağında KBY olup hemodiyaliz tedavisine başlayan, bu nedenle yaşlıları gibi eğitim görme olanağından yoksun kalan, buna karşın yaşlıları ile benzer eğitim düzeyine ulaşmak için yoğun çaba harcadığından yakınan, genç yaşta (20, 23,25 yaş) olgulardır. Bu üç hastada da ruhsal rahatsızlık saptayıp tedaviye yönlendirmiş olmamız dikkat çekicidir. Uyumlu gruptaki 1 hasta ise benzer yaşta ve hastalık öyküsünde olmasına karşın geçmişte nakil olabilmış ve nakilli olduğu dönem boyunca sağlıklı yaşam sürdürebilmiştir. Şu an nakilli böbrek atıldığı için yeniden hemodiyalize başlamış ve üniversite eğitimi kesintiye uğramıştır. Çocuklukta başlayan diyaliz sürecinin daha sık kognitif bozukluğa ve düşük eğitim seviyesine yol

açtığı bildirilmiştir (Brouhard BH ve ark. 2000). Bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte diyalize başlanan yaş ile toplam eğitim süresi arasında pozitif yönde ilişki gözlenmiştir ($p=0,563$).

Hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve gerek hastalığın; gerek diyaliz tedavisinin yıkıcı etkileriyle yaşamın erken dönemlerinde karşı karşıya kalmanın uyumsuzluk açısından risk etkeni olabileceği düşünülmeli, bu hasta grubu daha yakından izlenmeli, bu konuda daha ileri araştırmalar yapılmalıdır.

5.6. İki grup arasında ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

5.6.1. SF-36 puanları

Tedaviye uyumlu ve uyumsuz gruplar arasında SF-36 ölçeği ve alt ölçek puanları açılarından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bulgumuz uyumsuz grupta yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini gösteren çalışmalarla çelişkilidir (Akman ve ark., 2006). Ancak, çalışmalar arasında önemli yöntemsel farklılıklar bulunmaktadır. Araştırmamızın dışlama ve çalışmadan çıkarılma ölçütleri gereği (ör. ciddi ek hastalıklar ve yeti yitimi) seçilmiş bir grup hasta ile yapılması, yaşam kalitesi açısından fark bulunmamasına neden olmuş olabilir.

İki grup arasında fark bulunamasa da inter-diyalitik kilo alımı ile SF-36 mental sağlık ve SF-36 ağrı puanları arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır. Bu konu bölüm 5.7.2.'de ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

5.6.2. Sosyal Destek Ölçeği Puanları

Sosyal Destek Ölçeği ve alt ölçek puanları incelendiğinde uyumlu-uyumsuz gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Sosyal destek alt ölçek puanları ile %İDKA arasında ilişki saptanmamıştır. Bu bulgular uyumlu hastaların eş, aile ve arkadaşlarından daha fazla destek algıladıklarını belirleyen çalışmalardan farklıdır (Kara ve ark. 2007, Khalil ve Frazier, 2010), ancak çalışmalar arasında önemli yöntemsel farklılıklar bulunmaktadır.

5.6.3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

Uyumlu hasta grubunda puanlar ortalama $10,97 \pm 9,5$, uyumsuz hasta grubunda $13,14 \pm 10,2$ 'dir. İki grup arasında HAM-A puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p= 0,752$).

5.6.4. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

Uyumlu hasta grubunda puanlar ortalama $10,05 \pm 7,76$, uyumsuz hasta grubunda $11,73 \pm 9,6$ 'dır. İki grup arasında HAM-D puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,641$).

5.6.5. Standardize Mini Mental Test

Tedaviye **uyumlu grupta** standardize mini mental test puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde **yüksek saptanmıştır**. Bu bulgu Bölüm 5.7.8'de ayrıntılı olarak tartışılmıştır.

5.6.6. Mizaç Karakter Envanteri puanları açısından iki grubun karşılaştırılması

Tedaviye uyumlu grupta **MKE-Zarardan Kaçınma-2, MKE-ZK Toplam** puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Tedaviye uyumsuz grupta **Ödül Bağımlılığı-3, MKE-ÖB Toplam** ve **MKE-İşbirliği Yapma-4** puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Bunun dışında diğer **MKE** ölçek ve alt ölçek puanları ve tedavi uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

5.7. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan sayısal değişkenlerin birbiri ile ilişkilerinin incelenmesi

Uyumlu olanlarda yaş, hemodiyalize başlama yaşı, Zarardan **Kaçınma-2, ZK-Toplam** ve Standardize Mini Mental Test puanları istatistiksel olarak anlamlı **yüksek**; **Ödül Bağımlılığı-3, ÖB-Toplam, İşbirliği Yapma-4** puanları ise anlamlı düşük saptanmıştır. **İki grup arasında fark saptadığımız sayısal değişkenlerle** diğer sayısal değişkenler arasındaki ilişki Spearman's korelasyon analizi ile araştırılmıştır.

5.7.1. Yaş

Yaşın; Zarardan **Kaçınma-2, Ödül Bağımlılığı-1**, hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş ile pozitif yönde, %İDKA, MKE-Kendini Aşma-3, SF-36-Fiziksel İşlev ve hastanın kendini değerlendirme anketi puanları ile negatif yönde ilişkisi saptanmıştır. Yaşın diğer değişkenler ile arasında ilişki saptanmamıştır.

5.7.2. % İnter-diyalitik kilo alım değerleri

%İnter-diyalitik kilo alımı; yaş, hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş, Zarardan Kaçınma-2, SMMT puanları, SF-36 mental sağlık ve SF-36 ağrı puanları ile negatif yönde ilişki saptanmıştır. %İDKA'nın HAM-A ve HAM-D ile anlamlı ilişkisi gösterilememiştir.

Yaş, hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş, Zarardan Kaçınma-2, SMMT puanları, SF-36 mental sağlık ve SF-36 ağrı puanları arttıkça %İDKA düşmekte, uyumluluk artmaktadır. Hasta kendisini mental olarak ne kadar sağlıklı algılasa ve algılanan ağrı düzeyi ne kadar az olursa İDKA o kadar düşmektedir. Everett ve ark. (1995) ise hastanın depresyon algısı arttıkça İDKA değerlerinin bilinmeyen nedenlerle düşük saptandığını kaydetmişlerdir.

%İDKA değerleri; hastanın kendisini değerlendirme puanı ve 6 aylık ortalama diastolik kan basıncı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Hastalar kendilerini bizim saptamalarımızla tutarlı biçimde puanlamaktadırlar ve diastolik kan basıncı değerleri %İDKA'nın klinik yansımalarından biri durumundadır.

Hem sistolik, hem diastolik kan basıncı %İDKA ile pozitif yönde ilişki göstermiştir ($r:0,250$, $p=0,52$, $r:0,273$, $p=0,033$). Hem sistolik, hem diastolik kan basıncı SDBY süresi ile negatif ilişki göstermiştir ($r:-0,341$; $p=0,07$, $r:-0,319$, $p=0,012$).

Hipertansiyon kontrolünün hastalığın ilk dönemlerinde daha az sağlanabildiği görülmektedir.

5.7.3. Hemodiyaliz Tedavisinin Başladığı Yaş ve Toplam SDBY Süresi

Hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş, hastanın yaşı ile pozitif yönde ilişkilidir ($r:0,984$, $p=0,000$), ayrıca %İDKA ile de negatif yönde ilişki göstermektedir ($r:-0,386$, $p=0,002$). Hemodiyaliz tedavisinin başladığı yaş da hasta yaşı gibi, Zarardan Kaçınma-2, Ödül Bağımlılığı-1 ile pozitif yönde ilişki göstermiştir.

Toplam Son Dönem Böbrek Yetmezliği süresi ile hasta yaşı arasında ilişki saptanmazken, hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş ile arasında negatif yönde ilişki saptanmıştır ($r:-0,412$, $p=0,001$). Toplam SDBY süresi ile %İDKA arasında anlamlı ilişkisi gösterilememiştir, bu bulgular Akman ve ark. (2007) sonuçları ile uyumludur. Chilcot ve ark. (2010) ise daha uzun süredir HD tedavisi görmekte olanlarda daha fazla uyumsuzluk bildirmişlerdir ve bu süre İDKA ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

Araştırma desenleri ve değerlendirme ölçütleri farklı olduğundan çalışmalar arasında çelişkili sonuçlar bulunması kaçınılmazdır.

Bu bulgular; örneklemdaki daha genç hastaların hemodiyalize daha erken yaşlarda başladıkları, hemodiyalize daha erken yaşta başlayanlar ve daha genç olanların uyumsuz grupta yer aldığı ve daha genç yaşta başlayanların diğerlerine göre hemodiyaliz tedavisinin olumsuz etkileri ile daha uzun süre karşı karşıya kaldığı yönünde yorumlanabilir. Genç hastalarda uyumsuzluğun fazla olması, yaştan etkisinin yanı sıra bu hastaların yaşamın erken yıllarından itibaren ve görece daha uzun süre hastalık ve hemodiyaliz ile karşı karşıya kalmaları ile ilişkili görülmektedir. Erken yaşta kronik hastalıkla karşılaşma; gelişme dönemlerinde kişinin yaşlılarından farklı ve uzak bir yaşam sürmesine, olumsuz hastalık tutumları ve kişilik özellikleri geliştirmesine neden olabilir.

5.7.4. Hastanın Kendisini Değerlendirme Puanı

Hastanın Kendisini Değerlendirme Puanı ile; yaş ve HD başlama yaşı arasında negatif ($r:-0,347$; $p=0,006$), ($r:-0,336$; $p=0,008$), % İDKA arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($r: 0,293$, $p=0,022$). **Daha yaşlı hastalar ve HD'e daha geç başlayanlar kendilerini daha uyumlu puanlamışlardır ve bu bizim bulgularımızla uyumaktadır.** İDKA değerleri daha fazla olan hastalar, bulgularımızla uyum nitelikte, kendilerini daha uyumsuz puanlamışlardır.

Hastanın kendisini değerlendirme puanı ile 6 aylık sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri pozitif yönde ilişkilidir ($r:0,361$; $p=0,004$), ($r:0,389$; $p=0,002$). **Etkin tansiyon kontrolü sağlanamayan hastalar kendilerini daha uyumsuz puanlamışlardır,** bu da bulgularımızla uyumaktadır.

Hastanın kendisini değerlendirme puanı ile HAM-A VE HAM-D ile pozitif ilişkili, SF-36 mental sağlık ve SF-36 ağrı puanları ile negatif ilişkili bulunmuştur. **Hem ölçümlerde ruhsal belirti şiddeti yüksek olan, hem de kendilerini mental olarak daha sağlıksız algılayan hastalar kendilerini daha 'uyumsuz' puanlamışlardır.** Ayrıca ağrı algısı azaldıkça kendini 'uyumlu' puanlama artmıştır. **İDKA'nın SF-36 mental sağlık puanları ile negatif ilişkisi gösterilmiş,** HAM-A ve HAM-D puanlarıyla ise ilişkisi gösterilememiştir. Hastaların kendi mental sağlıklarıyla ilgili algılarının tedaviye uyumları açısından belirleyici olabileceği düşünülmüştür. Nesnel ölçümlerle ruhsal bozukluk şiddeti yüksek saptanmasa da, kendilerini ruhsal açıdan sağlıksız

algılayan hastaların, psikiyatrik açıdan daha yakından izlenmesinin ve tedaviye yönlendirilmesinin uyumsuzluk oranlarını azaltabileceği düşünülmüştür. Bu bulguların ileri araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda her ne kadar sosyal destek ölçek puanlarının İDKA ile ilişkisi gösterilememiş, uyumlu ve uyumsuzlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamış olsa da; kendini değerlendirme puanı ile aileden ve arkadaşlardan algılan sosyal destek ve sırdaş sayısı arasında anlamlı negatif ilişkili bulunmuştur. Aileden ve arkadaşlardan algılan sosyal destek ve sırdaş sayısı daha az olan hastalar kendilerini daha uyumsuz puanlamıştır.

Hastaları ve tedavi uyumunu değerlendirmede; nesnel ölçüm ve değerlendirmeler kadar, öznel değerlendirmeler ve öz bildirim ölçeklerinin kullanılmasının yararlı olacağı ve hastanın bakış açısını tanıtmak açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

5.7.5. Doktorun Hastayı Değerlendirme Puanı

Doktorun Hastayı Değerlendirme Puanı; **klinik ölçütlerden yalnızca diastolik kan basıncı ile pozitif ilişkili bulunmuş, hastanın kendini değerlendirmesi ve İDKA ile ilişkisi saptanamamıştır.** Hasta ve doktora aynı soruları içeren değerlendirme anketi uygulanmasına karşın, hastaların değerlendirmeleri İDKA ile pozitif yönde ilişkili bulunurken, doktorun değerlendirmesinde anlamlı ilişki gösterilememiş olması kayda değerdir. Burada hastaların kendilerini daha ‘gerçekçi’ ve klinik göstergelerle paralel değerlendirdikleri, doktorların ise hastaları farklı göstergelere göre değerlendirdikleri akla gelmektedir.

Doktorun değerlendirmesi ile HAM-A ve HAM-D puanları pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. **Bu bulgu diyaliz doktorlarının depresyon ya da anksiyete belirtilerini ‘uyumsuzluk’ olarak değerlendirmekte olabileceklerini düşündürmüştür.**

Doktorun değerlendirme puanı; hastanın kendini değerlendirme puanlarıyla benzer biçimde SF-36 ağrı ve mental sağlık puanlarıyla negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Ağrı yakınması ve mental sağlık açılarından kendilerini daha iyi algılayanlar, doktorlar tarafından da daha ‘uyumlu’ puanlamışlardır. Bu bulgular ağrı yakınması ya da ruhsal yakınması olan hastaların doktorlar tarafından daha ‘uyumsuz’ değerlendirilebileceklerini düşündürmüştür. Bu konuda kullanılan anketlerin bu araştırma için düzenlenmiş olması, geçerlilik güvenilirlik çalışmalarının henüz yapılmamış olması bu konuda daha kesin yorumlar yapılmasını güçleştirse de

bulgularımız diyaliz hekimlerine ruhsal hastalıklar ve belirtileri konusunda daha iyi eğitim verilmesinin, diyaliz merkezlerinde daha gelişmiş psikiyatrik hizmet verilmesinin yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

5.7.6. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

HAM-A puanları; Zarardan Kaçınma-1 ve **MKE-ZK TOPLAM** ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur.

5.7.7. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

HAM-D puanları MKE-ZK TOPLAM ile VE ÖB1 ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Bu bulgular duygudurum ve anksiyete bozukluklarında ZK puanlarının yüksek saptandığı gösteren çok sayıda araştırmanın sonuçlarıyla uyumludur (Arkar ve ark., 2005).

5.7.8. Standardize Mini Mental Test Puanları

Tedaviye **uyumlu grupta** SMMT puanları anlamlı düzeyde **yüksektir**. SMMT puanları % İDKA ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur ($r:-0,295$, $p=0,021$). Bilişsel işlevler azaldıkça uyum da azalmaktadır. Bilişsel bozukluğun karar alma süreçlerini etkilediği ve hastaların diyet ya da tedaviye uyumlarını bozabildiği bildirilmiştir (Griva, 2006). Bulgularımız; hemodiyaliz tedavisi gören hasta grubunun psikiyatrik açıdan yakından izlenmesi, bilişsel yakınması olmasa bile hastaların bilişsel bozukluk açısından rutin olarak değerlendirilmesinin, yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

5.7.9. MKE-Zarardan Kaçınma-2

Yaş ve ZK-Toplam ile pozitif yönde ($(r:0,329$, $p=0,010)$; $(r:0,660$, $p=0)$), % İDKA ile negatif yönde ($r:-0,273$; $p=0,033$) ilişki bulunmuştur.

5.7.10. MKE- Zarardan Kaçınma-Toplam Puanları

MKE-ZK2 ile pozitif yönde ($r:0,660$, $p=0$), MKE-ÖB3 ile negatif yönde (**$r:-0,341$; $p=0,007$**) ilişki saptanmıştır.

5.7.11. MKE -Ödül Bağımlılığı-3 Puanları

ZK-Toplam ile negatif yönde ($r:-0,341$; $p=0,007$), ÖB-Toplam ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur

5.7.12. MKE- Ödül Bağımlılığı-Toplam Puanları

MKE-ÖB3 ve MKE-İY4 ile pozitif yönde pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

5.7.13. MKE- İşbirliği Yapma-4 Puanları

MKE-ÖB Toplam ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur.

Mizaç Karakter Envanteri boyutlarının birbiri ile arasında yukarıda sözü edilen ilişkiler bu konuda yapılmış çok sayıda araştırmanın sonuçlarıyla uyumludur ZK'nın artması İY ve ÖB puanlarının düşmesini beraberinde getirmektedir. (Arkar ve ark., 2005).

5.7.14. MKE puanlarının yaşla ilişkisi

Mizaç Karakter Envanteri ile yapılan araştırmalarda yaş arttıkça; MKE-Yenilik Arayışı puanlarının azaldığı, **Kendini Yönetme ve İşbirliği Yapmanın** ise arttığı bilinmektedir. Ayrıca kendini yönetme arttıkça **Zarardan Kaçınmanın** azaldığı, **İşbirliği Yapmanın** artması ile **Ödül Bağımlılığı** ve **Kendini Yönetmenin** arttığı gösterilmiştir (Arkar, 2005). Yaş ile artması beklenen bu özelliklerin bir hastada bulunmasının genel anlamda tedaviye uyumu artırıcı rolü olabileceği akla gelse de, bizim çalışmamızda yaşla **beklenen bu artış gözlenmemiştir**. Yaşın yalnızca **MKE-ZK2** ve **MKE-ÖB1** ile pozitif yönde, **MKE-Kendini Aşma-3** puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. **Dahası yaş İY ve KY puanları ile negatif yönde ilişki göstermiştir** ($p>0,05$) ve bu bulgular literatür bilgisi ile çelişmektedir. Ancak bu bulgu ZK puan yüksekliklerinin KY ve İY ile ters yönde ilişkisine vurgu yapan literatür bilgisi ile uyumludur (Arkar, 2005). Yaş ve diğer tüm MKE alt ölçek puanlarından kimisi ile negatif yönde kimisi ile de pozitif yönde, anlamlı olmayan ilişkiler gözlenmektedir.

Uyumlu grupta **yaşın** yanı sıra, **ZK2 ve ZK Toplam** puanlarının da anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu hatırlanacak olursa, bunun bir kısmının “uyum göstergesinden” ziyade örneklemdeki yaşlı grubun ZK2 yüksekliğine bağlı olabileceği akla gelmelidir. Veriler normal dağılım göstermediğinden dolayı yaşın etkisini kontrol ederek bu konudaki ilişkileri gösterecek ileri istatistiklere başvurulamamıştır. Ancak çalışmamızda % İDKA değerleri, ZK2 ile negatif yönde ilişki göstermektedir ($p=0,33$). Bu bulgu “ZK2 arttıkça, uyum artmaktadır” şeklinde de yorumlanabilir. Bu bağlamda yapılmış başka bir çalışma olmadığından, bu ilişkileri yorumlamak üzere HD hastalarında MKE ile yapılacak daha ileri araştırmalara gereksinim vardır.

Zarardan Kaçınma

Yüksek Zarardan Kaçınma puanları (uyumlu grubumuzda yüksektir); geleceğe yönelik endişe, alışıktı olmadık durumlarda kaygı, utangaçlık, kötümserlik, **yavaş uyum**, vesvese, korkaklık gibi özelliklerle ilişkilidir. Düşük ZK puanları ise (uyumsuz grubumuzda düşüktür); kaygısızlık, kendinden fazla emin olma, yabancından çekinmeme, yüksek enerji seviyesi, hızlı uyum ve iyimserlik gibi özelliklerle ilişkilendirilmiştir. Örneklemimizdeki düşük ZK puanı alan uyumsuz hastaların; kendilerinden fazlaca emin olmaları, yabancılardan çekinmemeleri (tedavi ekibinden vb), hayatlarındaki yeni durumlara kolayca uyum sağlayıp eski alışkanlıklarını kolayca bırakmaları, fazlaca iyimser olmaları gibi özellikleri, uyumsuz olmalarına yol açan kişilik özellikleri olabilir.

Zarardan Kaçınma-2 (Belirsizlik korkusu)

Örneklemimizde, uyumlu grupta ZK puanları daha yüksektir. Yüksek ZK-2 puanı alanlar; belirsiz ve tehlikeli olabilecek durumlardan kaçınırlar, böyle durumlarda genelde gergin ve sinirli olurlar, risk almazlar, rutinlerindeki değişikliklere zor uyum sağlarlar.

Düşük ZK-2 puanı alanlar ise; her zaman kendilerinden emin, sakin, güvende olurlar, risk alırlar, örn. birkaç saat beklemektense buzlu bir yolda otomobili kullanırlar, değişikliklere kolay uyum sağlarlar. Örneklemimizdeki düşük ZK-2 puanı alan uyumsuz hastaların; kendilerinden fazlaca emin olmaları, kendilerini hep güvende hissedip tehlikeden kaçınmamaları, kolayca risk almaları, değişikliklere çok kolay uyum sağlayıp tutumlarını kolayca değiştirebilmeleri, tedavilerine uyumsuz olmalarını kolaylaştıran kişilik özellikleri olabilir.

Ödül Bağımlılığı

Örneklemimizde, uyumlu grupta ÖB düşük bulunmuştur. ÖB düşük olanlar para gibi pratik ve somut ödüllere yanıt verirler, ‘Aferin, iyi olmuş’ gibi sosyal pekiştirmelere duyarsızdırlar. Çok fazla doyum vermeyen ilişkilerden çabuk soğuyarak hemen bu ilişkileri sonlandırır. Sosyal ilgisizlik, ertelenmiş ödül için istek duymama, reddedilmeye duyarsızlık, sosyal yabancılaşma, boyun eğmeme, ilgisizlik, ön plandaki kişilik özellikleridir.

ÖB puanları yüksek olan kişiler, başkalarını memnun etmeyi severler. Ödüllendirilme beklentisiyle doyumlarını erteleyebilirler, yakın ilişki istekleri ön plandadır. İncinebilirlik, övgüye gereksinim, aşırı gayretli olma, ödüllendirilmiş davranışta ısrar ve

reddedilmeye duyarlılık bu kişilerde belirgindir. ÖB puanları yüksek saptanan uyumsuz hastalar, diyaliz tedavi ekibi ile ya da yakınları ile daha yakın ilişkiler kurma isteği içinde olabilirler. Uyumsuz hastaların uygulamaları gereken tedavi ilkelerini ödül beklentisi ile yapıyor olabilecekleri; uyumluluk davranışını sosyal pekiştirme olursa ssürdürebilecekleri, bekledikleri ödül ile karşılaşmazlarsa kolayca incinme ve reddedilmeye duyarlılık sonucu, uyumsuz davranışlar sergiliyor olabilecekleri düşünülmüştür. Literatürde uyumsuz hastalarda daha yüksek oranda sosyal destek yetersizliği bildirilmesinin, yukarıda sözü edilen kişilik özelliklerinden kaynaklanabileceği, kendilerine ne kadar sosyal destek verilirse verilsin bu hastaların gereksinimlerinin karşılanamadığı düşünülmüştür.

ÖB3 (Bağımlılığa karşı bağımsızlık)

Uyumlu grupta ÖB3 düşük bulunmuştur. Düşük puan alanlar davranışlarının gerçekleştirmek için ne destek ne de onay ararlar. Sosyal baskı ve eleştirilmeye duyarlı değildirler. Bağımsız ve kendi başlarına yetebilen insanlardır.

Uyumsuz grupta ÖB3 yüksek bulunmuştur. Yüksek puan alanlar ise, başkalarının onay ve duygusal desteğine ihtiyaç duyarlar, başka insanların onları nasıl gördüğü çok önemlidir. Diğer insanları memnun etmek için kendi çizgilerinden çıkabilirler.

İşbirliği Yapma

Rogers, İşbirliği Yapma puanları yüksek olanları; diğerlerine koşulsuz kabul gösteren, başkalarının duygularına empati yapabilen, kendi çıkarlarını gözetmeksizin başkalarının amaçlarına ulaşmalarına yardım etme isteği duyan, kolaylaştırıcı insanlar olarak tanımlamıştır (Arkar ve ark., 2005)

İşbirliği Yapma-4 (Acıma- kincilik)

Düşük İY4 puanı alanlar kendilerini inciten insanlardan intikam alırlar. İntikam zaferleri açık ya da gizli olabilir. Karşısındaki insana, fiziksel, duygusal ve ekonomik açıdan zarar verebilirler. Yüksek İY4 puanı alanlar merhametli, iyiliksever, affedicidirler. Öç almaktan hoşlanmazlar. Uyumsuz hasta grubunda İY4 puanları düşük saptanmıştır, ancak diğer İY puanları ve İY toplam puanlarında bu yükseklik gözlenmediğinden bu konuda yorum yapmak güçtür.

5.8. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamıza daha fazla sayıda hasta alınması planlanmış ancak, zaman ve uygulama kısıtlılıklarından dolayı, 61 hasta alınmıştır. Dışlama ölçütlerimiz, psikiyatrik görüşme ve ölçek uygulamalarının uzun sürmesi, yapılan görüşmelerin diyaliz seansını izleyen 24.saatte yapılması konusundaki randevulaşma güçlükleri, hastaların genel tıbbi durumlarındaki ani kötüleşmeler nedeniyle görüşmelerin iptali gibi nedenler hasta katılımını sınırlamıştır. Daha geniş bir örneklem ile, bu hasta grubunu temsil yeteneği artacak ve istatistiksel analizleri konusunda kesin yorumlar yapamadığımız verileri de değerlendirmek mümkün olacaktır.

Örneklemimiz; daha standardize tedavi gören, tedavi konusunda iyi eğitim alan, son derece yakından izlenen hastalar arasından seçilmiştir. Dolayısı ile, tedaviye uyum konusunda ülkemizdeki hemodiyaliz hasta popülasyonunu iyi yansıtmıyor olabilir. Ancak araştırmamız bir ön-çalışma niteliğindedir. Tedaviye uyumsuzluk nedenlerine yönelik yapılan araştırmaların hızla artmasına karşın, bu konudaki bilgilerimiz henüz sınırlıdır. Çalışmamızda tedaviye uyumda rol oynayan; kişilik özellikleri, ruhsal hastalıklar, sosyal destek vb etkenlerin birbiri ile olan ilişkilerinin araştırılabilmesi hedeflenmiştir. Uyumsuzluğa neden olabilecek -ancak araştırma konumuz dışında kalan- diğer etkenlerin (ör.farklı diyaliz merkezlerindeki tedavi uygulamaları ve farklı yaklaşımlar vb) ortadan kaldırılması için olabildiğince standardize bir örneklem seçilmiştir. Elde ettiğimiz bulguların farklı desende ve çok merkezli çalışmalarla tekrarlanması ve sınanması gerekmektedir.

Kesitsel ve tanımlayıcı desende olan çalışmamızda, önemli bulgular saptanmış olsa da, eşlik eden ruhsal hastalıkların ve diğer değişkenlerin tedavi uyumu üzerine etkilerini araştırabilmek için, kontrollü izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

Çalışmamızda tedavi uyumuna ilişkin hasta ve doktorlar için hazırladığımız soru formları, geçerliliği ve güvenilirliği sınanmış ölçekler değildir. Literatürde tedavi uyumuna ilişkin, hasta ya da hasta yakınına yönelik sınırlı sayıda ve kapsamda ölçeğe rastlanmıştır. Ancak, hem hastanın hem de doktorun benzer soruları cevapladığı, toplam puanların karşılaştırılabileceği bir ölçek bulunamamıştır. Bu nedenle tarafımızdan böyle bir soru formu oluşturularak, hasta ve hekimlerin görüşleri puanlanabilir ve karşılaştırılabilir hale getirilmiştir.

5.9. Çalışmanın güçlü yönleri

Araştırmamız hemodiyaliz ve tedaviye uyumun, Cloninger'e göre kişilik özelliklerini araştıran ilk çalışmadır.

Örneklemeimiz; veri kayıt sistemleri ve hasta izlemleri düzenli ve güvenilir olan, tüm tedavi ekibinin birbirine benzer nitelikte eğitimlerden geçtiği, deneyimli nefrologlar tarafından düzenli olarak konsülte edilen diyaliz merkezlerinde; daha standardize tedavi gören, tedavi konusunda iyi eğitim alan, son derece yakından izlenen hastalar arasından seçilmiştir. Dolayısı ile uyumlu ve uyumsuz grupları karşılaştırırken, yukarıda sözü edilen etkenlerin uyumsuzluğa katkıları en aza indirgenmiştir.

Hasta gruplarını oluştururken kullandığımız inter-diyalitik kilo alım değerleri, literatürde gözden geçirilen çoğu çalışmanın aksine daha titizlikle belirlenmiştir. Son 3 aylık ortalamalar ve oranlar hesaplanarak, günlük dalgalanmaların (ör. tatilde olmak, araya giren hastalıklar vb) etkisi azaltılarak, genel bir uyum tutumu üzerinden karşılaştırmalar yapılmıştır.

İki diyaliz arasında geçen süre arttıkça üremik metabolitlerin birikimine bağlı nöropsikolojik testlerde dalgalanmalar olmaktadır. Çalışmamızda tüm hasta görüşmeleri, son diyaliz seansından ortalama $22,3 \pm 3,1$ saat sonra ve benzer koşullarda (görüşme odası, aynı görüşmeci vb) gerçekleştirilerek, hasta görüşmeleri standardize edilmiştir.

Literatüre bakıldığında; hemodiyaliz tedavisi ve ruhsal rahatsızlık birlikteliğine ilişkin çalışmalarda, psikiyatrik tanı koydurucu araçların kullanıldığı çalışmaların oldukça az olduğu görülmektedir. Bu araştırmada tanı koydurucu ve şiddet ölçen araçların bir arada kullanılması; hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda ruhsal rahatsızlık birlikteliğine, yaşam kalitesi ve hastalık gidişine olan etkilerine ilişkin değerli veriler sunmaktadır.

BÖLÜM VI

SONUÇ

6.1. Sonuçlar ve Öneriler

Örneklelimizde; yineleyici depresif bozukluk tanısının eşlik ettiği grupta tedavi uyumsuzluğunun daha fazla olduğu, kronik doğada yineleyici depresif bozukluğu olan hastaların ise tamamının tedaviye uyumsuz grupta olduğu gösterilmiştir. “Eşlik eden psikiyatrik tanılar varlığında, tedavi uyumsuzluğunun daha fazla olduğunu” öne süren I. varsayımımız doğrulanmıştır.

2. varsayımımızın; “Tedaviye uyumsuz olan grupta Zarardan Kaçınma puanlarının daha düşük olduğunu” öne süren, 1. maddesi doğrulanmıştır. “Tedaviye uyumsuz olan grupta kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının daha düşük olduğunu” öne süren, 2.ve 3. maddeler ise doğrulanamamıştır.

3. varsayımımızın; “Tedaviye uyumsuz grupta, eşlik eden depresyon ve anksiyete tanılarından bağımsız olarak, Zarardan Kaçınma puanlarının daha düşük olduğunu” öne süren, 1. maddesi doğrulanmıştır. “Tedaviye uyumsuz olan grupta kendini yönetme ve işbirliği yapma puanlarının daha düşük olduğunu” öne süren, 2.ve 3. maddeler doğrulanamamıştır.

Yukarıda sözü edilen sonuçların yanı sıra, çalışmamızın amaçları doğrultusunda önemli sonuçlar elde edilmiştir. Örneklemi oluşturan 61 hastada tedaviye uyumsuzluk oranı %36,1’dir. Tedaviye uyumlu grupta; yaş, hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş, SMMT puanları, kan basıncı değerleri, MKE-Zarardan Kaçınma-2 ve MKE-Zarardan Kaçınma-Toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek; MKE-Ödül Bağımlılığı-3, MKE-Ödül Bağımlılığı-Toplam, MKE-İşbirliği Yapma-4 puanları ise anlamlı düşük saptanmıştır.

Örneklelimizde; gençlerde ve hemodiyaliz tedavisine erken yaşlarda başlayanlarda tedaviye uyumsuzluk daha fazladır. Hipertansiyon kontrolünün de hastalığın ilk dönemlerinde daha az sağlanabildiği görülmektedir. Hastalığın erken yaşlarda

başlamasının; hem hastalığın, hem de diyaliz tedavisinin yıkıcı etkileriyle yaşamın erken dönemlerinde karşı karşıya kalmanın, uyumsuzluk açısından risk etkeni olabileceği düşünülmelidir. Genç hasta grubu daha yakından izlenmeli ve desteklenmeli, daha iyi bir bilgilendirme ve eğitim sunulmalıdır.

Bilişsel bozukluk olmaksızın; bilişsel işlev puanlarındaki düşüş ile, tedaviye uyumsuzluk arasında ilişki vardır. Hemodiyaliz hastalarında yakınma ya da belirti olmaksızın; rutin bilişsel işlev taraması ile, tedaviye uyumsuzluk ve bilişsel bozukluk açısından daha riskli olan hasta grubu belirlenebilir ve bu hastaların yakından izlemi ve gerekirse tedavisi ile, uyumsuzluk oranları azaltılabilir.

Tedaviye uyumsuz grupta, yineleyici depresif bozukluk tanısı anlamlı yüksektir. Yineleyici depresyonu kronik özellikte olanların ise, tamamı uyumsuz gruptandır. Tedaviye uyumsuzlarda, geçmişte psikiyatrik tedavi görmüş olma ve ailesel yüklülük oranları anlamlı yüksektir.

Uyumsuz grupta stresör oranları daha fazladır. Ağrı ve mental sağlık açısından kendilerini daha işlevsel algılayan hastaları, hem kendileri hem de doktorlar daha ‘uyumlu’ nitelendirmektedir. Doktorun hastayı değerlendirme puanı ile, hastanın kendini değerlendirme puanı ve inter-diyalitik kilo arasında ilişki saptanamamış, HAM-A ve HAM-D puanları ile pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Bu bulgular, diyaliz doktorlarının depresyon ya da anksiyete belirtilerini ‘uyumsuzluk’ olarak değerlendirmekte olabileceklerini düşündürmüştür. Doktorların hastaların tedaviye uyumlarını, hastaların hangi özelliklerine göre değerlendirdiğine ilişkin ileri araştırmalar yapılmalı, buna yönelik ölçekler geliştirilmelidir.

Herhangi bir ruhsal hastalık tanısı koyduğumuz 36 hastadan 25’i (%70), psikiyatrik tedavi görmüyordu. Buna benzer biçimde geçmişte ruhsal rahatsızlığı olan 47 hastanın 27’si (%67,5), hiç tedavi görmemişti. Bu yüksek oranlar; hastalardaki ruhsal bozuklukların diyaliz tedavi ekibi tarafından yeteri kadar tanınmaması, KBY’nde ruhsal rahatsızlık tanısı koymanın güçlükleri, hastaların durumlarına -müdahaleye gerek olmaksızın- zamanla uyum sağlayacaklarına olan inanış, hastaların psikiyatrik tedaviye olan olumsuz bakış açısı ya da bilgilendirilme eksikliği ile bağlantılı olabilir. Diyaliz tedavi ekibinin ruhsal hastalıklar ve belirtileri ile ilgili bilgilendirilmesinin; gerektiğinde hastaların psikiyatrik bakı ve tedaviye yönlendirilmelerinin sağlanmasının, diyaliz

merkezinde tedavi gören hastaların düzenli aralıklarla psikiyatrik bakışının yapılmasının, bu hasta grubundaki yetersiz tedavi oranlarını azaltacağını düşünmekteyiz.

Uyumsuz grupta yer alan; daha genç, hemodiyalize daha erken yaşlarda başlayan, interdiyalitik kilo alım değerleri daha yüksek olan, etkin tansiyon kontrolü sağlanamayan hastalar, kendilerini daha ‘uyumsuz’ puanlamışlardır. Hastanın kendisini değerlendirme puanı, HAM-A ve HAM-D ile pozitif ilişkili, SF-36 mental sağlık ve SF-36 ağrı puanları ile negatif ilişkili bulunmuştur. İnterdiyalitik kilo alım değerlerinin; SF-36 mental sağlık puanları ile negatif ilişkisi gösterilmiş, HAM-A ve HAM-D puanlarıyla ise ilişkisi gösterilememiştir. Özetle; hem ölçümlerde ruhsal belirti şiddeti yüksek olan, hem de kendilerini mental olarak daha sağlıksız algılayan hastalar, kendilerini daha ‘uyumsuz’ puanlamışlardır ve bu hastalar interdiyalitik kilo değerlerine göre “Tedaviye uyumsuz” gruptadırlar. Örneklemimizde hastalar, tedaviye uyum durumlarını gerçekçi olarak değerlendirmektedir. Hastaların öznel değerlendirmeleri dikkate alınmalı ve buna yönelik ayrıntılı ölçekler geliştirilmelidir. Örneklemimizde hastaların kendi mental sağlıklarıyla ilgili algıları, tedaviye uyumları açısından belirleyicidir. Nesnel ölçümlerle ruhsal bozukluk şiddeti yüksek saptanmasa da, kendilerini ruhsal açıdan sağlıksız algılayan hastaların, psikiyatrik açıdan daha yakından izlenmesinin ve tedaviye yönlendirilmesinin uyumsuzluk oranlarını azaltabileceği düşünülmüştür. Bu bulguların ileri araştırmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Örneklemimizde tedaviye uyumsuz hastaların Zarardan Kaçınma puanları düşüktür. Düşük Zarardan Kaçınma puanı alan kişilerin; kendilerinden fazlaca emin olmaları, kendilerini hep güvende hissedip, tehlikeden kaçınmamaları, kolayca risk almaları, yabancılardan çekinmemeleri (tedavi ekibinden vb); hayatlarındaki yeni durumlara kolayca uyum sağlayıp, eski alışkanlıklarını kolayca bırakmaları, fazlaca iyimser olmaları gibi kişilik özellikleri, hastaların tedaviye uyumsuz olmalarına yol açıyor olabilir.

Örneklemimizde tedaviye uyumsuz hastaların Ödül Bağımlılığı puanları yüksektir. Yüksek Ödül Bağımlılığı puanı alan kişiler; başkalarının onay ve duygusal desteğine fazlaca gereksinim duyarlar ve başka insanların kendi haklarındaki izlenimleri onlar için çok önemlidir. Diğer insanları hoşnut etmek için kendi çizgilerinden çıkabilirler. Bu kişilik özellikleri gereği tedaviye uyumsuz hastalar, hemodiyaliz tedavi ekibi ile ya da yakınları ile olduğundan daha yakın ilişkiler kurma isteği içinde olabilirler. Tedaviye uyumsuz hastalar; uygulamaları gereken tedavi ilkelerini ödül beklentisi ile yapıyor,

uyumluluk davranışını sosyal pekiştirme olursa sürdürebiliyor; bekledikleri ödül ile karşılaşmazlarsa, reddedilmeye duyarlılık ve kolayca incinme sonucu, tedaviye uyumsuz tutumlar sergiliyor olabilirler.

Ödül Bağımlılığı puanı düşük olan kişiler, sosyal baskı ve eleştirilmeye fazlaca duyarlı değildirler. Bağımsız ve kendi başlarına yetebilen insanlardır. Tedaviye uyumlu hastalar tedaviye uyum davranışlarını, fazladan destek ve onay aramaksızın gerçekleştiriyor olabilirler. Burada kronik bir uyum davranışı söz konusudur. Hasta bunu kısa dönemde bir ödül beklentisi ile değil, davranışın gerekliliğine inandığı için yapmaktadır.

Uyumsuz hasta grubunda İY4 puanları düşük saptanmıştır, ancak diğer İY puanları ve İY toplam puanlarında bu yükseklik gözlenmediğinden bu konuda yorum yapmak güçtür.

Bu çalışma, HD hastalarının Cloninger'in psikobiyolojik modeline göre mizaç ve karakter özelliklerini ve bunun tedavi uyumu ile olan ilişkisini araştırdığı bilinen ilk çalışma olduğundan, ileride yapılacak çalışmalara kaynak oluşturmaktadır.

Hem ülkemizde hem de dünyadaki önemli bir halk sağlığı sorunu olan son dönem böbrek yetmezliğinde tedaviye uyumsuzluğa neden her türlü sebep araştırılmalı, hasta ve topluma olan bedelleri en aza indirmeye çalışılmalıdır.

Ruhsal bozuklukların erken saptanması yaşam kalitesi ile tedavi uyumunun artmasını sağlayacaktır. Bulgularımız hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda daha gelişmiş psikiyatrik hizmet sunulması gerektiğini ve geriyatrik psikiyatriyi de içine alan multidisipliner bir yaklaşımın önemini göstermektedir.

Elde ettiğimiz bulguların, çok merkezli çalışmalarla tekrarlanması ve sınanması gerekmektedir. Hemodiyaliz tedavisine uyumsuzluğa yol açan etkenleri araştırmak üzere; uzunlamasına izlem çalışmalarının, ruhsal rahatsızlık saptanan hastalarda tedavi öncesi-sonrası kontrol çalışmalarının ve hasta ya da doktora yönelik bilgi ve eğitim programlarını değerlendiren öncesi-sonrası çalışmalarının yapılmasının yararlı olacağını düşünmekteyiz.

ÖZET

Arzu ERKAN ZORLU (2010) Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum, I. Eksen Psikiyatrik Eş-tanılar ile Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Tedavi Uyumu Üzerine Etkileri

Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

Amaç: Hemodiyaliz tedavisinde başarı büyük oranda hastanın tedaviye uyumuna bağlıdır ancak, hastaların yarısı tedaviye uyumsuzdur. Bu çalışmanın amacı; hemodiyaliz hastalarının tedaviye uyumunda rol oynayan etkenleri araştırmaktır. Tedaviye uyumu iyi olan hastalar ile, kötü olan hastalar arasında karşılaştırma yapılarak; sosyo-demografik özellikler, algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi, bilişsel yetersizlikler, DSM-IV'e göre eşlik eden I. Eksen psikiyatrik bozukluklar ve stres etkenleri, belirtili şiddetleri, Cloninger'in psikobiyolojik modeline göre mizaç ve karakter özellikleri açısından, fark olup olmadığı araştırılacaktır.

Yöntem: En az 6 aydır hemodiyaliz tedavisi görmekte olan 61 hasta ile, son diyaliz seansını izleyen gün, SCID-I kullanılarak, psikiyatrik tanı görüşmeleri yapılmıştır. Standardize Mini Mental Test (SMMT), Hamilton Anksiyete ve Depresyon Değerlendirme Ölçekleri ile belirtili şiddetleri ölçülmüştür. SF-36 ile yaşam kaliteleri, Algılanan Sosyal Destek Düzeyi Ölçeği ile sosyal destekleri değerlendirilmiştir. Mizaç Karakter Envanteri (MKE) ile kişilik özellikleri belirlenmiştir. Hastanın kendini değerlendirme ve doktorun hastayı değerlendirme anketleri uygulanmıştır. Örneklem; inter-diyalitik kilo alım değerlerinin, hastaların çıkış ağırlıklarına oranının 3 aylık ortalamalarına göre (%İDKA kesme değeri=3,5); "Tedaviye uyumlu" ve "Tedaviye uyumsuz" olarak iki gruba ayrılmış ve elde edilen tüm veriler açısından iki grup arasında karşılaştırma yapılmıştır.

Bulgular: Uyumlu grupta; yaş, hemodiyaliz tedavisine başlanan yaş, SMMT puanları, kan basıncı değerleri, MKE-Zarardan Kaçınma-2 ve MKE-Zarardan Kaçınma-Toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek; MKE-Ödül Bağımlılığı-3, MKE-Ödül Bağımlılığı-Toplam, MKE-İşbirliği Yapma-4 puanları ise anlamlı düşük saptanmıştır. Uyumsuz grupta geçmişte psikiyatrik tedavi oranları, ailesel yüklülük, stresör oranları ve yineleyici depresif bozukluk tanısı anlamlı yüksektir. Kronik yineleyici depresyon olanların tamamı uyumsuz gruptandır. Ağrı algısı ve mental sağlık açısından kendilerini daha işlevsel algılayan hastaları, hem kendileri hem de doktorlar daha 'uyumlu' nitelendirmektedir. Diğer değişkenler açısından iki grup arasında fark bulunamamıştır.

Sonuç: Gençlerde, erken yaşta hemodiyalize başlayanlarda, yineleyici ve kronik doğada depresyonu olanlarda, geçmişte psikiyatrik tedavi görenlerde ve ailesel yüklülüğü olanlarda, stres etkeni varlığında, bilişsel işlevlerde azalma olanlarda, kan basıncı yüksek olanlarda, uyumsuzluk oranları yüksektir. Düşük zarardan kaçınma ve artmış ödül bağımlılığı, uyumsuz grupta öne çıkan kişilik özellikleridir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, diyaliz, tedaviye uyum, tedaviye uyumsuzluk, Cloninger, mizaç ve karakter envanteri, interdiyalitik kilo alımı.

ABSTRACT

Arzu ERKAN ZORLU (2010) Compliance in Hemodialysis, Influence of Comorbid Axis-I Psychiatric Disorders and Temperament and Character Features on Compliance

Medical speciality thesis, Ege University, School of Medicine, Department of Psychiatry, Izmir.

Background: Success in hemodialysis treatment mainly depends on patient's compliance. At least 50% of patients believed to be noncompliant. This study aims to investigate the factors associated compliance in hemodialysis. Sociodemographic features, social support levels, quality of life, cognitive impairments, comorbid Axis-I disorders and stressors according to DSM-IV, symptom scales, temperament and character features according to Cloninger's psychobiological model, will be determined and compared between compliant and non-compliant patients.

Method: Diagnostic interviews of 61 patients -undergoing hemodialysis for more than six months- were performed via SCID-I, on the following day of the last session. Standardized Mini Mental State Examination (MMSE), Hamilton Anxiety and Depression Rating Scales, Short Form-36, Social Support Systems Scale and Temperament and Character Inventory (TCI) were performed. Questionnaires designed to assess compliance, were given to patient and the doctor. Proportion of 'inter-dialytic weight gain' to 'end session patient weight' was calculated as percentage and mean of previous 3 months' data were collected. Patients divided in to two groups (IDWG (%) <3.5: compliant, ≥ 3.5 : noncompliant). All the data compared between the two groups.

Results: Age, age of hemodialysis onset, MMSE scores, blood pressure levels, TCI-Harm Avoidance-2 and TCI-Harm Avoidance Total scores were higher; TCI-Reward Dependency-3, TCI-Reward Dependency Total scores and TCI-Cooperativeness-4 scores were lower in compliants. Psychiatric medication history, family history, stressor rates and current recurrent depression rates were higher in noncompliants. All of the chronic recurrent depressives were noncompliant. The doctors and patients themselves qualify 'compliant' the patients, whose pain and mental health perceptions are 'functional'.

Conclusion: Being young, early onset of hemodialysis, current recurrent and chronic depression, past history of psychiatric medication, family history of psychiatric illness, stressors, decrease in cognitive functions and high blood pressure levels are the risk factors for noncompliance. Low harm avoidance and high reward dependency are the prominent temperament features of the noncompliant patients.

Keywords: Hemodialysis, dialysis, compliance, adherence, non-compliance, Cloninger's temperament and character inventory, interdialytic weight gain, IDWG.

BÖLÜM VII

Kaynaklar

1. Abram HS, Moore GL, Westervelt FB (1971) Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am J Psychiatry*, 127:119–127.
2. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin (HDDÖ) geçerliği, güvenirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4(4):251–259.
3. Akiskal HS, Placidi GF, Marenmani L ve ark. (1998) TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive and irritable temperaments in a nonpatient population. *J. Affect. Disord*, 51: 7–19.
4. Akiskal HS, Mallya G. (1987) Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol. Bull*, 23:68–73.
5. Akiskal HS, Akiskal K (1992) Cylothymic, hyperthymic, and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. *Review of Psychiatry*, Vol II, Tasman A, Riba M.B. (eds), American Psychiatric Press, Washington DC, p.43–62.
6. Akman B, Uyar M, Afsar B, Sezer S, Ozdemir FN, Haberal M (2007) Adherence, depression and quality of life in patients on a renal transplantation waiting list. *Transplant International*, 5(48):1–6.
7. Akoğlu E, Süleymanlar G (1996) Kronik Böbrek Yetersizliği, Temel İç Hastalıkları, 769–776, Güneş Kitabevi.
8. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G (2002) *Nefroloji El Kitabı*. 3. Basım, s.328–331. Nobel TıpKitabevi, İstanbul.
9. Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*, dördüncü baskı (DSM-IV). (Çev. ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.

10. Arkar H., Sorias O., Tunca Z., Şafak C., Aklın T., Akdede B. B., Şahin S., Akvardar Y., Sarı Ö., Özerdem A., & Cimilli C (2005). Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe formunun; faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (3):190-204.
11. Baines LS, Jindal RM (2000) Non-compliance in patients receiving hemodialysis: An in depth review. *Nephron*, 85: 1–7.
12. Bame SI, Petersen N, Wray NP (1993) Variation in hemodialysis patient compliance according to demographic characteristics. *Soc Sci Med*, 37:1035–43.
13. Binik YM, Devins GM (1986) Transplant failure does not compromise quality of life in end-stage renal disease. *Int J Psychiatry Med*, 16:281–292.
14. Brouhard BH, Donaldson LA, Lawy KW ve ark. (2000) Cognitive functioning in children on dialysis and post-transplantation. *Pediatr Transplant*, 4:261-267.
15. Burton HJ, Lindsay RM, Kline SA (1983) Social support as a mediator of psychological dysfunctioning and a determinant of renal failure outcomes. *Clin Exp Dial Aph*, 7:371–389.
16. Campbell JD, Campbell AR (1978) The social and economic costs of end-stage renal disease: a patient's perspective. *N Engl J Med*, 299:386-392.
17. Carlson DM, Johnson WJ, Kjellstrand CM ve ark. (1987) Functional status of patients with end-stage renal disease. *Mayo Clin Proc*, 62:338-344.
18. Chilcot J, Wellsted D, Farrington (2010) Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. *Journal of Psychosomatic Research* 68 (2010) 203–212
19. Christensen AJ, Turner CW, Slaughter JR ve ark. (1989) Perceived family support as a moderator of psychological well-being in end-stage renal disease. *J Behav Med*, 12:249-265.
20. Christensen AJ and Smith TW (1995) Personality and patient adherence: correlates of the five-factor model in renal dialysis. *J Behav Med*, 18(3):305-13.
21. Christensen AJ (2000) Patient-by-treatment context interaction in chronic disease: a conceptual framework for the study of patient adherence. *Psychosom Med*, 62: 435-443.

22. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM ve ark. (1994) The temperament and character inventory: A guide to its development and use. Center for psychobiology of personality, st. Louis, MO.
23. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1993) Psychobiological Model of Temperament and Character. Arch Gen Psychiatry, 50: 975-990.
24. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR (1991) The tridimensional personality questionnaire: U.S. Normative Data. Psychol. Rep., 69:1047-1057.
25. Cloninger, CR (1987) A systematic method for clinical description and classification of personality variance: a proposal. Arch Gen Psychiatry, 44:573-588.
26. Cohen LM, Dobscha SK, Hails KC ve ark. (2002) Depression and suicidal ideation in patients who discontinue the life-support treatment of dialysis. Psychosom Med, 64:889–896.
27. Cohen LM, Germain MJ (2005) Psychosocial Factors In Patients With Chronic Kidney Disease. Seminars in Dialysis, 18(2):147–153.
28. Covic A, Seica A, Gusbeth-Tatomir PG ve ark. (2004) Illness representations and quality of life scores in hemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant, 19: 2078–2083.
29. Craven JL, Rodin GM, Johnson L ve ark. (1987) The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. Psychosom Med, 49:482–492.
30. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA ve ark. (2007) Psychosocial Aspects of Chronic Disease: ESRD as a Paradigmatic Illness. J Am Soc Nephrol, 18: 3042–3055.
31. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Klinik Versiyon. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
32. De Giralomo G, Reich JH (1993) Personality Disorders. WHO. Geneva.
33. De Nour AK, Shanan J (1980) Quality of life of dialysis and transplanted patients. Nephron, 25:117-120.
34. Devins GM, Binik YM, Mandin H ve ark. (1986) Denial as a defense against depression in end-stage renal disease: an empirical test. Int J Psychiatry Med, 16:151-162.

35. Devins GM, Mandin H, Shorr S ve ark. (1990b) Illness-intrusiveness and quality of life in end-stage renal disease: comparison and stability across modalities. *Health Psychol*, 9:117-142.
36. Devins GM (1994) Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. *Adv Ren Replace Ther*, 1:251-263.
37. Devins GM, Mandin H, Beanlands H ve ark. (1997) Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by self-concept and age in end-stage renal disease. *Health Psychol*, 16:529-538.
38. Drayer RA, Piraino B, Reynolds CF ve ark. (2006) Characteristics of depression in hemodialysis patients: symptoms, quality of life and mortality risk *General Hospital Psychiatry*, 28:306–312
39. Dimond M (1979) Social support and adaptation to chronic illness: the case of maintenance hemodialysis. *Res Nurs Health*, 2:101-108.
40. Douglas S, Blixen C, Bartucci MR (1996) Relationship between pretransplant noncompliance and posttransplant outcomes in renal transplant recipients. *J Transpl Coord*, 6: 53.
41. Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. (Çev. ed.: MO Öztürk, B. Uluğ, Çev.: F. Çuhadaroglu, İ. Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ). Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.
42. Ecdar ST, Bozfakıoğlu S, Ark E (1997) Hemodiyalizde komplikasyonlar. *Aktüel Tıp Dergisi*, 2(4): 212-217.
43. Elbi H (2008) Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 3):3-18.
44. Erek E (2005) Erek Nefroloji, Nobel Tıp Kitabevi, 11-341.
45. Erek E, Serdengeçti K, Süleymanlar G (2007) Registry Nephrology, Dialysis and Transplantation in Turkey. İstanbul, The Turkish Society of Nephrology.
46. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP ve ark. (1985) The quality of life of patients with end stage renal disease. *N Engl J Med*, 312:553-559.

47. Everett KD, Brantley PJ, Sletten C, Jones ON, McKnight GT (1995) The relation of stress and depression to interdialytic weight gain in hemodialysis patients. *Behav. Med.*, 21: 25–7.
48. Eysenc HJ ve Eysenc SB (1976) *Manuel of the EPQ (Eysenc Personality Inventory)*. San Diego: Educational and industrial testings service.
49. Fazekas G, Fazekas F, Schmidt R (1995) Brain MRI findings and cognitive impairment in patients undergoing hemodialysis treatment. *J Neurol Sci*, 134:83-88.
50. First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV)*. American Psychiatric Pres, Washington D.C.
51. Flicker L, Ames D (2005) Metabolic and endocrinological causes of dementia. *Int Psychogeriatr*, 17(Suppl. 1):79–S92.
52. Foster FG, McKegney FP (1978) Small group dynamics and survival on chronic hemodilaysis. *Int J Psychiatry Med*, 8:105-116.
53. Friend R, Singletory Y, Mendell NR ve ark. (1986) Group participation and survival among patients with end-stage renal disease. *Am J Public Health*, 76:670-672.
54. Fukunushi I, Kitaoka T, Shiari T (2002) Psychiatric disorders among patients undergoing hemodialysis therapy. *Nephron*, 91:344-347.
55. Graham JE, Rockwood K, Beattie BL ve ark. (1997) Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in An elderly population. *Lancet*, 349: 1793-1796.
56. Griva K, Thompson D, Jayasena D ve ark. (2006) Cognitive functioning pre- to post-kidney transplantation-a prospective study. *Nephrol Dial Transplant*, 21:3275–3282.
57. Goldsmith HH, Buss AH, Plomin R ve ark. (1987) What is temperament? Four Approaches. *Child Development*, 58:505-529.
58. Gullledge AD, Bustza C, Montague DK (1983) Psychosocial aspects of renal transplantation. *Urol Clin North Am*, 10:327-335.

59. Gunderson JG (1992) Diagnostic controversies. Review of Psychiatry, Vol II, Tasman A, Riba M.B.(eds), American Psychiatric Press, Washington DC, p.9-24.
60. Guyton A, Hall J (2001) Textbook Medikal Physiology. Hayrunisa Ç,10th Edn, 1220-1242, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
61. Güngen C, Ertan T, Eker E ve ark. (2002) Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 13: 273-281.
62. Haan N, Millsap R, Hartka E (1986) As time goes by: Change and stability in personality over 50 years. Psychol. Aging, 1:220-232.
63. Hansen SK (2001) Noncompliance. Nephrology Nursing Journal, 28(6),653–655.
64. Hamilton M (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. Br. J. Soc. Clin. Psychology, 6:278-296.
65. Hart RP, Kreutzer JS (1988) The Impact of Disease on Behavior. Renal system. Medical Neuropsychology. Van Thiel DH, Edwards KL (Eds), New York, Plenum, s. 99-120.
66. Hirsch BJ (1980) Natural support systems and coping with major life changes. American Journal of Community Psychology, 8(2): 159-172.
67. Hong BA, Smith MD, Alan MR ve ark. (1987) Depressive symptomatology and treatment in patients with end-stage renal disease. Psychol Med, 17:185-190.
68. House A (1987) Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome. J Psychosom Res, 31: 441-452.
69. İliçin Biberoğlu, Süleymanlar Ünal (2003) Temel İç hastalıkları, 2.Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi Cilt 1 s.1213-1340.
70. Iliescu EA, Coş H, McMurray MH ve ark. (2003) Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. Nephrol Dial Transplant, 18:126–132.
71. Johnson JP, McCauley CR, Copley JB ve ark. (1982) The quality of life of hemodialysis and transplant patients. Kidney Int, 22: 286-291.

72. Julius M, Hawthorne VM, Carpentier-Alting P ve ark. (1989) Independence in daily activities of daily living for end-stage renal disease patients: biomedical and demographic correlates. *Am J Kidney Dis*, 13:61-69.
73. Kalman TP, Wilson PG, Kalman CM ve ark. (1983) Psychiatric morbidity in long-term transplant recipients and in patients undergoing haemodialysis. *JAMA*, 250:55-58.
74. Kara B, Caglar K, & Kilic S (2007) Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patients receiving hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 243–248.
75. Karaminia R, Tavallaii SA, Lorgard-Dezfuli-Nejad M ve ark. (2007) Anxiety and Depression: A Comparison Between Renal Transplant Recipients and Hemodialysis Patients. *Transplantation Proceedings*, 39(4):1082-1084.
76. Khalil AA, Frazier SK (2010) Depressive Symptoms and Dietary Nonadherence in Patients with End-Stage Renal Disease Receiving Hemodialysis: A Review of Quantitative Evidence. *Issues in Mental Health Nursing*, 31:324–330.
77. Kidachi R, Kikuchi A, Nishizawa Y ve ark. (2007) Personality types and coping style in hemodialysis patients. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61(4):339-47.
78. Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA ve ark. (1993) Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol*, 4:12-27.
79. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL ver ark. (1995) Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *J. Am. Soc. Nephrol*, 5: 1826–34.
80. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL ve ark. (2000) Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int*, 57(5):2093–8.
81. Kimmel PL (2000) Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and out -comes. *Am J Kidney Dis*, 35 (Ek-1): 132-140.
82. Kimmel PL, Amarasinghe A, Eggers PW (2001) Marital status and survival in US hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol*, 12:1717

83. Kimmel PL (2002) Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. *J Psychosom Res*, 53: 951-956.
84. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. (1999) Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 102-106.
85. Koch U, Muthny FA (1990) Quality of life in patients with end-stage renal disease in relation in the method of treatment. *Psychother Pscyhosom*, 54:161-171.
86. Knopman DS, Boeve BF, Petersen RC (2003) Essentials of the proper diagnosis of mild cognitive impairment, dementia and major subtypes of dementia. *Mayo Clin Proc*, 78:1290-1308.
87. K/DOQI practice guidelines for chronic kideney disease: eveluation, classification and stratisfaction. *Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis*, 2002; 39-246.
88. Koroglu G, Tural U (2010) Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Tıbbi Hastalığa Eşlik Eden Ruhsal Bozuklukların Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi ile İşlevsellik Üzerine Etkileri. *New Symposium*, 48:1.
89. Köse S, Sayar K, Ak I ve ark. (2004) Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14:3.
90. Köse S (2003) Kloninger'in Psikobiyolojik Mizaç ve Karakter Kuramı. *Yeni Symposium*, 41 (2): 86-97.
91. Koutsopoulou V, Theodosopoulou E, Vantsi E ve ark. (2002) Personality dimensions of haemodialysis patients related to initial renal disease. *EDTNA ERCA J*, 28(1):21-4.
92. Kurella M, Chertow GM, Luan J ve ark. (2004) Cognitive impairment in chronic kidney disease. *J Am Geriatr Soc*, 52:1863-1869.
93. Kurella M, Mapes DL, Port FK ve ark. (2006) Correlates and outcomes of dementia among hemodialysis patients, the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Nephrol Dial Transplant*, 21:2543-2548.

94. Kutner NG, Fair PL, Kutner MH ve ark. (1985) Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *J Psychosom Res*, 29:23-31.
95. Kutner NG (2001) Improving compliance in dialysis patients: Does anything work? *Seminars in Dialysis*, 14(5): 324-327.
96. Leggat JE, Orzol S.M, Hulbert TE ve ark. (1998) Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 32: 139-145.
97. Leggat JE (2005) Adherence with dialysis: a focus on mortality risk. *Semin Dial*, 18: 137-141.
98. Levenson JL, Glocheski S (1991) Psychological factors affecting end-stage renal disease. *Psychosomatics*, 32: 382-389.
99. Levey AS, Eckardt K-U, Tsukamoto Y ve ark (2005) Definition and classification of chronic kidney disease :A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int*, 67:2089-2100.
100. NB (1993) Chronic renal failure and its treatment: dialysis and transplantation. *Psychiatric Care of the Medical Patient*, A Stoudemire, BS Fogel (Eds), New York, Oxford University Press, s. 629-630.
101. Loehlin JC (1982) Are personality traits differentially heritable? *Behav Genet*, 12:417-428.
102. Loehlin JC, Gough HG (1990) Genetic and environmental variation in the California psychological inventory vector scales. *J Pers Assess*, 54:463-468.
103. Lopes AA, Jennifer L, Eric W ve ark. (2007) Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. *Qual Life Res*, 16:545–557.
104. Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S ve ark. (2003) Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int*, 64:339–349.
105. Madero M, Gul A, Sarnak MJ (2008) Cognitive Function in Chronic Kidney Disease *Seminars in Dialysis*, 21(1) 29–37.

106. Mai FM, Busby K, & Bell RC (1999) Clinical rating of compliance in chronic hemodialysis patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44:478–482.
107. Mc Clellan WM, Flanders WD (2003) Risk Factors for Progressive Chronic Kidney Disease. *J Am Soc Nephrol*, 14 (7 Ek-2):65-70.
108. Mendley SR, Zelko FA (1999) Improvement in specific aspects of neurocognitive performance in children after renal transplantation. *Kidney Int*, 56:318–323.
109. Milne J (1977) Psychosocial aspects of renal transplantation. *Urology*, 9:82-88.
110. Muthny FA (1984) Postoperative course of patients during hospitalization following renal transplantation. *Psychother Psychosom*, 42:133-142.
111. Murray AM, Tupper DE, Gilbertson DT ve ark. (2006) Cognitive impairment in hemodialysis patients is common. *Neurology*, 67:216–223.
112. Muthny FA, Koch U (1991) Quality of life of patients with end-stage renal failure: a comparison of hemodialysis, CAPD, and transplantation. *Contrib Nephrol*, 89:265-273.
113. Neff MS (1999) To be or not to be: the decision to withdraw or be withdrawn from dialysis. *Am J Kidney Dis*, 33:601–606.
114. Neu S, Kjellstrand CM (1986) Stopping long-term dialysis: an empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *N Engl J Med* 314:14–20.
115. Nulsen RS, Yaqoob MM, Mahon A ve ark. (2008) Prevalence of cognitive impairment in patients attending pre-dialysis clinic. *J Ren Care*, Sep;34(3):121-6.
116. Owen WF Jr, Lew NL, Liu Y ve ark. (1993) The urea reduction ratio and serum albumin concentrations as predictors of mortality in patient undergoing hemodialysis. *N Engl J Med*, 329: 1001-6.
117. Özcan Y, Baştürk M, Aslan SS ve ark. (2000) Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bilimsel Yayınlar Kitabı, s. 63.
118. Özçetin A, Bahçebaşı Z, Bahçebaşı T ve ark. (2009) Diyaliz Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Psikiyatrik Belirti Dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10:142-150.

119. Özçürümez G, Tanrıverdi G, Zileli L (2003) Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri. *Türk Psik Der*, 14(1): 72-80.
120. Özdemir F, Akdeniz F (2006) Yineleyici Duygudurum Bozuklukları ile Mizaç, Karakter ve Kişilik İlişkisi, Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
121. Özkan S (1993) Kronik böbrek hastalığı ve diyalizde psikiyatrik morbidite. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*, İstanbul, s. 187.
122. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Türkçe'ye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12:233-236.
123. Procidano ME, Heller K (1983) Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11:1-24.
124. Placidi GF, Signoretta S, Liguori A ve ark. (1998) The semistructured affective temperament interview (TEMPS-I): The reliability and psychometric properties in 1010 14-26 year-old students. *J. Affect. Disord*, 47:1-10.
125. Plough AL, Salem A (1982) Social and contextual factors in the analyses of mortality in end-stage renal disease: implications for health policy. *Am J Public Health*, 72:1293-1295.
126. Rodin G, Voshart K (1987) Depressive symptoms and functional impairment in the medically ill. *Gen Hosp Psychiatr*, 9:251-258.
127. Rosenblatt A (2005) The art of managing dementia in the elderly. *Cleve Clin J Med*, 72(Ek. 3):3-13.
128. Rosner F (2006) Patient noncompliance: causes and solutions. *Mt Sinai J Med*, 73: 553-559.
129. Saran R, Bragg-Gresham JL, Rayner HC ve ark. (2003) Nonadherence in hemodialysis: Associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS Kidney International, 64:254-262.
130. Sass H, Jünemann K (2003) Affective disorders, personality and personality disorders. *Acta Scand. Psychiatrica*, 108 (Ek. 418): 34-40.

131. Segoloni GP, Messina M, Squicciarro G ve ark. (1994) Quality of life of renal transplant recipients. *Contrib Nephrol*, 109:60-64.
132. Sehgal AR, Grey SF, DeOreo PB ve ark. (1997) Prevalence, recognition, and implications of mental impairment among hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis*, 30:41-49.
133. Serdengeçti K (1997) Kronik Böbrek Yetmezliği (fizyopatoloji ve klinik bulgular). *Aktüel Tıp Dergisi*, 2:190- 197.
134. Seliger SL, Siscovick DS, Stehman-Breen CO ve ark. (2004) Moderate renal impairment and risk of dementia among older adults: the cardiovascular health cognition study. *J Am Soc Nephrol*, 15:1904-1911.
135. Sensky T, Leger C, Gilmour S ve ark. (1996) Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. *Psychother Psychosom*, 65:36-42.
136. Sherman RA, Cody RP, Rogers ME, Solanchick JC (1995) Interdialytic weight gain and nutritional parameters in chronic hemodialysis patients. *Am. J. Kidney Dis*, 25: 579–83.
137. Simmons RG, Anderson C, Kamstra I (1984) Comparison of quality of life of patients on continous ambulatory peritoneal dialysis, hemodialysis, and after transplantation. *Am J Kidney Dis*, 4:253-255.
138. Simmons RG, Abress L (1990) Quality of life issues for end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis*, 15:201-208.
139. Stivelman JC (2000) Benefits of anaemia treatment on cognitive function. *Nephrol Dial Transplant*, 15(Ek.3):29–35.
140. Sorias O (1988) Sosyal desteğin değerlendirilmesi I: Kullanılan ölçüm araçlarının gözden geçirilmesi. *Seminer Psikoloji Dergisi*, 6:18-16.
141. Sorias O (1988) Sosyal desteğin değerlendirilmesi II: Toplumdan yapılmış bir örnekleme, sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek. *Seminer Psikoloji Dergisi*, 6:26-40.
142. Sorias O. (1992) Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Seminer Psikoloji Dergisi*, 9:33-49.

143. Saounatsou, M. (1999). Relation between response to illness and compliance in haemodialysis patients. EDTNA/ERCA Journal, 25,32–34.
144. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M ve ark. (1987) Structured Clinical Interview For DSM III-R. Washington DC, American Psychiatric Pres.
145. Strain JJ (2000) Consultation-Liasion Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's Comprehensive Texbook of Psychiatry. Philedelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1876–1887.
146. Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR (1991) Further contribution to the conceptual validity of the unified biosocial model of personality. US and Yugoslav Data. Compr Psychiatry, 32:195-209.
147. Taskapan H, Ates F, Kaya B ve ark (2005) Psychiatric disorders and interdialytic weight gain in patients on chronic hemodialysis. Nephrology (Carlton), 10:15-20.
148. Teroka S, Toma H, Nihei H ve ark. (1995) Current status of renal replacement threapy in Japan. Am J Kidney Dis, 25:151-64.
149. Tilki HE, Akpolat T, Tunalı G ve ark. (2004) Effects of haemodialysis and continious ambulatory peritoneal dialysis on P 300 cognitive potentials in uraemic patients. UPS J Med Sci, 109:43-48.
150. Tyrer P, Ferguson B (1988) Development o the concept of abnormal personality. Personality Disoreders, Ptyrer (Ed.), London, Wright, S.3.
151. Uslu K, Arık AC, Şahin AR ve ark. (2000) Sürekli ayaktan periton diyalizi hastaları ile hemodiyaliz hastalarının depresif özellikler ve yaşam kalitesi yönünden karşılaştırılması. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bilimsel Yayınlar Kitabı, s. 65.
152. U.S. Renal Data System, USRDS 2005 Annual Data Report(<http://www.usrds.org/>)
153. Von Zerssen D (2002) Development of an integrated model of personality, personality disorders and severe axis I disorders, with special reference to major affective disorders. J. Aff. Dis, 68:143-158.
154. Von Zerssen D, Possi J (1990) The premorbid personality of patients with different subtypes of an affective illness: statistical analysis of blind assignment of case history data to clinical diagnoses. J. Affect. Disord, 18:39-50.

155. Walters RJ, Fox NC, Crum WR ve ark. (2001) Haemodialysis and cerebral oedema. *Nephron*, 87:143–147.
156. Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ (2002): *Campbell Urology*, 8th Edn.
157. Watson D (2000) *Mood and Temperament*. The Guilford Press, New York.
158. Weiner DE, Tighiouart H, Elsayed E ve ark. (2007) The Framingham Predictive Instrument in Chronic Kidney Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 50:217-224.
159. Williams MA, Sklar AH, Burright RG ve ark. (2004) Temporal effects of dialysis on cognitive functioning in patients with ESRD. *Am J of Kidney Dis*, 43:705-711.
160. Wolcott DL, Nissenson AR (1988) Quality of life in chronic dialysis patients: A critical comparison of continous ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis. *Am J Kidney Dis*, 11:402-412.
161. Yazıcı MK, Demir B ve ark. (1998) Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9:114-117.
162. Yanagida EH, Streltzer J, Siemsan A (1981) Denial in dialysis patients: relationship to compliance and other variables. *Psychosom Med*, 43:271-280.
163. Yoshioka M, Ishii T, Fukunishi I ve ark. (1993) Sleep disturbance of end-stage renal disease. *Jpn J Psychiatry Neurol*, 47:847-851.
164. Zrinyi M, Juhasz M, Balla J, ve ark. (2003) Dietary self-efficacy: determinant of compliance behaviours and biochemical outcomes in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 18: 1869.

BÖLÜM VIII

EKLER

EK-1

Mizaç ve Karakter Envanteri

(Türkçe TCI)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını, görüşlerini, ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, ÇOĞU KEZ ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca "D" ya da "Y" seçeneğini işaretlemeniz yeterlidir.

ÖRNEK;	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	D	Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız, ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için "D"yi yuvarlak içine alınız.)

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

Lütfen bütünüyle yanıtta emin olmasanız bile, her ifadeyi yanıtlayınız.

Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987, 1992 C. R. Cloninger
Türkçe TCI © 2001 Samet Köse, Kemal Sayar

Türkçe TCI'nin eser sahipliği hakları Samet Köse ve Kemal Sayar'a aittir. Yazarların izni olmaksızın her türlü kullanımı eser sahipliğinden doğan hakların ihlalini oluşturur ve etik değildir.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu kez yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez yaşamımın, pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta, yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünse bile, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim, geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile, zengin ve ünlü olmak için, yasal olan hemen her şeyi yapardım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez "dalgın" olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken "yeni ve geliştirilmiş" yollardan çok, eski "denenmiş ve doğru" yolları tercih ederim.	D	Y

30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımla acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydı için, uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan, iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Gevşemekteyken, çoğu kez beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırmam.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok, iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren, bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımla, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y

62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyanım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırımsızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile, kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı, çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile, başkalarına haksızca davranırsam, zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyanım.	D	Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissederim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile, başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca, bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile, rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etrafıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu kez etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissederim.	D	Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y

91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen, genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamak için ilkeler olduğunu ve hiç kimsenin sonunda acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın, herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine, genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanınırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yaklaşımlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için, genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam, çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olacağım için, işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eski yapı tarzımda değişiklik yapmayı istemeden önce, genellikle çok iyi gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile, çoğu kez aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y

120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse, intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkaları, benden istediklerini yapmayacağı için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevî ve duygusal bağlanım olduğunu hissederim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, genellikle benim için kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çoğunu beklese bile, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için "ikinci mizaç" olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden, çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder, işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y
143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarımla duygulanımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akılcıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımla acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149. Endişeye kapıldığımdan, arkadaşlarımla her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile, yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y

150. Çoğu kez başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırm ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu kez arkadaşlarımla arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda, neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin çok etkili olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu, bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman, çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171. İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Kendimin duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar, güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y

181. Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda, çoğu kez kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda, kendime güvenebilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak, çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.	D	Y
187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde, genellikle şansım açıktır.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi), genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarımla bulurum.	D	Y
195. İçinde, ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu edindiğim, epeyce coşkulu anlarımla bulurum.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198. Sorunlarımla ilgili, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200. Çoğu kez, tüm yaşamım kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile, çok fazla "açılmamayı" tercih ederim.	D	Y
202. Kendimi zorlamaksızın, genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle "meşgul" kalabilirim.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamım, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y

211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada, çoğu kimseye göre daha geriyindir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmek için söylenecek olsa bile, yalan söylemekte sıkıntı yaşamım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırm.	D	Y
216. Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, irade gücüm çok güçlü ayartmaları üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222. Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırm.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda, genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duygulan paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünüşlü olsam.	D	Y
230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile, genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

EK-2

TCI Derecelendirme Anahtarı

Tüm ölçekler için pozitif olarak puanlandırılan (D= 1, Y= 0) maddelerin altı çizilmemiş, negatif olarak puanlandırılan maddelerin altı çizilmiştir (D= 0, Y= 1). Aşağıdaki maddeler ise TCI'nın bir bölümü olarak puanlanmamıştır: 69, 75, 101, 111, 118, 134, 140, 170, 176, 190, 213, 230, 239, 240.

Yenilik Arayışı (Novelty Seeking)

- NS1 Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık (11 madde)
1, 29, 52, 70, 99, 114, 144, 167, 191, 211, 238
- NS2 Dürtüsellik-İyice düşünme (10 madde)
13, 35, 61, 82, 108, 130, 148, 187, 203, 237
- NS3 Savurganlık-Tutumluluk (9 madde)
19, 41, 66, 109, 139, 155, 174, 192, 219
- NS4 Düzensizlik-Düzenlilik (10 madde)
34, 53, 79, 91, 110, 141, 165, 183, 204, 212
- NS Toplam Yenilik Arayışı Puanı (40 madde): NS1 + NS2 + NS3 + NS4

Zarardan Kaçınma (Harm Avoidance)

- HA1 Beklenti endişesi ve karamsarlık-Sınırsız iyimserlik (11 madde)
2, 20, 42, 65, 81, 112, 119, 149, 164, 188, 225
- HA2 Belirsizlik korkusu (7 madde)
12, 26, 67, 129, 154, 189, 217
- HA3 Yabancılardan çekinme (8 madde)
27, 54, 80, 100, 142, 157, 209, 231
- HA4 Çabuk yorulma ve dermansızlık (9 madde)
22, 43, 63, 92, 113, 147, 182, 202, 236
- HA Toplam Zarardan Kaçınma Puanı (35 madde): HA1 + HA2 + HA3 + HA4

Ödül Bağımlılığı (Reward Dependence)

- RD1 Duygusallık (10 madde)
3, 28, 55, 83, 102, 120, 158, 181, 210, 224
- RD3 Bağlanma (8 madde)
21, 44, 68, 117, 143, 180, 201, 226
- RD4 Bağımlılık (6 madde)
14, 46, 71, 131, 156, 193
- RD Toplam Ödül Bağımlılığı Puanı (24 madde): RD1 + RD3 + RD4

Sebat Etme (Persistence)

- P Sebat etme (8 madde)
11, 37, 62, 103, 128, 166, 205, 218

Kendi Kendini Yönetme (Self-Directedness)

- S1 Sorumluluk alma-Kınama (8 madde)
4, 24, 58, 86, 121, 151, 169, 198
- S2 Amaçlılık-Amaçsızlık (8 madde)
9, 30, 59, 105, 126, 159, 177, 223
- S3 Beceriklilik (5 madde)
40, 106, 171, 197, 233
- S4 Kendini kabullenme- Kendisiyle çekişme (11 madde)
32, 60, 74, 85, 94, 107, 136, 150, 179, 214, 229
- S5 Aydınlanmış ikinci mizaç (12 madde)
17, 36, 39, 90, 104, 115, 135, 162, 184, 196, 207, 221
- S Toplam Kendi Kendini İdare Etme Puanı (44 madde): S1 + S2 + S3 + S4 + S5

İş Birliği Yapma (Cooperativeness)

- C1 Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük (8 madde)
5, 16, 48, 89, 122, 133, 172, 234
- C2 Empati duyma-Sosyal ilgisizlik (7 madde)
25, 49, 73, 137, 161, 185, 227
- C3 Yardımseverlik-yardım sevmeme (8 madde)
10, 47, 64, 87, 127, 153, 178, 216
- C4 Acıma-İntikamcılık (10 madde)
7, 33, 57, 78, 98, 124, 146, 168, 199, 222
- C5 Temiz kalplilik vicdanlılık-Kendi kendine yara sağlama (9 madde)
18, 50, 72, 93, 138, 160, 186, 206, 235
- C Toplam İş Birliği Puanı (42 madde): C1 + C2 + C3 + C4 + C5

Kendi Kendini Aşma (Self-Transcendence)

- ST1 Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı (11 madde)
8, 23, 45, 76, 96, 125, 152, 173, 195, 215, 228
- ST2 Kişiler arası özdeşim-Kendi kendine ayrışma (9 madde)
15, 31, 51, 84, 95, 132, 163, 200, 232
- ST2 Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik (13 madde)
6, 38, 56, 77, 88, 97, 116, 123, 145, 175, 194, 208, 220
- ST Toplam Kendi Kendini Aşma Puanı (33 madde): ST1 + ST2 + ST3

Copyright © 1992 C. R. Cloninger
Türkçe TCI © 2001 Samet Köse, Kemal Sayar

EK-3

OLGU RAPOR FORMU		OLGU No:.....	
1. Adınız Soyadınız:		Tarih:/..... /	
Ev Telefonu		Saat:	
Cep Telefonu		En son diyalize girilen saatler:.....	
Adres.....			
Doğum Tarihiniz:			
3. Cinsiyetiniz:		1. () Kadın	2. () Erkek
4. Medeni Durumunuz:		1. () Evli	2. () Bekar
		3. () Boşanmış/Ayrı	4. () Dul
5. En son mezun olduğunuz okul		1. () Okur-yazar	2. () İlkokul
		4. () Lise	3. () Ortaokul
		5. () Üniversite ve üzeri	
6. Mesleğiniz nedir? (Lütfen açıkça ne iş yaptığınızı yazın)		1. () İşçi	2. () Memur
		4. () Çiftçi	3. () Esnaf
		7. () Emekli	5. () Serbest Meslek
		8. () Öğrenci	6. () İşsiz
		9. () Diğer	
7. Sosyal güvenceniz nedir?		1. () Emekli sandığı	2. () SSK
		4. () Yeşil kart	3. () Bağ-Kur
		5. () Özel sigorta	6. () Yok
8. Ailenizin aylık toplam geliri ne kadardır?			
1. () 500 TL ve altı		2. () 500 - 1500 TL arası	
3. () 1500-2500 TL		4. () 2500 TL üzeri	
9. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?			
10. Tütün kullanıyor musunuz?			
1. () Evet		2. () Hayır	3. () Bıraktım.
11. Alkol kullanıyor musunuz?			
1. () Evet		2. () Hayır	3. () Bıraktım.
12. Doktorlarınızın verdiği ilaçlar dışında; uyarıcı, keyif verici, sakinleştirici ya da herhangi başka ilaç ya da madde kullandınız mı?			
1. () Evet		2. () Hayır	3. () Bıraktım.
13. Böbrek yetmezliğiniz ne kadar zamandır var? Nedeni nedir?			
14. Ne kadar zamandır hemodiyalize giriyorsunuz?			
15. Daha önce periton diyalizi ya da nakil denendi mi?		1. () Evet	2. () Hayır
21. Herhangi başka bir hastalığınız var mı? (Yanıtınız evet ise aşağıdaki bölümleri doldurunuz.)		1. () Evet	2. () Hayır
1. Diyabet Tedavi gördüyseniz kullandığınız ilaçlar.....		1. () Var	2. () Yok
		1. () Evet	2. () Hayır
2. Astım Tedavi gördüyseniz kullandığınız ilaçlar.....		1. () Var	2. () Yok
		1. () Evet	2. () Hayır
3. Hipertansiyon Tedavi gördüyseniz kullandığınız ilaçlar.....		1. () Var	2. () Yok
		1. () Evet	2. () Hayır

4. Hipotansiyon Tedavi gördüyseniz kullandığınız ilaçlar.....	1.() Var 1.() Evet	2.() Yok 2.() Hayır
5. Hipertiroidi Tedavi gördüyseniz kullandığınız ilaçlar.....	1.() Var 1.() Evet	2.() Yok 2.() Hayır
6. Hipotiroidi Tedavi gördüyseniz kullandığınız ilaçlar.....	1.() Var 1.() Evet	2.() Yok 2.() Hayır
7. Kalp yetmezliği Tedavi gördüyseniz kullandığınız ilaçlar.....	1.() Var 1.() Evet	2.() Yok 2.() Hayır
8. Kolesterol yüksekliği Tedavi gördüyseniz kullandığınız ilaçlar.....	1.() Var 1.() Evet	2.() Yok 2.() Hayır
22. Ameliyat ya da kaza geçirdiniz mi?		
23. Geçmişte psikiyatrik rahatsızlığınız oldu mu? Tedavi gördünüz mü? Tedavi gördüyseniz;	1.() Evet 1.() Evet 1.Kullandığınız ilaçlar ve dozları	2.() Hayır 2.() Hayır
24. Kan bağı olan akrabalarınızda ruhsal hastalığı olan var mı?	1.() Evet	2.() Hayır
25. Şu anki psikiyatrik tedavi durumunuz	1.()Tedavi görüyorum	2.() Tedavi görmüyorum
1. Kullandığınız ilaçlar ve dozları 2. Her bir ilaç için kullanım süreleri		
26. Sizi etkileyen stres etkenleri varsa işaretleyiniz ve açıklayınız.		
1. Birincil destek grubu (Eş, aile, çocuklar, kardeşler, vs) ile sorunlar	()Var	() Yok
2. Toplumsal çevre ile ilgili sorunlar	()Var	() Yok
3. Eğitim ile ilgili sorunlar	()Var	() Yok
4. Mesleki sorunlar	()Var	() Yok
5. Barınma ile ilgili sorunlar	()Var	() Yok
6. Ekonomik sorunlar	()Var	() Yok
7. Sağlık kuruluşlarına ulaşma sorunları	()Var	() Yok
8. Tedavi ekibi ile ilgili sorunlar	()Var	() Yok
9. Yasal sorunlar	()Var	() Yok
10. Diğer psikososyal ve çevresel sorunlar	()Var	() Yok

EK-4
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı :

Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum, I. Eksen Psikiyatrik Eş-tanılar ile Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Tedavi Uyumuna Üzerine Etkileri

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı; hemodiyaliz tedavisi görmekte olan hastalarda ruhsal hastalıkların bulunup bulunmadığını, hastaların mizaç özellikleri ile yaşam kalitelerini ve tüm bunların tedaviye uyum üzerine olan etkilerini araştırmaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için, en az altı aydır hemodiyaliz tedavisi görüyor olmanız ve 18 yaşından büyük olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Hemodiyaliz tedavisinin yaşam kalitenizi ne şekilde etkilediğini, yaşamakta olduğunuz ruhsal sıkıntıları, tedaviye uymakta yaşadığınız güçlükleri ve mizaç özelliklerinizi araştırmak istiyoruz.

Bu araştırmaya katılmak isterseniz, sizinle yaklaşık 45 dakika süren yüz yüze bir görüşme yapacağız ve ardından sizden bazı anketleri doldurmanızı isteyeceğim.

Yüz yüze görüşmemiz sırasında size psikiyatrik tanıların değerlendirilmesi için, Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulayacağım. Bellek işlevlerinizi değerlendireceğim. Çökkünlük ve kaygı bozukluğunuz varsa şiddetini ölçmek için ölçekler uygulayacağım. "Olgu Rapor Formu, Sosyal Destek Sistemleri Ölçeği, Mizaç Karakter Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği" adındaki anketleri size tanıttak, size ayrılan bir odada bunları doldurmanızı isteyeceğim. Daha sonra bu formlar tarafımdan kontrol edilerek, varsa eksiklikleri saptayıp tamamlamanızı isteyeceğim.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Size sorulan soruları içtenlikle yanıtlamak ve anketleri eksiksizce doldurmak dışında başka bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Bu diyaliz merkezinde, araştırmaya katılma koşullarını karşılayan ve gönüllü olan tüm hastalarla görüşme yapılması planlanmaktadır. Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısının en az 100 olması beklenmektedir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırma için ayracağınız toplam süre ortalama 2 saat olarak öngörülmektedir.

EK-4
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı :

Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum, I. Eksen Psikiyatrik Eş-tanılar ile Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Tedavi Uyumu Üzerine Etkileri

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararların başında psikiyatrik muayene ile sizde ruhsal bir hastalık ya da bellek bozukluğu olup olmadığının saptanması gelmektedir. Kullanılan ölçeklerle de saptanan bozuklukların şiddeti ölçülmekte ve tedaviye olan gereksinimiz değerlendirilmektedir. Psikiyatrik tedavinin gerekli olduğunu düşündüğümüzde sizin rızanız doğrultusunda sizi uygun bir sağlık kuruluşuna yönlendireceğiz. Böylelikle yaşam kalitenizin ve işlevselliğinizin artmasını ve hemodiyaliz tedavisine daha iyi uyum sağlamanızı umuyoruz. Bu araştırmanın bir başka yararı da bu çalışmadan çıkarılan sonuçların bilimsel ortamlarda paylaşılarak, başka insanların yararına kullanılabilecek olmasıdır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size herhangi bir girişimde bulunmayacağımız için araştırmada herhangi bir risk öngörülmemektedir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Görüşmemiz sonrasında herhangi bir konuda danışmak istediğinizde Dr. Arzu Erkan Zorlu ile görüşmek üzere 3903417- 3903401- 3903428 numaralı telefonları arayabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğumuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Gerekirse yol giderlerinizin tamamı araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Görüşmemize başladığında sizde daha önceden bildirilmemiş/ farkedilmemiş olan ve bu çalışmanın amacına ve uygulama biçimine uymayan bir durum saptandığında (ör. 6 aydan kısa süredir hemodiyalize giriyor olmak, daha önce felç geçirmiş olma gibi), ya da sizde varolan bir psikiyatrik bozukluğun görüşmeyi tamamlamaya engel olacak şiddette olması gibi durumlarda hastaların çalışma dışı bırakılması söz konusu olabilir.

Tarihi/Versiyon:

2

/3

EK-4
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı :
Hemodiyaliz Hastalarında Tedaviye Uyum, I. Eksen Psikiyatrik Eş-tanılar ile Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Tedavi Uyumu Üzerine Etkileri

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren iki sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları Dr. Arzu Erkan Zorlu'ya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, nakledilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZA
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZA
ADI & SOYADI	Arzu Erkan Zorlu	
Çalıştığı Kurum	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği Konsültasyon Liyezon Birimi	
TEL. & FAKS	3903417, 3903401, 3903428	
TARİH		

EK-5 HASTANIN KENDİNİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

1. Size göre diyetinize/tuz kısıtlamanıza size önerildiği şekilde uyabiliyor musunuz?
 1. () Her zaman uyarım
 1. () Çoğunlukla uyarım
 1. () Kısmen uyarım
 1. () Çoğunlukla uymam
 1. () Hiç uymam
2. Size göre kilonuza size önerildiği şekilde uyabiliyor musunuz?
 1. () Her zaman uyarım
 2. () Çoğunlukla uyarım
 3. () Kısmen uyarım
 4. () Çoğunlukla uymam
 5. () Hiç uymam
3. Size göre sıvı kısıtlamanıza önerildiği şekilde uyabiliyor musunuz?
 1. () Her zaman uyarım
 2. () Çoğunlukla uyarım
 3. () Kısmen uyarım
 4. () Çoğunlukla uymam
 5. () Hiç uymam
4. Size göre ilaç tedavinize size önerildiği şekilde uyabiliyor musunuz?
 1. () Her zaman uyarım
 2. () Çoğunlukla uyarım
 3. () Kısmen uyarım
 4. () Çoğunlukla uymam
 5. () Hiç uymam
5. Size göre doktorlarınızın sağlığınızdaki diğer önerilerine uyabiliyor musunuz?
 1. () Her zaman uyarım
 2. () Çoğunlukla uyarım
 3. () Kısmen uyarım
 4. () Çoğunlukla uymam
 5. () Hiç uymam
6. Diyaliz giriş-çıkış saatlerine uyabiliyor musunuz?
 1. () Her zaman uyarım
 2. () Çoğunlukla uyarım
 3. () Kısmen uyarım
 4. () Çoğunlukla uymam
 5. () Hiç uymam
7. Seansları kısalttığınız ya da yarıda kestiğiniz (sigara içmek için vs) oluyor mu?
 1. () Her zaman kısaltırım
 2. () Çoğunlukla kısaltırım
 3. () Bazen kısaltırım
 4. () Nadiren kısaltırım
 5. () Hiç kısaltmam
8. Size göre genel olarak hemodiyaliz tedavisine uyabilen bir hasta mısınız?
 1. () Her zaman uyarım
 2. () Çoğunlukla uyarım
 3. () Kısmen uyarım
 4. () Çoğunlukla uymam
 5. () Hiç uymam

EK-6 DOKTORUN HASTAYI DEĞERLENDİRME ANKETİ

1. Hasta diyetine/tuz kısıtlamasına önerildiği şekilde uyabiliyor mu?
 1. () Her zaman uyar
 2. () Çoğunlukla uyar
 3. () Kısmen uyar
 4. () Çoğunlukla uymaz
 5. () Hiç uymaz
9. Hasta kilosuna önerildiği şekilde uyabiliyor mu?
 1. () Her zaman uyar
 2. () Çoğunlukla uyar
 3. () Kısmen uyar
 4. () Çoğunlukla uymaz
 5. () Hiç uymaz
10. Hasta sıvı kısıtlamasına önerildiği şekilde uyabiliyor mu?
 1. () Her zaman uyar
 2. () Çoğunlukla uyar
 3. () Kısmen uyar
 4. () Çoğunlukla uymaz
 5. () Hiç uymaz
11. Hasta ilaç tedavilerine önerildiği şekilde uyabiliyor mu?
 1. () Her zaman uyar
 2. () Çoğunlukla uyar
 3. () Kısmen uyar
 4. () Çoğunlukla uymaz
 5. () Hiç uymaz
12. Hasta genel sağlığı konusundaki diğer önerilerinize uyar mı?
 1. () Her zaman uyar
 2. () Çoğunlukla uyar
 3. () Kısmen uyar
 4. () Çoğunlukla uymaz
 5. () Hiç uymaz
13. Hasta diyaliz giriş-çıkış saatlerine uyar mı?
 1. () Her zaman uyar
 2. () Çoğunlukla uyar
 3. () Kısmen uyar
 4. () Çoğunlukla uymaz
 5. () Hiç uymaz
14. Hastanın seansları kısalttığı ya da yarıda kestiği (sigara içmek için vs) oluyor mu?
 1. () Her zaman kısaltır
 2. () Çoğunlukla kısaltmaz
 3. () Bazen kısaltır
 4. () Nadiren kısaltır
 5. () Hiç kısaltmaz
15. Hasta genel olarak hemodiyaliz tedavisine uyumlu mudur?
 1. () Her zaman uyumludur
 2. () Çoğunlukla uyumludur
 3. () Kısmen uyumludur
 4. () Çoğunlukla uyumsuzdur
 5. () Hep uyumsuzdur

EK-7

SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki boşluğa yaşamınızda önemli bir yeri olan insanların listesini yapınız. Bu kişilerin yalnızca isimlerinin baş harfleri ile gösterdikten sonra yanlarına aranızdaki ilişkinin niteliğini (eş, anne, komşu, amca, doktor gibi) yazınız.

Aralarında 18 yaşından küçükler varsa yanına yaşını da belirtin.(Örneğe bakınız)

Listedeki insanları sizin için ifade ettikleri öneme göre sıralayınız. Öyle ki yaşamınızdaki en önemli kişiyi 1, sonrakini 2, numaralı yere yazın. Diğerlerini de buna uygun biçimde sıralayın. En çok 20 kişiyi sıralayabilirsiniz. Listeyi dilediğiniz yerde kesebilirsiniz ama kimseyi unutmaksızın sizin için önemli olan herkesi listeye katın.

ÖRNEK:

1. H.T. (Eşim)
2. K.T. (Kızım)
3. D.T. (Babam)
4. K.A. (Arkadaşım)
5. N.R. (Arkadaşım)

- | | |
|-----|-----|
| 1. | 11. |
| 2. | 12. |
| 3. | 13. |
| 4. | 14. |
| 5. | 15. |
| 6. | 16. |
| 7. | 17. |
| 8. | 18. |
| 9. | 19. |
| 10. | 20. |

Bu kişilerden hangileriyle sırlarınızı paylaşıyorsunuz? Güç bir durumda kalıp yardıma ihtiyacınız olduğunda bu insanlarda hangilerine güvenebilirsiniz? Bu kişileri en çok paylaştığınızdan başlayarak sırasıyla belirtiniz.

Adı:
Soyadı:

.././200

Aşağıda insanların aileleri ile ilişkileri sırasında yaşadıkları ve hissettikleri duygulara ilişkin ifadeler vardır. Amacımız her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Cümlelerin yanında üç seçenek vardır: Evet, hayır ve kısmen. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup, size en çok uyan seçeneği işaretleyin.

	Evet	hayır	Kısmen
1-Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.			
2-Nasıl davranacağım veya ne yapacağım konusunda aile fertlerinden yararlı bilgiler alırım.			
3-İnsanların çoğu ailelerine, benim kendi aileme olduğumdan daha yakındır.			
4-En yakın aile fertlerime derdimi açtığımda, bunun onları rahatsız ettiğini düşünürüm.			
5-Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanır.			
6-Ailem özel ilgilerimin çoğunu paylaşır.			
7-Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da öğüde ihtiyaç duyduklarında bana gelirler.			
8-Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.			
9-Kendimi kötü hissettiğimde arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir yakınım var.			
10-Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.			
11-Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.			
12-Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar.			
13-Sorunlarımı çözmede ailemin yardımlarını gördüm.			
14-Ailemden birkaç kişiyle pek çok şeyimi paylaşıyorum.			
15-Ailemdeki kişiler, nasıl davranacakları yada bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.			
16-Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissedirim.			
17-Ailemdeki kişiler canları sıkıldığında beni ararlar.			
18-Aile fertlerimin, sorunlarını çözmede kendilerine oldukça yardımcı olduğumu düşündüklerini hissediyorum			
19-Başka insanların aksine benim,ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur.			
20. Daha farklı bir ailem olmasını isterdim			

Adı:

../../200.

Soyadı:

Aşağıda insanların arkadaşları ile ilişkileri sırasında yaşadıkları ve hissettikleri duygulara ilişkin ifadeler vardır. Amacımız her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Cümlelerin yanında üç seçenek vardır: Evet hayır ve kısmen. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup size en çok uyan seçeneği işaretleyin.

	Evet	Hayır	Kısmen
1- Arkadaşlarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.			
2- İnsanların çoğu arkadaşlarına benim kendi arkadaşlarıma olduğumdan yakındır.			
3- Arkadaşlarım düşüncelerimi duymaktan hoşlanırlar.			
4- Bazı arkadaşlarım, sorunları olduğunda yada öğüde ihtiyaç duyduklarında bana gelirler.			
5- Arkadaşlarımın sevgi ve yakınlıklarına güvenirim.			
6- Arkadaşlarımdan birinin bana kızdığını hissedersen bunu ona belli etmem.			
7- Arkadaşlarımın arasında kendimi dışarıda hissedirim.			
8- Kendimi kötü hissettiğimde arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir arkadaşım var.			
9- Arkadaşlarımla ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.			
10- Arkadaşlarım kişisel isteklerimi anlayışla karşılarlar.			
11- Arkadaşlarım sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar.			
12- Sorunlarımı çözmede arkadaşlarım bana oldukça yardımcı olur.			
13- Pek çok şeyimi paylaştığım bir kaç arkadaşım var.			
14- Arkadaşlarım, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.			
15- Arkadaşlarıma sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissedirim.			
16- Arkadaşlarım canı sıkıldığında beni arar.			
17- Arkadaşlarımın, sorunlarımı çözmede kendilerine oldukça yardımcı olduğumu düşündüklerini hissediyorum.			
18- Başka insanların aksine hiçbir arkadaşımınla aramda fazla yakın bir ilişki yoktur.			
19- Geçenlerde bir arkadaşım bir konuda bana iyi bir fikir verdi.			
20- Daha farklı arkadaşlarımla olmasını isterdim.			

HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

- | | |
|--|---|
| 1. Depresif ruh hali
(keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik) | 0. Yok
1. Yalnızca soruları cevaplarken anlaşıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor. |
| 2. Suçluluk duyguları | 0. Yok
1. Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
4. Kendisini ihbar ya da itham eden sesler işitiyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor. |
| 3. İntihar | 0. Yok.
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir). |
| 4. Uykuya dalamamak | 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yatığında yarım saat kadar uyuyamadığından şikâyetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikâyet ediyor. |
| 5. Geceyansı uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
2. Gece yansı uyanıyor. Yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın). |
| 6. Sabah erken uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya d alıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor. |
| 7. Çalışma ve aktiviteler | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlardaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir. |

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
8. Retardasyon
(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
9. Ajitasyon
10. Psikik anksiyete
11. Somatik anksiyete
12. Somatik semptomlar
Gastrointestinal
13. Somatik semptomlar
Genel
14. Genital semptomlar
(libido kaybı, adet bozuklukları vb.)
15. Hipokondriyaklık
16. Zayıflama
(A ya da B'yi doldurunuz)
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve iritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif
2. İlmli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:
Gastrointestinal: Ağız kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma
Terleme
0. Yok.
1. İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılamadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyaklık delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

17. Durumu hakkında görüşü

- B. Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
 1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
 0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
 1. Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
 2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok

1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

BİRİNİ İŞARETLEYİN

1. ANKSİYETELİ MİZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6. DEPRESİF MİZAÇ: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. SOMATİK (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
8. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4

9. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
10. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyuları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
11. GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
12. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
13. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kınışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM: PSİŞİK: SOMATİK
 (1,2,3,5,6) (4,7,8,9,10,11,12,13)

Değerlendiren Dr:

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

YÖNELİM (Toplam puan 10)

- Hangi yıl içindeyiz ()
 Hangi mevsimdeyiz ()
 Hangi aydayız ()
 Bu gün ayın kaç ()
 Hangi günde ()
 Hangi ülkede yaşıyoruz ()
 Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
 Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
 Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
 Şu an bu binada kaç ()

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın
 (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan ()

DİKKAT VE HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
 Her doğru işlem 1 puan. (100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

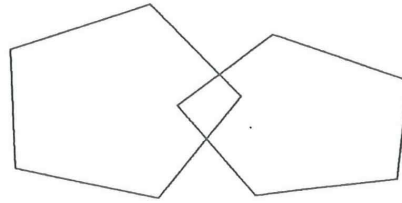
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.
 (Masa, Bayrak, Elbise). ()

LİSAN (Toplam puan 9)

- a) Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 2 puan (20 sn tut) ()
 b) Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.
 "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut) 1 puan ()
 c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.
 "Masada duran kâğıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen"
 Toplam puan 3, süre 30 sn, her bir doğru işlem 1 puan ()
 d) Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

"GÖZLERİNİZİ KAPATIN" (arka sayfada) ()

- e) Şimdi vereceğim kâğıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın. (1 puan). ()
 f) Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (arka sayfada) (1 puan) ()



EK-11

Hasta adı soyadı :

SF 36

1. Genel olarak sağlığını için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz ?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre çok biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
d) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığını şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu ? Kısıtlıyorsa ne kadar ?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı ?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu ?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi ? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 Hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi ?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu ?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi ?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu ?						
Sizi hiçbir şeyin neçelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi ?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi ?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi ?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi ?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Tandığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel					