

TC
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

1. PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**DİYALİZE GİREN VE GİRMEYEN KRONİK BÖBREK
YETMEZLİKLİ HASTA YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİ
VE PSİKİYATRİK BELİRTİ TARAMALARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

AİLE HEKİMLİĞİ
UZMANLIK TEZİ

Dr. İsmail KASIM

Ankara—2000

TC
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

1. PSİKIYATRİ KLİNİĞİ

**DİYALİZE GİREN VE GİRMEYEN KRONİK BÖBREK
YETMEZLİKLİ HASTA YAKINLARININ YAŞAM KALİTESİ
VE PSİKIYATRİK BELİRTİ TARAMALARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

AİLE HEKİMLİĞİ
UZMANLIK TEZİ

Dr. İsmail KASIM

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Çiğdem AYDEMİR

Ankara – 2000

ÖNSÖZ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Prof. Dr. Osman Müftüoğlu' na eğitimimiz için sağladığı ortam sebebiyle; tez danışmanım sayın Doç. Dr. Erol Göka' ya hem eğitimimize hem de tezime gösterdiği sonsuz ilgi sebebiyle; koordinatörümüz 4. Dahiliye Klinik Şefi Dr. Aysel Uzuner' e aile hekimlerine gösterdiği yakın ilgi ve yardımları sebebiyle; rotasyonlarımız sırasında eğitimime sağladıkları katkılardan dolayı Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Başhekimi Prof. Dr. Tahsin Teziç' e, Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi Başhekimi Doç. Dr. Oya Gökmen' e, 4. Cerrahi Kliniği Şefi Doç. Dr. Nuri Aydın Kama' ya, 3. Dahiliye Kliniği Şefi Dr. Süreyya Adanalı' ya, tezim konusunda yakın ilgisini gördüğüm Uzm. Dr. Çiğdem Aydemir' e, Uzm. Dr. H. Veli Atalay' a, Uzm. Dr. Başol Canbakan' a, Uzm. Dr. Ayşegül Örs Zümrütdal' a, eğitimim süresince ilgilerini esirgemeyen uzmanlarıma ve asistan arkadaşlarıma ve son olarak da hayatımın bu zor döneminde sonsuz destek ve yardımlarını gördüğüm hayat arkadaşım ve aileme teşekkürü borç bilirim.

Dr. İsmail Kasım

İÇİNDEKİLER

Sayfa

1. Giriş ve Amaç.....	1
2. Genel Bilgiler.....	3
3. Materyal ve Metod.....	23
4. Sonuçlar.....	26
5. Tartışma.....	41
6. Sonuç ve Öneriler.....	47
7. Özet.....	48
8. Kaynaklar.....	50
9. Ekler.....	58

GİRİŞ VE AMAÇ

“We should place the highest value not on living, but on living well.”

“En büyük değeri sadece yaşamaya değil, iyi yaşamaya vermeliyiz.”

Socrates

Socrates'in yüzyıllar öncesinden belirttiği yaşam kalitesinin yeri ancak son 20 yıldır modern tıp dünyasının hakettiği noktaya gelmiş ve hastaların ömürlerini uzatmayı görev sayan nicel anlayıştan yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen nitel anlayışa kayma başlamıştır. Doğal olarak yaşam kalitesi kavramını anlama ve iyileştirme çabalarında hedef daima hastalar olmuştur. Ancak bazı ağır ve kronik hastalıklarda (inme, demans vb.) hastalara bakım veren kişiler ve/veya eşleri, çocukları gibi hasta yakınları da hastalığın etkilerinden paylarına düşeni almaktadırlar.

Kronik böbrek yetmezliğinin(KBY) modern tedavi yöntemleriyle ölümcül bir hastalık olmaktan çıkması ve hastaların bilişsel yeteneklerini göreceli olarak az etkileyen bir hastalık olması bazı araştırmacıların dikkatlerini bu hasta grubunun yaşam kalitesi üzerine çekmiş ve son 20 yılda birçok kişi bu konu üzerinde çalışmıştır. Ancak, bu grup hastaların yakınlarının yaşam kalitesinin nasıl etkilendiği araştırmaya açık bir konudur. Bu konuda yapılan birkaç küçük ölçekli çalışmada hemodiyaliz ve transplantasyonun hasta yakınlarının duygudurum ve yaşam kalitelerini nasıl

etkilediği bulunmaya çalışılmıştır. Fakat diyaliz öncesi ve diyaliz sonrası durum veya diyalize girmenin hasta yakınlarının yaşam kalitelerini nasıl etkilediği üzerinde pek durulmamıştır.

Ayrıca, kronik böbrek yetmezliğinin de içinde olduğu kronik hastalıklarda, hastalarda özellikle depresyon başta olmak üzere birçok psikiyatrik rahatsızlık görülebilmekte ve bu durum hastalığın seyrini de etkileyebilmektedir. Aynı şekilde hastaya primer bakım veren kişilerde de bazı psikiyatrik rahatsızlıklar görülebilmektedir. Bu durum özellikle zbakımlarını yapamayan hasta gruplarında daha belirgindir.

Bu alışma diyalizin hasta yakınlarının yaşantılarına ve psikolojik durumlarına etkisinin nasıl olduğunu tespit edebilmek, eğer bir etki varsa, bu etkinin şeklini ve miktarını araştırmak amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın diğer bir amacı da kronik böbrek yetmezliği (KBY) ve diyaliz hastalarının yakınlarına yapabileceğimiz yardımlar konusunda bir tartışma başlatmaktır.

GENEL BİLGİLER

Bu yüzyılın başından itibaren gelişmiş ülkelerde, yüzyılın ortalarından sonra da gelişmekte olan ülkelerde ortalama ömürdeki uzama beraberinde kronik hastalıklarla birlikte geçen ömrün de uzaması sonucunu getirmiştir.²⁴ Bu uzama ve uzun süreli tedavi ihtiyacı hem hasta, hem de ailesi için günlük hayatta bazı kısıtlamalara neden olabilmektedir. Bu kısıtlamalar, hastalığın meydana getirdiği fiziksel yetersizlikler nedeniyle hastanın kendi işlerini görmedeki yetersizlik sonucu olabileceği gibi (inme, demans vb.); uzun süreli tedavi uygulamaları (hemodiyaliz vb.) sonucu da olabilir.

Kronik böbrek yetmezliği, böbrek fonksiyonlarında kalıcı ve ilerleyici bozulmayla giden bir hastalıktır. Kronik böbrek yetmezliğine sebep olan birçok hastalık bulunmaktadır. Bunların bir kısmı sıklık sırasına göre şunlardır: Diabetes mellitus (%36), hipertansiyon (%30), glomerülonefrit (%12), böbreğin kistik hastalıkları (%3), interstisiyel nefrit (%3), obstruktif nefropati (%2), kollajen vasküler hastalıklar (%2) vb. dir.³⁶

İlerleyici böbrek hastalığı gelişimi 5 dönem olarak düşünülebilir ⁸ :

1. Böbrek rezerv kaybı: Bu dönem, tanı konulmadan önce ve sonrasında herhangi bir tedavi verilmeden böbrek fonksiyonlarının metabolizma ihtiyaçlarına cevap verebildiği dönemdir. Bu dönemi çoğu hasta tanısız geçirmiştir.

2. Böbrek fonksiyonlarında ilerleyici azalma: Hastaların bir kısmı bu dönemi de tanısız geçirebilirler. Böbrek fonksiyonlarının korunması için

medikal tedaviye ihtiyaç vardır. Hasta üzerindeki en büyük etkisi böbrek hastalığının kalıcı olduğunu anlamaya başlamasıdır.

3. Kronik böbrek yetmezliği: Medikal tedavi dozajı gittikçe daha fazla artar. Diyet ve sıvı kısıtlaması başlar. Hasta için tamamen kontrol altında bir hayat başlamış ve hastalığı, hayatındaki bütün önceliklerin önüne geçmiştir.

4. Üremi: Bu dönemde hasta için tamamen yeni ve korkulan bir kavram olan “diyaliz” telaffuz edilmeye başlanır. Hasta, başka diyaliz hastalarıyla görüşerek bilgi edinmeye, diyalizin mahiyetini kavramaya çalışır. Uygun olan hastalar için transplantasyon bir seçenek haline alır.

5.Son dönem böbrek yetmezliği: Bu dönemin temel ögesi diyalizdir. Şanslı hastalar için transplantasyon gerçekleştirilebilir. Hastalar için nispeten stabil bir dönemdir. Bu sebeple başlangıç dönemi dışında hasta açısından psikolojik adaptasyon gerektiren aşırı bir değişiklik olmaz.

Yukarıda açıklanan dönemlerin üçüncüsü olan KBY'nin gelişimi ise dört aşamalı olarak düşünülebilir⁷ :

1. Başlangıç evresi : Bu dönemde hastalık henüz belirti vermediği için tanı konmamıştır. Hasta başka bir sebeple araştırılırken tesadüfen tanı konabilir.

2. Başlangıç tedavi evresi : Bu dönemde tanı konur ve medikal tedavi ile böbrek hastalığının ilerlemesi önlenmeye çalışılır. Böbrek hastalığına ek başka hastalıklar varsa, bunların tedavisi yoluna gidilir (hipertansiyon, diabetes mellitus vb.).

3. Olgunlaşma evresi : Bu dönemde medikal tedaviye rağmen ilerleyici böbrek fonksiyon kaybı sözkonusudur. Bu fonksiyon kaybı belli bir süre sonra diyaliz tedavisine ihtiyaç göstermeye başlar.

4. Ölüme yakın dönem : Bu dönemde diyaliz tedavisine rağmen metabolik komplikasyonların önlenmesi mümkün olmaz.

Kübler Ross' un kanser vb. tam tedavisi olmayan kronik hastalıklar için tanımladığı, tanıyı öğrendikten sonraki emosyonel davranışsal reaksiyonlar kronik böbrek yetmezliği için de uygulanabilir. Hasta tanıyı ilk öğrendiği zaman bir şok ve inkar dönemi yaşar. Kendisinde böyle bir hastalık olmadığını, konulan tanının yanlış olduğunu düşünür. Hatta tanının yanlışlığını gösterebilmek için başka doktorlara gider. Daha sonra öfke dönemi diye tanımlanan “niye ben” duygusunun yaşandığı ikinci dönem gelir. Bu dönemde hastada, önce sağlık personeline, sonra yakınlarına, en sonunda kutsal değerlerine karşı bir öfke vardır. O, bu hastalığı hakedecek bir şey yapmamıştır. Bu hastalığa sebep olan başkaları vardır ve onlar suçludur. Bu dönemi takiben hasta pazarlık dönemine girer. Süre uzadıkça depresyon ve peşinden kabullenme dönemi gelir.

Hastalar bu süreç boyunca gittikçe artan oranda diyet, sıvı ve faaliyet kısıtlamalarına girerler. Gösterilen bütün özene rağmen hastaların zaman zaman bazı metabolik bozukluklar sebebiyle hastaneye yatırımları gerekebilir. Bu yatışlar hem diyet, hem de medikasyonlarda gereken değişiklikler ve daha sıkı uymaları gereken kurullarla sonuçlanır.

Kronik böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıkları olan kişiler sürekli yeni durumlarla karşılaşarak uyum mekanizmalarını çalıştırmak zorundadırlar.

Bunlar Moos'un da belirttiği gibi; hastalığın fizik belirtileriyle uğraşma, gerekli tedaviyi uygulama, sağlık profesyonelleriyle ilişkileri geliştirme ve sürdürme, kendilik imajını koruma, bağımsızlık duygusunu koruma ve başkalarına bağımlı hale gelene kadar bağımsızlığını sürdürmeye çalışma, aile ve arkadaşlarıyla ilişkilerini sürdürme ve belirsizlik duygusuyla başetmedir.¹

Furr, KBY hastalarında uyum gerektiren durumları şöyle özetlemiştir¹⁹ :

1. Hastalar, kendilik algılamalarındaki değişikliklere uyum sağlamak zorundadırlar. Yorgunluk, enerji yokluğu, hastanın aktivite kaybı ve tedavi uygulamaları ve hastalığın kendisi sebebiyle vücutlarında meydana gelen değişiklikler tedavi ve hayat uyumunu bozabilir.

2. Depresyon, anksiyete ve ölüm korkusu sonucunda hastalarda güven kaybı ve başka semptomlar görülebilir.

3. Kronik hastalıkla başetme, tedavi komplikasyonları, iş ve işte yükselme beklentisinin kaybı, aile içi rollerde değişiklikler, arkadaş ortamının değişmesi, eskiden hobi olarak uğraşabildiği av, futbol, jogging gibi sporlar ve aşırı fiziksel güç gerektiren bazı işlerden uzak kalması gibi sosyal ilişkilerde değişmeler sonucu ağır bir stres ortamıyla karşı karşıya kalmaktadırlar.

4. Diyet, aktivite seviyesi, diyaliz gibi düzenlemeler sonucunda hayat tarzı değişiklikleri oluşturmaktadır.

5. Toplumsal statü değişikliği oldukça sık görülmektedir. Bazı çocuk hastalar diyet, sıvı ve aktivite kısıtlamaları sebebiyle oyunlara yeterince katılamamakta, diyaliz seansları sebebiyle, ders çalışmaya ayırdıkları zamanın azalması sonucu, başarıları düşmekte ve bütün bunların sonucunda

okuldaki statülerini kaybetmekte, yetişkinler ise, aile ve iş hayatında sosyal statü değişikliklerine uyum sağlamak zorunda kalmaktadırlar.

Mükerrer yatışlar ve çoğu zaman yıllar, bazen onyıllar süren takiplerle birgün hastanın böbrek fonksiyonları kan üre ve kreatinin seviyesini belli bir seviyenin altında tutmaya yetmemeye başlar. İşte bu aşamada hasta için başatmak zorunda olduğu yeni bir işlem, yeni bir uygulama dönemi başlamıştır. Bu yeni uygulamanın adı “dializ” dir.

Son dönem böbrek yetmezliğinin 3 ana tedavi şekli vardır. İlk iki tedavi yöntemi dializin iki türü olan periton dializi ve hemodiyalizdir. İlkinde filtrasyon membranı olarak periton kullanılırken ikincisinde bu işi suni membranlar yapmaktadır. Üçüncü yöntem ise böbrek transplantasyonudur. Bunlardan hem hasta, hem de eş ve aileleri için en uygun ve göreceli olarak en normal hayat sağlayan uygulama transplantasyondur. Çünkü sürekli ilaç kullanma dışında bir alete bağımlılık ve fiziksel kısıtlama getirmemektedir.¹²

1960’ların başında kronik böbrek yetmezliği, dializ yöntemlerindeki yetersizlik ve dializ uygulamalarının yaygın olmamasından dolayı mutlak ölümcül bir hastalık olarak görülmekteydi. Fakat sonraki yıllarda dializ uygulamalarının yaygınlaşması ve kronik böbrek yetmezlikli hastaların büyük kısmının dializ uygulamalarından yararlanabilmesi, kronik böbrek yetmezlikli hastaların ömür beklentilerini önce yıllar, sonra onyıllarla ifade edilen sürelerle uzatmıştır.²⁴

Diyalize girmeye başlayan bir KBY hastası yeni bazı zorluklarla başatmak ve bazı kısıtlamaları yaşamına katmak zorundadır. Bunlar; sıkı bir diyet ve sıvı alımı kontrolü, sürekli kullanmak zorunda kalacağı ve bir

kısının kaçınılmaz yan etkilere sahip olduğu bazı ilaçlar, hemodiyaliz için haftada iki ya da üç kez, 3-5 saat süreyle diyaliz makinesine bağlı kalmak, periton diyalizi için ise haftada üç-beş kez yaklaşık 12 saat süreyle diyaliz uygulanmasıdır. Diyet ve sıvı kontrolü ile sürekli ilaç kullanımı, diyalize girmeyen böbrek yetmezliği hastaları için de bir kısıtlama olarak günlük hayatlarına girmektedir. Diyaliz hastaları ayrıca sıklıkla letarji ve enerji azlığından yakınmakta, gittikçe azalan bir fiziksel kapasite tanımlamakta ve cinsel yaşam ve diyaliz için önce subklavien kateter takılması, sonra ön kola arteriyovenöz fistül açılması, sıvı kısıtlamasına uymadığında ödem gelişmesi, deri renginde değişiklik olması gibi vücut imajı değişiklikleri ile karşı karşıya kalmaktadır.² Bunların dışında KBY hastasının hayatında bazı değişikliklerin olması da kaçınılmaz görünmektedir. Bu değişiklikler, işinde değişme ya da işlerine yeterli zaman ayıramama, bazen malülen emekli olmak zorunda kalma sonucu gelirinde azalma, eskiden yapmakta olduğu, görevi haline gelen işlerin aile içindeki diğer bireylerce yüklenilmek zorunda kalınması gibi değişiklikler sonucu aile içi rollerde değişme, eskiden spor yaparken sporla ilgilenememesi, arkadaş toplantılarına özellikle diyeti bozma korkusuyla katılamaması gibi nedenlerle sosyal aktivitelerde azalma ve primlerini ödeyemez hale gelmesi nedeniyle sosyal güvenlik kaybı veya malülen emeklilik hakkını kazansa bile bu kez ulaşabileceğinden daha düşük bir emekli ücretini kabul etmek zorunda kalması gibi durumlardır.²

Literatürde diyaliz tedavisine uyumun üç aşamalı olduğu düşünölmektedir⁵ :

1. Balayı periyodu : Diyaliz başladıktan sonraki 1-3 haftayı kapsayan belirgin fiziksel ve duygusal değişikliklerin görüldüğü dönem. Hastanın hastaneye yatmasına sebep olan belirtiler hızla geriler. Hasta, bu dönemde henüz, diyalizin sürekli bir tedavi şekli olduğunu kavrayamamıştır ve bütün tedavileri geçici bir süre için katlanılacak bir süreç olarak görmektedir. Çünkü gerçekten semptomları, diyaliz tedavisi sonrasında hızla düzelmiştir.

2. Duygusal yıkılma ve güvensizlik dönemi : Bu dönemde hastanın eski aktif hayatına dönme isteği vardır. Hasta iş ve özel hayatını eski haliyle yaşamaya çalışır. Diyet ve ilaçlarına çok fazla dikkat etmez. Bunun sonucunda hastalığının belirtilerinde artma görülünce tıbbi yardım arar. Bu sırada hayatında ne kadar çok şeyin değişeceğini anlamaya başlar. Hastalığının sürekli olduğunu ve hiçbir zaman tam olarak düzelemeyeceğini anladığında ise genellikle depressif bir dönem girer. Hastalarda depresyon en çok bu dönemde görülür.

3. Uzun süreli uyum dönemi : Bu dönem depresyon ve düzelmelerle gider ve hasta aşamalı olarak bu yeni hayatını kabullenir. Hastalar artık yeni hayat tarzına uyum sağlamışlardır. Hayatlarındaki bütün düzenlemeleri hastalıklarını gözönüne alarak yaparlar. Örneğin tatile gideceklerinde önceden diyaliz merkezi ayarlamaya çalışırlar. Diyetlerini bozacağı için yemek davetlerine katılmaz veya gıdalarını kontrollü alırlar. Ağır spor aktivitelerinden uzak durur ve yeni bir arkadaş grubu edinirler.

Bunların dışında bir evreden daha sözedilebilir ki bu evre böbrek yetmezliği teşhisi konduktan diyaliz tedavisi başlayana kadar geçen süredir ve bu dönemde hasta daha fazla stres, anksiyete ve depresyonla yüzyüze

gelebilir.⁶ Bu durumun sebebi bu dönemde daha çok, belirsizliklerin hakim olmasıdır. Başlangıçta hastalığı belirsizdir. Hastalığının tanısını koyabilmek için biyopsi dahil birçok tanı amaçlı girişimle karşı karşıya kalmak zorundadır. Tanısı konduktan sonra, bu sefer de süre konusunda belirsizlik mevcuttur. Diyalize girmeden ne kadar süre idare edebileceği belli değildir ve bu konudaki sorularına hiçbir zaman kesin bir cevap alamaz. Ayrıca hem ailesi, hem de akraba ve arkadaş çevresi hastalıktan tam olarak haberdar değildir ve hastadan eski aktivitelerini aynen yapmasını beklemektedirler. Bunun ötesinde hastanın kendisi de eski hayatına tam olarak dönme beklentisi içindedir. Bu beklentinin gerçekleşmemesi ve hastalığının gittikçe kötüleşmesi, sürekli olarak hastanın uyum sağlaması gereken durumlar listesini kabartır. Hasta her kontrolde beklentilerini azaltmak ve gittikçe zorlaşan yeni bir hayata uyum sağlamak zorunda kalır ki hastanın beklentisini her azaltışı hasta için yeni bir kayıp yaşamaya demektir.

Lok, 64 hemodiyaliz hastasında en sık görülen üç fiziksel stres etkeni olarak; fiziksel kısıtlamalar, yorgunluk ve kas krampları, en sık görülen iki psikososyal stres etkeni olarak da; sosyal hayata katılımında azalma ve gelecekle ilgili belirsizliği saptamıştır.¹⁵

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda depresyon ve anksiyete en sık görülen ve en iyi araştırılmış olan psikolojik parametrelerdir.¹⁶ Depresyonun beklenen yaşam süresinde azalmayla ilişkili olduğu da gösterilmiştir.¹⁶

Kronik böbrek yetmezliğinin hastalar üzerindeki biyolojik, psikolojik ve sosyal etkileri şekil-1 de şematik olarak açıklanmaya çalışılmıştır.



Devins kronik böbrek yetmezliği hastalarında sağkalımı artıran birbirinden bağımsız dört değişken tespit etmiştir:

1. Böbrek yetmezliği ile beraber başka bir kronik hastalık olmaması veya olsa da hastalığın daha hafif bir hastalık olması.

2. Yaşın genç olması.

3. Çeşitli aktivitelere düzenli olarak katılması. Bu aktiviteler arasında böbrek hastalarına yönelik çeşitli eğitim toplantıları ve bazı derneklerin düzenledikleri geziler sayılabilir.

4. Mutluluğunun orta değerde olması. Hayatlarının sürekli mutlu geçtiğini ifade eden grubun beklenen yaşam süresinin bazen mutlu, bazen mutsuz olduklarını ifade eden gruba göre daha az olduğu tesbit edilmiştir. Zaten sürekli mutlu olmanın normal yaşamda bile mümkün olmadığı düşünülürse bu ifadenin gerçeği yansıtmadığı sonucuna da varılabilir.³¹

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın sağlık tanımı "yalnızca hastalığın bulunmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" dir. Dünya Sağlık Teşkilatı 1980' den bu güne işte bu iyilik halini ölçebilmek için çalışmalar yapmaktadır. Bu çalışmalar çerçevesinde yaşam kalitesini "kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tanımlamıştır.³⁶

Eskiden bir hastalığı tedavi etmedeki başarı hastanın yaşam süresini uzatmakla eşanlımlı görülürdü. Fakat günümüzde kronik hastalıklarda yaşam kalitesi hasta izleminde önemli bir unsur olarak kabul edilmekte ve kronik böbrek yetmezliği tedavisinde dikkatler "hastanın ömrünü nasıl

uzatırız” in yanında “hastanın yaşam kalitesini nasıl koruruz” a da yönelmiş bulunmaktadır.³²

Shidler, böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda hastalık algılaması, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi seviyelerinin depresyon seviyeleriyle ters orantılı olduğunu bulmuştur.⁹ Rocco, kronik böbrek hastalığı olan 1284 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada böbrek yetmezliği ilerledikçe semptomların sıklığı ve ciddiyeti ile psikolojik baskının artmakta olduğunu ve yaşam kalitesinin düştüğünü tesbit etmiştir.¹⁰ Ayrıca böbrek fonksiyon bozukluğu hastalarında yaşam kalitesinin böbrek fonksiyonlarındaki bozulmayla doğru orantılı olarak kötüleştiğini göstermiştir. Aynı çalışmada tıbbi hastalığın bulgularına bağlı olarak psikolojik sıkıntının da sağlıklı nüfusa göre arttığını ve bu artışın derecesinin böbrek bozukluğunun derecesine bağlı olduğu da gösterilmiştir. Bu bulguların ışığında yaşam kalitesi ve semptomatolojinin sadece kronik böbrek yetmezliği hastalarında değil böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda da kötü yönde etkilendiğini ve bunun glomerüler filtrasyon hızıyla negatif etkileşim gösterdiğini düşünmüştür.

White, hem hastalar, hem de hasta yakınları için diyalizin negatif bir olay olduğunu, diyalizin negatif yönlerinin fiziksel kısıtlamalar, yoğun negatif duygusal cevaplar (sinirlilik ve depresyon gibi), büyük çaplı hayat tarzı değişiklikleri olduğunu göstermiştir.¹⁴ Ayrıca aynı çalışmada hastaların ve yakınlarının sürekli yorgunluktan şikayetçi olduklarını, hastaların seyahat edememe, çalışamama, sinirlilik ve üzüntülü olma gibi durumlardan yakındıklarını, hasta yakınlarının ise kendilerini sosyal izolasyon içinde gördüklerini, anksiyeteli ve yorgun olduklarını tespit etmişlerdir. Hasta

yakınlarının yorgunluklarının sebebi, hastanın daha önce yaptığı işlerin de hasta yakınlarının üzerine yüklenmesi olabileceği gibi hasta ve hastalık konusunda gelişen anksiyete de buna katkıda bulunabilir. Bu çalışmada diyalizin pozitif bir yönü olarak beklenenin aksine hastalar ve eşleri arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirmesini göstermiştir. Buna göre hem diyaliz hastaları, hem de eşleri, ilişkilerinin daha pozitif olduğunu, sevgilerini daha belli edici ve daha hoşgörülü hale geldiklerini belirtmişlerdir.

Thornton, kronik böbrek yetmezliği hastasının rehabilitasyonunun sadece hayatını destekleyici biçimde olmaması, bunun yanında yaşam kalitesini artırmaya yönelik rehabilitasyon programlarının da geliştirilmesinin gerekliliği üzerinde durmuştur.²⁰

Kimmel ve Markus, sosyal desteği güçlü olan hastalarda sağkalımın daha iyi olduğunu, diyaliz vb. uygulamalara daha kolay uyum sağladıklarını, hastalıklarından dolayı yıkımlarının daha az olduğunu, daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını yeni kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitelerinin eski hastalara göre daha kötü olduğunu tespit etmişler ve diyaliz tipine göre farkları araştırdıklarında sadece periton diyalizi grubunun mental sağlık yönünden daha iyi olduğunu görmüşler, yaşam kalitesinin diğer ölçüm sahalarında diyaliz çeşitleri arasında fark tespit etmemişlerdir. Bu sebeple diyalizin tipinden daha çok diyalize bağlı kalma zorunluluğunun yaşam kalitesini etkilediğini düşünmüşlerdir.^{23,30}

Yaşam süresi uzadıkça kronik hastalıkla geçen süre de artmakta ve hem hastanın kendisi, hem de aynı evde yaşayan yakınları bu kronik hastalık

ve beraberindeki stres faktörleriyle daha uzun süre karşı karşıya kalmakta, hastalığın ilerlemesine uyum göstermek zorunda kalmaktadırlar.¹³

Siegal, kronik böbrek yetmezlikli hastaların en büyük destek kaynağının aileleri olduğu tespit etmiştir.²⁷

Ailede bir böbrek hastasının olması, aile yapısının dengelerini bozarak, başka bir noktada yeni bir denge oluşmasına sebep olur. Bu arada böbrek hastalığı süregitmektedir. Hastalığın prognozundaki her değişiklik bu dengenin yeniden bozulup kurulmasına sebep olur. Ailenin bu uyum süreci birçok faktörden etkilenir. Örneğin ailedeki ilişkilerin niteliği, ailenin gelişim evresi, kültürel değerler, inançlar, iletişim, teknolojik gelişmeler ve ekonomi.

Aile sürekli rol değişimi ve adaptasyon süreci yaşarken iyileşme ve asemptomatik dönemler azalır. Zaman içinde yeni bakım görevleri aile bireylerinin sorumlulukları arasına eklenirken, aile bireylerinde bitkinlik ve tükenme belirtileri ortaya çıkabilir. Hastalığın ölümcül olabileceği düşüncesi, aile üyelerinin, daha hastayı kaybetmeden, yas süreci içine girmelerine neden olur. Aynı nedenler hastanın aşırı korunmasına ve sekonder kazançlara yol açabilir. Hastalığın prognozundaki belirsizlik, tükenmişlik için en önemli risk faktörüdür.

Hastalık tanısının konduğu dönem ve semptomatik dönemler, aile üyelerinin aşmaları gereken kriz dönemleridir. Bu dönemlerde, aile üyelerinin başa çıkmaları (tamamlamaları) gereken görevler şunlardır:

1. Acı, yeti yitimi, hastalığa bağlı diğer semptomlarla yüzleşebilmek.
2. Hastane ortamı ve hastalığa ait prosedürlere uyabilmek.
3. Tedavi ekibiyle işler bir ilişki kurmak ve sürdürmek.

4. Hastalık sırasında ortaya çıkacak sorunlarla başa çıkabilmek için yeterlilik duygusunu geliştirmek.

5. Hastalık öncesi aile kimliği için yas tutmak.

6. Geçmiş ve gelecek arasında, bir devamlılık duygusu içinde, hastalığın kalıcılığını kabul etmek.

7. İleriki döneme ait kriz reorganizasyonlarında biraraya gelebilmek.

8. Belirsizlik karşısında, gelecek planlarına dair bir esneklik oluşturabilmek.

9. Kronik evrede, anormal koşullar altında, normale yakın bir yaşam sürdürmeye çalışmak.⁴⁶

Aile içinde bir bireyde hastalık ortaya çıktığında, aile içi bireyler arası sınır incelerken, çevreye karşı sınırlar kalınlaşır. Bütün bireyler merkeze doğru yönelirler. Bu yönelme sırasında, bireylerin gelişim evresi önemlidir. Örneğin; okulu bitirip, dış dünyaya açılacak ve iş hayatına atılacak bir çocuk, evdeki görevlerine öncelik tanıyarak, bunu erteler. Bunun sonucunda, bağımsızlığını kazanması ertelenir. Bu, ebeveynler için de geçerlidir. Her aile üyesi, karşılıklı bakım ve bağımlılık hizmeti sürdürürken, otonomisinden fedakarlık eder.

Hastalığın herhangi bir evresinde yapılması gerekli olan işler, başka bir evrede, lüzumsuz ve hatta zararlı hale gelebilir. Hasta yakınlarının, hastalığın diğer evrelerine uyumunu engelleyebilir. Örneğin; bir evrede bütün aile bireylerinin, biraraya toplanması faydalıyken, bir sonraki evrede, biraraya geliş, her bir aile üyesi için, hapis halini alabilir. Aileler, faydalılığını yitirmiş uyum noktalarında tıkanabilirler. Bu sebeple ailenin rol dağılımındaki

esnekliği, problem çözme ve iletişimdeki becerikliliği, uzun süreli tedavi uyumunu etkiler. Aile üyelerinin her birinin, önceki hastalık deneyimleri, sağlıklı dönemlerde bellekte gizli kalırken, aile içindeki yeni bir hastalığın tetiklemesiyle yeniden ortaya çıkabilir. Bu faktör de aile üyelerinin hastalığa uyumunu etkiler.^{47,48}

Hasta ister ebeveynden biri, isterse çocuk olsun ekonomik değişimler bu dengeyi değiştiren en önemli faktörlerden biridir. Ebeveynden biri kronik böbrek hastası olduğunda, eğer çalışan bir ebeveynse işiyle ilgili yaşayacağı sorunlar doğrudan ekonomik kayıp olur. Bu işle ilgili sorunlar; hastalığı sebebiyle işine yeteri kadar zaman ayıramaması, terfi edememesi, çoğu zaman işiyle hiç ilgilenememe sebebiyle iş kaybı veya malülen emekli edilmesi, kendine ait bir işi varsa yeterince ilgilenememesi sebebiyle gelirinde azalma olması, sigorta primlerini ödeyememesi sebebiyle sağlık güvencesinin de kaybolması vb. sorunlar olabilir. Bunun yanında hastalığın getirdiği ekonomik yük de (ulaşım masrafları, sürekli kontrollere gitmek zorunda olması sebebiyle bazen başka şehirlerdeki hastanelere gitmek zorunda kalması, diyaliz malzeme ve işlem masrafları vb.) ailenin varolan ekonomik sorunlarını artırır. Ekonomik kayıp doğrudan ailenin yaşam standartlarının düşmesine neden olur.

Eğer hasta, çocuklardan biriye, bundan çocuğun kendisi yanında kardeşi, anne ve babası ve hatta yakın akraba ve komşuları da etkilenir. İlginin çoğunun hasta çocuğa verilmesi diğer çocukların maddi ve manevi ilgi kaybına sebep olur. Ailenin hasta çocuk dışında özel hayatları kısıtlanır, artık hayat hasta çocuğun etrafında dönmektedir. Bu aşırı ilgi çocuğun fiziksel

gelişimi yanında ruhsal gelişimini de etkiler. Çocuk sürekli hasta muamelesi gördüğü için sorumluluklarını almaz. O daima ailenin bakıma muhtaç küçük çocuğudur. Bu durumda kendisine bakan kişiler oldukça hastanın durumu iyi görünür ancak kendisine bakan kişinin kaybı durumunda hasta için asıl yıkım gerçekleşir.

Ailedeki her bir bireyin yüklendiği sorumluluk artar. Anne hem ev işlerini yapar, hem de çocuğun medikal randevularıyla ilgilenir. Baba daha çok para kazanmak için daha çok çalışmaya ve eve daha geç gelmeye başlar.

Eşlerden biri hastaysa karı-koca ilişkisi bozulur. Hasta eş bakıma muhtaç kişi muamelesi görür ve sorumlulukları azalırken diğer eşin sorumlulukları artar. Bu ilişki bir karı koca ilişkisinden ebeveyn ilişkisine dönüşür. Ayrıca cinsel hayatları da etkilenir. Ailenin içindeki dominans dengesi değişebilir.

Sosyal hayatları etkilenir, çünkü sağlam eş hasta olanı bırakıp gidemez, kendisi yokken başına bir şey gelmesinden korkar. Bir kez bile bırakıp gitse hastanın başına bir şey gelir, çünkü hasta eş de bırakılmayı istememektedir. Sağlam eş, hasta olan eşi için sürekli kaygı ve üzüntü duyar. Hayatını eşine vakfeder. Bazen çok kaygılanır, bazen çok öfkelenir ve bıkkınlık duyar, bazen de bu hastalığın verdiği güçle aile içi ilişkiler düzelebilir. Bazı çalışmalar hasta eş tarafından bakım veren eş desteklendiğinde aile içi ilişkilerin geliştiğini göstermiştir. Bir çalışmada diyaliz hastaları ile eşleri arasındaki duygusal ilişkileri kuvvetlendirdiği,

kişilerin sevgilerini daha belli edici ve daha hoşgörülü hale geldikleri tespit edilmiştir.¹⁴

Bazı durumlarda geniş aile hasta ailesinin eksikliklerini kapatabilmek için aileye destek olabilirken, bazı durumlarda bu destek müdahale ve invazyon haline dönüşebilir.

Periton diyalizinde hasta kendisini hergün, günde dört kez evinde tedavi eder. Bunun için evde ekipman bulunmalı ve zaman harcanmalıdır. Üstelik zaman zaman evdeki diğer bireylere de görevler düşebilir.

Birçok KBY hastasının eşi için transplantasyon rölatif olarak normal bir hayatın sürdürüldüğü bir rüyadır. Ancak yine de ilaç tedavilerinden kaynaklanan bir kısıtlama vardır.

Hastanın primer bakım veren yakını karşısına çıkan, KBY' nin emosyonel ve fiziksel yüküyle başa çıkmak için, çeşitli uyum stratejileri geliştirir. Örneğin, sürekli "kötü" ile karşılaştığı için kötülük kriterleri değişir. Birçok şeyi eskisi gibi kötü algılamaz, iyimserlik içinde olmaya çalışır, sıkıntılı durumdan zihnini uzak tutabilmek için, kendini başka şeylerle meşgul etmeye çalışır. Yemek yemesi ve sigara içmesi artabilir. Bunlar palyatif uyum stratejileri olarak isimlendirilebilir.¹¹ Palyatif, diğer adıyla emosyonel uyum mekanizmalarının yanında probleme yönelik uyum mekanizmaları da harekete geçirilebilir. Daha az oranlarda kötümser uyum mekanizmalarını kullananlar da olabilir. Örneğin, olabileceklerin en kötüsünü bekleyenler ya da sakıncacı bir tutum sergileyenler olabilir. Bütün bu uyum mekanizmaları, sosyal ve ekonomik etmenler, hasta yakınının ruhsal sağlığını ve yaşam doyumunu doğrudan etkileyen etkenlerdir.

KBY bir aile hastalığı olarak görülmüştür.³⁻⁴ Bu tanım özellikle diyaliz hastaları için daha belirgin bir tanımlamadır. Çünkü; diyaliz hastalarında aile içinden biri diyaliz partneri olarak davranmakta ve diyalizle ilgili bütün sorunlarla uğraşmak zorunda kalabilmektedir. Bu durumda diyalizden en çok etkilenen kişi hasta ile ilgilenen kişi olabilmektedir.

Rideout, diyalize girmeye başlayalı kısa bir zaman geçmiş hastaların eşlerinde yaptıkları çalışmada depresyon oranını %20 olarak tespit etmelerine rağmen ilginç bir saptama olarak hastalığın ciddiyetiyle depresyon arasında ilişki bulamamıştır.²¹ Ancak Lowry ve Atcherson diyaliz hastalarının eşlerinde görülen depresyonun zamanla azaldığı göstermiştir. Çünkü onların çalışmasında diyaliz başlangıcında hasta eşlerinin 1/3 ü depresyon tariflerken 6 ay sonra yapılan ölçümlerde bu oran %10 olarak bulunmuştur.²²

Burton, sevilen, takdir edilen ve destekleyici ortamın bir parçası olarak görülen eşlerde, bunun, diyalizin ilk üç ayı için depresyondan koruyucu bir ortam oluşturduğunu ancak bu koruyucu ortamın diyalizin onyedinci ayına kadar etkili olabildiğini bulmuştur.³³

Lindquist, böbrek yetmezlikli hastaların eşlerinin, hastanın hastalığıyla psikolojik, sosyal ve diğer yönlerden ne kadar çok ilgilenmişlerse hayat kalitelerinin de o kadar iyi olduğunu bulmuştur.¹¹ Ayrıca gene aynı çalışmada yaşam kalitesi en iyi olan hasta eşi grubunun (transplant, hemodiyaliz, periton diyalizi grubunda), transplant grubu olduğu gösterilmiş ve transplant eşlerinin kendilerini daha iyi hissettikleri, daha iyi uydukları ve cinsel hayatlarından daha memnun oldukları gösterilmiştir. Çünkü transplantasyon hastalar ve yakınları için normale en yakın yaşam sağlayan yöntemdir.

Hastalar için, ilaç kullanmak ve bu ilaçların muhtemel yan etkileri konusunda uyanık olmak dışında rahatsız edici bir durum mevzu bahis değildir.

Sesso ve Yoshihiro, prediyaliz takip ve bakımı yapılmayan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin takipli hemodiyaliz hastalarına göre daha kötü olduğunu tespit etmişlerdir.¹⁸ Aynı çalışmada bu farkın özellikle yaşlı hastalarda daha belirgin olduğu görülmüştür.

Diyaliz hastalarıyla ilgili oldukça fazla sayıda çalışma varken diyaliz hastalarının eşleriyle ilgili çok az çalışma vardır. Eşler diyaliz hastalarıyla birçok problemi paylaşmaktadır; bunlar arasında aile içi rol ve hayat tarzı değişiklikleri ve eşle aralarındaki ilişkilerdeki değişiklikler sayılabilir.¹⁷

Oldukça geniş ölçekli bir çalışmada Jofré, diyalize giren 1023 hastadan, böbrek transplantasyonu olup, fonksiyonel devam eden 88'iyle karşılaştırmalı olarak yaptıkları çalışmada transplantasyonla yaşam kalitesinde anlamlı düzelme tespit etmiştir.²⁹

Wicks, böbrek transplantasyonunun hastaya bakan kişilerin yaşam kalitelerini olumlu etkilemediğini, hatta bu kişilerin sıkıntılarının arttığını tespit etmiştir.³⁴ Fakat daha önceki bir çalışmasında, kronik böbrek yetmezlikli hastaların yakınlarının yaşam kalitelerinin iyi olduğunu ve yıkım göstermediklerini tespit ederek, transplantasyonun hasta yakınlarının yaşam kalitelerini düzeltmek bir yana, hasta yakınlarına ek bir yük getirdiğini düşünmüştür. Ayrıca, zaten pek bozulmamış bir yaşam kalitesini düzeltmek nasıl mümkün olabilir ki?³⁵

Kronik böbrek yetmezlikli çocukları olan ailelerde karşılaşılan en önemli problemin finansal olduğu ve hemodiyaliz hastası çocuğu olan

ailelerin akrabalarla ilişkilerinin düzeldiği tespit edilmiştir.²⁵ Ayrıca ailelerin çocukları hakkındaki endişelerinin, gelecekteki tedaviler, okuması, aileden uzak yaşayabilmesi ve evliliği üzerinde yoğunlaştığı ve özellikle diyaliz tedavisi başladıktan sonra ailelerin aşırı korumacı olduğu görülmüştür.²⁶

Bütün bu bilgilerden, KBY hastası yakınlarının her koşulda, ister diyaliz, isterse transplant hastası olsun, ruhsal anlamda ve yaşam kalitesi anlamında etkilendikleri düşünülebilir. Hasta yakınlarının sahada ilk karşılaştıkları kişiler aile hekimleridir. Aile hekimleri, gerek hastanın idame tedavisindeki danışman olarak, gerekse hasta yakınlarının kendi sağlıkları açısından ilk başvuru merkezidirler. Hasta yakınları KBY dahil her türlü kronik hastalıkta fiziksel ve ruhsal açıdan risk altındadırlar. Bu konuda da en büyük sorumluluk aile hekimlerine düşmektedir.²⁸

MATERYAL VE METOD

Denekler : Denekler diyalize giren ve girmeyen hastaların bakımlarından sorumlu yakınlarından oluşan iki adet çalışma ve yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş kontrol grubundan oluşmuştur.

Birinci çalışma grubu en az 6 aydır diyalize girmekte olan hastaların bakımlarından sorumlu hasta yakınlarından oluşmuştur. İki özel diyaliz merkezinde hastaları diyalize giren ve 22.06.2000 - 22.07.2000 tarihleri arasında diyaliz merkezine davet edilenlerden daveti kabul ederek diyaliz merkezine gelen ilk 25 hasta yakını birinci çalışma grubu olarak kabul edildi.

İkinci çalışma grubu en az 6 aydır böbrek fonksiyon bozukluğu tanısı konmuş olan hastaların bakımlarından sorumlu hasta yakınlarından oluşmuştur. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi nefroloji kliniği böbrek izlem hastalarından 01.07.2000 – 31.07.2000 tarihleri arasında gelen 25 hasta yakını ikinci çalışma grubu olarak kabul edildi.

Kontrol grubu ise ilk iki gruba yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş ve yakınlarından biri bakım hastası olmayan 25 sağlıklı kişilerden oluşmuştur.

Metod : Deneklerle görüşülüp, çalışmanın amacı anlatılıp izin alındıktan sonra bir defada anket formu, kısa semptom envanteri (KSE) ve Dünya Sağlık Teşkilatı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin 26 sorudan oluşan kısa formu (WHOQOL-BREF) uygulandı.

Anket Formu : Deneklerin sosyodemografik özelliklerini içeren ve yakını oldukları hastanın böbrek hastalığı ile ilgili sorular içeren bir formdur. (bkz Ek - 1)

Kısa Semptom Envanteri (KSE) : Derogatis tarafından 1992 yılında Brief Symptom Inventory adıyla geliştirilen ve 1994 yılında Şahin ve Durak tarafından Türk toplumuna uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış bir testtir.³⁷⁻³⁸ Kısa semptom envanteri çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla ergen ve yetişkinlere uygulanabilen bir kendini değerlendirme ölçeği olup cevaplar soru formu üzerine işaretlenmektedir ve 53 maddeden oluşan, her sorunun 0 – 4 arası puanlandığı Likert tipi bir ölçektir. Toplam puan aralığı 0 – 212 dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği kişilerdeki semptomların sıklığını gösterir. Dokuz alt ölçek ve üç global indeksten oluşur. Alt ölçekler ; somatizasyon (S), obsessif - kompulsif bozukluk (OKB), kişilerarası duyarlılık (KD), depresyon (D), anksiyete bozukluğu (AB), hostilete (H), fobik anksiyete (FA), paranoid düşünceler (PD), psikotizm (P), ek maddeler (EM) dir. Global indekslerse ; rahatsızlık ciddiyeti indeksi (RCİ) (alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir), belirti toplamı indeksi (BTİ) (“ 0 “ olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin, yani pozitif olan tüm değerlerin “ 1 “ olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır), semptom rahatsızlık indeksi (SRİ) (alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesiyle elde edilir) dir (bkz Ek-1).

Dünya Sağlık Teşkilatı Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF) : Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Hüray Fidaner ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna uyarlaması ve

geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında yapılmıştır.³⁶⁻³⁹⁻⁴⁰⁻⁴¹⁻⁴²⁻⁴³⁻⁴⁴⁻⁴⁵

26 global ve 1 ulusal sorudan oluşan 1-5 arasında puanlanan kendi kendine uygulanan Likert tipi bir ölçektir. 4 alt ölçekten oluşmuştur, bunlar; fiziksel sağlık alanı, psikolojik sağlık alanı, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alanıdır. Bu alt ölçek alanlarındaki yaşam kalitesini ölçmektedir (bkz Ek – 1).

Uygulanan testlerden elde edilen veriler SPSS 8.0 paket programı ile değerlendirilmiştir.



SONUÇLAR

Çalışma ve kontrol gruplarına ait demografik veriler tablo-1 de gösterilmiştir. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Çocuk sayısı diyalize giren yakını olan grupta diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Aynı grupta ek kronik hastalık oranı da diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Tablo – 1 : Çalışma ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özellikleriyle ilgili veriler

Özellik		1. Grup	2. Grup	Kontrol Grubu	P
Yaş		51,00±15,39	43,76±15,07	47,56±7,42	0,16
Cinsiyet	Kadın	20	18	16	0,22
	Erkek	5	7	9	
Medeni Hali	Hiç evlenmemiş	2	3	2	0,33
	Evlü	22	21	19	
	Dul(Ayrılan,boşanmış, eşi ölmüş)	1	1	4	
Çocuk Sayısı		3,28±1,72	2,40±1,76	1,88±1,09	0,01
Yaşadığı Yer	Şehir	20	19	24	0,18
	İlçe	3	3	1	
	Köy	2	3	-	
Eğitim Seviyesi	Düşük(Ortaokul ve altı)	23	18	18	0,11
	Yüksek(Lise ve Üstü)	2	7	7	
Kronik Hastalığı Var mı?	Evet	8	2	2	0,03
	Hayır	17	23	23	

Birinci ve ikinci gruplarda bulunan hastalarla ilgili demografik veriler tablo-2 de gösterilmiştir. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı tek fark böbrek hastalıklarının süresidir. Diyaliz grubunda böbrek hastalığı süresi anlamlı olarak yüksek çıkmaktadır ($p<0,05$).

Tablo – 2 : 1. ve 2. grupta yer alan hastaların demografik bilgileri

Özellik		1. Grup	2. Grup	P
Yaş		58,04±12,38	59,28±15,68	0,75
Cinsiyet	Kadın	8	12	0,16
	Erkek	17	13	
Eğitim Durumu	Düşük(Ortaokul ve altı)	20	23	0,44
	Yüksek(Lise ve Üstü)	5	2	
Medeni Hali	Hiç evlenmemiş, dul (ayrılmış,eşi ölmüş, boşanmış)	3	1	0,24
	Evli	22	24	
Çocuk Sayısı		4,04±2,13	3,84±1,86	0,73
Yaşadığı Merkez	Şehir	20	17	0,58
	İlçe	3	4	
	Köy	2	4	
Yaşadığı Ev	Kendi evi	19	22	0,46
	Yakınının yanı	6	3	
Böbrek Hastalığının Süresi		81,32±65,44	15,04±9,27	0,00
Ek Kronik Hastalık	Var	16	16	1
	Yok	9	9	
Ailesinde Başka Böbrek Hastası	Var	4	4	1
	Yok	21	21	
Sosyal Güvence	Yeşil Kart	-	5	İstatistik uygulanmadı
	SSK	14	1	
	Bağkur	5	15	
	Emekli Sandığı	6	4	
Hastaya Yakınının Kaç Aydır Baktığı		92,60±71,61	13,48±10,21	0,00

Üç grubun kısa semptom envanterinde aldıkları puanlar ve p değerleri tablo-3 te gösterilmiştir. Kişilerarası duyarlılık ve paranoid düşünceler alt ölçeklerinde gruplar arasında fark varken, semptom rahatsızlık indeksinde p değeri sınırda tespit edilmiştir. Kişilerarası duyarlılık, birinci grupta ikinci gruba göre anlamlı derecede yüksek çıkarken ($p_{1-2}<0,05$, $p_{2-3}=0,11$), paranoid düşünceler kontrol grubunda diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). Semptom rahatsızlık indeksi ise ikinci grupta kontrol grubuna göre daha düşük çıkmıştır, ancak p değeri sınırdadır ve fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,06$).

Tablo – 3 : Kısa semptom envanteri sonuçlarının gruplar arasındaki karşılaştırması

KSE Alt Ölçek ve İndeksleri	1. Grup	2. Grup	Kontrol Grubu	P
Somatizasyon	5,88±4,92	3,52±5,03	5,12±4,45	0,22
Obsessif-Kompulsif Bozukluk	4,84±3,30	4,40±4,17	6,64±4,74	0,13
Kişilerarası Duyarlılık	3,92±2,80	2,12±2,05	3,72±3,27	0,04
Depresyon	3,52±3,56	4,04±3,81	3,52±3,40	0,84
Anksiyete Bozukluğu	3,92±3,55	3,68±3,90	3,68±2,61	0,95
Hostilite	2,24±2,05	2,44±3,42	3,56±2,89	0,22
Fobik Anksiyete	2,00±3,50	1,96±2,52	2,12±2,93	0,98
Paranoid Düşünceler	2,88±3,11	2,12±2,92	6,32±4,34	0,00
Psikotizm	1,08±1,63	1,96±2,68	2,36±3,19	0,21
Ek Maddeler	2,72±2,65	2,88±2,44	3,60±2,50	0,43
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,62±0,45	0,55±0,50	0,77±0,48	0,27
Belirti Toplamı İndeksi	17,72±9,10	17,72±10,83	20,12±9,72	0,62
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,73±0,56	1,44±0,52	1,78±0,55	0,06

Tablo-4 te üç grubun WHOQOL-BREF alt ölçeklerinden aldıkları puanlar ve p değerleri bulunmaktadır. Sadece psikolojik sağlık alanında birinci ve üçüncü gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Birinci grupta üçüncü gruba göre psikolojik sağlık alanı puanı daha düşük çıkmıştır ($p_{1-3}=0,01$).

Tablo – 4 : WHOQOL-BREF değerlendirme sonuçlarının gruplar arasındaki karşılaştırması.

WHOQOL-BREF		1. Grup	2. Grup	Kontrol Grubu	P
Alt Ölçekleri					
Fiziksel Sağlık Alanı	4 – 20	15,32±3,08	16,08±2,45	15,16±2,78	0,29
Global Dönüş Skoru	0 – 100	70,88±19,15	75,60±15,35	67,12±21,62	
Psikolojik Sağlık Alanı	4 – 20	13,84±2,69	14,40±1,41	15,52±1,53	0,01
Global Dönüş Skoru	0 – 100	61,64±16,79	65,00±8,93	72,08±9,45	
Sosyal İlişkiler Alanı	4 – 20	14,12±3,33	14,60±1,80	14,28±3,45	0,85
Global Dönüş Skoru	0 – 100	63,28±20,85	66,20±11,28	64,20±21,58	
Çevre Alanı Global	4 – 20	13,24±2,40	13,64±1,63	14,32±1,89	0,16
Dönüş Skoru	0 – 100	57,88±15,07	60,36±10,23	64,60±11,80	
Çevre Alanı Kültüre	4 – 20	13,08±2,58	13,52±1,45	12,56±1,61	0,22
Standardize(TR) Dönüş Skoru	0 – 100	56,80±16,12	59,64±9,12	53,56±10,08	

Tablo-5 te hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre KSE alt ölçek ve indekslerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Alt ölçeklerden, somatizasyon, obsessif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık; indekslerden, semptom rahatsızlık indeksi, belirti toplamı indeksi ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek değerlerde bulunmuştur (Mann-Whitney testi, $u < 0,05$).



Tablo-5: Hasta yakınlarının cinsiyetleri ile KSE alt ölçekleri ve indekslerinin karşılaştırılması.

KSE Alt Ölçek ve İndeksleri	Kadın (N=38)	Erkek (N=12)	U
Somatizasyon	5,95±5,19	0,75±1,14	0,001
Obsessif-Kompulsif Bozukluk	5,42±3,85	2,08±1,68	0,005
Kişilerarası Duyarlılık	3,50±2,73	1,50±1,24	0,02
Depresyon	4,03±3,80	3,00±3,19	0,36
Anksiyete Bozukluğu	4,32±3,96	2,17±2,04	0,07
Hostilite	2,66±3,07	1,33±1,23	0,13
Fobik Anksiyete	2,42±3,32	0,58±0,90	0,06
Paranoid Düşünceler	2,87±3,33	1,33±1,07	0,21
Psikotizm	1,82±2,48	0,58±0,67	0,12
Ek Maddeler	3,08±2,65	1,92±1,88	0,19
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,68±0,49	0,29±0,21	0,005
Belirti Toplamı İndeksi	19,39±9,90	12,42±8,18	0,013
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,70±0,58	1,19±0,22	0,003

Tablo-6 da hasta yakınlarının eğitim seviyeleriyle KSE alt ölçek ve indekslerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Düşük eğitim seviyesi; ortaokul ve daha alt düzey eğitimi, yüksek eğitim seviyesi ise; lise ve üstü eğitim düzeyini göstermektedir. Alt ölçeklerden; anksiyete bozukluğu düşük eğitim grubunda, yüksek eğitim grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek değerlerde tespit edilmiştir ($u < 0,05$). Somatizasyon alt ölçeğindeki fark ise anlamlılık sınırındadır ($u = 0,05$).



Tablo-6 : Hasta yakınlarının eğitim düzeyiyle KSE alt ölçek ve indekslerinin karşılaştırılması.

KSE Alt Ölçek ve İndeksleri	Düşük Eğitim N=41	Yüksek Eğitim N=9	U
Somatizasyon	5,32±5,25	1,89±2,93	0,05
Obsessif-Kompulsif Bozukluk	4,95±3,90	3,11±2,47	0,24
Kişilerarası Duyarlılık	3,32±2,70	1,67±1,50	0,09
Depresyon	4,05±3,81	2,56±2,70	0,28
Anksiyete Bozukluğu	4,32±3,82	1,44±1,74	0,014
Hostilite	2,61±3,00	1,11±0,78	0,11
Fobik Anksiyete	2,27±3,23	0,67±1,12	0,14
Paranoid Düşünceler	2,68±3,27	1,67±1,00	0,80
Psikotizizm	1,59±2,42	1,22±1,20	0,83
Ek Maddeler	2,93±2,65	2,22±1,86	0,66
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,64±0,50	0,33±0,22	0,07
Belirti Toplamı İndeksi	18,73±10,06	13,11±8,10	0,15
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,65±0,59	1,28±0,26	0,09

Tablo-7 de hasta yakınlarının medeni durumlarıyla KSE alt ölçek ve indeksleri karşılaştırılmıştır. Medeni durum evli ve diğerleri olarak iki gruba ayrılmıştır. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmemiştir.



Tablo-7 : Hasta yakınlarının medeni durumuyla KSE alt ölçek ve indekslerinin karşılaştırılması.

KSE Alt Ölçek ve İndeksleri	Evli N=43	Diğer N=7	U
Somatizasyon	4,84±5,05	3,86±5,49	0,61
Obsessif-Kompulsif Bozukluk	4,77±3,80	3,71±3,40	0,51
Kişilerarası Duyarlılık	2,88±2,29	3,86±4,14	0,88
Depresyon	3,79±3,64	3,71±4,07	0,76
Anksiyete Bozukluğu	3,91±3,78	3,14±3,24	0,59
Hostilite	2,35±2,91	2,29±2,06	0,76
Fobik Anksiyete	2,26±3,17	0,29±0,49	0,06
Paranoid Düşünceler	2,42±2,86	3,00±4,08	0,82
Psikotisizm	1,44±2,21	2,00±2,58	0,64
Ek Maddeler	2,56±2,40	4,29±2,93	0,09
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,59±0,48	0,57±0,49	0,78
Belirti Toplamı İndeksi	17,98±10,03	16,14±9,69	0,78
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,56±0,52	1,68±0,77	0,87

Hasta yakınlarının cinsiyeti ile WHOQOL-BREF alt ölçekleri tablo-8 de karşılaştırılmıştır. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilememiştir.

Tablo-8 : Hasta yakınlarının cinsiyeti ile WHOQOL-BREF alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

WHOQOL-BREF		Kadın N=38	Erkek N=12	U
Alt Ölçekleri				
Fiziksel Sağlık Alanı	4 – 20	15,66±2,86	15,83±2,62	0,91
Global Dönüş Skoru	0 – 100	72,97±17,85	74,08±16,33	
Psikolojik Sağlık Alanı	4 – 20	13,97±2,32	14,58±1,44	0,73
Global Dönüş Skoru	0 – 100	62,39±14,51	66,25±9,03	
Sosyal İlişkiler Alanı	4 – 20	14,39±2,88	14,25±1,91	0,99
Global Dönüş Skoru	0 – 100	64,97±18,02	64,00±11,98	
Çevre Alanı Global	4 – 20	13,47±2,04	13,33±2,15	0,74
Dönüş Skoru	0 – 100	59,29±12,82	58,58±13,33	
Çevre Alanı Kültüre	4 – 20	13,29±2,13	13,33±2,02	0,80
Standardize(TR)	0 – 100	58,13±13,36	58,50±12,54	
Dönüş Skoru				

Hasta yakınlarının eğitim seviyeleriyle WHOQOL-BREF alt ölçekleri tablo-9 da karşılaştırılmıştır. İki grup arasında psikolojik sağlık alanı ve çevre alanı global dönüş skorları ve çevre alanı kültüre standardize dönüş skorunda istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir. Üç alanda da yüksek eğitim grubu daha yüksek skorlar elde etmiştir ($u < 0,05$).

Tablo-9 : Hasta yakınlarının eğitim seviyeleriyle WHOQOL-BREF alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

WHOQOL-BREF Alt Ölçekleri		Düşük Eğitim N=41	Yüksek Eğitim N=9	U
Fiziksel Sağlık Alanı	4 – 20	15,46±2,87	16,78±2,11	0,20
Global Dönüş Skoru	0 – 100	71,76±17,91	80,00±13,29	
Psikolojik Sağlık Alanı	4 – 20	13,85±2,17	15,33±1,58	0,032
Global Dönüş Skoru	0 – 100	61,66±13,63	70,89±9,75	
Sosyal İlişkiler Alanı	4 – 20	14,49±2,75	13,78±2,28	0,44
Global Dönüş Skoru	0 – 100	65,56±17,21	61,00±14,15	
Çevre Alanı Global	4 – 20	13,12±2,01	14,89±1,54	0,017
Dönüş Skoru	0 – 100	57,12±12,66	68,22±9,46	
Çevre Alanı Kültüre Standardize(TR) Dönüş Skoru	4 – 20	12,98±2,07	14,78±1,48	0.014
	0 – 100	56,17±12,96	67,56±9,13	

Tablo-10 da hasta yakınlarının medeni durumlarıyla WHOQOL-BREF alt ölçeklerinin karşılaştırılması yer almaktadır. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilememiştir.

Tablo-10 : Hasta yakınlarının medeni durumlarıyla WHOQOL-BREF alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

WHOQOL-BREF		Evli N=43	Diğer N=7	U
Alt Ölçekleri				
Fiziksel Sağlık Alanı	4 – 20	15,65±2,76	16,00±3,11	0,57
Global Dönüş Skoru	0 – 100	72,91±17,22	75,29±19,35	
Psikolojik Sağlık Alanı	4 – 20	14,14±2,03	14,00±2,94	0,71
Global Dönüş Skoru	0 – 100	63,44±12,71	62,57±18,40	
Sosyal İlişkiler Alanı	4 – 20	14,44±2,68	13,86±2,67	0,50
Global Dönüş Skoru	0 – 100	65,26±16,81	61,57±16,56	
Çevre Alanı Global	4 – 20	13,49±1,94	13,14±2,73	0,91
Dönüş Skoru	0 – 100	59,42±12,20	57,29±17,11	
Çevre Alanı Kültüre	4 – 20	13,37±1,99	12,86±2,73	0,77
Standardize(TR) Dönüş Skoru	0 – 100	58,65±12,45	55,57±17,16	

TARTIŞMA

Gruplar, sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim seviyesi açısından istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olmayan üç grupta çalıştığımız ortaya çıkmaktadır ($p=0,22, 0,16, 0,33, 0,11$). Bu sonuç diğer veriler açısından grupların karşılaştırılmasını olanaklı kılmaktadır. Diyalize giren ve girmeyen gruplar, kronik hastalık açısından karşılaştırıldığında, diyalize giren grubun yakınlarında, kronik hastalıkların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu hastalıklar arasında diabetes mellitus, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, aterosklerotik kalp hastalıkları ilk sıraları almaktadır. Bunun önemi, bu hastalıkların her biri kronik böbrek yetmezliğine yol açabilecek ailesel risk faktörlerinden olmasıdır. Bu hastalıklar, hastanın kendisi yanında yakınına da KBY açısından risk oluşturmaktadır. Ayrıca kronik hastalıkların, diyalize giren hastaların yakınlarında daha fazla görülmesinin bir başka açıklaması da şöyle yapılabilir: Diyaliz hastaları haftada üç kez doktor kontrolünden geçebildikleri ve diyaliz merkezindeki doktorların sadece hastalar için değil, hasta yakınları için de ulaşılabilir bir sağlık görevlisi olarak hizmet verdikleri için kronik hastalıkların teşhis oranı daha fazla olabilir.

Kronik böbrek hastalarının hastalıkları ile ilgili değişkenler tablo-2 de özetlenmiştir. Bu iki grup arasındaki tek önemli fark böbrek hastalığının süresidir ki bunun diyaliz hastalarında uzun olması zaten beklenen bir durumdur. Diyaliz grubunda hastalık süresi $81,32 \pm 65,44$ ay iken diğer

grupta $15,04 \pm 9,27$ dir. Burada yaklaşık 6 katlık bir fark göze çarpmaktadır ($p=0,000$). Bu bulguyla paralel olarak, hasta yakınının hastaya bakma süresi de diyaliz grubunda anlamlı olarak daha yüksektir ($92,60 \pm 71,61$, $13,48 \pm 10,21$, $p=0,000$).

Her üç grubun psikometrik değerlendirme ölçeklerinin sonuçları tablo-3 ve 4 te özetlenmiştir. Bu tablolara göre üç grup arasında, kısa semptom envanterinin (KSE), kişilerarası duyarlılık (KD), paranoid düşünceler (PD) ve semptom rahatsızlık indeksi (SRİ) alt skorlarında ve WHOQOL-BREF' in psikolojik sağlık alanında (PSA) anlamlı fark olduğu görülmüştür. KD alt ölçeği, 1. grupta anlamlı şekilde yüksek çıkarken, PD, 3. grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. SRİ ise 2. grupta diğer gruplara göre daha düşük çıkmıştır. PD, kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur ama elde edilen skorların hiçbiri patolojik düzeyde değildir. Bu sonuç, hastalık karşısındaki aile tutumları gözden geçirildiğinde, ailelerin hastalık yaşantısında, daha fazla içe dönüp dış dünya ile sınırlarını kalınlaştırmaları ile açıklanabilir. Dış dünyaya kapalı bir sistemin, onun tehdit edici uyarılarını almaları ve yorumlamaları güçtür. KD alt ölçeğinde ise diyaliz grubunun belirgin şekilde yüksek skorlar alması yine aynı şekilde açıklanabilir. Ailelerin, kronik hastalık yaşantısında dış bariyerleri yükseltirken, iç sınırları azaltmaları ve bir çeşit füzyon içinde olmaları, birbirlerine duyarlılıklarını artırmış olabilir.

SRİ de diyalize girmeyen hasta yakınları grubu diğer iki gruba göre belirgin olarak daha düşük skor almıştır.

Üç grup WHOQOL-BREF in PSA alt skoru açısından karşılaştırıldığında 1. ve 3. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu noktada dikkati çeken sonuç 1. grupta 2. grup ve 2. grupta 3. grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olmasıdır. Yani diyaliz deneyiminin olup olmaması, hastanın diyalize girip girmemesi, hasta yakınının herhangi bir alanda yaşam kalitesini etkilememektedir. Sadece PSA nın diyalize giren hasta yakını grubunda daha düşük skorlar elde etmesi, hasta yakınının, uzamış hastalık süreciyle birlikte, psikolojik alanda problem yaşadığını göstermektedir.

Yaşam kalitesinin kronik hastalık ve diyaliz süreciyle çoğu alanda olumsuz etkilenebileceği hipoteziyle bu çalışmayı yapan grup için bu sonuçlar şaşırtıcı olmuştur. Çünkü yapılan birçok yayında gerek ekonomik, gerekse sosyal ilişkiler, aile içi dengeler, sosyal statü ve genel sağlık değişkenlerinin kronik hastalık yaşantısında olumsuz etkilendiği bildirilmektedir.^{2,6,9,10,15,16}

Bu sonucun elde edilmesinde, hastaların tamamının en az 6 aydır bu hastalık tanısıyla yaşadıkları ve buna bağlı olarak aile bireylerinin, özellikle birincil bakım gösteren kişilerin, böbrek hastalığıyla yaşama fikrine kendilerini adapte etmiş olmalarının, hasta yakınlarının yaş ortalamalarının 40 ın üstünde olmasının ve % 58 inin eşler, % 36 sının çocuklar, % 4 ünün ebeveynler ve % 2 sinin kardeşler olması nedeniyle, birincil bakım gösteren kişilerin yaşam döngüsünde, nispeten eve daha yönelik oldukları ve yeni planların azaldığı dönemde olmaları, göreceli olarak daha stabil bir durumdayken böbrek hastalığıyla karşılaşmaları bu sonuçları doğuran bir etken olabilir.

Diğer yandan çalışmaya katılan bütün deneklerin, hasta olan yakınlarının, sosyal güvenlik şemsiyesi altında olmasının, bu nedenle maddi açıdan olumsuz yönde daha az etkilenmelerinin ve diyaliz merkezlerinin, hasta yakını için sorun olabilecek alanlarda verdiği hizmetlerin (ulaşım, periyodik tıbbi kontrol, sosyal ve psikolojik destek hizmetleri, ilaç temini) etkisinin de olabileceği düşünülebilir.

Gruplar kendi içlerinde diğer değişkenler açısından karşılaştırıldıklarında (tablo 5-10) bazı farklılıklar göze çarpmaktadır. Örneğin KSE alt ölçek ve indeksleri cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında, somatizasyon (S), obsessif-kompulsif bozukluk (OKB), kişilerarası duyarlılık (KD) alt ölçekleri ve bunun yanında rahatsızlık ciddiyeti indeksi (RCİ), belirti toplamı indeksi (BTİ) ve semptom rahatsızlık indeksi açısından, gruplar, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde birbirinden farklıdır.

Özellikle S alt ölçeğinde, kadın deneklerin semptom şiddeti, erkeklerin neredeyse 7 katından fazladır. Bu durum, genel toplumda, S belirtilerini kadınların daha fazla ve daha şiddetli oranda gösterdikleri bilgisiyle açıklanabileceği gibi, hastaya bakan hasta yakınlarının çoğunun kadın olması (% 76) ve bu durumda kadınların, ailedeki görev dağılımından, daha fazla yüküyle çıkmalarının yarattığı stress faktörlerine bağlı olabilir. Yani bu sonuçlardan, kadınların, stress durumlarında, daha fazla somatik belirti çıkardıkları düşünülebilir.⁴⁹

Yine aynı şekilde OKB ve KD alt ölçeklerinde de kadınlar, istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek semptom ifade etmektedirler. Bu alt ölçeklerde ve KSE nin üç genel indeksinden, yüksek puan almaları, kadınların, yaşam

olayları karşısında verdikleri bir tepki şekli olarak kabul edilebilir. Yani kadınlar, stress altında, somatize etmeye, insan ilişkilerinde daha duyarlı olmaya, obsessif uğraşlara daha eğilimli olmaktadır.

Eğitim durumu açısından KSE nin alt ölçekleri karşılaştırıldığında, düşük eğitimlilerde, somatizasyon ve anksiyete belirtilerinin daha belirgin olduğu göze çarpmaktadır. Bu bulgular, yüksek eğitimlilerin, eğitim düzeyinin yükselmesine paralel olarak artan, problem çözme becerilerinin sonucunda, çözümsüz kalan daha az sayıdaki sorun alanı nedeniyle, daha az semptomatik olmalarına bağlanabilir. Bu bilgiler, somatizasyonun, düşük eğitim grubunda daha fazla görüldüğüne dair literatür bulgularıyla da uyumludur.⁴⁹

Gruplar, evli ve evli olmayan olarak ayrılarak KSE alt ölçek ve indeksleri karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir. Bu, medeni durumun, semptom çıkarma açısından bir risk faktörü olmadığını göstermektedir.

WHOQOL-BREF alt ölçekleri açısından gruplar, cinsiyet eğitim ve medeni durum değişkenlerine göre karşılaştırıldığında, cinsiyetin ve medeni durumun, yaşam kalitesi açısından risk grubu teşkil etmediğini, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını görüyoruz.

Eğitim açısından, gruplar karşılaştırıldığında ise PSA, ÇGS ve ÇKS alt ölçeklerinde, yüksek eğitimli grubun, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde, yüksek puana sahip olduğu görülmektedir. Eğitimin yükselmesiyle sosyoekonomik düzey yükselir. Buna bağlı olarak WHOQOL-BREF' in çevre alanına ait, fiziksel çevre, ihtiyaçlarını giderme, bilgi ve habere ulaşabilme, boş

zamanlarını değerlendirme, sağlık ve ulaşım olanaklarından yararlanabilme şansı artmaktadır. KS gözönüne alındığında ise soru alanlarının aynı olması nedeniyle önceki farkın bu skora da yansıması kaçınılmazdır.

Eğitimin yükselmesiyle değişen diğer bir WHOQOL-BREF alanı ise PSA' dır. Bu alt ölçeğin alanı; yaşamın anlamlı bulunması ve keyif alınması, hoşnutluk gibi belirtilerdir. Eğitimin yükselmesi, buna paralel olarak, ekonomik olanakların artması ve problem çözme becerilerini yanında getirecektir. Yüksek eğitimlilerin, psikolojik anlamda, yaşam kalitelerini artıracak olanaklardan daha fazla haberdar olabilme şansına sahip olmaları da bu sonucu doğurabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada diyalize girmekte olan ve diyalize girmeyen hastaların, primer bakım gösteren yakınlarının yaşam kalitesi ve kısa ruhsal değerlendirmelerinin, çok farklılık göstermediğini saptadık. Ancak kadınların özellikle somatizasyon, obsessif uğraşlar ve kişilerarası duyarlılık alanlarında, eğitim seviyesi düşük olanlarınsa, yaşam kalitesinin çevresel ve ruhsal etmenleri açısından risk altında olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda, primer bakım gösterenlerin, anneler ve eşler olması nedeniyle, kadınların oranının daha fazla olduğu görülmüştür (% 76). Bu, literatür bulgularıyla da uyumludur.

Gerek hastanın, gerekse hasta yakınının yaşam kalitesi ve esenliği için, diyalize girsin girmesin, bütün hasta yakınlarını risk grubu kabul ederek, psikoeğitim ve destek gruplarının yapılması ve bu grupla çalışanların hem fiziksel, hem de ruhsal belirtiler açısından bilgilendirilmesi faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Moos RH(Ed.) : Coping with physical illness. New York : Plenum, 1977 in Rounds Kathleen A, Israel Barbara A : Social network and social support : Living with chronic renal disease(Review). Patient Education and Counseling, 7(1985) 227-247
2. Rounds K A, Israel B A : Social networks and social support : Living with chronic renal disease(Review). Patient Education and Counseling, 7(1985) 227-247
3. Piening S : Family stress in diabetic renal failure. Health soc work 1984 ; 9 :134-141 in Rounds K A, Israel B A : Social networks and social support : Living with chronic renal disease(Review). Patient Education and Counseling, 7(1985) 227-247
4. Masting C : Development and evaluation of a support program for renal patients and their partners. Dialysis Trans 1982 ;11:1101-1106 in Rounds K A, Israel B A : Social networks and social support : Living with chronic renal disease(Review). Patient Education and Counseling, 7(1985) 227-247
5. Levy N B : The psychology and care of the maintenance hemodialysis patient. Heart Lung 1973 ;2:400-405 in Rounds K A, Israel B A : Social networks and social support : Living with chronic renal disease(Review). Patient Education and Counseling, 7(1985) 227-247
6. Hong B, Smith M, Valerius T, Robson A : Pretreatment depression in end-stage renal disease. Lancet January 1982 : 104-5 in Rounds K A, Israel B A : Social

networks and social support : Living with chronic renal disease(Review).
Patient Education and Counseling, 7(1985) 227-247

7. Kimmel PL : Towards a developmental view of end-stage renal disease.
Am J Kidney Dis 15 : 191-193, 1990 in Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL:
Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal
insufficiency Am J Kidney Dis 32 : 557-566, 1998

8. Kimmel PL : Management of the patient with chronic renal disease, in
Greenberg A(ed) : Primer on Kidney Diseases Son Diego, CA, Academic,
1996, pp 281-287 in Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL : Quality of life and
psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency Am J
Kidney Dis 32 : 557-566, 1998

9. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL : Quality of life and psychosocial
relationships in patients with chronic renal insufficiency Am J Kidney Dis 32 :
557-566, 1998

10. Rocco MV, Gassman JJ, Wang S-R, Kaplan RM, and the Modification of
Diet in Renal Study Group : Cross-Sectional Study of quality of life and
symptoms in chronic renal disease patients : The Modification of Diet in
RENAL Disease Study, Am J Kidney Dis 29 : 888-896, 1997

11. Lindqvist R, Carlsson M, Sjöden P-O : Coping strategies and health-
related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal
dialysis, haemodialysis, and transplant patients. J Adv Nurs 31:16, 1398-
1408, 2000

12. Hayward MB, Kish JP, Frey GM et al : An instrument to identify
stressors in transplant recipients. Am Nephrol Nurs Assoc J 16 : 81-84 in .

Lindqvist R, Carlsson M, Sjöden P-O : Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *J Adv Nurs* 31(6), 1398-1408, 2000

13. Newby W : Chronic illness and the family life cycle. *J Adv Nurs* 23 : 786-791, 1996 in White Y, Grenyer BFS : The biopsychosocial impact of end-stage renal disease : the experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nurs* 30(6) : 1312-1320, 1999

14. White Y, Grenyer BFS : The biopsychosocial impact of end-stage renal disease : the experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nurs* 30(6) : 1312-1320, 1999

15. Lok P : Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *J Adv Nurs* 23 : 873-881, 1996 in . White Y, Grenyer BFS : The biopsychosocial impact of end-stage renal disease : the experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nurs* 30(6) : 1312-1320, 1999

16. Burton HJ, Kline SA, Lindsay RM & Heidenheim P : The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Medicine* 48, 3-4. 1986 in White Y, Grenyer BFS : The biopsychosocial impact of end-stage renal disease : the experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nurs* 30(6) : 1312-1320, 1999

17. Brunier GM & Mc Keever PT : The impact of home dialysis on the family: a literature review. *American Nephrology Nurses Association Journal* 20 :

- 653-659, 1993 in White Y, Grenyer BFS : The biopsychosocial impact of end-stage renal disease : the experience of dialysis patients and their partners. *J Adv Nurs* 30(6) : 1312-1320, 1999
18. Sesso R, Yoshihiro MM : Time of diagnosis of chronic renal failure and assessment of quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 12 :2111-2116. 1997
19. Furr LA : Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis : A review of the literature. *Social Work in Health Care* 27(3) :97-118. 1998
20. Thornton TA, Hakim RM . Meaningful rehabilitation of the end-stage renal disease patient. *Seminars in Nephrology* :17(3), 246-252, 1997
21. Rideout EM, Rodin GM, Littlefield CH. Stress, social support, and symptoms of depression in spouses of the medically ill. *Int'l J Psychiatry in Medicine* : 20(1), 37-48, 1990
22. Lowry MR ve Atcherson E. Spouse-assistant's adjustment to home hemodialysis. *Journal of Chronic Diseases*. 37, pp 293-300, 1984 in Rideout EM, Rodin GM, Littlefield CH. Stress, social support, and symptoms of depression in spouses of the medically ill. *Int'l J Psychiatry in Medicine* : 20(1), 37-48, 1990
23. Markus MP, Jager KJ, Dekker FW et al. Quality of life in patients on chronic dialysis; self assessment 3 months after the start of treatment. *Am J Kidney Dis* : 29(4), 584-592, 1997
24. Harrison's principles of internal medicine. – 14th ed./editors Anthony S. Fauci et al . The McGraw-Hill Companies, Inc. 1998

25. Reynolds JM, Garralda ME, Jameson RA et al : How parents and families cope with chronic renal failure. *Archives of Disease In Childhood* : 63, 821-826, 1988
36. Cecil essentials of medicine – 4th ed./ Thomas E. Andreoli et al . W. B. Saunders Company 1997
26. Reynolds J M, Garralda M E, Jameson R A et al. : Living with chronic renal failure. *Child : care, health and development* : 12, 401-407, 1986
27. Siegal B R, Calsyn R J, Cuddihee R M : The relationship of social support to psychological adjustment in end-stage renal disease patients. *J Chron Dis* 40 (4), 337-344, 1987
28. Winterborn M H : Growing up with chronic renal failure. *British Medical Journal* 295, 870, 1987
29. Jofré R, López-Gomez J M, Moreno F et al. : Changes in quality of life after renal transplantation. *Am J of Kid Dis.* 32(1), 93-100, 1998
30. Kimmel P L, Peterson R A, Weihs K L et al. : Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney International.* 54, 245-259, 1998
31. Devins G M, Mann J, Mandin H et al. : Psychosocial predictors of survival in end-stage renal disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 178 (2),127-133, 1990
32. Khan I H : Comorbidity : the major challenge for survival and quality of life in end-stage renal disease. *Nephrol Dial Transplant.* 13 (suppl 1), 76-79, 1998

33. Burton H J, Kline S A, Lindsay R M et al. : The role of support in influencing outcome of end-stage renal disease. General Hospital Psychiatry. 10, 260-266, 1988
34. Wicks M N, Milstead E J, Hathaway D K et al. : Family caregivers' burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation. J Transpl Coord. 8 (3), 170-176, 1998
35. Wicks M N, Milstead E J, Hathaway D K et al. : Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end-stage renal disease. ANNA J. 24 (5), 527-540, 1997
36. The WHOQOL Group : What Quality of life World Health Forum, 17 : 354-355 Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF Süheyla Ünal. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi cilt 7, ek sayı 2, 5-13, 1999
37. Derogatis LR The Brief Symptom Inventory (BSI), Administration, Scoring and Procedures Manual = I I . Clinical Research Inc. 1992 in Şahin NH, Durak A Kısa Semptom Envanteri : Türk gençleri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 9 (31), 44-56, 1994
38. Şahin NH, Durak A Kısa Semptom Envanteri : Türk gençleri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 9 (31), 44-56, 1994
39. The WHOQOL Group: The Development of the World Health Organisation Quality of Life Instrument (The WHOQOL) in Quality of Life Assessment: International Perspectives Orley, J. AND Kuyken, W.(Eds,). Springer Verlag, Heidelberg : 41-61, 1994 Yaşam kalitesinin ölçülmesi,

WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF Süheyla Ünal. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi cilt 7, ek sayı 2, 5-13, 1999

40. Orley J, Saxena S: Quality of Life and mental illness: Reflections from the perspective of the WHOQOL. Br J Psychiatry 172, 291-293, 1998 Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF Süheyla Ünal. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi cilt 7, ek sayı 2, 5-13, 1999

41. The WHOQOL Group: Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment Psychological Medicine 28, 551-558, 1998 Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF Süheyla Ünal. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi cilt 7, ek sayı 2, 5-13, 1999

42. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF Süheyla Ünal. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi cilt 7, ek sayı 2, 5-13, 1999

43. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri Hüray Fidaner, Hayriye Elbi, Caner Fidaner ve ark. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi cilt 7, ek sayı 2, 23-40, 1999

44. Türkler için sağlık ve sosyal bilimler araştırmalarında kullanılan likert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları Hüray Fidaner, Hayriye Elbi, Caner Fidaner ve ark. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi cilt 7, ek sayı 2, 41-47, 1999

45. WHOQOL Türkçe versiyonu çalışması odası grup görüşmeleri ve ulusal sorunların değerlendirilmesi Hüray Fidaner, Hayriye Elbi, Caner Fidaner ve

ark. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi cilt 7, ek sayı 2, 48-54, 1999

46. Moos RH. Coping with medical illness vol 2 New perspectives. New York, Plenum Publishing 1984 in The impact of illness on the family John S Roland. Textbook of Family Practice RE RAKEL 5th ed. Philadelphia WB Saunders 1995

47. Walker G; The pack: The caretaken parent/ill child coalition in families with chronic illness. Fam Systems Med, 1(4): 6-30, 1983

48. Penn P; Coalitions and binding interactions in families with chronic illness. Fam Systems Med, 11(2): 16-25, 1983

49. Kaplan H I, Sadock B J; Pocket handbook of clinical psychiatry. 2nd ed. Williams & Wilkins A Waverly Company. 1995.