



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK BÖBREK HASTALARININ
RUHSAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**ELİF YILMAZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. ÖZLEM İŞİL**

İSTANBUL-2008

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

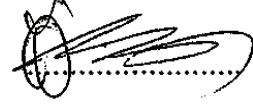
Hemşirelik **programı** Yüksek Lisans Öğrencisi Elif YILMAZ tarafından hazırlanan "*Kronik Böbrek Hastalarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi* " konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13.03.2008

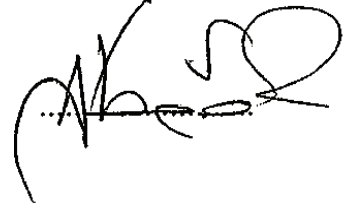
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

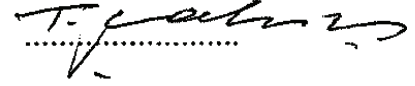
Jüri Üyesi : Yrd.Doc.Dr.Özlem IŞIL
: Marmara Üniversitesi / Hemş.YO. (Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr. Adnan IŞGÖR
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



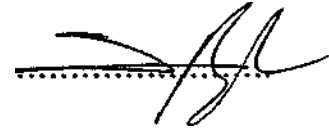
Jüri Üyesi : Prof.Dr. Tayyip ÇALIŞLAR
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi : Prof.Dr. Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Sevim BUZLU
: İst Üniversitesi / Florance Nigh.Hemş. YO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR
Sağ. Bilim. Ens. Müdür V.



I. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince; desteği, güler yüzü ve motive edici yaklaşımlarıyla bana yol gösteren danışmanım; Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL'a,

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Görevlilerine;

Tez çalışmamı gerçekleştirmemde ilgi, bilgi ve destekleri ile yanımda olan “Nefroloji ve Hipertansiyon” ekibi: Prof.Tbp.Kd.Alb. T.Rıfkı EVRENKAYA, Doç.Tbp.Alb. E.Murat ATASOYU, Doç.Dz.Tbp.Yb. N.Suat ÜNVER, Uzm.Tbp.Kd.Bnb. R.Can KİNALP, Yük.Hemş. Serap TOP, Yük.Hemş. Cennet IŞIL, Yük.Hemş. Münciye TEKİN, Yük.Hemş. Zöhre DENİZ, Yük.Hemş. Aynur KAPLAN, klinik sekreterimiz Handan TAŞ ve hemodiyaliz ünitesi ekibine,

Özellikle zor anlarımda yardımı, ilgisi ve sabrıyla bana destek olan; İst. Uzm. Özlem KÖKSAL'a,

Sabrı, ilgisi ve desteği için Burçin NALBANT'a,

Her türlü destekleri için Tülay ASAN, Betül BİLGİN ve tüm arkadaşlarıma,

Zaman kavramına yenilmeden yanımda olan M.Yakup AYAYDIN'a,

Her zaman yanımda olduklarını hissettiren aileme teşekkürlerimi sunarım.

II. İÇİNDEKİLER

1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ, AMAÇ.....	3-4
4. GENEL BİLGİLER.....	5-27
4.1. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	5
4.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Uygulanan Renal Replasman Tedavileri..	5-6
4.2.1. Diyaliz.....	6-7
4.2.1.1. Hemodiyaliz.....	7-8
4.2.1.2. Periton Diyalizi.....	9-10
4.2.2. Böbrek Transplantasyonu.....	11
4.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Biyopsikososyal Boyutu.....	12-15
4.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Sık Görülen Ruhsal Sorunlar.....	15-17
4.4.1. Uyum Güçlüğü ve Davranışsal Tepkiler.....	18-19
4.4.2. Organik Beyin Sendromu.....	19-20
4.4.3. Anksiyete Bozuklukları.....	20-21
4.4.4. Depresyon.....	21-23
4.4.5. Cinsel Sorunlar.....	24-25
4.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Hemşirelik Yaklaşımı.....	25-27
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28-32
6. BULGULAR.....	33-75
7. TARTIŞMA.....	76-85
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	86-89
9. EKLER.....	90-95
10. KAYNAKLAR.....	96-100
11. ÖZGEÇMİŞ.....	101
12. KURUM ONAYI.....	102-103

III. KISALTMALAR

- BSI : “Brief Symptom Inventory” (Kısa Semptom Envanteri)
GSI : “Global Severity Index” (Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi)
HD : Hemodiyaliz
KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği
KSE : Kısa Semptom Envanteri
PD : Periton Diyalizi
RRT : Renal Replasman Tedavisi
SAPD : Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY : Son Dönem Böbrek Yetmezliği

IV. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 1: Hastalara İlişkin Bulguların Dağılımı

Tablo 2: Hastaların Hastalıkla İlgili Duygu ve Düşüncelerine Ait Bulguların Dağılımı

Tablo 2a: Hastaların Hastalığa Bağlı En Çok Etkilendiği Sorunlara Ait Bulguların Dağılımı

Tablo 3: KSE ile İlgili Bulgularının Dağılımı

Tablo 4: Kronik Böbrek Hastalarının Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 5: Kronik Böbrek Hastalarının Aldığı Tedavi Şekline Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 6: Kronik Böbrek Hastalarının Yaş Gruplarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 7: Kronik Böbrek Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 8: Kronik Böbrek Hastalarının Medeni Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 9: Kronik Böbrek Hastalarının Eğitim Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 10: Kronik Böbrek Hastalarının Çalışma Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 11: Kronik Böbrek Hastalarının Sosyal Güvencelerine Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 12: Kronik Böbrek Hastalarının Gelir Düzeylerine Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 13: Kronik Böbrek Hastalarının, Başka Bir Kronik Hastalık Varlığına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 14: Kronik Böbrek Hastalarını En Çok Etkileyen Sorunlara Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 15: Kronik Böbrek Hastalığı Tanısı Konulduğunda Verilen Tepkilere Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 16: Kronik Böbrek Hastalarının Hastalığı Kabullenme Durumuna Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 17: Hastalıktan Sonra Aile İlişkilerinin Etkilenme Durumuna Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 18: Kronik Böbrek Hastalarının Hastalıkla İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 19: Kronik Böbrek Hastalarının Hastalıkla İlgili En Güçlü Yönlerine Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 20: Kronik Böbrek Hastalarının Hastalıkla İlgili En Zayıf Yönlerine Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

1. ÖZET

Bu çalışma; kronik böbrek hastalarının ruhsal durumlarının değerlendirilip, gereksinimlerinin saptanması, bu gereksinimler doğrultusunda bakım veren hemşirelerin yaklaşımlarına yol göstermesi ve “kronik böbrek hastalığı” tanısı almış hastaların gereksinimleri doğrultusunda, hemşirelik danışmanlık sisteminin oluşturulması amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin “nefroloji ve hipertansiyon” polikliniğine başvuran, “nefroloji ve hipertansiyon” kliniğinde yatan ve hemodiyaliz ünitesinde tedavi olan tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise araştırma kriterlerine uyan 120 kronik böbrek hastası oluşturmuştur

Araştırma sonuçlarına göre, hastaların; yaş, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum gibi sosyodemografik değişkenlerin, hastalığa karşı tutumlarını etkilemekte olduğu bulunmuştur. Ayrıca; Kısa Semptom Envanteri (KSE) puan ortalamalarının yüksek olması, çalışma kapsamındaki hastaların ruhsal belirtilerinin arttığını, rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamasının 1.0’ın üzerinde olması ruhsal belirtilerin psikopatolojik düzeyde olduğunu göstermektedir. Araştırma kapsamında olan hastalardan; medeni durumu eşinden ayrılmış olanların, sosyal güvencesi olmayanların, hastalıktan sonra aile ilişkileri zayıflayanların ve hastalık sürecinde sosyal çevreden uzak kalmış olmaktan çok fazla etkilenenlerin rahatsızlık ciddiyeti indeksi puan ortalamaları 1.0’ın üzerinde bulunmuş olup, bu durum ruhsal belirtilerinin psikopatolojik düzeyde olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal Durum, Kronik Böbrek Hastalığı, Psikososyal Boyut, Ruhsal Belirtiler, Psikopatoloji

2. SUMMARY

To review psychologic state on chronic renal failure

This study is designed for chronic renal failure patients. The aim of this study is to review chronic renal failure patients' mood state and confirm their requirements. In the light of these requirements, this study could be a guide for a nursery assistance and may be helpful to establish nursery advisor system for the patients who have taken "chronic renal failure" statement.

The all patients who had admitted to nephrology and hypertension outpatient and inpatient clinic and haemodialysis unit in the teaching hospital which is located in İstanbul was recruited to our study. Only 120 patients had accepted to this study as a study subject.

We concluded that patients' age, marital status, education, occupation and sociodemographic status variables effected their attitude for their existing disorder. Hence, the patients who had included to this study were higher psychiatric symptoms because The Brief Symptom Inventory (BSI) scores and Global Severity Index (GSI) score average are higher than 1.0 had addressed that psychiatric signs were at psychopathologic levels. The study subjects who had divorced, had no social insurance, had weak family relation and stayed away from social environment had higher than 1.0 GSI score, so this statement was shown that psychiatric signs were in the psychopathological state.

**Keywords: Mood Status, Chronic Renal Failure, Psychosocial Dimension
Psychiatric Signs, , Psychopathology**

3. GİRİŞ, AMAÇ

Günümüzde kronik hastalıklar; beklenen yaşam süresinin uzaması, çoğu ülkede bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, hızlı kentleşme ve sanayileşme sürecinde yaşanan stresler gibi nedenlerden dolayı önemli bir sağlık sorunudur. Kronik hastalıklar tüm ölümlerin % 49,5'ini oluşturmakta ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (12, 31).

Kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olan kronik böbrek yetmezliği (KBY); kişinin yaşam kalitesini etkileyen, hastalık sürecinde çeşitli komplikasyonların gelişmesine neden olan, bireyi olduğu kadar, aile ve toplumu da etkileyen ve psikososyoekonomik sonuçları beraberinde getiren en ciddi hastalıklardan biridir (35, 59).

Yaşamı tehdit eden yapısı ve farklı özellikler gösteren tedavi yöntemleri nedeniyle, kronik hastalıklar içinde özel bir yeri olan kronik böbrek yetmezliği, diyaliz ya da böbrek transplantasyonunun uygulanmaya başlaması ile hastalar için bir yaşam şekli haline gelmiştir (15).

KBY'nin üç önemli tedavi seçeneği vardır. Bunlar: Hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonudur. Hastalar, transplantasyon aşamasına kadar diyaliz tedavisi görmekte olup, uygulanan en yaygın yöntem hemodiyalizdir. Türk Nefroloji Derneğinin 2005 yılı verilerine göre ülkemizde; %78.3 oranında hemodiyaliz, %10.5 oranında periton diyalizi ve %11.2 oranında böbrek transplantasyonu uygulanmakta olup; 28.507 hemodiyaliz, 3.381 periton diyalizi hastası bulunmakta ve yine 2005 yılı sonu itibariyle 4.095 hasta, fonksiyone böbrek greftiyle yaşamını sürdürmektedir (20).

KBY'nin diyaliz ile tedavisine pek çok organik, ruhsal ve sosyal sorun eşlik etmektedir. Hastalar kısıtlayıcı bir yaşam şekline uyum sağlamak zorunda kalmanın yanı sıra bağımlılık ve ölümlerle yüzleşmektedir. Diyaliz hastalarında, hastalığın evresi, süresi, tedavi şekli ve potansiyeli yanında psikolojik faktörlere bağlı olarak uyum güçlüğü ve davranışsal tepkiler, organik beyin sendromu, anksiyete, depresyon, cinsel ve psikososyal sorunların yaygın olduğu ve buna bağlı olarak işlevselliğin daha fazla bozulabildiği görülmüştür (34, 35).

Genel kanı; diyaliz hastalarında ruhsal bozuklukların yaygınlığının artmış olduğu şeklindedir. House ve ark. KBY hastalarında yaptıkları bir çalışmada; DSM-III tanı

ölçütlerine göre, %30 oranında ruhsal bozukluk saptamış, %14 oranında uyum bozukluğu, %12.5 oranında majör depresif nöbet, %2 oranında panik bozukluğu, %1.5 oranında yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir (23, 44). Kimmel ve ark. bir yıl izledikleri hemodiyaliz hastalarının, %10'unda en az bir ruhsal hastalık olduğunu belirlemişlerdir (44, 51).

Hemşirelik mesleğinin amacı; birey, aile ve topluma kişilerarası bir süreç içinde, sağlığı geliştirici, hastalıkları önleyici yaşam deneyimleri sağlamak ve hem hasta bireylerin hem de yakınlarının kendi potansiyellerini arttırmalarına yardımcı olmaktır (43).

Sağlık ekibi içinde yer alan hemşireler, hastayla doğrudan etkileşim içinde olup sürekli hizmet veren bir konumdadırlar. Hemşire, hemodiyaliz hastalarının haftada 2-3 kez 4-6 saat süreyle üniteye olması ve sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) hastalarının eğitim sürecinin uzun olması ve sık kontrolleri nedeniyle hastalarla en fazla birlikte olan ekip üyesidir (26).

Özellikle kronik hastalıklarda ve dolayısıyla KBY de, hastalık ile ilgili tehdit ve kayıplara karşı sık verilen tepkiler hakkında eğitim ve güvence; hastaların hastalık hakkındaki görüşleri, belirsizlikleri ve inanışlarının empatik bir yolla dinlenmesi; fiziksel hastalığa bağlı gelişebilecek ruhsal belirtilerin sağaltımında önemli rol oynayabilmektedir. Tıbbi durum ve ruhsal belirtiler hakkında eğitim ve öneriler gereksiz kaygıyı önleyip, çaresizlik duygularını ve gerçek dışı korkuları azaltabilmektedir. Aktif baş etme stratejilerinin desteklenmesi veya hızlandırılması, çarpık düşüncelerin düzeltilmesi, hastaların kendi bakımını yönetmeleri ve iyilik hali hislerine katkıda bulunan davranışlara teşvik ve bu uygulamanın sürekliliğinin sağlanması, ruhsal hastalıkları önleme konusunda çok değerli bir yatırım olabilir (35).

Bu çalışma; kronik böbrek hastalarının ruhsal durumlarının değerlendirilip, gereksinimlerinin saptanması, bu gereksinimler doğrultusunda bakım veren hemşirelerin yaklaşımlarına yol göstermesi ve “kronik böbrek hastalığı” tanısı almış hastaların gereksinimleri doğrultusunda, hemşirelik danışmanlık sisteminin oluşturulması amacıyla planlanmıştır.

4.GENEL BİLGİLER

4.1 KRONİK BÖBREK YETMEZİĞİ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) glomerüler filtrasyon değerinde azalma sonucunda böbreğin, sıvı- elektrolit dengesini düzenleme işlevinin ve metabolik-endokrin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak bozulmasıdır (1, 16, 38). Kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olan KBY; her yaş grubunda görülebilen, birçok organ veya sistemde zamanla ilerleyen bozukluklara, ciddi organik, mental ve psikososyal sorunlara neden olabilen, tüm işlevleri sınırlayan, yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına neden olabilen bir hastalıktır (11, 28, 46).

KBY’de tedavinin amacı böbrek fonksiyonlarını ve homeostazisi olabildiğince devam ettirmektir (1). KBY sürecindeki bir hastaya klinik yaklaşım aşağıdaki unsurları kapsamalıdır.

1. Böbreklerin fonksiyonel rezervini doğru bir şekilde saptamak,
2. Fonksiyonel kapasiteyi düşüren reversible (geri dönüşebilir) faktörlerin düzeltilmesi,
3. İlerlemenin durdurulması veya yavaşlatılması,
4. Üremik komplikasyonların önlenmesi ve tedavisiyle yaşam süre ve kalitesinin artırılması,
5. Altta yatan hastalığın tedavisi (3).

4.2 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE UYGULANAN RENAL REPLASMAN TEDAVİLERİ

Böbrek fonksiyonlarının azalması sonucu atık ürünlerin birikerek, yaşam fonksiyonlarını bozmaya başladığı noktada renal replasman tedavisi (RRT) gerekmektedir. Böbrek fonksiyonları azalmaya başladıkça, vücut için zararlı olan fizyolojik değişiklikler oluşur. Bu değişiklikler ilaçla ve diyetle kontrol edilemediği ya da atık maddelerin yaşam fonksiyonlarını tehdit etmeye başladığı durumlarda RRT

uygulanmaktadır. Böbrek fonksiyonlarının progresif olarak bozulması KBY olarak tanımlanmaktadır. KBY progresyonunu azaltmak için gerekli azami dikkat, böbrek yetmezliğine bağlı morbidite ve mortaliteyi kontrol faktörleri ve KBY evreleri sırasında RRT için uygun hazırlık, diyaliz tedavisine başlandığı zaman hastaların en iyi durumda olmalarını gerektirmektedir (52).

KBY de iki çeşit tedavi yöntemi vardır: Diyaliz ve transplantasyon.

4.2.1 DİYALİZ

Diyaliz, sıvı ve elektrolitlerin yüksek konsantrasyondan düşük konsantrasyona doğru, yarı geçirgen bir zardan geçmesi ilkesine dayanır (13). KBY tedavisinde başvurulabilecek üç tane renal replasman tedavisi (RRT) bulunmaktadır. Günümüzde uygulanan bu yöntemler, hemodiyaliz, periton diyalizi, hemodiyafiltrasyon, hemofiltrasyon olmasına rağmen; en fazla hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanmaktadır. Özellikle akut durumlarda hemodiyaliz (HD) tedavisi periton diyalizinden önce uygulanır (53).

Türk Nefroloji Derneği'nin 2005 yılı verilerine göre ülkemizde hemodiyaliz %78.3, periton diyalizi %10.5, transplantasyon %11.2 oranında uygulanmaktadır (20).

Diyaliz tedavisinin medikal yönleri yanında sosyal ve ekonomik boyutları da vardır; diyaliz tedavisi gerek hasta gerekse hasta yakınlarının sosyal yaşamlarını etkilemektedir. A.B.D'de bir diyaliz hastasının yıllık maliyetinin yaklaşık 65.000 dolar civarında olduğu bildirilmektedir. Diyaliz tedavisinde hedef hastanın yaşamasının sağlanması, yaşam süresi ve kalitesinin artırılması olmalıdır. Diyaliz tedavisi ile 5 yıllık hasta yaşamı yaklaşık %34 olarak bildirilmektedir (3).

Kronik diyaliz tedavisi seçilirken hastanın tıbbi, demografik ve psikososyal durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Günümüzde daha yaygın olarak uygulanan renalreplasman yöntemi hemodiyaliz tedavisidir (3, 20).

Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ve HD'in çoğu hastada eşit düzeyde RRT sağladığı düşünülmektedir. Tedavi yönteminin seçimi, yaşam tarzı kararları ile ilişkili olarak, hastanın tercihinine göre yapılmalıdır. Diyalizden çok önce başlayan uygun eğitim, hastanın mantıklı ve doğru karar vermesi için en iyi yoldur. Diyaliz hastalarında sık ortaya çıkan psikolojik problemleri önlemek için hastanın yaşam tarzına ve

kişiliğine en çok uyabilecek (tıbbi olarak sakıncası yoksa) diyaliz şekli seçilmelidir (17, 52).

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda (40, 31); hemodiyaliz ve SAPD hastalarının yaşam kaliteleri benzer olarak saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise (21); hemodiyaliz hastalarında, depresyon ve sürekli kaygı düzeyleri SAPD hastalarına göre daha yüksek saptanmıştır.

4.2.1.1 HEMODİYALİZ

Hastadan alınan kanın bir membran ve bir makine yardımı ile sıvı ve solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesidir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı (erişkinde genellikle 200-600ml) ve bir membran ile makine kullanılmalıdır. Yeterli kan akımının sağlanması için kalıcı veya geçici vasküler giriş yolu sağlanmalıdır. Geçici vasküler giriş yolu sağlamak için günümüzde kullanılan en yaygın yöntem çift lümenli bir kataterin femoral, subklavyen veya internal jugular vene yerleştirilmesidir. Kalıcı vasküler giriş yolları başlıca 2 tanedir:

1. Arteriyovenöz greft: Günümüzde yaygın olarak kullanılmamaktadır.

2. Arteriyovenöz fistül: Arter ile ven arasında bir pencere açılmasıdır. Açılan fistülün olgunlaşp kullanılır hale gelmesi için ortalama 2-3 hafta beklemek gerekir. Yapay greftler için bu süre 4-6 haftadır. Bu süre zarfında acil ise katater yardımıyla diyaliz yapılır. Akses uygulaması genellikle dominant olmayan kolun mümkün olan en distal kısmına uygulanmalıdır (3, 39, 52).

Her iki akses uygulaması da cerrahi olarak yapılmaktadır. Mümkün olduğu sürece arteriyovenöz fistül yapay grefte tercih edilir. Çünkü arteriyovenöz fistül ile belirgin derecede düşük infeksiyon insidansı sağlanmaktadır (52).

Hemodiyaliz tedavisi hastanın kalan böbrek fonksiyonlarına ve diyetle aldığı protein miktarına bağlı olmak üzere haftada 2-3 kez 4-6 saat süre ile uygulanır. Yetersiz diyaliz bu hastalarda morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir nedendir. Hemodiyaliz tedavisi uygun cihaz ve ekipmanla evde veya hastanede yatak başında yapılabilir (3).

Deneysel olarak ilk hemodiyaliz uygulaması 1913 yılında nefrektomize bir köpek üzerinde yapılmıştır. İnsanda ilk hemodiyaliz uygulaması ise 1944 yılında Hollandalı bir hekim olan Kolff tarafından yapılmıştır. 30-40 yıl önce son dönem böbrek

yetmezliği (SDBY) olan hastalar günler-haftalar içinde kaybedilirdi. Diyaliz tedavisinde sağlanan gelişmeler, bu hastalarda önce yaşam süresini uzatmış sonra da yaşam kalitesinin artmasını sağlamıştır (3).

ABD’de hemodiyaliz hastaları arasında kaba yıllık mortalite oranı %20-22 arasındadır. Bu değer, birçok Avrupa lkesi ve Japonya’dan bildirilen değerlerden %25-50 daha yüksek olup bu durum ülkedeki diyaliz hizmeti hakkında sorular ortaya çıkarılmıştır. Türkiye’de ise, Türk Nefroloji Derneği’nin 2005 yılı verilerine göre 28.507 hemodiyaliz hastası bulunmakta ve bu hastalarda herhangi bir sebebe bağlı ölüm oranı %10.7’dir (20, 52).

Hemodiyalizin Avantajları:

- ❖ Hastanın diyaliz tedavisi ile haftada 2-3 kez 4-6 saat ilgilenmesi, diğer zamanlarda serbest olması,
- ❖ Atık maddeleri vücuttan hızla ve başarıyla uzaklaştırması,
- ❖ Metabolik dengeyi daha az etkilediği için şişmanlığın daha az sorun olması,
- ❖ Uzman hekim ve hemşirelerden oluşan bir ekip tarafından uygulanması,
- ❖ Malnütrisyon ile daha az karşılaşılması,
- ❖ Hastaneye yatma gereksiniminin daha az olması,
- ❖ Batınla ilgili komplikasyonların görülmemesi,
- ❖ Diyaliz ortamında hastaların diğer hastalarla ilişki kurmasını sağlamasıdır (3, 9, 10).

Hemodiyalizin Dezavantajları:

- ❖ Tedavi seansları arasında sıvı- elektrolit ve metabolik değişime bağlı olarak diyaliz sonrası hastanın kendisini iyi hissetmesi, ancak sonraki seansa kadar yavaş yavaş tekrar kötüleşmesi sonucu oluşan rahatsızlık hissedilmektedir,
- ❖ Tedavi sırasında damara giriş için her seferinde fistül iğneleri kullanılmaktadır,
- ❖ Oldukça katı bir diyet uygulaması ile sıvı ve gıda alımının kısıtlanması gerekebilmektedir,
- ❖ Fistül için küçük bir cerrahi operasyon gerekmektedir (9, 18).

4.2.1.2 PERİTON DİYALİZİ

Akut böbrek yetmezliğinin tedavisinde kullanılmış olup, daha sonra büyük ölçüde hemodiyaliz tedavisi öncesi kullanımda yer almıştır. Günümüzde 2 tip periton diyalizi uygulanmaktadır:

Sürekli ayaktan periton diyalizi; Periton boşluğuna doldurulan diyalizatın birkaç saatlik bir dengelenme süresinden sonra, yenisi ile değiştirildiği bir yöntemdir. 37 dereceye ısıtılmış genelde 2 litre diyalizat 5-10 dk içerisinde periton boşluğuna infüze edilir. Periton diyalizinin tipine göre değişen periyotta bu diyalizat periton içerisinde bekletilir. Kan ve diyalizat arasındaki kimyasal ve osmotik gradiyent farkından yararlanılarak hem solüt, hem de ultrafiltrasyonla sıvı uzaklaştırılması amaçlanır (39, 59).

Otomatik periton diyalizi; Bu yöntem bir makine yardımı ile yapılır ve SAPD ile benzerlik gösterir. Diyaliz hastane ya da hastanın evinde gece boyunca yapılır. Makine başlangıçta uzman kişiler tarafından programlanır. Hasta yatmadan önce makineyi kendi sistemine bağlar ve makine hasta uykuda iken periton diyalizi işlemini gerçekleştirir (1).

İlk periton diyalizi uygulaması 1923 yılında Ganter tarafından gerçekleştirilmiştir. Türk Nefroloji Derneği'nin 2005 yılı verilerine göre ülkemizde periton diyalizi tedavisi gören hasta sayısı 3381 dir. Uygun hasta seçimi ile hasta yaşam süresi hemodiyaliz hastasınınki ile eşittir (20, 3).

Periton diyalizi, hastanın tedaviye aktif katılmasını gerektiren, iş gücünü önemli ölçüde koruyan ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen bir tedavi seçeneğidir. Bununla beraber, SAPD ile tedavi edilenler devamlı şekilde solüsyon değişimlerinin tekrarlanması gibi bir durumla karşı karşıyadırlar (17, 30). Hastanın böbrek yetmezliğinin tedavisinin yanı sıra bağımsızlığının da amaçlandığı bu sistemde, hastanın yaşadığı yerde tedaviyi eksiksiz olarak yapabilmesi ve oluşabilecek problemlerle baş edebilmesi için eğitim önemlidir. Hasta eğitiminin önemli bir parçası da periton diyalizi hemşiresi tarafından sağlanır (49).

Periton Diyalizinin Avantajları:

- ❖ Kalp ve damar sistemine yüklenme çok az olduğundan özellikle yaşlı hastalarda ve çocuklarda uygulanması tercih edilebilmektedir,
- ❖ Rezidüel renal fonksiyonu daha fazla koruması,
- ❖ Daha iyi kan basıncı ve sıvı (aşırı sıvı birikimi olmaz) kontrolü,
- ❖ Kan biyokimyasının yavaş ama etkili düzelmesi,
- ❖ Kolay uygulanabilirlik ve taşınabilirlik, dolayısıyla seyahat etmek isteyen hastalarda rahatlık sağlaması,
- ❖ Aneminin görülme sıklığı ve derinliğinin daha az olması,
- ❖ Daha serbest diyet ve sıvı alımı,
- ❖ Sürekli antikoagülasyona ihtiyaç duyulmaması,
- ❖ Tedavinin hastanın kendisi tarafından uygulanıp hastanın kendisini daha iyi hissetmesi,
- ❖ Hastanın daha bağımsız olması,
- ❖ Hepatit B, hepatit C bulaşmasının daha az olması,
- ❖ Maliyeti düşük, makine, elektrik, su ve teknik ekip gerektirmemesi,
- ❖ Bir diyaliz merkezine bağımlılık gerekmemesidir (3, 9, 10, 18, 26).

Periton Diyalizinin Dezavantajları:

- ❖ Artmış enfeksiyon (peritonit) riski,
- ❖ Yetersiz diyaliz riski,
- ❖ Potansiyel protein kaybı ve malnutrisyon riski,
- ❖ Günlük uygulama gerektirmesi,
- ❖ Özellikle yaşlı hastalarda ve çocuklarda sürekli uygulamaya bağlı bıkkınlık,
- ❖ Katater implantasyonu için küçük bir cerrahi operasyona gereksinim duyulmasıdır (9, 10, 18).

4.2.2 BÖBREK TRANSPLANTASYONU

Transplantasyon, SDBY'nin seçkin tedavi şeklidir. Çünkü, gerek kadavradan gerekse canlı vericiden yapılan başarılı böbrek transplantasyonlarında diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarından bazıları değil, tamamı yerine getirilir. Buna ek olarak, hem tüm böbrek fonksiyonları yerine getirildiğinden, hem de hastalar için sürekli diyaliz işlemlerinin oluşturduğu fiziksel ve psikolojik zorluklar ortadan kalktığından dolayı yaşam kalitesi daha yüksektir. Böbrek nakli SDBY olan hastalarda yaşam süresini uzatır. Böbrek naklinden sonra 5 yıllık yaşam oranı, böbrek nakli yapılmış olan hastalarda yaklaşık olarak %69'dur. Bu oran diyaliz hastalarında ise yaklaşık %34'tür (3). Görüldüğü gibi transplantasyon, diyalize oranla hastaların yaşam süresini yaklaşık 2 kat artırmaktadır.

Böbrek naklinde en başarılı sonuç, doku uygunluk antijenlerinde tam uyum olan vericilerden yapılan nakillerde olmakta ve 10 yıllık greft yaşam oranı %82'dir. Kadavra kaynaklı vericilerden yapılan nakillerde ise greft yaşam oranı yaklaşık olarak %47'dir. Ülkemiz böbrek transplantasyon rakamları ne yazık ki istenen düzeyde değildir. Türk Nefroloji Derneğinin en son verilerine göre 31.12.2005 tarihi itibari ile böbrek transplantasyonu sayısı 7.643'tür. A.B.D'de ise sadece 2004 yılında 15.671'dir. Opelz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada canlı-akraba donörden yapılan böbrek naklinin greft ömrü açısından, kadavradan yapılan nakillere göre üstünlüğü açıkça görülmektedir. Üzerinde durulması gereken nokta eşlerden yapılan nakillerin, greft ömrü açısından özellikle nakil sonrası 3. yıldan sonra canlı-akraba donörden yapılan böbrek nakilleriyle benzer sonuçlar vermiş olmasıdır. Bu, özellikle nakil sayısının artırılması adına önemli bir bulgudur (3, 61).

Tüm dünyada organ nakli ile uğraşan ekiplerin en büyük sıkıntısı yapılan böbrek nakillerinin sayısının SDBY'li hastaların artış hızına dahi yetişememesi ve buna bağlı olarak bekleme listesindeki hasta sayısının hızlı bir şekilde artışıdır. Böbrek naklinde istenen hedefe ulaşmanın birinci yolu kadavradan organ nakli sayısını artırmaktır. Gelişmiş ülkelerde kadavradan yapılan böbrek nakilleri, tüm böbrek nakillerinin %80'ini kapsarken ülkemizde bu oran %30 ları ancak bulmaktadır (61).

4.3 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNİN BİYOPSİKOSOSYAL BOYUTU

Biyopsikososyal bir varlık olarak tanımladığımız insan için hastalık durumu, çok boyutlu bir olgu, bir yaşam , kimlik ve varoluş krizidir. Kişinin dengesini, uyumunu bozar. Bedensel, ruhsal ve sosyal yönden zorlanmalara neden olur. Hastalık durumu, iyi oluş halinin geçici bozulmasından, yeti yitimine, beden bütünlüğünün ve işlevselliğinin bozulmasına neden olabilecek, hatta bireyin yaşamını yitirmesi ile sonuçlanabilecek düzeyde olabilir (47).

Neil ve Sandifer'a (1980) göre rahatsızlık; biyopsikososyal çerçevede bedensel bir hastalığın tanımı ve başa çıkma süreci olarak bildirilmiştir. Rahatsızlık sürecinde 3 biyopsikososyal işlem yer alır ve bunlar karşılıklı etkileşim içindedirler. Bunlar: Tanım, değerlendirme ve eylem'dir.

Tanım: Kişinin, kendi hastalığın varlığından haberdar olması sürecidir. Bedensel duyuların belirtilere dönüşmesiyle belirlidir. Rahatsızlığın tanımı, sosyal ve bireysel koşullarla belirlenmiştir.

Değerlendirme: Değerlendirme süreci; hastalığın anlamı ve getirdikleri konusunda bir sonuç sağlar. Rahatsız olmak, dert sahibi olmak anlamına gelebilir veya zıt olarak, rahatsız olmak, dinlenme, ziyaret edilme, ekonomik olarak yardım görme anlamına da gelebilir.

Eylem: Yapılan eylem; tanım, değerlendirme ve kültürel eylemin (etkin ya da edilgin) biçimi ve tarzına bağlıdır (8).

Sister Callista Roy'a göre; sağlık: Bir durum, var olma süreci ve bütünlüktür. Roy, bu tanımda adaptasyonu fiziksel, psikolojik ve sosyal bütünlüğü devam ettirme süreci olarak almaktadır. Bütünlük ise birbiri ile ilişkili bozulmamış bir durumu belirtir. Roy'a göre birey sağlık-hastalık sürekliliğinde hareket halindedir ve sorunlarla başa çıkabilmek için yeni durumlara adapte olmak zorundadır (60).

Hastalıklar arasında önemli bir yere sahip olan kronik hastalıklar; kişiye, topluma, yaşa, kültüre, hastanın hastalığı nasıl algıladığına ve hastalığın yol açtığı güçlüklerle bağlı olarak; kişinin denge ve uyumunu bozup, başa çıkma becerilerini başarısızlığa uğratmaktadır (34).

KBY'nin diyaliz ya da transplantasyon ile tedavisine pek çok organik, mental ve sosyal sorun eşlik etmektedir. Hastalar kısıtlayıcı bir yaşam şekline uyum sağlamak zorunda kalmalarının yanı sıra bağımlılık ve ölüm kavramıyla da yüzleşmektedirler. Haftada 3 gün, ortalama 4- 6 saat süren diyaliz uygulamaları ile yaşam; diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmektedir. Diyalizde geçirilen zamana ve kalan zamanda da fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak, iş verimi düşmekte, sosyal yaşam fakirleşmektedir. Gerek iş verimindeki düşüş gerek tedavinin pahalı oluşu ağır maddi kayıplara yol açmaktadır. Diyet programlarıyla sıvı ve gıda alımı ciddi ölçüde kısıtlanmaktadır. Kadavradan transplantasyon için belirsiz bir bekleme sürecine girilmektedir. Organ yetmezliği olan hastalar arasında, aile ve evlilik stresinin belirgin olduğu bildirilmiştir. Ailelerin ölümle ilgili endişelerinin, hastaların elini kolunu bağladığı ve zaman içinde evlerinde yalnızca birer izleyici konumuna geçtikleri saptanmıştır (44, 47).

Böbrek hastalığı farklı şekillerde SDBY şekline gelebilmektedir. Bu bazen daha önceden tespit edilmiş bir hastalık ve tetkiklerle ilerleyen bir süreç sonunda böbrek yetmezliği tablosu haline gelebileceği gibi, bazen de acil servislere böbrek yetmezliğiyle başvuru sonucunda hastaya böbrek yetmezliği tanısı koyulabilmektedir. Düzenli olarak izlenen hastaların, hastalığın olası seyri, tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilen hastaların tedaviye uyumları; aniden bir böbrek hastalığı tanısı almış hastaya göre gerek olayları değerlendirme, tolare etme, gerekse takibe ve tedaviye uyum yönünden daha farklı olmaktadır. Bu iki farklı süreç hastanın hem diyalize hem de organ nakline hazırlanması süreçlerinde sağlık ekibini ve aileyi farklı boyutlarda uğraştırabilmektedir. Üremik koma veya prekoma nedeniyle ilk defa acil servislere başvuran hastaların hem tıbbi hem de ruhsal durumları düzenli izlenen hastalara göre daha katı ve baskıcı olup hastalığı kabullenmeleri daha zor olmaktadır. Çünkü onlar yaşamları normal seyrinde devam ederken birdenbire, beklenmedik ve ömür boyu sürecek bir hastalık, ilaçlar ve hastane ortamı ile karşı karşıya kalmaktadır (47).

SDBY tanısının konması, hasta ve ailesi için son derece sarsıcı ve üzüntü verici bir durumdur. Böbrek hastası olmaktan diyaliz hastası olmaya geçmek, daha fazla kısıtlama, kriz, kişisel kayıp tehditleri ve kayıplara yol açmaktadır. Bu kayıplar; iş kaybı, sağlığın kaybı, gelir kaybı, kendine güven kaybı olarak sıralanabilmektedir (47).

Diyaliz uygulamasının en temel gerçeği, kronik bir hastalık olması ve yaşamı sürdürebilmek için bir makineye bağımlı olma zorunluluğu olarak bildirilmiştir. Çünkü diğer birçok hastalıkta ara tatil dönemleri bulunmasına rağmen, gerek hemodiyaliz gerekse SAPD hastalarında bu durum söz konusu değildir. Diyaliz tedavisinin yarattığı majör stresler arasında ise işlemin kesilmesi, kullanılan ilaçlar, uygulanan diyetler dahil tüm tıbbi tedaviler, bir makineye, bir işleme ve bir grup sağlık çalışanına bağımlı olmak olarak bildirilmiştir. Çünkü bu tedavide; hasta bir makineye girmekte, o makinede kanının döndüğünü, değiştiğini, tekrar kendisine geldiğini, aynı makinede başka hastaları ve o makineden hepatit B ve hepatit C gibi enfeksiyon bulaşan hastaları görmekte ve tüm bu endişelerle tedavisine devam etmektedir (34, 47).

Diyaliz tedavisi uygulanan hastaların yaklaşık 2/3'ü, böbrek yetmezliği başlamadan önceki işine dönememektedir. Kişilerin çalışmaya geri dönebilme imkanı, büyük oranda sosyoekonomik durumlarına ve SDBY başladığı zamanki hastalıklarının ağırlığına bağlıdır. Diyaliz tedavisi gören bir öğretmen veya iş yöneticisi için çalışmaya dönebilmek, bedeni ile çalışan bir işçiye göre çok daha kolaydır. Çünkü ofis işinde çalışanlarda iş takviminde daha kolay ayarlama yapılabilir ve fizik güce çok fazla gereksinim yoktur. Genel olarak kadınların seçenekleri erkeklere göre daha fazladır; özellikle evli kadınların ev işlerine dönebilmesi oldukça kolaydır. Ancak, bazen fiziksel sınırlamalar hastaları hafif ev işlerini bile yapamaz hale getirebilir. İş kaybı herkes için, özellikle erkeklik algılaması doğrudan yaptıkları iş ile bağlantılı olan erkek hastalar için olumsuz yönde psikolojik etki oluşturmaktadır (17).

Her diyaliz hastası bir transplantasyon adayıdır. Gerek hastalar gerekse aileleri için transplantasyon “yeniden doğuş” olarak tanımlanmaktadır. Diyaliz dönemi; karamsar, umutsuz, çaresiz bekleme dönemi olarak kabul edilirken, transplantasyon sonrası ise bu kadar özlemlerle beklenen bu yeni organın reddi korkusu, transplantasyondan yıllar sonra bile sürmektedir. Transplantasyon adayları hastalarda depresif yelpaze içindeki bozukluklar (distimik bozukluk, depresif uyum güçlüğü) en üst düzeydedir. Transplantasyon sonrası ise anksiyeteli uyum güçlüğü ve somatik belirtilerle giden uyum güçlüğü en yaygın psikiyatrik sendromlar olduğu bildirilmiştir. Ayrıca toplum içinde maske kullanımı, uzun süreli immünosüpresif ilaçların kullanılmasına (siklosporinler aşırı kullanma; steroidler ay dede yüz, kılınma, akne ve kilo artışı) bağlı oluşan fiziksel görünümde değişiklikler, hastanın kendini

algılamasını etkileyerek; anksiyete, depresyon, öfke ve içe kapanıklık gibi psikolojik problemlerin yaşanmasına neden olabilmektedir. Özellikle transplantasyon sonrası duygularını, kaygı ve korkularını ifade edemeyen hastalarda daha sık olarak “yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu” ve “panik bozukluk” görüldüğü ve bu durumun tıbbi bakım ve tedaviyi zorlaştırdığı, hatta suicid girişimlerinin yaşandığı bilinmektedir (58).

Hemşire ve transplantasyon ekibinin diğer üyelerinin en önemli görevi; kaygı ve anksiyetenin giderilmesine yardımcı olmaktır. Özellikle transplantasyon öncesi dönemde verici, alıcı ve bunların aileleri, ameliyat sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar hakkında iyice aydınlatılmalı, transplantasyondan sonra böbrek fonksiyonlarının olmama olasılığı, ve rejeksiyon konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca immünoşpresif ilaçların kullanımı, bunların sonuçları, ameliyat sonrası dönemde yapılması gereken işler ve infeksiyondan korunmak için gereken önlemler çok iyi anlatılmalı, ileriye dönük kaygılarını azaltmak için de transplantasyon sonrası yaşam hakkında bilgi verilmelidir. Bu dönemde alıcı-verici-aile ve hemşire arasındaki diyalog çok önemlidir. Çok iyi bir iletişim ve empati kurulması, hastaların ameliyat sonrası ortaya çıkacak sorunlara karşı daha uyumlu olmalarını sağlayacaktır (58).

4.4 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE SIK GÖRÜLEN RUHSAL SORUNLAR

Kronik hastalıklar yaşam boyu devam eden, sürekli tedavi, kontrol ve bakım gerektiren, bireyde yetersizlik ve sakatlıklara neden olabilen hastalıklardır. Günümüzde modern tıptaki gelişmeler ve modern toplumun getirdiği yaşam değişiklikleri gibi nedenlerle kronik hastalıklar dünyada ve özellikle sanayileşmiş ülkelerde büyük bir sağlık sorunu haline gelmiştir (26). Kronik olarak rahatsız olan ya da yetiyitimi olan birey, hastalığını ya da belirtilerini yaşamına, kendilik- imgesine ve geleceğine katma durumundadır (8).

Türü ne olursa olsun kronik hastalığı olan bireylerin yaşamları olumsuz etkilenmekte, günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamama, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları ve fiziksel iyilik halinin bozulması, tedaviye uyumu zorlaştırmakta, öz-bakım güçlerini zayıflatmakta ve çeşitli psikolojik sorunlar ortaya

çıkılmaktadır. Tüm bunların sonucunda ise; bireylerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (56).

Kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olan KBY nin diyaliz ya da transplantasyon ile tedavisine pek çok organik, mental, sosyal ve ruhsal sorun eşlik etmektedir (44, 48).

Diyaliz ve transplantasyon tedavilerinin ilk uygulandığı dönemlerde dikkat, yaşamı ne ölçüde uzattıklarına yönelmişken, sonraları kurtarılan yaşamın niteliği merak edilmeye başlamıştır (44). Bununla birlikte araştırmacılar yaşam kalitesi üzerine odaklanmaya başlamıştır.

Yaşam kalitesi; mutluluk, doyum ve uyum olarak tanımlanabilir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi kavramı; yaşamı sevme, yaşama umuduna sahip olma, şu andaki yaşamına ve yaşamının her dakikasına değer verme, 5 duyunun tümü ile çevreyi duyumsayabilme, bedeni kullanabilme, kendini enerjik hissedebilme, bağımsız hissetme, insancıl duygularla donanarak kendini güçlü hissedebilme ve yaşam sevinciyle dolu olabilme yeteneğidir. Özetle yaşam kalitesi bireyin kendini iyi hissetmesidir (58).

Sosyalleşme; “bireyin kendi kümesi ya da kültürü içinde yaşayanlar gibi davranmayı öğrenmesidir”. Sosyal davranışın kaynağı, bebekliğin ilk gününe kadar uzanır. Yaşamın başlangıcında görülen ilk sosyal davranış bebeklerin annelerine olan bağlılığıdır. Bebek büyüdükçe anneye bu şekilde bağlı kalamaz ve çevresini araştırmak için ondan kopar yani sosyal davranışların gelişim öyküsü, anneye bağlılık ve ondan kopma ile başlamaktadır (60). Yaşamın ilk yıllarında anneye bile bu denli bağlı kalamayan birey, KBY de bir makine veya işleme ve bir grup sağlık çalışanına, yaşamının kalan kısmında bağlı kalmak zorundadır.

SDBY'nin hem kendisinin hem de tedavisinin psikiyatrik açıdan zorluklarla dolu olduğu eskiden beri bilinmektedir. Tedavi ile ilgili ilgili ilk vaka 1963 yılında, bir böbrek hastasının hemodiyaliz tedavisinde kullanılmak için gerekli olan şanti, kendi kendine kasıtlı olarak çekmesiyle, bu hastalarda intihar vakalarının görülebileceği tespit edilmiştir (47).

Genel kanı; diyaliz hastalarında ruhsal bozuklukların yaygınlığının artmış olduğu şeklindedir. House ve ark. KBY hastalarında yaptıkları bir çalışmada; DSM-III tanı ölçütlerine göre, %30 oranında ruhsal bozukluk saptamış, %14 oranında uyum

bozukluğu, %12.5 oranında majör depresif nöbet, %2 oranında panik bozukluğu, %1.5 oranında yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu olduğunu bildirmişlerdir (23, 44). Kimmel ve ark. bir yıl izledikleri hemodiyaliz hastalarının, %10'unda en az bir ruhsal hastalık olduğunu belirlemişlerdir. En sık konulan depresyon tanısını, sırasıyla diğer duygudurum bozuklukları, organik beyin sendromu ve demans, alkol ve madde kötüye kullanımı, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ile anksiyete ve kişilik bozuklukları izlemektedir. Ülkemizde hemodiyalize devam etmekte olan hastalarda yapılan bir çalışmada ise, ICD-10 tanı ölçütlerine göre; %22.9 oranında en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır. Majör depresyon nöbeti %17.1, yaygın anksiyete bozukluğu ise %8.7 ile en sık konulan tanılardır (Sağduyu ve Erten 1998). (44, 51).

KBY hastalarında sıklıkla belirtilen spesifik stres kaynakları; maddi ve sosyal ilişkilerin kaybı veya kayıp tehlikesi, fiziksel sağlık ve aktivite kısıtlamaları, beden fonksiyonu kaybı ve bozulmuş beden imajı, artmış bağımlılık ve ölüm tehlikesi, aile içinde rollerin değişmesi, iş fonksiyonu ve ekonomik güvencede bozulma, boş vakit ve sosyal aktivitelere azalmış katılımı içermektedir. Cinsel üretkenlik dönemindeki çoğu kadın ve erkek çocuk sahibi olma isteğinden bahsedebilir ve azalmış libido, empotans hatta evlilik uyumsuzluğundan dolayı mutsuzluk görülebilmektedir (34, 48).

Diyaliz hastaları, diğer stresler yanında, kendilerini sürekli olarak bir işleme, bir tıbbi merkeze veya bir grup sağlık personeline esir gibi bağlanmış durumda hissederler. Tümüyle ele alınırsa bir kişinin hastalığa karşı psikolojik yanıtı, onun hasta olmadan önceki kişiliğine, ailesi ve arkadaşları tarafından verilen desteğe ve alta yatan hastalığının seyrine bağlı olacaktır (17). Diyaliz hastalarında hastalığın evresi, süresi, tedavi şekli ve potansiyeli yanında; psikososyal faktörlerle de bağlantılı ortaya çıkabilecek psikiyatrik komplikasyonlar şöyle gruplandırılabilir:

- Uyum güçlüğü ve davranışsal reaksiyonlar,
- Organik beyin sendromları,
- Anksiyete bozuklukları,
- Depresyon,
- Cinsel sorunlar

Psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasında en önemli faktör kronik hastalığın kendisidir. Ancak ortaya çıkan bu komplikasyonlar, tedavi edilmezlerse, doğrudan fiziksel hastalığın seyrini ve morbiditesini olumsuz etkileyecektir (11, 34, 48).

4.4.1 Uyum Güçlüğü ve Davranışsal Tepkiler

KBY hastaları; hastalık, semptomları ve uygulanan tedavi şekline bağlı olarak yaşam şekillerini tekrar gözden geçirmek ve yeniden değerlendirmek durumundadırlar.

Levy (1987), bir grup hastayı hemodiyaliz öncesi ve sonrasında izleyerek değişik dönemlerdeki ruhsal durumlarını incelemiş, hemodiyaliz uygulanmadan önce tüm hastalarda ciddi depresyon gözlemlendiğini, hemodiyaliz uygulamasıyla birlikte hastalarda güven ve umut belirtilerinin görüldüğünü, 2-4 ay kadar süren bu “balayı” dönemini bazı hastaların “yeniden doğmuş gibi” olarak tanımladıklarını bildirmiştir. Ancak hastaların daha sonra gerçek yaşamla yüzyüze geldiklerinde dış streslerin etkisi ile umutsuzluk ve depresyon belirtileri gösterdiklerini, 3 ile 12 kadar süren bu dönemden sonra ise hastaların bir dereceye kadar durumlarını kabul ederek uzun süreli bir uyum dönemine girdiklerini belirtmektedir (15).

Gren (1983) hemodiyaliz hastalarını, uyumları açısından, tedavide geçen süreleri itibariyle üçe ayırmış ve ilk 3-4 aylık periyodu “balayı”, takip eden altı aylık dönemi (3. aydan sonra 9. aya kadar olan dönem), “cesaretin kırılması (discouragement)”, 8-9. aylardan sonrasını ise “uzun dönem adaptasyon” olarak nitelendirmiştir (15). Türk Nefroloji Derneğinin 2005 yılı verilerine göre, hemodiyaliz programında olup, ilk 90 gün (3 ay) içinde herhangi bir sebebe bağlı ölümler %32.7 iken, diyalizde 90 gün yaşadıkdan sonra ise %67.3’tür (20).

Abram, hastaların diyalize uyum sürecini 4 aşamalı olarak değerlendirmiştir.

1. Dönem: Diyalize başlamadan önceki dönem (üremik dönem)’dir. Hastalar çoğunlukla kronik hastalığın fizyolojik ve ruhsal komplikasyonları içindedir. Yaşamın tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Hastalar, yorgunluk, halsizlik ve zihinsel çökkünlük içindedirler.

2. Dönem: diyaliz uygulamasına başladıktan sonra, apatinin azaldığı “ölümden geri dönme” duygu ve düşüncesinin geliştiği, sıklıkla öforinin eşlik ettiği bir dönemdir.

3. Dönem (Yaşama Dönüş): diyaliz uygulamasına başladıktan 3 hafta ya da 8-9 diyaliz uygulamasından sonra, başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psikososyal sorunların geliştiği bir dönemdir. Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının geliştiği bu dönem 3- 12 ay sürebilir.

4. Dönem (Normale Dönüş): Ölümden kurtuluşun gerçekleştiği ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönemdir. Makineye alışılmıştır, hastalığın ve tedavi uygulamalarının elverdiği ölçüde, yaşam ilgi alanlarına yeniden dönmüştür. Gerçekçi kabullenme sağlanmış, ileriye dönük plan ve beklentiler (organ nakli) gelişmiştir. Örneğin kanser hastalarında kemoterapi veya radyoterapi uygulamaları dışında hasta, hastaneye bağlı değildir. Hemodiyalizde ise sürekli olarak haftada 3 kez bir makine ve ilaçların yanında sıkı bir diyetle bağımlılık söz konusudur. Bir çok hasta için şehir dışına çıkmak dahi mümkün değildir (11, 15, 48). Benzer şekilde periton diyalizi hastaları da her gün, uygun ortamda, ortalama 4-5 kez sıvı değişimi yapmak zorundadırlar.

Bu hastalarda; inkar, negativizm, uyum güçlükleri ve tedaviyi reddetme sık görülen reaksiyonlardandır. Bu reaksiyonlar hastanın; bağımlılık, otonomisini kaybetme gibi nedenlerle yaşadığı kızgınlık, kaygı, isyan, hastalığın şiddeti ve seyriyle ilgili yaşadığı mutsuzluk gibi duygularla ilişkilidir (11, 34, 48).

Kronik hastalığı olanlarda öfke sık karşılaşılan bir bulgudur ve diyaliz hastalarının bir bölümünün, diyaliz personelini taciz etmesi, onlarla tartışmaya girmesi şaşırtıcı değildir. Bu davranışları kişiselleştirmemek fakat hastaları dinleyerek anlamaya çalışmak iyi bir yoldur. Öfke ve uyumsuz davranışların nedeni çoğu kez belli değildir ve hastanın evindeki durumu ve iş yerindeki şartları için ayrıntılı bir incelemeyi gerektirir. Bununla beraber, diğer hastalar ve diyaliz personeli için tehlikeli olabilecek davranışlara kesinlikle toleranslı yaklaşılmalıdır. Psikoz gibi altta yatan bir hastalığı bulunanlar, bu tip davranışlar gösterebilirler. Bu olgularda konsültasyon-liyezon psikiyatrisinden yardım istemek gereklidir (17).

Kronik hastalığı olan kişilerin yaşadıkları sorunların çoğu bilgi eksikliği ve hastalık yaşantısı ile baş edebilmek için gereken becerilerin olmaması ile ilgilidir. Hastaların sağlık merkezlerince bilgilendirilmesi, hastalığa uyumun her aşamasında görüşülmesi ve psikososyal desteklenmesi onlara en geniş çapta yardımcı olacaktır (11, 34, 35, 48).

4.4.2 Organik Beyin Sendromu

Diyaliz hastalarında merkezi sinir sistemini etkileyen çeşitli toksik ve metabolik faktörlere bağlı olarak organik beyin sendromu gelişme riski fazladır. Bir çok hasta

diyaliz günü yaklaştıkça zihinsel işlevlerinde yavaşlama ve karışıklık geliştiğini, unutkanlık, dikkatini toplayamama ve sinirlilik ortaya çıktığını ifade eder. Diyalizden sonra sıvı ve elektrolit dengesindeki ani değişikliklere bağlı olarak, birkaç dakikadan birkaç saate kadar süren bir öfori ve uyarılmışlık hali, baş ağrısı ve bulantı görülebilir. Zehirli yıkım ürünleri, anemi, hipertansiyon, endokrin ve kalp-damar sistemi bozuklukları, KBY hastalarında üreminin neden olduğu merkezi sinir sistemi işlev bozukluğunu daha da ağırlaştırmaktadır. Diyaliz dengesizliği ve demansı KBY hasta popülasyonuna özgü nörolojik sendromlardır. Epilepsi nöbetleri de KBY de sıklıkla görülebilmektedir (6, 34, 35, 44, 48).

Diyaliz hastalarında en ciddi ve fatal organik ruhsal bozukluk diyaliz ensefalopatisidir. Genellikle uzun süredir (2 yıldan fazla) diyaliz uygulanan hastalarda gelişir. Diyaliz hastalarında dizartri, konuşma güçlüğü, bellek işlevlerinde zayıflama, zihinsel karışıklık, tremor, istemsiz hareketler, ajitasyon gibi nöro-psikiyatrik bulgular uyarıcı olmalıdır. Erken müdahale edilmezse genellikle fataldir. Ayrıca diyaliz hastalarında kronik organik beyin sendromu gelişimi de bildirilmiştir (34, 44, 48).

4.4.3 Anksiyete Bozuklukları

Sıkıntı, endişe, kaygı veya bunaltı günümüzde anksiyete karşılığı olarak kullanılan kelimelerdir. Hastalar bu durumu “kötü bir şey olacakmış hissi”, “hoş olmayan bir endişe hali” ya da “nedensiz bir korku” şeklinde ifade ederler. Psikiyatrik açıdan anksiyete; somatik belirtilerin de eşlik ettiği, normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali şeklinde tanımlanabilir. Kişi huzursuzdur ve kötü bir şey olacağından endişe etmektedir. Ancak bu durumu açıklayacak nesnel bir tehlike ya da tehdit kaynağı gösterememektedir (16, 50).

Kronik hastalıkların birçoğunda olduğu gibi diyaliz hastalarında da kaygı en yaygın yakındır. Hemodiyalizde haftanın 3 günü 4-5 saat geçirilmesi, periton diyalizinde günde 4-5 kez sıvı değişimi yapılması veya gece boyunca periton diyalizi aletine bağlı kalınması ve belli aralıklarla hastane kontrolüne gereksinim duyulması, hastaların tedaviyle ilgili kaygı düzeylerini arttırmaktadır (6, 34, 35, 48).

Otto Rank'a göre çocuğun doğumla beraber intrauterin yaşamın rahatlığı ve güvenliğinden yoksunluğu, seperasyon anksiyetesinin nedenidir. Kişinin ilişkilerinden uzaklaşması, bağlantılarından kopması temel anksiyete sebebidir (60, 24).

Ayrıca, hemodiyaliz makinesinin hortumlarıyla bir yaşam aracı olarak, hastayı kendisine bağımlı kılması sonucu, hastaya anne-çocuk ilişkisini anımsattığı ileri sürülmüştür. Ve buna bağlı olarak makineyle hasta arasında sevgi- nefret ilişkisi kurulduğu bildirilmiştir (15).

Sık olarak ortaya çıkan psikolojik problemleri önleyebilmek için; en başta hastanın yaşam tarzı ve kişiliğine uygun diyaliz şekli seçilmelidir (17). Taşçı S. (1998) diyaliz tipinin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu saptamıştır (56). Ülkemizde yapılan bir çalışmada (21); hemodiyaliz hastalarında, depresyon ve sürekli kaygı düzeyleri SAPD hastalarına göre daha yüksek saptanmıştır.

Ülkemizde 59 KBY hastasıyla yapılan bir çalışmada; hastaların %45.8'inde düşük, %25.4'ünde orta, %28.8'inde ise yüksek derecede anksiyete olduğu belirlenmiştir (16). Yine aynı çalışmada, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla anksiyete ve depresyon görülmüştür. Kadınların aynı anda hem anne hem eş hem de iş kadını rollerini üstlenmek zorunda kalmalarından ötürü daha fazla stresle karşı karşıya kaldıkları düşünülmektedir.

KBY hastalarının diyaliz tedavisi öncesinde ve tedavi başladıktan sonra kaygı düzeyleri önemli derecede yükseldiği için yaşanan bu süreçteki kaygıyı azaltmaya yönelik; sağlık çalışanları olarak; açıklama, telkin, psikososyal desteklerin artırılması, hastanın beden imajı ve özgüvenini desteklemeye yönelik faaliyetler ve gerekirse psikoterapi yapılması planlanabilir (35).

4.4.4. Depresyon

Depresyon, derin üzüntülü bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim, ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur (50). Depresif duygudurum ve ilgi kaybı ya da zevk alınan etkinliklerden artık zevk alınmıyor olması, depresyonun anahtar semptomlarıdır. Hastalar kendilerini hüznü, kederli, umutsuz ya da değersiz hissettiklerini söyleyebilirler. Hasta için

depresif duygudurumun, çok olağan kabul edilebilecek üzüntü duygusundan çok ayrı bir niteliği vardır. Hastalar çoğu kez depresif duygudurumu “ ıstırap veren duygusal bir ağrı”ymış gibi tanımlarlar (50).

Dünya Sağlık Örgütü depresyonun 2020 yılı itibariyle dünya çapında (iskemik kalp hastalığından sonra) yeti yitiminin en önemli ikinci nedeni olacağını tahmin etmektedir. Majör depresif bozukluk yaşamları boyunca 20 kişiden 1’ini etkilemektedir. Hem majör depresyona hem de distimiye kadınlarda daha sık rastlanmaktadır (36).

Diyaliz hastalarında, depresif mizaçlı uyum güçlüğü ve majör depresyon akut dönemden sonra görülen en yaygın reaksiyondur. Sağlıklarını, fiziksel güçlerini, cinsel potansiyellerini, otonomilerini, çalışabilme yeteneklerini kaybedecekleri endişesi, bir kayıp yaşantısı olarak depresyon gelişmesindeki en önemli unsurlardır. Fiziksel durumun kötüleşmesi ile depresyonun şiddeti arasında ilişki vardır. Psikososyal destek ve sağlık güvenceleri yetersiz olan hastalar daha büyük risk altındadır (48). Çok sayıda diyaliz hastasında ölümler, diyete veya diyaliz reçetelerine uyumsuzluk, tedavinin kısıtlanması veya atlanması sonucunda ortaya çıkar. Bu durum bilinçli veya bilinçsiz bir intihar girişimi olarak nitelendirilebilir (57). Yapılan araştırmalarda, hastaların %20-70’inin bu durumdan etkilendiği görülmüş ve birçok hastanın bir veya birkaç kez intihara teşebbüs ettiği bildirilmiştir (25).

Hemodiyaliz hastalarında depresyonun sıklığı yanında, mortaliteye etkisi üzerinde de durulmuş ve önemi vurgulanmıştır. Araştırmalarda, diyaliz hastalarının yaşam süresi üzerine en etkili olan iki faktörün yaş ve depresyon olduğu bildirilmiştir (15).

Yaşam kalitesi ve depresyon arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Taşçı S.-1998) (56). Hastanın yaşam kalitesindeki düşme, hemodiyaliz hastalarında intihar sıklığının artmasına neden olan faktörlerden en belirginini olarak gösterilmektedir (15). Hemodiyalize uyum sorunları, diyet ve fiziksel kısıtlamalar, depresyon ve anksiyete, somatik şikayetler, seksüel sorunlar, aile içi rollerdeki değişiklikler, araya giren ek hastalık ve komplikasyonlar, hastanın yaşam kalitesini düşürerek “ tüm bunlara değer mi?” sorusunu akla getirebilmektedir (11, 15, 44). Hemodiyaliz hastalarında intihar riskinin yüksek olmasının bir diğer nedeni de, bu hastaların ellerinin altında her an kolayca hayatlarına son verebilmelerini sağlayacak olanaklarının bulunması olabilir. Hastaların şant veya fistüllerini tahrip ederek kolayca intihar girişiminde bulunabilecekleri bildirilmiştir (15).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada (15) hemodiyaliz hastalarında depresyon oranı %51.7 olarak saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, depresyon ve intihar düşüncesine etkili ve değiştirilebilir olarak, eğitim düzeyi ve azalmış olarak algılanan sosyal destek saptanmıştır.

Kronik hemodiyaliz hastalarının somatik şikayetlerinin büyük ölçüde anksiyete ve depresyona bağlı olduğu bildirilmiştir (Alvarez-Ude F, Fernandez-Reyes MJ, Vazquez A- 2001) (39). Bununla birlikte, anksiyetenin daha çok somatik faktörlere bağlı olduğu da rapor edilmiştir (Tanaka K, Morimoto N, Tashira N,- 1999) (55). Görüldüğü gibi anksiyete, depresyon ve somatik şikayetler birbirine bağlı olarak gelişmektedir.

Yapılan bir çalışmada (45); hemodiyalize bağlı fiziksel parametrelerdeki bozulmaların hastaların fiziksel yaşam kalitelerinde bozulma yaratmaktan çok, psikolojik ve sosyal parametrelerinde bozulmaya neden olduğu saptanmış ve bu sonuçlar hastaların psikiyatrik tedaviye değil ama psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu gündeme getirmiştir.

Depresyon KBY hastalarında hem immün sistem işlevlerini olumsuz etkilemesi hem de hastada ortaya çıkan geri çekilme, izolasyon ve mücadele etme isteğinin azalması ile kronik hastalığın seyrini olumsuz etkiler. Üzüntü, elem, zevk duygusunun azalması, sosyal geri çekilme, çevreye ilginin azalması ve uyku bozuklukları gibi depresyona bağlı reaksiyonlar tedavi sürecini bozar (48).

Depresyonu etkileyen faktörler arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada (27); kadınlarda, ileri yaşlılarda, öğrenim görmemişlerde, eşleri öğrenim görmemişlerde, ev kadınlarında, genel sağlık durumlarını kötü olarak ifade edenlerde ve yalnız yaşayanlarda depresyon daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, hastaların sosyal destekleri arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı görülmüştür.

Bütün bu verilerden yola çıkarak, her hastanın farklı bir birey olduğu unutulmadan, hastalara bütüncü bakış açısıyla yaklaşılmalıdır. Hemşire; hemodiyaliz ünitesinde hastayla iç içedir. Aynı şekilde periton diyalizi hastasının da en yakın takipçisidir. Depresyonun yaşam kalitesine olumsuz etkisi çalışmalarla ortaya koyulduğuna göre, hemşire hastada depresyonun hazırlayıcı faktörleri ve semptomları açısından uyanık olmalıdır.

4.4.5 Cinsel Sorunlar

Diyaliz hastalarında görülen bir diğer sorun da cinsel işlev bozukluğudur. Erkek hastalarda bu oran %70 olarak bildirilmiştir. Endokrin değişiklikler, çeşitli ilaçlar, genel fiziksel durum, aile içindeki sosyal rollerde değişimler, psikososyal faktörler ve depresyon çeşitli oranlarda cinsel işlevleri bozar. Erkek hastalarda empotans yaygındır. Erkek hastalarda testesteron düzeyinde ve spermetogenezde azalma bildirilmiştir. Her iki cinste cinsel dürtü ve uyarılmada azalma ile birlikte cinsel etkinlikte azalma bildirilmiştir. Kadınlarda orgazm yaşantısında azalma, erkeklerde kendi potansiyellerini denemeye yönelik masturbatif davranışlar bildirilmiştir. Cinsel işlev bozukluklarında; hastalığa ilişkin organik faktörlerin yanında hastalığın psikolojik ve psikososyal komplikasyonlarının da rolü vardır ve cinsel ilişki sıklığı, hastalık öncesi döneme göre önemli düzeyde azalmaktadır (34, 48).

Diyalize başlandıktan sonra cinsel işlev genellikle düzelmez ve gerçekte hastaların yaklaşık %35'inde cinsel disfonksiyon varlığı bildirilmiştir. Cinsel disfonksiyon insidansı, hemodiyaliz ve periton diyalizi hastaları karşılaştırıldığında farklı değildir (19).

Hemodiyaliz ve periton diyalizi olan erkeklerde cinsel disfonksiyon erektil yetersizlik dışında, özellikle yorgunluğa bağlı libido kaybı ile açıklanmaktadır (19). Erkek hastalarda iş ve ev dışı rol ve etkinliklerde azalma, kadın hastalara kıyasla, daha fazla ölçüde genel bir yetersizlik duygusuna yol açmaktadır (48). Erkeklerde ortaya çıkan empotansın organik nedenler dışında, önemli bir nedeni de hastanın hem idrar yapma hem de seks organı olarak kullandığı penisinin işlevlerinden birini yitirmiş olmasının, hastada, sanki diğer işlevinin de bozulması gerektiği düşüncesine yol açmasıdır (15).

Diyaliz tedavisi gören kadınların ise yaklaşık %50'sinde amenore saptanmıştır. Kadınlarda ise menstrasyonun kesilmesi, hastada, kadınlık fonksiyonlarının azaldığı inancını geliştirmekte ve bu durum muhtemelen libido azalmasına neden olmaktadır. Bu tabloya hastalığa bağlı yorgunluk da eklenince, cinsel istek ve cinsel birleşme sıklığında çoğunlukla azalma bildirilmiştir (48, 19).

Diyaliz hastalarını cinsel işlev bozuklukları konusunda bilgilendirme, açıklama öncelikle önemlidir. Başarısızlık kaygılarının azaltılması gerekir. Eşlik eden psikişik durumun tedavisi yanında, davranışsal tedaviler yardımcıdır (48).

Böbrek yetmezliği nedeniyle diyaliz tedavisi gören hastalarda başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ruhsal bozuklukların yaygın olduğu ve buna bağlı olarak ta işlevselliğin bozulabildiği göz önüne alınırsa; diyaliz ünitelerinde verilmesi gereken konsültasyon- liyezon hizmetlerinin önemi daha iyi anlaşılacaktır (48, 42).

4.5 KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNDE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Hemşirelik insanı; sağlık ve hastalıkta, doğumundan ölümüne kadar geçen sürede anlamaya temellenmiştir. Bu durumda hemşireliği “insan”, “sağlık”, “hastalık” ve “toplum” kavramları ile ilişkilendirerek ele alıp incelemek ve tanımlamak gerekir. Bilim ve sanattan oluşan hemşirelik mesleğinin, toplumda varoluş nedeni, insan varlığını bir bütün olarak ele alabilmek ve onu tüm yönleri ile tanımlayabilmektir (60).

Hastalık durumu, yalnız bir hastalığın/rahatsızlığın olması ile açıklanamaz. Hastalık anormal bir durum olup, bireyin fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını daha önceki haline göre, azaltır ya da iyice tüketir. Hemşirenin temel işlevi, sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım; sağlam bireyin sağlığının sürmesi, hastalandığında yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir. Ancak bütün bunlar yapılırken, bireyin kendi kendine yeterli olmasını en kısa zamanda sağlamaya yardımcı olur (14).

Kronik hastalığı olan bireyin bakımında hemşirenin rolü, sıklıkla hastayı tedavinin yan etkilerinden koruma, beden imajı, işlev ve fiziksel görünümdeki sürekli değişikliklere uyumu, bireyin kendi bakımını üstlenmesi ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlama ve tüm bu süreçlerde de yaşam doyumunu maksimuma çıkarmaktır (56).

Kronik bir hastalığa sahip olma ve onunla yaşamanın getirdiği birçok psikolojik ve sosyal uyum süreçleri vardır. Bunlar:

- ✓ Kendinin ve yakınlarının hastalık deneyimine duygusal tepkileri ile başa çıkma,

- ✓ Tanı ve tedavi belirsizliği ile başa çıkma,
- ✓ Kronik bir hastalık duruma sahip olmayı kabullenme,
- ✓ Geleceğe ilişkin plan, program ve öncelikleri yeniden yapılandırma,
- ✓ Kendi, ailesi ve sağlık bakım sistemi ile yeniden ve farklı ilişkiler kurma,
- ✓ Kronik durumun yönetimine aktif olarak katılmasını sağlayacak tutum, bilgi ve beceriler geliştirme,
- ✓ Yeni kararlarda genetik kaygı ve konularla ilgilenme,
- ✓ Fiziksel yeti ve görünümdeki değişikliklere uyum sağlama,
- ✓ Sosyal açıdan içe çekilmeyi önleme veya düzeltme,
- ✓ Yeni sosyal beceriler ve sosyal ağ geliştirme,
- ✓ Aynı koşullarda yaşayanlar hakkında bilgi edinmektir.

Tüm bu sorunlar kronik bir hastalık olan KBY için de geçerlidir ve bu sorunlara yönelik hemşirenin sunacağı destek, hasta bireyin ve ailesinin güçlenmesinde ve sorunlarla baş etmesinde önemli rol oynayacaktır (11).

Özellikle kronik hastalıklarda ve dolayısıyla KBY de, hastalık ile ilgili tehdit ve kayıplara karşı sık verilen tepkiler hakkında eğitim ve güvence; hastaların hastalık hakkındaki görüşleri, belirsizlikleri ve inanışlarının empatik bir yolla dinlenilmesi; fiziksel hastalığa bağlı gelişebilecek ruhsal belirtilerin sağaltımında önemli rol oynayabilmektedir. Tıbbi durum ve ruhsal belirtiler hakkında eğitim ve öneriler gereksiz kaygıyı önleyip, çaresizlik duygularını ve gerçek dışı korkuları azaltabilmektedir. Aktif baş etme stratejilerinin desteklenmesi veya hızlandırılması, çarpık düşüncelerin düzeltilmesi, hastaların kendi bakımına hakim olma ve iyilik hali hislerine katkıda bulunan davranışlara teşvik ve bu uygulamanın sürekliliğinin sağlanması, ruhsal hastalıkları önleme konusunda çok değerli bir yatırım olabilir (35).

Sağlık ekibi içinde yer alan hemşireler, hastayla doğrudan etkileşim içinde olup sürekli hizmet veren bir konumdadırlar. Hemşire, hemodiyaliz hastalarının haftada 2-3 kez 4-6 saat süreyle üniteye olması ve SAPD hastalarının eğitim sürecinin uzun olması ve sık kontrolleri nedeniyle hastalarla en fazla birlikte olan ekip üyesidir. Bu konumlarıyla hemşireler; fiziksel ve psikososyal olarak hastaları değerlendirebilme, bu doğrultuda riskleri saptayarak, koruyucu ve rehabilite edici aktiviteleri düzenleyebilme konusunda kilit bir roldedir. Diyaliz ünitelerinde çalışan hemşireler pek çok teknik işi

yerine getirmeye sorumlu olduklarını bilmekle birlikte, diyaliz hemşireliğinin ayırıcı özelliğinin hastanın deneyimini “diyalizle yaşayan bir birey” olarak değerlendirmekte ve hastaları anlayabilmekte yattığını da bilmelidirler. Hemşireler bu alandaki güçlerini ve fırsatlarını kullanarak, diyaliz hastalarının yaşadıkları stresörlerle baş etme biçimlerini değerlendirerek riskli hastaları erken dönemde saptayıp, oluşabilecek komplikasyonları engelleyerek, tedavi seyrinin olumsuz yönde ilerlemesini engelleyebilirler (26).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma kronik böbrek hastalarının ruhsal durumlarının değerlendirilip, gereksinimlerinin saptanması ve bu gereksinimler doğrultusunda bakım veren hemşirelerin yaklaşımlarına yol göstermesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

5.1. Araştırmanın Uygulama Alanı ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin “nefroloji ve hipertansiyon” kliniği, polikliniği ve hemodiyaliz ünitesinde, Şubat 2007 – Haziran 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurumdan yasal izin ve etik izinler alınmıştır.
(Ek- 3)

5.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin “nefroloji ve hipertansiyon” polikliniğine başvuran, “nefroloji ve hipertansiyon” kliniğinde yatan ve hemodiyaliz ünitesinde tedavi olan tüm hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemi ise, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, 800/yıl KBY tanısı almış hasta içerisinden %95 güven %90 güçle, evreni temsil edebilme yeteneğine sahip 120 KBY tanısı almış hasta oluşturmuştur.

5.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri

- 1- Kronik böbrek hastalığı tanısını almış olmak,
- 2- Mental retarde olmamak,
- 3- Psikiyatrik bir tanı almamış olmak,
- 4- Çalışmaya katılmayı kabul etmek.

5.5. Veri Toplama Araçları

Kronik böbrek hastalarının sosyodemografik, ailesel, hastalık ve tedavisi ile ilgili özelliklerinin elde edilmesine yönelik “Bilgi Formu”, hastaların ruhsal durumlarının değerlendirilmesine yönelik “Kısa Semptom Envanteri” (KSE) kullanılarak veriler toplanmıştır.

Bilgi formu ve KSE yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır.

Bilgi Formu araştırmacı tarafından literatüre dayandırılarak oluşturulmuş ve uzman görüşüne sunulmuştur. Bilgi Formu; hastanın yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi gibi sosyodemografik değişkenler ile hastalığın tedavi şeklini, hastalığa bağlı yaşanan zorlukları, tedavi süreciyle ilgili duygusal tepkileri, hastalığa bağlı aile ilişkilerinin nasıl etkilendiğini değerlendirmeyi amaçlayıp toplam 22 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

KSE, Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş olup; geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Nesrin Hisli Şahin ve Ayşegül Durak (1994) tarafından yapılmış olup, elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.71 ve 0.85 aralığındadır. KSE; 90 maddelik bir ölçek olan Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) maddeleri arasından seçilmiş, toplam 53 maddeden oluşan, 0-4 arası puanlanan, Likert tipi bir ölçektir. Çeşitli psikolojik belirtileri belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek dokuz alt ölçekten oluşmaktadır (Ek-2).

Ölçeğin belirlenen 9 alt ölçeği sırasıyla, Somatizasyon (S) (2,7,23,29,30,33,37. maddeler), Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (5,15,26,27,32,36. maddeler), Kişilerarası duyarlılık (KD) (20,21,22,42. maddeler), Depresyon (D) (9,16,17,18,35,50. maddeler), Anksiyete bozukluğu (AB) (1,12,19,38,45,49. maddeler), Hostilite (H)

(6,13,40,41,46. maddeler), Fobik anksiyete (FA) (8,28,31,43,47. maddeler), Paranoid düşünce (PD) (4,10,24,48,51. maddeler) ve Psikotizm (P) (3,14,34,44,53. maddeler) dir. Ek maddeler içerisinde (EM) (11,25,39,52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölme üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili maddeler vardır. Ölçeğin 3 global indeksi bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplam İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi şeklindedir.

Kısa Semptom Envanterinin Değerlendirilmesi

Puanlanması: KSE Likert tipi bir ölçektir. Her madde “hiç/ biraz var/ orta derecede var/ epey var/ çok fazla var” seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verilerek puanlanmaktadır.

a) Rahatsızlık ciddiyeti indeksi: Alt ölçeklerin toplamının 53’e bölünmesi yoluyla elde edilir: $(S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM)/ 53$

Ruhsal belirtilerin patolojik düzeyde olup olmadıkları rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre değerlendirilmektedir. Rahatsızlık ciddiyeti indeksinin 1.0’ın üzerinde olması psikopatolojik durumun varlığını, 1.0’ın altında olması belirtilerin patolojik düzeyde olmadığını göstermektedir.

b) Belirti toplamı indeksi: 0 olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.

c) Semptom rahatsızlık indeksi: Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir: $(S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM)/ \text{Belirti Puanı}$

Puanların Yorumlanması: Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir (54).

5.6. Çalışmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına alınan hastalara, bilgi formu ve ölçek karşılıklı görüşme yolu ile uygulanmıştır. Bilgi formu ve ölçek; hemodiyaliz tedavisi gören hastalara, hemodiyaliz uygulaması sonrasında, periton diyalizi tedavisi gören hastalara, rutin

kontrol için polikliniğe başvuru sırasında, ilaç ve diyet tedavisi gören hastalara ise polikliniğe başvuru veya belirtilen klinikte yatan hasta iken uygulanmıştır.

Gerek Bilgi Formu gerekse Kısa Semptom Envanterini yanıtlama süresi olarak yaklaşık 30-35 dakika belirlenmiş, fakat bazen bu süre uzamıştır. Bunun nedenleri:

- Bilgi formu ve ölçeğin uygulama zamanının çalışma saatleri içinde olması,
- Bilgi formu ve ölçek uygulanırken fiziksel ortamın çok uygun olmaması. Bazen poliklinikte hasta bekleme ve hemodiyalizde hasta dinlenme salonunda yapılıyor olması,
- Askeri prosedürlerin bazen anket uygulamasını bölmesi,
- Belirtilen klinikte yatan hastalara anket uygulanırken, hasta yakınlarının da çalışmaya müdahale etmesi,
- Hastaların sosyodemografik özellikleri nedeniyle soruları cevaplandırma sürelerinin uzaması.

5.7. Verilerin Toplanması

Bilgi Formu öncelikle kurumdan yazılı izinler alınarak, belirtilen tarihler arasında araştırma kriterlerine uyan kronik böbrek hastalarından sözel izinler alınarak araştırmacı tarafından birebir görüşülerek doldurulmuştur. Sosyodemografik özelliklere yönelik bilgi formu ve Kısa Semptom Envanteri için ayrılan zaman ortalama 30-35 dakikadır.

5.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Kısa Semptom Envanterine Ait Geçerlilik Güvenilirlik Analizi Değerlendirme Sonuçları

KSE'ye ait oluşturulan ve çalışma kapsamındaki 120 kişiye uygulanan 53 soruluk ölçeğin geçerlilik güvenilirlik değerlendirilmesi için elde edilen Cronbach's alpha katsayısı 0,93 bulunmuş olup, anket geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise 0,41 ile 0,84 arasında değişmektedir.

Çalışmada elde edilen bulgular bilgisayar ortamında değerlendirilmiş olup istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 13.0 programı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirme aşamasında, istatistik uzmanı Özlem KÖKSAL ile birlikte çalışılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans sayımı, yüzdeler) yanısıra hastaların çeşitli dağılımlarının istatistiksel anlamlılığı normal dağılımı test edildikten sonra ANOVA (post hoc: Bonferroni), t test, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Mann-whitney U testi kullanılmıştır. Anket güvenilirliği için Cronch bach alpha katsayısı kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

Çalışma Şubat 2007-Haziran 2007 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde tedavi gören 120 hasta ile gerçekleştirilmiştir. Hastalara ilişkin sosyodemografik özellikleri değerlendirmek için veriler, tablolar halinde gösterilmiş ve diğer değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Bulgular; birinci bölümde, hastalarla ilgili sosyodemografik özelliklerin dağılımı, ikinci bölümde, hastaların hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşleri, üçüncü bölümde ise, KSE ve çeşitli psikolojik belirtilerin değerlendirilmesi olmak üzere üç bölüm halinde incelenerek, tüm veriler tablolar halinde gösterilmiştir.

1. Bölüm: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 1: Hastalara İlişkin Bulguların Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler		N (120)	%
Cinsiyet	Kadın	57	47,5
	Erkek	63	52,5
Medeni Durum	Evli	81	67,5
	Bekar	18	15
	Eşinden Ayrılmış	7	5,8
	Eşi Ölmüş	14	11,7
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	5	4,2
	Okur Yazar	9	7,5
	İlkokul	40	33,3
	Ortaokul	22	18,3
	Lise	23	19,2
	Üniversite	21	17,5
Çalışma Durumu	İşsiz	12	10
	İşçi	5	4,2
	Memur	9	7,5
	Emekli	50	41,7
	Ev Kadını	38	31,7
	Serbest (Kendi İşim)	6	5
Sosyal Güvence	Yok	7	5,8
	Emekli Sandığı	54	45
	SSK	47	39,2
	Bağ-Kur	12	10
Gelir Düzeyi	Yeterli	35	29,2
	Yetersiz	34	28,3
	Kısmen Yeterli	51	42,5
Kimlerle yaşıyor	Yalnız Yaşıyor	13	10,8
	Eşi ile Yaşıyor	28	23,3
	Eşi ve Çocukları ile Yaşıyor	48	40
	Anne Baba ile Yaşıyor	12	10
	Çocuklar/Yakınların Evinde Yaşıyor	11	9,2
	Bakımcı ile Yaşıyor	8	6,7
Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı	Evet	62	51,7
	Hayır	58	48,3
KBY'ye Bağlı Alınan Tedavi Şekli	İlaç ve Diyet Tedavisi	24	20
	Hemodiyaliz Tedavisi	79	65,8
	Periton Diyalizi Tedavisi	17	14,2

Tablo 1 'de hastalara ilişkin sosyodemografik özellikler bulunmaktadır. Hastaların yaş ortalaması $55,61 \pm 17,40$ 'tır.

Hastaların tedavi görme süreleri; 1 ay ile 360 ay arasında değişmekte olup, ortalama tedavi süresi $85,31 \pm 81,04$ aydır.

Hastaların % 47,5'i kadın ve % 52,5'i erkek olup, % 67,5'i evli, % 15'i bekar, % 5,8'i eşinden ayrılmış ve % 11,7'sinin eşi ölmüştür.

Hastaların % 4,2'si okur-yazar değilken, % 7,5'i okur-yazar, % 33,3'ü ilkokul mezunu, % 18,3'ü ortaokul mezunu, % 19,2'si lise mezunu, % 17,5'i üniversite mezunudur.

Hastaların % 10'u işsiz, % 4,2'si işçi, % 7,5'i memur, % 41,7'si emekli, % 31,7'si ev kadını olup % 5'i de kendi işyerinde çalışmaktadır.

Hastaların % 45'i emekli sandığı, % 39,2'si SSK, % 10'u Bağ-Kur sosyal güvencesine sahipken % 5,8'inin sosyal güvencesi yoktur.

Hastaların % 29,2'si gelir düzeyini yeterli olarak ifade ederken, % 42,5'i kısmen yeterli ve % 28,3'ü yetersiz olarak ifade etmiştir.

Hastaların % 10,8'i yalnız yaşarken, % 23,3'ü eşiyile, % 40'ı eşi ve çocuklarıyla, % 10'u anne-babasıyla, % 9,2'si çocuklar/yakınlarıyla yaşamakta olup, % 6,7'si bakıcısı ile yaşamaktadır.

Hastaların % 51,7'sinde başka bir kronik hastalık bulunurken, % 48,3'ünde başka bir kronik hastalık yoktur.

Hastaların % 20'si KBY'ye bağlı ilaç ve diyet tedavisi alırken, % 65,8'i hemodiyaliz ve % 14,2'si periton diyalizi tedavisi almaktadır.

2. Bölüm: Hastaların Hastalıkla İlgili Duygu, Düşünce ve Görüşleri

Tablo 2: Hastaların Hastalıkla İlgili Duygu ve Düşüncelerine Ait Bulguların Dağılımı

Hastalıkla İlgili Duygu Düşünce ve Görüşler		N	%
KBY Tanısı Koyulduktan Sonra Verilen Tepkiler	Üzüldüm, Sonradan Kabullendim	57	47,5
	Tepki Vermedim	20	16,67
	Kabullenemedim	11	9,17
	Geleceğe Dair Korku, Endişe Yaşadım	16	13,33
	Normal Karşıladım	7	5,83
	İyileşeceğimi Umut Ediyordum	9	7,5
Şu Anda Hastalığı Kabullenme Durumu	Evet	87	72,5
	Hayır	10	8,33
	Kısmen	23	19,17
Hastalıktan Sonra Aile İlişkileri	İlişkilerimiz Güçlendi	35	29,17
	İlişkilerimiz Zayıfladı	11	9,17
	Herhangi Bir Değişiklik Olmadı	70	58,33
	Diğer	4	3,33
Bakım ve Tedaviyle En Çok İlgilenen Birey	Kendim	46	38,33
	Eşim	38	31,67
	Çocuklarım	21	17,5
	Anne - Baba	6	5
	Sağlık Çalışanları	6	5
	Bakıcı	3	2,5
Hastalıkla İlgili Bilgi Alma Durumu	Evet	73	60,83
	Hayır	14	11,67
	Kısmen	33	27,5
Bilgi Almak İsteyen Birey	Bilgi almak istemem	2	1,67
	Doktor	109	90,83
	Hemşire	6	5
	Deneyimli Hastalar	3	2,5
Hastalık Hakkında Bilgi Almak İsteyen Konu	Tedavi Şekli	4	5,41
	Diyaliz Hakkında	9	12,16
	Hastalığım Yaşamı Nasıl Etkileyeceği	7	9,46
	Hastalığım Hangi Aşamada Olduğu, Hastalık Süreci	19	25,68
	Hastalık Hakkında Genel Bilgi	21	28,38
	Bilgi Sahibi	3	4,05
	Transplastasyon Hakkında	11	9,48
Hastalıkla İlgili En Güçlü Yön	Başa Çıkma	56	48,28
	Destek Sistemleri	13	11,21
	Bilgi Birikimi	4	3,45
	Sosyal Güvence	43	37,07
Hastalıkla İlgili En Zayıf Yön	Diyete Uyum	36	32,14
	Sıvı Alımıyla İlgili Problemler	37	33,04
	İlaç Kullanımı	23	20,54
	Yalnızlık	16	14,29

Tablo 2a: Hastaların Hastalığa Bağlı En Çok Etkilendiği Sorunlara Ait Bulguların Dağılımı

Hastalığa Bağlı En Çok Etkilenilen Sorunlar	Var (n)	%	Yok (n)	%
Fiziksel Sorunlar	80	66,67	40	33,33
Beslenme ve Sıvı Alımı İle İlgili Sorunlar	55	45,83	65	54,17
Beden İmajı ve Benlik Saygısı İle İlgili Sorunlar	33	27,5	87	72,5
Sosyal Çevreden Uzaklaşma İle İlgili Sorunlar	25	20,83	95	79,17
Hastaneye Bağımlı Olma İle İlgili Sorunlar	53	44,17	67	55,83
Cinsel Yaşamda Değişiklikler İle İlgili Sorunlar	18	15	102	85
Hastalığın Ara Dönemi Olmaması İle İlgili Sorunlar	7	5,83	113	94,17

Hastaların % 47,5'i KBY tanısı koyulduğunda önce üzülüp sonra kabullendiğini ifade ederken, % 13,33'ü geleceğe dair korku-endişe yaşadığını, % 9,17'si kabullenemediğini, % 16,67'si tepki vermediğini, % 7,5'i iyileşeceğini umut ettiğini ve 5,83'ü normal karşıladığını ifade etmişlerdir.

Hastaların % 72,5'i şu anda hastalığını kabullendiğini ifade ederken, % 19,17'si kısmen kabullendiğini ve % 8,33'ü kabullenemediğini ifade etmişlerdir.

“Hastalıktan sonra aile ilişkilerinin nasıl etkilendiğine” bakıldığında, hastaların % 29,17'si aile ilişkilerinin güçlendiğini, % 9,17'si ilişkilerinin zayıfladığını, % 58,33'ü değişiklik olmadığını ifade etmişlerdir.

“Bakım ve tedaviyle en çok kimin ilgilendiği” sorgulandığında, hastaların % 38,33'ü kendisinin ilgilendiğini, % 31,67'si eşinin, % 17,5'i çocuklarının, % 5'i anne-babasının ve % 5'i sağlık çalışanlarının, % 2,5'i bakıcısının ilgilendiğini ifade etmişlerdir.

Hastaların % 60,83'ü KBY ile ilgili bilgi aldığını ifade ederken, % 27,5'i kısmen bilgi aldığını, % 11,67'si bilgi almadığını ve bu konuda % 1,67'si bilgi almak istemediğini, % 90,83'ü doktordan, % 5'i hemşireden ve % 2,5'i deneyimli hastalardan bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir.

“KBY ile ilgili bilgi almak istenen konular” sorgulandığında, hastaların % 5,41'i hastalığın tedavi şekli, % 12,16'sı diyaliz , % 9,46'sı hastalığın yaşam şeklini nasıl etkileyeceği, % 25,68'i hastalığın hangi aşamada olduğu, hastalık süreci, % 28,38'i hastalıkla ilgili genel bilgi (hastalıktan sonra beslenme şekli, tansiyon değerlendirmesi, sıvı kısıtlaması vb.), % 9,48'i transplantasyonla ilgili bilgi almak isterken % 4,05'i yeterince bilgi sahibi olduğu için bilgi almak istemediğini ifade etmişlerdir.

Hastaların % 48,28'i hastalıkla ilgili en güçlü yönünün “başa çıkma” olduğunu ifade ederken, % 37,1'i “sosyal güvence”, % 11,21'i “destek sistemleri” ve % 3,45'i “bilgi birikimi” olduğunu ifade etmişlerdir.

Hastaların % 32,14'ü hastalıkla ilgili en zayıf yönünün “diyete uyum” olduğunu ifade ederken, % 33,04'ü “sıvı alımıyla ilgili problemler” , % 20,54'ü “ilaç kullanımı” ve % 14,29'u “yalnızlık” olduğunu ifade etmişlerdir.

Hastalık süresince, hastaların % 66,67'si hastalığa bağlı fiziksel sorunlardan (ağrı, kas krampları, yorgunluk vb.) çok fazla etkilendiğini ifade ederken, % 45,83'ü beslenme ve sıvı alımı (iştahsızlık, bulantı-kusma, sıvı kısıtlaması vb.), % 27,5'i beden imajı ve benlik saygısı (fistül/katater, hastalığa bağlı fiziksel görünümle ilgili sorunlar), % 20,83'ü iş/okul ortamı ve sosyal çevreden uzaklaşma, % 44,17'si hastaneye bağımlı olma durumu, % 15'i cinsel yaşamda değişiklikler (cinsel istekte artma veya azalma) ve % 5,83'ü diğer sorunlardan çok fazla etkilendiğini ifade etmişlerdir.

3. Bölüm: KSE İle İlgili Verilerin Değerlendirilmesi

Tablo 3: KSE ile İlgili Bulgularının Dağılımı

Kısa Semptom Envanteri (KSE)	Hiç Yok n (%)	Biraz Var n (%)	Orta Derecede Var n (%)	Epey Var n (%)	Çok Fazla Var n (%)
1.İçinizdeki sınırlılık ve titreme hali	51 %42,5	27 %22,5	24 %20	8 %6,67	10 %8,33
2.Baygınlık, baş dönmesi	74 %61,67	27 %22,5	8 %6,67	7 %5,83	4 %3,33
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	99 %82,5	12 %10	6 %5	3 %2,5	-
4.Başımıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	87 %72,5	19 %15,83	5 %4,17	4 %3,33	5 %4,17
5.Olayları hatırlamada güçlük	55 %45,83	33 %27,5	22 %18,33	5 %4,17	5 %4,17
6.Çok kolay kızıp öfkelenme	25 %20,83	39 %32,5	28 %23,33	15 %12,5	13 %10,83
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	60 %50	29 %24,17	18 %15	8 %6,67	5 %4,17
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	110 %91,67	2 %1,67	3 %2,5	5 %4,17	-
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	104 %86,67	11 %9,17	4 %3,33	-	1 %0,83
10.İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	31 %25,83	30 %25	25 %20,83	22 %18,33	12 %10
11.İştahta bozukluklar	58 %48,33	26 %21,67	16 %13,33	14 %11,67	6 %5
12.Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	88 %73,33	17 %14,17	7 %5,83	6 %5	2 %1,67
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	61 %50,83	31 %25,83	13 %10,83	9 %7,5	6 %5
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	85 %70,83	17 %14,17	9 %7,5	5 %4,17	4 %3,33
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	68 %56,67	21 %17,5	18 %15	6 %5	7 %5,83
16.Yalnızlık hissetmek	69 %57,5	21 %17,5	15 %12,5	9 %7,5	6 %5
17.Hüzünlü, kederli hissetmek	43 %35,83	35 %29,17	23 %19,17	10 %8,33	9 %7,5
18.Hiçbir şeye ilgi duymamak	70 %58,33	23 %19,17	12 %10	7 %5,83	8 %6,67
19.Ağlamaklı hissetmek	51 %42,5	34 %28,33	21 %17,5	4 %3,33	10 %8,33
20.Kolayca incinebilme, kırılmak	30 %25	36 %30	24 %20	16 %13,33	14 %11,67
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	99 %82,5	14 %11,67	4 %3,33	-	3 %2,5
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	104 86,67	8 %6,67	7 %5,83	1 %0,83	-

23.Mide bozukluğu, bulantı	48 %40	30 %25	22 %18,33	12 %10	8 %6,67
24.Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	91 %75,83	15 %12,5	7 %5,83	2 %1,67	5 %4,17
25.Uykuya dalamada güçlük	54 %45	21 %17,5	24 %20	7 %5,83	14 %11,67
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	55 %45,83	26 %21,67	15 %12,5	10 %8,33	14 %11,67
27.Karar vermede güçlükler	55 %45,83	38 %31,67	15 %12,5	9 %7,5	3 %2,5
28.Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	106 %88,33	7 %5,83	1 %0,83	4 %3,33	2 %1,67
29.Nefes darlığı, nefessiz kalmak	72 %60	22 %18,33	15 %12,5	7 %5,83	4 %3,33
30.Sıcak, soğuk basmaları	63 %52,5	27 %22,5	15 %12,5	9 %7,5	6 %5
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	111 %92,5	3 %2,5	4 %3,33	2 %1,67	-
32.Kafanızın bomboş kalması	86 %71,67	14 %11,67	14 %11,67	5 %4,17	1 %0,83
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	45 %37,5	32 %26,67	21 %17,5	12 %10	10 %8,33
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	72 %60	27 %22,5	8 %6,67	7 %5,83	6 %5
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	63 %52,5	23 %19,17	16 %13,33	9 %7,5	9 %7,5
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/ zorlanmak	72 %60	24 %20	12 %10	9 %7,5	3 %2,5
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	36 %30	38 %31,67	21 %17,5	14 %11,67	11 %9,17
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	54 %45	30 %25	20 %16,67	10 %8,33	6 %5
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	64 %53,33	32 %26,67	9 %7,5	10 %8,33	5 %4,17
40.Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	103 %85,83	9 %7,5	3 %2,5	3 %2,5	2 %1,67
41.Bir şeyleri kırma, dökme isteği	102 %85	9 %7,5	6 %5	2 %1,67	1 %0,83
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	73 %60,83	21 %17,5	12 %10	9 %7,5	5 %4,17
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	62 %51,67	29 %24,17	14 %11,67	9 %7,5	6 %5
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	85 %70,83	23 %19,17	7 %5,83	4 %3,33	1 %0,83
45.Dehşet ve panik nöbetleri	105 %87,5	7 %5,83	3 %2,5	3 %2,5	2 %1,67
46.Sık sık tartışmaya girmek	79 %65,83	30 %25	7 %5,83	2 %1,67	2 %1,67
47.Yalnız bırakıldığında/ kaldığında sinirli hissetmek	85 %70,83	19 %15,83	8 %6,67	2 %1,67	6 %5
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	81 %67,5	18 %15	11 %9,17	6 %5	4 %3,33

49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	105 %87,5	6 %5	5 %4,17	3 %2,5	1 %0,83
50.Kendini değersiz görmek	105 %87,5	11 %9,17	2 %1,67	2 %1,67	-
51.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	71 %59,17	18 %15	17 %14,17	7 %5,83	7 %5,83
52.Suçluluk duyguları	91 %75,83	19 %15,83	6 %5	3 %2,5	1 %0,83
53.Aklımızda bir bozukluk olduğu fikri	110 %91,67	6 %5	1 %0,83	1 %0,83	2 %1,67

Tablo 3'te KSE ile ilgili bulguların dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4: Kronik Böbrek Hastalarının Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	Puan Ortalamaları	Beklenen Değerler	
	Ortalama ± Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Somatizasyon	0,98±0,73	0	4
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,85±0,72	0	4
Kişilerarası Duyarlılık	0,69±0,66	0	4
Depresyon	0,76±0,73	0	4
Anksiyete	0,63±0,65	0	4
Hostilite	0,85±0,72	0	4
Fobik Anksiyete	0,4±0,54	0	4
Paranoid Düşünce	0,72±0,62	0	4
Psikotizm	0,47±0,55	0	4
Ek Maddeler	0,58±0,52	0	4
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,73±0,5	0	4
Belirti Toplam İndeksi	20,28±10,12	0	53
Semptom Rahatsızlık İndeksi	1,83±0,63	0	4

Tablo 4'te kronik böbrek hastalarının ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. 9 alt ölçek ve ek maddelerden en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler sırasıyla somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve hostilite olup, bu puanlar istatistiksel olarak orta dereceden daha düşük bulunmuştur. En az puan ortalaması olan ruhsal belirti psikotizmdir. Global indekslerden rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve belirti toplam indeksi puanı düşük, semptom rahatsızlık indeksi puan ortalamaları orta düzeye daha yakındır.

Tablo 5: Kronik Böbrek Hastalarının Aldığı Tedavi Şekline Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gruplar	Ruhsal Belirtiler										Ek Maddeler
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek Maddeler	
İlaç ve Diyet Tedavisi (n:24)	0,94±0,57	0,88±0,73	0,65±0,49	0,85±0,8	0,74±0,81	0,88±0,73	0,48±0,63	0,82±0,65	0,48±0,43	0,66±0,51	
Hemodiyaliz Tedavisi (n:79)	1,02±0,79	0,86±0,72	0,7±0,75	0,78±0,73	0,62±0,63	0,86±0,72	0,38±0,54	0,74±0,62	0,48±0,61	0,61±0,54	
Periton Diyaliz Tedavisi (n:17)	0,85±0,65	0,75±0,75	0,69±0,45	0,56±0,55	0,54±0,52	0,75±0,75	0,38±0,46	0,47±0,54	0,4±0,47	0,31±0,35	
F*	0,50	0,52	0,63	1,08	0,24	0,52	1,13	4,23	0,65	5,74	
p	0,78	0,77	0,73	0,58	0,89	0,77	0,57	0,12	0,72	0,06	

Gruplar	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
İlaç ve Diyet Tedavisi (n:24)	0,77±0,54	22,5±10,49	1,69±0,61
Hemodiyaliz Tedavisi (n:79)	0,75±0,52	20,32±10,17	1,85±0,61
Periton Diyaliz Tedavisi (n:17)	0,59±0,33	17±8,91	1,92±0,72
F*	1,01	3,62	1,68
p	0,60	0,16	0,43

* *oneway ANOVA testi*

Tablo 5’te kronik böbrek hastalarının aldığı tedavi şekline göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Somatizasyon, OKB, depresyon, anksiyete, hostilite, paranoid düşünce, psikotizm ve ek maddelerde en düşük ruhsal belirti puan ortalamalarını PD tedavisi gören grup alırken, kişilerarası duyarlılıkta ilaç ve diyet tedavisi gören grup, fobik anksiyetede ise HD ve PD tedavisi gören grup en düşük ruhsal belirti puan ortalamasını almışlardır.

Ruhsal belirtilerden en yüksek puan ortalamasını; ilaç ve diyet tedavisi gören grup OKB, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve ek maddelerde alırken, somatizasyonda HD tedavisi gören grup, psikotizmde ise HD ve ilaç ve diyet tedavisi gören grup en yüksek puan ortalamasını almışlardır.

Rahatsızlık ciddiyeti ve belirti toplam indeksinde en yüksek ruhsal belirti puan ortalamasını ilaç ve diyet tedavisi gören grup alırken, en düşük puan ortalamasını ise PD tedavisi gören grup almıştır. Semptom rahatsızlık indeksinde ise en yüksek ruhsal belirti puan ortalamasını PD tedavisi gören grup alırken, en düşük puan ortalamasını ilaç ve diyet tedavisi gören grup almıştır.

Ruhsal belirtilerden ek maddeler ile gruplar arasındaki fark anlamlılığa yakın görünmekle birlikte, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p:0,06$; $p>0,05$).

Tablo 6: Kronik Böbrek Hastalarının Yaş Gruplarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Yaş	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek Maddeler
20- 40 (n:37)	0,84±0,61	0,95±0,79	0,46±0,57	0,72±0,75	0,57±0,7	0,95±0,79	0,32±0,6	0,57±0,48	0,53±0,66	0,43±0,38
41- 60 (n:35)	0,88±0,7	0,73±0,67	0,66±0,45	0,75±0,76	0,65±0,56	0,73±0,67	0,37±0,47	0,71±0,68	0,42±0,55	0,57±0,54
61 ve üzeri (n:48)	1,13±0,79	0,89±0,72	0,81±0,8	0,79±0,7	0,65±0,7	0,89±0,72	0,47±0,57	0,8±0,63	0,48±0,51	0,65±0,55
F*	2,08	0,90	2,61	0,07	0,15	0,90	0,72	1,20	0,32	1,58
p	0,13	0,41	0,08	0,93	0,86	0,41	0,49	0,30	0,72	0,21

Yaş	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
20- 40 (n:37)	0,67±0,54	20,12±11,16	1,59±0,56
41- 60 (n:35)	0,69±0,42	18,08±9,75	2,01±0,67
61 ve üzeri (n:48)	0,79±0,54	22±9,71	1,81±0,59
F*	0,64	1,76	3,60
p	0,53	0,18	0,03

* oneway ANOVA testi (Post Hoc: Bonferroni)

Tablo 6’da kronik böbrek hastalarının yaş gruplarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı bulunmaktadır. Somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve ek maddelerde yaş arttıkça ruhsal belirti puan ortalaması artmakla beraber, bu bölümlerde en düşük puan ortalamasını 20-40 arası yaş grubu alırken, en yüksek puan ortalamasını 61 yaş ve üzeri almıştır. OKB ve hostilitede en yüksek puan ortalamalarını 20-40 arası yaş grubu alırken, en düşük puan ortalamalarını 41-60 arası yaş grubu almıştır.

Rahatsızlık ciddiyeti indeksinde yaş arttıkça ruhsal belirti puan ortalaması artmaktadır. Belirti toplamı indeksinde ise 41-60 arası yaş grubu en düşük puanları alırken, 61 ve üzeri yaş grubu en yüksek puanları almıştır. Semptom rahatsızlık indeksinde ise; 20-40 arası yaş grubu en düşük puan ortalamasını alırken, 41-60 arası yaş grubu en yüksek puan ortalamasını almıştır.

Ruhsal belirtilerden, semptom rahatsızlık indeksi ile yaş grupları ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,03$; $p<0,05$).

Yapılan ileri istatistiksel analizde bu farkın 20-40 ile 41-60 yaş grupları arasında olduğu bulunmuştur ($p:0,036$; $p<0,05$).

Tablo 7: Kronik Böbrek Hastalarının Cinsiyetlerine Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Cinsiyet	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek Maddeler
Kadın (n:57)	1,07±0,82	0,94±0,79	0,81±0,73	0,88±0,78	0,72±0,66	0,94±0,79	0,49±0,56	0,75±0,69	0,4±0,54	0,65±0,56
Erkek (n:63)	0,9±0,64	0,77±0,65	0,57±0,58	0,65±0,66	0,56±0,64	0,77±0,65	0,33±0,52	0,69±0,56	0,53±0,56	0,51±0,47
t	1,50	1,76	4,07	2,97	1,81	1,76	2,64	0,34	1,61	2,07
p	0,22	0,19	0,045	0,09	0,18	0,19	0,11	0,56	0,21	0,15

Cinsiyet	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Kadın (n:57)	0,8±0,54	20,6±10,43	1,96±0,66
Erkek (n:63)	0,67±0,46	20±9,9	1,71±0,58
t	2,07	0,10	4,96
p	0,15	0,75	0,03

t: student t testi

Tablo 7’de kronik böbrek hastalarının cinsiyetlerine göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı bulunmaktadır. Ruhsal belirtilerden psikotizm dışındaki diğer tüm bölümlerde; kadınlar erkeklerden daha yüksek puan ortalamasına sahiptir.

Rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksinde de kadınların ruhsal belirti puan ortalaması erkeklerden yüksektir.

Ruhsal belirtilerden kişilerarası duyarlılık ile cinsiyetler arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,045$; $p<0,05$).

Semptom rahatsızlık indeksi ile cinsiyetler arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p: 0,03$; $p<0,05$).

Tablo 8: Kronik Böbrek Hastalarının Medeni Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Medeni Durum	Ruhsal Belirtiler									
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek Maddeler
Evli (n:81)	0,94±0,71	0,74±0,64	0,63±0,61	0,68±0,68	0,59±0,65	0,74±0,64	0,38±0,52	0,69±0,6	0,42±0,5	0,55±0,52
Bekar (n:18)	0,79±0,63	1,05±0,92	0,65±0,63	0,83±0,82	0,57±0,54	1,05±0,92	0,22±0,34	0,63±0,43	0,5±0,71	0,41±0,33
Eşinden Ayrılmış (n:7)	1,41±1,13	1,02±0,79	1,14±1,21	1,08±0,99	0,74±0,65	1,02±0,79	0,63±0,8	1,33±0,98	0,5±0,6	0,81±0,68
Eşi Ölmüş (n:14)	1,26±0,66	1,13±0,77	0,83±0,58	0,97±0,7	0,89±0,82	1,13±0,77	0,64±0,69	0,69±0,67	0,59±0,62	0,8±0,54
Ki- Kare*	1,99	1,93	1,58	1,24	0,93	1,93	2,06	2,56	0,75	2,07
p	0,12	0,13	0,20	0,30	0,43	0,13	0,11	0,06	0,52	0,11

Medeni Durum	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Evli (n:81)	0,68±0,48	19,58±10,17	1,77±0,62
Bekar (n:18)	0,7±0,47	20,22±10,28	1,81±0,62
Eşinden Ayrılmış (n:7)	1,02±0,8	24,57±11,62	2±0,72
Eşi Ölmüş (n:14)	0,92±0,49	22,29±9,07	2,14±0,62
Ki- Kare*	1,77	0,73	1,59
p	0,16	0,54	0,20

* *Kruskal Wallis testi*

Tablo 8’de kronik böbrek hastalarının medeni durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Ruhsal belirtilerin tüm alanlarında en yüksek puan ortalamalarını eşi ölmüş veya eşinden ayrılmış olanlar almıştır. Somatizasyon, anksiyete, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve ek maddeler bölümünde en düşük puan ortalamalarını medeni durumu bekar olanlar almıştır. OKB, kişilerarası duyarlılık, depresyon, hostilite ve psikotizmde ise en düşük puan ortalamalarını medeni durumu evli olanlar almıştır.

Rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık ciddiyeti indeksinde en yüksek puan ortalamalarına eşi ölmüş veya eşinden ayrılmış olanlar sahiptir. Belirti toplam indeksinde en düşük puan ortalamasını bekar olanlar alırken, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve semptom rahatsızlık indeksinde en düşük puan ortalamalarını evli olanlar almıştır.

Ruhsal belirtilerden paranoid düşünce ile medeni durum arasındaki fark anlamlılığa yakın olmakla beraber, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Medeni durum ile ruhsal belirtilerden herhangi biri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış olup, rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre eşinden ayrılmış olanların ruhsal belirti puan ortalamalarının $1,02\pm 0,8$ ile patolojik düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 9: Kronik Böbrek Hastalarının Eğitim Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eğitim Durumu	Ruhsal Belirtiler										Ek Maddeler
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek Maddeler	
Okur Yazar Değil (n:5)	0,71±0,14	0,67±0,46	1,27±0,68	0,74±0,37	0,52±0,33	0,67±0,46	0,28±0,41	0,4±0,38	0,2±0,45	0,4±0,42	
Okur Yazar (n:9)	1,27±1,14	0,76±0,72	1,07±1,09	0,78±0,68	0,73±0,68	0,76±0,72	0,56±0,71	1±0,91	0,61±0,74	0,52±0,68	
İlkokul (n:40)	1,1±0,76	0,9±0,8	0,62±0,65	0,78±0,72	0,67±0,67	0,9±0,8	0,51±0,6	0,64±0,58	0,33±0,5	0,68±0,55	
Ortaokul (n:22)	1,14±0,73	0,92±0,62	0,71±0,51	1,06±0,75	0,75±0,54	0,92±0,62	0,38±0,39	0,85±0,66	0,61±0,45	0,64±0,52	
Lise (n:23)	0,83±0,66	1,01±0,89	0,74±0,75	0,72±0,87	0,7±0,84	1,01±0,89	0,35±0,67	0,79±0,67	0,63±0,75	0,57±0,51	
Üniversite (n:21)	0,7±0,49	0,59±0,42	0,43±0,3	0,45±0,53	0,35±0,51	0,59±0,42	0,26±0,36	0,62±0,48	0,43±0,35	0,38±0,37	
F*	6,34	2,95	5,41	10,09	7,48	2,95	6,01	2,63	9,09	4,79	
p	0,17	0,57	0,25	0,04	0,11	0,57	0,20	0,62	0,06	0,31	

Eğitim Durumu	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Okur Yazar Değil (n:5)	0,58±0,25	19,4±10,67	1,67±0,35
Okur Yazar (n:9)	0,85±0,65	20,67±10,44	2,04±0,68
İlkokul (n:40)	0,75±0,52	19,13±9,71	2±0,68
Ortaokul (n:22)	0,84±0,4	23,27±9,39	1,94±0,58
Lise (n:23)	0,75±0,64	21,09±12,16	1,74±0,67
Üniversite (n:21)	0,51±0,33	18,52±9,31	1,44±0,35
F*	7,06	3,26	13,40
p	0,13	0,52	0,01

* oneway ANOVA testi (Post Hoc: Bonferroni)

Tablo 9’da kronik böbrek hastalarının eğitim durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Ruhsal belirtilerden en yüksek puanları; somatizasyon bölümünde okur-yazar olanlar, OKB’de lise mezunları, kişilerarası duyarlılıkta okur-yazar olmayanlar, depresyon, anksiyete ve hostilitede ortaokul mezunları, fobik anksiyete ve paranoid düşüncede okur-yazar olanlar, psikotizmde lise mezunları ve ek maddelerde lise mezunları almıştır. Eğitim durumu üniversite mezunu olanlar paranoid düşünce ve psikotizm bölümleri dışında en düşük puan ortalamalarına sahiptir. Paranoid düşünce ve psikotizm bölümlerinde ise en düşük puan ortalamalarına okur-yazar olmayanlar sahiptir.

Rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve semptom rahatsızlık indeksinde en yüksek puan ortalamalarını okur-yazar olanlar alırken; belirti toplam indeksinde ortaokul mezunları almıştır. Ayrıca semptom rahatsızlık indeksinde puanlar orta düzeye yakın bulunmuştur.

Ruhsal belirtilerden depresyon ile eğitim durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,04$; $p<0,05$). Yapılan ileri istatistiksel analizde; bu farkın ortaokul ile üniversite mezunları ($p: 0,004$; $p<0,05$) ve okur-yazar olanlar ile üniversite mezunları arasında olduğu bulunmuştur ($p:0,04$; $p<0,05$).

Semptom rahatsızlık indeksi ile eğitim durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,01$; $p<0,05$). İleri istatistiksel analiz sonucuna göre; bu farkın ilkokul mezunları ile üniversite mezunları arasında olduğu bulunmuştur ($p:0,01$; $p<0,05$).

Tablo 10: Kronik Böbrek Hastalarının Çalışma Durumlarına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma Durumu	Ruhsal Belirtiler										
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek Maddeler	
İşsiz (n:12)	1,06±0,76	0,97±0,77	0,61±0,53	0,86±0,68	0,87±0,89	0,97±0,77	0,46±0,8	0,74±0,45	0,58±0,69	0,51±0,48	
İşçi (n:5)	0,77±0,5	1,4±0,98	0,73±0,76	0,97±1,22	0,8±0,84	1,4±0,98	0,4±0,49	0,8±0,67	0,65±0,55	0,6±0,56	
Memur (n:9)	0,49±0,46	0,65±0,5	0,41±0,43	0,44±0,65	0,22±0,39	0,65±0,5	0,16±0,26	0,44±0,66	0,28±0,36	0,37±0,46	
Emekli (n:50)	0,95±0,71	0,74±0,65	0,69±0,75	0,69±0,68	0,58±0,58	0,74±0,65	0,45±0,61	0,77±0,61	0,54±0,55	0,58±0,53	
Ev Kadını (n:38)	1,11±0,83	0,86±0,76	0,79±0,63	0,82±0,73	0,73±0,69	0,86±0,76	0,44±0,44	0,7±0,71	0,32±0,47	0,63±0,56	
Serbest (n:6)	1,19±0,32	1,31±0,77	0,5±0,59	1,07±0,87	0,47±0,39	1,31±0,77	0,1±0,17	0,75±0,44	0,79±0,84	0,58±0,39	
Ki-Kare*	1,3	1,54	0,62	0,84	1,4	1,54	0,85	0,44	1,53	0,4	
p	0,27	0,18	0,68	0,52	0,23	0,18	0,51	0,82	0,18	0,85	

Çalışma Durumu	Ruhsal Belirti İndeksleri	
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
İşsiz (n:12)	0,83±0,57	1,84±0,56
İşçi (n:5)	0,85±0,7	1,88±0,58
Memur (n:9)	0,42±0,41	1,49±0,67
Emekli (n:50)	0,71±0,49	1,73±0,63
Ev Kadını (n:38)	0,76±0,51	2,04±0,63
Serbest (n:6)	0,83±0,37	1,88±0,42
Ki-Kare*	0,95	1,73
p	0,45	0,13

* oneway ANOVA testi

Tablo 10’da kronik böbrek hastalarının çalışma durumlarına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Somatizasyon, depresyon ve psikotiz bölümlerinde en yüksek puan ortalamaları serbest meslek sahiplerininindir. OKB, anksiyete, hostilite ve paranoid düşünce bölümlerinde en yüksek puan ortalamalarına işçi olarak çalışanlar sahiptir. Kişilerarası duyarlılık ve ek maddeler bölümlerinde ev hanımları; fobik anksiyetede ise işsiz olanlar en yüksek puan ortalamalarına sahiptir. Ruhsal belirtilerin tüm bölümlerinde en düşük puan ortalamalarına memur olanlar sahiptir.

Rahatsızlık ciddiyeti indeksinde işçi olanlar, belirti toplam indeksinde serbest meslek sahipleri, semptom rahatsızlık indeksinde ise ev hanımları en yüksek puan ortalamalarına sahiptir. Rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksinde en düşük puan ortalamalarına memur olanlar sahiptir.

Çalışma durumu ile ruhsal belirtilerin herhangi biri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 11: Kronik Böbrek Hastalarının Sosyal Güvencelerine Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyal Güvence	Ruhsal Belirtiler										Ek Maddeler
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek Maddeler	
Yok (n:7)	1,29±0,82	1,19±1,06	0,62±0,71	1,45±1,1	1,23±1,02	1,19±1,06	0,57±1,08	0,83±0,65	0,64±0,59	0,52±0,53	
Emekli Sandığı (n:54)	0,96±0,66	0,74±0,59	0,64±0,58	0,64±0,63	0,57±0,63	0,74±0,59	0,37±0,44	0,68±0,64	0,37±0,46	0,53±0,51	
SSK (n:47)	1,02±0,79	0,95±0,83	0,81±0,77	0,82±0,75	0,65±0,62	0,95±0,83	0,46±0,59	0,77±0,61	0,55±0,63	0,69±0,55	
Bağ-Kur (n:12)	0,77±0,71	0,74±0,48	0,44±0,48	0,67±0,56	0,48±0,51	0,74±0,48	0,25±0,33	0,64±0,59	0,52±0,63	0,36±0,35	
F*	0,79	1,37	1,17	2,94	2,4	1,37	0,74	0,34	1,15	1,6	
p	0,5	0,25	0,32	0,04	0,07	0,25	0,53	0,79	0,33	0,19	

Sosyal Güvence	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Yok (n:7)	1,02±0,77	23,71±15,39	2,21±0,45
Emekli Sandığı (n:54)	0,66±0,45	18,87±9,58	1,83±0,65
SSK (n:47)	0,79±0,53	21,62±10,03	1,84±0,62
Bağ-Kur (n:12)	0,62±0,38	19,42±9,41	1,62±0,6
F*	1,54	0,92	1,19
p	0,21	0,43	0,32

* oneway ANOVA testi (Post Hoc: Bonferroni)

Tablo 11’de kronik böbrek hastalarının sosyal güvencelerine göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Sosyal güvencesi olmayanlar kişilerarası duyarlılık ve ek maddeler dışındaki tüm bölümlerde en yüksek puan ortalamalarına sahipken; kişilerarası duyarlılık ve ek maddelerde en yüksek puan ortalamalarına sosyal güvencesi SSK olanlar sahiptir. Sosyal güvencesi emekli sandığı veya bağ-kur olanlar; ruhsal belirtilerin tüm alanlarında en düşük puan ortalamalarına sahiptir.

Sosyal güvencesi olmayanlar; rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksinde en yüksek puan ortalamalarına sahipken, sosyal güvencesi emekli sandığı veya bağ-kur olanlar en düşük puan ortalamalarına sahiptir.

Depresyon ile sosyal güvence arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,04$; $p<0,05$). Yapılan ileri istatistiksel analizde; bu farkın sosyal güvencesi olmayanlar ile emekli sandığı sosyal güvencesi sahibi olanlar arasında olduğu bulunmuştur ($p:0,03$; $p<0,05$).

Rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre sosyal güvencesi olmayanların ruhsal belirti puan ortalamalarının $1,02\pm0,77$ ile patolojik düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 12: Kronik Böbrek Hastalarının Gelir Düzeylerine Göre Ruhusal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gelir Düzeyi	Ruhsal Belirtiler										Ek Maddeler
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek Maddeler	
Yeterli (n:35)	0,85±0,65	0,65±0,62	0,55±0,47	0,61±0,68	0,57±0,66	0,65±0,62	0,42±0,56	0,76±0,54	0,34±0,38	0,5±0,51	
Yetersiz (n:34)	0,99±0,83	0,99±0,76	0,77±0,72	0,89±0,76	0,78±0,64	0,99±0,76	0,37±0,66	0,75±0,68	0,66±0,64	0,61±0,56	
Kısmen Yeterli (n:51)	1,07±0,71	0,9±0,75	0,72±0,73	0,77±0,73	0,58±0,65	0,9±0,75	0,41±0,45	0,67±0,64	0,43±0,57	0,6±0,5	
F*	0,9	2,05	1,08	1,33	1,27	2,05	0,09	0,32	3,18	0,52	
p	0,41	0,13	0,34	0,27	0,29	0,13	0,92	0,73	0,048	0,6	

Gelir Düzeyi	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Yeterli (n:35)	0,64±0,46	19,03±10,95	1,68±0,52
Yetersiz (n:34)	0,8±0,51	21,29±10,08	1,96±0,66
Kısmen Yeterli (n:51)	0,74±0,52	20,47±9,65	1,85±0,66
F*	0,94	0,44	1,73
p	0,39	0,64	0,18

* oneway ANOVA testi (Post Hoc: Bonferroni)

Tablo 12’de kronik böbrek hastalarının gelir düzeylerine göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Gelir düzeyinin yetersiz olduğunu söyleyenler; OKB, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, psikotizm ve ekmaddeler bölümlerinde en yüksek puan ortalamalarına sahiptir. Somatizasyonda gelir düzeyinin kısmen yeterli olduğunu söyleyenler, fobik anksiyete ve paranoid düşüncede yeterli olduğunu söyleyenler en yüksek puan ortalamalarına sahiptir. Fobik anksiyete ve psikotizm dışındaki tüm bölümlerde en düşük puan ortalamalarına gelir düzeyinin yeterli olduğunu söyleyenler sahipken; fobik anksiyete ve paranoid düşünce bölümlerinde en düşük puan ortalamalarına gelir düzeyinin kısmen yeterli olduğunu söyleyenler sahiptir.

Rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksinde en yüksek puan ortalamalarına gelir düzeyinin yetersiz olduğunu söyleyenler sahipken; gelir düzeyinin yeterli olduğunu söyleyenler, en düşük puan ortalamalarına sahiptir.

Psikotizm belirtileri puan ortalamaları ile gelir düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,048$; $p<0,05$). Yapılan ileri istatistiksel analizde; bu farkın gelir düzeyini yeterli ve yetersiz olarak ifade edenler arasında olduğu bulunmuştur ($p:0,049$; $p<0,05$).

Tablo 13: Kronik Böbrek Hastalarının, Başka Bir Kronik Hastalık Varlığına Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı	Ruhsal Belirtiler										Ek Maddeler
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm	Ek Maddeler	
Evet (n:62)	1,05±0,76	0,8±0,72	0,72±0,6	0,78±0,76	0,62±0,59	0,8±0,72	0,44±0,53	0,67±0,61	0,48±0,55	0,59±0,53	
Hayır (n:58)	0,91±0,69	0,9±0,73	0,66±0,73	0,74±0,7	0,64±0,72	0,9±0,73	0,37±0,56	0,78±0,63	0,47±0,57	0,55±0,51	
t*	1,03	-0,77	0,49	0,32	-0,21	-0,77	0,73	-0,96	0,1	0,42	
p	0,31	0,44	0,62	0,75	0,83	0,44	0,46	0,34	0,92	0,68	

Başka Bir Kronik Hastalık Varlığı	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Evet (n:62)	0,74±0,49	20,06±9,45	1,9±0,64
Hayır (n:58)	0,72±0,53	20,52±10,86	1,76±0,61
t*	0,2	-0,24	1,18
p	0,84	0,81	0,24

* *student t testi*

Tablo 13'te kronik böbrek hastalarının, başka bir kronik hastalık varlığına göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. İkinci bir kronik hastalığı olanlar ruhsal belirtilerden somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete, psikotizm ve ek maddeler bölümlerinde; ikinci bir kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek puan ortalamalarına sahiptir. OKB, anksiyete, hostilete ve paranoid düşünce bölümlerinde ise ikinci bir kronik hastalığı olmayanlar daha yüksek puan ortalamalarına sahiptir.

Rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve semptom rahatsızlık indeksinde ikinci bir kronik hastalığı olanlar, ikinci bir kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek puan ortalamalarına sahiptir.

Tablo 14: Kronik Böbrek Hastalarını En Çok Etkileyen Sorunlara Göre Ruhsal Belirtileri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalık Süresince En Çok Etkilenilen Sorunlar		Ruhsal Belirtiler											Ek Maddeler
		Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilité	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm			
Fiziksel Sorunlar	Var (n:80)	1,06±0,78	0,82±0,68	0,69±0,68	0,76±0,69	0,62±0,64	0,82±0,68	0,46±0,59	0,72±0,65	0,43±0,5	0,6±0,53		
	Yok (n:40)	0,83±0,59	0,91±0,8	0,68±0,64	0,76±0,8	0,66±0,68	0,91±0,8	0,29±0,41	0,72±0,57	0,55±0,64	0,53±0,49		
	t	1,68	-0,67	0,03	0	-0,28	-0,67	1,7	0,03	-1,11	0,75		
	p	0,1	0,5	0,97	1	0,78	0,5	0,09	0,97	0,27	0,46		
Beslenme Sıvı Alımı Sorunları	Var (n:55)	1,11±0,83	0,96±0,69	0,74±0,77	0,74±0,7	0,65±0,59	0,96±0,69	0,42±0,54	0,84±0,63	0,51±0,6	0,65±0,57		
	Yok (n:65)	0,87±0,61	0,76±0,74	0,64±0,55	0,78±0,75	0,61±0,71	0,76±0,74	0,39±0,55	0,62±0,6	0,44±0,51	0,51±0,47		
	t	1,85	1,56	0,81	-0,25	0,35	1,56	0,34	1,97	0,69	1,44		
	p	0,07	0,12	0,42	0,81	0,73	0,12	0,73	0,048	0,49	0,15		
Bedeni İmajı Benlik Saygısı Sorunları	Var (n:33)	1,06±0,84	1,1±0,75	0,71±0,84	0,95±0,68	0,72±0,75	1,1±0,75	0,44±0,66	0,79±0,68	0,58±0,7	0,75±0,55		
	Yok (n:87)	0,95±0,69	0,76±0,69	0,68±0,59	0,69±0,73	0,6±0,62	0,76±0,69	0,39±0,5	0,69±0,6	0,43±0,49	0,51±0,49		
	t	0,72	2,35	0,21	1,76	0,86	2,35	0,48	0,8	1,28	2,36		
	p	0,47	0,02	0,83	0,08	0,39	0,02	0,63	0,43	0,2	0,02		
Sosyal Çevreden Uzak Kalma	Var (n:25)	1,25±0,97	1,33±0,82	0,83±0,97	1,09±0,87	0,82±0,83	1,33±0,82	0,52±0,76	0,88±0,72	0,69±0,7	0,87±0,58		
	Yok (n:95)	0,91±0,64	0,72±0,64	0,65±0,56	0,68±0,66	0,58±0,59	0,72±0,64	0,37±0,47	0,68±0,59	0,41±0,5	0,5±0,48		
	t	2,11	3,94	1,19	2,58	1,67	3,94	1,21	1,46	2,26	3,29		
	p	0,04	0,0001	0,23	0,01	0,1	0,0001	0,23	0,15	0,03	0,0001		
Hastaneye Bağlı Olma	Var (n:53)	1,06±0,88	1,06±0,74	0,69±0,75	0,84±0,78	0,71±0,69	1,06±0,74	0,42±0,63	0,75±0,59	0,59±0,68	0,61±0,52		
	Yok (n:67)	0,92±0,58	0,68±0,66	0,69±0,59	0,7±0,68	0,57±0,62	0,68±0,66	0,39±0,47	0,7±0,65	0,37±0,41	0,55±0,52		
	t	1	2,93	-0,01	1,04	1,16	2,93	0,28	0,45	2,2	0,66		
	p	0,32	0,0001	0,99	0,3	0,25	0,0001	0,78	0,65	0,03	0,51		
Cinsel Sorunlar	Var (n:18)	1,02±0,86	1,19±0,88	0,85±0,61	1,01±0,83	0,91±0,82	1,19±0,88	0,5±0,69	0,81±0,62	0,57±0,59	0,69±0,46		
	Yok (n:102)	0,98±0,71	0,79±0,67	0,66±0,67	0,72±0,7	0,58±0,61	0,79±0,67	0,39±0,52	0,7±0,62	0,45±0,55	0,55±0,53		
	t	0,21	2,24	1,15	1,58	1,99	2,24	0,82	0,64	0,82	1,06		
	p	0,83	0,03	0,25	0,12	0,048	0,03	0,42	0,53	0,42	0,29		

Tablo 14'ün Devamı

Hastalık Süresince En Çok Etkilenilen Sorunlar	Ruhsal Belirti İndeksleri			
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi	
Fiziksel Sorunlar	Var (n:80)	0,74±0,51	20,45±10	1,83±0,64
	Yok (n:40)	0,71±0,5	19,95±10,47	1,83±0,6
	t	0,36	0,25	0,04
	p	0,72	0,8	0,97
Beslenme ve Sıvı Alımı ile İlgili Sorunlar	Var (n:55)	0,8±0,5	21,51±9,58	1,95±0,66
	Yok (n:65)	0,67±0,5	19,25±10,51	1,73±0,58
	t	1,49	1,22	1,95
	p	0,14	0,22	0,045
Beden İmajı, Benlik Saygısı İle İlgili Sorunlar	Var (n:33)	0,85±0,58	24,15±9,95	1,77±0,64
	Yok (n:87)	0,68±0,47	18,82±9,84	1,86±0,62
	t	1,71	2,64	-0,67
	p	0,09	0,01	0,51
Sosyal Çevreden Uzak Kalma	Var (n:25)	1,01±0,68	25,76±10,27	1,9±0,78
	Yok (n:95)	0,66±0,42	18,84±9,62	1,82±0,58
	t	3,21	3,15	0,56
	p	0,0001	0,0001	0,58
Hastaneye Bağımlı Olma	Var (n:53)	0,82±0,54	22,09±9,39	1,89±0,67
	Yok (n:67)	0,66±0,47	18,85±10,5	1,79±0,59
	t	1,7	1,76	0,83
	p	0,09	0,08	0,41
Cinsel Sorunlar	Var (n:18)	0,9±0,53	24,72±9,66	1,9±0,61
	Yok (n:102)	0,7±0,49	19,5±10,04	1,82±0,63
	t	1,59	2,05	0,47
	p	0,11	0,04	0,64

t: student t testi

Tablo 14'te kronik böbrek hastalarını, hastalık süresince en çok etkileyen sorunlara göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Hastalık süresince fiziksel sorunlardan etkilenenler ve etkilenmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Hastalık süresince beslenme ve sıvı alımıyla ilgili sorunlardan etkilenenler ile etkilenmeyenler arasında; paranoid düşünce (p:0,048) ve semptom rahatsızlık indeksi (p:0,048) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Hastalık süresince beden imajı ve benlik saygısıyla ilgili sorunlardan etkilenenler ile etkilenmeyenler arasında; OKB (p:0,02), hostilite (p:0,02), ek maddeler (p:0,02) ve belirti toplam indeksi (p:0,01) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Hastalık süresince sosyal çevreden uzak kalmış olmaktan etkilenenler ile etkilenmeyenler arasında; somatizasyon (p:0,04), OKB (p:0,0001), depresyon (p:0,01), hostilite (p:0,0001), psikotizm (p:0,03), ek maddeler (p:0,0001), rahatsızlık ciddiyeti indeksi (p:0,0001) ve belirti toplam indeksi (p:0,0001) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Hastalık süresince hastaneye bağımlı olma durumundan etkilenenler ile etkilenmeyenler arasında; OKB (p:0,0001), hostilite (p:0,0001) ve psikotizm (p:0,03) belirtileri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Hastalık sürecinde cinsel sorunlardan etkilenenler ile etkilenmeyenler arasında; OKB (p:0,03), anksiyete (p:0,048), hostilite (p:0,03) ve belirti toplam indeksi (p:0,04) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre; sosyal çevreden uzak kalmış olmaktan etkilenenlerin ruhsal belirti puan ortalamalarının $1,01 \pm 0,68$ ile patolojik düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 15: Kronik Böbrek Hastalığı Tanısı Konulduğunda Verilen Tepkilere Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

KBY Tanısı Konulduğunda Verilen Tepkiler	Ruhsal Belirtiler											Ek Maddeler
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm			
Üzüldüm, Sonradan Kabullendim (n:57)	1,01±0,72	0,87±0,72	0,66±0,59	0,73±0,64	0,54±0,61	0,87±0,72	0,34±0,4	0,7±0,61	0,38±0,45	0,59±0,48		
Tepki Vermedim (n:20)	1±0,79	0,66±0,64	0,5±0,51	0,64±0,76	0,49±0,49	0,66±0,64	0,33±0,5	0,69±0,61	0,48±0,57	0,53±0,57		
Kabullenemedim (n:11)	1,05±0,81	0,94±0,72	0,88±0,92	0,78±0,64	0,84±0,74	0,94±0,72	0,53±0,45	0,86±0,73	0,77±0,83	0,65±0,68		
Geleceğe Dair Korku, Endişe Yaşadım (n:16)	1,06±0,83	1,01±0,8	0,85±0,97	0,89±0,96	0,88±0,88	1,01±0,8	0,6±0,88	0,76±0,73	0,48±0,56	0,54±0,58		
Normal Karşılıdım (n:7)	0,58±0,62	0,43±0,47	0,48±0,38	0,49±0,48	0,46±0,43	0,43±0,47	0,26±0,44	0,43±0,42	0,25±0,29	0,33±0,19		
İyileşeceğimi Umud Ediyordum (n:9)	0,68±0,49	1,11±0,84	0,89±0,53	1,21±0,92	0,96±0,7	1,11±0,84	0,58±0,8	0,85±0,6	0,83±0,73	0,72±0,56		
Ki-Kare*	0,49	1,21	1,03	1,13	1,64	1,21	1,04	0,52	2,05	0,54		
p	0,79	0,31	0,4	0,35	0,16	0,31	0,4	0,76	0,08	0,75		

KBY Tanısı Konulduğunda Verilen Tepkiler	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Üzüldüm, Sonradan Kabullendim (n:57)	0,7±0,45	20±9,44	1,8±0,64
Tepki Vermedim (n:20)	0,64±0,49	17,95±11,5	1,84±0,62
Kabullenemedim (n:11)	0,88±0,56	22,82±7,92	1,98±0,81
Geleceğe Dair Korku, Endişe Yaşadım (n:16)	0,85±0,72	22,63±13,6	1,85±0,58
Normal Karşılıdım (n:7)	0,49±0,27	16,57±6,37	1,51±0,51
İyileşeceğimi Umud Ediyordum (n:9)	0,89±0,45	22,89±8,64	2,04±0,47
Ki-Kare*	1,08	0,83	0,7
p	0,38	0,53	0,62

* *Kruskal Wallis testi*

Tablo 15’te kronik böbrek hastalığı tanısı konulduğunda verilen tepkilere göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı bulunmaktadır. Kronik böbrek hastalığı tanısı konulduğunda “iyileşeceğimi umut ediyordum” şeklinde tepki verenler OKB, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, psikotizm ve ek maddeler bölümlerinde en yüksek puan ortalamalarına sahiptir. Somatizasyon ve fobik anksiyetede ise “geleceğe dair korku, endişe yaşadım” şeklinde tepki verenler, en yüksek puan ortalamalarına sahiptir. Ruhsal belirtilerin tüm bölümlerinde, kronik böbrek hastalığı tanısı konulduğunda “normal karşıladım” şeklinde tepki verenler, en düşük puan ortalamalarına sahiptir.

Rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi bölümlerinde en düşük puan ortalamalarına kronik böbrek hastalığı tanısı konulduğunda “iyileşeceğimi umut ediyordum” şeklinde tepki verenler en yüksek puan ortalamalarına sahipken; “normal karşıladım” şeklinde tepki verenler en düşük puan ortalamalarına sahiptir.

Tablo 16: Kronik Böbrek Hastalarının Hastalığı Kabullenme Durumuna Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalığı Kabullenme Durumu	Ruhsal Belirtiler											Ek Maddeler
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm			
Evet (n:87)	0,97±0,71	0,84±0,72	0,64±0,56	0,69±0,68	0,59±0,65	0,84±0,72	0,38±0,52	0,71±0,59	0,41±0,48	0,54±0,47		
Hayır (n:10)	0,71±0,66	0,87±0,91	0,87±1,03	0,96±0,89	0,52±0,77	0,87±0,91	0,36±0,5	0,75±0,78	0,93±0,95	0,43±0,63		
Kısmen (n:23)	1,16±0,8	0,87±0,66	0,77±0,82	0,93±0,8	0,83±0,62	0,87±0,66	0,52±0,65	0,75±0,69	0,49±0,52	0,76±0,61		
F	1,4	0,02	0,72	1,33	1,32	0,02	0,67	0,05	4,01	2,07		
p	0,25	0,98	0,49	0,27	0,27	0,98	0,51	0,96	0,02	0,13		

Hastalığı Kabullenme Durumu	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Evet (n:87)	0,7±0,48	19,84±10,24	1,81±0,62
Hayır (n:10)	0,73±0,66	17,2±9,27	2,03±0,9
Kısmen (n:23)	0,83±0,52	23,3±9,67	1,85±0,56
F	0,62	1,59	0,49
p	0,54	0,21	0,61

F: oneway ANOVA testi (Post Hoc: Bonferroni)

Tablo 16’da kronik böbrek hastalarının hastalığı kabullenme durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Hastalığını kabullenemediğini ve kısmen kabullendiğini ifade edenler ruhsal belirtilerin tüm bölümlerinde en yüksek puan ortalamalarına sahipken; hastalığını kabullendiğini ifade edenler en düşük puan ortalamalarına sahiptir.

Psikotizm belirtileri ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,02$; $p<0,05$). Yapılan ileri istatistiksel analizde; bu farkın hastalığını kabullendiğini ifade edenler ile hastalığını kabullenmediğini ifade edenler arasında olduğu bulunmuştur ($p:0,017$; $p<0,05$).

Tablo 17: Hastalıktan Sonra Aile İlişkilerinin Etkilenme Durumuna Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalıktan Sonra Aile İlişkileri	Ruhsal Belirtiler											Ek Maddeler
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm			
İlişkilerimiz Güçlendi (n:35)	1,14±0,81	0,89±0,74	0,52±0,48	0,8±0,74	0,65±0,65	0,89±0,74	0,38±0,6	0,82±0,64	0,34±0,34	0,54±0,5		
İlişkilerimiz Zayıfladı (n:11)	1,36±0,85	1,06±0,83	1,15±1	1,16±0,84	0,8±0,68	1,06±0,83	0,71±0,87	0,83±0,83	0,89±0,85	0,8±0,71		
Herhangi Bir Değişiklik Olmadı (n:70)	0,84±0,65	0,76±0,64	0,68±0,64	0,63±0,63	0,57±0,63	0,76±0,64	0,35±0,44	0,61±0,56	0,45±0,56	0,55±0,5		
F*	2,52	2,02	2,95	4	1,31	2,02	1,69	2,93	3,48	1,08		
p	0,06	0,12	0,04	0,01	0,27	0,12	0,17	0,04	0,02	0,36		

Hastalıktan Sonra Aile İlişkileri	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
İlişkilerimiz Güçlendi (n:35)	0,76±0,49	20,46±9,52	1,85±0,61
İlişkilerimiz Zayıfladı (n:11)	1±0,63	23,45±13,1	2,33±0,66
Herhangi Bir Değişiklik Olmadı (n:70)	0,65±0,46	19,23±9,84	1,73±0,61
F*	3,07	1,52	3,34
p	0,03	0,21	0,02

* oneway ANOVA testi

Tablo 17’de hastalıktan sonra aile ilişkilerinin etkilenme durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hastalıktan sonra aile ilişkilerinin zayıfladığını ifade edenler; ruhsal belirtilerin tüm alanlarında en yüksek puan ortalamalarına sahiptir. Hastalıktan sonra aile ilişkilerinin güçlendiğini veya değişmediğini ifade edenler, ruhsal belirtilerin tüm alanlarında en düşük puan ortalamalarına sahiptir.

Kişilerarası duyarlılık (p:0,04), depresyon (p:0,01), paranoid düşünce (p:0,04), psikotizm (p:0,02), rahatsızlık ciddiyeti indeksi (p:0,03) ve semptom rahatsızlık indeksi (p:0,02) ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 18: Kronik Böbrek Hastalarının Hastalıklı İlgili Bilgi Alma Durumuna Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalıkla İlgili Bilgi Alma Durumu	Ruhsal Belirtiler										Ek Maddeler
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm		
Evet (n:73)	0,96±0,8	0,76±0,69	0,64±0,64	0,62±0,66	0,57±0,61	0,76±0,69	0,36±0,55	0,65±0,58	0,4±0,49	0,56±0,53	
Hayır (n:14)	1,12±0,73	1,12±0,68	0,95±0,89	1,97±0,64	0,84±1,03	1,12±0,68	0,67±0,8	1±0,7	0,79±0,79	0,71±0,6	
Kismen (n:33)	0,97±0,57	0,92±0,79	0,68±0,6	0,97±0,83	0,68±0,55	0,92±0,79	0,38±0,36	0,76±0,66	0,48±0,55	0,57±0,46	
F*	0,29	1,68	1,32	3,43	1,14	1,68	1,97	2,05	2,88	0,59	
p	0,75	0,19	0,27	0,04	0,32	0,19	0,14	0,13	0,06	0,55	

Hastalıkla İlgili Bilgi Alma Durumu	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Evet (n:73)	0,67±0,48	18,95±9,96	1,8±0,64
Hayır (n:14)	0,95±0,65	24,71±11,28	1,93±0,72
Kismen (n:33)	0,77±0,47	21,36±9,59	1,86±0,57
F*	2,07	2,21	0,27
p	0,13	0,11	0,77

* oneway ANOVA testi

Tablo 18’de kronik böbrek hastalarının, hastalıkla ilgili bilgi alma durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Hastalıkla ilgili bilgi almadığını ifade edenler, ruhsal belirtilerin tüm alanlarında en yüksek puan ortalamalarına sahiptir. Hastalıkla ilgili bilgi aldığını ifade edenler ise tüm alanlarda en düşük puan ortalamalarına sahiptir.

Depresyon belirtileri ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,04$; $p<0,05$). Yapılan ileri istatistiksel analizde; bu farkın hastalıkla ilgili bilgi alanlar ile almayanlar arasında olduğu bulunmuştur ($p:0,049$; $p<0,05$).

Tablo 19: Kronik Böbrek Hastalarının Hastalıkla İlgili En Güçlü Yönlerine Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalıkla İlgili En Güçlü Yön	Ruhsal Belirtiler											Ek Maddeler
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm			
Başa Çıkma (n:56)	0,85±0,68	0,84±0,79	0,64±0,7	0,68±0,68	0,55±0,6	0,84±0,79	0,4±0,5	0,71±0,67	0,42±0,55	0,46±0,47		
Destek Sistemleri (n:13)	1,18±0,92	1,06±0,84	0,85±0,94	0,89±0,71	0,72±0,74	1,06±0,84	0,31±0,44	0,63±0,56	0,63±0,85	0,76±0,68		
Bilgi Birikimi (n:4)	0,71±0,2	1,04±0,6	0,58±0,32	0,89±1,07	0,45±0,3	1,04±0,6	0,35±0,34	0,75±0,42	0,69±0,52	1,04±0,42		
Sosyal Güvence (n:43)	1,04±0,68	0,75±0,55	0,68±0,53	0,79±0,72	0,69±0,68	0,75±0,55	0,39±0,61	0,77±0,61	0,46±0,45	0,61±0,48		
F*	1,2	0,75	0,36	0,48	0,57	0,75	0,11	0,18	0,72	2,71		
p	0,31	0,52	0,79	0,7	0,64	0,52	0,96	0,91	0,54	0,05		

Hastalıkla İlgili En Güçlü Yön	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Başa Çıkma (n:56)	0,67±0,51	18,75±10,04	1,78±0,59
Destek Sistemleri (n:13)	0,83±0,6	22±9,6	1,86±0,82
Bilgi Birikimi (n:4)	0,83±0,4	24,25±9,6	1,79±0,57
Sosyal Güvence (n:43)	0,74±0,46	21,23±10,37	1,85±0,6
F*	0,47	0,88	0,14
p	0,7	0,45	0,93

* *oneway ANOVA testi*

Tablo 19’da kronik böbrek hastalarının hastalıkla ilgili en güçlü yönlerine göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Hastalıkla ilgili en güçlü yönünün “destek sistemleri” olduğunu ifade edenler; somatizasyon, OKB, depresyon, kişilerarası duyarlılık, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi bölümlerinde en yüksek puan ortalamalarına sahiptir.

Ek maddeler ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,05). Yapılan ileri istatistiksel analizde alt gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Tablo 20: Kronik Böbrek Hastalarının Hastalıklarla İlgili En Zayıf Yönlerine Göre Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Hastalıkla İlgili En Zayıf Yön	Ruhsal Belirtiler											Ek Maddeler
	Somatizasyon	Obsesif Kompulsif Bozukluk	Kişilerarası Duyarlılık	Depresyon	Anksiyete	Hostilite	Fobik Anksiyete	Paranoid Düşünce	Psikotizm			
Diyete Uyum (n:36)	0,93±0,58	0,84±0,63	0,56±0,46	0,73±0,74	0,59±0,49	0,84±0,63	0,3±0,34	0,71±0,58	0,45±0,52	0,52±0,47		
Sıvı Alımıyla İlgili Problemler (n:37)	1,1±0,87	0,91±0,78	0,88±0,85	0,87±0,79	0,73±0,73	0,91±0,78	0,5±0,63	0,82±0,73	0,51±0,55	0,69±0,55		
İlaç Kullanımı (n:23)	0,75±0,56	0,73±0,7	0,45±0,41	0,5±0,49	0,42±0,56	0,73±0,7	0,21±0,38	0,6±0,54	0,26±0,26	0,42±0,37		
Yalnızlık (n:16)	0,96±0,7	1,07±0,88	1,02±0,75	1,15±0,71	0,84±0,82	1,07±0,88	0,65±0,74	0,77±0,66	0,78±0,83	0,71±0,64		
F*	1,21	0,74	3,98	2,87	1,74	0,74	3,11	0,58	2,95	1,84		
p	0,31	0,53	0,01	0,04	0,16	0,53	0,03	0,63	0,04	0,14		

Hastalıkla İlgili En Zayıf Yön	Ruhsal Belirti İndeksleri		
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplam İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi
Diyete Uyum (n:36)	0,69±0,41	20,72±9,37	1,71±0,57
Sıvı Alımıyla İlgili Problemler (n:37)	0,85±0,6	21,46±10,7	1,98±0,66
İlaç Kullanımı (n:23)	0,52±0,36	17,22±10,09	1,65±0,63
Yalnızlık (n:16)	0,89±0,56	22,88±10,13	2±0,55
F*	2,7	1,22	2,31
p	0,05	0,3	0,16

* oneway ANOVA testi (Post Hoc: Bonferroni)

Tablo 20’de kronik böbrek hastalarının hastalıkla ilgili en zayıf yönlerine göre ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı bulunmaktadır. Hastalıkla ilgili en zayıf yönünün “yalnızlık” olduğunu ifade edenler; somatizasyon dışındaki tüm bölümlerde en yüksek puan ortalamalarına sahipken, somatizasyon bölümünde en yüksek puan ortalamalarına “sıvı alımıyla ilgili problem” yaşadığını ifade edenler sahiptir.

Kişilerarası duyarlılık (p:0,01), depresyon (p:0,04), fobik anksiyete (p:0,03), psikotizm belirtileri (p:0,04) ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi (p:0,05) ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Yapılan ileri istatistiksel analizde; kişilerarası duyarlılık (p:0,049), depresyon (p:0,036), fobik anksiyete (p:0,049), psikotizm (p:0,024) ve rahatsızlık ciddiyeti indeksinde (p:0,049) gruplar arasında bulunan tüm farkların, hastalıkla ilgili en zayıf yönünü “yalnızlık” ile “ilaç kullanımı” olarak ifade edenler arasında olduğu bulunmuştur.

7. TARTIŞMA

Kronik hastalıklar içinde önemli bir yere sahip olan KBY, kişinin yaşam kalitesini etkileyen, hastalık sürecinde çeşitli komplikasyonların gelişmesine neden olan, bireyi olduğu kadar, aile ve toplumu da etkileyen ve psikososyoekonomik sonuçlara neden olan en ciddi hastalıklardan biridir (35, 59). Bu çalışmada 120 kronik böbrek hastasının ruhsal durumları kısa semptom envanteri kullanılarak değerlendirilmiş; birinci bölümde, hastalarla ilgili sosyodemografik özellikler, ikinci bölümde, hastaların hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve görüşleri, üçüncü bölümde ise KSE ile diğer verilerin karşılaştırılması sonucu elde edilen veriler literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri İle İlgili Bulguların Tartışılması

Kronik hastalık sürekli; kalıcı yetersizlik ya da sakatlık bırakabilir, geri dönüşümsüz patolojik değişimlere neden olup, uzun vadeli gözlem kontrol ve bakım gerektirir. Tedavi için hasta bireyin ve ailesinin özel eğitimini gerektirir. Kronik hastalık sürecinde; hastaya verilen sosyal destek hastalığın prognozunu etkilemekte, hastalığa karşı olan tutum ve adaptasyonu arttırmaktadır (8, 34).

Araştırma kapsamına alınan hastaların; % 33,3'ünün ilkökul mezunu, % 67,5'inin evli, % 40'ının eşi ve çocuklarıyla yaşamakta olduğu saptandı.

Asan'ın yaptığı çalışmada (6), hastaların % 74,6'sının evli olması, Kahraman ve arkadaşlarının (27) yaptığı çalışmada; genel sağlık durumunu kötü olarak ifade eden, yalnız yaşayan, bekar ve boşanmış olan hastalarda depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğünün ortaya çıkmış olması KBY de evli, eş ve çocuklarla yaşıyor olmanın önemini vurgulaması açısından çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Literatürde; diyaliz hastalarında, diyalize bağlı ilgi, istek kaybı ve diyaliz sonrası elektrolit değerlerinin değişmesi, hipotansiyon, yorgunluk gibi şikayetlerin yoğun

olduğu, bu nedenle alışamadıkları hatta bazen bu durumun sonucu işten ıkartılmaların söz konusu olabildiği görülmüştür (35).

Çalışma kapsamındaki hastaların % 83,4'ünün çalışmadığı sonucu bulundu.

Küçük'n (35), diyaliz hastalarına uygulanan sorun zme eğitiminin anksiyete depresyon ve baş etme biçimlerine etkisi üzerine; 30 kişi deney, 30 kişi kontrol grubu olmak üzere 60 diyaliz hastasıyla yaptığı çalışmada, deney grubuna sorun zme eğitimi verilmiş, kontrol gurubuna ise sorun zme eğitimi verilmemiştir. Aynı çalışmada; deney grubundaki hastaların % 86,7'sinin çalışmadığı, kontrol grubundaki hastaların da % 90'ının çalışmadığı sonucu çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan alışmalarda KBY'nin primer sebeplerinin diyabetes mellitus ve hipertansiyon gibi ikinci bir kronik hastalığa bağlı olarak geliştiği bulunmuştur (41).

Çalışmamızda, hastaların % 51,7'sinde ikinci bir kronik hastalık varlığı saptandı. Yapılan bir araştırmada (7); hastaların % 78'inde ikinci bir kronik hastalık varlığı saptanmıştır. Bu sonuçlar ve literatür bilgisi çalışma bulgumuzu desteklemektedir (41).

Yapılan bir araştırmada (27); sosyo-ekonomik durumu düşük olanların sosyal desteklerinin de düşük olduğu sonucu bulunmuştur. Aynı çalışmada, hastaların sosyal destekleri arttıkça depresyon dzeyelerinin azaldığı görülmüştür.

Çalışmamızda hastaların % 28,3'ünün gelir düzeyinin yetersiz olduğu sonucuna varıldı.

Bu doğrultuda; literatür ve diğer çalışmalarda belirtildiği gibi gelir düzeyi düşük olan hastaların güçlüklerle başa çıkmak için sosyal destek azlığı nedeni ile sorun yaşadıkları ve gelir düzeyi iyi olan hastalara göre depresyon açısından riskli oldukları düşünülebilir.

Hastaların % 20'si KBY'ye bağlı ilaç ve diyet tedavisi alırken, % 65,8'inin hemodiyaliz ve % 14,2'sinin periton diyalizi tedavisi aldığı saptandı.

2. Hastaların Hastalıkla İlgili Duygu, Düşünce ve Görüşlerinin Tartışılması

KBY böbrek işlevlerinin geri dönüşümsüz olarak kaybedilmesidir (1, 16, 38). Kayıp ve kayıp duygusu yas tepkisine yol açar. Hastalık ve hasarın yaptığı narsistik zedelenme yanında, yaşam amaçlarının, sevdiklerinin kaybı söz konusudur. Başlangıçtaki şoktan sonra kaybın anlam ve önemi kavranır, elem duygusu gelişir. Normal yas tepkisinde obje kaybı zaman içinde kabul edilir, enerji ve duygular yeni kişi, amaç, etkinlik ve işlevlere yöneltilir (46).

Çalışma kapsamına alınan hastaların % 47,5'inin KBY tanısı konulduğunda; durumu önce üzülüp sonra kabullendiğini, % 13,33'ü geleceğe dair korku-endişe yaşadığını ve % 5,83'ü normal karşıladığını ifade etmiştir. Literatür doğrultusunda (46), belirtilen tepkiler normal yas süreci kapsamında olup ve hastaların % 72,5 gibi büyük bir çoğunluğunun şu anda hastalığını kabullendiğini ifade etmiş olmaları, bu yas sürecinin beklenen doğal bir tepkisi olarak düşünülebilir.

KBY'nin kronik bir hastalık olması tek başına büyük bir stres kaynağı olmakla beraber; tedavi sürecinde ilaçlar, katı bir diyet ve sıvı kısıtlaması, bir sağlık kuruluşuna veya sağlık çalışanlarına bağımlı olmak, yorgunluk ve kas krampları gibi fiziksel şikayetler hastaların en önemli sorunlarından (23, 34, 35).

Küçük'ün (35) yaptığı deney ve kontrol gruplu çalışmada da; psikofizyolojik stres kaynaklarına bakıldığında deney grubunda sıvı kısıtlaması % 33,3 ve kontrol grubunda ise % 43,3 oranında bulunmuştur. Kara B. ve İşcan B.'nin (29) hemşirelerin hemodiyaliz hastalarında algıladıkları stresörlerle ilgili yaptığı çalışmada da sıvı alımının kısıtlanması 4.36 ± 0.97 ortalama ile ilk sırada yer almıştır.

Araştırmamızda hastaların % 66,67'sinin hastalığa bağlı en çok fiziksel sorunlardan (ağrı, kas krampları, yorgunluk vb.) etkilendiği saptandı. Ayrıca hastaların % 33,04'ünün hastalıkla ilgili en zayıf yönünün "sıvı alımının kısıtlanmasına bağlı problemler" olduğu sonucuna ulaşıldı. Bu durum bize "sıvı kısıtlanması"nın hastalarda

en önemli stres kaynaklarından biri olduğu ve bu konuda başa çıkma güçlükleri olabileceğini düşündürebilir.

Hastalığın ortaya çıkmasından sonra hem hasta hem de ailesi için büyük bir kriz dönemi başlamaktadır. Bu nedenle fiziksel hastalıklarda, hastaya yakın olan bireylerin yardımı ile kişisel, ailesel, kültürel, sosyal olanak ve kaynakların analizi yapılır (48). Bu doğrultuda aile ilişkileri ve sosyal çevresi hasta için büyük bir öneme sahiptir.

Küçük'ün (35) (deney- kontrol gruplu) çalışmasında; aile içi konumda değişiklik, deney grubunda % 26,7 kontrol grubunda ise % 20 oranında psikososyal stres kaynağı olmuştur. Kuzeyli Yıldırım ve ark.'nın (33) son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların sosyal ağ ve sosyal destek sistemleri üzerine yaptığı çalışmada hasta bakımıyla ilgilenen kişi olarak % 55 oranla eşler bildirilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların % 9,17'sinin hastalıktan sonra aile ilişkilerinin zayıfladığı ve % 38,33'ünün bakım ve tedaviyle en çok kendisinin ve % 31,67'sinin ise eşinin ilgilendiği sonucuna ulaşıldı. Hastaların hastaneye yatış veya taburculuk aşamasında hasta ve ailesine hastalığa bağlı gelişebilecek olası sorunlar ortaya çıkmadan hemşire tarafından bilgi verilmesi, sonradan ortaya çıkabilecek olan yapay krizlerin önlenmesinde çok önemlidir. Bu nedenle bu birimlerde hemşirelik danışmanlık sisteminin oluşturulması ve işlerlik kazandırılmasının yararlı olacağı düşünülebilir.

Eşit Üstün ve Karadeniz'in (22) hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemiyle ilgili 106 hastayla yaptığı çalışmada; hastaların % 69,8'inin hastalıkları hakkında eğitim aldığı saptanmış ve eğitim verilmeyen hastaların yaşam kalitesi sosyal alan puan ortalaması ile eğitim verilen hastaların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Asan'ın (6) çalışmasında; hasta yakınlarının % 84,7'sinin hastalarıyla ilgili bilgiyi en fazla hekim grubundan bekledikleri bulunmuştur. Akyol Durmaz ve Fadiloğlu'nun (4) yaptığı çalışmada; hastaların % 62,5'inin hastalık hakkında eğitim aldıkları, bu eğitimin

hastalık öncesi % 63,9 olduğu ve bu eğitimi daha çok hekimin (% 32,5), anlatım yoluyla verdiği (%57,5) belirtilmiştir.

Çalışmamızda hastaların % 60,83'ünün KBY ile ilgili bilgi aldığı ve % 90,83'ünün hekimden bilgi almak istediği, % 28,38'inin de hastalıkla ilgili genel bilgi (hastalıktan sonra beslenme şekli, tansiyon değerlendirmesi, sıvı kısıtlaması vb.) almak istediği saptandı.

Bu sonuçlarla, hemşirelerin daha sistemli bir şekilde danışmanlık vermeleri gerektiği ve bu konuya önem verilip, hemşirelik danışmanlık sisteminin oluşturulması düşünülebilir.

3. Kısa Semptom Envanteri İle İlgili Bulguların Tartışılması

KSE'den alınan ortalama puanların yüksekliği bireydeki psikiyatrik belirtilerin artmış olduğunu gösterip; çalışmamızda yalnızca semptom rahatsızlık indeksinde puan ortalamaları orta düzeye yakın bulundu. Ruhsal belirtilerin diğer tüm alanlarında puan ortalamaları düşük seviyede bulunmuş olup, bu durum “ nefroloji ve hipertansiyon ” biriminde çalışan ekip üyelerinin hastalarla uyum içinde çalışması ve hastaların sosyokültürel özelliklerinden kaynaklandığı düşünülebilir. **(Tablo 4)**

Çalışmamızda; kronik böbrek hastalarının aldığı tedavi şekline göre ruhsal belirti puan ortalamalarına bakıldığında, rahatsızlık ciddiyeti ve belirti toplam indeksinde en yüksek puan ortalamalarını ilaç ve diyet tedavisi gören grup alırken, semptom rahatsızlık indeksinde ise en yüksek ruhsal belirti puan ortalamasını PD tedavisi gören grubun aldığı saptanmıştır. Tedavi grupları ile ruhsal belirtilerden herhangi biri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. **(Tablo 5)**

Eşit Üstün ve Karadeniz'in (22) 106 hemodiyaliz hastasıyla yaptığı çalışmada; hastaların yaşları ve yaşam kalitesi karşılaştırmasında, 15-30 ile 30-45 yaş grubu arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alan

puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamış ancak bu gruplar ile 45 yaş ve üzerini oluşturan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Çalışmamızda KSE'nin semptom rahatsızlık indeksinde 20-40 arası yaş grubu en düşük puan ortalamasını alırken, 41-60 arası yaş grubu en yüksek puan ortalamasını almış olup semptom rahatsızlık indeksi ile yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma bulgumuz, diğer çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir (**Tablo 6**). Bu sonuçlarla; yaş ilerledikçe hastalığa karşı duyarlılığın artmış, dayanma gücünün ise azalmış olabileceği düşünülebilir.

Yapılan çalışmalarda majör depresif bozukluğun, toplum örneklemelerinde yaşam boyu gelişme olasılığı kadınlarda % 10-25, erkeklerde ise % 5-12 arasında değiştiği bildirilmiştir (32). Mollaoğlu'nun (37) çalışmasında; kadınlarda depresyon bulgularının görülme oranı erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Kahraman ve ark.'nın (27) çalışmasında da kadınlarda daha fazla depresyon görülmüştür.

Araştırmamız sonucunda kadınların; ruhsal belirtilerden psikotizm dışındaki diğer tüm alanlarda erkeklerden yüksek puan ortalamaları aldığı bulundu. Ayrıca, Semptom rahatsızlık indeksi ve kişilerarası duyarlılık ile cinsiyetler arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$), (**Tablo 7**). Kadınların gerek fizyolojik gerekse psikolojik olarak erkeklere oranla daha duyarlı olduklarından dolayı depresyona eğilimli oldukları söylenebilir. Kişilerarası duyarlılık puanlarının artmış olması, depresyona eğilimin artacağını düşündürüp, bu hastaların daha yakın takibi önerilebilir.

Kahraman ve arkadaşlarının (27) yaptığı çalışmada; genel sağlık durumunu kötü olarak ifade eden, yalnız yaşayan, bekar ve boşanmış olan hastalarda depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır.

Bizim çalışmamızda KSE'nin rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık ciddiyeti indeksinde en yüksek puan ortalamalarına eşî ölmüş veya eşinden ayrılmış olanlar sahiptir. Ayrıca, medeni durumu eşinden ayrılmış olanların rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre, ruhsal belirti puan ortalamalarının

1,02±0,8 ile patolojik düzeyde olduğu sonucuna ulaşıldı (**Tablo 8**). Bu doğrultuda; hastalarla beraber ailelerinin hastalıkla ilgili duygu, düşünce ve beklentilerinin saptanarak, olası sorunların önceden tespiti ve önlenmesinin sağlanabileceği düşünülebilir.

Cöngel'in (15) 93 hemodiyaliz hastasıyla yaptığı çalışmada; depresyon ve intihar düşüncesine etkili olan ve değiştirilebilir olarak düşük eğitim seviyesi ve azalmış olarak algılanan sosyal destek saptanmıştır. Ayrıca azalmış olarak algılanan sosyal desteğin ruhsal duruma olan etkisi birçok çalışmada saptanmıştır (16, 27, 33). Akkuş ve Akyar'ın (2), 70 hemodiyaliz hastasıyla yaptığı çalışmada; hastaların % 47,1'inin yalnızlık duygusu yaşadığı ve eğitim durumlarına göre yalnızlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak farkın önemli olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda; depresyon belirtileri ile eğitim durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$), (**Tablo 9**). Hastaların sosyal destek durumunu sorgulamak için “hastalıktan sonra aile ilişkilerinin nasıl etkilendiği” değerlendirilip, ruhsal belirtilerle karşılaştırıldığında; kişilerarası duyarlılık, depresyon, paranoid düşünce, psikotizm, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi ile gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca hastalıktan sonra aile ilişkilerinin zayıfladığını ifade edenler; rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre, ruhsal belirti puan ortalamalarının $1±0,63$ ile patolojik düzeyde olduğu sonucuna ulaşıldı (**Tablo 17**). Bu sonuçlarla eğitim durumu ve sosyal desteğin ruh sağlığı açısından önemi bir kez daha vurgulanabilir. Ayrıca, hastalarla beraber hasta ailelerine de “hastalık süreci, yas tepkisi ve aile ilişkilerinin korunması”na yönelik danışmanlık verilmesinin yararlı olacağı düşünülebilir.

Freud; ruh sağlığını sevmek, çalışmak ve gülmek olarak değerlendirmiştir. Bu üç bileşenden KBY hastaları için çalışma durumunu ele aldığımızda, hastalığın tedavi sürecinin getirdiği zorluklardan dolayı oldukça zordur.

Araştırmamızda hastalar çalışma durumuna göre işsiz, işçi, memur, emekli, ev kadını ve serbest meslek olarak toplam 6 gruba ayrılmıştır. Gruplar ile ruhsal belirtilerin

herhangi biri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamakla birlikte ruhsal belirtilerin tüm alanlarında memur olanlar en düşük puan ortalamalarına sahiptir (**Tablo 10**). Bu sonuçla çalışmanın ruh sağlığına olumlu etkisi düşünülerek; KBY hastalarına, her hastanın kendi gücü ve isteği doğrultusunda aktivitelerle ilgilenmesi önerilebilir.

KBY gibi kronik hastalıklarda sosyal güvence ve gelir düzeyi son derece önemlidir. Çünkü hastalık geçici olmamakla beraber, bakım ve tedavisi oldukça zor ve masraflıdır.

Çelik ve Acar'ın (16), 59 hemodiyaliz hastasının anksiyete ve depresyon düzeylerini çeşitli değişkenlere göre incelediği çalışmasında; gelir düzeyi düşük olan hastaların depresyon puan ortalamaları diğer gelir durumlarına oranla daha yüksek bulunmuştur. Kahraman ve ark.'nın (27) çalışmasında; ailenin sosyo-ekonomik durumu ile sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Çalışmamızda psikotizm belirtileri ile gelir düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$), (**Tablo 12**). Bununla beraber depresyon ile sosyal güvence arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olmayanların rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre, ruhsal belirti puan ortalamalarının $1,02\pm 0,77$ ile patolojik düzeyde olduğu sonucuna ulaşıldı. (**Tablo 11**)

KBY gibi kronik bir hastalığa sahip olup sosyal güvence sahibi olmamak, ölüm korkusuyla karşı karşıya gelmek olarak değerlendirilebilir.

KBY'de fiziksel sorunlar (ağrı, kas krampları, yorgunluk vb.), beslenme ve sıvı alımı kısıtlaması, hastaneye bağımlı olmaya bağlı olarak sosyal çevreden uzaklaşma, cinsel problemler, hastalığın ara dönemi veya tatili olmayışı her zaman stres verici olarak değerlendirilmiştir (26, 34, 35, 44, 56).

Araştırma kapsamına alınan hastalardan; hastalık süresince en çok beslenme ve sıvı alımıyla ilgili sorunlardan etkilenenler ile etkilenmeyenler arasında; paranoid düşünce ve semptom rahatsızlık indeksi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Hastalık süresince en çok beden imajı ve benlik saygısıyla ilgili sorunlardan etkilenenler ile etkilenmeyenler arasında; OKB, hostilete, ek maddeler ve belirti toplam indeksi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Hastalık süresince en çok sosyal çevreden uzak kalmış olmaktan etkilenenler ile etkilenmeyenler arasında; somatizasyon, OKB, depresyon, hostilete, psikotizm, ek maddeler, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve belirti toplam indeksi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Hastalık süresince en çok hastaneye bağımlı olma durumundan etkilenenler ile etkilenmeyenler arasında; OKB, hostilete ve psikotizm belirtileri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Hastalık sürecinde en çok cinsel sorunlardan etkilenenler ile etkilenmeyenler arasında; OKB, anksiyete, hostilete ve belirti toplam indeksi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Ayrıca KBY ile ilgili en çok sosyal çevreden uzak kalmış olmaktan etkilenenler rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre, ruhsal belirti puan ortalamalarının $1,01\pm 0,68$ ile patolojik düzeyde olduğu sonucuna ulaşıldı. (**Tablo 14**)

KBY tanısı koyulduğunda verilen tepkiler ile ruhsal belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamış olup; şu anda hastalığını kabullenememiş olanların psikotizm belirtileri puan ortalamaları, hastalığını kabullenmiş olanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$) (**Tablo 16**). Bu nedenle hasta kabulünden taburculuk aşamasının sonuna kadar olan süreci kapsayacak bir danışmanlık sisteminin hayata geçirilmesinin sorunları önleme ve çözme adına çok gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Eşit Üstün ve Karadeniz'in (22) hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemiyle ilgili yaptığı çalışmada; eğitim verilmeyen hastaların yaşam kalitesi sosyal alan puan ortalaması ile eğitim verilen hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim alan hastaların yaşam kalitesi puanları eğitim almayan hastaların yaşam kalitesi puanlarından yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda hastalığıyla ilgili bilgi almayanların depresyon belirtileri puan ortalamaları bilgi alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$), **(Tablo 18)**. Hastaya hastalığıyla ilgili bilgi vermek hemşirelik mesleğinin sorumluluklarından biridir. Sadece bilgi vermek bile, hastadaki gereksiz korku, endişe ve çarpık düşünceleri engelleyip, oluşabilecek anksiyeteyi önleyebilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalıkla ilgili en güçlü ve en zayıf yönleri sorgulanıp ruhsal belirtilerle karşılaştırıldığında, hastalıkla ilgili en zayıf yönü yalnızlık olanlar; kişilerarası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete ve psikotizm belirtileri ile semptom rahatsızlık indeksinde puan ortalamaları diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). **(Tablo 20)**

Çalışma sürecinde birçok hastanın da ifade ettiği gibi KBY bir hastalık olarak değil yaşam şekli olarak değerlendirip, bu yaşam şekline uyum sağlanırsa birçok ruhsal hastalığın sağaltımı gerçekleştirilebilir

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada; kronik böbrek hastalarının ruhsal durumları değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların % 52,5'i erkek olup; büyük çoğunluğu evli, ilkokul mezunu, çalışmayan, sosyal güvenceleri olan, gelir düzeyleri kısmen yeterli, KBY'ye bağlı hemodiyaliz tedavisi alan, ikinci bir kronik hastalığı olduğunu belirten hastalardan oluşmaktadır.

Hastaların çoğunluğu KBY tanısı koyulduğunda önce üzülüp sonra kabullendiğini, hastalık sürecinde en çok fiziksel sorunlardan etkilendiğini, hastalıktan sonra aile ilişkilerinde değişiklik olmadığını, hastalıkla ilgili bilgi aldıklarını, en çok doktordan ve hastalıkla ilgili genel bilgi almak istediklerini, hastalığa bağlı en zayıf yönünün sıvı alımıyla ilgili problemler olduğunu belirten hastalardan oluşmaktadır.

KBY'ye bağlı alınan tedavi şekline göre KSE puan ortalamaları değerlendirildiğinde; Tedavi grupları ile ruhsal belirtilerden herhangi biri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Hastaların demografik özelliklerine göre KSE puan ortalamaları değerlendirildiğinde; 41-60 arası yaş grubunda bulunanların semptom rahatsızlık indeksinde puan ortalamaları, 20-40 ile 61 ve üzeri yaş grubunda bulunanlardan yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların cinsiyetlerine göre; KSE'nin birçok alt ölçeğinde kadınlar erkeklerden daha yüksek puanlar almış olup, kişilerarası duyarlılık ile semptom rahatsızlık indeksinde cinsiyetler arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların medeni durumları ile ruhsal belirti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış olup ($p>0,05$), eşinden ayrılmış olanların rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre puan ortalamalarının patolojik düzeyde olduğu bulunmuştur.

Hastaların eğitim durumuna göre ruhsal belirti puan ortalamalarında; depresyon ile semptom rahatsızlık ciddiyeti indeksinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Depresyon belirtilerinde en yüksek puan ortalamalarına ortaokul mezunları sahipken, semptom rahatsızlık indeksinde okur-yazar ve ilkokul mezunları sahiptir.

Hastaların çalışma durumuna göre; gruplar ile ruhsal belirtilerin herhangi biri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Çalışmada depresyon ile sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p<0,05$), sosyal güvencesi olmayanların rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre ruhsal belirti puan ortalamalarının patolojik düzeyde olduğu saptanmıştır.

Gelir düzeyi yetersiz olan hastaların psikotizm belirtileri puan ortalamaları diğer gruplardan yüksek olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların hastalığa bağlı fiziksel, beslenme ve sıvı alımı, beden imajı-benlik saygısı, hastaneye bağımlı olma, sosyal çevreden uzak kalma ve cinsel yaşamda sorunlar yaşadıkları tespit edilmiş olup en çok sosyal çevreden uzak kalmayla ilgili sorun yaşayanların; rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre, ruhsal belirti puan ortalamalarının patolojik düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Hastalık öğrenildikten sonra hastaların çoğu önce üzülüp sonra kabullendiğini belirtmiştir. Hastalığını kabullenmeyenlerin psikotizm belirti puan ortalamaları kabullenen veya kısmen kabullenenlere göre yüksek, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastalıktan sonra aile ilişkilerine göre; ilişkileri zayıflayanlar kişilerarası duyarlılık, depresyon, paranoid düşünce, psikotizm, rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve semptom rahatsızlık indeksinde ilişkileri güçlenen veya ilişkilerinde değişiklik olmayanlara göre daha yüksek puan ortalamalarına sahip olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalıktan sonra aile ilişkileri zayıflayanların rahatsızlık ciddiyeti indeksine göre ruhsal belirti puan ortalamalarının patolojik düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Hastalar, hastalıkla ilgili en güçlü yönlerini çoğunlukla “başa çıkma” olarak belirtmiş olup, hastalıkla ilgili en zayıf yönü “yalnızlık” olanlar kişilerarası duyarlılık, depresyon, fobik anksiyete, psikotizm belirtileri ve semptom rahatsızlık indeksinde diğer gruplara göre yüksek puan ortalamalarına sahip ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çalışmanın Bu Sonuçları Doğrultusunda;

KBY hastalarının izleminde; olası ruhsal belirtiler açısından riskli olan ve olmayan hasta gruplarının belirlenmesi ve izlenmesi,

Belirlenen gereksinimlere yönelik olarak KBY hastası ile çalışan hemşirelerin hizmet içi eğitim programları ile desteklenmesi,

Psikiyatri hemşireliğinde yüksek lisans yaparak, alanında uzmanlaşmış ve KBY hastası ile çalışan hemşirelerin oluşturacağı “hemşirelik danışmanlık” sisteminin hayata geçirilmesi önerilmektedir.

9. EKLER

EK 1. Bilgi Formu

EK 2. Kısa Semptom Envanteri

EK 3. Kurum Onayı

EK 1
BİLGİ FORMU

Aşağıda sizinle ilgili sorular bulunmaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Tüm soruların cevaplandırılması önem taşımaktadır. Verdiğiniz cevapların hepsi bizde gizli kalacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Protokol Numarası :

1. Yaşınız?

.....

2. Cinsiyetiniz?

1)Kadın 2)Erkek

3. Medeni durumunuz?

1) Evli 2) Bekar 3) Eşinden ayrılmış 4) Diğer (Belirtiniz)...

4. Eğitim durumunuz?

1)Okur-yazar 2)İlkokul mezunu 3)Orta okul mezunu 4)Lise mezunu
5)Üniversite mezunu

5. Çalışma durumunuz?

1)İşsiz 2) İşçi 3) Memur 4) Emekli 5) Ev kadını 6) Diğer (Belirtiniz)..

6. Sosyal güvenceniz?

1)Yok 2)Emekli sandığı 3) SSK 4)Bağ-kur 5) Özel sağlık sigortası
6) Diğer (Belirtiniz)...

7. Gelir düzeyiniz nasıldır?

1)Yeterli 2)Yetersiz 3)Kısmen yeterli

8. Kimlerle Yaşıyorsunuz ?

1) Yalnız yaşıyorum
2) Eşimle yaşıyorum
3) Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum
4) Anne/babamla yaşıyorum
5) Çocuklar/yakınlarımla evinde yaşıyorum
6) Diğer (Belirtiniz)...

9. Başka bir kronik hastalığınız var mı (yüksek tansiyon, kalp hastalığı, şeker hastalığı, kanser gibi) ?

1)Evet 2)Hayır

10. Ne kadar süredir kronik böbrek hastalığınız var?

....

11. Kronik böbrek hastalığına bağlı nasıl bir tedavi alıyorsunuz?

1) İlaç ve diyet tedavisi 2) Hemodiyaliz tedavisi 3) Periton diyalizi tedavisi
4) Böbrek nakli yapıldı

12. Ne kadar süredir tedavi alıyorsunuz?

....

13. Hastalık süresince sizi en çok etkileyen sorunlar nelerdir?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1) Fiziksel sorunlar (Ağrı, kas krampları, yorgunluk)...
2) Beslenme ve sıvı alımıyla ilgili sorunlar (İştahsızlık, bulantı-kusma, sıvı kısıtlaması)
3) Beden imajı ,benlik saygısı ile ilgili sorunlar (Fistül/katater, hastalığa bağlı fiziksel görünümle ilgili sorunlar)...
4) İş/okul ortamından ve sosyal çevreden uzaklaşma
5) Hastaneye bağımlı olma durumu
6) Cinsel yaşamda değişiklikler (Cinsel istekte artma veya azalma)...

14. Kronik böbrek hastalığı tanısı konulduğunda hangi sıra ile ne tür tepki verdiniz?

...

15. Şu anda hastalığınızı kabullendiniz mi?

1)Evet 2)Hayır 3)Kısmen kabullendim

16. Hastalıktan sonra aile ilişkileriniz nasıl etkilendi?

1) İlişkilerimiz güçlendi/dayanışmamız arttı.
2) İlişkilerimizi zayıflattı.
3) Herhangi bir değişiklik olmadı
4) Diğer (Belirtiniz)...

17. Bakım ve tedavinizle en çok kim ilgilenir?

1) Kendim 2) Eşim 3) Çocuklarım 4) Anne/babam 5) Sağlık çalışanları
6) Diğer (Belirtiniz)...

18. Hastalığınızla ilgili herhangi bir bilgi aldınız mı?

1)Evet 2)Hayır 3) Kısmen

19. Kimden bilgi almak istersiniz?

1)Bilgi almak istemem 2)Doktor 3)Hemşire 4)Diğer (Belirtiniz)...

20. Hastalığınızla ilgili hangi konu/konularda bilgi almak isterdiniz?

...

21. Hastalığınızla ilgili sizce en güçlü yönünüz? (Başa çıkma, destek sistemleri, bilgi birikimi, sosyal güvence gibi)...

...

22. Hastalığınızla ilgili sizce en zayıf yönünüz? (Diyete uyum, sıvı alımıyla ilgili problemler, ilaç kullanımı, yalnızlık gibi)...

...

EK 2

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:
Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

- | | |
|----------------------|------------------|
| 0. hiç yok | 3. Epey var |
| 1. Biraz var | 4. Çok fazla var |
| 2. Orta derecede var | |

Bu belirtiler son bir haftadır
sizde ne kadar var?

	Hiç	Çok fazla			
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Baygınlık, baş dönmesi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Olayları hatırlamada güçlük	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Çok kolay kızıp öfkelenme	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
11. İştahta bozukluklar	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Yalnızlık hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Hüzünlü, kederli hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Hiçbir şeye ilgi duymamak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Ağlamaklı hissetmek	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Kolayca incinebilme, kırılmak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Mide bozukluğu, bulantı	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu	(0) (1) (2) (3) (4)
25. Uykuya dalamada güçlük	(0) (1) (2) (3) (4)
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	(0) (1) (2) (3) (4)
27. Karar vermede güçlükler	(0) (1) (2) (3) (4)
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak	(0) (1) (2) (3) (4)
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak	(0) (1) (2) (3) (4)
30. Sıcak, soğuk basmaları	(0) (1) (2) (3) (4)
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	(0) (1) (2) (3) (4)
32. Kafanızın bomboş kalması	(0) (1) (2) (3) (4)
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar	(0) (1) (2) (3) (4)
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	(0) (1) (2) (3) (4)
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	(0) (1) (2) (3) (4)
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/ zorlanmak	(0) (1) (2) (3) (4)
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi	(0) (1) (2) (3) (4)
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	(0) (1) (2) (3) (4)
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	(0) (1) (2) (3) (4)
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği	(0) (1) (2) (3) (4)
41. bir şeyleri kırma, dökme isteği	(0) (1) (2) (3) (4)
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak	(0) (1) (2) (3) (4)
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	(0) (1) (2) (3) (4)
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	(0) (1) (2) (3) (4)
45. Dehşet ve panik nöbetleri	(0) (1) (2) (3) (4)
46. Sık sık tartışmaya girmek	(0) (1) (2) (3) (4)
47. Yalnız bırakıldığında/ kaldığında sinirli hissetmek	(0) (1) (2) (3) (4)
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	(0) (1) (2) (3) (4)
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	(0) (1) (2) (3) (4)
50. Kendini değersiz görmek	(0) (1) (2) (3) (4)
51. Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu	(0) (1) (2) (3) (4)
52. Suçluluk duyguları	(0) (1) (2) (3) (4)
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	(0) (1) (2) (3) (4)

10. KAYNAKLAR

1. Akdemir N., Birol L.: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları – No: 2, İstanbul 2003, s: 585-590
2. Akkuş Y., Akyar İ.: Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık Düzeylerinin Belirlenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s:42-47, Mart-Haziran 2006
3. Akpolat T., Utaş C., Süleymanlar G., Erek E.: Nefroloji El Kitabı 4. Baskı, Editörler: Tekin Akpolat., Cengiz Utaş, Gültekin Süleymanlar, Ekrem Erek. Nobel Tıp Kitabevleri, 2007, s: 300-337
4. Akyol Durmaz A., Fadıloğlu Ç.: Hemodiyalize Giren Hastaların Rehabilitasyon Programlarına İlişkin Beklentileri ve Bu Beklentilerin Umud Düzeyine Olan Etkisinin İncelenmesi. Çınar Dergisi, 7(1): 8-13, 2001
5. Alvarez-Ude F, Fernandez-Reyes MJ, Vazquez A et al. Psycal Symptoms and Emotional Disorders in on a Periodic Hemodialysis Program. Nefrologia; 21 (suppl 2): 191-199, 2001
6. Asan T.: Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hastaların Ailelerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Özlem Işıl)
7. Aydemir Ç., Cebeci S., Göka E., Kasım İ., Tüzer V.: Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. Kriz Dergisi; 10(2): 29-40, 2002
8. Aydemir Ö., Gülseren Ş., Güvenir T., Özmen E., Soykan A.: Psikiyatri Konsültasyonu El Kitabı, Editör: Ömer Aydemir, Matsan, İstanbul, Ağustos 1999, s: 11-12
9. Aydın Z.: Renal Replasman Tedavi Seçenekleri. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s:16-20, Ağustos-Kasım 2004
10. Aydın Z.: SAPD Hemşireler İçin El Kitabı. Eczası Baş-Baxter, İstanbul 1998
11. Bahar A.: Hemodiyaliz ve Psikososyal Yaklaşımlar: Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s: 26-29, Temmuz- Ekim 2006
12. Bilir N.: Kronik Hastalıklar, Epidemiyolojisi. Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D Yayınları, Ankara 1986, s: 85

13. Birol L., Akdemir N., Bedük T.: İç Hastalıkları Hemşireliği Geliştirilmiş 5. Baskı, Ankara 1995, s: 467
14. Birol L.: Hemşirelik Süreci 4. Baskı, Bozyaka Matbaacılık, İzmir 2000, s: 16-21
15. Cöngüel M.: Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve İntihar Düşüncesine Etkili Faktörlerin Araştırılması. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul,1996 (Danışman: Doç. Dr. Mesut Çetin)
16. Çelik HC., Acar T.: Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Fırat Tıp Dergisi; 12(1): 23-27, 2007
17. Daugirdas JT., Blake PG., Ing TS.: Diyaliz El Kitabı 3. Baskı, Çeviri Editörü: Semra Boz fakıoğlu, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2003, s: 413-418
18. Değirmenci Saltürk GA.: Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006 (Danışman: Doç. Dr. Hilmi Çiftçi)
19. Enç N.:Kronik Böbrek Yetmezliği ve Cinsel Fonksiyon. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s: 18-20, Mart- Haziran 2005
20. Erek E., Süleymanlar G., Serdengeçti K., Altıparmak M. N., Seyahi N.: Türkiye’de Nefroloji–Diyaliz ve Transplantasyon Regıstr 2005. Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul 2006
21. Erengin N., Keçecioğlu N., Güven M., Sarıkaya M., Tuncer M., Özcan S., Süleymanlar G., Ersoy F., Yakupoğlu G.: Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Yetiyitimi, Anksiyete ve Depresyon Yönünden Karşılaştırılması. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi; 3: 137-140, 1998
22. Eşit Üstün M., Karadeniz G.: Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımının Önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, s: 34-42, 2006
23. Güler Ö., Yüksel Ş., Acartürk G., Emül M. H., Özbulut Ö., Çölbay M., Us lan İ., Karaman Ö., Geçici Ö.: Hemodiyaliz Tedavisi Alan Son Dönem Böbrek Yetmezliği Hastalarında Psikososyal Değerlendirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 8:173-178, 2007
24. Harold I., Kaplan, M.D., Benjamim J. Sadock, M.D.: Anksiyete Bozukukları, Klinik Psikiyatri. Çeviri editörü: Ercan Abay, Nobel Tıp kitabevi, 2004, s: 189

25. Henrich William L.: Principles and Practice of Dialysis. University of Maryland Medical Center. Bailliere Tindal, 2002, p: 401
26. Hiçdurmaz D.: Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Uygulanan Hastaların Stresle Baş Etme Biçimlerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005 (Danışman: Prof. Dr. Fatma Öz)
27. Kahraman A., Çınar S., Pınar R.: Hemodiyaliz Hatalarında Sosyal Destek Depresyonu Etkiler mi?, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s:46-52, Temmuz- Ekim 2006
28. Kara B., Akbayrak N., Hemodiyalizle Yaşam: Stres ve Baş Etme. Sağlık ve Toplum, 4:12-17, 2005
29. Kara B., İşcan B.: Hemşirelerin Hemodiyaliz Hastalarında Algıladıkları Stresörler. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s: 57-63, Kasım 2005- Şubat 2006
30. Karabulutlu E., Tan M.: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD) Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı 2, 2005
31. Koçer ZM.: Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2006 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Reha DEMİREL)
32. Köroğlu E., Güleç C.: Majör Depresif Bozukluk; Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 1, Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1997, s: 389
33. Kuzeyli Yıldırım Y., Tokem Y., Fadiloğlu Ç.: Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Sosyal Ağ ve Sosyal Destek Sistemlerinin İncelenmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s: 33-38, Mart- Haziran 2005
34. Küçük L.: Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi; 14(4) s: 166-170, 2005
35. Küçük L.: Diyaliz Hastalarında Uygulanan Sorun Çözme Eğitiminin Anksiyete Depresyon ve Baş Etme Biçimlerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2006 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Özlem Işıl)
36. Mayou R., Sharpe M., Carson A.: Psikolojik Tıbbın ABC'si. Editör: Hüsnü Erkmen Çevirmen: Aylan Gımsal, Ladin Matbaacılık Ambalaj San. ve Tic. Ltd. Şti. 2003 İstanbul, s: 10-13

37. Mollaoğlu M.: Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Depresyon. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s: 55-60, Temmuz-Ekim 2005
38. Nadir I., Topçu S., Gültekin F., Yöner Ö.: Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyolojik Değerlendirme. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24 (2): 62-64, 2002
39. Nissenon AR., Fine RN.: Diyaliz Tedavisi 3. Baskı, Çeviri Editörleri: Gültekin Süleymanlar, Ekrem Erek. Güneş Kitabevi Lmt. Şti, Ankara 2004, s: 145
40. Ovayolu N., Parlar S., Kıyak P., Bozkurt A.İ., Bozkurt S.: Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, s: 45-50, Mart- Haziran 2005,
41. Ören B.: Acil Olarak Diyalize Alınan Hastaların Demografik Özellikleri ve Pronozları. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 1(1): 28-31, Ağustos- Kasım 2004
42. Özaltın G., Barlas G.: Psikiyatrik Konsültasyon Liyezon Hemşireliğinde Bir Ön Eğitim Hazırlığı Olgu Sunumu. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Editör: Sedat Özkan, 1996- 1997, s: 311
43. Özaltın G.: Psikiyatri Hemşireliğinde Hasta ve Hasta Aileleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; (3)1, 1993
44. Özçürümez G., Tanrıverdi N., Zileli L.: Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri, Türk Psikiyatri Dergisi; 14(1), s: 72-80, 2003
45. Özgür B., Kürşat S., Aydemir Ö.: Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi;12(2): 113-116, 2003
46. Özkan S.: Genel Tıpta Psikiyatrik Morbidite; Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Roche Yayınları, 1993, s: 27
47. Özkan S.: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Psikosomatik Tıp, Düzenleyen ve Editör: Sedat Özkan, Editör Yardımcıları: Mine Özkan, Nazmiye Kocaman, İstanbul 2005, s: 103-108, 540
48. Özkan S.: Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyalizde Psikiyatrik Morbidite; Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Roche Yayınları, 1993, s: 187-190
49. Öztarhan S.: SAPD Tedavisinde Hasta Eğitimi , SAPD Temel Hemşirelik Bilgileri, 1997, s:25
50. Öztürk O.: Duygulanım Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 10. Basım 2004 Ankara, s: 291,346

51. Sağduyu A., Őentürk V., Sezer S., Emiroğlu R., Özel S.: Hemodiyalize Giren ve BÖbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum. TŐrk Psikiyatri Dergisi; 17 (1): 22-31, 2006
52. Schrier RW.: Nefroloji El Kitabı 6. Baskı, Çeviri EditŐrŐ: GŐltekin SŐleymanlar, GŐneŐ Kitabevi Ltd. Şti., 2007, s: 187-195
53. Selĕuk Y.: TŐrkiyede Hemodiyaliz ve Kalite 2. Sempozyumu. Diyaliz Tipi ve Hasta Seĕimi, Trabzon, 1-3 Temmuz 2004
54. Şahin Hisli N., BatıgŐn Durak A.: Kısa Semptom Envanteri (KSE), Ergenler İĕin Kullanımının Geĕerlilik, GŐvenirlilik ve Faktör Yapısı. TŐrk Psikiyatri Dergisi; 13(2): 125-135, 2002
55. Tanaka K, Morimoto N, Tashira N et al. The Features of Psychological Problems and Their Significance in Patients on Hemodialysis with Reference to Social and Somatic Faktors. Clinic Nefrologia 1999; 51 (suppl 3): 161-176
56. Taşçı S.: Kronik BÖbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri. Hacettepe Őniversitesi Sağlık Bilimleri EnstitŐsŐ, Doktora Tezi, Ankara, 1998 (Danışman: Doĕ. Dr. TŐlin BedŐk)
57. Terakye G.: Hasta Hemşire İlişkileri. Zirve Ofset Ltd. Şti., Ankara 1998, s: 10-107
58. Titiz Mİ.: Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım Geliştirilmiş 2. Basım, Editör: M. İzzet Titiz, İstanbŐl, Ocak 2004, s: 436-442
59. TŐrkmen F.: Hemodiyaliz Seminerleri, Editör: Funda TŐrkmen, Deniz Ofset Matbaacılık, İstanbŐl, EylŐl 2002, s: 20-23
60. VeliŐđlu P.: HemŐirelikte Kavram ve Kuramlar, AlaŐ Ofset Matbaa, İstanbŐl 1999, s: 54, 89
61. YŐcetin L.: Organ Nakli Koordinasyonu El Kitabı 2. Baskı, Editör: Levent YŐcetin, 1. Baskı Nisan 2001, s: 100-102

11. ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Antalya/ Manavgat'ta doğan Elif Yılmaz ilk orta ve lise eğitimini aynı ilde tamamladı. 2000 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokuluna başlayıp 2004 yılında aynı okuldan mezun oldu.

2004- 2005 yılları arasında GATA (Ankara) nöroloji ve plastik cerrahide servis ve yoğun bakım hemşiresi olarak görev yaptı. 2005 yılında 3 ay Diyarbakır Asker Hastanesinde ameliyathane hemşireliği yaptı.

2005 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programına Başladı.

2005 yılı sonu itibariyle GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi nefroloji ve hipertansiyon servisinde çalışmaya başlayıp halen aynı serviste görev yapmaktadır.



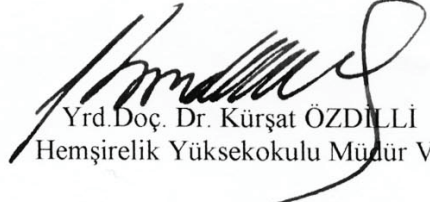
T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU

Sayı :B.30.2.HAL.0.82.00.00./100-742
Konu :

17./10/2006

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ HAYDARPAŞA KOMUTANLIĞI HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Elif YILMAZ'ın Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIK'ın danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak "*Kronik Böbrek Hastalarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi*" konulu araştırmasını Nefroloji ve Hipertansiyon Polikliniğinde ve Hemodiyaliz Ünitesinde yapabilmesi için gereğinin yapılmasını saygılarımla arz ederim.


Yrd.Doç. Dr. Kürşat ÖZDİLLİ
Hemşirelik Yüksekokulu Müdür Vek.

Ek(1):Anket Formu

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ KOMUTANLIĞI
İSTANBUL

HRK.EĞT. : 0530- 8 -07/Eğt.ve Pl.Ks. 41
KONU : Anket Çalışması Hk.

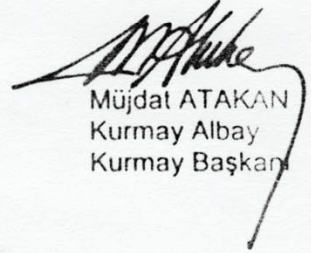
10 OCAK 2007

Nefroloji

İLGİ : GATA K.İğınının 25 ARALIK 2006 gün ve PL.EĞT.ÖGT.Ş.:0530-817-06/Mzn.Son.3 1511-6518 sayılı emri.

1. İlgili emir ile; Nefroloji Servis Şefliğinde görevli Svl.Me.Hem.Elif YILMAZ'ın "Kronik Böbrek Hastalarının Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasına veri toplamak amacıyla, servise başvuran hastalar üzerinde bir çalışma yapması için istenen izin talebinin uygun bulunduğu bildirilmiştir.
2. Emrin ilgili personele tebliğini ve gereğini arz/rica ederim.

HASTANE KOMUTANI EMRİYLE


Müjdat ATAKAN
Kurmaya Albay
Kurmaya Başkanı

DAĞITIM :

Gereği :

Nefroloji Servis Şefliğine

Bilgi :

Baştabipliğe
Dah.Hst.Bl.Bşk.İğine

1. Sn. Servis Şefine arz
2. Elif Hanım ile konuşulmuş

12/01

12/01

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL