

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN DEPRESYON DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI

The ways of Coping Stress and Levels of Depression of the Parents of Children with Chronic Renal Failure

Derya EVGİN¹, Emine ERDEM²

ÖZET

Amaç: Çalışma, çocuğu KBY tanısıyla izlenen ebeveynlerin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: 1 Aralık 2008-1 Mart 2009 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Pediatrik Nefroloji Klinik ve Polikliniği'nde çocuğu KBY olan 52 ebeveyn örnekleme alınmıştır. Çalışmanın yapılması için etik kurul izni ve ebeveynlerden yazılı onam alınmıştır. Veri toplama aracı olarak ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerini içeren anket formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, homojenlik, korelasyon ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada, annelerin depresyon puan ortalamaları 21.53 ± 13.82 , babaların 18.83 ± 13.41 olarak bulunmuştur ($p>0.05$). Çocuk sayısı, hastalığa ilişkin bilgi ve hastanede refakatçi kalma durumunun ebeveynlerin depresyon puanları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Annelerin SBTÖ'nin tüm alt gruplarından aldıkları puan ortalamalarının babalardan yüksek olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışmada, annelerin çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puanları ile depresyon puanları arasında pozitif bir ilişki olduğu, babaların ise, çaresiz yaklaşım puanları ile depresyon puanları arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu sonuçlar doğrultusunda, stresle etkili baş etme yöntemlerine ilişkin ebeveynlere eğitim verilmesi, ebeveyn destek grubunun oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Kronik böbrek yetmezliği olan çocuklar; Ebeveyn; Depresyon; Stresle başa çıkma

ABSTRACT

Objectives: This study has been done descriptively to determine The Ways of Coping Stresss and Levels of Depression of the parents who have CRF.

Methods: A sample of 52 parents have been taken from among those who have children with CRF had been followed up in the Pediatric Nephrology Policlinic and Clinic of University Hospital from December 1st 2008 to March 1st 2009. For the research, ethical committee and written consent from parents were taken. Several means of data collection have been used such as a questionnaire consisting of questions about the characteristics of parents, knowledge regarding the disease and treatment, difficulties which families suffered, Beck Depression Inventory (BDE), and Ways of Coping Inventory (CWI). Descriptive statistics, correlation, homogeneity, significance of difference between two means tests have been used for data analysis.

Results: The study revealed that the depression score of the mothers and fathers had 21.53 ± 13.82 , 18.83 ± 13.41 respectively. It was determined that the depression score of the parents are affected by accompanied in hospital, the number of children and the knowledge of disease ($p<0.05$). The study revealed that the subscales scores of CWI of the mothers were higher than the fathers ($p>0.05$).

A positive relationship was found between depression and succumbing, hopelessness approach scores for the mothers and between depression and succumbing approach scores for the fathers.

Conclusion: Finally, depending on the results of the study, it is recommended to provide education to parents about effective methods of coping with stress, create parent support groups.

Keywords: Children with chronic renal failure; Parents; Depression; Coping with stress

¹Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir

²Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erciyes Üniversitesi, Kayseri

Derya EVGİN, Dr. Öğr. Üyesi
Emine ERDEM, Doç. Dr.

İletişim:

Dr. Öğr. Üyesi Derya EVGİN,
Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü
Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi,
Nevşehir
Tel: 0 384 215 23 80 / 23021
e-mail:
evginderya@gmail.com.tr

Geliş tarihi/Received: 22.02.2017

Kabul tarihi/Accepted: 11.12.2017

DOI: 10.16919/bozoktip.293301

Bozok Tıp Derg 2018;8(2):33-41
Bozok Med J 2018;8(2):33-41

Giriş

Kronik hastalıklar arasında yer alan kronik böbrek yetmezliği (KBY); hem dünyada hem de ülkemizde oldukça fazla görülen bir sağlık sorunudur (1,2). Amerika Birleşik Devletleri'nde, United States Renal Data System (USRDS) 2015 kayıtlarına göre 0-19 yaş grubunda 2013 yılı Son Dönem Böbrek Hastalığı (SDBH) prevalansı milyon nüfus başına 1.981 ve aynı yıl için SDBH insidansı ise milyon nüfus başına 363 olarak belirtilmiştir (3). Ülkemizde, 2013 yılı sonu itibarıyla SDBH prevalansı milyon nüfus başına 870, insidansı ise 138 olarak hesaplanmıştır (4,5). Türkiye'de 2015 yılında renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek hastalığı nokta prevalansı milyon nüfus başına 935.4 olarak saptanmıştır. Bu sayılara çocuk hastalarda dahil edilmiştir (5).

KBY olan ve diyaliz tedavisi alan çocuklarda, tekrarlı yatışlar ve yıllar süren takipler nedeniyle hastaların bağımsızlıkları kısıtlanmakta, fiziksel gelişme problemleri, okul-arkadaş ilişkilerinde bozulma, okul başarısızlıkları, tedaviye uyum güçlükleri görülmektedir (6-9). Çocuğun benlik kavramı, baş etme biçimi, zeka düzeyi, fonksiyonel durumu gibi özelliklerinin yanı sıra, ailenin hastalığa uyumu ve desteğinin de çocuğun hastalığa uyumunda etkili olduğu belirtilmektedir (6,10,11).

Kronik hastalık tanı ve tedavisi, büyüme-gelişme sürecinde bağımlı bir birey olan çocuğu olduğu kadar ailesini de etkilemektedir. Çocuğun kronik bir hastalığa sahip olması, aile üyelerinin ciddi düzeyde stres yaşamasına neden olmaktadır (6, 11). Aileler maddi giderlerin artması, tedavi sürecinin yarattığı gerginlik, iletişim zorlukları, aile döngüsünün bozulması, sosyal etkinliklerin giderek azalması ve buna bağlı olarak sosyal destek sistemlerinin yetersiz kalması gibi sorunlar ile karşılaşabilmektedirler (7,9,12,13). Soliday ve arkadaşları, çocuğu KBY tanısı ile izlenen aileler ile yaptıkları çalışmada, aile yapısı, aile ilişkileri ve dinamiklerinin hastalık sürecinde devam eden stresörler ve ailenin baş etme gücü üzerinde etkili olduğunu belirlemişlerdir (14).

Çocuğun kronik veya akut dönemde yaşadığı sorunlarla birlikte, ailesinin yaşadığı sorunların da sağlık personeli

tarafından bilinmesi tedavi sürecinde çok önemli bir noktadır (1,6,15-17). Hastalık durumuna karşı ebeveynin gösterdiği tepkilerin hemşire tarafından doğru bir şekilde anlaşılması, ebeveynin duygularını ifade etmesine olanak sağlanması ve bu duygularla nasıl baş edebileceğine ilişkin yardım edilmesi önemlidir. Hastanede yatan çocukların aileleri ve çocuğun bakım hizmetini yürüten hemşireler arasındaki ilişkinin hasta çocuk üzerinde önemli rolü olduğu belirtilmektedir (6,14,16,17-20). Hasta yakınlarına ilişkin bugüne kadar yeterli bir çalışma yapılmamakla birlikte; hasta yakınlarının, hasta ile birlikte tedavi sürecine katılmaları kendi fiziksel, ruhsal ve toplumsal gereksinimlerine yeterli zaman ayıramamalarına neden olduğu belirtilmektedir (13,21). Bu açıdan baktığımızda; KBY olan hasta ve ailesine sosyal ve psikolojik yönden yeterli destek sağlanamamakta ve KBY izlemi yapılan ünitelerde ailelerin psikososyal sorunları yeterince ele alınmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı, çocuğu KBY tanısıyla izlenen ebeveynlerin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesidir.

MATERYAL VE METOD

Evren ve Örneklem

1 Aralık 2008-1 Mart 2009 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Pediatrik Nefroloji Klinik ve Polikliniği'nde çocuğu KBY olan 52 ebeveyn örnekleme alınmıştır. Çalışmanın yapılması için etik kurul izni ve ebeveynlerden yazılı onam alınmıştır.

Veri Toplama Formları

Veri toplama aracı olarak ebeveynlerin tanıtıcı özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerini içeren anket formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılmıştır.

Anket Formu

Bu formda; KBY tanısı ile izlenen çocuk ve ebeveynlerinin tanıtıcı özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgilerini içeren sorulara yer verilmiştir (Ek-1).

Beck Depresyon Ölçeği (BDI Beck Depression Inventory)

Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen ölçek, Türkçe'ye

1988 yılında Hisli (1988) tarafından uyarlanmıştır. Depresyonda görülen bilişsel, duygusal ve güdüsel alanlarda ortaya çıkan belirtileri değerlendirir. 21 maddeden oluşan ölçekte her maddedeki "a", "b", "c", "d" şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenmektedir. Her maddedeki şıklar 0'dan 3'e kadar puan alır. Bu puanların toplanması ile depresyon puanı elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan (21x3) 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir (Ek-2) (22).

Bu çalışmada BDÖ'nin Cronbach's Alpha katsayısı .917 olarak saptanmıştır.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (CWI Ways of Coping Inventory)

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, kişilerin genel ya da belirgin stres durumları ile baş etmede kullandıkları yolları belirleyebilmek amacıyla 1980'de Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen, ülkemizdeki ilk standardizasyon çalışması Siva (1991) tarafından gerçekleştirilen, daha sonra Şahin ve arkadaşları tarafından (1995) psikometrik değerlendirmeleri tekrar yapılan bir ölçektir. Ölçek toplam 30 maddelik, 5 ayrı alt gruptan oluşan, 4'lü likert tipi ve kendini değerlendirme niteliğindedir. Ölçeğin alt grupları ve bu gruplardaki maddeler şunlardır:

1. İyimser Yaklaşım (2,4,6,12,18)
2. Kendine Güvenli Yaklaşım (8,10,14,16,20,23,26)
3. Çaresiz Yaklaşım (3,7,11,19,22,25,27,28)
4. Boyun Eğici Yaklaşım (5,13,15,17,21,24)
5. Sosyal Destek Arama (1,9,29,30)' dır.

Ölçeğin probleme yönelik etkili yaklaşımlar ile duygulara yönelik etkisiz yaklaşımlar olarak isimlendirilebilecek iki boyutu vardır. Probleme yönelik etkili yaklaşımlar "kendine güvenli", "iyimser" yaklaşımlar ve "sosyal destek arama" olarak; duygulara yönelik etkisiz yaklaşımlar ise "çaresiz" ve "boyun eğici" yaklaşımlar olarak değerlendirilmektedir (23).

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler (ortalama, yüzdelik), Cronbach's Alpha, Pearson Korelasyon ve homojenlik testlerine (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk) göre iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri (Student t, One-Way Anova,

Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Mann-Whitney U testleri) kullanılmıştır.

BULGULAR

Ebeveynlerin % 54.0'ünün anne, % 48.0'inin 31-40 yaş grubunda, % 63.5'inin ilköğretim mezunu, % 67.3'ünün çekirdek ailede yaşadıkları ve % 29.0'unun 4 ve daha fazla çocuk sahibi oldukları belirlenmiştir. Ayrıca, çalışmaya katılan ebeveynlerin tamamının sosyal güvencesinin olduğu ve %59.6'sının maddi durumlarının orta olarak değerlendirdikleri saptanmıştır (Tablo I).

Tablo I. Periton Diyalizi Olan Çocukların Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Görüşülen Ebeveyn		
Anne	28	54.0
Baba	24	46.0
Yaşı		
23-30 yaş	9	17.0
31-40 yaş	25	48.0
41 yaş ve üzeri	18	35.0
Öğrenim Durumu		
Okur - yazar	3	5.8
İlköğretim mezunu	33	63.5
Lise mezunu	10	19.2
Üniversite ve üzeri	6	11.5
Aile Tipi		
Çekirdek aile	35	67.3
Geniş aile	17	32.7
Maddi Durumu		
İyi	5	9.6
Orta	31	59.6
Kötü	9	17.3
Çok kötü	7	13.5
Toplam	52	100.0

Periton diyalizi olan çocukların % 50.0'sinin 13 yaş ve üzeri, % 55.8'inin erkek olduğu ve % 46.4'ünün okula gittiği belirlenmiştir. Çocukların % 85.7'sinin SAPD yöntemi uyguladıkları, % 46.4'ünün tanı süresinin 5 yıl ve üzeri, % 50.0'sinin diyaliz süresinin 1-2 yıl olduğu saptanmıştır (Tablo II).

Tablo II. Periton Diyalizi Olan Çocukların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Yaş		
1-6 yaş	6	21.4
7-12 yaş	8	28.6
13 yaş ve üzeri	14	50.0
Cinsiyet		
Kız	12	44.2
Erkek	16	55.8
Okula Devam Etme Durumu		
Okula giden	13	46.4
Okula hiç gidemeyen	8	28.6
Hastalığı nedeni ile okulu bırakan	7	25.0
Periton Diyaliz Tipi		
SAPD (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi)	24	85.7
APD (Aletli Periton Diyalizi)	4	14.3
Tanı Süresi		
1-2 yıl	8	28.6
3-4 yıl	7	25.0
5 yıl ve üzeri	13	46.4
Periton Diyaliz Süresi		
1-2 yıl	18	0.0
3-4 yıl	5	25.0
5 yıl ve üzeri	5	25.0

Ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerine göre depresyon puan ortalamaları Tablo 4'te görülmektedir. Çalışmaya katılan 23-30 yaş grubunda olan, geniş ailede yaşayan ve maddi durumunu çok kötü olarak değerlendiren ebeveynlerin depresyon puan ortalamalarının diğer gruplardaki ebeveynlere göre yüksek olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla $F=0.201$, $p=0.818$; $t=-0.587$, $p=0.561$, $X^2=6.914$, $p=0.075$). Beş ve daha fazla çocuk sahibi olan, hastalığa ilişkin bilgisi olmayan ebeveynlerin depresyon puan ortalamalarının diğer ebeveynlerden yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $F=8.152$, $p=0.001$, $t=-3.147$, $p=0.012$). KBY tanısı ile izlenen çocuğun hastane yatışlarında refakatçi olarak kalan babaların depresyon puan ortalamalarının annelerden yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($t=-3.104$, $p=0.003$) (Tablo IV).

Çalışmaya katılan annelerin depresyon puan ortalamalarının babalardan daha yüksek olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($t=0.712$, $p=0.480$). Annelerin SBTÖ'nin bütün alt gruplarından aldıkları puan ortalamalarının babalardan yüksek olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir (hepsi için; $p>0.05$) (Tablo III).

Tablo III. Ebeveynlerin Depresyon ve Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği Alt Grup Puan Ortalamaları

	Anne	Min.-Max.	Baba	Min.-Max.	Testler	p
	Mean±Sd		Mean±Sd			
Depresyon	21.53 ± 13.82	2.00 – 49.00	18.83 ± 13.41	1.00 – 48.00	0.712*	0.480
SBTÖ Alt Grupları						
Kendine Güvenli Yaklaşım	15.53 ± 3.56	4.00–21.00	15.08 ± 3.36	7.00–21.00	324.000 μ	0.824
İyimser Yaklaşım	10.42 ± 1.89	7.00–15.00	10.08 ± 2.37	6.0–15.00	307.500 μ	0.588
Çaresiz Yaklaşım	12.00 ± 3.99	4.0–19.00	10.12 ± 4.24	2.00–16.00	266.500 μ	0.200
Boyun Eğici Yaklaşım	9.50 ± 3.07	3.00–15.00	9.16 ± 3.52	1.00–14.00	334.500 μ	0.978
Sosyal Destek Arama	7.21 ± 1.96	4.00–12.00	7.12 ± 1.84	4.00–12.00	325.500 μ	0.330
* Student t testi	μ Mann Whitney U testi					

Tablo IV. Ebeveynlerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Depresyon Puan Ortalamaları

Tanıtıcı Özellikler	N	DEPRESYON PUANI ($\bar{x} \pm d$)	Testler	P
Yaşı 23-30 yaş 31-40 yaş 41 yaş ve üzeri	9 25 18	21.77 ± 8.49 19.04 ± 13.31 21.27 ± 16.24	0.201 £	0.818
Aile tipi Çekirdek aile Geniş aile	35 17	19.54 ± 14.11 21.82 ± 12.65	-0.587*	0.561
Maddi durumu İyi Orta Kötü Çok kötü	5 31 9 7	11.60 ± 10.66 18.54 ± 13.14 23.77 ± 16.53 29.71 ± 7.78	6.914 ¥	0.075
Çocuk sayısı 1-2 çocuk 3-4 çocuk 5 çocuk ve üzeri	23 20 9	13.47 ± 8.35 23.10 ± 14.68 31.44 ± 13.28	8.152 £	0.001
Hastalığa İlişkin Bilgi Bilen Bilmeyen	44 8	17.79 ± 12.12 34.00 ± 13.61	-3.147*	0.012
Refakatçi Olarak Kalan Kişi Anne Baba	48 4	18.72 ± 12.83 39.00 ± 6.78	-3.104*	0.003

* Student t testi £ Anova testi ¥ Kruskal Wallis Varyans Analizi

Çalışmaya katılan annelerin çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu; annelerin çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanları arttıkça, depresyon puanlarının da arttığı belirlenmiştir (sırasıyla $r = 0.421$, $p < 0.05$; $r = 0.501$, $p < 0.01$). Yine, annelerin kendine güvenli ve iyimser yaklaşım puanları arasında, boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puanları arasında orta derecede pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r = 0.700$, $p < 0.01$; $r = 0.582$, $p < 0.01$). Çalışmaya katılan babaların ise, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım puanları arasında ($r = 0.685$, $p < 0.01$) ve çaresiz yaklaşım ile depresyon puanları arasında orta derecede pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r = 0.651$, $p < 0.01$) (Tablo V).

Tablo V. Ebeveynlerin SBTÖ Alt Grup ve Depresyon Puanları Arasındaki Korelasyon

	İyimser Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Destek Arama	Depresyon
ANNELER						
İyimser Yaklaşım	1.000					
Kendine Güvenli Yaklaşım	0.700**	1.000				
Çaresiz Yaklaşım	0.224	0.254	1.000			
Boyun Eğici Yaklaşım	0.013	0.340	0.582**	1.000		
Sosyal Destek Arama	0.094	0.083	-0.081	-0.122	1.000	
Depresyon	-0.005	-0.074	0.501**	0.421*	-0.023	1.000
BABALAR						
İyimser Yaklaşım	1.000					
Kendine Güvenli Yaklaşım	0.685**	1.000				
Çaresiz Yaklaşım	-0.286	-0.202	1.000			
Boyun Eğici Yaklaşım	-0.267	-0.229	0.362	1.000		
Sosyal Destek Arama	0.106	0.348	-0.113	-0.204	1.000	
Depresyon	-0.375	-0.333	0.651**	0.276	-0.120	1.000

** = $p < 0.01$

* = $p < 0.05$

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kronik böbrek yetmezliği, yoğun ve uzun süreli tedaviler, sık hastane yatışlar, tıbbi kontroller ve evde bakım yükü nedeniyle aile üyelerinin günlük düzenlerini ve yaşam aktivitelerini bozmaktadır (24). Çocukları KBY tanısı ile izlenen aileler, çocuğun tedavisi ve bakımı için yapılan tıbbi ve diğer harcamalar (ulaşım, özel yiyecekler vb.) gibi nedenler ile maddi güçlükler yaşamaktadırlar (15, 24). Bu çalışmada da, çalışmaya katılan ebeveynlerin tamamının sosyal güvencesi olmasına karşın, ebeveynlerin % 80.7'sinin çocuğun hastalığına bağlı maddi güçlük yaşadıkları ve % 77.0'sinin herhangi bir maddi destek almadıkları saptanmıştır (Tablo I). Evgin ve arkadaşlarının (17) KBY olan çocukların ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin saptanması amacı ile yaptıkları çalışmada da, ailelerin çoğunun, çocuğun hastalığı ve tedavisi nedeniyle ulaşım ve maddi konularda sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir.

Çalışmada periton diyalizi olan çocukların % 78.6'sının 7 yaş ve üzeri olduğu, % 46.4'ünün okula gittiği ve % 25.0'inin hastalık nedeniyle okulu bıraktığı belirlenmiştir (Tablo II). Çocukların büyük bir çoğunluğu okul çağı çocuklarından oluşmaktadır. Okul çağı çocukları ve ergenlik dönemindeki çocuklar kronik hastalıkla baş ederken daha fazla zorlanırlar. Sosyal hayata uyum sağlamaya başladığı dönemde kronik bir hastalıkla karşılaşmak, çocukta kısıtlanma ve engellenmelere neden olur ve okul - arkadaş ilişkilerini olumsuz etkileyebilir (8,21). KBY olan çocuklarda ve diyaliz tedavisi alan hastalarda fiziksel gelişme problemleri, okul-arkadaş ilişkileri gibi sosyal ilişkilerde bozulma, okul başarısızlıkları, davranış bozuklukları ve tedaviye uyum güçlükleri görülmektedir (17,19).

Çocukların % 85.7'sinin SAPD yöntemi uyguladıkları görülmektedir (Tablo II). PD evde bakım tekniğine dayalı bir tedavi yöntemi olduğu için çocuk ve ailesinin yaşantısını daha az etkileyen, çocuğun sosyal gelişimine ve okula devamına izin veren, çocuğun ve ailenin normal hayatını yaşamasını sağlayan bir tedavi yöntemidir. KBY olan çocuğun evde bakımında, PD'nin yapılması, komplikasyonlarının izlenmesi gibi sorumluluklar özellikle anneye düşmektedir (25). Bu nedenle; evde diyaliz sorumluluğunu üstlenen bakım veren kişide depresyon, yorgunluk, endişe,

aile ilişkilerinde kötüleşme ve sosyal izolasyon gelişebilir (13,17,25). Yapılan çalışmalarda, kronik hastalığın çocuk ve aile için ruhsal açıdan bir risk faktörü olduğu (8,10,11,13,15,16,27,28) ve kronik hastalığı olan çocuğa sahip olmanın ebeveynlerde stres ve depresyona neden olduğu belirtilmektedir (6,11,27-30). Araştırmada, annelerin depresyon puan ortalamalarının babalardan daha yüksek olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo III). Çocuğun evde bakımı, kontrollere getirme gibi sorumluluklar, çocuğun sık sık hastaneye yatması ve annelerin diğer aile üyelerinden ve evden uzaklaşmak zorunda kalmaları, hastalık ve tedaviye bağlı gelişen semptomlar annelerin depresyon düzeylerinin yüksek olmasına neden olabilir. Çocukların bakımı ile yakından ilgilenen annenin görev ve sorumluluklarının daha fazla artmasına neden olan durumlardan biride, ailedeki çocuk sayısının fazla olmasıdır. Çalışmada beş ve daha fazla çocuk sahibi olan ebeveynlerin daha az sayıda çocuk sahibi olan ebeveynlere göre depresyon puan ortalamaları yüksek bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo IV). Genellikle ailenin geçimi ile ilgili maddi sorumlulukları babalar üstlenirken, anneler daha çok evde kalmakta, ev dışında iş ortamı olmadığı gibi arkadaş ilişkileri de daha sınırlı olmakta ve gün boyu çocukların bakımını üstlenmek zorunda kalmaktadırlar. Annenin, uzun süre çocuğun bakımındaki rutinlerin dışına çıkamaması ve aile içinde yeterli fonksiyon görememesi sıklıkla depresyona neden olmaktadır (21,27,31). Yapılan bir çalışmada hasta çocuğun bakımının daha çok anneye düştüğü, babanın yardımcı rol üstlendiği ve annelerin babalara göre daha fazla stres yaşadıkları ve bunların annelerde üzüntü ve endişe yarattığı belirlenmiştir (31). Çalışmada, hastanede refakatçi olarak kalan babaların depresyon puan ortalamalarının, annelere göre yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo IV). Bunun nedeni çocuk bakımının annelere yüklenmiş bir görev olması nedeni ile babaların çocuğun bakımına ilişkin sıkıntı yaşamaları ve refakatçi olarak kaldıkları sürede işten uzak kaldıkları için işini kaybetme ya da maddi ihtiyaçların karşılanması konusunda görevlerini yerine getirememesi gibi düşünceleri olabilir. Paula ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2008), annelerin

fazla yük yüklendiklerini hissettikleri ve bu yükü diğer aile üyeleri ile paylaşmayı denedikleri belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada, anneler periton diyalizinin yönetimi, çocuğun beslenmesi ve bakımı gibi görevleri üstlendiklerini ve bu sorumluluğu paylaşma isteklerini babaların kabul etmediğini ifade etmişlerdir (32).

Kronik hastalığı olan bir çocuğa sahip olmanın getirdiği bakım yükünün yanı sıra, ebeveynlerin hastalığın getirdiği bilinmezliğin verdiği korku ile baş etmeleri ve hastalığa uyumlarının artması için hastalık hakkında yeterince bilgiye sahip olmaları önemlidir. Bu çalışmada hastalığa ilişkin bilgisi olmayan ebeveynlerin depresyon puan ortalamalarının bilgisi olanlara göre yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo IV). Bu sonucu destekleyici bir çalışmada da, çocuğun hastalığı ile ilgili olarak ailelere verilen uygun bilgilerin çocuğun günlük yaşamı ve çocuğun ev ortamına uyumunda, annelerin çocuğun hastalığına ilişkin algıları ve anne-baba ilişkileri üzerinde olumlu etki bıraktığı belirtilmiştir (34). Farmer ve arkadaşları (2004) çalışmalarında; bazı annelerin çocuklarının durumunun nasıl daha iyi olabileceği, sağlığını nasıl daha üst seviyeye getirecekleri hakkında bilgiye gereksinimleri olduğunu, bazılarının ise aile etkileşimlerinin etkinliğini nasıl daha üst seviyeye getirecekleri konusunda desteğe gereksinim duyduklarını saptamışlar (34).

Çalışmaya katılan ebeveynlerden, annelerin SBTÖ'nin tüm alt gruplarındaki puan ortalamalarının babalardan yüksek olduğu, ancak aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo III). Ebeveynlerin % 61.6'sının baş etmede destek kaynaklarının olmadığı ve annelerin depresyon puanlarının yüksek olduğu (Tablo III) düşünüldüğünde; yaşanan strese bağlı sürekli etkisiz baş etme yollarını kullanmaları sonucu, anneler çaresizlik ve umutsuzluk yaşayabilmektedirler. Bu nedenle anneler stres ve sıkıntıların çözülmediğini fark ettiklerinde başka bir baş etme davranışı olarak sosyal destek arama yoluna başvurabilirler. Bakım verilen çocuğun devam eden sağlık sorunları ve sınırlı ekonomik kaynaklar nedeniyle KBY olan çocuğa bakım vermenin getirdiği zorluklar ebeveynlerin stres yaşamalarına neden olabilir (13,17). Bu da, ebeveynlerin enerji ve ilgilerini sadece hasta çocuğa yönlendirdikleri ve kendilerini

daha az önemsemelerine neden olduğu şeklinde açıklanabilir. KBY olan çocuklara bakım verenlerin yaşam kalitelerinin araştırıldığı bir çalışmada; hasta çocuğun bakım yükünün, bakım verenlerin özellikle genel sağlık ve ruhsal sağlıkları üzerine olumsuz etkilerinin olduğu ve yaşam kalitelerini azalttığı ilişkisi bulunmuştur (14). Ailenin kronik hastalık ve bakımına uyum sağlayabilmesi, hem aile hem de aile dışında ulaşabilecekleri kaynakların varlığına bağlıdır. Bu nedenle, ailenin stresten etkilenmesini azaltmada, hastalığın neden olduğu sıkıntıların, aile üyeleri, sağlık personelleri, komşular, arkadaşlar ve ebeveyn destek grupları gibi sosyal destek sistemlerince paylaşılması önemlidir (6,10,12,21,32,34). Kronik hastalık ve beraberinde getirdiği sorunlarla baş etmede en önemli destek sistemi ailedir. Bazı aileler kronik hastalığın yarattığı stresörlerle baş etmede etkili yöntemler kullanırken, bazı ailelerin ise baş etme yöntemleri yetersiz kalmakta ve verilen tepkiler de değişebilmektedir (11,19,21).

Bireylerin kullandıkları baş etme yöntemleri depresyonun önemli bir nedeni olmakla birlikte depresyonun şiddetini de etkilemektedir. Yaşanılan bir sorun ile etkili baş etme yolları kullanıldığında, bu sorunun birey üzerindeki olumsuz etkileri azalacak ve hastalık haline gelmesi engellenebilecektir. Bu çalışmada da, annelerin çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanları ile depresyon puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, annelerin çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanları arttıkça, depresyon puanlarının arttığı; babaların ise çaresiz yaklaşım ve depresyon puanları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, babaların çaresiz yaklaşım puanları arttıkça, depresyon puanlarının da arttığı belirlenmiştir (Tablo V). Zelikovsky ve arkadaşları yaptıkları çalışmada da, KBY olan çocukların ebeveynlerinin baş etmeden kaçınma yöntemlerini daha sık kullanmaları ile depresyon puanlarının artmasının ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (24).

Bu sonuçlar doğrultusunda, stresle etkili baş etme yöntemlerine ilişkin ebeveynlere eğitim verilmesi, ebeveyn destek grubunun oluşturulması, ebeveynlerin kişisel ve çevresel destek kaynaklarını tanımalarına ve bunları güçlendirmelerine yardım edilmesi, sosyal

destek sistemleri yetersiz olan ailelerin, uygun destek sistemlerinin (aile, akraba, komşu, arkadaş vb) harekete geçirilerek ailenin destek kaynaklarının artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017). Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 946, Ankara, 2014, ss. 1. http://www.tsn.org.tr/pdf/Turkiye_Bobrek_Hastaliklari_Onleme_ve_Kontrol_Programi.pdf (E.T. 08.02.2017).
2. Süleymanlar G, Utaş Ç, Arinsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR and et al. A population-based survey of chronic renal disease in Turkey-The CREDIT Study. *Nephrol Dial Transplant* 2011; 26: 1862-1871. doi: 10.1093/ndt/gfq656. Epub 2010 Nov 4.
3. U.S. Renal Data System. CKD in the United States: An Overview of USRDS 2015 Annual Data Report. https://www.usrds.org/2016/view/v1_00.aspx E. T. 03.01.2017.
4. Süleymanlar G, Ateş K, Seyahi N. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon - Registry 2015. Ankara: Türk Nefroloji Derneği, 2016, ss. 1-6, 61-94.
5. Seyahi N, Altıparmak MR, Süleymanlar G. Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu. *Turk Neph Dial Transpl* 2015; 24 (1): 10-16.
6. Theofanidis, D. Chronic illness in childhood: psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Health Science Journal* 2007; (2):1-9.
7. Tong A, Lowe A, Sainsbury P, Craig JC. Parental perspectives on caring for a child with chronic kidney disease: An in-depth interview study. *Child: Care, Health & Development* 2010; 36: 549–557.
8. Er M. Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006; 49: 155-168.
9. Tjaden L, Tong A, Henning P, Groothoff J, Craig JC. Children’s experiences of dialysis: A systematic review of qualitative studies. *Arch Dis Child* 2012. doi:10.1136/archdischild-2 of 8 2011-300639.
10. Barlow JH and Ellard DR. The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: an overview of the research evidence base. Blackwell Publishing Ltd, *Child: Care, Health&Development* 2006;32(1):19-31.
11. Cousino MK and Hazen RA. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: A systematic review. *J. Pediatr. Psychol.* 2013; 38(8): 809–828.
12. Tong A, Lowe A, Sainsbury P, Craig JC. The experiences of parents who have children with chronic kidney disease: A systematic review of qualitative studies. *Pediatrics* 2008;121: 349–360.
13. Aldridge MD. How do families adjust to having a child with chronic kidney failure? A Systematic Review. *Nephrology Nursing Journal* 2008;35(2):157-162.
14. Soliday E, Kool E, Lande MB. Family Environment, Child Behavior and Medical Indicators in Children with Kidney Disease. *Child Psychiatry and Human Development* 2001; 31(4):279-295.
15. Alan W. Psychosocial support for children and families requiring renal replacement therapy. *Pediatr Nephrol* 2014; 29:1169–1174.
16. Shimoyama S, Hirakawa O, Yahiro K, Mizumachi T, Schreiner A and Kakuma T. Health-related quality of life and caregiver burden among peritoneal dialysis patients and their family caregivers in Japan. *Japan Perit Dial Int* 2003;23(2):200-205.
17. Evgin D, Erdem E, Bayat M, Poyrazoğlu MH, Dursun J. Periton diyalizi uygulanan çocukların ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi: Nitel bir çalışma. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 22(1) 7-17.
18. Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31(6):1398-1408.
19. Madden SJ, Hastings RP and V'ant Hoff W. Psychological adjustment in children with end stage renal disease: The impact of maternal stress and coping. *Child Care, Health and Development*, 2002;28(4):323-330.
20. Miller D, MacDonald D. Management of pediatric patients with chronic kidney disease. *Pediatric Nursing* 2006;32(2):133.
21. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt I. Genişletilmiş Onuncu Baskı, Ankara; Sistem Ofset Basımevi 2011, ss 71-72.
22. Hisli N. Beck depresyon envanteri’nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988;6(22):118-22.
23. Şahin NH, Durak A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34):56-73.
24. Zelikovsky N, Schast AP, Jean-Francois D. Parent stress and coping: waiting for a child to receive a kidney transplant. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2007;14(4):320-329.
25. Gayomali C, Sutherland S, Finkelstein FO. The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23:3749–3751.
26. Hopia H, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Promoting health for families of children with chronic conditions. *Journal of Advanced Nursing* 2004;48(6):575–583.
27. Ferro MA, Boyle MH. The impact of chronic physical illness, maternal depressive symptoms, family functioning, and self-esteem on symptoms of anxiety and depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2015;43(1):177-187.
28. Kogon AJ, Matheson MB, Flynn JT, Gerson AC, Warady BA, Furth SL and et al. Depressive symptoms in children with chronic kidney disease. *The Journal of Pediatrics* 2016;168:164-170.
29. Mu PF. Paternal reactions to a child with epilepsy: uncertainty, coping strategies, and depression. *Journal of Advanced Nursing* 2005;49:367–376.
30. Tsai TC, Liu SI, Tsai JD and Chou LH. Psychosocial effects on caregivers for children on chronic peritoneal dialysis. *Kidney International* 2006;70:1983-1987.
31. Watson AR. Stress and burden of care in families with children commencing renal replacement therapy. *Advances in Peritoneal Dialysis* 1997;13:300-304.
32. Paula ES, Nascimento LC, Rocha SMM. Roles Assessment in Families of Children with Chronic Renal Failure on Peritoneal Dialysis, *International Journal of Nursing Practice* 2008; 14:215–220.
33. Karakavak G ve Çırak Y. Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerin yaşadığı duygular. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006;

7(12):95-112.

34. Farmer JE, Marien WE, Clark MJ, Sherman A, Selva TJ. Primary care supports for children with chronic health conditions: Identifying and predicting unmet family needs. *Journal of Pediatric Psychology* 2004; 29(5):355-367.