

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARININ YAKINLARINDA YAŞAM KALİTESİ VE PSİKIYATRİK SEMPTOMLAR

Çiğdem Aydemir*, İsmail Kasım**, Sevsen Cebeci**, Erol Göka***, Verda Tüzer*

ÖZET

Amaç: 20. yüzyılda uzayan insan ömrü beraberinde kronik hastalıklar ile geçen bir yaşamı birlikte getirmiştir. Kronik hastalıklar hastanın kendisi kadar yakınlarını da etkiler. **Yöntem:** Bu çalışmada diyalize giren ve henüz diyaliz aşamasına gelmemiş kronik böbrek hastalarının bakım veren yakınlarına ve demografik olarak eşleştirilmiş kontrol grubuna kısa semptom envanteri (KSE) ve yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (WHOQOL-BREF) uygulanarak, karşılaştırılmıştır. **Bulgular:** KSE nin alt ölçeklerinden kişiler arası duyarlılık diyaliz grubunda, paranoid düşünceler ise kontrol grubunda anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır. WHOQOL-BREF in psikolojik sağlık alanı skoru diyaliz grubunda diyaliz yapı-

mayan hasta yakını grubuna göre anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Kadınlar; somatizasyon, obsessif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık açısından risk grubu olarak saptanmıştır. Yüksek eğitim grubu yaşam kalitesinin psikolojik sağlık ve çevre alanı açısından daha olumlu bir noktada bulunurken, düşük eğitimlilerin somatizasyon ve anksiyete semptomlarından yakındıkları saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Böbrek yetmezliği, yaşam kalitesi, psikiyatrik semptomlar.

Quality of Life and Psychiatric Symptoms in The Caregivers of Chronic Renal Insufficiency Patients

SUMMARY

Object: In the 20th century; lengthening human life expectancy results in a life of chronic diseases. **Method:** Chronic diseases influences both the patients and caregivers life. In this study caregivers of dialysis patients and caregivers of early stage renal insufficiency

* Uz. Dr. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1 Psikiyatri Kliniği.

** Uz. Dr. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1 Psikiyatri Kliniği, Aile Hekimi.

*** Doç. Dr. Klinik şefi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1 Psikiyatri Kliniği.

patients who do not need dialysis with an age and education matched control group were assessed with the aid of Short Symptom Inventory and WHOQOL-BREF. **Results:** The mean interpersonal sensitivity subscale scores of dialysis group and mean paranoid subscales scores of control group were significantly higher than the other two. Dialysis groups WHOQOL-BREF psychological health subscale scores were significantly lower than the other two groups. When all the caregivers were assessed together women were risk group for somatisation, obsessive compulsive disorder, interpersonal sensitivity. Higher educated caregivers rated higher in Psychological health and environment subscales compared to low educated caregivers. Low educated subjects also suffered somatisation and anxiety symptoms.

Key words: Renal insufficiency, quality of life, psychiatric symptoms.

GİRİŞ

Tıp bilimi ve sosyal refah düzeyindeki ilerlemeler sonucu oluşan yaşam süresindeki artma ile kronik hastalıklar bu yüzyılın en önemli sağlık sorunu haline gelmiştir. Kronik hastalığın eşliğindeki uzamış yaşam hem hasta, hem de ailesi için bazı kısıtlamalara ve zorluklara neden olabilmektedir. Bu kısıtlamalar, inme ve demans gibi hastalıkların meydana getirdiği fiziksel yetersizlikler nedeniyle hastanın kendi işlerini görmedeki yetersizlikleri sonucu olabileceği gibi; uzun süreli tedavi uygulamalarının sonucu da olabilir. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) de kısıtlamalara yol açan hastalıkların en önemlilerinden biridir. 1960'ların başında kronik böbrek yetmezliği, diyaliz yöntemlerindeki yetersizlik ve diyaliz uygulamalarının yaygın olmamasından dolayı

mutlak ölümcül bir hastalık olarak görülmekteydi. Fakat sonraki yıllarda diyaliz uygulamalarının ilerlemesi ve yaygınlaşması sonucu, KBY'li hastaların ömür beklentileri önce yıllar, sonra on yıllarla ifade edilen sürelerle uzamıştır.

KBY de hastalar bu süreç boyunca gittikçe artan oranda diyet, sıvı ve faaliyet kısıtlamalarına girerler. Gösterilen bütün özene rağmen hastaların zaman zaman bazı metabolik bozukluklar sebebiyle hastaneye yatırımları gerekebilir. Bu yatışlar hem diyet, hem de medikasyonlarda gereken değişiklikler ve daha sıkı uymaları gereken kurullarla sonuçlanır (Kathleen ve Israel 1985, Furr 1998).

Tekrarlayan yatışlar ve çoğu zaman yıllar, bazen on yıllar süren takiplerle bir gün hastanın böbrek fonksiyonları kan üre ve kreatinin seviyesini belli bir seviyenin altında tutmaya yetmeye başlar. İşte bu aşamada hasta için baş etmek zorunda olduğu yeni bir işlem, yeni bir uygulama dönemi başlamıştır. Bu yeni uygulamanın adı "diyaliz"dır.

Yaşam süresi uzadıkça kronik hastalıkla geçen süre de artmakta ve hem hastanın kendisi, hem de aynı evde yaşayan yakınları bu kronik hastalık ve beraberindeki stres faktörleriyle daha uzun süre karşı karşıya kalmakta, hastalığın ilerlemesine uyum göstermek zorunda kalmaktadırlar (Newby1999). Yapılan çalışmalarda; kronik böbrek yetmezliği hastalarının en büyük destek kaynağının aileleri olduğu tespit edilmiştir (Wicks ve ark. 1998).

Ailede bir böbrek hastasının olması, aile yapısının dengelerini bozarak, başka bir noktada yeni bir denge oluşmasına sebep olur. Hastalığın prognozundaki her değişiklik bu dengenin bozulup tekrar kurulmasına neden olur. Ailenin bu uyum süreci; ailedeki ilişkilerin kalitesi,

ailenin gelişim evresi, kültürel değerler, inançlar, iletişim, teknolojik gelişmeler ve ekonomi gibi birçok faktörden etkilenir (Wicks ve ark. 1998).

Aile sürekli rol değişimi ve adaptasyon süreci yaşarken iyileşme ve asemptomatik dönemler azalır. Zaman içinde yeni bakım görevleri aile bireylerinin sorumlulukları arasına eklenirken, aile bireylerinde bitkinlik ve tükenme belirtileri ortaya çıkabilir. Hastalığın prognozundaki belirsizlik, tükenmişlik için en önemli risk faktörüdür (Roland 1995).

KBY bir aile hastalığı olarak görülmüştür (Piening 1985, Masting 1982). Bu tanım özellikle diyaliz hastaları için daha belirgin bir tanımlamadır. Çünkü; diyaliz hastalarında aile içinden biri diyaliz partneri olarak davranmakta ve diyalizle ilgili bütün sorunlarla muhatap olabilmektedir. Bu durumda diyalizden en çok etkilenen kişi hasta ile ilgilenen kişi olabilmektedir, hatta pek çok çalışma bakım gösterenlerin, ruh sağlığı ve yaşam kalitesi açısından bu durumdan etkilendikleri saptanmıştır (Lindqvist ve ark. 2000, Hayward ve ark. 1999, Sjoden. 2000, Rideout ve ark. 1990, Lowry ve Atcherson 1990, Burton ve ark 1988, Wicks ve ark. 1997).

Bu çalışmada kronik hastalıklar yelpazesini temsilen KBY yi ele alarak; bu hastalığın aile içinde birincil bakım gösterenler üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma Grubu

Birinci çalışma grubu en az 6 aydır diyalize girmekte olan hastaların bakımlarından sorumlu hasta yakınlarından oluşmuştur. İki özel diyaliz merkezinde hasta yakınlarına yapılan daveti kabul ederek gelen ilk 25 kişi birinci çalışma grubu olarak kabul edildi.

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

Kontrol grubu ise ilk iki gruba yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş ve 1. Derece yakınlarından biri bakım hastası olmayan 25 sağlıklı kişiden oluşmuştur.

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

Anket Formu: Deneklerin sosyodemografik özelliklerini içeren ve yakını oldukları hastanın böbrek hastalığı ile ilgili sorular içeren bir formdur.

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Derogatis tarafından 1992 yılında Brief Symptom Inventory adıyla geliştirilen ve 1994 yılında Şahin ve Durak tarafından Türk toplumuna uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçektir (Derogatis 1992, Şahin ve Durak 1994). Kısa semptom envanteri çeşitli psikolojik belirtileri taramak amacıyla ergen ve yetişkinlere uygulanabilen bir kendini değerlendirme ölçөгüdür. Dokuz alt ölçek ve üç global indeksten oluşur.

Dünya Sağlık Teşkilatı Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF): Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Hüray Fidaner ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna uyarlaması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1998 yılında yapılmıştır (Orley ve

Saxena 1998, Ünal 1999, Fidaner ve ark. 1999a, Fidaner ve ark 1999b). 4 alt ölçekten oluşmuştur, bunlar; fiziksel sağlık alanı, psikolojik sağlık alanı, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alanıdır. Bu alt ölçek alanlarındaki yaşam kalitesini ölçmektedir.

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

BULGULAR

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

Birinci ve ikinci gruplarda bulunan hastalarla ilgili demografik veriler karşılaştırıldığında; bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı tek fark böbrek hastalıklarının süresidir. Diyaliz grubunda böbrek hastalığı süresi anlamlı olarak yüksek çıkmaktadır ($p<0,05$).

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

Tablo-3 te üç grubun WHOQOL-BREF alt ölçeklerinden aldıkları puanlar bulunmaktadır. Sadece psikolojik sağlık alanında birinci ve üçüncü gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Diyalize giren KBY hastaların yakınlarında, ailesinde hasta birey olmayan kontrol grubuna göre psikolojik sağlık alanı puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür ($p_{1-3}=0,01$).

Tablo 4 te hasta yakınlarının kısa semptom envanterinden aldıkları puanların cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Kadın hasta yakınlarının, somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplam indeksi ve semptom rahatsızlık indeksi skorları erkek hasta yakınlarından yüksektir ve fark Mann Whitney U testi ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo-5 da hasta yakınlarının eğitim seviyeleriyle KSE alt ölçek ve indekslerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Düşük eğitim seviyesi; ortaokul ve daha alt düzey eğitimi, yüksek eğitim seviyesi ise; lise ve üstü eğitim düzeyini göstermektedir. Alt ölçeklerden; somatizasyon, anksiyete bozukluğu puanları düşük eğitim grubunda, yüksek eğitim grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek değerlerde tespit edilmiştir ($p<0,05$). (Mann Whitney U testi).

Hasta yakınları eğitim durumuna göre gruplandırılarak karşılaştırıldığında WHOQOL-BREF alt ölçekleri açısından Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında düşük eğitim grubu yüksek eğitim grubuna göre psikolojik sağlık alanı, çevre alanı global dönüşüm skoru ve çevre alanı kültüre standardize dönüşüm skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük skorlara sahiptir. Tablo 6.

K R İ Z

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

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

Tablo-2: Kısa semptom envanteri sonuçlarının gruplar arasındaki karşılaştırması.

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

Tablo-3: WHOQOL-BREF değerlendirme sonuçlarının gruplar arasındaki karşılaştırması.

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

Tablo-4: Hasta yakınlarının cinsiyetleri ile KSE alt ölçekleri ve indekslerinin karşılaştırılması.

| KSE Alt Ölçek ve İndeksleri | Kadın (N=38) | Erkek (N=12) | P |
|-------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Somatizasyon | 5,95±5,19 | 0,75±1,14 | 0,001 |
| Obsessif-Kompulsif Bozukluk | 5,42±3,85 | 2,08±1,68 | 0,005 |
| Kişilerarası Duyarlılık | 3,50±2,73 | 1,50±1,24 | 0,02 |
| Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi | 0,68±0,49 | 0,29±0,21 | 0,005 |
| Belirti Toplamı İndeksi | 19,39±9,90 | 12,42±8,18 | 0,013 |
| Semptom Rahatsızlık İndeksi | 1,70±0,58 | 1,19±0,22 | 0,003 |

Tablo-5: Hasta yakınlarının eğitim düzeyiyle KSE alt ölçek ve indekslerinin karşılaştırılması.

| KSE Alt Ölçek ve İndeksleri | Düşük Eğitim N=41 | Yüksek Eğitim N=9 | P |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|-------|
| Somatizasyon | 5,32±5,25 | 1,89±2,93 | 0,05 |
| Anksiyete Bozukluğu | 4,32±3,82 | 1,44±1,74 | 0,014 |

Tablo-6: Hasta yakınlarının eğitim seviyeleriyle WHOQOL-BREF alt ölçeklerinin karşılaştırılması.

| WHOQOL-BREF Alt Ölçekleri | | Düşük Eğitim N=41 | Yüksek Eğitim N=9 | P |
|--|---------|-------------------|-------------------|-------|
| Psikolojik Sağlık Alanı Global Dönüş Skoru | 4 – 20 | 13,85±2,17 | 15,33±1,58 | 0,032 |
| | 0 – 100 | 61,66±13,63 | 70,89±9,75 | |
| Çevre Alanı Global Dönüş Skoru | 4 – 20 | 13,12±2,01 | 14,89±1,54 | 0,017 |
| | 0 – 100 | 57,12±12,66 | 68,22±9,46 | |
| Çevre Alanı Kültüre Standardize (TR) Dönüş Skoru | 4 – 20 | 12,98±2,07 | 14,78±1,48 | 0,014 |
| | 0 – 100 | 56,17±12,96 | 67,56±9,13 | |

Hasta yakınlarının medeni durumlarıyla KSE alt ölçek ve indeksleri ve WHOQOL-BREF alt ölçekleri karşılaştırılmıştır. Medeni durum evli ve diğerleri olarak iki gruba ayrılmıştır. İki grup arasında KSE alt ölçekleri ve WHOQOL-BREF alt ölçekleri açısından istatistiksel fark saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Gruplar, sosyodemografik özellikleri açısından karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim seviyesi açısından istatistiksel olarak aralarında anlamlı fark olmayan üç gruba çalıştığımız ortaya çıkmaktadır. Bu sonuç diğer veriler açısından grupların karşılaştırılmasını olanaklı kılmaktadır. Diyalize giren ve girmeyen gruplar, kronik hastalık açısından karşılaştırıldığında, diyalize giren grubun yakınlarında, kronik hastalıkların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde

de yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu hastalıklar arasında diabetes mellitus, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, aterosklerotik kalp hastalıkları ilk sıraları almaktadır. Bu kronik hastalıklar KBY için klasik risk faktörleridir.

Her üç grubun psikometrik değerlendirme ölçeklerinin sonuçları tablo-3 ve 4 te özetlenmiştir. Üç grup arasında, kısa semptom envanterinin (KSE), kişilerarası duyarlılık (KD), paranoid düşünceler (PD) ve semptom rahatsızlık indeksi (SRI) alt skorlarında ve WHOQOL-BREF'in psikolojik sağlık alanında (PSA) anlamlı fark olduğu görülmüştür.

KD alt ölçeği, 1. grupta anlamlı şekilde yüksek çıkarken, PD, 3. grupta diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. SRI ise 2. grupta diğer gruplara göre daha düşük çıkmıştır. PD, kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur

ancak elde edilen skorların hiçbiri patolojik düzeyde değildir.

KD alt ölçeğinde ise diyaliz grubunun belirgin şekilde yüksek skorlar alması ailelerin, kronik hastalık yaşantısında dış bariyerleri yükseltirken, iç sınırları azaltmaları ve bir çeşit füzyon içinde olmaları ve yabancı dış dünyaya karşı duyarlılıklarını artırmalarına bağlı olabilir.

SRI'de diyalize girmeyen hasta yakınları grubu diğer iki gruba göre belirgin olarak daha düşük skor almıştır ancak diğer iki grubun da skorları patolojik düzeyde değildir Bu sebeple SRI skoru düşüklüğü istatistiksel olarak anlamlı bir bulgu olmasına rağmen klinik düzeyde olarak anlamlı değildir.

Üç grup WHOQOL-BREF in PSA alt skoru açısından karşılaştırıldığında 1. ve 3. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu noktada dikkati çeken sonuç 1. grupla 2. grup ve 2. grupla 3. grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olmasıdır. Bu bulgular diyaliz deneyiminin doğrudan yaşam kalitesini etkilemediğini göstermektedir. Sadece PSA'nın diyalize giren hasta yakını grubunda daha düşük skorlar elde etmesi, hasta yakınının, uzamış hastalık süreciyle birlikte, uyum becerilerinin zorlandığını ve psikolojik alanda problem yaşadığını göstermektedir. Ancak KSE sonuçları ile birlikte bu sonuç değerlendirildiğinde yaşanan psikolojik zorlanmanın henüz semptom düzeyine çıkmadığı görülebilir. KSE sonuçlarına göre diyaliz grubu sadece kişiler arası duyarlılık alt testinde diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik gösterirken; tüm alt testlerden alınan skorlar değerlendirildiğinde hiçbir alt testte de patolojik düzeyde yüksek skor olmadığı gözlenir. Yaşam kalitesinin kronik hastalık ve diyaliz süreciyle çoğu alanda olumsuz etkilenebileceği hipoteziyle bu çalışmayı yapan

grup için bu sonuçlar şaşırtıcı olmuştur. Çünkü yapılan birçok yayında gerek ekonomik, gerekse sosyal ilişkiler, aile içi dengeler, sosyal statü ve genel sağlık değişkenlerinin kronik hastalık yaşantısında olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Hong ve ark.1982, Shidler ve ark. 1998, Rocco ve ark. 1997).

Bu sonucun elde edilmesinde, hastaların tamamının en az 6 aydır bu hastalık tanısıyla yaşamaları nedeni ile birincil bakım gösteren kişilerin, böbrek hastalığıyla yaşama fikrine kendilerini adapte etmiş olmalarının ve hasta yakınlarının büyük çoğunluğunu 40 yaşın üstündeki eşler olmasının payı olduğu düşünülmektedir. Birincil bakım gösteren kişilerin yaşam döngüsünde, nispeten eve daha yönelik oldukları ve yeni planların azaldığı dönemde olmaları, göreceli olarak daha stabil bir durumdayken böbrek hastalığıyla karşılaşmaları bu sonuçları doğuran bir etken olabilir. Diğer yandan çalışmaya katılan bütün deneklerin, hasta olan yakınları, sosyal güvenlik şemsiyesi altında oldukları saptanmıştır. Diyaliz merkezleri hasta ve yakınları için sorun olabilecek alanlarda hizmet vermektedirler (ulaşım, periyodik tıbbi kontrol, sosyal ve psikolojik destek hizmetleri, ilaç temini). Bu etmenler de fiziksel, ruhsal ve sosyal zorlanma riskini azaltmaktadırlar.

Gruplar kendi içlerinde diğer değişkenler açısından karşılaştırıldıklarında (tablo 4-6). bazı farklılıklar göze çarpmaktadır. Örneğin; KSE alt ölçek ve indeksleri cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında, somatizasyon, obsessif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık alt ölçekleri ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplam indeksi, ve semptom rahatsızlık indeksi açısından gruplar anlamlı bir şekilde birbirinden farklıdır. Özellikle somatizasyon ölçeğinde kadın deneklerin semptom şiddeti erkek deneklerin semptom şid-

detinin yaklaşık 7 katıdır. Bu durum, genel toplumda somatizasyon belirtilerini kadınların daha fazla ve şiddetli gösterdikleri bilgisi ile açıklanabileceği gibi, hastaya bakan yakınların çoğunlukla kadın olması (%76) ve kadınların ailedeki görev dağılımından daha fazla yükülenmelerinin yarattığı stres faktörüne bağlı olabilir (Wicks ve ark. 1998).

Yine de bu durumda kadınların stres altında daha fazla somatik semptom sergiledikleri düşünülebilir. Somatik şikayetlerin yanında diğer alt ölçeklerdeki anlamlı ölçüde yüksek puanlar kadınların yaşam olaylarına verdikleri tepkiler ile açıklanabilir.

Eğitim açısından gruplandırılarak yapılan analizde düşük eğitim grubunun somatizasyon ve anksiyete semptomlarını daha fazla yaşadıkları görülmektedir. Bu bulgular eğitim seviyesinin yükselmesi ile paralel olarak artan problem çözme becerileri sonunda çözümsüz kalan az sayıdaki sorun alanının ruhsal belirtiyeye daha az yol açması ile açıklanabilir. Bu bulgular somatizasyon semptomlarının düşük eğitim grubunda daha çok görüldüğüne dair literatür bulguları ile de uyumludur.

Gruplar medeni duruma göre ayrılarak incelendiğinde KSE alt ölçek ve indeksleri açısından gruplar arasında fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgu medeni durumun semptom miktarı ve şiddeti açısından risk faktörü olmadığını göstermektedir.

WHOQOL-BREF alt ölçekleri açısından gruplar; cinsiyet, eğitim ve medeni durum değişkenlerine göre karşılaştırıldığında, cinsiyetin ve medeni durumun yaşam kalitesi açısından risk teşkil etmediği görülür. Eğitim açısından karşılaştırıldığında PSA, ÇGS ve ÇKS alt ölçeklerinde yüksek eğitim grubunun belirgin bir şe-

kilde yüksek puana sahip olduğu görülmektedir. Eğitimin yükselmesi ile sosyoekonomik düzey yükselir. Buna bağlı olarak WHOQOL-BREF in çevre alanına ait fiziksel çevre, ihtiyaçlarını giderme, bilgi ve habere ulaşabilme, boş zamanlarını değerlendirme, sağlık ve ulaşım olanaklarından yararlanabilme şansı artmaktadır. ÇKS gözönüne alındığında ise soru alanlarının aynı olması nedeni ile önceki farkın bu skora da yansımaları kaçınılmazdır.

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

Özetle bu çalışmada diyalize girmekte olan ve diyalize girmeyen hastaların, primer bakım gösteren yakınlarında yaşam kalitesi ve kısa ruhsal değerlendirmelerinde majör farklılık olmadığı ancak kadınların özellikle, somatizasyon, obsesif uğraşlar ve kişiler arası duyarlılık alanlarında eğitim seviyesi düşük olanların ise, yaşam kalitesinin çevresel ve ruhsal alanları açısından risk altında olduğu görülmüştür.

Bu çalışmanın kısıtlılığı diyalize giren bütün hastaların sosyal güvence şemsiyesi altında olmasıdır. Hastaların sosyal güvencelerinin olması; kronik hastalık durumunda ortaya çıkan ekonomik ve sosyal değişimlerden hastaların ve yakınlarının çok etkilenmemelerini sağlamış olabilir. Bu durum bu çalışmanın sonuçlarının; hem KBY hem de diğer kronik hastalıklar grubuna genellenmesini engellemektedir.

KAYNAKLAR

Burton HJ, Kline SA, Lindsay RM (1988). The role of support in influencing outcome of end-stage renal disease. *General Hospital Psychiatry*, 10; 260-266.

Derogatis LR (1992). The Brief Symptom Inventory (BSI), Administration, Scoring and Procedures Manual II. Clinical Research Inc. aktaran Şahin NH, Durak A (1994) Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*.

Fidaner H, Elbi H, Fidaner C (1999a). WHOQOL Türkçe versiyonu çalışması odası grup görüşmeleri ve ulusal sorunların değerlendirilmesi. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 7, (ek sayı 2); 48-54.

Fidaner H, Elbi H, Fidaner C (1999b). Türkler için sağlık ve sosyal bilimler araştırmalarında kullanılan likert tipi yanıt ölçekleri: WHOQOL Türkçe versiyonu yanıt skalaları sonuçları *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 7 (ek sayı 2), 41-47.

Furr LA (1998). Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis: A review of the literature. *Social Work in Health Care*, 27(3): 97-118.

Harrison's principles of internal medicine. -14th ed./editors Anthony S. Fauci et al. The McGraw-Hill Companies, Inc. 1998.

Hayward MB, Kish JP, Frey GM (1999). An instrument to identify stressors in transplant recipients. *Am Nephrol Nurs Assoc J*, 16: 81-84 aktaran Lindqvist R, Carlsson M, Sjöden P-O (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous amputatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *J Adv Nursing*, 31(16): 1398-1408.

Hong B, Smith M, Valerius T, Robson A (1982). Pretreatment depression in end stage renal disease. *Lancet*, January 104-5.

Kathleen A, Israel BA (1985). Social network and social support: Living with chronic renal disease

Patient Education and Counseling. Moos RH (Ed.) Coping with physical illness. New York: Plenum, 1985; 227-247.

Lowry MR ve Atcherson E (1984). Spouse-assistant's adjustment to home hemodialysis. *Journal of Chronic Diseases*; 37: 293-300, aktaran Rideout EM, Rodin GM, Littlefield CH. (1990) Stress, social support, and symptoms of depression in spouses of the medically ill. *Int J Psychiatry in Medicine*; 20(1); 37-48.

Masting C (1982). Development and evaluation of a support program for renal patients and their partners. *Dialysis Trans*; 11:1101-1106 aktaran Rounds KA, Israel BA (1985): Social networks and social support: Living with chronic renal disease (Review). *Patient Education and Counseling*, 7: 227-24.

Moos RH (1984). Coping with medical illness vol 2 New perspectives. New York, Plenum Publishing. aktaran The impact of illness on the family John S Roland. *Textbook of Family Practice RAKEL*. (ed) 5th ed. Philadelphia WB Saunders 1995 80-100.

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

Orley J, Saxena S (1998) Quality of Life and mental illness: Reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br J Psychiatry*, 172, 291-293.

Piening S (1984). Family stress in diabetic renal failure. *Health soc work* 1984; 9 :134-141. aktaran Rounds KA, Israel BA (1985): Social networks and social support: Living with chronic renal disease (Review). *Patient Education and Counseling*, 7:227-247.

Rideout EM, Rodin GM (1990). Littlefield CH. Stress, social support, and symptoms of depression

in spouses of the medically ill. *Int J Psychiatry*. 20(1); 37-48.

Rocco MV, Gassman JJ, Wang S-R, Kaplan R (1997). And modification of diet in renal study group. Crosssectional study of life and symptoms in chronic renal disease patients: the modification of diet in renal disease study. *Am J Kidney Dis*. 29:888-896.

Roland JS (1995). The impact of illness on the family Rakel (ed) *Textbook of family practice* 5th ed philadelphia; WB Saunders 80-100.

Rounds KA,Israel BA (1985). Social networks and social support: Liwing with chronic renal disease. *Patient education and counselling*, 7: 227-247.

Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL (1998). Quality of life and psychosocial relationships in

patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis*, 32:557-566.

Şahin NH, Durak A (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31): 44-56.

Ünal S (1999). Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 7 (ek sayı 2): 5-13.

Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK (1997). Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end-stage renal disease.; *ANNA J*, 24 (5); 527-540.

Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway (1998). Family caregivers' burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation. *J Transpl Coord.*, 8 (3): 170-176.