T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI
BAKIRKÖY DR.SADİ KONUK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ TEZİ

DİYALİZ HASTALARININ YAKINLARINDA BAKIM VERME YÜKÜ İLE BUNUN HASTALARDAKİ ANKSİYETE, DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

DR.DİLARA MECLİS BABAYİĞİT

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2009

TEŞEKKÜR

Hastanemizde huzurlu, güvenli ve verimli çalışma ortamı sağlayan Başhekim Sayın Uzm. Dr. Zafer Çukurova'ya teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bana aktaran, davranış ve kişiliğiyle örnek olan, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi ve Aile Hekimliği Koordinatörü Sayın Hocam Uzm. Dr. Sami Hatipoğlu' na minnet ve şükranlarımı sunarım.

Rotasyonlarım sırasında bana bilgi ve deneyimlerini aktaran, Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şef Vekili Sayın Dr. Levent Yaşar'a, Genel Cerrahi Klinik Şefi Sayın Prof. Dr. Erşan Aygün'e , Dahiliye Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Özlem Harmankaya'ya , Dahiliye eski Klinik Şefi Doç Dr. Mesut Başak 'a , Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi Sayın Uzm. Dr. Sami Hatipoğlu'na ve Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 7. Psikiyatri Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Cem İlnem' e ve Şef yardımcısı Sayın Doç. Dr. Nesrin Karamustafalıoğlu'na teşekkür ve saygılarımı sunarım. Birlikte çalıştığım servis uzmanlarıma ve uyum içinde çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma;

Tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen diyaliz kliniğinin sevgili hemşireleri, başta Türkan ve Arzu hemşireler olmak üzere tüm çalışan personeline, tez çalışmama katkıda bulunan değerli arkadaşım Dr.İlker Küçükparlak'a,

Varlıklarıyla her zaman yanımda hissettiğim, sevgilerini ve yardımlarını benden asla esirgemeyen sevgili anneme, babama ve kardeşlerime şükranlarımı sunarım.

Zor çalışma dönemimde bana her zaman destek olan canım eşim Aslan Babayiğit'e bana gösterdiği sevgi ve yardımı için sonsuz teşekkür ederim.

Dr.Dilara Meclis Babayiğit

İstanbul 2009

KISALTMALAR

DM: Diabetes mellitus

GFR: Glomerulofiltrasyon hızı

HD: Hemodiyaliz

HT : Hipertansiyon

KBY : Kronik böbrek yetmezliği

PTH : Paratiroid hormon

RRT : Renal replasman tedavisi

SAPD: Sürekli ayaktan periton diyalizi

SDBY : Son dönem böbrek yetmezliği

ACTH:Adrenokortikotiropin hormon

IGA:Immünglobulin A

RPGN:Rapidly progresif glomerulonefrit

HPA:Hipotalamik pituiter adrenal

SF-36:Short form-36 (Kısa form 36)

HAD:Hastane Anksiyete Depresyon

ZBVYÖ:ZARİT Bakım Verenin Yükü Ölçeği

CES-D:Center for Epidemyological Studies-Depression

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ…….5

GENEL BİLGİLER……..8

MATERYAL VE METOD…….....34

BULGULAR……40

TARTIŞMA…….58

ÖZET……...69

KAYNAKLAR……72

GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik böbrek yetmezliği, fonksiyone böbrek kitlesinin kaybına bağlı glomerül filtrasyon hızının kalıcı olarak azaldığı (1) ve üç ay veya daha uzun süre glomerüler filtrasyon hızının (GFR) 60mL/dak/1.73m2 altında tespit edilmesi sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanır (2). Bu klinik durumda üre, guanidin bileşikleri, ürik asit, hippürik asit, bazı amino asitler, polipeptidler, poliaminler, fenoller, indolik asit, aseton,glukuronik asit, karnitin, miyoinositol, sulfat ve fosfat gibi biriken organik ve inorganik maddeler bütün sistemi etkiler (3).

Etyolojide bir çok hastalık bulunsa da diabetes mellitus, hipertansiyon ve glomerulonefritler altta yatan temel nedenleri oluşturur (4). Kronik böbrek yetmezliğinde sıvı-elektrolit dengesinin ayarlanamaması, metabolik ve endokrin fonksiyonların yerine getirilememesi, vücuttaki her sistemi etkileyerek bir dizi klinik sonuçlara yol açar. Yorgunluk, uyku bozukluğu, depresyon, sıkıntı, psikoz, mide barsak rahatsızlıkları, periferik nöropati, göz, kardiyovasküler, hematolojik, endokrin ve nörolojik bozukluklar görülebilir (5).

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) gelişen hastalarda renal replasman tedavilerinden birini uygulamak gerekir. Renal replasman tedavileri hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek transplantasyonudur.

SDBY tedavisinde iki faktör ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki hastaların yaşam sürelerini uzatmak, ikincisi ise hastalara daha iyi bir yaşam kalitesi sağlamaktır. Böbrek yetmezliğindeki progresyonla

birlikte hastalar günlük yaşamlarını etkileyen semptomlara daha çok maruz kalmaktadır (6).

Renal replasman tedavileri (RRT) hastaların semptomlarını ve yaşam kalitelerini etkileyen değişiklikleri kısmen düzeltmektedir. Fakat renal replasman tedavisinde artan bilgi ve teknolojiye rağmen SDBY hastalarının morbiditesi ve mortalitesi hala yüksektir (7-10). SDBY olan hastalarda yaşam kalitesi ile morbidite ve mortalitenin arasında çok yakın bir ilişki saptanmıştır (11). Bundan dolayı hastaların yaşam kalitesini artıracak tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaşılması gerekmektedir.

Vücutta biriken metabolik atıkların uzaklaştırılmasını sağlayan bir tedavi yöntemi olan hemodiyaliz tedavisi yaklaşık 40 yıllık geçmişi olan bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yöntemi SDBY olan hastalarda yaşam süresini uzatmakta ve yaşam kalitesini arttırmaktadır.

SDBY olan hastalarda yaşam kalitesini ölçmek için çok çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Short Form-36 (SF-36) "Medikal Outcomes Study" tarafından geliştirilen, yaşam kalitesini ölçen genel bir ölçektir. SF-36'nın sağlıklı toplum ve hasta toplumlarda güvenilir ve geçerliliği kanıtlanmıştır (6).

Diyaliz hastalarında SF-36'nın hem araştırma için hem de bireysel hasta takiplerinde kullanıldığı bildirilmektedir (6).

Ağır fiziksel ve psikososyal stres etkenlerinden etkilenen diyaliz hastalarında, başta depresyon ve anksiyete bozuklukları olmak üzere, ruhsal bozuklukların sık görüldüğü bildirilmektedir (12).

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD), Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir (13).

Hemodiyaliz ve SAPD tedavisi gören hastaların birinci derece yakınları da bu hastalarla birlikte tedavi sürecine katılmakta ve KBY hastasının tedavi şekline bağlı olarak yaşadığı sıkıntıları paylaşmaktadır. Bu nedenle hasta yakınlarına tedavinin devamı açısından düşen sorumluluk giderek artmaktadır. Ayrıca bir aile üyesinin ciddi bir hastalığı olması nedeniyle duydukları kaygı hasta yakınlarında ruhsal sorunların oluşmasına neden olabilmektedir.

Bakım vermek ailelere önemli bir yük getirir. Resmi bakıcı olmayan kişiler aralarında yüksek stres düzeyleri, depresyon, düşük öznel iyilik hissi, fiziksel sağlık ve kendine yeterlilikte azalmanın da yer aldığı önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşırlar (14,15). Bu yük, bakım alan kişiyle ilişkilerdeki önemli değişimlerle daha da alevlenir (17, 16).

Zarit bakım verme yükü ölçeği sosyal ve ekonomik olarak bakıcı yükünün derecesini belirlemek için yaygın olarak kullanılan bir değerlendirme skalasıdır. Bununla bakıcı/hasta ilişkisi, bakıcının sağlık durumu, psikolojik rahatlığı, sosyal hayatı ve ekonomik yükü değerlendirilebilmektedir.

Bu tezin konusunu oluşturan çalışmanın amacı; periton diyalizi ve hemodiyaliz hastalarında, yaşam kalitesi ve anksiyete, depresyon düzeyleri ile, bakım verenlerindeki depresyon, anksiyete ve bakım verme yüklerinin yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmalı araştırılmasıdır.

GENEL BİLGİLER

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

Kronik böbrek yetmezliği, çeşitli hastalıklara bağlı olarak nefronların progresif ve geri dönüşümsüz kaybı ile karakterize bir sendromdur. Glomerüler filtrasyon hızındaki (GFR) azalmanın süresi 3-6 aydan daha uzundur. GFR, genellikle yıllar içinde giderek azalır ve bu azalma, altta yatan nedene göre büyük değişiklik gösterir. Böbrek yetersizliği olan bir olguda; üç aydan uzun süren azotemi, uzun süreli üremik belirti ve bulgular, renal osteodistrofi belirti ve bulguları, anemi, hiperfosfatemi, hipokalsemi, idrar sedimentinde geniş silendirler ve radyolojik incelemelerde bilateral küçük böbrekler kronik hastalık göstergeleridir (18). Bu özellikler kronik böbrek yetmezliğini, akut böbrek yetmezliğinden ayırır.

Kronik böbrek hastalığının tanı kriterleri American Jounal of Kidney Diseases 2002'de şu şekilde özetlenmiştir (2) ;
1) GFR'de azalma bulunsun ya da bulunmasın en az üç ay aşağıdaki kriterlerin yer aldığı, böbreğin yapısal ve fonksiyonel bozuklukları,
- patolojik bozukluklar veya
- kan ya da idrar kompozisyon bozuklukları veya görüntüleme yöntemleri ile saptanan bozukluklar
2) Böbrek hasarı bulunsun ya da bulunmasın GFR'nin en az 3 ay süre ile 60ml/dk/1,73m2'den düşük seyretmesi. Klinik açıdan KBY, asemptomatik böbrek fonksiyonu azalmasından üremik sendroma kadar uzanan değişen bir spektrum gösterir. Aslında böbrek yetersizliğinin evreleri birbirinin içine girmiş olup kesin sınırlarla ayrılması mümkün değildir. Ancak, fonksiyonel değişiklik derecesine göre evreleme klinik ve tedavi planlanması açısından faydalıdır (Tablo 1).

Tablo 1-Kronik Böbrek Yetersizliği Evreleri GFR(ml/dk)

KRONİK BÖBREK YETERSİZLİĞİ EVRELERİ		GFR(ml/dk)
ERKEN	**BÖBREK REZERVİNİN AZALMASI**	**50-80**
ORTA	**BÖBREK YETERSİZLİĞİ**	**25-50**
İLERİ	**BÖBREK YETMEZLİĞİ**	**5-25**
SON	**ÜREMİ**	**<5**

Nefronlarda kalıcı hasara yol açan herhangi bir durum kronik böbrek yetmezliği ile sonuçlanabilir. Kronik böbrek yetmezliğinin erken evresinde sadece böbreğin fonksiyonel rezervinde azalma vardır. Böbreğin ekskresyon, biyosentetik ve regülatuvar fonksiyonları genellikle iyi olduğu için klinik belirti veya bulgu yoktur. Orta evrede, yani böbrek yetersizliğinde azotemi oluşur ve bazı klinik belirtiler ortaya çıksa da (anemi gibi) hastalar genellikle asemptomatiktir. Ancak, enfeksiyon, hipovolemi, obstrüksiyon veya nefrotoksik ilaç kullanımı gibi araya giren akut stresler hastayı hızla üremik tabloya sokar. Reversibl faktörlerin giderilmesi ile hasta sıklıkla eski durumuna döner. İleri evreye ulaşmış böbrek yetmezliğinde glomerüler filtrasyon hızı (GFR) 20-25 ml/dk'nın altına düşmüştür. Böbreğin ekskresyon, biyosentez ve regülasyon fonksiyonlarının büyük ölçüde bozulması, klinik belirti ve bulguların (persistan halsizlik, noktüri, kemik ağrıları gibi) ortaya çıkmasına neden olur.

Son dönem böbrek yetmezliğinde, böbrek fonksiyonlarının ileri derecede kaybı sonucunda giderek artan azotemi ve hemen hemen her organ sistemi ile ilgili belirti ve bulgular ortaya çıkar. Terminal dönemde ortaya çıkan bu klinik sendrom, üremi olarak tanımlanır. Canlılarda böbrek dokusunda azalma olduğu zaman geri kalan nefronlarda bir adaptasyon meydana gelir. Her evredeki adaptasyonun derecesi klinik ve biyokimyasal anormalliklerin yaygınlığını belirler.

Böbrek fonksiyon kaybı minimal iken (<%60), fizyolojik adaptasyon tamdır. GFR'nin normalin %20'sinin altına inmesi ile birlikte, progresif anoreksi, bulantı ve kusma, tuz retansiyonu, asidoz, uykusuzluk, anemi, kas yorgunluğu, ve kan basıncında yükselme görülebilir. Yapısal olarak insanlarda GFR'nin normalin %50 altına inmesiyle, renal hasara yol açan etmen inaktif hale gelse bile progresif bir fonksiyon kaybı başlar.

Tek bir nefrondaki GFR artışı (hiperfiltrasyon) hastanın yaşamı için iyi olmasına rağmen geride kalan nefronların yaşam süresini azaltır. Hiperfiltrasyonun olduğu nefronlarda intrakapiller basınç artmıştır, bu durum glomerüllerin tedrici olarak skleroza gitmesinde temel faktördür. Bununla beraber, hiperfiltrasyon tek başına patolojik glomerülosklerozu ve interstisyel fibrozisi başlatmaya yeterli değildir. Nörojenik faktörler ve hipertansiyon da progresif renal hasarda rol oynar. KBY'deki hipertansiyon oluşumundaki temel faktör, sempatik sinir sistemini aktive eden anjiotensin II ve nitrik oksid düzeylerindeki artıştır. Sistemik kan basıncı yüksekliğinin devamı böbrek yetmezliğinin fonksiyonel stabilitesini zaman içinde olumsuz etkileyerek irreversibl renal hasara neden olur (5).

İNSİDANS

Kronik böbrek yetersizliği günümüzde görülme sıklığı hızla artmakta olan bir hastalıktır. 2007 yılında Türkiye'de renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliği nokta prevalansı milyon nüfus başına 709 olarak saptanmıştır. Geçen yıla göre prevelansta artma dikkati çekmiştir. Türk Nefroloji Derneği kayıtlarına göre Türkiye'de 2007 yıl sonu itibariyle düzenli hemodiyaliz programında olan hasta sayısı 39267, periton diyalizi programında olan hasta sayısı ise 5307 dir (19). Aslında end stage kronik renal yetmezlik tüm dünya genelinde artmakta ve gelişmiş ülkelerde 75-350 milyon insanı etkilemektedir(20).

ETİYOLOJİ VE ETİYOPATOGENEZ

KBY bir çok nedenle gelişebilir. Bu nedenlerin sıklığı ülkelere göre değişmektedir. ABD'de son dönem böbrek yetmezliğinin % 39'unu diabetes mellitus, % 26'sını hipertansiyon ve % 11'ini glomerulonefrit oluşturmaktadır (21). Ülkemizde KBY saptanan olgularda kronik böbrek yetmezliğine götüren ilk üç neden kronik glomerülonefrit, diyabet ve hipertansiyon olarak bulunmuştur (22).

Özellikle son yirmi yılda KBY'nin etyolojisinde rölatif bir değişme olmuştur. Halbuki geçmişte KBY'ye götüren en sık sebep, glomerülonefrit iken günümüzde ise sıklıkla altta yatan etyolojiler diyabetik ve hipertansif nefropatilerdir. Glomerülonefritlerden korunma ve etkin tedavi, özellikle diyabetik ve hipertansiyonlu kişilerde azalmış mortalite etyolojideki değişimin anahtar noktalarıdır. Genellikle ömrün uzaması ve azalmış erken kardiyovasküler mortalite de keza KBY'li hastaların ortalama yaşını arttırmıştır.Yaşlılarda KBY'nin en sık sebebi hipertansiyondur. Gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasında etyolojik nedenlerin sıklığı ile ilgili olarak ortaya çıkan fark bu şekilde açıklanabilir.

Canlılarda böbrek dokusunda azalma olduğu zaman geri kalan nefronlarda bir adaptasyon meydana gelir. Her evredeki adaptasyonun derecesi klinik ve biyokimyasal anormalliklerin yaygınlığını belirler. Böbrek fonksiyon kaybı minimal iken (<%60), fizyolojik adaptasyon tamdır. GFR'nin normalin %20'sinin altına inmesi ile birlikte, progresif anoreksi, bulantı ve kusma, tuz retansiyonu, asidoz, uykusuzluk, anemi, kas yorgunluğu ve kan basıncında yükselme görülebilir. Yapısal olarak insanlarda GFR'nin normalin %50 altına inmesiyle, renal hasara yol açan etmen inaktif hale gelse bile progresif bir fonksiyon kaybı başlar. Sağlam kalan nefronlarda büyüme ve glomerüler filtrasyon hızında artış görülür.

Tek bir nefrondaki GFR artışı (hiperfiltrasyon) hastanın yaşamı için iyi olmasına rağmen geride kalan nefronların yaşam süresini azaltır. Hiperfiltrasyonun olduğu nefronlarda intrakapiller basınç artmıştır, bu durum glomerüllerin tedrici olarak skleroza gitmesinde

temel faktördür. Bununla beraber, hiperfiltrasyon tek başına patolojik glomerülosklerozu ve interstisyel fibrozisi başlatmaya yeterli değildir. Nörojenik faktörler ve hipertansiyon da progresif renal hasarda rol oynar. KBY'deki hipertansiyon oluşumundaki temel faktor, sempatik sinir sistemini aktive eden anjiotensin II ve nitrik oksid düzeylerindeki artıştır. Sistemik kan basıncı yüksekliğinin devamı böbrek yetmezliğinin fonksiyonel stabilitesini zaman içinde olumsuz etkileyerek irreversibl renal hasara neden olur (23).

TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Son dönem böbrek yetersizliği (SDBY) olan hastalarda renal replasman tedavileri; hemodiyaliz, periton diyalizi yada renal transplantasyondur (5). SDBY bulunan hastalar her üç tedaviden de zaman içerisinde yararlanmak durumunda kalabilirler. Diyaliz yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solid değişimini esas alan bir tedavi şeklidir. Diffuzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibi vardır. Diffuzyon konsantrasyon farkına bağlı olarak solütlerin yer değiştirmesi, ultrafiltrasyon ise hidrostatik basınç ile birlikte suyun ve suyu takiben solütlerin membranın diğer tarafına hareketidir (24).

Diyalizin Klinik Endikasyonları (5,24,25,26)

- Akut böbrek yetmezliği,
- Kronik böbrek yetmezliği (KBY olan hastalarda kreatinin klirensi 10ml/dk'nin altına inince kronik diyaliz başlanır, ancak bazı hastalarda kreatinin klirensi bu değere düşmeden çeşitli nedenlerle hipervolemi, hiperpotasemi, asidoz ve üremik komplikasyonlar (perikardit, plörit, ensefelopati, üremik akciğer, bulantı, kusma, kontrol edilemeyen hipertansiyon, kaşıntı) gelişebilir. Bu hastalar konservatif tedavi ile düzeltilemez ise diyaliz ihtiyacı duyarlar.),
- Yüksek doz ilaç alımı ve zehirlenmelerde,
- Aşırı ve tedaviye dirençli ödem,

- İleri derecede sıvı – sodyum dengesizliği (hiponatremi, hipervolemi),
- Hiperpotasemi (serum potasyumunun 6.5-7 mEq/L ve üzerinde olması),
- Metabolik asidoz (plazma bikarbonat 15 mEq/L ve kan pH'sı 7.15'den düşük olması),
- Kan üresinin 250-300 mg'den fazla olması,
- Kan üresinin günde 100 mg veya kan potasyumunun günde 1 mEq/L'den fazla yükseldiği katabolik durumlar,
- Medikal tedaviye yanıt vermeyen hiperfosfatemi, hiperkalsemi, hiperürisemi,
- Metabolik alkaloz (Özel diyalizatörler kullanılarak yapılır).

Diyalizin Göreceli Kontrendikasyonları

Diyaliz tedavisinin mutlak bir kontrendikasyonu yoktur. Ancak böbrek yetmezliğine eşlik eden göreceli (rölatif) kontrendikasyonları vardır. Bunlar:

- Alzheimer hastalığı,
- Multi-infark demans,
- Hepatorenal sendrom,
- Ensefelopati ile ilerlemiş siroz,
- İlerlemiş malignite.

Diyaliz Prensipleri

Diyaliz tedavisinin amacı uygun sıvı ve solüt değişimini sağlamaktır. Sıvı ve solut değişiminin diffuzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibi vardır. Diffüzyon membranın iki yanındaki konsantrasyon farkı nedeniyle solütün konsantrasyonu yüksek olan taraftan düşük olan tarafa hareketidir. Diffüzyon hızını ve yönünü etkileyen başlıca üç faktör vardır:

- Konsantrasyon gradienti; İki taraf arasındaki konsantrasyon gradienti arttıkça madde alışverişi hızlanacaktır.
- Solütlerin molekül ağırlığı ve hızı; porlardan geçen maddelerin molekülleri ne kadar büyük ise membrandan geçen madde miktarı ve geçiş hızı o kadar azalır.

- Membran direnci; yarı geçirgen membran kalınlığının artması, porların küçülmesi veya por sayısının azalması membranların madde alışverişine karşı direncini arttırır. Ultrafiltrasyon uygulanan basınç nedeni ile membranın bir yanından diğer yanına sıvı transferidir. Sıvı transferine solüt transferide eşlik eder. Hemodiyalizde ultrafiltrasyon hidrostatik basınç ile sağlanırken, sürekli ayaktan periton diyalizinde ozmotik basınç ile sağlanmaktadır (26).

DİYALİZ YÖNTEMLERİ

PERİTON DİYALİZİ

Son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda böbrek fonksiyonlarının kesintisiz olarak, doğal bir membranla herhangi bir kuvvete veya alete gerek duyulmadan yerine koyma düşüncesinden periton diyalizi geliştirilmiştir. Periton boşluğundaki solüt ve su absorbsiyonu periton zarındaki kapiller dolaşım ve lenfatikler yardımıyla olur. Periton zarı toksik maddeleri filtre eden yarı geçirgen zar vazifesi görür (26). Periton diyalizinde vücut ısısına kadar ısıtılmış genelde 2 litre diyaliz solüsyonu periton boşluğuna yerleştirilmiş olan kateter vasıtasıyla 10 dakika gibi bir sürede periton boşluğuna verilir. Periton diyaliz tipine göre değişen periyotta bu solüsyonlar periton boşluğunda bekletilir. Bekleme sürecinden yaklaşık 20 dakika içerisinde diyalizat periton boşluğundan geri alınır ve yeni bir diyalizat tekrar periton boşluğuna verilir. Bu işlem genel olarak günde 4 kez, haftanın 7 günü uygulanır (27). Periton diyalizi hastaları için altı farklı periton diyaliz yöntemi vardır. Bunlar; sürekli ayaktan periton diyalizi, aletli periton diyalizi, aralıklı periton diyalizi, sürekli siklik periton diyalizi, gece periton diyalizi ve tidal periton diyalizidir. Hem hastanın sosyal şartlarına uygun hem de periton diyalizinin gerek solüt klirensi gerekse ultrafiltrasyon transferini en yükseğe çıkaracak olan bir periton diyaliz yöntemi seçilir.

Periton Diyalizinin Avantajları

- Kolay uygulanabilirlik ve taşınabilirlik,
- Kardiyovasküler problemi olanlarda daha iyi kan basıncı ve sıvı kontrolü sağlanması,
- Rezidüel renal fonksiyonun daha iyi korunması,
- Sürekli antikoagülasyona ihtiyaç duyulmaması,
- Aneminin görülme sıklığı ve derinliğinin daha az olması,
- Kan biyokimyasının yavaş ama etkili düzelmesi,
- Çocuklar, yaşlılar, diyabetik hastalar gibi damar problemi bulunan hastalarda kolay uygulanabilmesi,
- Hepatit bulaşma riskinin az olması,
- Daha serbest diyet ve sıvı alımı,

Periton Diyalizinin Dezavantajları

- Artmış enfeksiyon riski (özellikle peritonit),
- Yetersiz diyaliz riski,
- Potansiyel protein kaybı ve malnutrisyon oluşması,
- Kateter yerleştirilmesine bağlı psikolojik problemler,
- Hipertrigliseridemi,
- Artmış adinamik kemik hastalığı riski,
- Özellikle yaşlı hastalarda ve çocuklarda sürekli uygulamaya bağlı bıkkınlık.

Periton Diyaliz Komplikasyonları

Periton diyaliz komplikasyonları enfeksiyon ve enfeksiyon dışı olmak üzere iki gruba ayrılır.

Periton diyalizinin enfeksiyon komplikasyonları; katater çıkış yeri enfeksiyonu, tünel enfeksiyonu ve peritonittir. Enfeksiyon dışı komplikasyonları ise; sızıntı, herni, hidrotoraks, sırt ağrısı, karın ağrısı, malnutrisyon ve sklerozan peritonittir.

HEMODİYALİZ

Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın antikoagülasyonla vücut dışında makine yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek, sıvı solüt içeriğinin yeniden düzenlenlenip hastaya geri verilmesi işlemidir. İlk olarak 1946 yılında Wilhelm Korff tarafından akut böbrek yetmezliğinin tedavisinde, 1960'lardan itibaren de giderek KBY bulunan hastaların tedavisinde uygulanmaya başlandı. Hemodiyaliz işleminin gerçekleştirilmesi için yeterli kan akımı sağlanmalıdır (erişkinde genellikle dakikada 200-600 ml). Yeterli kan akımı sağlanması için kalıcı veya gecici vasküler giriş yolu gereklidir. Geçici vasküler giriş yolu sağlanmak için günümüzde en yaygın kullanılan yöntem çift lümenli bir kateterin femoral, subklaviyen veya internal juguler vene yerleştirilmesidir.

Kalıcı vasküler giriş yolları ise arteriyovenöz greft ve arteriyovenöz fistüldür. Arteriyovenöz fistül, arter ile ven arasında bir pencere açılmasıdır. Sıklıkla distalden başlayarak ön kol ve kol kullanılır. Eğer fistül girişimi beklendiği şekilde olmuşsa (üzerine dokunulduğunda dolgunluk ve thrill sesi alınıyorsa) hasta 3 hafta sonra hemodiyaliz makinesine bu fistül ile bağlanabilir (28).

Hemodiyaliz işleminin üç ana birleşeni vardır.

- Diyalizör (filtre),
- Pompa yardımıyla kan diyalizat dolaşımını sağlayan sistem,
- Solüt klirensi için belirli bir kimyasal kompozisyonda sıvı (diyalizat).

Diyalizin etkinliğini arttırmak amacı ile diyalizat ve kan akımları ters yönlüdür. Diyalizörler Hallow fiber (içi boş kapiller) veya paralel tabakalar yapısında olabilir. Membranların kimyasal içeriği sellüloz, substituted sellüloz, sentetik sellüloz, sentetik olabilir. Diyaliz membranın (diyalizör) kapiller içinde hastanın kanı, kapiller arasında ise makine tarafından hazırlanmış diyalizat bulunur. Kan akımı 300 ml/dk'da tutmak için yeterli olan geçici ya da kalıcı damar girişiminden alınan kan yarı sentetik membrandaki çok sayıda kapillere pompalanır. Kan akımına ters yönde sodyum klorür, asetat

veya bikarbonat ve değişken konsantrasyondaki potasyum içeren bir diyalizat diyalizöre verilir. Membrandaki diffüzyon, üre gibi küçük molekül ağırlıklı maddelerin konsantrasyon gradiyentine bağlı olarak kan tarafını bırakıp diyalizat tarafına hareket etmesini sağlar. Benzer şekilde genelde konsantrasyonu 35 mEq/L olan bikarbonat kan tarafına difuze olur. Su ve sodyum klorür fazlalığının uzaklaştırılması, membran boyunca olan hidrostatik basınca bağlı olarak ultrafiltrasyonla olur. Hemodiyaliz hastasının ortalama haftada üç kez-dört saat diyalize girmesi gerekir (24-25).

Hemodiyalizin Avantajları

- ❖ Atık maddeler vücuttan hızla ve başarı ile uzaklaştırılır,
- ❖ Hergün değil, haftada iki veya üç kez uygulanır,
- ❖ Malnutrisyon ile daha az karşılaşılaşılır,
- ❖ Hastaneye yatma gereksinimin daha az olur,
- ❖ Karına ait komplikasyonlarla karşılaşılmaz,
- ❖ Diyaliz ortamı hastanın diğer hastalar ile ilişki kurmasını sağlar.

Hemodiyalizin Dezavantajları

- ❖ Tedavi seansları arasında sıvı-elektrolit ve metabolik değişime bağlı olarak diyaliz sonrası hastanın kendini iyi hissetmesi, ancak sonraki seansa kadar yavaş yavaş tekrar kötüleşmesi sonucu olaşan rahatsızlık hissedilmektedir,
- ❖ Tedavi sırasında iğneler kullanılmaktadır,
- ❖ Çeşitli sıvı ve gıdaların alınmasında kısıtlanmalar vardır,
- ❖ Fistül için minör cerrahi bir girişim gerekmektedir.

Hemodiyalizin Komplikasyonları

Hemodiyalizin komplikasyonları sık rastlanan ve daha az rastlanan fakat ciddi olan komplikasyonları olarak ikiye ayrılmaktadır. Sık görülen komplikasyonları; hipotansiyon, kas krampları, huzursuz bacak sendromu, bulantı, kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırt ağrısı, kaşıntı, titreme ve ateştir. Daha az rastlanan fakat ciddi komplikasyonlar; disekilibrium sendromu, anafilaktik reaksiyonlar,

aritmiler, kalp tamponadı, intrakranial kanama, konvülziyonlar, hemoliz, hava embolisi ve hipoksemidir (24,25,26).

TRANSPLANTASYON

Transplantasyon, son dönem böbrek yetmezliğinin seçkin tedavi şeklidir. Çünkü transplantasyon ile, diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarından bazıları değil tamamı yerine getirilir. Ayrıca diyaliz işleminin oluşturduğu fiziksel ve psikolojik zorluklar ortadan kalktığından yaşam kalitesi daha iyidir. Fakat transplantasyon yapılabilmesi için alıcının hayatı tehdit eden ekstrarenal komplikasyonlarının olmaması gerekir. Primer oksalozis, tedavi edilemeyen psikoz, immünsupresif tedavi ile progresyon gösterebilecek bir hastalığın olması transplantasyona engeldir. Diffuz damar harabiyeti olmadığı sürece diabetes mellitus kesin kontrendikasyon değildir (5,23).

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan anksiyete yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan bir duygudurumdur (29). Kişi kendini bir çeşit alarm durumunda ve sanki kötü bir şey olacakmış gibi hissetmektedir. Anksiyete, tehlike durumunda aktif hale geçen biyolojik bir uyum düzeneğiyle oluşturulur ve tüm bu uyum sağlayıcı özellikleri nedeniyle insan yaşamının sürdürülebilmesi için var olması gerekli duygudur. Ancak sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. İşte bu çizgiden sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkar.

Anksiyetede gerginlik, kaygı ve korku gibi ruhsal belirtilere davranışsal ve bedensel belirtiler de eşlik etmektedir. Bütün bunların gerçekleşmesi için o duruma uygun olan otonom sinir sisteminin etkilediği, solunum, kardiovasküler işlevler, ısı kontrolü gibi hemostatik düzeneklerin işlevi gereklidir.

TARİHÇE

Anksiyete sözcüğü, darlık ve sıkışma anlamına gelen hindogermanik 'angh' kökünden türetilmiştir. Anlamı değişik dillerde benzerlik göstermektedir. 'anchein' (boğulmak, sıkılmak) 'angor' (boğulmak, nefes düzensizliği) gibi (29).

Çiçero, öznel anksiyete yaşantısının süresi ve yoğunluğundan söz edip, geçici patlama tarzında olan anksiyeteyi tanımlarken 'angor' terimini, daha hafif ve süreğen olanı anlatmak için 'anxietas' terimi kullanılmıştır. Orta çağda anksiyete kavramı tanrı korkusuyla ilgili olarak yorumlanmış, hastalık boyutunda ele alınmamıştır. Varoluşçu akımın ileri sürdüğü ve anksiyetenin özgürlük ve suçluluk bilincinden kaynaklanan hiçlik ve varolmama korkusuyla oluşan bir duygu olduğu bu nedenle insan ruhunun ulaşacağı doğal bir sonuç olduğu şeklindeki yaklaşımı bu konuya farklı bir bakış açısı getirmiştir (29).

1869'da Board 'fizyolojik yetersizliklerin psikolojik bozukluklara yol açtığı' görüşünden yola çıkarak 'nevrasteni' terimini ortaya atmış ve bunun tüm anksiyete bozukluklarını içerdiğini kabul etmiştir. Hecker ise 1893'te nevrastenik hastalarının çoğunun anksiyete ataklarından yakındığına dikkat çekmistir. Öznel anksiyete yaşantısı olmaksızın somatik anksiyete belirtilerinin ön planda olabileceği görüşü 1908 yılında Stekel'in 'rezidüel anksiyete' kavramını ortaya koymasına neden olmuştur. Nitekim bu yaklaşım ileriki yıllarda Beltman tarfından da 'korkusuz panik bozukluğu' adıyla tekrar gündeme gelmiştir (29).

ANKSİYETE BELİRTİLERİ

1. Bilişsel belirtiler
2. Duygusal belirtiler
3. Davranışsal belirtiler
4. Fizyolojik belirtiler olarak 4 alana ayrılmıştır.

Bilişsel belirtiler:

Aklın sisli bulanık olması, çevredeki nesneleri uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali, kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, önemli şeyleri hatırlayamama, düşünceyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı (hipervijilans), düşüncede duraksamalar, bloklar, objektif güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğü, kontrolü yitirme duygusu, başa çıkamama korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, bilişsel sapmalar (distorsiyon) (29).

Duygusal belirtiler:

Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik, alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik.

Davranışsal belirtiler:

Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz dona kalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğu (29).

Fizyolojik belirtiler:

Bunlar genelde organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Çarpıntı, kalp hızında artma, arteryel kan basıncı değişiklikleri, bayılma hissi, gerçek bayılma, yüz kızarması, aritmi, derin soluma, nefes darlığı, kesik soluma, boğazda düğümlenme, bronşiyal spazm, kaslarda gerginlik, reflekslerde artma, yorgunluk hissi, çabuk yorulma, ağrılar, karın ağrısı, karında huzursuzluk, spazm, bulantı kusma, ishal, yutma güçlüğü, hava yutma, ağızda kuruma ya da sulanma, iştah değişiklikleri, uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, huzursuz uyku, cinsel isteksizlik, erken

boşalma, sık idrara çıkma, yaygın terleme, lokal ellerde terleme, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması gibi belirtiler normalde zaman zaman hepimizde yaşanan olaylardır. Dikkat edilirse, çoğu ya normal işlevlerin abartılı hale gelmiş şekli ya da normal işlevlerdeki baskılanmalardır (29).

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI (DSMIV-TR Sınıflandırılması)

- Agorofobi olmadan panik bozukluğu
- Agorafobi ile panik bozukluğu
- Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi
- Özgül fobi
- Sosyal fobi
- Obsesif kompulsif bozukluk
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Akut stres bozukluğu
- Yaygın anksiyete bozukluğu
- Genel tıbbi bozukluğa bağlı anksiyete bozukluğu
- Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu
- Başka türlü adlandırılamayan anksiyete bozukluğu

Anksiyete belirtileri gösteren hastalarda tanı şeması:

Eğer hastada anksiyete belirtileri izleniyorsa, tanı koyabilmek için:

A. Organik neden araştırılır, organik neden varsa tanı organik anksiyete ,

B. Organik neden yoksa aşağıdaki nedenler araştırılmalıdır.

· Belirli durum ya da durumlardan mantıksız biçimde kaçınma ve topluluklarda bulunma kokusu varsa tanı: ‘sosyal fobi’ olmalıdır.

· Belirli nesne ya da durumlardan kaçınmalar varsa, ancak topluluklarda bulunma öyküsü yoksa tanı: ‘ özgül fobi’ olmalıdır.

· Sosyal fobi ve özgül fobi tanısı konamıyorsa, ancak panik atağı öyküsü ve evden çıkma korkusu varsa, tanı: ‘agorafobi ile giden panik bozukluğu’ dur.

· Panik atağı var ancak evden çıkma kokusu yoksa tanı: ‘agorafobisiz panik bozukluğu’ dur.

· Yineleyici düşünce ve seremoniler varsa tanı: ‘obsesif kompulsif bozukluktur.’

· Geçirilmiş sosyal ya da fiziksel travma öyküsü ve bunları yeniden yaşantılama yakınması izleniyorsa, tanı: ‘travma sonrası stres bozukluğudur.’

· Sürekli ve dışarıdan bakıldığında elle tutulur bir nedeni saptanamayan aşırı endişe durumlarında tanı: ‘yaygın anksiyete bozukluğu’ olmalıdır.

· Yukarıdaki şartları karşılamayan durumlarda da tanı: ‘atipik anksiyete’ olmalıdır.

DEPRESYON

Tanımlama:

Depresif duygular (depresif duygu durumu ‘mood’) sağlıklı insanlarda istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan sıkıntı, üzüntü, keder içeren duygusal tepkiler olup, yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilebilir. Ancak klinikte ruhsal bir çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz olarak etkileyen, hatta onun tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti kümelerinden oluşan bir sendromdur.

Temel özellikleri arasında kederli ve karamsar duygu durumu, kötümser düşünme, gelecek hakkında umutsuzluk, hayattan zevk alamama, enerji azlığı, psikomotor yavaşlama, iştah ve uyku düzensizlikleri gibi vejatatif belirtiler yer alır (30).

20. Yüzyılın ikinci yarısında teknolojik gelişmeler, duygudurum bozukluklarının sebeplerinin araştırılmasında biyolojik faktörlerin rolüyle ilgili çalışmaları hızlandırmıştır. Depresyon etyolojisine yönelik olarak yapılan nörokimyasal ve nöroendokrinolojik çalışmalar bu alanda önemli adımlar atılmasına yol açmıştır. Yine depresyonda beynin yapısal yönünün incelenmesi, belli beyin bölgelerinin hastalıktaki rolü için ilgi çekici olmuştur (31).

TARİHÇE

Depresyon sözcüğü; çökme, kendini kederli hissetme işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan "depress" sözcüğü ise, Latince "depressus" tan gelmektedir. Yazılı kaynaklarda 17. yüzyıldan beri bu sözcüğün kullanıldığına rastlanmaktaysa da, ruhsal bir rahatsızlığın tanımlanması için kullanımı geçen yüzyılın sonunda Kraepelin tarafından yapılmıştır (32).

Depresyon ve benzeri ruhsal hastalıkların tanımlanma ve sınıflandırılma çabaları eski çağlara kadar uzanır. Sümer ve Mısır kaynaklarında bu konuda bazı bilgilere rastlanmıştır. Bilindiği kadarıyla ilk kez eski Yunan' da Hipokrat, bu sendromun belirtilerini tanımlamış ve etiolojisi ile ilgili bir açıklama getirmiştir.

Hipokrat ekolü, vücutta insanın emosyonları ile ilgili dört sıvının olduğunu (kan, sarı safra, kara safra , lenf olmak üzere) ve bunlardan kara safra ve lenf sıvısının mani, melankoli, frenitis ve paranoya gelişimine neden olduğunu ileri sürmüştür. Hipokrat'ın "eğer üzüntü uzun sürerse artık melankolidir" sözü, o zamanlarda depresyonun bir rahatsızlık olarak ele alındığına dair iyi bir fikir vermektedir. Aristo'nun "Problemata" kitabında ve Galen'in yazılarında da melankoli tanımı kullanılmaya devam etmiştir (32,33).

Tarih öncesi dönemlerden beri bilinen "nepenthes" adlı morfin türevinin antidepresan amaçla kullanımı belki de depresyonun bilinen en eski farmakolojik tedavi şeklidir. "Şok" tedavisinin öncülleri de hemen hemen aynı çağlarda Lepkas adasında uygulanmıştır. Bunlardan bir kaç yüzyıl sonra M.S.2. yy.'da Soranus Epheisos diyet, flebotomi, lavman, kusturma, enerjik masaj, güneşlenme, ısıtma ve alkali kaynak sularının içilmesi gibi tedavi yöntemlerini önermiştir (32).

Batının Hipokrat-Galen tarzı düşünce sistemi, doğunun Çin' de Türk ve Arap dünyasında İbni Sina ile doruğa çıkan yaklaşımının etkileri sayılmazsa, pek değişikliğe uğramadan ortaçağa kadar devam etmiştir. 16. yy.' da bir yanda çalışmalarını hayatıyla ödeyen Vesalius ilk anatomik diseksiyonu gerçekleştirirken, öte yanda karanlık ortaçağ düşüncesi Hipokrat'ın da gerisine düşerek bu hastalıkların kökeninin "spiritüel" olduğunu iddia etmeyi sürdürmüştür. Onlara göre hasta olan kişiler "şeytana tutulmuşlardı", oysa bu yıllarda doğu tıbbı hastalarını insanca yöntemlerle tedavi etmekteydi.

16. ve 17. yüzyıl çalışmalarını en iyi tanımlayan ifade, depresyonun etiyolojisi konusunda Vesalius'un "Melankoli beyin ya da bir başka organın tümöründen kaynaklanmaktadır" görüşüdür. Vesalius'u izleyen Plater, ilk kez merkezi sinir sisteminin psikiyatrik tablolardan 6 sorumlu organ olduğunu savunmuştur. Çin'de ise 14. yy ile 20. yy arasını kapsayan geniş dönem içinde depresyonun etiolojisi ile ilgili olarak, "yaşamsal hava dolaşımında bozulma, aşırı yas ve hastanın kontrol edemediği çaresizlik durumları" tanımlanmıştır. 1621'de Burton "Melankolinin Anatomisi" adlı üç ciltlik bir eser yayınlayarak, bugünkü bilgilerimize çok yakın tanımlamalar yapmıştır. 17. Yy'da Willis depresyonun sıvıların aşırı tuzlanmasına bağlı olduğunu söylemiştir. 18. Yy'da Newton ve Bellini' nin kuramları tıbbi açıklamaları da mekanikleştirmiştir. O yıllarda Pitcairn, Hoffman gibi bilim adamları depresyonu dinamik mikropartiküller, hidrodinamik ilkeler, kan-lenf-sinir sıvısının dolaşımında bozulma ile açıklarlarken, Cullen "sinir sıvısının

düzensiz hareketinin belki de elektriksel bir yolla melankoli sebebi" olduğunu savunmaktaydı (32).

19. yy Pinel, Esquirol, Falret, Mendel ve Kreapelin'in katkılarıyla depresyon bugün bilinen kavramlarına çok yaklaşmıştır. Falret 1854'te depresyonlu hastaların zaman içinde taşkınlık geliştirdiklerini, sonra tekrar depresif dönemin ortaya çıkabildiğini gözlemlemiş ve bu durumu, dalgalanan delilik (la folie circulare) olarak tanımlamıştır. Aynı dönemde bir diğer Fransız psikiyatrist olan Bailargerise, manik ve depresif dönemlerin aynı hastada görüldüğü durumu, çift şekilli delilik (la folie a double forme) olarak adlandırmıştır. 19. Yy'da Alman psikiyatri ekolü, modern anlamda ruhsal hastalıkları sınıflandırmaya çalışmış ve Kahlbaum 1882'de mani ve melankolinin aynı hastalık sürecinin farklı dönemleri olduğunu tanımlamıştır. Bu durumun hafif şekline ise "siklotimi" adını vermiştir (32). Kraepelin ise, bugün depresyon olarak anladığımız durumu "manik depresif hastalık" ve "involüsyonel depresyon" adı altında ele almış "dementia prekoks" ile ayırımını açık bir biçimde yapmıştır. Kraepelin'in nozolojik çalışmaları bu yüzyıl içinde, gerek ruhsal rahatsızlıkların tanımlanması, gerekse psikiyatrik hastalıkların etiolojik ve kategorik olarak sınıflandırılma çabalarında yol gösterici olmuştur. 20. yy Meyers, Freud, Adler, Abraham, Bowlby, Rado, Jacobsen'in katkıları yanında biyolojik olarak da, bugün çoğu hayatta olan araştırmacılar ve birkaç yıl önce aramızdan ayrılan Winokur' un çalışmalarıyla şekillenmiştir (34).

KLİNİK ÖZELLIKLER

Depresyonun genel belirtileri :

- Depresif duygudurum varlığı
- Hiçbir şeyden zevk alamama (anhedoni)
- Konuşmada, düşüncelerde, davranışta yavaşlama
- Enerji kaybı, yorgunluk, bitkinlik, letarji, anerji,
- Uyku bozukluğu (genellikle insomnia olur)
- İştahta değişme (genellikle kilo kaybı olur)
- Somatik yakınmalar
- Ajitasyon (huzursuzluk olarak yaşanan artmış motor etkinlik)

- Cinsel ilgi ve etkinlikte azalma
- İşe ya da yapılan diğer etkinliklere karşı ilgi kaybı
- Değersizlik, kendini küçük görme, kendi kendini kınama, utanç ya da suçluluk duyguları
- 'Düşünmede yavaşlama' ya da 'düşüncelerinin (zihninin) karmakarışık olması' yakınmalarıyla belirli düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma
- Anksiyete
- Benlik saygısında azalma
- Çaresizlik duyguları
- Karamsarlık ve umutsuzluk
- Ölüm düşünceleri veya intihar girişimleri

Depresyon tanımlamasının odak noktasını üzüntülü duygudurum (depresyon), azalan keyif alma kapasitesi (anhedoni) oluşturmaktadır. Duygudurum değişikliği depresyonun en temel öğesi olarak düşünülür; acı ve üzüntü duygusu, hoş olmayan olaylara aşırı duyarlılık, mutluluk verici olaylara duyarsızlık, beklenti memnuniyetinde azalma, zevk alamama, afektte küntleşme, apati şeklinde dışa vurum olarak belirtilebilir. Çökkün duygudurum terimi negatif afektif yansımayı simgeler ve çökkün, kederli, dokunaklı, irritabl veya anksiyöz gibi çeşitli şekillerde tanımlanır.

Depresyonda genel olarak üç alanda bozukluk olduğu söylenebilir:

1) Emosyonel alanda (disfori, irritabilite, anhedoni, toplumdan uzaklaşma)
2) Kognitif alanda (kendini kınama, değersizlik ya da suçluluk duyguları, umutsuzluk, düşüncelerini belirli bir konu üzerinde toplamada güçlük çekme, bellek bozukluğu, hezeyanlar ya da halüsinasyonlar)
3) Vegetatif alanda (yorgunluk-bitkinlik, enerji kaybı, insomnia-hipersomnia, anoreksiya-hiperfaji, psikomotor retardasyon / ajitasyon, libido kaybı)

Depresyonlu hastanın değerlendirilmesi:

1) Öyküden Elde Edilen Bilgiler:

a. Anhedoni-zevk alamama,
b. Arkadaşlar veya aileden uzaklaşma,
c. Güdülenme yokluğu ve engellenmeye dayanma gücünde azalma,
d. Vejetatif belirtiler: libido kaybı, iştahsızlık ve kilo kaybı, iştah artışı ve kilo alma, düşük enerji düzeyi, adet düzensizliği, sabah erken uyanma (terminal insomnia) çökkün hastaların yaklaşık %75'i uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi uyku bozukluklarına sahiptir, gün içinde dalgalanma (semptomlar sabahleyin kötüleşir).
e. Kabızlık,
f. Ağız kuruluğu,
g. Baş ağrısı.

2) Ruhsal Durum Muayenesinden Elde Edilen Bilgiler:

a. Genel görünüm ve davranış; psikomotor yavaşlama veya ajitasyon, göz temasında azalma, ağlama, vücudun öne eğilmesi, kişisel görünüme dikkat etmeme.
b. Duygulanım; sıkıntılı.
c. Duygudurum; çökkün.
d. Konuşma; azdır ya da kendiliğinden konuşmaz, tek hecelerle, uzun aralıklarla konuşur, hafif, düşük tonda ve monotondur.
e. Düşünce içeriği; çökkün hastaların %60'ında özkıyım düşünceleri ve %15'inde tamamlanmamış özkıyım; obsesif yinelemeler; yaygın umutsuzluk; değersizlik ve suçluluk duyguları; bedenle ilgili zihinsel uğraşlar; kararsızlık; içerik yetersizliği; varsanı ve sanrılar (duygudurumla uyumlu suçluluk, yok olma, kötülük görme gibi); kendiliğindenlikte azalma.
f. Duyum; çelinebilirlik, yoğunlaşma güçlüğü, bellek zayıflığı, yönelim bozukluğu olabililir
g. İçgörü ve yargılama; kişisel değersizlikle ilgili bilişsel bozukluklar nedeniyle bozulur.

3) Eşlik Eden Bulgular:

a. Bedensel yakınmalar; depresyonu maskeleyebilir; özellikle kalp, sindirim sistemi, boşaltım sistemi, sırtın alt tarafında ağrı ve ortopedik yakınmalar.

b. Sanrı ve varsanıları mevcut ise içerikleri çökkün duygudurumla uyumlu olmaya eğilimlidir; en yaygın olanlar suçluluk, yoksulluk, hak edilmiş kötülük görme, bedenle ilgili ve dünyanın sonu geldiği şeklindedir. Duygudurumla uyumsuz sanrılar, duygudurumla belirgin olarak ilişkisi olmayan içeriktedirler, örneğin çökkün durumlarla ilişkisiz düşünce sokulması, yayınlanması, etkilenme sanrılarıdır.

4) Yaşa Özgü Bulgular: Depresyon değişik yaşlarda farklı şekillerde görülebilir.

a. Puberte öncesi: Somatik yakınmalar, ajitasyon, tek sesli işitsel varsanılar, kaygı bozuklukları ve fobiler.

b. Ergenlik: Madde kötüye kullanımı, antisosyal davranış, huzursuzluk, okuldan kaçma, okul güçlükleri, gelişigüzel cinsel ilişkiler, reddedilmeye aşırı duyarlılık, yetersiz kişisel bakım

c. Yaşlılık: Bilişsel kusurlar (bellek yitimi, yönelim bozukluğu ve konfüzyon, psödodemans ya da depresyonun demans sendromu, apati, çelinebilirlik

EPİDEMİYOLOJİ VE RİSK ETKENLERİ

Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülenlerden biridir. Kabaca toplumda her 10 kişiden birinde izlenmekte olup, her dört kadından birisi ve her 8-10 erkekten birisi yaşamları boyunca en az bir kez depresif epizod geçirmektedir. Kadınlarda erkeklerden 2 kat fazla görülmektedir. Majör depresyon orta yaşlarda (20-40) daha sık izlenen bir hastalıktır. Yaşam boyu majör depresyon prevelansını; Angst 1992'deki çalışmasında %4.4-%19.6 ve Kessler 1994 'deki çalışmasıyla %17 olarak belirtmiştir. Doğan ve arkadaşlarının 1995'deki çalışmasında; ülkemizdeki depresyon yaygınlığı (%8-20) diğer ülkelerdeki oranlara benzer bulunmuştur. Yine Keslerr 1994'de

ki çalışmasında, 1 yıllık süre içersinde, toplumun %10.3'ünde majör depresyon tesbit edilmiştir. 1 yıllık prevelans kadınlarda %8, erkeklerde %3 civarındadır. Witchen ve arkadaşlarının 1994'deki çalışmasında yaşam boyu tekrarlayan kısa depresyon oranı %11 olarak verilmiştir.

Depresyonda risk etkenleri

Yaş :

Depresyon daha çok orta yaş hastalığıdır. Majör depresyon orta yaş ve 45 yaş altında daha sık görülür. Jorm'un 2000 yılında ki bir çalışmasına göre, daha öncesinde var olan yaygın kanının aksine, depresyon yaşlılarda daha fazla görülmektedir. İlerleyen yaşla birlikte hastalarda izlenen depresif belirtilerin artmasına rağmen, majör depresyon sıklığı artmaktadır (30).

Cinsiyet:

Major depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Cinsiyete göre ortaya çıkan bu farklılık genç ve orta yaşta daha belirgindir. Yaş ilerledikçe iki cins arasındaki fark git gide azalmaktadır.

1) Biyolojik ve genetik etkenler: menstürel siklus gibi normal hormon dalgalanmalarına verilen anormal yanıtlar ya da diğer hormonal etkenler; menopoz, hamilelik, doğum, hormon ve doğum kontrol ilaçlarının etkileri depresyonun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir. Ayrıca kadınlarda mono amino oksidaz seviyeleri yüksektir ve tiroid hormon bozuklukları daha fazla görülür. Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyonda ise, düşen östrojen ve artan progesteron düzeyleri sorumlu tutulmaktadır. Premenstrual dönemde duygusal insitabilitedeki artış da benzeri bir değişimle ilişkili olabilir. Oral doğum kontrol haplarının kullanılması sonucu, progesteron artışıyla birlikte depresif belirtilerinde artması, bu yaklaşımı desteklemektedir.

2)Psikolojik etkenler: Bu konuda, kadına toplum içinde biçilen rol, bu konuda ona karşı verilen tepkiler, yaşadığı stresler, çatışmalar ve çoğu kez bunlarla başa çıkamamanın verdiği çaresizlik, bunlardan sorumlu tutulmaktadır (30).

Irk ve etnik gruplar:

Loosen ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada: majör depresyon dağılımının ırklara ve etnik gruplara göre farklılık göstermediği ve ırklar arasında görülen bazı farklılıklarında, daha çok sosyoekonomik durumun etkisinden kaynaklandığını ileri sürenler yanında, siyah ırkta daha az oranda majör depresyon izlendiğini ileri sürenlerde olmuştur (30).

Medeni durum:

Depresyon ayrı yaşayan ya da boşanmış eşler arasında daha yüksek oranda izlenmektedir. Yalnız yaşayan annelerde, evli olanlara göre, depresyon gelişme riski iki kat daha fazladır. Brown ve Moran'ın 1997 yılında ki çalışmalarında eş kaybının depresyonun ilk epizoduyla ilişkili önemli bir çevresel stres etkeni olduğu görülmüştür. Bu risk cinsiyete göre değişim göstermektedir. Bekar kadınlar, evlenmiş kadınlara göre daha az depresyon riski yaşarken, bunun tersine evli erkekler bekar erkeklere göre daha az risk taşımaktadır (30).

Aile öyküsü ve genetik özelliker:

Kendler, 1999 yılında yaptığı çalışmada kişinin birinci dereceden biyolojik akrabalarında majör depresyon öyküsü varsa, kendisinde de depresyon görülme olasılığının arttığını ifade etmiştir. Biyolojik akrabasında majör depresyon olanlarda, hastalanma oranı erkeklerde %11, kadınlarda %18 düzeyindedir (30).

Erken dönem çoçukluk yaşantıları:

Bazı yazarlar anne baba tarafından sağlanan ve süreklilik gösteren sevgi ve duygular beslemenin depresyon oluşumunu önlediğini, buna karşı anne babadan ayrılmanın ya da gerçek kayıpların ileri yaşlarda gelişimi açısından risk oluşturduğunu ileri sürmüşlerdir. Spitz; yaşamın ikinci 6 ayında annesinden ayrı kalan bebeklerde açık depresif belirtiler tanımlanmış, kişiyi şekillendiren dönemlerde yaşanan ayrılık ve kayıpların; ya çocuğun depresif yapı geliştirmesine ya da ancak ilkel savunma düzenekleri kullanarak depresyondan korunabileceğine dikkati çekmiştir (30).

Çocukluk dönemi yaşantıları:

1. Kayıplar, özellikle 11 yaş öncesi ebeveyn kaybı ileriki dönemlerde depresyon gelişimiyle ilişkili bulunmuştur.
2. Anne babanın ilgisiz tutumu, özellikle 17 yaşından önce karşılaşılan ihmal bir başka risk etkenidir.
3. Çocukluk döneminde yaşanan kötüye kullanım durumları da diğer bir risk etkenidir. 1994'te Bifulco'nun, 1990'da Haris'in yaptıkları çalışmalarda; aile üyelerinden şiddet görme, aile içinde ya da yakın çevre tarafından cinsel tacize uğrama gibi olayların depresyonu yaklaşık iki kat arttırdığı görülmüştür. Birmaher ve arkadaşlarının 1996'da ki çalışmasında çocukluk dönemlerinde ki kötüye kullanımlarının hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) eksenin işlevlerini etkileyebileceği yani kortikotropin salgılatıcı hormon uyarma testinde daha yüksek derecede ACTH yanıtlarının alındığını ileri sürmektedirler (30).

Hastalık öncesi kişilik özellikleri:

Depresyonun kapsamlı anlaşılabilmesi için, kişinin depresyon epizodu öncesindeki 'premorbid' kişilik yapısı incelenmelidir. Obsesif histrionik, pasif ve bağımlı vede sınır kişilik yapısı özelliklerine sahip olanlarda depresyon daha çok izlenirken, antisosyal ve paranoid işilik yapısına sahip bireylerde daha az izlenmekte olduğu yönünde görüşler vardır (30).

Olumsuz yaşam olayları ve stres etkenleri:

Olumsuz yaşam olaylarının tek başlarına değil, ancak kişide genetik, biyolojik ya da psişik bir yatkınlık bulunması durumunda depresyon oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir. Bir çok insan olumsuz yaşam olayları yaşadığı halde epizoduna girmemektedir. Çünkü negatif olaylar daha çok 'efektif dia tez' e sahip bireyler üzerinde etkili olmaktadır. Paykel'in 1971, 1994 ve 1997'de ki çalışmalarında bu konuyla ilgili bir diğer hususa dikkat çekilmistir. Yaşanan olayların kendisinden çok o olayın o kişi tarafından nasıl algılandığı da ruhsal açıdan çok daha önemlidir. Bu konuyla ilgili olarak 1997'de Brown ve arkadaşları, etkileri uzun süre devam eden yaşam olaylarının, depresyon oluşturmadaki rolünü vurgulamış, kısa

süreli etki oluşturan olayların depresyona yol açmadığını ileri sürmüşlerdir (30).

Sosyo-ekonomik durum ve sosyal destek :
Bruce ve Takeuchi 1991'de yoksul kişilerde depresyon oranının iki kat daha fazla olduğunu, Rothschild ise 1999 yılındaki çalışmasında depresyonun kentlerde, işsizlerde 3 kat, yoksullarda 2 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (30).

Diğer psikiyatrik durumlarla birliktelik:

1. Kupfer 2001'de depresyonun tekrarlayabilen ve kronikleşen bir hastalık olduğunu, birinci epizoddan sonra ortalama %75-80 civarında nüks oranı olduğunu ifade etmiştir.
2. Anksiyete bozukluklarının varlığı, depresyon olasılığını artırmaktadır
3. Nörolojik hastalıklar; örneğin Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, inme gibi hastalıklarda depresyon yüksek orandadır.
4. Birincil uyku bozukluklarının varlığı depresyon sıklığını artırmaktadır.
5. Alkol ve madde kötüye kullanımıyla depresyon arasında daha yüksek oranda birliktelik izlenir (30).

MAJOR DEPRESİF EPİZOD İÇİN DSM-IV TANI ÖLÇÜTLERI:

A.İki haftalık bir dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan en az beşinin olması: semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbı duruma bağlı olan ya da duyguduruma uygun olamayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

1. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin:kendisini üzgün, boşlukta hisseder.) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin: ağlamaklı bir görünümü vardır..) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif dugudurum.

Not: çoçuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

3. Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin: ayda vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere ya da hemen hergün iştahın azalmış ya da artmış olması.)

Not: çoçuklarda beklenen kilo alımının olmaması.

4. Hemen hergün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması.

5. Hemen hergün, psikomotor ajitasyon ya da reterdasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir.)

6. Hemen hergün yorgunluk-bitkinlik ya da ya da enerji kaybının olması

7. Hemen hergün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması

8. Hemen hergün, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir.)

9. Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu semptomlar bir Mikst Epizodun tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örnegin: kötüye kullanılabilen bir ilaç)

E. Bu semptomlar Yas'la daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (35).

MATERYAL VE METOD

Olgular

Bu çalışmaya Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz ünitesinde takip edilmekte olan 63 hemodiyaliz ve periton diyalizi hastası ve bakım verenleri alınmıştır.

Çalışmaya alınma kriterleri

*4 aydan uzun süredir hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi görmekte olan hastalar
*18 yaş üzeri olan hastalar
*İletişim sorunu olmayan hastalar
*Çalışma hakkında bilgilendirilmiş çalışmayı kabul eden hastalar

Çalışmaya alınmama kriterleri

* 4 aydan daha kısa süredir hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi gören hastalar
* 18 yaşın altında olan hastalar

Veri Toplama Yöntemi

Çalışma öncesi hemodiyaliz , periton diyalizi hastaları ve bakım verenleri ile yüzyüze görüşme yapılarak çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve çalışma için izin alınmıştır.

Hastalarla ve bakım verenleri ile görüşülerek yaş, cinsiyet, eğitim durumu (okur-yazar değil, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite), bakım verenin yakınlığı, doğum yeri (il, ilçe, köy), net geliri, gibi sosyodemografik özellikleri kaydedildi.

Hastaların diğer özellikleri; hemodiyaliz süreleri, primer böbrek hastalığı nedeni (diyabetes mellitus, hipertansif nefroskleroz, glomerülonefrit ... vb) ve ilave hastalık mevcudiyeti (diabet,

hipertansiyon, koroner kalp hastalığı..vb) merkezlerindeki kayıtlardan ve ilgili hekimlerle görüşülerek tespit edildi.

Hastaların hemodiyaliz seansında prediyalitik sistolik ve diyastolik kan basınçları, merkezlerindeki hemşire gözlem kayıtlarından elde edildi.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde; yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan 1992 yılında Rand Coorpation tarafından geliştirilip kullanıma sunulmuş Short Form -36 (SF-36) kullanılmıştır. SF-36 bir çok dillere çevrilmiş, Türkçe için ise bedensel hastalığı olanlarda geçerliliği ve güvenirliği Koçyiğit ve ark. tarafından tanımlanmıştır (36).

Ölçek adından da anlaşıldığı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 skalanın ölçümünü sağlamaktadır; **(1)** Fiziksel fonksiyon; sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitelerin kısıtlanması (masa itmek, poşet taşımak, merdiven çıkmak, yürümek gibi günlük aktivitelerin etkilenmesi), **(2)** Sosyal fonksiyon; fiziksel ve duygusal nedenlerle sosyal aktivitelerin kısıtlanması (arkadaşlarını ve akrabalarını ziyaret gibi), **(3)** Rol fiziksel fonksiyon; fiziksel sağlık sorunlarına bağlı rol kısıtlılıkları çalışma saatleri ya da günlük aktivitelerden kaynaklanan fiziksel sağlık sorunlarına etkileri gibi) ,
(4) Emosyonel rol fonksiyon; emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (çalışma ya da günlük aktiviteler üzerine depresyon ya da anksiyete gibi emosyonel sorunların etkisi), **(5)** Mental sağlık; psikolojik sıkıntı ve iyilik ile ilgili olarak genel mental sağlık,
(6) Zindelik; (enerji,yorgunluk düzeyinin objektif değerlendirilmesi konusunda sorular gibi), **(7)** Ağrı; ağrının şiddeti ve çalışma gücünü nasıl etkilediği ve **(8)** Genel sağlık anlayışı; (kendi sağlığı konusunda hisleri).

Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve puan yükseldikçe yaşam kalitesinin iyi olduğu şeklinde değerlendirilir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir.

SF- 36 yaşam kalitesinin genel toplum örneğinde güvenilirlik çalışmasında , akılsal işlev dışında tüm alt boyutlarda puanlar sıfır ve 100 arasında değişmektedir. Medyan değerler genel sağlık algısı için 72, yaşamsallık için 70, ve akılsal işlev için 76 dır. Diğer yaşam kalitesi boyutlarında medyan değer 100 dür. Fiziksel sağlık özet skor değerleri 14 ve 63 arasında değişmektedir; Akılsal sağlık özet skor değerleri 26 ve 70 aralığındadır. Fiziksel ve akılsal sağlık ve medyan değerler sırasıyla 56 ve 52 dir (37).

SF-36' yı seçmemizin nedeni kavramının tanımı ve kullanımı konusunda basılı bir rehberin olması ve bu ölçeğin diyaliz hastalarında kullanımının uygun ve yararlı olduğunu belirten çalışmaların bulunması, uygulama, değerlendirme ve yorumlanmasının kolay olmasıdır.10-15 dakika içinde uygulama tamamlanır. Ancak ölçeğin önemli bir dezavantajı; uyku kontrolü , cinsel işlevleri değerlendirme ve aile fonksiyonu ile ilgili başlıklar içermemesidir.

SF-36 gerek uygulamada rahat ve kolay kullanımıyla gerekse çoğu hasta gruplarında kullanışlı ve yararlı olmasıyla ve bir çok çalışmada geçerlilik, güvenilirlik, duyarlılığın gösterilmiş olmasından dolayı kronik hastalığı olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi yönünden önerilir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Anksiyete ve depresyon alt ölçeklerini içermektedir. Ölçek bir kendini-bildirim ölçeğidir ve 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Çünkü herhangi bir psikiyatrik bozukluğun etkili olduğu durumda sağaltım oldukça farklılık göstermektedir. Ayrıca ölçek hastanın emosyonel durumunun değişiminin değerlendirilmesinde de kullanılabilmektedir.

Başlığındaki hastane sözcüğüne karşın alanda ya da birinci basamakta yapılan araştırılmalarda da bu ölçekten yararlanılabilir.

HAD Ölçeği'nde varolan bedensel hastalığın ölçek sonuçlarına etkisinin en aza indirilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle hiçbir bedensel belirti içermemektedir. Depresyon alt ölçeğinin hazırlık çalışmaları sırasında "kalkmam gereken zamandan önce uyanıyorum" maddesi diğer maddelerle uyumsuz bulunmuş (r=0.11) ve çıkarılmıştır. Psikiyatri kliniklerine başvuran hastalarda sık rastlanmasına rağmen, diğer kliniklere başvuran hastalarda pek sık rastlanmayan özkıyım girişimi ve fobik kaçınma gibi belirtilere de yer verilmemiştir. Ancak, bu hastalarda depresyonun ayırt edilmesinde önemli bir belirti olan anhedoni üzerine yoğunlaşılmıştır.

Ölçeğin tümüyle orta düzeyde doldurulmaması için ayarlamalar yapılmıştır. Yanıt tekrarlarını önlemek amacı ile bir değişikliğe gidilmiş, bir maddedeki ilk yanıt şiddeti yansıtırken, bir sonraki maddede sonuncu yanıt en yüksek şiddeti yansıtacak şekilde düzenlenmiştir. Puanlamanın hazırlanmasında "0-1 arası" hasta olmayan, "2" sınırda hasta, "3-4" belirgin hasta olarak kabul edilmiştir. HAD ölçeğinin kullanışlı bir değerlendirme aracı olduğu ve puan aralıklarını yanlış pozitif ve yanlış negatif sonucu en aza indirecek şekilde verdiği kanıtlanmıştır (39). Ölçekten elde edilen puanın bedensel hastalığın varlığından etkilenmediği gösterilmiştir (40).

Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir (36). Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puan 10/11, depresyon alt ölçeği için 7/8 bulunmuştur. Bu puanların üzerinde puan alanlar risk altında olarak değerlendirilir. İki alt ölçekten de alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. HADÖ bedensel belirtilere ilişkin madde içermemesi nedeniyle tercih edilmiştir (13-38).

Diyaliz hastalarının bakımı, bakıcı konumundaki kişiler için psikolojik ve sosyoekonomik açıdan oldukça zordur. Bakıcı yükü terimi de, fiziksel, emosyonel ve finansal olarak karşılaşılan güçlüğün bir derecesi olarak kullanılmaktadır.

Bakım verenin yükü kavramı ilk kez Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında demans hasta grubu için önerilmiş olup (41), bu terimle bakım verme işinin fiziksel, emosyonel ve ekonomik bedelleri ifade edilmektedir. Bu tarihten sonra bakım verenin yükü kavramının incelenmesi demans hasta grubuyla sınırlı kalmayıp; Romatiod Artrit (42), Kalp Yetmezliği (43), gibi kronik hastalıklar; Amiyotrofik Lateral Skleroz (44), Beyin Tümörü (45), paraplejiler (46), Multipl Sklerosis (47), Parkinson Hastalığı (48) ve inme (49) gibi nörolojik hastalıklar; anoreksiya ve bulimiya nervosa gibi yeme bozuklukları gruplarında da test edilmiştir. Bu doğrultuda bakım verme yükünü ölçümlemeyi amaçlayan hatta bazı hastalıklara özgün olarak tasarlanan pek çok farklı ölçek üretilmiş olsa da Zarit ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilen Zarit Bakım Verenin Yükü Ölçeği (Zarit Caregivers Burden Scale) hala en sık kullanılan ölçeklerden biridir.

Ölçek bakım verenin yükünü, bakım verenin sağlığını, psikolojik iyilik halini, ekonomisini ve sosyal yaşamını değerlendiren toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Zarit Bakım Verenin Yükü Ölçeği (ZBVYÖ) Likert tipi bir ölçek olup yanıtlar “asla” ve “neredeyse her zaman” arasında değişmekte olup 0-4 puan arası skorlanmaktadır (50). 2006 yılında yayımlanan inme, kronik obstruktif akciğer hastalığı ve genel yeti yitimi olmak üzere 3 farklı hastalık grubunun bakım verenleri üzerine yürütülen bir çalışmada, ZBVYÖ’nden 24 puan alan bakım verenlerin %72’sinde CES-D ile olası depresyon saptanmış, 24 kesme puan olarak kabul edilmiştir (51).

Bu çalışmada SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, HAD ölçeği kullanılarak Hemodiyaliz ve Periton diyalizi hastalarında ve bakım verenlerinde yaşam kalitesinin,anksiyete ve depresyona etkileri ile ZBVYÖ’ni kullanarak bakıcı durumundaki kişilerin bakım verme yükünü ve bu yükün , hastaların yaşam kalitesi ,anksiyete ve depresyonları ile ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

İstatistiksel İncelemeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi kullanıldı. Parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışma Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyaliz ünitesi'ndeki toplam 63 periton ve hemodializ hastası ve 63 hasta yakını (bakım vereni) üzerinde yapılmıştır.

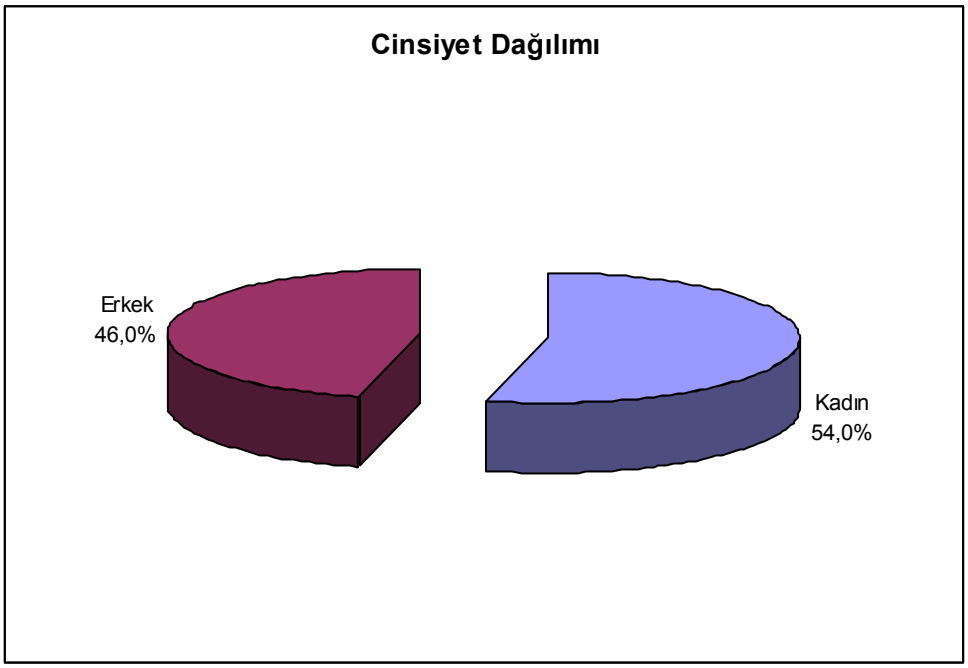
Tablo 2: Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Hastanın		Min - Max	Ort ± SD
Yaş		18 – 80	47,04 ± 15,21
Diyaliz Süresi		6 -168	38,19 ± 34,86
		n	***%***
Cinsiyet	**Kadın**	34	*54,0*
	Erkek	29	*46,0*
Eğitim Düzeyi	**Eğitimsiz**	10	*15,9*
	İlkokul	38	*60,3*
	Ortaokul	5	*7,9*
	Lise	8	*12,7*
	Üniversite	2	*3,2*
Toplam		**63**	***100***

Hastaların yaşları 18 ile 80 arasında değişmekte olup ortalama yaş 47.04±15.21'dir.

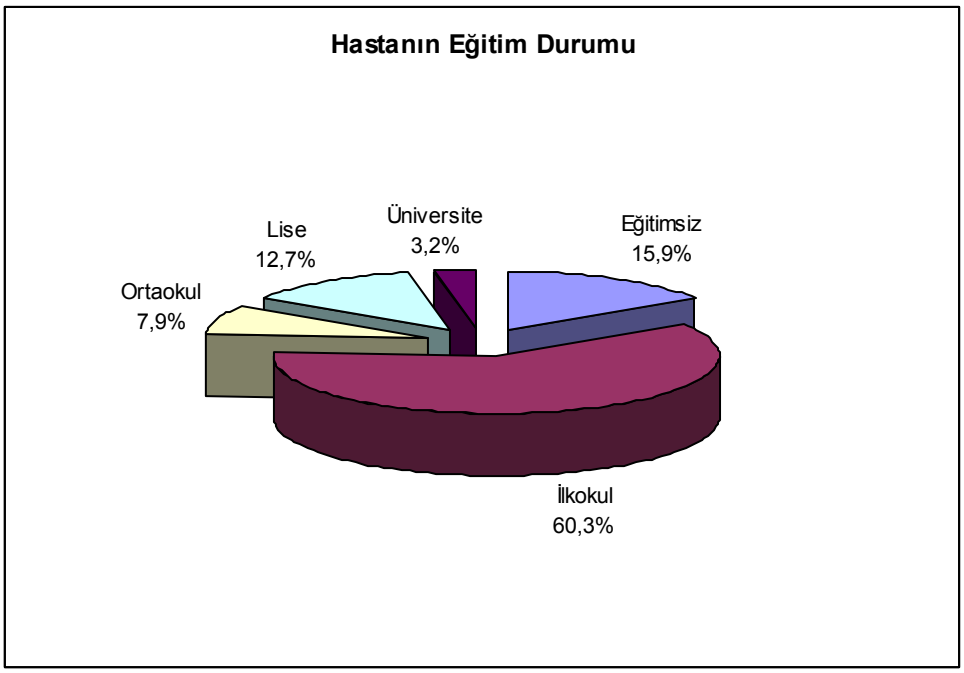
Hastalık süresi 6 ay ile 168 ay arasında değişmekte olup ortalama hastalık süresi 38.19±34.86 aydır.

Hastaların %54'ü (n=34) kadın, %46'sı (n=29) erkektir.



Şekil 1: Hastaların Cinsiyet Durumlarının Dağılımı

Hastaların %60.3'ü (n=38) ilkokul, %7.9'u (n=5) ortaokul, %12.7'si (n=8) lise, %3.2'si (n=2) üniversite mezunu iken, %15.9'u (n=10) eğitim almamıştır.



Şekil 2: Hastaların Eğitim Durumlarının Dağılımı

Tablo 3: Hastaların Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Dağılımı

Hastanın	Min - Max	Ort±SD
Anksiyete Puanı	0 -18	8,61±5,30
Depresyon Puanı	0 -21	8,36±5,72

Hastaların anksiyete puanları 0 ile 18 arasında değişmekte olup; ortalaması 8.61±5.30'dur.

Hastaların depresyon puanları 0 ile 21 arasında değişmekte olup; ortalaması 8.36±5.72'dir.

Tablo 4: Primer Hastalık Dağılımı

		n	%
Primer Hastalık	Bilinmiyor	18	*28,6*
	HT	17	*27,0*
	DM	7	*11,1*
	DM + HT	6	*9,5*
	IGA Nefropati	2	*3,2*
	HT + RPGN	1	*1,6*
	FMF + AMİLOİDOZ	1	*1,6*
	PBH + HT	1	*1,6*
	GMN + HT	1	*1,6*
	Tek Böbrek	1	*1,6*
	HT + KVH	1	*1,6*
	GMN + Skleroder	1	*1,6*
	Skleroderma	1	*1,6*
	HELLP	1	*1,6*
	PBH	1	*1,6*
	VUR	1	*1,6*
	FMF	1	*1,6*
	GUT	1	*1,6*
TOPLAM		**63**	***100***

Hastaların %28.6'sının primer hastalığı bilinmiyorken, %27'sinde hipertansiyon, %11.1'inde diyabet, %9.5'inde diyabet+hipertansiyon, %3.2'sinde IGA nefropati, 1'er olguda HT+RPGN, FMF+Amiloidoz, PBH+HT, GMN+HF, tek böbrek, HT+KVH, GMN+Skleroder, skleroderma, HELLP, PBH, VUR, FMF, GUT hastalığı vardır.

Tablo 5: Hastanın SF-36 Puanları

SF-36	Min - Max	Ort ± SD
Fiziksel Fonksiyon	0 -100	49,44 ± 27,56
Fiziksel Rol Fonksiyonu	0 -100	21,42 ± 33,55
Emosyonel Rol Fonksiyonu	0 -100	28,56 ± 40,53
Zindelik \ Yorgunluk	0 -100	40,31 ± 25,57
Mental Sağlık	12 -100	50,80 ± 22,96
Sosyal Fonksiyon	0 -100	50,47 ± 29,29
Ağrı	10 -100	58,37 ± 29,48
Genel Sağlık	0 -80	35,91 ± 19,15

Hastaların;

Fiziksel fonksiyon puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 49.44±27.56'dır.

Fiziksel rol fonksiyon puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 21.42±33.55'dir.

Emosyonel rol fonksiyon puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 28.56±40.53'tür.

Zindelik/yorgunluk puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 40.51±25.57'dir.

Metal sağlık puanları 12 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 50.80±22.96'dır.

Sosyal fonksiyon puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 50.47±29.29'dur.

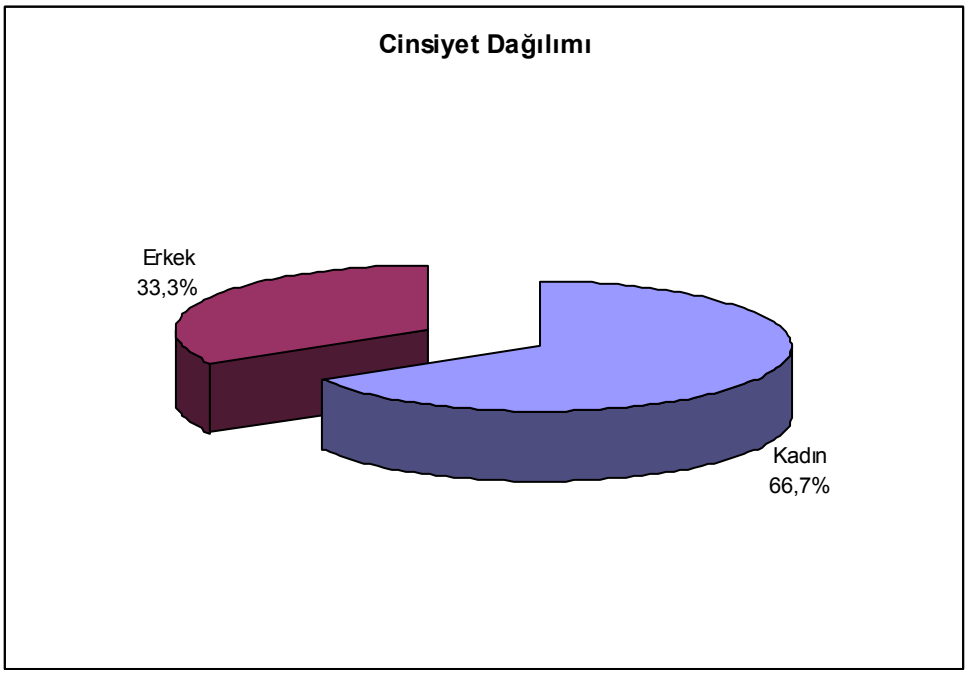
Ağrı puanları 10 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 58.37±29.48'dir.

Genel sağlık puanları 0 ile 80 arasında değişmekte olup; ortalaması 35.91±19.15'dir.

Bakım verenlerin yaşları 15 ile 75 arasında değişmekte olup; ortalaması 40.01±14.68'dir.

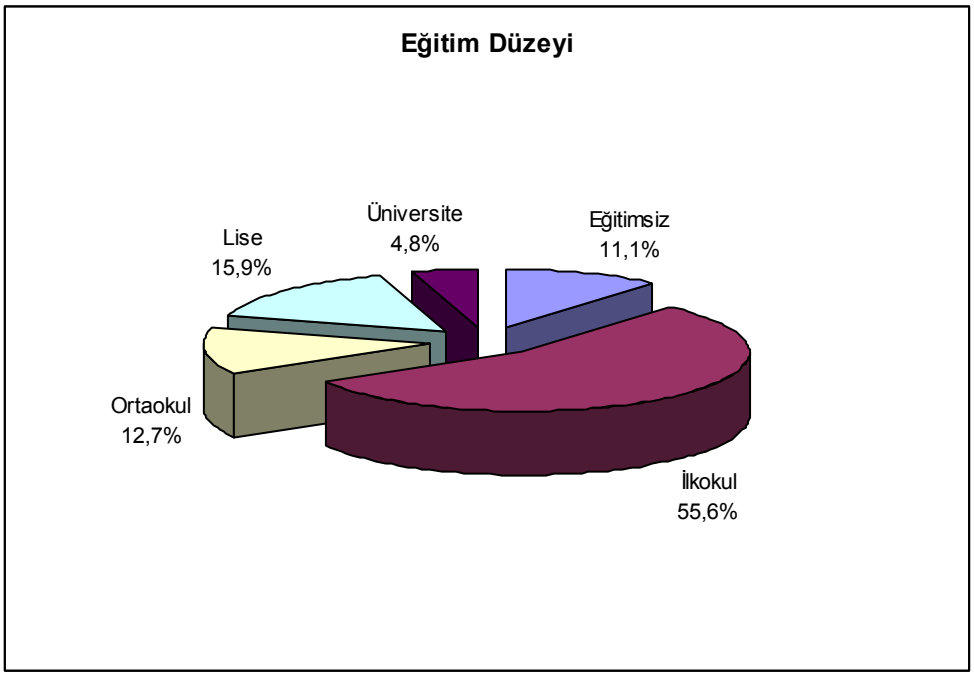
Bakım verenlerin gelirleri 100 TL ile 2000 TL arasında değişmekte olup; ortalaması 728.25±350.73'tür.

Bakım verenlerin %66.7'si kadın, %33.3'ü erkektir.



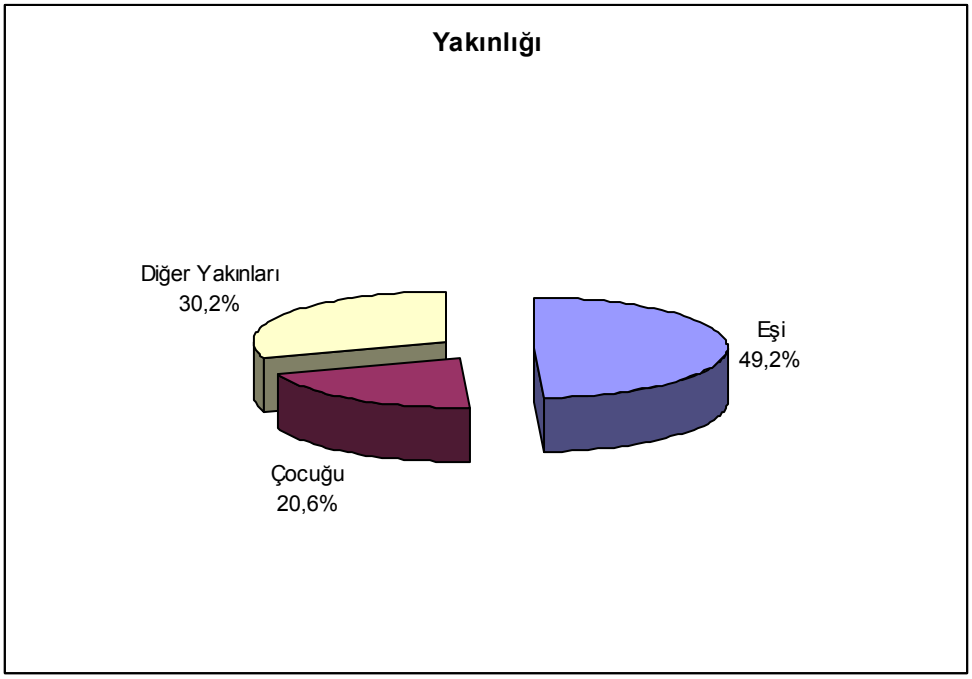
Şekil 3: Bakım Verenlerin Cinsiyet Dağılımları

Bakım verenlerin eğitim durumlarına bakıldığında; %11.1'i eğitimsiz, %55.6'sı ilkokul, %12.7'si ortaokul, %15.9'u lise ve %4.8'i üniversite mezunudur.



Şekil 4: Bakım Verenlerin Eğitim Düzeyi Dağılımları

Bakım verenlerin hastaya yakınlığına baktığımızda, %49.2'sinin hastanın eşi, %20.6'sının çocuğu ve %30.2'sinin diğer yakınlar olduğu görülmüştür.



Şekil 5: Bakım Verenlerin Yakınlık Derecesi Dağılımları

Tablo 6: Bakım Verenin Anksiyete, Depresyon ve Zarit Puan Ortalamaları

Bakım Verenin	Min - Max	Ort ± SD
Anksiyete Puanı	0 – 20	7,15 ± 5,06
Depresyon Puanı	0 – 20	6,46 ± 5,03
Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit)	23 – 100	51,76 ± 16,21

Bakım verenin;

Anksiyete puanları 0 ile 20 arasında değişmekte olup; ortalaması 7.15±5.06'dır.

Depresyon puanları 0 ile 20 arasında değişmekte olup; ortalaması 6.46±5.03'tür.

Zarit ölçeği puanları 23 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 51.76±16.21'dir.

Tablo 7: Bakım Verenin SF-36 Puanları

Bakım Verenin SF-36 Skorları	Min - Max	Ort ± SD
Fiziksel Fonksiyon	10 - 100	74,28 ± 24,47
Fiziksel Rol Fonksiyonu	0 – 100	54,76 ± 41,60
Emosyonel Rol Fonksiyonu	0 – 100	54,49 ± 43,70
Zindelik \ Yorgunluk	0 – 100	56,19 ± 27,04
Mental Sağlık	8 – 100	59,66 ± 23,88
Sosyal Fonksiyon	0 – 100	67,75 ± 24,40
Ağrı	0 – 100	73,69 ± 23,73
Genel Sağlık	15 – 100	53,34 ± 21,39

Bakım verenin;

Fiziksel fonksiyon puanları 10 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 74.28±24.47'dir.

Fiziksel rol fonksiyon puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 54.76±41.60'tır.

Emosyonel rol fonksiyon puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 54.49±43.70'tir.

Zindelik/yorgunluk puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 56.19±27.04'tür.

Metal sağlık puanları 8 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 59.66±23.88'dir.

Sosyal fonksiyon puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 67.75±24.40'tır.

Ağrı puanları 10 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 73.69±23.73'tür.

Genel sağlık puanları 15 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 53.34±21.39'dur.

Tablo 8: Zarit Puanı ile Hastanın SF-36 Skorlarının İlişkisi

Hastanın SF-36 Skorları	Hasta Yakınları Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit)	
	r	*p*
Fiziksel Fonksiyon	-0,164	***0,199***
Fiziksel Rol Fonksiyonu	-0,281	***0,026****
Emosyonel Rol Fonksiyonu	-0,227	***0,075***
Zindelik \ Yorgunluk	-0,316	***0,012****
Mental Sağlık	-0,437	***0,001*****
Sosyal Fonksiyon	-0,483	***0,001*****
Ağrı	-0,326	***0,009*****
Genel Sağlık	-0,268	***0,034****

Pearson korelasyon analizi ** p<0.05* *** p<0.001*

Zarit puanı ile hastanın fiziksel fonksiyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Zarit puanı ile hastanın fiziksel rol fonksiyon puanı arasında negatif yönde, %28.1 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05).

Zarit puanı ile hastanın emosyonel rol fonksiyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Zarit puanı ile hastanın zindelik yorgunluk puanı arasında negatif yönde, %31.6 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05).

Zarit puanı ile hastanın mental sağlık puanı arasında negatif yönde, %43.7 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Zarit puanı ile hastanın sosyal fonksiyon puanı arasında negatif yönde, %48.3 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Zarit puanı ile hastanın ağrı puanı arasında negatif yönde, %32.6 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Zarit puanı ile hastanın genel sağlık puanı arasında negatif yönde, %26.8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05).

Tablo 9: Zarit Puanı ile Hastanın ve Bakım Verenin Anksiyete ve Depresyon Puanlarının İlişkisi

	Hasta Yakınları Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit)	
	r	*p*
Hastanın Anksiyete Puanı	0,361	***0,004***
Hastanın Depresyon Puanı	0,323	***0,010****
Bakım Verenin Anksiyete Puanı	0,510	***0,001***
Bakım Verenin Depresyon Puanı	0,566	***0,001***

Pearson korelasyon analizi ** p<0.05* *** p<0.001*

Zarit puanı ile hastanın anksiyete puanı arasında pozitif yönde, %36.1 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Zarit puanı ile hastanın depresyon puanı arasında pozitif yönde, %32.3 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05).

Zarit puanı ile bakım verenin anksiyete puanı arasında pozitif yönde, %51 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Zarit puanı ile bakım verenin depresyon puanı arasında pozitif yönde, %56.6 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Tablo 10: Zarit Puanı ile Bakım Verenin SF-36 Skorlarının İlişkisi

Bakım Verenin SF36 Skorları	Hasta Yakınları Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit)	
	r	*p*
Fiziksel Fonksiyon	-0,322	***0,010****
Fiziksel Rol Fonksiyonu	-0,475	***0,001*****
Emosyonel Rol Fonksiyonu	-0,531	***0,001*****
Zindelik \ Yorgunluk	-0,407	***0,001*****
Mental Sağlık	-0,554	***0,001*****
Sosyal Fonksiyon	-0,437	***0,001*****
Ağrı	-0,457	***0,001*****
Genel Sağlık	-0,446	***0,001****

Pearson korelasyon analizi ** p<0.05* *** p<0.001*

Zarit puanı ile bakım verenin fiziksel fonksiyon puanı arasında negatif yönde, %32.2 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Zarit puanı ile bakım verenin fiziksel rol fonksiyon puanı arasında negatif yönde, %47.5 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Zarit puanı ile bakım verenin emosyonel rol fonksiyon puanı arasında negatif yönde, %53.1 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Zarit puanı ile bakım verenin zindelik yorgunluk puanı arasında negatif yönde, %40.7 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Zarit puanı ile bakım verenin mental sağlık puanı arasında negatif yönde, %55.4 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Zarit puanı ile bakım verenin sosyal fonksiyon puanı arasında negatif yönde, %43.7 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Zarit puanı ile bakım verenin ağrı puanı arasında negatif yönde, %45.7 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Zarit puanı ile bakım verenin genel sağlık puanı arasında negatif yönde, %44.6 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Tablo 11: Bakım Verenin Anksiyete ve Depresyon Puanı ile Hastanın SF-36 Skorlarının İlişkisi

	Bakım Verenin			
Hastanın SF-36 Skorları	**Anksiyete Puanı**		**Depresyon Puanı**	
	r	***p***	**r**	***p***
Fiziksel Fonksiyon	-0,300	***0,017****	-0,224	***0,077***
Fiziksel Rol Fonksiyonu	-0,239	***0,060***	-0,324	***0,010****
Emosyonel Rol Fonksiyonu	-0,167	***0,192***	-0,260	***0,039****
Zindelik \ Yorgunluk	-0,407	***0,001*****	-0,376	***0,002*****
Mental Sağlık	-0,555	***0,001*****	-0,521	***0,001*****
Sosyal Fonksiyon	-0,442	***0,001*****	-0,370	***0,003*****
Ağrı	-0,388	***0,002*****	-0,340	***0,006*****
Genel Sağlık	-0,187	***0,143***	-0,132	***0,304***

Pearson korelasyon analizi ** p<0.05* *** p<0.001*

Bakım verenin anksiyete puanı ile hastanın fiziksel fonksiyon puanı arasında negatif yönde, %30 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05).

Bakım verenin anksiyete puanı ile hastanın fiziksel rol fonksiyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Bakım verenin anksiyete puanı ile hastanın emosyonel rol fonksiyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Bakım verenin anksiyete puanı ile hastanın zindelik yorgunluk puanı arasında negatif yönde, %40.7 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Bakım verenin anksiyete puanı ile hastanın mental sağlık puanı arasında negatif yönde, %55.5 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Bakım verenin anksiyete puanı ile hastanın sosyal fonksiyon puanı arasında negatif yönde, %44.2 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Bakım verenin anksiyete puanı ile hastanın ağrı puanı arasında negatif yönde, %38.8 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Bakım verenin anksiyete puanı ile hastanın genel sağlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Bakım verenin depresyon puanı ile hastanın fiziksel fonksiyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Bakım verenin depresyon puanı ile hastanın fiziksel rol fonksiyon puanı arasında negatif yönde, %32.4 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Bakım verenin depresyon puanı ile hastanın emosyonel rol fonksiyon puanı arasında negatif yönde, %26 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Bakım verenin depresyon puanı ile hastanın zindelik yorgunluk puanı arasında negatif yönde, %37.6 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Bakım verenin depresyon puanı ile hastanın mental sağlık puanı arasında negatif yönde, %52.1 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Bakım verenin depresyon puanı ile hastanın sosyal fonksiyon puanı arasında negatif yönde, %37 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Bakım verenin depresyon puanı ile hastanın ağrı puanı arasında negatif yönde, %34 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Bakım verenin depresyon puanı ile hastanın genel sağlık puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 12: Bakım Verenin Anksiyete ve Depresyon Puanı ile Hastanın Anksiyete ve Depresyon Puanlarının İlişkisi

	Bakım Verenin			
Hastanın	**Anksiyete Puanı**		**Depresyon Puanı**	
	r	***p***	**r**	***p***
Anksiyete Puanı	0,468	***0,001*****	0,399	***0,001*****
Depresyon Puanı	0,291	***0,021****	0,312	***0,013****

Pearson korelasyon analizi ** p<0.05* *** p<0.001*

Bakım verenin anksiyete puanı ile hastanın anksiyete puanı arasında pozitif yönde, %46.8 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Bakım verenin anksiyete puanı ile hastanın depresyon puanı arasında pozitif yönde, %29.1 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05).

Bakım verenin depresyon puanı ile hastanın anksiyete puanı arasında pozitif yönde, %39.9 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001).

Bakım verenin depresyon puanı ile hastanın depresyon puanı arasında pozitif yönde, %31.2 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 13: Hasta Yakınlarının Zarit Puanlarının Değerlendirilmesi

Hasta Yakınları Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit)	Min - Max	Ort ± SD	*p*
Eşi	30-88	51,87±14,38	
Çocuğu	23-89	47,23±19,03	***0,449***
Diğer Yakınları	34-100	54,68±17,19	

ANOVA Test kullanıldı

Hastaya bakan kişinin yakınlık derecesine göre zarit puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 14: Hasta Yakınlarının Anksiyete ve Depresyon Puanlarının Değerlendirilmesi

Bakım Verenin		Min - Max	Ort ± SD	*p*
	Eşi	0-16	5,93±4,55	
Anksiyete Puanı	**Çocuğu**	1-18	8,23±4,28	***0,168***
	Diğer Yakınları	1-20	8,42±6,03	
	Eşi	0-14	5,19±4,23	
Depresyon Puanı	**Çocuğu**	0-15	7,30±4,55	***0,136***
	Diğer Yakınları	1-20	7,94±6,16	

ANOVA Test kullanıldı

Hastaya bakan kişinin yakınlık derecesine göre anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Hastaya bakan kişinin yakınlık derecesine göre depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 15: Hastalık Süresi, Zarit Puanı ve Bakım Verenin Yaş İlişkisi

	Hastalık Süresi (ay)		Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit)		Bakım Verenin Yaşı	
	r	*p*	r	*p*	r	*p*
Hastalık Süresi (ay)	-	-	-	-	0,266	***0,035****
Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit)	-0,079	***0,540***	-	-	0,264	***0,037****
Bakım Verenin Anksiyete Puanı	0,143	***0,264***	0,510	***0,001*****	0,049	***0,705***
Bakım Verenin Depresyon Puanı	0,064	***0,617***	0,566	***0,001*****	0,005	***0,968***

Pearson korelasyon analizi ** p<0.05* *** p<0.001*

Hastalık süresi ile bakım verenin zarit puanı, anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05)

Bakım verenin zarit puanı ile anksiyete puanı arasında pozitif yönde, %51 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001). Bakım verenin zarit puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde, %56.6 düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.001)

Bakım verenin yaşı ile hastalık süresi arasında pozitif yönde, %26.6 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05).

Bakım verenin yaşı ile bakım verenin zarit puanı arasında pozitif yönde, %26.4 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0.05).

Bakım verenin yaşı ile bakım verenin anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0.05)

TARTIŞMA

Kronik böbrek hastalığı organik, mental ve psikososyal ciddi sorunların geliştiği bir tablodur (52). Diyaliz , böbrek hastalarının yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi metodudur. Bununla birlikte çalışma kapasitesinin bozulması, fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar ve cinsel sorunlar gibi bazı psikososyal güçlükler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte, hastalık sürecini ve tedaviyi olumsuz etkilemektedir (53).

Renal replasman tedavisinin amacı SDBY olan hastaların yaşamlarına optimal düzeyde devam etmelerini sağlamaktır (54). Renal replasman tedavilerindeki artan bilgi ve teknolojiye rağmen SDBY hastalarının morbidite ve mortaliteleri hala yüksektir (7,8,9,55). Hastanın yaşam kalitesinin arttırılması için hastaya uygun diyaliz tedavisinin yapılması ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekir (36-56).

Günümüzde diyaliz tedavisinin yalnızca yaşam süresini uzatmak amacıyla değil, aynı zamanda yaşam kalitesini geliştirmek bakış açısıyla uygulanması gerektiği görüşü ağırlık kazanmıştır (57-58).

Psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasında en önemli faktör kuşkusuz kronik hastalığın kendisidir. Ancak ortaya çıkan bu komplikasyonlar tedavi edilmezlerse, doğrudan fiziksel hastalığın seyrini ve morbiditesini olumsuz etkileyeceklerdir (59). Kronik bedensel hastalığı olanlarda ruhsal bozukluk oranı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmaktadır (60,61,62).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, gerek klinik ve epidemiyolojik özellikleri, gerekse tedaviye yanıtları yönünden depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortak özelliklerini ortaya koymaktadır. Anksiyete ve depresyonun birlikte görülme oranı % 9-40'tır. İki bozukluğun bir arada bulunması, hastalarda ortaya çıkabilecek güçlükleri daha da artırabilmektedir (63).

Bireyin hastalığa gösterdiği anksiyete ve depresyon gibi tepkiler, onun hastalıkla baş etme biçimini ve gücünü doğrudan etkilemektedir. Hastalar, hastaneye yatmanın stresi oluştuğunda ve daha fazla tehdit hissettiklerinde normal baş etme yeteneklerini kullanmakta güçlük çekmektedirler (64,65).

Depresyon ile örtüşen ve hemen hemen ona en yakın olan fizyolojik yapının anksiyete olduğu, genellikle depresyonun anksiyete ile ilişkilendirildiği bildirilmiştir (66).

Depresyonu nedeniyle ızdırap içinde olan hasta, fiziksel hastalığının yol açtığı bedensel belirtilerini daha ağır yaşar. Bu durum tıbbi hastalığının gidişini daha da kötüleştirmekte, meslek, aile ve sosyal ilişkilerde yetersizliklere yol açmakta, yaşam kalitesini bozmaktadır. Hastanın tıbbi sağaltıma direnmesi ile iyileşmesi gecikir ve bunun sonucunda, sağaltım süresi uzar, yinelenen hastane yatışları ile sağlık giderleri yükselebilir (67).

Kronik hastalığın türü ne olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapamaması, güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (68,69).

Son yıllarda SDBY'nde yaşam kalitesi artık biyokimya değerleri, hospitalizasyon oranları, hayatta kalım ve mortalite gibi tedaviye yanıt kriterlerinden biri olarak kabul edilmektedir (70). Yaşam kalitesinin tam bir tarifini yapmak güç olmakla birlikte genel bir iyilik hali olarak tarif edilebilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün "sadece hasta veya özürlülüğün bulunmaması değil fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" şeklinde yaptığı sağlık tanımı bir anlamda Yaşam Kalitesi kavramını sağlık tanımına eklemiş bulunmaktadır (71). Yaşam kalitesini ölçen bir aracın kişinin fiziksel işlevselliğinin yanı sıra sosyal ve psikolojik işlevselliğini de ölçmeye yönelik boyutları olması gerekmektedir. SDBY'nde yaşam kalitesi toplum ortalamasına göre düşük bulunmakta, bu fark fiziksel komponentlerde daha belirgin olarak bulunmakta ve hastalığın gidişatı boyunca yaşam kalitesindeki azalma da fiziksel komponentte daha belirgin olmaktadır (72).

Kronik hastalıklar hastanın kendisi kadar yakınlarını da etkiler. Kronik hastalığın eşliğinde uzamış yaşam hem hasta, hem de ailesi için bazı zorluklara ve kısıtlamalara neden olabilmektedir.

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 (73). Yapılan çalışmalarda; kronik böbrek yetmezliği hastalarının en büyük destek kaynağının aileleri olduğu tespit edilmiştir (74).

KBY bir aile hastalığı olarak görülmüştür (75,76). 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 (77,78,79).

Bakım vermek ailelere önemli bir yük getirir. Resmi bakıcı olmayan (ücret karşılığı bakan kişi değil, gönüllü olarak, hastanın yakın çevresi, aile üyelerinden gibi..) kişiler aralarında yüksek stres düzeyleri, depresyon, düşük öznel iyilik hissi, fiziksel sağlık ve kendine yeterlilikte azalmanın da yer aldığı önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşırlar (14,15). Bu yük, bakım alan kişiyle ilişkilerdeki önemli değişimlerle daha da alevlenir (17,16).

Çalışmamızda 18-80 yaş arasında toplam 63 hastanın %54'ü kadın, %46 'sı erkektir. Türk Nefroloji Derneğinin 2007 registry raporuna göre düzenli HD ve SAPD programındaki hastaların cinsiyet dağılımına baktığımızda erkek hasta oranını daha çok görmekteyiz (HD:%56,1 erkek hasta. SAPD:%51,2 erkek hasta) (19).

Hastalık süreleri 6 ay ile 168 ay arasında değişmektedir. Eğitim düzeylerine baktığımızda çoğunluğu %60.3 oranında ilkokul mezunu

oluşturuken, sadece %3.2 lik kısmını üniversite mezunu oluşturmaktadır.

Bununla beraber bakım verenleri 15-75 yaş aralığında olup, bunların %66.7'si kadın , %33.3'ünü erkekler oluşturmaktadır. Bakım veren konumundakilerin %49.2'sini eşler, %20.6 sını çocuklar, %30.2 lik kısmınıda diğer yakınları (gelini,kardeşi,annesi ..) oluşturmaktadır. Aile içinde çoğunluğunda bakım veren konumunda eşler vardır. Daha sonra çocuklar, aile içindeki diğer kişiler gelmektedir (80). Aile içinde primer bakımdan sorumlu olan kişi çoğunlukla eşlerdir (80). Eşlerine bakan kadın bakım verenler de, erkek eşler ve diğer aile bireylerinden daha fazladır. Bizim çalışmamızda da bakım veren konumundan sorumlu olanların çoğunluğunu eşler oluşturmaktadır.

Bakım verenlerin eğitim durumlarına baktığımızda, çoğunluk olarak %55.6 oranında ilkokul mezunları oluştururken, en az olarak %4.8 oranında üniversite mezunu bulunmaktadır. Bu sonuçlara bakıldığında hem hasta, hemde bakım veren grubunda eğitim düzeylerinin birbirlerine yakın olduğu görülmektedir.

Çalışmamızdaki diyaliz hastalarının primer hastalık sebeplerinden çoğunluğun sebebi bilinmemekle beraber (%28.6), tespit edilen sebepler içerisinde en fazla neden olarak HT (%27 oranında) görülmektedir. Diğer nedenler; DM, IGA nefropatisi, RPGN, ağırlıklı olarak sayılabilir. Türk Nefroloji Derneğinin 2007 registry raporuna göre etyolojide en çok görülen neden HT daha sonra DM olarak bulunmuştur. Son dönem böbrek yetmezliği etyolojisinde yüksek oranda bulunan hipertansiyonun primer mi, yoksa renal yetersizliğe mi bağlı olduğu tartışmalıdır (19).

Depresyon ve anksiyete gibi psikolojik hastalıklar diyaliz hastalarında birbirine eşlik eden ve çok rastlanan problemlerdendir (81). Diyaliz hastalarında normal topluma oranla depresyon ve anksiyete daha çok görülmektedir. Bunların gerek yatarak ya da ayakta tedavileri, gerekse aramızda yaşayan insanlardaki birlikte bulunma prevalansının belirlenmesi, birlikte bulunduklarında hasta

üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi hem klinik hem de akademik yönden gereklidir (82).

Çalışmamızdaki hastaların anksiyete puanları 0 ile 18 arasında değişmekte olup; ortalaması 8.61±5.30'dur, depresyon puanları 0 ile 21 arasında değişmekte olup; ortalaması 8.36±5.72'dir. Bakım verenin Anksiyete puanları 0 ile 20 arasında değişmekte olup; ortalaması 7.15±5.06'dır. Depresyon puanları 0 ile 20 arasında değişmekte olup; ortalaması 6.46±5.03'tür.Hastalardaki anksiyete, depresyon puan ortalamaları, bakım verenlerinden daha yüksektir.

Aydemir Ö ve ark.'nın yaptığı HAD Türkçe form geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, kesme noktasının, HAD anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olduğu bulunmuştur. Zigmond ve Snaith (1983) geliştirme çalışmasında her iki alt ölçek için "7 ve aşağısı" hasta olmayan, "8-10" arası sınırda hasta ve "11 ve yukarısı" için belirgin hasta değerlendirmeleri uygun görmüşlerdir.

Çalışmamızda hastaların HAD anksiyete ve depresyon ortalamaları Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğe göre sınırda hasta düzeyine uyduğu bulunmuştur. Bununla birlikte Özgür B ve ark.'nın yaptığı çalışmada hastaların HAD'nden elde edilen anksiyete puan ortalaması 12.81±2.95 ve depresyon puan ortalaması 8.24±2.18 olarak saptanmış olup (83) ,bizim çalışmamızdaki hastaların anksiyete puan ortalaması düşük, depresyon puan ortalaması ile uyumlu görülmüştür.

Çalışmamızdaki bakım verenlerin çoğunluğunu eşler oluşturmakla birlikte bunu, çocuklar ve diğer yakınları takip etmektedir. Tek tek bunların anksiyete ve depresyon puanlarına baktığımızda; eşlerde en düşük görülmekle birlikte, çocuklarda anksiyete puanı düşük, depresyon puanı Türkçe form güvenilirlik çalışmasıyla uyumlu, diğer yakınlarda ise yine anksiyete puanı düşük, depresyon puanı Türkçe form güvenilirlik çalışmasıyla uyumlu bulunmuştur. Fakat bakım verenlerin hastaya yakınlık durumuna göre ayrı ayrı incelendiğinde ortaya çıkan bu fark istatistiki olarak anlamlılık düzeyine erişmemiştir.

Çalışmamızda Zarit ölçeği puanları 23 ile 100 arasında değişmekte olup; ortalaması 51.76±16.21'dir. Bakım verme yükü

ölçeğinin Türkçeye uyarlamak, geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, ölçeğin faktör analizi sonunda tek boyutlu olarak kullanılabileceği belirlenmiş ve ortalaması 20.37±16.54 olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki Zarit puan ortalaması Türkçe geçerlilik çalışmasının üzerinde tespit edilmiştir, burada burada bakım verenlerde bakım verme yükünü oldukça yüksek görmekteyiz.

Yaptığımız çalışmada bakım veren kişinin yakınlık derecesine göre Zarit puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Ancak bakım verenin yaşı ile bakım verenin Zarit puanı arasında pozitif yönde, %26.4 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Yaşları 15 ile 75 arasında değişmekte olan bakım veren grubumuzda yaş ortalaması arttıkça bakım verme yükününde arttığı görülmektedir.

Hastalar yaşamlarındaki değişikliklere alışmak ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenirken birçok psikolojik ve fiziksel faktörün etkisinde kalabilecekleri gibi, yeni yaşam tarzına bağlı fiziksel ve psikolojik sorunlar da geliştirebilirler. Tüm bunlar bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir (57).

Hastaların SF-36 yaşam kalitesi puanlarına baktığımızda fiziksel rol fonksiyon ve emosyonel rol fonksiyon ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür.Yani fiziksel sağlık sorunlarına bağlı rol kısıtlılıkları çalışma saatleri ya da günlük aktivitelerden kaynaklanan fiziksel sağlık sorunlarına etkileri ve çalışma ya da günlük aktiviteler üzerine depresyon ya da anksiyete gibi emosyonel sorunların etkisinin daha çok görüldüğünü söyleyebiliriz. Çalışmamızda ki hastaların depresyon ortalamasının yüksek olması belki de yaşam kalitesindeki emosyonel rol durumunun düşüklüğü ile orantılı olabilir.

Bunun yanında bakım verenin SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine baktığımızda genel sağlık skorunun endüşük olduğu yani bakım verenlerin kendi sağlıkları konusunda , hastalar kadar olmasa da yine de endişeli olduklarnı görmekteyiz.

Angelica G.'nin çalışmasında hastalardaki SF-36 skorlarındaki en düşük ortalama fiziksel fonksiyon ve genel sağlığa ait iken, bakım verenlerinde ise mental sağlık başta olmak üzere sosyal fonksiyon ve fiziksel fonksiyon da görülmektedir (84).

Hem hasta grubunda, hem de bakım verenlerde yaşam kalitesi puanları arasında farklılıklar olması elbette birçok değişkenden etkilenmektedir. Cinsiyet farklılığı, yaş, öğrenim durumu, evli veya bekar oluşu, aile tipi, gelir düzeyi , diyaliz süresi, hastanın tedavi modaliteleri gibi. Acaray A'nın dializ hastalarında yaptığı çalışmasında bu faktörlerin yaşam kalitesine etkilerini görmekteyiz (85).

Yapılan bir çalışmada Kısa form 36'nın (SF-36), fiziksel ve ruhsal bölümlerindeki her 1 puanlık iyileşmenin mortalite ve hastane yatışı oranlarında %2 azalmayı getirdiği; diğer yandan "hastalığının kronik seyirli olduğunu bilme ve bilinçlenme düzeyinin artışı" ile, hastalık üzerindeki bireysel kontrol yükselirken, duygusal tepki düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (86).

Bu nedenledir ki diyaliz hastaları, zamanlarının önemli bir bölümünü diyalizde geçirdiklerinden sosyal, mental , fiziksel yönden etkilenen ve yaşamları kısıtlanan bu kişilerin takibinde SF-36'nın ne kadar önemli olduğunu görmekteyiz.

Zarit puanı ile hastanın fiziksel rol fonksiyon puanı, zindelik yorgunluk puanı, genel sağlık puanı arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Zarit puanı ile hastanın mental sağlık puanı, hastanın sosyal fonksiyon puanı ,ağrı puanı arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Hastada fiziksel rol fonksiyon, zindelik yorgunluk ve genel sağlık azaldıkça bakım verende bakım verme yükü artmaktadır, bununla birlikte hastadaki, mental sağlık , ağrı ve sosyal fonksiyondaki azalma bakım verenlerindeki yüke etkisi daha çok olmaktadır.

Diyaliz hastalarında makinaya veya torbaya bağımlılığı, ailevi, mesleki, toplumsal işlevselliklerindeki azalmalarda hastalardaki anksiyete ve depresyonun kökenini oluşturmaktadır.

Çalışmamızda hastalardaki anksiyete ve depresyon arttıkça, bakım verenlerinde de bakım verme yükünün arttığı gözlenmiştir. Zarit puanı ile hastalardaki anksiyete arasında ileri düzeyde anlamlılık varken ($p<0.001$), depresyon ile arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Bakım verenleri incelediğimizde, bakım verendeki anksiyete ve depresyon arttıkça, bakım verme yüklerinin de arttığını görmekteyiz. Zarit puanı ile anksiyete ve depresyon puanları arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Shreiner'in yaptığı çalışmada Zarit bakım verme yükü ölçeğinde 24 ve üstü kesme puan alan bakım verenlerin %72'sinde, muhtemel bir depresyon eğilimi gözlenmiştir (87). Bizim çalışmamızdaki bakım verenlerde de Zarit puanı arttıkça anksiyete ve depresyon puanının arttığını görmekteyiz ve bu da literatürle uyumlu görülmektedir.

Hastaların yaşam kalitesindeki bozulmanın, bakım verenlerde anksiyete ve depresyona da neden olduğunu görmekteyiz. Hastalardaki zindelik yorgunluk, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve ağrı durumlarında bozulma oldukça, bakım verenlerinde anksiyete ve depresyon görülme oranı da artmaktadır. Çalışmamızda bakım verme yükü puanı ile hastanın mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı ve zindelik komponentlerinde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.001$).

Bununla birlikte hastanın fiziksel fonksiyon puanı ile bakım verenin anksiyete puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0.05$), fiziksel rol fonksiyon ve emosyonel rol fonksiyon ile bakım verenin depresyon puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bu nedenledir ki hastaların yaşam kalitesindeki düzelme bakım verenlerinde psikososyal düzelmeyi de beraberinde getirir.

Bizim çalışmamızdaki bakım verme yükü hastaların çoğunlukla, zindelik/yorgunluk, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve ağrı durumundan, istatistiksel olarak da ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde ($p<0.001$) etkilenmektedir. Yani hastalardaki fiziksel ve duygusal nedenlerle sosyal aktivitelerin kısıtlanması, akraba ve arkadaş ziyaretlerine gidememe, eve gelen ziyaretçilerin kısıtlanması, hastaların psikolojilerinde bozulma, fiziksel bir yorgunluk, enerji azlığı ve ağrılarının çok olması gibi durumlar arttıkça, bakım verenlerin bakım verme yükleri de artmaktadır.

Kronik hastalığa sahip kişilerin bakım verenlerinden , hangi bakım verenin daha fazla yük altında olduğunu , çalışma yapmadan bilmek mümkün olmayabilir.

Pablo Rebollo'nun 220 hasta ve bakım verenlerinde yaptığı çalışmada diyaliz hastalarının fonksiyonel statü ve yaşam kalitesini bakım verenleri düşük bulurken, hemşire ve doktorlar daha yüksek bulmaktadır.Fonksiyonel statü ve yaşam kalitesindeki farklı değerlendirmeye neden olan hasta ve bakım verenlerindeki değişkenler ise a) bakım veren için ; bakım verme yükü (Zarit Scalasına göre), mental sağlık (SF-36'nın mental komponenti), ve hastadaki ek hastalık varlığı b) hemşire için; hastanın fiziksel sağlığı (SF-36'nın fiziksel fonksiyonu ve hastanın günlük aktivitelerdeki bağımsızlığı c) doktora göre ise hastadaki ek hastalık varlığı ve doktorun yaşı ve deneyimi. Çalışmalarında bakım verendeki mental sağlık komponenti düşük olduğunda, yüksek bakım verme yükünde ve hastada ek hastalık varlığında , bakım verenleri hastaların fonksiyonel statü ve yaşam kalitesini düşük algılamaktadır (88). Bizim toplumumuzda da hastanın yaşam kalitesi gerek yakınları gerekse sağlık personeli tarafından farklı algılanıyor olabilir. Tedavi ve prognozla ilgili bir değişken olduğu kabul edilmiş olan bu parametrenin objektif değerlendirilebilmesi amacıyla SF-36 gibi bir yaşam kalitesi ölçeğinin hasta takiplerinde rutin uygulamaya konulması yarar sağlayabilir.

Bununla birlikte bakım verenlerin yaşam kalitesine baktığımızda daha çok faktörün bakım verenlerin yükünü arttırdığını görmekteyiz. Bakım verendeki fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,

sosyal aktivitelerin kısıtlanması, fiziksel sağlık sorunlarına bağlı günlük aktivitelerde kısıtlılıklar yaşamaları, emosyonel sorunlara bağlı günlük aktivitelerde sorunlar yaşamaları, mental sağlıklarında bozulma olması, kendilerini enerjik hissetmeme, ağrılarının olması ve kendi sağlıkları konusunda endişeleri olması durumunda bakım verme yükleri de artmaktadır.

Çalışmamızda bakım verenlerde fiziksel fonksiyonda istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki ($p<0.05$) bulunurken, fiziksel rol fonksiyon, soysal fonksiyon, emosyonel fonksiyon, mental sağlık, zindelik, ağrı ve genel sağlık olgularında negatif yönde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$).

Depresyon yaşayan hasta birey kendi içinde kapanarak kendisini sosyal çevresinden izole eder ve değersizlik hissi yaşayabilir. Bu durumda hasta hem fiziksel hem de ruhsal yönden beklenenden daha fazla etkilenebilir, iş performansında düşme, günlük yaşam aktivitelerinde azalma ve sosyal izolasyon görülebilir. Sonuçta hastanın yaşam kalitesi de olumsuz etkilenebilir (89-90).

Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) bir araştırmasında temel sağlık alanında depresyonun en çok görülen fizyolojik hastalıklardan biri olduğu ve dünyada görülen bütün hastalıklar içerisinde %10.4'lük bölümü oluşturduğu bildirilmiştir. Depresyon ile ilgili kendini değerlendirme ölçekleri sağlık alanında bu hastalığın teşhisinde ve hastalık düzeyinin belirlenmesinde oldukça önemlidir (91).

Hemodiyaliz hastalarının devamlı karşılaştığı streslerin onlarda sürekli bir anksiyete yarattığı bildirilmektedir (92).

Kronik hastalıkların bir çoğunda olduğu gibi, diyaliz hastalarında da kaygı en yaygın yakınmadır. Makineye bağımlılık, otonominin sınırlanması, fiziksel durum ile aile düzenlerindeki bozulmalar bu kaygıyı arttırır. Hastalığın yaşantının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlevlerin bozulacağı korkusu, ekonomik yetersizlik bu kaygıyı daha da arttırır. Katastrofik kaygı ve panik ile baş edebilme sürecinde kızgınlık ve inkar davranışları görülür. Duygularını ifade edebilen, yeni ilgi ve yaşam alanları yaratabilen hastalarda uyum daha kolaydır (93,94).

Araştırmamızda anksiyete ve depresyon gibi psikososyal sorunların hem hasta, hemde bakım verenlerini karşılıklı olarak ne derece etkilediklerini de görmekteyiz. Bakım verenin anksiyete puanı ile hastanın anksiyete puanı arasında ileri düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken($p<0.001$), depresyon puanları arasındada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$), yani hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri arttıkça, bakım verenlerinde de arttığı görülmektedir. Yine bakım verendeki depresyonla, hastanın anksiyetesi arasında ($p<0.001$) ve bakım verenin anksiyetesi ile hastadaki depresyon arasında ($p<0.05$) istatitiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bu nedenle diyaliz tedavisi gören hastaların psikiyatrik değerlendirmeye alınması ve eğer gerekiyorsa psikiyatrik tedavi programlarının da başlatılması hastaların psikososyal adaptasyonlarını kolaylaştıracak, yaşam kalitesini arttıracak, tedavinin başarısını etkileyecektir. Hastalarının bu durumlarından birincil olarak etkilenen bakım verenlerinin de yaşam kalitesi, psikososyal durumlarında düzelme olup, bakım verme yüklerinde de azalma görebiliriz.

SONUÇ

Bu çalışma Bakırköy Dr.Sadi Konuk E.A .H. Diyaliz Merkezinde tedavi olmakta olan 63 periton ve hemodiyaliz hasta ve bakım verenlerinde yapılmıştır. Amacımız en az 6 aydır diyaliz programında olan hastaların yaşam kalitelerinin hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerine olan etkileri ile bakım verenlerindeki yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyonları ile bunların bakım verme yüklerine etkisini incelemekti.

Burada hem hasta, hemde bakım verenlerine, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve HAD uyguladık. Bunun yanında bakım verenlerdeki yükü görmek amacıyla, bakım verenlerede Zarit uyguladık.

Yaşam kalitesinin tam bir tarifini yapmak güç olmakla birlikte genel bir iyilik hali olarak tarif edilebilir. Son yıllarda SDBY'nde yaşam kalitesi artık biyokimya değerleri, hospitalizasyon oranları, hayatta kalım ve mortalite gibi tedaviye yanıt kriterlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesi puanlarına baktığımızda birbirinden farklı olduğunu görmekteyiz. Hastalarda fiziksel rol fonksiyonda bozulma görülürken, bakım verenlerde genel sağlık durumunda daha çok bozulma görmekteyiz. Bu iki gruptaki farklılığın birçok değişkenden etkilendiğini söyleyebiliriz. Hastalardaki yaşam kalitesindeki her bozulma , onların anksiyete ve depresyon puanlarında da bozulma ile ilişkilidir.

Depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar diyaliz hastalarında birbirine eşlik eden problemlerdendir. Bununla birlikte bu hastaların en yakınlarında olan bakım verenlerinin de, hem hastaların bu psikososyal durumlarından, hemde uzun bir tedavi sürecini gerektiren bu hastalık boyunca, hastalarının tedavi sürecine katılmaları, sosyal yaşamları ve fiziksel fonksiyonlarındaki kısıtlanmalardan etkilenerek, depresyon ve anksiyete gibi problemlerle karşılaşabilecekleri aşikardır.

Çalışmamızda hastaların HAD anksiyete ve depresyon ortalamaları Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğe göre sınırda hasta düzeyine uyduğu bulunmuştur. Bakım verenlerde ise toplu olarak bakılınca anksiyete ve depresyon görülmezken, ayrı ayrı incelediğimizde bakım veren çocuklarda ve eşler dışındaki diğer bakım verenlerinde depresyon puanı kesme puan ile uyumludur, bakım veren eşler dışındaki kişilerin depresyon geliştirme ihtimalinin daha çok olduğunu söyleyebiliriz. Bu çıkarsama bakım verenlerin çoğunun hastaların eşleri olması durumuna da açıklama getirebilir.

Kronik hastalıklar hastanın kendisi kadar yakınlarını da etkiler. KBY bir aile hastalığı olarak görülmüştür . Bu tanım özellikle diyaliz hastaları için daha belirgin bir tanımlamadır. Bakım vermek ailelere önemli bir yük getirir. Aile içinde çoğunluğunda bakıcı konumunda eşler vardır. 15-75 yaş aralığındaki bakım veren grubumuza baktığımızda çoğunluğu bizim çalışmamızda da eşler oluşturmaktaydı. Bu kişilerin bakım verme yükleri ise yüksek olarak bulunmuştur. Bakım verenin yakınlık derecesiyle, bakım verme yükü arasında ilişki bulunmazken, yaşı ile ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Biz çalışmamızda gördük ki, hastanın yaşam kalitesi skorlarını belirleyen her maddenin kötüleşmesinde, bakım verenin bakım verme yükü de artmaktaydı. Bununla birlikte bu hastaların anksiyete ve depresyonlarındaki kötüye gidişte, bakım verenlerin yükünü arttırmaktadır. Bunun neticesi olarak da, bakım verenlerin yükü arttıkça, bakım veren kişilerde de anksiyete ve depresyona eğilim artmaktadır .

Birbirlerine bukadar bağımlı olan diyaliz hastaları ve bakım verenlerinin tüm yaşamlarını etkileyecek bu uzun tedavi sürecinde, diyaliz hastalarının fiziksel durumlarının daha çok etkilendiği, yaşam kalitelerinde bozulma olduğu ve sonuçta psikososyal bir etkilenmeye neden olduğunu görmekteyiz. Bu hastaların bakım verenlerinin de hastalar kadar olmasa da bir yük altında oldukları, bu yük ve sorumluluk neticesinde psikolojk problemler yaşayabileceği unutulmamalıdır. Biz sağlık çalışanları olarak bu hastalığın, bir aile hastalığı olduğunu, sadece kişiye medikal tedavinin yeterli olmadığını unutmayıp, bu tedavi sürecinde hastaların ve bakım verenlerinin

yaşam kaliteleri, anksiyete ve depresyon durumları takip edilerek, gerektiğinde psikiyatrik tedavi önermeliyiz. Görülüyor ki anksiyete depresyon, yaşam kalitesi ve bakım verme yükü birbirini etkileyen durumlardır, bunlardan birinde bile düzelme yapabilirsek diğer durumların düzelmesini de sağlayabiliriz.

KAYNAKLAR

1. Raskin N.H., Fishman R.A. Neurologic disorders in renal failure. N. Engl. J. Med. 294:143-8;1976.

2. Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. AJKD, National Kidney Foundation, Vol 39, No 2 Suppl, 1 February 2002.

3. Nielsen, V.K. The peripheral nerve function in chronic renal failure. X. Decremental nevre conduction in uremia. Acta med. Scand., 1 196: 83-86;1974.

4.Türk Nefroloji Derneği-2004 Registry of the Nephrology ,Dialysis And Transplantation in Turkey

5.Akoğlu E, Süleymanlar G. Kronik Böbrek Yetersizliği, Temel İç Hastalıkları. 769-776, Güneş Kitapevi:1996.

6. Merkus MP , Kredit R. Quality of life and functional status in chronic hemodialysis and peritoneal dialysis. In: Lamiere N, Mehta RV (Ed), Complications of Dialysis.497-515;2000.

7. Teroka S, Toma H, Nihei H, et al.Current status of renal replacement threapy in Japan. Am J Kidney Dis. 25; 151-64;1995.

8. Mallick NP, Jones E, Selwood N. The European (European Dialysis and Transplantation Association-European Renal Assosication) Registry. Am J Kidney Dis. 25; 176-87;1995.

9. Parker TFI, Laird NM, Lowrie EG. Comprasion of the study groups in the national cooperative dialysis study and a description of morbidity, mortality, and patient withdrawal. Kidney Int. 23 (suppl 13): S42-9;1983.

10. Owen WF Jr, Lew NL, Liu Y, Lowrie EG, Lazarus JM. The urea reduction ratio and serum albumin concentrations as predictors of mortality in patient undergoing hemodialysis. N Engl J Med 1. 329; 1001-6;1993.

11. DeOreo PB. Hemodialysis patients assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization and dialysis-attendance compliance. Am J Kidney Dis. 30:204-12;1997.

12.Sağduyu A,Erten Y.Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar.Türk Psikiatri Dergisi. 9:13-22;1998.

13.Aydemir Ö.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.Türk Psikiatri Dergisi. 8:280-282;1997.

14.Hirst M. Career distress: a prospective, population based study. Soc Sci Med. 61:697–708;2005.
15.Treasure J. Review: exploration of psychological and physical health differences between caregivers and non-caregivers. Evid Based Ment Health. 7:28;2004.
16.Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. Am J Geriatr Psychiatry. 12:240–249;2004.
17.Lauber C, Eichenberger A, Luginbuhl P, et al. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. Eur Psychiatry. 18:285–289;2003.
18. Pisoni R. and Remuzzi G. Pathophysiology and Management of Progressive Chronic Renal Failure. Primer on Kidney Diseases- 3 rd Edition., NKF. Chapter 58: 385-396;2001.
19. Türk Nefroloji Derneği-2007 Registry of The Nephrology , Dialysis And Transplantation in Turkey
20. Renal Disease in the United States. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases,2006.
21.U.S. Renal Data System, USRDS 2005 Annual Data Report
22.Turk Nefroloji Derneği-2004 Registry of The Nephrology Dialysis And Transplantation in Turkey
23.Walsh P.C, Retik A.B, Vaughan E.D, Wein A.J: Campbell Urology, 8th Edn.
24.Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G: Nefroloji El Kitabı. 3. Basım. 328-329, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul;2002.
25.Arık N: Nefroloji Kitabı. Birinci Baskı. Deniz Matbacılık, İstanbul;2001.
26.Daugirdas Jt, Blake P, Ing T. Diyaliz El Kitabı. Guneş Kitapevi;2003.
27.William L, Henrich, M.D.:Principles And Practice Of Dialysis. 2th Edn.,180-234,Wolter Kluwer Company ,Philodelpia , London, Tokyo;1999.
28.Guyton A, Hall J: Textbook Medikal Physiology. Hayrunisa C,10th Edn.1220-1242, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul;2001.
29.Işik E., Taner Y. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Asimetrik Parelel Kitabevi. S :3-29;2006.

30.Işik E.: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Ankara: Görsel Sanatlar Matbaacılık 5-11; 2003.
31.Özpoyraz N: Depresyonda Nöroanatomik Bağlantılar. Klinik psikiyatrik Dergisi 5 (ek 4): S:68-72; 2002.
32. Kaustio O, Partanen J, Valkonen-Korhonen M, Viinamaki H, Lehtonen J: Affective and psychotic symptoms relate to difrent types of P300 alteration in depressive disorder. J Affect Disord 71(1-3):43-50; 2002.
33. Puchinskaia LM, Dudaeva KI, Krasnov VN, Voitsekh VF: Interhemispheric asymmetry according to evoked potential parameters in patients with depression. ZhVyssh Nerv Deiat Im P Pavlova 43(4):758-764; 1993.
34. Roth WT, Pfeeferbaum A, Kelly AF, Berger PA, Kopell BS: e Psychiatry Res 4(2):199-212; 1981.
35.Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Çevire: Köroğlu E. 4. Baskı, Ankara:Hekimler Yayın Birliği;1998.
36. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa form-36 (SF-36)'nın Türkçe versiyonun güvenirliliği ve geçerliliğ. İlaç ve Tedavi Dergisi. 12: 102-6;1999.
37.Demiral Yücel,Ergör Gül,Ünal Belgin, SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin genel toplum örneğinde güvenirliği (sağlıkta yaşam kalitesi sempozyumu poster no:25 İzmir 2004)
38.Aydemir Ö,Köroğlu E.Psikiatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara,HYB;2006.
39.Zigmond AS; Snaith PR .The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand, 67:361-70;1983.
40. Clark DA, Steer RA Use of nonsomatic symptoms to differentiate clinically depressed and nondepressed hospitalized patients with chronic medical illnesses. Psychol Rep, 75: 1089-90;1994.
41.Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of Burden. Gerontologist. 20:649-655;1980.
42.Brouwer WB, van Exel NJ, van de Berg B, Dinant HJ, Koopmanschap MA, van den Bos GA. Burden of caregiving: evidence of objective burden, subjective burden, and quality of life impacts on informal caregivers of patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 51(4):570-7; 2004 Aug 15.

43.Luttik ML, Jaarsma T, Veeger N, Tijssen J, Sanderman R, van Veldhuisen DJ. Caregiver burden in partners of Heart Failure patients; limited influence of disease severity. Eur J Heart Fail. 2007 Jun-Jul;9(6-7):695-701. Epub 2007 Mar 7.
44.Chiò A, Gauthier A, Calvo A, Ghiglione P, Mutani R. Caregiver burden and patients' perception of being a burden in ALS. Neurology. 64(10):1780-2; 2005 May 24.
45.Schubart JR, Kinzie MB, Farace E. Caring for the brain tumor patient: family caregiver burden and unmet needs. Neuro Oncol. 2008 Feb;10(1):61-72. Epub 2007 Nov 9.
46.Blanes L, Carmagnani MI, Ferreira LM. Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia. Spinal Cord. 2007 Jun;45(6):399-403. Epub 2007 Feb 20.
47.Buhse M. Assessment of caregiver burden in families of persons with multiple sclerosis. J Neurosci Nurs. 40(1):25-31; 2008 Feb.
48.Martínez-Martín P, Forjaz MJ, Frades-Payo B, Rusiñol AB, Fernández-García JM, Benito-León J, Arillo VC, Barberá MA, Sordo MP, Catalán MJ. Caregiver burden in Parkinson's disease. Mov Disord. 22(7):924-31; quiz 1060; 2007 May 15
49.Rombough RE, Howse EL, Bartfay WJ. Caregiver strain and caregiver burden of primary caregivers of stroke survivors with and without aphasia. Rehabil Nurs. 31(5):199-209; 2006 Sep-Oct
50.Zarit SH, Orr NK, Zarit JM. The hidden victims of Alzheimer's disease; families under stress. New York: New York University Press; 1985.
51.Schreiner AS, Morimoto T, Arai Y, Zarit S. Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. Aging Ment Health. 10(2):107-11; 2006 Mar
52.Şentürk A,Levent BA.Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan tedavilerin psikiatrik etkileri ve tedavisi.Arşiv9(49):49-65;2000.
53.Özyürek,P.Lomber Disk Ameliyatı Olmuş Erişkin Hastaların Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Ölçülmesi.Uzmanlık Tezi,İzmir:Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,Cerrahi Hemşireliği Bölümü;2000.
54.Chang W, Hung K: Chronic fatigue in long-term periotenal dialysis patients. Am J. Nephrol, 21: 479-485, 2001.
55.Valderrabano F,Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of Life in end

stage renal disease patients.Am soc Nephrol. 6: 1418-1426:1995.
56. Kalender B: Hemodiyaliz hastalarında beslenme durumu, diyaliz yeterliliği ve mortalite. Sendrom, 19-23, Haziran 2001.
57.Tsay SL, Healstead M. Self-care, self-efficacy, depression and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan, Int J Nurs Stud, 39(3): 245-251; 2002.
58.Walters BAJ, Hays RD, Spitzer KL ve ark. Healthrelated quality of life, depressive symptoms, anemia and malnutrition at hemodialysis initiation, Am J Kidney Dis, 40(6): 1185-1194;2002.
59.Alarkom RD,Jenkins CS,Parker PE et al.Psychologyof chronic heamodialysis:is it a behavioral cognitive continium Int Urol Nephrol 20:327;1988.
60.Elbi H. Kanser ve psikiatrik sorunlar: Tanı,sağaltım.Türk Psikiatri Dergisi 2:122-8;1991.
61.Wells KB,Golding JM,Burnam MA et al.Psychiatric disorder and limitations in physical functioning in a sample of the Los Angeles general population.Am J Psychiatry 145:712-17;1988.
62.Üçok GÖ.Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda bedensel ve ruhsal hastalığın birlikte bulunuşu.Türk Psikiatri Dergisi 6(3):180-5;1995.
63.Ateşçi FÇ,Karadağ F,Karagöz N, Oğuzhanoğlu NK.Bir üniversite hastanesi yatan hastalarında psikiatrik bozuklukların dağılımı. 9.Anadolu Psikiatri Günleri Kitabı,Edirne s.748;2000.
64.Kaçmaz N.Konsultasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve psikososyal bakım. 5.Ulusal Konsultasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongresi.İstanbul,Tam Metin Kitabı s.198-206;1998.
65.Özcan A. Konsultasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve geleceği. 5.Ulusal Konsultasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongresi.İstanbul,Tam Metin Kitabı s.222;1998.
66.Sloan DM,Marx BP,Bradley,MM et al.Examining the high-end specificity of the Beck Depression İnventory using an anxiety sample.Cognitive Therapy and Research 26:719-27;2002.
67.Oğuzhanoğlu NK.Tıbbi Durumlar ve Depresyon Duygudurum Dizisi 3:116-25;2001.
68.Akyol A.Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları.Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.9:75-9;1993.

69.Özçürümez G,Tanrıverdi N,Zileli L.Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri.Türk Psikiyatri Dergisi 14(1):72-80;2003.
70.Jofre R, Lopez-Gomez, Valderrabano F: Quality of life for patient groups. Kidney Int 57(Suppl 74):S121–S130, 2000.

71.World Health Organisation: The First Ten Years of the World Health Organisation. Geneva, World Health Organisation, 1958.

72.Marushka p. Et al. Quality of life over time in dialysis: The Netherlans Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis.
73.Nevvby W (1996). Chronic illness and the family life cycle. J Adv Nurs, 23 :786-791. aktaran White Y, Grenyer BFS The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. J Adv Nurs, 30(6): 1312-1320;1999.
74.Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway.Family caregivers' burden, quality of life, and health followving patients' renal transplantation. J Transpl Coord., 8 (3): 170-176;1998.
75.Piening S. Family stress in diabetic renal failure. Health soc work 1984; 9 :134-141;1984. Aktaran Rounds KA, Israel BA.Social netvvorks and social support: Living with chronic renal disease (Review). Patient Education and Counseling, 7:227-247;1985.
76. Masting C. Development and evaluation of a support program for renal patients and their partners. Dialysis Trans; 11:1101-1106;1982. aktaran Rounds KA, Israel BA. Social netvvorks and
social support: Living with chronic renal disease (Revievv). Patient Education and Counseling, 7:227- 24;1985.
77.Hayward MB, Kish JP, Frey GM. An instrument to identify stressors in transplant recipients. Am Mephrol Nurs Assoc J, 16 : 81-84;1999. aktaran Lindgvist R, Carlsson M, Sjöden P-O. Coping strategious and health-related quality of life among spouses of continuous ampulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. J Adv Nursing, 3116:1398-1408;2000.

78.Lowry MR ve Atcherson E. Spouse assistant's adjustment to home hemodialysis. Journal of Chronic Diseases; 37: 293-300;1984. aktaran Rideout EM, Rodin GM, Littlefield CH. Stress, social s, and

symptoms of depression in spouses of the medically ili. Int J Psychiatry in Medicine; 20(1); 37-48;1990.
79.Rideout EM, Rodin GM. Littlefield CH. Stress, social support, and symptoms of depressionin spouses of the medically ili. Int J Psychiatry. 20(1); 37-48;1990.
80. Caregiver Burden in Parkinson's Disease .Gülbün Yüksel,Figen Varlıbaş, Geysu Karlıkaya, Yasemin Şıpka, Hülya Tireli. Parkinson Hast. Hareket Boz. Der., 10(1-2): 26-34;2007.

81.Suh MR, Jung HH, Kim SB, Park JS, Yang WS. Effects of regular exercise on anxiety, depression, and quality of life in maintenance hemodialysis patients. Renal Failure. 24: 337-345;2002.

82. Kocabaşoğlu N, Doksat MK, Doğangün B. Anksiyete ve Depresyonun Çok Yönlü İlişkisi, Yeni Symposium. 42: 168-176;2004.

83.Özgür B, Kürşat S,Aydemir Ö.Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi.Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi 12(2)113-116 ;2003.

84.Angelica G.Belasco,MSc,and Ricardo Sesso,MD.Burden and quality of life of caregivers for hemodialysis patients.National Kidney Foundation,Inc;2002.
85.Acaray A, Pınar R.Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi:8(1);2004.
86.Covic A, Seica A,Gusbeth-Tatomir PG ve ark. İllness representations and quality of life scores in hemodialysis patients.Nephrol Dial Transplant,19:2078-2083;2004.
87.A.S.Schreiner ,T. Morimoto,Y. Arai, S.Zarit.Assesing family caregiver's menthal health using a statistically derived cut-off score for Zarit Burden Interview.Aging &Mental Health pages 107-111 ;March 2006.
88.Rebollo P,Alvarez-Ude ve ark. Different evaluations of the health related quality of life in dialysis patients.J Nephrol .17:883-840;2004.
89.Cimilli C.Kanserde anksiyete ve depresyon.3P Dergisi.6(3):8-13;1998.

90.Valente SM,Saunders JM,ve Cohen MZ.Evaluating depression among patients with cancer .Cancer Practice .2:65-71;1994.
91.Endler NS,Macrodimitris SD,Kocovski NL.Depression :the complexity of self report measures.Journal of Applied Biobehavioral Research.5:26-46;2000.
92.Özatalay E.Kronik hemodiyaliz programındaki hastalarda anksiyete.Uzmanlık tezi.Erzurum:Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD;1990.
93.Özkan S.Kronik böbrek hastalığı ve diyalizde psikiyatrik morbidite .Psikiyatrik tıp konsultasyonu-Liyezon psikiyatrisi.İstanbul,Roche 1993.
94.Çevik A,İzmir M,Kuzugüdenlioğlu D ve ark.Psikosomatik bozukluklar.Ankara.Medikomat 1996.