

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREDİYALİZ HASTA GRUBUNDA ANKSİYETE, DEPRESYON
VE
YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÖZLEM BULANTEKİN

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. SERAP DEMİR**

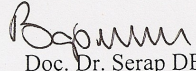
2008-AFYONKARAHİSAR

II

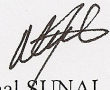
KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

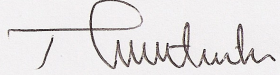
Tez Savunma Tarihi : 12.08.2008


Doç. Dr. Serap DEMİR

ÜYE

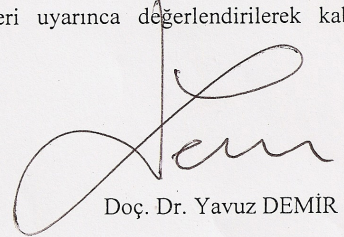

Yrd.Doç. Dr. Nihal ŞUNAL

ÜYE


Yrd.Doç. Dr. Neşe DEMİRTÜRK

ÜYE

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Özlem BULANTEKİN 'in "Prediyaliz Hasta Grubunda Anksiyete Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması 12.08.2008 günü saat 10.00'da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Yavuz DEMİR

Enstitü Müdürü

III

ÖNSÖZ

Çalışmamın başlangıcından bugüne kadar bilgi, birikim ve yardımlarını esirgemeyen, çalışmama rehberlik eden sayın hocam Doç. Dr. Serap DEMİR'e teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Tezimin istatistiksel değerlendirilmesinde yardımlarından dolayı sayın Araş.Gör. Ömer ŞİŞE ve eşi Şengül ŞİŞE'ye, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyaliz Ünitesinde çalışan meslektaşlarım Öznur EREM ve Hürriyet HAKAN'a, Dahiliye Servisi doktor asistanları ve hemşirelerine, çalışmama katılan tüm bireylere, bana yardımcı olan tüm arkadaşlarıma ve çalışmam boyunca maddi ve manevi desteğini benden esirgemeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Özlem BULANTEKİN

IV

İÇİNDEKİLER

ÖZET	
SUMMARY	
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Kronik Böbrek Yetmezliği	3
2.1.1.KBY Nedenleri	5
2.1.2 KBY'nin Klinik Özellikleri	7
2.1.3. Tedavi Yöntemleri	8
2.1.3.1 Diyaliz	8
2.1.3.1.1.Hemodiyaliz.....	9
2.1.3.1.1.1 Hemodiyalizin Avantaj ve Dezavantajları	9
2.1.3.1.1.2. Hemodiyaliz Kompikasyonları	10
2.1.3.1.2. Periton Diyalizi	11
2.1.3.1.2. Periton Diyalizinin Avantaj ve Dezavantajları	12
2.1.3.1.2.1.2. Periton Diyalizinin Kompikasyonları	13
2.1.3.2. Renal Transplantasyon	13
2.1.3.2.1. Renal Transplantasyonun Avantaj ve Dezavantajları	14
2.1.3.2.2. Renal Transplantasyonun Kompikasyonları	15
2.2. Yaşam Kalitesi	17
2.3. KBY ve Yaşam Kalitesi	21
2.4. Anksiyete	22
2.5. Depresyon	23
2.6. KBY'de Anksiyete ve Depresyon	24
3.MATERYAL ve METOD	
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	26
3.3. Evren ve Özellikleri	26

3.4. Anket Formunun Uygulanması	26
3.5. Anket Formunun Hazırlanması	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	27
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	64
KAYNAKLAR	67

EKLER

- **SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İÇİN ANKET FORMU**
- **SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**
- **BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ**
- **BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

V

TABLULAR

Tablo 1 : Kronik Böbrek Yetmezliğinde Evrelendirme	4
Tablo 2 : Son Dönem Böbrek Yetmezliğine Yol Açan Nedenler	5
Tablo 3 : Amerika Birleşik Devletlerinde Son Dönem Böbrek Yetmezliği Nedenleri.....	6
Tablo 4 : 2003 yılında Yeni Saptanan SDBY Hastalarının Etyolojik Dağılımı.....	7
Tablo 5 : Genel Sağlık Ölçüm Aracının Boyutları ve Anketteki Soru Sayıları.....	28
Tablo 6 : Sosyo Demografik Özelliklere Göre Dağılım.....	32
Tablo 7 : KBY ile İlgili Soruların Dağılımı	34
Tablo 8 : Kontrol ve Hasta Grubunda SF -36 , BDE ve BAE Puanlarının Karşılaştırılması	35
Tablo 9 : Hasta ve Kontrol Grubunda BDE Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 10 : Hasta ve Kontrol Grubunda BAE Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 11 : Kontrol ve Hasta Grubu için Yaş Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	37
Tablo 12 : Kontrol ve Hasta Grubunun Kendi İçerisinde Yaş Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	38
Tablo 13 : Hasta ve Kontrol Grubu İçin Cinsiyet Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	39
Tablo 14 : Kontrol ve Hasta Grubunun Kendi İçerisinde Cinsiyet Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	40
Tablo 15 : Hasta ve Kontrol Grubu İçin İkametgah Yeri Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE İle Karşılaştırılması	41
Tablo 16 : Hasta ve Kontrol Grubunun Kendi İçerisinde İkametgah Yeri Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	42
Tablo 17 : Hasta ve Kontrol Grubu İçin Çalışma Durumunun SF -36 , BDE ve BAE İle Karşılaştırılması	43

Tablo 18 : Kontrol ve Hasta Grubunun Kendi İçerisinde Çalışma Durumunun SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	44
Tablo 19 : Hasta ve Kontrol Grubu İçin Medeni Hal Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	45
Tablo 20 : Hasta ve Kontrol Grubunun Kendi İçerisinde Medeni Hal Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile karşılaştırılması	46
Tablo 21 : Hasta ve Kontrol Grubu İçin Aylık Net Gelir Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	47
Tablo 22 : Hasta ve Kontrol Grubunun Kendi İçerisinde Aylık Net Gelir Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	48
Tablo 23 : Hasta ve Kontrol Grubu İçin Sosyal Güvence Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	49
Tablo 24 : Hasta ve Kontrol Grubunun Kendi İçerisinde Sosyal Güvence Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	50
Tablo 25 : Hasta ve Kontrol Grubu İçin Ailedeki Birey Sayısının SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	51
Tablo 26 : Hasta ve Kontrol Grubunun Kendi İçerisinde Aile Gelir Birey Sayısı Faktörünün SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	52
Tablo 27 : Hasta Grubunda Kaydedilen Biyokimyasal Parametrelerin SF -36 , BDE ve BAE ile Karşılaştırılması	53
Tablo 28 : Hasta Grubunda Anemi Olup- Olmama Durumuna göre SF -36 , BDE ve BAE Skorlarının Karşılaştırılması	55

ŞEKİLLER

Şekil 1 : Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri.....19

Şekil 2 : Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkiler Olan Faktörler.....19

KISALTMALAR

- KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği
SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
RRT: Renal Replasman Tedavisi
HD: Hemodiyaliz
BTx: Böbrek Transplantasyonu
PD: Periton Diyalizi
GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı
SAPD: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
QOL: Yaşam Kalitesi
HRQOL: Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği
BAE: Back Anksiyete Envanteri
BDE: Beck Depresyon Envanteri
TND: Türk Nefroloji Derneği
WHO: Dünya Sağlık Örgütü
PTH: Parathormon

ÖZET

Prediyaliz Hasta Grubunda Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Kronik böbrek yetmezliği , yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, hemen her yaş grubunu, etkileyen bir hastalıktır. Renal replasman tedavilerindeki artan bilgi ve teknolojiye rağmen, son dönem böbrek yetmezliği hastalarının morbidite ve mortalitesi hala yüksektir. Kronik böbrek yetmezliği olduğunun öğrenen bir hastanın diyalize geçiş aşamasında bu gerçek ile yüz yüze geldiğinde önemli psikolojik sorunlar yaşayabileceği düşüncesi ile yaptığımız bu çalışmada; prediyaliz hasta grubunda yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyonun belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Araştırmamız , Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı'nda tedavi gören ve poliklinikten izlenmekte olan Kreatinin Klirensi 30 ml/dk altında olan prediyaliz hasta grubu üzerinde yapıldı. Anketler, 15 Temmuz 2007- 15 Ocak 2008 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Araştırma verileri 35 hasta birey (19 kadın, 16 erkek), 35 sağlıklı birey (19 kadın, 16 erkek) olmak üzere toplam 70 kişiye uygulandı. Araştırma için sosyodemografik özellikleri içeren veri formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizi olarak Ki-kare ve student t- testi ile yapıldı, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Araştırma sonuçlarına göre; yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, medeni durum, ailedeki birey sayısı, maddi durum, sosyal güvencenin ve biyokimyasal parametrelerden parathormon,üre ve potasyumun bazıları yaşam kalitesinin bazı boyutlarında ilişkili olduğu, Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Envanteri soru alanı sonuçlarında korelasyon gösterdiği saptandı. Hasta grubunda kontrol grubuna göre; yaşam kalitesini daha düşük, anksiyete ve depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu.

Bu alışma sonuçları , prediyaliz hasta grubunda, hastalığın yaşam kalitesini etkilediğini, önemli lde depresyon ve anksiyeteye yol açtığını göstermiştir. Bu dönemde hastalara psikolojik destek sağlanması, yaşam kalitesini önemli lde olumlu yönde etkileyebilecektir.

Anahtar kelimeler: Prediyaliz, Yaşam kalitesi, Anksiyete, Depresyon.

SUMMARY

Evaluation of The Quality Of Life, Anxiety and Depression With Predialysis Patients

Chronic Renal Failure is an illness that threatens the life, decreases the working-power capacity importantly and accuring the variety complications is seen nearly all of ages group. In spite of increasing the information and technology in Renal Replacement Treatment, patients with end stage renal disease, mortality and morbidity rate is still highest point. In this study that we did, with the thought than can face with important psychological problem when he/she learns his/her own illness. It's aimed to evaluate the quality of life, determination of anxiety and depression in patients group and determine the related factors.

Our study was made in Afyonkarahisar Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Education and Research Hospital Nephrology Education Department and who visited Nephrology Polyclinic with Creatinin Clirens 30 ml/min decline predialysis patients groups. The questionnaire was applied between 15 July 2007- 15 January 2008 with the style of face to face. This research was carried out 35 ill people (19 female, 16 male) and 35 control group (19 female, 16 male), total 70 people. For the research, the questionnaire included in details about socio- demographic properties, SF-36 Quality of Life, Beck Depression and Beck Anxiety Scale. As statistical analysis of data, Chi-square and Student t-test are applied, $p < 0,05$ is accepted as meaningful.

According to the research results, it was determined that age, sex, the places for living, marital status, the number of family members, economic situation, social security and from the parameters of biochemistry, parathormon, urea and potassium are all related to the quality of life and there is a correlation at the results of Beck Depression and Beck Anxiety Scales. According to the control group compared the patient group; it was found out that the life quality is less and the levels of anxiety and depression are higher.

The research results showed that disease influenced quality of life, increasing the depression and anxiety rate at the predialysis patients group. In this stage; providing psychological support it could quality of life positively.

Key words: Predialysis, Quality of Life, Anxiety, Depression

1.GİRİŞ

1.1. PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ

Tıp bilimi ve sosyal refah düzeyindeki ilerlemeler sonucu oluşan yaşam süresindeki artma ile kronik hastalıklar bu yüzyılın en önemli sağlık sorunu haline gelmiştir (1). Günümüzde dünya sağlığını tehdit eden önemli tehlikenin kronik hastalıklar olduğu düşünülmektedir (2).

Kronik hastalıklar tüm ölümlerin %49,5'ini oluşturmakta ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (3).

Kronik hastalıklar insanın yaşamını, yaşam kalitesini etkileyen bozan hastalıklardır. Hastalığın tipi ne olursa olsun birey yaşamı boyunca bu hastalıkla birlikte yaşamak zorunda kalmaktadır. Burada önemli olan kişinin hastalığını ve tedaviyi kabullenmesidir (4)..

Kronik hastalıklar içerisinde etkisi giderek artan hastalıklardan biride kronik böbrek yetmezliğidir (KBY) (2,4,8). Yıllar içerisinde son dönem böbrek yetmezlikli hasta sayısında artış olacağı, birçok hastanın da gelecekleri için renal replasman tedavisi yöntemini seçmesi beklenmektedir (5).

Ülkemizde 2003 yılında Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY)'nin insidensi milyon başına 118 iken nokta prevelansı 432 bulunmuştur (6). Amerika Birleşik Devletleri verilerine göre yıllık insidansı 315 yeni hasta/milyon ve prevelansı 1217 hasta/milyondur (9). Tüm prevalent SDBY hastalarının ortalama yaşı 49 yıl iken 2003 yılında yeni eklenen verilerle 50,5 yıl bulunmuştur (6).

Prevalent olgularda SDBY'ne götüren başlıca nedenler diabetes mellitus, hipertansiyon ve kronik glomerüler hastalıklar olarak sıralanmaktadır.2005 yılındaki SDBY olgularında KBY'ne götüren ilk üç neden diabetes mellitus (%27,2), kronik glomerüler hastalıklar (%16,7) ve hipertansiyondur (%25) (6).

Ülkemizdeki 2003 yılı verileri itibariyle; primer Renal Replasman Tedavisi (RRT) hemodiyaliz (HD) (%77,4) olup, sırasıyla böbrek transplantasyonu (BTx) (%12,1) ve periton diyalizi (PD) (%10,7) izlenmektedir (6). 2006 yılı sonu itibariyle; HD (%80,5), BTx (%9,8), PD (%9,7) şeklinde görülmektedir. (16).

Kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel gereksinimlerin karşılanması son derece önemlidir (6). Hastalar yaşamlarındaki değişikliklere alışıp 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 kalitesini olumsuz yönde etkileyebilirler. Hasta bireylerde hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleriyle mümkün olabilir (7).

Kronik hastalığın hangi türü olursa olsun bireyin günlük yaşam aktivitesini yapamaması, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır (4,12).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada kronik böbrek yetmezliği olup henüz diyaliz tedavisi almayan hastalarda yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyonun belirlenmesi ve bunları etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

Kronik böbrek yetmezliği, birey aile toplum üçgeninde ağır psikolojik ve sosyal ekonomik sonuçları yana sıra bir ülkenin sağlık hizmetlerindeki kalite etkinliği, yeterlilik ve organizasyon gücünün sınındığı en ciddi hastalıklardan birini teşkil etmektedir (11).

Bugün bir çok tedavi metodunun başarı ile uygulandığı böbrek yetmezliği, 1960'lı yıllara kadar ölümün kaçınılmaz olduğu bir tıbbi durumdu. KBY 1960'lı yıllardan itibaren her gün gelişen, tıbbi ve cerrahi metod ve teknikler ve giderek artan başarı oranı ile tedavi edilmektedir. Bugün gelinen noktada KBY tedavisi mortaliteyi önemli derecede düşürmüştür (4).

KBY görülme sıklığı, hem ülkemizde hem de dünyada giderek artmaktadır. 1990 yılında dünya genelinde 426 000 kişi diyaliz tedavisi görürken, bu rakamın 2010 yılında 2 095 000'e çıkması beklenmektedir (2).

KBY; glomerüler filtrasyon hızında (GFR) azalma sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik -endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanır (13-15,19).

Başka bir deyişle KBY; 3 ay veya daha uzun süredir var olan ve böbreğin yapısal veya fonksiyonel bozuklukları ile tanımlanan, GFR'nin normal veya azalmış olduğu (patolojik değişiklikler veya böbrek hasarının belirleyicilerinde anormallik olması), ya da GFR'nin 3 ay veya daha fazla süreyle 60ml/min/1.73 m² veya daha düşük olması şeklinde tanımlanabilir (6,17).

Bunun sonucunda; kandaki üremik toksinler (üre, ürik asit, kreatinin, potasyum, fosfat vb.) idrar yoluyla yeterince atılamaz ve kandaki bu artık ürünlerin oranı yükselir (12).

Üremi KBY'nin neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal anormallikleri içeren bir deyimdir ve bir çok kaynakta KBY ile eş anlamda kullanılmaktadır (4).

Böbreğin idrar oluşumu dışında bir çok görevi bulunmaktadır (19).

Böbreğin Temel Fonksiyonları

1. Vücut Sıvı ve Elektrolit Dengesinin Korunması: Su, sodyum, potasyum, hidrojen, bikarbonat, kalsiyum, fosfor vb.
2. Metabolik Artık Ürünlerin Atılımı: Üre, ürik asit, kreatinin vb.
3. İlaçlar, Toksinler ve Metabolitlerinin Detoksifikasyonu ve Atılımı
4. Ekstrasellüler Sıvı Hacmi ve Kan Basıncının Hormonal Düzenlenmesi:
 - Renin –anjiotensin sistemi
 - Renal prostaglandinler
 - Renal kallikrein-kinin sistemi
5. Hormon Üretimi ve Metabolizmasına Katkı: Eritropoetin, D vitamini
6. Peptit Hormonlarının Yıkımı: İnsülin, glukagon, parathormon, kalsitonin vb.
7. Küçük Molekül Ağırlıklı Proteinlerin Yıkımı: Hafif zincirler vb.
8. Metabolik Etki: Glukoneogenez, lipid metabolizması vb (20,21).

Kronik Böbrek Yetmezliğinde Evrelendirme

Tablo 1. Kronik böbrek yetmezliğinde evrelendirme (6,17,22,23)

EVRE	TANIM	GFR (ml/dk/1.73 m²)
	Riskin arttığı durum	≥ 90
1	Normal veya artmış GFR ile birlikte böbrek hasarı	≥90
2	GFR' de hafif azalma ile birlikte böbrek hasarı	60-89
3	GFR' de orta derecede azalma	30-59
4	GFR' de ileri derecede azalma	15-29
5	Böbrek yetmezliği	< 15 (veya diyaliz)

Normal bir insanda her iki böbrekten toplam ortalama 120 ml/dk kan süzülür. Buna glomerüler filtrasyon hızı (GFR) denir. Bu süzüntünün büyük bir kısmı böbrek tubuluslarından geri emilir. Bir gündeki ultrafiltrat miktarı ortalama 150-180 lt olmasına karşın idrar miktarı 1200-1500 ml arasında olmaktadır (18).

GFR böbrek fonksiyonlarının nasıl olduğunu gösterir ve kandaki kreatinin düzeyiyle ilişkilidir (24). GFR'nin normal değeri 120 ml/dk'dır. GFR 50 ml/dk olursa böbrek fonksiyon bozukluğu olduğu halde böbrek yetmezliği görülmez. GFR

50 ml/dk'ya düşünceye kadar metabolik artıklar atılabilir. Kanda üre yükselmez idrar ortalama 400 ml/gündür. GFR 50 ml/dk'nın altına düşerse böbrek yetersizliği, 30 ml/dk'nın altına düşerse böbrek yetmezliğinden, 10 ml/dk'nın altına düşerse son dönem böbrek yetmezliğinden bahsedilir (18).

GFR 2 formülle hesaplanır: Cockcroft- Gault ve MDRD. MDRD formülü ile hesaplanan GFR biraz daha düşüktür. Bu nedenle Cockcroft- Gault formülü ile hesaplanıp yaklaşık değer bulunur (6, 25).

Cockcroft-Gault formülü: $\frac{(140-\text{yaş}) (\text{ideal kilo})}{\text{Serum kreatinin (mg/dl)}} \times 72$ (eğer kadınsa X 0.85)

MDRD formülüne göre;

$$\text{GFR} = 186 \times (\text{Scr})^{-1,154} \times \text{yaş}^{-0,203} \times 0,742 \text{ (kadınsa)}$$

2.1.1. KBY NEDENLERİ

Konik böbrek yetmezliğine yol açan nedenlerin dağılımı ülkeden ülkeye, ırk ve cinsiyete göre farklılıklar gösterir. Bununla birlikte dünyanın her yerinde diyabete bağlı son dönem böbrek yetmezliği gelişen hasta oranı artmaktadır (6).

Tablo 2. Son Dönem Böbrek Yetmezliğine Yol Açan Nedenler

- Diabetes Mellitus
- Primer Glomerülonefrit
- Sekonder Glomerulonefrit
- İntertisyel Nefrit
- Hipertansiyon / Büyük Damar Hastalığı
- Kistik / Herediter/ Konjenital Hastalıklar
- Neoplazm
- Etyolojisi bilinmeyen

Tablo 3. Amerika Birleşik Devletleri'nde Son Dönem Böbrek Yetmezliği Nedenleri
(6)

Primer hastalık	%
Diabetes mellitus	39
Hipertansiyon	26
Primer Glomerülonefrit	11
Böbreğin kistik, herediter, konjenital hastalıkları	4
İnterstisyel nefrit / pyelonefrit	4
Nedeni bilinmeyenler	4
Renal arter hastalığı	4
Diğer Durumlar	3
Malignensi	2
Sekonder glomerülonefrit	2
Nefrolithiasis / obstrüktif nefropati	1
AIDS nefropatisi	1
Amiloidoz	0,3

Tablo 4. 2003 Yılında yeni saptanan SDBY hastalarının etyolojik dağılımı (TND, merkezlerden gelen bilgilerin analizi, dönem 2003) (6).

Etyolojik Neden	Sayı	Yüzde
DM	3396	22,8
Nedeni bilinmeyenler	2719	18,2
Hipertansiyon	2491	16,7
Kronik Glomerüler hastalık	2365	15,9
Ürolojik hastalıklar (taş, obstriksiyon vb.)	1413	9,5
Konjenital İnterstisyel nefritler	883	5,9
Renal amiloidoz (primer veya sekonder)	626	4,2
Bilinen diğer nedenler	444	3,0
Kistik böbrek hastalığı	418	2,8
Behçet hastalığı	118	0,8
Alport sendromu	29	0,2
Toplam	14902	100,0

2.1.2. KBY’NİN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

KBY’de görülen başlıca klinik sorunlar aşağıda özetlenmiştir:

Sıvı Elektrolit Bozuklukları: Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi.

Gastrointestinal Sistem: Hıçkırık, gastrit, iştahsızlık, pankreatit, ülser, bulantı-kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit, intestinal obstriksiyon, perforasyon, asit.

Hematoloji- İmmünoloji: Normokrom normositer anemi, eritrosit fragilitesinde artış, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma.

Sinir Sistemi: Stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, başağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, huzursuz bacak (restless leg) sendromu, tik, tremor.

Kardiyovasküler Sistem: Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, aritmi, kapak hastalığı.

Pulmoner Sistem: plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem.

Cilt: Kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz.

Metabolik-Endokrin Sistem: Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon.

Kemik: Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz, D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit.

Diğer: Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, karpal tünel sendromu (19, 26-29,37).

2.1.3. TEDAVİ YÖNTEMLERİ

KBY'li hastalarda ilerleyen yıllar içinde böbrek fonksiyonlarının giderek azalması ile sağlıklı bir fizyolojik denge sağlanamaz hale gelir, ağır bir klinin tablo ortaya çıkar (3). KBY tedavisinde sadece ilaç kullanmak yeterli değildir. Bunun yanı sıra, böbreğin yapamadığı görevleri yerine getirecek, başka yöntemlere ihtiyaç duyulur. Bu nedenle uygulanan iki tedavi yöntemi vardır (38):

- 1- Diyaliz
- 2- Renal transplantasyon

Diyaliz, çalışmayan böbreğin yerini tutma görevini tam anlamıyla yerine getiremez. Böbrek transplantasyonu ise, böbreğin tüm fonksiyonlarını yerine getirebilmesi bakımından, hastalığın seçkin tedavi yöntemi olmasına karşın komplikasyonlardan zengindir (6).

2.1.3.1. DİYALİZ

Yarı geçirgen bir membran aracılığıyla hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı solüt değişimini temel alan bir tedavi şeklidir (5). Bir başka deyişle, bir A solüsyonunun solüt (çözülmüş madde) içeriğini, bu solüsyonu yarı geçirgen (semipermeabl) bir membran vasıtasıyla bir B solüsyonu ile karşılaştırarak değiştiren bir işlemdir (30).

Diyaliz tedavisinin iki şekli vardır (4)

- 1- Hemodiyaliz
- 2- Periton diyalizi.

2.1.3.1.1. HEMODİYALİZ

KBY hastanın sağlığının bozulmasına ek olarak, tedavisinin de tıbbi kurumlara bir düzeyde bağımlılığı gerektirmektedir. Tedavi yöntemleri arasında en yaygın olanı ise hemodiyalizdir (31).

Hemodiyaliz (HD); hastadan alınan kanın bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile sıvı solüt içeriğinin yeniden düzenlenmesidir. Temel hedefler üremik toksinlerin uzaklaştırılması ve sıvı dengesinin sağlanmasıdır. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı ve bir membran ile makine kullanılmalıdır (6). Yeterli kan akımını sağlanması için kalıcı veya geçici bir vasküler giriş yolu sağlanmalıdır. Diyaliz membranının kimyasal yapısı değişik şekilde olabilir. Membranın bir yüzünde hastanın kanı diğer yüzünde ise diyalizat bulunur. Diyalizat etkinliğini artırmak amacıyla diyalizat ve kan akımları ters yönlüdür (4).

2.1.3.1.1.1. HEMODİYALİZ'İN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI

Hemodiyaliz tedavisinin avantajları;

- Hastanın diyaliz tedavisi ile haftada 2-3 kez 4-6 saat ilgilenilmesi, diğer zamanlarda serbest olması,
- Metabolik dengeyi daha az etkilediği için şişmanlığın az olması,
- Malnütrisyon ile daha az karşılaşılması,
- Hastaneye yatma gereksiniminin daha az olması,
- Karına ait komplikasyonların görülmemesi,
- Serum trigliseritlerinin düşürülmesi,
- Etkili potasyum uzaklaştırılmasıdır.

Hemodiyaliz tedavisinin dezavantajları;

- Vasküler giriş yeri problemleri,
- Diyet ve sıvı kısıtlaması,
- Heparinizasyon gereksinimi,

- Fazla araç gereksinimi,
- Diyaliz sırasında dengesizlik sendromu ve hipotansiyon,
- Anemiye neden olan artmış kan kaybı,
- Özel yetişmiş personel gereksinimidir (4).

2.1.3.1.1.2. HEMODİYALİZ KOMPLİKASYONLARI

Hemodiyalizde komplikasyonlar akut ve kronik şeklinde görülmektedir (30).

A.Hemodiyalizde Akut Komplikasyonlar

1. Hemodiyalizde sık görülen fakat az tehlikeli olan komplikasyonlar: Hipertansiyon, kas krampları, bulantı-kusma, baş ağrıları, göğüs ve sırt ağrıları, ateş ve titreme, antikoagülasyona bağlı komplikasyonlar.
2. Hemodiyalizde daha az görülen fakat ciddi olan komplikasyonlar: Disekilibriyum sendromu, aşırı duyarlılık reaksiyonları, aritmiler, kalp tamponatı, intrakranial kanamalar, konvülziyonlar, hemoliz, hava embolisi, kardiyopulmoner arrest.

B.Hemodiyalizde Kronik Komplikasyonlar

Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları; üremi, asetat birikimi, alüminyum toksisitesi, yetersiz diyaliz veya yetersiz beslenmeye bağlı olarak gelişir.

Hematolojik Komplikasyonları: Anemi, kanama diatezi, hipokomplementemi, lökopeni ve enfeksiyona eğilim.

Kardiyovasküler Komplikasyonlar: HT, sistemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, perikardit.

Gastrointestinal (GİS) Komplikasyonlar: Gastroenteritis, GİS kanaması, konstipasyon, karaciğer hastalıkları, asit.

İskelet Sistemi Komplikasyonları: Üremik kemik hastalığı (renal osteodistrofi).

Dermatolojik Komplikasyonlar: Üremik kaşıntı ve küçük damarlardaki kalsifikasyonlara bağlı gelişen cilt nekrozları.

Metabolik ve Endokrin Komplikasyonlar: Hiperlipidemi, endokrin anormallikleri, infertilite ve seksüel fonksiyon bozuklukları.

Nörolojik Komplikasyonlar: Alüminyum nörotoksitesisi, üremik periferik nöropati.

Enfeksiyonlar: Hepatitler, HIV.

Fistül Komplikasyonları

Diyaliz Amiloidozu

Psikososyal Sorunlar

2.1.3.1.2. PERİTON DİYALİZİ

Periton, periton boşluğunu sınırlayan seröz bir zarıdır. Yaklaşık olarak vücut yüzey alanına eşit olduğu düşünülen ve böylece bir erişkinde tipik olarak 1 ile 2 m² kadar olan bir yüzey alanına sahiptir. Periton iki bölümden oluşur:

- 1- Bağırsakları ve diğer iç organları örten visseral periton
- 2- Karın boşluğunun duvarlarını örten pariyetal periton (30).

Periton diyalizi ilk kez 1923'de Ganter tarafından akut böbrek yetmezliği tedavisinde kullanılmıştır. 1976'ya kadar, genelde, akut böbrek yetmezliği olgularında kullanılmış; kronik böbrek yetmezliği olgularında nadir ve aralıklı olarak uygulanmıştır (32).

Periton diyaliz sistemi temel olarak, peritona giriş sağlayan bir yol ile periton boşluğuna diyaliz solüsyonunun verilmesi, belirli bir süre tutulması ve bu süre sonunda boşaltılması şeklinde olmaktadır (6).

Periton diyalizinin gerçekleşmesi için üç temel unsura gereksinim vardır: katater, uygun formülde diyalizat sıvısı ve kateter ile diyalizat arasında bağlantı sistemi (33).

SAPD İçin Hasta Seçim Kriterleri

Öncelikle SAPD Düşünülen Hastalar:

Tıbbi Endikasyonlar: Dolaşım dengesizliği olan hastalar, vasküler girişim yolu sorunu olan hastalar, kan transfüzyonu ile ilgili zorluklar.

Demografik Endikasyonlar: 0-5 yaş grubu.

Psikososyal Endikasyonlar: Hemodiyaliz merkezinin uzaklığı, hastanın yoğun isteği, serbest ve bağımsız kalma isteği.

SAPD İçin Uygun Görülen Hastalar:

Tıbbi Endikasyonlar: DM, kalp-damar hastalıkları, kronik hastalıklar (pıhtılaşma bozuklukları, hepatit, HIV pozitif hastalar, periferik damar hastalıkları), renal transplantasyon adayları.

Psikososyal Endikasyonlar: Aktif yaşam biçimi, seyahat eden hastalar, sürekli enjeksiyonlardan korku, serbest diyet isteyen hastalar.

SAPD İçin Uygun Görülmeyen Hastalar

Tıbbi: Malnütrisyon, karın içi yapışıklık, mental gerilik, hiatal herni, şiddetli hipertrigliseridemi.

Demografik: Evi olmayan hastalar, 1 ay içinde renal transplantasyon yapılacak hastalar.

Psikososyal: Hijyenik alışkanlığı olmayan hastalar, uyumsuz hastalar, demans.

SAPD İçin Kontrendikasyonlar:

Tıbbi: Şiddetli barsak hastalıkları (akut divertikülit, akut iskemik bağırsak hastalığı, karın içi abseler), gebeliğin 3. trimesteri.

Psikososyal: Aktif depresyon, entelektüel düzeyi düşük hastalar (34,35).

2.1.3.1.1.2. PERİTON DİYALİZİ'NİN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI

SAPD'nin Avantajları:

- Makinesiz yapılabilir; izlemi kolaydır,
- Hemodiyaliz gibi kan kaybına neden olmaz,
- Hemodiyalizdeki gibi her seferinde damar sistemine girmek yerine, bir kez karına kateter takılması yeterlidir,
- Pıhtılaşma azaltıcı ilaç gerektirmez,
- Diet ve su kısıtlaması gereği hemodiyalizden çok azdır,
- Daha iyi kan basıncı kontrolü sağlar,
- Kalp damar sistemini hemodiyalizden daha az zorlar; özellikle yaşlı ve çocuklara uygundur.
- Başka hastalardan infeksiyon etkenlerinin bulaşması söz konusu değildir,
- Kandaki zararlı maddeleri yavaş uzaklaştırır, kan değerleri çıkıp inmez,
- Diyaliz dengesizliği (disequilibrium) beklenmez,
- İnsülin gibi ilaçlar karın içine verilebilir,
- Kolay öğrenilir; eğitimi basit ve kısadır.
- Hasta tarafından elle / cihazla, evinde uygulanır,
- Dializ merkezine, makineye ve başka insanlara bağımlılık oluşturmaz; sürekli hekim, hemşire, teknisyen desteği gerektirmez,

- Hasta özgür yaşar, okul, iş, gezi, tatil kısıtlamaları son bulur.

SAPD Dezavantajları:

- Saat başına etkinliği hemodiyalizden daha azdır,
- Kateterin takılma işlemi sırasında kanama veya karın içi yapılarda zedelenme olabilir,
- İnfeksiyon başta olmak üzere, katetere ve karın içine verilen sıvılara bağlı sorunlar olabilir,
- Her gün birden fazla uygulama gerektirir,
- Vücuttan protein kaybı oluşturabilir (32).

2.1.3.1.2.1.2. PERİTON DİYALİZİNİN KOMPLİKASYONLARI

1.Peritonit: Paryetal ve visseral peritonun enflamasyonudur.

Semptomları: Karın ağrısı, bulantı-kusma, kırıklık hissi, kabızlık ve ishal, titreme.

Bulguları: Diyalizatta bulanıklık, karında hassasiyet, kanda lökositoz ve ateş.

Peritonit Komplikasyonları: UF yetersizliği ve kilo artışı, periton membranının geçirgenliğinin bozulması, peritoneal protein kaybının artması, intraperitoneal abse oluşumu, sepsis, abdominal yapışıklık, kateter kaybı, exitus.

2.Kateter Çıkış Yeri Enfeksiyonu:

Kateter çıkış yerinde; kızarıklık, hassasiyet, pürülan akıntı, lokal ısı artışı ile tanı konulmaktadır.

3.Kateter Tünel Enfeksiyonu:

Kateter tüneli, periton boşluğundan çıkıp kateter çıkış yerine kadar olan kısmı içine alan deri altı yoldur. Belirti ve bulguları; cilt altı tünel boyunca kalınlaşma ve düzensizlik, tünel segmenti üzerinde kızarıklık, tünel boyunca ağrı ve hassasiyet, tünel içinde kateter gevşekliği, tünel üzerinde abse, çıkış yerinden bol akıntı, aynı mikroorganizmayla eş zamanlı peritonit (36).

2.1.3.2. RENAL TRANSPLANTASYON

Transplantasyon, son dönem böbrek yetersizliğinin seçkin tedavi şeklidir. Çünkü, gerek canlı vericiden, gerekse kadavradan yapılan başarılı böbrek

transplantasyonlarında diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarından bazıları değil, tamamı yerine getirilir (39).

Son yıllarda immünosupresif tedavide, infeksiyonların kontrolünde ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmeler böbrek transplantasyonunu, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda, en fazla tercih edilen, en başarılı tedavi yöntemi haline getirmiştir. Bununla beraber, transplantasyonunun komplikasyondan zengin bir tedavi yöntemi olduğu da unutulmamalı, ilk başvuruda hasta ve yakınlarına bu tedavi şeklinin iyi ve kötü yönleri anlatılmalıdır (6).

Böbrek transplantasyonu hastaların yaşam süresini ve kalitesini artırmaktadır (6). Canlı vericiden yapılan transplantasyon ile 5 yıllık hasta yaşamı % 90-95, kadavradan yapılan transplantasyonda ise % 80-85 civarındadır (39).

Renal Transplantasyon Kontrendikasyonları

- HLA antijenlerine karşı sitotoksik antikor varlığı,
- Metastatik veya tedavi edilmemiş kanser,
- Aktif infeksiyon,
- Kronik aktif hepatit, karaciğer sirozu,
- Ciddi kalp yetersizliği veya koroner yetersizliği,
- Aktif vaskülit veya glomerulonefrit,
- Düzeltilemeyen alt üriner sistem hastalığı,
- Aktif peptik ülser,
- Tedaviye uyumsuzluk,
- Tedavi edilemeyen psikoz,
- Primer oksolozis (39).

2.1.3.2.1. RENAL TRANSPLANTASYONUN AVANTAJ VE DEZAVANTAJLARI

Avantajları:

- Vericinin böbreği hasta böbreklerin görevini üstlendiğinden hastanın yaşam kalitesi yükselir.
- Diyaliz tedavisine gerekli olmadığından sıvı ve gıda kısıtlaması olmayacaktır.

Dezavantajları:

- Büyük bir cerrahi operasyon gerektirir.

- Vücutun yeni organa tepki göstermesi ve reddetmesi olasılığı vardır.
- Kullanılan çok sayıda ilacın yan etkisi (enfeksiyonlara eğilim, mide rahatsızlıkları vb.) söz konusudur (4).

2.1.3.2.2. RENAL TRANSPLANTASYONUN KOMPLİKASYONLARI

Böbrek transplantasyonunun komplikasyonları cerrahi ve medikal komplikasyonlar olmak üzere ikiye ayrılmıştır (39).

Cerrahi komplikasyonları; yara enfeksiyonları, kanama, greft rüptürü, idrar kaçağı, arteryel tromboz, lenfösel, renal arter darlığı ve tıkanma.

Medikal komplikasyonlar; posttransplant dönemde görülen medikal komplikasyonlar iki ana başlıkta incelenebilir:

Allogreftte gözlenen komplikasyonlar ve sistemik komplikasyonlar.

A. Allogreftte gözlenen komplikasyonlar

- 1 Rejeksiyonlar
 - a. Hiperakut rejeksiyonlar
 - b. Akselere (hızlanmış) rejeksiyonlar
 - c .Akut rejeksiyonlar
 - d. Kronik rejeksiyonlar
- 2.Akut tübüler nekroz
3. Primer böbrek hastalığının allogreftte nüksü
4. "De-novo" böbrek hastalığı
5. Üriner sistem enfeksiyonu
6. Siklosporin A nefrotoksitesisi

B. Sistemik komplikasyonlar

1. İnfeksiyon,
 - a. Posttransplant 1.ay
 - b. Posttransplant 1-6.ayda görülen enfeksiyon,
 - c. Posttransplant 6.aydan sonra görülen enfeksiyonlar
2. Sıvı elektrolit, asit-baz dengesi ile ilgili bozukluklar,
3. Kardiyovasküler sistem komplikasyonları,
4. Pulmoner komplikasyonlar

5. GİS komplikasyonları,
6. Hematolojik komplikasyonlar,
7. Endokrin ve metabolik komplikasyonlar,
8. Lokomotor sistem komplikasyonları,
9. Psikiyatrik komplikasyonlar
10. Göz ile ilgili komplikasyonlar
11. Kanser.

2.2. YAŞAM KALİTESİ

Kalite kavramını, bir ürün ya da hizmetin belirli gereksinimleri karşılayabilme özelliklerinin tümü olarak tanımlayabiliriz. Yaşam kalitesi kavramı sezgi ile anlaşılmasına karşın, sosyal bilimciler, sağlık hizmetleri çalışanları ve klinisyenler için oldukça tanımlaması zordur. Bu kavram bilimsel makale yazarları tarafından önceleri sıklıkla açık tanımlanmamıştır. Ancak günümüzde yaşam kalitesinin açık bir şekilde tanımlanması gerektiği savunulmaktadır (40,41).

Yaşam kalitesi (Quality of life, QOL); kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır (42-44). Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır (42).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (Health related quality of life, HRQOL) ise; esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir (42). Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (42,45).

Yaşam kalitesi ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” ile tanımlanmıştır. Burada temel olarak savunulan, “iyi bir sosyal çevre bireysel kalite algılarının daha iyi olması sonucunu doğurur” fikridir (46).

Hoernquist; yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatminiye ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır (46).

Cella; fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali üzerinde durmaktadır (47).

Araştırmacıların çoğu yaşam kalitesini; mutluluk, doyum, uyum olarak tanımlamışlardır ve yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanılmıştır (40).

Mc Daniel ve Bach, yaşam kalitesinin dört temel özelliğinden bahsetmektedirler (47):

- a) dinamik özelliği (zaman içinde değişim gösterebilmesi),
- b) çok boyutluluk,
- c) interaktif olması (bireyler ve çevre ile oluşan etkileşimden etkilenmesi),

d) bireyin beklentileri ve yaşamdaki olaylara uyum göstermesi “yaşam kalitesi=doğal ihtiyaçlar” (hastanın ailesinin bu yöndeki çabaları + toplumun bu yöndeki çabaları).

Shaw yaşam kalitesini bir formül ile tanımlamaktadır: (47).

“yaşam kalitesi= doğal ihtiyaçlar (hastanın ailesinin bu yöndeki çabaları + toplumun bu yöndeki çabaları).

Ganz’ın çalışmasında belirttiği gibi; son yıllarda iki araştırma grubu tarafından genel olarak kabul görülen iki yaşam kalitesi tanımı benimsenmiştir:

- 1.Yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir.
- 2.Yaşam kalitesi; hastanın şimdiki yaşam fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığının değerlendirmesi olup, doyumu içermektedir.

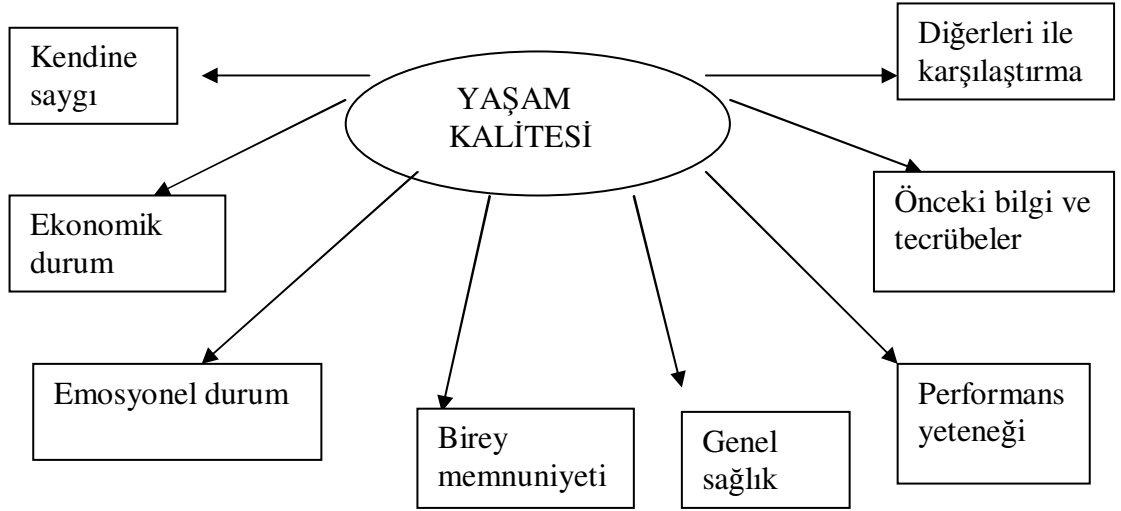
Birinci tanımda; ölçümün subjektivitesi (özelliği) ve global değerlendirmenin önemi vurgulanmakta, ikinci tanımda ise; yaşam kalitesi değerlendirmesinin özelliği ve bireyin şu andaki sağlık durumuna verdiği özellik ya da değer dikkati çekmektedir. Örneğin, aynı fonksiyonel yetersizliğe sahip iki kişi, kendi sağlık durumlarını farklı değerlerde ifade edebilir (40,41).

Birçok uzman yaşam kalitesini, bir çok anahtar boyutu kapsayan çok boyutlu bir yapı olarak algılamışlardır. Bunlar:

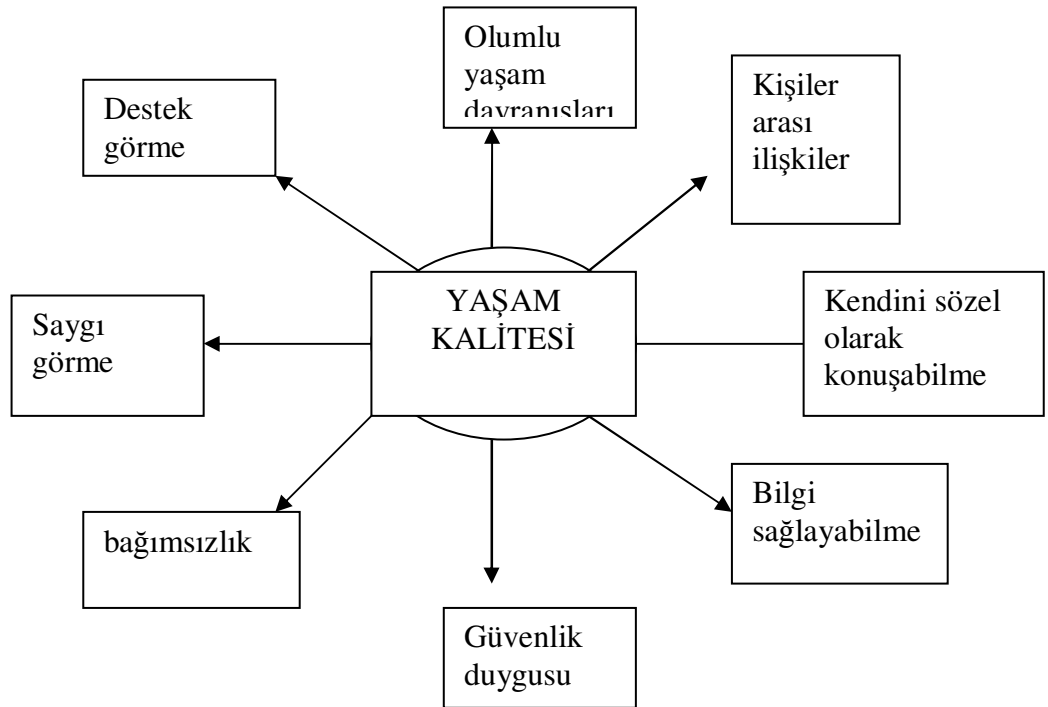
1. Fiziksel fonksiyon: Hastanın kendine bakım aktiviteleri performansını, fonksiyonel durumunu, hareket, fiziksel aktiviteleri, iş ya da aile sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini değerlendirir.
2. Hastalık ve tedavi ile ilgili semptomlar: Ağrı ya da solunum güçlüğü gibi hastalık semptomları, bulantı, saç dökülmesi, impotans, sedasyon vb. tedavi yan etkilerinin olup olmadığını içerir.
3. Psikolojik fonksiyon: Hastalığa ya da tedavisine bağlı olarak anksiyete ya da depresyon durumunu kapsar.
4. Sosyal fonksiyon: Kişilerin sosyal aktivitelerinde sınırlama olup olmadığını araştırır (40,41).

Bertero, yaşam kalitesini tanımlamış ve bu tanımı bağımsızlık (otonomi), sevmek (saygı) ve esenlik olmak üzere üç kavram üzerine temellendirmiştir. Bertero, yaşam kalitesi kavramını, olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır (Şekil 1,2) (4,92).

Şekil 1 Yaşam kalitesi Kavramının Boyutları ve Nitelikleri



Şekil 2 Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler



Dünya sağlık örgütü, yaşam kalitesini bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini ve standartlarını ve ilgilerini algılamaları olarak tanımlamaktadır. Dünya sağlık örgütünün yaşam kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat ile ilgili özellikleri içeren 6 alan bulunmaktadır. Dünya sağlık örgütüne göre yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanların kapsadığı maddeler (48);

Fiziksel Sağlık:

- Ağrı, rahatsızlık
- Enerji, halsizlik, yorgunluk
- Uyku, dinlenme

Psikolojik Durum:

- Pozitif düşünceler
- Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon
- Beden imajı ve dış görünüş
- Negatif düşünceler

Bağımsızlık Düzeyi:

- Hareket edebilme
- Günlük yaşam aktiviteleri
- İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma
- Çalışma kapasitesi

Sosyal İlişkiler:

- Kişisel ilişkiler
- Sosyal destek
- Seksüel aktivite

Çevresel Özellikler:

- Fiziksel güvenlik
- Ev çevresi
- Finansal kaynaklar
- Sağlık ve sosyal bakıma ulaşabilme ve kalite
- Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı

- Fiziksel çevre (Hava kirliliği, gürültü, trafik iklim)

Maneviyat ile ilgili özellikler:

- Ruhsal / dinsel / kişisel inançlardır.

Görüldüğü gibi yaşam kalitesi, çok farklı şekilde tanımlanmaktadır. Ancak tanımlardaki ortak nokta yaşam kalitesinin bireyin mutluluk ve doyumunu ile ilişkili olduğudur (48).

Sullivan; yaşam kalitesi ile ilgili klinik araştırmalarda sağlığın temel boyutlarının ele alınması gerektiğini bildirmektedir. Bu boyutlar (49);

- Fiziksel yakınmalar / fiziksel esenlikler,
- Psikolojik zorlanmalar / psikolojik esenlik,
- Fonksiyonel durum,
- Rol fonksiyonu,
- Sosyal fonksiyonlar / sosyal esenlik,
- Sağlık / yaşam kalitesine bakış açısıdır.

Smart'a göre; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; fiziksel fonksiyon, hastalık ve/veya tedaviye bağlı semptomlar, mesleki ve sosyal etkileşim, duygulanım ve mutluluk, doyum gibi esenlik parametrelerini içeren bir bütündür (50).

Hemşirelik alanında yaşam kalitesi çalışması; yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyo kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır (40).

Sağlık alanında, yaşam kalitesi kavramına tüm bu yaklaşımlar, yaşam kalitesinin çok kapsamlı bir kavram olduğu ve farklı yaklaşımların içeriğinin büyük parçaları bir araya getirdiğini göstermektedir. Yaşam kalitesinin ne olduğu üzerinde durulabilir, ancak değerlendirmek zordur. Bütün bunlarla birlikte; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalık semptom veya tedavi ile ilişkili olarak bireylerin tüm durumları üzerinde odaklanır (48).

2.3. KBY VE YAŞAM KALİTESİ

Renal replasman tedavilerindeki artan bilgi ve teknolojiye rağmen, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarının morbidite ve mortalitesi hala yüksektir. SDBY olan hastalarda yaşam kalitesi ile morbidite ve mortalite arasında çok yakın

ilişki saptanmıştır. Bundan dolayı hastaların yaşam kalitesini artıracak tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaşılması gerekmektedir (51).

Kronik böbrek yetmezlikli prediyaliz hastalarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi diyaliz hastalarına göre daha az dikkate alınmaktadır ve bu hasta grubunda da yaşam kalitesinin hızla azaldığı görülmüş, bu azalış da yükselen serum kreatinini, azalan hemotokrit değeriyle ilişkilendirilmiştir (52). Yine bu hasta grubunda yaşam kalitesini etkileyen anemi, yaş, depresyon, cinsiyet, DM, prediyaliz dönemin hazırlığı, hastada var olan kalp ve akciğer hastalığı gibi bir çok faktör bulunmaktadır. (53,54). Bu dönemde ihtiyaç olan; iyi bir eğitim ve böbrek yetmezliğinin tüm safhalarında hasta ve ailesinin de birlikte olması önemlidir (55).

KBY'li hastalarda tıbbi ve ekonomik nedenler dışında, hangi tedavi yönteminin seçileceğine ilişkin belirgin kriterler yoktur. Hangi tedavi yönteminin kullanışlı olduğuna karar verilebilmesi için alternatif yöntemlerin üstünlüğü değerlendirilmelidir. Hastalar için daha kaliteli bir yaşam, onların kişisel özellikleri konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak ve tedavinin her yönünü göz önünde bulundurmakla olasıdır (56).

2.4. ANKSİYETE

Anksiyete endişe, korku, sıkıntı, bunaltı, kaygı, huzursuzluk halidir (9,57). Hastalar bu durumu “kötü bir şey olacakmış hissi”, “hoş olmayan bir endişe hali” ya da “nedensiz bir korku” şeklinde ifade ederler (9). Tanım olarak, anksiyete bilinçdışı olan ve nesnesi kişice tanınmayan, içsel tehditlere karşı oluşan tepkidir. Diğer bir deyişle, dıştan kaynaklanan bir tehlike ya da tehlike olasılığı karşısında yaşanan duygudurumdur (57). Hastalar belirtileri tanımlarken, “içimde bir şeyin pırpır etmesi”, “boğazıma bir şey düğümlenmesi”, “göğsüne ateş düşmesi”, “terden sıırıslık olma” gibi ifadeler kullanmaktadırlar. Bunlara ek olarak iştahsızlık, ağız kuruluğu, baygınlık, bulantı-kusma, göğüs ağrısı, yorgunluk, nefes darlığı, solukluk, kilo kaybı, sersemlik hali vb. gibi bedensel belirtiler de görülmektedir (57).

Anksiyete kişinin düşünme, algılama ve öğrenme yetilerini bozar. Kişide dikkatini toplayamama, öğrendiğini anımsayamama ve olaylar ya da kişiler arasında gerekli bağlantıları kuramama görülür. Kişinin dikkati seçici olur ve bazı şeylere odaklanırken diğerlerine üstünkörü bakar. Bu da kendisini rahatsız eden durumu fark

etmesine ve uygun şekilde göğüslemesine yardımcı olur. Ancak yanlış şartlanmalarda ise çarpık algıları aracılığıyla kısır döngü olarak anksiyete artar. Bu durumda uygun önlemleri almakta yetersiz kalır (57).

2.5. DEPRESYON

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (44). Ruhsal bozukluklar alanında depresyon kadar sık ve yaygın görülen, hakkında pek çok araştırma yapılan ve yeni tedavi olanakları yaratılan bir hastalık yoktur. Son araştırmalar, toplum içinde depresyonların toplumun %20'sini etkilediğini göstermektedir. Depresyonun sık görülmesi, yüksek kronikleşme eğilimi ve intihar riski nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir (58).

Depresif bozuklukların en karakteristik belirtisi depresif duygudurumdur. Depresif bozukluklarda, depresif duygudurum dışında ilgi yitimi, etkinliklerden zevk alamama, iştahsızlık ya da iştah artışı, zayıflama ya da şişmanlama, uyku sorunları, psikomotor ajitasyon, halsizlik / güçsüzlük, enerji yitimi, değersizlik duygusu, suçluluk duygusu, konsantrasyon güçlüğü, intihar düşünceleri gibi belirtilere sık rastlanmaktadır (57).

Depresyon tanısının konulabilmesi için en azından bir takım objektif psikolojik testlerin rakamsal sonuçlarına ihtiyaç olmaktadır. Depresyonda sendromal aktiviteyi değerlendirmek için üzerinde geniş anlaşma olan Hamilton Depresyon Ölçeği veya Beck Depresyon Envanteri kullanılır.

Kişinin belirtilerin şiddeti açısından eşiği aştığı tespit edildikten sonra gerek işlevsellikteki etkilenme, gerek seçilecek tedavi açısından atağın kategorik incelemesinin yapılması gerekir. Depresyonun şiddeti de Beck Depresyon Envanterinde aldıkları skollara göre değerlendirilir (58).

2.6. KBY'DE, ANKSİYETE VE DEPRESYON

Son dönem böbrek yetmezliği, birçok ruhsal sorunlarla kendini göstererek, psikolojik çöküntüye yol açan bir hastalıktır. Bu hastalık, hastanın hayattaki amaçlarını bloke ederek şiddetli bir depresyon çarkına, ruhsal dalgalanmalara ve yerine getirilememiş umutlara yol açarak bu süreci hızlandırır (59).

Psikiyatrik semptomların ortaya çıkmasında en önemli faktör kuşkusuz kronik hastalığın kendisidir. Kronik hastalıklar kişiye, topluma, yaşa, kültüre, hastanın hastalığı nasıl algıladığına, hastalığın yol açtığı güçlüklerle ilgili olarak kişinin denge ve uyumunu bozar ve başa çıkma becerilerini başarısızlığa uğratar (60).

Böbrek yetmezlikli hastada psikolojik düzensizliğe; kranial sinir sisteminde değişen serotonin seviyelerinin neden olduğu gözlenmiştir (61). Diğer bir olasılık ise; artan psikolojik düzensizliğin etkileri ya da kronik tıbbi tedaviye hastaların maruz kalması şeklinde değerlendirilmiştir (62). Hastadaki inkar ya da onun korkunç komplikasyonları kronik hastalığı olan hastada başlayan bir mekanizmadır. Hissettiği duyguları ya da düşünceleri kabul etmeme, hastayı anksiyete ve depresyona karşı korumaktadır (63). Özellikle prediyaliz hasta grubunda düşük ölçüde inkar kullanımı görülmektedir bunun da anksiyete gibi psikolojik bir mekanizma olduğu açıklanmaktadır (64). İnkâr, bir hasta için yıkmaya çalıştığı otonomik düşünceler için tamamlanmamış bir adaptasyon olabilir ve bu problemleri yavaş ve etkili bir şekilde çözmek için oluşum olarak değerlendirilebilir (65).

Son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda gözlemlere göre; çeşitli semptomların depresyonu kronikleştirdiği fakat bunun kesin bir kanıt olmadığı görülmüştür. Böbrek yetmezlikli hastalarda yapılan araştırmalarda subsendromal depresyonun hastalarda %25, major depresyonun %5-22 arasında olduğu söylenmektedir. Bu raporlardaki sıklık belirtilenden daha fazla olabilir çünkü depresyon semptomlarının üremik semptomlarla benzer yönlerinin olduğu görülmektedir (66).

KBY'de hissedilen ölüm korkusu, fiziksel güç ve dayanıklılığın kaybedilmesi, ekonomik açıdan güçlükler yaşanması, diyet ve sıvı alımının kısıtlanması ve tıbbi bağımlılık "hastalığın girciliği" (illness intrusiveness) kavramıyla özetlenmektedir. Anlamı, değer verilen uğraşların ve ilgilerin hastalık nedeniyle kısıtlanması, böylelikle ödüllendirici deneyimlerin sınırlanması ve yaşam niteliğinin düşmesidir.

Hastalığın giriciliği hayattan tat alma, olumlu ve olumsuz duygulanım, kendilik saygısı, mesleki yeterlilik ve evlilik uyumu gibi yaşam niteliği göstergeleriyle belirgin olarak ilişkili bulunmuştur. Psikolojik iyilik halini, olumlu deneyimleri azaltarak ve yaşam üzerinde algılanan kontrolü düşürerek hem dolaylı hem dolaysız biçimde tehdit edebilmektedir (67).

Depresyon, böbrek fonksiyonlarını, fiziksel ve düşünsel yeteneklerini, seksüel fonksiyonlarını, iş, aile ve toplum hayatındaki rolünü kaybetmesine bağlıdır ve depresyon hastanın başlangıçta sahip olduğu tıbbi hastalığın verdiği sıkıntılarla tetiklenir (68). Ayrıca KBY tanısı konduğu sırada hastalarda saptanan depresyonun, ailedeki rol, kendilik kavramı ve işle ilgili kayıplara bağlı olduğunu yani reaktif olduğunu öne sürmüşlerdir. Kimmel ve arkadaşları da depresyon etiolojisinin kayıpla olan bağlantısını hatırlatarak, bir çok hastada rastlanan depresyon sıklığındaki yüksekliğin şaşırtıcı olmadığını belirtmiştir (67).

KBY kişinin günlük etkinliklerini, evlilik ve aile yaşantısını, mesleki yeterliliğini ciddi ölçüde bozarak, hastaya, aileye ve topluma ağır bir bedel ödetmektedir. Bu nedenle genel kanı KBY'de ruhsal bozuklukların yaygın olduğu yönündedir. Ancak üremi, ilaç yan etkileri, sistemik lupus eritamotozus gibi altta yatan birincil hastalıklar, anemi, elektrolit dengesizliği gibi komplikasyonlar ruhsal bozuklukları taklit etmekte, yaygınlığın olduğundan fazla görünmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle KBY hastaları multidisipliner bir anlayışla ele alınmalıdır (60,67).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırmanın şekli kesitsel araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLER

Araştırma, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı'nda tedavi gören ve poliklinikten izlenmekte olan Kreatinin Klirensi 30 ml/dk altında olan ve herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan prediyaliz hasta grubu üzerinde yapıldı.

3.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Bilim Dalı'nda tedavi gören ve poliklinikten izlenmekte olan prediyaliz hasta grubu araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmaya; hasta ve kontrol grubu olarak iki grup alındı. Hasta grubu 19 kadın, 16 erkek bireyden oluşmaktadır. Kontrol grubu da 19 kadın, 16 erkek bireyden oluşturulmuştur. Araştırmamızda toplam 35 hasta, 35 sağlıklı birey yer almaktadır. Ayrıca her hastadan 8 saatlik açlık sonrası alınan venöz kanda biyokimyasal parametrelerden; hemoglobinin, hemotokrit, potasyum, üre, parathormon, kreatinin, kalsiyum, transferrin saturasyonu, kan üre nitrojeni, fosfor düzeyleri çalışıldı ve kalsiyum-fosfor çarpım değerleri hesaplandı. Elde edilen sonuçların anket sonuçları ile ilişkisi incelendi.

3.4. ANKET FORMUNUN UYGULANMASI

Anketler, 15 Temmuz 2007- 15 Ocak 2008 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Çalışmaya toplam 42 hasta dahil edildi. 7 hasta çalışmaya

katılmayı kabul etmedi. Anket formu, çalışmaya isteksiz olanlar nedeniyle 35 hastaya uygulandı.

3.5. ANKET FORMUNUN HAZIRLANMASI

Bu çalışmanın anket formunda sosyo-demografik özellikleri içeren 21 soru, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeği yer aldı.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36, anksiyete durumlarını değerlendirmek için Beck Anksiyete Envanteri (BAE), depresyon durumlarının değerlendirmek için Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanıldı.

SF-36

SF-36, "Medical Outcomes Study" tarafından geliştirilen, yaşam kalitesini ölçen genel bir ölçektir ve birçok dile çevrilmiştir. SF-36'nın, Türkçe için, bedensel hastalığı olanlarda geçerlilik ve güvenilirliği ise Koçyiğit ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır (68). SF-36, 36 maddelik hem hasta hem de sağlıklı popülasyonla kullanılabilen kısa bir ankettir (4). Sağlıkla ilgili 8 alanı değerlendirir: fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite (enerji), mental sağlık (68). Bunlardan ilk 4'ü fiziksel komponent skoru (FK), son 4'ü mental komponent skoru (MK) olarak bilinir.

Fiziksel fonksiyon skalası; bir veya birkaç kat merdiven çıkma ya da bir veya birkaç sokak öteye yürüme gibi fizik aktivitelerdeki yeterliliği değerlendiren sorularla, fiziksel kısıtlılıkları ölçer. Emosyonel ve fiziksel rol güçlülüklerinde; fiziksel ve emosyonel problemlerin hastaların aktivitelerini ne kadar kısıtladığı sorulur. Ağrı skalası; vücut ağrısının skalasının derecesini ve ağrının hastanın günlük hayatını ne kadar etkilediğini değerlendirir. Genel sağlık skalası; hastaların kendini nasıl hissettiklerini ve genel olarak sağlıklarının nasıl olacağına dair tahminlerini ölçer. Vitalite skalası; enerji durumlarını ve yorgunluğu ölçer. Sosyal fonksiyon skalası; hastaların aile, arkadaş ve diğer gruplarla olan sosyal aktivitelerini fiziksel veya emosyonel problemlerin ne kadar etkilediğini sorgular. Mental sağlık skalası;

anksiyete, depresyon, emosyonel kontrol ve davranış bozukluğu ve psikolojik iyilik hali gibi konularda mental sağlık durumunu ölçer.

Skalaların değerlendirilmesinde, her skala 0 ile 100 arasında puanlanır ve puan ne kadar yüksekse yaşam kalitesinin de o kadar iyi olduğu anlaşılır.

Tablo 5. Genel sağlık ölçüm aracının boyutları ve anketteki soru sayıları

Alan	Boyut	Soru Sayısı
Fonksiyonel Statü	Fiziksel Fonksiyonellik	10
	Sosyal Fonksiyonellik	2
	Fiziksel Rol Güçlüğü	4
	Duygusal Rol Güçlüğü	3
İyilik Hali	Mental Sağlık	5
	Vitalite (canlılık)	4
	Ağrı	2
Genel Sağlık Değerlendirmesi	Genel Sağlık Algılamaları	5
	Sağlık Değişimi*	1
Toplam	8 Boyut	36
* Bu soru 8 boyut içerisinde skorlanmamaktadır (Guyatt ve arkadaşları, 1993).		

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Depresyon riskini belirlemeyi ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeyi sağlayan kendini değerlendirme ölçeğidir (69).

Ölçtüğü Nitelik: Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir.

Ölçek türü: Kendini değerlendirme ölçeği.

Uygulanacak grup: Sağlıklı ve psikiyatrik hasta grubu.

Kapsamı: Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır.

Materyal: Hastalar ölçeğin üzerine işaretleyerek yanıt verirler.

Uygulama İçin Pratik Bilgiler

Uygulama: Anlaşılabilirliği uygulanan gruplara göre değişkenlik göstermektedir ve hastalar kendi başlarına doldururlar.

Yönerge: Yönergesi ölçeğin başında vardır ve hastalara doldururken kendi durumlarına göre en çok uyan ifadeyi işaretlemeleri belirtilir.

Yanıtlanması: Formda 21 belirti kategorisinin her birinde dört seçenek vardır. Uygulama günü dahil olmak üzere, geçirilen son bir hafta içinde, kişinin kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir.

Puanlama: Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir. Bireylerin kendi kendine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir.

Yorumlama: Ölçeğin Türkçe için geçerlilik ve güvenirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir (70).

0-10 puan: depresyon yok

11-17 puan: hafif şiddetli depresyon

18-23 puan: orta şiddetli depresyon

24 ve üstü puan: şiddetli depresyon

Ölçek Bilgileri

zgn adı, Beck Depression Inventory (BDI), Beck tarafından geliştirilmiştir (71) . Türkçe formunun adı Beck Depresyon Envanteri olup Nesrin Hisli tarafından uyarlanıp, güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur (69). Yarıya bölme güvenirliğinde, $r=0,74$ olarak belirlenmiştir.

Türkçe formunun geçerliliği: Birlikte geçerlilik yönteminde, BDI ile birlikte MMPI depresyon alt leği uygulanmış ve aralarındaki korelasyon $r=0,50$ olarak elde edilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk, ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, üçüncü faktörde bedensel kaygılar ve dördüncü faktörde suçluluk duygulanımları yer almaktadır.

BECK ANKSİYETE ENVANTERİ

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan bir kendini değerlendirme

ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermektedir (72).

Yorumlanması: Toplam puanın yüksek oluşu, anksiyete düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. BAE'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri:

0-17 puan: düşük derece anksiyete

18-24 puan: orta derece anksiyete

25 ve üzeri puan: yüksek derecede anksiyete varlığını gösterir.

4. BULGULAR

Tüm katılımcıların yaş ortalaması 60.49 ± 14.54 (aralık=18–86)'di. Kontrol grubunda 19 kadın ve 16 erkek vardı, grubun yaş ortalaması 60.26 ± 14.58 'di.

Hasta grubunda da 19 kadın ve 16 erkek hasta vardı ve grubun yaş ortalaması 60.71 ± 14.71 'di. Gruplar arasında yaş ortalaması yönünden bir fark yoktu. ($p > 0.05$).

Vücut ağırlığı ve boy ortalamaları kontrol grubunda 74.00 ± 12.58 kg ve 1.64 ± 0.07 m iken hasta grubunda 72.03 ± 11.80 kg ve 1.63 ± 0.08 m'di. (her iki durumda da $p > 0.05$).

Vücut kitle indeksi kontrol grubunda 27.56 ± 3.97 kg/m² ve hasta grubunda 27.29 ± 4.32 kg/m²'di. ($p > 0.05$).

Hasta grubunda sigara kullanan kişi sayısı 7 (%20), kontrol grubunda sigara kullanan kişi sayısı 6 (%17,1)'idi. Alkol kullanan kişi sayısı hasta grubunda 1 (%2,9), kontrol grubunda 2 (%5,7)'idi.

Olgularımızda ortalama KBY süresi $3,9 \pm 7,0$ yıl olarak hesaplanmıştır.

Tablo 6: Sosyodemografik özelliklerine göre dağılım.

Sosyodemografik Özellikler	Kontrol Grubu		Hasta Grubu		Toplam		P değeri
	Sayı (n=35)	Yüzde (%)	Sayı (n=35)	Yüzde (%)	Sayı (n=70)	Yüzde (%)	
Yaş							
60 yaş altı	17	48.6	16	45.7	33	47.1	0.811
60 yaş ve üstü	18	51.4	19	54.3	37	52.9	
Cinsiyet							
Kadın	19	54.3	19	54.3	38	54.3	1.000
Erkek	16	45.7	16	45.7	32	45.7	
İkamet Yeri							
Şehir	26	74.3	10	28.6	36	51.4	0.001*
İlçe	3	8.6	11	31.4	14	20.0	
Köy ve Kasaba	6	17.1	14	40.0	20	28.6	
Meslek							
Çalışmıyor	21	60.0	29	82.9	50	71.4	0.034*
Çalışıyor	14	40.0	6	17.1	20	28.6	
Medeni Hal							
Evli	31	88.6	26	74.3	57	81.4	0.200
Bekar	2	5.7	2	5.7	4	5.7	
Dul	2	5.7	7	20.0	9	12.9	
Evin Gelirinin Sağlayan							
Kadın	3	8.6	6	17.1	9	12.9	0.011*
Erkek	22	62.9	28	80.0	50	71.4	
Kadın ve Erkek	10	28.6	1	2.9	11	15.7	
Aylık Net Gelir							
500 YTL altı	9	25.7	16	45.7	25	35.7	0.081
500-1000 YTL arası	11	31.4	19	54.3	30	42.9	
1000 YTL üzeri	15	42.9	-	-	15	21.4	
Sosyal Güvence							
SSK	11	31.4	17	48.6	28	40.0	0.000*
Emekli Sandığı	19	54.3	3	8.6	22	31.4	
BAĞKUR	2	5.7	10	28.6	12	17.1	
Diğer	3	8.6	5	14.3	8	11.4	
Birey Sayısı							
≤ 2	9	25.8	15	42.9	24	34.3	0.071
3	10	28.6	3	8.6	13	18.6	
4 ve üzeri	16	45.8	17	48.6	33	47.2	

Tablo 6'da Hasta ve Kontrol grubunun sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Kontrol grubunda 60 yaş altı birey 17 kişi (%48,6), hasta grubunda 16 kişiydi (%45,7). Kontrol grubunda 60 yaş üstü birey 18 kişi (%51,4), hasta grubunda 19 kişi (%54,3)'tü.

Cinsiyet durumları değerlendirildiğinde; kontrol grubunda 19 kadın (%54,3), 16 erkek (%45,7) vardı. Hasta grubunda da 19 kadın ve 16 erkek vardı.

İkametgah yeri ele alındığında kontrol grubunda 26 hasta (%74,3) şehirde, 3 hasta (%8,6) ilçede, 6 hasta (%17,1) köy ve kasabada yaşamaktaydı. Hasta grubunda ise; 10 hasta (%28,6) şehir, 11 hasta (%31,4) ilçe, 14 hasta (%40) köy ve kasabada yaşamaktaydı.

Medeni hal değerlendirildiğinde; kontrol grubunda evli kişi sayısı 31 (%88,6), bekar 2 (%5,7), dul 2 (%5,7)'di. Hasta grubunda evli kişi sayısı 26 (%74,3), bekar 2 (%5,7), dul 7 (%20)'di.

Aylık net gelire bakıldığında; 500 YTL altı kontrol grubunda 9 kişi (%25,7), kontrol grubunda 16 (%45,7)'di. 500-1000 YTL kontrol grubunda 11 kişi (%31,4), hasta grubunda 19 (%54,3)'tür. 1000 YTL üzeri gelir kontrol grubunda 15 kişi (%42,9), hasta grubunda birey bulunmamaktadır..

Sosyal güvence ele alındığında; SSK olan; kontrol grubunda 11 kişi (%31,4), hasta grubunda 17 (%48,6)'dı. Emekli Sandığı olan; kontrol grubunda 19 kişi (%54,3), hasta grubunda 3 kişi (%8,6)'dı. Bağkur olan kontrol grubunda 2 kişi (%5,7), hasta grubunda 10 kişi (%28,6)'dı. Diğer sağlık güvencesi kapsamında olan; kontrol grubunda 3 kişi (%8,6), hasta grubunda 5 kişi (%14,3)'tü.

Ailedeki birey sayısına bakıldığında 2 kişi ve altı; kontrol grubunda 9 kişi (%25,8), hasta grubunda 15 kişi (%42,9)'du. 3 kişiden oluşan birey sayısı kontrol grubunda 10 kişi (%28,6), hasta grubunda 3 kişi (%8,6)'dı. 4 ve üzeri birey sayısı; kontrol grubunda 16 kişi (%45,8), hasta grubunda 17 kişi (%18,6)'dı.

Kontrol ve hasta grubu karşılaştırıldığında; ikamet yeri, çalışıp-çalışmama durumu, sosyal güvence ve evin gelirini sağlama faktörü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yaş, cinsiyet, medeni durum, aylık net gelir ve birey sayısı faktöründe istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 7: Hasta grubunda KBY ile ilgili soruların dağılımı.

KBY ile İlgili Sorular	Hasta Grubu	
	Sayı (n=35)	Yüzde (%)
KBY Nedeni		
Bilmiyor	20	57.1
dm	9	25.7
Nefrolitiasiz	3	8.6
Eşlik Eden Hastalık		
Var	34	97.1
Yok	1	2.9
İlaç Düzenli Alınıyor mu?		
Evet	33	94.3
Hayır	2	5.7
KBY Eğitimi Aldı mı?		
Evet	10	28.6
Hayır	25	71.4
Hemodiyaliz veya periton diyaliz hazırlığı yapıldı mı?		
Evet	5	14.3
Hayır	30	85.7
Diyete Uyuluyor mu?		
Evet	29	82.9
Hayır	6	17.1

Tablo 7’de hasta grubunda KBY ile ilgili soruların dağılımı yer almaktadır. Olgularımıza KBY nedeni sorulduğunda % 57,1’lik bir oranla nedenin bilinmediği, %25,7’lik oranla DM, %8,6’lık oranla Nefrolitiasiz yer almaktadır.

Eşlik eden hastalık sorulduğunda; %97,1’lik oranla KBY dışında eşlik eden hastalık yer almaktadır.

İlaçların düzenli kullanımı sorulduğunda %94,3’lük gibi büyük bir oranla ilaçların düzenli kullanımı görülmektedir.

KBY eğitimi alıp almadığı sorulduğunda; hastaların %28,6’sı eğitim aldıklarının belirtmişlerdir. Olgularımızın %14,3’lük kesimine hemodiyaliz ya da periton diyalizi hazırlığı yapılmıştır.

Diyet konusu sorulduğunda; %82,9’luk gibi büyük bir oranla hastalarımız diyetlerine uymaktadır.

Tablo 8: Genel sağlık statüsü boyutları (SF-36), BDE ve BAE ortalama puan ve standart sapmalarının kontrol ve hasta grup arasında karşılaştırılması.

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu		t-testi	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	t	p
SF-36						
Fiziksel fonksiyonellik	77.14	25.68	42.00	34.54	4.83	0.000
Fiziksel rol güçlüğü	62.14	47.11	10.71	28.62	5.52	0.000
Bedensel ağrı	78.14	16.86	57.51	29.52	3.59	0.001
Genel sağlık	56.25	13.24	41.94	14.85	4.26	0.000
Vitalite (Canlılık)	65.71	15.44	41.71	16.27	6.33	0.000
Sosyal fonksiyonellik	85.00	15.10	77.14	28.52	1.44	0.154
Emosyonel rol güçlüğü	66.67	42.01	13.33	30.46	6.08	0.000
Mental sağlık	63.66	10.78	50.29	12.28	4.84	0.000
BDE	8.51	6.51	18.43	9.04	-5.26	0.000
BAE	5.63	4.73	14.97	12.22	-4.22	0.000

Tablo 8’de hasta grubu ve kontrol grubu arasında SF-36, BDE ve BAE ortalama puan ve standart sapmalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Sosyal Fonksiyonellik skalası ($p=0,154$) hariç diğer skalalarda anlamlı fark bulunmuştur. Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında hasta grubunda SF-36 ortalama puanlarının daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında BDE ve BAE ortalama puanları hasta grubunda daha yüksek, kontrol grubunda daha düşüktür ve aralarında anlamlı fark vardır ($p=0,000$).

Tablo 9: BDE puanlarına göre depresyonun şiddetinin kontrol ve hasta grup arasında karşılaştırılması.

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Depresyon Yok	25	71.4	8	22.9	33	47.1
Hafif Şiddetli Depresyon	5	14.3	9	25.7	14	20.0
Orta Şiddetli Depresyon	5	14.3	9	25.7	14	20.0
Şiddetli Depresyon	-	-	9	25.7	9	12.9
Toplam	35	100.0	35	100.0	70	100.0
$X^2=20.04$ $p=0.000$						

Tablo 9’de BDE puanlarına göre hasta ve kontrol grubu arasında karşılaştırılma yapılmıştır. Kontrol grubunda % 71,4 oranında depresyon olmadığı, %14,3’lük oranlarda da hafif şiddetli ve orta şiddetli depresyon görülmüştür. Hasta grubunda ise; %22,9 oranında depresyon olmadığı, %25,7’lik oranlarla hafif,orta ve şiddetli derecede depresyon saptanmıştır. Her iki grup arasında anlamlı fark vardır ($p=0,000$).

Tablo 10: BAE puanlarına göre anksiyete şiddetinin kontrol ve hasta grup arasında karşılaştırılması.

	Kontrol Grubu		Hasta Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Düşük Anksiyete	34	97.1	23	65.7	57	81.4
Orta Anksiyete	1	2.9	6	17.1	7	10.0
Yüksek Anksiyete	-	-	6	17.1	6	8.6
Toplam	35	100.0	35	100.0	70	100.0
$X^2=11.69$ $p=0.003$						

Tablo 10’da BAE puanlarının hasta ve kontrol grubunda karşılaştırılması yer almaktadır. Kontrol grubunda düşük düzeyde de olsa anksiyete görülmüş ve %97,1’lik bir orana sahiptir. Kontrol grubunda 1 kişide orta derecede anksiyete görülmüştür. Hasta grubunda Düşük anksiyete oranı %65,7, orta ve yüksek anksiyete oranı %17,1 olarak bulunmuştur. Her iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,003$).

Tablo 11. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının yaş gruplarıyla karşılaştırılması.

Yaş	Gruplar	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
< 60	Kontrol (n=17)	89.12	83.82	80.47	58.02	67.94	86.03	76.47	64.94	7.06	4.76
	Hasta (n=16)	56.88	14.06	63.13	42.70	43.13	75.78	16.67	49.00	17.00	17.19
	t	3.73	5.87	2.19	3.47	5.30	1.44	5.28	3.67	-3.53	-3.55
	p	0.001	0.000	0.036	0.002	0.000	0.160	0.000	0.001	0.001	0.001
≥ 60	Kontrol (n=18)	65.83	41.67	75.94	54.58	63.61	84.03	57.41	62.44	9.89	6.44
	Hasta (n=19)	29.47	7.89	52.79	41.31	40.53	78.29	10.53	51.37	19.63	13.11
	t	3.62	2.68	2.79	2.61	3.91	0.69	3.59	3.10	-3.86	-2.38
	p	0.001	0.011	0.008	0.013	0.000	0.495	0.001	0.004	0.000	0.023

Kontrol ve Hasta gruplarının SF-36, BDE ve BAE skorları yaş gruplarıyla karşılaştırmalı olarak Tablo 11’de verilmiştir. Buna göre 60 yaş altında, kontrol grubu SF-36’nın altı yaşam kalitesi alt skalasında yüksek skorlara sahiptir ve hasta grubuna göre anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0.01$). Sadece “Sosyal Fonksiyonellik” alt skalasında iki grup arasında bir farklılık görülmemiştir ($p > 0.05$). “Bedensel Ağrı” alt skalasında ise anlamlılık sınırında bir farklılık görülmüştür ($p < 0.05$). Kontrol grubunda BDE ve BAE puanı 7.06 ve 4.76 iken hasta grubunda 17.00 ve 17.19’dur ($p < 0.01$).

60 yaş ve üstü grupta ise genel olarak kontrol ve hasta grupları arasındaki farklılıklar aynı anlamlılık düzeylerinde kalmıştır.

Tablo 12. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının yaş gruplarıyla karşılaştırılması.

Gruplar	Yaş	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Kontrol	< 60 (n=17)	89.12	83.82	80.47	58.02	67.94	86.03	76.47	64.94	7.06	4.76
	≥ 60 (n=18)	65.83	41.67	75.94	54.58	63.61	84.03	57.41	62.44	9.89	6.44
	t	2.98	2.93	0.79	0.77	0.83	0.39	1.36	0.68	-1.30	1.05
	p	0.005	0.006	0.436	0.450	0.415	0.701	0.184	0.501	0.203	0.300
Hasta	< 60 (n=16)	56.88	14.06	63.13	42.70	43.13	75.78	16.67	49.00	17.00	17.19
	≥ 60 (n=19)	29.47	7.89	52.79	41.31	40.53	78.29	10.53	51.37	19.63	13.11
	t	2.51	0.63	1.03	0.27	0.47	-0.26	0.59	-0.56	-0.85	0.98
	p	0.017	0.533	0.309	0.786	0.645	0.800	0.560	0.578	0.399	0.332

Yaş faktörünün kontrol ve hasta grupları arasında SF-36, BDE ve BAE skorları üzerindeki etkisini görmek amacıyla, Tablo 12’de ortalama puanlar karşılaştırılmıştır. Buna göre, kontrol grubunda “Fiziksel Fonksiyonellik” ve “Fiziksel Rol Güçlüğü” alt skalalarında yaş gruplarıyla anlamlı farklılıklar bulunmuştur. 60 yaş altındaki kişilerin “Fiziksel Fonksiyonellik” puanı 89.12 iken 60 yaş ve üstünde bu puan 65.83’e düşmüştür. Benzer durum “Fiziksel Rol Güçlüğü” için de görülmüştür. Hasta grubunda ise “Fiziksel Fonksiyonellik” skalasında anlamlı bir fark bulunmuş, diğer skalalarda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 13. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının cinsiyet gruplarıyla karşılaştırılması.

Cinsiyet	Gruplar	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Kadın	Kontrol (n=19)	67.11	51.32	72.26	53.18	58.95	80.26	52.63	60.42	10.32	6.74
	Hasta (n=19)	37.37	13.16	55.79	39.16	38.95	69.08	17.54	47.16	20.26	16.63
	t	2.95	2.92	1.93	2.92	4.06	1.43	2.77	3.28	-3.59	-2.86
	p	0.006	0.006	0.062	0.006	0.000	0.161	0.009	0.002	0.001	0.007
Erkek	Kontrol (n=16)	89.06	75.00	85.13	59.90	73.75	90.63	83.33	67.50	6.38	4.31
	Hasta (n=16)	47.50	7.81	59.56	45.25	45.00	86.72	8.33	54.00	16.25	13.00
	t	4.23	5.23	3.51	3.26	5.49	0.58	6.97	4.06	-4.22	-3.38
	p	0.000	0.000	0.001	0.003	0.000	0.567	0.000	0.000	0.000	0.002

Tablo 13’de SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının cinsiyet faktörleri ile karşılaştırılması yer almaktadır. Hasta grubunda yer alan kadınlarda kontrol grubunda yer alan kadınlara göre, SF-36 skalalarının ortalama puanlarında düşüş gözlenmiştir. SF-36’nın “Fiziksel Fonksiyonellik”, Fiziksel Rol Güçlüğü”, “Genel Sağlık”, “Vitalite”, “Emosyonel Rol Güçlüğü” ve “Mental Sağlık” skalasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Hasta grubundaki kadın cinsiyette BDE ve BAE ortalama puanları yüksek bulunmuştur. Erkek cinsiyet faktörü göz önüne alındığında SF-36 skala puanlarında yine hasta grubunda kontrol grubuna göre SF-36 skala ortalama puanlarında düşüşler mevcuttur. “Sosyal Fonksiyonellik” alt skalasında erkek cinsiyette anlamlılık gözlenmemiştir. BDE ve BAE ortalama puanları hasta grubundaki erkeklerde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 14. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının cinsiyet gruplarıyla karşılaştırılması.

Gruplar	Cinsiyet	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Kontrol	Kadın (n=19)	67.11	51.32	72.26	53.18	58.95	80.26	52.63	60.42	10.32	6.74
	Erkek (n=16)	89.06	75.00	85.13	59.90	73.75	90.63	83.33	67.50	6.38	4.31
	t	-2.75	-1.51	-2.40	-1.53	-3.18	-2.13	-2.28	-2.02	1.85	1.541
	p	0.010	0.141	0.022	0.137	0.003	0.041	0.029	0.051	0.074	0.133
Hasta	Kadın (n=19)	37.37	13.16	55.79	39.16	38.95	69.08	17.54	47.16	20.26	16.63
	Erkek (n=16)	47.50	7.81	59.56	45.25	45.00	86.72	8.33	54.00	16.25	13.00
	t	-0.86	0.55	-0.37	-1.22	-1.10	-1.89	0.89	-1.69	1.32	0.87
	p	0.395	0.590	0.712	0.232	0.279	0.067	0.381	0.101	0.195	0.389

Tablo 14’de kontrol ve hasta gruplarının kendi içerisinde cinsiyet faktörü incelenmiştir. Kontrol grubunda SF-36 skorlarından “Fiziksel Fonksiyonellik”, “Bedensel Ağrı”, “Vitalite”, “Sosyal Fonksiyonellik” ve “Emosyonel Rol Güçlüğü” anlamlı bir fark gözlenmiştir. Hasta grubunda ise SF-36 skorları , BDE ve BAE puanları yönünden kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 15. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının ikamet yeri gruplarıyla karşılaştırılması. Burada köy ve kasaba birleştirilmiştir.

İkamet Yeri	Gruplar	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Şehir	Kontrol (n=26)	79.62	68.27	80.35	54.74	64.42	82.69	74.36	63.54	8.50	5.96
	Hasta (n=10)	40.50	12.50	64.20	52.24	51.00	88.75	13.33	59.60	13.00	7.80
	t	4.15	3.61	2.29	0.54	2.35	-1.11	4.72	1.18	-2.03	-0.94
	p	0.000	0.001	0.028	0.590	0.025	0.276	0.000	0.247	0.051	0.352
İlçe	Kontrol (n=3)	61.67	66.67	86.00	55.73	70.00	83.33	66.67	70.67	7.33	5.00
	Hasta (n=11)	43.64	11.36	59.45	36.00	36.82	69.32	15.15	45.82	22.18	18.00
	t	0.71	2.34	1.29	1.85	2.86	0.63	2.01	2.74	-2.09	-1.41
	p	0.494	0.038	0.223	0.089	0.014	0.540	0.068	0.018	0.058	0.183
Köy-Kasaba	Kontrol (n=6)	74.17	33.33	64.67	63.07	69.17	95.83	33.33	60.67	9.17	4.50
	Hasta (n=14)	41.79	8.93	51.21	39.26	38.93	75.00	11.90	47.14	19.36	17.71
	t	1.91	1.40	1.04	3.68	4.22	1.72	1.21	2.32	-2.65	-2.72
	p	0.072	0.177	0.311	0.002	0.001	0.103	0.241	0.033	0.016	0.014

Tablo 15’de SF-36, BDE ve BAE için yerleşim yeri faktörü incelenmiştir. Şehirde yaşayan kontrol ve hasta grupları karşılaştırıldığında SF-36 skalalarından “Fiziksel Fonksiyonellik”, “Fiziksel Rol Güçlüğü”, “Bedensel Ağrı”, “Vitalite”, ve “Emosyonel Rol Güçlüğü” skalalarında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Şehirde yaşayan hasta grubunda BDE ve BAE ortalama puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu görülmekte fakat anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. İlçe’de yaşayan hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; SF-36 skalalarından “Fiziksel Rol Güçlüğü”, “Vitalite”, “Mental Sağlık” skalalarında anlamlı bir fark bulunmuş fakat BDE ve BAE’de anlamlı fark bulunmamıştır. Köy ve kasabada yaşayan bireyler incelendiğinde; SF-36 skalalarından “Genel Sağlık”, “Vitalite” ve “Emosyonel Rol Güçlüğü” skalasında anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0,05$) diğerlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yine bu grupta hasta bireylerde BDE ve BAE ölçek puanlarının sağlıklı bireylere göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 16. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının ikamet yeri gruplarıyla karşılaştırılması. Burada köy ve kasaba birleştirilmiştir.

Gruplar	İkamet Yeri	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Kontrol	Şehir (n=26)	79.62	68.27	80.35	54.74	64.42	82.69	74.36	63.54	8.50	5.96
	İlçe (n=3)	61.67	66.67	86.00	55.73	70.00	83.33	66.67	70.67	7.33	5.00
	Köy (n=6)	74.17	33.33	64.67	63.07	69.17	95.83	33.33	60.67	9.17	4.50
	F	0.69	1.39	2.71	0.97	0.34	1.97	2.54	0.86	0.08	0.25
	p	0.507	0.265	0.082	0.392	0.712	0.156	0.095	0.433	0.928	0.780
Hasta	Şehir (n=10)	40.50	12.50	64.20	52.24	51.00	88.75	13.33	59.60	13.00	7.80
	İlçe (n=11)	43.64	11.36	59.45	36.00	36.82	69.32	15.15	45.82	22.18	18.00
	Köy (n=14)	41.79	8.93	51.21	39.26	38.93	75.00	11.90	47.14	19.36	17.71
	F	0.02	0.05	0.58	4.17	2.55	1.31	0.03	5.02	3.19	2.64
	p	0.979	0.954	0.563	0.025	0.094	0.285	0.968	0.013	0.055	0.087

Tablo 16’da kontrol ve hasta grubunun kendi içerisinde yerleşim yeri faktörü incelenmiştir. Kontrol grubunda SF-36 skalaları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir, BDE ve BAE envanterinde anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta grubunda ise; SF-36 skalaları arasında “Genel Sağlık” ve “Mental Sağlık” skalalarında anlamlı bir fark bulunmuştur. Hasta grubunda BDE ve BAE’de yaşanan yere göre anlamlı fark bulunmamıştır..

Tablo 17. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının çalışma durumuyla karşılaştırılması.

Çalışma Durumu	Gruplar	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Çalışmıyor	Kontrol (n=21)	68.81	41.67	72.62	51.01	57.38	78.57	52.38	59.43	11.24	7.24
	Hasta (n=29)	42.07	9.48	56.34	42.37	41.90	75.86	11.49	50.48	18.76	14.66
	t	2.97	3.09	2.20	2.13	3.65	0.38	3.97	2.77	-3.12	-2.48
	p	0.005	0.003	0.033	0.038	0.001	0.706	0.000	0.008	0.003	0.017
Çalışıyor	Kontrol (n=14)	89.64	92.86	86.43	64.11	78.21	94.64	88.10	70.00	4.43	3.21
	Hasta (n=6)	41.67	16.67	63.17	39.87	40.83	83.33	22.22	49.33	16.83	16.50
	t	3.81	4.99	2.73	4.32	5.98	1.73	4.22	3.99	-5.22	-5.50
	p	0.001	0.000	0.014	0.000	0.000	0.101	0.001	0.001	0.000	0.000

Tablo 17’de SF-36, BDE ve BAE skorlarının çalışma durumlarıyla karşılaştırılması yer almaktadır. Çalışmayan hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; SF-36 skalalarından “Sosyal Fonksiyonellik” dışında diğer skalalarda, BDE ve BAE’ de anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışan hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; SF-36’nın “Sosyal Fonksiyonellik” skalası hariç diğer tüm skalalarda, BDE ve BAE’de anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 18. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının çalışma durumuyla karşılaştırılması.

Gruplar	Çalışma Durumu	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Kontrol	Çalışmıyor (n=21)	68.81	41.67	72.62	51.01	57.38	78.57	52.38	59.43	11.24	7.24
	Çalışıyor (n=14)	89.64	92.86	86.43	64.11	78.21	94.64	88.10	70.00	4.43	3.21
	t	-2.53	-3.69	-2.56	-3.25	-5.19	-3.58	-2.68	-3.21	3.50	2.68
	p	0.016	0.001	0.015	0.003	0.000	0.001	0.011	0.003	0.001	0.011
Hasta	Çalışmıyor (n=29)	42.07	9.48	56.34	42.37	41.90	75.86	11.49	50.48	18.76	14.66
	Çalışıyor (n=6)	41.67	16.67	63.17	39.87	40.83	83.33	22.22	49.33	16.83	16.50
	t	0.03	-0.55	-0.51	0.37	0.14	-0.58	-0.78	0.21	0.47	-0.33
	p	0.980	0.583	0.614	0.713	0.887	0.567	0.441	0.838	0.642	0.742

Tablo 18’de SF-36,BDE ve BAE ortalama puanlarının hasta ve kontrol gruplarının kendi içerisinde çalışma durumuna göre karşılaştırılması yer almaktadır. Kontrol grubunda çalışmayan kesimde SF-36 ortalama puanlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca bu grupta BDE ve BAE ortalama puanları çalışan kesime göre daha yüksek olarak görülmektedir. Hasta grubunu kendi içerisinde incelediğimiz zaman SF-36, BDE ve BAE’de anlamlı fark görülmemiştir.

Tablo 19. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının medeni hal durumu ile karşılaştırılması.

Medeni Hal	Gruplar	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Evli	Kontrol (n=31)	79.84	63.71	78.06	58.25	67.74	86.69	69.89	65.16	7.48	5.48
	Hasta (n=26)	42.12	9.62	56.81	41.45	42.69	77.40	12.82	50.62	18.00	14.96
	t	5.03	5.22	3.41	4.71	6.42	1.56	5.93	4.80	-5.64	-3.94
	p	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.124	0.000	0.000	0.000	0.000
Bekar	Kontrol (n=2)	100.00	100.00	70.50	42.80	55.00	75.00	83.33	48.00	12.00	6.50
	Hasta (n=2)	72.50	50.00	63.00	30.00	30.00	50.00	50.00	38.00	27.00	27.50
	t	1.57	1.00	0.26	0.86	2.24	1.41	0.63	0.78	-0.86	-1.44
	p	0.257	0.423	0.818	0.482	0.155	0.293	0.592	0.517	0.481	0.286
Dul	Kontrol (n=2)	12.50	0.00	87.00	38.80	45.00	68.75	0.00	56.00	21.00	7.00
	Hasta (n=7)	32.86	3.57	58.57	47.20	41.43	83.93	4.76	52.57	17.57	11.43
	t	-0.83	-0.51	1.11	-0.71	0.20	-0.73	-0.51	0.47	0.58	-0.66
	p	0.432	0.626	0.303	0.501	0.847	0.488	0.626	0.655	0.582	0.533

Tablo 19’da SF-36, BDE ve BAE ortalama puanları medeni hal yönünden hasta ve kontrol grubu için karşılaştırılmıştır. Evlilik durumuna göre hasta ve kontrol grubunda; SF-36’nın “Sosyal Fonksiyonellik” skalası hariç diğer skalalarda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$). Bekar olma faktörüne göre incelendiğinde; SF-36 skalalarında anlamlı bir fark görülmemiş fakat kontrol grubunda bekar olan bireylerde SF-36 ortalama puanları hasta olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hasta olup bekar olan bireylerde de BDE ve BAE ortalama puanları istatistiksel anlamlılığa ulaşmasa da daha yüksek bulunmuştur. Dul olma faktörü göze alındığında; kontrol ve hasta grubu arasında skalalarda anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Tablo 20. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının medeni hal durumu ile karşılaştırılması.

Gruplar	Medeni Hal	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Kontrol	Evli (n=31)	79.84	63.71	78.06	58.25	67.74	86.69	69.89	65.16	7.48	5.48
	Bekar (n=2)	100.00	100.00	70.50	42.80	55.00	75.00	83.33	48.00	12.00	6.50
	Dul (n=2)	12.50	0.00	87.00	38.80	45.00	68.75	0.00	56.00	21.00	7.00
	F	12.05	2.63	0.47	3.60	2.82	1.89	3.11	3.32	5.51	0.13
	p	0.000	0.087	0.631	0.039	0.074	0.168	0.058	0.049	0.009	0.882
Hasta	Evli (n=26)	42.12	9.62	56.81	41.45	42.69	77.40	12.82	50.62	18.00	14.96
	Bekar (n=2)	72.50	50.00	63.00	30.00	30.00	50.00	50.00	38.00	27.00	27.50
	Dul (n=7)	32.86	3.57	58.57	47.20	41.43	83.93	4.76	52.57	17.57	11.43
	F	1.03	2.28	0.04	1.11	0.55	1.11	1.81	1.14	0.96	1.37
	p	0.370	0.119	0.957	0.343	0.581	0.341	0.180	0.332	0.395	0.268

Tablo 20’de SF-36, BDE ve BAE ortalama puanları hasta ve kontrol grubunda medeni hal faktörü kendi içerisinde karşılaştırılmıştır. Sadece kontrol grubunda SF-36’nın “Fiziksel Fonksiyonellik”, “Genel Sağlık” ve “Mental Sağlık” skalasında anlamlı fark bulunmuş diğer skalalarda anlamlı bir farka rastlanmamıştır. BDE puanının evli bireylerde daha düşük olduğu görülmüştür. Hasta grubu kendi içerisinde medeni hal faktörüne göre incelendiğinde skalalarda anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Tablo 21. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının aylık net gelire göre karşılaştırılması.

Aylık Net Gelir	Gruplar	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
< 500 YTL	Kontrol (n=9)	57.78	11.11	68.11	55.29	58.89	87.50	25.93	59.56	11.89	6.11
	Hasta (n=16)	35.31	7.81	53.19	36.80	35.31	74.22	12.50	48.50	21.00	18.69
	t	1.62	0.28	1.37	3.69	4.16	1.34	0.92	2.61	-2.47	-2.90
	p	0.119	0.783	0.183	0.001	0.000	0.192	0.366	0.016	0.021	0.008
≥ 500 YTL	Kontrol (n=26)	83.85	79.81	81.62	56.58	68.08	84.13	80.77	65.08	7.35	5.46
	Hasta (n=19)	47.63	13.16	61.16	46.27	47.11	79.61	14.04	51.79	16.26	11.84
	t	4.43	6.29	3.01	2.32	4.33	0.66	6.97	3.61	-4.24	-2.56
	p	0.000	0.000	0.004	0.025	0.000	0.512	0.000	0.001	0.000	0.014

Tablo 21’de SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının aylık net gelir faktörüyle karşılaştırılması yer almaktadır. <500 YTL aylık net gelir faktörü için , hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; “Genel Sağlık”, “Vitalite” ve “Mental Sağlık” skalasında anlamlı bir fark bulunmuş, diğer skalalarda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu grupta BDE ve BAE ortalama puanları kontrol grubuna göre daha yüksek ve istatistiksel anlamlılık görülmüştür. 500 YTL üzeri aylık net gelir faktörü için, SF-36 skalalarından “Sosyal Fonksiyonellik” dışında tüm skalalarda, BDE ve BAE’de anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 22. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının aylık net gelire göre karşılaştırılması.

Gruplar	Aylık Net Gelir	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Kontrol	< 500 YTL (n=9)	57.78	11.11	68.11	55.29	58.89	87.50	25.93	59.56	11.89	6.11
	≥ 500 YTL (n=26)	83.85	79.81	81.62	56.58	68.08	84.13	80.77	65.08	7.35	5.46
	t	-2.90	-4.87	-2.18	-0.25	-1.57	0.57	-4.08	-1.34	1.87	0.35
	p	0.007	0.000	0.036	0.805	0.126	0.572	0.000	0.189	0.070	0.728
Hasta	< 500 YTL (n=16)	35.31	7.81	53.19	36.80	35.31	74.22	12.50	48.50	21.00	18.69
	≥ 500 YTL (n=19)	47.63	13.16	61.16	46.27	47.11	79.61	14.04	51.79	16.26	11.84
	t	-1.05	-0.55	-0.79	-1.96	-2.26	-0.55	-0.15	-0.79	1.58	1.70
	p	0.300	0.590	0.434	0.059	0.030	0.585	0.885	0.438	0.124	0.099

Tablo 22’de hasta ve kontrol grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanları aylık net gelir faktörüyle ilişkisi karşılaştırılmıştır. Kontrol grubunda SF-36 skalalarından “Fiziksel Fonksiyonellik”, “Fiziksel Rol Güçlüğü” ve “Emosyonel Rol Güçlüğü”, “Bedensel Ağrı” ve “Emosyonel Rol Güçlüğü” skalalarında anlamlı fark bulunmuştur. Diğer skalalarda anlamlı bir fark bulunmamış olup, aylık net gelir 500 YTL üzeri olan bireylerin SF-36 ortalama puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Hasta grubundaki bireylerde, aylık net geliri 500 YTL üzeri olanlarda SF-36 puanları diğer gruba göre daha yüksektir fakat SF-36 skalalarından yalnızca “Vitalite” skalasında anlamlı fark bulunmuştur. Aylık net geliri <500 YTL olanlarda BDE ve BAE ortalama puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 23. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının sosyal güvenceye göre karşılaştırılması.

Sosyal Güvence	Gruplar	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
SSK	Kontrol (n=11)	79.09	56.82	75.00	53.45	60.45	84.09	54.55	61.45	11.18	5.82
	Hasta (n=17)	43.53	8.82	55.65	41.04	42.65	69.85	11.76	49.18	17.71	16.06
	t	2.92	3.51	1.90	2.26	3.41	1.36	3.17	2.46	-2.05	-2.38
	p	0.007	0.002	0.068	0.033	0.002	0.186	0.004	0.021	0.050	0.025
Emekli Sandığı	Kontrol (n=19)	75.79	71.05	82.84	56.93	66.58	82.89	80.70	65.26	6.95	5.37
	Hasta (n=3)	6.67	0.00	44.67	50.93	48.33	87.50	11.11	57.33	17.00	10.33
	t	4.35	2.67	3.65	0.78	2.05	-0.50	3.42	1.17	-2.80	-1.40
	p	0.000	0.015	0.002	0.448	0.054	0.624	0.003	0.256	0.011	0.177
BAĞKUR ve Diğer*	Kontrol (n=5)	78.00	40.00	67.20	59.84	74.00	95.00	40.00	62.40	8.60	6.20
	Hasta (n=14)	43.93	8.93	60.21	40.00	37.86	82.14	9.52	48.86	20.14	15.57
	t	2.05	1.68	0.49	2.37	3.44	1.06	1.63	2.56	-2.31	-1.80
	p	0.057	0.112	0.632	0.030	0.003	0.303	0.121	0.020	0.034	0.090

*Sosyal güvencesi olmayan bir kişi hesaba katılmamıştır.

Tablo 23’de kontrol ve hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının sosyal güvence faktörüne göre karşılaştırılması yer almaktadır. Sosyal güvencesi SSK olan hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında SF-36 skalalarından “Bedensel Ağrı” ve “Sosyal Fonksiyonellik” skalaları hariç diğer skalalarda ve BAE’de anlamlı fark görülmüştür. Sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan bireylerde “Fiziksel Fonksiyonellik”, “Fiziksel Rol Güçlüğü”, “Bedensel Ağrı” ve “Emosyonel Rol Güçlüğü” skalalarında ve BDE 2de anlamlı fark bulunmuştur. Sosyal güvencesi Bağkur ve diğer olan bireylerde SF-36 skalalarından “Genel Sağlık”, “Vitalite” ve “Mental Sağlık” skalalarında ve BDE’de anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 24. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının sosyal güvenceye göre karşılaştırılması.

Gruplar	Sosyal Güvence	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Kontrol	SSK (n=11)	79.09	56.82	75.00	53.45	60.45	84.09	54.55	61.45	11.18	5.82
	Emekli Sandığı (n=19)	75.79	71.05	82.84	56.93	66.58	82.89	80.70	65.26	6.95	5.37
	BAGKUR ve Diğer* (n=5)	78.00	40.00	67.20	59.84	74.00	95.00	40.00	62.40	8.60	6.20
	F	0.06	0.96	2.11	0.44	1.42	1.33	2.79	0.46	1.52	0.07
	p	0.944	0.394	0.138	0.649	0.256	0.280	0.076	0.636	0.234	0.932
Hasta	SSK (n=17)	43.53	8.82	55.65	41.04	42.65	69.85	11.76	49.18	17.71	16.06
	Emekli Sandığı (n=3)	6.67	0.00	44.67	50.93	48.33	87.50	11.11	57.33	17.00	10.33
	BAGKUR ve Diğer* (n=14)	43.93	8.93	60.21	40.00	37.86	82.14	9.52	48.86	20.14	15.57
	F	1.85	0.40	0.49	0.59	0.42	1.11	0.07	0.55	0.19	0.28
	p	0.173	0.673	0.616	0.562	0.659	0.341	0.936	0.583	0.825	0.761

Tablo 24’de SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının sosyal güvence faktörüne göre hasta ve kontrol grubu için kendi içinde incelenmiştir. Kontrol grubu için; sosyal güvence faktörünün SF-36, BDE ve BAE için anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Hasta grubu içinde aynı durum söz konusudur. Özetle; sosyal güvence faktörünün ilişki göstermediğini söyleyebiliriz.

Tablo 25. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının ailedeki birey sayısına göre karşılaştırılması.

Birey Sayısı	Gruplar	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
≤ 2	Kontrol (n=9)	67.78	33.33	73.11	59.91	65.56	90.28	37.04	60.89	10.33	4.33
	Hasta (n=15)	35.00	8.33	54.07	41.76	39.67	77.50	13.33	53.60	18.73	13.73
	t	2.44	1.62	1.63	2.72	3.46	1.17	1.54	1.67	-2.63	-2.21
	p	0.023	0.120	0.117	0.013	0.002	0.253	0.139	0.109	0.015	0.038
3	Kontrol (n=10)	84.00	62.50	80.60	57.20	66.00	86.25	73.33	67.20	8.10	5.70
	Hasta (n=3)	28.33	0.00	44.33	41.87	45.00	83.33	11.11	36.00	20.67	31.00
	t	3.41	2.28	2.48	1.89	2.89	0.25	2.69	3.48	-2.78	-5.93
	p	0.006	0.043	0.031	0.086	0.015	0.805	0.021	0.005	0.018	0.000
4 ve üzeri	Kontrol (n=16)	78.13	78.13	79.44	53.60	65.63	81.25	79.17	63.00	7.75	6.31
	Hasta (n=17)	50.59	14.71	62.88	42.12	42.94	75.74	13.73	49.88	17.76	13.24
	t	2.54	4.92	2.12	2.37	3.89	0.68	5.39	3.45	-3.28	-2.32
	p	0.016	0.000	0.042	0.024	0.000	0.500	0.000	0.002	0.003	0.027

Tablo 25’de SF-36, BDE ve BAE ortalama puanları ailedeki birey sayısı faktörü etkisi incelenmiştir. ≤2 birey sayısı olan hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında; SF-36 skalalarından “Fiziksel Fonksiyonellik”, “Genel Sağlık” ve “Vitalite” skalalarında, BDE ve BAE’de anlamlı fark bulunmuştur. BDE ve BAE ortalama puanları hasta grubunda daha yüksektir. Birey sayısı 3 olan grup incelendiğinde; SF-36, skalalarından “Genel Sağlık” ve “Sosyal Fonksiyonellik” skalaları dışında diğer skalalarda, BDE ve BAE’de anlamlı fark bulunmuştur. Birey sayısı 4 ve üzeri grup incelendiğinde SF-36 skalalarından “Sosyal Fonksiyonellik” skalası hariç tüm skalalarda, BDE ve BAE’de anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 26. Kontrol ve Hasta grubu için SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının ailedeki birey sayısına göre karşılaştırılması.

Gruplar	Birey Sayısı	Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Kontrol	≤ 2 (n=9)	67.78	33.33	73.11	59.91	65.56	90.28	37.04	60.89	10.33	4.33
	3 (n=10)	84.00	62.50	80.60	57.20	66.00	86.25	73.33	67.20	8.10	5.70
	4 ve üzeri (n=16)	78.13	78.13	79.44	53.60	65.63	81.25	79.17	63.00	7.75	6.31
	F	0.97	2.89	0.54	0.68	0.00	1.08	3.53	0.86	0.47	0.49
	p	0.392	0.070	0.588	0.515	0.998	0.351	0.041	0.433	0.631	0.617
Hasta	≤ 2 (n=15)	35.00	8.33	54.07	41.76	39.67	77.50	13.33	53.60	18.73	13.73
	3 (n=3)	28.33	0.00	44.33	41.87	45.00	83.33	11.11	36.00	20.67	31.00
	4 ve üzeri (n=17)	50.59	14.71	62.88	42.12	42.94	75.74	13.73	49.88	17.76	13.24
	F	1.07	0.41	0.67	0.00	0.22	0.09	0.01	2.87	0.14	3.19
	p	0.354	0.665	0.519	0.998	0.805	0.916	0.991	0.071	0.871	0.054

Tablo 26’da hasta ve kontrol grubu için, SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarının ailedeki birey sayısı faktörüyle etkisi karşılaştırılmıştır. Kontrol grubunda SF-36 skalalarından “Emosyonel Rol Güçlüğü” skalasında anlamlı fark bulunmuş ,BDE ve BAE’ de anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta grubunda SF-36, BDE ve BAE’ de anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 27: Hasta grubunda kaydedilen kan değerleri ve bunların SF-36 alt ölçekleri, BDE ve BAE puanları ile korelasyonları.

Kan Ölçümleri		Fiziksel fonksiyonellik	Fiziksel rol güçlüğü	Bedensel ağrı	Genel sağlık	Vitalite (Canlılık)	Sosyal fonksiyonellik	Emosyonel rol güçlüğü	Mental sağlık	BDE	BAE
Hb	r	-0.118	-0.153	0.154	0.067	-0.035	0.055	-0.132	0.325	-0.074	-0.203
	p	0.499	0.38	0.376	0.703	0.84	0.754	0.449	0.056	0.674	0.242
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Htc	r	-0.135	-0.159	0.108	0.032	-0.057	0.03	-0.152	0.269	-0.07	-0.178
	p	0.438	0.36	0.536	0.856	0.744	0.863	0.383	0.118	0.691	0.306
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
K⁺	r	-0.167	0.12	-0.184	-0.371	-0.32	0.029	0.087	-0.169	0.178	0.122
	p	0.338	0.493	0.29	0.028*	0.061	0.869	0.618	0.332	0.306	0.487
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
PTH	r	-0.447	-0.149	-0.353	-0.165	-0.261	-0.412	-0.045	-0.441	0.563	0.295
	p	0.048*	0.531	0.127	0.486	0.267	0.071	0.851	0.051	0.01*	0.207
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Kreatin	r	0.314	-0.029	0.01	-0.052	-0.039	-0.021	-0.02	-0.187	0.143	0.339
	p	0.071	0.873	0.956	0.771	0.827	0.907	0.912	0.29	0.419	0.05
	N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
Üre	r	-0.172	-0.105	-0.263	-0.219	-0.278	-0.149	-0.04	-0.193	0.404	0.225
	p	0.323	0.55	0.127	0.206	0.105	0.395	0.818	0.266	0.016*	0.194
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Ca⁺⁺	r	-0.076	-0.052	-0.032	0.073	0.065	0.12	-0.016	0.097	-0.161	-0.169
	p	0.663	0.767	0.856	0.676	0.709	0.491	0.929	0.578	0.354	0.333
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Sat. İndeks	r	-0.113	0.027	-0.005	0.294	0.199	0.189	-0.085	0.209	-0.186	-0.311
	p	0.552	0.886	0.978	0.115	0.291	0.317	0.656	0.268	0.325	0.095
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Kreatin ksilensi	r	-0.179	-0.207	0.027	-0.104	-0.103	-0.006	-0.202	0.023	-0.015	-0.097
	p	0.303	0.233	0.878	0.551	0.554	0.971	0.244	0.895	0.932	0.579
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
BUN	r	-0.079	-0.143	-0.198	-0.124	-0.216	-0.064	-0.086	-0.14	0.312	0.146
	p	0.651	0.412	0.254	0.479	0.214	0.716	0.622	0.423	0.068	0.403
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
P	r	-0.094	-0.157	-0.048	0.111	0.031	-0.068	-0.113	-0.108	0.043	-0.108
	p	0.591	0.369	0.786	0.527	0.858	0.696	0.519	0.538	0.805	0.538
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Ca*P	r	-0.107	-0.164	-0.047	0.144	0.061	0.022	-0.108	-0.015	-0.057	-0.183
	p	0.542	0.346	0.79	0.408	0.729	0.899	0.537	0.932	0.745	0.293
	N	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35

* Korelasyon 0.05 anlamlılık düzeyinde.

Tablo 27’de hasta grubundan elde edilen kan değerlerinin SF-36, BDE ve BAE ortalama puanlarıyla karşılaştırılması yer almaktadır.

Ortalama kan değerleri; hemoglobin $10\pm 1,91$ mg/dl, Hemotokrit (Hct) $30,5\pm 5,58$, Potasyum (K) $4,7\pm 0,74$ mg/dl, Parathormon (PTH) $265,9\pm 209,36$ pg/ml, Kreatin $4,7\pm 2,69$ mg/dl, Üre $147,3\pm 71,71$ mg/dl, Kalsiyum (Ca) $8,3\pm 1,11$ mg/dl, Kreatin Klirensi $18,4\pm 10,46$ ml/dk, BUN $72,2\pm 33,86$ mg/dl, Fosfor (P) $4,6\pm 1,25$ mg/dl, Saturasyon İndeksi $25,6\pm 22,70$, Ca*P $33,93\pm 11,6$ olarak bulunmuştur.

Tabloya bakıldığında; potasyumun SF-36 skalalarından “Genel Sağlık” üzerinde ilişkili olduğu, PTH değerinin “Fiziksel Fonksiyonellik” ve BDE üzerinde ilişkili olduğu, Üre değerinin de BDE üzerinde ilişkili olduğu görölmüştür. Diğer biyokimyasal parametrelerle aralarında ilişki bulunmamıştır.

Tablo 28: Hasta grubunda anemi olan ve olmayan hastalarda SF-36, BDE ve BAE skorlarının karşılaştırılması.

Ölçekler	Anemi* (n=30)		Anemi Değil (n=5)		t-testi	
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	t	p
SF-36						
Fiziksel fonksiyonellik	44.00	34.07	30.00	38.89	0.835	0.410
Fiziksel rol güçlüğü	12.50	30.62	0.00	0.00	0.902	0.374
Bedensel ağrı	56.33	29.04	64.60	34.93	-0.574	0.570
Genel sağlık	41.44	15.62	44.96	9.59	-0.485	0.631
Vitalite (Canlılık)	41.67	17.29	42.00	9.08	-0.042	0.967
Sosyal fonksiyonellik	76.25	29.43	82.50	24.37	-0.448	0.657
Emosyonel rol güçlüğü	14.44	32.38	6.67	14.91	0.523	0.605
Mental sağlık	49.60	12.63	54.40	10.04	-0.805	0.427
BDE	18.10	9.40	20.40	6.99	-0.521	0.606
BAE	14.73	12.81	16.40	8.79	-0.278	0.782

*Erkekler için hemoglobin değeri <13 g/dl, kadınlar için hemoglobin <12 g/dl anemi olarak kabul edildi.

Tablo 28’de hasta grubunda anemi olup olmamasına göre SF-36, BDE ve BAE skorlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Anemi olup olmama durumuna göre incelendiğinde SF-36, BDE ve BAE’de istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, hemen her yaş grubunu, en çok da genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır (61).

Renal replasman tedavilerindeki artan bilgi ve teknolojiye rağmen, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalarının morbidite ve mortalitesi hala yüksektir (51). SDBY yaşam kalitesini de oldukça etkilemektedir. Bu yüzden SDBY'ye yol açan faktörlerin belirlenmesi, önlenabilir ve tedavi edilebilir nedenlerin erken tanısı açısından önemlidir (73).

KBY'nin etyolojisi, insidans ve prevalansı ile ilgili değişikliklerin sürekli ve düzenli takip edilmesi renal replasman programlarının planlanması ve sürdürülmesi yönünden önemlidir. Sık görülen hastalıkların saptanması, tedavi kalitesini artırmak, önlenabilir hastalıkları belirlemek ve SDBY'ne gidişini yavaşlatmak bakımından gereklidir (74).

Çalışmamızda SDBY'ye yol açan etyolojik nedenler incelendiğinde araştırmaya katılan olguların çoğunun primer hastalık nedenini bilmediği (%65,71), primer hastalık nedeni bilinen olgularda da ilk nedenin DM olduğu saptanmıştır. İkinci neden olarak böbrek taşları saptanmıştır.

Ülkemizde ve dünyada yapılan diğer çalışmalara bakıldığında Neto ve arkadaşlarının (75) ve Taşcı'nın (12) çalışmalarında primer hastalık nedeninin bilinmediği görülmüştür.

DM insidansında dünya ölçeğinde görülen artışa paralel olarak SDBY insidansı da hızla artmaktadır (73). Bu durum, hem gelişmiş ülkelerde, hem de gelişmekte olan ülkelerde SDBY'ye yol açan faktörler arasında diyabetin ilk sırada yer almasına yol

açmaktadır. Çalışmamızdaki etyolojik neden olarak DM sıklığı, Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda yaptığı çalışmalardaki veriler ile benzer özellik göstermektedir (73).

Çalışmamızın ilginç sonuçlarından biri ise TND son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda yaptığı çalışma verilerinde, 2000-2005 döneminde ürolojik hastalıklar 4.sırada yer alırken (en düşük %5,8, en yüksek %9,6) (73) çalışmamızda ürolojik hastalıklardan nefrolithiasiz %8,6'lık bir oranla 3.sırada yer almaktadır.

Danış ve arkadaşlarının (73) son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda yaptığı çalışmada da üriner sistem taşları tek başına etyolojik neden olarak %4,7'lik bir oranda bulunmuştur.

Gambaro G. ve arkadaşlarının (76) taş hastalığı ile ilgili derlemesinde diyaliz hastalarındaki taş prevalansı %3,6-8 olarak belirtilmektedir .

Çalışmamızda olgularımızın %82,9'unun diyetine uyduğu görülmüştür. Prediyalitik evrede protein kısıtlaması ile fosfor, sodyum ve asit alımı azaltılarak üremik komplikasyonların gelişmesinin azaltılması amaçlanmaktadır. The Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) çalışmasında, 22 yıllık takipte kreatinin klirensi (KrKl) 25-55 ml/dk olan 585 hastaya 0,6-1,3 g/kg/gün proteinli diyet verilmiş ve KrKl 13-24 ml/dk olan ve 0,3-0,6 g/kg/gün proteinli diyet verilen 255 hasta ile böbrek fonksiyonlarındaki progresyon yönünden karşılaştırılmıştır. Sonuçta ilk 4 ay düşük proteinle beslenen grupta glomerüler filtrasyon hızında (GFR) hızlı azalma olsa da, ortalama 22 yıllık takipte progresyonun yavaşladığı tespit edilmiştir. Fakat protein kısıtlaması ile malnütrisyonun gelişebileceği unutulmamalıdır (77). Hastalarda bulantı-kusma gibi üremik semptomların varlığı, diyet kısıtlaması, metabolik asidoz ve artmış bazal katabolizma hızı vb. nedenlerden dolayı hastalarda malnütrisyon gelişebilmektedir. Hastaya diyet eğitiminin verilmesi ve uyumunun sağlanması, ayrıca hastanın malnütrisyonun sonuçları hakkında bilgilendirilmesi malnütrisyon tedavisinin temelini oluşturmaktadır (77). Hastalarda unutulmaması gereken diğer önemli bir nokta da sıvı kısıtlamasıdır. Sıvı

kısıtlamasına uymayan KBY hastalarında Konjestif Kalp Yetmezliğinin birincil ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir (Plough ve Salem) (78). Yaşam süresi ile yakın ilişkisi olan önemli bir etkeninde tedaviye uyum olduğu açıkça görülmektedir.

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubu arasında BDE karşılaştırıldığında; hasta grubunda %25,7'lik oranda hafif derecede depresyon, %25,7'lik oranda orta derecede depresyon ve %25,7'lik oranda şiddetli derecede depresyon, kontrol grubunda da %14,3 gibi bir oranda orta derecede ve %14,3 gibi bir oranda hafif derecede depresyon saptanmıştır.

Dünya sağlık örgütünün (WHO) bir araştırmasında (10) temel sağlık alanında depresyonun en çok görülen fizyolojik hastalıklardan biri olduğu ve dünyada görülen bütün hastalıklar içerisinde %10.4'lük bölümü oluşturduğu bildirilmiştir. Depresyon yönünden kendini değerlendirme ölçekleri sağlık alanında bu hastalığın teşhisinde ve hastalık düzeyinin belirlenmesinde oldukça önemlidir (10).

KBY tanısı konduğu sırada hastalarda saptanan depresyonun, ailedeki rol, kendilik kavramı ve işle ilgili kayıplara bağlı olduğu, yani reaktif olduğu önem sürülmüştür. Kimmel ve arkadaşları da (79), depresyon nedeninin hastaların böbrek işlevi, iyilik hali, aile ve işteki yer, zaman, finansal kaynak ve cinsel işlev gibi çeşitli süreğen kayıplar olduğunu, sonuçta pek çok araştırmada saptanan depresyon sıklığındaki yüksekliğin şaşırtıcı olmadığını belirtmişlerdir (60). Bazı çalışmalarda da depresyon belirtilerinin daha yüksek mortalite hızıyla ve sık hastane yatışıyla ilişkili olduğunu saptanmıştır. (80).

Watson ve Clark, depresyon ile örtüşen ve hemen hemen ona en yakın olan fizyolojik yapının anksiyete olduğunu, genellikle depresyonun anksiyete ile ilişkilendirildiğini bildirmiştir (81). Çalışmamızda hasta grubunda anksiyete görülmüş ve bayanlarda anksiyete ortalama puanı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınların anksiyete ve depresyon puanları erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda da kadınlarda erkeklere oranla daha fazla depresyon ve anksiyete görüldüğü bildirilmektedir (82,83). Lew ve arkadaşlarının son dönem böbrek yetmezlikli bayanlarda yaşam kalitesi ve psikososyal etkileri üzerine yaptığı çalışmada bizim sonuçlarımızı desteklemektedir (84).

Brems, Nolen-Hoeksema tarafından yapılan bir çalışmada kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla depresyon görüldüğü bildirilmektedir (85). Kadınların aynı anda hem anne, hem eş, hem de iş kadını rollerini üstlenmek zorunda kalmalarından ötürü, daha fazla strese maruz kalmaları bunda önemli bir etken olabilir.

Çalışmamızda 60 yaş üstü hasta bireylerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasa da BDE ve BAE ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Devins ve arkadaşlarının (86) yaptığı bir çalışmada; daha genç bireylerden oluşan hasta grubunda, kendilerini KBY hastası olarak kabul etmeyenlerde hastalığın etkisinin çoğaldığı, psikolojik iyilik halinin azaldığı, yaşlı hastalarda ise kabul edenlerde aynı sonucun ortaya çıktığı gözlenmiştir. Gençlerin kronik hasta statüsünü kabul ettiklerinde beklentilerini tekrar şekillendirerek yeni hedefler belirledikleri ve böylelikle daha iyi uyum sağlayabildikleri, yaşlılarda ise bu kabulün uyum sağlayıcı davranış örüntüleri geliştirmek yerine psikolojik açıdan anlamlı etkinliklerden çekilmeye neden olduğunu düşünmüşlerdir.

Çalışmamızda hastaların yaşa göre yaşam kalitesi alanları karşılaştırıldığında; <60 yaş altındaki bireylerde SF-36 ortalama puanlarının istatistiksel anlamlılık olmasa da Sosyal Fonksiyonellik ve Mental Sağlık skalası dışında diğer skalalarda ortalama puanları 60 yaş üzeri gruptaki bireylere göre daha yüksektir. Diğer bir deyişle; hasta grubunda 60 yaş üstü bireylerde fiziksel fonksiyonellik puanının yaşın morbidite üzerine olumsuz katkısı nedeniyle beklendiği üzere daha düşük bulunmuştur. Hasta grubunda kendi arasında SF-36 skalaları incelenmiş “Fiziksel Fonksiyonellik” skalası anlamlı bulunmuş diğer skalalarda anlamlı farklar bulunmamıştır. Konu ile yapılan araştırmalara bakıldığında, yaşam kalitesi

alanlarında yaşın önemli bir etken olduğu ve yaş artıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır.(87,88). Araştırma sonuçlarımız bu çalışmalarla paralellik göstermektedir. Taşcı'nın (12) Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kalitesi çalışmasında da 100 hasta üzerinde istatistiksel anlamlılık bulunmamış ($p>0,05$) ve sonuçları da bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Cinsiyet faktörüyle yaşam kalitesi hasta grubunda karşılaştırıldığında; erkeklerde istatistiksel anlamlılık olmasa da; SF-36 ortalama puanlarının bayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise; kadınları toplumumuzda ev içi sorumluluklarının fazla olması ve her ne olursa olsun bu sorumlulukları devam ettirmek zorunda olduklarından dolayı bundan kaynaklanan bir güçsüzlük yaşıyor olmaları olabilir. Yapılan birçok çalışmada (89,90) bizim bulgumuza benzer Şekilde yaşam kalitesinin cinsiyete göre farklılık göstermediği görülmektedir. Taşcı'nın (12) alışmasında , Pınar'ın (91) 134 Diabetes Mellituslu hastada yaptığı çalışmada ($p>0,05$) bulunmuş ve Acaray'ın (92) alışmasında 100 hemodiyaliz hastasında yaşam kalitesi üzerinden alınan ortalama puanlar üzerinde cinsiyetler arası farkın etkisi araştırılmış istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p>0,05$) ve bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda kentsel bölgede yaşayan hastalarda SF-36 ortalama puanlarının çoğu köy ve kasabada yaşayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur fakat ikametgah yeri faktörü istatistiksel anlamlılık göstermemiş olup; yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon yönünden ilişki bulunmamıştır.

Kentsel bölgede yaşayan olguların kırsal bölgede yaşayan olgulara göre yaşam kalitelerinin yüksek algılamalarının nedeni; her türlü ihtiyaı kolaylıkla karşılayabilme, rahatsızlandığında en yakın sağlık kuruluşuna başvurabilme ve ulaşım kolaylığı olarak düşünebiliriz. Diğer bölgelerde ise; bu koşulların tam olarak sağlanamaması yaşam kalitesi olumsuz yönde etkiliyor olabilir. Depresyon ve anksiyete yönünden ise ilişki bulunmamıştır.

Taşcı'nın Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kalitesi (12) çalışmasında da 100 hasta üzerinde yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlar istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiştir ve çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda bir işte çalışıyor olmanın yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların %82'si herhangi bir işte çalışmıyordu. Çalışan ve çalışmayan hasta gruplarında olgu sayıları arasında yüksek fark olması ve örneklem sayısının küçük olması arada anlamlı bir fark bulunmamasına yol açabilir.

Çalışmamızda evli olan bireyler incelendiğinde; hasta grubunda yaşam kalitesi sağlıklı gruba göre daha düşük, depresyon ve anksiyetenin ise; daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bekar ve dul olan bireylerde de sağlıklı gruba göre yaşam kalitesi daha düşük, özellikle anksiyete ve depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Hasta olan grupta ise; medeni durumun yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete üzerine etkili olmadığı saptanmıştır. Chubon'un (89) Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Yaşam Kalitesi , Güney ve arkadaşlarının (93) Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler isimli çalışmasında (72 HD, 60 SAPD hastası kullanılmış, $p>0,05$), Mittal ve arkadaşlarının(94) Hemodiyaliz Hastalarında Psikososyal ve Mental Fonksiyon (134 HD hastası kullanılmış) , Taşcı'nın (12) çalışmalarında da medeni durum istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiş olup; çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda aylık net gelir ve sosyal güvence durumu kontrol ve hasta gruplarında incelendiğinde; yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon ile ilişkili olmadığı görülmüştür.

Akyol'un (95) Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkilerinin İncelenmesi isimli çalışmasında da sosyal güvence durumu istatistiksel olarak

anlamlılık göstermemiş olup; bizim sonuçlarımıza paralel olarak sosyal güvencenin yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür.

Çalışmamızda ailedeki birey sayısının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerinde etkili olmadığı görülmüştür.

Taşcı'nın (12) çalışmasında da ailedeki birey sayısının yaşam kalitesinin etkilemediği görülmüş olup çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Hastalarımızda, hemoglobin düzeyi kadınlarda <12gr/dl, erkeklerde <13 gr/dl (WHO kriterlerine göre) anemi olarak değerlendirildiğinde; hastalarımızda %85,7 oranında anemi görüldü. Anemi olup olmamasının yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olmadığı saptandı.

KBY ile ilgili yapılan çalışmalarda; eritropoetin eksikliği, demir eksikliği, eritropoez baskılanması, inflamasyon, hemoliz, vitamin eksikliği, oksidatif stres, malnütrisyon ve hiperparatirodi gibi durumların anemiye yol açtığı görülmüştür. Anemi ise; bilişsel ve mental işlevlerin bozulması, gelişme geriliği, halsizlik, iştahsızlık, egzersiz toleransında azalma, seksüel fonksiyonda azalma ve kardivasküler sistemde hastalık gelişimi ve mortalite açısından dolayı yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. (96). Bu yüzden aneminin erken saptanması ve etkin tedavisi bu olumsuzlukların önlenmesi bakımından önemlidir. Bizim çalışmamızda aneminin yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olmamasının sebebi örneklem sayısının küçüklüğü ile anemisi olan ve olmayan gruptaki olgu sayısının birbirinden çok farklı olması olabilir.

Çalışmamızda biyokimyasal parametrelerden PTH'ın yaşam kalitesi skalalarından "Fiziksel Fonksiyonellik" alanında ve BDE'de ilişkili olduğu, Üre'nin BDE'de ilişkili olduğu ve Potasyum'un yaşam kalitesi skalalarından "Genel Sağlık" skalası ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Üre ve potasyum düzeylerindeki yükseklik ile ilişkili olarak depresyon düzeyinde artış sağlanması ve genel sağlık anlamında yaşam kalitesinde azalma görülmesi kanaatimizce renal fonksiyonlardaki bozulmanın artışı

ile ilişkilidir. Renal fonksiyonlardaki bozukuluğun derecesi arttıkça serum üre ve potasyum düzeyi yükselmektedir. Bu şekilde renal fonksiyonlardaki bozulmalar ilerledikçe, PTH düzeyinde artış olmaktadır. PTH yüksekliğinde renal osteodistrofi gelişir, patolojik kırıklar oluşur ve proksimal kas güçsüzlüğü olur. Bu nedenle PTH yüksekliğine paralel olarak fiziksel fonksiyonellik alanında yaşam kalitesi azalmış ve depresyon düzeyi artmış olabilir.

Kronik bir hastalık olan KBY’de bireyin bakımında hemşirenin rolü; sıklıkla kişiyi tedavinin yan etkilerinden koruma, vücut imajı, fonksiyon ve fiziki görünümündeki sürekli değişikliklere uyumunu, bireyin kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlama ve tüm bu süreçlerde de yaşam doyumunu maksimuma çıkarmaktır (97).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- Prediyaliz hastalarının kontrol grubuna göre yaşam kalitesi daha düşük olup, daha fazla anksiyete ve depresyon görülmektedir.
- Kontrol grubundaki bireylerde de düşük düzeyde anksiyete, düşük ve orta düzeyde depresyon görülmüştür.
- Yaş arttıkça fiziksel fonksiyonelliğin azaldığı görülmüş fakat anksiyete, depresyon üzerine ilişkili olmadığı görülmüştür..
- Cinsiyetin; yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerinde ilişkili olmadığı görülmüştür.
- İkametgah yerinin; yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerinde ilişkili olmadığı görülmüştür.
- Bir işte çalışıp çalışmama durumunun; yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerinde ilişkili olmadığı görülmüştür.
- Medeni durumda; evli olan bireylerde hasta grubunda yaşam kalitesi daha düşük, anksiyete ve depresyonun daha yüksek olduğu görülmüştür. Dul ve bekar bireylerde de hasta grubunda durum aynı şekildedir. Medeni durum hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiş olup; yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon ile ilişkili bulunmamıştır.
- Aylık net gelirin; yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerinde ilişkili olmadığı görülmüştür.
- Sosyal güvence faktörünün; yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerinde ilişkili olmadığı görülmüştür.
- Ailedeki birey sayısının; yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerinde ilişkili olmadığı görülmüştür.
- Anemi olup olmama faktörünün; yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerinde etkili olmadığı görülmüştür.

- Biyokimyasal parametrelerden PTH yükseldikçe “Fiziksel Fonksiyonellik” yaşam kalitesi puanının azaldığı, depresyon puanının yükseldiği, serum potasyum düzeyi yükseldikçe “Genel Sağlık” yaşam kalitesi puanının azaldığı, üre değeri yükseldikçe depresyon puanının arttığı saptanmıştır. .

6.2. ÖNERİLER

- Hasta grubunun yaşam kalitesi belli aralıklarla değerlendirilmeli,
- Farklı zamanlarda aynı hasta grubuna yaşam kalitesi ölçeğinin tekrar uygulanıp farklar değerlendirilmeli,
- Tüm hasta grubunda yaşam kalitesini yükseltmek için hemşirelik bakımı artırılmalı,
- Hastane bünyesinde hastalara diyaliz öncesi dönemde eğitim veren eğitim birimleri açılmalı ve burada eğitim hemşiresi aktif rol alarak hastalara pre-diyaliz döneminde eğitimine yardımcı olmalı,
- Hastalığın getirdiği ağır yüke, psikolojik ve sosyal problemlere karşı konsültasyon lizeyon psikiyatrisinden yararlanılmalı,
- Hastaların tedavi programına uyum sağlaması için, hastalıkla ilgili eğitim programları düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Aydemir Ç., Kasım İ., Cebeci S., Göka E., Tüzer V. Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar *Kriz Dergisi* **10 (2):** 29-39
2. Arıcı M.(2006) Yeni Bir Salgın Olarak Kronik Böbrek Hastalığı ve KDIGO *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* **15 (1)** 7-12
3. Bilir N. (1986) *Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.B.D. Yayınları, 85, Ankara
4. Koçer Z.M. (2006) Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması Yüksek Lisans Tezi Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
5. Tweed A.E., Ceaser K. Renal Replacement Therapy Choices For Pre-dialysis Renal Patients *Br J Nurse* 2005 Jun23-Jul13: **14 (12)** 659-64
6. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Nefroloji Özel Sayısı Cilt/Vol:1 Sayı/No:21-2005
7. Acaray A., Pınar R. (2004) Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi *C.U. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* **8 (1)**
8. Frankel A., Brown E., Wingfield D. 7 May 2005 Management of Chronic Kidney Disease *BMJ Volume* 330 (1039-40)
9. Alper M., Öztürk M., Selçukbiricik S. Tusdata Konu Kitapları Serisi Dahili Bilimler Cilt2 Nobel Tıp Kitabevleri 2001
10. Çelik H. C., Acar T. (2007) Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi *Fırat Tıp Dergisi*; **12 (1):** 23-7
11. Aydın M. (2002) Kronik Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavileri Türkmen F (ed) *Hemodiyaliz Seminerleri* (1,Baskı) İst.11-12
12. Taşcı S.(1998) Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi
13. Christopher G., Winearls ve Derek Gray (1997) Çevirenler: Serdengeçti K.,Dikbaş O. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Renal Replasman Tedavisi

Böbrek Transplantasyonu Temel Bilgiler ve Uygulamalar Türk Nefroloji
Derneği Yayınları

14. Nadir I., Topçu S., Gültekin F., Yöner Ö.(2002) Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyolojik Değerlendirme *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* **24 (2):** 62-64
15. Diyaliz Hastaları Kitapçığı, Başkent Üniversitesi Yayınları
16. TND 2006 Yılı Registry Raporları
17. Dr. Kenan Evren Kronik Böbrek Hastalığı Tanı ve Yaklaşım
www.medicine.ankara.edu.tr/dahili_tip/nefroloji/files/KBH.doc
18. Birol L. (2003) Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı *İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* 9 (199-228) Vehbi Koç Yayınları, İst.
19. Akpolat T., Yalçın A.V. Kronik Böbrek Yetmezliği Akpolat T., Utaş C. (eds)
Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı 3.Baskı İst. Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş.
20. Seymen O. (2002) Böbreklerin Yapı ve Fonksiyonları Türkmen F (ed)
Hemodiyaliz Seminerleri 1,Baskı İst. Deniz Ofset Matbaacılık 3-9
21. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hasta Bilgilendirme El Kitabı
www.bobreyetmezligi.com
22. ATN American Journal of Nursing Stage 4 Chronic Kidney Disease;
Preserving Kidney Function and Preparing Patients for Stage 5 Kidney
Disease Lippincott Williams & Wilkins Inc Volume 106 (9) September 2006,
p: 40-51
23. Parmar S.M.(2002) Chronic Renal Disease *BMJ Volume* 325 13 July p: 85-9
24. www.kidney.org/kidneydisease/ckd/know_GFR.cfm
25. Crowley T.S. August (2003). *CKD Series: Improving the Timing and Quality
Of Predialysis Care* pp:17-23
26. Molvalılar Ş. (ed) (1997) *İç Hastalıkları Semiyoloji* 2. Baskı 449-64
27. Wang W., Chan L.(2005) Çeviri:Aylı M.D., Azak A. Kronik Böbrek
Yetmezliği Kliniği ve Patogenezi Güneş Kitabevi 6.Baskı Ankara 456-77
28. Prof. Dr. Erek E. *Erek Nefroloji* (2005) Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul 290-
305
29. Peterson C. J. Chronic Renal Failure (1995) Nephrology Third Edition
House Officer Series p:83-93

30. Bozfakioğlu S. (1997) Diyaliz El Kitabı 3.Baskı s:15-100
31. Özgür B., Kürşat S., Aydemir Ö.(2003) Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* ; 12 (2) 113-116
32. Demir S. (2006) Kronik Böbrek Yetmezliği İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans Ders Notları
33. Oymak O.,Akpolat T.(2001) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi: Akpolat T., Utaş C. Eds, *Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı* Kayseri Anadolu Yay. 125-46
34. Aydın Z. (2001) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Akpolat T., Utaş C.,(eds) *Hemodiyaliz Hemşiresi El kitabı*, 3.Baskı Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş. 126-160
35. Akçiçek F. (2000) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Akpolat T., Utaş C., Süleymanlar G.(eds) *Nefroloji El Kitabı* (3.Baskı) 321-27
36. Killingworth A., Van Der Akker O. (1996) The Quality of Life Renal Dialysis Patients: Trying To Find The Missing Measurement *International Journal of Nursing Stend.* ; 33; 1: 107-120
37. SAPD El Kitabı Hemşireler İçin Eczacıbaşı Baxter'ın Katkılarıyla 1998
38. Hemodiyalizle Yaşam Stres ve Başetme Hasta bilgilendirme Kitapçığı Hazırlayan: Sağ. Yzb. Belgüzar Kara Ankara 2004
39. Ecdar T. (2000) Renal Transplantasyon Akpolat T., Utaş C., Süleymanlar G. (esd) *Nefroloji El Kitabı*, 3. Baskı
40. Ganz P.A.(1994) Long-range effect of clinical trial interventionson quality of life *Cancer Supplement* ; **74 (9)** 2620-23
41. Ganz P.A. (1994) Quality of life and the patient with cancer *Cancer Supplement* ; **74 (4)** 1445-51
42. Başaran S., Güzel R., Sarpel T.(2005) Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri *Romatizma, Cilt:20, Sayı 1* s: 55-63
43. Beser N., Öz F.(2003) Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1) s: 47-58
44. Ware JE.(1995) The Status of Health Assesment 1994 *An Rev Pub Health* 16: 327

45. Lamping D.L.(2004) Oxford Supportive Care Health Related Quality of Life
In Chronic Renal Failure pp: 63-2
46. Bilgin N., Ergenç A., Timurcanday Ö.N. (1985) Bireylerde Algılanan
Şekliyle Yaşam Kalitesi *E.Ü..Edebiyat Fakültesi Yayını Seminer Sayı:4*
Bornova , 157-69
47. Aslan Ş., Kutsal G.. Y.(1999) Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirimi
Geriatry 2(4): 173-78
48. WHOQOL Group (1996): What is quality of life? *World Health Forum*, 17
(4): 354-56
49. Sullivan M (1992) Quality of Life Assessment in Medicine: Concepts,
Definitions Purposes and Basic Tools *Nord J Phischiatriy 46: 79-3*
50. Smart C.R., Yates J.W. (1987) Quality of Life Cancer 60 (suppl.1) 620-22
51. Altıntepe L., Güney İ., Türk S.,Tonbul Z.H., Yeksan M. (2005) Hemodiyaliz
ve Periton Diyalizi Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler *Türk
Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi ; 14 (2) 85-89*
52. Fukuhara S., Yamazaki S., Marumo F., Akiba T.,Akizawa T., Fujimi S.,
Haruki S., Kawaguchi Y., Nihei H., Shoji T., Maeda T.(2007) Health-
related quality of life predialysis patients with chronic renal failure
Nephron Clin Pract. ; 105 (1): c1-8 2006 Nov 7
53. Valderrabano F.,Jofre R., Lopez-Gomez J.M.(2001) Quality of life in end-
stage renal disease patients *Am J Kidney Dis. Sep; 38 (3): 443-64*
54. White CA., Pilkey RM., Lam M., Holland DC.(2002 Apr 5) Pre-dialysis
clinic attendance improves quality of life among hemodialysis patients *BMC
Nephrol. ; 3:3*
55. Hurst J. (2002) Predialysis Care *Renal Nursing* Edited by: Nicola Thomas p:
136-38
56. Keçecioglu (Bilal) N., Özcan E., Yılmaz H., Sezer T.M., Eryılmaz M., Ersoy
F.F., Süleymanlar G., Yakupoğlu G.(1995) Hemodiyaliz ve Kronik
Ambulatuvar Periton Diyalizi Tedavisi Gören Hastalar ve Bu Hasta
Yakınlarının Depresyon , Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Açısından
Karşılaştırılması *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi ; 3: 172-6*

57. Özmen E., Aydemir E., Bayraktar E. (1997) Genel Tıpta Psikiyatrik Kavramlar *Hekimler Birliği Yayınları* 203-34
58. Gabbard GO., (1995) Mood Disorders: Psychodynamic etiology. HI Kaplan, BJ Sadock (eds) *Comprehensive Textbook Psychiatry* 6 ed. Baltimore: Williams and Wilkins Comp. 116-23
59. Franklin M.P. (1997) Çeviri: Postalciöğlü S. Böbrek Transplantasyonu ve Organ Bağışında psikolojik Sorunlar 532-38 Böbrek Transplantasyonu Temel Bilgiler ve Uygulamalar *Türk Nefroloji Derneği Yayını*
60. Küçük L.(2005) Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* ; 14 (4) 166-70
61. Pivac N.,Muck-Seler D., Barisic I., Jalcovicevic M., Puretic Z. (2001) Platelet serotonin concentration in dialysis patients with somatic symptoms of depression *life sci.* 13:68:2433-453
62. Bakr A., Amr M., Sahran A., Hammad A., Ragab M.,El-Rafaey A., El-Mougy A. Psychiatric Disorders in Children with Chronic Renal Failure *Journal Of The International Pediatric Nephrology Association* 2007 Jan;22(1):128-31. Epub 2006 Sep 19.
63. Graham P. (1991) *Child Psychiatry: A developmental approach* (2nd edn) Oxford University Pres, New York p:263-72
64. Holland J.(1973) Psychological Aspects of Cancer in: Holland J, Fric E(eds) *Cancer Medicine Lea anad Fabiger, Philedelphia* pp:991-1021
65. Phipps A.& Türkington D. Pshchiatry in the renal unit *Advences in Psychiatry Treatment* (2001) vol 7 pp:426-32
66. Hooper J., Cohen M. L.(2004) Psychological and psychiatric considerations in patients with advenced renal disease pp:155-75 *Oxford Supportive Care*
67. Özçürümez G., Tanrıverdi N., Zileli L. (2003) Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri *Türk Psikiyatri Dergisi* 14 (1): 72-80
68. Koçyiğit H., Aydemir Ö., Ölmez N.,Memiş A., (1999) Kısa Form -36 (SF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği *İlaç ve Tedavi Dergisi* 12: 102-6
69. Kaya E. ve ark. (2005) Sigarayı Bırakmada Ruhsal Etkenlerin Etkisi *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 245-250

70. Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği *Psikoloji Dergisi* ,7 . 3-13
71. Beck AT. (1961) An inventory for measuring depression *Arch Gen Psychiatry* 4, 561-571
72. Güleç H., Sayar K., Özükorumak E. (2005) Depresyonda Bedensel Belirtiler *Türk Psikiyatri Dergisi* 16: 90-96
73. Danış R., Özmen Ş., Akın D., Beştaş R., Atayan Y., Zülfüoğulları A., Yalçın S., Yazanel O.(2007) 2001-2007 Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olgularımızın Geriye Dönük Analizi *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* , **16 (4)** 190-95
74. Alpay H., Yıldız N., Özçay S.(2002) Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyolojik Değerlendirme *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 11 (3): 144-48
75. Neto JFR., Ferraz MB., Cenderoglan, Draibe S., Yu L., Sesso R (2006): Quality of life the initiation of maintenance dialysis treatment a comparison between the SF-36 and the KDQ questionnaires *Qual Life Res* 9 (1).101-07
76. Gambaro G., Favaro S., D'Angelo A. (2001) Risk for renal failure in Nephrolithiasis *Am J Kidney Dis* ; **37 (2)**: 233-43
77. Demir M., Kutlucan A., Sezer M.T. (2007) Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Prediyalitik Dönemde Takip ve Tedavi Uygulamaları *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* ; **16 (1)** 3-7
78. Plough AL, Salem A. (1982) Social and contextual factors in analyses of mortality in end- stage renal disease: implications for health policy *Am J Public Health*, 72:1293-95
79. Kimmel PL., Thamer M., Richard CM. ve ark. (1998) Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med.* 105:214-21
80. Numan I.M., Barklind KS, Lubin B. (1981) Corralates of depression in chronic dilaysis patients: morbidity and mortality *Res Nurs Health*, 4: 295-97
81. Clark L.A.& Watson D. (1991) Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidens and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-36

82. Kocabaşoğlu N., Doles of MR.,Doğangün B. (2004) Anksiyete ve Depresyonun Çok Yönlü İlişkisi *Yeni Symposium* ; 42:168-76
83. Endler NS., Macrodimitris SD., Kocouski NL.(2005) Depression: The Complexity of Self Report Measures *Journal of Applied Biobehavioral Resarch*: 5: 26-46
84. Lew SQ.,Patel SS.(2007) Psychosocial and quality of life issues in women with end-stage renal disease *Adv Chronic Kidney Disease* Oct; 14 (4):258-63
85. Brems C., Nolen-Hoeksema (1995) Women and Depression: A comprehensive analysis In E.E. Beckham & W.R. Leber (eds) *Handbook of Depression* pp:539-66 New York
86. Devins GM., Mandin H.,Beanlands H. ve ark . (1997) Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by self-concept and age in end- satge renal disease. *Health Psychol*, 16: 529-38
87. Lentzner HR. Et al. (1992) ”The Quality of Life in The Year Before Death” *American Journal of Public Health* 82:8: 1093-98
88. Johnson JP., Mc Couley CR., Copley JB., (1982) ”The Quality of Life of Hemodialysis and Transplant Patients” *Kidney İnternational* 22:286-91
89. Chubon RA.(1986) Quality of Life and Persons With End-stage Renal Disease *Dial. Transplant* 15 (8): 450-52,
90. Fadıloğlu Ş.,Akyol AD.,Kaya B. (1995):Hemodiyalize Giren Hastaların Sosyal Destek Ağının İncelenmesi *Çınar Dergisi* 2 (9): 14-21
91. Pınar R. (1995) Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi Doktora Tezi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik A.B.D.
92. Acaray A. (2003) Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi ve Hasta Yakınlarının Hastalara İlişkin Algıladıkları Yaşam Kalitesi Görüşleri İle Karşılaştırılması Yüksek Lisans Tezi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D.
93. Güney İ., Altıntepe L., Türk S., Polat H., Yeksan M. Hemodiyaliz ve Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler İXX.Ulusal Nefroloji , Hipertansiyon, Diyaliz ve Transplantasyon Kongre Kitabı Bildiri Özetleri s.60, 17-21 Eylül 2002, Antalya

94. Mittal SK., Ahern L., Flaster E., Maesaka TK., Fishbones S.(2001): Self Assessed Physical and Mantal Function of Hemodialysis Patients *Nephrol Dial. Transplant* 16: 1387-94
95. Akyol A.D. (1992): Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkilerinin İncelenmesi E.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
96. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Anemi Nedenleri ve Klinik Sonuçları Dr. Kenan Ateş Ankara Üniv.Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı
www.turkhipertansiyon.org/egitim_doc./3girne.pdf
97. Güneş B. v.d. “Sürekli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Öz-Bakıma İlişkin Tutumları ve Sosyo-demografik Özellikler İle Öz –Bakım Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma” *XIV. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi Antalya 10-14 Kasım 1997:16*

SF- 36

Hasta Adı Soyadı :

1.Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz ?

- | | |
|-------------|---------|
| a) Mükemmel | d) Orta |
| b) Çok iyi | e) Kötü |
| c) İyi | |

2. Bir yıl öncesi karşılaştığımızda,şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?

- | | |
|---|--|
| a) Bir yol öncesine göre çok daha iyi | d) Bir yol öncesine göre biraz daha kötü |
| b) Bir yol öncesine göre biraz daha iyi | e) Bir yol öncesinden çok daha kötü |
| c) Bir yol öncesi ile hemen hemen aynı | |

3. aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığımız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu ? Kısıtlıyorsa ne kadar ?

- | | |
|--|-----------------------------|
| A- Koşmak,ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler | |
| 1)Evet, oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor |
| 2)Evet, biraz kısıtlıyor | |
| B- Bir masayı çekmek, elektirik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler | |
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |
| C- Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma | |
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |
| D- Merdivenle çok sayıda kat çıkma | |
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |
| E- Merdivenle bir kat çıkma | |
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |
| F- Eğilme veya diz çökme | |
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |
| G- Bir iki kilometre yürüme | |
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |
| H- Birkaç sokak öteye yürüme | |
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |
| İ- Bir sokak öteye yürüme | |
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |
| J- Kendi kendine banyo yapma veya giyinme | |
| 1) Evet , oldukça kısıtlıyor | 3) Hayır , hiç kısıtlamıyor |
| 2) Evet , biraz kısıtlıyor | |

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak , işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı ?

- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?
 1) Evet 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?
 1) Evet 2) Hayır
- C- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu ?
 1) Evet 2) Hayır
- D- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi ? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)
 1) Evet 2) Hayır

5- Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınız (Örneğin çökkünlük veya kaygı) Sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı *

- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?
 1) Evet 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?
 1) Evet 2) Hayır
- C- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz ?
 1) Evet 2) Hayır
- 6- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız,arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?
 a) Hiç etkilemedi c) Orta derece etkiledi d) Oldukça etkiledi
 b) Biraz etkiledi e) Aşırı etkiledi
- 7- Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu ?
 a) Hiç c) Hafif d) Şiddetli
 b) Çok hafif d) Orta e) Çok şiddet
- 8- Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi)
 a) Hiç etkilemedi c) Orta derece etkiledi d) Oldukça etkiledi
 b) Biraz etkiledi e) Aşırı etkiledi
- 9- Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir.her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı,son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.
- A- Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi ?
 a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
 b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
- B- Çok sinirli bir insan oldunuz mu ?
 a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
 b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
- C- Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi ?
 a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
 b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman

- D- Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi ?
 a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
 b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
- E- Kendinizi enerjik hissettiniz mi ?
 a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
 b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
- F- Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi ?
 a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
 b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
- G- Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi ?
 a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
 b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
- H- Kendinizi mutlu hissettiniz mi ?
 a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
 b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
- İ- Kendinizi yorgun hissettiniz mi ?
 a) Her zaman c) Bazen e) Nadiren
 b) Çoğu zaman d) Nadiren f) Hiçbir zaman
- 10- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?
 a) Her zaman c) Bazen e) Hiçbir zaman
 b) Çoğu zaman d) Nadiren
- 11- Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır ? Her ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.
- A- Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.
 a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
 b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış
- B- Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.
 a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
 b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış
- C- Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.
 a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
 b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış
- D- Sağlığım mükemmel.
 a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
 b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dahil , geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numaranın üzerine (x) işareti koyunuz. Eğer bu grupta durumunuzu anlatan birden fazla cümle varsa her birine (x) koyarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

- 1- (0) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım.Bundan kurtulamıyorum.
 (3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 (1) Gelecek hakkında karamsarım.
 (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 (3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- (0) Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 (1) Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 (2) Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 (3) Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.
- 4- (0) Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 (1) Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 (3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- (0) Kendimden memnunum.
 (1) Kendi kendimden pek memnun değilim.
 (2) Kendime çok kızıyorum.
 (3) Kendimden nefret ediyorum.
- 7- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 (1) Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 (2) Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 (3) Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

- 8- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 (1) Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
 (2) Kendimi öldürmek isterdim.
 (3) Fırsatımı bulsam kendimi öldürürüm.
- 9- (0) Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 (3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesemde ağlayamıyorum.
- 10- (0) Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 (1) Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 (2) Şimdi hep sinirliyim.
 (3) Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11- (0) Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 (1) Başkaları ile eskisinden daha az görüşmek konuşmak istiyorum.
 (2) Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
 (3) Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum.
- 12- (0) Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
 (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 (2) Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 (3) Artık hiç karar veremiyorum.
- 13- (0) Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
 (1) Daha yaşlanmışım çirkinleşmişim gibi geliyor.
 (2) Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğini hissediyorum.
 (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14- (0) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 (1) Birşeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
 (2) Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 (3) Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15- (0) Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
 (1) Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
 (2) Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 (3) Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16- (0) Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 (1) Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 (2) Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
 (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 17- (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Artık hiç iştahım yok.
- 18- (0) Son zamanlarda kilo vermedim.
(1) İki kilodan fazla kilo verdim.
(2) Dört kilodan fazla kilo verdim.
(3) Altı kilodan fazla kilo verdim.
(4) Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum. Oevet Ohayır
- 19- (0) Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
(1) Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
(2) Saęlıęım beni endiřelendirdięi için bařka Őeyler dūřünmek zorlařıyor.
(3) Saęlıęım hakkında o kadar endiřeliyim ki bařka hiçbir Őey dūřünemiyorum.
- 20- (0) Son zamanlarda cinsel konulara olan ilгимde değişme fark etmedim.
(1) Cinsel konularla eskisinden daha az ilgileniyorum.
(2) Cinsel konularla Şimdi çok daha az ilgiliyim.
(3) Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
- 21- (0) Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
(1) Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
(2) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(3) Cezalandırıldığımı hissediyorum.

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli olduğu zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

0.Hiç	1.Hafif derecede	2.Orta derecede	3.Ciddi derecede	
				Sizi ne kadar rahatsız etti?
1.Bedeninizin herhangi yerinde uyuşma veya karıncalanma	(0)	(1)	(2)	(3)
2.Sıcak/ateş basmaları	(0)	(1)	(2)	(3)
3.Bacaklarda halsizlik, titreme	(0)	(1)	(2)	(3)
4.Gevşeyememe	(0)	(1)	(2)	(3)
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu	(0)	(1)	(2)	(3)
6.Baş dönmesi veya sersemlik	(0)	(1)	(2)	(3)
7.Kalp çarpıntısı	(0)	(1)	(2)	(3)
8.Dengeyi kaybetme korkusu	(0)	(1)	(2)	(3)
9.Dehşete kapılma	(0)	(1)	(2)	(3)
10.Sinirlilik	(0)	(1)	(2)	(3)
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu	(0)	(1)	(2)	(3)
12.Ellerde titreme	(0)	(1)	(2)	(3)
13.Titreklik	(0)	(1)	(2)	(3)
14.Kontrölü kaybetme korkusu	(0)	(1)	(2)	(3)
15.Nefes almada güçlük	(0)	(1)	(2)	(3)
16.Ölüm korkusu	(0)	(1)	(2)	(3)
17.Korkuya kapılma	(0)	(1)	(2)	(3)
18.midede hazımsızlık ya da rahatsızlık	(0)	(1)	(2)	(3)

19.Baygınlık	(0)	(1)	(2)	(3)
20.Yüzün kızarması	(0)	(1)	(2)	(3)
21.Terleme(sıcağa bağlı olmayan)	(0)	(1)	(2)	(3)