

DİYALİZ HASTALARININ BİLGİLENDİRİLME GEREKSİNİMLERİ

EDUCATIONAL NEEDS OF DIALYSIS PATIENTS

Dr.Gülören Ünlüoğlu*, Dr.Aykut Özden*, Dr.Elmas İnce**

*Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı.

**Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatrik Konsültasyon Ünitesi-ANKARA

ÖZET

Amaç: Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) nedeniyle sık sık hemodiyalize giren ve böbrek transplantasyonu bekleyen hastaların çoğunun çeşitli düzeylerde psikolojik sorunlar yaşadıkları ve bunların bir kısmının yetersiz bilgilendirmeden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızın amacı KBY nedeniyle diyalize giren hastaların, hastalıkları ve tedavileri konusunda ne düzeyde bilgi sahibi olduklarının, en sık yaşadıkları sorunlarının ve bilgilendirme gereksinimlerinin saptanmasıdır. **Yöntem:** Çalışma İbni Sina Hastanesi Nefroloji Kliniğinde diyalize giren 131 KBY hastasıyla anket yöntemiyle yapılmıştır. **Bulgular:** Hastaların % 20 - 48'inin başta ilaç yan etkileri olmak üzere birçok alanda bilgi yetersizlikleri olduğu, % 88'inin mutlaka bilgilendirme istedikleri ve % 64'ünün bunu doktorları tarafından verilmesini istediği bulunmuştur. Hastalarda ayrıca öfke, alınganlık ve bıkkınlık duygularının hakim olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Diyalize giren KBY hastalarının birçok sorunları ve yoğun bir bilgilendirme gereksinimleri vardır. Sorunların azaltılması için bilgilendirme saatinin de eklendiği bir ekip çalışması uygun olabilir.

SUMMARY

Purpose: Patients with Chronic Renal Insufficiency (CRI) often have various psychological problems and some of them are supposed to be the result of inadequate information. The aim of this study is to investigate the psychological problems and the need of information about their illness and its treatment on CRI patients. Their level of knowledge about the illness is also investigated. **Method:** We conducted the study in the Nephrology Clinic of İbni Sina Hospital with 131 hemodialysis patients and used questionnaires prepared by the investigators. **Results:** We found out that, between 20 - 48 % of the patients lack major information on their illness, particularly on medication side effects, and 88 % of them reported of receiving information on relevant subjects. Sixty four percent wanted this information from their primary clinician. We also found out that, patients were mostly experiencing feelings of anger, touchiness and burn-out. **Conclusion:** CRI patients who are on dialysis have many psychological problems and "educational hunger" on their illness. These problems could be solved by a team work with an emphasis on education.

Anahtar kelimeler: Bilgilendirme, hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği, psikiyatrik konsültasyon.

Key words: Patient education, dialysis, chronic renal insufficiency, psychiatric consultation.

GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıkların insanlar üzerindeki psikiyatrik etkileri eskiden beri bilinmekte ve üzerinde çalışılmaktadır. Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) de bu grubun içinde yer almaktadır, belki de en başlarda gelmektedir. Bu hastalık nedeniyle hemodiyalize girip, böbrek transplantasyonu bekleyen hastaların çeşitli düzeylerde psikiyatrik sorunlara

bulunduğu bu hastalarla yaşayan ve çalışanlarca gözlenmektedir. Ayrıca, bu saptamayı doğrulayan birçok araştırma da vardır. Örneğin, en sık rastlanan psikiyatrik sorun olarak depresyon bildirilmekte ve % 30-50 arası oranlardan söz edilmektedir (1, 2). İntihar girişiminin de hem genel toplumdan, hem de diğer kronik hastalıklardan fazla olduğu bulunmuştur (3, 4). Ayrıca, anksiyete bozuklukları (% 24-39) ve organik beyin sendromları da sık görülmektedir (5). Cinsel işlev

bozukluklarının oranı (özellikle de erkeklerde impotans) tam olarak saptanamamakla birlikte % 70 civarı olduğu sanılmaktadır (5).

KBY hastalarının bu kadar fazla psikiyatrik sorunlar yaşamalarının nedenini tek bir nedene indirmek güçtür. Diyaliz işleminin fiziksel güçlüğü, yaşamın bir makinaya bağlı oluşu, yaşam kalitesinin düşmesi, iş ve güç kaybı, yaşamın kısıtlanması (birçok yiyeceğin yasaklanması, sıvı alımının kısıtlanması ve yolculuğa dahi çıkamama gibi), transplantasyon için gerekli birçok işlemin güçlüğü ve "verici" ile uyuma sorunu, verici bulamayanlarda ise bir kadavra bulmanın güçlüğü ve yaşamak için birinin ölmesini bekleme gibi nedenler ilk aklımıza gelen nedenlerdir. Ayrıca, bu hastalarda sık karşılaşılan metabolik bozuklukların, hipoksi, hipoalbumineminin ve kullanılan ilaçların (başta steroidler ve antihipertansifler olmak üzere) birçok olumsuz psikiyatrik yan etkileri bilinmektedir (6, 7).

Bazı psikolojik sorunların ise hastalık ve uygulanan tedavi yöntemleriyle ilgili yeterli bilgi sahibi olmamaktan kaynaklandığı düşünülmektedir (8). Bu durumdaki hastalar ya kafalarından yanıtlar üretmekte, ki büyük olasılıkla gerçekçi olmayan ve sonuçta sıkıntıyı daha da artıran yanıtlardır, ya da "diyaliz arkadaşlarına" danışmakta ve yine yanıtıcı yanıtlar alabilmektedir. Örneğin impotans ortaya çıkan bir hasta bu durumun sık karşılaşılan bir durum olduğunu öğrenmezse sorunu "kişiselleştirip" sıkıntıya girebilir. Ayrıca, bilgilendirme verilmesinin hastaları rahatlattığını nesnel bir şekilde kanıtlayan araştırmalar da vardır (9). Bizim çalışmamızda ise herhangi bir görüşü doğrulamaya çalışmaktan çok, kendi hastanemizde KBY nedeniyle diyalize giren hastaların bilgi düzeylerinin ve gereksinimlerinin, genel olarak betimleyici özelliklerinin ve yaşadıkları sorunların saptanması amaçlanmıştır. Sonuçların Psikiyatrik Konsültasyon Liyezon Ünitemizin çalışmalarına katkıda bulunacağı düşünülmüştür. Fakat daha önemlisi, bilgilendirme sonrası hastaların bazı bilişsel çarpıtmalarının azalıp rahatlayabilecekleri, bunun da tedaviye uyumu ve hatta prognozu etkileyebileceği düşünülmektedir. Psikiyatrik sorunların doğrudan bir şekilde (4, 10) veya tedaviye uyumu azaltarak (11) mortaliteyi arttırdığı gösterilmiştir. Öte yandan bilgi ve desteğin sağlanması bu döngüyü tersine çevirebilmiştir (12, 13).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, 1991 ve 1994 yıllarında yukarıda sözedilen amaçlar doğrultusunda yapılan iki araştırmanın yayınlanmamış sonuçlarının biraraya

getirilmesiyle oluşturulmuştur. Her iki araştırma da Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Nefroloji Kliniğinde hemodiyalize girmekte olan hastalarla, anket tekniği kullanılarak yapılmıştır. Anketler araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, sosyo-demografik özellikleri, hastalık öykülerini, yaşadıkları sorunları, beklentileri ve bilgilendirilmeyle ilgili düşüncelerini araştırmaktadır. Ayrıca 1994 yılı grubunda hastalık ve tedaviyle ilgili bilgilerini sınavan bir soru formu da uygulanmıştır. Her iki araştırmada da gerekli izinler alınmış ve isimler saklı tutulmuştur. 1991 yılında yapılan araştırmaya 100, 1994 yılındakine ise 31 hasta katılmıştır. Anketlerde sorulan sorular Anket -1 ve Anket - 2'de gösterilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde çoğunluğun orta yaşlı (ortalama yaş 37.7), erkek (% 58.8), evli (% 57.2), kısmen az eğitilmiş (%50.4'ü ilkököl) ve Ankara'da oturan (% 60.3) hastalardır. Yaklaşık % 40'lık bir grup da işsizdir. Bu son sonuç yurtdışında yapılan çalışmalara benzerlik göstermektedir (14). Gerçekten de bu hastalık iş kaybına yol açabilmekte ve bu da zaten oldukça pahalı fakat yaşantısal olan diyalizi ve transplantasyonu hastalar için güçleştirmektedir.

KBY ve diyalizle ilgili özellikleri incelendiğinde, hastaların çoğunun (% 67.2) iki veya daha uzun süredir KBY tanısı almış olduğu ve diyalize girdiği dikkat çekmektedir. Ayrıca, % 92.4'ü haftada ortalama 2 veya 3 kez diyalize girmektedir. Bu sonuçlar, hastaların çalışmamız için uygun olduklarını düşündürmüştür. Hastalıkla uzun süredir mücadele ettikleri için bilgileri ve bilgilendirmeyle ilgili düşünceleri, yeni olan bir gruba göre daha güvenilir olacaktır.

Tablo - 1'de 1991 araştırması grubunun; yaşadıkları sorunları, tedaviye ve diyetle uyumları ile ilgili anketteki sorulara verdikleri yanıtlar görülmektedir. Çoğunda ek bir bedensel hastalık bulunmasa da % 90'ının birçok bedensel yakınması olduğu gözlenmektedir. Barrett ve arkadaşları (15) KBY hastalarında nedeni tam olarak açıklanamayan birçok somatik yakınmanın sık görüldüğünü ve bunun özellikle deprime olanlarda ve yaşam kalitesi düşmüş olanlarda artmış olduğunu belirtmiştir. Bizim grubumuzdaki hastalara bu yakınmalarından doktoruna sözedip etmedikleri sorulduğunda; % 22'si etmediklerini, % 18'i ise aldıkları yanıtın tatmin olmadıklarını belirtmiştir. Bu yanıtlar, Tablo 3'de yer alan, "doktorlarla iletişim güçlüğü" olmadığı şeklindeki sonuçla uyumsuzdur. Hastalar büyük olasılıkla bu tür iletişimsizlikleri kanıksamışlardır.

Tablo 1: Hastaların sık karşılaştıkları sorunlar ve tedaviye uyumları (n=100)

	SORULAR	YANITLAR
1	Baş ağrısı, bulantı, uykusuzluk, kaşıntı gibi yakınmalar	90
2	Genel işlevsellikte sorunlar	78
3	Kişilerarası ilişkilerde bozulma	72
4	Diyete uymada zorluklar	35
5	İlaçları düzenli kullanmama	13
6	Böbrek hastalığı dışında başka bedensel hastalık	12

Hastaların % 72'sinin kişilerarası iletişim güçlüğü yaşaması ve % 78'inin işlevsellikte azalma olması da beklenen ve literatürle uyumlu sonuçlardır (5, 14). Hastalara bunların nedenleri sorulduğunda; iletişim güçlüğü için kendilerinin daha öfkeli (% 65) ve alıngan (% 53) olmalarını, işlevsellikle ilgiliyse fiziksel durumlarının engel olmasını (% 75) ve bıkkınlık hissini (% 30) en çok belirtmişlerdir. Buradan, bir bilgilendirme programı yapılırken bu iki konu üzerinde önemle durulması gerektiği sonucu çıkarılabilir. Ayrıca ne tür ilişki ve işlevsellik sorunları yaşadıkları da araştırılmalıdır.

Diyete uyumda % 35'lik, ilaçlara uyumda ise % 13'lük zorlanma düşük oranlar gibi gözüksede konunun yaşantısal önemi yüzünden oldukça çarpıcı, fakat yine literatürle uyumlu sonuçlardır (16). KBY ve diyaliz hastalarında tedaviye uyum zaman zaman azalabilmekte ve hatta bu bazı hastalarda intihar eşdeğeri gibi işlev görebilmektedir (17, 18) veya yerdeğiştirmiş öfkeden kaynaklanabilmektedir (16). Bizim grubumuzda ise hastaların diyetle uymadaki zorluklarının nedeni sorulduğunda, % 27'si hangi sebze ve meyvelerin yasak olduğunu bilmemeyi, % 11'i ise tuzun nasıl kullanılacağını bilmemeyi belirtmiştir. "Kısıtlama" olgusundan rahatsız olanlar ise % 6'dır. Bu sonuç bize diyetle ilgili bilgilendirmelerin bazı hastalara ulaşmadığını ya da hastaların inkar mekanizmasını kullandığını düşündürmüştür. İlaçlarla ise durum daha değişiktir. Hastalar uyum güçlüğü nedenleri arasında ilk sırada "bıkkınlığı", daha sonraysa unutkanlığı (bu da aslında bir tür direnç belirtisi olabilir) ve ilaçların çok sayıda olmasını belirtmişlerdir. Hastalara bu konuda bilgilendirmenin yanında duygusal destek sağlanması ve belki ilaç rejimlerinin karışıklığını azaltıp, hastanın ruhsal durumuna göre bir ayarlamaya gidilmesi mantıklı gözükmektedir.

Tablo - 2'de hastaları en çok rahatsız eden

sorunlar görülmektedir. Bu sorunlar açık uçlu bir soruya ("Sizi hastalıkla ilgili en çok rahatsız eden nedir?") verilen yanıtlardır. Bunlar genel olarak beklenen ve yapılacak bilgilendirme programlarının mutlaka ele alınması gerekli sorunlardır. Belki gelecek endişesi ve çevre ve aileyle ilgili sorunların psikolog veya psikiyatristler tarafından ve tercihan grup oturumu şeklinde ele alınması daha uygun olabilir.

Tablo 2: Hastaların çok rahatsız eden ilk beş sorun (n=100)

1. Tedaviyle ilgili sorunlar
2. Gelecek endişesi
3. İşgücü kaybı
4. Cinsel problemler
5. Çevre ve aile ile ilgili sorunlar

Hastaların ekiple yaşadıkları iletişim güçlüğü **Tablo - 3'** den incelendiğinde, en az doktorlarla ve en çok sosyal hizmet uzmanlarıyla (SHU) ve diyetisyenlerle iletişimsizlik yaşadıkları bulunmuştur. Yurtdışında yapılan çalışmaların bazılarında hemşireler ve SHU'dan, doktorlara göre daha fazla yararlandığı saptanmıştır (17). Hastaların "iletişim güçlüğü" değerlendirirken nitelikten çok niceliğe önem vermiş olmaları olasılığı vardır. Böylece daha az karşılaştıkları SHU ile daha az iletişimleri olacaktır. Psikologlarla (ve belki de konsültan psikiyatristlerle de) yaşanan iletişim güçlüğü şaşırtıcı olmayan bir sonuçtur. Stoudemire ve Fogel'e göre (5), KBY hastalarında psikolojik sorunları yadsıma eğilimi yüksektir ve bu durum ruh sağlığı çalışanlarının soğuk karşılanmasına neden olabilmektedir. O zaman bu hastalarla çalışan psikolog ve psikiyatristlerin daha dikkatli olmaları; "yardım etmeye" girişmeden önce olumlu ve sıcak bir ilişki kurmaya ve hastaları "psikolojik sorunlu kişiler" gibi görmemeye çalışmaları önerilebilir.

Tablo 3: Hastaların tedavi ekibiyle yaşadıkları iletişim gücülüğü (n=100)

İletişim Gücülüğü Yaşayanlar		
1	Sosyal Hizmet Uzmanıyla	30
2	Diyetisyenlerle	29
3	Hemşirelerle	19
4	Psikologlarla	15
5	Doktorla	3

Tablo 4: Hastaların tedavi ekibinden beklentileri

EKİP ÜYESİ						
BEKLENTİLER	Doktor	Psikolog	SHU*	DU**	Hemşire	TOPLAM
Daha çok zaman ayırırsınlar	40	23	3	2	6	74
Sıkıntılarımızı paylaşsınlar	8	40	9	0	5	62
Daha şefkatli davransınlar	9	4	2	0	25	40
Ailelerimizle bağlantı kursunlar	4	20	10	0	0	34
Ev yaşantımızla ilgileninler	0	0	7	0	0	7

* Sosyal Hizmet Uzmanı,

** Diyet Uzmanı

Tablo - 4'te hastaların ekipten beklentileri verilmiştir. Hastaların en çok "daha çok zaman ayrılmasını" ve "sıkıntılarının paylaşılmasını" belirttiği yanıtlarda beklentiler mesleklere göre farklılık göstermiştir. Bu sonuçlar ekip üyelerinin hastalar tarafından nasıl değerlendirildiği ve neler beklendiği açısından önemli ve düşündürücüdür. Roberts ve arkadaşlarının (19) benzer çalışmasında ise; hastaların ekipten açıklık, gerçekçilik, yakınlık ve tedaviyi gereksiz yere uzatmamalarını bekledikleri bulunmuştur.

Tablo - 5'de 1994 yılında yapılan bilgi düzeyleriyle ilgili çalışmanın sonuçları verilmiştir. Hastaların genel olarak; hastalığın ismi, tedavisi, dikkat edilmesi gerekli noktalar ve ilaçların neden verildiği ile ilgili bilgileri yeterli düzeyde bulunmuştur. Fakat, hastalık nedeni ve ilaç yan etkileri konusunda bilgileri orta düzeydedir. Hastalığın nedeninin bilinmesi çok önemli olmayabilir, fakat hastaların kullandıkları ilaçların olası yan etkilerini bilmeleri gereklidir. Bu sonuçlar bize, yapılacak bilgilendirme saatinde ilaç yan etkilerine daha fazla yer ayrılması gerektiğini düşündürmüştür.

Tablo 5: Hastaların hastalıkları ve tedavileriyle ilgili bilgi düzeyleri (n=31)

SORULAR		DOĞRU YANITLAR (%)
1	İlaçlarının neden verildiği	80
2	Dikkat etmesi gerekli noktalar	80
3	Hastalığının ismi	71
4	Tedavisinin ne olduğu	71
5	Hastalığının nedeni	53
6	İlaç yan etkileri	48

Tablo - 6'da hastaların bilgilendirmeyle ilgili görüşleri yer almaktadır. Hastaların büyük bir çoğunluğu hem kendilerinin, hem de ailelerinin bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca hastaların % 34'ü gibi azımsanmayacak bir oranı diyalize girmeden önce yeterli bilgilendirme almadıklarını, % 66'sı başka hastalarla bilgi alışverişinde bulduklarını ve % 45'i de bundan olumsuz etkilendiklerini belirtmiştir. Bu sonuçlar hastaların doğru bilgilendirilmeye ne kadar çok gereksinimleri olduğunu açıkça göstermektedir. Belki tüm hastalara diyaliz öncesi belli bir bilgilendirme yapılmaktadır, fakat bunun "kalıplaşmış" olmaması, hastanın bilgi gereksinimine göre genişletilebilmesi ve hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını sınıması gereklidir. Ayrıca hastalar, birbirleri yerine ekipten bilgi almaya yönlendirilmeli, bunu aksatan bir durum söz konusuysa (örneğin hastaların doktorları kızdıracağı veya yoracağı endişesi) çözümlenmeye çalışılmalıdır. Son olarak, ailelerle de bir program yapılması düşünülmelidir çünkü sıkıntı yaşayan sadece hasta değildir. Yeterli bilgilendirmenin rahatlattığı hasta,

bilgilendirilmemiş ailesiyle birlikte yaşamakta ve onlardan etkilenebilmektedir.

Tablo 6: Hastaların bilgilendirilme ile ilgili görüşleri (n=100)

	SORULAR	Yanıtlar (%)
1	Hastalıkla ilgili bilgilendirme isteyenler	88
2	Ailesinin bilgilendirilmesini isteyenler	73
3	Tedaviyle ilgili bilgilendirme isteyenler	72
4	Çevresindeki hastalardan bilgi alışverişi yapanlar	66
5	Çevreden alınan bilgilerden olumsuz etkilenenler	45
6	Hemodiyalize girerken yeterli bilgilendirilmeyenler	34

Tablo 7: Hastaların en çok bilgilendirilmek istedikleri ilk beş konu (n=131)

1. Hastalığın doğası
2. Tedavi yöntemleri
3. Transplantasyon
4. Diyet
5. Cinsel sorunlar

Tablo 8: Böbrek transplantasyonu ile ilgili en çok öğrenmek istedikleri ilk beş konu (n=100)

1. Kadavradan naklin yaygınlaştırılması çalışmaları
2. Eski sağlığa kavuşabilme oranı
3. Nakilden sonra dikkat edilecek konular
4. Nakil olayının başarı oranı
5. Hastalığın tipi nakil olmaya engel midir?

Tablo 9: Hastaların bilgilendirmenin kimin tarafından yapılmasıyla ilgili görüşleri

BİLGİLENDİRME KONUSU	EKİP ÜYESİ					
	Doktor	Psikolog	SHU*	DU**	Hemşire	TOPLAM
Uyulması zorunlu diyet	13	0	0	72	0	85
KBY ve böbrek hastalıkları	67	5	0	0	9	81
Tedavi ve transplantasyon	62	8	0	0	8	78
Aile ve çevreyle ilişkiler	0	12	19	0	0	31
Cinsel sorunlar	18	13	0	0	0	31
İş durumuyla ilgili konular	3	2	5	0	0	10

* Sosyal hizmet uzmanı, ** Diyet uzmanı

Tablo - 7'de hastaların genel olarak bilgi almak istedikleri, **Tablo - 8**'de ise transplantasyonla ilgili en çok öğrenmek istedikleri ilk beş konu vardır. Hastaların çoğu hastalığın doğası ve tedavi yöntemleri konusunda yeterli bilgi düzeyinde bulunmuş olsa da (Tablo - 5), şimdiki sonuçlar hastaların daha fazlasını, belki de detayları, istediklerini göstermektedir. Gerçekten de, tedavinin hemodiyaliz, transplantasyon, ilaç ve diyet olduğunu bilmeleri çoğu için yeterli değildir. Transplantasyonla ilgili maddeler de (Tablo - 8), bu operasyonu bekleyen hastalar başta olmak üzere KBY hastalarıyla yapılacak bilgilendirme saatinin içeriğine ışık tutabilecektir.

Tablo - 9'da bilgilendirmenin kimler tarafından yapılması gerektiği sorusu sorulmuştur. Hastalar; tedavi, hastalık ve cinsel sorunlarla ilgili konular doktorlarından, uyulacak diyeti diyetisyenden, aile ve çevreyle ilişkilerle ilgili konular da SHU ve psikologlardan öğrenmek istemektedir. Hemşirelerden ve iş sorunlarıyla ilgili bilgi isteyenler çok azdır. Bu sonuçlar bize, bilgilendirmenin tek bir kişinin sorumluluğuna bırakılmaması gerektiğini, yapılacak bilgilendirme saatinde bir hekim, psikolog ve diyetisyenin katılması gerektiğini veya eğer zaman ayarlanabiliyorsa ayrı konulara ayrılmış bilgilendirme saatleri olması gerektiğini düşündürmüştür. Son olarak, bilgilendirme hastalar diyalize girmeden ve dializ esnasında belli aralıklarla yapılmalıdır. Çünkü bazı hastalarda diyaliz anında ve hemen sonrasında bilişsel yavaşlama sergilendiği gösterilmiştir (20).

SONUÇ

Bu çalışmanın amacı hemodiyaliz hastalarının bilgilendirilmeyle ilgili gereksinimlerinin saptanmasıydı ve bu amaca ulaşılmış gözükmektedir. Hastaların büyük bir çoğunluğunun bilgilendirilmeyi istediği ve bunu doktorlarının yapmasını belirttiğini gözlenmiştir.

Ayrıca, hangi konularda bilgilendirilme istedikleri ve ailelerine de ulaşılmasını istediklerini saptanmıştır.

Bu sonuçlar bizi, İbni Sina Hastanesi Nefroloji Kliniğinde hastalarla grup oturumları yapmaya ve bilgilendirme saatini başlatmaya yöneltmiştir. Bu girişimler daha yeni olduğu için sonuçlarından başka bir yazıda söz edilecektir. Fakat ilk izlenimlerimiz, böyle saatler düzenlemenin şart olmasına karşın sanıldığı kadar kolay olmadığı şeklindedir. Saat konusunda anlaşma, tüm hastaları toplama, bilgilendirmeyi kimin yapacağı ve benzeri konular her iki tarafın da iyi niyetine rağmen sorun yaratmıştır. Bizim önerimiz; videoların (hastanemizde örneği yapılmış ve başarılı olmuştur), çeşitli kitapçıkların ve her hastayı birkaç kez içine katan devamlı bir bilgilendirme saati olmasıdır. Bu arada, asıl bilgileri klinikte kalıcı olan uzman bir nefroloğun vermesi, psikiyatrik konsültasyon-liyezon ekibinden psikolog veya psikiyatristlerin rollerinin ise kendi konularına yönelik bilgileri verme, hastalarla nefrologlar arası ilişkilerde kolaylaştırıcı olma ve gereken hastalarla özel olarak ilgilenme şeklinde olmalıdır. Belki yurtdışında olduğu gibi, yeterli eğitimi almış SHU da kalıcı kadrolarla atanıp, psikiyatrist ve psikologların bazı görevlerini üstlenebilir, hastaların hastane dışı yaşamlarını da kolaylaştırmaya çalışabilirler. Benzer şekilde, diyetisyenler de bilgilendirmeye katılmalı ve KBY hastaları için çok önemli olan diyet konusunda gerekli açıklamaları yapmalıdır.

Bütün bunların amacı; KBY hastalarına hak ettikleri ilgiyi, desteği ve bilgiyi sunup, oldukça yoğun sıkıntılarını biraz olsun hafifletmektir.

KAYNAKLAR

1. Israel M. Depression in dialysis patients. *Can J Psychiat.* 1986; 31(5): 445-451
2. Petrie K. Psychological well-being and psychiatric disturbance in dialysis and renal transplant patients. *Br J Med Psychol.* 1989; 61(1): 91-96
3. Haenel T, Brunner F, Battagay R. Renal dialysis and suicide. *Comp Psychiat.* 1980; 21: 140-145
4. Shulman R, Price JD, Spinelli J. Biopsychosocial aspects of long term survival end stage renal failure treatment. *Psychol Med.* 1989; 19(4): 945-954
5. Stoudemire A, Fogel BS. *Principles of Medical Psychiatry.* Orlando, Grune and Stratton Inc. 1987; p. 583-593
6. Trzepacz PT, Levenson JL, Tringali RA et al. Psychopharmacology and neuropsychiatric syndromes in organ transplantation. *Gen Hosp Psychiat.* 1991; 12: 233-245
7. Levy NB. Psychological aspects of renal transplantation. *Psychosomatics.* 1994; 35(5): 427-433.
8. Devins GM, Binik YM, Mandin H et al. The kidney disease questionnaire. *J Clin Epid.* 1990; 43(3): 297-307
9. Binik YM, Dervins GM, Barre PE et al. Live and learn: patient education delays the need to initiate renal replacement therapy in end stage renal disease. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181(6): 371-376
10. Peterson RA, Kimmel PL, Sacks CR et al. Depression, perception of illness & mortality in patients with end stage renal disease. *Int J Psychiat in Med.* 1991; 21(4): 343-354
11. O'Brien ME. Compliance behavior and long term maintenance dialysis. *Am J Kidney Dis.* 1990; 15(3): 209-214
12. Friend R, Singletay Y, Mendell NR et al. Group participation and survival among patients with end stage renal disease. *Am J Pub Health.* 1986; 76(6): 670-672
13. Williams A, Stephens R, McKnight T et al. Factors affecting adherence of end stage renal disease patients. *Br J Sports Med.* 1991; 25(2): 90-93.
14. Gutman RA, Stead W, Robinson RR. Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *New Eng J Med.* 1981; 304: 309-313
15. Barrett BJ, Vavasour HM, Major A et al. Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron.* 1990; 55(1): 10-15.
16. Levy NB. Use of psychotropics in patients with kidney failure. *Psychosomatics.* 1985; 26: 669-709
17. Roberts JC, Kjellstrand CM. Choosing death-withdrawal from chronic dialysis without medical reason. *Acta MedicaScan.* 1988; 223 (2): 181-186
18. Özkan S. *Psikiyatrik Tıp. İstanbul Tıp Fak. Konsültasyon Liyezon Birimi.* 1994; s 187
19. Roberts JC, Snyder R, Kjellstrand CM. Withdrawing life support - the survivors. *Acta Medica Scan.* 1988; 224(2): 141-148
20. Smith BC, Winslow EH. Cognitive changes in chronic renal patients during hemodialysis. *Anna Journal.* 1990; 17(4): 283-287