

Görsel İmgelemenin Hemodiyaliz Hastalarının Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Dr. Margorit Rita KRESPI¹, Dr. David OAKLEY², Dr. Mike BONE³, Dr. Rashid AHMAD³,
Breda WORTHINGTON⁴, Dr. Peter SALMON⁵

Özet / Abstract

Amaç: Gevşeme ve imgeleme teknikleri son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) hastalar dışında kronik fiziksel hastalıkları olan hastalar arasında geniş bir kullanıma sahiptir. Vaka çalışmaları ve bazı kontrollü çalışmalar gevşeme ve imgeleme tekniklerinin hemodiyaliz hastalarının uyumunu arttırmada başarılı bir şekilde kullanılabileceğine işaret etmektedir. Buna rağmen bu etkiyi sistematik bir şekilde inceleyecek randomize kontrollü çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Yöntem: Bu çalışma özgül bir görsel imgeleme tekniğinin 153 hemodiyaliz hastasından oluşan örnekleme hastaların yaşam kalitesine ve uyumlarına olan etkisini incelemektedir. Çalışmanın kontrol prosedürleri bir aktif kontrol ve bir de tedavisiz kontrolden oluşmaktadır. Aktif kontrol prosedürü gevşeme egzersizlerini ve genel imgeleme tekniklerini içerir. Hastaların hemodiyaliz tedavisi hakkındaki inançları, yaşamı değerlendirme yolları, duygusal uyum ve yaşam kalitesi sonuç değişkenlerini oluşturmaktadır. Bu sonuç değişkenlerini ölçmek için SDBY İnançları Anketi (ESRF Beliefs Questionnaire), Hemodiyaliz Hastaları İçin Yaşam Değerlendirmesi Anketi (Life Evaluation Questionnaire for Hemodialysis Patients), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale), Merdiven Ölçeği (Ladder Scale) ve Kısa Form 36'ın 2 özet ölçeği (Short Form 36, SF-36) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızın bulguları hem tedavi sonrasında hem de hasta takip sürecinde özgül imgeleme tekniklerinin hastaların duygusal uyumlarına veya yaşam kalitelerine etki etmediğini göstermiştir. Ama hastaların müdahalelere gösterdikleri uyum orta düzeyde yüksektir ve hastaların müdahale prosedürlerinden tatmin oldukları rapor edilmiştir.

Sonuç: Bu çalışma gevşeme ve imgelemenin hemodiyaliz hastalarının uyumu üzerine etkisini inceleyen ilk randomize kontrollü müdahaleci çalışmadır. Bulgular gelecek çalışmalara olası katkısı ve aynı zamanda sınırlamalar açısından tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: SDBY, hemodiyaliz, görsel imgeleme, yaşam kalitesi, uyum

SUMMARY: The Effects of Visual Imagery on Adjustment and Quality in Life of Hemodialysis Patients

Objective: Relaxation and imagery techniques have been widely used among patients with chronic physical illnesses other than end stage renal failure (ESRF). Case studies and some controlled studies suggest that relaxation and imagery techniques can be successfully used with hemodialysis patients to improve their adjustment. Nonetheless, randomized controlled studies are needed to systematically examine this effect.

Method: The present study examined the effect of a specific visual imagery technique on adjustment and quality of life in a sample of 153 hemodialysis patients. Control procedures included an active control and a no-treatment control. The former consisted of relaxation training and general imagery techniques. Outcome variables included beliefs about hemodialysis treatment, ways of evaluating life, emotional adjustment, and quality of life. The ESRF Beliefs Questionnaire, the Life Evaluation Questionnaire for Hemodialysis Patients, the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Ladder Scale, and 2 SF-36 summary scales were used to measure these outcome variables.

Results: The findings show that the specific imagery intervention did not have an effect on emotional adjustment or quality of life, either post-treatment or at follow-up; however, the rate of patient compliance with the interventions was moderately high and patients reported that they were satisfied with the intervention procedures.

Conclusion: The present study is the first randomized controlled intervention study of the effects of relaxation and imagery on adjustment in hemodialysis patients. The findings are discussed in terms of their implications for future studies as well as their limitations.

Key Words: ESRF, hemodialysis, visual imagery, quality of life, adjustment

Geliş Tarihi: 13.07.2008 – Kabul Tarihi: 18.10.2008

Bu araştırma makalesi ilk yazar Dr. Margorit Rita Krespi, tarafından Liverpool Üniversitesi'ne 2001 yılında verilen doktora tezine dayanmaktadır.

¹Psik. Dr. ²Psik. Prof., Klinik Psikoloji Bİ. Liverpool Üniversitesi, Liverpool, ³Psik. Prof., Londra Üniversitesi Koleji, Hipnoz Birimi Londra, ⁴Uzm. Dr. ⁵Hemşire, Royal Liverpool Üniversite Hastanesi, Nefroloji Bİ. Liverpool, İngiltere.
Psik. Dr. Margorit Rita Krespi, e-posta: rkrespi@hotmail.com

GİRİŞ

Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) olan hastalarda sıkı tedavi rejiminden dolayı hastaların uyum ve yaşam kalitesinden taviz verilmektedir. Bununla birlikte, sadece bir kaç müdahale çalışması bu hastaların yaşama ve tedaviye uyumlarındaki azalmayı hedeflemiştir. Bu çalışmalar bilişsel davranışçı terapi (Campbell ve Sinha, 1980; Hener ve ark. 1996), davranışçı teknikler (Brantley ve ark. 1990; Hegel ve ark. 1992) ve sağlık inanç modeline yönelik danışmanlık (Hegel ve ark. 1992) gibi çeşitli müdahale stratejileri kullanmışlardır. Çalışmalar davranışçı tekniklerin tedaviye uyumsuzluğu azaltmada sağlık inanç modeline yönelik danışmanlıktan daha etkili olduğunu göstermektedir (Hegel ve ark. 1992). Bu çalışmalar görsel ipuçları, teşvikler, pekiştiriciler, davranışlara yönelik yapılan antlaşmalar, ve övgü gibi davranışçı teknikleri kullanmışlardır.

Gevşeme ve imgeleme teknikleri son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) dışında kronik fiziksel hastalıkları olan hastalar için geniş bir kullanıma sahiptir. Bunlar kanser, irritabl bağırsak sendromu, duodenal ülseri, miyokard enfarktüsü ve koroner kalp hastalığı gibi hastalıklardır. Birçok randomize kontrollü çalışma bu tekniklerin hastalık ve tedaviyle ortaya çıkan semptomların azaltılması veya kontrol edilmesinde (Blanchard ve ark. 1993; Colgan ve ark. 1988; Lyles ve ark. 1982), duygusal iyilik durumunun ve yaşam kalitesinin artırılmasında (Oldenburg ve ark. 1985; Syrjala ve ark. 1995; Walker ve ark. 1999) ve hastalığa yönelik olumlu tutumların artırılmasında (Oldenburg ve ark. 1985) kontrol prosedürlerinden daha etkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalarda kullanılan kontrol prosedürleri herhangi bir psikolojik tedavinin olmayışını ve/veya psikolojik destek, bir terapistten teşvik, eğitim veya danışmanlık almayı içermektedir. Ama, kalp problemlerini, hipertansiyonu, tip 2 diyabeti ve kanseri dahil eden diğer randomize kontrollü çalışmalar bu stratejilerin fizyolojik ölçütler ve uyum üzerindeki etkisini gösterememişlerdir (Collins ve Rice 1997; Gruber ve ark. 1993).

SDBY dışındaki kronik hastalıklara sahip hastalarla yapılan yüksek sayıdaki çalışmalara karşın yalnızca bir kontrollü çalışma hemodiyaliz hastalarında progresif gevşeme tekniğinin hastaların anksiyete düzeyini düşürmede etkili olduğunu göstermiştir (Alarcon ve ark. 1982). Bununla beraber hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılan bazı vaka çalışmaları gevşeme ve imgeleme tekniklerinin fiziksel belirtileri ve duygusal problemleri azaltabileceğine, ağrı kontrolünü ve diyet yönetimini sağlayabileceğine ve diyalizle baş edebilmede ve diyalize karşı bir kontrol hissi

geliştirmede etkili olabileceğine işaret etmiştir (Dimond 1981; Surman ve Tolckoff-Rubin 1984).

Genel olarak, vaka çalışmaları ve bazı kontrollü çalışmalar gevşeme ve imgeleme tekniklerinin hemodiyaliz hastalarında semptomları hafifletmede ve duygusal problemleri azaltmada başarılı bir şekilde kullanılabileceğini göstermektedir. Ama randomize kontrollü çalışmalarla bu etkilerin doğrulanması gerekmektedir. Bu sonuçlar, gevşeme ve imgeleme tekniklerinin diğer kronik hastalığı olan kişiler üzerindeki etkisi de göz önüne alındığında bu tekniklerin hemodiyaliz hastalarının uyumunu geliştirmede yardımcı olacağına işaret etmektedir.

Daha önce hemodiyaliz tedavisi ile ilgili bazı inançlar görsel imgeler şeklinde, örneğin hemodiyalizin "vücudu temizlediği" imgesi, tarafımızdan tarif edilmiştir (Krespi ve ark. 2004). Aynı çalışmada hastaların hemodiyalizin yaşamlarına hükmettiğini düşündükleri ortaya konulmuştur. Hastaların bu bakış açısından dolayı hemodiyalize karşı tutumlarının muhtemelen yaşamlarının geneline olan tutumlarını da etkileyeceğini öngörmüştük.

Önceki çalışmamızda belirlediğimiz hemodiyaliz imgelerinin ışığında gevşeme ve imgeleme tekniklerini planladık (Krespi ve ark. 2004) ve daha sonra da bu imgelerin hastaların hemodiyalize karşı olan tutumlarına, yaşamı değerlendirmelerine, duygusal uyuma ve yaşam kalitesine olan etkilerini inceledik. Bu etkileri incelemek amacıyla hemodiyaliz hastalarıyla ilgili şu genel hipotezi test ettik: hemodiyalizle ilgili azalan olumsuz tutumlar yaşamı değerlendirme yollarını iyileştirir ve yaşam kalitesiyle duygusal uyumu artırır. Sonra da bu genel hipotezi iki belirli hipotez haline getirdik:

1) Özgül imgeleme yapan hastalar hemodiyalize karşı (gevşeme ve genel imgeleme, veya psikolojik tedavi almayı içeren) kontrol prosedürlerini alan hastalara göre daha az olumsuz tutum belirteceklerdir. Bu da özgül imgelem grubunun yaşamı diğer gruplara göre daha olumlu değerlendirmesini sağlayacaktır.

2) Özgül imgeleme yapan hastalar yaşamı kontrol prosedürleri alan hastalara göre daha olumlu olarak değerlendireceklerdir. Bu da özgül imgelem grubunun diğer gruplara göre daha iyi yaşam kalitesi ve duygusal uyum rapor etmesine neden olacaktır.

Araçlar ve yöntemler

Örnekleme

Örnekleme bir üniversite hastanesinin hemodiyaliz ünitesine ve buna bağlı 4 uydu birimine sırayla başvuranları (N= 203) içermektedir. Bu 203 hastanın 153'ü (106

TABLO 1. Özgül ve Genel İmgelem Gruplarında Müdahaleye Uyum.

| Müdahale stratejilerine uyum | Özgül imgelem (n) | Genel imgelem (n) |
|--|-------------------|-------------------|
| Kabul etmeyen | 2 | 2 |
| Kayıt bir kere dinledikten sonra bırakan | 11 | 11 |
| 1 haftadan sonra bırakan | 2 (2) | 7 (7) |
| 2 haftadan sonra bırakan | | 3 (3) |
| 3 haftadan sonra bırakan | 14 (10) | 7 (5) |
| 4 haftadan sonra bırakan | 2 (2) | 1 (1) |
| 5 haftadan sonra bırakan | | 1 (1) |
| Tüm müdahale sürecinde kayıt dinleyen | 20 | 20 |
| Toplam | 51 | 52 |

erkek [%69] ve 47 bayan [% 31], yaş aralığı 23-85 yıl; yaş ortalaması: 54 yaş) bu çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Çalışmayı kabul edenlerin 18'i (%12) çalışmaktadır; 49'u (%32) işsizdir, 69'u (%45) emekli ve 17'si (%11) ev hanımıdır. Hastaların büyük çoğunluğu (98 hasta [64%]) uydu birimlerinde ve kalan 55 hasta (%36) üniversite hastanesinin hemodiyaliz ünitesinde hemodiyaliz tedavisi görmektedir. Hemodiyaliz süresi 28 (%18) hastada 1-6 ay, 26 (%17) hastada 7 ay-1 yıl, 55 (%36) hastada 1 yıl -3 yıl, 35 (%23) hastada 3 yıl- 8 yıl ve 9 (%6) hastada 8 yıl ve fazlasıdır. Çalışma süresince, değişik zamanlarda, toplam 23 hasta çalışmadan ayrılmıştır. On hasta vefat etmiş, 1 hasta böbrek nakli geçirdiğinden ve 1 hasta da başka tedavi modalitesine geçtiğinden dolayı çalışmada yer alamamışlardır.

Çalışma tasarımı

Hastalara uygulanan müdahale özgül bir imgeleme tekniğinden meydana gelmektedir. İki kontrol prosedürü vardır. Bunların biri aktif kontrolü ve diğeri de tedavisiz kontrolü içermektedir. Aktif kontrol prosedüründe hastalara gevşeme egzersizi ve genel imgeleme tekniği uygulanmıştır. Müdahale ve aktif kontrol gruplarına, müdahaleler ayrı ses kayıtları aracılığıyla verilmiştir. Tedavi almayan kontrol grubuna kayıt dinletilmemiştir. Her kayıt yaklaşık olarak 25 dakika sürmüştür, gevşeme ve imgeleme teknikleri 20 dakika, özgül imgeleme tekniği ise 5 dakika sürmüştür. Aktif kontrol grubu için kullanılan kayıta diğer grupta özgül imgeleme yapılan son 5 dakika gevşeme durumunun pekiştirilmesi için kullanılmıştır.

Sıcaklık, rahatlama ve gevşeme telkinleri verilerek gerçekleştirilen progresif kas gevşemesinden oluşan gevşeme tekniği daha önceki çalışmalardakine benzerdir (Redd ve ark. 1982) ve kabul edilmiş prosedürlere göre yapılmaktadır (Oakley ve La Rose 1996). Kasma ve gevşeme döngüleri yerine telkin tercih edilmiştir, çünkü hemodiyaliz tedavisi süresince hastaların kaslarını kasmaları acı verebilir ve hastalar tarafından bu yüzden yapılmak istenmeyebilir (Redd ve Andrykowski 1982). Egzersiz bacaklardan başlayıp daha sonra sırt, omuz, boyun, baş ve alını içeren çeşitli kaslar üzerine kademeli olarak odaklanır ve en sonunda tüm vücuda odaklanarak sonlanır. Bu egzersiz boyunca, zaman zaman nefes vermeden önce, hastalar kendilerine "rahatla" sözcüğünü söylediklerini hayal etmeleri için teşvik edilmiştir.

Özel yer imgelemi ve iniş (descent) imgelemi genel görsel imgelemi oluşturmaktadır. Hastaların kendilerini keyifli, güvenli ve rahatlamış olarak hissettikleri bir yerin akıllarında resmini oluşturmaları için verilen telkinlerden oluşan özel yer imgelemi, daha öncekilerle (Redd ve ark. 1982; Surman and Tolkoff-Rubin 1984) benzerdir ve kabul edilmiş prosedürlere göre yapılmaktadır (Oakley ve La Rose 1996). İniş imgelemi telkinler yardımı ile keyifli, güvenli ve rahat bu yerin diğer tarafına ulaşmak için kişilerin kullanabilecekleri basamakların resmini zihinlerinde oluşturmalarını amaçlamaktadır. Ayrıca, bu teknikler 1'den 5'e kadar sayma ile bütünleşmektedir. Bu sayım derin rahatlama telkinleri ile birleştirilmektedir ve böylece gevşeme durumunun daha da derinleştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu stratejilerin ardından kendi kendini hipnoz etmeye benzeyen oto-gevşeme Gibson ve Heap (1991)'in önerilerine göre yapılmaktadır. Buradaki telkinler de bir kişinin derin gevşemeyi diyaliz esnasında pratik yaparak sağlayabileceğini ve oto-gevşemeyi sağlaması için de "rahatla" kelimesini sözel bir hatırlatıcı olarak kullanılabilmesini içermektedir.

Özgül görsel imgelem terapide metafor kullanımının yararlı olduğu fikrini temel almaktadır. Bu çalışmada kullanılan metafor bir "filtre" dir, yine de hemodiyaliz makinesini algılama şekilleriyle tutarlı olarak hastalar kendi metaforlarını yaratması açısından cesaretlendirilmiştir. Özgül imgelem süresinde hastalara hemodiyaliz makinesinin bir resmini akıllarında oluşturmaları ve hemodiyalizi olumlu ve değerli bir deneyim olarak değerlendirmeleri için telkinlerde bulunmaktadır. Bu telkinler daha önceki çalışmamızda belirlenen hemodiyaliz ile ilgili imgeleri içermektedir (Krespi ve ark. 2004). Hemodiyalizin olumlu ve değerli bir deneyim olarak yeniden anlamlandırılmasını sağlamak için, telkinler hemodiyalizin olumlu imgelerini (örneğin, kanı temizlediğini ve hafif

TABLO 2. Üç Hasta Grubunun Demografik Bilgi, Tıbbi Bilgi ve Kontrol Değişkenlerinin, Başa Çıkma Stratejilerinin ve Sonuç Değişkenlerinin Baz Alınan İlk Ölçümleri Açısından Karşılaştırılması.

| Değişken | 1 Kereden 2 haftaya (n = 38) | 3 ile 5 Hafta (n = 25) | Tüm müdahale süresince (n = 40) | χ^2/F (df) |
|---|---------------------------------|---------------------------|------------------------------------|----------------------|
| Cinsiyet (erkek/kadın) | 27/11 | 16/9 | 26/14 | $\chi^2 = 0.456$ (2) |
| Yaş | 51.97 ± 17.45 | 48.36 ± 16.20 | 50.50 ± 15.02 | F = 0.374 (2) |
| Ünite | | | | |
| Hemodiyaliz Ünitesi | 14 | 7 | 18 | |
| Uydu Birimi | 18 | 13 | 18 | |
| Transplantasyon Birimi /Yoğun Bakım Ünitesi | 6 | 5 | 4 | $\chi^2 = 2.468$ (2) |
| Hemodiyaliz süresi | | | | |
| 1-6 ay | 5 | 5 | 10 | |
| 7-12 ay | 8 | 3 | 7 | |
| > 1-3 yıl | 12 | 13 | 9 | |
| > 3 yıl | 13 | 4 | 14 | $\chi^2 = 8.397$ (2) |
| Medeni hal | | | | |
| Evlili/birlikte yaşayan | 23 | 16 | 18 | |
| Bekar | 8 | 7 | 12 | |
| Boşanmış/dul | 7 | 2 | 10 | $\chi^2 = 4.342$ (2) |
| İş durumu | | | | |
| Çalışan | 6 | 1 | 7 | |
| Diğer | 32 | 24 | 33 | $\chi^2 = 2.635$ (2) |
| Müdahale grubu | | | | |
| (Özgül imgelem/ genel imgelem) | 15/23 | 16/9 | 20/20 | $\chi^2 = 3.635$ (2) |
| Algılanan sosyal destek | 83.02 ± 17.01 | 77.43 ± 18.25 | 77.97 ± 20.08 | 0.968 (2) |
| Algılanan stres | 26.08 ± 9.70 | 24.20 ± 6.47 | 26.20 ± 8.72 | 0.480 (2) |
| Yaratıcı İmgelem Ölçeği | 11.68 ± 10.69 | 14.76 ± 8.83 | 21.00 ± 7.35 | 10.340 (2)* |
| Aktif başa çıkma | 10.55 ± 3.36 | 11.48 ± 2.92 | 10.30 ± 2.65 | 1.250 (2) |
| Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme | 10.32 ± 3.57 | 10.88 ± 2.86 | 11.08 ± 2.64 | 0.627 (2) |
| Geri durma | 9.45 ± 2.71 | 9.88 ± 2.39 | 9.40 ± 2.56 | 0.301 (2) |

hissettiğini) vurgulamış ve bazı olumsuz imgeleri (ağırlık hissi ve nefes darlığı) tersine çevirmiş ve başka diğer olumsuz imgeleri (sıkılma hissi ve hemodiyalizden korkma) yeniden yorumlamıştır.

İşlem

Hastalar tedavi grubu, aktif kontrol grubu ve tedavi almayan kontrol grubundan oluşan 3 gruba rastgele atanmışlardır. Tedavi öncesi aşamada (1. hafta) hastalar

TABLO 2. nin Devamı.

| Değişken | 1 Kereden 2 haftaya (n= 38) | 3 ile 5 Hafta (n= 25) | Tüm müdahale süresince (n= 40) | χ^2/F (df)ss |
|---|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Kabullenme | 11.47 ± 3.31 | 12.04 ± 2.88 | 12.88 ± 2.37 | 456 (2) 2.352 (2) |
| İnkâr | 7.16 ± 3.04 | 6.48 ± 2.29 | 6.58 ± 2.48 | 0.659 (2) |
| Zihinsel boş verme | 8.95 ± 2.78 | 8.32 ± 2.25 | 9.18 ± 2.61 | 0.854 (2) |
| Davranışsal olarak boş verme | 6.68 ± 1.99 | 6.64 ± 2.46 | 7.05 ± 2.68 | 0.317 (2) |
| Hemodiyalize karşı olumsuz tutum | 38.21 ± 10.63 | 38.96 ± 11.96 | 35.88 ± 9.35 | 0.808 (2) |
| Hemodiyalize değer verme | 16.42 ± 5.05 | 17.24 ± 3.72 | 17.85 ± 4.53 | 0.960 (2) |
| Olumsuz düşünce | 32.47 ± 10.69 | 28.80 ± 8.88 | 30.80 ± 10.82 | 0.957 (2) |
| Hayata devam etme | 27.50 ± 7.11 | 31.52 ± 8.62 | 32.50 ± 9.80 | 3.562 (2) |
| Yabancılaşma | 14.50 ± 4.84 | 13.28 ± 4.81 | 14.08 ± 5.00 | 0.470 (2) |
| Yaşam kalitesi (merdiven) | 5.11 ± 1.98 | 6.04 ± 1.51 | 5.60 ± 2.09 | 1.830 (2) |
| KF-36 Fiziksel sağlık özet ölçeği | 30.40 ± 9.44 | 31.38 ± 11.15 | 31.55 ± 10.16 | 0.141 (2) |
| KF-36 Ruh sağlığı özet ölçeği | 38.11 ± 11.69 | 45.75 ± 9.99 | 42.82 ± 11.24 | 3.838 (2) |
| Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Anksiyete) | 8.26 ± 4.98 | 7.52 ± 3.92 | 7.60 ± 4.43 | 0.284 (2) |
| Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Depresyon) | 8.05 ± 4.37 | 7.04 ± 4.25 | 7.18 ± 4.15 | 0.579 (2) |

Başka Türü Belirtilmediği Sürece Değerler Ortalama ± Standart Sapmayı Göstermektedir. *P = 0.01.

değerlendirme protokolünü doldurmuşlardır. Eğitim aşamasında (2-3. hafta) hastalar araştırmacı yanlarında hemodiyaliz olurken kaydı dinlemişlerdir. Müdahale süresince (3-9. hafta) 6 hafta boyunca haftada 3-4 kez hemodiyaliz esnasında kaydı dinlemişlerdir. Bu tedavi periyodu daha önceki SDBY ve kanser hastaları çalışmalarındaki süreye eşittir veya bu süreyi aşmaktadır (Baider ve ark. 1994; Dimond, 1981; Lyles ve ark. 1982; Redd ve ark. 1982; Surman ve Tolckoff-Rubin 1984).

Araştırmacı tedavi grubundaki ve aktif kontrol grubundaki her hastayı düzenli aralıklarla görmüş, onları müdahale prosedürlerini takip etmeleri konusunda cesaretlendirmiş ve onlara sağlıkları ve genel tedavileri hakkında soru sormuş bunun peşine ilerlemeleri ve/veya müdahale işleminde karşılaştıkları zorlukları hakkında görüşmüştür. Bu düzenli aralıklar müdahale sürecinin ilk haftasının, üçüncü ve altıncı haftasının ilk günleridir. Psikolojik tedavi almayan diğer bütün hastalar da bu aralarda görülmüşlerdir. Bu ziyaretlerde hastalara sağlıkları ve tedavilerinin genel ilerlemesi hakkında sorular sorulmuştur.

Araçlar

Tedavi öncesi dönemde şu değişkenler ölçülmüştür: Hastaların hemodiyaliz tedavisi hakkındaki inançları, yaşamı değerlendirme yolları, duygusal uyum, yaşam kalitesi, algılanan sosyal destek, algılanan stres ve hipnoza duyarlılık.

Hemodiyaliz hakkındaki inançları ve yaşamı değerlendirme yolları hastaların tedavilerine ve SDBY'ni takip eden yaşamları ile ilgili görüşlerine dayalı nitel bulgular baz alınarak hazırlanmış olan SDBY İnançları Anketi (Krespi ve ark. 2004) ve Hemodiyaliz Hastaları İçin Yaşam Değerlendirme Anketi (Krespi ve ark. 2009) ile ölçülmüştür. Her bir ankette hastalara her soruyu 5'li ölçekte değerlendirmeleri istenmiştir.

Duygusal uyum, yeterli psikometrik özellikleri olan (Zigmond ve Snaith 1983) fiziksel rahatsızlığı olan hastalarda duygusal uyumu ölçmekte geniş kullanıma sahip olan Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği (Zigmond ve Snaith 1983) kullanılarak ölçülmüştür. Bu ölçek 14 önermeden oluşmaktadır: her biri 4 alternatiften 1'isi seçilerek cevaplanan, depresyon için 7 ve anksiyete için 7 önerme mevcuttur.

TABLO 3. Hastaların Kayıtlı İlgili Öznel Tepkileri.

| Değişken | 1 Kereden 2 haftaya (n= 34) | 3 ile 5 hafta (n= 25) | Tüm müdahale süresince (n= 40) | Özgül imgelem (n= 49) | Genel imgelem (n= 50) | Toplam (n= 99) |
|---|-----------------------------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| 1. Kayıt ne kadar yararlıydı? | | | | | | |
| Hiç işe yaramadı | 10 | 1 | 4 | 9 | 6 | 15 |
| Pek işe yaramadı | 6 | 6 | 1 | 7 | 6 | 13 |
| Kararsız | 14 | 8 | 1 | 10 | 13 | 23 |
| Biraz işe yaradı | 4 | 7 | 19 | 15 | 15 | 30 |
| Çok işe yaradı | 0 | 3 | 15 | 8 | 10 | 18 |
| 2. Yönerge ne kadar açıktı? | | | | | | |
| Hiç açık değildi | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| Hiç açık değildi | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 3 |
| Pek açık değildi | 5 | 1 | 0 | 2 | 4 | 6 |
| Kararsız | 13 | 9 | 4 | 11 | 15 | 26 |
| Biraz açıktı | 13 | 11 | 36 | 31 | 29 | 60 |
| Çok açıktı | | | | | | |
| 3a. Gevşeme egzesizleri ne kadar kullanılıyordu? | | | | | | |
| Hiç kullanışlı değildi | 10 | 3 | 2 | 9 | 6 | 15 |
| Hiç kullanışlı değildi | 9 | 3 | 1 | 5 | 8 | 13 |
| Pek kullanışlı değildi | 11 | 9 | 2 | 12 | 10 | 22 |
| Kararsız | 4 | 7 | 25 | 14 | 22 | 36 |
| Oldukça kullanışlıydı | 0 | 3 | 10 | 9 | 4 | 13 |
| Çok kullanışlıydı | | | | | | |
| 3b. Hoş, güvenilir ve rahat yer imgesi ne kadar kullanılıyordu? | | | | | | |
| Hiç kullanışlı değildi | 11 | 2 | 1 | 9 | 5 | 14 |
| Hiç kullanışlı değildi | 3 | 1 | 4 | 3 | 5 | 8 |
| Pek kullanışlı değildi | 15 | 9 | 2 | 13 | 13 | 26 |
| Kararsız | 4 | 7 | 23 | 18 | 16 | 34 |
| Oldukça kullanışlıydı | 1 | 6 | 10 | 6 | 11 | 17 |
| Çok kullanışlıydı | | | | | | |
| *3c. Diyaliz makinesinin işleyişine yönelik imgelem ne kadar kullanılıyordu? | | | | | | |
| Hiç kullanışlı değildi | 5 | 1 | 4 | 10 | | 10 |
| Hiç kullanışlı değildi | 1 | 0 | 3 | 4 | | 4 |
| Pek kullanışlı değildi | 3 | 9 | 2 | 14 | | 14 |
| Kararsız | 2 | 4 | 7 | 13 | | 13 |
| Oldukça kullanışlıydı | 1 | 2 | 4 | 7 | | 7 |
| Çok kullanışlıydı | 1 | | | 1 | | |
| Uygun değil | | | | | | |
| 4. Genel değerlendirme? | | | | | | |
| Çok zayıf | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 6 |
| Çok zayıf | 4 | 5 | 1 | 5 | 5 | 10 |
| Oldukça zayıf | 14 | 6 | 2 | 9 | 13 | 22 |
| Kararsız | 10 | 8 | 24 | 23 | 19 | 42 |
| Oldukça iyi | 2 | 5 | 12 | 7 | 12 | 19 |
| Çok iyi | | | | | | |
| 5. Değişiklik önerisi var mı? | | | | | | |
| Evet | 4 | 3 | 12 | 9 | 10 | 19 |
| Evet | 30 | 22 | 28 | 40 | 40 | 80 |
| Hayır | | | | | | |

*Bu soruyu sadece özgül imgeleme alan hastalar cevaplamıştır. Verilen Değerler Frekanstır.

TABLO 4. Müdahale Kontrollerinin ve Müdahalenin Başa Çıkma Yolları ve Sonuç Değişkenleri Üzerindeki Uzun Dönem Etkisi.

| Değişken | Özgül imgelem (n= 51) | Genel imgelem (n= 52) | Kontrol (n= 50) | F (df) |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|------------|
| 1. Hafta 1. gün gevşeme | | | | |
| Önce | 6.29 ± 0.36 | 6.28 ± 0.35 | | 0.000 (1) |
| Sonra | 7.53 ± 0.22 | 7.98 ± 0.22 | | 2.171 (1) |
| 1. Hafta 1. gün durumluk kaygı | | | | |
| Önce | 36.51 ± 1.59 | 37.38 ± 1.57 | | 0.151 (1) |
| Sonra | 33.93 ± 0.93 | 31.97 ± 0.92 | | 2.244 (1) |
| 3. Hafta 1. gün gevşeme | | | | |
| Önce | 6.53 ± 0.37 | 5.00 ± 0.42 | | 7.425 (1)* |
| Sonra | 6.97 ± 0.30 | 7.76 ± 0.34 | | 2.885 (1) |
| 3. Hafta 1. gün durumluk kaygı | | | | |
| Önce | 37.28 ± 1.82 | 40.93 ± 2.10 | | 1.731 (1) |
| Sonra | 35.46 ± 1.08 | 32.05 ± 1.25 | | 4.183 (1) |
| 6. Hafta 1. gün gevşeme | | | | |
| Önce | 6.70 ± 0.50 | 4.55 ± 0.50 | | 9.094 (1)* |
| Sonra | 7.13 ± 0.52 | 7.82 ± 0.52 | | 0.810 (1) |
| 6. Hafta 1. gün durumluk kaygı | | | | |
| Önce | 35.70 ± 2.50 | 41.45 ± 2.50 | | 2.643 (1) |
| Sonra | 36.25 ± 1.45 | 34.50 ± 1.45 | | 0.701 (1) |

Yaşam kalitesi Merdiven Ölçeği (Andrews ve Withey, 1976) ve Kısa Form-36 (KS-36)'nın 2 özet ölçeği ile ölçülmüştür (Ware ve Sherbourne 1992; Ware ve ark. 1994). Merdiven Ölçeği 9 basamaklı bir merdivenden oluşmaktadır. Hastalara yaşamlarını düşündüklerinde bu merdivenin hangi basamağında oldukları sorulur. Dokuzuncu basamaktan ("beklediğim yaşamın en iyisi") 1. basamağa kadar ("beklediğim yaşamın en kötüsü") yaşamlarını değerlendirmeleri istenir. Bu ölçeğin yeterli test-yeniden test güvenilirliği (Andrews ve Withey 1976) ve yapı geçerliliği (Atkinson 1982) vardır.

KF-36 SDBY'li hastalarda çok yönlü sağlık durumunu ölçmek için geniş kullanımı olan genel bir ölçektir (Hays ve ark. 1994; Horne ve Weinman 1995). Bu ölçek 36 maddeden oluşur ve hastalar sunulan alternatif cevaplardan birisini seçerler. Bu maddeler yaşamın 8 boyutunu ölçer ve bunlardan Fiziksel Sağlık Özet Ölçeği ve Ruh Sağlığı Özet Ölçeğinden oluşan 2 özet ölçek oluşturulabilir. Önceki çalışmalara göre özet ölçekler yeterli test-yeniden test güvenilirliğe, iç tutarlılığa ve yapısal geçerliliğe sahiptir (Ware ve ark. 1994) ve her ikisi de hemodiyaliz hastalarında etkili olarak kullanılmıştır (DeOreo 1997).

Algılanan sosyal destek, kronik fiziksel hastalığı olan hastalarda kullanılmak üzere geliştirilen ve bu hastaların algıladıkları sosyal desteğin çok boyutlu ölçümü olan MOS Sosyal Destek Anketi ile ölçülmüştür (Sherbourne ve Stewart 1991). Her madde hastaya var olan desteğin sıklığını 1'in "hiçbir zaman" ve 5'in "daima" anlamına geldiği, 1'den 5'e kadar olan alternatiflerden birisini seçerek belirtmesini ister. Bu da iç tutarlılığı, 1 yıllık test-yeniden test güvenilirliği, ve yordayıcı geçerliliği içeren yeterli psikometrik özelliklere sahip olan bir ölçektir (Sherbourne ve Stewart 1991).

Algılanan stres, kişinin hayatında bazı durumların ne derece stresli olduğunun değerlendirilmesine yönelik Algılanan Stres Ölçeği ile ölçülmüştür (Cohen ve ark. 1983). Ölçeğin 14 maddesi 0'ın "hiçbir zaman" ve 4'ün "çok sık" anlamına geldiği 5 noktalı ölçek üzerinden yanıtlanır. Ölçek yeterli iç tutarlılığa, ve çakışmalı ve yordayıcı geçerliliğe sahiptir (Cohen ve ark. 1983).

Hipnotik duyarlılık, 10 seri telkiden oluşan Yaratıcı İmgelem Ölçeği (Wilson ve Barber 1978) ile ölçülmüştür. Her bir telkin serisinde hastalara kendi imgelem güçlerini kullanarak belirli bir sayıda deneyim üretmelerini istenmiştir. Bunlar, kolların ağırlaşması, ellerin

TABLO 4'dün Devamı.

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| Aktif başa çıkma | | | | |
| Önce | 10.35 ± 0.41 | 11.00 ± 0.41 | 9.42 ± 0.42 | 3.726 (2) |
| Sonra | 10.54 ± 0.37 | 10.78 ± 0.35 | 10.43 ± 0.40 | 0.222 (2) |
| Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme | | | | |
| Önce | 10.14 ± 0.42 | 11.35 ± 0.41 | 9.52 ± 0.42 | 4.989 (2)* |
| Sonra | 10.43 ± 0.38 | 10.26 ± 0.36 | 10.52 ± 0.40 | 0.118 (2) |
| Geri durma | | | | |
| Önce | 9.45 ± 0.39 | 9.62 ± 0.38 | 9.10 ± 0.39 | 0.460 (2) |
| Sonra | 9.27 ± 0.39 | 9.49 ± 0.36 | 9.95 ± 0.42 | 0.715 (2) |
| Kabullenme | | | | |
| Önce | 11.94 ± 0.42 | 12.37 ± 0.41 | 11.34 ± 0.42 | 1.532 (2) |
| Sonra | 11.57 ± 0.37 | 11.94 ± 0.34 | 12.08 ± 0.39 | 0.499 (2) |
| İnkâr | | | | |
| Önce | 6.59 ± 0.36 | 6.94 ± 0.36 | 7.16 ± 0.37 | 0.627 (2) |
| Sonra | 6.49 ± 0.34 | 6.84 ± 0.31 | 7.04 ± 0.36 | 0.645 (2) |
| Zihinsel boş verme | | | | |
| Önce | 9.06 ± 0.39 | 8.71 ± 0.39 | 8.68 ± 0.40 | 0.285 (2) |
| Sonra | 8.03 ± 0.35 | 9.02 ± 0.32 | 8.21 ± 0.37 | 2.494 (2) |
| Davranışsal olarak boş verme | | | | |
| Önce | 6.86 ± 0.36 | 6.77 ± 0.36 | 7.12 ± 0.36 | 0.252 (2) |
| Sonra | 6.78 ± 0.36 | 6.80 ± 0.33 | 7.51 ± 0.39 | 1.197 (2) |
| Hemodiyalize karşı olumsuz tutum | | | | |
| Önce | 38.98 ± 1.48 | 36.02 ± 1.47 | 37.90 ± 1.50 | 1.034 (2) |
| Sonra | 35.36 ± 1.16 | 36.35 ± 1.11 | 36.15 ± 1.22 | 0.207 (2) |
| Takip | 34.52 ± 1.24 | 37.08 ± 1.18 | 36.79 ± 1.23 | 1.299 (2) |
| Hemodiyalize değer verme | | | | |
| Önce | 16.45 ± 0.68 | 17.88 ± 0.67 | 16.52 ± 0.68 | 1.441 (2) |
| Sonra | 15.79 ± 0.58 | 16.56 ± 0.56 | 17.72 ± 0.61 | 2.638 (2) |
| Takip | 15.45 ± 0.57 | 17.35 ± 0.54 | 17.19 ± 0.57 | 3.471 (2) |

havalanması, parmakların uyuşması, su halüsinasyonu, koku ve tat halüsinasyonu, sıcaklık halüsinasyonu, zaman bozulması, yaş gerilemesi ve zihin-beden gevşemesidir (Heap, 1988). Ön hazırlık (induction) prosedürü olmaksızın, telkinler dinlendikten sonra (Gibson ve Heap 1991) imgelem deneyimlerinin gerçekliğini 0 "hiç gerçek değil" ve 4 "tıpkı gerçek gibi" olacak şekilde değerlendirmeleri istenmektedir. Bu ölçüm yeterli bölük-yarı güvenilirliğe ve çakışmalı geçerliliğe sahiptir (Rowley 1986).

Stresle baş edebilme 15 ölçekten oluşan teorik te-

melli çok boyutlu bir envanter olan COPE (Carver ve ark. 1989) ile ölçülmüştür. Her ne kadar bütün alt ölçekler bu çalışmadaki müdahale süreci ile ilişkili olmasa da, bu ölçek müdahale süreci ile ilişkili çok çeşitli baş etme yollarını sorguladığı için seçilmiştir. Bundan dolayı yalnızca aktif başa çıkma, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, geri durma, kabullenme, inkar, zihinsel boş verme ve davranışsal olarak boş verme alt ölçekleri kullanılmıştır. Her bir madde için, hastalar stresli bir olay yaşadıklarında genellikle ne yaptıklarını ve ne hissettiklerini, 1'in "Bunu genellikle yapmam" ve 4'ün "Bunu çok sıklıkla yaparım"

TABLO 4'dün Devamı.

| | | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|-----------|
| Olumsuz Düşünce | | | | |
| Önce | 32.18 ± 1.42 | 29.71 ± 1.40 | 29.90 ± 1.43 | 0.941 (2) |
| Sonra | 29.49 ± 0.99 | 28.52 ± 0.95 | 31.43 ± 1.04 | 2.186 (2) |
| Takip | 29.59 ± 1.19 | 29.06 ± 1.12 | 31.00 ± 1.18 | 0.753 (2) |
| Yaşama devam etme | | | | |
| Önce | 29.33 ± 1.25 | 31.48 ± 1.24 | 30.44 ± 1.26 | 0.742 (2) |
| Sonra | 34.82 ± 0.92 | 32.41 ± 0.87 | 31.41 ± 0.96 | 3.575 (2) |
| Takip | 32.46 ± 1.00 | 33.66 ± 0.94 | 31.49 ± 0.99 | 1.273 (2) |
| Yabancılaşma | | | | |
| Önce | 14.04 ± 0.67 | 14.04 ± 0.66 | 12.88 ± 0.67 | 0.996 (2) |
| Sonra | 14.14 ± 0.62 | 13.88 ± 0.59 | 14.73 ± 0.65 | 0.484 (2) |
| Takip | 13.44 ± 0.69 | 13.90 ± 0.65 | 15.26 ± 0.69 | 1.887 (2) |
| Yaşam kalitesi (merdiven) | | | | |
| Önce | 5.25 ± 0.27 | 5.79 ± 0.27 | 5.58 ± 0.27 | 1.005 (2) |
| Sonra | 5.71 ± 0.25 | 5.66 ± 0.24 | 5.96 ± 0.27 | 0.396 (2) |
| Takip | 5.46 ± 0.27 | 5.62 ± 0.26 | 5.60 ± 0.27 | 0.103 (2) |
| KF-36 fiziksel sağlık özet ölçeği | | | | |
| Önce | 30.02 ± 1.35 | 32.13 ± 1.33 | 30.78 ± 1.36 | 0.637 (2) |
| Sonra | 30.43 ± 1.04 | 31.96 ± 0.97 | 30.87 ± 1.12 | 0.614 (2) |
| Takip | 30.62 ± 1.11 | 33.35 ± 1.04 | 30.65 ± 1.16 | 2.144 (2) |
| KF-36 ruh sağlığı özet ölçeği | | | | |
| Önce | 42.11 ± 1.65 | 41.49 ± 1.63 | 39.69 ± 1.66 | 0.574 (2) |
| Sonra | 44.44 ± 1.50 | 41.42 ± 1.39 | 42.15 ± 1.62 | 1.143 (2) |
| Takip | 43.70 ± 1.70 | 44.84 ± 1.60 | 40.20 ± 1.78 | 1.976 (2) |
| Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (anksiyete) | | | | |
| Önce | 7.86 ± 0.64 | 7.79 ± 0.64 | 7.62 ± 0.65 | 0.037 (2) |
| Sonra | 7.02 ± 0.46 | 7.53 ± 0.44 | 8.53 ± 0.48 | 2.615 (2) |
| Takip | 8.17 ± 0.50 | 7.13 ± 0.47 | 7.77 ± 0.50 | 1.188 (2) |
| Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (depresyon) | | | | |
| Önce | 7.88 ± 0.59 | 7.06 ± 0.59 | 8.10 ± 0.60 | 0.867 (2) |
| Sonra | 6.78 ± 0.40 | 6.90 ± 0.38 | 7.92 ± 0.42 | 2.324 (2) |
| Takip | 7.59 ± 0.48 | 7.34 ± 0.45 | 7.98 ± 0.48 | 0.469 (2) |

Başka Türü Belirtilmediği Sürece Değerler Ortalama ± Standart Hata Şeklinde. *P = 0.01.

anlamına geldiği 4 noktalı bir ölçekte belirtmişlerdir. Bu envanter her alt ölçek için yeterli test ve yeniden test güvenilirliğine ve yapı geçerliliğine sahiptir (Carver ve ark. 1989).

Hipnotik duyarlık dışında, aynı değerlendirme protokolü tedavi sonrasında da hastalar tarafından doldurulmuştur. Başa çıkma stratejileri dışında, takip

döneminde, tedavi sonrasında kullanılan değerlendirme protokolünün aynısı doldurulmuştur.

Müdahale süreci boyunca hastalar, birinci, üçüncü ve altıncı haftaların birinci gününde müdahale kontrollerinin (manipulation checks) değerlendirilmesi için aldıkları müdahalelerin uygulanmasından önce ve sonra gevşeme ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği'nden

(Spielberger ve ark. 1983) oluşan bir günlük tutmuşlardır. Bu ölçek, durumluk anksiyetesini ölçen 1'in "çok fazla" ve 4'ün "hiç" anlamına geldiği 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin yüksek bir içtutarlılık katsayısına ve çakışmalı geçerliliğe sahip olduğu gösterilmiştir (Dreger 1978; Spielberger ve ark. 1983).

Bu çalışmada tasarlanan gevşeme ölçeğinde hastalara ne kadar rahatladıkları ve gevşedikleri sorulmuştur. Ölçek 1'in "hiç rahat değilim" ve 10'un "tamamen rahatım" anlamına geldiği hastaların ne kadar rahatladığını işaret eden 10 noktalı bir ölçek haline getirilmiştir. Bu değerlendirmenin ardından hastalar müdahaleleri değerlendirmeleri için bir form doldurmuşlardır. Değerlendirme formu 5 noktalı bir ölçeği olan 5 tane sorudan oluşmaktadır. Bu formda, hastalardan kayıtların onlara ne kadar yararlı olduğunu, kayıttaki yönergelerin açıklığını, uygulanan stratejilerin kullanılabilirliğini ve kaydın genel kalitesini değerlendirmeleri ve kayda yapılabilecek genel değişiklikleri rapor etmeleri istenmiştir.

İstatiksel yöntem

Müdahalelerin her ölçüm üzerindeki etkisini hesaplamak için Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Tedavi sonrası ve takip ölçümlerinin analizleri sırasında baz alınan ilk ölçümler kontrol edilmek için ortak değişken olarak analize sokulmuştur. Yaratıcı İmgelem Ölçeği ve müdahaleye yönelik hastaların değerlendirmeleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Spearman sıra korelasyonu kat sayıları hesaplanmıştır. Çiftli farklılık incelemeleri post hoc t testi kullanılarak hesaplanmıştır. Tüm analizler SPSS 9.0 versiyonu ile yapılmıştır.

BULGULAR

Tedaviye uyum

40 hasta (%39) müdahale süresi boyunca kayıt dinlemiştir ve sadece 4 hasta (4%) bu kaydı dinlemeyi reddetmiştir (Tablo 1). Tablo 1'de kaydı dinlemeyi bitirdikten sonra müdahale stratejilerini uyguladıklarını söyleyen hastalar parantez içerisinde verilmiştir.

Müdahale grupları arasındaki tedaviye uyum oranı benzerdi. Bununla birlikte genel imgelem grubuna (9 hasta) göre özgül imgelem grubunda daha fazla hasta (16 hasta) kaydı 3 haftayla 5 hafta boyunca dinledikten sonra kaydı dinlemekten vazgeçmiştir. Çalışma boyunca 23 hasta çalışmadan çekilmiştir ve bunların 15'i özel imgelem veya genel imgelem almışlardır. Hem özgül hem de genel imgelem grubundaki çekilen hastalardan hemen hepsi (15 hasta) ya kaydı dinlemeyi reddetmiş (4 hasta) ya

da kaydı 1 kez veya 1-2 hafta boyunca dinledikten sonra (11 hasta) durmuştur.

Tedaviye uyum oranı değişiklik gösterdiğinden dolayı, genel ve özel imgelem hastaları 3 gruba ayrılmıştır: 1) kaydı 2 hafta ya da daha az dinleyen hastalar (38 hasta) 2) 3 haftadan 5 haftaya kadar dinleyen hastalar (25 hasta) 3) tüm müdahale süresince dinleyen hastalar (40 hasta). Bu gruplar demografik ve medikal bilgilere, kontrol değişkenleri, baş etme yöntemleri ve sonuç değişkenleri üzerindeki ilk ölçüm bilgilerine göre karşılaştırılmıştır. Bununla birlikte, her grupta yeterli hasta olmaması dolayısıyla ile bu karşılaştırmalar 'A' eğitim seviyesi (yaklaşık lise mezunu olmaya eşit eğitim seviyesi) ve üniversite derecesi ile ilgili olarak yapılamamıştır (Tablo 2). Tablo 2'de ilk grup "bir kereden iki haftaya kadar", ikinci grup "3 haftadan 5 haftaya kadar" ve üçüncü grup ise "müdahale boyunca" olarak belirtilmiştir. Gruplar arasında herhangi demografik ve medikal değişkene bağlı bir fark bulunmamıştır. Psikolojik değişkenler bağlamındaki tek fark Yaratıcı İmgelem Ölçeği (YİÖ) ile ilgilidir (Tablo 2). Post hoc t-testi bütün müdahale süreci boyunca kaydı dinleyen hastaların, 2 hafta ya da daha az dinleyen hastalara ($t = -4.424$; $P < 0.001$) ve 3 ile 5 hafta arası dinleyen hastalara ($t = 6.240$; $P < 0.01$) göre daha iyi imgelem ifade ettiklerini göstermiştir.

Müdahaleye öznel tepkiler

Hastaların müdahaleye yönelik öznel tepkileri Tablo 3'te verilmiştir. Bu tabloda "bir kereden iki haftaya kadar" tanımı kaydı dinlemeyi ikinci haftada ya da daha önce bırakanları, "üç haftadan beş haftaya kadar" tanımı kaydı dinlemeyi 3. hafta ile 5. hafta arasında bırakanları ve "müdahale süreci boyunca" tanımı ise bütün müdahale süreci boyunca kaydı dinleyenleri ifade ediyor. "Özgül imgelem" ile ifade edilen grup özgül imgelem alan hastaları içerirken "genel imgelem" ile ifade edilen grup genel imgelem alan hastaları ifade etmektedir.

Hastaların çoğunluğu komutları açık ve kaydı iyi olarak değerlendirmiştir. Özgül ve genel imgelem alan hastaların %50'i kaydı yararlı olarak değerlendirmiş, ve gevşeme ve özel yer imgeleme tekniklerini ve diyaliz makinesinin çalışmasına dair imgelemi kullanışlı bulmuştur. Kayda ilişkin değerlendirmelerin büyük çoğunluğu özgül ve genel imgelem hastalarında hemen hemen birebir aynıdır. Buna rağmen genel imgelem hastalarına göre daha az özgül imgelem hastası kaydı iyi olarak değerlendirmiştir. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde kaydı daha çok dinleyen hastalar müdahaleleri kullanışlı, komutları açık ve kaydı iyi olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 3).

Kayıtla ilgili öznel tepkilerle ve YÖİ arasındaki ilişki

YİÖ'deki durumları daha iyi hayal edebilen hastaların kayda daha olumlu tepki vereceklerini ön gördük. Kayıt hakkında genel bir değerlendirme veren iki öge [(Tablo 3): madde 1 "Kayıt ne kadar yararlıydı" ve madde 4 "Genel değerlendirme"] birbirleri ile ilişkilidir (Spearman $r=0.62$; $P < 0.001$). Bu sebeple madde 1, YİÖ puanı ve kayda verilen öznel cevap arasındaki ilişkiyi incelemek için seçilmiştir. Ön görüldüğü gibi, kayıt hakkında olumlu olan hastalar YİÖ'deki durumları daha iyi hayal edebilen hastalardır (Spearman $r=0.42$; $P < 0.001$).

Müdahale kontrolleri

Müdahale kontrollerini yapma amacıyla müdahalelerin durumluk kaygı ve gevşeme oranına etkisini tek uçlu varyans analizini kullanılarak değerlendirilmiştir. Müdahaleye uyum müdahale boyunca değişik haftalarda değişiklik gösterdiğinden tekrarlanan ölçümler analizi yapılmamıştır. Bu tip analizler yalnızca herhangi bir bağımsız değişkenin tüm düzeylerinde veri veren hastaları seçer. Bu çalışmada, bu analiz bazı hastaları analiz dışında bırakacaktı.

Her ölçüm için bu analizler müdahaleden önce ve sonra alınan puanlar olmak üzere ayrı olarak yürütülmüştür. Müdahale sonrası analizlerde ilk alınan puanlar eş değişken olarak analize girilmiştir. Birçok baz alınan ilk ölçümler açısından iki grup arasında bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4). Bununla birlikte her bir müdahalenin uygulanmasından sonraki hasta puanlarında bir farklılık olmasa da, müdahalenin 3. ve 6. haftasında, müdahale prosedürleri uygulanmadan evvel, özgül imgelem grubu genel imgelem grubundan daha fazla gevşeme rapor etmiştir.

Müdahalenin uzun dönem etkileri

Müdahalenin her bir ölçümdeki etkisini incelemek için de tek uçlu varyans analizini kullandık. Veri toplama uyum çalışmanın değişik aşamalarında değişiklik gösterdiğinden tekrarlanan ölçüm analizleri kullanılmamıştır. Tedavi öncesi, tedavi sonrası ve takip dönemindeki her bir ölçüt için bu analizler ayrı olarak yürütülmüştür. Tedavi sonrası ve takip analizleri sırasında ilk alınan puanlar eş değişken olarak girilmiştir. Tedavi öncesinde 3 grup tüm değişkenler açısından pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (Tablo 4) dışında eşitti. Her ne kadar özgül imgelem ile genel imgelem arasındaki farklılık ($t = -2.037$) ve özgül imgelem grubu ile kontrol grubu arasındaki farklılık ($t = 1.076$) anlamlı olmasa da, post-hoc

t-testi genel imgelem grubunun kontrol grubundan daha fazla pozitif yeniden yorumlama ve gelişme bildirdiğini göstermiştir ($t = 3.043$; $P < 0.01$). Öngörülerimize karşı olarak, bulgular müdahalenin tedavi sonrası ve takipteki hiçbir değişken üzerinde etkisinin olmadığını göstermiştir (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu çalışma hemodiyaliz hastalarının uyumlarında gevşemenin ve imgelemenin etkisinin incelendiği ilk randomize kontrollü çalışmadır. Cesaret verici olarak, bu çalışmada müdahalelere uyum orta düzeyde yüksektir. Hastaların çoğunluğu en azından kaydı 1 kez dinlemiştir ve neredeyse üçte ikisi kaydı tüm müdahale süreci boyunca veya en azından 3 hafta boyunca dinlemiştir. SDBY'nin tedavisi çok zorlu bir süreçtir, ve hemodiyaliz hastaları çok çeşitli öz bakım davranışları ile uğraşmak zorundadır. Özellikle, hastaların haftada 3-4 defa 3-4 saat aralığında hemodiyaliz tedavisine ihtiyacı vardır. Tedavinin değişik ögelerine uyum değişiklik gösterse de genel olarak hastaların tedaviye uyumu zayıf kalmaktadır ve bu da sağlık çalışanlarına büyük sorun oluşturmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye olan düşük uyumu göz önünde bulundurunca, bu çalışmada gözlemlenen orta düzeyde yüksek uyum klinik olarak anlamlıdır. Dahası bu çalışmada müdahaleleri olumlu olarak değerlendiren hasta sayısı olumsuz olarak değerlendirenlerden daha fazladır. Bu bulgu müdahalenin bütün özellikleri için geçerlidir. Bu bulgular da cesaret vericidir ve hemodiyaliz ünitelerinin rutin süreçlerinden biri olmayan psikolojik müdahalenin hastalar tarafından hoş karşılandığını ve bunun sağlık hizmetlerinin yüklediği başka bir yük olarak algılanmadığını işaret etmektedir. Gelecekte hemodiyaliz hastalarına verilecek tedavilerde rutin tıbbi tedaviye ilave olarak belki bu tip, hastalar tarafından kabul edilebilir, psikolojik müdahaleler göz önünde bulundurulmalıdır.

Ne yazık ki öngörülerimizin aksine bulgular hastaların müdahaleler yüzünden daha gevşemiş, daha az kaygılı veya içinde buldukları durumla daha baş edebilir durumda olduklarını göstermemiştir. Hastaların, bir takım ölçeklerdeki baz alınan ilk puanları müdahale etkisinin görülmemesini açıklayabilir. Bildirilen durumluk kaygı normları çalışan yetişkinlerde erkekler için 34.51 ve kadınlar için 32.20'dir (Spielberger ve ark. 1983). Bu normlarla karşılaştırılınca bu araştırmanın örneklemini göreceli olarak düşük düzey kaygıya sahiptir (baz alınan durumluk kaygı ortalamaları özgül ve genel imgelem için sırasıyla 36.51 ve 37.38'dir). Benzer şekilde gevşeme ölçeğindeki baz alınan puanlar oldukça yüksek gevşeme derecesini

işaret edecek şekilde gevşeme ölçeğinin orta noktasından biraz daha yukarıdadır (ortalama: özgül ve genel imgelem için sırasıyla 6.29 ve 6.28'dir).

Ek olarak bulgular hipotezlerin herhangi birisini desteklemekte başarısız olmuştur. Bulgular, tahminlerimizin aksine, hem tedavi sonrasında hem de takipte özgül imgelem müdahalesinin yaşam kalitesi ve duygusal uyum üzerinde hiçbir etkisinin olmadığını göstermiştir. Yani müdahale hemodiyalize karşı olumsuz tutumu azaltmada veya yaşamı daha iyi bir şekilde değerlendirmede veya yaşam kalitesini ve duygusal uyumu yükseltmede kontrol prosedürlerinden daha etkili değildir. Belki de bu olumsuz bulgular uyumun ölçülmesindeki tutarsızlıkları yansıtmaktadır çünkü önceki müdahale çalışmaları bu çalışmada kullanılan uyum ölçümlerinden daha farklı ölçümler kullanmıştır. Ama bu çalışmada geleneksel ve hastadan elde edilmiş uyum ölçümleri kullanılmıştır. Bunun için, müdahalelerin etkilerinin her iki ölçüm türünde bulunmaması kayda değerdir.

Kaygı ve gevşemede olduğu gibi, bu olumsuz bulgular da hastaların duygusal uyumundaki düşük baz alınan puanlarına bağlı olabilir. Kaygının ve depresyonun baz alınan düzeyleri az aralıktadır (Zigmond ve Snaith 1983). Benzer olarak hastaların yaşam kalitesi baz alınan puanları yüksek yaşam kalitesini işaret edecek şekilde Merdiven Ölçeğinin orta noktasının üzerindedir. Belki de bu sebeple sonuç değişkenlerinde iyileşmenin görülmemesi şaşırtıcı değildir. Ayrıca, belki de müdahaleler bu hastalar için anlamlı veya onlara uygun değildir, fakat bu mümkün olmayabilir, çünkü özgül imgelem prosedürleri SDBY hastalarının hastalıkları ve tedavisi konularında tecrübelerini anlamaya yönelik daha önce yaptığımız nitel ve nicel araştırmaların bulguları üzerine dayandırılarak geliştirilmiştir (Krespi ve ark. 2004).

Müdahale etkisinin yokluğu daha önce kanser ve kalp hastalarında yürütülen çalışmalarla tutarlıdır (Collins ve Rice 1997; Gruber ve ark. 1993; Walker 1992), ama diyaliz tedavisi bağlamında çalışma bulunmadığı için geçmiş çalışmalarla gerçek bir karşılaştırılma yapılamamaktadır. Bu çalışma hemodiyaliz hastalarının uyumlarında gevşemenin ve imgelemenin etkisinin incelendiği ilk randomize kontrollü çalışmadır. Gevşeme ve imgeleme teknikleri en çok kanser ve kalp hastalarında kullanılmıştır. Açıkça, hemodiyaliz hastaları bu hasta gruplarından bilhassa tıbbi teknolojiye uzun süre bağımlı olmaları açısından farklıdır. Hemodiyaliz hastaları bu açıdan diyabet hastalarına daha çok benzemektedir, fakat ne yazık ki diyabet hastalarında müdahalelerin psikolojik sonuçlara etkilerine ilişkin bir çalışma mevcut değildir.

Müdahalenin uyum ve yaşam kalitesine etkisinin yokluğu bağlamında müdahalelere orta düzeyde yüksek uyum ve hastaların bunlardan tatmini sosyal istenirliğin bir ürünü olarak açıklanabilir. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalar üzerinde yapılan önceki çalışmalar hastalarda destekleyici veya bilişsel davranışçı müdahalenin yokluğuna bağlı olarak psikolojik uyumda bir düşme olduğunu göstermektedir (Hener ve ark. 1996). Bu bulgular belki SDBY'li hastalarının zaman içerisinde ilerleyici bir şekilde fiziksel ve psikolojik bozulma yaşadıklarını öne sürmektedir. Bu bulgunun aksine, bu çalışmada hiçbir hasta grubunda zaman içerisinde bariz bir bozulmanın olmaması kayda değerdir. Bu bozulmanın olmaması hastalar üzerinde müdahalenin veya çalışmanın belirgin olmayan etkileri olduğunu düşündürmektedir. Örneğin, sosyal istenirliğin yerine çalışmanın hastaya ümit veriyor olması olasıdır.

Çalışmamızın bulguları müdahale prosedürlerinin hemodiyaliz hastalarının uyumları ve yaşam kalitelerini etkilediğini gösterememiştir. Bununla birlikte müdahalelere gösterilen orta düzeyde yüksek uyum ve hastaların bunlardan tatmini bağlamında bu çalışmanın bulguları bu müdahalelerin hastalara ek bir tedavi olarak verilmesine engel olmamalıdır. Ne yazık ki, hastaların kaydı hangi anlamda yararlı ve kullanışlı buldukları açık değildir. Nitel bir çalışma yararlı olabilir. Bu çalışma hastaların müdahalelerle ilgili görüşlerini araştırabilir ve sonuçları müdahale çalışmalarını bu tür müdahaleleri geliştirmek ve değiştirmek açısından yönlendirebilir.

Bu çalışmanın bulguları müdahalelere uyumun, hastaların hipnoza olan duyarlılıkları ile ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Belki de hipnoza duyarlılığı arttıran "Talimatlar ile Düşünmek" olarak adlandırılan özel bir eğitim ile hastaları eğitmek müdahalelerin etkisini artırabilir. Bu eğitim telkinlere olan olumsuz, küçümseyici ve pasif tutumları bertaraf ederek ve nasıl daha etkili imgelem yapabileceklerini onlara göstererek, telkinlere cevap verme yeteneklerini arttırmayı amaçlamaktadır (Barber ve Wilson 1977).

Gevşeme ve imgeleme teknikleri hemodiyaliz hastalarından farklı olarak tedavi görmekte olan ya da hastalıklarının akut döneminde olan hastalarda (örneğin kanser hastalarında) başarılı bir şekilde uygulanmıştır. Fakat hastalıklarının akut döneminde olmayan kalp hastalarında bu stratejiler anksiyeteyi, depresyonu ve somatizasyon semptomlarını düşürmede başarılı olmamışlardır (Collins ve Rice 1997). SDBY'de hastaların duygusal zorluklarının büyük çoğunluğunu teşhis sırasında ve hemodiyaliz tedavisinin başlangıcında yaşaya-

çaklarını, bu yüzden bu tekniklerin hastaların en fazla yarar sağlayacakları dönem olan diyaliz öncesi süreçte veya hemodiyaliz tedavisinin başlangıcında daha yararlı

olacağını öngörmekteyiz. Bu hastaları hastalıklarının en başından itibaren takip eden ilave müdahale çalışmalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

- Alarcon RD, Jenkins CS, Heestand DE ve ark. (1982) The effectiveness of progressive muscular relaxation in chronic haemodialysis patients. *J Chron Dis*, 35: 797-802.
- Andrews FM, Withey SB (1976) *Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality*. New York: Plenum.
- Atkinson TA (1982) The stability and validity of quality of life measures. *Soc Indicators Res*, 10: 113-132.
- Baider L, Uziely B, Kaplan De-Nour A ve ark. (1994) Progressive muscle relaxation and guided imagery in cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 16: 340-347.
- Barber TX, Wilson SC (1977) Hypnosis, suggestions and altered states of consciousness: experimental evaluation of the new Cognitive-Behavioural Theory and the traditional Trance-State Theory of hypnosis. *Ann New York Acad Sci*, 296: 34-47.
- Blanchard EB, Greene B, Scharff L ve ark. (1993) Relaxation training as a treatment for irritable bowel syndrome. *Biofeedback Self Regul*, 18: 125-132.
- Brantley PJ, Mosley TH, Bruce BK ve ark. (1990) Efficacy of behavioral management and patient education on vascular access cleansing compliance in hemodialysis patients. *Health Psychol*, 9: 103-113.
- Campbell DR, Sinha BK (1980) Brief psychotherapy with chronic hemodialysis patients. *Am J Psychiatry*, 137: 1234-1237.
- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK ve ark. (1989) Assessing coping strategies: a theoretically-based approach. *J Pers Soc Psychol*, 56: 267-283.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R ve ark. (1983) A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24: 385-396.
- Colgan SM, Faragher EB, Whorwell PJ ve ark. (1988) Controlled trial of hypnotherapy in relapse prevention of duodenal ulceration. *Lancet*, 2: 1299-1300.
- Collins JA, Rice VH (1997) Effects of relaxation intervention in phase II cardiac rehabilitation: replication and extension. *Heart Lung*, 26: 31-44.
- DeOreo PB (1997) Hemodialysis patient-assessed functional status predicts continued survival, hospitalisation and dialysis-attendance compliance. *Am J Kidney Dis*, 30: 204-212.
- Dimond RE (1981) Hypnotic treatment of a kidney dialysis patient. *Am J Clin Hypn*, 23: 284-288.
- Gibson HB, Heap M (1991) *Hypnosis in Therapy*. London (UK): Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Gruber BL, Hersh SP, Hall NR ve ark. (1993) Immunological responses of breast cancer patients to behavioural interventions. *Biofeedback Self Regul*, 18: 1-22.
- Hays RD, Kravitz RL, Mazel RM ve ark. (1994) The impact of patient adherence on health outcomes for patients with chronic disease in the medical outcomes study. *J Behav Med*, 17: 347-360.
- Heap M. (1988) The nature of hypnosis. In M Heap (Ed.), *Hypnosis: Current Clinical, Experimental and Forensic Practices*. London: Croom Helm Ltd.
- Hegel MT, Ayllon T, Theil G ve ark. (1992) Improving adherence to fluid restrictions in male haemodialysis patients: a comparison of cognitive and behavioural approaches. *Health Psychol*, 11: 324-330.
- Hener T, Weisenberg M, Har-Even D ve ark. (1996) Supportive versus cognitive-behavioural intervention programs in achieving adjustment to home peritoneal kidney dialysis. *J Consult Clin Psychol*, 64: 731-741.
- Horne R, Weinman J (1994) Illness cognitions: implications for the treatment of renal failure. In Mc Gee HM, Bradley C. *Quality of Life Following Renal Failure: Psychosocial Challenges Accompanying High Technology Medicine*, Harwood Academic Publishers.
- Krespi M, Bone M, Ahmad R ve ark. (2004) Hemodialysis patients' beliefs about renal failure and its treatment. *Pat Educ Counsel*, 53: 189-196.
- Krespi M, Bone M, Ahmad R ve ark. (2009) The Development of the Life Evaluation Questionnaire for Hemodialysis Patients. *Turk J Psychiatry*, 20.
- Lyles JN, Burish TG, Krozely MG ve ark. (1982) Efficacy of relaxation training and guided imagery reducing the aversiveness of cancer chemotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 50: 509-524.
- Oakley D, La Rose P (1996) *Intermediate Level Workshop*. Unpublished Manuscript. Department of Psychology: University College London.
- Oldenburg B, Perkins RJ, Andrews G ve ark. (1985) Controlled trial of psychological intervention in myocardial infarction. *J Consult Clin Psychol*, 53: 852-859.
- Redd WH, Andresen GV, Minagawa RY ve ark. (1982) Hypnotic control of anticipatory emesis in patients receiving cancer chemotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 50: 14-19.
- Redd WH, Andrykowski MA (1982) Behavioral intervention in cancer treatment: Controlling aversion reactions to chemotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 50: 1018-1029.
- Sherbourne CD, Stewart AL (1991) The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 32: 705-714.
- Spielberger CD, Gorsuch RC, Lushene RE ve ark. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Surman OS, Tolkooff-Rubin N (1984) Use of hypnosis in patients receiving hemodialysis for end stage renal disease. *Gen Hosp Psychiatry*, 6: 31-35.
- Syrjala KL, Donaldson GW, Davis MW ve ark. (1995) Relaxation and imagery and cognitive behavioural training to reduce pain during cancer treatment: A controlled trial. *Pain*, 63: 189-198.
- Walker LG (1992) Hypnosis and cancer. *Am J Psychiatry*, 3: 42-49.
- Walker LG, Walker MB, Ogston K ve ark. (1999) Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy. *Br J Cancer*, 80: 262-268.
- Ware JE, Sherbourne CD (1992) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30: 473-483.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD ve ark. (1994) *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual* (2nd printing, revised). Boston, MA: Health Institute.
- Wilson SC, Barber TX (1978) The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. *Am J Clin Hypn*, 20: 235-249.
- Zigmond AS, Snaith RP (1983) Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67: 361-370.

RASİM ADASAL RUH SAĞLIĞI BİLİM ÖDÜLÜ

1. **Rasim Adasal Ruh Sağlığı Bilim Ödülü** kurucusu olduğu *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı* ve *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği* işbirliğiyle düzenlenmiştir. 1999 yılından beri verilmektedir.
2. Ödül, modern psikiyatriyi Türkiye’de yerleştiren ve kamuoyunda yaptığı çalışmalarla toplumla psikiyatriyi bütünleştiren **Prof. Dr. Rasim ADASAL**’ın adına konulmuştur. Onun hizmetlerinin gelecek kuşaklara aktarılması ve tanıtılması amacını taşımaktadır. Böylelikle ruh hekimi ve topluma mal olmuş bir kişilik olarak onun anısını canlı tutmak amaçlanmıştır.
3. Ödül, verildiği yıl esas olmak üzere, son beş yıl içinde ruh sağlığı ve hastalıkları alanında ülkemizde yapılmış ve yurt dışında yayınlanmış klinik çalışmalara verilmektedir.
4. Ödül jürisi her yıl Ankara Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından belirlenecek yedi kişiden oluşmaktadır. Ödül jürisi seçim sonucunu o yıl yapılan Ulusal Psikiyatri Kongresi’nde ilan edecektir.
5. Ödül için başvuru her yıl 01 Ocak-31 Temmuz tarihleri arasındadır.
6. Ödüle başvuran çalışmalar için daha önce ödül almamış olma koşulu vardır.
7. Ödül başvurusunda bulunan araştırmacının çalışmadaki ilk iki isimden biri olması ve özgeçmişi ile yayın listesini başvurusuna eklemesi gerekmektedir.
8. Başvuruların değerlendirilmesinden gözönüne alınacak temel ölçütler şunlardır:
 - i. Özgünlük
 - ii. Yöntemsel yetkinlik
 - iii. Ülkemiz bilim aktivitesini temsil niteliği
 - iv. Yayımlandığı dergi
9. Ödül jürisinde görev alanlar her çalışma için gerekçeli kişisel rapor hazırlayacak ve yapacakları sıralama değerlendirmede esas alınacaktır.
10. Ödül tutarı her yıl için ayrıca belirlenecek olup Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği tarafından karşılanacaktır.