

Diyaliz uygulanan hastalarda yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımı

Adnan ÖZÇETİN,¹ Zerrin BİÇİK BAHÇEBAŞI,² Talat BAHÇEBAŞI,³
Hakan CİNEMRE,⁴ Ahmet ATAÖĞLU⁵

ÖZET

Amaç: Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), hastalarda birçok psikososyal sorunlara neden olmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Biz çalışmamızda diyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirti dağılımını belirlemeyi amaçladık. **Yöntem:** Çalışmamıza nefroloji ünitesi tarafından izlenen 54 hemodiyaliz (HD) ve 13 sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) uygulanan toplam 67 hastayı aldık. Hastalara sosyodemografik bilgi formu, Short Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulandı. İstatistiksel analizde nonparametrik testlerden Mann Whitney-U uygulandı. **Sonuçlar:** Hastaların 31'i erkek, 36'sı kadındı. HD hastalarının yaş ortalaması 53.55±17.26 yıl, SAPD grubunun ise 47.83±13.76 idi. SF-36 alt ölçeklerinden hiçbirisinde HD ve SAPD grupları arasında fark yoktu. Psikiyatrik belirti dağılımını ölçen KSE alt ölçeklerinden ise, HD grubunda daha kötü olmak üzere somatizasyon (p=0.027) ve depresyonda (p=0.045) istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. HAD anksiyete ve depresyon puanı eşik üstü olan hastaların yaşam kalitesi (SF-36) alt ölçeklerinin (anksiyete grubunda emosyonel rol alt ölçeği hariç p=0.186) tümü ve KSE alt ölçek puanları daha kötüydü ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. **Tartışma:** Diyaliz uygulanan SDBY'li hastaların biyolojik değerlendirilmesine koşut olarak psikiyatrik yönden de değerlendirilmesi önemli görülmektedir. Hem yaşam kalitesi, hem de psikiyatrik belirti dağılımı yönünden kötüleşmeye neden olabilen depresyon ve/veya anksiyete kısa sürede ve kolayca uygulanabilen ölçeklerle tanınabilir. Bu sayede hastalara gerekli psikiyatrik destek sağlanarak yaşam kalitelerinin artırılabilmesinin yanı sıra, psikiyatrik belirtiler de daha kolay tanınıp gerekli önlemler alınabilir. Bu grup hastalarda psikiyatrik değerlendirme ve destek ihmal edilmeyecek kadar önemli görülmektedir. Bu sayede bakım verenlerin de tükenme sendromuna girmesi engellenebilir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:142-150)

Anahtar sözcükler: Son dönem böbrek yetmezliği, diyaliz, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon

Quality of life and psychiatric symptom distribution in chronic dialysis patients

ABSTRACT

Objective: End stage kidney failure cause many psychosocial problems and decrease quality of life (QoL). Our aim in this study was to determine QoL and psychiatric symptom distribution in chronic dialysis patients. **Methods:** Fifty-four chronic hemodialysis (HD) and 13 continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patients (total 67 patients) who have been followed up by our nephrology unit have been included in this study. The tests

¹ Yrd.Doç.Dr., ⁵ Prof.Dr., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, ³ Yrd.Doç.Dr., Halk Sağlığı ve Biyoistatistik ABD, ⁴ Yrd.Doç.Dr., İç Hastalıkları ABD, Düzce

² Doç.Dr., Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi I. İç Hastalıkları Kliniği, Kartal/İstanbul

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Yrd.Doç.Dr. Adnan ÖZÇETİN, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, 81620 Konuralp/Düzce

E-mail: adozcetin@gmail.com, adnanozcetin@duzce.edu.tr

Anatolian Journal of Psychiatry 2009; 10:142-150

applied in all patients were as following: Sociodemographic information form, Short Form-36 (SF-36) Quality of Life Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Brief Symptom Inventory (BSI). Mann Whitney-U non-parametric test were used for statistical analysis. **Results:** There were 31 male, 36 female patients. Mean age in the hemodialysis group was 53.55 ± 17.26 in the hemodialysis group and 47.83 ± 13.76 in the CADP group. There no significant difference in the SF-36 sub-scales between two groups. According to the BSI sub-scales, there were significantly more somatization ($p=0.027$) and depression ($p=0.045$) in the HD group. All QoL subscales (except emotional role subscale in the anxiety group ($p=0.186$)) and BSI subscale points were statistically significantly worse among the patients who had over-threshold HAD anxiety and depression points. **Conclusion:** Psychiatric evaluation of chronic dialysis patients together with nephrologic evaluation seems quite important. Anxiety and/or depression, that cause deterioration in both QoL and psychiatric symptom distribution in these patients, can easily identified by quick and easily performed tests. By this way, psychiatric support can be provided to improve QoL, also psychiatric disorders can be early diagnosed, and thus necessary measures can be taken. Psychiatric evaluation and support seem to be very important and cannot be overlooked. By this means, caregiving "burn-out" syndrome can also be prevented. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:142-150)

Key words: end stage renal failure, dialysis, quality of life, anxiety, depression

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği, böbrek işlevinin süregelen, ilerleyici ve geriye dönüşsüz biçimde kaybedilmesidir. Glomerüler filtrasyon hızı 15 ml/dakikanın altına düştüğünde tanı konur. Bu dönemde, yerine koyma tedavisi başlanmazsa, üreminin ortaya çıkacağı kabul edilmektedir. Hastalığın ilerlemesi sonucu son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) oluşur. Modern tedavinin hedefi, diyaliz ya da transplantasyonla, hastalarda üreminin ileri belirtileri gelişmeden tedaviyi başlatmaktır.¹⁻³ SDBY'de tedavi diyaliz veya renal transplantasyondur ve donör bulmaktaki güçlükler dikkate alındığında bu hastalarda renal transplantasyonun çok güç olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bu hastalarda diyaliz uygulanması zorunlu gibi görünmektedir. SDBY olan hastalarda biyolojik, ruhsal ve sosyal iyilik durumunun bozulduğu bilinmektedir.^{2,4,5} SDBY nedeni ile hemodiyaliz (HD) ve sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) tedavisi uygulanan hastalarda depresyon ve anksiyetenin daha sık görüldüğünü bildiren birçok çalışma vardır.⁶⁻⁸ Ancak SDBY hastalarında psikopatoloji yaygınlığını araştıran sistemli çalışmaların çoğu yalnız depresyona odaklanmıştır. Depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda %0-100 arasında değişen sonuçlar bulunmuştur.⁹⁻¹¹ SAPD tedavisi gören hastalara göre HD uygulanan hastalarda yaşam kalitesinde daha fazla kötüleşme olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi, iki yöntem arasında fark bulamayan araştırmalar da vardır.^{7,11-14} Periton diyalizi ve HD ile kombine tedavi çalışma grubu bir gözden geçirme yazısında, HD ve periton diyalizinin birlikte uygulanmasının hastaya psikososyal yarar sağlayacağı ve yaşam kalitesinde iyileşme olacağını tartışılmıştır.¹⁵ SDBY olan hastalarda birçok yöntemle yaşam kalitesi değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Diyaliz hasta-

larında yaşam kalitesini değerlendirmek için en yaygın kullanılan ölçek Kısa Form-36'dır.^{4,12,16-20}

Çalışmamızın amaçları: 1. HD ve SAPD uygulanan SDBY'li hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek, 2. HD ve SAPD hastalarında yaşam kalitesi farkını belirlemek, 3. Diyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile bunu yordayan psikiyatrik belirti dağılımını belirlemektir.

YÖNTEM VE GEREÇ

Çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı'nda izlenen 67 hasta alındı. Psikotik veya bipolar bozukluk tanısı konmuş olmak, 18 yaşından küçük olmak dışlama; SAPD veya HD tedavisi uygulanıyor olması alınma ölçütleri olarak belirlendi. Hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri kaydedildi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri uygulandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan Helsinki Hasta Hakları onamı alındı.

1. Sosyodemografik Bilgi Formu: Yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi, yaşanan yer, bakım veren ve diyaliz süresi hakkındaki bilgilere yönelik hazırlanan form.

2. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36): Otuz altı maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlar: Fiziksel işlev (10 madde), sosyal işlev (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde). Ölçek son dört haftayı göz önüne alarak değerlendirme yapar. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert

tipi (üçlü-altılı) yapılıdır, dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir. Ölçeğin en belirgin üstünlüğü fiziksel işlevi ve bununla ilgili yetileri ölçmesidir. Sınırlılığı ise, cinsel işlevleri değerlendirecek soru içermemesidir. SF-36 diyaliz gruplarında da kullanılmış ve uygulanmasının yararlı olduğu belirtilmiştir.^{12,17} Diyaliz grupları için güvenilirlik katsayıları 0.77-0.93 arasında bulunmuştur. SF-36'nın Türkçe için güvenilirlik çalışmaları her alt ölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.73-0.76 arasında bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları da her alt ölçek için ilgili maddelerle ayrı ayrı hesaplanmıştır. Fiziksel işlevde 0.47-0.74, sosyal işlevde 0.84-0.84, emosyonel rol kısıtlamasında 0.65-0.83, fiziksel rol kısıtlamasında 0.69-0.90, ağrıda 0.79-0.89, mental sağlıkta 0.69-0.78, vitalitede (enerji) 0.62-0.79 ve sağlığın genel olarak algılanmasında 0.57-0.78 arasında bulunmuştur. Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda Türkçe için güvenilir olduğu anlaşılmaktadır.^{21,22}

3. Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği (HAD): Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemeyi, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeyi sağlayan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi, yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçer; dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Her maddenin puanlanması değişiktir. Türkiye'deki çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için 7/8 bulunmuş olup bu puanların üzerinde puan alanlar risk altında kabul edilir.^{23,24} Depresyon alt ölçeğinden eşik üstü puan alanlar 'depresyona eğilimi olan', anksiyete alt ölçeğinden eşik üstü puan alanlar 'anksiyete eğilimi olan' hastalar olarak kabul edildi.

4. Kısa Semptom Envanteri (KSE): KSE, bireylerin ruhsal belirtilerini geçerli ve güvenilir bir şekilde ölçebilen Symptom Check List-90'dan (SCL-90) kısaltılarak türetilmiş bir ölçme aracıdır.²⁵ Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kendini değerlendirme ölçeklerinin çeşitli özelliklerini üzerinde toplamaktadır.²⁶ KSE, bireylerin tanımladığı çeşitli ruhsal belirtileri tanıyıp ölçmeye yönelik 53 sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeği tanımlayan birey her soru için (0) 'Hiç', (1) 'Biraz', (2) 'Orta derecede', (3) 'Epey', (4) 'Çok fazla' şeklindeki seçeneklerden birini işaretler. KSE'nin somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler, psikotizm, ek maddeler ve rahatsızlık ciddiyeti indeksi alt

ölçekleri esas alınarak her alt ölçek için bir puanlama anahtarı yapılmıştır.

İstatistiksel analiz

Sosyodemografik özellikler için yüzdelik oranları değerlendirildi. Gruplar içinde parametrik değerlerin normal dağılım göstermediği saptandığı için gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak değerlendirilmesinde nonparametrik testlerden Mann-Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel analizler SPSS.10.0 programında gerçekleştirildi.

BULGULAR

Sosyodemografik bulgular

Hastaların 54'ü HD, 13'ü SAPD ile izlenmekteydi. HD hastalarının yaş ortalaması 53.55±17.26 yıl, SAPD hastalarının yaş ortalaması 47.83±13.76 idi. Hastaların 31'i erkek, 36'sı kadındı. Ortalama eğitim süresi SAPD grubunda 6.92±3.66 yıl olmak üzere daha yüksekti, ancak fark istatistiksel yönden anlamlı değildi. HAD ölçeğinden alınan ortalama depresyon puanı hemodiyaliz grubunda (8.00±4.44) SAPD grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksekti ($z=-2.004$, $p=0.045$). Ortalama anksiyete puanı da HD grubunda daha yüksek, ancak fark istatistiksel yönden anlamlı değildi ($p=0.215$). Kadın hasta oranı HD grubunda yüksekti. HD grubunda hastaların %70.4, SAPD'de %84.6'sı evli; HD grubunun %16.7'si ($s=9$)'si duldu. HD uygulanan hastaların %46.3'ü ($s=25$), SAPD grubunun %30.8'i ($s=4$) ev kadınıydı. SAPD uygulayan hastaların %69.2'si kentte yaşıyordu. HD grubunun %31.5'inin ($s=17$) ve SAPD grubunun %7.7'sinin ($s=1$) gelir düzeyi düşüktü. SAPD grubunun %30.8'inin ($s=4$) gelir düzeyi yüksekti ve gelir düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı ($z=-2.181$, $p=0.029$). Tablo 1'de görüldüğü üzere bakım veren açısından iki grup arasında fark yoktu. Bakım verenler hastanın kendisi, eşi, çocukları ya da gelini olarak görülmektedir.

SF-36 ve KSE puanlarının diyaliz gruplarına göre dağılımı

SF-36 yaşam kalitesi sonuçlarına baktığımızda HD ve SAPD grupları arasında 8 alt ölçekten hiçbirisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. KSE alt ölçeklerinden ise, hemodiyaliz grubunda daha kötü olmak üzere gruplar arasında sadece somatizasyon ($p=0.027$) ve depresyonda ($p=0.045$) istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (Tablo 2).

Tablo 1. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hasta gruplarının sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Hemodiyaliz (s=54) (Ort.±SS)		Sürekli ayaktan periton diyalizi (s=13) (Ort.±SS)		z*	p
Yaş ortalaması (yıl)	53.30±17.20		46.77±13.72		-1.29	0.196
Yaş aralığı (yıl)	18-89		23-66			
Ortalama eğitim süresi (yıl)	5.02±4.54		6.92±3.66		-1.75	0.079
Diyaliz süresi (ay)	39.74±41.03		19.00±24.66		-1.99	0.046
Ortalama depresyon puanı	8.00±4.44		5.31±3.52		-2.00	0.045
Ortalama anksiyete puanı	7.54±5.03		5.46±4.17		-1.24	0.215
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet					-0.61	0.545
Erkek	24	44.4	7	53.8		
Kadın	30	55.6	6	46.2		
Medeni durum					-1.20	0.229
Evli	38	70.4	11	84.6		
Bekar	7	13.0	2	15.4		
Dul	9	16.7	0	0		
Meslek					-0.02	0.987
Ev kadını	25	46.3	4	30.8		
Serbest meslek	6	11.1	4	30.8		
Emekli	8	14.8	3	23.1		
İşsiz	8	14.8	1	7.7		
Memur	2	3.7	1	7.7		
Çiftçi	5	9.3	0	0		
Yerleşim yeri					-1.89	0.058
Kent	18	33.3	9	69.2		
İlçe	16	29.6	1	7.7		
Köy	20	37.0	3	23.1		
Gelir düzeyi					-2.18	0.029
Düşük	17	31.5	1	7.7		
Orta	31	57.4	8	61.5		
Yüksek	6	11.1	4	30.8		
Bakım veren					-0.18	0.854
Kendisi	16	29.6	2	15.4		
Eşi	20	37.0	8	61.5		
Gelin	4	7.4	1	7.7		
Birinci derece akraba	14	25.9	2	15.4		

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 olanlar istatistiksel açıdan anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Eşik üstü-eşik altı depresyon ve anksiyete gruplarının SF-36 ve KSE alt ölçek puanlarına göre karşılaştırılması

Hasta grubumuzu HAD ölçeğinden aldıkları depresyon ve anksiyete alt ölçek puanlarına göre eşik altı ve eşik üstü gruplarına ayırdık. Depresyon alt ölçeğine göre eşik üstü puan

alanların sayısı 35 ve eşik altı puan alanların sayısı ise 32 olarak bulundu. Anksiyete alt ölçeğine göre ise eşik üstü puan alanların sayısı 23 ve eşik altı puan alanların sayısı ise 44 olarak bulundu. Depresyon ve anksiyete alt gruplarını SF-36 ve KSE alt ölçek puanlarına göre karşılaştırdık. Tablo 3'te görüldüğü üzere,

Tablo 2. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hasta gruplarının SF-36 ve KSE puanlarının karşılaştırılması†

Ölçekler	Hemodiyaliz (s=54) (Ort.±SS)	Sürekli ayaktan periton diyalizi (s=13) (Ort.±SS)	z*	p
SF-36				
Fiziksel işlev	52.31±29.60	64.61±33.75	-1.54	0.123
Fiziksel rol	30.55±38.13	44.23±45.82	-0.84	0.400
Ağrı	59.59±29.47	74.85±22.40	-1.55	0.121
Genel sağlık	41.68±21.45	39.31±17.58	-0.39	0.691
Vitalite	49.72±22.95	60.77±24.82	-1.62	0.105
Sosyal işlev	65.51±26.48	65.38±23.47	-0.09	0.923
Emosyonel rol	34.57±39.89	41.02±47.44	-0.24	0.811
Mental sağlık	56.96±21.86	66.15±18.30	-1.25	0.212
Kısa Semptom Envanteri				
Somatizasyon	9.30±6.70	5.23±4.85	-2.22	0.027
Obsesif-kompulsif bozukluk	7.11±4.56	5.69±5.37	-1.33	0.184
Kişilerarası duyarlılık	4.81±3.27	4.46±3.02	-0.39	0.696
Depresyon	6.78±5.80	3.54±4.63	-2.01	0.045
Anksiyete bozukluğu	7.00±5.44	3.69±3.14	-1.88	0.060
Hostilite	4.94±4.69	2.61±2.50	-1.53	0.125
Fobik anksiyete	4.39±3.30	3.38±3.33	-1.20	0.228
Paranoid düşünceler	4.81±4.57	4.77±4.26	-0.17	0.861
Psikotizm	3.96±3.21	2.15±2.27	-1.87	0.061
Ek maddeler	4.85±4.18	4.23±2.71	-0.04	0.968
Rahatsızlık ciddiyeti indeksi	1.09±0.69	0.75±0.53	-1.52	0.128

† SF-36: Kısa form-36, KSE: Kısa Semptom Envanteri

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 olanlar istatistiksel açıdan anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

depresyon puanı eşik üstü olan hastaların hem yaşam kalitesi (SF-36), hem de KSE alt ölçek puanları daha kötü olmak üzere istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardı. Anksiyete puanı eşik üstü olan 23 hastanın yaşam kalitesi (SF-36) alt ölçeklerinden sosyal işlev (p=0.085) ve emosyonel rol alt ölçeği (p=0.186) hariç, diğer tüm alt ölçek puanları ve KSE alt ölçek puanları daha kötüydü ve istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (Tablo 4).

Diyaliz süresi açısından incelediğimizde, gruplar arasında SF-36 ve KSE alt ölçekleri yönünden istatistiksel olarak ne fark, ne de ilişki bulabildik.

TARTIŞMA

Çalışma grubumuzdaki hastaların çoğu kadındı ve tedavi yöntemi olarak çoğunlukla HD uygulaması seçilmişti. SAPD uygulanan grupla karşılaştırıldığında, HD hastalarının daha yaşlı, eği-

tim ve gelir düzeylerinin daha düşük olduğu ve daha çok kırsal alanda yaşadığı görülmektedir. Wu ve arkadaşları, SAPD hastalarının daha genç, daha eğitilmiş ve aktif çalışma yaşamını sürdürebilen özellikte olduğunu bulmuştur; bizim bulgularımız da bu sonuçlarla uyumludur.¹³ Bulgularımız Diaz-Buxo ve arkadaşlarının HD grubuna göre daha genç ve daha az diyabetli olan SAPD grubunun sonuçlarına oldukça benzerdi.¹² SAPD'nin uygulanabilmesi için hastanın daha eğitilmiş ve daha genç olması gerekir gibi görünmektedir. SAPD grubundaki hastaların gelir düzeylerinin daha yüksek olması da üretkenliğin sürdüğünü gösterebilir.

Daha önce yapılan araştırmalarda SAPD ve HD uygulanan hastalarda yaşam kalitesi karşılaştırıldığında farklı sonuçlar bulunmuştur.¹¹⁻¹⁴ Diaz-Buxo ve arkadaşları, SAPD ve HD hasta gruplarının yaşam kalitesi algılamasını benzer bulmuştur.¹² Altı yüz doksan sekiz HD ve 230 PD hastasını kapsayan çok merkezli bir çalışmada ise,

Tablo 3. Depresyon eşik üstü ve eşik altı puanlarına göre grupların SF-36 ve KSE puanlarının karşılaştırılması†

Depresyon puanı	Eşik üstü grup (s=35) (Ort.±SS)	Eşik altı grup (s=32) (Ort.±SS)	z*	p
Ölçekler				
SF-36				
Fiziksel işlev	44.14±28.60	66.25±28.79	-3.04	0.002
Fiziksel rol	19.28±33.80	48.44±40.63	-3.20	0.001
Ağrı	54.17±29.31	71.72±25.48	-2.27	0.023
Genel sağlık	32.77±19.06	50.47±18.47	-3.67	<0.001
Vitalite	39.00±20.46	65.94±18.16	-4.71	<0.001
Sosyal işlev	57.14±26.30	74.61±22.11	-2.76	0.006
Emosyonel rol	23.81±35.76	48.96±43.16	-2.52	0.012
Mental sağlık	46.06±16.84	72.62±16.85	-5.34	<0.001
Kısa Semptom Envanteri				
Somatizasyon	11.31±6.47	5.44±5.18	-3.78	<0.001
Obsesif-kompulsif bozukluk	9.06±5.10	4.40±2.71	-3.60	<0.001
Kişilerarası duyarlılık	6.17±3.06	3.19±2.59	-3.90	<0.001
Depresyon	9.08±5.35	2.94±4.19	-5.02	<0.001
Anksiyete bozukluğu	9.40±4.79	3.03±3.34	-5.10	<0.001
Hostilite	6.54±4.48	2.25±3.16	-4.23	<0.001
Fobik anksiyete	5.68±3.49	2.56±2.15	-3.78	<0.001
Paranoid düşünceler	6.71±4.78	2.72±3.01	-3.86	<0.001
Psikotizm	4.86±3.25	2.25±2.33	-3.53	<0.001
Ek maddeler	6.23±4.13	3.09±2.97	-3.48	0.001
Rahatsızlık ciddiyeti indeksi	1.42±0.61	0.60±0.44	-5.53	<0.001

† SF-36: Kısa form-36, KSE: Kısa Semptom Envanteri

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 olanlar istatistiksel açıdan anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

SF-36 sonuçlarına göre, HD hastalarında fiziksel işlev ve genel sağlık alt ölçekleri PD hastalarından daha iyi bulunmuştur.¹³ Çalışmamızda ise, iki grup arasında yaşam kalitesi yönünden fark yoktu. HD uygulanan hasta grubunun daha yaşlı, daha az eğitilmiş ve daha düşük gelir düzeyine sahip olması yaşam kalitesi açısından beklentilerin düşük olmasına ve bunun sonucu hastaların yüksek puan almasına neden olabilir.

KSE açısından değerlendirdiğimizde, HD hastalarının somatizasyon ve depresyon alt ölçek puanları SAPD grubundan anlamlı olarak daha yüksektir. Diyaliz hastalarında KSE kullanılan bir tek çalışma bulabildik. Bu çalışmada Franke ve arkadaşları, SF-36'nın fiziksel ölçekleri ile KSE'nin somatizasyon ve depresyon alt ölçekleri arasında güçlü negatif ilişki bulmuştur.²⁷ Bu da hastaların psikiyatrik yakınmalarını daha çok bedenselleştirdiklerini göstermektedir. Bu durum kültürümüzün, bedenselleştirmeyi özellikle düşük eğitim ve gelir düzeyinde olup kırsal alanda yaşayan hastalarda önemli bir savunma düzene-

ği olarak kullanmasını desteklemesi ile uyumludur. Ayrıca depresif belirtilerin bedenselleştirilmesi de bu farkı açıklamaktadır.

Hastaların tedavi süresi uzadıkça uyumlarının ve hastalığı kabullenmelerinin artması sonucu yaşam kalitesinin artacağı, psikiyatrik belirtilerin azalabileceği yönünde bir öngörümüz vardı. Gruplarımızı diyaliz süresi açısından 6, 18 ve 36 aylık kesim noktaları ile gruplara ayırarak karşılaştırma yaptık. Ancak gruplar arasında bir fark yoktu. Zamanla düzelme olmadığı gibi, kötüleşme de olmadı.

Hasta grubumuzu HAD'nin depresyon ve anksiyete alt ölçek puanlarının kesim noktalarına göre eşik altı ve eşik üstü gruplara ayırarak karşılaştırdık. Tablo 3 (depresyon) ve Tablo 4'te (anksiyete) görüldüğü üzere, uygulanan tedavi yönteminden bağımsız olarak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardı. Eşik üstü depresyon ve anksiyete puanı olan gruplarda (anksiyetede sosyal işlev ve emosyonel sorun

Tablo 4. Anksiyete eşik üstü ve eşik altı puanlarına göre grupların SF-36 ve KSE puanlarının karşılaştırılması†

Anksiyete puanı	Eşik üstü grup (s=23) (Ort.±SS)	Eşik altı grup (s=44) (Ort.±SS)	z*	p
Ölçekler				
SF-36				
Fiziksel işlev	43.04±30.59	60.79±29.07	-2.25	0.024
Fiziksel rol	19.56±33.67	40.34±41.14	-2.24	0.025
Ağrı	47.09±29.65	70.63±24.95	-2.94	0.003
Genel sağlık	31.52±21.02	46.29±18.77	-2.80	0.005
Vitalite	35.65±22.32	60.34±19.54	-3.92	<0.001
Sosyal işlev	56.52±30.59	70.17±21.77	-1.72	0.085
Emosyonel rol	26.09±33.26	40.91±44.23	-1.32	0.186
Mental sağlık	39.30±16.07	68.91±16.23	-5.39	<0.001
Kısa Semptom Envanteri				
Somatizasyon	13.48±6.75	5.91±4.74	-4.15	<0.001
Obsesif-kompulsif bozukluk	10.26±5.21	5.04±3.28	-3.66	<0.001
Kişilerarası duyarlılık	6.74±3.12	3.70±2.74	-3.60	<0.001
Depresyon	11.17±5.54	3.52±3.70	-5.17	<0.001
Anksiyete bozukluğu	11.43±4.31	3.70±3.38	-5.41	<0.001
Hostilite	7.69±4.85	2.82±3.14	-4.01	<0.001
Fobik anksiyete	6.69±3.08	2.88±2.61	-4.59	<0.001
Paranoid düşünceler	8.09±4.94	3.09±3.08	-4.15	<0.001
Psikotizm	6.22±3.46	2.25±1.80	-4.40	<0.001
Ek maddeler	7.61±4.55	3.23±2.52	-3.89	<0.001
Rahatsızlık ciddiyeti indeksi	1.68±0.57	0.68±0.41	-5.84	<0.001

† SF-36: Kısa form-36, KSE: Kısa Semptom Envanteri

* Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. p<0.05 olanlar istatistiksel açıdan anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

lara bağlı rol kısıtlılıkları hariç) tüm yaşam kalitesi alt ölçekleri daha kötüydü. Depresyon ve anksiyete puanı eşik üstü olan grupta, KSE'nin ölçtüğü somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotizm olarak tanımlanmış olan psikiyatrik belirti dağılımı sonuçları benzer şekilde daha kötüydü. Hastaların depresyona ve/veya anksiyeteye eğilim göstermesi hem yaşam kalitesi, hem de ruhsal belirti yönünden durumlarını olumsuz etkilemektedir. SDBY'li hastalarda yapılmış daha önceki çalışmaların çoğu psikopatoloji olarak depresyonla ilişkisini incelemiştir. Troidle ve arkadaşları kronik periton diyalizi ve HD hastalarında SF-36 ile Beck Depresyon puanları arasında negatif ilişki olduğunu bulmuştur.²⁰ Berlim ve arkadaşlarının çalışmasında HD uygulanan 30 hasta ve majör depresyonu olan 30 hasta WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak karşılaştırılmış, majör depresyonlu hastaların yaşam kalitesi açısından HD hasta-

larına göre istatistiksel yönden anlamlı düzeyde daha kötü olduğu bulunmuştur.²⁸ HD programındaki 34 hasta ile böbrek nakli yapılan 30 hastanın incelendiği bir çalışmada HAD ölçeği kullanılmış ve depresyon eşik üstü puanının SF-36'nın fiziksel sağlık toplam puanını, anksiyete eşik üstü puanının ise ruhsal sağlık toplam puanını yordadığı bulunmuştur.¹⁴ Lew ve Piraino diyaliz hastalarında depresyon ile kötü yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu önceki çalışmalara dayanarak tartışmıştır.²⁹ Kalender ve arkadaşları, kronik böbrek yetmezliğinde (KBY) depresyon puanı arttıkça, SF-36'nın tüm alt ölçeklerinde anlamlı olarak düşme bulmuştur. SF-36 puanları ile depresyon puanları arasında negatif korelasyon vardır.¹⁹ Köroğlu ve arkadaşları KBY'li hastalarda depresyonu yüksek bulmuş (%28.2) ve depresyon tedavisi ile SF-36 alt ölçeklerinden özellikle ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal işlev ve mental sağlık alanlarında belirgin düzelme olduğunu görmüştür.⁸ Ortalama altı yıllık süreyle HD programında olan 82 hasta ile

yapılan bir araştırmada, SF-36'nın fiziksel ve ruhsal bölümlerindeki her bir puanlık iyileşmenin mortalite ve hastaneye yatış oranlarında %2 azalma sağladığı belirlenmiştir.³⁰ Bizim sonuçlarımız da önceki çalışmalara benzer şekilde depresyona yatkınlığın yaşam kalitesini kötüleştirdiğini göstermektedir. Ayrıca bizim bulgularımız diyaliz uygulanan hastalarda depresyon eşik üstü puanının psikiyatrik belirti dağılımını da kötüleştirdiğini göstermektedir. Anksiyete ve yaşam kalitesi ilişkisi üzerinde duran bir çalışma bulabildik.¹⁴ HD programındaki 34 hasta ile böbrek nakli yapılan 30 hastanın incelendiği bir çalışmada HAD ölçeği kullanılmış ve eşik üstü anksiyete puanının SF-36'nın ruhsal sağlık toplam puanını yordadığı bulunmuştur. Bizim bulgularımıza göre ise, eşik üstü anksiyete puanı hem yaşam kalitesi alt gruplarını, hem de psikiyatrik belirti dağılımını ciddi olarak kötüleştirmektedir. Bu bulgu, yüksek depresyon ve/veya anksiyete puanı alan diyaliz hastalarında KBY sonucu görülen (özellikle sıvı-elektrolit ve biyokimyasal) değişikliklerin etkisi ile merkezi sinir sisteminin duyarlılığında artış olduğunu düşündürmektedir. Beyindeki bu etkilenmenin düşünce, duygulanım ve diğer entelektüel işlevlerde bozulmaya neden olması olasıdır.

Bu sonuçlar ışığında, HD veya SAPD tedavisi uygulanan hastaların depresyon ve anksiyete açısından izlenmesi, uygun sosyal destek ve gerekirse tedavilerinin yapılmasının yararlı olacağı söylenebilir. Depresyon ve/veya anksiyetesi saptanan hasta uygun şekilde tedavi edilince

hem yaşam kalitesinde artma olacak, hem de olasılıkla psikiyatrik belirtilerinde azalma görülecektir. Bizim hasta grubumuzda bakım verenler hastanın kendisi dışında birinci derece yakınları veya gelinleriydi. Bu tür süregen hastalıklarda bakım verenlerin de psikopatoloji geliştirme olasılıklarının yüksek olduğu bilinmektedir. Hastalardaki depresyon ve/veya da anksiyetenin tanınıp tedavi edilmesi bakım verenler üzerinde de olumlu katkı sağlayabilecektir.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı özellikle SAPD hasta grubunun sayısal olarak küçük olmasıdır. Bu nedenle çalışmamızın gücünü kısmen zayıflatmaktadır ve bulgularımız bu kısıtlılıkla değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak, diyaliz uygulanan KBY hastalarının biyolojik değerlendirilmesine koşut olarak psikiyatrik yönden de değerlendirilmesi önemli görülmektedir. Hem yaşam kalitesi, hem de psikiyatrik belirti dağılımı yönünden kötüleşmeye neden olabilen depresyon ve/veya anksiyete kısa sürede ve kolayca uygulanabilen ölçeklerle tanınabilir. Bu sayede hastalara gerekli psikiyatrik destek sağlanarak yaşam kalitelerinin artırılabilmesinin yanı sıra, psikiyatrik belirtiler de daha kolay tanınıp gerekli önlemler alınabilir. Ayrıca depresyon ve diğer psikiyatrik bozuklukların tanınıp tedavi edilmesi diyaliz uygulamasına uyum açısından da önem taşımaktadır. Bu grup hastada psikiyatrik değerlendirme ve destek ihmal edilmeyecek kadar önemli görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kutner NG. Assessing end-stage renal disease patients' functioning and well-being: measurement approaches and implications for clinical practice. *Am J Kidney Dis* 1994; 24:321-333.
2. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Maesaka JK, Fishbane S. Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16:1387-1394.
3. Andreoli TE, Evanoff GV, Ketel BL. Chronic renal failure. TE Andreoli, CJ Bennet, CJ Crapenter, F Plum, LH Smith (Eds.), *Cecil Essentials of Medicine*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1993, p.245.
4. Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds ME. Quality of life in peritoneal dialysis patients: decline over time and association with clinical outcomes. *Kidney Int* 2002; 61:239-248.
5. Perneger TV, Leski M, Chopard-Stoermann C, Martin PY. Assessment of health status in chronic hemodialysis patients. *J Nephrol* 2003; 16:252-259.
6. Green RL, McAllister TW, Bernat JL. A study of crying in medically and surgically hospitalized patients. *Am J Psychiatry* 1987; 144:442-447.
7. Keçecioğlu N, Özcan E, Yılmaz H, Sezer MT, Eryılmaz M, Ersoy FF, et al. Comparison of patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis and their relatives in terms of depression, anxiety and quality of life. *Journal of the Turkish Nephrology* 1995; 3:172-176.
8. Köroğlu G, Çorapçıoğlu A, Kalender B. The effect of citalopram on quality of life in depressive patients with chronic renal failure: an open label preliminary study. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003; 6:158-164.
9. Smith MD, Hong BA, Robson AM. Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. Comparative analysis. *Am J Med* 1985; 79:160-166.

10. Hinrichsen GA, Lieberman JA, Pollack S, Steinberg H. Depression in hemodialysis patients. *Psychosomatics* 1989; 30:284-289.
11. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Psychiatric and psychosocial aspects of chronic renal failure. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14:72-80.
12. Diaz-Buxo JA, Lowrie EG, Lew NL, Zhang H, Lazarus JM. Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2000; 35:293-300.
13. Wu AW, Fink NE, Marsh-Manzi JV, Meyer KB, Finkelstein FO, Chapman MM, et al. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15:743-753.
14. Sağduyu A, Sentürk VH, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Psychiatric problems, life quality and compliance in patients treated with haemodialysis and renal transplantation. *Türk Psikiyatri Derg* 2006; 17:22-31.
15. Fukui H, Hara S, Hashimoto Y, Horiuchi T, Ikezoe M, Itami N, et al., PD + HD Combination Therapy Study Group. Review of combination of peritoneal dialysis and hemodialysis as a modality of treatment for end-stage renal disease. *Ther Apher Dial* 2004; 8:56-61.
16. Chen YC, Hung KY, Kao TW, Tsai TJ, Chen WY. Relationship between dialysis adequacy and quality of life in long-term peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int* 2000; 20:534-540.
17. Wight JP, Edwards L, Brazier J, Walters S, Payne JN, Brown CB. The SF-36 as an outcome measure of services for end stage renal failure. *Qual Health Care* 1998; 7:209-221.
18. Park HJ, Kim S, Yong JS, Han SS, Yang DH, Meguro M, et al. Reliability and validity of the Korean version of Kidney Disease Quality of Life instrument (KDQOL-SF). *Tohoku J Exp Med* 2007; 211:321-329.
19. Kalender B, Ozdemir AC, Dervisoglu E, Ozdemir O. Quality of life in chronic kidney disease: effects of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *Int J Clin Pract* 2007; 61:569-576.
20. Troidle L, Wuerth D, Finkelstein S, Kliger A, Finkelstein F. The BDI and the SF36: which tool to use to screen for depression? *Adv Perit Dial* 2003; 19:159-162.
21. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36- item Short-Form Health Survey (SF-36) 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30:473-483.
22. Kocyigit H, Aydemir O, Olmez N and Memis A. Reliability and validity of the Turkish version of Short-Form-36 (SF-36). *Turkish J Drugs Therapy* 1999; 12:102-106.
23. Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
24. Aydemir O, Guvenir T, Kuey L, Kultur S. The validity and reliability of the Hospital anxiety and depression scale Turkish form. *Turkish J Psychiatry* 1997; 8:280-287.
25. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, Scoring and Procedures Manual-II. Clinical Psychometric Research Inc. 1992.
26. Şahin NH, Durak A. Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994; 9:44-56.
27. Franke GH, Reimer J, Philipp T, Heemann U. Aspects of quality of life through end-stage renal disease. *Qual Life Res* 2003; 12:103-115.
28. Berlim MT, Mattevi BS, Duarte AP, Thomé FS, Barros EJ, Fleck MP. Quality of life and depressive symptoms in patients with major depression and end-stage renal disease: a matched-pair study. *J Psychosom Res* 2006; 61:731-734.
29. Lew SQ, Piraino B. Quality of life and psychological issues in peritoneal dialysis patients. *Semin Dial* 2005; 18:119-123.
30. Covic A, Seica A, Gusbeth-Tatomir P, Gavrilovici O, Goldsmith DJ. Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19:2078-2083.