

# Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

*The Comparison of Psychiatric Disorders, Perceived Social Support and Life Quality Levels of Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients*

Burhanettin Kaya<sup>1</sup>, Hülya Taşkapan<sup>2</sup>, Fehmi Ateş<sup>3</sup>, Serap Erdoğan Taycan<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, <sup>2</sup>Prof.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya, <sup>3</sup>Yrd.Doç.Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin, <sup>4</sup>Yrd.Doç.Dr., Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tokat

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada PD ve HD uygulanan hastalarda eşlik eden psikiyatrik hastalıkların, algılanan sosyal desteğin ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya HD uygulanan 40 ve PD uygulanan 40 hasta alınmıştır. Sosyodemografik veriler kaydedilmiş, Hamilton Anksiyete Ölçeği, Hamilton Depresyon Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Kısa Form 36, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, PRIME-MD ve Kısa Akıl Muayenesi Ölçeği uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede Windows için SPSS 11.5 programı kullanılmıştır. **Bulgular:** PRIME-MD ölçeğine göre herhangi bir bozukluk ve depresif bozukluk görülme oranları HD grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Hamilton Depresyon ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği anksiyete ve depresyon puanları HD hastalarında daha yüksekti. Kısa Form-36 ile belirlenen mental sağlık puanı ortalamaları HD hastalarında PD hastalarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü. Toplam destek puanları, aile destek puanı ve özel kişi destek puanları PD grubunda daha yüksekti. Kısa Akıl Muayenesi puanlarına bakıldığında dil puanları PD grubunda yüksek bulundu. **Sonuç:** Özellikle HD uygulanan hastalar, tedavi yönteminin yarattığı zorluklar nedeniyle de psikiyatrik bozukluklar açısından daha yüksek risk altındadırlar. Bu hastalar psikiyatrik hastalıklar açısından daha dikkatle izlenmeli, diyaliz ünitelerine yönelik konsültasyon-liyezon hizmetleri artırılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Hemodiyaliz, periton diyalizi, sosyal destek, yaşam kalitesi.

(*Klinik Psikiyatri* 2012;15:144-152)

## SUMMARY

**Objectives:** Our aim was to compare comorbid psychiatric disorders, perceived social support and quality of life between HD and PD patient groups. **Method:** 40 HD and 40 PD patients were included in this study. Sociodemographic data was recorded and Hamilton Rating Scale for Depression, Hamilton Anxiety Rating Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, Short Form 36, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, PRIME-MD and Mini Mental State Examination were applied. SPSS 11.5 for Windows was used for statistical analysis. **Results:** According to PRIME-MD any kind of disorder and depressive disorder rate was significantly higher in HD group. Hamilton Rating Scale for Depression scores and anxiety and depression scores of Hospital Anxiety and Depression Scale were higher in HD patients. Mental health average scores determined by Short Form-36 in HD patients were significantly lower than PD patients. Total, family and special person support scores were higher in PD group. Mini Mental State Examination language scores were higher in PD group. **Conclusion:** HD patients have a higher risk for psychiatric disorders than PD patients due to problems caused by treatment method. These patients should be monitored carefully by this regard and consultation-liaison services for dialysis units should be increased.

**Key Words:** Hemodialysis, peritoneal dialysis, social support, quality of life.

## GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) glomerular filtrasyon hızının 15 ml/dk'nın altına düşmesi ile karakterize bir tablo olup, renal replasman tedavisi (RRT) (hemodiyaliz, periton diyalizi ya da renal transplantasyon yolu ile) sağlanmadığı takdirde hayati tehlike yaratan ağır bir hastalıktır. Türk Nefroloji Derneği'nin 2009 yılı verilerine göre Türkiye'de RRT gerektiren son dönem KBY nokta yaygınlığı çocuk hastalar da dahil olmak üzere milyon nüfus başına 819 olarak saptanmıştır (Serdengeçti ve ark. 2010) Glomerular filtrasyon hızında meydana gelen düşme, kandaki üre oranının artmasına yol açmaktadır. Üre artışının huzursuzluk, iştahsızlık, çökkünlük, apati, yorgunluk, dikkat bozukluğu gibi belirtilere neden olabildiği bilinmektedir (Özçürümez ve ark. 2003). Bu belirtilerin kendisi kişinin yaşam kalitesini ve ruhsal durumunu doğrudan etkileyebildiği gibi, kimi zaman da major depresyon belirtileri ile karışabilmektedir.

Türk Nefroloji Derneği 2009 verilerine göre ülkemizde en sık kullanılan RRT yöntemi hemodiyalizdir (HD) (Serdengeçti ve ark. 2010). Diyaliz uygulamaları nedeniyle hastalar haftada 3-4 gün, 4-6 saat süreyle, hem diyaliz makinasına, hem sağlık personeline hem de ailelerine bağımlı hale gelmektedirler. Diyet programları ile sıvı ve gıda alımları önemli ölçüde kısıtlanmaktadır. KBY hastalarında gerek hastalığın kendisi gerekse kullanılan tedavi yöntemlerinin birçok psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açtığı uzun yıllardır bilinmektedir. Öyle ki Levy 1978'de, böbrek hastalarındaki psikiyatrik belirtilere atfen 'psikonefroloji' terimini ortaya atmıştır (Feroze ve ark. 2012).

Diyaliz hastalarında değişik oranlarda depresyona rastlandığını bildiren çalışmalar mevcuttur. Depresyonun beden kitle indeksindeki düşüklük ve eşlik eden fiziksel hastalıkların varlığı ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Depresyonu olan hastaların anksiyete ve yorgunluk düzeyleri daha yüksek, yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur (Chen ve ark. 2010). Depresyonu olan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında mortalitenin olmayanlara göre 4.1 kez daha fazla olduğu bildirilmektedir. Ayrıca depresyonu olan hastaların diyalize uyumunun da bozulduğu ve tedaviyi yarıda bırakma olasılıklarının arttığı vurgulanmaktadır (Feroze ve

ark. 2012). Diyaliz hastalarında anksiyete bozukluğu oranlarının araştırıldığı çalışmalarda nokta yaygınlığının %30-45 arasında değiştiği bildirilmekte olup aynı oran genel popülasyon için %18'dir. Bu hasta grubunda anksiyete belirtilerinin genellikle depresyona eşlik eden belirtiler olarak araştırıldığı dikkati çekmektedir (Feroze ve ark. 2012).

Kronik fiziksel bir hastalığı olan bireylerde gerek hastalığın doğrudan etkileri gerekse hastalık nedeniyle yaşanan sorunlar sonucu yaşam kalitesi anlamlı ölçüde değişmektedir. Sayın ve ark.'nın (2007) yaptıkları bir çalışmada, RRT uygulanan hastaların Kısa Form-36 ile değerlendirilen yaşam kalitesi puanlarının sağlıklı popülasyondan daha düşük bulunduğu belirtilmektedir. Transplant hastalarının yaşam kaliteleri en yüksek, hemodiyaliz hastalarının yaşam kaliteleri ise en düşük düzeyde değerlendirilmiştir. Benzer sonuçlara Ögütmen ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada da ulaşılmıştır.

Literatürde ağırlıklı olarak HD tedavisinin etkilerini araştıran çalışmalar bulunmaktadır, görece daha az oranda ise PD uygulamasının sonuçlarının incelendiği ve her iki uygulamanın etkilerinin karşılaştırıldığı araştırmalara rastlanmaktadır. Bu çalışmada KBY nedeniyle HD ve PD tedavisi gören hastaların psikiyatrik değerlendirmeleri, algılanan sosyal destek düzeyleri ve yaşam kaliteleri karşılaştırılmaktadır. Geçmiş araştırmalardaki verilerle uyumlu olarak HD hastalarının eşlik eden psikiyatrik hastalık oranlarının daha fazla, yaşam kalitesi düzeylerinin ise daha düşük bulunacağı öne sürülmektedir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmaya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Diyaliz Merkezi'nde HD ve PD yapılmakta olan 40'ar hasta alınmış olup, araştırma üniversite etik kurulu tarafından onaylanmıştır. Hastalara bir psikiyatri uzmanı tarafından aşağıdaki ölçekler uygulanmıştır:

*Sosyodemografik Veri Formu:* Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş sosyodemografik veri formu cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni hal, meslek, sosyoekonomik düzey, diyaliz türü ve diyaliz süresi bilgilerini içermektedir.

*Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)*: Anksiyete şiddetini değerlendirmek için Hamilton tarafından geliştirilen bir ölçektir. Anksiyete düzeyi ve belirti dağılımı ile şiddet değişimini belirlemek için kullanılmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1998 yılında Yazıcı ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır.

*Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)*: Depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmek üzere yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 53 olup, 14 ve üzeri puanlar depresyon olarak kabul edilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Akdemir ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır.

*Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)*: Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon riski ile düzey ve şiddet değişimini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Dörtlü likert tipi ölçme sağlayan 14 sorunun 7'si depresyon, 7'si anksiyeteyi değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1998 yılında Aydemir ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır.

*Kısa Form 36 (KF-36)*: Özellikle bedensel hastalığı bulunanlarda yaşam kalitesini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Fiziksel işlev, rol kısıtlamaları, sosyal işlev, mental sağlık, vitalite, ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması şeklinde 8 boyut 36 maddede ölçülmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Koçyiğit ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır.

*Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇASDÖ)*: Aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan sosyal destek alt kategorilerini içermektedir. Her kategoriyi değerlendiren 4 madde olmak üzere toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek üzerinden değerlendirilmekte, kategorilerin puan toplamı ile sonuç elde edilmektedir. Alınan puanın yüksekliği, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eker ve ark. (2001) tarafından yapılmıştır.

*Birinci Basamak Ruhsal Bozuklukları Değerlendirme Formu (Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD)*: Birinci basamakta en çok rastlanan dört ruhsal bozukluk (duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu, alkol kötüye kullanımı ve somatoform bozukluk) grubunu içermek-

tedir. "Hasta soru formu" ve "klinikyene değerlendirme kılavuzu" olmak üzere iki form kullanılmaktadır. Hasta soru formu; hastanın kendisi tarafından yanıtlanan evet-hayır tarzındaki 26 sorudan oluşmaktadır. Hasta soru formundaki sorulara verilen yanıtlara göre "klinikyene değerlendirme kılavuzu"na geçiş yapılmakta ve burada daha ayrıntılı değerlendirme ile tanıya gidilmektedir. Ölçeğin Türkçeye çevirisi ile geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır.

*Kısa Akıl Muayenesi Ölçeği (KAMÖ)*: Bilişsel yetileri değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesap, hatırlama ve dil testlerini içermektedir. Toplam 21 maddeden oluşmaktadır, her bir maddeden elde edilen puanların toplanması ile toplam puana ulaşılır. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Güngen ve ark. (2002) tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel değerlendirmede Windows için SPSS 11.5 programı kullanılmıştır. Analizler sırasında Student T, Mann-Whitney U ve kıkare testleri uygulanmıştır.

## BULGULAR

40 HD (15 kadın, 25 erkek), 40 PD (17 kadın, 23 erkek) uygulanan hasta çalışmaya alındı. HD hastalarının yaş ortalaması  $48.00 \pm 17.79$ , PD grubundakilerin ise  $47.63 \pm 15.08$  yıl idi. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hal, meslek ve sosyoekonomik düzey açısından gruplar arasında fark yoktu. Diyalizde kalma süresi PD hastalarında  $11.02 \pm 12.60$ , HD hastalarında  $28.53 \pm 32.02$  aydı ve HD hastaları PD grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha uzun süredir diyaliz tedavisi almaktaydı. HD ve PD gruplarının eğitim durumu, medeni hal, meslek ve sosyoekonomik düzey dağılımları Tablo 1'de gösterilmektedir.

Ölçeklere bakıldığında, HD uygulanan hastaların PRIME-MD ile 13'ünde (%32.5) somatoform bozukluk, 15'inde (%37.5) depresif bozukluklar, 12'sinde (%30) ise anksiyete bozukluğu saptandı. Bu oranlar PD uygulanan hastalar için ise sırasıyla 6 (%15), 5 (%12.5) ve 6 (%15) olarak belirlendi. PRIME-MD ölçeğine göre herhangi bir bozukluk tanısı konan bireylerin oranı HD grubunda, PD grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu

**Tablo 1.** HD ve PD gruplarının değerlendirilen demografik verilerinin karşılaştırılması

	PD		HD	
	n	%	n	%
<b>Eğitim</b>				
Okur yazar değil	13	32.5	10	25
ilkokul	13	32.5	11	27.5
Ortaokul	4	10	8	20
Lise	6	15	7	17.5
Üniversite/yüksekokul	4	10	4	10
<b>Medeni hal</b>				
Bekar	6	15	7	17.5
Evli	30	75	28	70
Boşanmış/dul	4	10	5	12.5
<b>Meslek</b>				
İşsiz	1	2.5	3	7.5
Ev hanımı	21	52.5	13	32.5
İşçi	1	2.5	2	5
Öğrenci	1	2.5	-	-
Memur	4	10	2	5
Serbest meslek	6	15	8	20
Emekli	6	15	12	30
<b>Sosyoekonomik düzey</b>				
Alt	9	22.5	16	40
Orta/yüksek	31	77.5	24	60

( $p=0.001$ ). Yine PRIME-MD'ye göre herhangi bir depresif bozukluk görülme açısından HD grubu lehine anlamlı bir fark vardı ( $p=0.003$ ). Anksiyete ya da somatoform bozuklukların sıklığı da HD grubunda daha yüksek olmakla birlikte fark istatistiksel yönden anlamlı değildi ( $p=0.108$  ve  $p=0.066$ ). Grupların PRIME-MD'ye göre tanı dağılımları Tablo 2'de gösterilmektedir.

HAM-A puanı ortalamaları HD ve PD grubunda sırasıyla  $10.30\pm 7.53$  ve  $8.03\pm 11.59$  idi ve aralarında anlamlı fark bulunmamaktaydı ( $p=0.055$ ). HAM-D puanları arasında ise HD grubunda ortalama  $10.48\pm 7.26$  ve PD grubunda  $5.68\pm 5.20$  olacak şekilde anlamlı fark vardı ( $p=0.05$ ). Yine

HADÖ ölçeğinin hem anksiyete (HD grubunda  $5.35\pm 4.26$ , PD grubunda  $3.50\pm 3.92$ ) hem de depresyon (HD grubunda  $7.92\pm 6.20$ ; PD grubunda  $6.37\pm 5.19$ ) alt ölçek puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptandı (anksiyete alt ölçeği için  $p=0.019$ , depresyon alt ölçeği için  $p=0.004$ ).

KF-36 alt ölçekleri karşılaştırıldığında sadece HD hastalarının mental sağlık puanı ortalamalarının PD uygulanan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görüldü (HD grubunda  $51.36\pm 23.83$ , PD grubunda  $64.46\pm 18.71$ ,  $p=0.033$ ). Hastaların HAM-A, HAM-D, HADÖ-A, HADÖ-D ve KF-36 puanları Tablo 3'te gösterilmektedir.

**Tablo 2.** HD ve PD gruplarının PRIME MD'ye göre konan tanılarının karşılaştırılması

PRIME-MD Tanıları	Hemodializ		Periton dializi		p
	n	%	n	%	
Herhangi bir tanı	26	65.0	11	27.5	p=0.001
Depresif bozukluklar	22	55.0	9	22.5	p=0.020
Anksiyete bozuklukları	12	32.5	6	15.0	p=0.088
Somatofom bozukluklar	13	30.0	6	15.0	p=0.167

\*Kikare testi

ÇASDÖ açısından bakıldığında HD grubunda aile destek puanı  $22.55 \pm 6.43$ , arkadaş destek puanı  $12.25 \pm 7.77$ , özel kişi destek puanı  $17.88 \pm 3.41$  ve toplam destek puanları  $52.68 \pm 18.75$ 'ti. PD grubunda ise aile destek puanı  $26.90 \pm 2.20$ , arkadaş destek puanı  $14.75 \pm 9.40$ , özel kişi destek puanı  $24.30 \pm 6.25$  ve toplam destek puanları  $65.95 \pm 3.67$  olarak bulundu. Aile destek puanı, özel kişi destek puanı ve toplam destek puanları PD grubunda HD grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ( $p=0.000$ ), arkadaş destek puanı açısından ise anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmadı ( $p=0.245$ ).

Son olarak KAMÖ puanları karşılaştırıldığında HD grubunda yönelim  $9.43 \pm 0.95$ , kayıt hafızası  $2.95 \pm 0.22$ , dikkat ve hesaplama  $3.88 \pm 1.39$ , hatırlama  $2.28 \pm 0.84$  ve dil  $7.60 \pm 0.67$  puan idi. PD grubunda ise yönelim  $9.50 \pm 0.93$ , kayıt hafızası  $2.95 \pm 0.22$ , dikkat ve hesaplama  $3.93 \pm 1.42$ , hatırlama  $2.20 \pm 0.91$  ve dil  $7.10 \pm 1.37$  puan olarak hesaplandı. Yalnızca dil testlerinden alınan puan PD grubunda HD grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ( $p=0.036$ ). Diğer parametrelerde anlamlı fark yoktu. ÇASDÖ ve KAMÖ değerleri Tablo 3'te gösterilmektedir.

## TARTIŞMA

Depresyon ve anksiyete bozuklukları diyaliz hastalarında sık rastlanılan, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkileyen hastalıklardır. Araştırmamız sonucunda HD uygulanan hasta grubunda PRIME-MD ile belirlenen ruhsal bozukluk tanı yaygınlığı, depresyon ve anksiyete bozuklukları PD grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Cukor ve ark. (2008) tarafından 70

HD hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların %70'inden fazlasında psikiyatrik hastalığa rastlandığı belirlenmiştir. Literatürde bulunan benzer çalışmalarda da psikiyatrik hastalıkların HD hastalarında PD hastalarına göre daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Özçürümez ve ark. 2003).

Çalışmamızda PRIME-MD ile HD hastalarında belirlenen depresif bozukluk oranı %37.5 iken bu oran PD hastalarında %12.5 olarak bulunmuştur. Ülkemizde Çetinkaya ve ark. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada 31 HD ve 30 PD hastasının Beck Depresyon Envanteri'ne göre belirlenen depresyon oranları karşılaştırılmış ve ilk grupta %61.3, ikinci grupta ise %33.3 oranında depresyon tanısının karşılandığı bildirilmiştir. Genel olarak çalışmalarda bizim araştırmamızda da olduğu gibi, HD hastalarının PD hastalarına göre depresyon yaşama oranlarının daha yüksek bulunduğu izlenmektedir (Özçürümez ve ark. 2003). Depresif duygudurumun HD'nin uygulanma şekli ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çünkü kişinin yaşamını ve bireysel özgürlüğünü önemli ölçüde kısıtlayan bir yöntemdir. Bu açıdan bakıldığında PD yöntemi hastaların daha kolay uyum sağlayabildiği bir yöntem gibi görünmektedir. Ayrıca tedavi şekline bağımsız olarak son dönem böbrek hastalığının kendisi de kişilerin hayatında olumsuz etkilere yol açmaktadır; sosyal yaşamlarındaki roller değişmekte, fiziksel sorunlar yaşanmakta, beden imajları değişmekte ve diyet kısıtlamalarına uymak zorunda kalmaktadırlar (Özçürümez ve ark. 2003).

Anksiyete bozuklukları genel tıbbi hastalıklara sıklıkla eşlik eden psikiyatrik bozukluklar olmalarına rağmen, KBY hastalarında anksiyete belirtilerinin genel olarak depresif duygudurumla ilişkili olarak

**Tablo 3.** HD ve PD gruplarının HAM-A, HAM-D, HADÖ-A, HADÖ-D, SF-36, KAMÖ ve ÇASDÖ açısından karşılaştırılması

Ölçekler	Hemodializ (n=40)		Periton Diyalizi (n=40)		p
	Ort.	SS	Ort.	SS	
<b>HAM-D</b>	10.48	7.26	5.68	5.20	p=0.005*
<b>HAM-A</b>	10.30	73.5	8.03	11.59	p=0.055
<b>HADÖ-D</b>	7.93	6.20	6.38	5.19	p=0.004*
<b>HADÖ-A</b>	5.35	4.26	3.50	3.92	p=0.019*
<b>KF-36</b>					
Mental sağlık	51.36	23.83	64.5	18.7	p=0.033*
Fiziksel işlevsellik	52.50	28.44	58.50	28.82	p=0.246
Fiziksel rol kısıtlılığı	9.38	23.81	14.38	31.96	p=0.642
Ağrı	53.15	32.09	65.53	28.39	p=0.072
Genel sağlık puanı	34.53	17.84	40.08	16.29	p=0.150
Vitalite	41.33	28.41	45.38	22.71	p=0.483
Sosyal işlevsellik	43.67	28.74	50.25	30.51	p=0.324
Emosyonel rol kısıtlılığı	21.64	33.33	27.47	35.29	p=0.418
<b>KAMÖ</b>					
Dil testleri	7.60	0.67	7.10	1.37	p=0.036*
Hatırlama	2.28	0.847	2.20	0.91	p=0.750
Dikkat ve hesaplama	3.88	1.39	3.93	1.42	p=0.881
Kısa süreli bellek	2.95	0.22	2.95	0.22	p=1.000
Yönelim	9.42	0.95	9.50	0.93	p=0.708
Toplam puan	26.83	3.05	26.25	3.29	p=0.398
<b>ÇASDÖ</b>					
Toplam	52.68	18.75	65.95	13.67	p=0.001**
Aile destek	22.55	6.43	26.90	2.20	p=0.000*
Arkadaş destek	12.25	7.77	14.75	9.40	p=0.245
Özel kişi destek	17.88	8.41	24.30	6.25	p=0.000*

\*Mann -Whitney U Testi, \*\* Student T Testi

ele alınması, bu hasta grubunda anksiyete bozukluklarının daha az araştırılmasına neden olmaktadır (Cukor ve ark. 2008) Oysa ki hava açlığı, çarpıntı, terleme ve ölüm korkusu gibi belirtilere KBY hastalarında sıkça rastlanabilmektedir. Diyaliz sürecinin kendisi ve olası tıbbi komplikasyonlar, hastalarda belirgin bir kaygıya yol açabilmektedir (De Sousa 2008). Bir gözden geçirme

çalışmasında, anksiyete bozukluğunun intihar davranışı için bağımsız bir risk faktörü oluşturduğu, anksiyete bozukluğunun varlığının eşlik eden fiziksel hastalık, yaşam kalitesinde düşme ve yeti yitimi ile yakından ilişkili olduğu; bununla birlikte KBY hastalarında bu türden bir ilişkinin araştırıldığı herhangi bir çalışma bulunmadığı belirtilmektedir (Feroze ve ark. 2010).

Araştırmamızda aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte HD hastalarının %30'u, PD hastalarının ise %15'inde anksiyete bozukluğunun bulunduğu belirlenmiştir. HAM-A skorları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamış fakat HADÖ anksiyete puanları HD hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Cukor ve ark. (2008) yaptıkları bir çalışmada HD uygulanan 70 hastada SCID ile yapılan değerlendirme sonucunda %27'sinde bir anksiyete bozukluğu bulunduğunu belirlemiştir. Aynı çalışmada DSM-IV'e göre belirlenen anksiyete bozukluğu oranları ile HADÖ puanları arasında belirgin bir ilişki bulunmadığına ve bu hasta grubunda anksiyetenin değerlendirilmesi için daha ayrıntılı bir değerlendirme yapılması gerektiğine dikkat çekilmektedir (Cukor ve ark. 2008).

Uygulanan tedavi yöntemlerine göre hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edildiği izlenmektedir. Sayın ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada renal transplantasyon, HD ve PD hasta grupları arasında KF-36 ile değerlendirilen yaşam kalitesi düzeylerinde canlılık alt puanı dışında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı vurgulanmaktadır. Başka bir çalışmada da HD ve PD hastalarının yaşam kaliteleri KF-12 ile değerlendirilmiş, genel olarak her iki grup arasında bir fark bulunmadığı, yaşam kalitesinin sadece belirli alanlarında PD hastalarının daha yüksek puan aldıkları belirtilmiştir (De Abreu 2011). Öğütmen ve ark.'nın (2006) çalışmalarında ise enerji düzeyi, fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, fiziksel ve duygusal rol puanları transplant hastalarında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İkinci sırada PD, son sırada ise HD tedavisi gören hastalar yer almaktadır. Russo ve ark.'nın (2010) yaptıkları bir araştırmada da PD grubunda ruhsal olarak kendini iyi hissetme düzeyinin daha yüksek, depresyon sıklığının ise düşük olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada yaşam kalitesi düzeylerinin de PD hastalarında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yazarlar bu sonucu evde tedavi görmelerinin yarattığı bağımsızlığa bağlamışlardır. Kadın hastalar üzerinde yapılan bir başka araştırmada da PD hastalarında cinsel sorunların yanında depresyon puanları daha düşük, yaşam kalitesi düzeyi ise daha yüksek bulun-

muştur (Steele ve ark. 1996). 33 PD ve HD hastasının yer aldığı bir çalışmada hastaların mevcut tıbbi, psikolojik ve sosyal durumları incelenmiştir. PD hastalarının yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu, hastalık ve tedavi yöntemi ile ilgili stres düzeylerinin daha düşük olduğu ve anlamlı derecede olmasa da duygudurum puanlarının daha düşük olduğu söylenmektedir. PD hastalarının sosyal işlevselliği, tedavi ekibi ile ilişkileri, mesleki işlevselliği daha iyi bulunmuştur (Wolcott ve Nissenson 1988).

Çalışmamızda KF-36 ile yapılan yaşam kalitesi değerlendirmesinde yalnızca mental sağlık puanları açısından PD grubu lehine bir fark gözlenmesi, hastalığın fiziksel belirtilerinin değil eşlik eden ruhsal belirtilerin yaşam kalitesi üzerinde daha etkili olduğunu, HD grubunda gözlenen başta depresyon olmak üzere ruhsal belirti ve bozuklukların yaşam kalitesi düzeyleri üzerinde belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Lew-Starowicz ve Gellert tarafından yapılan çok merkezli bir çalışmada, KBY hastalarında KF-36 sonuçlarına göre hem fiziksel hem de ruhsal alanlarda yaşam kalitesinde düşme belirlendiği bildirilmektedir. Genel olarak yaşam kalitesi puanlarının Beck Depresyon Ölçeği ile belirlenen depresyon düzeyi ile ters ilişki gösterdiği vurgulanmaktadır (Lew-Starowicz ve Gellert 2009).

Araştırmamızda üzerinde durulan bir diğer durum hastalar tarafından algılanan sosyal desteğin düzeyi olmuştur. Çınar tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada, HD hastalarında algılanan sosyal desteğin psikososyal uyumla pozitif bir ilişki içinde olduğu vurgulanmaktadır (Çınar 2009). Araştırma sonuçlarımıza göre PD grubunda aile, özel kişi ve toplam destek puanları HD grubuna göre anlamlı derecede yüksektir. Genel olarak algılanan sosyal destek algısının yüksek olması da PD grubunda ruhsal bozukların daha az görülmesine katkıda bulunuyor olabilir.

## SONUÇ

HD hastaları ile PD hastaları arasında psikiyatrik durum değerlendirmeleri açısından belirlenen farklar, literatürdeki bilgilere genel olarak benzerlik göstermektedir. Bu farkların şu şekilde açıklanabileceği düşünülmektedir. HD uygulaması hastaları

hastaneye bağımlı hale getirirken, PD kişinin ev ortamında ve daha az yardımla yapabildiği bir uygulamadır. Bu özellik, kişinin etrafındaki insanlara olan bağımlılığını azaltmakta ve kişinin özel hayatındaki işlevsellik kaybını hafifletmektedir. Araştırmamızda her iki grubun diyaliz tedavisi görme süreleri açısından da fark bulunmuştur. HD uygulanan hastalar daha uzun süredir bu tedaviyi görmektedirler. HD hastalarının algılanan sosyal destek düzeylerinin düşüklüğü hastaların ruhsal durumlarındaki hassasiyetten kaynaklanabileceği gibi, bakım verenlerin tükenmişlikleri ile de ilgili olabilir ancak araştırma deseninde bakım verenlerle ilgili bir değerlendirme yer almadığından aradaki ilişki hakkında bir yorum yapmak güçtür. Araştırmamızın güçlü yanı her üç tedavi yönteminin

uygulandığı hasta gruplarını da içermesidir. Bakım verenlerle ilgili bir değerlendirmenin bulunmaması, hasta sayılarındaki görece azlık ve mevcut araştırmalardan farklı bir varsayımının bulunmaması ise en temel sınırlılıklarıdır.

Sonuç olarak KBY olan ve diyaliz tedavisi alan, özellikle de HD uygulanan hastaların düzenli olarak psikiyatrik değerlendirmelerinin yapılması hem tedavi uyumu hem de hastalık süreci açısından büyük önem taşımaktadır.

Yazışma adresi: Dr. Serap Erdoğan Taycan, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tokat, erd.serap@gmail.com

#### KAYNAKLAR

- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 4:251-259.
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L ve ark. (1997) Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 8:280-287.
- Chen CK, Tsai YC, Hsu HJ ve ark. (2010) Depression and suicide risk in hemodialysis patients with chronic renal failure. *Psychosomatics*, 51:528-528.
- Cukor D, Coplan J, Brown C ve ark. (2008) Course of depression and anxiety diagnosis in patients treated with hemodialysis: a 16-month follow-up. *Clin J Am Soc Nephrol*, 3:1752-1758.
- Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A ve ark. (2008) Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45:78-84.
- Çınar S (2009) Hemodiyaliz hastalarında psikososyal uyum ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 1:12-18.
- Çorapçıoğlu A, Köroğlu E, Ceyhan B ve ark. (1996) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikiyatrik tanı koydurucu bir ölçeğin (Prime-MD) Türkiye için uyarlanması. *Nöropsikiyatri Gündemi*, 1:3-10.
- de Abreu MM, Walker DR, Sesso RC ve ark. (2011) Health-related quality of life of patients receiving hemodialysis and peritoneal dialysis in São Paulo, Brazil: a longitudinal study. *Value Health*, 14(Suppl 1):119-121.
- De Sousa A (2008) Psychiatric issues in renal failure and dialysis. *Indian J Nephrol*, 18:47-50.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H (2001) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 12:17-25.
- Feroze U, Martin D, Kalantar-Zadeh K ve ark. (2012) Anxiety and depression in maintenance dialysis patients: preliminary data of a cross-sectional study and brief literature review. *J Ren Nutr*, 22:207-210.
- Feroze U, Martin D, Reina-Patton A ve ark. (2010) Mental health, depression and anxiety in patients on maintenance dialysis. *Iran J Kidney Dis*, 4:173-180.
- Güngen C, Ertan T, Eker E ve ark. (2002) Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 13:273-281.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. (1999) Kısa form-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12:102-106.
- Lew-Starowicz M, Gellert R (2009) The sexuality and quality of life of hemodialyzed patients-ASED multicenter study. *Sex Med*, 6:1062-1071.
- Oğutmen B, Yıldırım A, Sever MS ve ark. (2006) Health-related quality of life after kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis, and normal controls. *Transplant Proc*, 38:419-421.
- Russo GE, Morgia A, Cavallini M ve ark. (2010) Quality of life assessment in patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *G Ital Nefrol*, 27:290-295.
- Sayın A, Mutluay R, Sindel S (2007) Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis and transplantation patients. *Transplant Proc*, 39:3047-3053.
- Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altıparmak MR ve ark. (2010) Türkiye'de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon, İstanbul, Türk Nefroloji Derneği Yayınları.
- Steele TE, Wuerth D, Finkelstein S ve ark. (1996) Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patient. *J Am Soc Nephrol*, 7:1165-1168.
- Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L (2003) Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Derg*, 14:72-80.



Wolcott DL, Nissenson AR (1988) Quality of life in chronic dialysis patients: a critical comparison of continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and hemodialysis. *Am J Kidney Dis*, 11:402-412.

Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. (1998) Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 9:114-117.