

T.C.
BAŞBAKANLIK
BEZM-İ ALEM VALİDE SULTAN
VAKIF GUREBA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ
Klinik Şefi: Prof. Dr. Sefa SAYGILI

HEMODİYALİZ VE SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON
DİYALİZİ HASTALARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE
BOZUKLUKLARI, YAŞAM KALİTELERİ, CİNSEL
HAYATLARI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI

Dr. Hayriye BAYKAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. İlhan YARGIÇ

İSTANBUL 2010

T.C.
BAŞBAKANLIK
BEZM-İ ALEM VALİDE SULTAN
VAKIF GUREBA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ
Klinik Şefi: Prof.Dr. Sefa SAYGILI

HEMODİYALİZ VE SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON
DİYALİZİ HASTALARINDA DEPRESYON VE ANKSİYETE
BOZUKLUKLARI, YAŞAM KALİTELERİ, CİNSEL
HAYATLARI VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI

Dr. Hayriye BAYKAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. İlhan YARGIÇ

İSTANBUL 2010

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince bana her koşulda destek olan, eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım asistanı olmaktan mutluluk duyduğum değerli klinik şefim Prof. Dr. Sefa Saygılı'ya,

Tezimin her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen çok değerli danışmanım Prof.Dr.İlhan Yargıç' a,

Kendilerinden çok şey öğrendiğim her konuda desteklerini asla unutamayacağım değerli uzmanlarım; Zeynep Işıl Uğurad, Ülkü Çakır, Burçin Acar, Mustafa Solmaz'a ve birlikte keyifle çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Dinamik psikoterapi eğitimimi aldığım ve halen almaya devam ettiğim bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Prof.Dr. Doğan Şahin'e, Bilişsel davranışçı terapi eğitimimi aldığım, bilgi ve tecrübeleriyle meslek hayatıma katkıda bulunan Prof.Dr. Mehmet Zihni SUNGUR'a, Cinsel terapi eğitimimi aldığım CETAD'ın tüm hocalarına, Aile ve evlilik terapisi eğitimimi aldığım Uzm.Dr. Nuşin Sarımurat Baydemir ve ekipteki diğer tüm hocalarıma,

Hep yanımda olduklarını bildiğim, ihtiyacım olduğunda desteklerini hiç esirgemeyen canım anneme ve babama, Bana her konuda destek olan, her zaman güç veren, birlikte yaşarken huzur bulduğum sevgili eşime ve hayatımın en güzel armağanı canım oğluma, sonsuz teşekkürler...

Dr Hayriye BAYKAN

ÖZET

Bu araştırmanın amacı hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) tedavisi uygulanan kronik böbrek hastaları ve kontrol grubu hastalarını depresyon ve anksiyete bozuklukları, yaşam kaliteleri, cinsel hayatları ve stresle başa çıkma tutumları açısından değerlendirmektir. Çalışmamızın örneklemini İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve 2 özel diyaliz merkezinde tedavi gören hemodiyaliz(n=42) ve SAPD(n=41) hastalarından oluşmaktadır. Bununla birlikte hasta gruplarıyla benzer sosyodemografik özellikler gösteren 41 sağlıklı kişide çalışmaya alındı. Hastalarda psikiyatrik bozukluk varlığını belirlemek amacıyla ilk görüşmede DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulandı. Ayrıca Hastane Anksiyete ve Depreyon Ölçeği (HADS), Kısa form-36, Stresle Başa Çıkma Tutumları Ölçeği(COPE), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği(ACYÖ) ve sosyodemografik veri formları uygulandı. Çalışmamızda; SCID-I'e göre diyaliz hastalarının %59,5'i, SAPD hastalarının %53,7'i ve kontrol grubunun %26,8'ine psikiyatrik bozukluk tanısı konuldu. Her üç grupta da en sık depresif bozukluklar görüldü. Her ne kadar en sık hemodiyaliz hasta grubunda görülsede depresif bozukluklar, cinsel işlev bozuklukları ve anksiyete bozuklukları açısından hemodiyaliz ve SAPD grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Stresle başa çıkmada hemodiyaliz hastaları SAPD hastalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanmaktadırlar. Yaşam kalitelerine bakıldığında ise SAPD hastalarının fiziksel komponent puanları hemodiyaliz hastalarının fiziksel komponent skorlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Ruhsal komponent skorlarında SAPD hasta grubunda yüksek olmakla birlikte aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sonuç olarak hastaların psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi psikiyatrik morbiditenin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması için oldukça önemlidir.

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate depression, anxiety disorders, quality of life, sexual life and coping strategies with stress in chronic renal disease patients treated with hemodialysis, continuous ambulatory peritoneal dialysis(CAPD) and healthy control groups . The study sample was composed of patients who were undergoing hemodialysis (n=42) and CAPD (n=41) in Istanbul University, Istanbul Faculty of Medicine Hospital , Istanbul Education and Research Hospital and two private dialysis center. However, 41 healthy person having similar sociodemographic properties with the patient groups were chosen. Firstly we identified psychiatric disorders by using a structured clinical interview for DSM-IV Axis I Diagnosis (SCID-I). Additionally, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Short Form-36, Coping Strategies with Stress Inventory, Arizona Sexual Experiences Scale(ASEX) and Questionnaire for Sociodemographic Information were applied. In this study; according to SCID-I; 59,5% of dialysis patients, 53,7% of CAPD patients and % 26,8 of controls were diagnosed with a psychiatric disorder. The most common disorder was depressiv disorders all of the groups. Although this disorders were mostly seen in hemodialysis patients, there was no statistically significant difference between hemodialysis and CAPD groups in depressive disorders, sexual dysfunction and anxiety disorders. According to ASEX; 78,6% of hemodiyalysis and 65,9% of CAPD patients have sexual function disorders. The disfunctional coping strategies that used by hemodialysis patients were significantly higher than CAPD patients. As we assessed the quality of life, physical component scores of CAPD patients were significantly higher than the score of hemodialysis patients. Psychological component scores of CAPD patients were also higher than hemodialysis patients but the difference between the two groups were not statistically significant. Finally, we suggest that psychiatric assesment of these patients is essential to diminish pschychiatric morbidity and to enhance of quality of life.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SEMBOLLER VE KISALTMALAR	v
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1 Kronik Böbrek Hastalığı	3
2.1.1. KBH epidemiyolojisi	5
2.1.3. KBH progresyon ve prognozu	6
2.1.4. KBH tedavisi.....	6
2.2.Renal Replasman Tedavileri	7
2.2.1.Transplantasyon	7
2.2.2.Diyaliz	8
2.3. Kronik Böbrek Hastalarında Ruhsal Sorunlar.....	14
2.3.1. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları.....	15
2.3.2. Yaşam Kalitesi	20
2.3.3. Cinsel Hayatları.....	25
2.3.4. Stresle Başa Çıkma Tutumları	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Şekli	30
3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Veri Toplama Araçları	31
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	32
3.4.2.SCID-I.....	32
3.4.3. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE).....	32
3.4.4. Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	33
3.4.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	34
3.4.6. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği.....	34
3.5 Verilerin Değerlendirilmesi	35
4.BULGULAR	36
5.TARTIŞMA	56
5.1.Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları	57
5.2.Cinsel İşlev Bozuklukları.....	59
5.3.Yaşam Kalitesi	62
5.4.Stresle Başa Çıkma Tutumları	64
5.5 Çalışmamızın Kısıtlılıkları ve Üstünlükleri	66
5.6.Sonuç ve Öneriler.....	67
KAYNAKLAR	69

SEMBOLLER VE KISALTMALAR

KBH : Kronik böbrek hastalığı

GFH : Glomerüler filtrasyon hızı

HD : Hemodiyaliz

RRT : Renal replasman tedavisi

SDBY : Son dönem böbrek yetmezliği

NKF : National Kidney Foundation (Ulusal Böbrek Vakfı)

KDOQI: Kidney Disease Outcome Quality Initiative (Böbrek Hastalığı Sonuçlarının Kalite Önceliği)

TND : Türk Nefroloji Derneği

SAPD : Sürekli ayaktan periton diyalizi

APD : Aletli periton diyalizi

SSPD : Sürekli siklik periton diyalizi

GAPD : Gece aralıklı periton diyalizi

SCID-I : Structered Clinical İnterview for DSM-IV Axis I Diagnosis

HAD : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

SF-36 : Kısa Form-36

USRDS: Birleşik Devletler Böbrek Hastalıkları Sistemleri

DSM-IV-TR: Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının dördüncü gözden geçirilmiş baskısı

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik böbrek hastalığı (KBH), altta yatan böbrek hastalığının etyolojisi ne olursa olsun en az 3 ay süren böbrek hasarı ve/veya glomerüler filtrasyon hızının (GFH) 60 ml/dk/1,73 m² nin altına inmesi durumu olarak tanımlanmaktadır(1). Glomerüler filtrasyon değeri 5-10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliğinden (SDBY) bahsedilir ve hastalar diyaliz, renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar(2). 2007 yılında Türkiye’de renal replasman tedavisi gerektiren son dönem kronik böbrek yetmezliği nokta prevalansı milyon nüfus başına 756 olarak saptanmıştır.(3) Son dönem böbrek yetmezliği gelişen hastalarda tedavinin amacı yaşam süresini uzatmakla birlikte yaşam kalitesini de artırmaktır. Ancak hem hastalığın kendisi hem de sürekli olarak makineye ve/veya tedavi ekibine bağımlı olma hastanın yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir(4).

Kronik hastalıklar ile birlikte psikiyatrik bozuklukların görülmesi yaygın bir durumdur. Özellikle SDBY hastalarında bu durum daha da sıktır.(5).Çünkü hastalığa ait fiziksel etkilerin dışında hastalar, tedavi yöntemlerine bağlı bir çok problemle karşılaşmaya kalabilmektedirler. SDBY hastalarına uygulanabilecek üç temel tedavi yöntemi HD (Hemodiyaliz), periton diyalizi ve böbrek naklidir. Ülkemizde 2008 yılı sonu itibariyle 54.034 hasta renal replasman tedavileri adı verilen bu yöntemlerle tedavi edilmektedir. Bu hastaların %74.5’ine hemodiyaliz, %10.7’sine periton diyalizi, %14.5’ine böbrek nakli tedavisi uygulanmaktadır(3). Böbrek naklinin diğer tedavi yöntemlerine bir çok üstünlüğü olmakla birlikte nakil bekleyenlerin sayısı her yıl yapılan nakil sayısının çok altındadır(6). Çok sayıda hastaya uygulan diyaliz yöntemlerinin, çoğu hastada eşit düzeyde renal replasman tedavisi sağladığı düşünülmektedir. Bu nedenle tedavi için diyaliz yönteminin seçiminde tıbbi endikasyonlar dışında hastanın yaşam tarzı ve kişilik yapısına uygun olarak bir tercih yapılabilmesi için diyalizden önce hastaya gerekli eğitim verilmelidir(6,7). Örneğin periton diyalizini hasta kendi evinde aileden birinin yardımıyla ya da tek başına uygulayabilirken, hemodiyaliz ancak belli merkezlerde uygulanabilir. Bu nedenle otonomi ve kendine bakabilme duygusu periton diyalizinde daha fazla yaşanabilir. Başka bir açıdan bakıldığında ise batında sıvı hastalarda vücut imaj bozukluğuna

neden olduğundan periton diyalizine direnç gösterebilirler(7). Benzer çok sayıda nedenin belirlenmesi için yapılmış ve yapılacak çok sayıda araştırma hastaların kendileri için en uygun tedavi yöntemi seçmeleri konusunda verilen eğitime yönlendirici olacaktır.

Bu çalışmanın amacı hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaları depresyon, anksiyete bozuklukları, yaşam kaliteleri, cinsel hayatları ve stresle başa çıkma tutumları açısından karşılaştırmak; psikiyatrik morbiditenin yaygınlığını ve morbitide ile ilişkili faktörleri belirleyerek hastalara tedavi yöntemlerinin belirlenmesi sürecinde yol gösterilmesine yardımcı olabilmektir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1 Kronik Böbrek Hastalığı

Kronik böbrek hastalığı (KBH) terimi ile değişik etyolojilere bağlı olarak böbrek parankimasında kronik iltihabi ve dejeneratif değişikliklerin ortaya çıktığı hastalık grubu anlaşılır. Primer olayın tedavi edilebildiği ve böbrek hasarının çok ileri olmadığı bazı hastalarda, bu kronik değişikliklere rağmen, böbrekler vücudun gereksinimlerini karşılayabilirler ve herhangi bir klinik veya biyokimyasal anormallik gözlenmez (kompanse kronik böbrek hastalığı). Öte yandan kronik böbrek hastalıklarının pek çoğu ilerleyici bir şekilde seyrederek ve zamanla nefron sayısı giderek azalır. Bir süre sonrada hastada böbrek yetersizliğinin biyokimyasal ve klinik bulguları ortaya çıkar (dekompanse kronik böbrek hastalığı, kronik böbrek yetersizliği veya kronik üremik sendrom). Kronik böbrek yetersizliği, irreversible akut böbrek yetersizliği sonrasında veya kronik böbrek hastalıklarının ilerlemesi ile ortaya çıkan bir tablodur. Az sayıda hastada primer olayın ilerlemesi durdurulabilirse, azalmış böbrek fonksiyonu ile oldukça uzun bir yaşam sürdürülebilir ve bir başka nedenle hasta hayatını kaybedebilir. Ancak çoğu olguda hastalığın kritik bir düzeye ilerlemesiyle, nefronların sayısı iyice azalır ve terminal (geri dönüşümsüz) oligoanüri ortaya çıkar. Böbreklerin vücudun gereksinimlerini artık hiçbir şekilde karşılayamadığı bu döneme son dönem yada terminal böbrek yetersizliği denir. Terminal döneme gelince hastayı hayatta tutabilmek için replasman tedavileri adı verilen kronik hemodiyaliz, kronik periton diyalizi veya böbrek transplantasyonu gibi tedavi yöntemlerinden birini uygulamak şarttır(8).

Böbrek hastalıklarına ait kanıtlar yapısal yada fonksiyonel nitelikte olabilir. Bu bulgular böbrek biyopsisinden, idrar, kan ve görüntüleme çalışmalarından elde edilebilir. Glomerüler disfonksiyonla sonuçlanan böbrek hasarının en sık rastlanan ve kolayca saptanabilen göstergesi proteinüri varlığıdır. İdrar mikroskopisinde anormal sedimentin bulunması veya böbrek görüntüleme çalışmasında anormal yapıların gösterilmesi böbrek hasarının kanıtlarıdır. Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı (NKF)

tanımına göre böbrek hasarına ait bir kanıt olmasa bile 3 ay veya daha uzun süre GFH'nın 60mL/dk/1.73 m² nin altına inmesi durumu KBH tanısı için yeterlidir.(9).

2.1.1 Kronik böbrek hastalığı evreleri

Amerikan Ulusal Böbrek Vakfı(NKF), Böbrek Hastalıkları Sonuçlarının Kalite Önceliği (KDOQI) kılavuzları vücut yüzey alanına göre düzeltilerek hesaplanan GFH düzeyine göre kronik böbrek hastalığını 5 sınıfa ayırmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri, Yönetim Planı

Evre	Tanım	GFH (mL/dk/1.73 m ²)	Yönetim planı
1	Normal yada yüksek GFH ile birlikte böbrek hasarı	>90	Tanı ve tedavi, komorbid durumların tedavisi
2	Hafif GFH azalması	60-89	Progresyonun belirlenmesi
3	Orta derecede GFH azalması	30-59	Komplikasyonların değerlendirilmesi ve tedavisi
4	Ağır derecede GFH azalması	15-29	Uygunsa, RRT için hazırlık
5	Böbrek yetmezliği	<15	Uygunsa RRT

Ulusal Böbrek Vakfı (*National Kidney Foundation*) Böbrek Hastalığı Sonuçlarının Kalite Önceliği (*Kidney Disease Outcome Quality Initiative*) kılavuzlarına göre sınıflandırma (10).

GFH'nın 60 mL/dk/1.73m² nin üzerinde olduğu iki erken evre olan evre 1 ve evre 2, azalmış GFH dışında böbrek hasarının kanıtlanmasını gerektirir. Böbrek hasarı, böbrek biyopsisinde patolojik değişikliklerin, kan veya idrar kompozisyonunda (proteinüri veya idrar sedimentindeki değişiklikler gibi) ya da görüntüleme testlerinde anormalliklerin saptanması ile ortaya çıkarılabilir.GFH, sırasıyla 60, 30 ve 15'in altına indiğinde tanım olarak KBH'nın ileri evreleri olan evre 3, 4 ve 5 söz konusudur(11).Böbrek fonksiyonlarının % 50'si kaybolana kadar

kanda ure ve kreatinin düzeyleri artmaz; yani bu iki maddenin kanda retansiyonunun saptanması, böbrek fonksiyonlarının yarıdan fazlasının kaybedildiğini gösterir(8). Terminal üremi dönemi ise 5. evre olup ilk 4 evredeki değişiklikler şiddetlenmiş, idrar miktarı rölatif olarak azalmış, tüm organ ve sistemlerle ilgili bulgular ortaya çıkmıştır. Bu dönem konservatif tedavi ve diyet regülasyonunun yetersiz kaldığı ömür boyu mutlak diyaliz desteğinin gerektiği dönemdir(12).

2.1.1. KBH epidemiyolojisi.

SDBY sıklığı ülkemizde %0.06 iken ABD’inde %1 düzeyindedir. Ancak KBH’nin daha erken evrelerinin oranlarının çok daha büyük popülasyonları etkilediği bilinmektedir. Bütün evreleri hesaba kattığımızda KBH sıklığının toplumlar arasında büyük değişkenlik göstermesine rağmen, ortalama %10 civarında olduğu görülmektedir(9). ABD’inde popülasyonun % 11’inde çeşitli evrelerde KBH görüldüğü bildirilmiştir.(1).Avustralyada 25 yaş ve üzeri 11.247 kişide yapılmış bir çalışmada %0.6 proteinüri, %6 albuminüri, %3.7 hematüri, %9.7 kişide GFH’nın 60 mL/dk/1.73m² altına düştüğü, yaş, cinsiyet, ve hipertansiyonun hematüri ve GFH düşüşüyle ilişkisi gösterilmiştir(13).

2.1.2. KBH etyolojisi

KBY’ye yol açan nedenler ülkeden ülkeye, ırk ve cinsiyete göre farklılıklar gösterir. Bununla birlikte dünyanın her yerinde diyabete bağlı SDBY oluşumu giderek artmaktadır. Geçmişte KBY’ne götüren en önemli neden glomerulonefritler iken, günümüzde ülkemizde ilk sırada diyabetes mellitus (%27.5) ve 2. olarakta hipertansiyon (%24.2) gelmektedir (9).

Yaş, cinsiyet ve ırk, bazı KBY tiplerinin gelişiminde değiştirilemeyen risk faktörleri iken diyabetes mellitus ve hipertansiyon, SDBY için en sık ve potansiyel olarak tedavi edilebilen 2 önemli risk faktörüdür (9).

2.1.3. KBH progresyon ve prognozu

Evre 4 KBH'lerin üçte biri 3 yıl içerisinde SDBY'e ilerlemektedir. Evre 4 KBH'de süre daha uzun olmakla birlikte SDBY gelişimi açısından ciddi risk taşımaktadırlar. SDBY'nin prognozunun ise oldukça kötü olduğu bilinmektedir. Diyaliz hastalarının mortalitesi yılda ortalama %20 civarındadır. KBH'da en sık ölüm sebebi ise kardiyovasküler hastalıklardır (14).

2.1.4. KBH tedavisi

KBH tedavisine Tablo 1 de belirtilen evrelere göre belirlenen eylem planına uygun bir şekilde yaklaşılabilir. Bu hastaların tedavileri konservatif ve replasman tedavileri olarak iki aşamada incelenir. Konservatif tedavi yöntemleri böbreklerin fonksiyonlarında belirli bir oranda azalmanın olduğu, ancak vücudun gereksinimlerini, kısmen de olsa, karşılayabilen hastalarda kullanılır. Bu yöntemler ile böbreğin mevcut fonksiyonları korunmaya, progresyon yavaşlatılmaya çalışılır. Diyet uygulamaları, hipertansiyonun tedavisi, proteinüri ve kan şekerinin kontrol altında tutulması, hiperfosfatemi ve hiperlipidemi tedavisi, anemi, kalp yetmezliği gibi değişik organ ve sistemlerde ortaya çıkan belirtilerin tedavisi bu yöntemler arasında yer almaktadır. Konservatif tedavi yöntemlerine rağmen, böbrek fonksiyonları kritik bir sınırın altına inen hastaların tümü SDBY'e aday olduklarından diyaliz veya transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine hazırlanırlar (8).

Evre 4'e giren hastaların nefrolog, damar cerrahı, hemşire, diyetisyen, ve sosyal hizmet uzmanı tarafından multidisipliner değerlendirilmesi, hastanın renal replasman tedavisi hakkında bilgilenmesine, başlangıç tedavi seçimine, damar yolunun hazırlanmasına ve zamanının belirlenmesine, diyet tedavisinin kontrolüne ve hastanın sosyal ve psikolojik destek almasının sağlanmasına olanak sağlar (9).

2.2.Renal Replasman Tedavileri

GFH'nın 15 mL/dk/1.73 m² altına düşmesiyle böbrek yetmezliği evresine girilmiş olur. Böbrek yetmezliği olan hastalara uygulanabilecek 3 temel tedavi hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek naklidir. Bu 3 tedaviye birden renal replasman tedavileri denir. Bir hastada olanak ve gereksinimlere göre RRT'leri arasında geçiş yapılabilir. Örneğin, bir hasta periton diyalizi ile tedaviye alınıp, periton diyalizi sonlandırılması gerektiğinde hemodiyalize geçilebilir; eğer uygun bir verici bulunursa da transplantasyonla yaşamını sürdürebilir (15).

Ülkemizde 2008 yılı sonu itibariyle toplam 54.034 hasta renal replasman tedavisi görmektedir. Bu hastaların % 74.5'i hemodiyaliz, %10.7'si periton diyalizi, %14.5'i transplantasyon tedavisi görmektedir (3).

2.2.1.Transplantasyon

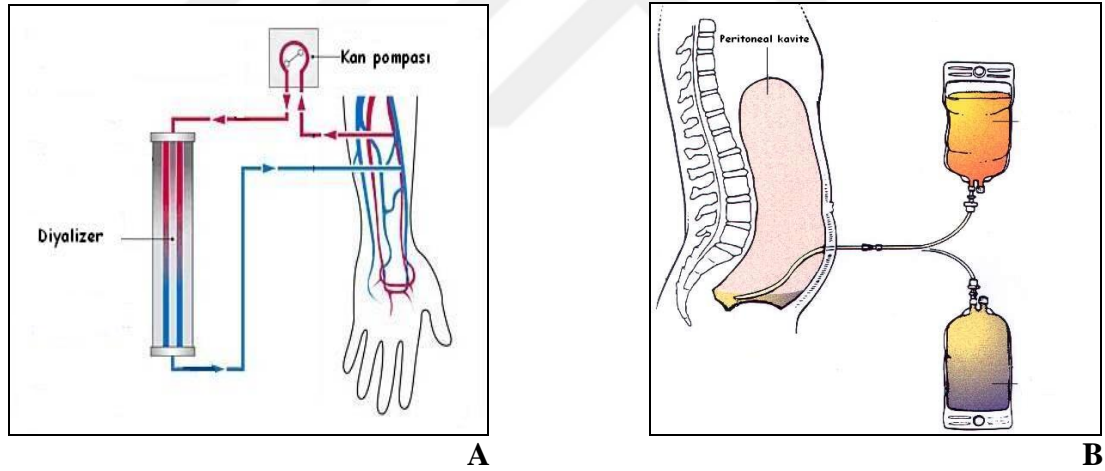
Diyalizle karşılaştırıldığında transplantasyonun daha uzun hasta yaşam süresi, daha düşük morbitide, ekonomik kazanç ve iyi yaşam kalitesi gibi avantajları vardır (Tablo.2). Ayrıca transplant böbreğin ortalama 20 yılı aşan yaşam süresi olabilmesi diyalize bir başka üstünlüğüdür. Ancak yapılan böbrek nakli sayısı yeterli değildir. Aralık 2003 itibariyle ABD'de transplantasyon için bekleyenlerin sayısı 56.000 i aşmışken her yıl yapılan transplantasyon sayısı ise 15.000'in altındadır ve bu rakam bekleme listesinden daha yavaş artmaktadır. SDBY'nin morbitide ve mortalitesi nedeniyle de pek çok hasta nakil şansından önce hayatını kaybetmektedir (6).

Tablo.2. Renal Replasman Tedavileri için Hasta Başına Yıllık Gider (15)

RRT yöntemi	Gider (ABD doları)
Hemodiyaliz	22.759 \$
Periton diyalizi	22.350 \$
Transplantasyon	Birinci yıl: 23.393 \$ İkinci yıl: 10.028 \$

2.2.2.Diyaliz

Diyaliz bir solüsyonun solüt içeriğini, bu solüsyonu yarı geçirgen bir membran vasıtasıyla içeriği farklı bir solüsyon ile karşılaştırarak değiştiren bir işlemdir. Her 2 solüsyonda bulunan su molekülleri ve düşük molekül ağırlıklı solütler membranda bulunan porlardan kolayca geçerek birbirine karışırken, proteinler gibi büyük solütler membrandan geçemedikleri için membranın her 2 yanında başlangıçtaki konsantrasyonunda kalırlar. Klinik uygulamada diyaliz işlemi, hasta kanının, hemodiyaliz tedavisinde vücut dışında yapay bir membran , periton diyalizi tedavisinde ise vücut içinde bulunan doğal bir membran olan periton aracılığıyla içeriği seçilmiş bir solüsyon(hemodiyaliz veya periton diyalizi solüsyonu) ile karşı karşıya bırakılması sonucu gerçekleşen bir tedavi yöntemidir.(Şekil 1) İnsanlarda ilk hemodiyaliz uygulaması 1944 yılında Kollf tarafından, periton diyalizi uygulaması ise 1923 yılında Ganter tarafından gerçekleştirilmiştir.(16)



Şekil 1. Diyaliz uygulama yöntemleri. A) Hemodiyaliz; B) Periton Diyalizi.

Diyaliz tedavisi diyaliz endikasyonu doğan akut böbrek yetmezlikli hastalara, (genellikle geçici bir süre) kronik böbrek yetmezlikli hastalara ve diyaliz membranı vasıtasıyla vücuttan uzaklaştırılabilecek bir toksinle zehirlenmiş olan hastalara uygulanır. Hem hemodiyaliz hem de periton diyalizi akut veya kronik bir şekilde uygulanabilir. SDBY gelişen hastalarda tüm dünyada en yaygın kullanılan renal replasman tedavisi hemodiyalizdir(16)

Hastaların hangi noktada diyalizle tanışacağı hakkında kesin kurallar yoktur. Bir nefroloğa başvurduktan sonra ilk 3 ay içerisinde diyaliz ihtiyacı doğan hastaların morbitide ve mortalite riskleri uzun süredir uzman kontrolü altında olanlardan daha fazladır. Erken başvuru ile progresyonun yavaşlatılabilmesi, kan basıncı ve hiperlipideminin kontrol altına alınarak diyalize başlandığında ek hastalık yükünün azaltılabilmesi, hepatit B aşısı yapılarak diyaliz öncesi yeterli immün cevap oluşturulabilmesi, zaman zaman da olsa diyalize başlamadan transplantasyon yapılabilme şansını yakalayabilmesi ve tedaviye uyumun artırılabilmesi gibi nedenler erken başvurunun avantajlarıdır (17)

İdeal olarak hastaların diyalize hazırlanabilmesi için zamana ihtiyaç vardır ve bu süreçte hastalar çeşitli diyaliz tercihleri hakkında bilgilendirilmelidir. Bazı hastalar sadece gelecekte bir gün diyalize ihtiyacı olduklarını bilirler ancak korku yada başka sebeplerle bunun dışında başka bir şey bilmek istemezler. GFH'yı 20 mL/dk/1.73 m² olan bir hastanın acil diyaliz ihtiyacı olabileceği endişesiyle tatile çıkmak istememesi gibi bazı hastalar yanlış bilgilere sahiptirler ve bu gibi durumlar nedensiz bir şekilde yaşam kalitelerini etkileyebilir. Bazı hastalar seyahat ve iş planlamaları gibi çok ciddi mesleki kararlar almak zorunda kalabilirler. Bazı hastalar ise inkar içerisinde olabilirler; yani diyalize ihtiyacı olduğunu bilirler ancak bunun gerçekte hiçbir zaman olmayacağını düşünürler. Bu yüzden tüm semptomları inkar ederler ve en sonunda gerçekten hasta olduklarında komplikasyonlarla birlikte diyalize başlarlar. Diyalizin kendileri için uygun olmadığını söyleyen hastalar da olabilir. Hastalar, aileleri ve yakın çevreleri ile görüşmek için zamana ihtiyaç vardır(17).

Periton diyalizi ve hemodiyalizin çoğu hastada eşit düzeyde renal replasman tedavisi sağladığı düşünülmektedir. Tedavi yönteminin seçimi, yaşam tarzı kararları ile ilişkili olarak, hastanın tercihine göre yapılmalıdır. Diyalizden çok önce başlayan uygun eğitim, hastanın mantıklı ve doğru karar verebilmesi için en uygun yoldur(6). Hemodiyaliz ve periton diyalizinin avantaj ve dezavantajları Tablo 3'de görülmektedir (15).

Tablo 3. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizinin Avantaj ve Dezavantajları

	Avantaj	Dezavantaj
Hemodiyaliz	Kısa tedavi süresi	Heparin ihtiyacı
	Küçük solütlerin uzaklaştırılması için çok verimli	Damar erişim yolu ihtiyacı
	Diyaliz merkezinde sosyal ortam oluşması	Kötü kan basıncı kontrolü Diyet ve tedaviye iyi uyum gerekmesi
Periton Diyalizi	Sabit seviyede biyokimya. Büyük solütlerin uzaklaştırılmasında daha etkin	Peritonit riski
	Yüksek hematokrit	Obesite riski
	Daha iyi kan basıncı kontrolü	Hipertrigliseridemi riski
	Diyalizatın kalori ve enerji kaynağı olması. Diyetin daha serbest olması	Malnütrisyon riski
	İntraperitoneal insülin uygulayabilme	Herni oluşması riski
	Hastanın kendi kendine uygulayabilmesi	Sırt ağrısı

2.2.2.1. Hemodiyaliz

Dializ, yarı geçirgen bir zar aracılığıyla temasa geçen kan ile diğer diyalizat sıvıları arasında, temel mekanizma olarak, konsantrasyon gradienti esasına göre çalışan difüzyon ile sağlanan madde geçişi ile gerçekleştirilen bir işlemdir. Hemodiyalizde kan vücut dışına alınıp, ekstrakorporeal olarak, diyalizör olarak adlandırılan bir yapı içindeki sentetik bir yarı geçirgen membran vasıtasıyla diyalizat ile karşılaştırılmakta ve diyaliz işlemini takiben kan tekrar vücut içine iade edilmektedir. Bu şekilde diyaliz membranından geçebilecek büyüklükteki maddeler, konsantrasyon gradientine göre hangi tarafta daha yüksek konsantrasyonda ise diğer tarafa

geçmektedir. Bunun dışında, hemodiyalizde hastadan sıvı yani başka bir deyişle su uzaklaştırma işlemi olan ultrafiltrasyon ise, hidrostatik basınç gradienti ile çalışan konveksiyon hadisesi ile gerçekleştirilmektedir. Hemodiyaliz uygulanması için, yeterli kan akımını sağlayan bir damar yolu, diyaliz membranını içeren diyalizör, diyalizat sıvısı ve işlemi güvenli ve kontrollü olarak gerçekleştirmek için tasarlanmış diyaliz cihazına ihtiyaç vardır (18).

Türk Nefroloji Derneğinin 2008 yılı Türkiye Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu verilerine göre Hemodiyaliz ülkemizde en sık uygulanan (%74.5) RRT yöntemidir. Ülkemizdeki hemodiyaliz makine sayısı 14.450 ve hasta sayısı 40.264'dür. Kronik hemodiyaliz nedeniyle izlenen hastaların % 56'sı erkek, % 44'ü kadındır. En çok 45-64 yaş (%42.4) ardından 65-74 yaş (%23.1) grubuna HD tedavisi uygulanmaktadır. 19 yaş ve altında hasta sayısı %1'dir. Hastaların %90.2'sine haftada 3 kez, %7.5'ine haftada 2 kez, %0.9'una haftada 1 kez hemodiyaliz seansı uygulanmaktadır. Yeni hemodiyaliz hastalarının % 35.2'sinde hemodiyalize acil şartlarda başlanmaktadır. Böbrek hastalıklarının erken teşhisi, nefroloğa erken yönlendirme, hasta eğitimi gibi faktörlerle bu oran düşürülebilir. 2008 yılı içerisinde yeni kronik hemodiyaliz hastalarının prediyaliz döneminde %54.5'i düzenli takip edilmekte ve sadece %49.7 hasta eğitim alabilmektedir. HD hastalarında hipertansiyon oranı %26.6 olarak bulunmuştur. Hastaların % 4.5'inde HbsAg, %12.7'sinde anti HCV pozitifdir. En sık rastlanan ölüm sebebi kardiyovasküler hastalıklar (%50.0) olup bunu serebrovasküler hastalık, malignite ve infeksiyonlar izlemektedir. Ölümünün %0.6'sı diyalize girmeyi reddetme nedeniyle gerçekleşmektedir (3).

2.2.2.2. Periton diyalizi

Esas olarak periton diyalizi, sıvı içeren 2 kompartmanı ayıran bir membran vasıtasıyla su ve solütlerin transportundan ibarettir. Bu iki kompartman, böbrek yetersizliğinde fazla miktarda üre, kreatinin, ve diğer solütleri içeren peritoneal kapillerlerdeki kanı ve tipik olarak sodyum, klorür, laktat veya bikarbonat içeren ve yüksek konsantrasyonda glukoz ilavesiyle hiperosmolar hale gelmiş, periton boşluğundaki diyaliz solüsyonunu içerir. Bir periton diyalizi değişimi sırasında, eş zamanlı olarak 3 transport olayı gerçekleşir: Bunlar difüzyon, ultrafiltrasyon ve

absorbsiyondur (19). Bir katater yardımıyla diyaliz solüsyonu hastanın periton boşluğuna yer çekimi etkisiyle verilip, bir süre bekletilerek periton kapillerlerindeki kanın sıvı ve solüt içeriği değiştirildikten sonra yine yer çekimi etkisiyle dışarıya drene olmasını sağlamak şeklinde uygulanır. Kronik periton diyalizi programları 2 şekilde uygulanır. Bunlardan biri solüsyon değişimlerinin elle yapıldığı sürekli ayakta periton diyalizi (SAPD), diğeri ise solüsyon değişimlerinin bir alet vasıtasıyla gerçekleştirildiği aletli periton diyalizidir (APD). Her 2 yöntemde evde uygulanan tedavi yöntemleridir. Kronik periton diyalizi tedavisinin başlatılabilmesi için öncelikle periton boşluğuna bir katater yerleştirilmelidir (16).

SAPD’de, periton boşluğu içerisine 2-2.5 litrelik solüsyonlar verilip gündüz 4-5 saat, gece 8-10 saat süre ile bekletilir. Hastanın karnında sürekli olarak solüsyon mevcuttur. APD ise sürekli siklik periton diyalizi (SSPD) ve gece aralıklı periton diyalizi (GAPD) şeklinde 2 yolla uygulanabilir. SSPD’de hasta gece yatarken makineye bağlanır. Makine gece hastanın 8-10 saatlik uyku döneminde otomatik olarak 2-2.5 litrelik 3-5 değişim gerçekleştirir ve hastanın karnında 14-16 saat kalacak olan 2-2.5 L’lik bir solüsyon bırakarak durur. Hasta uyanınca makinadan ayrılır. GAPD’de ise hasta yine gece yatarken makinaya bağlanır; makine hastanın 8-10 saatlik uyku dönemi boyunca otomatik olarak 6-10 değişim gerçekleştirir ve hastanın karnında solüsyon bırakmaksızın durur. Hasta makinadan ayrılır, hastanın karnı gün boyu boş kalır (16).

Periton zarı kapillerlerinde kan akım hızı 50-100 mL/dk’dır. Periton zarı yüzey alanı ise, yaklaşık olarak vücut yüzey alanına eşit olup, erişkinlerde 1-2 m² kadardır. Periton zarının suya ve solütlere karşı geçirgenlik özellikleri kişiden kişiye değişmektedir. Bu nedenle hasta periton diyalizine başladıktan en az 1 ay sonra peritoneal eşitlenme testi yapılarak o hastanın periton zarı karakteristikleri belirlenir. Böylece SAPD veya APD tedavilerinden hangisi için daha uygun olduğu saptanır. Düşük transport yeteneğine sahip hastalar yeterli solüt transportunun ancak sağlanabileceği uzun bekleme süreli SAPD için daha uygundur (16).

Periton diyalizi, ülkemizde diğer replasman tedavilerinden daha az uygulanmaktadır. Bazı hasta gruplarında ise özellikle endikedir. Bunlar küçük çocuklar, ciddi kardiyovasküler hastalığı olanlar, damar erişim yolu problemi olanlar, bir üniteye bağlı kalmak istemeyen ve sık seyahat edenler olarak sayılabilir. Ayrıca

damar erişim yolu problemleri sık olan diyabetik hastalarda da hemodiyalize göre daha avantajlı olabilir. Yaşam sürelerini karşılaştıran pek çok çalışmada 2 yöntemden birinin diğerine üstünlüğünü gösteren kesin bir sonuç elde edilememiştir. Ancak periton diyalizinde sağkalımın kısa dönemde hemodiyalizden daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bu periton diyalizinin residüel böbrek fonksiyonunu daha iyi koruması ile açıklanmaktadır. Zamanla residüel fonksiyonun azalması ve periton zarının bozulması ile periton diyalizi yeterli hale gelmemekte ve sağkalım azalmaktadır. Bu nedenle RRT'ne önce periton diyaliziyle başlanması, residüel renal fonksiyon azalınca hemodiyalize geçilmesi önerilmektedir. Bu tedaviye bütünleştirici tedavi denir. Ancak ciddi inflamatuvar barsak hastalıkları, abdominal abseler, ciddi psikiyatrik hastalık, yardımcı olmayan hastalar, entellektüel yetersizliği ve demansı olan hastalar için periton diyalizi mutlak kontrendikedir. Ağır malnütrisyon, ciddi abdominal yapışıklıklar, hiatal herni, ağır reflü özefajit, ciddi diyabetik gastroparazi, ciddi hipertrigliseridemi, uygunsuz ortam ve kötü hijyen ise periton diyalizi tedavisi uygulanmasının kontrendike olduğu hallerdir(15).

Türk Nefroloji Derneğinin 2008 yılı Türkiye Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu verilerine göre Periton diyalizi en az uygulanan (%10.7) RRT yöntemidir. 2008 yılı sonu itibariyle toplam 4417 hastanın %52.2'si erkek, %47.8'i kadındır. Hemodiyalizde olduğu gibi en çok 45-64 yaş hasta grubuna uygulanırken (% 46.4), hemodiyalizden farklı olarak 2.sıklıkta 20-44 yaş grubu (%36.4) hastada uygulanmaktadır. 19 yaş ve altı hasta sayısı hemodiyalizde %1 iken periton diyalizinde ise %2.9'dur. Periton diyalizinde de en sık ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar (%45.1) iken bunu infeksiyonlar (% 18.1) ve serebrovasküler hadiseler izlemektedir. Ölümlerin % 0.8'i diyalize girmeyi reddetme nedeniyle gerçekleşmektedir. Periton diyalizli hastalarda HbsAg pozitifliği % 4.4, antiHCV pozitifliği % 5.7 dir. (Hemodiyaliz hastalarında antiHCV pozitifliği %12.7'dir). Kronik PD uygulanan hastalarda en sık komplikasyon peritonit olup sıklığı 54.8 hasta ayında bir olarak bulunmuştur. Non enfeksiyöz komplikasyonların başında ise hiperlipidemi (%15.9) gelmektedir.(3).

2.3. Kronik Böbrek Hastalarında Ruhsal Sorunlar

Kronik hastalıklar ile birlikte psikiyatrik bozuklukların görülmesi yaygın bir durumdur. Özellikle SDBY hastalarında bu durum daha da sıktır. Öyle ki kronik diğer hastalıklarla kıyaslandığında SDBY'li diyaliz hastalarının mental bozukluklar sebebiyle hastaneye yatış sıklığı 1.5-3 kat daha fazladır. Bu durum sonuçta morbitideyi anlamlı bir şekilde etkilemektedir(5). Hastalar strese neden olabilen pek çok psikososyal problemle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu problemler hastalık ve tedavisinin etkileri, fonksiyonel kısıtlamalar, seksüel disfonksiyon, diyetteki kısıtlamalar, zaman açısından yaşanan sıkıntılar ve ölüm korkusundan oluşmaktadır. İlaveten evlilik hayatında yaşanan çatışmalar, idare veya tıbbi personelle gergin ilişkiler, tedavi maliyeti ve işsiz kalma konularına ilişkin sosyoekonomik kaygılar da mevcut olabilir (20).

Kronik böbrek hastalıkları ile diğer kronik hastalıklar benzer olsa da diyaliz tedavisi alan kronik böbrek hastalarının kendilerine özel bir takım durumları vardır. Hasta, ömür boyu kendini sınırlayan ve yetersizleştiren bir hastalıkla uğraşmak zorunda olup, bir makine yardımı ile bakım ekibine tam olarak kişisel bağımlılık içindedir. Hastalığı nedeniyle birçok kayıplara uğramış, tüm aktiviteleri sınırlanmıştır, yaşam kalitesi düşüktür, yaşam kalitesindeki düşüklüğün kısmen birlikte seyreden depresyona bağlı olması mümkündür (21).

Hemodiyaliz aleti böbrek işlevi görmekle birlikte böbreğin tüm fonksiyonlarını yerine getiremez. Özellikle bulantı, kaşıntı, halsizlik gibi bazı sorunlar devam eder. Bu durum hastada sağlığını ve özerkliğini yitirdiği ve tekrar kazanamayacağı endişesine neden olur. Ayrıca ailede bir bireyin diyaliz programına girmesi çoğu kez ekonomik bir yıkıma neden olmaktadır. Hasta bireyin iş gücü kaybı yanında tedavi masrafları da ek yük getirmektedir. Diyalizin başlangıç dönemlerinde aile bireylerinin hasta ile aşırı ilgili oldukları, sonra ilgilerini kayb ettikleri gözlenmektedir. Diyaliz hastalarının eşleri üzerinde yapılan çalışmalar psikolojik yakınlık gereksinimi yanı sıra agresyon içinde olduklarını göstermiştir. Hastalarda aile bireylerinin söz ve davranışlarına karşılık aşırı duyarlılık ortaya çıkmaktadır. Diyaliz hastalarının eşlerinin hastalara olumsuz duygular geliştirmelerinin önemli bir nedeni de hastaların cinsel işlev kayıplarıdır (22).

Vücut görünümü insanın kendine verdiği önemle yakından ilişkilidir. SDBH’de bu durum da kolaylıkla bozulabilir. Örneğin hastaya uygulanan doktora göre iyi bir fistül, hasta tarafından şekil bozucu olarak değerlendirilebilmektedir (17).

Bireysel farklılıklar görülmekle birlikte hastaların tepkileri 5 dönemde incelenebilir. Henüz diyalize başlanmayan üremik dönemde olan hastalarda KBY belirtileri ile birlikte ölüm korkusu, umutsuzluk, halsizlik ve zihinsel çökkünlük olur. Diyalizin başlamasıyla hastaların tedavileri ile ilgili endişelerin başladığı anksiyete dönemi ortaya çıkar. Diyalizde ilk 3 hafta semptomların gerilediği , hastanın ölümden döndüğünü hissettiği balayı dönemidir. Bu dönemde apati azalır, öfori olur. 4. dönem depresyon dönemidir. İlk 3 hafta veya 8-9 diyaliz seansından sonra hasta içinde olduğu bağımlılığın farkına varır, öfori azalır. Tedaviye uyum güçlükleri ve depresyonun sık görüldüğü bu dönem genellikle 3-12 ay sürer. Hasta 5. ve son dönemde artık makinaya alışmış ve yaşam ilgi alanlarına geri dönmüştür. İleriye dönük plan ve beklentiler vardır (22).

Birleşik Devletler Böbrek Hastalıkları Sistemleri (USRDS) verilerine göre SDBY hastalarında en sık görülen mental bozukluklar özellikle depresyon başta olmak üzere duygu durum bozuklukları, demans ve deliryum gibi organik beyin sendromları, ilaçlara bağlı rahatsızlıklar, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ve kişilik bozukluklarıdır (5).

2.3.1. Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları

Depresyon (çökkünlük), derin üzüntülü bazen de hem üzüntülü, hem bunaltılı bir duygudurumla birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu sendrom bedensel yada başka bir ruhsal hastalığa bağlı olmaksızın (birincil depresyon) ya da bedensel ya da başka bir ruhsal hastalığa bağlı olarak (ikincil depresyon) ortaya çıkabilir. İkincil depresyon asıl hastalığın (şizofreni, mide kanseri vs) doğrudan doğruya beyin işlevlerini etkilemesi ile değil, yarattığı psikososyal stres etkenleri, korkular, endişeler, çaresizlik duyguları sonucu gelişen ve asıl hastalığa eklenen ikinci bir hastalık, bir ek tanıdır (komorbitide). Addison hastalığı, hipotiroidi, bazı

ilaçların sürekli alımı, ensefalit gibi hastalıklar da görülen ve doğrudan doğruya beyin işlevlerinin etkilenmesiyle ortaya çıkan ve altta yatan nedenin ortadan kalkması sonucu düzelen depresyonlar tanımlama gereği gerçek ikincil depresyon olması gerekirken bu tür çökkünlükler ICD-10 da ‘organik depresyon’, DSM-IV’de ‘genel tıbbi duruma bağlı depresyon’ yada ‘madde fizyolojik etkilerine bağlı depresyon’ olarak adlandırılmaktadır. Hangi tür olursa olsun, çökkünlüğün sağaltımı ve olası sonuçları göz önünde tutulmalı, asıl hastalığın sağaltımının yanı sıra çökkünlüğün de önemli bir sorun olduğu unutulmamalıdır (23).

Hemodiyaliz hastalarında mortalite ile ilişkili olduğu bildirilen depresif bozukluk semptomlarının üremi semptomlarıyla benzerlik göstermesi depresyonun tespitinde sıkıntılara neden olmaktadır(24). Huzursuzluk, iştahsızlık, uykusuzluk, çökkünlük, apati, yorgunluk, ve dikkat bozukluğu gibi üremide rastlanan bulgular depresyonda da görülebildiğinden tanı koymak güçleşir. Her diyaliz hastasında üreminin kontrol altına alınma derecesi farklıdır. Bu nedenle çökkünlük belirtileri depresyondan çok yetersiz tedavi edilen üremiyi de gösteriyor olabilir. Üremi ile major depresyon nöbeti belirtilerini karşılaştıran araştırmacılar, yalnız suçluluk hissi ve ölüm veya özkıyım düşüncelerinin depresyona özgü olduğunu belirtmişlerdir. Halsizlik, uyku bozukluğu, ve cinsel istek azalması gibi belirtilerin ise tanı değeri düşük olduğunu bildirmişlerdir (25).

Toplum örneklemelerinde depresyonun erişkin kadınlarda nokta prevalansı % 5-9, erişkin erkeklerde ise %2-3 arasında olduğu saptanmıştır. Herhangi bir tıbbi durum için hastaneye yatırılan bireylerin % 14’ ünden çoğunda majör depresyon görülmektedir. 65 yaş üstü toplumda majör depresyon prevalansı %1 iken, hastanede tedavi gören yaşlılarda bu oran %11 olarak saptanmıştır (26).

Diyaliz hastalarında depresyon insidans ve prevalansına bakıldığında ise yapılan çalışmalarda net bir rakam verilememektedir. Genellikle %10-66 arasında değişen veriler rapor edilmektedir. (27-36). Farklı oranlar bildirilmesine neden olarak farklı tanı kriterleri, farklı ölçekler, fiziksel hastalığın farklı evreleri, depresyon belirtilerinin KBY belirtileri ile karıştırılıyor olması gibi metodolojik farklılıklar öne sürülmektedir (22). Diyaliz hastalarında intihar oranı da normal popülasyondan yüksektir. Bu konuda da bildirilen oranlar çok farklıdır (%0.1-%4.6). Bunun en önemli nedeni intiharı tanımlamanın çok güç olmasıdır. Hastanın kasıtlı olarak

diyetine uymayıp ölmesi de bir tür pasif intihar sayılabilir. Bu hastalarda kendine zarar verme eylemleri diyetten kaçamak yapanlar, diyete kasten uymayanlar, tedaviyi reddedenlerden aktif intihar girişimlerine kadar bir spektrum oluşturabilir (22). Diyaliz hastaları arasındaki özkıyım riskinin normal popülasyona oranla 15 kat daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (25). Kurella ve arkadaşları tarafından intiharın SDBY’li hastalarda oldukça yaygın olduğu, erkek cinsiyet, beyaz veya asyalı olma, hastanede kalma süresi, alkol veya ilaç bağımlılığının da bağımsız belirteçler olduğunu bildirmişlerdir (37).

Cukor ve arkadaşları(2007) tarafından hemodiyaliz hastalarında, depresyon ve anksiyeteyi karşılaştırdıkları çalışmalarında hastaların SCID-I tanılarına göre %29’unda depresyon, %27’sinde anksiyete bozukluğu bildirmişlerdir (38).

Mittal ve arkadaşlarının 43 periton diyalizi ve 134 hemodiyaliz uygulanan hastada yaptıkları çalışmalarında depresyon prevalansını hemodiyaliz grubunda %26,1 ; periton diyalizi grubunda ise %25,4 olarak bildirmişler ve aralarında istatistiksel olarak fark olmadığını belirtmişlerdir (27).

Watnick ve arkadaşları hemodiyaliz tedavisinin başlamasının hemen ardından Beck Depresyon Envanteri kullanarak 123 hastada depresyon prevalansını araştırmışlar ve hastaların %44’ünün kesme puanı üzerinde skor aldıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada beyaz olma (OR, 3.4; P = 0.02) ve yaşam kalitesindeki azalma (OR, 2.2; P = 0.003) ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu rapor edilmiştir (31).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmektedir. Yazıcı ve arkadaşları tarafından hemodiyaliz tedavisi görmekte olan 145 hastaya öncelikle Zung ölçeği ile tarama testi yapılmış, psikopatoloji saptanan 70 hastaya yapılan psikiyatrik muayenede 67 hastaya (%46) DSM-4 tanı kriterlerine göre majör depresif bozukluk tanısı koymuşlardır (39).

Göker tarafından hemodiyaliz tedavisi gören 46 hasta ve eşlerinde yapılan çalışmada SCID-I tanılarına göre hastaların %34.8’inde bir psikopatoloji saptanmamış, geri kalan hastaların %37’sinde depresyon, %13’ünde anksiyete bozukluğu, %6.5’inde genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu, %6.5’inde depresyon ve anksiyete komorbiditesi ve %2.2’sinde diğer ruhsal bozukluklar saptandığı bildirilmiştir. Eşlerin ise %71.7’sinde bir psikopatoloji saptanmamış olup

% 19.6'sında depresyon, %6.5'inde anksiyete bozukluğu, ve %2.2'sinde anksiyete bozukluğu ve depresyon komorbiditesi bildirilmiştir (40).

Sağduyu ve arkadaşları 64 HD hastasında Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve Kısa Form-36'yı (KF-36) kullanarak yaptıkları çalışmalarında hemodiyaliz hasta grubunda; depresyon alt ölçeğinde eşiği geçenlerin oranı %41.2, anksiyete alt ölçeğinde eşiği geçenlerin oranı ise %11.8 olarak bildirmişlerdir (41).

Diyaliz seyrinde sık görülen komplikasyonlardan biri olan depresyon büyük ölçüde kayıplarla ilişkilidir. Bu hastalarda depresyon bir kısır döngü oluşturur. Genellikle fiziksel durumun kötüleşmesi ile ilişkili olan depresyonun varlığı immün sistemi, kişisel hijyeni ve mücadele gücünü etkileyerek hastalığın seyrini olumsuz etkiler ve ortalama yaşam süresini kısaltır (22).

Birçok kronik hastalıkta olduğu gibi diyaliz tedavisi gören hastalar da inkar mekanizmasına başvururlar. Bunun en önemli belirtisi hastaların diyalizi geçici bir tedavi olarak düşünmeleridir. Bir çok hasta bir süre sonra iyileşeceğini düşünür. Bu inkar çoğu kez sanrıya benzer. Ortadan kaldırılmak istense de kolayca kaldırılamaz. Bazı gözlemlere göre inkar ortadan kalkarsa bu ani olmakta ve intiharla sonuçlanan depresyonlara yol açmaktadır. Bazen de inkar o kadar şiddetlidir ki hasta, hasta olduğunu kabul etmediğinden tedaviyi reddeder (psikotik inkar). Bazı hastaların psikiyatristlerle görüşmeye isteksiz olmaları da bu inkarlardan kaynaklanır. Psikiyatrist başarıyla sürdürülen inkara karşı bir tehdit oluşturur ve hasta psikolojik bir sorunu olduğunu reddeder (22).

Erengin ve arkadaşlarının hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan 62 hastayı Kısa Yetiyitimi Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri ve Beck Depresyon Ölçeği kullanarak yetiyitimi, depresyon ve anksiyete yönünden karşılaştırdıkları çalışmalarında hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda depresyon düzeyinin SAPD grubuna göre daha yüksek olduğunu, sürekli kaygı düzeyinin ise hemodiyaliz hasta grubunda daha belirgin olmak üzere iki grup hastada da normal popülasyondaki sınırlardan daha fazla olduğu bildirilmiştir. Araştırmada her iki grupta da yetiyitimi oranları yüksek olmakla birlikte gruplar arasında fark saptanmamıştır. Ancak bazı alt değişkenlerde hemodiyaliz hastaları SAPD hastalarına göre daha fazla yetiyitimine uğradığı belirtilmiştir. Hemodiyaliz hastalarında yetiyitimi ile depresyon, durumluk ve sürekli kaygı puanları arasında

yüksek korelasyon bulunmuş, SAPD hastalarında yetiyitimi ile sadece depresyon arasında korelasyon bulunduğu bildirilmiştir (47).

Anksiyete ise yoğun korku hissine eşlik eden somatik yakınmalar ile ilişkili bir durumdur. Kalp çarpıntısı ve terleme gibi somatik yakınmalar otonom sinir sistemi hiperaktivitesine işaret etmektedir. Bilinen bir tehlikeye uygun bir yanıt olan korkudan farklıdır. Anksiyete bilinmeyen müphem veya çelişkili bir tehdide verilen yanıttır (42).

Anksiyete, genellikle, tüm benliğe nüfuz eden, iyi tanımlanamayan ve çok yönlü bir yaşantıdır. Anksiyeteli biri deneyimlediği korku, heyecan, huzursuzluk, panik, kötü bir şey olacaktıymış hissi yanı sıra başka belirtiler de yaşar. Anksiyete özde bir emosyon olmakla birlikte her türlü anksiyete haline daima üç farklı ögenin eşlik ettiği gözlemlenmektedir. Bunlar bedensel veya somatik öge, bilişsel öge ve davranışsal ögedir. Bedensel ögede anksiyetenin yarattığı kalp çarpıntısı, terleme, gevşeyememe hali, irritabilite, uykusuzluk vb gibi çok sayıda fiziksel belirtiler yer almaktadır. Bu belirtiler emosyonel haller ile endokrin ve otonomik işlevlerin entegrasyonunun doğal sonucudur. Bu belirtilerin bizzat kendisi de korku verici yada anksiyete uyarıcı olabilir. İkinci öge bilişsel ögedir. Kişinin önemli bazı durumlara, olaylara, duyumlara ve mental işlevlere tehlikelilik atfetmesi bir dizi emosyonun, düşüncenin, eylemin ve bazı fizyolojik yanıtların tetiklenmesine yol açmaktadır. Anksiyete bozukluğu hastalarında etyolojisi ne olursa olsun bilişsel içerik tehlike odaklı olan, anksiyete uyarıcı, varolan anksiyeteyi arttırıcı ve sürdürücü düşüncelerle doludur. Ayrıca kendilerinin bu tehlikelerle başa çıkma becerilerini küçümsemektedirler. Üçüncü öge ise anksiyetenin davranışsal boyutudur. Tehdit algısı, korunma amaçlı aktif kaçınma eylemlerini tetikler. Kişiler öznel veya fizyolojik huzursuzluk yaratabilecek durumlar, yerler yada olaylardan uzak durma eğilimindedirler. Bazen bu kaçma davranışı oldukça şiddetlidir ve kişi kaçtığı duruma girmeye zorlandığında panik atağı boyutuna varan şiddetli bir anksiyete atağı yaşayabilir. Hastalar anksiyete yaşamamak veya tehlikeli gördükleri şeylerden kendilerini korumak için bir çok güvenlik önlemine (etkili ve sorun çözücü olmayan davranışlar da dahil) başvurmaktadır. Kaçma ve güvenlik davranışları anksiyeteyi geçici olarak yatıştırmakla birlikte, hastalığı sürdürücü işlev görmekte ve hatta bu davranışların kendisi yeni belirtiler üretmektedir (43).

Diyaliz hastalarında makineye bağımlılık, otonominin sınırlanması, fiziksel durum, iş, aile düzenlerindeki bozulmalar bu kaygıyı artırır. Hastalığın, yaşantının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlevlerin bozulacağı korkusu, ekonomik yetersizlik kaygı yakınmalarını artırmaktadır. Katastrofik kaygı ve panik ile baş edebilme sürecinde kızgınlık ve inkar davranışları görülmektedir (7).

DSM-IV TR’de bozukluk klinik önemi olan davranışsal ya da ruhsal bir sendrom veya patern şeklinde tanımlanmıştır. Bu durum bir distresle, bir yeti yitimiyle, önemli derecede artmış ölüm, ağrı yada yetiyitimi riskiyle veya önemli bir özgürlüğün kaybıyla ilişkili olmalıdır. DSM-IV’te bu tanıma uygun olarak belirlenmiş ve ortak temaları korku, anksiyöz beklenti ve endişe olan anksiyete bozukluğu kategorileri mevcuttur. Bunlar obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi (sosyal anksiyete bozukluğu), yaygın anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, agorafobisiz panik bozukluğu, agorafobili panik bozukluğu, panik bozukluğu olmadan agorafobi, madde yada bedensel bozukluğa bağlı anksiyete bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğudur. Farklı kategorileri oluşturan özellikler anksiyetenin odaklandığı durum, özgül tetikleyiciler ya da süreleridir. Ancak bu kategoriler kesin sınırlar oluşturulamamakta ve bozukluklar arasında önemli ölçüde semptomatik örtüşme söz konusudur.

Anksiyete (bunaltı) bozuklukları duygudurum bozuklukları ile birlikte toplumda çok yaygın olarak görülmekte ve önemli iş gücü kaybına neden olmaktadır. Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %13.6 ile %28.8 arasında bildirilmektedir. Genel toplumda en sık görülen anksiyete bozuklukları ise özgül fobiler olup bunu sosyal fobiler izlemektedir. Yaygınlığı en az olan ise obsesif-kompulsif bozukluktur (23).

2.3.2. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, “subjektif iyilik hali” veya bir diğer ifadeyle “kişinin kendi yaşamından memnun olma durumu” olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de benzer şekilde yaşam kalitesini, “bireyin, gerek kültürel ve içinde bulunduğu

ortamın değer yargıları, gerekse kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında, hayatta kendi durumunu algılama biçimi” olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesinin belirlenmesinde, bireyin kişisel durumu ve sosyokültürel durumu temel faktörler olarak yer almakta, sağlık durumu da gerek kişisel gerekse sosyokültürel durumu etkileyerek yaşam kalitesi üzerinde belirleyici rol oynayabilmektedir. Yaşam kalitesi daha geniş, çok boyutlu bir kavram olup fiziksel, fonksiyonel, emosyonel/mental ve sosyal boyutları mevcuttur. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin sadece bir bölümünü oluşturmakta ve kişinin içinde bulunduğu sağlık durumundan memnuniyet durumunu ve sağlık durumuna verdiği emosyonel cevabı da içeren bir kavram olarak kabul edilmektedir . Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin belirlenmesinde, hastanın sağlık durumu, kişisel ve sosyokültürel özelliklerinin yansımaları olan istek ve beklentileri, sağlık durumu nedeniyle bu istek ve beklentileri gerçekleştirme yeteneğindeki kısıtlanmalar ve hastanın bu kısıtlanmalar karşısındaki tepkisi ve emosyonel durumu rol oynamaktadır (44).

Başka bir ifadeyle yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanabilir. Mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak “iyi olma durumu” olarak da kullanılabilen, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavramdır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise bir birey ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır ve bir bütün olarak yaşam kalitesi ve onun belirleyicilerinin gerek bedensel, gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıkça gösterilmiş olan yönlerini içerir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (45).

Yaşam süresinin uzaması yeni tedavi alternatiflerinin uygulanmaya başlanması, sağlık hizmeti çıktısında geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına yol açmıştır. Artık bir klinik uygulamanın yada sağaltım alternatifinin başarısı yada başarısızlığı biyolojik ve sosyodemografik göstergelere ek olarak, o hastanın yaşam kalitesine yaptığı olumlu yada olumsuz gelişmelerle de değerlendirilmeye başlanmıştır. Diğer bir değişle bir sağlık girişiminin başarısı, hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik ve yeti yitimi ve daha geniş olarak da bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilir. Varılan nokta sağlıkla ilgili müdahalelerde

sonuç göstergelerinin sadece yaşamları kurtarma temelinde değil, aynı zamanda onları 'geliştirme' temelinde olmaları gerektiğidir (46).

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler jenerik ve hastalığa özgü olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Jenerik ölçütler; genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçütlerdir. Hastalığa özgü ölçütler ise sadece o hastalık grubunda kullanılan ölçütlerdir. SF-36 jenerik ölçütler içerisinde en yaygın kullanılanlardandır. Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir. Fiziksel komponent ve mental komponent olmak üzere iki özet skalası vardır. Fiziksel komponent özet skalası fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından, mental komponent özet skalası ise; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından oluşur (48).

SDBY olan hastalarda yaşam kalitesi ile morbidite ve mortalite arasında yakın bir ilişki saptanmıştır. Bundan dolayı hastaların yaşam kalitesini arttıracak tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaşılması gerekir. Kronik böbrek yetmezliği bulunan hastanın sağlığının bozulmasına ek olarak, tedavisi de tıbbi kurumlara bir düzeyde bağımlılık getirmektedir. Renal replasman tedavi yöntemlerinden en yaygın uygulananı olan hemodiyaliz , hastanın bir sağlık merkezine ömür boyu bağlanması nedeniyle tedavisinin başlanması ile hastanın yaşam kalitesinde değişiklikler olmaktadır. Öncelikle hastada yorgunlukta artma, güçsüzlük ve bunun getirdiği yitimler ön plana çıkmaktadır. Hemodiyaliz kısa dönemde fiziksel sorunlara bağlı rol güçlükleri ve genel sağlık algılanmasında bozulmaya neden olurken uzun dönemde fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında bozulma ile fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı rol güçlüklerine yol açmaktadır. Ayrıca bu hastalarda normal topluma kıyasla başta anksiyete ve depresyon olmak üzere, daha çok ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında hemoglobin, hematokrit düzeyi; albumin, kan üre azotu (BUN), fosfor, kalsiyum gibi

biyokimsiyal parametreler; diyaliz süresi, üremi belirtilerinin şiddeti ve böbrek dışı eşlik eden ek hastalıklar gelmektedir (49).

Abram kronik böbrek hastalarının diyalize uyum sürecini dört aşamalı değerlendirmiştir:

1.dönem : diyalize başlamadan önceki dönem (üremik dönem) : Hastalar çoğunlukla üremik hastalığın fizyolojik ve ruhsal komplikasyonları içerisinde. Yasamın tehdit altında olduğu endişesi yaygındır. Yorgunluk, halsizlik, ruhsal çöküntü içerisinde.

2.dönem: Diyaliz uygulamasına başladıktan sonra apatinin azaldığı, ölümden geri dönme duygu ve düşüncesinin geliştiği, sıklıkla öforinin eşlik ettiği bir dönemdir.

3. dönem (yaşama dönüş): 8-9 diyaliz uygulanmasından sonra başlangıçtaki öforinin azaldığı, hastanın diyalize alıştığı ancak bunun yanında makineye bağlı olma ile ilgili psikososyal sorunların geliştiği bir dönem görülmektedir. Kısıtlamalar, engellemeler, uyum güçlükleri, bağımlılık çatışmalarının geliştiği bu dönem 3-12 ay sürebilir.

4.dönem (normale dönüş) Ölümden kurtuluşun gerçekleştiği ancak yaşam kalitesinin gündeme geldiği dönemdir. Makineye alışılmıştır, hastalığın ve tedavi uygulamalarının el verdiği ölçüde yaşam ilgi alanlarına yeniden dönmüştür. Gerçekçi kabullenme sağlanmış, ileriye dönük plan ve beklentiler (organ nakli) gelişmiştir. Bunun yanında makineye bağımlılık, sıkı diyet gibi yaşamın kısıtlanması söz konusudur (7,50).

Bu normale dönüş döneminde hastaların hemodiyalizi tolere edebilmesinde en önemli etken hastalığın, hemodiyalizin ve bu yaşam tarzının kabul edilebilmesidir. Bunu gerçekleştiren hastalar durumlarını hala inkar eden hastalara kıyasla daha uyumlu, başarılı, aktif ve rahat bir yaşam geçirirler (50).

Diyaliz ve transplantasyon tekniklerinin ilk uygulandığı dönemlerde dikkat, yaşamı ne ölçüde uzattıklarına yönelmişken, sonraları kurtardıkları yaşamın niteliği merak edilmeye başlanmıştır. Bazı diyaliz hastalarının, sonuçların tamamen farkında olarak tedaviyi durdurma kararı vermeleri konuyu dramatik bir boyuta taşımıştır. De Nour ve Shan çalışmalarında diyaliz hastası mı yoksa transplantasyon alıcısı mı olmanın daha iyi bir yaşam sağladığını araştıran çalışmasında nakil gerçekleşmiş

hastaların kendini daha iyi hissettikleri ve bir daha diyalize dönmemeyi dilediklerini belirtmişlerdir (25).

Hastanın yaşam kalitesi algılamasına hitap etmek tıbbi ekip ve aile için esastır. Bu durum diyalize başlarken veya diyalizin durdurulması hakkında karar verilirken özellikle önemlidir. Yüksek yaşam kalitesine özellikle önem veren hastalar ve kendini iyi hissetme duyumu artmış olanlar diyaliz reçetelerine çok daha iyi uyum gösterebilirler. Eritropoetinin tedavisi de hastaların yaşam kalitesini yükseltmiştir. Başarılı böbrek transplantasyonu geçiren SDBY hastaları, transplantları yetersizliğe uğramış veya diyalizle tedavi edilenlere göre yaşam kalitelerine daha fazla değer verme eğilimindedirler. Hekimler, verdikleri tıbbi kararların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini çok iyi düşünmeli ve bu konuları hastaları ve aileleriyle birlikte derinlemesine tartışmalıdırlar. Ayrıca hastanın bakımdan duyduğu memnuniyet, değerlendirilmesi gereken yaşam kalitesinin önemli bir yönünü oluşturmaktadır (11).

Kimmel diyaliz hastalarındaki stres faktörlerini; diyet kısıtlaması, tedavinin bizzat kendisinin uzun zaman alması, fonksiyonel kısıtlılıklar, iş kaybı, aile içinde, iş çevresinde veya sosyal alanda yaşanan rol kayıpları, cinsel işlevlerdeki değişimler, hastalık etkileri, tedavi yan etkileri ve ölüm korkusu olarak sıralamıştır (51).

Diaz-Buxo ve arkadaşlarının SF 36 yaşam kalitesi ölçeği kullanarak 16755 hemodiyaliz ve 1260 periton diyalizi uygulayan hastada yaptıkları çalışmalarında hemodiyaliz grubunda ortalama fiziksel komponent skorunu 33.3 ± 10.4 ve ortalama mental komponent skorunu 47.5 ± 11.7 olarak; periton diyaliz uygulayan hasta grubunda ortalama fiziksel komponent skorunu 33.7 ± 10.6 ve ortalama mental komponent skorunu 47.9 ± 11.6 olarak tespit etmişlerdir (52).

Mittal ve arkadaşlarının 43 periton diyalizi 134 hemodiyaliz tedavisi alan hastada SF 36 yaşam kalitesi ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmalarında periton diyalizi grubunda ortalama fiziksel komponent skoru $31,8 \pm 7,8$ ve ortalama mental komponent skorunu $47,1 \pm 10,7$ olarak; hemodiyaliz uygulayan hasta grubunda ortalama fiziksel komponent skoru $36,9 \pm 8,8$ ve ortalama mental komponent skorunu $48,7 \pm 9,3$ olarak tespit etmişlerdir. Fiziksel komponent skor ortalaması açısından iki grubun istatistiksel olarak birbirlerinden anlamlı derecede farklı olduğunu bildirmişlerdir (27).

Cukor ve arkadaşları tarafından (2008) 70 hemodiyaliz hastası ile SCID, HADS, SF-36 ve Böbrek hastalıkları yaşam kalitesi-kısa form (KDQOL-SF) kullanarak yaptıkları çalışmalarında hemodiyaliz tedavisi altındaki erişkin hastalarda anksiyete bozukluklarını incelemişler ve SCID-I verilerine göre hastaların %45.7’de anksiyete bozukluğu, % 40’ında ise duygudurum bozukluğu tespit ettiklerini rapor etmişlerdir. Ayrıca anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesiyle ilişkisini araştırmışlar ve negatif yönde korelasyon olduğunu bildirmişlerdir (53).

2.3.3. Cinsel Hayatları

SDBY hastalarında, üreminin, nöropatinin, otonom disfonksiyonun, vasküler hastalığın, depresyonun ve ilaçların etkilerine bağlı olarak seksüel disfonksiyon prevalansı yüksektir. Bu hasta grubundaki seksüel bozukluklar libido azalması, erektil disfonksiyon, menstrual bozukluklar ve infertilitedir. Diyaliz tedavisi gören erkeklerin yaklaşık % 70’inde impotans olduğu düşünülmektedir. Diyaliz tedavisi altındaki kadınlar fertilité ve menstruasyon bozukluklarına sahiptir. SDBY’li hastalarda en sık görülen menstrual bozukluk anovulasyondur.(11) Bazı hastalar penisleri idrar boşaltmayınca cinsel işlevlerini de kaybettiklerini düşünürler. Cinsel işlev kaybının derecesi ve nedenleri oldukça tartışmalıdır.Bunların oluşumunda fiziksel ve psikolojik nedenlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir (22).

Cinsel işlev bozuklukları, insandaki cinsel yanıt evreleri olan cinsel istek, uyarılma ve orgazm aşamalarındaki aksamalardan kaynaklanmaktadır (54). Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının dördüncü gözden geçirilmiş baskısında (DSM-IV-TR) cinsel işlev bozukluğu, ya cinsel yanıtın fazlarında bozulma ya da cinsel ilişki sırasında ağrı olarak tanımlanmıştır (55).

Cinsel işlev bozuklukları toplumda çok sık rastlanan sorunlardır. Sadece cinsel istek azlığının yaşam boyu prevalansı kadınlarda %27-33, erkeklerde %16 olarak bildirilmektedir. Cinsel işlev bozukluklarının hem organik, hem de psikolojik nedenleri vardır. Ayrıca sorun organik nedenlerle ortaya çıksa bile, bir süre sonra psikolojik etkenler de tabloya eklenebilmekte ve durumu içinden çıkılmaz bir hale getirebilmektedir (22).

Demir ve arkadaşlarının premenapozal dönemdeki 132 evli kadınla kadın cinsel fonksiyon indeksi kullanarak yaptıkları bir çalışmada kadınların %28,6'sında cinsel işlev bozukluğu saptamışlardır (56). Öksüz ve arkadaşları ise Ankara'da yaşayan 18-55 arası 518 sağlıklı kadınla yaptıkları çalışma sonucunda cinsel işlev bozukluğunu 18-30 yaş grubunda %41; 31-45 yaş grubunda %53,1; 46-55 yaş grubunda ise %67,9 olarak bildirmişlerdir (57). Ege ve arkadaşlarının 15-49 yaş sağlıklı evli kadınlarla kadın cinsel fonksiyon indeksi kullanarak yaptıkları çalışma sonucunda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını %45,6 olarak saptamışlardır (58). Ülkemiz dışında yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar rapor edilmektedir. Laumann ve arkadaşları ABD'de 18-59 yaş arası 1749 kadın ve 1410 erkekle yaptıkları prevelans çalışmalarında kadınların %43 erkeklerin %31'inde cinsel işlev bozukluğuna rastlandığını bildirmişlerdir (59).

Diyaliz tedavisi altındaki hastalarla yapılan çalışmalarda cinsel işlev bozuklukları topluma oranla daha sık görülmektedir. Bahar ve arkadaşlarının hemodiyaliz uygulanan 46 evli hastada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ve HAD ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada hastaların %54,3'ünde depresyon, %30,4'ünde anksiyete ve %76,1'inde cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır (60).

Peng ve arkadaşları tarafından 411 erkek hemodiyaliz hastasında Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (IIEF), Beck Depresyon Ölçeği ve SF-36 kullanarak yaptıkları çalışmada 154 hastanın IIEF ölçeğini tamamladığını bildirmişlerdir. İleri yaş, diyabet ve yüksek BDI skorlarının seksüel fonksiyon bozukluğunun bağımsız faktörleri olduğunu rapor etmişlerdir (61).

Zamd ve arkadaşlarının Fas'ta yaşayan hemodiyaliz tedavisi altındaki 86 erkek hasta ile hemodiyaliz öncesi ve sonrası seksüel fonksiyon bozukluklarını karşılaştırdıkları çalışmada diyaliz öncesi vakaların %94,2 sinin seksüel aktivitesinin olduğu ve %48,8'inin haftada 2-3 kez cinsel ilişkiye girdiği, diyaliz sonrası ise vakaların %69,8'inde seksüel aktivitenin devam ettiği ancak ilişkiye girme sıklığında %81,4 bir azalma olduğunu tespit etmişlerdir. Diyaliz sonrası vakaların %51,2'si ayda birden daha az cinsel ilişkiye girdiklerini ve vakaların %43'ünün son 6 ayda hiç cinsel ilişkiye girmediklerini bildirilmiştir. Hemodiyaliz öncesi haftada birden daha fazla ilişkiye girme sıklığının hemodiyaliz sonrası ile kıyaslandığında %74,4'den %30,2'e gerilediği rapor edilmiştir (62).

Soykan ve arkadaşları tarafından diyaliz uygulanması sırasında toplam 43 hastada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kullanarak cinsel işlev bozukluklarının seyrini araştırmışlar ve başlangıçta cinsel işlev bozukluğunu kadınlarda %61, erkeklerde %36 olarak bildirmişlerdir. 6 aylık takip sonrası tekrar değerlendirildiğinde kadınlarda bir değişiklik olmamış ve tekrar % 61 olarak bulunmuşken ,erkeklerde 6 ay sonra %27'e gerileme gözlemlendiği bildirilmiştir (63).

Endokrin değişiklikler, çeşitli ilaçlar, genel fiziksel durum, aile içi sosyal rollerdeki değişimler, psikososyal faktörler ve depresyon çeşitli oranlar da cinsel işlevleri bozar. Erkek hastalar da empotans yaygınken, testesteron düzeyi ve spermatogenezde azalma bildirilmiştir. Kadınlarda da orgazm yaşantısında azalma, erkeklerde kendi potansiyellerini test etmeye yönelik masturbatuar davranışlar bildirilmiştir. Diyaliz hastalarında empotans gelişiminde organik faktörlerin rolü yüksek olmakla birlikte, bu ortaya çıkan cinsel işlev bozukluklarının şiddet ve yaygınlığını açıklayacak oranda değildir. Organik faktörlerin yanında, hastalığın psikolojik ve psikososyal komplikasyonları da rol oynamaktadır. Depresyon psikik faktörlerin en başında gelmektedir. Erkek hastalarda iş ve ev dışı rol ve etkinliklerde azalma, kadın hastalara nazaran daha çok genel bir yetersizlik duygusuna neden olmaktadır (7).

2.3.4. Stresle Başa Çıkma Tutumları

Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir tutumdur. "Başa çıkma", bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir. Söz konusu durumlara karşı kişinin kullandığı başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilir ve bireye özgü bir nitelik taşımaktadır(64). Baş etme, çevreden ve içten gelen istekler ve çatışmaları kontrol etmek için yapılan davranışsal ve bilişsel çabalarıdır. Baş etme için en önce gerekli olan şey, kişiyi tehdit edici veya sıkıntı verici bir olayın varlığıdır. Stresli yaşam olayını takiben gelişen otomatik, biyolojik temelli davranışlar değil, bilinçli, amaçlı olarak yapılan davranışlar ve bilişsel

değişikliklerdir. Baş etme kavramı, stres gibi, anlamında fikir birliğine varılmış bir kavram olmayıp, çok sayıda fenomeni altında toplayan kompleks bir yapı olarak tanımlanabilir (65).

Bireyin kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi, kişinin kendi kültürü ve değerler sistemi içinde hastalığın olumsuz sonuçlarını en aza indirmek ya da tümüyle başa çıkmak için bir takım tutumlar geliştirmesi ile sonuçlanır. Hastalık ile başa çıkma tutumları özgül bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaları içerir. Genel olarak başa çıkma tutumlarını sorun çözmeye yönelik olanlar ve emosyon odaklı olanlar şeklinde ayırmak olasıdır. Bunlardan ilki sorunun ana kaynağına ilişkin başa çıkma tutumlarını, ikincisi ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını içerir. Bir başka şekilde, başa çıkma tutumları aktif ve pasif olan tutumlar şeklinde tanımlanmaktadır. Aktif olanlar stresörün kendisinin değiştirilmesini ya da ortadan kaldırılmasını hedefleyen davranışsal ya da psikolojik yanıtları, pasif olanlar ise stresörlerden uzaklaştıran davranışları içerir. Bu açıdan başa çıkma tutumlarını uyuma yönelik olanlar ve olmayanlar şeklinde tanımlamak da mümkündür. Uyuma yönelik olmayan (maladaptif) başa çıkma tutumları, stres oluşturan etkenler ya da yaşam olayları ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkinin anlaşılmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Uyuma yönelik ya da aktif başa çıkma tutumlarından çok, emosyonel gerilimi azaltmaya yönelik başa çıkma tutumlarının kullanılması ile psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürmesinde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu bağlamda kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek; tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacaktır (64).

Erdem ve arkadaşları COPE başa çıkma ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmalarında başa çıkma tutumlarını sorun odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları şeklinde 3 başlık altında ele almışlar. Buna göre aktif başa çıkma, plan yapma, geri durma, yararlı sosyal destek kullanımı ve diğer meşguliyetleri bastırma sorun odaklı başa çıkma tutumları başlığı altında; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme duygusal odaklı başa çıkma tutumları olarak ; Zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, madde

kullanımı ve davranışsal boş verme ise işlevsel olmayan başa çıkma tutumları olarak değerlendirmişlerdir (66).

Baş etme yönteminin seçiminde bireyin olaya ilişkin değerlendirmesi önemlidir. Eğer bir olay değiştirilebilir olarak değerlendiriliyorsa problem odaklı baş etme, değiştirilmeye uygun olmadığı ancak tolere edilmesi gerektiği düşünülüyorsa duygu odaklı baş etme yöntemleri kullanılmaktadır. Baş edebilmede 2 temel işlev vardır. Biri sıkıntı yaratan problemi değiştirmek yada yönetmekken, diğeri probleme karşı oluşan duygusal yanıtları düzenlemektir. Bunlardan birincisine “problem odaklı baş etme”, ikincisine ise “duygu odaklı baş etme” denir . Problem odaklı baş etme; bilişsel problem çözme, karar verme, kişiler arası anlaşmazlıkları çözümlenme, öğüt alma, amaç belirleme, zamanı iyi değerlendirme yöntemlerini içerirken, duygu odaklı baş etme; olayın anlamını değiştirmeye yönelik bilişsel çabalar, bilişsel yeniden şekil verme, sosyal benzetmeler, en aza indirmeye, olayları iyi yönüyle görme gibi yöntemleri içermektedir. Araştırmalar kişinin her türlü stresli olayda, her iki baş etme yolunu birlikte kullandığını göstermiştir (65).

Çetinkaya ve arkadaşları 31 Hemodiyaliz ve 30 SAPD tedavisi alan toplam 61 hastada Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, ve COPE Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği uygulayarak yaptıkları çalışmada depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumlarını karşılaştırmışlar ve hemodiyaliz hastalarında depresyon görülme oranı %61.3 iken, SAPD hastalarında bu oranı % 33.3 olarak bulmuşlardır. İki grup arasında depresyon açısından anlamlı bir fark bulunmuşken, durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri arasında fark saptanmamıştır. Stresle başa çıkma tutumlarını değerlendirmelerinde her iki grupta da en sık dini olarak başa çıkma, ikinci olarak pozitif yeniden yorumlama ve gelişme yöntemi kullanılmaktadır. Gruplar arasında sadece şakaya vurma ve zihinsel boş vermede istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildiği bildirilmiş olup her ikisi de periton diyalizi uygulanan grupta daha sık kullanılmaktadır (67).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma hemodiyaliz ve SAPD tedavisi alan hastalar ile kontrol grubunun depresyon ve anksiyete bozuklukları, yaşam kaliteleri, cinsel hayatları ve stresle başa çıkma tutumlarını belirlemek ve karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. Bu çalışma kontrol gruplu kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri

Bu çalışmaya İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi ve İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde takipleri yapılan 41 SAPD hastası ile Özel Çapa Hastanesi ve Özel Fatih Diyaliz Merkezinde hemodiyaliz tedavisi gören 42 HD hastası alınmıştır. Bu iki gruba ek olarak çalışmaya 41 sağlıklı gönüllüden oluşan kontrol grubu da dahil edilmiştir. Kontrol grubu cinsiyet, yaş, gelir durumu algısı ve medeni durumları bakımından her iki hasta grubuyla uyumlu kişiler arasından seçilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini HD ve SAPD tedavisi uygulanan bütün kronik böbrek hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini İstanbul ilinde yer alan bir tıp fakültesi, bir eğitim ve araştırma hastanesi ve iki özel sağlık kuruluşunda hemodiyaliz ve SAPD tedavisi görmekte olan toplam 83 hasta oluşturmaktadır. İlgili hastanelerde araştırma yapabilmek için hastane başhekimliklerinden yazılı izinler alınmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; hastaların en az 1 yıldır diyaliz tedavisi altında olmaları, okuryazar olmaları, araştırmaya katılmayı kabul ederek bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olmaları, 18-65 yaş arasında olmaları, önceden bilinen demans, delirium, organik beyin sendromu, mental retardasyon,

psikoz, bipolar bozukluk ve görüşme sırasında alkol ya da madde gibi kötüye kullanılan bir maddenin etkisi altında olmak gibi hastanın kooperasyonunu, gerçeği değerlendirme yetisini ve bilişsel fonksiyonlarını bozarak görüşme yapmayı ya da ölçekleri doldurmayı engelleyen durumların bulunmaması olarak alınmıştır.

Çalışma için Bezm-i Alem Valide Sultan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan 24.06.2009 tarihinde onay alınmıştır. Hastalar ve kontrol grubuna alınacak sağlıklı gönüllülere çalışmaya alınmadan önce gerekli zaman ayrılıp bilgilendirme yapılarak onam formu imzalatılmıştır. Çalışmanın amacı ve formların nasıl doldurulması gerektiği hakkında bilgi verilmiştir.

Hasta ve kontrol grubu ile ilk görüşmede DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) kullanılarak hastalarda psikiyatrik bozukluk varlığı araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir.

Hemodiyaliz hastalarında veri toplama işlemi hemodiyaliz seansının ilk 1 saati sonrasında başlatılmıştır. Son 1 saate girmeden önce de tamamlanmıştır. Kollarında fistül veya katater olması gerekçesi ile 2 hemodiyaliz hastası, soruların araştırmacı tarafından okunmasını talep etmişlerdir. Bu hastalara sorular sadece okunmuş, herhangi bir açıklama yada yorum yapılmamıştır. Formlar hastalardan alındıktan sonra cevapları kontrol edilmiş, boş bırakılmış olanların ise tamamlanması istenmiştir.

SAPD hastalarında veri toplama işlemi ilgili hastane başhekimliğince araştırmacıya tahsis edilen bir muayene odasında, hastalar rutin nefroloji polikliniğinde kontrole geldiklerinde, kontrolleri sonrası yapılmıştır.

Bu çalışmanın uygulaması 15.07.2009-20.10.2009 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada 6 veri toplama aracı kullanılmıştır. Sosyodemografik bilgi formu (Ek:1), SCID-I (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) (Ek 2), Kısa form (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 3), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Ek 4) ve Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (Ek 5) aracılığıyla veriler toplanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Katılımcıların sosyodemografik değişkenleri ve sağlık durumlarını belirlemek amacıyla literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır.

3.4.2.DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

DSM-IV'e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanısını araştırmak amacıyla görüşmecinin uyguladığı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Altı modülden oluşmaktadır. Toplam 38 DSM-IV I. Eksen bozukluğunu tanı ölçütleriyle, onunu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. Uygulama ortalama 25-60 dakika sürmektedir (68). Ölçek First ve arkadaşları tarafından 1997 de geliştirilmiş (69), Özkürkçügil ve arkadaşlarınca Türkçe'ye uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (70).

3.4.3. Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

Carver ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen ölçek(71), Ağargün ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.(64).Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşantılarında güç ve bunaltı verici olaylarla karşılaştıklarında nasıl tepki verdikleri incelenir. 60 farklı durum 4 seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar:

- 1: Asla böyle bir şey yapmam,
- 2: Çok az böyle yaparım,
- 3: Orta derecede böyle yaparım,
- 4: Çoğunlukla böyle yaparım şeklindedir.

Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek ise dörder sorudan oluşmaktadır.

Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçekler şunlardır:

1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme
2. Zihinsel boş verme
3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma
4. Yararlı sosyal destek kullanımı
5. Aktif başa çıkma
6. İnkâr
7. Dini olarak başa çıkma
8. Şakaya vurma
9. Davranışsal olarak boş verme
10. Geri durma
11. Duygusal sosyal destek kullanımı
12. Madde kullanımı
13. Kabullenme
14. Diğer meşguliyetleri bastırma
15. Plan yapma

Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma imkanı verir.

3.4.4. Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın jenerik ölçektir. Özellikle fiziksel hastalığı olanlarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilir ve özür lülükteki küçük değişimleri saptamada çok duyarlıdır. Fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları, sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite, ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Kısa ve anlaşılır olduğundan uygulaması kolaydır. Ware ve Sherbourne tarafından 1992'de geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (68,72,73).

SF 36 sağlık hizmetleri araştırmalarında tım dınyada yaygın olarak kullanılmaktadır.Farklı tanı gruplarında sağlık sonuçlarının karşılaştırılmasında özel bir kullanımı vardır. Birey olarak hastaların yada sağlık sistemlerinin sonuçlarının izlenmesinde klinik ve sağlık uygulaması alanlarında da kullanılabilir (74).

3.4.5. Hastane Anksiyete ve Depresyon leği

Fiziksel hastalığı bulunan hastalarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş, toplam 14 soru içeren, dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir.(74) Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılımiş, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir.(75).HAD leğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt leği için 10 ve depresyon alt leği için 7 olarak saptanmıştır (68)

Herhangi bir bedensel hastalığı olan hastalarda, gerek depresyonun gerekse anksiyetenin değerlendirilmesi gttr. Çünkü var olan hastalığın belirtileri ruhsal belirtilerle örtüşme gösterir. HAD leği bu ayrımı sağlamak açısından geliştirilmiştir. Gerek hastaneler gerekse birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmaktadır. Her 2 alt ölçek içinde kesme puanının elde edilmiş olması da kullanım avantajı getirmektedir (77).

3.4.6. Arizona Cinsel Yaşantılar leği

Hastaların cinsel alanda yaşadıkları sorunları kısa, kolay biçimde taramak ve saptamak amacıyla McGahuey ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek, altılı Likert tipinde değerlendirme yapmaya olanak sağlayan 5 maddeden oluşmakta ve kadın erkek için ayrı formları bulunmaktadır. Yönergede, bugün dahil son bir haftanın değerlendirilmesi istenmektedir.Bu. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Soykan tarafından yapılımiş olup SDBY olan hastalarda kesme puanı 11 olarak bulunmuştur (78,79).

3.5 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma sonucunda elde edilen veriler araştırmacı tarafından SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science) istatistik yazılım programında bilgisayara kaydedilmiş ve bu program kullanılarak analizler gerçekleştirilmiştir. Analizlerde ANOVA, Tukey testi, Kruskal Wallis analizi, Ki-kare testi, Student t testi, Mann Whitney U testi, lojistik regresyon analizi yöntemleri kullanılmıştır.



4.BULGULAR

Bu bölümde, hemodiyaliz ve SAPD tedavisi alan hastalar ile kontrol grubu katılımcılarının sosyodemografik verileri, depresyon ve anksiyete bozuklukları, yaşam kaliteleri, cinsel hayatları ve stresle başa çıkma tutumlarına yönelik bulgular ve analiz sonuçları yer almaktadır.

4.1. Tüm Grupların Sosyodemografik Verileri

Çalışmamızda yer alan vakaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; hemodiyaliz tedavisi alan hastaların % 35,8'i erkek, %32,4'ü kadın; SAPD hastalarının %32,0'ı erkek % 33,8'i kadın; kontrol grubunun ise %32,0'ı erkek, %33,8'i kadın hastalardan oluşmaktadır. Cinsiyete göre diyaliz tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4.Tüm grupların cinsiyetlere göre dağılımı ($\chi^2=0,162$, $p=0,922$)

Cinsiyet		Erkek	Kadın	Toplam
Hemodiyaliz	n	19	23	42
	%	45,20%	54,80%	100%
SAPD	n	17	24	41
	%	41,50%	58,50%	100%
Kontrol	n	17	24	41
	%	41,50%	58,50%	100%
Toplam	n	53	71	124
	%	42,70%	57,30%	100%

Araştırmaya katılan hemodiyaliz tedavisi gören vakaların yaş ortalamaları $49,07 \pm 12,02$; SAPD tedavisi alan hastaların yaş ortalamaları $40,63 \pm 11,88$; kontrol grubunun yaş ortalamaları ise $42,00 \pm 11,61$ 'dir. Her 3 grup yaş dağılımları açısından birbirlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır ($p<0,05$). Yapılan çoklu karşılaştırma yöntemlerinde hemodiyaliz grubu ile hem SAPD hem de kontrol grubu arasında yaş dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmuştur. SAPD grubu ile kontrol grubunun yaş ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların yaş dağılımları (p<0.05).

Yaş Dağılımları	Hemodiyaliz	SAPD	Kontrol
Yaş Ortalamaları ± SD	49,07 ± 12,02	40,63 ± 11,88	42,00 ± 11,61

Eğitim durumlarına bakıldığında her 3 grupta da en sık ilköğrenim, ikinci sıklıkta da ortaöğrenim mezunu katılımcılar gözlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların eğitim durumlarına ilişkin özellikleri

Eğitim Durumu		Okuryazar	İlköğrenim	Ortaöğrenim	Yükseköğrenim	Toplam
Hemodiyaliz	n	4	22	12	4	42
	%	9,50%	52,4%	28,6%	9,5%	100%
SAPD	n	0	19	16	6	41
	%	0%	46,3%	39,0%	14,6%	100%
Kontrol	n	3	14	13	11	41
	%	7,3%	34,2%	31,7%	26,8%	33%
Toplam	n	7	55	41	21	124
	%	5,6%	44,4%	33,1%	16,9%	100%

Tablo 7’de katılımcıların çalışma durumlarına ilişkin sosyodemografik özellikleri görülmektedir. Hastaların %35’inin çalıştığı, % 30’unun ev hanımı olduğu, %29’unun emekli, % 6’sının ise herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür (Tablo 7).

Tüm gruptaki kişilerin sadece %2’si gelir düzeyini çok düşük algılamak; % 39’u düşük, %54’ü orta, %12’si ise gelir durumlarının iyi olduğunu belirtmişlerdir. Her 3 grupta da katılımcılar en sık orta gelir grubunda olduklarını düşünmektedirler (Tablo 8).

Bununla birlikte çalışmada yer alan tüm katılımcıların tamamının sağlık güvencesi olduğu gözlenmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların çalışma hayatlarına ilişkin özellikleri.

Çalışma Durumu		Evhanımı	Çalışıyor	Çalışmıyor	Emekli	Toplam
Hemodiyaliz	n	15	3	3	21	42
	%	35,7%	7,1%	7,1%	50,0%	100%
SAPD	n	15	11	4	11	41
	%	36,6%	26,8%	9,8%	26,8%	100%
Kontrol	n	7	30	0	4	41
	%	17,1%	73,2%	0%	9,7%	100%
Toplam	n	37	44	7	36	124
	%	29,8%	35,5%	5,7%	29%	100%

Tablo 8. Katılımcıların algılanan gelir düzeyleri açısından karşılaştırılmaları.

Algılanan Gelir		Çok düşük	Düşük	Orta	İyi	Toplam
Hemodiyaliz	n	1	14	20	7	42
	%	2,4%	33,3%	47,6%	16,7%	100%
SAPD	n	1	11	25	4	41
	%	2,4%	26,8%	61,0%	9,8%	100%
Kontrol	n	1	14	22	4	41
	%	2,4%	34,1%	53,7%	9,8%	100%
Toplam	n	3	39	67	15	124
	%	2,4%	31,5%	54,0%	12,1%	100%

Tablo 9. Katılımcıların medeni durumları

Medeni Durumları		Evli	Bekar	Dul	Boşanmış	Toplam
Hemodiyaliz	n	32	5	4	1	42
	%	76,2%	11,9%	9,5%	2,4%	100%
SAPD	n	30	10	1	0	41
	%	73,2%	24,4%	2,4%	0%	100%
Kontrol	n	26	8	6	1	41
	%	63,4%	19,5%	14,7%	2,4%	100%
Toplam	n	88	23	11	2	124
	%	71,0%	18,5%	8,9%	1,6%	100%

Medeni durumlarına bakıldığında; her 3 grupta da evli olanlar çok daha fazla olup (Tablo 9), en sık da eş ve çocukları ile birlikte yaşadıkları görülmüştür. Hem SAPD hem de hemodiyaliz grubunda sadece birer kişi yalnız yaşamaktaydı. Anne ve/veya babası birlikte yaşayanların sayısı kontrol grubunda %2,4 iken bu durum diyaliz hastalarında daha fazla, yalnız yaşayanların sayısının ise diyaliz tedavisi altındaki hastalarda kontrol grubuna göre daha az oranlarda olduğu gözlemlendi.

Tablo 10. Evde kimlerle birlikte yaşadıklarına ait veriler

Birlikte yaşadıkları kişiler		Anne ve/veya baba	Yalnız	Eş yada çocuklar	Diğer	Toplam
Hemodiyaliz	n	7	1	33	1	42
	%	16,7%	2,4%	78,6%	2,4%	100%
SAPD	n	9	1	31	0	41
	%	22,0%	2,4%	75,6%	0%	100%
Kontrol	n	1	6	31	3	41
	%	2,4%	14,7%	75,6%	7,3%	100%
Toplam	n	17	8	95	4	124
	%	13,7%	6,5%	76,6%	3,2%	100%

Hemodiyaliz uygulanan hastalarda daha az olmakla birlikte sosyal destek algıları açısından gruplar birbirleri ile kıyaslandığında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Diyaliz tedavisi uygulanan kişilerin sosyal destek algıları açısından değerlendirilmesi ($p>0,05$)

Sosyal Destek Algıları		Hiç yeterli değil	Az yeterli	Yeterli	Toplam
Hemodiyaliz	n	4	11	27	42
	%	9,5%	26,2%	64,3%	100%
SAPD	n	3	4	34	41
	%	7,3%	9,8%	82,9%	100%
Toplam	n	7	15	61	83
	%	8,4%	18,1%	73,5%	100%

SCID-I tanılarına göre; hemodiyaliz uygulanan hastalarının % 40,5'inde herhangi bir psikopatoloji saptanmazken, %33,3'ünde depresif bozukluklar, %11,9'unda anksiyete bozuklukları, %14,28'inde anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar birlikte saptanmıştır (Tablo 12) (Şekil 2).

SCID-I tanılarına göre; hemodiyaliz grubunda 8 hastada major depresyon, 4 hastada distimik bozukluk, 2 hastada başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olmak üzere toplam 14 hastada depresif bozukluklar saptanmıştır. 1 hastada obsesif kompulsif bozukluk, 2 hastada yaygın anksiyete bozukluğu, 2 hastada agorafobisiz panik bozukluk olmak üzere toplam 5 hastada anksiyete bozuklukları saptanmıştır. 6 hastada ise depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi saptanmıştır. 2 hastada major depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk komorbiditesi, 2 hastada başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu komorbiditesi, 1 hastada başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk ve sosyal fobi komorbiditesi, 1 hastada ise distimik bozukluk ve agorafobisiz panik bozukluk komorbiditesi saptanmıştır.

SAPD yöntemi ile tedavi edilen hastaların %46,3'ünde SCID-I e göre herhangi bir psikopatoloji saptanmazken, %29,2'sinde depresif bozukluklar, %12,2'sinde anksiyete bozuklukları, % 12,2'de de anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar birlikte saptanmıştır (Tablo 12).

SCID-I tanılarına göre SAPD grubunda 8 hastada major depresyon, 2 hastada distimik bozukluk, 2 hastada başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olmak üzere 12 hastada depresif bozukluklar saptanmıştır. Anksiyete bozukluklarına bakacak olursak 2 hastada obsesif kompulsif bozukluk, 2 hastada yaygın anksiyete bozukluğu, 1 hastada agorafobisiz panik bozukluğu olmak üzere toplam 5 hastada anksiyete bozuklukları saptanmıştır. 5 hastada ise depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi saptanmıştır. 2 hastada major depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk komorbiditesi, 1 hastada başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk komorbiditesi, 1 hastada başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu komorbiditesi, 1 hastada ise distimik bozukluk ve sosyal fobi komorbiditesi saptanmıştır.

Kontrol grubunda ise SCID-I'e göre %73,2 kişide herhangi bir psikopatoloji tespit edilmemiş olup; depresif bozukluklar %14,6 oranında, anksiyete bozuklukları %9,8 ve depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının komorbiditesi ise %2,4 oranında gözlenmiştir.

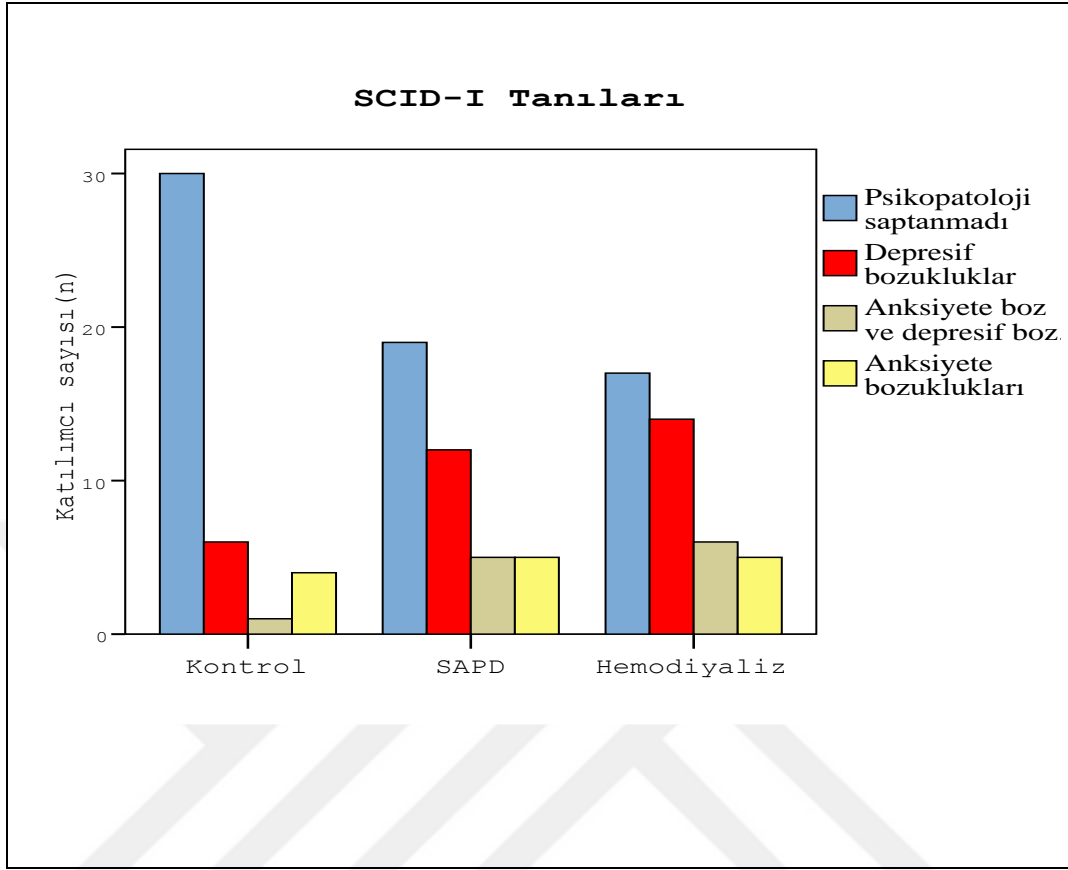
SCID-I tanılarına göre kontrol grubunda ise 3 hastada major depresif bozukluk ve 3 hastada distimik bozukluk olmak üzere 6 hastada depresif bozukluklar, 3 hastada obsesif kompulsif bozukluk ve 1 hastada yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere toplam 4 hastada anksiyete bozuklukları ,1 hastada ise başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk ve agorafobili panik bozukluk komorbiditesi saptanmıştır (Tablo 12).

Psikotik bozukluklar, bipolar bozukluklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları çalışmanın dışlama kriterlerinde yer almaktadır. Çalışmada yeme bozuklukları, somatoform bozukluklar ve uyum bozuklukları tanılarına ise rastlanmamıştır.

Tablo12. Katılımcıların aldıkları SCID-I tanılarının oranları

SCID-I TANILARI		SCID-I psikopatolojisi Yok	Depresif Bozukluklar	Depresif boz. ve Anksiyete boz.	Anksiyete bozuklukları	Toplam
Hemodiyaliz	n	17	14	6	5	42
	%	40,5%	33,3%	14,2%	11,9%	100%
SAPD	n	19	12	5	5	41
	%	46,3%	29,3%	12,2%	12,2%	100%
Kontrol	n	30	6	1	4	41
	%	73,2%	14,6%	2,4%	9,8%	100%
Toplam	n	66	32	12	14	124
	%	53,2%	25,8%	9,7%	11,30%	100%

Katılımcılar ayrıca SCID-I tanısı alıp almadıkları açısından da değerlendirilmiş, hemodiyaliz hastalarının %59,5'inde, SAPD hastalarının %53,7'sinde ve kontrol grubunun ise % 26,8'inde SCID-I psikopatolojisi tespit edilmiştir. Her 2 diyaliz yöntemi kendi aralarında karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13) (Şekil 3).



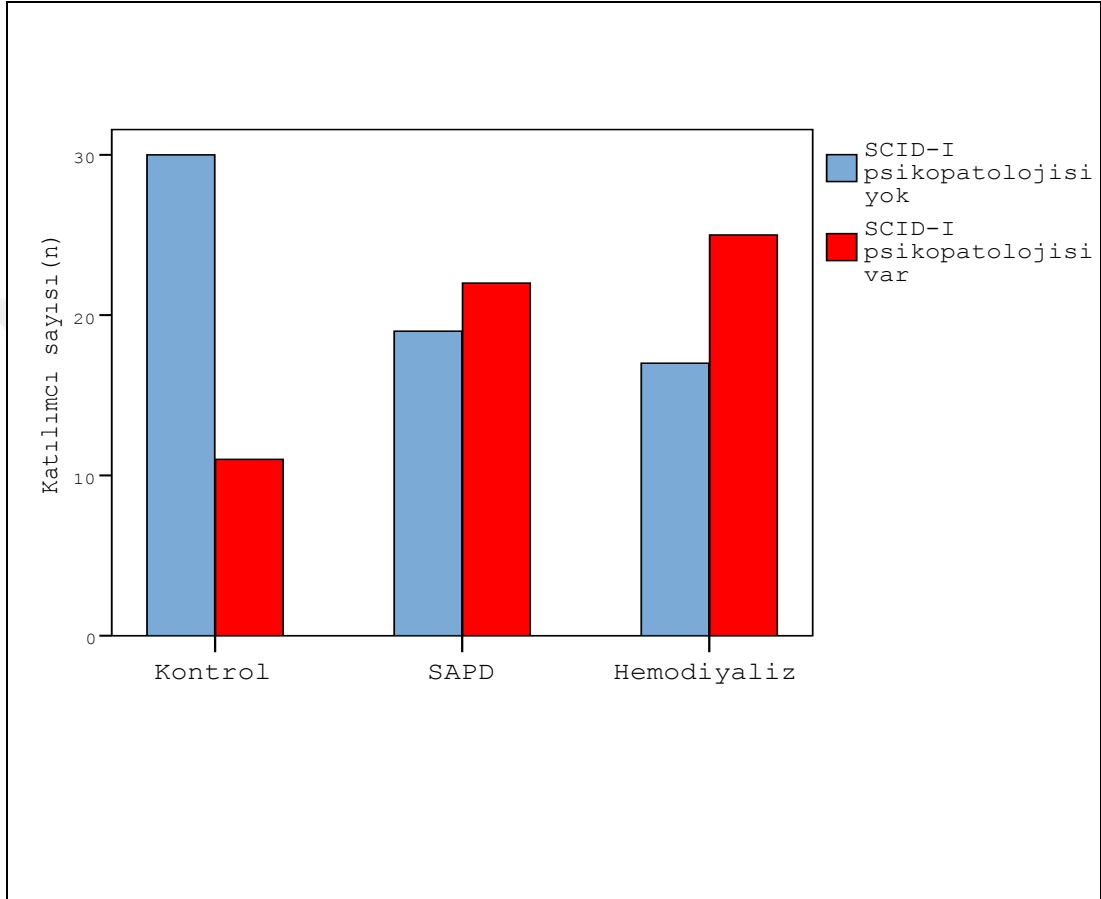
Şekil 2. SCID-I'e göre katılımcıların aldığı tanılar.

Tablo13. Grupların SCID-I psikopatolojisi açısından değerlendirilmesi.($p<0.05$)
 $\chi^2=10.074$)

SCID-I TANILARI		SCID-I psikopatolojisi yok	SCID-I psikopatolojisi var	Toplam
Hemodiyaliz	n	17	25	42
	%	%40,5	%59,5	100%
SAPD	n	19	22	41
	%	%46,3	%53,7	100%
Kontrol	n	30	11	41
	%	%73,2	%26,8	100%
Toplam	n	66	58	124
	%	53,2%	46,8%	100%

Tablo 13'te görüldüğü gibi hastaları SCID-I tanılarına göre psikopatolojik tanı alanlar ve almayanlar diye ayırdığımızda hemodiyaliz uygulanan hastalarda en

çok, SAPD hastalarında ise 2. sıklıkta görüldüğünü gözlemledik. Her 3 grup arasında psikopatolojik tanı alıp almama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmişken, diyaliz yöntemleri birbirleriyle karşılaştırıldıklarında, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

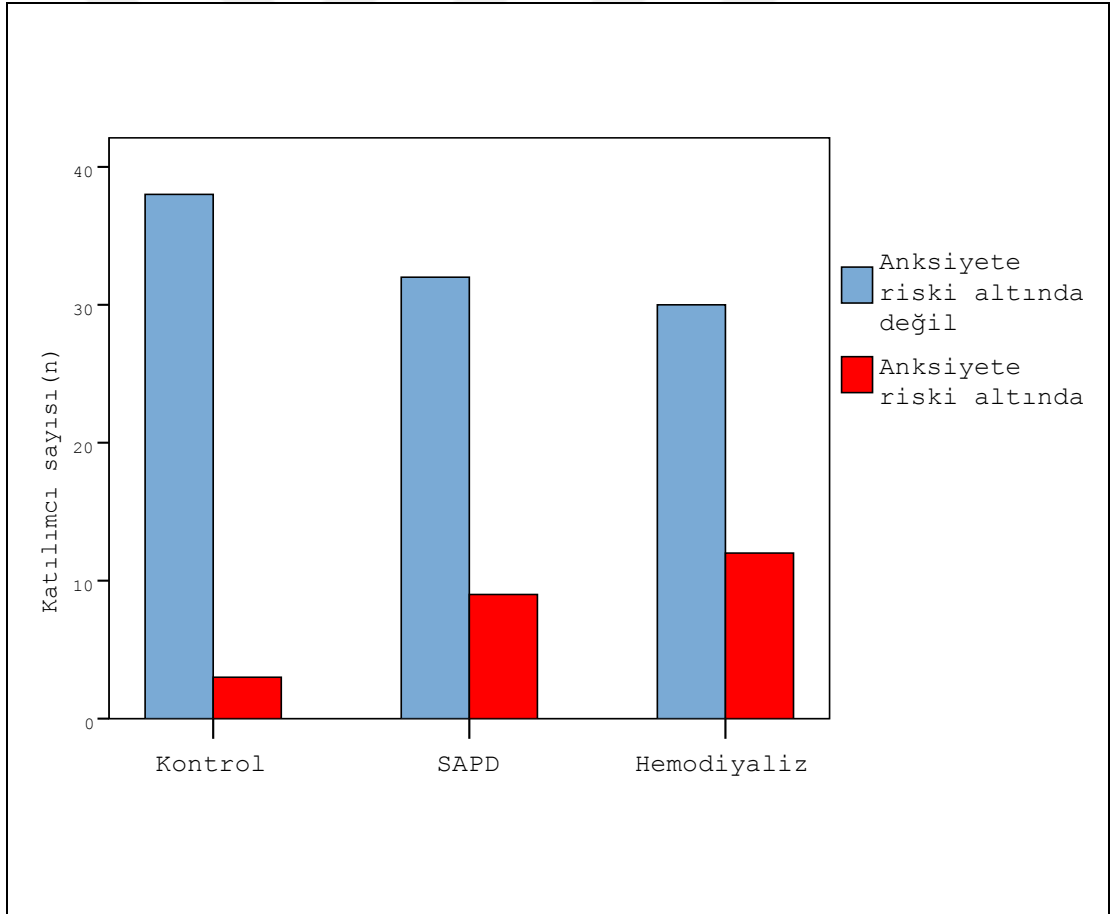


Şekil 3. SCID-I tanısı alan ve almayan hastaların grup içi dağılımları

HAD ölçeği kesme puanına göre anksiyete riski altında olma veya olmama açısından gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. (Tablo 14) (Şekil 4). Aynı ölçekle depresyon riski açısından tüm gruplar birbirleriyle karşılaştıklarında ise aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı bulunmuştur (Tablo 15) (Şekil 5). Ancak diyaliz yöntemleri kendi aralarında depresyon riski açısından karşılaştırıldıklarında bulunan farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmüştür (Tablo 18).

Tablo 14. HAD ölçeği anksiyete kesme puanına göre anksiyete riski altında olan ve olmayanlar ($\chi^2 : 6,69$ $p < 0,05$)

Anksiyete Bozuklukları		Risk altında değil	Risk altında	Toplam
Hemodiyaliz	n	30	12	42
	%	71,4%	28,6%	100%
SAPD	n	32	9	41
	%	78,0%	22,0%	100%
Kontrol	n	38	3	41
	%	92,7%	7,3%	100%
Toplam	n	100	24	124
	%	80,6%	19,4%	100%

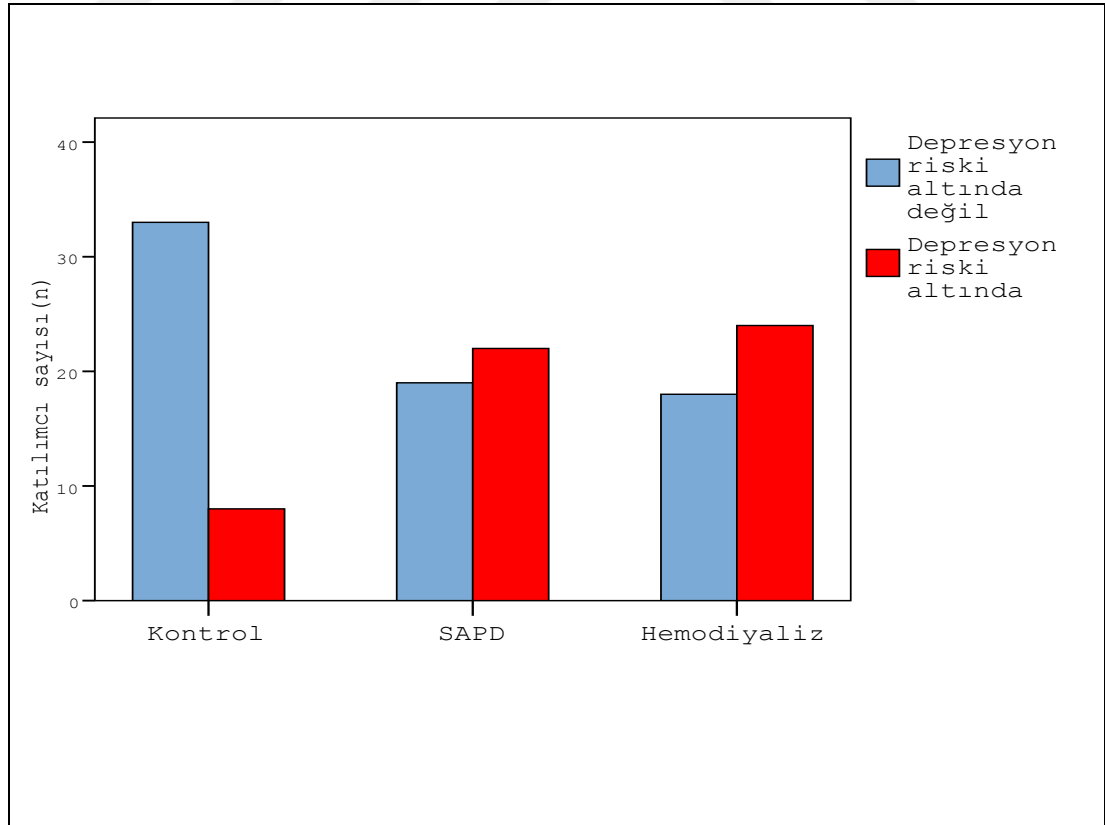


Şekil 4. HAD ölçeği anksiyete kesme puanına göre risk altında olan ve olmayanlar.

Tablo 15. HAD ölçeğine göre depresyon kesme puanına göre risk altında olan ve olmayanlar ($X^2 :14,97 p<0,05$)

Depresyon		Riski altında değil	Riski altında	Toplam
Hemodiyaliz	n	18	24	42
	%	42,9%	57,1%	100%
SAPD	n	19	22	41
	%	46,3%	53,7%	100%
Kontrol	n	33	8	41
	%	80,5%	19,5%	100%
Toplam	n	70	54	124
	%	56,5%	43,5%	100%

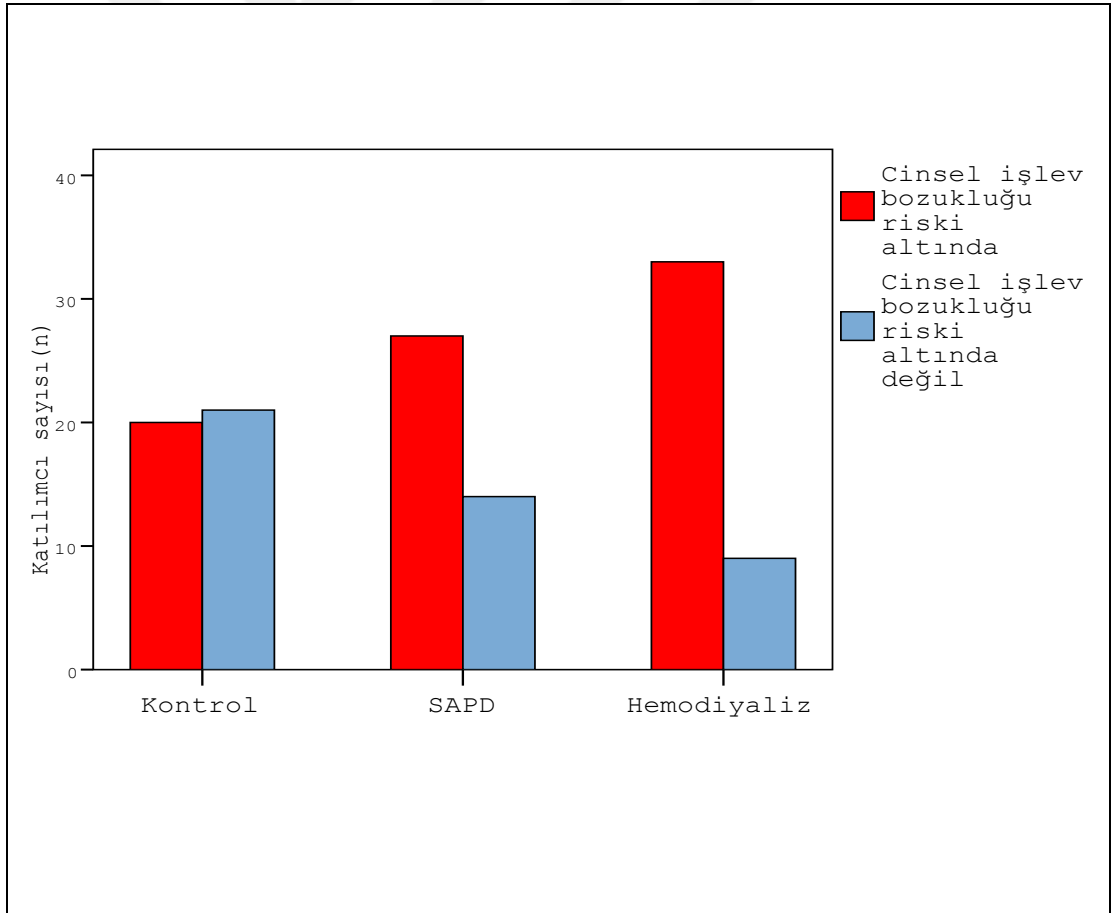
HAD ölçeği depresyon kesme puanına göre hemodiyaliz hastalarının %57,1'i, SAPD hastalarının % 53,7'si, sağlıklı kontrol grubunda yer alan kişilerinse % 19,5'i depresyon riski altındadırlar. Depresyon ve anksiyete bozuklukları riski, HAD ölçeği kullanılarak belirlenmiş olup, çıkan sonuçlar SCID-I tanıları ile istatistiksel olarak anlamlı derecede korele bulunmuştur.



Şekil 5. HAD ölçeği depresyon kesme puanına göre risk altında olan ve olmayanlar.

Tablo 16. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kesme puanına göre cinsel işlev bozukluğu riski olan ve olmayanların gruplar açısından karşılaştırılması ($X^2 :8,091$, $p<0,05$).

Cinsel İşlev Bozukluğu		Riski altında değil	Riski altında	Toplam
Hemodiyaliz	n	9	33	42
	%	21,4%	78,6%	100%
SAPD	n	14	27	41
	%	34,1%	65,9%	100%
Kontrol	n	21	20	41
	%	51,2%	48,8%	100%
Toplam	n	44	80	124
	%	35,5%	64,5%	100%



Şekil 6. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeğinin kesme puanına göre gruplarda cinsel işlev bozukluğu riski altında olanlar ve olmayanların karşılaştırılması.

Tablo 16’da diyaliz hastaları ve sağlıklı kontrol grubunda yer alan kişilerin cinsel işlev bozuklukları açısından karşılaştırılması verilmiştir. Her 3 grup arasında cinsel işlev bozukluğu riski altında olup olmama açısından istatistiksel açıdan anlamlı derecede fark vardır ($p < 0,05$, $\chi^2 = 8,091$) (Şekil 6).

Tablo 17. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının anksiyete bozuklukları riski altında olup olmamaları açısından karşılaştırılmaları ($\chi^2 = 0,481$ $p > 0,05$)

Anksiyete		Risk altında değil	Risk altında	Toplam
Hemodiyaliz	n	30	12	42
	%	71,4%	28,6%	100%
SAPD	n	32	9	41
	%	78,0%	22,0%	100%
Toplam	n	62	21	83
	%	74,7%	25,3%	100%

Tablo 18. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının depresyon riski altında olup olmamaları açısından karşılaştırılmaları. ($\chi^2 = 0,102$ $p > 0,05$)

Depresyon		Risk altında değil	Risk altında	Toplam
Hemodiyaliz	n	18	24	42
	%	42,9%	57,1%	100%
SAPD	n	19	22	41
	%	46,3%	53,7%	100%
Toplam	n	37	46	83
	%	44,6%	55,4%	100%

Hemodiyaliz ve SAPD grupları depresyon, anksiyete bozuklukları ve cinsel işlev bozuklukları açılarından birbirleriyle karşılaştırıldıklarında her 3 hastalık açısından da gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.(Tablo17-18-19)

Tablo 19. Hemodiyaliz ve SAPD hastalarının cinsel işlev bozukluğu olup olmaması açısından karşılaştırılmaları. ($\chi^2=1675$ $p>0,05$)

Cinsel İşlev Bozukluğu		Var	Yok	Toplam
Hemodiyaliz	n	33	9	42
	%	%78,6	21,4	100%
SAPD	n	27	14	41
	%	65,9%	34,1%	100%
Toplam	n	60	23	41
	%	72,3%	27,7%	100%

Hemodiyaliz, SAPD ve kontrol grubu katılımcıları böbrek hastalıkları dışında eşlik eden ek hastalıklar açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede fark belirlenmiştir. ($p<0,05$, $\chi^2=42,804$) (Tablo 20).

Tablo 20. KBH dışında eşlik eden ek hastalık sayısına göre grupların karşılaştırılması

Eşlik Eden Hastalık		Yok	1 Hastalık	2 yada daha çok Hastalık	Toplam
Hemodiyaliz	n	7	24	11	42
	%	16,7%	57,1%	26,2%	100%
SAPD	n	12	25	4	41
	%	29,3%	61%	9,8%	100%
Kontrol	n	33	7	1	41
	%	80,5%	17,1%	2,4%	100%
Toplam	N	52	56	16	124
	%	41,9%	45,2%	12,9%	100%

Tablo 21, 22, 23'de görüldüğü üzere depresyon riski altındaki katılımcılar ile cinsel işlev bozukluğu riski taşıyan katılımcılar her 3 grup için ayrı ayrı karşılaştırılmış olup, hemodiyaliz ve kontrol grubunda aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Benzer şekilde HAD ölçeği kesme puanına göre anksiyete bozukluğu riski taşıyıp taşıyamama cinsel işlev bozukluğu ile karşılaştırıldığında her 3 grupta da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yapılan lojistik regresyon analizinde de hemodiyaliz hasta grubunda depresyonda olmanın cinsel işlev bozukluğu riskini arttırdığı görülmüştür.

Tablo 21. Hemodiyaliz hasta grubunda HAD ölçeği kesme puanına göre depresyon riski taşıyan ve taşımayanların, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kesme puanına göre cinsel işlev bozukluğu riski olup olmayanlarla karşılaştırılması.($p<0,05$) (Fisher exact test)

Hemodiyaliz		Cinsel işlev bozukluğu riski altında	Cinsel işlev bozukluğu riski altında değil	Toplam
Depresyon riski altında	n	23	1	24
	%	95,8%	4,2%	100%
Depresyon riski yok	n	10	8	18
	%	55,6%	44,4%	100%
Toplam	n	33	9	42
	%	78,6%	21,4%	100%

Tablo 22. SAPD hasta grubunda HAD ölçeği kesme puanına göre depresyon riski taşıyan ve taşımayanların, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kesme puanına göre cinsel işlev bozukluğu riski olup olmayanlarla karşılaştırılması.($p=0,318$, $\chi^2=0,997$)

SAPD		Cinsel işlev bozukluğu riski altında	Cinsel işlev bozukluğu riski altında değil	Toplam
Depresyon riski altında	n	16	6	22
	%	72,7%	27,3%	100%
Depresyon riski yok	n	11	8	19
	%	57,9%	42,1%	100%
Toplam	n	27	14	41
	%	65,8%	34,1%	100%

Tablo 23. Kontrol grubunda HAD ölçeği kesme puanına göre depresyon riski taşıyan ve taşımayanların, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kesme puanına göre cinsel işlev bozukluğu riski olup olmayanlarla karşılaştırılması.($p<0,05$) (Fisher's exact test)

Kontrol		Cinsel işlev bozukluğu riski var	Cinsel işlev bozukluğu riski yok	Toplam
Depresyon riski var	n	7	1	8
	%	87,5%	12,5%	100%
Depresyon riski yok	n	13	20	33
	%	39,4%	60,6%	100%
Toplam	n	20	21	41
	%	48,8%	51,2%	100%

Tablo 24. Katılımcıların tamamında cinsiyetin cinsel işlev bozukluğu ile karşılaştırılması. ($p<0,05$, $\chi^2=9,663$)

Tüm Katılımcılar		Cinsel işlev bozukluğu riski var	Cinsel işlev bozukluğu riski yok	Toplam
Erkek	n	26	27	53
	%	49,1%	50,9%	100%
Kadın	n	54	17	71
	%	76,1%	23,9%	100%
Toplam	n	80	44	124
	%	64,5%	35,5%	100%

Tablo 24 de katılımcıların tamamı birlikte ele alındığında kadın olmanın cinsel işlev bozukluğu riski açısından erkek olmaktan anlamlı derecede farklı olduğunu görmekteyiz. Ancak grupları ayırdığımızda bu anlamlılık SAPD grubu ve kontrol grubunda devam ederken hemodiyaliz hastalarında cinsiyet, cinsel işlev bozukluğu ilişkisi istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Tablo 25). Ancak yine de hemodiyaliz hastalarında da cinsel işlev bozukluğu kadın hastalarda daha sık görülmektedir.

Tablo 25. Hemodiyaliz hasta grubunda cinsiyetin cinsel işlev bozukluğu üzerine etkisinin karşılaştırılması ($p=0,707$) (Fisher's exact test)

Hemodiyaliz		Cinsel işlev bozukluğu riski var	Cinsel işlev bozukluğu riski yok	Toplam
Erkek	n	14	5	19
	%	73,7%	26,3%	100%
Kadın	n	19	4	23
	%	82,6%	17,4%	100%
Toplam	n	33	9	42
	%	78,6%	21,4%	100%

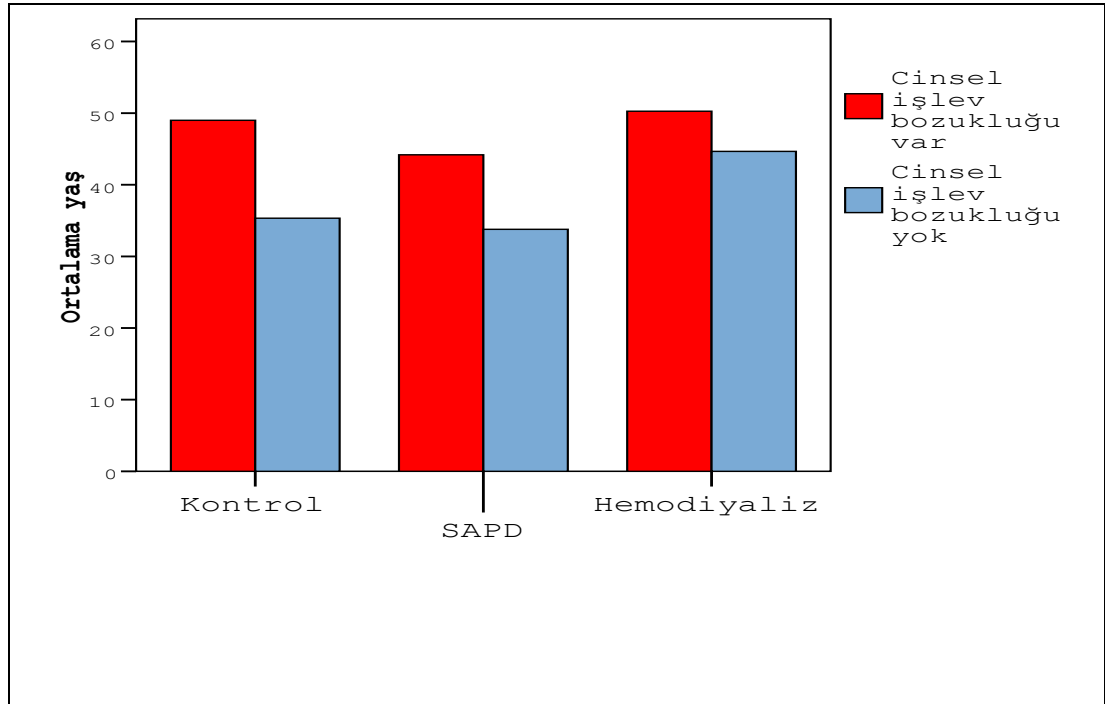
Yaş ortalamaları açısından cinsel işlev bozukluğu riski olup olmaması arasında kontrol grubu ve SAPD gruplarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken, hemodiyaliz grubunda istatistiksel olarak yaş ortalamaları ile cinsel işlev bozukluğu olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki yoktur. (Tablo 26) (Şekil 7).

Tablo 26. Yaş ortalamalarının cinsel işlev bozuklukları üzerine etkisi.

Kontrol	n	Yaş ortalaması	Standart sapma	p
Cinsel işlev bozukluğu riski var	20	49,0	9,9	p<0,05
Cinsel işlev bozukluğu riski var	21	35,3	8,9	

SAPD	n	Yaş ortalaması	Standart sapma	p
Cinsel işlev bozukluğu riski var	27	44,2	10,6	p<0,05
Cinsel işlev bozukluğu riski var	14	33,8	11,5	

Hemodiyaliz	n	Yaş ortalaması	Standart sapma	p
Cinsel işlev bozukluğu riski var	33	50,2	11,2	p>0,05
Cinsel işlev bozukluğu riski yok	9	46,7	11,4	



Şekil 7. Yaş değerlerinin ortalamasının gruplar arasında cinsel işlev bozuklukları riski ile ilişkisi.

Tablo 27. Stresle başa çıkma tutumları açısından hemodiyaliz, SAPD ve kontrol gruplarının karşılaştırılması.

Stresle Başa Çıkma Tutumları	Hemodiyaliz	SAPD	Kontrol	P
	Ortalama±SD	Ortalama±SD	Ortalama±SD	
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	12,1±1,43	12,3±1,99	13,0±1,29	p<0,05
Zihinsel boşverme	11,1±1,62	10,0±1,95	9,68±1,55	p<0,05
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	12,9±1,51	12,2±2,36	12,7±1,72	p>0,05
Yararlı sosyal destek kullanımı	14,2±1,31	12,5±1,95	12,1±2,34	p<0,05
Aktif başa çıkma	10,4±1,78	11,0±2,75	12,4±2,19	p<0,05
İnkâr	8,09±1,70	6,58±2,53	6,31±2,55	p<0,05
Dini olarak başa çıkma	14,1±2,25	12,9±2,86	12,2±3,05	p<0,05
Şakaya vurma	5,80±1,61	6,95±2,31	7,24±2,35	p<0,05
Davranışsal olarak boşverme	8,61±1,62	6,87±2,46	6,12±2,19	p<0,05
Geri durma	9,35±1,18	8,82±2,22	9,60±1,71	p>0,05
Duygusal sosyal destek kullanımı	13,2±1,82	11,3±2,49	11,0±1,89	p<0,05
Madde kullanımı	4,66±1,39	4,80±1,72	4,85±1,57	p>0,05
Kabullenme	11,5±1,12	12,5±1,98	11,8±1,82	p<0,05
Diğer meşguliyetlerle bastırma	9,73±1,34	9,65±2,22	10,2±1,36	p<0,05
Plan yapma	10,6±1,63	10,3±2,51	12,4±1,71	p<0,05

Tablo 27’de katılımcıları stresle başa çıkma tutumları açısından değerlendirdik. Hemodiyaliz uygulanan grupta en sık yararlı sosyal destek kullanımının, 2.sıklıkta dini olarak başa çıkma ve 3. olarak da duygusal sosyal destek kullanımını stresle başa çıkmada kullanıldığını gözlemledik. SAPD uygulanan grupta ise hastalar stresle başa çıkmada en sık dini olarak başa çıkmayı, bunun ardından sırasıyla yararlı sosyal destek kullanımı, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma yöntemlerini kullanmışlardır. Kontrol grubunda ise pozitif yeniden yorumlama ve gelişme en sık kullanılan stresle başa çıkma tutumu iken 2. sıklıkta soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, 3. en sık kullanılan stresle başa çıkma tutumu ise aktif başa çıkmadır.

Tüm katılımcılar birlikte ele alındığında ise en sık dini olarak başa çıkma ardından yararlı sosyal destek kullanımı ve üçüncü olarak da soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumlarının kullanıldığını gözlemledik.

Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, geri durma ve madde kullanımı açısından gruplar birbirleriyle karşılaştırıldıklarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamışken, diğer stresle başa çıkma tutumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık gözlenmiştir.

Hemodiyaliz ve SAPD grupları kendi aralarında karşılaştırıldıklarında; zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek kullanımı, inkar, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme başa çıkma tutumları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p<0,05$), diğer başa çıkma tutumları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemiştir.

Hemodiyaliz ile kontrol grubu karşılaştırıldığında soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ,geri durma, madde kullanımı ve kabullenme açısından anlamlı fark bulunmamakta diğerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmaktadır.

SAPD ile kontrol grubu karşılaştırıldığında ise aktif başa çıkma, plan yapma ve diğer meşguliyetleri bastırmada istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunurken diğerleri arasında anlamlı fark bulunamadı.

Tablo 28’de başa çıkma tutumlarının alt ölçeklerinin 3 başlıkta toplanarak karşılaştırılması görülmektedir. Sorun odaklı başa çıkma tutumları en sık kontrol grubunda kullanılırken, duygusal odaklı başa çıkma tutumları en sık hemodiyaliz

hastalarında kullanılmaktadır. SAPD hastalarının da en sık kullandığı başa çıkma tutumları duygusal odaklı başa çıkma tutumları olup her 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.SAPD ile kontrol grubu karşılaştırıldığında ise işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanma ve duygusal başa çıkma tutumlarını kullanmada fark bulunmazken,soruna odaklı başa çıkma tutumlarını kullanmada anlamlı fark bulunur.

Tablo 28. Başa çıkma tutumları alt ölçeklerinin 3 başlıkta toplanarak karşılaştırılması.

Basa Çıkma Tutumları	HEMODİYALİZ	SAPD	KONTROL	P
	Ortalama±SD	Ortalama±SD	Ortalama±SD	
Sorun odaklı	44,66±4,45	42,73±6,39	46,68±3,75	p<0,05
Duygusal odaklı	45,33±4,30	43,56±5,42	43,65±3,32	p>0,05
İşlevsel olmayan	40,73±3,72	35,70±5,87	34,82±6,15	p<0,05

Yaşam kalitelerine bakıldığında; çalışmada yer alan gruplar ayrı ayrı alt ölçekler açısından (Tablo 29) ve alt ölçeklerden ilk dördü olan fiziksel komponent ve diğer dördü olan ruhsal komponent özet skalaları açılarından da karşılaştırılmıştır (Tablo 30). Yaşam kalitesi alt ölçek ham puanlarına göre yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir (68). Tüm bu alt ölçek ve komponentler ile yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).SAPD hastaları ile kontrol grubu karşılaştırıldığında SF-36 nın 8 alt ölçeğinde de iki grup arasında anlamlı derecede fark vardır.(p<0.05)

Hemodiyaliz ve SAPD hastaları kendi aralarında alt ölçekler açısından karşılaştırıldıklarında sadece fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve vitalite de istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir (p>0,05). Diğer yaşam kalitesi alt ölçekleri açısından hemodiyaliz ve SAPD hastalarının birbirlerinden istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı oldukları gözlenmiştir

Tablo 29. Yaşam kalitesi alt ölçekleri açısından grupların birbirleriyle karşılaştırılması.

	HEMODİYALİZ	SAPD	KONTROL	P
	Ortalama±SD	Ortalama±SD	Ortalama±SD	
Fiziksel fonksiyon	21,6±5,20	24,4±3,00	28,6±2,07	p<0.01
Fiziksel rol güçlüğü	5,66±1,9	5,3±1,8	7,8±0,7	p<0.01
Ağrı	7,69±2,5	9,45±1,8	11,2±1,42	p<0.01
Genel sağlık algısı	11,97±2,3	14,01±3,9	18,55±3,1	p<0.01
Vitalite(enerji)	13,90±2,9	14,75±2,5	15,95±1,73	p<0.01
Sosyal fonksiyon	6,64±1,88	7,43±1,4	9,24±1,0	p<0.01
Emosyonel rol güçlüğü	4,16±1,44	3,95±1,35	5,95±0,31	p<0.01
Ruhsal (mental) sağlık	17,52±2,3	19,08±3,1	21,73±2,1	p<0.01

Tablo 30. SF-36 fiziksel ve ruhsal komponent özet skalaları açısından grupların karşılaştırılması.

Yaşam Kalitesi	HEMODİYALİZ	SAPD	KONTROL	P
	Ortalama±SD	Ortalama±SD	Ortalama±SD	
Fiziksel komponent	47,0±9,2	53,1±7,6	66,1±5,5	p<0.05
Ruhsal komponent	42,2±6,7	45,2±6,7	52,9±3,9	p<0.05

Fiziksel ve ruhsal komponentler açısından hemodiyaliz ve SAPD grupları arasında yapılan karşılaştırmada; ruhsal komponent skorlarının istatistiksel açıdan farklı olmadığı ($p>0,05$); fiziksel komponent skorlarının ise hemodiyaliz ve SAPD arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında depresyon ve anksiyete bozuklukları, yaşam kaliteleri, cinsel işlev bozuklukları ve stresle başa çıkma tutumları incelenmiş; sağlıklı kontrol gurubu ve birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık kullanılan renal replasman tedavi yöntemi hemodiyalizdir (%75,4). Periton diyalizi yöntemlerinin uygulama sıklığı %10,7 olup en az uygulanan replasman tedavisidir (3). Türk Nefroloji Derneği 2008 yılı verilerine göre; ülkemizde en sık 45-64 yaş (%42,4), ikinci sıklıkta da 65-74 yaş grubunda (%23,1) hemodiyaliz uygulanmakta, periton diyalizi ise yine en sık 45-64 yaşta (%46,4), ikinci sıklıkta ise hemodiyalizden farklı olarak 20-44 yaş grubunda (%36,4) uygulanmaktadır (3). Çalışmamızda yer alan gruplar arasındaki yaş farklılığı ulusal verilerle örtüşmektedir.

Yaşam sürelerini karşılaştıran pek çok çalışmada 2 yöntemden birinin diğerine üstünlüğünü gösteren kesin bir sonuç elde edilememiştir (15). Her 2 yönteminde birbirlerine karşı avantaj ve dezavantajlar taşımasına rağmen tercih konusunda aradaki farkta, hastaların yeterince bilgi sahibi olmamalarının rol aldığı düşünülebilir. Türk Nefroloji Derneğinin verilerine göre; 2008 yılı içerisinde yeni kronik hemodiyaliz hastalarının prediyaliz döneminde %54.5'inin düzenli takip edilmiş olduğu ve sadece %49.7 hastanın eğitim alabildiği bildirilmiştir (3).

Diyaliz yöntemi seçiminde tıbbi endikasyon ve kontrendikasyonlar dışında, ruhsal değerlendirmede oldukça önemlidir. Hasta, hayatı süresince kendini sınırlayan ve yetersizleştiren bir hastalıkla uğraşmak zorunda kalmaktadır. Kronik böbrek hastalıkları diğer kronik hastalıklarla benzer özellikler taşısa da hastalığın kendisinin yanında tedavi yöntemleri de hastalık kadar zorlayıcı olabilmektedir. Öyle ki hastaların birçoğu kendisini böbrek hastası değil de diyaliz hastası olarak tanımlamaktadır. Hastalık ve tedavi yönteminin etkileri sonucu, hastalar; fiziksel ve ruhsal sorunlar, fiziksel kısıtlanmalar, maddi sıkıntılar, cinsel işlev bozuklukları, iş kaybı, ölüm korkusu, diyet kısıtlamaları, evlilik hayatındaki sorunlar, tedavi sürecinde yaşadığı ortamı değiştirmek zorunda kalma gibi sosyal sorunlar ve daha birçok nedenle kayıplara uğramış, yaşam kaliteleri düşmüştür. Çalışmamızda tedavi

yöntemleri arasında ruhsal bozuklukların görülme sıklığı açısından 2 yöntem arasında fark olup olmadığı ve sosyodemografik verilerle ilişkileri araştırılmıştır.

5.1.Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları

Diyaliz hastalarında depresyon insidans ve prevalansına bakıldığında %10-66 arasında değişen veriler rapor edilmektedir (27-36). Farklı oranlar bildirilmesine neden olarak farklı tanı kriterleri, farklı ölçekler, fiziksel hastalığın farklı evreleri, depresyon belirtilerinin KBY belirtileri ile karıştırılıyor olması gibi metodolojik farklılıklar öne sürülmektedir (22).Bizim çalışmamızda anksiyete bozuklukları ve depresyonun belirlenmesinde hem HAD ölçeği hem de DSM-IV Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) yöntemi kullanılarak hastalarda psikiyatrik bozukluk varlığı araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve bu konuda altın standart olan DSM-IV kriterlerine göre tanı konulmuştur (51). Bu 2 yöntemle elde edilen sonuçların anlamlı derecede korele olduğu da belirlenmiştir.

Katılımcılar SCID-I tanıları açısından değerlendirildiğinde, hemodiyaliz uygulanan hastalarının, %33,3'ünde depresyon, %11,9'unda anksiyete bozuklukları, %14,28'inde anksiyete bozuklukları ve depresyon birlikteliği saptanmıştır. SAPD yöntemi ile tedavi edilen hastaların, %29,2'sinde depresyon, %12,2'sinde anksiyete bozuklukları, % 12,2 sinde de anksiyete bozuklukları ve depresyon birlikte saptanmıştır. Kontrol grubunda ise depresyon %14,6 ; anksiyete bozuklukları %9,8 ; depresyon ve anksiyete bozukluğu komorbiditesi ise %2,4 oranında gözlenmiştir. SCID-I'e göre katılımcıları psikopatolojik tanı alıp almamasına göre ayırdığımızda 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Ancak kontrol grubu çıkarılarak hemodiyaliz ve SAPD grubu arasında yapılan ikili karşılaştırmada iki grup arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı görülmüştür.

HAD ölçeğine göre katılımcılar depresyon ve anksiyete riski altında olup olmadıkları açısından değerlendirilmiştir . Depresyon kesme puanına göre depresyon riski altında olanların oranı; hemodiyaliz grubunda %57,1 , SAPD grubunda % 53,7 ve kontrol grubunda % 19,5 olarak bulunmuştur ve 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Hemodiyaliz ve SAPD hastaları depresyon

riski açısından birbirleriyle kıyaslandığında ise aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı gözlemlendi.

Anksiyete bozuklukları açısından HAD ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmede, hemodiyaliz grubunda %28,6 ; SAPD grubunda %22 ve kontrol grubunda % 7,3 oranda anksiyete bozukluğu riski tespit edildi. 3 grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, hemodiyaliz ve SAPD hastaları arasında yapılan karşılaştırmada 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.

SCID-I kullanılarak belirlediğimiz anksiyete bozuklukları ve depresyon oranları, HAD ölçeği ile belirlenen oranlarla korele ancak daha düşük oranda bulunmuştur. Bu durum Sağduyu ve arkadaşlarının yapılandırılmış tanı araçları ile yapılan araştırmalarda, ruh sağlığı tarama anketlerinden alınan sonuçlara göre genel olarak daha düşük oranlar elde edildiği şeklinde izah edilmiştir (41).

Bizim çalışmamızda SCID-I tanılarına göre hemodiyaliz hastalarının %59,5'i psikopatolojik tanı almıştır. Göker'in 2008 yılında hemodiyaliz hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %65,2'sinde psikopatoloji olduğu bildirilmiştir(40). Aynı çalışmada depresyon oranı %37, anksiyete bozukluğu sıklığı %13 rapor edilmiş olup bizim çalışmamızla uyumludur (40). Cukor ve arkadaşları 2007 yılında hemodiyaliz hastalarının %29'unda depresyon, %27'sinde ise anksiyete bozuklukları tespit etmişlerdir. Bu çalışmada anksiyete bozukluğu prevalansı bizim çalışmamızdan daha yüksek bulunmuştur (38). Mittal ve arkadaşlarının 43 periton diyalizi ve 134 hemodiyaliz uygulanan hastada yaptıkları çalışmalarında depresyon prevalansını hemodiyaliz grubunda %26,1, periton diyalizi grubunda ise %25,4 olarak bildirmişler (27). Yazıcı ve arkadaşları 2008 yılında 145 hemodiyaliz hastasından 67'sine(%46) DSM IV'e göre majör depresyon tanısı koyduklarını rapor etmişlerdir (39). Bizim çalışmamızda hemodiyaliz hastalarının %33,3'ü sadece depresif bozukluklar, % 14,2'si ise depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanısı aldığını düşündüğümüzde uyumludur.

Sağduyu ve arkadaşlarının 2006 yılında bizim çalışmamızda da kullandığımız HAD ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmaların da hemodiyaliz hasta grubunda; depresyon alt ölçeğinde eşiği geçenlerin oranı %41.2, anksiyete alt ölçeğinde eşiği geçenlerin oranı ise %11.8 olarak bildirilmiştir.Yine Sağduyu ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada 45 HD hastasına uyguladıkları HAD ölçeği puanlarına

göre %33 depresyon %9 anksiyete bozukluğu saptanmıştır (84). Bu oranlar bizim çalışmamızda HAD ölçeği ile elde edilen verilerden daha düşük bulunmuştur (41).

Salehnia tarafından hemodiyaliz ve SAPD tedavisi gören hastalarda Beck depresyon ölçeği ve Taylor anksiyete skorlarını karşılaştırmış ve her 2 skorunda hemodiyaliz hastalarında daha yüksek olmakla birlikte, iki grup arasında anlamlı bir fark bulamadığını bildirmiştir.(85)Watnick ve arkadaşları hemodiyaliz tedavisinin başlamasının hemen ardından Beck depresyon ölçeği kullanarak 123 hastada depresyon prevalansını araştırmışlar ve hastaların %44'ünün kesme puanı üzerinde skor aldıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada yaşam kalitesindeki azalma ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkide rapor edilmiştir (31).

Genel olarak hemodiyalize göre daha az invaziv olan ve hastanın mobilizasyonunu daha az kısıtlayan SAPD de depresyon ve anksiyete bozukluklarının daha az görülebileceği düşünülmektedir.Ancak literatürde değişik çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Erengin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HD tedavisi gören hastalarda depresyon düzeyi SAPD gurubuna göre daha yüksek bulunmuştur. (47) Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da SAPD hastalarında depresyon görülme oranı %33.3 iken HD hastalarında %61.3 bulunmuştur (67).

5.2.Cinsel İşlev Bozuklukları

Çalışmamızda cinsel işlev bozuklukları Arizona cinsel yaşantılar ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Buna göre hemodiyaliz hastalarının %78,6'da, SAPD hastalarının %65,9'da , kontrol grubunun ise % 48,8'inde cinsel işlev bozukluğu tespit edilmiş olup her 3 grup birlikte değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuşken, hemodiyaliz ve SAPD grubu birbirleriyle karşılaştırıldıklarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Her 3 gruptaki katılımcıların tamamına birlikte bakıldığında cinsel işlev bozukluğu riski erkeklerde %49,1 kadınlarda ise %76,1 olup, aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.Bizim çalışmamızda da hemodiyaliz hastalarında cinsel işlev bozukluğu kadınların %82,6 sında, erkeklerin ise % 73,7 sinde görülmüştür.Bu konuda litaratürdeki yayınlarda farklı sonuçlar mevcuttur.Yılmaz ve arkadaşlarının

45 hemodiyaliz hastası ve eşlerine Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kullanarak cinsel işleve baktıkları çalışmalarında cinsel işlev bozukluğunun en sık erkek hemodiyaliz hastalarında olduğunu bulmuşlardır.(83)

Soykan ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yayınlanan çalışmalarında hemodiyaliz uygulanan toplam 43 hastada Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kullanarak cinsel işlev bozukluklarının seyrini araştırmışlar ve başlangıçta cinsel işlev bozukluğunu kadınlarda %61, erkeklerde %36 olarak bildirmişlerdir. 6 aylık takip sonrası tekrar değerlendirildiğinde kadınlarda bir değişiklik olmamış ve tekrar % 61 olarak bulunmuşken ,erkeklerde 6 ay sonra %27'ye gerilediği bildirilmiştir (63). Bahar ve arkadaşları tarafından 2006 yılında Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmalarında hemodiyaliz hastalarının %76,1'inde cinsel işlev bozuklukları saptadıklarını bildirmişlerdir(60). Steele ve arkadaşları periton diyalizi uygulanan hastalarda cinsel işlevlere baktıkları çalışmalarında, hastaların %63'ünün hiç cinsel ilişkiye girmediğini, %33'ünün orgazm olamadıklarını, %62'sinin ise ereksiyon başlaması ve sürdürülmesi sorunları ve cinsel isteksizlikten bahsettiklerini bildirmişlerdir (80.)

Salehnia ise HD ve SAPD hastaları arasında cinsel fonksiyonlar açısından belirgin farklılık saptamamıştır.Her iki grupta da cinsel doyum ileri derecede bozulmuş bulunmuştur.(85)

Çalışmamızda HAD ölçeğine göre depresyon riski olup olmaması ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki incelendiğinde, hemodiyaliz grubunda depresyon riski taşıyanların %95,8'inde, depresyon riski altında olmayanların ise %55,6'sında cinsel işlev bozukluğu riski olduğu belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Benzer ilişki kontrol grubunda da varken, SAPD grubunda depresyon riski ile cinsel işlev bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Hemodiyaliz hastalarında cinsiyetin cinsel işlev bozukluğuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken, SAPD ve kontrol gruplarında erkek yada kadın olmanın cinsel işlev bozukluğu ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Cinsel işlev bozukluğu riski olup olmayanların yaş ortalamalarına bakıldığında kontrol grubu ve SAPD grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken, hemodiyaliz grubunda istatistiksel olarak yaş ortalamaları ile cinsel işlev bozukluğu olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Cinsel işlev bozuklukları sağlıklı toplumda sık rastlanan sorunlardandır. Sadece cinsel istek azlığının yaşam boyu prevalansı kadınlarda %27-33, erkeklerde %16 olarak bildirilmektedir.(22) Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında, üreminin, nöropatinin, otonom disfonksiyonun, vasküler hastalığın, depresyonun ve ilaçların etkilerine bağlı olarak cinsel işlev bozukluğu prevalansı yüksektir. Diyaliz tedavisi gören erkeklerin yaklaşık % 70'inde impotans olduğu düşünülmektedir.(11) Ancak impotans gelişiminde organik faktörlerin rolü yüksek olmakla birlikte, bu ortaya çıkan cinsel işlev bozukluğunun şiddet ve yaygınlığını açıklayacak oranda değildir. Cinsel işlev bozukluklarında hastalığa ilişkin organik faktörlerin yanında hastalığın psikolojik ve psikososyal komplikasyonları da rol oynamaktadır. Psikik sebepler arasında depresyon en başta gelmektedir.(7) Bizim çalışmamızda da hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda depresyonun bağımsız bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir.

Cinsel işlev bozuklukları diyaliz tedavisi gören hastalarda normal popülasyondan daha sık görülmesine rağmen sağlıklı insanlarda da oldukça yüksek oranlarda görülmektedir. Sağlıklı popülasyonda yapılan bazı çalışmalar da benzer bulgular rapor etmişlerdir. Demir ve arkadaşlarının premenapozal dönemdeki 132 evli kadınla yaptıkları bir çalışmada kadınların %28,6'sında cinsel işlev bozukluğu saptamışlardır.(56) Öksüz ve arkadaşları ise 18-55 arası 518 sağlıklı kadınla yaptıkları çalışma sonucunda cinsel işlev bozukluğunu 18-30 yaş grubunda %41; 31-45 yaş grubunda %53,1; 46-55 yaş grubunda ise %67,9 olarak bildirmişlerdir.(57) Ege ve arkadaşları 15-49 yaş sağlıklı evli kadınlarla kadın cinsel fonksiyon indeksi kullanarak yaptıkları çalışma sonucunda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığını %45,6 olarak saptamışlardır.(58) Laumann ve arkadaşları ABD'de 18-59 yaş arası 1749 kadın ve 1410 erkekle yaptıkları prevalans çalışmalarında kadınların %43 erkeklerin %31'inde cinsel işlev bozukluğuna rastlandığını bildirmişlerdir.(59) Bu çalışmalar bizim araştırmamızdaki kontrol grubundaki katılımcılarda %48,8 oranında bulduğumuz cinsel işlev bozukluğu riskini kısmen açıklamaktadır.

Çalışmamız depresyon, anksiyete bozuklukları ve cinsel işlev bozuklukları açısından birlikte değerlendirildiğinde, bu hastalıklar ; en sık hemodiyaliz , 2. sıklıkta SAPD ve en azda kontrol grubunda görülmüştür. Hemodiyaliz ve SAPD uygulanan

hastalar bu 3 hastalık açısından birbirleri ile kıyaslandığında aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Ancak kontrol grubuyla gerek hemodiyaliz grubu gerekse SAPD grubu istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır. Hemodiyaliz ve SAPD uygulanan hastalar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı olmasa da tüm bu hastalıklar en sık hemodiyaliz grubunda görüldüğünden klinik olarak anlamlı olduğu düşünülebilir.

5.3.Yaşam Kalitesi

Yaşam süresinin uzaması, farklı tedavi alternatifleri, sağlık hizmeti çıktısında geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına yol açmıştır. Artık bir klinik uygulamanın ya da sağaltım alternatifinin başarısı ya da başarısızlığı biyolojik ve demografik göstergelere ek olarak, o hastanın yaşam kalitesine yaptığı olumlu yada olumsuz gelişmelerle de değerlendirilmeye başlanmıştır. Yani bir sağlık girişiminin başarısı, hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik,yeti yitimi ve daha geniş olarak da bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilir. Varılan nokta sağlıkla ilgili müdahalelerde sonuç göstergelerinin sadece yaşamları kurtarma temelinde değil, aynı zamanda onları geliştirme temelinde olmaları gerektiğidir (46).

Kronik böbrek hastalığı hem kendisi hem de tedavi yöntemleri nedeniyle tıbbi kurumlara bağımlılık gerektirmektedir. Renal replasman tedavi yöntemlerinden en yaygın olanı olan hemodiyaliz, hastanın bir sağlık merkezine ömür boyu bağlanması nedeniyle tedavisinin başlanması ile hastanın yaşam kalitesinde değişiklikler olmaktadır. Öncelikle hastada yorgunlukta artma, güçsüzlük ve bunun getirdiği yitimler ön plana çıkmaktadır. Diyaliz tedavileri kısa dönemde fiziksel sorunlara bağlı rol güçlükleri ve genel sağlık algılanmasında bozulmaya neden olurken uzun dönemde fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında bozulma ile fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı rol güçlüklerine yol açmaktadır.(49) Hastalığın veya tedavi yöntemlerinin neden olabileceği ruhsal sorunlarda en az bedensel hastalıklar kadar yaşam kalitesinde değişikliklere neden olabilmektedir.

Yüksek yaşam kalitesine özellikle önem veren hastalar ve kendini iyi hissetme duyumu artmış olanlar diyaliz tedavilerine çok daha iyi uyum gösterebilirler. Başarılı böbrek transplantasyonu geçiren SDBY hastaları, diyalizle

tedavi edilenlere göre yaşam kalitelerine daha fazla değer verme eğilimindedirler. Hekimler, verdikleri tıbbi kararların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini çok iyi düşünmeli ve bu konuları hastaları ve aileleriyle birlikte derinlemesine tartışmalıdırlar. Ayrıca hastanın bakımdan duyduğu memnuniyet, değerlendirilmesi gereken yaşam kalitesinin önemli bir yönünü oluşturmaktadır.(11)

Çalışmamızda her 3 grubu da yaşam kalitesi alt ölçekleri ve fiziksel ve ruhsal komponentler açısından karşılaştırdık. Fiziksel komponent ve mental komponent iki özet skala olup, Fiziksel komponent özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından, mental komponent özet skalası ise; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından oluşur. Çalışmamızda fiziksel komponent ortalama skoru hemodiyaliz hastalarında $47,0 \pm 9,2$; SAPD hastalarında $53,1 \pm 7,6$; kontrol grubunda ise $66,1 \pm 5,5$ olarak bulunmuştur. Ruhsal komponent ortalama skorları hemodiyaliz uygulanan hastalarda $42,2 \pm 6,7$; SAPD grubunda $45,2 \pm 6,7$ ve kontrol grubunda $52,9 \pm 3,9$ olarak tespit edilmiştir. Her iki komponenti 3 grupta karşılaştırdığımızda aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hemodiyaliz, ve SAPD gruplarını birbirleriyle karşılaştırdığımızda sadece fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve vitalite de istatistiksel açıdan aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Diğer alt ölçeklerde hemodiyaliz hastalarının aleyhine olmak üzere anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü dışında tüm alt ölçek ortalama skorları hemodiyaliz grubunda daha düşük bulunmuştur. Fiziksel ve ruhsal komponentler açısından 3 grup karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıyken, hemodiyaliz ve SAPD grupları arasında yapılan karşılaştırmada; ruhsal komponent skorlarının istatistiksel açıdan farklı olmadığı; fiziksel komponent skorlarında ise SAPD hastalarında daha iyi olmak üzere, hemodiyaliz ve SAPD arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel ve ruhsal komponent ortalama skorları hemodiyaliz hastalarında en az, SAPD hastalarında 2. sıklıkta ve en yüksek de kontrol grubunda gözlenmiştir.

Literatüre bakıldığında; Mittal ve arkadaşları SF 36 yaşam kalitesi ölçeği kullanarak periton ve hemodiyalizi karşılaştırdıkları çalışmalarında periton diyalizi grubunda ortalama fiziksel komponent skorunu $31,8 \pm 7,8$ ve ortalama mental komponent skorunu $47,1 \pm 10,7$ olarak; hemodiyaliz uygulanan hasta grubunda

ortalama fiziksel komponent skorunu $36,9 \pm 8,8$ ve ortalama mental komponent skorunu $48,7 \pm 9,3$ olarak tespit etmişlerdir. Fiziksel komponent skor ortalaması açısından iki grubun istatistiksel olarak birbirlerinden anlamlı derecede farklı olduğunu bildirmişlerdir (27). Bu durum bizim çalışmamızda da benzerdir. Diaz-Buxo ve arkadaşlarının SF 36 yaşam kalitesi ölçeği kullanarak 16755 hemodiyaliz ve 1260 periton diyalizi uygulayan hastada yaptıkları çalışmada hemodiyaliz grubunda ortalama fiziksel komponent skorunu $33,3 \pm 10,4$ ve ortalama mental komponent skorunu $47,5 \pm 11,7$ olarak; periton diyaliz uygulayan hasta grubunda ortalama fiziksel komponent skorunu $33,7 \pm 10,6$ ve ortalama mental komponent skorunu $47,9 \pm 11,6$ olarak tespit etmişlerdir.(52) Sağduyu ve arkadaşları hemodiyaliz hastalarında fiziksel komponent skorunu 47,4 ; mental komponent skorunu ise 44,5 olarak bildirmişlerdir.(41)Göker tarafından yapılmış çalışma verilerinden hemodiyaliz hastalarında fiziksel ve ruhsal komponent sırasıyla 47,29 ve 43,27 olarak hesaplanmıştır.(40) Koçer tarafından 2006 yılında hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanan hastalarda SF-36 kullanarak yaptıkları çalışmalarında hemodiyaliz hastalarında fiziksel komponent skorunu 53,09, mental komponent skorunu 56,07; periton diyalizi grubunda ise fiziksel komponent skorunu 50,15 , mental komponent skorunu ise 53,59 olarak bildirmişlerdir.Ayrıca 2 grup arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulamamışlardır(81). Wasserfallen ve arkadaşlarının 455 hemodiyaliz ve 50 periton diyalizi hastasında QOL(yaşam kalitesi ölçeği) kullanarak yaptıkları çalışmalarında iki grupta da yaşam kalitesinin düştüğünü bulmuşlar ancak aralarında anlamlı fark bulamamışlardır (82).

Litaratürde yaşam kalitesi ölçeği SF-36 skorları ile ilgili farklı verilere rastlamak mümkün olup bizim çalışmamızla uyumlu yayınlar olduğu gibi farklı yayınlarda bulunmaktadır. Bu durum; yaşam kalitesinin subjektif bir kavram olması ve kişinin fiziksel ve ruhsal durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavram olması ile açıklanabilir.

5.4.Stresle Başa Çıkma Tutumları

Kronik böbrek hastalığının kendisinin oldukça ciddi bir hastalık olmasının yanında, tedavisinde kullanılan diyaliz yöntemlerinin de bireyleri zorlayıcı

etkilerinden bahsettik. Bireyin kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi, kişinin kendi kültürü ve değerler sistemi içinde hastalığın olumsuz sonuçlarını en aza indirmek ya da tümüyle başa çıkmak için bir takım tutumlar geliştirmesi ile sonuçlanır. Bu nedenle kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek; tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacaktır (64). Çalışmamızda bireylerin stresle başa çıkma tutumlarını belirlemek amacıyla COPE ölçeği kullanılmıştır. Başa çıkma tutumları, 15 alt ölçekle hemodiyaliz, SAPD ve kontrol gruplarında ayrı ayrı karşılaştırılmakla birlikte, alt başlıklar birleştirilerek 3 ayrı başlık altında da incelenmiştir. Buna göre aktif başa çıkma, plan yapma, geri durma, yararlı sosyal destek kullanımı ve diğer meşguliyetleri bastırma, sorun odaklı başa çıkma tutumları başlığı altında; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme duygusal odaklı başa çıkma tutumları olarak ; zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, madde kullanımı ve davranışsal boş verme ise işlevsel olmayan başa çıkma tutumları olarak değerlendirilmiştir.(66)

Hemodiyaliz, SAPD ve kontrol grubu ile yapılan karşılaştırmalarda; bireylerin stresle başa çıkmasında soruna odaklanma, geri durma ve madde kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir. Hemodiyaliz ve SAPD uygulanan hastalar kendi aralarında karşılaştırıldıklarında zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek kullanımı, inkar, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme başa çıkma tutumları açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızda hemodiyaliz tedavisi uygulanan grupta en sık yararlı sosyal destek kullanımı (14,2±1,31), ikinci sıklıkta dini olarak başa çıkma (14,1±2,25) ve üçüncü olarakta duygusal sosyal destek kullanımının (13,2±1,82) stresle başa çıkmada kullanıldığını gözlemledik. SAPD uygulanan grupta ise hastalar stresle başa çıkmada en sık dini olarak başa çıkmayı (12,9±2,86), bunun ardından sırasıyla yararlı sosyal destek kullanımı (12,5±1,95) ve soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma(12,2±2,36) yöntemlerini kullanmışlardır. Kontrol grubunda ise pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (13,0±1,29) en sık kullanılan stresle başa çıkma

tutumu iken 2. sıklıkta soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (12,7±1,72), 3. en sık kullanılan stresle başa çıkma tutumu ise aktif başa çıkmadır (12,4±2,19). Tüm katılımcılar birlikte ele alındığında ise en sık dini olarak başa çıkma ardından yararlı sosyal destek kullanımı ve soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumlarının kullanıldığını gözlemledik. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının ise istatistiksel açıdan anlamlı olarak en çok hemodiyaliz grubunda kullanıldığını gördük.

Stresle başa çıkma tutumları ile ilgili diyaliz uygulanan hastalarda yapılmış literatürde az sayıda çalışma mevcuttur. Çetinkaya ve arkadaşlarının 2008 yılında Sivasta yaptıkları çalışmada hemodiyaliz ve SAPD'ni karşılaştırdıkları çalışmalarında stresle başa çıkma yöntemlerinden sadece şakaya vurma ve zihinsel boş vermede istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuşlardır. Her 2 grupta da en sık dini olarak başa çıkma yöntemi kullanıldığını bildirmişlerdir.(67)

Hiçdurmaz tarafından 2005 te Ankara'da 212 hemodiyaliz ve 149 SAPD hastasında stresle baş etme ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada her iki hasta grubunda da en sık kullanılan baş etme biçiminin dine yönelme olduğu, SAPD hastalarının hemodiyaliz hastalarına göre etkin baş etmeyi daha fazla kullandığı saptanmıştır. Aynı çalışmada her iki gruptaki hastalar tarafından en çok kullanılan ikinci ve üçüncü baş etme yöntemlerinin kabullenme ve olumlu tarzda yeniden yorumlama olduğu belirlenmiştir.(65)

Yapılan literatür incelemesinde, hemodiyaliz ve SAPD hastalarını stresle baş etme biçimleri açısından karşılaştırıldığı çalışmalarda, SAPD hastalarının daha az stresi olmasına ve daha az baş etme stratejisi kullanmalarına karşın, her iki grupta da stres kaynaklarının ve kullanılan baş etme stratejilerinin benzer olduğu ortaya konmuştur.

5.5 Çalışmamızın Kısıtlılıkları ve Üstünlükleri

Çalışmamıza 42 hemodiyaliz hastası, 41 SAPD hastası ve 41 sağlıklı kontrol grubu alınmıştır. Literatürde daha az sayıda hastayla bildirilen yayınlar olmakla birlikte olgu sayımızın nispeten az olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Çalışmamızda cinsel işlev bozukluğu tanısının sadece ölçekle belirlenmiş olması, psikiyatrik görüşme yapılarak DSM-IV e göre konmamış olması da çalışmamızın kısıtlılıklarından sayılabilir.

Hem ülkemizde hem de dünyada HD hastalarıyla yapılan çok sayıda yayın olmasına rağmen, HD ile SAPD hastalarının birbirleriyle karşılaştırıldıkları az sayıda yayın mevcuttur. Bizim çalışmamızdaki kadar çok parametreye aynı hastalarda bakılan çok az sayıda yayın mevcuttur. Bunlarda çalışmamızın üstünlüğü sayılabilir.

Ayrıca yapılan ulusal ve uluslar arası yayınların çoğunda tanılar sadece ölçekler yardımıyla konurken, çok azında SCID- I gibi yapılandırılmış görüşme tekniklerine başvurulduğu gözlenmiştir.Çalışmamızda tanıların SCID-I ile konması çalışmamızın üstünlüklerindedir.

5.6.Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda HD ve SAPD hastalarının depresyon, anksiyete bozuklukları, yaşam kaliteleri,cinsel işlev bozuklukları ve stresle başa çıkma tutumlarını birbirleriyle ve kontrol grubuyla karşılaştırdık.

Depresyon, anksiyete bozuklukları ve cinsel işlev bozuklukları açısından 3 grub arasında anlamlı farklılık bulduk. Fakat HD ve SAPD grupları arasında anlamlı farklılık bulamadık.Ancak HD grubunda depresyon,anksiyete bozuklukları ve cinsel işlev bozuklukları oransal olarak daha yüksek bulunmuştur.Bu durum klinik olarak anlamlı olabilir.

Yaşam kalitesi açısından hemodiyaliz ve SAPD hastaları kendi aralarında alt ölçekler açısından karşılaştırıldıklarında sadece fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve vitalite de istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$). Diğer yaşam kalitesi alt ölçekleri açısından hemodiyaliz ve SAPD hastalarının birbirlerinden istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı oldukları gözlenmiştir. Fiziksel ve ruhsal komponentler açısından hemodiyaliz ve SAPD grupları arasında yapılan karşılaştırmada; ruhsal komponent skorlarının istatistiksel açıdan farklı olmadığı ($p>0,05$) görülmüş ancak fiziksel komponent skorlarında hemodiyaliz ve SAPD arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$)

Stresle başa çıkma açısından ise genel olarak en sık dini olarak başa çıkma yönteminin kullanıldığını gördük.HD hastalarının SAPD hastalarına göre işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını çok daha fazla kullandığını gördük.Bu fark istatitkisel açıdan da anlamlıdır.

Periton diyalizi yönteminin pek çok yaşam niteliği açısından hemodiyaliz ve transplantasyon hasta grublarının arasında yer aldığı vurgulanmaktadır .Yeterli sayıda transplantasyon yapılamadığı düşünülecek olursa hastaya diyaliz yöntemini seçerken gerekli eğitimlerin verilmesi ve hasta için en uygun yöntemin seçilmesi hastaların yararına olacaktır.

Sonuç olarak psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasında en önemli faktörün hastalığın kendisi olmasına rağmen, ortaya çıkan bozukluklar tedavi edilmezlerse doğrudan fiziksel hastalığın seyrini, morbiditesini ve mortalitesini olumsuz etkileyecektir.

Hangi tedavi yöntemi uygulanırsa uygulansın tüm KBY hastalarının sadece dahili açıdan değil psikiyatrik açıdan da yakın takip edilmeleri psikiyatrik morbiditeyi azaltıp yaşam kalitelerini arttıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Kossi ME, Nahas ME. Epidemiology and pathophysiology of chronic kidney disease: Natural history, risk factors, and management. Ed: Feehally J, Floege J, Johnson RJ. Comprehensive Clinical Nephrology, 3rd Edition, s.813 Mosby elsevier Philadelphia, 2007
2. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Erciyes Üniversitesi Matbaası, Kayseri, 1997.
3. Süleymanlar G, Serdengeçti K, Altıparmak MR, Seyahi N. Türkiye’de Nefroloji-Dializ ve Transplantasyon (Registry-2008), Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul , 2009.
4. Özcan Y, Baştürk M, Aslan S, Utaş C. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbitide ve yaşam kalitesi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2000; 7 (4): s.333-337.
5. Kimmel PL; Thamer M; Richard CM; Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. Am J Med. 1998; 105(3): s.214-221
6. Gibney E, Parikh C, Jani A. Renal transplantasyon yapılan hasta. Ed: Schrier RW Nefroloji El Kitabı.(Çeviri editörü: Süleymanlar G). Lippincott Williams&Wilkins, 2007.
7. Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi, s.187-190 İstanbul, 1993.
8. Sever MŞ. Kronik böbrek yetersizliği. Ed: Büyüköztürk K. İç Hastalıkları, Cilt 2, s.2617-2633, Nobel matbaacılık, 2007. İstanbul.

9. Süleymanlar G. Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği. Ed: Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ, Türk S, Yıldız A. Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı. s.1-24, Öncü basımevi, Ankara, 2009.
10. Delenay MP, Price CP, Newman DJ, Lamb E. Kidney disease. Ed: Burtis CA, Ashwood ER, Bruns DE, Tietz Textbook of Clinical Chemistry and Molecular Diagnostics. 4th edition, s.1671, Saunders Elsevier, Missouri, 2006.
11. Pendse SS, Singh A. Evre 1-4 Kronik böbrek hastalarına yaklaşım. Ed:Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS, Diyaliz El Kitabı. 4.baskı, (Çeviri editörü Bozfakılıoğlu S.) s.3-13 Güneş Tıp Kitabevleri. 2010.
12. Aydın M. Kronik böbrek yetmezliği ve renal replasman tedavileri. Ed: Türkmen F, Hemodiyaliz seminerleri. s.16, Deniz ofset , İstanbul. 2002
13. Chadban SJ, Briganti EM, Kerr PG, Prevelans of kidney damage in Australian adults. The AusDiab Kidney Study. J Am Soc Nephrol. 2003;14: s.131-138
14. Mitch E.W. Chronic kidney disease. Goldman L, Ausiello D, (Ed). Cecil medicine. 23th edition, Saunders elsevier, Philedelphia, 2007.
15. Serdengeçti K, Seyahi N. Diyaliz endikasyonları ve renal replasman tedavisi seçimi. Ed: Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul HZ, Türk S, Yıldız A. Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı. s.25-30, Öncü basımevi, Ankara, 2009.
16. Bozfakılıoğlu S, Diyaliz. Ed: Büyüköztürk K, İç Hastalıkları, Cilt 2, s.2665-2673, Nobel matbaacılık, İstanbul, 2007.
17. Jeremy L, Morgan J, Brown E, Oxford Diyaliz El Kitabı. (Çev: Uslan İ). s.42-69 Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004.

18. Vural A. Hemodiyaliz. (Ed: Atık N) , Nefroloji. s.225, Deniz matbaacılık, İstanbul, 2001
19. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS, Diyaliz El Kitabı. 4.baskı, s.323 Çeviri editörü Bozfakılıoğlu S. Güneş Tıp Kitabevleri. 2010.
20. Cohen SD, Perkins VH, Kimmel PL, Son dönem böbrek yetersizliği hastalarında psikososyal sorunlar. Ed:Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS, Diyaliz El Kitabı. 4.baskı, (Çeviri editörü: Bozfakılıoğlu S), s.455-461, Güneş Tıp Kitabevleri. 2010.
21. Baydoğan M, Dağ İ. Hemodiyaliz hastalarındaki depresiflik düzeyinin yordanmasında kontrol odağı, öğrenilmiş güçlülük ve sosyotropi-otonomi. Türk Psikiyatri Dergisi 2008; 19(1):19-28
22. Cimilli,C. ‘ Hemodiyalizin Psikiyatrik Yönleri’ . Türk Nefroloji , Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi,1994. 3 (3): 88-92.
23. Öztürk MO, Uluşahin A.Ruh Sağlığı ve Bozuklukları-I. 11. Baskı, s.357-512 Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2008.
24. Kimmel, PL, Weihs, K, Peterson, RA. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. J Am Soc Nephrol 1993; 4(1):12-27
25. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(1) : 72-80
- 26 Köroğlu E. Majör Depresyon. Ed: Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2.baskı.s.240-264, HYB, Ankara 2007.
27. Mittal SK, Ahern L, Flaster E, Mittal VS, Maesaka JK, Fishbane S: Self-assessed quality of life in peritoneal dialysis patients. Am J Nephrol 2001; 21: 215-220

- 28* Israel, M. Depression in dialysis patients: A review of psychological factors. *Can J Psychiatry* 1986; 31:445.
29. Kimmel, PL, Peterson, RA, Weihs, KL, et al. Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1995; 5:1826.
30. DeOreo, PB. Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *Am J Kidney Dis* 1997; 30:204.
31. Watnick, S, Kirwin, P, Mahnensmith, R, Concato, J. The prevalence and treatment of depression among patients starting dialysis. *Am J Kidney Dis* 2003; 41:105.
32. Lopes, AA, Albert, JM, Young, EW, et al. Screening for depression in hemodialysis patients: associations with diagnosis, treatment, and outcomes in the DOPPS. *Kidney Int* 2004; 66:2047.
33. Wuerth, D, Finkelstein, SH, Klinger, AS, Finkelstein, FO. Chronic peritoneal dialysis patients diagnosed with clinical depression: results of pharmacologic therapy. *Semin Dial* 2003; 16:424
34. Hedayati, SS, Bosworth, HB, Kuchibhatla, M, et al. The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2006; 69:1662.
35. Wuerth, D, Finkelstein, SH, Finkelstein, FO. The identification and treatment of depression in patients maintained on dialysis. *Semin Dial* 2005; 18 :142-146

36. Schmidt RJ, Holley JL, Psychiatric illness in dialysis patients, 2010.
(http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=mental/5669&selectedTitle=1%7E150&source=search_result)
37. Kurella M, Kimmel PL, Young BS, Chertow GM. Suicide in the United States end stage renal disease program. *J Am Soc Nephrol.* 16(3):773-781, 2005.
38. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Cromwell-Smith A, Peterson RA, Kimmel PL. Depression and Anxiety in Urban Hemodialysis Patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2: 484-490, 2007
39. Yazıcı AE, Erdem P, Yazıcı K, Acar ŞT, Başterzi AD, Erdem A. Son dönem böbrek yetmezliği hastalarında majör depresif bozukluğun değerlendirilmesi. *New symposium journal.* 4(2); s.23-26, 2008
40. Göker C, Hemodiyaliz hastaları ve eşlerinde psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Uzmanlık Tezi.* Ankara. 2008.
41. Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi,* 2006 17(1): 22-31
42. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Klinik Psikiyatri El kitabı. (Çeviri editörü: Bozkurt A), s.170, 2.baskı, Güneş Tıp Kitabevi. 2009.
43. Aklın T, Onur E. Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. Ed: Köroğlu E. Güleç C, *Psikiyatri Temel Kitabı.* s.296-303, 2.baskı. HYB, Ankara, 2007.
44. Küçükdeveci AA. Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2005;51(Özel Ek B):B23-B29.

45. Göçgeldi E, Babayigit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50: 172-179
46. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim Dergisi* 2006; 1: 1-5.
47. Erengin N, Keçecioglu N, Güven M, Sarıkaya M, Tuncer M, Özcan S, Süleymanlar G, Ersoy F, Yakupoğlu G. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların yetiyitimi, depresyon ve anksiyete yönünden karşılaştırılması. *Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi* 1998 ,3:137-140
48. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sorunlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma*, 2005; 20(1): 55-63.
49. Saltürk AGD Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesinin diyaliz yeterliliği ile ilişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
50. Annak BB. Sosyal destek, sosyal ağ, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu: Duygu- durum ve anksiyete bozukluğu tanısı alan kişiler ve düzenli hemodiyaliz tedavisi gören hastalar açısından bir karşılaştırma. T.C. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2005.
51. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease. What we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research* .2002;52: 951– 956.
52. Diaz-Buxo JA, Lowrie EG, Lew NL, Zhang H, Lazarus M: Quality of life evaluation using short form 36: Comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis*, 2000; 35: 293-300.

53.Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, Spielman LA, Peterson RA, Kimmel PL. Anxiety Disorders in Adults Treated by Hemodialysis:A Single-Center Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 2008; 52; 128-136

54. İncesu C. Cinsel işlev bozuklukları. Ed: Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2.baskı.s.422-432, HYB, Ankara, 2007.

55. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Klinik Psikiyatri. (Çeviri Editörü: Aydın H, Bozkurt A), 2.baskı, s.275-296, Güneş tıp kitabevi, 2005.

56. Demir Ö, Parlakay N, Gök G, Esen AA, “Hastane Çalışanı Bayanlarda Cinsel İşlev Bozukluğu”, *Androloji* 2007; 33(2): 156-160

57.Öksüz E, Malhan S, Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in turkish women, *The Journal of Urology* 2006; 175(2):654-658.

58. Ege E, Akın B, Yaralıarslan S, Bilgili N. Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri. *Tübav Bilim Dergisi*, 2010; 3(1): s137-144.

59. Laumann A, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 1999; 281: 537-544.

60.Bahar A, Savaş AH, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007; 8: 287-292

61. Peng YS, Chiang CK, Hung KY, Chiang SS, Lu CS, Yang CS, Wu KD, Yang CC, Lin RP, Chang CJ, Tsai TS, Chen WY. The association of higher depressive symptoms and sexual dysfunction in male hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 2007; 22: 857-861

62. Zamd M, Garbi MB, Ramdani B, Zaid D. Sexual dysfunction in male patients undergoing hemodialysis in Morocco. *Saudi J Kidney Dis Transplant* 2005; 16(1):33-39
63. Soykan A, Boztaş H, Kutlay S, İnce E, Nergizoğlu G, Dileköz AY, Berksun O. Do sexual dysfunctions get better during dialysis? Results of a six-month prospective follow-up study from Turkey. *International Journal of Impotence Research* 2005; 17: 359-363
64. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 221-226
65. Hiçdurmaz D. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların stresle baş etme biçimlerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2005.
66. Erdem M, Çelik C, Doruk A, Özgen F. Yaygın anksiyete bozukluğunda başa çıkma tutumları. *Anatol J Clin Investig* 2008; 2(3): 101-105
67. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008; 45: 78-84.
68. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. HYB Basım Yayın, Ankara, 2009.
69. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Structered Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID/CV). American Psychiatric Pres, Inc, Washington DC,1997.

70. Özküküçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12:233-236

71. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. J Pers Soc Psychol 1989; 56:267-283.

72. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36- item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care, 1992; 30: 473-483

73. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa form -36'nın (KF-36) Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği.İlaç ve Tedavi Dergisi.1999; 12: 102-106

74. Zigmond AS, Snaith PR, The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67:361-370

75. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8: 280-287

76. Aydemir Ö. Psikiyatrik ölçekler. Ed: Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. 2.baskı.s.62-75, HYB, Ankara 2007.

77. Deborah B. Psikiyatride ölçekler. Sadock BJ, Sadock VA.Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, I. cilt. (Çeviri editörü: Aydın H, Bozkurt A). 8.baskı. s.929-955, Güneş tıp kitabevi, 2007

78. McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, Moreno FA, Delgado PL, McKnight KM, Manber N, The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity. J Sex Marital Ther. 2000; 26: 25-40

79. Soykan A. The reliability and validity of Arizona Sexual Experiences Scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. *Int J Impot Res.* 2004; 16: 531-534
80. Steele TE, Wuerth D, Finkelstein S, Juergensen D, Juergensen P, Kilger AS, Finkelstein FO. Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patient. *J.Am. Soc. Nephrol.* 1996; 7:1165-1168
81. Koçer ZM. Hemodiyaliz ve periton diyalizi gören kronik böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesinin karşılaştırılması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi. Afyon. 2006.
82. Wasserfallen JB, Halabi G, Saudan P, Perneger T, Feldman HI, Martin PY, Wauters JP. Quality of life on chronic dialysis: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant.* 2004; 19: 1594-1599
83. Yılmaz A, Göker C, Koçak OM, Aygör B, Şentürk V, Nergizoğlu G, Soykan A, Kumbasar H. Sexual functioning in hemodialysis patients and their spouses: results of a prospective study from Turkey. *Turk J Med Sci.* 2009; 39 (3): 405-414
84. Sağduyu A, Özdemir N. Hemodiyaliz hastalarında ruhsal sorunlar; yaşam kalitesi ve yordayıcı faktörler. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık.* 2009; 20(1): 1-9
85. Salehnia M. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi gören hastalarda psikiyatrik değerlendirme. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2000.

Ek.1.

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
2. Doğum Tarihiniz:
3. Eğitim Durumunuz: Okuryazar İlköğrenim Ortaöğrenim
Yükseköğrenim
4. İş Durumunuz: Çalışıyorum Çalışmıyorum Emekliyim Öğrenciyim
5. Mesleğiniz:
6. Sosyal güvenceniz var mı (SSK; Bağkur, Emekli Sandığı) Evet Hayır
7. Kendinizi aylık gelir açısından aşağıda değerlendiriniz:
Çok Düşük Düşük Orta İyi Çok İyi
8. Medeni Durumunuz: Evli Bekar Dul Boşanmış Ayrı Yaşıyor
9. Çocuğunuz var mı? Varsa kaç tane?:
10. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?: Ailemle Yalnız Eşimle Diğer
11. Diyalize başlayalı kaç yıl oldu?:
12. Haftada kaç kere ve kaç saat diyalize giriyorsunuz?
13. Böbrek yetmezliği tanısını alalı kaç yıl oldu?:
14. Daha önce böbrek nakli geçirdiniz mi? Evet Hayır
15. Bakımınızda size yardımcı olacak kişi veya kişiler var mı? Var Yok
Varsa kimler?
16. Hastalığınızla ilgili aldığınız sosyal destekten ne kadar memnunsunuz?
0 Hiç memnun değilim 1 Pek memnun değilim
2 Biraz memnunum 3 Memnunum 4 Çok memnunum
17. Eşlik eden hastalık:
18. Sigara içiyormusunuz?: 0 İçiyor 1 İçmiyor 2 Bırakmış
19. Alkol alıyormusunuz? 0 İçiyor 1 İçmiyor 2 Bırakmış

Ek.2.**COPE****Adiniz:****Yasiniz:****Cinsiyetiniz:****Tarih:**

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunalı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken su belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allah`in yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

36.Sorunla ilgili saka yaparım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstedikimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.
1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

45. Benzer durumlara karşılaşılan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
46. Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
47. Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için daha iyi bir tavır takınırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
48. Sorunla karşılaştığımda dini inancımın bir huzur bulmaya çalışırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
49. Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
50. Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
51. Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
52. Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.
1 () 2 () 3 () 4 ()
53. Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
54. Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.
1 () 2 () 3 () 4 ()
55. Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
56. Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.
1 () 2 () 3 () 4 ()
57. Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
58. Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
59. Basıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.
1 () 2 () 3 () 4 ()
60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.
1 () 2 () 3 () 4 ()

1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme: **1, 29, 38, 59**
2. Zihinsel boş verme: **2, 16, 31, 43**
3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma: **3, 17, 28, 46**
4. Yararlı sosyal destek kullanımı: **4, 14, 30, 45**
5. Aktif başa çıkma: **5, 25, 47, 58**
6. İnkâr: **6, 27, 40, 57**
7. Dini olarak başa çıkma: **7, 18, 48, 60**
8. Şakaya vurma: **8, 20, 36, 50**
9. Davranışsal olarak boş verme: **9, 24, 37, 51**
10. Geri durma: **10, 22, 41, 49**
11. Duygusal sosyal destek kullanımı: **11, 23, 34, 52**
12. Madde kullanımı: **12, 26, 35, 53**
13. Kabullenme: **13, 21, 44, 54**
14. Diğer meşguliyetleri bastırma: **15, 33, 42, 55**
15. Plan yapma: **19, 32, 39, 56**

Ek.3.

Hasta adı soyadı:

Tarih:

SF 36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

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

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyormu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derecede etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir-iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

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

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya etkinliklerinizde kısıtlama odlumu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (rneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca,duygusal sorunlarınızın(rneğin çökkünlük ve kayđı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6.Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız,aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç
- b) ok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) Şiddetli
- f) ok Şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi(hem evişlerinizi hemde ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
Kendinizi yaşan dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeği Kadar kendinizi üzgün hissettinizmi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10.Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi(arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a)Her zaman
- b)Çoğu zaman
- c)Bazen
- d)Nadiren
- e)Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?
Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Bilmiyorum	Çoğunlukla	Kesinlikle
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					



Ek.4

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin.Yanıtınız için çok düşünmeyin , aklınıza ilk gelecek yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, ‘patlayacak gibi’ hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Bir çok zaman
- Zaman zaman, Bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
- Evet, ama çokda şiddetli değil
- Biraz , ama beni endişelendiriyor.
- Hayır, hiç öyle değil.

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil.

5) Akıldan endiŖe verici dűŖünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neŖeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevŖek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaŖmıŖ gibi hissediyorum

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki iim pırpır ediyormuŖ gibi bir tedirginliğe kapılıyorum

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçektende çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil.

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinde biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum

- Gerçektende çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Çok seyrek

14) İyi bir kitap, televizyon yada radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

Ek.5

**ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ
(KADIN FORMU)**

Lütfen her maddede, bugün de dahil, geçen haftaki durumunuzu işaretleyin.

1.Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz.

- | | | |
|-------------------|------------------|--------------------|
| 1.Oldukça istekli | 3.Biraz istekli | 5.Çok isteksiz |
| 2.Çok istekli | 4.Biraz isteksiz | 6.Tamamen isteksiz |

2.Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)

- | | | |
|-----------------|---------------|---------------|
| 1.Oldukça kolay | 3.Biraz kolay | 5.Çok zor |
| 2.Çok kolay | 4.Biraz zor | 6.Tamamen zor |

3.Vajinanız(Cinsel organınız) ilişki sırasında ne kadar kolay ıslanır veya nemlenir.

- | | | |
|-----------------|---------------|--------------|
| 1.Oldukça kolay | 3.Biraz kolay | 5.Çok zor |
| 2.Çok kolay | 4.Biraz zor | 6.Asla olmaz |

4.Ne kadar kolay orgazm olursunuz.

- | | | |
|-----------------|---------------|------------------|
| 1.Oldukça kolay | 3.Biraz kolay | 5.Çok zor |
| 2.Çok kolay | 4.Biraz zor | 6.Asla boşalamam |

5.Orgazmınız tatmin edicimidir.

- | | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|
| 1.Oldukça tatmin edici | 3.Biraz tatmin edici | 5.Çok tatmin etmiyor |
| 2.Çok tatmin edici | 4.Pek tatmin etmiyor | 6.Orgazma ulaşamam |

ARIZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ERKEK FORMU)

Lütfen her maddede, bugün de dahil, geçen haftaki durumunuzu işaretleyin.

1.Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz.

- | | | |
|-------------------|------------------|--------------------|
| 1.Oldukça istekli | 3.Biraz istekli | 5.Çok isteksiz |
| 2.Çok istekli | 4.Biraz isteksiz | 6.Tamamen isteksiz |

2.Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)

- | | | |
|-----------------|---------------|---------------|
| 1.Oldukça kolay | 3.Biraz kolay | 5.Çok zor |
| 2.Çok kolay | 4.Biraz zor | 6.Oldukça zor |

3.Penisiniz(Cinsel organınız) kolayca sertleşir ve sertliğini sürdürür mü?

- | | | |
|-----------------|---------------|--------------|
| 1.Oldukça kolay | 3.Biraz kolay | 5.Çok zor |
| 2.Çok kolay | 4.Biraz zor | 6.Asla olmaz |

4.Ne kadar kolay boşalılırsınız.

- | | | |
|-----------------|---------------|------------------|
| 1.Oldukça kolay | 3.Biraz kolay | 5.Çok zor |
| 2.Çok kolay | 4.Biraz zor | 6.Asla boşalamam |

5.Boşalmanız tatmin edici midir ?

- | | | |
|------------------------|----------------------|----------------------|
| 1.Oldukça tatmin edici | 3.Biraz tatmin edici | 5.Çok tatmin etmiyor |
| 2.Çok tatmin edici | 4.Pek tatmin etmiyor | 6.Hiç boşalamam |