

Hemodiyaliz Hastalarının Öznel Uyku Kaliteleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma ve Uyku Kalitesini Yordayıcı Faktörlerin Araştırılması

Yeşim Korkut

ÖZET:

Hemodiyaliz hastalarının öznel uyku kaliteleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma ve uyku kalitesini yordayıcı faktörlerin araştırılması

Amaç: Bu çalışmanın temel amacı hemodiyaliz ve kontrol grupları arasında özellikle öznel uyku kalitesi açısından bir fark olup olmadığına bakmak; ayrıca hemodiyaliz grubunda uyku kalitesini yordayan değişkenleri araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini 49 hemodiyaliz hastası ve 35 kişilik bir kontrol grubundan oluşmaktadır. Her iki gruba da SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Beck depresyon Ölçeği (BDÖ) ve demografik bilgilere yönelik bir anket uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmanın sonuçları hemodiyaliz grubunun, uyku ile ilgili sorunların varlığına işaret eden PUKİ uyku kalitesi puanlarının kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir. Hemodiyaliz grubu içinde kesme puanına göre kötü uyuyan grup %78 olarak bulunmuştur. Uyku kalitesinin yordayıcısı SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel boyutu FB olup PUKİ'den alınan puanların SF-36'nın FB boyutu ile anlamlı olumsuz ilişkisi olduğu saptanmıştır. Hemodiyaliz grubunun, SF-36 FB puanlarının kontrol grubuna oranla anlamlı seviyede daha düşük olduğu görülmektedir. Bu, hemodiyalizi girenlerin, yaşam kalitesinin fiziksel işlevler, ağrı ve bunlara bağlı rol kısıtlılıklarına dair daha çok sıkıntı yaşamakta olduklarına işaret etmektedir. BDÖ puanları ile SF-36 FB puanı arasında negatif ve PUKİ arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Uyku kalitesi için kesme puanı 5 alındığında, üstünde kalan "kötü uyuyanlar" ile altında kalan ve "iyi uyuyanlar" arasında BDÖ ve yaşam kalitesinin FB'nun farklılaşmakta olduğu; kötü uyuyan grupta depresyonun daha yüksek ve yaşam kalitesi boyutu puanının daha düşük olduğu görülmektedir.

Tartışma: Bu çalışmanın bulguları yaşam kalitesinin özellikle FB'nun hemodiyaliz hastalarında uyku kalitesine büyük bir etkisi olduğunu ve uyku kalitesi ile ilgili çalışmalarda depresyonun kontrol edilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: Hemodiyaliz, öznel uyku kalitesi, SF-36 fiziksel boyut, depresyon

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008;18:105-112

ABSTRACT:

Subjective sleep quality and predictors of sleep quality in hemodialysis patients

Objective: The main objective of this study was to compare the hemodialysis group and controls in terms of subjective sleep quality and to investigate the predictors of the sleep quality of the hemodialysis patients.

Method: The sample of the study consisted of 49 hemodialysis patients and a healthy control group of 35 subjects (20 F, 15 M). Participants were administered SF-36 Quality of Life Index, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Beck Depression Inventory (BDI), and a questionnaire for demographic information.

Results: The results of the study indicates that PSQI scores of the hemodialysis group are significantly higher than controls. The "poor sleepers" who are below the cut off score, are 78%. The main predictor of the sleep quality is the physical dimension of (PD) SF-36 Quality of life scale. Also there was a negative correlation between PSQI and PD scores. The scores of SF-36 PD in hemodialysis group was significantly lower than the control group. There was a negative correlation between BDI scores and SF-36 (PD) as well as a positive correlation with PSQI in hemodialysis group. A further investigation reveals that among "good" and "poor" sleepers, who are below and above the PSQI cut-off score, there is a differentiation in terms of BDI and PD scores. Mainly, depression scores are higher and PD scores are lower in poor sleeping group.

Discussion: This study emphasizes the effect of physical dimension of quality of life (PD) on the sleep quality scores of hemodialysis patients and the importance of controlling the depression factor.

Key words: Hemodialysis, subjective sleep quality, SF-36 - physical dimension, depression

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008;18:105-112

GİRİŞ

Hemodiyaliz hastaları ile ilgili psikososyal değişkenleri ele alan çalışmalara bakıldığında, bu çalışmaların depresyon (1-7) ve genellikle düşük olduğu bilinen yaşam kalitesi (8-11) değişkenleri üzerine yoğunlaş-

tıkları dikkati çekmektedir. Kronik böbrek yetersizliği olan hastalarda depresyonun çok yaygın olması (12) hem biyolojik tetikleyiciler hem de fiziksel, bilişsel yetiler ve cinsel işlevlerde kayıplarla ilgilidir. Türkiye'de yapılan çalışmalar (13) ülkemizde de hemodiyaliz hastalarında en sık rastlanan ruhsal bozuk-

Yrd. Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Yeşim Korkut, İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Çapa, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-455-5700/15791

Elektronik posta adresi / E-mail address: yesimkr@istanbul.edu.tr
yesimkorkut@duruk.net.tr

Kabul Tarihi / Date of acceptance: 27 Şubat 2008 / February 27, 2008

luğun depresyon olduğuna işaret etmekte ve depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yoğunlaşmaktadır (14-16).

Genel olarak öznel uyku kalitesinde bozulmalar, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların önemli bir özelliği olup; başta depresyon olmak üzere panik bozukluk, sosyal fobi hastalıklarının önemli bir yordayıcısı olabileceği düşünülmektedir (17). Hemodiyaliz hastalarında uyku problemlerinin ve nedenlerinin araştırılması ise son 10 yılda giderek artan bir ivme kazanmıştır. Bu hastalarda hem organik hem de psikolojik sebeplere bağlı olduğu düşünülen uyku bozukluklarına sıkça rastlanmakta olup; söz konusu uyku bozuklukları arasında uyku-uyanıklık şikayetleri, uykuya ilişkili düzensiz solunum, aşırı uykululuk, uyku apnesi ve huzursuz bacak sendromu (18-21) yer almaktadır.

Yapılan çalışmaların önemli bir çoğunluğu hemodiyaliz hastalarında uyku bozukluklarının ve kötü uyanların sıklığını ele almıştır (20,21,22-24) ve pek çoğu bu oranı %65'in üzerinde bulmuştur. Sadece birkaç çalışmada bu oran %47 ile %50 arasındadır (25,26).

Yaşam kalitesi ile kötü uyuma arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar uyku kalitesinin düşmesinin yaşam kalitesinin azalması ile ilişkili olduğundan (24,27,28) ve uyku kalitesinin yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olduğundan söz etmektedirler (20,21). Hemodiyalize girme süresinin de uyku problemlerinin ciddiyeti ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (22,25).

Son birkaç yılda yapılan çok yeni çalışmalar, uyku kalitesi dışında uyku bozukluklarının araştırılmasında polisomnografik ölçümlerin kullanılması gerektiğini (28), hastalarda sıvı yitimi, üre alımı ve eş tanı almadıklarının araştırılmasının önemini ifade etmişler (23) ve "ağrının" yeterince bu hastalarda çalışılmadığına dikkat çekmişlerdir (29). Türkiye'de böbrek nakli hastalarında yapılan ve uyku kalitesine bakılan öncül nitelikli bir çalışmada Eryılmaz ve arkadaşları (30) PUKİ kullanmışlar ve böbrek nakli hastalarında, hemodiyaliz hastaları kadar olmasa da genel popülasyona oranla daha fazla uyku bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir.

Bu çalışmanın temel amaçları sırasıyla,

1. Uyku kalitesi ve yaşam kalitesi puanları açısından hemodiyaliz ve kontrol grupları arasında bir fark olup olmadığını değerlendirmek,
2. Hemodiyaliz grubunda uyku kalitesini yordayan

değişkenleri araştırmak,

3. Ayrıca uyku kalitesi kesme puanı 5 alındığında, üstünde kalanlar ile altında kalanlar arasında depresyon puanı ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında bir fark olup olmadığını incelemektir.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmanın örnekleminin klinik grubunu İstanbul'da bir hastanenin hemodiyaliz kliniğinden, bu çalışmaya katılmayı kabul etmiş, 49 hemodiyaliz hastası oluşturmaktadır. Uygun örneklem yoluyla toplanmış ve yaş ile cinsiyet açısından klinik gruptan anlamlı farklılık göstermeyen 35 kişilik bir kontrol grubu da alınmıştır. Hasta grubununun hastalık süresi ortalaması 8 ($\pm 6,6$) yıldır. Hemodiyaliz almaya başlama süresi ortalaması ise 3.9 ($\pm 2,9$) yıldır. Okuma-yazma bilmeyenler ile sağlık ve bilişsel durum açısından çalışmaya katılması merkez sağlık ekibi tarafından uygun görülmeyenler araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

Hemodiyaliz grubu 27 kadın, 22 erkek, kontrol grubu ise 20 kadın, 15 erkekten oluşmaktadır. Hemodiyaliz grubunun yaş ortalaması 53.47 (± 14.07), kontrol grubunun ise 53.51 (± 13.11) olup; iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ($p > .05$). Medeni durum açısından incelendiğinde hemodiyaliz grubunun %75.51'i, kontrol grubunun ise %73.53'ü evlidir.

Örneklemin tamamı açısından bakıldığında eğitim durumu oldukça düşük olarak saptanmış olup; %72.3'si ilkökul mezunu veya okur yazardır. Bu oran hemodiyaliz grubunda %75.51 iken, kontrol grubunda %67.65'dir. Hemodiyaliz grubunun %85.71'i (n=42) çalışmamaktadır. Kontrol grubunda ise bu oran %62.86'dır (n=22) ve aralarındaki fark anlamlıdır ($\chi^2 = 6.41$, $sd=2$, $p < 0.05$). Ek hastalıklar açısından her iki gruba bakıldığında, hemodiyaliz grubunun %53'ünün ek hastalığı varken; kontrol grubunda bu oran %70'dir ve aradaki fark anlamlı değildir (Tablo 1). Hemodiyaliz grubunun BDÖ ortalaması 17.2 (± 10.03) olup, bu ortalama klinik depresyona sahip olma anlamına gelmektedir. Kontrol grubunun ortalaması ise 14.34 (± 11.11) olarak saptanmış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 2).

Veri toplama işlemi

Çalışmaya katılması hemodiyaliz ünitesi doktoru

Tablo 1: Hemodiyaliz ve kontrol gruplarında çalışma durumu ve ek hastalığa sahip olma

Grup	Hemodiyaliz grubu (n= 49)		Kontrol grubu (n=34)	
	n	%	n	%
Çalışma durumu				
Çalışıyor	7	14.3	12	35.3
Çalışmıyor	42	85.7	22	64.7
Ek hastalık				
Yok	23	46.9	8	29.6
Var	26	53	19	70.3

tarafından genel sağlık ve bilişsel durum bakımından uygun görülen hastalara çalışma hakkında kısa bir ön bilgi verilmiştir. Katılmaya istekli olanlara bilgilendirilmiş onam verilerek çalışma yapılmıştır.

Uygun örneklem yoluyla hastane dışı ortamdan toplanan kontrol grubu katılımcılarına da kısa bir ön bilgi ve bilgilendirilmiş onam verilerek çalışma yapılmıştır. Hemodiyalizden geçme süresi 1 yıldan az olan ve her iki grupta da formları eksik dolduran toplam 6 kişi örnekleme dahil edilmemiştir.

Tüm deneklere içinde Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanmış bir demografik bilgi formu bulunan test bataryası verilmiştir. Her bir uygulama yaklaşık 25-30 dakika sürmüştür ve aynı gün içinde tamamlanmıştır.

Veri toplama Araçları

Demografik Bilgi formu

Yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, medeni durum, böbrek rahatsızlığının başlama tarihi, Hemodiyalize giriş yılı ve ek fiziksel hastalıklar gibi değişkenler hakkında bilgi toplamak için hazırlanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

BDÖ, depresyonda görülen belirtileri ölçmek için araştırmalarda sıkça kullanılan, geçerlik ve güvenilirlik değerleri yüksek, toplam 21 maddelik bir ölçektir. Her bir madde 0 ile 3 arasında puanlanır ve en yüksek puan 63'dür. Türkçe'ye çevirisi ve uyarlaması yapılmıştır (31,32). Bu formda ikiye bölünmüş güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Test-yeniden test güvenilirliği 0.74'dür. Hamilton Depresyon Ölçeği ile kriter geçerliği 0.75'dir. Onyedici puan ve üstü klinik depresyon için kesme puanıdır (31).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 36 maddelik hem klinik hem de sağlıklı popülasyonla kullanılabilen kısa bir ankettir (33). Sağlıkla ilgili 8 alanı değerlendirir: Fiziksel işlevler (Fİ), sosyal eylemler (Sİ), fiziksel problemlere bağlı olarak rollerde engellenme (FRE), bedensel acı (BA), ruhsal sağlık (RS), duygusal sorunlara bağlı olarak rollerde engellenme (DRE), yaşam enerjisi (YE), genel sağlık algısı (GSA). Fİ fiziksel kısıtlılıkları ölçer. DRE duygusal ve FRE fiziksel problemlerin hastaların faaliyetlerini ne kadar kısıtladığını sorgular. Ağrı skalası BA; vücut ağrılarının derecesini ve ağrının hastanın günlük hayatını ne kadar etkilediğini değerlendirir. GSA hastaların kendilerini nasıl hissettiklerini ve genel olarak sağlıklarının nasıl olacağına dair tahminleri ölçer. YE skalası; enerji durumlarını ve yorgunluğu ölçer. Sİ hastaların aile, arkadaş ve diğer gruplarla olan sosyal aktivitelerini fiziksel ve duygusal problemlerin ne kadar etkilediğini sorgular. RS kaygı, depresyon, duygusal bozukluğu ve psikolojik iyilik hali gibi konularda ruh sağlığı durumunu ölçer. SF-36, her bir alt ölçeğinde puan yükseldikçe sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde pozitif olarak puanlanmıştır. Örneğin; ağrı skalasındaki yüksek puan aslında azalmış ağrı durumunu gösterecektir. Ölçek ayrıca mental boyut ve fiziksel boyut olmak üzere 2 boyut altında alt ölçeklerin toparlandığı bir puanlamaya da uygundur. SF-36'nin alt ölçekleri üzerinde yürütülen analizlerde, ölçeğin orijinaldeki gibi toplam değişimin %51.5'ini açıklayan mental boyut (MB) ve toplam değişimin %67.6'sini açıklayan Fiziksel Boyut (FB) olmak üzere 2 boyutu olduğunu ve DRE ve RS alt testlerinin MB boyutu ve FB, FRE ve BA alt testlerinin de FB ile yüksek düzeyde pozitif korelasyonları olduğu görülmüştür (33) ve bu puanlama bazı araştırmalarda tercih edilmiştir (34). DB, DRE (Duygusal problemlere bağlı rol kısıtlılıkları ve RS (Duygusal iyilik hali) alt test puanlarının; FB ise Fİ (Fiziksel işlevsellik), FRE (Fiziksel sağlığa bağlı rol kısıtlılıkları) ve BA (Ağrı) alt test puanlarının ortalamasıdır.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, bir uyku kalitesi ölçeği olup 7 bileşen üzerinden (öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu,

ğu) ve bir de toplam uyku puanı üzerinden değerlendirilmektedir (35). Uygulama yapılan kişi tarafından doldurulan ölçek, geçen ay bağlamında uykunun niteliğini değerlendirir. Her bir bileşen 0 ile 3 arası puanlanır ve ölçekten toplam 0 ile 21 arası bir puan alır. Yüksek puanlar azalan uyku kalitesine işaret eder. PUKİ, iyi ve kötü uyuyanları da seçmeye yarar; 5 puanın üzeri puan alan, en az 2 alanda güçlüğü olan yada 3'ten fazla alanda güçlkle başa çıkmaya çalışan kişi "kötü uyuyan" olarak değerlendirilir (15). Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (36) tarafından yapılmıştır. Ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur ve tüm maddeler yüksek bir iç tutarlık göstermektedir. Tüm 7 bileşen için α katsayıları sırasıyla şöyledir: 0.88, 0.87, 0.92, 0.91, 0.84, 0.67, 0.35.

İstatistik

Araştırmanın sonuçları SPSS-11 sürümü ile analiz edilmiştir. Demografik bulgular yüzde değerleri ve kare değerleri çerçevesinde değerlendirilmiştir. Hemodiyaliz ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında bağımsız t-testi kullanılmıştır. Yaşam kalitesinin 2 boyutunun uyku kalitesi üzerindeki etkisini ele almak amacıyla aşamalı regresyon analizi yapılmıştır.

BULGULAR

Karşılaştırma sonuçları

Bu çalışmanın ilk amacı uyku kalitesi ve yaşam kalitesi puanları açısından, hemodiyaliz ve kontrol grubu arasında bir fark olup olmadığını araştırmaktır. Her iki grubun yaşam kalitesi ve uyku kalitesi değişkenleri açısından karşılaştırılma sonuçları Tablo 2'de görülmektedir. Hemodiyaliz ve kontrol grubunun PUKİ uyku toplam puanı ($t=2.28$, $p<0.05$) ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel boyutu (FB) açısından ($t=-2.39$, $p<0.025$) farklılaştığı anlaşılmaktadır. Hemodiyaliz grubunda uyku kalitesi puanları kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek; SF-36 fiziksel boyut puanları ise daha düşüktür. Depresyon ve duygusal iyilik hali boyutu açısından ise anlamlı bir fark görülmemiştir.

Her iki grup, SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin alt ölçekleri açısından karşılaştırıldığında aralarında Fl (fiziksel işlevsellik), BA (Ağrı) ve GSA (genel sağlık) alt ölçekleri arasında anlamlı fark gözlenmiştir. Hemodiyaliz grubunun Fl ($t=-2.22$, $p<0.05$), FRE ($t=-2.67$, $p<0.01$) ve

Tablo 2: BDÖ, PUKİ ve SF-36 puanlarının gruplar arası istatistiksel karşılaştırılması

Test	Grup	N	Ort±SS	t*	p
BDÖ	Hemodiyaliz	49	17.20±10.04	1.23	AD
	Kontrol	35	14.34±11.12		
SF-36 FB	Hemodiyaliz	49	54.32±25.52	-2.39	.025
	Kontrol	35	68.54±28.83		
SF-36 DB	Hemodiyaliz	49	59.38±21.98	.53	AD
	Kontrol	35	56.36±29.87		
PUKİ toplam	Hemodiyaliz	49	9.29±5.08	2.28	.05
	Kontrol	35	7.03±3.44		

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, *: student t testi (serbestlik derecesi 82),

AD: Anlamlı değil, BDÖ: Beck depresyon ölçeği; PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi,

SF-36 Fiziksel Boyut (FB), SF-36 Duygusal Boyut (DB)

GSA ($t=-2.64$, $p<0.025$) puanları kontrol grubuna oranla daha düşüktür (Tablo 3).

Tablo 3: SF-36 alt ölçek puanlarının gruplar arası istatistiksel karşılaştırılması

Testler	Grup	N	Ort±SS	t*	p
SF-36 Fl alt testi	Hemodiyaliz	49	60±28.3	-2.22	.05
	Kontrol	35	73.7±27.4		
SF-36 FRE alt testi	Hemodiyaliz	49	35.9±37.7	-2.67	.01
	Kontrol	35	59.9±44.2		
SF-36 DRE alt testi	Hemodiyaliz	49	53±39.1	.37	AD
	Kontrol	35	49.5±46		
SF-36 YE alt testi	Hemodiyaliz	49	55±26.4	-.22	AD
	Kontrol	35	56.3±27.2		
SF-36 RS alt testi	Hemodiyaliz	49	65.8±21.8	.55	AD
	Kontrol	35	63.20±20.4		
SF-36 Sİ alt testi	Hemodiyaliz	49	67.7±29.4	-.95	AD
	Kontrol	35	73.7±27.6		
SF-36 BA alt testi	Hemodiyaliz	49	67±30.8	-.79	AD
	Kontrol	35	72±25.4		
SF-36 GSA alt testi	Hemodiyaliz	49	43.1±24.3	-2.64	.025
	Kontrol	35	58.4±28.6		

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, *: student t testi (serbestlik derecesi 82), AD: Anlamlı değil,

Regresyon analizi sonuçları

Çalışmanın ikinci amacı, hemodiyaliz grubunda hemodiyalizle ilişkili olabilecek yaş, hemodiyalize başlama yılı (37) gibi değişkenlerin ve yaşam kalitesinin 2 temel boyutunun uyku kalitesini yordayıp yordamadığını araştırmaktır. Sadece hemodiyaliz grubunda uyku kalitesini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla, sırasıyla hemodiyalize başlama yılı, yaş, SF-36 zihinsel ve fiziksel boyutlar alınarak aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Yalnızca yaşam kalitesinin fiziksel boyutunun toplam varyansı açıklamakta etkili olduğu ($R^2=.11$, $p<0.05$) anlaşılmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4: Hemodiyaliz grubu için aşamalı regresyon analizi sonucu

Değişken	R	R ²	F	SH	Beta	t	p
Fiziksel boyut	.330	.109	5.117	1.789	-.330	-2.262	.05

SH: Standart hata

Korelasyon sonuçları

Ayrıca hemodiyaliz grubunda BDÖ, PUKİ, SF-36 gibi temel değişkenlerle, Hemodiyalizle ilişkili olabilecek yaş, hemodiyaliz yılı gibi diğer değişkenler arası ilişkiler aşağıdaki tabloda (Tablo 5) görülmektedir. Özellikle

şam kalitesinin fiziksel eylemlerle ilgili alt boyutundan ve genel olarak SF-36 Fiziksel boyutundan alınan puanlar yükselmektedir. Yaş, sadece SF-36 ile negatif korelasyon göstermekte, diğer bir ifade ile yaş arttıkça sosyal işlevsellik azalmaktadır ($p < 0.05$).

Son olarak, SF-36'nın ikili Fiziksel boyutu (FB) ve Duygusal iyilik hali (DI) boyutu için öngörülen alt ölçekler (33-34) bu çalışmada da bu 2 boyutla olumlu yönde ilişkili çıkmışlardır. FB ile FRE ($r=.81$), BA ($r=.81$) ve FI ($r=.74$) ilişkili iken; DI ile DRE ($r=.87$) ve RS ($r=.46$) ilişkili görünmekte ve birlikte artmakta yada azalmaktadır ($p < .001$).

Tablo 5: Hemodiyaliz hastalarında çalışmanın önde gelen değişkenleri arasındaki ilişkiler

	Yaş (1)	HMY (2)	BDÖ (3)	FI (4)	RF (5)	DRE (6)	YE (7)	RS (8)	SI (9)	BA (10)	GSA (11)	FB (12)	RB (13)	PUKİ (14)
1														
2	-.19													
3	-.02	.09												
4	-.30	.22	-.38**											
5	-.08	.08	-.42**	.36*										
6	-.08	-.05	.02	-.11	.34*									
7	-.24	.17	-.50**	.55**	.33*	.06								
8	-.05	-.11	-.57**	.24	.21	.04	.69**							
9	-.30*	.12	-.45**	.44	.27	-.01	.48**	.37*						
10	.01	-.06	-.53**	.49**	.49**	-.07	.44**	.47**	.43**					
11	.05	-.38**	.25	.22	.09	.51**	.43**	.17	.35					
12	-.15	.98	-.56**	.74**	.81**	.01	.55**	.38**	.47**	.81**	.34*			
13	-.010	-.10	-.26	.03	.41**	.87**	.40**	.46**	.14	.17	.29*	.28		
14	-.02	.13	.56**	-.38**	-.32*	-.05	-.25*	-.32*	-.36*	-.26	-.34*	-.40**	-.21	

**Korelasyon .01 seviyesinde anlamlı (2 uçlu), *Korelasyon .05 seviyesinde anlamlı (2- uçlu), BDÖ: Beck depresyon ölçeği; PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, HDY: hemodiyaliz yılı, FB: SF-36 Fiziksel boyut, RB: SF-36 Ruhsal boyut.

BDÖ puanları ile SF-36 fiziksel boyut puanı (FB) arasında negatif ($r=-.56$, $p < 0.01$) ve PUKİ arasında ($r=.56$, $p < 0.01$) pozitif korelasyon dikkat çekmektedir. Diğer bir deyişle depresyon puanı azalması ile yaşam kalitesinin fiziksel boyut puanı artma eğilimi göstermekte; uyku kalitesindeki problemlere işaret eden PUKİ puanları azalmaktadır.

BDÖ ile SF-36'nın şu alt ölçekleri arasındaki negatif korelasyonlar ($p < 0.01$) aynı tablodan izlenebilir: (FI, $r=.38$), (FRE, $r=.42$), (YE, $r=.50$), (RS, $r=.57$), (SI, $r=.45$), (BA, $r=.54$), (GSA, $r=.38$). BDÖ puanı arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel eylemler, fiziksel rol kısıtlılığı, yaşam enerjisi, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, acı, genel sağlık algısı boyutlarından alınan puanlar da düşmektedir.

Uyku kalitesi ölçeği PUKİ'den alınan puanların SF-36'nın Fiziksel alt boyutu ($r=-.40$) ve alt ölçeklerden yalnız FI alt ölçeği arasında ($r=-.38$) kuvvetli olumsuz ilişkiler izlenmektedir ($p < 0.01$). PUKİ puanları düştükçe, ya-

Kontrol grubu için çalışmanın temel değişkenleri ile ilgili korelasyonlar da hesaplanmıştır. Burada dikkatimizi çeken BDÖ puanları ile PUKİ puanları arasında olumlu yöndeki ve SF-36 fiziksel boyut ile olumsuz yöndeki ilişkinin yanısıra, ruhsal boyut ile de olumsuz bir ilişki olmasıdır. BDÖ puanları arttıkça PUKİ puanları da artmakta, ancak SF-36 Fiziksel ve Ruhsal boyut puanları azalmaktadır ($p < 0.01$) (Tablo 6).

Tablo 6: Kontrol grubu için korelasyon tablosu

	Yaş (1)	BDÖ (2)	Fiziksel (FB) (3)	Ruhsal (RB) (4)	PUKİ (5)
1					
2	.17				
3	-.58**	-.55**			
4	-.26	-.54**	.59**		
5	.14	.48**	-.33	-.20	

**Korelasyon .01 seviyesinde anlamlı (2 uçlu), BDÖ: Beck depresyon ölçeği; PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Bu çalışmanın bir diğer amacı, uyku kalitesi için kesme puanı 5 alındığında, bu puanın üstünde kalanlar ile altında kalanlar arasında BDÖ ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında bir fark olup olmadığına bakmaktır. Hemodiyaliz grubunda uyku kalitesine, kesme puanı 5'e göre bakıldığında BDÖ ve fiziksel boyutun (FB) farklılaşmakta olduğu, 5 puan üstü alıp "kötü uyuyan" grupta depresyonun daha yüksek ve fiziksel yaşam kalitesi boyutu puanının daha düşük olduğu izlenmektedir. Kesme puanının üzerinde olan 38 kişidir ve bu durum, örneklemin Hemodiyaliz grubunun %78'inin "kötü uyuyan" olduğuna işaret etmektedir (Tablo7).

Tablo 7: Hemodiyaliz grubunda (n=49) PUKİ kesme puanına göre SF-36 FB, RB ve BDÖ puanlarının karşılaştırılması

Test	Grup	n	Ort±SS	t*	p
SF-36 Fiziksel boyut	5 puan üstü	38	48.31±23.89	3.72	.001
	5 puan altı	11	75.07±20.09		
SF-36 Ruhsal boyut	5 puan üstü	38	56.22±21.44	1.92	AD
	5 puan altı	11	70.29±21.20		
BDÖ	5 puan üstü	38	19.84±9.64	-5.57	.001
	5 puan altı	11	8.09±4.70		

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, *: student t testi (serbestlik derecesi 47), AD: Anlamli değil, BDÖ: Beck depresyon ölçeği; PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi

Aynı analiz kontrol grubu üzerinden yapılarak uyku kalitesine, kesme puanı 5'e göre bakıldığında yalnız BDÖ farklılaşmaktadır. Diğer bir ifade ile 5 puan üstü alıp kötü uyuyan grupta depresyon daha yüksektir (Tablo 8).

Tablo 8: Kontrol grubunda (n=35) PUKİ kesme puanına göre SF-36 FB, RB ve BDÖ puanlarının karşılaştırılması

Test	Grup	n	Ort±SS	t*	p
SF-36 Fiziksel boyut	5 puan üstü	25	65.06±30.13	1.14	AD
	5 puan altı	10	77.25±24.50		
SF-36 Ruhsal boyut	5 puan üstü	25	56±30.42	.11	AD
	5 puan altı	10	57.27±30.02		
BDÖ	5 puan üstü	25	17.52±11.62	-2.97	.01
	5 puan altı	10	6.40±2.95		

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, *: student t testi (serbestlik derecesi 33), AD: Anlamli değil, BDÖ: Beck depresyon ölçeği; PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi

TARTIŞMA

Çalışmada hemodiyaliz grubu içinde kesme puanının üzerinde olup kötü uyuyan olarak adlandırabilecek olan grup %78 olarak bulunmuştur. Bu bulgu, de Santo ve arkadaşlarının (23) %77.3'lük oranına son derece yakın olup, benzer pek çok araştırmayı desteklemektedir (21,22,24). Bu çalışmanın temel amaçlarından biri-

si özellikle depresyon kontrol edildiğinde uyku kalitesi ve yaşam kalitesi açısından hemodiyaliz ve kontrol grubu arasında bir fark olup olmadığına bakmaktır. Ayrıca iki grup arasında sahip olunan ek fiziksel hastalıklar açısından da fark yoktur. Bu bağlamda her iki unsurun da etkisinin kontrol altında olduğunu düşünebiliriz. Bu iki faktörün kontrol edilmesi önemlidir, zira ek hastalığa sahip olmanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediğine dair bilinen bazı çalışmalar mevcuttur (38-39) ve depresyon yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (14-16). Yapılan karşılaştırma sonucunda hemodiyaliz grubunun, uyku ile ilgili sorunların varlığına işaret eden uyku kalitesi puanlarının, kontrol grubuna oranla anlamlı ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, hemodiyaliz grubunda regresyon analizinde SF-36 fiziksel boyutunun uyku kalitesinin yordayıcısı olarak saptanması ve aynı boyutun PUKİ puanlarıyla negatif korelasyon göstermesiyle birlikte; yaşam kalitesinin uyku kalitesiyle bağlantısından söz eden literatürü kuvvetle desteklemektedir (20,21,24,29).

Yine hemodiyaliz grubunda SF-36 fiziksel boyut puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşüktü. Bu bulgu, hemodiyalize girenlerin bekleneceği üzere fiziksel işlevler, ağrı ve bunlara bağlı rol kısıtlılıklarına dair daha çok sıkıntı yaşamakta olduklarına işaret etmektedir. Hemodiyaliz grubunun FI, BA ve GSA puanları kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde daha düşüktür. Bu boyutların her üçü de fiziksel sıkıntılara bağlı yaşam kalitesi ile ilgilidir ve bu anlamda yukarıda sözü geçen fiziksel boyut bulgusuyla tam bir paralellik göstermektedir.

Araştırmanın ikinci amacı çerçevesinde hemodiyaliz grubunda uyku kalitesini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla, sırasıyla hemodiyalize başlama yılı, yaş, zihinsel ve fiziksel boyutlar alınarak yapılan aşamalı regresyon analizi sonucu yaşam kalitesinin fiziksel boyutunun ön plana çıktığı görülmüştür. Bu durumda fiziksel işlevsellikte sorun, fiziksel problemlere bağlı rol kısıtlaması yaşamak ve ağrı-acı duyumundan oluşan fiziksel boyutun, uyku kalitesinin yordayıcısı olduğu anlaşılmaktadır.

Hemodiyaliz grubunda depresyon puanları ile SF-36 fiziksel boyut puanı arasında negatif, PUKİ puanları arasında pozitif korelasyon izlenmektedir. Depresyon puanı azalması ile yaşam kalitesinin fiziksel boyutu artma eğilimi göstermekte ve uyku problemleri azalmaktadır. Bu bulgular uyku problemlerinin depresyonun yordayıcısı olarak görüldüğü literatür bilgisi ile örtüşmektedir

(17). Diğer korelasyon sonuçları depresyon puanının artışıyla yaşam kalitesinin fiziksel eylemler, fiziksel rol kısıtlılığı, yaşam enerjisi, ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, acı, genel sağlık algısı boyutlarından alınan puanlarının düşmekte olduğuna işaret etmektedir. Daha önce kısaca değinildiği gibi PUKI puanlarıyla SF-36 fiziksel alt boyutu ve sadece fiziksel eylemler alt ölçeği puanları arasında kuvvetli olumsuz ilişkiler saptanmıştır. PUKI puanları düştükçe, yani uyku problemlerinin miktarı azaldıkça; yaşam kalitesinin fiziksel eylemlerle ilgili alt boyutundan ve genel olarak SF-36 Fiziksel boyutundan alınan puanlar yükselmektedir. Kontrol grubuna dair yapılan korelasyon analizleri ise depresyonun uyku kalitesi ile pozitif, SF-36'nın her iki boyutu ile negatif korelasyonu olduğunu göstermektedir. Yaş fiziksel boyut ile olumsuz ilişkilidir ve yaşın artması ile fiziksel sıkıntılar artmaktadır; bu bulgu ilgili literatürü desteklemektedir (37).

Araştırmanın bir diğer amacı uyku kalitesi için kesme puanı 5 alındığında, üstünde kalan "kötü uyuyanlar" ile altında kalan ve nisbeten "iyi uyuyanlar" arasında BDE, ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında hem hemodiyaliz grubunda hem de kontrol grubunda bir fark olup olmadığına bakmaktır. Hemodiyaliz grubunda uyku kalitesine, kesme puanına göre bakıldığında BDÖ ve fiziksel boyutun (FB) farklılaşmakta olduğu, 5 puan üstü alıp kötü uyuyan grupta depresyonun daha yüksek ve fiziksel yaşam kalitesi boyutu puanının daha düşük olduğu görülmektedir. Oysa kontrol grubuna baktığımızda kötü uyuyanlar ve iyi uyuyanların sadece depresyon puanları açısından anlamlı olarak farklılaşmakta olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuçların tamamı bize depresyonun kötü uyumadaki genel rolüne

işaret etmektedir. Hemodiyaliz grubunun kontrol grubundan farklı olarak yaşadığı fiziksel problemlere bağlı olarak, yaşam kalitesinin fiziksel boyutu uyku kalitesinde belirleyici olarak ön plana çıkmaktadır.

Araştırmanın sınırlılıkları arasında çalışma statüsü ve eğitim boyutları açısından hemodiyaliz grubu ile kontrol grubu arasında tercih edilen ölçüde bir dengelemenin tam yapılamamış olması ve hemodiyaliz grubunun kan, tansiyon arteriyel vb. biyolojik değerlerinin kontrol edilmiş olması, hemodiyaliz hastalarının araştırmaya alınmadan önce özel bir psikiyatrik değerlendirmeden geçmemiş olmaları sayılabilir. Her ne kadar hemodiyaliz hastalarına yönelik spesifik bir yaşam kalitesi ölçeği kullanmak (40) daha uygun olsa da bu araştırma başlatıldığı tarihte söz konusu ölçekle ilgili çalışma henüz yayınlanmamış olduğundan bu mümkün olamamıştır.

Sonuç olarak bu çalışma Türkiye'de pek çalışılmamış boyutları ile hemodiyaliz hastalarının uyku kalitelerine bakmakta olduğu için ve literatürle paralel bulgular içerdiği için önemlidir. Tüm bulgular bize hemodiyaliz hastaları için depresyonun aslında son derece önemli bir değişken olduğunu ve özellikle uyku kalitesi üzerinde yapılan çalışmalarda, bu çalışmada olduğu gibi, kontrol edilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Yine, yaşam kalitesinin özellikle fiziksel boyutunun (FB) hemodiyaliz hastalarında uyku kalitesine büyük bir etkisi olduğu anlaşılmaktadır.

Teşekkür

Bu makalenin yazarı, hasta grubundan veri toplama aşamasında gerekli bilgileri ve yardımını esirgemeyen Dr. Müge Alkuru'ya içtenlikle teşekkür eder.

Kaynaklar:

1. Kutner NG, Fair, PL, Kutner MH. Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. J Psychosom Res 1985; 29: 23-31
2. Kutner NG, Brogan D, Hall WD, Haber M, Daniels DS. Functional impairment, depression and life satisfaction among older hemodialysis patients and age-matched controls : A prospective study. American society of Nephrology Meeting 1996
3. Cöngel M, Evrenkaya TR, Ebrinç S, Atasoy EM, Çetin M, Tülbek Y. Kronik Hemodiyaliz hastalarında intihar düşüncesi ve depresyonu etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi 1999; 41: 450-458
4. Finkelstein FO, Watnick S, Finkelstein SH, Wuerth D. The treatment of depression in patients maintained on dialysis. J Psychosom Res 2002; 53: 957-960
5. Kimmel P. Depression in patients with chronic renal disease: What we know and what we need to know. J Psychosom Res 2002; 53: 951-956
6. Takaki J, Nishi T, Shimoyama H, Inada T, Matsuyama, N, Kumano H, Kuboki T. Interactions Among a Stressor, Self-efficacy, Coping With Stress, Depression, and Anxiety in Maintenance Hemodialysis Patients. Behav Med 2003; 29: 107-203
7. Sqalli-Houssaini T, Ramouz I, Fahi Z, Tahiri A, Sekkat FZ, Quezaddoun N, Ezzaitouni F, Benamar L, Rhou H, Ktiouet JE, Balafrej L. Effects of anxiety and depression on haemodialysis adequacy. Nephrologie & Therapeutique 2005;1: 31-37
8. Tovbin D, Gidron Y, Jean T, Granovsky R, Schnieder A. Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. Qual Life Res, 2003; 12: 709-717

9. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya NK, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, Arakawa, S, Hamami G, Matsumoto O, Kamidona, S. Assessment of health –related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology* 2000 ; 56: 201-206
10. Maor Y, King M, Olmer L, Mozes B. A comparison of three measures : the time trade off technique, global health-related quality of life and the SF-36 in dialysis patients. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 565-570
11. Vazquez I, Valderrabano F, Fort J, Jofre R, Manuel Lopez-Gomez J, Moreno F.& sanz-Guajaro D. Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Qual Life Res* 2005; 14: 179-190.
12. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1998; 105: 214-222
13. Sağduyu A, Erten Y. Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Derg* 1998; 9:13-22
14. Taşçı S. Kronik böbrek Yetmezliğindeki hastaların yaşam kaliteleri Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Programı Doktora Tezi. Ankara: 1998
15. Birtane M, Şen S, Tabatabaei R, Eruklu G, Kokino S. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesi. *Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon* 1999; 10: 145-150
16. Mollaoglu M. Depression and health –related quality of life in hemodialysis patients. *Dial Transplant* 2004; 33: 544-549
17. Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, Okawa M, Kim K, Shibui K, Kamei Y. Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. *Psychiatry Res* 2000; 97: 165-172
18. Sabbatini M, Crispo A, Pisani A, Gallo R, Cianciaruso B, Fuiano F, Federico S, Andreucci VE. Sleep quality in renal transplant patients: a never investigated problem. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20: 194-198
19. Venmans BJW, van Kralingen KW, Chandi DD, de Vries PMJM, ter Wee PM, Postmus PE. Sleep complaints and sleep disordered breathing in hemodialysis patients. *Neth J Med* 1999; 54: 207-212
20. Mucsi I, Molnar MZ, Rethelyi J, Vamos E, Csepanyi G, Topma G, Baroffi S, Marton A, Novak M. Sleep disorders and illness intrusiveness in patients on chronic dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19:1815-1822
21. Mucsi I, Molnar MZ, Ambrus C, Szeifert L, Kovacs AZ, Zoller R, Baroffi S, Rempert A, Novak M. Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20:571-577
22. Wendland KL, Greinert I. Sleep disorders in hemodialysis patients. *Rehabilitation* 1989; 2: 74-77
23. de Santo RM, Lucidi F, Violani C, di Iorio BR. Sleep disorders in hemodialyzed patients-the role of comorbidities. *Int J Artif Organs* 2005; 28: 557-565
24. Kusleikaite N, Bumbleyte IA, Razukeviciene L, Sedlickaite D, Rinkunas K. Sleep disorders and quality of life in patients on hemodialysis. *Medicina* 2005; 41: 69-74
25. Veiga J, Gonçaves N, Gomes F, Santos N, Baptista A, Paiva T. Sleep disturbances in end-stage renal disease patients on hemodialysis. *Dial Transplant* 1997; 26:380-384
26. de Barbieri I, Zampieron A. A descriptive analysis of sleep disturbances in patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis. *Edtna Erca J* 2004; 30: 213-216
27. İliescu EA, Yeates KA, Holland DC. Quality of sleep in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19: 95-99
28. Parker KP, Kutner NG, Bliwise DL, Bailey JL, Rye DB. Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and quality of life in stable patients on hemodialysis. *Health Quality Life Outcomes* 2003; 1:68
29. Shayamsunder AK, Patel SS, Jain V, Peterson RA, Kimmel PL. Sleepiness, sleeplessness and pain in end-stage renal disease:distressing symptoms for patients. *Semin Dial* 2005; 18:109-118
30. Eryılmaz, MM, Ozdemir, C, Yurtman, F, Cilli, A, Karaman, T. Quality of sleep and quality of life in renal transplantation patients. *Transplant Proc* 2005; 37:2072-2076
31. Hisli, N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6: 118-122
32. Savaşır I , Şahin, NH. Bilişsel Davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*: Ankara: 1997
33. Demirsoy , A.C. The MOS SF-36 Health Survey: A Validation Study with a Turkish Sample. *Yüksek Lisans Tezi, Bogazici Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul: 1999*
34. Sertel-Berk, H.O. Kronik Ağrı Yasantisi ve Ağrı İnançları: Ağrı İnançları Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması; Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü: 2006
35. Buysse DJ, Reynolds CF, III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28: 193-213
36. Ağargün, MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi Endeksinin geçerliği ve güvenirligi. *Türk Psikiyatri Derg* 1996; 7: 107-115
37. Acaray A, Pinar R. Quality of life in turkish hemodialysis patients. *Int Urol Nephrol* 2005; 37: 595-602
38. Suet-Ching WL. The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *J Adv Nurs* 2001; 35: 218-227
39. Weisbord S, Carmony SS, Bruns FJ, Rotondi AJ, Cohen LM, Zeidel ML, Arnold RM. Symptom burden, quality of life, advance care planning and the potential value of palliative care in severely ill hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18: 1345-1352
40. Korkut Y. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi endeksinin güvenirlilik ve geçerlilik çalışmaları. *Nöro Psikiyatri Arşivi* (2007); 44: 14-18