

**Araştırma / Original article**

**Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: Çok merkezli bir çalışma**

Nazmiye KOCAMAN YILDIRIM,<sup>1</sup> Ayşe OKANLI,<sup>2</sup> Elanur YILMAZ KARABULUTLU,<sup>2</sup> Fadime KARAHISAR,<sup>3</sup> Sedat ÖZKAN<sup>4</sup>

**ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, hemodiyaliz tedavisi uygulanan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında anksiyete ve depresyon riskini saptamak ve Leventhal'in modelini kullanarak anksiyete ve depresyon riski olan ve olmayan hastaların hastalık algısını karşılaştırmaktır. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu kesitsel çalışma, üç üniversite hastanesinin Hemodiyaliz Ünitelerinde tedavilerini en az altı aydır sürdüren, 18 yaşından büyük, okuryazar, Türkçe iletişim kurabilen, zeka geriliği ve psikotik bozukluk gibi psikiyatrik bozukluğu olmayan, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 124 hasta ile gerçekleştirildi. Veriler, yarı yapılandırılmış görüşme formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Hastalık Algısı Ölçeği ile elde edildi. Hastalık algısı Leventhal'in öz-düzenleme (self-regulation) modeline temellendirildi. Verilerin analizinde frekans dağılımı, t testi, ANOVA, Pearson korelasyon analizi ve ki-kare testi kullanıldı. **Sonuçlar:** Hastaların yaş ortalaması 50.7±14.5 (18-80) yıl olup, %55.6'sı erkek, %33.9'u ilkökul mezunu ve %69.4'ü evli idi. Ortalama yedi yıldır hemodiyaliz tedavisine devam eden hastaların %22.6'sı anksiyete, %49.2'si depresyon açısından riskli bulundu. Anksiyete riski olan hastalarda hastalığı anlama puanının düşük ve emosyonel temsiller puanının yüksek olduğu saptandı. Depresyon riski olan hastalarda kişisel kontrol puanının düşük, süre (döngüsel) ve emosyonel temsiller puanının yüksek olduğu belirlendi. **Tartışma:** Hemodiyaliz hastalarının yarısı anksiyete veya depresyon açısından risk altındadır. Anksiyete veya depresyon riski olan hastaların hastalık algısının olumsuz olduğu görülmektedir. Öz-düzenleme modeline göre bilişsel ve emosyonel süreçler paralel işlediğinden, hemodiyaliz hastalarının hastalık hakkında negatif inançlarının anksiyete/depresyona etkisinin uzunlamasına çalışmalarda da test edilmesi önerilir. (**Anadolu Psikiyatri Derg** 2013;14:252-9)

**Anahtar sözcükler:** Son dönem böbrek yetmezliği, hemodiyaliz, anksiyete, depresyon, hastalık algısı

**Effects of illness perception on anxiety and depressive symptoms in hemodialysis patients: a multi-center study**

**ABSTRACT**

**Objective:** The aims of this study were to assess anxiety and depression risk in hemodialysis patients with end-stage renal failure, and to compare illness perception between patients with or without anxiety and depression risk, using Leventhal's model. **Methods:** This cross-sectional study was conducted on 124 patients of three major university hospitals. Subjects were 18 years or older, undergoing treatment in a hemodialysis unit for at least 6 months, literate and could communicate in the Turkish language. Patients who were mentally retarded or had psychiatric conditions i.e. psychotic disorders were excluded from the study. Voluntary informed consent was

<sup>1</sup> Doç.Dr., <sup>4</sup> Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD, İstanbul

<sup>2</sup> Doç.Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Erzurum

<sup>3</sup> Uzm.Hem., Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara

**Yazışma adresi / Address for correspondence:**

Doç.Dr. Nazmiye KOCAMAN YILDIRIM, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi BD, 34393 Çapa/İstanbul, Türkiye

**E-mails:** klpnurse@istanbul.edu.tr, nazkoman@hotmail.com

**Geliş tarihi:** 24.09.2012, **Kabul tarihi:** 08.04.2013 **doi:** 10.5455/apd.40629

**Anatolian Journal of Psychiatry** 2013;14:252-9

sought from all subjects. Data were collected with a semi-structured questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale and Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R). Illness perception was grounded on Leventhal's self-regulation model. Data were analyzed using frequency distributions, Student's t-test, ANOVA, Pearson correlation and chi-square tests. **Results:** The mean age of patients was 50.7±14.5 (18-80) years, 55.6% were male, 33.9% were literate and 69.4% were married. Our results showed that 22.6% of the subjects who underwent hemodialysis for an average of seven years were at risk for anxiety and 49.2% for depression. Patients with anxiety risk had lower IPQ-R dimensional scores in illness coherence and higher scores in emotional representation, whereas those with depression risk had lower scores in personal control but higher scores in timeline (cyclical) and emotional representation. **Conclusion:** Hemodialysis patients are at high risk of anxiety and/or depression and this is valid for almost half of the current study sample. Our results show that patients with high risk of anxiety or depression had negative perception of illness. As the self-regulation model is based on a parallel processing of cognitive and emotional representations of illness, further studies in longitudinal design are recommended to better assess the effect of negative illness perceptions on anxiety/depression in hemodialysis patients. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2013;14:252-9)

**Key words:** end-stage renal failure, hemodialysis, anxiety, depression, illness perception

## GİRİŞ

Türk Nefroloji Derneği'nin verilerine göre, son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) tanısı konan hasta sayısı sürekli artmaktadır. SDBY hastalarının tedavisinde kullanılan en yaygın yöntem hemodiyalizdir (HD) ve ülkemizde 2010 yılında hasta sayısı 49505'e ulaşmıştır.<sup>1</sup> SDBY ve HD tedavisi ile yaşamak ciddi bir stres kaynağıdır. Birçok kronik hastalık içinde bu popülasyonun özel bir önemi vardır. Bedensel, organik hastalıklarıyla birlikte hastalar bilişsel, ruhsal, sosyal, ekonomik ve manevi boyutlarda sorunlar yaşayabilmekte; yaşamlarının tüm alanları etkilenebilmektedir. Çalışmalar, bu hastalarda psikopatolojik sorunların yaygın olduğunu bildirmiştir.<sup>2-5</sup> HD tedavisi alan hastalarda depresyon oranı %25-60, anksiyete oranı %3-46 arasında saptanmıştır.<sup>5-10</sup> HD hastalarında depresyon sıklıkla araştırılmışken,<sup>10</sup> anksiyetenin daha az araştırıldığı görülmektedir. Anksiyete bağımsız bir durumdan daha çok depresyonun belirtisi olarak değerlendirilmiş ve bu popülasyonda yeterince anlaşılmamıştır.<sup>9</sup> Dolayısıyla bu hastalarda depresyon, anksiyete ve etkileyen etkenleri belirlemek önemini korumaktadır.

SDBY hastalarında depresyon ve anksiyete ile ilişkili klinik ve ruhsal parametreler çok yönlüdür.<sup>3,5</sup> Depresyonla ilişkili ruhsal etkenlere odaklanan çalışmalarda iç kontrol odağı ve birincil rollerin kaybı incelenmiş,<sup>10-12</sup> son yıllarda yapılan bir çalışmada kayıp algısının depresyonun en güçlü öngörücüsü olduğu belirtilmiştir.<sup>13</sup> Hastalık ve HD tedavisiyle birlikte kişinin yaşadığı kısıtlılıkları, güçlükleri ve yaşam niteliğindeki azalmayı gösteren hastalığın giriciliği (illness intrusiveness) algısı ve bunları kontrol edememe duygusu depresyonla ilgili bulunmuştur.<sup>14</sup> Guzman ve Nicassio yüksek depresyon

düzeyi ile negatif hastalık şemaları arasında ilişki olduğunu saptamıştır.<sup>15</sup> Önceki yıllarda HD ve periton diyaliz tedavisi alan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastalık ciddiyetinden bağımsız olarak bireyin hastalığını değerlendirme biçimi ile depresyon arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir.<sup>16</sup> SDBY hastalarında hastalık algısı, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi gibi psikososyal ve işlevsel sonuçların önemli belirleyicisi olarak gösterilmiştir.<sup>17</sup> Hastalık algısı kavramı özellikle kronik hastalığı olan hastaları ve tepkilerini anlamada, uygun ruhsal girişimleri belirlemede önemlidir.

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümü olarak tanımlanmaktadır. Bir hastalıkla karşı karşıya kalındığında hastalığı anlamak ve baş etmek için, insanlar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar; kendi hastalık modellerini ve temsillerini (illness representations) yaratırlar.<sup>18,19</sup> Hastalık temsilleri Leventhal'in öz-düzenleme teorisinin (Self-Regulation Theory) merkezindedir.<sup>19</sup> Öz-düzenlemenin çerçevesi içsel veya dışsal uyarılarla başlayan, paralel işleyen bilişsel ve emosyonel süreçlerle kavramsallaştırılır.<sup>20</sup> Daha somut olarak, hastalık temsillerinin bölümleri veya Hastalık Algısı Ölçeğinin son halinin içerdiği alt boyutlarla tanımlanabilir.<sup>20-22</sup>

Leventhal'in modeline göre hastalık algısı çeşitli kronik fiziksel hastalıkları olan hastalarda çalışılmıştır.<sup>21,23</sup> Hemodiyaliz hastalarının hastalık algısı ise daha az bilinmektedir. Literatürde bu hasta grubunda hastalık algısı ile tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve mortalite ilişkisini araştıran bazı çalışmalar vardır.<sup>17,24</sup> Ancak anksiyete ile hastalık algısı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamış ve depresyon ile de

bu modele göre az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Ayrıca hastalık algısını etkileyebilecek kültürel etkenler dikkate alındığında Türkiye’de konunun araştırılmaması da önemli bir eksiklik olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada amacımız, hastaların anksiyete ve depresyon riskini saptamak ve Leventhal’in modelini kullanarak anksiyete ve depresyon riski olan ve olmayan HD hastalarının hastalık algısını karşılaştırmaktır.

## YÖNTEM

Bu araştırma, tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve kesitsel olarak Türkiye’nin farklı bölgelerinde hizmet sunan üç üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiş, çok merkezli bir çalışmadır.

### Evren ve örneklem

Çalışmanın evrenini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (s=17), Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (s=16), Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi (s=65), Atatürk Üniversitesi Yakutiye Hastanesi (s=52) Hemodiyaliz Üniteleri’nde tedavi gören 150 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise en az 6 aydır hemodiyaliz tedavisi gören ve aynı merkezde tedavisini sürdüren, 18 yaşından büyük, okuma yazma bilen, Türkçe iletişim kurabilen, zeka geriliği ve psikotik bozukluk gibi psikiyatrik bozukluğu olmayan, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur. Böylece İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (s=17, %13.2), Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (s=16, %12.4), Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi (s=48, %37.2), Atatürk Üniversitesi Yakutiye Hastanesi (s=43, %34.7) Hemodiyaliz Ünitesi’nde tedavi gören 124 hasta çalışmanın örneklemi oluşturmuştur. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi’nde tedavi gören sekiz hasta 18 yaşından küçük olması, dokuz hasta da araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, Atatürk Üniversitesi Yakutiye Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi’nde tedavi gören dokuz hasta yeni tanı konmuş olması nedeniyle araştırmaya alınamamıştır. Yapılan güç analizi sonucunda 108 hastanın evreni temsil gücünün 0.95 düzeyinde ( $p < 0.05$ ) olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada 124 hasta ile çalışılmış olması evreni temsil gücünü 0.98 düzeyine çıkarmıştır.

### Veri toplama araçları

**Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu:** Sosyo-demografik durum (yaş, cinsiyet, medeni

durum, eğitim ve çalışma durumu, ekonomik durumu, sosyal güvencesi, bakımına yardımcı kişi varlığı), hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, tıbbi durum (primer hastalık, hemodiyaliz süresi, sıklığı), ruhsal durum (psikiyatrik özgeçmiş, psikososyal stresörler) hakkında bilgilerini içermiştir.

**Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale):** Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran gruba uygulanan ölçek, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek ve şiddetini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir.<sup>25</sup> Toplam 14 soru içermekte olup, bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenilir olduğu bulunmuştur.<sup>26</sup> Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. İki alt ölçekten de alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. Bu çalışmada HAD ölçeği bedensel belirtilere ilişkin madde içermemesi nedeniyle tercih edilmiştir.

**Hastalık Algısı Ölçeği-HAÖ (Illness Perception Questionnaire-Revised):** 1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yenilenmiştir.<sup>18,22</sup> Çalışmada Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kocaman ve arkadaşları tarafından yapılmış olan HAÖ’nin yenilenmiş formu kullanılmıştır.<sup>23</sup> HAÖ üç boyuttan oluşmaktadır: Hastalık tipi/belirtileri, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri boyutları. *Hastalık belirtileri boyutu* sık görülen 14 hastalık belirtisini içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, ‘hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı’, daha sonra ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği’ sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık belirtileri hakkında değerlendirme sonucunu oluşturur. *Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu*, 38 maddeden oluşmuş ve beşli Likert tipi ölçüm kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/ kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve emosyonel temsiller olarak isimlendirilmiştir. Değerlendir-

mede, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel) alt boyutlarındaki yüksek puan, durumun kronisitesini, hastalığın sonuçlarının negatif olduğunu ve durumun döngüsel doğası olduğunu gösterir. Kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme alt boyutlarındaki yüksek puan, durumun kişisel anlaşılabilirliği ve hastalığın, tedavinin kontrol edilebilirliği hakkında pozitif inançları gösterir. Emosyonel temsillerde yüksek puan, kişinin hastalığıyla ilgili olumsuz duyguların yüksek olduğunu gösterir. *Hastalık nedenleri boyutu*, hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur, beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar psikolojik atıflar, risk etkenleri, bağışıklık, kaza veya şansır. Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenebilmektedir.

### Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS 15.0 programında değerlendirilmiştir. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (frekans, ortalama, standart sapma) yanı sıra, parametrik test varsayımları karşılandığı için iki grubun karşılaştırılmasında bağımsız t-testi ve ANOVA uygulanmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki için Pearson korelasyon analizi, nitel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### Etik

Araştırma verilerini toplamak için üniversitelerden gerekli izin alınmıştır. Çalışma için yerel etik kurul onayı alınmıştır. Form insan hakları evrensel beyannamesi etik kodlarını içerir. Çalışmaya katılan bireylerin bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

## SONUÇLAR

Hastaların sosyodemografik, tıbbi, psikiyatrik ve diğer bazı özellikleri Tablo 1'de görüldüğü gibi yaş ortalaması  $50.7 \pm 14.5$  (18-80) yıl olup, %55.6'sı erkek, %69.4'ü evli ve %33.9'u ilköğretim mezundur. Hastaların %32.3'ü emekli, %31.5'i ev hanımı olduğunu belirtmiştir ve sadece %28.2'si ekonomik durumunu 'iyi' olarak tanımlamaktadır. Hastalara tedavi masraflarını nasıl karşıladıkları sorulduğunda, %64.5'i sosyal bir

güvencesi bulunduğunu, %23.4'ü de devlet desteği olduğunu ama kendisine de ek maliyeti olduğunu belirtmişlerdir.

Böbrek yetmezliği süresi ortalama  $116.5 \pm 87.1$  (6-396) ay, böbrek yetmezliğinin birincil nedeni hastaların %21.8'inde hipertansiyon, %18.5'inde diyabetes mellitus olarak saptanmıştır. Hastaların tümü haftada üç kez hemodiyalize girmektedir ve HD süresi ortalama  $88.6 \pm 68.9$  (6-396) ay olarak bulunmuştur. Hastaların yaklaşık %90'ının psikiyatrik özgeçmişinin olmadığı anlaşılmış, son altı ayda tümü hastalık dışı ek bir psikososyal stres kaynağı (kişilerarası ilişkiler, evlilik sorunları, iş ve ekonomik sorunlar gibi) tanımlamıştır. Hastalardan alınan diğer

**Tablo 1.** Hastaların demografik, tıbbi, psikiyatrik ve diğer bazı özellikleri (s=124)

Hastaların bazı özellikleri	Sayı	%
<b>Sosyodemografik özellikler</b>		
Yaş (Ort.±SS) yıl	50.69±14.52	
Cinsiyet		
Kadın	55	44.4
Erkek	69	55.6
Medeni durum		
Evli	86	69.4
Bekar	22	17.7
Dul/boşanmış	16	12.9
Eğitim durumu		
Okuryazar	19	15.3
İlkokul	42	33.9
Ortaokul	14	11.3
Lise	28	22.6
Üniversite ve üstü	21	16.9
<b>Tıbbi-psikiyatrik özellikler</b>		
Böbrek yetmezliğinin birincil nedeni		
Hipertansiyon	27	21.8
Diyabetes mellitus	23	18.5
Glomerülo nefrit	20	16.1
Diğer böbrek hastalıkları	16	12.9
Diğer	38	30.6
Hastalık süresi (Ort.±SS) ay	116.5	87.14
Hemodiyaliz süresi (Ort.±SS) ay	88.6	68.94
Psikiyatrik özgeçmiş varlığı		
Hayır	111	89.5
Evet	13	10.5
<b>Diğer Özellikler</b>		
Hastalık hakkında bilgisi		
Yeterince var	70	56.5
Kısmen var	43	34.7
Yeterince yok	11	8.9
Bakımına yardım eden kişi varlığı		
Var	98	79
Yok	26	21

bilgilere göre, %56.5'i hastalık hakkında yeterli bilgisinin olduğunu, %79'u bakımına yardım eden bir kişi olduğunu belirtmiştir.

Hastaların anksiyete puanı ortalaması 8.04±4.10 (0-19), depresyon puanı ortalaması 7.95±4.16 (0-21) olarak saptanmıştır. Anksiyete ve depresyon riski kesme puanına göre değerlendirildiğinde hastaların %22.6'sı anksiyete, %49.2'si depresyon açısından riskli bulunmuştur. Anksiyete veya depresyon açısından riskli olan hasta oranı %54 ve hem anksiyete, hem de depresyon riski bulunan hasta oranı da %17.7 olarak saptanmıştır.

HAÖ'nün hastalık hakkında görüşleri boyutunun alt ölçeklerinin ortalama puanları Tablo 2'de verilmiştir. Hastalık nedenleri boyutuna göre, hastaların en sık bildirdiği nedensel yüklemeler dört alt boyutta değerlendirildiğinde sırasıyla şöyledir: Risk etkenlerine sahip olma %45.3, ruhsal yüklemeler %33, bağışıklık sistemiyle ilgili %14.2 ve kaza/şans %7.5 olarak belirlenmiştir.

HD hastalarında anksiyete ve depresyon riskini etkileyebilecek bağımsız değişkenlere (*sosyo-demografik özelliklere, fiziksel hastalık ve tedaviyle ilgili etkenlere, hastalık algısına*) bakıldığında, cinsiyete, ekonomik duruma, bakımına yardım eden kişinin varlığına, psikiyatrik özgeçmiş, birincil fiziksel hastalığa ve diyaliz merke-

zine göre depresyon ve anksiyete riski açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Anksiyete riski hastaların yaş ortalamasına, hastalık ve HD tedavisi süresine göre değişmemiştir. Depresyon riskinin ise yaş ( $t=-2.51$ ,  $p=0.01$ ), hastalık süresi ( $t=-2.56$ ,  $p=0.01$ ) ve HD tedavisi süresi ( $t=-1.99$ ,  $p<0.05$ ) ortalaması yüksek olan hastalarda arttığı saptanmıştır. Hastanın yaşı, hastalık ve HD süresi arasındaki ilişkiye bakıldığında, yaş ile hastalık süresi ( $r=-0.057$ ,  $p>0.05$ ) ve HD süresi ( $r=-0.104$ ,  $p>0.05$ ) arasında ilişki olmadığı, hastalık süresi ile HD süresi ( $r=0.74$ ,  $p<0.001$ ) arasında güçlü pozitif ilişki olduğu bulunmuştur.

Depresyon ( $F=4.88$ ,  $p=0.009$ ) ve anksiyete ( $F=4.89$ ,  $p=0.009$ ) riski olmayan hastaların hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu belirttiği görülmüştür.

Anksiyete ve depresyon riski olan HD hastalarıyla olmayanların HAÖ'nün alt boyutlarına göre, anksiyete riski olan hastalarda hastalığı anlama puanının düşük ( $t=4.08$ ,  $p<0.001$ ) ve emosyonel temsiller puanının yüksek ( $t=-2.62$ ,  $p=0.01$ ) olduğu saptanmıştır. Depresyon riski olan hastalarda kişisel kontrol puanının düşük ( $t=2.16$ ,  $p=0.03$ ), süre (döngüsel) ( $t=2.23$ ,  $p=0.02$ ) ve emosyonel temsiller ( $t=-2.21$ ,  $p=0.02$ ) puanının yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Anksiyete ve depresyon riskine göre hastaların hastalık algısının karşılaştırılması

	Örneklem Ort.±SS (min-max)	Anksiyete 11 ve ↑		Anksiyete 10 ve ↓		Depresyon 8 ve ↑		Depresyon 7 ve ↓	
		Ort.±SS	Ort.±SS	t	p	Ort.±SS	Ort.±SS	t	p
Hastalık belirtileri	7.0±3.17 (0-14)	7.8±3.3	6.8±3.1	-1.61	>0.05	7.5±3.1	6.5±3.1	-1.65	>0.05
Süre (akut/kronik)	21.9±4.9 (9-30)	22.5±4.3	21.7±5.0	-0.71	>0.05	22.0±4.7	21.8±5.1	-0.22	>0.05
Sonuçlar	21.1±4.65 (9-30)	22.4±3.7	20.7±4.8	-1.66	>0.05	21.7±5.0	20.5±4.2	-1.38	>0.05
Kişisel kontrol	20.3±3.62 (9-30)	20.3±2.9	20.4±3.8	-0.02	>0.05	19.6±3.2	21.0±3.8	2.16	0.03
Tedavi kontrolü	16.3±3.32 (6-25)	15.7±2.6	16.5±3.4	1.00	>0.05	16.0±3.6	16.6±2.9	1.01	>0.05
Hastalığı anlama	17.5±4.22 (7-25)	14.8±4.3	18.3±3.8	4.08	0.001	17.3±4.2	17.8±4.2	0.63	>0.05
Süre (döngüsel)	12.7±3.45 (4-20)	12.8±3.6	12.7±3.4	-0.69	>0.05	12.0±3.8	13.4±2.9	2.23	0.02
Emosyonel temsiller	19.5±5.08 (7-30)	21.6±4.8	18.8±4.9	-2.62	0.01	20.5±4.6	18.5±5.3	-2.21	0.02

## TARTIŞMA

HD hastalarının anksiyete ve depresyon riskini saptamayı, öz-düzenleme modelini kullanarak anksiyete ve depresyon riski olan ve olmayan hastaların hastalık algısını incelemeyi amaçladığımız araştırmada, çalışmaya katılan hastaların yarısının anksiyete veya depresyon açısından risk altında olduğu ve bu hastaların hastalık hakkında negatif inançlara sahip oldukları görül-

**Anatolian Journal of Psychiatry 2013;14:252-9**

müştür. Çalışmamızın sonuçları, Leventhal'in modelinin yararlılığını desteklemekte, Hagger ve Orbell'in meta-analizinde tanımladığı gibi, kronik hastalığı olan hastaların hastalık temsilleri hakkındaki diğer çalışmaların sonuçlarıyla tutarlıdır.<sup>21</sup> Bu bölümde HD hastalarında depresyon/anksiyete oranları ve sosyodemografik özellikler, hastalık ve tedaviyle ilgili etkenler, hastalık algısının depresyon/anksiyete riskine etkisi literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

SDBY ve HD tedavisi ile yaşayan hastalarda psikiyatrik sorunların sorunların yaygın olduğu ve tanılama aracına göre geniş bir aralıkta değiştiği bilinmektedir.<sup>3,5,10</sup> Çalışmamızda kullandığımız HAD ile yapılan çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızın bulguları ile benzerdir. Çalışmamızda HAD-depresyon oranı %49.2, HAD-anksiyete oranı %22.6 olarak saptanmıştır. Diğer çalışmalarda HD hastalarında HAD-depresyon oranı %41.2-71.4, HAD-anksiyete oranı %11.8-57.1 olarak bulunmuştur.<sup>6,8,27,28</sup> HD hastalarında depresyon ve anksiyete oranının yüksekliği dikkat çekicidir. Araştırma sonuçlarından HD hastalarının dörtte üçünün depresyon veya anksiyete riski olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca, çalışmamızda saptadığımız gibi, hastaların yaklaşık %90 ve üzerinde bildirilen oranlarda<sup>29</sup> psikiyatrik özgeçmişinin olmaması bu tablonun hastalık sonrası ortaya çıktığını düşündürmektedir. Burada hastaların tümünün ruhsal değerlendirmeye gereksinmesinin olduğunu vurgulamak gerekir. Martin ve arkadaşlarının çalışmalarında belirttiği gibi, sadece HD hastalarında değil, tüm SDBY hastalarında HADÖ toplam puanı ruhsal sıkıntı (distress) işareti olarak kullanılması katkı sağlayabilir.<sup>28</sup>

HD hastalarında anksiyete ve depresyonu etkileyen etkenlere bakıldığında, bu çalışmada değerlendirilen sosyodemografik özelliklerin anksiyete riskini etkilemediği, yaşın depresyon riskini etkilediği bulunmuştur. Çalışmamızda depresyon riski olan hastaların yaş ortalamasının yüksek bulunması literatürle uyumludur. Bir çalışmada 56-70 yaş arasındaki diyaliz hastalarının daha genç gruplara göre daha depresif oldukları bildirilmiştir.<sup>11</sup> Başka bir çalışmada da diyaliz hastası olan yaşlı insanların, diyaliz hastası olmayan akranlarına göre daha fazla depresif oldukları bulunmuştur.<sup>30</sup> Cinsiyetin depresyona etkisi açısından çelişkili sonuçlar olduğu görülmektedir.<sup>11,29</sup> Fiziksel hastalık ve tedaviyle ilgili etkenlere bakıldığında, hastalık ve HD süresinin hastaların yaşından bağımsız olarak depresyon riskini etkilediği, anksiyete riskini etkilemediği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda olduğu gibi, Çelik ve Acar diyalize girme süresinin kronik diyaliz hastalarında anksiyete görülme durumu üzerinde etkili olmadığını,<sup>31</sup> Baydoğan diyalize girme süresi ile depresif belirti düzeyi arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmiştir.<sup>11</sup> Literatürde diyaliz süresinin depresyonda etkili bir etken olmadığı da bildirilmiştir.<sup>6,31</sup> Bulunan çelişkili sonuçlar, Leventhal'in modeline göre, değerlendirilen her bireyin kendi 'hastalık temsili modelleri' ile anlaşılır hale gelebilir. HAÖ'ye göre, hastalık süreci,

akut/kronik ve döngüsel olmak üzere iki alt boyutta değerlendirilmektedir. Çalışmamıza katılan HD hastalarının süreci kronik olarak algıladığı, anksiyete ve depresyon riski olan hastalarla olmayanlar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Ancak hastalığın döngüsel gidişi, belirtilerin günden güne farklılık gösterdiğine ilişkin inancın depresyon riski olan hastalarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu sonuç İbrahim ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarıyla<sup>32</sup> uyumludur.

Çalışmamızda HD hastalarının hastalıkla ilgili algılarında diğer boyutlara bakıldığında, hem anksiyete, hem de depresyon riski olan hastaların emosyonel temsillerinin yüksek olduğu, hastalıkla ilgili kaygı, korku, üzüntü, öfke gibi duygusal belirtilerin yoğun olarak algılandığı saptanmıştır. Okanlı ve arkadaşları, HD hastalarının çoğu zaman kaygı, öfke, mutsuzluk gibi yoğun duygularını bastırdıklarını bildirmiştir.<sup>33</sup> Bu durum anksiyete ve depresyon riskini etkileyebilmektedir. Çalışmamızda anksiyete riski olan hastaların hastalığını anlama ve kavramasının daha az olduğu bulunmuştur. Ayrıca, hastalıkla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten hastaların depresyon ve anksiyete riskinin azaldığı belirlenmiştir. İki bulgu birbirini desteklemektedir. Belirsizliğin anksiyete kaynağı olduğu bilinmektedir, diyalizle yaşamın belirsizliği de bu hastalarda saptanan önemli bir endişe kaynağıdır.<sup>34</sup> HD ve periton diyaliz tedavisini sürdüren SDBY hastalarının hastalık algısının karşılaştırıldığı çalışmada diyaliz tedavilerini kendi sorumluluklarında sürdüren periton diyaliz hastalarının hastalığı anlama ve kişisel kontrol puanının yüksek bulunması da çalışmamız için anlamlıdır.<sup>35</sup> Quinan SDBY'nin 'aşırı kişisel kontrol kaybı' ile etiklendiğini belirtmiştir.<sup>36</sup> Çalışmamızda, depresyon riski olan HD hastalarının depresyon riski olmayanlara göre hastalıkla ilgili kişisel kontrolünün az olduğuna, hastalığını etkileyemeyeceğine, belirtilerini kontrol edemeyeceğine inandıkları saptanmıştır. Diyaliz hastalarında kontrol odağı inancının depresif belirti düzeyinin yordayıcısı olduğu başka çalışmalarda da bulunmuştur.<sup>11,37,38</sup> Diğer kronik hastalığı olan hastalarla HAÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda da depresyon belirtilerinde artma ile kişisel kontrolde azalma arasında ilişki olduğu bildirilmiştir.<sup>39,40</sup>

Sonuç olarak, HD hastalarının yarısı anksiyete veya depresyon açısından risk altındadır ve bu hastaların hastalık algılarının negatif olduğu anlaşılmaktadır. Hastalık algısını kültürel etkenler etkileyebildiğinden, çalışmamızın çok mer-

kezli olması güçlü yönüdür. Ancak çalışmamızın kesitsel tasarımı nedeniyle anksiyete veya depresyonun negatif hastalık temsillerinin sonucu olup olmadığı veya tam tersi negatif hastalık temsillerinin anksiyete veya depresyon belirtileri ortaya çıktıktan sonra mı geliştiği açık değildir. Hastalık algısı ile ruhsal durum arasında nedensellik hakkında ifadeler kullanamamız da, öz-düzenleme modeline göre bilişsel ve emosyonel süreçler paralel işlediğine göre, iki açıklamanın da geçerli olduğu düşünülebilir. Bu durumu

açıklığa kavuşturmak için gelecekte uzunlamasına çalışmaların yapılmasına, hastaların hastalıklarının, tedavilerini gerçekçi ve uyuma dönük algılamalarına yönelik girişimleri ve etkinliğini araştıran çalışmalara gereksinme vardır. Özellikle hastalığı anlama ve kontrol algısını artıran girişimler yararlı olabilir. Bu çalışmanın yapıldığı merkezler için örneklemin evreni temsil gücü yüksektir, ancak ülkemizdeki tüm hemodiyaliz hastalarına genelleştirilememesi çalışmanın sınırlılığıdır.

## KAYNAKLAR

1. Turkish Society of Nephrology. Registry of the nephrology dialysis and transplantation in Turkey. 2007. www.tsn.org.tr.
2. Polaschek N. The experience of living on dialysis: a literature review. *Nephrol Nurs J* 2003;30:303-13.
3. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Depression in end-stage renal disease: current advances and research. *Semin Dial* 2010;23:74-82.
4. Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007;18:3042-55.
5. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2003;14:72-80.
6. Orhan FÖ, Ozer A, Sayarlioglu H, Doğan E, Altunoren O, Akman O, et al. Temperament and character profiles of end stage renal disease patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2011;21:201-9.
7. Öyekçin DG, Gülpek D, Mete L. Hemodiyaliz tedavisi alan bir grup kronik böbrek yetmezliği tanılı hastada depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Türkiye'de Psikiyatri* 2009;11:62-6.
8. Saçduyu A, Sentürk VH, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Psychiatric problems, life quality and compliance in patients treated with haemodialysis and renal transplantation. *Türk Psikiyatri Derg* 2006;17:22-31.
9. Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Newville H, Safier M, et al. Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *Am J Kidney Dis* 2008;52:128-36.
10. Kimmel PL, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. *Semin Dial* 2005;18:91-7.
11. Baydoğan M, Dag I. Prediction of depression by locus of control, learned resourcefulness and sociotropy-autonomy in hemodialysis patients. *Türk Psikiyatri Derg* 2008;19:19-28.
12. Christensen AJ, Turner CW, Smith TW, Holman JM, Gregory MC. Health locus of control and depression in end-stage renal disease. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:419-24.
13. Chan R, Brooks R, Erlich J, Chow J, Suranyi M. The effects of kidney-disease-related loss on long-term dialysis patients' depression and quality of life: positive affect as a mediator. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:160-7.
14. Devins GM, Binik YM, Hutchinson TA, Hollomby DJ, Barre PE, Guttman RD. The emotional impact of end-stage renal disease: importance of patients' perception of intrusiveness and control. *Int J Psychiatry Med* 1983;13:327-43.
15. Guzman SJ, Nicassio PM. The contribution of negative and positive illness schemas to depression in patients with end-stage renal disease. *J Behav Med* 2003;26:517-34.
16. Sacks CR, Peterson RA, Kimmel PL. Perception of illness and depression in chronic renal disease. *Am J Kidney Dis* 1990;15:31-9.
17. Chilcot J, Wellsted D, Farrington K. Illness perceptions predict survival in haemodialysis patients. *Am J Nephrol* 2011;33:358-63.
18. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996;11:431-45.
19. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health and behaviour: A perceptual cognitive approach. *Psychol Health* 1989;13:717-34.
20. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognitions: Using common sense to understand treatment adherence. *Cognit Ther Res* 1992;16:143-63.
21. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health* 2003;18:141-84.

22. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002;17:1-16.
23. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007;8:271-80.
24. Covic A, Seica A, Gusbeth-Tatomir P, Gavrilovici O, Goldsmith DJ. Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2004;19(8):2078-83.
25. Zigmond AS, Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70.
26. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg* 1997;8:280-7.
27. Bahar A, Savaş AH, Yıldızgördü E, Barlıoğlu H. Hemodiyaliz hastalarında anksiyete, depresyon ve cinsel yaşam. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007;8:287-92.
28. Martin CR, Tweed AE, Metcalfe MS. A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients diagnosed with end-stage renal disease. *Br J Clin Psychol* 2004;43:51-64.
29. Erdenen F, Çürük Ş, Karşıdağ Ç, Müderrisoğlu C, Besler M, Trabulus S, et al. Evaluation of disability, anxiety and depression in hemodialysis patients. *Nobel Med* 2010;6:39-44.
30. 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. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81:453-9.
31. Çelik HC, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2007;12:23-7.
32. Ibrahim N, Desa A, Tong NK. Illness perception and depression in patients with end-stage renal disease on chronic haemodialysis. *Soc Sci* 2011;6(3):221-6.
33. Okanlı A, Erdem N, Karabulutlu Yılmaz E. Hemodiyaliz hastalarında duyu kontrolü ve etkileyen faktörler. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2008;9:156-61.
34. Polaschek N. Living on dialysis: concerns of clients in a renal setting. *J Adv Nurs* 2003;41:44-52.
35. Timmers L, Thong M, Dekker FW, Boeschoten EW, Heijmans M, Rijken M, et al. Illness perceptions in dialysis patients and their association with quality of life. *Psychol Health* 2008;23:679-90.
36. Quinan P. Control and coping for individuals with end stage renal disease on hemodialysis: A position paper. *CANNT J* 2007;17:77-84.
37. Gençöz T, Astan G. Social support, locus of control, and depressive symptoms in hemodialysis patients. *Scand J Psychol* 2006;47:203-8.
38. Cveingros JA, Christensen AJ, Lawton WJ. Health locus of control and depression in chronic kidney disease: A dynamic perspective. *J Health Psychol* 2005;10:677-86.
39. Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerley R, Bundy C, Davies R, Dickens CM. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 2004;57:557-64.
40. Husain MO, Dearman SP, Chaudhry IB, Rizvi N, Waheed W. The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2008;4:4