

Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri

Dr. Gamze ÖZÇÜRÜMEZ¹, Dr. Nilgün TANRIVERDİ², Dr. Leyla ZİLELİ³

ÖZET

Kronik böbrek yetmezliğinin (KBY) birincil tedavi yöntemleri, diyaliz ve transplantasyondur. 1997 yılı verilerine göre ülkemizde 10.000 hemodiyaliz, 1893 periton diyalizi hastası bulunmaktadır. Yılda ortalama 360 adet böbrek transplantasyonu yapılmaktadır. KBY tedavi yöntemlerinden biri seçilirken tıbbi ölçütler ancak kısmen önemlidir. Psikososyal uyum ve işlevsellik ile yaşam niteliği anlamında ise, deneyimli klinisyenler bile, hangi hastanın hangi tedavi seçeneğinden daha çok yararlanacağını öngörmenin güç olduğunu vurgulamaktadırlar. Bazı araştırmacılar, kronik böbrek yetmezliği olan hastaların psikiyatrik morbiditelerinin ve yetiyetimlerinin yüksek olduğunu ve seçilen tedavi yönteminin psikiyatrik anlamda bir fark yaratmadığını belirtirken, çoğunluk, transplantasyonun diyalize kıyasla ruhsal açıdan daha avantajlı olduğunu ve hastaların yaşam niteliğini arttırdığını bildirmektedir. Diğer yandan psikolojik uyumun KBY tedavisinin gidişinde değişkenlik gösterdiği, zamanla ruhsal belirti düzeylerinde düşüş olduğu bildirilmiştir. Bu yazıda KBY'nde gözlenen ruhsal ve sosyal sorunlar ile bu sorunların yaşam niteliği ve süresi üzerine olan etkileri gözden geçirilmektedir. Son otuz yıla yönelik yapılan yazın taramasında, KBY hastalarının yaşadığı psikososyal sorunları araştıran ve tedavi seçeneklerini psikiyatrik morbidite ve yaşam niteliği açısından birbirleriyle kıyaslayan çok sayıda çalışmaya ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kronik böbrek yetmezliği, psikiyatrik morbidite, yaşam niteliği

SUMMARY: Psychiatric and Psychosocial Aspects of Chronic Renal Failure

Primary treatment modalities of chronic renal failure (CRF) are dialysis and renal transplantation. According to 1997 data there were 10,000 hemodialysis and 1893 continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patients in Turkey. On a yearly basis 360 renal transplantation procedures take place. In deciding for one of the treatment modalities, medical criteria are of partial importance. On the other hand, in terms of psychosocial adjustment and functioning and quality of life, even the expert clinicians emphasize that is very difficult to predict which treatment modality is best for the patient. While some researchers report that psychiatric morbidity and disability of CRF are high and there is no difference between the chosen treatment modalities, most of them report that transplantation is more advantageous than dialysis, and quality of life is better in transplant patients. On the other hand, some researchers claim that psychological adjustment varies during the treatment of CRF and psychiatric symptoms decrease with time. In this paper, psychiatric and social problems in CRF and the effect of these problems on quality of life are reviewed. According to our literature review covering the past 30 years, there have been many researchers for the CRF patients' psychosocial difficulties. Also most of this research work compare treatment strategies with respect to psychiatric morbidity and quality of life.

Key Words: Chronic renal failure, psychiatric morbidity, quality of life

¹Öğr. Gör., ²Yrd. Doç., ³Prof., Başkent Ü. Tıp Fak., Ankara.

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) böbrek işlevinin ilerleyici şekilde, geriye dönüşü olmaksızın kaybedilmesidir. Tanı, glomerüler filtrasyon hızı 15 ml/dakikanın altına düştüğünde konur. Bu aşamada, yerine koyma (replasman) tedavisi başlanmaz ise, üreminin ortaya çıkacağı kabul edilmektedir. Genel olarak modern tedavinin hedefi, diyaliz ya da transplantasyon ile, hastalarda üreminin ileri belirtileri gelişmeden tedaviyi başlatmaktır (Andreoli ve ark. 1993).

Ülkemizde, Türk Nefroloji Derneği'nin 1995 yılı verilerine göre, KBY yaygınlığı 100.9/milyon, sıklığı 49.5/milyondur. Yani 1995 yılı itibarıyla, yaklaşık olarak 6500 KBY hastası tanı almıştır ve her yıl 3200 yeni olgu eklenmektedir (Haberal ve ark. 1998). Türk Nefroloji Derneği'nin 1997 yılı verilerine göre ise; hemodiyaliz ile tedavi edilen 10.000, periton diyalizi ile tedavi edilen 1893 üremik hasta bulunmaktadır. Hastalara hizmet veren 220 hemodiyaliz ve 22 transplantasyon merkezi bulunmaktadır. Her yıl %85'i canlıdan, %15'i kadavradan olmak üzere 360 adet transplantasyon yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bildirilen 3000'den fazla böbrek transplantasyonu sonucunda, 2024 hasta işlevini gören böbrekle yaşamını sürdürmektedir (Erek 1999).

Yukarıda belirtilen istatistik verilerden de anlaşılacağı üzere kronik böbrek yetmezliği ülkemizde yaygın bir hastalıktır. KBY'nin psikiyatrik ve psikososyal yönlerini inceleyen uluslararası araştırmalar "Pub Med" taraması ile, ulusal araştırmalar ise "Psikiyatri Dizini" adlı bilgisayar programı aracılığı ile belirlenmiş ve ulaşılabilen 30 yılın yazını gözden geçirilmiştir.

KBY'de Psikiyatrik Morbidite

Çoğu araştırmacı ağır fiziksel ve psikososyal olumsuzluklar nedeniyle KBY hastalarında ruhsal bozuklukların yaygın olduğu görüşündedir. Örneğin, House (1987), bir yıl izlemek üzere çalışmaya aldığı 80 KBY hastasında DSM-III tanı ölçütlerine göre %30 oranında ruhsal bozukluk saptamıştır. Uyum bozukluğu %14 ile ilk sırayı alırken majör depresyon nöbeti (%12.5), agorafobili panik bozukluğu (%2) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%1.5) bu tanıyı takip etmektedir. Kimmel ve arkadaşları (1998a), bir yıl izledikleri

hemodiyaliz hastalarının %10'unda en az bir ruhsal bozukluk bulunduğunu belirlemişlerdir. En sık konulan depresyon tanısını, sırasıyla; diğer duygulanım bozuklukları, organik beyin sendromu ve demans, alkol ve madde kötüye kullanımı, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ile anksiyete ve kişilik bozuklukları izlemektedir. Ülkemizde hemodiyalize devam etmekte olan 70 hasta ile yapılan bir araştırmada ise, ICD-10 tanı ölçütlerine göre, %22.9 oranında en az bir ruhsal bozukluk saptanmıştır. Majör depresyon nöbeti %17.1 ile, yaygın anksiyete bozukluğu ise %8.7 ile en sık konulan tanılardır (Sağduyu ve Erten 1998).

Organ yetmezliğinin nöro-psikiyatrik etkileri en çok KBY hastalarında çalışılmıştır (Greenberg ve ark. 1973, Glaser 1974, Levy ve Wynbrandt 1975, Kane ve Simes 1977). Zehirli (toksik) yıkım ürünleri, anemi, hipertansiyon, endokrin ve kalp-damar dizge bozuklukları KBY hastalarında üreminin neden olduğu merkezi sinir sistemi işlev bozukluğunu daha da ağırlaştırmaktadır (McDaniel 1971, McDermott ve ark. 1978). Diyaliz dengesizliği (dysequilibrium) ve demansı KBY hasta popülasyonuna özgü nörolojik sendromlardır. Epilepsi nöbetleri de KBY'de sıklıkla görülmektedir. Yıkıcı davranışlar, kompleks parsiyel nöbetler sonucu ortaya çıkabilmektedir (Surman ve Parker 1981). Bilişsel işlev bozukluklarını araştıran çalışmalarda ise bazı çelişkili bulgular elde edilmiştir. On beş hemodiyaliz hastası ile yapılan bir araştırmada, P300 latansında uzama, amplitüdünde düşme ve kısa mental durum muayenesi puanlarında azalma gibi bilişsel bozulmayı düşündüren bulgular belirlenmiştir. Transplantasyon sonrası bu bulgularda düzelme olduğu saptanmıştır (Kramer ve ark. 1996). Pliskin ve arkadaşları (1996) ise, 16 kronik hemodiyaliz hastasıyla yaptıkları araştırmada nörokognitif test bataryalarından elde edilen sonuçların sağlıklı kontrollerden farklı olmadığını bildirmişlerdir. Hemodiyaliz programındaki 426 hasta ile yapılan bir başka araştırmada, bilişsel işlevler üzerinde nörobiyolojik değişkenlerden çok, depresyon ve kişilik özelliklerinin yordayıcı olduğu, bu nedenle de bellek ve dikkat bozukluğu bulunan hastaların ruhsal açıdan iyi değerlendirilmeleri gerektiği belirtilmiştir (Brickman ve ark. 1996).

Hemodiyaliz hastalarında uyku bozukluklarının sık olduğu, yaşa ve uzun süreli hemodiyalize bağlı bedensel yakınmalarla birlikte daha da arttığı bildirilmiştir (Yoshioka ve ark. 1993). Cinsel istek azalması yine KBY hastalarında sık rastlanan bir yakınmadır. Erkeklerin yaklaşık yarısında, kadınların ise dörtte birinde ortaya çıkmaktadır (Levy 1993). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise, erkek diyaliz hastalarındaki cinsel işlev bozukluğu oranı %70 olarak belirlenmiştir (Özkan 1993). Nedeni tam olarak anlaşılmamakla birlikte cinsel işlev bozukluklarının üremiye bağlı testesteron düzeyinde düşüş, antihipertansif ilaçlar, diyabet gibi altta yatan tıbbi sorunlar ya da psikolojik etkenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Böbrek transplantasyonunun cinsel işlevi düzeltebileceği ancak erkeklerin %22-43'ünde empotansın sürdüğü bildirilmiştir (Gulledge ve ark. 1983, Milne 1977).

KBY hastalarında psikopatoloji yaygınlığını araştıran sistemli çalışmaların çoğu yalnız depresyona odaklanmıştır. Depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda, %0 ile %100 arasında değişen sonuçlar elde edilmiştir. Sonuçların bu denli değişkenlik göstermesi, depresyon için kullanılan tanımlamalar ile ölçütler arasındaki farklılıklardan (Smith ve ark. 1985, Craven ve ark. 1987, Hinrichsen ve ark. 1989, Hong ve ark. 1987) ve standardizasyon eksikliklerinden (Levenson ve ark. 1990) kaynaklanmaktadır. Kan basıncının yeterli düzeyde denetlenmemesi, üremi derecesi, iki diyaliz uygulaması arası kilo alımı, tedavi uyumu, kalsiyum/fosfor metabolizması, eşlik eden sistemik hastalıklar, böbrek hastalığının etiyojisi, hasta çalışmaya alındığı sırada hastalığının süresi, kansızlık, kaşıntı, kronik ağrı, ilaç yan etkileri, enfeksiyon, seçilen tedavi yöntemi, süresi ve tedavinin uygulandığı yer gibi çeşitli etkenlerin depresyon yaygınlığı ile ilgili bulguları çarpıttığı düşünülmektedir (Levenson ve Glocheski 1991). Somatik belirtiler diyaliz hastalarının çökkün duygudurumu ile yakından ilişkili bulunurken üremi; huzursuzluk, iştahsızlık, uykusuzluk, çökkünlük, apati, yorgunluk ve dikkat bozukluğu belirtilerine yol açar. Her diyaliz hastası için üreminin kontrol altına alınma derecesi farklıdır. Bu nedenle, KBY hasta popülasyonunda bazı çökkünlük belirtileri, depresyondan çok yetersiz tedavi edilen üremiyi temsil ediyor olabilir (Hart ve Kreutzer 1988, Smith ve ark. 1985).

Üremi ile majör depresyon nöbeti belirtilerini karşılaştıran araştırmacılar, yalnız suçluluk hissi ve ölüm ya da özkıyım düşüncelerinin depresyona özgü olduğunu belirtmişlerdir (Kimmel 2000, Hinrichsen ve ark. 1989). Halsizlik, uyku bozukluğu ve cinsel istek azalması gibi belirtilerin ise tanı değeri düşüktür (Craven ve ark. 1987). Hong ve arkadaşları (1987), depresyon tanısı alan hastaların yarıya yakınının hiç tedavi almamış olmalarının KBY'de depresyon tanısı koymanın güçlüğüyle ve müdahaleye gerek olmaksızın zamanla hastaların yeni durumlarına uyum sağlayacakları varsayımıyla bağlantılı olabileceğini bildirmişlerdir. Ayrıca KBY tanısı konduğu sırada hastalarda saptanan depresyonun, ailedeki rol, kendilik kavramı ve işle ilgili kayıplara bağlı olduğunu, yani reaktif olduğunu öne sürmüşlerdir. Kimmel ve arkadaşları da (1993), depresyon etiyojisinin kayıpla olan bağlantısını hatırlatarak hastaların böbrek işlevi, iyilik hali, aile ve işteki yer, zaman, finansal kaynak ve cinsel işlev gibi çeşitli süregen kayıplara uğradıklarını, sonuçta pek çok araştırmada saptanan depresyon sıklığındaki yüksekliğin şaşırtıcı olmadığını belirtmişlerdir. Tıpkı diğer popülasyonlarda olduğu gibi kronik hastalarda da klinik depresyonun ortaya çıkışı çoklu etkenler arasındaki karmaşık ilişkilere bağlıdır. Bu etkenlere kişilik, baş etme düzenekleri, anlamlı sosyal desteğin bulunup bulunmaması ve genetik ya da biyolojik yatkınlık dahildir (Kimmel 2000). Her ne kadar fiziksel hastalıklar çoğu insanda hafif depresyon belirtilerine yol açıyorsa da yalnız yatkın bireyler majör depresyon riski taşıyor olabilir. Sonuçta bazı bireyler fiziksel yetiyitimi düzeylerinden bağımsız olarak klinik depresyondan korunuyor olabilirler (Rodin ve Voshart 1987).

Psikiyatrik morbidite yaygınlığını olduğundan farklı yansıtabilecek bir diğer etkenin de inkar olduğu düşünülmüştür. Özellikle diyalize uzun süredir devam etmekte olan hastaların psikiyatrik sorunlarını yok saydıklarını öne sürenler olduğu gibi (De Nour 1981, Yanagida ve ark. 1981), hastaların çoğunluğunun etkin bir biçimde psikososyal streslerle baş ettikleri ve hastalıkla ilişkili deneyimlerini küçültme ihtiyacı hissetmedikleri de bildirilmiştir (Devins ve ark. 1986-1987). Nefrologlar ve psikiyatristler tarafından tanınan bir diğer etken de psikolojik uyumun KBY tedavisinin gidişinde değişkenlik gösterdiği, zamanla psikiyatrik belirti düzeylerinde düşüş olduğudur (Kutner ve ark. 1985, House 1987).

Genel kanı, psikiyatrik morbiditenin, farklı tedavi yöntemleri uygulanan KBY hastalarında değişkenlik gösterdiği. Tedavi seçeneklerini karşılaştıran çalışmalardan sıklıkla çıkan sonuç, transplantasyonun psikiyatrik morbiditeyi belirgin düzeyde azalttığıdır (De Nour ve Shanan 1980, Gullede ve ark. 1983, Simmons ve ark. 1984, Churchill ve ark. 1984, Morris ve Jones 1988, Iwashige ve ark. 1990, Simmons ve Abress 1990, Insense ve ark. 1999). Hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyon tedavi seçenekleri karşılaştırıldığında periton diyalizinin hemodiyalizden daha az, transplantasyondan ise daha çok psikiyatrik morbiditeye neden olduğu düşünülmektedir (Wolcott ve Nissenson 1988, Özcan ve ark. 2000, Uslu ve ark. 2000). Öte yandan iki uzun süreli izleme çalışmasında, KBY hastalarında psikiyatrik morbiditenin yüksek olduğu ve seçilen tedavi yöntemi ile ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır (Johnson ve ark. 1982, Kalman ve ark. 1983).

Diğer tıbbi hastalıklara kıyasla KBY’de ruhsal sorunların daha fazla olup olmadığı araştırıldığında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kontrollü bir çalışmada, diyaliz hastalarında Genel Sağlık Anketi puanlarına göre psikiyatrik bozukluk oranları %43’ü bulurken bu oran genel dahiliye hastalarında %30, transplantasyon alıcılarında ise %27 olarak belirlenmiştir (Petrie 1989). Transplantasyon için değerlendirilen 66 hemodiyaliz hastasının konsültasyon istenen 144 dahiliye-cerrahi hastası ile karşılaştırıldığı bir çalışmada ve KBY dahil beş farklı fiziksel hastalık grubunu ruh sağlığı açısından karşılaştıran 754 hastalık bir seride psikiyatrik morbiditenin özgül tanılardan bağımsız olduğu sonucuna varılmıştır (Rundell ve Hall 1997, Cassileth ve ark. 1984). Ülkemizde yapılan kontrollü iki çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Sağduyu ve Özer 2000, İnce ve Çifter 1997). Bu çalışmalarda, transplantasyon için seçilmelerini olumsuz yönde etkileyebileceği kaygısıyla KBY hastalarının ruhsal sorunlarını olduğundan az bildirmiş olabilecekleri belirtilmiştir. Parkerson ve Gutman (1997) ise birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 414 hastayla 125 hemodiyaliz hastasını karşılaştırmışlar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların anksiyete-depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

KBY’nin Psikososyal Yönleri ve Yaşam Süresi Üzerine Etkileri

KBY’nin diyaliz ya da transplantasyon ile tedavisine pek çok organik, ruhsal ve sosyal sorun eşlik etmektedir. Hastalar kısıtlayıcı bir yaşam stiline uyum sağlamak zorunda kalmalarının yanı sıra bağımlılık ve ölüm konularıyla yüzleşmektedirler. Haftada üç gün ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamaları ile yaşam diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmektedir. Diyalizde geçirilen zamana ve kalan zamanda da fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş verimi düşmekte, sosyal yaşam fakirleşmektedir. Gerek iş verimindeki düşüş gerek tedavinin pahalı oluşu ağır maddi kayıplara yol açmaktadır (Short ve Wilson 1969). Diyet programlarıyla sıvı ve gıda alımı ciddi ölçüde kısıtlanmaktadır (Gutman ve ark. 1981). Kadavradan transplantasyon için belirsiz bir bekleme sürecine girilmektedir. Organ yetmezliği olan hastalar arasında aile ve evlilik stresi belirgindir. Ailelerin ölümle ilgili endişelerinin hastaların elini kolunu bağladığı ve zaman içinde evlerinde yalnızca birer izleyici konumuna geçtikleri saptanmıştır. Hastaların eşleri rol değiştirmek zorunda kalarak hemşireye ya da hastabakıcıya dönüşmektedirler. Diğer taraftan hasta transplantasyon için yakınlarından özellikle de ailesinden böbrek talebinde bulunmakta ve hasta yakınlarının böbrek verme konusunda yaşadığı çekinceler her iki taraf için baskı unsuru olmaktadır (Christopherson 1987). Bazı hastalar kronik immünosupresif ilaç kullanma zorunluluğu ve beden imge değişikliğinin yanı sıra cerrahi uygulamadan da kaygılanmaktadır (Fricchione 1989). Alıcıların çoğunluğunda yaşamın uzamasına aile, iş ve yaratıcı etkinliğin düzenlenmesi eşlik eder. Ancak hastanın tıbbi bağımlılığı transplantasyonla giderilemez. Çok sayıda ve düzenli ilaç kullanma zorunluluğu ve kontroller diyaliz programı kadar olmasa da bağımsız yaşamayı güçleştirir. Ek olarak organ reddi olasılığı ve immunosupresan tedavinin komplikasyonları bir tür belirsizlik ortamı yaratır.

KBY’de, hissedilen ölüm korkusu, fiziksel güç ve dayanıklılığın kaybedilmesi, ekonomik açıdan güçlükler yaşanması, diyet ve sıvı alımının kısıtlanması ve tıbbi bağımlılık “hastalığın gericiliği” (illness intrusiveness) kavramıyla özetlenmektedir. Anlamı, değer verilen uğraşların ve ilgilerin hastalık nedeniyle kısıtlanması, böylelikle-

le ödüllendirici deneyimlerin sınırlanması ve yaşam niteliğinin düşmesidir. Hastalığın giriciliği hayattan tat alma, olumlu ve olumsuz duygulanım, kendilik saygısı, mesleki yeterlilik ve evlilik uyumu gibi yaşam niteliği göstergeleriyle belirlenirken ilişkili bulunmuştur. Psikolojik iyilik halini, olumlu deneyimleri azaltarak ve yaşam üzerinde algılanan kontrolü düşürerek hem dolaylı hem de dolaysız biçimde tehdit edebilmektedir (Devins ve ark. 1990a, Devins 1994). Diğer taraftan çeşitli değişkenlerin hastalığın giriciliğini hafiflettiği gözlenmiştir. KBY hastalarının psikososyal iyilik halini belirleyen etkenleri araştırmaya yönelik bir çalışmada, olumlu unsurun, aile, arkadaş ve iş yaşantısındaki doyumla, olumsuz unsurun kötü yaşam olayları, anksiyete, depresyon ve somatik belirtilerle bağlantılı olduğu sonucuna varılmıştır (Campbell ve Campbell 1978). Yüksek sosyal destek düzeyi diyaliz hastalarında anksiyete ve depresyona olan yatkınlığı azaltmaktadır (Burton ve ark. 1983). Sıkı aile bağları, hemodiyaliz hastalarında olumlu sosyal işlevsellik ve moralle (Dimond 1979), transplantasyon hastalarında ise düşük anksiyete düzeyi ve yüksek kendilik saygısıyla ilişkili bulunmuştur (Simmons ve ark. 1977). Özellikle hastalığın fiziksel etkilerinin fazla olduğu hasta grubunda, aile desteği ile psikolojik iyilik hali arasında pozitif bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir (Christensen ve ark. 1989). Aile desteğinin olmayışı ise özkıyım riskini arttırmaktadır (Abram ve ark. 1971, Foster ve McKegney 1978). Hastalığın giriciliğini hafifleten bir diğer unsur seçilen tedavinin olumlu etkileridir. Örneğin fiziksel iyilik halini gündelik etkinliklerdeki bağımsızlığı ölçüt olarak değerlendiren, 459 hasta ile yapılan bir çalışmada, KBY'nin üç farklı tedavi yöntemi karşılaştırılmıştır. İşlevselliğini sürdüren böbrekleri olan transplantasyon hastalarının, hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarına kıyasla daha az fiziksel yetersizlik sergiledikleri belirlenmiştir (Julius ve ark. 1989). Yirmi yedi diyaliz merkezinden 979 KBY hastası ile yapılan uzunlamasına bir çalışmada da, en yüksek rehabilitasyon düzeyini transplantasyonun sağladığı saptanmıştır (Carlson ve ark. 1987).

Hastalığın giriciliği kavramının çeşitli kişisel ve gelişimsel özelliklerden de etkilendiği düşünülmektedir. Örneğin 52 böbrek transplantasyonu ve 49 diyaliz hastasından oluşan bir seride,

uygulanan tedavi yönteminden bağımsız olarak kendilik tanımının, hastalığın birey üzerindeki olumsuz etkilerini hafiflettiği, ancak farklı yaşam evrelerinde bunun değişkenlik gösterdiği saptanmıştır. Daha genç bireylerden oluşan hasta grubunda, kendilerini KBY hastası olarak kabul etmeyenlerde hastalığın giriciliğinin çoğaldığı, psikososyal iyilik halinin azaldığı, yaşlı hastalarda ise kabul edenlerde aynı sonucun ortaya çıktığı gözlenmiştir. Gençlerin kronik hasta statüsünü kabul ettiklerinde beklentilerini tekrar şekillendirerek yeni hedefler belirledikleri ve böylelikle daha iyi uyum sağlayabildikleri, yaşlılarda ise bu kabulün uyum sağlayıcı davranış örüntüleri geliştirmek yerine psikolojik açıdan anlamlı etkinliklerden çekilmeye neden olduğu düşünülmüştür (Devins ve ark. 1997).

Depresyonun hemodiyaliz ile tedavi edilen hastalarda mortaliteyi bağımsız olarak etkileyip etkilemediği uzun süredir üzerinde durulan bir konudur. Yaşam süresi üzerinde depresyonun olası etki düzenekleri beslenmenin ve tedaviye uyumun bozulması, bağışıklık dizge değişiklikleri, kendine bakımda azalma, alkol ve madde kötüye kullanımı ve miyokard enfarktüsü gibi tıbbi ek hastalık riskinde artıştır (Kimmel ve ark. 1998b, Stein ve ark. 1991, Booth-Kewley ve Friedman 1987). Genel populasyona kıyasla diyaliz hastalarında özkıyım sıklığının 100 ile 400 kat daha fazla olduğunu öngören araştırmacılar vardır (Abram ve ark. 1971). Neu ve Kjellstrand ise (1986), diyaliz hastaları arasındaki özkıyım riskinin genel populasyona kıyasla 15 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Çoğu araştırmacı depresyon belirtilerinin daha yüksek mortalite hızıyla ve sık hastane yatışıyla ilişkili olduğunu saptamışlardır (Numan ve ark. 1981, Burton ve ark. 1986, Peterson ve ark. 1991). Shulman ve arkadaşları (1989), 64 merkez ve ev hemodiyaliz hastasını 10 yıl süreyle izleyip, yaş ile depresyon belirtilerinin yaşam süresini tıbbi değişkenlerden daha iyi yordadıklarını bildirmişlerdir. Ek olarak yetiyitimi düzeyini ve sağlık durumu algısını mortaliteyle ilişkili bulmuşlardır. Hemodiyaliz, periton diyalizi ve transplantasyon uygulanan 97 hasta ile gerçekleştirilen kontrollü bir çalışmada ise depresyonun yaşam süresini etkilemediği belirlenmiştir (Devins ve ark. 1990b).

Alınan ve önerilen sosyal destek algısı pek çok kronik hastalıkta daha uzun yaşam süresi ile

ilişkili bulunmuştur. Friend ve arkadaşlarının (1986), sosyal desteğin yaşam süresi üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmada, destek grubuna katılan diyaliz hastalarının katılmayanlardan daha uzun yaşadıkları belirlenmiştir. Yaşam süresi ile yakın ilişkisi olduğu düşünülen bir diğer etken de tedaviye uyumdur. Sıvı kısıtlamasına uymayan KBY hastalarında konjestif kalp yetmezliğinin birincil ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir (Plough ve Salem 1982). Sensky ve arkadaşları (1996), 45 hemodiyaliz hastasıyla yaptıkları çalışmada, tedavi uyumunun yaş, cinsiyet, algılanan kontrol, sosyal uyum ve geçmiş psikiyatrik öykü gibi çoklu etkenlerle şekillendiğini belirlemiştir.

KBY’de Yaşam Niteliği

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. Transplantasyonun başarısı arttıkça da, özellikle 1980’li yıllarda, ilgi, tedavi seçenekleri arasındaki farka yönelmiştir (Segoloni ve ark. 1994). Ortak kanı, çok yönlü bir kavram olan yaşam niteliğini tanımlamanın bir hayli güç olduğudur. Çoğu araştırmacıya göre yaşam niteliği psikolojik, sosyal ve fiziksel iyilik hali olmak üzere üç ana bileşenden oluşmaktadır.

Neden yirmi yılı aşkın süredir KBY tedavisinin psikososyal yönleri tartışılmaktadır? Nedenlerden biri, üç alternatif tedavi yönteminden biri seçilirken kararın ancak kısmen tıbbi ölçütler gözönünde tutularak verilmesidir. Bunun da ötesinde deneyimli klinisyenler bile, psikososyal uyum ve yaşam niteliği anlamında, hangi hastanın hangi tedavi seçeneğinden daha çok yararlanacağını öngörmenin güç olduğunu vurgulamaktadırlar (Muthny ve Koch 1991).

De Nour ve Shanan’ın (1980) diyaliz hastası mı yoksa transplantasyon alıcısı mı olmanın daha iyi bir yaşam sağladığını araştıran çalışması, yaşam niteliğini çok çeşitli nesnel ve sayısal ölçümlerle değerlendirme çabası nedeniyle, bu konuda çığır açan deneyimlerden biri olarak kabul edilmektedir. Transplantasyon hastalarının aslında genel anlamda hemodiyaliz hastalarından farklı

olmadıkları, ancak duygusal açıdan kendilerini daha iyi hissettikleri sonucuna varılmıştır. Bir başka deyişle alıcılar kökeni tam olarak anlaşılabilen bir şekilde çok daha iyi hissetmekte ve hepsi diyalize dönmemeyi dilemektedir. Transplantasyonun yaşam niteliğine etkisini önce-sonra çalışması ile değerlendiren bir grup araştırmacı, transplantasyon sonrasında fiziksel ve sosyal yönden istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme görüldüğünü ve hastaların duygusal durumlarının giderek kalkındığını belirtmişlerdir. Hastaların normal populasyonun yaşam niteliği düzeyine ulaştıkları vurgulanmıştır.

Periton diyalizi uygulamalarının yaygınlaşması ile karşılaştırma bu tedavi seçeneğini de içermeye başlamıştır. Periton diyalizinin hemodiyalize eşdeğer ya da daha iyi yaşam niteliği sağladığı ve bilişsel işlevleri daha iyi koruduğu bildirilmiştir (Simmons ve ark. 1984, Wolcott ve Nissenson 1988, Özcan ve ark. 2000, Uslu ve ark. 2000). On bir merkezden 859 KBY hastasıyla yapılan bir çalışmada, 144 böbrek transplantasyonu alıcısının %79.1’inin, 715 hemodiyaliz ve periton diyalizi hastasının %47.5 ile %59.1’inin yaşam nitelikleri normale yakın düzeyde bulunmuştur (Evans ve ark. 1985). Transplantasyonun başarısızlıkla sonuçlandığı alıcılarda bile yaşam niteliğinde kayda değer bir düşüş olmadığı öne sürülmüştür. Hemodiyaliz (n= 290), periton diyalizi (n= 68) ve transplantasyon (n= 761) hasta gruplarını yaşam niteliği parametrelerine göre karşılaştıran bir başka çalışmada (Koch ve Muthny 1990), transplantasyonun, tıbbi ve mesleki rehabilitasyon, duygusal iyilik hali, fiziksel etkinlik, entelektüel işlevsellik, aile yaşantısı ve cinsellik alanlarında daha iyi sonuçlar sağladığı bulunmuştur. Üç grubun global anksiyete puanları arasında ise fark görülmemiştir. Bu sonuç, üç grupta farklı nedenlerle benzer kaygı düzeyleri bulunduğu şeklinde yorumlanmıştır. Hemodiyaliz hastalarının şant komplikasyonu ve diyalizin diğer yan etkilerinden, periton diyalizi hastalarının peritonit riskinden, transplantasyon hastalarının da böbrek reddinden ve immunosupresif tedavinin yan etkilerinden endişe ettiği belirlenmiştir. Periton diyalizi hastalarının, pek çok yaşam niteliği ölçütü açısından, transplantasyon ve hemodiyaliz hasta gruplarının arasında yer aldığı vurgulanmıştır. Simmons ve Abres (1990), benzer şekilde üç tedavi seçeneğini yaşam niteliği açısından karşılaştı-

tırdıkları 766 hastalık seride, başarılı transplantasyonun fiziksel, duygusal ve sosyal alanlarda iyileştirici bir etkiye sahip olduğu sonucuna varmışlardır. Transplantasyonun başarısızlıkla sonuçlanmasının ise bu tür bir deneyim yaşamamış diyaliz hastalarına kıyasla daha düşük yaşam niteliğine neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgu, kontrollü bazı araştırmaların sonuçlarıyla uyumlu (Johnson ve ark. 1982, Binik ve ark. 1986) bazı kontrollü ya da izleme çalışmaları bulgularıyla ise çelişkilidir (Evans ve ark. 1985, Segoloni ve ark. 1994).

Diğer taraftan Kalman ve arkadaşları (1983), böbrekleri beş yıl ya da daha uzun süredir işlev gören 57 transplantasyon hastasını 44 diyaliz hastasıyla karşılaştırdıkları çalışmada, genel kanının aksine, alıcıların psikolojik açıdan daha iyi bir yaşam niteliğine sahip olmadıklarını belirlemişlerdir. Diyaliz hastaları hem daha yaşlı hem de tıbbi açıdan daha kötü durumda olmalarına rağmen iki grup arasında psikiyatrik morbidite açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak tedavi başlangıcında hastaların demografik, tıbbi ve psikiyatrik özellikleri hakkında hiçbir bilgi olmaması ve yapılandırılmış görüşme ölçekleri kullanılmaması sonuçların güvenilirliğini azaltmaktadır. Muthny de (1984) transplantasyondan yıllar sonra bile %50'nin üzerindeki oranlarda anksiyete ve diğer ruhsal sorunların devam ettiğini bildirmiştir. Bu sonuçların ardından bazı araştırmacılar tedavi seçeneklerinin yaşam niteliği üzerindeki etkilerine daha şüpheyle yaklaşan ve derinlemesine inceleyen çalışmalar planlamışlardır. En kapsamlılarından biri Morris ve Jones'un (1988) 140 KBY hastası ile gerçekleştirdikleri çalışmadır. Transplantasyon, ev hemodiyalizi, merkez hemodiyalizi ve periton diyalizi hastalarını yaşam niteliği ve psikolojik iyilik hali açılarından karşılaştırmışlardır. Transplantasyon grubunun tüm diyaliz hastalarına kıyasla daha yüksek yaşam niteliğine sahip oldukları belirlenmiştir. Sosyal yaşantı, aile ilişkisi doyumu ve genel sağlık durumu gibi yaşam niteliği alt alanlarında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmacılar toplam yaşam niteliği üzerinde seçilen tedavi tipi ve psikiyatrik hastalığa yatkınlığın önemli payı olduğunu vurgulamışlardır.

TARTIŞMA

KBY kişinin günlük etkinliklerini, evlilik ve

aile yaşantısını, mesleki yeterliliğini ciddi ölçüde bozarak, hastaya, aileye ve topluma ağır bir bedel ödetmektedir. Tedavi yaklaşımlarındaki gelişmeye paralel olarak, psikososyal ve psikiyatrik açılardan diyaliz ile transplantasyona duyulan ilgi giderek artmıştır. Başarılı transplantasyon, KBY tedavi seçenekleri arasında, normal böbrek işlevine en yakın sonucu sağlayan yöntemdir. Ancak organ bağışındaki yetersizlik nedeniyle KBY hastalarının esas destek kaynağı diyalizdir. Diyalizin zaman alıcı bir işlem olması, çoğunlukla ev dışında uygulanabilmesi, diyet ve sıvı alımına kısıtlamalar getirmesi, ciddi komplikasyonlarının yaşam süresini kısaltması ve uzun dönemde pahalı bir tedavi yöntemi olması gibi unsurlar ise hastaları zorlamaktadır.

Genel kanı KBY'de ruhsal bozuklukların yaygın olduğu yönündedir. Ancak üremi, ilaç yan etkileri, sistemik lupus eritamotuzus gibi altta yatan birincil hastalıklar, anemi, elektrolit dengesizliği gibi komplikasyonlar ruhsal bozuklukları taklit edebilmekte, yaygınlığın olduğundan fazla görünmesine yol açabilmektedirler. Bu nedenle KBY hastaları multidisipliner bir anlayışla ele alınmalıdırlar.

Farklı tedavi yöntemleri uygulanan KBY hastalarında psikiyatrik morbiditenin değişkenlik gösterdiği, transplantasyonun psikiyatrik morbiditeyi azalttığı, yaşam niteliğini ise arttırdığı düşünülmektedir. Bir diğer görüş de KBY'de psikiyatrik morbiditenin yüksek olduğu ve seçilen tedavi yöntemi ile ilişkili olmadığıdır. Sonuç olarak diyaliz ve transplantasyon ünitelerindeki hastaların, sadece dahili açıdan değil psikiyatrik açıdan da yakın takip edilmeleri psikiyatrik morbiditeyi azaltıp, yaşam niteliklerini arttıracaktır. Standardizasyon sağlamanın oldukça güç olduğu bu alanda yapılacak kontrollü araştırmalar çelişkili sonuçlara da ışık tutacaktır.

Diğer tıbbi hastalıklara kıyasla KBY'de ruhsal sorunların daha fazla olup olmadığı da tartışmalı bir konudur. Bazı araştırmacılar KBY hastalarında psikiyatrik morbiditenin daha yüksek olduğunu savunurken diğerleri psikiyatrik morbiditenin özgül tanılardan bağımsız olduğunu hatta KBY hastalarının ruh sağlıklarının birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlardan daha iyi olduğunu bildirmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Abram HS, Moore GL, Westervelt FB (1971) Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am J Psychiatry*, 127:119-127.
- Andreoli TE, Evanoff GV, Ketel BL ve ark. (1993) Chronic renal failure. Cecil Essentials of Medicine, TE Andreoli, Bennet CJ, Crapenter CJ, Plum F, Smith LH (Eds.) Philadelphia. W. B., Saunders Company, s. 245.
- Binik YM, Devins GM (1986) Transplant failure does not compromise quality of life in end-stage renal disease. *Int J Psychiatry Med*, 16:281-292.
- Booth-Kewley S, Friedman HS (1987) Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychol Bull*, 101:343-362.
- Brickman AL, Yount SE, Blaney NT ve ark. (1996) Pathogenesis of cognitive complaints in patients on hemodialysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 18: 36-43.
- Burton HJ, Lindsay RM, Kline SA (1983) Social support as a mediator of psychological dysfunctioning and a determinant of renal failure outcomes. *Clin Exp Dial Aph*, 7:371-389.
- Burton HJ, Kline SA, Lindsay RM ve ark. (1986) The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosom Med*, 48:261-269.
- Campbell JD, Campbell AR (1978) The social and economic costs of end-stage renal disease: a patient's perspective. *N Engl J Med*, 299:386-392.
- Carlson DM, Johnson WJ, Kjellstrand CM ve ark. (1987) Functional status of patients with end-stage renal disease. *Mayo Clin Proc*, 62:338-344.
- Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB ve ark. (1984) Psychosocial status in chronic illness: a comparative analysis of six diagnostic groups. *N Engl J Med*, 311:506-511.
- Christensen AJ, Turner CW, Slaughter JR ve ark. (1989) Perceived family support as a moderator of psychological well-being in end-stage renal disease. *J Behav Med*, 12:249-265.
- Christopherson L (1987) Cardiac transplantation: a psychological perspective. *Circulation*, 75:57-62.
- Churchill DN, Morgan J, Torrance GW ve ark. (1984) Quality of life in end-stage renal disease. *Peritoneal Dial Bull*, 4:20-23.
- Craven JL, Rodin GM, Johnson L ve ark. (1987) The diagnosis of major depression in renal dialysis patients. *Psychosom Med*, 49:482-492.
- De Nour AK, Shanan J (1980) Quality of life of dialysis and transplanted patients. *Nephron*, 25:117-120.
- De Nour AK (1981) Prediction of adjustment to chronic haemodialysis. *Psychoneurology* I, Levy NB (Ed), New York, Plenum s. 117-132.
- Devins GM, Binik YM, Mandin H ve ark. (1986-87) Denial as a defense against depression in end-stage renal disease: an empirical test. *Int J Psychiatry Med*, 16:151-162.
- Devins GM, Mann J, Mandin H ve ark. (1990a) Psychosocial predictors of survival in ESRD. *J Nerv Ment Dis*, 178:127-133.
- Devins GM, Mandin H, Shorr S ve ark. (1990b) Illness-intrusiveness and quality of life in end-stage renal disease: comparison and stability across modalities. *Health Psychol*, 9:117-142.
- Devins GM (1994) Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. *Adv Ren Replace Ther*, 1:251-263.
- Devins GM, Mandin H, Beanlands H ve ark. (1997) Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by self-concept and age in end-stage renal disease. *Health Psychol*, 16:529-538.
- Dimond M (1979) Social support and adaptation to chronic illness: the case of maintenance hemodialysis. *Res Nurs Health*, 2:101-108.
- Erek E (1999) Nephrology, dialysis and transplantation in Turkey. *Nephrol Dial Transplant*, 14:851-852.
- Evans RW, Manninen DL, Garrison LP ve ark. (1985) The quality of life of patients with end stage renal disease. *N Engl J Med*, 312: 553-559.
- Foster FG, McKegney FP (1978) Small group dynamics and survival on chronic hemodialysis. *Int J Psychiatry Med*, 8:105-116.
- Fricchione GL (1989) Psychiatric aspects of renal transplantation. *Aust NZ J Psychiatry*, 23:407-417.
- Friend R, Singletoy Y, Mendell NR ve ark. (1986) Group participation and survival among patients with end-stage renal disease. *Am J Public Health*, 76:670-672.
- Glaser GH (1974) Brain dysfunction in uremia. *Res Publ Assoc Nerv Ment Dis*, 53:173-197.
- Greenberg RP, Davis G, Massey R ve ark. (1973) The psychological evaluation of patients for a kidney transplant and hemodialysis program. *Am J Psychiatry*, 130:274-77.
- Gulledge AD, Bustza C, Montague DK (1983) Psychosocial aspects of renal transplantation. *Urol Clin North Am*, 10:327-335.
- Gutman RA, Stead WW, Robinson RR ve ark. (1981) Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *N Engl J Med*, 304:309-313.
- Haberal M, Bilgin N, Arslan G ve ark. (1998) Twenty two years of experience in transplantation. *Transplant Proc*, 30: 683-684.
- Hart RP, Kreutzer JS (1988) Renal system. Medical Neuropsychology: The Impact of Disease on Behavior. Van Thiel DH, Edwards KL (Eds), New York, Plenum, s. 99-120.
- Hinrichsen GA, Lieberman JA, Pollack S ve ark. (1989) Depression in hemodialysis patients. *Psychosomatics*, 30:284-289.
- Hong BA, Smith MD, Alan MR ve ark. (1987) Depressive symptomatology and treatment in patients with end-stage renal disease. *Psychol Med*, 17:185-190.
- House A (1987) Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome. *J Psychosom Res*, 31: 441-452.
- Insensé B, Vilardell J, Aranzabal J ve ark. (1999) Quality of life in renal, hepatic and heart transplant patients. *Transplant Proc*, 31:2647-2648.
- Iwashige T, Inoue K, Nakajima T ve ark. (1990) Renal transplantation: psychiatric aspects and interventions. *Jpn J Psychiatry Neurol*, 44: 7-18.
- İnce E, Çifter İ (1997) Uzun süreli hemodiyaliz hastaları ile romatoid artrit tanısı almış hastaların ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırılması. IV. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongresi, Kongre Kitabı, S Özkan (Ed), İstanbul, s. 326-331.
- Johnson JP, McCauley CR, Copley JB ve ark. (1982) The quality of life of hemodialysis and transplant patients. *Kidney Int*, 22: 286-291.
- Julius M, Hawthorne VM, Carpentier-Altig P ve ark. (1989) Independence in daily activities of daily living for end-stage renal disease patients: biomedical and demographic correlates. *Am J Kidney Dis*, 13:61-69.
- Kalman TP, Wilson PG, Kalman CM ve ark. (1983) Psychiatric morbidity in long-term transplant recipients and in patients undergoing haemodialysis. *JAMA*, 250:55-58.
- Kane FJ, Simes L (1977) Phantom urinary phenomena in hemodialysis patients. *Psychosomatics*, 18:13-20.
- Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA ve ark. (1993) Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol*, 4:12-27.
- Kimmel PL, Thamer M, Richard CM ve ark. (1998a) Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med*, 105:214-221.

- Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL ve ark. (1998b) Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int*, 54:245-254.
- Kimmel PL (2000) Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis*, 35 (Suppl 1): 132-140.
- Koch U, Muthny FA (1990) Quality of life in patients with end-stage renal disease in relation to the method of treatment. *Psychother Psychosom*, 54:161-171.
- Kramer L, Madi C, Stockenhuber F ve ark. (1996) Beneficial effect of renal transplantation on cognitive brain function. *Kidney Int*, 49:833-838.
- Kutner NG, Fair PL, Kutner MH ve ark. (1985) Assessing depression and anxiety in chronic dialysis patients. *J Psychosom Res*, 29:23-31.
- Levenson JL, Colenda C, Larson DB ve ark. (1990) Methodology in consultation-liaison research: a classification of biases. *Psychosomatics*, 31:367-376.
- Levenson JL, Glocheski S (1991) Psychological factors affecting end-stage renal disease. *Psychosomatics*, 32: 382-389.
- Levy NB, Wynbrandt GD (1975) The quality of life on maintenance hemodialysis. *Lancet*, 1:1328-1330.
- Levy NB (1993) Chronic renal failure and its treatment: dialysis and transplantation. *Psychiatric Care of the Medical Patient*, A Stoudemire, BS Fogel (Eds), New York, Oxford University Press, s. 629-630.
- McDaniel JW (1971) Metabolic and CNS correlates of cognitive dysfunction with renal failure. *Psychophysiol*, 8:704-713.
- McDermott JR, Smith AI, Ward MK ve ark. (1978) Brain aluminium concentration in dialysis encephalopathy. *Lancet*, 1:901-904.
- Milne J (1977) Psychosocial aspects of renal transplantation. *Urology*, 9:82-88.
- Morris PLP, Jones B (1988) Transplantation versus dialysis: a study of quality of life. *Transplant Proc*, 1:23-26.
- Muthny FA (1984) Postoperative course of patients during hospitalization following renal transplantation. *Psychother Psychosom*, 42:133-142.
- Muthny FA, Koch U (1991) Quality of life of patients with end-stage renal failure: a comparison of hemodialysis, CAPD, and transplantation. *Contrib Nephrol*, 89:265-273.
- Neu S, Kjellstrand CM (1986) Stopping long term dialysis. *N Engl J Med*, 314:14-20.
- Numan IM, Barklind KS, Lubin B (1981) Correlates of depression in chronic dialysis patients: morbidity and mortality. *Res Nurs Health*, 4:295-297.
- Özcan Y, Baştürk M, Aslan SS ve ark. (2000) Hemodiyaliz ve sürekli ayakta periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bilimsel Yayınlar Kitabı, s. 63.
- Özkan S (1993) Kronik böbrek hastalığı ve diyalizde psikiyatrik morbidite. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*, İstanbul, s. 187.
- Parkerson GR Jr, Gutman RA (1977) Perceived mental health and disablement of primary care and end-stage renal disease. *Int J Psychiatry Med*, 27: 33-45.
- Peterson RA, Kimmel PL, Sacks CR ve ark. (1991) Depression, perception of illness and mortality in patients with end-stage renal disease. *Int J Psychiatry Med*, 21:343-354.
- Petrie K (1989) Psychological well-being and psychiatric disturbance in dialysis and renal transplant patients. *Br J Med Psychol*, 62:91-96.
- Pliskin NH, Yurk HM, Umans JG ve ark. (1996) Neurocognitive function in chronic hemodialysis patients. *Kidney Int*, 49:1435-1440.
- Plough AL, Salem A (1982) Social and contextual factors in the analyses of mortality in end-stage renal disease: implications for health policy. *Am J Public Health*, 72:1293-1295.
- Rodin G, Voshart K (1987) Depressive symptoms and functional impairment in the medically ill. *Gen Hosp Psychiatr*, 9:251-258.
- Rundell JR, Hall RCW (1997) Psychiatric characteristics of consecutively evaluated outpatient renal transplant candidates and comparisons with consultation-liaison inpatients. *Psychosomatics*, 38:269-276.
- Sağduyu A, Erten Y (1998) Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9:13-22.
- Sağduyu A, Özer S (2000) Böbrek nakli adaylarında ruhsal sorunlar ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11:103-112.
- Segoloni GP, Messina M, Squicciarino G ve ark. (1994) Quality of life of renal transplant recipients. *Contrib Nephrol*, 109:60-64.
- Sensky T, Leger C, Gilmour S ve ark. (1996) Psychosocial and cognitive factors associated with adherence to dietary and fluid restriction regimens by people on chronic haemodialysis. *Psychother Psychosom*, 65:36-42.
- Short MJ, Wilson WP (1969) Roles of denial in chronic hemodialysis. *Arch Gen Psychiatry*, 20:433-437.
- Shulman R, Price JDE, Spinelli J ve ark. (1989) Biopsychosocial aspects of long-term survival on end-stage renal failure therapy. *Psychol Med*, 19:945-954.
- Simmons RG, Klein S, Simmons RL ve ark. (1977) Gift of life. *The Social and Psychological Impact of Organ Transplantation*, John Wiley and Sons, New York, s. 31-34.
- Simmons RG, Anderson C, Kamstra I (1984) Comparison of quality of life of patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis, hemodialysis, and after transplantation. *Am J Kidney Dis*, 4:253-255.
- Simmons RG, Abress L (1990) Quality of life issues for end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis*, 15:201-208.
- Smith MD, Hong BA, Robson AM (1985) Diagnosis of depression in patients with end-stage renal disease. *Am J Med*, 79:160-166.
- Stein M, Miller AH, Trestman RL (1991) Depression, the immune system, and health and illness: findings in search of meaning. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 171-177.
- Surman OS, Parker SW (1981) Complex partial seizures and psychiatric disturbance in end stage renal disease. *Psychosomatics*, 22:1077-1080.
- Wolcott DL, Nissenson AR (1988) Quality of life in chronic dialysis patients: A critical comparison of continuous ambulatory peritoneal dialysis and hemodialysis. *Am J Kidney Dis*, 11:402-412.
- Uslu K, Arık AC, Şahin AR ve ark. (2000) Sürekli ayakta periton diyalizi hastaları ile hemodiyaliz hastalarının depresif özellikler ve yaşam kalitesi yönünden karşılaştırılması. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bilimsel Yayınlar Kitabı, s. 65.
- Yanagida EH, Streltzer J, Siemans A (1981) Denial in dialysis patients: relationship to compliance and other variables. *Psychosom Med*, 43:271-280.
- Yoshioka M, Ishii T, Fukunishi I ve ark. (1993) Sleep disturbance of end-stage renal disease. *Jpn J Psychiatry Neurol*, 47:847-851.