

Hemodiyaliz Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yeti Yitimi, Depresyon ve Komorbidite Yönünden Değerlendirilmesi

Evaluation of Hemodialysis Patients in Terms of Activities of Daily Living, Disability, Depression and Comorbidity

ÖZ

AMAÇ: Çalışma, hemodiyaliz hastalarının günlük yaşam aktiviteleri (GYA), yeti yitimi, depresyon ve komorbidite yönünden değerlendirilmesi için yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Kesitsel olarak yapılan araştırmanın evrenini Haziran- Ağustos 2016 tarihlerinde diyaliz merkezinde tedavi gören 220 hasta oluşturdu. Örneklemini ise, 50 yaş ve üzerinde olan, en az altı aydır hemodiyaliz tedavisi alan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 144 hasta oluşturdu. Veriler, Hasta Tanıtım Formu, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Lawton and Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Kısa Yeti Yitimi Anket, Charlson Komorbidite Skoru, Beck Depresyon Envanteri kullanılarak toplandı.

BULGULAR: Araştırmaya katılan hastalar 50-64 yaş (1. Grup) ve 65 yaş üzeri (2. Grup) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Birinci gruptaki katılımcıların Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçek puanı $17,28 \pm 1,45$, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanı $19,98 \pm 3,02$, Kısa Yeti Yitimi Anketi Skoru $7,42 \pm 3,99$; ikinci gruptaki katılımcıların ise ölçek puanlarının sırasıyla $15,73 \pm 2,53$; $17,29 \pm 3,43$; $10,7 \pm 4,18$ olduğu belirlendi.

SONUÇ: Hemodiyaliz ve yaşın ilerlemesi hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerinde değişen düzeylerde bağımlılık yaşamalarına neden olmaktadır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Hemodiyaliz, Günlük yaşam aktiviteleri, Yeti yitimi, Depresyon, Komorbidite

ABSTRACT

OBJECTIVE: This study was conducted to evaluate the hemodialysis patients in terms of activities of daily living (ADLs), disability, depression and comorbidity.

MATERIAL and METHODS: The population of this cross-sectional study included 220 patients undergoing treatment at a dialysis center between June-August 2016. The study sample however was comprised of 144 patients who were 50 years old and above, had been undergoing hemodialysis treatment for at least six months and who agreed to participate in the research. The data was collected using the Patient Identification Form, the Katz Activities of Daily Living Scale, Lawton and Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale, Brief Disability Questionnaire, Charlson Comorbidity Score and Beck Depression Inventory.

RESULTS: The patients were divided into two groups: the 50-64 years age group and the 65-plus age group. The patients in the first group were found to have an Activities of Daily Living Scale score of 17.28 ± 1.45 , Instrumental Activities of Daily Living Scale score of 19.98 ± 3.02 , and a Brief Disability Questionnaire score of 7.42 ± 3.99 whereas the patients in the second group were found to have score of 15.73 ± 2.53 , 17.29 ± 3.43 and 10.7 ± 4.18 respectively.

CONCLUSION: Hemodialysis and age progression leads to dependency of patients at varying levels while they maintain their activities of daily living.

KEY WORDS: Hemodialysis, Daily life activities, Disability, Depression, Comorbidity

Gülay TURGAY¹

Emre TURAL²

Siren SEZER²

- 1 Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Diyaliz Bölümü, Ankara, Türkiye
- 2 Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye



Geliş Tarihi : 22.02.2017

Kabul Tarihi : 29.05.2017

Yazışma Adresi:

Gülay TURGAY

Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Diyaliz Bölümü, Ankara, Türkiye

Tel : +90 312 246 66 66

E-posta : gturgay_gmh@hotmail.com

GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), çeşitli hastalıklara bağlı olarak nefronların progresif ve geri dönüşümsüz kaybı ile karakterize bir hastalıktır (1-3). Türk Nefroloji Derneği'nin verilerine göre, ülkemizde 2015 yılı sonu itibarıyla toplam 73.660 hastaya renal replasman tedavisi (RRT) uygulandığı saptanmıştır. En sık uygulanan RRT tipi hemodiyaliz (HD) (% 77) tedavisidir (4). HD tedavisinin amacı bireylerin yaşam süresini uzatmak olmakla birlikte hayat standartlarının da en iyi düzeyde tutulması yani yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Uygulanan RRT'leri hastaların yaşam kalitesini yükseltirken olumsuz sonuçlara da neden olabilmektedir (5). Bu olumsuzluklar hastalarda anemi, dispne, hipotansiyon, uyku kalitesinde bozulma, yorgunluk, depresyon, sıvı-elektrolit dengesinin ayarlanamaması, hematopoetik, metabolik ve endokrin fonksiyonların yerine getirilememesi şeklinde sıralanabilir. Bu semptomların yanı sıra komorbidite varlığı da bireyin günlük yaşam aktivitelerini (GYA) olumsuz yönde etkilemektedir (6). Kronik hastalıklarda ruhsal bozukluklar ve buna bağlı yeti yitimi de sağlıklı nüfusa kıyasla yüksek orandadır. Genel tıbbi durumlarda fiziksel sınırlılık nedeniyle yeti yitimi yaşandığı, genel tıbbi durumların ve ruhsal bozuklukların birlikte olduğu durumda ise, yeti yitiminin birçok alanda yaşandığı belirtilmektedir. Yeti yitimi, bir etkinliğin, kişi için normal kabul edilen sınırlarda veya biçimde yapılabilme yetisinde, bir kısıtlanma ya da kayıp olarak tanımlanmaktadır. Bu durum geçici ya da kalıcı olabilmekte ve kronik böbrek yetmezliği hastalarını da ciddi derecede etkilemektedir (7,8).

Bu çalışma HD hastalarının GYA, yeti yitimi, depresyon ve komorbidite yönünden değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Kesitsel olarak yapılan araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Ümitköy Diyaliz Merkezi'nde tedavi gören 220 hasta oluşturmuştur. Örneklemini ise, 50 yaş ve üzerinde olan, en az altı aydır HD tedavisi alan, en az haftada iki kez diyaliz tedavisi alıyor olan, bilinç düzeyi anketi yanıtlamaya yeterli olan, işitme güçlüğü, görme kaybı olmayan ve gönüllü olan 144 hasta oluşturmuştur. Daha sonra hastalar yaş faktörünün etkisini ortaya net koyabilmek için 50-64 yaş (1. Grup) ve 65 yaş üzeri (2. Grup) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Hastalara ilişkin demografik bilgiler ve hastalık/tedavi sürecine ilişkin veriler literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesinde Katz GYA Ölçeği kullanılmıştır. GYA Ölçeği banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı sorudan oluşmaktadır. Buna göre bireyler GYA bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa iki puan, hiç yapamıyorsa bir puan verilerek değerlendirme yapılmıştır. GYA indeksinde; 0-6 puan "bağımlı", 7-12 puan "yarı bağımlı", 13-18 puan "bağımsız" olarak değerlendirilmiştir (9,10). Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri (EGYA)

ölçeği ise telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşırları yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sekiz sorudan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa iki puan, hiç yapamıyorsa bir puan verilerek değerlendirme yapılmıştır. EGYA da; 0-8 puan "bağımlı", 9-16 puan "yarı bağımlı", 17-24 puan "bağımsız", olarak değerlendirilmiştir (9,10).

Hastaların yeti yitimi ise, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşlılarda kullanılmak üzere geliştirilen fiziksel ve sosyal yeti yitimini değerlendiren Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA) ile değerlendirilmiştir. KYA'da bireylerin son bir aylık döneminin değerlendirildiği 11 soru bulunmaktadır. İlk sorularla spor yapmak, masa çekmek, çanta taşımak, merdiven yokuş çıkmak, eğilmek, doğrulmak, ağır eşya kaldırmak, uzun mesafe yürümek, banyo yapmak, tuvalete gitmek gibi günlük uğraşların yerine getirilmesinde sağlık sorunları nedeniyle kişinin engellenip engellenmediği sorgulanmaktadır. Diğer sorular sağlık sorunlarının hobiler, günlük işler, çalışma isteği, iş verimi, kişiler arası ilişkileri üzerindeki etkilerini ölçmektedir. Ölçülen bu faktörlere üç çeşit puan verilmektedir (0= Hiç, 1=Bazen ya da Hiç, 2=Her zaman ya da Oldukça). Anket sonunda toplam puan hesaplanmaktadır. Toplam puan 0-22 arasında değişmektedir. 0-4 = Yeti Yitimi Yok, 5-7 = Hafif Yeti Yitimi, 8-12 = Orta Ağırlıkta Yeti Yitimi, 13 puan ve üstü = Ağır Yeti Yitimi şeklinde değerlendirilmiştir (11).

Hastalardaki depresyon riskini ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için ise, Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır. BDE, toplam 21 maddeden oluşan ve bireyin kendini değerlendirmesine yönelik dörtlü likert tipi sorulardan oluşan bir ölçek olup, Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir. BDE'nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Depresyon tanısı için puan dağılımları; 11-17 arasında alınan puan hafif düzeyde depresyonu, 18-29 arasında alınan puan orta düzeyde depresyonu, 30-63 arasında alınan puan ise, şiddetli düzeyde depresyon olduğunu gösterecek şekilde belirlenmiştir (12-17).

Komorbiditenin değerlendirilmesinde de Charlson Komorbidite Puanlama Sistemi kullanılmıştır.

Araştırmanın uygunluğu ve yapılabilmesi için Başkent Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onay, araştırmanın yürütülebilmesi için Başkent Üniversite Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı kurum izni alınarak, araştırmada insan olgusunun kullanımında bireysel hakların korunması gerektiğinden 'isteklilik, gönüllük' ilkesi ışığında 'bilgilendirilmiş onam' koşulu yerine getirilmiştir.

Veriler bilgisayarda Statistical Package for Social Sciences 17 paket programı ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmede sayı, yüzde ve frekans dağılımları, gruplar arasında fark bulunup bulunmadığı student t testi, değişkenlerin sıklıklarının

karşılaştırılmasında ise ki-kare yöntemi kullanılmış olup istatistiksel olarak $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya 50-64 yaş arası (1. Grup) 41 (% 68,3) erkek, 19 (% 31,7) kadından oluşan toplam 60 hasta ve 52 (% 61,9) erkek, 32 (% 38,1) kadından oluşan 65 yaş üzeri (2. Grup) toplam 84 hasta katılmıştır. Yaş ortalamaları birinci grupta $56,75 \pm 4,08$ yıl, ikinci grupta $73,32 \pm 6,38$ yıl idi. Her iki gruptaki katılımcıların çoğunun evli oldukları belirlenmiştir. Birinci gruptaki katılımcıların % 35,6'sı yüksekokul ve üzeri mezunu iken, ikinci gruptaki katılımcılar ise eşit oranda % 28,6 ile ilköğretim/yüksekokul ve üzeri mezunu oldukları tespit edilmiştir. Ancak her iki grup arasında cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Araştırmada incelenen hastaların demografik özellikleri Tablo I'de gösterilmiştir.

Her iki gruptaki katılımcıların büyük çoğunluğunun primer hastalığının hipertansiyon olduğu tespit edilmiştir. Birinci gruptaki katılımcıların % 35'i dört-altı yıldır, ikinci gruptaki katılımcıların % 35,7'si iki-üç yıldır HD tedavisi aldıkları belirlenmiştir. Her iki gruptaki katılımcıların çoğunun vasküler girişim yolunun Arterio Venöz Fistül (AVF) olduğu ve haftada üç seans HD tedavisi aldıkları görülmüştür. Ancak birinci gruptaki katılımcıların sadece % 15'i vasküler kateter ile HD tedavisi alıyor iken, ikinci gruptaki katılımcıların % 29,8'inin vasküler kateterizasyon ile HD tedavisi aldığı saptanmıştır.

Araştırmada incelenen hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinde HD sıklığı, HD süresi, primer hastalık arasında istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($P > 0,05$); vasküler girişim yoluna ilişkin fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,044$). Araştırmada incelenen hastaların hastalığa ilişkin özellikleri Tablo II'de gösterilmektedir.

Katılımcılara uygulanan GYA puanı 13 ve üzeri olanlar "bağımsız" olarak değerlendirilmiştir. Birinci gruptaki katılımcıların GYA ölçek puanının ($17,28 \pm 1,45$) ikinci gruba göre ($15,73 \pm 2,53$) daha yüksek olduğu ve birinci gruptaki katılımcıların daha bağımsız oldukları belirlenmiş olup aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,0001$). Her iki gruptaki katılımcıların yalnızca % 12,5'inin GYA yarı bağımlı olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların EGYA puanları 17 ve üzeri ise katılımcılar "bağımsız" olarak değerlendirilmiştir. Birinci gruptaki katılımcıların EGYA puanı $19,98 \pm 3,02$ iken, ikinci gruptaki katılımcıların EGYA puanları $17,29 \pm 3,43$ olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p = 0,0001$). Her iki gruptaki katılımcıların % 26,4'ünün ise EGYA yarı bağımlı oldukları saptanmıştır.

Kısa yeti yitimi anket puanlarında 0-4 puan yeti yitimi yok, 5-7 puan hafif yeti yitimi 8-12 puan orta ağırlıkta yeti yitimi 13 puan ve üzeri ise ağır yeti yitimi şeklinde değerlendirilmiştir. Birinci gruptaki katılımcıların KYA skoru $7,42 \pm 3,399$, ikinci gruptaki katılımcıların $10,7 \pm 4,18$ olduğu belirlenmiş olup ikinci grubun skorunun birinci gruba göre daha yüksek olduğu ve

Tablo II: Araştırmada incelenen hastaların hastalığa ilişkin özellikleri.

	50 -64 Yaş Grubu (n:60)	65 ve Üzeri Yaş Grubu (n:84)
	Sayı (n), Yüzde (%)	Sayı (n), Yüzde (%)
Primer Hastalık		
Diabetes Mellitus	14 (23,3)	18(21,4)
Hipertansiyon	37 (61,7)	53 (63,1)
Glomerüler Hastalıklar	1(1,7)	0 (0,0)
Kistik Böbrek	2 (3,3)	1 (1,2)
Bilinmiyor	6 (10,0)	12 (14,3)
HD'ye Başlama Zamanı		
6 Ay-1 Yıl	9 (15,0)	19 (22,7)
2-3 Yıl	9 (15,0)	30 (35,7)
4-6 Yıl	21 (35,0)	23 (27,3)
7-9 Yıl	14 (23,3)	9 (10,7)
10 Yıl ve Üzeri	7 (11,7)	3 (3,6)
Vasküler Giriş Yolu		
Arteriovenöz Fistül	50 (83,3)	58 (69,0)
Arteriovenöz Graft	1 (1,7)	1 (1,2)
Vasküler kateterizasyon	9 (15,0)	25 (29,8)
Hemodiyaliz Sıklığı		
Haftada 3 Seans	53 (88,3)	67 (36,8)
Haftada 2 Seans	7 (11,7)	17 (20,2)

Tablo I: Araştırmada incelenen hastaların demografik özellikleri.

	50 -64 Yaş Grubu (n:60)	65 ve Üzeri Yaş Grubu (n:84)
	Sayı (n), Yüzde (%)	Sayı (n), Yüzde (%)
Yaş (X)	$56,75 \pm 4,08$	$73,32 \pm 6,38$
Cinsiyet		
Erkek	19 (31,7)	32 (38,1)
Kadın	41 (68,3)	52 (61,9)
Medeni Durum		
Evli	54 (90)	77 (91,7)
Bekar	6 (10)	7 (8,3)
Eğitim Durumu		
Okur Yazar	5 (8,5)	16 (19)
İlköğretim	16 (27,1)	24 (28,6)
Lise	17 (28,8)	20 (23,8)
Yüksekokul ve Üzeri	21 (35,6)	24 (28,6)

aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,0001$). Birinci gruptaki katılımcılarda hafif yeti yitimi olduğu tespit edilirken ikinci gruptaki katılımcılarda orta ağırlıkta yeti yitimi olduğu belirlenmiştir. Her iki gruptaki katılımcılarda ise %15,3'ünün yeti yitiminin olmadığı, %24,3'ünün hafif, %41,7'sinin orta, %18,8'inin ağır yeti yitimi olduğu tespit edilmiştir.

Birinci gruptaki katılımcıların medyan değeri 1(Q1:0-Q3:2); ikinci gruptaki katılımcıların da medyan değeri ise 1 (Q1:1-Q3:2) olarak bulunmuştur. Ayrıca ikinci gruptaki katılımcıların komorbidite skorunun, birinci gruba göre daha yüksek olduğu ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Her iki gruptaki katılımcıların hafif/orta düzeyde depresyonu olduğu görülmektedir. Araştırmada incelenen hastaların GYA, EGYA, KYA, Charlson Komorbidite, Beck Depresyon Skoru Tablo III'te yer almaktadır.

TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı gün geçtikçe artmaktadır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte kronik hastalıkların eklenmesi bireylerin GYA'da değişen düzeylerde bağımlılık yaşamalarına neden olmaktadır. Çalışmamızda, birinci gruptaki katılımcıların yaş ortalaması $56,75\pm 4,08$, ikinci gruptakilerin ise $73,32\pm 6,38$ idi. Her iki gruptaki hastalarımızın yarısından fazlası erkekti. 2015 Türk Nefroloji Derneği (TND) kayıt sistemi raporuna göre de insidan (%56,96) HD hastalarının erkek cinsiyetin yüzde olarak daha fazla olduğu görülmüştür (4).

Yine 2015 Türk Nefroloji Derneği (TND) kayıt sistemi raporuna göre prevelan HD hastalarında etiyolojik neden %34,61 ile Diabetes Mellitus birinci sırada, Hipertansiyon (HT) ise %26,96 ile ikinci sırada yer almaktadır. Çalışmamızda ise, her iki gruptaki katılımcıların büyük çoğunluğunun (%61,7-%63,1) primer hastalığının HT olduğu tespit edilmiştir. Ancak hem kayıt sistemindeki hem de bizim verilerimizde HT primer değil sekonder olduğuna dair kuvvetli şüpheler bulunmaktadır (4). Birinci gruptaki katılımcıların % 35'i dört-altı yıldır, ikinci gruptaki katılımcıların % 35,7'sinin iki-üç yıldır HD tedavisi aldıkları tespit edilmiştir. Her iki gruptaki katılımcıların çoğunun vasküler girişim yolunun AVF olduğu ve haftada üç seans HD tedavisi aldıkları görülmüştür. Ancak birinci gruptaki katılımcıların sadece % 15'i vasküler kateter ile HD tedavisi alıyor iken, ikinci gruptaki katılımcıların %29,8 oranında vasküler kateterizasyon ile HD tedavisi aldığı belirlenmiştir. Bu farklılığın ikinci gruptaki katılımcıların yaşlarının 65 ve üzeri olması nedeniyle vasküler kateterizasyon kullanımının daha yaygın tercih edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca kateter ile HD tedavisi alan hastalarımızın % 69,6'sının kadın olduğu görülmüştür. Literatürde de AVF erişimi olmayan hastalarda ileri yaş, kadın cinsiyet ve altta yatan komorbidite varlığı risk faktörleri olarak belirtilmektedir (18). HD, hastaların yaşamlarını sürdürmelerinde değişen düzeylerde bağımlılık yaşamalarına neden olmaktadır. Çalışmamızda birinci gruptaki

Tablo III: Araştırmada incelenen hastaların GYA, EGYA, KYA, Charlson Komorbidite, Beck Depresyon Skoru.

	50-64 Yaş Grubu (n:60)	65 ve Üzeri Yaş Grubu (n:84)	p= Değeri
GYA Skoru	17,28 ±1,45	15,73± 2,53	0,0001
EGYA Skoru	19,98± 3,02	17,29±3,43,	0,0001
KYA Skoru	7,42 ±3,99	10,7 ± 4,18	0,0001
Charlson Komorbidite Skoru	1,27±1,483	1,60±1,233	0,163
Beck Depresyon Skoru	13,72 ±4,55	14,37±3,54	0,356

hastaların, daha yaşlı olan ikinci gruba göre daha bağımsız oldukları belirlenmiştir. DOPPS (Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) faz 4 (2009-2011) çalışmasında da benzer şekilde fonksiyonel açıdan daha bağımsız olan hastaların daha genç olduğu belirlenmiştir (19). Bu nedenle hastalarımızın hangi aktivitelerini yerine getirirken daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmeli ve sosyal destek sistemleri değerlendirilmelidir.

Ayrıca diyaliz tedavisi alan hastalarda yaşanan fiziksel ve ruhsal sorunlar hastaların günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesine ve yeti yitimlerine neden olabilmektedir. Mollaoğlu ve Kayataş'ın çalışmasında diyaliz hastalarının yüksek oranda yeti yitimi yaşadıkları belirlenmiştir (20).

Mollaoğlu'nun (2011) HD ve periton diyaliz hastalarının yeti yitimi ve GYA incelediği çalışmada ise, hastalarda orta derecede (% 36,8) yeti yitimi geliştiği belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde her iki gruptaki hastalarımızın en yüksek oranda "orta derecede" (% 41,7) yeti yitimi yaşadıkları görülmüştür (21).

Geriatrik HD hastalarının engellilik durumunun/yeti yitim durumunun farklı bir araçla değerlendirildiği başka bir çalışmada da çok sayıda komorbid durumun hastalığa eşlik etmesi nedeniyle engellilik durumunun arttığı görülmektedir. Geriatrik diyaliz hastalarında engellilik halinin genç HD hastalarına göre daha fazla olduğu görülmüştür (22). Yine Mollaoğlu'nun çalışmasında, hastaların % 58,6' sının GYA'da, % 57,8'inin ise EGYA'da bağımlı oldukları saptanmıştır (21).

Çalışmamızda, birinci gruptaki katılımcıların GYA ölçek puanının $17,28\pm 1,45$ ve EGYA puanı $19,98\pm 3,02$ iken; ikinci gruptaki katılımcıların GYA ölçek puanının $15,73\pm 2,53$, EGYA puanının $17,29\pm 3,43$ olduğu birinci gruptaki katılımcıların daha bağımsız oldukları belirlenmiştir. Bu aradaki farkın yaş ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak yüzde olarak bakıldığında ise her iki gruptaki hastaların yalnızca % 12,5'inin GYA, % 26,4'ünün ise EGYA yarı bağımlı/bağımlı oldukları

bulunmuştur. Literatürde, hastaneye yatan diyaliz hastalarının GYA ve EGYA puanlarının, hastaların tüm durumu ve sonuçlar hakkında yüksek oranda öngörü yapılmasına yardımcı olacağı; düşük fonksiyonel kapasitenin erken mortaliteyle ilişkili olduğu ve prognozu etkilediği belirtilmektedir (23-25).

Zhang ve ark.nın HD hastalarıyla yaptığı çalışmada 52 yaş altı ve 52 yaş üzeri tedavi alan bireyleri depresyon açısından değerlendirmiş ancak iki grubunda ($12\pm 12-11\pm 9$) puan ortalamalarının çalışmamızda olduğu gibi ($13,72\pm 4,55-14,37\pm 3,54$) hafif/orta düzeyde depresyonu olduğu saptanmıştır (26). Aynı zamanda yaş arttıkça depresyon puanlarının arttığı da görülmektedir. Yine Çetinkaya ve ark.nın HD hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların depresyon puan ortalamasının $15,6\pm 10,4$ olduğu ve çalışmamızdaki hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (27).

Gomez ve ark.nın 771 diyaliz hastasının tedavisi başlangıçtaki komorbidite ve mortalite durumunu inceledikleri çalışmada katılımcıların Charlson komorbidite skor ortalamasının 4 olduğunu bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada katılımcıların sadece %24,6'sının Charlson komorbidite skorunun 2 olduğu görülmüştür (28). Çalışmamızda ise, hastaların buldukları andaki komorbidite durumlarına bakılmıştır. Sırasıyla birinci gruptaki hastaların komorbidite skor ortalamasının $1,27\pm 1,483$, ikinci gruptaki hastaların ise $1,60\pm 1,233$ olduğu saptanmıştır. Hastalarımızın diyaliz tedavisi aldığı süre ve yaş durumları dikkate alındığında çalışmamızdaki hastaların daha düşük bir komorbidite puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir.

SONUÇ

Hemodiyaliz, hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerinde değişen düzeylerde bağımlılık yaşamalarına neden olmaktadır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte de bağımlılık artmakta ve bireylerin destek ihtiyacı artmaktadır. Ayrıca hasta/hasta yakınları fiziksel sorunların yanında ruhsal problemlerle de baş etmek durumunda kalmaktadır. Hastaların, bağımsız olmalarını destekleyen hemşirelik bakım, eğitim, danışmanlık, rehberlik girişimleri ile hasta ve ailesinin desteklenmesinin yanı sıra, sağlık bakım politikalarının da geliştirilmesi önemli görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) 2012. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease: 2013;3(1). Erişim: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf.
2. Wilhelm-Leen ER, Hall YN, K Tamura M, Chertow GM: Frailty and chronic kidney disease: The Third National Health and Nutrition Evaluation Survey. Am J Med 2009;122:664-671 e662
3. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G: Nefroloji El Kitabı. (4. ed). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2007;283-349
4. Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon - Registry 2015. Ankara: Türk Nefroloji Derneği; 2015. Erişim Tarihi: 01.04.2017. Erişim: http://www.tsn.org.tr/folders/file/registry_kitabi_2015.pdf
5. Kılıç Akça N, Doğan A: Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. Bozok Tıp Dergisi 2011;1:15-22
6. Tel H, Güler N, Tel H: Yaşlıların evde günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu ve yaşam kaliteleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2011;2:59-67
7. Şahbaz M, Tel H: Evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile ev kazaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2006;9:85-93
8. Kesioğlu P, Bilgiç N, Pıçakçıtepe M, Uçku R: İzmir Çamdibi-1 nolu sağlık ocağı bölgesi yaşlılarında yetersizlik ve kronik hastalık prevalansı. Türk Geriatri Dergisi 2003;6:27-30
9. Aydın ZD, Ersoy İH, Baştürk A: Toplumda yaşayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik ve ilişkili faktörler. Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri 2009;2:9-18
10. Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S: Evde ve kurumda yaşayan 60 ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ve yalnızlık yaşama durumu. Turkish Journal of Geriatrics 2006;9:34-40
11. Kaplan İ: Yarı kırsal bir alanda sağlık ocağına başvuran hastalarda yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 1995;6:169-179
12. Beck AT: An inventory for measuring depression. Archives of General Psychology 1961;4:561-571
13. Beck AT: Assessment of depression: The Depression Inventory. Pharmacopsychiatry 1974;7:151-169
14. Beck A: Quantitative rating of depressive states. Acta Psychiatrica Scand 1975;51:161-170
15. Beck AT: Internal consistencies of the original and revised BDI. J Clin Psychol 1984;40:1365-1367
16. Hisli N: Beck depresyon envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma, Psikoloji Dergisi 1998;22:118-126
17. Hisli N: Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989;23:3-13
18. Soleymanian T, Sheikh V, Tareh F, Argani H, Ossareh S: Hemodialysis vascular access and clinical outcomes: An observational multicenter study. J Vasc Access 2017;18:35-42
19. Jassal VS, Karaboyas A, Comment LA, Bieber BA, Morgenstern H, Sen A, Gillespie BW, De Sequera P, Marshall MR, Fukuhara S, Robinson BM, Pisoni RL, Tentori F: Functional dependence and mortality in the international dialysis outcomes and practice patterns study (DOPPS). Am J Kidney Dis 2016;67:283-292
20. Mollaoğlu M, Kayataş M: Disability is associated with nonadherence to diet and fluid restrictions in end-stage renal disease patients undergoing maintenance hemodialysis. Int Urol Nephrol 2015;47:1863-1870
21. Mollaoğlu M: Disability, activities of daily living and self efficacy in dialysis patients. TAF Prev Med Bull 2011;10:181-186

22. Çelik E, Ofluoğlu D, Yakupoğlu Ü, Karataş M: Geriatrik hemodiyaliz hastalarının engellilik durumunun araştırılması. *Turkish Journal of Geriatrics* 2013;16:38-42
23. Saby A, Mill LS: Functional assessment in end-stage renal disease: Enhancing quality of life. *Semin Dial* 2016;29:170-172
24. Ifudu O, Paul HR, Homel P, Friedman EA: Predictive value of functional status for mortality in patients on maintenance hemodialysis. *Am J Nephrol* 1998;18:109-116
25. Yazawa M, Kido R, Ohira S, Hasegawa T, Hanafusa N, Iseki K, Tsubakihara Y, Shibagaki Y: Early mortality was highly and strongly associated with functional status in incident Japanese hemodialysis patients: A cohort study of the large national dialysis registry. *PLoS One* 2016;11:e0156951
26. Zhang M, Kim JC, Li Y, Shapiro BB, Porszasz J, Bross R, Feroze U, Upreti R, Martin D, Kalantar-Zadeh K, Kopple JD: Relation between anxiety, depression and physical activity and performance in maintenance hemodialysis patients. *J Ren Nutr* 2014;24:252-260
27. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D: Sivas il merkezinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Türkiye Klinikleri J Nephrol* 2008;3:56-63
28. Gomez TA, Kiberd J, Patrick Royston BA, Alfaadhel T, Soroka SD, Hemmelgarn BR, Tennankore KK: Comorbidity burden at dialysis initiation and mortality: A cohort study. *Can J Kidney Health Dis* 2015;2:34