
**DIYALİZ HASTALARINDA UYKU KALİTESİ VE YASAM KALİTESİ
ARASINDAKİ İLİSKİ**

*THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF SLEEP AND QUALITY OF
LIFE IN DIALYSIS PATIENTS*

Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM*
Asiye DURMAZ AKYOL

Çiçek FADİOĞLU
Betül ÜNAL*

Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Dr. MESS Diyaliz Ünitesi

Anahtar Sözcükler: Diyaliz, Uyku Kalitesi, Yasam Kalitesi

Key Words: Dialysis, Sleep Quality, Quality of Life

* 13. Ulusal Böbrek Hastalıkları Diyaliz ve Transplantasyon Hemsireliği Kongresi'nde Sözel Sunu olarak sunulmuştur.

ÖZET

Bu çalışma diyalize giren son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda, uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmaya 3 Nisan-10 Haziran 2003 tarihleri arasında E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Diyaliz Ünitesi ve Ege Bilim Özel Diyaliz Merkezi'nde kronik diyaliz tedavisi (hemodiyaliz ve periton diyalizi) gören 105 hasta alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak; Hasta tanıtım Formu, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; "Student t" testi, "Tek yönlü varyans" analizi, "Kruskal Wallis" analizi ve "Spearman korelasyon" analizi kullanılmıştır.

Diyaliz tedavisi gören hastaların %45'inin kötü uykuya sahip oldukları; yaş ve medeni durumun uyku kalitesini etkilediği saptanmıştır. Hastaların yaşam kalitelerinin "orta düzey"de olduğu ve kötü uykuya sahip olanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; bu çalışmada kötü uykunun diyaliz hastalarında sık olduğu ve uyku kalitesinin yaşam kalitesini doğrudan ve olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir.

SUMMARY

This study was planned descriptively in order to determine the relationship between sleep quality and health-related quality of life in dialysis patients. This study included 105 patients receiving dialysis at Ege University Hospital Dialysis and Ege Bilim Dialysis center between 03 April-10 June 2003.

Patients Recognition Form, Pittsburg Sleep Quality Index, and SF-36 Quality of Life Scale were used to collect data. In the evaluation of data "Student's t" test, "one way variance" analysis, "Kruskall Wallis" analysis and "Spearmen correlation analysis" were used.

Fourty-five percent of patients who has been treated with dialysis reported that they had a poor sleep; also that age and marital status affect on the sleep quality. It was found that quality of life patients had "mild level" and those who had poor sleep received lower quality of life.

In consequence; in this study it was determined that poor sleep had common in dialysis patients and sleep quality had a direct and adversely affects on the quality of life.

GIRIS

Kronik böbrek yetmezligi (KBY) renal fonksiyonların kronik ve geri dönüşsüz kaybidir. Son dönem böbrek yetmezligi (SDBY) gelistiginde hastaya hemodiyaliz, periton diyalizi veya böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavilerinden birisi uygulanmaktadır. Yaklaşık 40 yıl önce diyaliz tedavisine başlanmasına karşın SDBY olan hastaların yaşam süreleri ve yaşam kaliteleri istenilen düzeyde değildir (9). Stres, depresyon ve anksiyete, anemi, tedavinin sınırlamalarını içeren çeşitli faktörlerin bu probleme katkıda bulunduğu bildirilmektedir (24).

Uyku tüm bireylerin yaşamı için gereklidir. Normal yaşlanmadaki değişiklikler, tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal problemler uyku şeklini ve kalitesini değiştirerek erişkin bireylerin yaşam kalitesini etkileyebilir (28). Uyku bozuklukları SDBY olan hastalar tarafından sıklıkla bildirilen bir semptomdur (13, 15, 16, 19, 27). Yapılan çalışmalarda; subjektif uyku sorunları prevalansının son dönem böbrek yetmezligi hastalarında; % 50-80 oranında olduğu bildirilmektedir (6, 18-19, 23, 31-32). Diyaliz tedavisi gören hastalar kronik uyku bozukluklarını yaşamaktadırlar. Üremik hastalarda, derin uyku süreleri kısalmış ve toplam uyku süresi azalmıştır. Artmış BUN seviyelerindeki artış ile uyku bozukluğunun ciddiyeti arasında pozitif korelasyon vardır (17).

Nefrologlar ve nefroloji hemşireleri, hastaların uyku bozukluğuna ilişkin şikayetlerinin yaygın olduğunu gözlemlemektedirler (26). Uzun süre devam eden uyku bozukluğu gündüz uyuklamaya, mental keskinliğin azalmasına, genel sağlığın ve fonksiyonların bozulmasına neden olur; böylece SDBY olan hastaların yaşam kalitesini de etkilemektedir (12). Bu nedenle hemşirelik uygulamalarında temel amaç; uyku problemlerinin erken tanınması ve uyku kalitesinin geliştirilmesidir (12, 26).

Uyku sorunun çözülmesi hastanın yaşam kalitesinde artisin bir göstergesi olarak belirtilmektedir (19).

Bu çalışma diyalize giren son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda, uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma 3 Nisan-10 Haziran 2003 tarihleri arasında E.Ü. Tıp Fakültesi Hastanesi Diyaliz Ünitesi ve Ege Bilim Özel Diyaliz Merkezi'nde yapılmıştır. Bu kurumlarda kronik olarak diyaliz tedavisine devam eden, 6 aydan daha uzun süre diyaliz tedavisi gören, 18 yaş ve üzeri olan, en az okur yazar olan, iletişim kurmada güçlüğü ve zihinsel problemi bulunmayan 116 hastaya ulaşılmıştır. Bunların içinden araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma sınırlılıklarına uyan toplam 105 hemodiyaliz (HD) ve periton diyalizi (PD) tedavisi gören hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için söz konusu kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Çalışma kapsamındaki bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmada veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Diyaliz tedavisi göre hastaların sosyodemografik, hastalık ve tedavi yöntemine ilişkin verilerini toplamak için "Hasta Tanıtım Formu" kullanılmıştır. Uyku kalitesini değerlendirmek amacı ile; Buysse ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilen Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) kullanılmıştır. İndeksin, geçerliği ve güvenirliliği Ağargün ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır ve Türk toplumuna uygunluğu saptanmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılığ katsayısı .80 olarak saptanmıştır (3). Bizim örnekleminiz için cronbach alfa iç tutarlılığ katsayısı .65 olarak belirlenmıştir. PUKI, son bir ay süresindeki uyku kalitesini değerlendirmektedir ve toplam 19 sorudan ve 7 bileşenden olusmaktadır. Puanlamaya 18 madde ve 7 bileşen katılır. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilmektedir ve 7 bileşen puanının toplamı toplam PUKI puanını verir. Toplam puan 0-21 arasında bir degere sahiptir, toplam puanın yüksek olusu uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Toplam PUKI puanın ≤ 5 olması "iyi uyku"yu, >5 olması ise "kötü uyku"yu göstermektedir (3, 19, 28).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek için Ware ve ark (1987) tarafından geliştirilen, ölkemizde geçerlik ve güvenirliliği Pinar (1995) tarafından yapılmış olan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılır.

mistir (25) örneklerimiz için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .91 olarak belirlenmiştir. Yaşam Kalitesi Ölçeği 36 ifade içermektedir ve fonksiyonel durum, esenlik ve genel sağlık olmak üzere 3 ana başlıktan oluşmaktadır. Her alt skala ve toplam yaşam kalitesi 0-100 arasında puanlanmıştır. Puanın yüksek olması yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir (25).

Verilerin değerlendirilmesi için istatistiksel analizler SPSS 10.00 paket programında yapılmıştır. Uyku kalitesinin çeşitli sosyodemografik özellikler ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesinde “Student t” testi, “Tek yönlü varyans” analizi, “Kruskall Wallis” analizi ve “Spearman korelasyon” analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler sonucunda p değeri 0.05’in altında ise anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR VE TARTISMA

Arastırma kapsamına alınan 105 hastanın %54.3’ü erkek, %45.7’si kadındır. Diyaliz tedavisi gören hastaların yaş ortalaması 54.7 ± 14.93 olarak saptanmıştır. Hastaların %74.3’ü evli, %28.6’si fakülte/yüksekokul mezunu ve %42.9’u emeklidir. Hastaların diyaliz süresi ortalama 3.90 ± 3.54 yıl olarak saptanmıştır. Kronik böbrek yetmezliğinin nedeni incelendiğinde; hastaların %17.1’inin diyabetik nefropati, %14.3’ünün vasküler hipertansiyon, %11.4’ünün glomerulonefrit ve %30.5’inin ise böbrek hastalığının nedenini bilmediği saptanmıştır (Tablo 1). Türk Nefroloji Derneğinin 2000 yılı verilerine göre; yeni KBY tanısı alan hastaların %22.8’i kronik glomerulonefrit, %15.8’i diyabetik nefropati ve %15.2’si ise hipertansif nefroskleroz nedeniyle KBY tanısı almıştır (29). Hastaların %55.2’sinin böbrek hastalığı dışında başka tıbbi hastalığı olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Hastalarda Böbrek Yetmezliği Gelişme Nedenleri

	n	%
Diyabetik nefropati	18	17.1
Vasküler hipertansiyon	15	14.3
Glomerulonefrit	12	11.4
Bilinmiyor	32	30.5
Polikistik böbrek hastalığı	7	6.7
Amiloidoz	6	5.7
Pyelonefrit	4	3.8
Diger (nefrolithiazis, nefroskleroz, nefrotik sendrom, vb)	11	10.6
Toplam	105	100.0

Uyku Kalitesi

Uyku tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesi için önemli olduğu ve kötü uykunun bir çok tıbbi durum ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (5). Toplam PUKI puanı ve alt bileşenlerinin puanı Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablodan görüldüğü gibi toplam PUKI puanı 5.69 ± 3.66 olarak saptanmıştır. Toplam PUKI puanının 0-21 arasında değiştiği dikkate alınırsa araştırma kapsamındaki hastaların uyku kalitesi puanlarının oldukça düşük olduğu ve uyku kalitesinin iyi olduğu saptanmıştır. Iliescu ve arkadaşlarının (2003) diyaliz hastalarında yaptığı çalışmada toplam PUKI puanı 8.7 olarak saptanmıştır (19). Çalışmamızda daha düşük puanlar elde edildiği görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin en yüksek olarak uyku latensi, ikinci sırada ise öznel uyku kalitesi alt bileşenlerinden daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir.

Tablo 2. Hastaların Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Uyku Kalitesi	Ortalama	SD
Öznel uyku kalitesi	1,10	0,81
Uyku latensi	1,50	1,08
Uyku süresi	1,02	0,97
Alisilmiş uyku etkinliği	0,60	0,96
Uyku bozukluğu	0,94	0,59
Uyku ilacı kullanımı	0,25	0,76
Gündüz işlev bozukluğu	0,28	0,58
Toplam Uyku Kalitesi	5,69	3,66

Toplam PUKI puanının ≤ 5 olması "iyi uyku"yu, >5 olması ise "kötü uyku"yu göstermektedir; bu tanıma göre, diyaliz hastalarının %45'i kötü uykuya (toplam PUKI puanı >5) ve %55'i ise iyi uykuya (toplam PUKI puanı ≤ 5) sahiptir. Bixler ve ark (1982) genel popülasyonda yaptığı çalışmada uyku problemlerinin sıklığını %14-42 arasında olarak bildirmektedir (7). Uyku şikayetlerinin diyaliz hastaları arasında sık olduğu literatürde bildirilmektedir (16, 20). Bu çalışmada kötü uyku prevalansı % 45 olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda; kronik böbrek yetersizliği olan HD hastalarında uyku sorunu görülme sıklığının %40-50 arasında olduğu belirtilmiştir (6, 18, 32). Bu sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir. Bununla beraber; uyku bozukluğu prevalansının %52-83 olarak saptandığı çalışmalarda bulunmaktadır (8, 18, 19, 33).

Tablo 3. Diyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Toplam Uyku Kalitesine Etkisi

Tanımlayıcı Özellikler	Toplam Uyku Kalitesi		
	Ort	SD	P
Cinsiyet			
Kadın (n: 48)	6,40	3,98	t: 1,844
Erkek (n: 57)	5,09	3,29	p:0,068
Medeni durum			
Evli (n: 78)	5,42	3,24	F: 9,863
Bekar (n: 11)	3,91	3,15	P: 0,007*
Dul (n: 16)	8,19	4,81	
Eğitim durumu			
Okur-yazar değil (n: 17)	7,24	3,73	
İlkokul (n: 29)	5,21	2,72	F: 5,110
Orta/lise (n: 29)	5,76	4,15	P: 0,164
Fakül/yüksek (n: 30)	5,20	3,85	
Ek hastalık			
Var (n: 58)	6,31	3,64	t: 1,968
Yok (n: 47)	4,91	3,57	p: 0,052

* P < 0.01

Tablo 3'de diyaliz tedavisi gören hastaların tanımlayıcı özelliklerinin toplam uyku kalitesine etkisi görülmektedir. Cinsiyetin uyku kalitesine etkisi incelendiğinde; kadın ve erkeklerin uyku kaliteleri arasında fark olmadığı belirlenmiştir (P>0.05). Çalışma sonucumuzda dul olan hastaların uyku kalitelerinin evli ve bekar olanlardan daha kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (P<0.01). Günlük yaşamdaki anksiyete, stres ve diğer emosyonel sorunların uyku düzenini bozduğu ve bireyin uyumasını engellediği bilinmektedir.

Hastaların eğitim durumunun uyku kalitesine etkisi incelendiğinde; gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (P>0.05). Böbrek hastalığı dışında başka hastalığın olup olmamasının uyku kalitesini etkilemediği saptanmıştır (P>0.05). Çalışmamızda diyaliz süresi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanmazken (P>0.05) Veiga ve arkadaşlarının (1997) çalışmasında uzun süre hemodiyaliz tedavisi gören hastaların daha yüksek PUKI puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Hemodiyaliz tedavi süresi uzadıkça uyku kalitesinin azaldığı ve yatakta yatma sürelerinin uzadığı saptanmıştır (31). Yaş ile uyku kalitesi arasında negatif bir ilişki saptanmış yaş arttıkça uyku kalitesinin azaldığı belirlenmiştir (P<0.01). Uyku sorunlarının özellikle ileri yaş erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (33). Yoshioka ve ark (1993) SDBY olan hastalarda uyku bozukluklarını saptamak amacıyla yaptığı çalışmada; ileri yaşın ve uzun süre diyaliz tedavisi görmesinin uyku bozukluklarını direkt olarak etkilediğini belirtmiştir (36). Çınar ve ark (1998) yaptığı çalışmada; yaş ile uyku sorunları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır (22). Yaş arttıkça uyku sorunları da artmaktadır. Yaşlanmayla birlikte normal

uyku düzeninde bazı değişiklikler meydana geldiği; uyku kalitesi konusunda tatminsizliğin ve uykusuzluk yakınmalarının arttığı belirtilmektedir (1, 2).

Yasam Kalitesi

Arastirma kapsamına alinan hastaların yasam kalitesi puan ortalamaları Tablo 4'de görülmektedir.

Tablo 4. Hastaların Yasam Kalitesi Puan Ortalamaları

Yasam Kalitesi	ORTALAMA	SD
Fonksiyonel Durum	62,08	25,56
Esenlik	58,82	19,30
Genel saglik	52,82	19,94
Toplam Yasam Kalitesi	58.93	17.98

Tablo 4 incelendiginde; hastaların puan ortalamalarının fonksiyonel durum alt basligında 62.08, esenlik alt basligında 58.82, genel saglik alt basligında 52.82 olduğu ve toplam yasam kalitesi ölçeginden ise 58.93 puan aldıkları görülmektedir. SDBY ve diyaliz tedavisinin başlamasının fonksiyonel durum ve saglikla ilgili yasam kalitesi (SIYK)'ni önemli derecede etkilediği belirtilmektedir (30). Yasam kalitesi ölçegi ve alt basliklarından alınabilecek en yüksek puanın 100 olduğu dikkate alınırsa; arastirma kapsamındaki hastaların yasam kalitelerinin "orta düzey"de olduğu görülmektedir. Ilescu ve ark'nin (2003) hemodiyaliz hastalarında yaptığı bir çalışmada; hastaların yasam kalitesi 50 puanın altında saptanmış ve orta düzeyden daha düşük olduğunu belirlenmiştir (19). Çalışmalarda genel popülasyonla karşılaştırıldığında, SDBY olan hastaların daha düşük yasam kalitesine sahip olduğu bildirilmektedir (14, 18, 21, 23). Yildirim (2002) tarafından yapılan çalışmada diyaliz hastalarının yasam kalitesi "orta düzey" olarak saptanmıştır; bu sonuçlar bizim çalışmamız ile uyum göstermektedir (35). Bu sonuçlara karşıt olarak Akyol ve Karadakovan (2002) tarafından yapılan çalışmada hastaların yasam kalitesi "yüksek düzey" olarak saptanmıştır (4).

Tablo 5'de hastaların tanımlayıcı özelliklere göre yasam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiginde; cinsiyetin yasam kalitesinin sadece esenlik alt basligında anlamlı bir farka neden olduğu saptanmıştır ($P < 0.01$). Arastirmamızda erkeklerin yasam kalitesi puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Evans ve ark (1985) ise, hastaların cinsiyet durumlarına göre; fiziksel iyilik halinin erkeklerde kadınlara göre, psikolojik iyilik halinin ise kadınlarda erkeklere göre daha iyi olduğunu saptamışlardır (10). Feste (1991) çalışmasında erkeklerin saglikla ilgili yasam kalitesi görüslerinin kadınlara göre daha iyi olduğunu saptamıştır (11).

Tablo 5. Diyaliz Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Tanımlayıcı Özellikler	Fonksiyonel durum			Esenlik			Genel sağlık			Global yaşam kalitesi		
	Ort	SD	P	Ort	SD	P	Ort	SD	P	Ort	SD	P
Cinsiyet												
Kadın (n: 48)	61,59	24,76	t: -0,179	53,02	17,62	t: -2,924	48,81	19,84	t: -1,914	55,89	17,43	t: -1,601
Erkek (n: 57)	62,49	26,43	p: 0,858	63,70	19,45	p: 0,004*	56,19	19,56	p:0,058	61,49	18,19	p: 0,112
Medeni durum												
Evlü (n: 78)	60,17	27,05	F: 1,238	60,53	19,28	F: 5,625	54,51	19,33	F: 2,249	59,03	19,07	F: 0,480
Bekar (n: 11)	64,27	25,26	P: 0,539	60,70	19,15	P: 0,060	52,23	20,31	P: 0,325	60,40	18,15	P: 0,787
Dul (n: 16)	69,88	16,21		49,16	17,65		45,00	21,9 8		57,44	12,26	
Eğitim durumu												
Ok-yazdeğil (n: 17)	59,02	27,94		49,62	20,40		49,53	20,97		53,78	19,00	
İlkokul (n: 29)	62,97	29,61	F: 0,411	58,05	17,15	F: 6,971	51,93	17,28	F: 0,951	58,88	17,92	F: 1,970
Orta/lise (n: 29)	60,74	27,60	P: 0,938	61,58	18,73	P: 0,073	53,02	23,54	P: 0,813	59,31	19,29	P: 0,579
Fakül/yük (n: 30)	64,21	23,04		62,09	20,36		55,35	18,60		61,55	16,37	
Ek hastalık												
Var (n: 58)	61,81	25,36	t: 1,219	56,89	19,58	t: -1,140	52,53	18,81	t: -0,162	59,44	17,85	t: 0,320
Yok (n: 47)	58,71	25,68	p: 0,226	61,20	18,88	p: 0,257	53,17	21,45	p: 0,872	58,31	18,32	p: 0,750

P < 0.01

Medeni durum, eğitim durumu ve ek hastalık varlığının yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde; bu değişkenlerin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır ($P>0.05$). Yaş ortalaması ve diyaliz süresinin toplam yaşam kalitesi ve alt başlıklarını istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir ($P>0.05$). Parker ve arkadaşlarının (2003) sonuçları çalışmamız ile paralellik göstermektedir (24).

Uyku Kalitesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

SDBY ve diyaliz tedavisinin başlaması fonksiyonel durum ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SIYK)'ni önemli derecede etkilemektedir (30). Daha önce yapılan çalışmalar diyaliz hastalarında uyku bozukluğu ve fiziksel ve mental iyilik hali arasında ilişki olduğunu göstermektedir (34). Uyku bozukluklarının subjektif yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (22). KBY tedavisindeki ilerlemelere rağmen, diyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi önemli bir problem olarak kalmaktadır. Bu popülasyondaki uyku yakınmaları ve bozuklukları prevalansının yüksek olmasına rağmen, uyku problemleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki açıkça ifade edilmektedir (24). Tablo 6'da uyku kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki görülmektedir.

Tablo 6.Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık	Toplam Yaşam Kalitesi
Öznel uyku kalitesi	-0,17 *	-0,48**	-0,40**	-0,36**
Uyku latensi	-0,24 *	-0,39**	-0,20*	-0,34**
Uyku süresi	-0,16	-0,33**	-0,18	-0,26**
Alisilmiş uyku etkinliği	-0,04 *	-0,38**	-0,19	-0,21*
Uyku bozukluğu	-0,21 *	-0,42**	-0,29**	-0,36**
Uyku ilacı kullanımı	-0,24 **	-0,27**	-0,21	-0,28**
Gündüz işlev bozukluğu	-0,22 *	-0,32	-0,16	-0,29**
Toplam Uyku Kalitesi	-0,28**	-0,57**	-0,34**	-0,46**

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Toplam uyku kalitesi ile toplam yaşam kalitesi ve alt başlıkları arasındaki ilişki incelendiğinde; bu değişkenler arasında ilişki olduğu ve uyku kalitesinin yaşam kalitesini doğrudan ve olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır ($P<0.01$). Uyku kalitesinin azalması diyaliz hastalarında yaygındır ve sağlıkla-ilişkili yaşam kalitesinin azalmasında etkili olduğu bildirilmektedir (20, 34).

Tablo 7'de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan 105 hastadan "iyi uyku"ya sahip olanların toplam yaşam kalitesi ve alt başlıklarının puanları "kötü uyku"ya sahip olanlardan daha yüksektir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($P<0.05$). İyi uykuya sahip olan bireyler yaşam kalitesinin tüm alanlarında kötü uykusu olanlardan daha yüksek puan almışlardır. İyi uykuya sahip olanların yaşam kalitesinin kötü uykuya sahip olanlara

göre daha iyi olduğu söylenebilir. Iliescu ve ark (2003) çalışmalarında benzer sonuçları elde etmişlerdir (19). Uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki bu ilişki uyku kalitesinin yaşam kalitesi üzerine veya yaşam kalitesinin uyku kalitesi üzerine doğrudan etkisi olduğu şeklinde açıklanabilir.

Tablo 7. Hastaların İyi ve Kötü Uykuya Göre Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı

TOPLAM YASAM KALİTESİ	İYİ UYKU (Toplam PUKI puanı ≤ 5)		KÖTÜ UYKU (Toplam PUKI puanı > 5)		t	P
	Ort	SD	Ort	SD		
Fonksiyonel Durum	64,57	15,81	50,81	17,97	4,144	<0,001
Esenlik	67,13	23,85	54,79	26,46	2,493	<0,05
Genel Sağlık	66,18	16,47	48,21	18,25	5,259	<0,001
Global Yaşam Kalitesi	57,02	18,34	46,74	20,79	2,671	<0,01

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; bu çalışmada kötü uykunun diyaliz hastalarında sık olduğu ve uyku kalitesinin yaşam kalitesini doğrudan ve olumsuz etkilediği ve kötü uykuya sahip olan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Elde edilen bu sonuçlara göre;

- Hastaların uyku durumu ve uyku kalitesinin değerlendirilmesinin klinik protokolda yer almasının sağlanması,
- Hemsirelerin SDBY olan ve diyalize giren hastaların uyku problemlerini çözmek için girişimlerde bulunması,
- Uyku ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmede; daha ileri çalışmaların uygulanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. 1993. Yaşlılarda uyku ve uyku sorunları, Literatür, 18, 678-681.
2. Sleep disorders in the elderly. <http://www.mayo.edu/geriatrics-rst/sleep.htm> Erisim Haziran 2002.
3. Agargün YM, Kara H, Anlar Ö, (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 7:2, 107-11.
4. Akyol A, Karadakovan A, (2002). Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım güçleri ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. Ege Tıp Dergisi, 41, 2, 97-102.
5. Asplund R, (1999). Sleep disorders in the elderly. Drugs Aging, Feb, 14(2):91-103.

6. Barrett BJ, Vavasour HM, Major A et al, (1990). Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. *Nephron*, 55, 10-15.
7. Bixler EO, Kales A, Vela-Bueno A et al, (1982). Nocturnal myoclonus and nocturnal myoclonic activity in a normal population. *Research Communications in Chemical Pathology and Pharmacology*, 36(1), 129-140.
8. Burmann-Urbaneck M, Sanner B, Laschewski F et al, (1995). Sleep disorders in end-stage renal disease. *Pneumologie*, 49, 158-60.
9. Dilek K, Renal Replasman Tedavileri, [http://www.iletisimmerkezi.org/aktualite/saglik/Renal Replasman Tedavileri.htm](http://www.iletisimmerkezi.org/aktualite/saglik/Renal_Replasman_Tedavileri.htm) Erisim Tarihi 2003.
10. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP Jr et al, (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *N Eng J Med*, 28; 312 (9), Feb, 553-9.
11. Feste C, (1991). Self-image affects quality of life, today and tomorrow. *Diabetes In The News*, December, 36-37.
12. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL et al, (1995). Sleep complaints among elderly patients: an epidemiological study of three communities. *Sleep*, 18, 425-432.
13. Guillaume J, Danial P, Bernard F et al, (1995). Sleep apnea incidence in maintenance hemodialysis patients: influence of dialysis buffer. *Nephron*, 71, 138-142.
14. Gudex CM, (1995). Health-related quality of life in end-stage renal failure. *Quality of Life Research*, 4- 359-366.
15. Hanly PJ, Pierratos A, (2001). Improvement of sleep apnea in patients with chronic renal failure who undergo nocturnal hemodialysis. *New England Journal of Medicine*, 344, 102-107.
16. Hanly P, (2004). Sleep apnea and daytime sleepiness in end-stage renal disease. *Semin Dial*. Mar-Apr;17:2, 109-14.
17. Herrera CO, (1995). Sleep disorders. (içinde) Abrams WB, Beers MH, Berkow R (ed). *The Merck Manual of Geriatrics*. Second Edition, Merck&Co., Inc., USA, 110-112.
18. Holley JL, Nespor S, Raulth R, (1992). A comparison of reported sleep disorders in patients on chronic hemodialysis and continuous peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis*, 19, 156-61.
19. Iliescu EA, Coo H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA, Hopman WM, (2003). Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 18:126-132.
20. Iliescu EA, Yeates KE, Holland DC, (2004). Quality of sleep in patients with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*. Jan, 19: 1, 95-9.
21. Lok P, (1996). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in australia. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 873-881.
22. Menten (Çinar) S, Sezerli M, Dinçer F, Yesilbilek A, (1998). Kronik hemodiyaliz hastalarında uyku sorunları. *Hemsirelik Forumu, Transplantasyon ve Diyaliz Özel Sayısı*, 1: 4, 166-172.
23. Parker K, (1996). Dream content and subjective sleep quality in stable patients on chronic dialysis. *ANNA Journal*, 23, 201-213.

24. Parker KP, Kutner NG, Bliwise DL, et al, (2003). Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and quality of life in stable patients on hemodialysis. *Health Qual Life Outcomes*. Nov 21: 1(1), 68.
25. Pinar R, (1996). Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi. *Sendrom*. 1:10, 109-113.
26. Puntriano M, (1999). The relationship between dialysis adequacies and sleep problems in hemodialysis patients. *ANNA Journal*, 26: 4, 405-407.
27. Silverberg DS, Iaina A, Oksenberg A, (1997). Sleep-related breathing disturbance: their pathogenesis and potential interest to the nephrologist. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 12, 680-683.
28. Smyth C, (1999). The Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI). <http://www.hartfordign.org/publications/trythis/issue06.pdf>
29. Türk Nefroloji Derneği, (2001). Türkiye'de Nefroloji-Dializ ve Transplantasyon Registry 2000, Türk Nefroloji Derneği Yayınları, İstanbul, 12.
30. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM, (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis*, 38, 443-464.
31. Veiga J, Gonçalves N, Gomes F, et al, (1997). Sleep disturbances in end-stage renal disease patients on hemodialysis. *Dialysis&Transplantation*, June, 26: 6, 380-384.
32. Venmans BJW, van Kralingen KW, Chandi DD et al, (1999). Sleep complaints and sleep disordered breathing in hemodialysis patients. *The Netherlands Journal of Medicine*, 54, 207-212.
33. Walker S, Fine A, Kryger MH, (1995). Sleep complaints are common in a dialysis unit. *Am J Kidney Dis*, 26, 751-756.
34. Williams SW, Tell GS, Zheng B et al, (2002). Correlates of sleep behavior among hemodialysis patients. *Am J Nephrol*, 22, 18-28.
35. Yildirim (Kuzeyli) Y, (2002). Diyaliz Hastalarında Progresif Gevseme Egzersizlerinin Kyagi Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ayrılanmamış Yüksek lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
36. Yoahioka M, Ishii T, Fukunishi I, (1993). Sleep disturbance of end-stage renal disease. *Jpn J Psychiatry Neurol*. 47: 4, 847.