

Son Dönem Böbrek Hastalarının Kısa Sağlık Anketi ile Ruhsal Değerlendirilmesi

PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF END STAGE RENAL DISEASE PATIENTS WITH BRIEF PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE

Ibrahim Tokalak,¹ Altuğ Kut,² Füsün Sözen,² Beril Akman,³ F. Nurhan Özdemir⁴

Özet

Amaç: Bu çalışmada, programlı hemodiyaliz (HD) tedavisi alan son dönem böbrek hastalarının ruhsal durumlarının "Kısa Sağlık Anketi" (KISA) ile saptanması ve ölçeğin aile hekimlerinin, kronik hastaları izlemesinde en az diğer psikiyatrik ölçekler kadar uygun olabileceğinin gösterilmesi amaçlandı.

Yöntem: Son bir yıldır düzenli HD programında olup, Kt/V oranı 1.4'ün üzerinde olan ve etkin HD uygulanan 230 hasta çalışma grubu olarak seçildi. Üremi belirtileri gösterenler çalışma dışında bırakıldı. Çalışma grubuna KISA uygulandı.

Bulgular: Grubun %15.7'sinde minör depresif bozukluk, %13.9'unda majör depresif bozukluk, %2.6'sında ise panik bozukluğu saptandı. Majör depresif bozukluk tanısı alanlar ile bilinen tanı konmuş bir hastalığın varlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Panik bozukluk tanısı alanların %66.7'sinde eşzamanlı depresif bozukluk saptandı. Panik bozukluğu tanısı alanlarda eşzamanlı majör depresyon görülme olasılığı anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0.05$). Hastaların %12.2'sinde ise belirlenmiş işlev kaybı bulundu.

Sonuç: Periyodik izlemleri yaparken, kısa bir süre içinde ve kolayca, hastanın kendisi tarafından uygulanabilen KISA, ruhsal bozukluklara tanı koymada ve bu sorunları yönetmede aile hekimlerine oldukça büyük bir kolaylık ve hız getirecektir. KISA'nın aile hekimliğinde kronik hastalıklara yaklaşım için en az diğer psikiyatrik ölçekler kadar uygun olabileceği düşünülebilir.

Anahtar sözcükler: Son dönem böbrek hastalığı, kronik hastalıklar, depresif Bozukluk, panik Bozukluk, kısa sağlık anketi, aile hekimliği.

Summary

Objective: The objective of this study was to assess the psychological profile of end stage renal disease patients on hemodialysis (HD) by Brief Patient Health Questionnaire (Brief-PHQ). We also aimed to show that this inventory is appropriate in approaching chronic diseases in family practice.

Materials and Method: The study group consisted of 230 patients on effective HD therapy in the past one year period with the values of Kt/V>1.4. We excluded the patients with uremia. We applied the Brief-PHQ to the study group.

Results: In the study group, the prevalence of minor depression was 15.7%, major depression 13.9% and panic disorder 2.6%. The relationship between major depression and presence of a disorder that had been diagnosed before was statistically significant ($p<0.05$). Comorbid depression was detected in the 66.7% of the panic disorders. Comorbid major depression in the panic disorders was statistically significant ($p<0.05$). Loss of function was seen in the 12.2% of these patients.

Conclusion: During the periodic follow-up of patients, the Brief-PHQ can be applied in a very short time and may serve as an easy tool for primary care physicians. This inventory is as appropriate as the other psychological assessment scales in approaching chronic diseases in family practice.

Key words: End stage renal disease, chronic disorder, depressive disorder, panic disorder, brief patient health questionnaire, family practice.

¹ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı Öğr. Gör., Dr.

² Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Dr.

³ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, Öğr. Gör., Dr.

⁴ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, Nefroloji Uzmanı, Prof. Dr.

Anksiyete ve depresyon birinci basamak sağlık hizmetlerinde oldukça sık görülür.¹ Tarama ölçeklerinin bu psikiyatrik durumların araştırılması ve saptanmasında yararlı olabileceği savunulmaktadır.² Depresyon ataklarının %90'ı birinci basamak sağlık hizmetlerinde görülür. Ancak olguların yakalanması ve tedavisi, beklene- nin çok altındadır.^{3,4} Ülkemizde ise tanı koyma oranı %15 gibi çok daha düşük bir orandadır.⁵ Üstelik bunlar, hastaları düşkün bir duruma sokabilecek, işlev kaybına yol açabilecek, topluma maliyeti yüksek olabilecek sorunlardır. Ancak doğru tedavi uygulandığında, oluşan bu hastalık yükü- nün kontrol altına alınabilmesi olasıdır.^{6,7}

Dünyada depresyon taramasında en yaygın kullanılan dört ölçek: Genel Sağlık Anketi (depresyon için bir alt ölçeği bulunmaktadır), Beck Depresyon Ölçeği, Zung Depresyon Ölçeği ve Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi-Depresyon Ölçeği (CES-D)'dir.¹ Bununla birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruhsal bozukluklara tanı koyabilmek için, geçerlilik ve güvenilirliği sınırlanmış ve kullanımı oldukça kolay olan "Kısa Sağlık Anketi" (KıSA) geliştirilmiştir. Bu ölçeğin orijinali Patient Health Questionnaire (PHQ), birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere geliştirilmiş ilk tanı koyma ölçeği olan Prime-MD'yi de geliştiren Spitzer ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır.⁸

Ülkemizde de hem Prime-MD hem de PHQ dil ve kültür uyum çalışmaları yapılarak hekimlerimizin ve hastalarımızın kullanımına uygun bir hale getirilmiştir. PHQ'in kısa formu olan "Brief-PHQ" (KıSA) ise hasta tarafından verilen yanıtların hekim tarafından değerlendirilerek majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk ve panik bozukluk tanı- larının konabildiği bir kendi kendini değerlendirme ölçeğidir. Ancak ülkemizde ruhsal kaynaklı genel bedensel belirtilerin yaygınlığını dikkate alan Çorapçıoğlu, somatoform bozukluk ile ilgili belirtilerin organik bir hastalığa bağlı olup olmadığını sorgulamak amacıyla ölçeğe dört soru eklemiştir.⁹

Kronik hastalıklarda depresyon ve anksiyete oldukça sık görülür. Çalışmalara göre, kronik hastalıkların terminal döneminde olanların %18'inde depresyon bulunmaktadır. Yine depresyonu olan hastalarda, bedensel rahatsızlıkların da daha büyük bir sıklıkta görüldüğü bildirilmektedir. Örneğin üremik hastaların %13-68'inde psiko-sosyal sorunlar saptanmıştır.¹⁰⁻¹⁶

Kronik böbrek yetersizliği (KBY), çok önemli bir kronik hastalıktır ve her yönüyle birinci basamakta çalışan hekimlerin ilgi alanına girer. Bu hasta grubunda, depresyon sık ama gerçekte olduğundan daha az konmuş bir tanı olarak karşımıza çıkar. Son dönem böbrek hastalığında

(SDBH) kronik hastalık ve depresyonun bulguları üst üste binmekte ve gerçekçi bir tanı konması zorlaşmaktadır. Kullanılan tanı ölçeğine göre bu hasta grubundaki depresyon prevalansı değişiklik gösterebilir. Ancak altın standart, psikiyatrik görüşmede DSM-IV R kriterlerine göre konan tanıdır.^{12,16}

SDBH olanlar, diğer kronik hastalıklardaki gibi, tedavi ortamı ve sosyal kısıtlamalar nedeniyle büyük bir duygusal gerilim altındadır. Bu hastalar, aile içindeki ve iş yerindeki rol kaybı, böbrek fonksiyonlarıyla birlikte mobilite kaybı, fiziksel, bilişsel ve cinsel yeteneklerin kaybı gibi yoğun baskılarla karşılaşır. İşlev kayıplarına kronik, güçsüz düşüren bir hastalığın bulguları ve bedenin buna verdiği patofizyolojik tepkiler de eklenince depresyon kolayca gelişebilmektedir.¹⁰⁻¹⁶

Komorbid depresyonun ortaya çıkışı, genellikle hemodiyalizde (HD) geçirilen süreyle bağlantılıdır. Bu nedenle depresyon daha çok yaşlı SDBH olanlarda ya da 1 yıldan uzun diyaliz tedavisi alanlarda görülmektedir.¹⁵ Amerika Birleşik Devletlerinde 1993 yılında bir diyaliz programına kayıtlı SDBH'nin %9'unun psikiyatrik bir tanıyla yatırılarak tedavi altına alındığı bildirilmiştir. Daha yeni çalışmalarda her dört diyaliz hastasından birinin Beck Depresyon Ölçeği'ne göre hafif depresyon rahatsızlığı olduğu bildirilmektedir.^{17,18} Ülkemizden bildirilen bir seriye göre sürekli ambulatuvar periton diyalizi alanların %19'unda ve HD programına kayıtlı hastaların %54'ünde depresyon belirtileri görülmektedir.¹⁴ Bu oran bazı çalışmalarda HD hastaları için %70'lere yükselebilmektedir.¹⁹

Kronik hastalığı olanların birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında ruhsal açıdan desteklenmelerinin, mental sorunlarla ilgili hastane başvurularını anlamlı derecede azalttığı ya da iki başvuru arasındaki süreyi uzattığı saptanmıştır.²⁰ Oluşan parasal yük ve sosyal sorunlar karşısında aile hekimi hasta ve içinde bulunduğu yapıyı global olarak değerlendirerek uygun çözümler üretebilmelidir.²¹⁻²³

Bu çalışmada, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Diyaliz Merkezi'nde programlı HD uygulanan SDB hastalarının KıSA ile değerlendirilmesi ve konulan psikiyatrik tanıya göre sorunun çözümü amaçlandı. KıSA ölçeğinin kronik hastalıklara yaklaşımda aile hekimlerinin kullanımına en az diğer psikiyatrik ölçekler kadar uygun olabileceğini göstermek hedefler arasındaydı.

Yöntem

Kt/V oranı 1.4'ün üzerinde olan ve son bir yıldır düzenli HD uygulanan 230 hasta çalışma grubunu oluşturuldu. Et-

kisiz HD'in hastaların ruhsal durumları üzerindeki olası olumsuz etkisini dışlayabilmek için Kt/V oranı 1.4'ün altında olan hastalar çalışma grubu dışında tutuldu. Duygudurum üzerine depresif etkisi olan üremi belirtileri gösteren hastalar çalışma grubunun dışında bırakıldı.

Ortalama dört saatlik HD seansına kabul edilen 230 hastaya KISA uygulandı. Ölçeği, bu konuda kısa bir eğitim alan HD hemşireleri uyguladı. Hasta, uygulama hakkında bilgilendirildikten sonra soruları yanıtlamak üzere yalnız bırakıldı. Okuma-yazması yeterli olmayan ya da anket sorularını okumakta zorlanan hastalara hemşire yardım etti. Ancak bu yardımın, hastanın yanıtlarını yönlendirmemesine dikkat edildi. Yanıtlama süresi açısından serbest bırakılan hastaların, ölçeği tek seferde tamamlamaları istendi.

KISA (Brief Patient Health Questionnaire=Brief-PHQ), ülkemizde ve dünyada geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruhsal bozukluklara tanı koymak üzere geliştirilmiş, hastaların kendilerince uygulanabilen ilk psikiyatrik değerlendirme ölçeğidir.⁹ Soru formunu oluşturan bozukluklar aşağıdaki gibi gruplandırılabilir:

1. Yaygın bedensel belirtilerin değerlendirildiği sorular
a. somatoform bozukluk
2. Depresif belirtilerin değerlendirildiği sorular
a. minör depresif bozukluk
b. majör depresif bozukluk
3. Anksiyete belirtilerinin değerlendirildiği sorular
a. panik bozukluk

KISA uygulama yönergesi

1. Yakınmaya neden olan yaygın fiziksel semptomlara yol açacak organik hastalığın olmadığına karar verilirse, belirtiler hastanın günlük işlevselliğini ve sorumluluklarını yerine getirmesini engelliyorsa somatoform bozukluk tanısı konur.
2. Belirtiler; normal yas tutma, organik hastalık, ilaç ya da madde kullanımı ya da bağımlılığı gibi biyolojik durumlar ile açıklanamıyorsa ve öyküde manik epizod yoksa, depresif belirtiler hastanın günlük işlevselliğini ve sorumluluklarını yerine getirmesini engelliyorsa majör ya da minör depresif bozukluk tanısı konur.
3. Anksiyete belirtilerini açıklayacak organik hastalık, ilaç ya da madde kullanımı ya da bağımlılığı gibi biyolojik durumlar yoksa, belirtiler hastanın günlük işlevselliğini ve sorumluluklarını yerine getirmesini engelliyorsa panik bozukluk tanısı konur.

İstatistiksel analiz

Veriler elektronik ortamda toplandı. Sonuçlar, SPSS 11.0 istatistik programı ile frekans analizleri ve ki-kare testi yapılarak değerlendirildi.

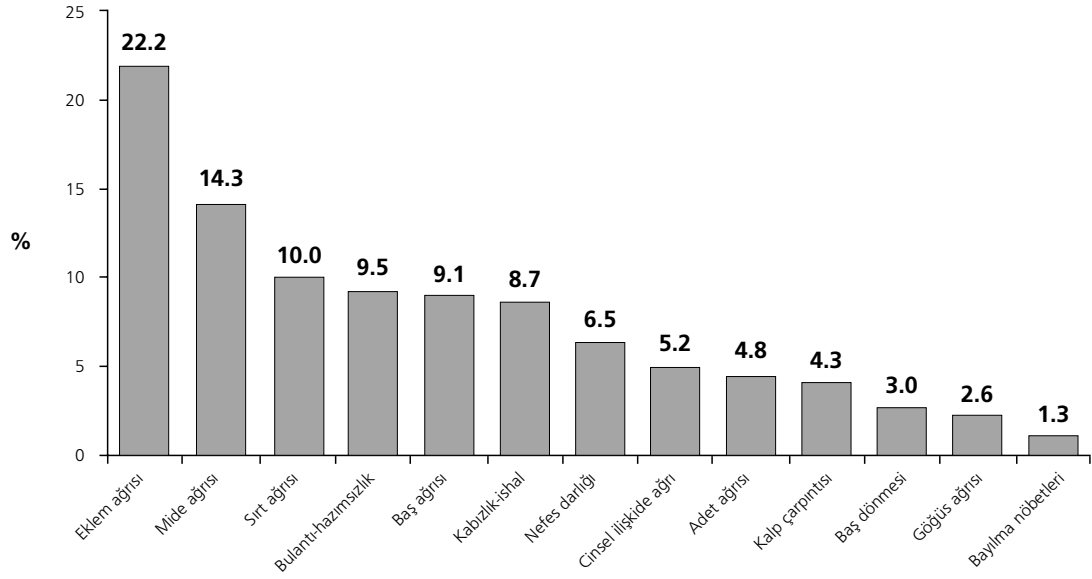
Bulgular

Çalışma grubundaki 230 hemodiyaliz hastasının 106'sı (%46.1) kadın, 124'ü (%53.9) erkekti (1:1.17). Grubun yaş aralığı 15-92 olup, ortalaması 43,5±14,3 (ortanca=43) idi. Grubun, 49'unun (%21.3) ya okuma-yazmasının olmadığı ya da sadece ilköğretim mezunu olduğu, bunun dışında kalanların (n=181, %78.7) ise ortaokul ve üzeri eğitim aldığı saptandı.

SDBH'nin etiyolojik nedeni dışında bilinen tanı konmuş bir hastalıkları olup olmadığı sorulduğunda; 177 (%77.0) hasta tanısı konmuş eşlik eden bir hastalığı olmadığını, 53 (%23.0) hasta ise böyle bir hastalığının bulunduğunu belirtti.

230 hastanın 36'sında (%15.7) minör depresif bozukluk, 32'sinde (%13.9) majör depresif bozukluk, 6'sında (%2.6) panik bozukluğu saptandı. Yaş ile minör ya da majör depresif bozukluk tanısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p=0.11). Aynı şekilde, cinsiyet ile minör ya da majör depresif bozukluk tanısı arasında da anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0.15). Herhangi bir depresif bozukluk tanısı ile bilinen tanı konmuş bir hastalığın varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p=0.17). Ancak, majör depresif bozukluk tanısı alanlar ile bilinen tanı konmuş bir hastalığın varlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.05). Panik bozukluğu tanısı ile yaş, cinsiyet ve bilinen tanı konmuş bir hastalığın varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu (p>0.05). Panik bozukluğu tanısı alanların 4'ünde (%66.7) eşzamanlı depresif bozukluk saptandı. Bu hastalardan 3'ünde (%50.0) majör depresif bozukluk, 1'inde (%16.7) minör depresif bozukluk saptandı. Panik bozukluğu tanısı konanlarda eşzamanlı majör depresyon görülme olasılığı anlamlı olarak daha fazlaydı (p<0.05). Aynı anlamlı ilişki panik bozukluğu ve minör depresyon arasında da bulunmaktaydı (p<0.05).

Hastaların, son bir ayda yaşadıkları bedensel sorunlar Şekil 1'de gösterilmiştir. Hastalara Şekil 1'de görülen fiziksel yakınmalar nedeniyle bir hekime başvurup vurmadıkları sorulduğunda; 130'unun (%56.5) bir hekime başvurmadığı, 100'ünün (%43.5) bu yakınmalar nedeniyle bir hekimden yardım aldığı öğrenildi. Bu yakınmaların ruhsal sıkıntılardan kaynaklanıp kaynaklanmadığı sorulduğunda; 185'i (%80.4) yakınmalarının ruhsal sıkıntılardan kaynaklanmadığını, 45'i ise (%19.6) yakınmalarını ruhsal gerginliği bağladığını ifade ettiler.



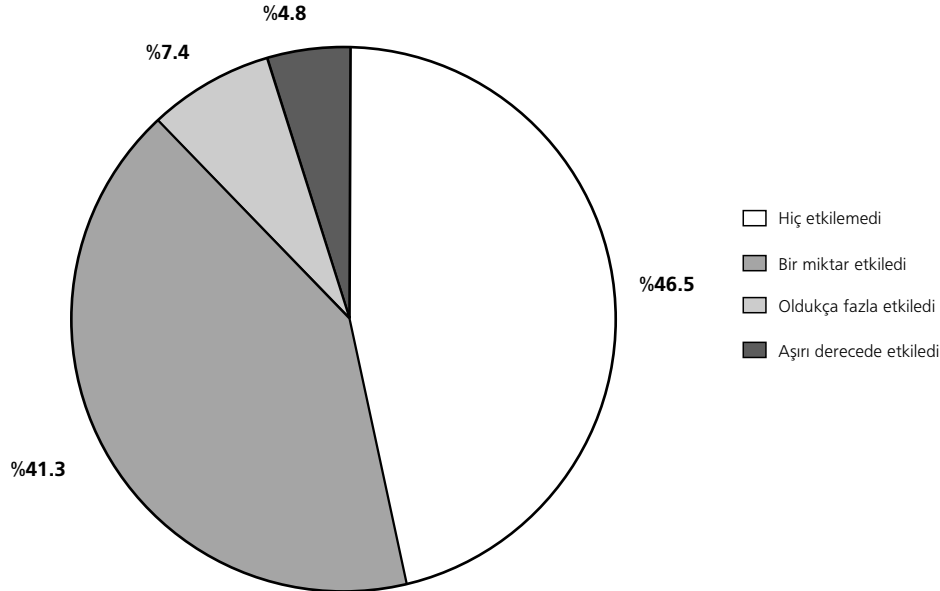
Şekil 1

Son dönem böbrek hastalarının son bir aydaki bedensel sorunları

Çalışma grubundaki hastalara somatik belirtiler, depresif duygudurum ya da panik bozukluğu nedeniyle ev ve iş yerinde işlevlerinin ne kadar etkilendiği sorulduğunda, 28 hastada (%12.2) belirgin işlev kaybı (oldukça fazla ve aşırı derecede etkilenme) olduğu bulundu. SDBH'nın işlev kaybı dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir.

Tartışma

SDBH'nda başta depresif bozukluk olmak üzere birçok ruhsal sorun görülür. Çalışmalar, birinci basamağın en önemli kronik hasta gruplarından SDBH'nda tedavi sonuçlarının istenilen düzeyde olabilmesi, hastane yatışı ve mortalitenin azaltılabilmesi için depresif bozuklukların ayırıcı



Şekil 2

Son dönem böbrek hastalarının işlev kaybı yakınmları

tanısının yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.^{12-16,20} SDBH'ndeki duygudurum değişiklikleri daha önce bir çok çalışmada Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiş ve HD hastalarında değişik şiddette, %70'e varan oranlarda depresif bozukluk saptanmıştır.^{13,19,24,25} Ancak HD hastalarına depresif bozukluk tanısı koymak oldukça güç olabilir, çünkü depresyonu andıran üremi bulguları depresyon tanısını zorlaştırmakta ve doğruluğu tartışmalı yüksek depresyon tanı oranları görülebilmektedir.^{12,19} İnefektif HD'in hastalarımızda ortaya çıkabilecek olan üremi bulgularının ruhsal sorunlara yaklaşımımızı olumsuz yönde etkilememesi için Kt/V oranı 1.4'ün altında olan hastalar çalışma dışında tuttuk.

KıSA'nın somatoform bozukluklarla ilgili Şekil 1'de değinilen ve varlığına göre "hiç", "bir miktar" ve "oldukça" şeklinde yanıtlanması beklenen somatik bulgular kısmı, HD alan SDBH seyrinde ya da HD komplikasyonu olarak sık rastlanan yanlış somatoform bozukluk tanısına yol açacağı düşünülmeye alınmamıştır. Ancak ölçek bütünlüğünün bozulmaması için, hastaların formu eksiksiz doldurmaları istenmiş ve sonuçlar bölümünde bu belirtilerin dağılımı gösterilmiştir. SDBH'nda bu belirtilerin sıkça görülmesi bu hasta grubunda somatoform bozukluklar kapsamında belirtiler gelişmeyeceği anlamı da taşımamaktadır. Kanımızca aile hekimliği uygulamasındaki sürekli bakım ve disipline özgü hasta hekim ilişkisi sayesinde birinci basamak hekimleri bu tarz belirtilerin ayırıcı tanısını kolayca yapabilecek ve sorunları yönetebileceklerdir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, hasta grubumuz kronik hastalıkları nedeniyle büyük bir ruhsal gerilim altındadır. Hastalarımızın büyük bir çoğunluğu yakınmalarının ruhsal kökenli olmadığını ve bu yakınmalar için herhangi bir hekimden profesyonel bir destek almadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmanın sonunda, KıSA ile belirlenen yoğun baskı altında olan ve kronik hastalıklarının tedavileri süren KBY'li hastalarımız, saptanan ruhsal sorunlarının tedavisi için ilgili hekime yönlendirildi. Tüm hastaların psikolojik açıdan kontrol altında tutulması ve gelecekte sorun yaşamamaları için tedavinin sürdüğü ünite sorumluları psikolojik destek ve sosyal motivasyon programları başlattılar.

Aile hekimleri, kronik hastalıkların izleminde önemli rol oynarlar. Avrupa Genel Pratisyenlik / Aile Hekimliği Birliği'nin (Wonca-Europe) 2002 ölçütlerine göre, bu hasta grubunun biyopsikosozyal rehabilitasyonu, aile hekiminin görev tanımı içindedir.²⁶ Kronik hastalıklar arasında önemli yer tutan ve bir çok ruhsal sorunun eşlik ettiği SDBH'nın periyodik izleminde kısa sürede ve kolayca, hastanın kendisi tarafından uygulanabilen KıSA, aile hekimlerine oldukça büyük bir kolaylık ve hız getirecektir. Ancak tek bir HD

merkezinde, programlı tedavi alan hastaları kesitsel olarak inceleyen çalışmamız kronik hastalar evrenini temsil etmektedir. Ölçek, kronik hastalıklardan oluşan çalışma gruplarına uygulanarak tüm kronik hastalarda geçerli ve güvenilir olup olmayacağı tartışılabilir. Sonuç olarak; aile hekimliği uygulamalarında, KıSA ölçeğinin en azından SDBH'nda tanıya varmak için en az diğer psikiyatrik ölçekler kadar uygun olduğu söylenebilir.

Kaynaklar

1. Boratav C. Boratav Depresyon Tarama Ölçeği (Bordepta): Epidemiyolojik Çalışmalar ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Depresyonu Tanımayaya Duyarlı Bir Ölçek. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(3): 172-83.
2. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 406-9.
3. Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression? We must question the basis of the guidelines themselves. *BMJ* 2000; 320: 200-1.
4. Scott J, Thorne A, Horn P. Effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care. *BMJ* 2002; 325: 951-4.
5. Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 3-16.
6. Hall R, Rundell J, Hirsch TW. Economic issues in consultation-liaison psychiatry. Textbook of consultation-liaison psychiatry'de. Ed. Rundell J, Wise MG. Washington, American Psychiatric Press, 1996; 24-37.
7. Strain JJ, Hammer JS, Fulop G. APM task force on psychosocial interventions in the general hospital inpatient setting. A review of cost-offset studies. *Psychosomatics* 1994; 35(3): 253-62.
8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA* 1999; 282(18): 1737-44.
9. Çorapçoğlu, A, Özer, GU. Adaptation of revised Brief PHQ (Brief-PHQ-r) for diagnosis of depression, panic disorder and somatoform disorder in primary healthcare settings. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2004; 8(1): 11-8.
10. Chen YS, Wu SC, Wang SY, Jaw BS. Depression in chronic haemodialyzed patients. *Nephrology* 2003; 8, 121-6.
11. Kathol RG, Petty F. Relationship of depression to medical illness. *J Affect Disord* 1981; 3: 111-21.
12. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease. What we know and what we need to know. *J Psychosom Res* 2002; 53: 951-6.
13. Finkelstein FO, Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: Assessment and treatment. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15: 1911-3.
14. Camsari T, Cavdar C, Yemez B, Ozkahya M, Atabay G, Alkin T, Akcicek F. Psychosexual function in CAPD and hemodialysis patients. *Perit Dial Int* 1999; 19: 585-8.
15. Barisic I, Mück-Seler D, Jakovljevic M, Sagudc M. Comorbid depression and platelet serotonin in hemodialysis patients. *Nephron Clin Pract* 2004; 96: c10-c14.
16. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. Psychiatric Illness in Patients with End-Stage Renal Disease. *Am J Med* 1998; 105: 214-21.
17. Kimmel PL, Weihs KL, Peterson RA ve ark. Behavioral compliance with dialysis prescription in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 1995; 5: 1826-34.
18. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL. Psychologic functioning, quality of life and behavioral compliance in patients beginning hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7: 2152-9.
19. Akman B, Özdemir FN, Sezer S, Miçozkadıoğlu H, Haberal M. Depression levels before and after renal transplantation. *Transplantation Proc* 2004; 36: 111-3.
20. Wood K, Anderson J. The effect of psychiatric case management involving general practitioners: Preliminary results. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29(2): 223-9.

21. **Mitchell G, Del Mar C, Francis D.** Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *Br J Gen Pract* 2002; 52(484): 934-9.
22. **Burns T, Knapp M, Catty J ve ark.** Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess* 2001; 5(15): 1-139.
23. **Gournay K, Brooking J.** The community psychiatric nurse in primary care: an economic analysis. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22(4): 769-78.
24. **Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Alleyne S, Kruz I, Veis JH.** Multiple measurement of depression predict mortality in a longitudinal-study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney Int* 2000; 57: 2093-98.
25. **Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM.** Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38: 443.
26. **Evans P.** The European definition of general practice/family medicine. *Wonca Europe, Barcelona, Spain, 2002; 1-34.*

Geliş tarihi: 09.06.2005

Kabul tarihi: 23.02.2006

İletişim adresi:

Dr. İbrahim Tokalak
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Fevzi Çakmak Cad. 10. Sok. No: 45
Bahçelievler 06490 Ankara
Tel: (0312) 212 68 68 / 1334
Faks: (0312) 215 09 76
e-posta: ibrahim_tokalak@yahoo.com