

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
ORGAN VE DOKU KOORDİNATÖRLÜĞÜ
EĞİTİM YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BÖBREK NAKLİ BEKLEME LİSTESİNDEKİ HASTALARIN
ANKSİYETE VE DEPRESYON AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hemşire Elif ALTUNTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ



İSTANBUL, 2015

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ORGAN VE DOKU KOORDİNATÖRLÜĞÜ
EĞİTİM YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**BÖBREK NAKLİ BEKLEME LİSTESİNDEKİ HASTALARIN
ANKSİYETE VE DEPRESYON AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hemşire Elif ALTUNTAŞ

**Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. CEMAL ATA BOZOKLAR**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2015

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezindeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Elif ALTUNTAŞ



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. BÖBREK VE FONKSİYONLARI	5
4.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ	5
4.3. EPİDEMİYOLOJİ	8
4.4. ETİYOLOJİ	9
4.5. SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİNİN TEDAVİ SEÇENEKLERİ.....	9
4.5.1. Diyaliz	10
4.5.1.1. Hemodiyaliz	10
4.5.1.2. Periton Diyalizi	12
4.5.2. Transplantasyon	13
4.6. BÖBREK TRANSPLANTASYONUNUN TARİHÇESİ	14
4.7. TRANSPLANTASYON İMMÜNOLOJİ	14
4.8. VERİCİ DONÖR SEÇİMİ	15
4.8.1. Canlı Verici	15
4.8.2. Kadaverik verici	16
4.8.2.1. Beyin Ölümü	17
4.9. BAZI GELİŞMİŞ VE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE HALKIN ORGAN BAĞIŞI KONUSUNDA GÖRÜŞÜ	19
4.10. ORGAN NAKLİNİN KOORDİNASYONU	20
4.11. TÜRKİYE'DE ULUSAL KOORDİNASYON SİSTEMİ	21

4.12.	ORGAN NAKLİ BEKLEME LİSTESİ.....	24
4.13.	TRANSPORT.....	25
4.14.	TRANSPLANTASYON ADAYI OLAN KBY HASTALARINDA EN SIK GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR.....	26
4.14.1.	Depresyon.....	26
4.14.2.	Anksiyete.....	27
4.14.3.	Uyum Bozukluğu.....	28
4.14.4.	Madde Kötüye Kullanımı.....	30
5.	GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
5.1.	ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	31
5.2.	ARAŞTIRMANIN YERİ.....	31
5.3.	ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	31
5.4.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	31
5.4.1.	Demografik Bilgiler Formu.....	32
5.4.2.	Beck Depresyon Ölçeği:.....	32
5.4.3.	Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği.....	32
5.5.	VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	32
6.	BULGULAR.....	34
7.	TARTIŞMA.....	49
8.	SONUÇ.....	59
8.1.	ÖNERİLER.....	60
9.	TEŞEKKÜR.....	61
10.	KAYNAKÇA.....	62

EKLER

KISALTMALAR VE SİMGELER

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKM	: Bölge Koordinasyon Merkezi
Btx	: Böbrek Transplantasyonu
CAPD	: Sürekli Ambulatuvar Peritoneal Diyaliz
CCPD	: Sürekli Döngüsel Peritoneal Diyaliz
EEG	: Elektroensefalografi
EKG	: Elektrokardiografi
GFD	: Glomerüler Filtrasyon Değeri
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
HLA	: Human Lökosit Antijen
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
MHC	: Major Histokompatibilite Kompleksi
MR	: Manyetik Rezonans
NIPD	: Geceleri Kesintili Peritoneal Diyaliz
ONKOS	: Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi
ONT	: Organizacion Naciand de Transplantes
OPO	: Organ Procurement Organization
pCO ₂	: Parsiyel Karbondioksit
pO ₂	: Parsiyel Oksijen
PRA	: Panel Reaktif Antikor
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
UKM	: Ulusal Koordinasyon Merkezi
UNOS	: United Network of Organ Sharing Organ Paylaşım Ağı
USRDS	: Birleşmiş Milletler Böbrek Verileri Kayıt Sistemi
UW	: Winsconsin Solüsyonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu tarafından alınan 24.03.2015 tarih ve 29-223 nolu karar ile onaylanmıştır.

Yüksek lisans tez proje numarası: ODK/YL/1972014

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 4-1. Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri	6
Tablo 4-2. Son Dönem Böbrek Yetmezliği: Klinik Bulgular	6
Tablo 4-3. Türkiye’de SDBY’nin İnsidans ve Nokta Prevelansı YıllarDiyaliz Hasta Sayısı İnsidans ve Nokta Prevelansı.....	8
Tablo 4-4. RRT tipine göre dağılımları	9
Tablo 4-5. BKM ve BKM ye bağlı iller	23
Tablo 4-6. Kadavradan Böbrek Dağıtım Puanlama Tablosu.....	24
Tablo 6-1. Vaka ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri	34
Tablo 6-2. Vaka Grubunun Demografik Özellikleri.....	36
Tablo 6-3Vaka Grubu ve Kontrol Grubu ile Beck Depresyon ve Durumluluk- Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki.....	36
Tablo 6-4. Cinsiyet ile Beck Depresyon ve Durumluluk -Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 6-5. Yaş, KBY ve Diyalize Girme Süresi ile Beck Depresyon ve Durumluluk- Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki	41
Tablo 6-6. Eğitim Durumu ile Beck Depresyon ve Durumluluk- Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki	42
Tablo 6-7. Medeni Durum ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki	43
Tablo 6-8. Çalışma Durumu ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki	44
Tablo 6-9. Aylık Gelir Durumu ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki	45
Tablo 6-10. Başka Kronik Hastalık Olma Durumu ile Beck Depresyon ve Durumluluk- Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki	45
Tablo 6-11. Diyete Uyum Durumu ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki.....	48

1. ÖZET

Amaç: Araştırma normal popülasyon ile böbrek nakli bekleme listesindeki hastalarda anksiyete ve depresyon görülme oranının karşılaştırılması için planlanmıştır.

Materyal ve Yöntem: Araştırmanın; vaka grubu İstanbul Şişli Florance Nightingale Hastanesi böbrek nakli bekleme listesi ile kontrol grubu olarak polikliniğe başvurmuş kronik rahatsızlığı olmayan bireylerden oluşmuştur. Araştırmanın evreni; vaka grubu için, 19-74 yaş arası (ortalama 47.2 ± 12.4) böbrek nakli bekleme listesine kayıtlı 68i evli, 32si bekar olmak üzere 100 kişiden (52si kadın, 48i erkek) oluşmuştur. Kontrol grubu için, 18-74 yaş arası (ortalama 46.4 ± 13.0) kronik rahatsızlığı olmayan 61i evli, 39u bekar olmak üzere 100 kişiden (50si kadın, 50si erkek) oluşmuştur. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel verilerin analizinde Kruskal-wallis, mann-whitney u test ve bağımsız örneklem t test kullanıldı. Nitel verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare test koşulları sağlanamadığında fischer test kullanıldı. Korelasyon analizinde pearson ve spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Vaka grubunda sigara içme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük bulundu. Vaka grubunda alkol içme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük bulundu. Vaka grubunda beck depresyon, durumluluk ve sürekli kaygı ölçekleri puanı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Vaka grubunda kadınlarda beck depresyon, durumluluk ve sürekli kaygı ölçekleri puanı erkeklere oranla daha yüksek bulundu. Vaka grubunda başka kronik rahatsızlığı olanlarda beck depresyon, durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği puanı kronik rahatsızlığı olmayanlara göre daha yüksek bulundu.

Sonuç: Elde edilen veriler %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli bekleme listesi, anksiyete, depresyon

2. SUMMARY

Purpose: The aim of this research is to compare anxiety and depression ratios in normal population and patients who are on renal trasnplant waiting list.

Materials and Methods: The patients in this research were obtained from Şişli Florance Nightingale hospital renal transplant waiting list and the control group were those who had no any chronic illness and visited the policlinic. In this research case group were 19-74 age group (mean 47.2 ± 12.4) which were registered for renal transplant waiting list 68 married, 32 single a total of 100 people (52 women, 48 men). The control group were 18-74 age group (mean 46.4 ± 13.0) 61 married, 39 single 100 people (50 women, 50 men) who had no any chronic illness. The statistical analysis for the data were obtained using SPSS for Windows 22.0 program. Distribution of variables were calculated using Kolmogorov-Smirnov test. Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U test and independent samples t test were used in analysis of quantitative data. Qualitative data were calculated using chi-square test and when chi-square conditions were not provided Fisher test was used. For correlation analysis Pearson and Spearman correlation analysis were used.

Findings: Smoking ratio was significantly lower in case group than control group. Alcohol consuming rate was significantly lower in case group than control group. Beck depression, state and trait anxiety scale scores were significantly higher in case group than control group. Beck depression, state and trait anxiety scale scores were significantly higher in women than men. Case group patients with other chronic illnesses had higher Beck depression, state and trait anxiety scale scores than patients who don't have other chronic illnesses

Conclusion: Findings are calculated in 95% confidence interval and %5 significance level

Keywords: Renal transplant waiting list, anxiety, depression

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) böbrek işlevinin ilerleyici şekilde, geri dönüş olmaksızın kaybedilmesidir(1). Glomerüler filtrasyon hızı 5-10 ml/dk'ya düştüğünde son dönem böbrek yetmezliğinden (SDBY) bahsedilir(2). Bu aşamada yerine koyma tedavisi başlanmaz ise, üreminin ortaya çıkacağı düşünülmektedir. Genel olarak modern tedavinin hedefi, diyaliz yada transplantasyon ile, hastalarda üreminin ileri belirtileri gelişmeden tedaviyi başlatmaktır(1). Her bir tedavi seçeneğinin avantajı olmakla birlikte, daha iyi sağ kalım ve yaşam kalitesi organ nakli ile sağlanmaktadır(3).

Transplantasyon adayı olan KBY hastalarında en sık görülen ruhsal bozukluklar; uyum bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanım bozukluğudur(4,5,6).

KBY'de, hissedilen ölüm korkusu, fiziksel güç ve dayanıklılığın kaybedilmesi, ekonomik açıdan güçlükler yaşanması, diyet ve sıvı alımının kısıtlanması ve tıbbi bağımlılık "hastalığın giriciliği"(illness intrusiveness) kavramıyla özetlenmektedir. Anlamı, değer verilen uğraşların ve ilgilerin hastalık nedeniyle kısıtlanması, böylelikle ödüllendirici deneyimlerin sınırlandırılması ve yaşam niteliğinin düşmesidir(7). Kadavradan transplantasyon için belirsiz bir bekleme sürecine girilmektedir(8). Organ bulunamaması, bağışın kesin olmaması ve naklin tedavi sağlamayabileceğinin bilinmesi anksiyeteye sebep olmaktadır. Bu genel belirsizlik nakil öncesi bireylerde psikososyal sorun oluşmasına sebep olur(9).

SDBY nedeniyle diyaliz programında olan hastalarda, başta depresyon ve anksiyete olmak üzere, ruhsal bozukluk oranlarının yükseldiği ve eşlik eden ruhsal bozuklukların 1,5-3 kata varan oranlarda daha fazla hastane yatışlarına neden olduğu bilinmektedir(10).

Böbrek transplantasyonu öncesinde psikiyatrik değerlendirme yapılması, hastanın operasyona ve operasyon sonrası döneme hazırlanabilmesi açısından önemlidir(11).

Bu araştırma böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemlere eğilim gösterdiğini ortaya koydu.

Böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların psikiyatrik değerlendirmeye alınıp, eğer gerekiyorsa psikiyatrik tedavi başlatılması psikososyal sorunları azaltacak ve tedavinin başarısını, hastanın yaşam kalitesini ve tedaviye uyumu artıracaktır.

Amaç: Böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların anksiyete ve depresyon görülme oranının normal popülasyon ile karşılaştırılması ve diğer parametrelerle ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. BÖBREK VE FONKSİYONLARI

Böbrekler retroperitoneal bölgede bulunan her biri yaklaşık 120-150 gr ağırlığında olan organlardır. Böbreğin makroskopik incelemesinde en dışta fibröz bir kapsül, kapsülün altında korteks ve en içte medulla bulunur.

Her iki böbrekte yaklaşık 2.000.000 nefron vardır ve her nefronun idrar yapma yeteneği vardır. Bir nefron temel olarak iki kısımdan oluşur:

- 1) Sıvının kanda filtre olduğu bir glomerül
- 2) Filtre edilmiş sıvının sonunda idrara dönüştüğü uzun, yer yer kıvrımlı bir tübül

Kortekste glomerüller, proksimal ve distal tübülüsler ve dış korteksteki nefronların Henle kulpları bulunur. Medulla ise toplayıcı kanallar, Henle kulpları ve vasa rectalar bulunur. Medulla da bulunan toplayıcı kanallar sırasıyla küçük kaliks, büyük kaliks ve pelvise açılır(12).

Böbreğin idrar oluşumu dışında da birçok fonksiyonu vardır:

- Su ve elektrolit dengesi
- Metabolik atıkların ve vücut fonksiyonlarını etkileyen maddelerin atılması
- Arteriyel basıncın dengesi
- pH ' ın hemostatik dengesi (asit baz dengesi)
- Eritrosit üretiminin dengesi
- D vitamini üretiminin dengesi
- Karbonhidrat olmayan maddelerden glikoz elde edilmesi(Glikoneojenez) (13).

4.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

Kronik hastalıklar günümüzde toplum sağlığı için önemli sorun teşkil etmektedir (14). Kronik böbrek yetmezliği glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı elektrolit dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulmaya neden olan önemli kronik hastalıklardan biridir(12-14). Her iki böbreğin tüm nefronlarında birim zamanda üretilen glomerüler filtrat miktarına glomerüler filtrasyon değeri(GFD) adı verilir. Normal bireyde bu değer yaklaşık 125 ml/dakikadır(12).

Böbrek yetmezliğinin değişik evreleri Tablo 4.1. De verilmiştir(15).

Tablo 4-1. Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri

Evre	Tanım	GFH
1	Böbrek hasarı ↑GFH veya normal GFH ile	>90
2	Hafif böbrek hasarı ile birlikte ↓ GFH	60-89
3	Orta derecede ↓ GFH	30-59
4	Ağır derecede ↓ GFH	15-29
5	Böbrek yetmezliği (son dönem)	<15 (veya diyaliz)

KBY'nin erken döneminde bulgular ancak laboratuvar düzeyindedir, bunun için en sık kullanılan laboratuvar ölçümleri serum üre, kreatinin konsantrasyonlarıdır. GFH'nin düştüğünün göstergesi olarak serum üre ve kreatinin konsantrasyonları yükselse bile GFH normalin % 30 una kadar düşmediği sürece hastalar asemptomatik kalabilirler(16).

Son Dönem Böbrek Yetmezliğinin Klinik Bulguları Tablo 4.2. de verilmiştir(17).

Tablo 4-2. Son Dönem Böbrek Yetmezliği: Klinik Bulgular

Sinir Sistemi

Stupor, koma	Polinörit
Yorgunluk	Nöbetler
Demans	Motor güçsüzlükler
Halsizlik	Asteriksiz
Uyku bozuklukları	Baş ağrısı
Kramplar	Huzursuz bacak

Gastrointestinal Sistem

Stomatit	Bulantı,kusma
Gastrit	Ülserler
Anoreksi	

Hematolojik Sistem

Anemi	Kanama
-------	--------

Kardiyovasküler Sistem

Perikardit	Hipertansiyon
Ateroskleroz	Kardiyomiyopati
Ödem	Diyastolik disfonksiyon

Pulmoner Sistem

Plorit	Akciğer ödemi
Üremik akciğer	

Deri

Kaşıntı	
Yara iyileşmesinde gecikme	
Melanoz	
Tırnak Atrofisi	

Kemik Hastalığı

Osteodistrofi	Amiloidoz
Hiperparatiroidi	Adinamik kemik hastalığı

Çeşitli

Susama	Üremik koku
Kilo kaybı	Hipotermi
Eretil disfonksiyon	

4.3. EPİDEMİYOLOJİ

KBY tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. ABD’de SDBY insidansın ve özellikle prevelansında önemli bir artış gözlenmektedir. Sadece 2001 yılında USRDS (Birleşmiş Milletler Böbrek Verileri Kayıt Sistemi) verilerine göre ABD’de 96.295 yeni SDBY hastası kayıtlara eklenmiştir. İngiltere’de SDBY insidansı son on yılda ikiye katlanarak milyonda 100 yeni hastaya ulaşmıştır. İngiltere ve diğer gelişmiş ülkelerdeki bu artışın yıllık % 5-8 arasında süreceği tahmin edilmektedir. KBY ve SDBY insidans ve prevelansında ırksal ve etnik farklılıklar dikkat çekicidir. KBY, ABD’de Afrika kökenlilerde daha sık görülür, bunları Asyalı Amerikalılar ve beyazlar izlemektedir. Bu farklılık genetik yatkınlık ile açıklanabilir.

Ülkemizde Türk Nefroloji Derneği Böbrek kayıt Sistemi verilerine göre SDBY insidansında ve prevelansında artış gözlenmektedir. Son 10 yılda insidans 2 kat, prevelans 5 katı düzeyde artış olmuştur. (Tablo 4.3. Türkiye’de SDBY’nin insidans ve nokta prevelansı yıllar diyaliz hasta sayısı ve insidansı)

Bu artıştan iki önemli unsur sorumlu tutulabilir. Birincisi; genel populasyonun yaş ortalamasının artması, ikincisi ise Tip II diyabetes mellitusun tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de epidemik halini almasıdır(18).

2013 yılında RRT (Renal Replasman Tedavisi) gerektiren SDBY nokta prevelansı milyon nüfus başına 870 olarak hesaplanmıştır. (çocuk hastalarda dahildir) 2013 yılında Türkiye’de SDBY insidansı 138 olarak hesaplanmıştır(19).

Tablo 4-3. Türkiye’de SDBY’nin İnsidans ve Nokta Prevelansı Yıllar Diyaliz Hasta Sayısı İnsidans ve Nokta Prevelansı

1995	8.316	73.4	109
1998	13.715	78	188
2001	24.348	137	313
2003	30.223	118	432
2005	35.983	154	491
2006	38.053	186	578

4.4. ETİYOLOJİ

KBY'ne yol açan nedenler ülkeden ülkeye, ırk ve cinsiyete göre farklılıklar gösterir. Bununla birlikte dünyanın her yerinde diyabete bağlı SDBY oluşumu giderek artmaktadır. Geçmişte KBY'ne götüren en önemli neden glomerülonefritler iken, günümüzde diyabetes mellitus ve hipertansiyondur. Diyabetik nefropati tüm ırk ve etnik kökenlerde genellikle ilk sırada yer alır. Hipertansif nefropati Afrikalı Amerikalılarda SDBY'nin % 33'ünü oluştururken, diğer ırkların ancak % 25'inde neden teşkil etmektedir. Yaş ve cinsiyet eşleştirildiğinde, zencilerde, beyazlara oranla 6 katlık bir artış saptanmıştır.

ABD'deUSRDS verilerine göre, SDBY'ne yol açabilen 50 farklı neden bildirilmiştir. Bunlar arasında; diyabetes mellitus, hipertansiyon ve glomerülonefritler ilk üç sırayı almaktadır. Ülkemizde ise Türk Nefroloji Derneği'nin ulusal kayıt sistemi verileri de benzer tabloyu ortaya koymuştur. Ülkemizde SDBY'ne götüren nedenler arasında ilk üç neden diyabetes mellitus, hipertansiyon ve glomerülonefritler olup, bunları ürolojik hastalıklar, kronik tubülointerstisyel hastalıklar ve pyelonefritler izlemektedir. Ancak, hastaların yaklaşık %20 sinde etyoloji bilinmemektedir(18).

4.5. SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİNİN TEDAVİ SEÇENEKLERİ

SDBY olan hastalarda RRT diyaliz ya da böbrek transplantasyonudur (Btx) (20). 2013 yıl sonu itibari ile RRT tipine göre dağılımları Tablo 4.4. de verilmiştir(19).

Tablo 4-4. RRT tipine göre dağılımları

Tedavi Türleri	Sayı	Yüzde
Hemodiyaliz	52.675	78.6
Periton Diyalizi	4.537	6.80
Transplantasyon	9.499	14.24
Toplam	66.711	100.00

4.5.1. Diyaliz

Ülkemizde toplam 58.570 diyaliz hastası vardır(21). Diyaliz tedavisinin başlamasında genel olarak kabul edilmiş ölçütler üremik belirtilerin olması, koruyucu önlemlere yanıtız hiperkalemi, diüretik tedavisine rağmen süreğen hücre dışı volüm genişlemesi, tıbbi tedaviye yanıtız asidoz varlığı, kanama eğilimi ve kreatinin klerensi ya da tahmini GFR hızının 10 ml/dk nın altında olmasıdır(22).

Diyaliz kanda biriken maddelerin yarı geçirgen bir membran aracılığıyla diyaliz solüsyonuna geçmesi ve bu solüsyon aracılığı ile vücuttan uzaklaştırılmasıdır.

Diyaliz iki membra aracılığı ile olur:

1. Sentetik membran aracılığı ile hemodiyaliz
2. Periton aracılığı ile periton diyalizi (23)

4.5.1.1. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz ülkemizde en sık uygulanan RRT tipidir.(18) Yarı geçirgen bir zardan solüt difüzyonu ilkesine dayanarak iki yönlü gerçekleşen difüzyondan oluşmaktadır. Metabolik atık ürünlerin hareketi konsantrasyon farkı nedeniyle dolaşımdan diyalizata doğru olmaktadır(22).

Difüzyon kurallarına göre, molekül ne kadar geniş olursa, zara geçiş oranı o ölçüde yavaş olur. Üre gibi küçük bir molekül daha iyi temizlenmekte, oysa daha büyük bir molekül olan kreatinin daha az efektif bir şekilde temizlenmektedir.

Diyaliz için gerekli üç tane temel bileşen vardır. Filtre (diyalizer), diyalizatın bileşimi ve taşınması ve kan dolaşım sistemi. Filtre kanı ve diyalizat kompartmanlarında çok yüksek akış sağlayan plastik bir cihazdan oluşur(24).

Diyaliz öncesi potasyum düzeyi temel alınarak diyalizattaki potasyum yoğunluğu 0-4 mmol/L arasında değişebilir. Olağan diyaliz kalsiyum konsantrasyonu 1.25 mmol/L (2.5 meq/L dir. Olağan diyalizat sodyum yoğunluğu 140 mmol/l dir. Diyaliz sırasında sık olarak hipotansiyon gelişen hastalarda üre-ilişkili ozmolar farkı dengelemek için sıklıkla ‘sodyum modellemesi’ kullanılır. Diyaliz başında diyalizat sodyum yoğunluğu 145-155 meq/l den itibaren düşürülmeye başlanarak, diyaliz seansı sonuna doğru izotonik düzeye indirilir(22). Kan glukoz konsantrasyonlarını optimize etmek için 200 mg/L (11 mmol/L) lik bir diyalizat glukoz konsantrasyonu kullanılır(24). Bir diyaliz seansında, hastalar yaklaşık 120

L su ile karşılaştığı için kullanılan su filtrasyon, yumuşatma, deiyonizasyon ve sonunda ters ozmos işlemlerinden geçer.

Kan ileti sistemi, damara ulaşım yolu ile makine arasındaki vücut dışı dolaşımından oluşur(22). Diyaliz makinası bir kan pompası, diyaliz solüsyonu, dolaşım sistemi ve muhtelif güvenlik monitörlerini içerir. Kan pompası dönen bir mekanizma kullanarak kanı erişim bölgesinden alıp diyalizörden geçirip tekrar hastaya geri dolaştırır. Kanın akış hızı 250 ila 500 mL/dakika arasında değişebilir(24).

Bu yöntemde kalıcı bir vasküler giriş yeri gereklidir(25). Diyaliz girişi kan alınan fistüle, grefte veya katatere denir. Fistül bir atardamarın toplardamara anastomozun yarattığı bir yerel fistül toplardamarın arterializasyonu ile sonuçlanır(24). Diğer diyaliz girişleri arteriyovenöz greft (çoğunlukla politetrafloroetilen den yapılan sentetik materyelin arter ve ven arasına yerleştirilmesi) veya tünelli katater yerleştirilmesidir(22).

A) Hemodiyalizin Hedefleri

Hemodiyaliz prosedürü hem küçük hem büyük moleküler ağırlıklı maddeleri temizlemeyi hedeflemiştir(24). İşlem heparinli kanın diyalizer aracılığı ile 300-500 mL/dk akım hızında pompalanması ile aksi yönde 500-800 mL/dk akım hızında diyalizat geçişinden oluşur(22). Bir tek diyaliz uygulaması sırasındaki üre temizleme miktarı olarak tanımlanan diyaliz doz, hastanın vücut ölçüleri, rezidüel böbrek fonksiyonu, diyetle protein alımı, anabolizma veya katabolizma derecesi ve komorbid koşulların bulunmasından da etkilenir(24).

SDBY olan hastaların çoğunda haftada 9-12 saat diyaliz gerekmektedir. Bu diyaliz süresi genel olarak haftada üç eşit seansa bölünmektedir(22).

B) Hemodiyalizin Avantajları

Kısa tedavi süresi

Küçük solüt uzaklaştırılması için çok verimli

Diyaliz merkezinde sosyal ortam oluşması

C) Hemodiyalizin Dezavantajları

Heparin ihtiyacı

Damar erişim yolu ihtiyacı

Sıvı çekilmesi ile hipotansiyon oluşması

Kötü kan basıncı kontrolü

Diyet ve tedaviye iyi uyum gerekmesi (26)

4.5.1.2. Periton Diyalizi

Ülkemizde diğer RRT den daha az uygulanmaktadır(18). Cerrahi olarak yerleştirilmiş katater yardımı ile 1-3 lt steril diyalizatın önce periton içerisine verilip, önceden saaptanmış belirli bir içeride bekleme süresinden sonrada drene edilerek uygulanan bir renal replasman tedavisidir(27). Hemodiyalizde olduğu gibi toksik materyeller ultrafiltrasyonun yarattığı konveksiyonla ve yoğunluk farkının sağladığı difüzyon yolu ile temizlenmektedir. Difüzyon oranı zamanla azalır ve plazma diyalizat eşitlenmesi sağlandığında durur(22).

Periton diyaliz şekilleri; sürekli ambulator peritoner diyaliz (CAPD), sürekli dögüsel peritoneal diyaliz (CCPD) veya noktöurnal intermitent (geceleri kesintili) peritoner diyaliz (NIPD) biçiminde sürdürülebilir. CAPD de diyaliz solüsyonu gün içinde peritoneal kaviteye manuel olarak zerk edilir ve günde 3 ila 4 kez değiştirilir. Yatma zamanında çoğu kez bir gece kalıcı miktar verilir ve bu peritoneal kavitede gece boyunca kalır. Kullanılmış diyalizin drenajı, yer çekiminin yardımıyla sıvıyı karından manüel olarak boşaltmakla yapılır. CCPD de değişimler genellikle geceleri otomatik tarzda uygulanır. Hasta uyurken geceleri 4 ila 5 değişim dögüsü uygulayan otomatik dögü aygıtına bağlanır. Karın boşluğunun içine ve dışına otomatik olarak devreder. Sabahleyin son değişim karında kalarak, hasta dögü aygıtından ayrılarak her zamanki günlük işlerine devam edebilir. NIPD de hastaya her gece takriben 10 saatlik bir dögü verilir ve karın gün boyu kuru bırakılır(24).

A) Periton Diyalizinin Avantajları

- Sabit seviyede biyokimya
- Yüksek hematokrit
- Daha iyi kan basıncı kontrolü
- Diyalizat kalori veya enerji kaynağı
- İntraperitoneal insülin uygulama
- Hastanın kendi kendine uygulayabilmesi
- Büyük solüt uzaklaştırılabilmesi için daha uygun
- Diyetin daha serbest olması

B) Periton Diyalizinin Dezavantajları

Peritonit

Obezite

Hipertrigliseridemi

Malnütrisyon

Herni oluşması

Sırt ağrısı (26)

4.5.2. Transplantasyon

Hasta insanı iyileştirme, yaşam süresini uzatabilme, nitelikli bir yaşam sağlayabilme, insanlığın sürekli üzerinde durduğu, daha iyisini amaçladığı bir konudur. Organ nakli, vücutta görevini yapamayan bir organın yerine canlı bir vericiden veya ölüden alınan sağlam bir doku veya organın nakledilmesidir. Organ nakillerinde kaynak canlı (verici, donör) veya kadavra (ölü) olabilir(28). Canlıdan veya kadavradan alınan böbreğin üremili hastalara nakli, diğer iç organların nakline kıyasla en başarılı sonuç vereni ve en çok yapılanıdır.(29) Ülkemizde nakillerin çoğu canlı donörlerden özellikle de yakın akrabalarından alınan organla gerçekleştirilmektedir. Yine ülkemizde nakil için gerekli olan böbreğin %85 inin insandan, %15inin kadavradan alınabildiği bilinmektedir(28). Ülkemizde toplam 12.801 böbrek nakli yapılmıştır(21).

A) Transplantasyonun Avantajları

Hasta sağ kalımında avantaj

Üremik komplikasyonlardan korunma

Yaşam kalitesini iyileştirme

Yıllık maliyet açısından avantaj (30)

B) Transplantasyonun Dezavantajları

Ömür boyu immünespresyon

Malignitede artış

İnfeksiyon riskinde artış (31)

4.6. BÖBREK TRANSPLANTASYONUNUN TARİHÇESİ

Organ naklinin modern devri, 1933 yılında kadavradan ilk böbrek transplantasyonunu gerçekleştiren Voronay tarafından başlatılmıştır. İlk canlıdan böbrek transplantasyonu 1954 yılında tek yumurta ikizleri arasında, Joseph Murray tarafından yapılmıştır. 1960 lı yıllarda henüz kalp, karaciğer ve pankreas nakli laboratuvar düzeyinde denenirken, böbrek nakli klinik olarak uygulanmaktaydı(32).

Ülkemizde ilk canlıdan böbrek nakli, 1975 yılında Hacettepe üniversitesinde, anneden sağlanan doku ile gerçekleştirildi. Yasal düzenlemelerin olmaması nedeni ile ilk kadavradan böbrek nakli, 1978 yılında, Eurotransplant kuruluşu tarafından sağlanarak Almanya'dan gönderilen böbrek ile uygulanabilmiştir. Haziran 1979 da, organ sağlanması, saklanması ve transplantasyonu ile ilgili yasa çıkartılmış ve hemen ardından ilk ulusal; kadavradan böbrek transplantasyonu gerçekleştirilmiştir(33).

4.7. TRANSPLANTASYON İMMÜNOLOJİ

Transplantasyonlarda Donör (verici) ile Resipient (alıcı) arasında Doku uyumu-Histokompatibilite- hemen hemen daima önemini korumaktadır. Tek yumurta ikizleri dışında tüm canlılarda yapılan organ nakillerimde immünolojik olaylar başlar ve greft ölünceye kadar devam eder. Buna rejeksiyon denir. Transplantasyonların çoğunluğu genetik olarak farklı donörlerden yapıldığı için alıcı ile donör arasındaki doku uygunluğu problem olmayı sürdürmektedir.

T ve B lenfositlerin alıcıda yabancı antijenleri tanınması ile greft rejeksiyonu tetiklenir. Greft rejeksiyonu tetikleyen ana antijenler major histokompatibilite kompleksi (MHC) olarak bilinen bir grup gen tarafından kodlanır. Bu antijenler ve dolayısıyla bu genler, aynı tür içinde bir bireyin diğerine yabancı doğasını belirler. İnsanlarda MHC kompleksi human (insan) lökosit antijen sistemi (HLA) olarak bilinir. 6. Kromozom üzerinde yer alan bir grup geni içerirler.

Yapısal ve hücresele dağılımına göre iki gruba ayrılırlar. Sınıf I moleküller HLA-A, B ve Cdir., serumda gösterilir. Sınıf II moleküller HLA-DR, -DP ve DQ' dur. Lökositlerde gösterilir.

Doku uyumu için gerekli kriterler:

- HLA tiplemesi

- ABO kan grubu uyumu

- Çapraz karşılaştırma (cross-match) testi: Alıcı serumu ile donör lenfositleri arasında uygulanır(34).

Gebelik, önceki tx ve kan transfüzyonları üremik hastaları sensitize hale getirebilir ve bu durum transplant anında ve sonrası dönemde rejeksiyon riskini artırır. Genel olarak panel reaktif antikor (PRA) nın %80 inin üzerinde olması, donör spesifik antikorların ve lenfosit çapraz karşılaştırma testinin pozitifliğinin olması hastanın yüksek sensitize olması anlamına gelmektedir. Bu hastaların böbrek nakli olmaları problemlili olduğu için birçok hasta uzun süre kadavra bekleme listelerinde beklemiş yada canlı nakil olamamıştır(35).

4.8. VERİCİ DONÖR SEÇİMİ

İki tip donör söz konusudur(36).

4.8.1. Canlı Verici

Nakil bekleyen hastanın eşi veya yakın akrabalarının doku, kan grubu vb. uyumu mevcut ise organ bağışında bulunabilmektedir(37).

Tüm böbrek vericilerinin yaklaşık 1/3 ünü oluştururlar. Vericinin, alıcının yakını olması genotiplerin uyuşma şansını artırır. Üç tip doku uyuşması (histokompatibilite) söz konusu olabilir.

1) Tam histokompatibilite (iki- haplotip uyumu): alıcı ve vericideki antijenlerin eşit olması demektir. İkizlerde bu şans % 25tir.

2) Yarım histokompatibilite (bir- haplotip uyumu): alıcı ve vericide antijenlerin %50sinin eşitliğini gösterir. İkizlerde bu şans %50dir. Temelde tüm ebeveyn/çocuk ilişkisinde görülebilir.

3) Histokompatibilite yok : ikizlerin % 25inde görülebilir. Böyle bir uyumsuzluk görüldüğünde o verici nadiren kullanılır(36).

Canlıdan transplantasyonda temel etik sorun Hipokrat'ın 'primum nil nocere' (önce zarar verme) ilkesidir. Bu nedenle verici nakil öncesi büyük bir titizlikle muayene edilmekte ve tüm tetkikler gözden geçirildikten sonra programa kabul edilmektedir(38).

Kan grubu uyan donör adayının hikayesi alınır, ayrıntılı fiziksel muayenesi yapılır, tam kan sayımı, idrar tetkiki, EKG(elektrokardiyografi), akciğer grafisi, açlık kan şekeri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri gibi rutin laboratuvar tetkiklerine bakılır, tetkikler

normal ise alıcı ile birlikte donör adayının HLA doku tiplendirmesi ve lenfosit sitotoksitesisi ‘‘cross-match’’ araştırılır. Doku uyumu saptanan ve lenfosit sitotoksitesisi negatif olan adayın tüm karın ultrasonografi ve intravenöz piyelografi tetkikleri yaptırılır. Bütün bu tetkikler sonucunda patolojik bulgu tespit edilmeyen adaya bilateral renal anjiyografi yapılır. Her iki böbreğin kaç arterle kanlandığı, arterlerin aortadan çıktıktan sonra kısa bir mesafede dallarına ayrılıp ayrılmadığının tespiti önemlidir.

Donör adayının donör olmalarını engelleyen en önemli nedenler sıklıkla hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, böbrek hastalığı ve psikolojik hastalıklardır. Yasal olarak canlı donör adayının 18 yaşını doldurmuş ve akli dengesinin yerinde olması gerekir. Yapılan çalışmalarda 60 yaşın üzerindeki kişilerde böbrek vericisi olabilirler. Donör adayının GFR normal olması, hematüri veya proteinüri olmaması, idrar osmolaritesinin 700 mosm/ l’inin üzerinde olması gerekir. Sistemik hastalığının bulunmaması ve sigara içenlerde akciğer fonksiyon testlerinin normal olması ve ameliyattan önce sigarayı bırakması gerekir. Kan tetkiklerinde HIV ve HCV antikor testinin, HBs antijeninin negatif olması gerekir. HBe Ag negatif olup aktif hastalığı olmayan sadece HBs Ag pozitifliği olan donörler, alıcıya Hepatit B aşısı yapıldıktan sonra ameliyatta da spesifik hiperimmün globulin (hepatect-biotest) verilerek kullanılabilirler. Ancak bu konuda bir gastroentoloji uzmanının fikri alınmalıdır(39).

4.8.2. Kadaverik verici

Trafik kazası, kurşunlanma, beyin kanaması gibi nedenlerle yoğun bakımda tedavi gören kişinin beyin ölümü tespiti yapıldığında, ailenin onayıyla organ nakline karar verildiği takdirde bu transfer işlemine kadavradan nakil bu hastalara da kadavra donör denmektedir(37).

Tıbbi ölüm, esas olarak beyin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz şekilde tamamen kaybolmasıdır. Bu da klinikte bütün reflekslerin yokluğu ve devamlı apne şeklinde kendini gösterir.

Vericide infeksiyon bulgusu (buna HIV(Human Immunodeficiency Virus) veya hepatit B gibi gizli infeksiyonlarda dahildir), kafa dışı habis hastalık, bilinen böbrek hastalığı, hipertansiyon veya diyabet olmamalı ve böbrek işlevleri saptanabildiği kadar normal olmalıdır. Santral sinir sistemine lokalize primer tümörler ile derinin bazal ve skuamoz hücreli karsinomları dışında malign hastalığı olmamalıdır.

Kadavra vericiler her yaşta olabilir.

Verici ve alıcının immünolojik uyumu doku ve/veya organ transplantasyonunda sonucu tayin eden en önemli faktördür.

Böbrek donör adayının bir taraftan respiratör ile kan oksijenasyonu sağlanırken diğer taraftan santral venöz basıncına göre sıvı elektrolit replasmanı ile yeterli kan basıncı temin edilir ve iyi idrar çıkarması sağlanır. Kan basıncının yeterli düzeyde tutulması için gerekirse intravenöz dopamin, dobutamin ve isuprel gibi ilaçlar verilebilir. İhtiyaç halinde diürez için diüretik ilaçlar verilebilir. Profilaktik amaçla geniş spekturumlu antibiyotik verilmesi faydalıdır. Şeker hastalığı ileri derecede değilse ve renal komplikasyonları yoksa böbrek alınması için engel değildir(39).

Kadavra böbreği ortalama 100 saate kadar olan iskemi süresinden sonra revaskülerize edilirse, fonksiyonlarına devam edebilmektedir.

Sıcak iskemi zamanı; böbreğin kadavradan çıkartılıp, +4 C'deki koruyucu solüsyon (Collin's solüsyonu) ile kan elementlerinden temizlenip +4 C'ye soğutulmasına kadar geçen süredir. Bu süre ne kadar kısa ise o kadar iyidir ve 60 dakikayı geçen sıcak iskemi zamanına maruz kalmış böbrek, genellikle nonfonksiyone kabul edilir ve işe yaramaz.

Böbreğin +4 C'de soğutulduktan, transplantasyon yapılmaya kadar geçen süre ise soğuk iskemi zamanıdır. 100 saate kadar olanlar fonksiyon kabiliyetini korurlar. Soğuk iskemide perfüzyon için en sık Collin's solüsyonu, UW solüsyonu (Winsconsin solüsyonu) ve Belzer perfüze kullanılır(40).

4.8.2.1. Beyin Ölümü

Beyin ölümü klinik bir tanıdır ve beyin fonksiyonlarının tam ve irreversibl kaybıdır.

İrreversibl komanın temel bulguları:

I) Beyin ölümüne karar vermek için komanın aşağıdaki nedenlere bağlı olmaması:

- a) Primer hipotermi
- b) Hipovolemik yada hipotansif şok
- c) Geriye dönüşüm sağlayabilecek intoksikasyonlar (barbitürat ve diğer sedatifler, depresan ve narkotik ilaçlar) ile metabolik ve endokrin bozukluklar

II) Bilincin tam kaybı

III) Spontan hareketin bulunmaması. Aşağıda bulunan durumlar beyin ölümü tanısını ekarte ettirmez

- a) Derin tendon reflekslerinin alınması
- b) Yüzeysel reflekslerin alınması
- c) Babinski refleksinin alınması
- d) Solunum benzeri hareketler alınması (omuz elevasyonu ve adduksiyonu, önemli tidal volüm değişikliği olmaksızın interkostal genişleme)
- e) patolojik fleksiyon ve ekstensiyon cevabı dışındaki spontan ekstremite hareketleri

IV) Ağrılı uyaranlara serebral-motor cevap alınmaması

V) Spontan solunum bulunmaması

VI) Beyin sapı reflekslerinin tamamen kaybolması

- a) beyin ölümünde pupiller parlak ışığa yanıtız ve dilatedir. (4-9 mm)
- b) kornea refleksi yokluğu
- c) vestibulo-oküler refleks yokluğu
- d) okülocefalik refleks yokluğu
- e) feringeal ve trakeal reflekslerin yokluğu

VII) Apne testi

Apne testinin uygulanabilmesi için; arterial pO₂ ve pCO₂ değerleri normal olmalıdır (pCO₂ 40 mmHg ve üzerinde). Bu koşullarda hasta 10-13 dakika süre ile %100 oksijen ile ventile edilerek arterial oksijen basıncının 200 mmHg üzerinde olması sağlanmalıdır. Bu koşullar sağlandıktan sonra hasta mekanik solunum desteğinden ayrılarak trakea içirisine en az 8-10 dakika süre ile 6 lt dakikada oksijen uygulanmalıdır. Bu uygulamalara rağmen spontan solunum yoksa apne ve kan gazlarında pCO₂ basıncı 60 mmHg veya üzerinde ise spontan solunum hareketi yoksa apne pozitifdir.

Beyin ölümü tanısı konan hastalarda;

Daha önce tanısı konulmuş bir nedenle hasta irreversibl koma tablosuna girmişse en az 12 saat, etiolojisi bilinmeden gelişen tablolarda en az 24 saat bu koşulların değişmeden devamlılığı gözlenmelidir.

Klinik beyin ölümü tanısı almış hastalarda, hekimler kurulunun uygun göreceği bir laboratuvar yöntemiyle beyin ölümü teyit edilmelidir.

Hasta yakınına beyin ölümü deklare edildikten sonra hastaya uygulanan tıbbi destekler kesilebilir.

Hasta yakınına beyin ölümü deklare edildikten sonra yaşam desteğinin kesildiği durumlar:

Hastanın organ veya organlarının transplantasyon için kullanılmasına hasta yakınının izin vermesi,

Hasta yakınlarının yaşam desteğinin kesilmesine izin vermesidir(41).

Beynin biyoelektrik aktivitesinin kaybını tespit eden metodlar; elektroensefalografi (EEG), beyin sapı uyandırılmış potansiyeli. Serebral dolaşım arrestini tespit eden metodlar; serebral anjiyografi, serebral sintigrafi, SPECT (Single Photon Emission Tomography), bilgisayarlı tomografi, MR (Manyetik Rezonans Imaging) anjiyografi, transkranyal doppler ultrasonografi (TDU) (37).

4.9. BAZI GELİŞMİŞ VE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE HALKIN ORGAN BAĞIŞI KONUSUNDA GÖRÜŞÜ

Whyte' in İngiltere'de yaptığı çalışmada (1997), toplumun %30unun kendiliğinden, %73ünde istenildiğinde organ bağışında bulunmaya hazır olduklarının, organ bağışı konusu kişilerin, ilk kez yakınlarını organ nakli bekleme listesinde sıralarını beklerken kaybettikten sonra düşünmeye başlamışlardır. Araştırma grubundaki çoğunluğun, organ bağışına olumlu bakmakla birlikte, bir kaza veya ağır yaralanma durumunda donör kartı taşıdığı için gerekli tedaviyi görememe endişesi taşıdıkları, bu yüzden de donör kartı sahibi olmayı istemedikleri belirtilmiştir.

Hunter'in Fransa'da yaptığı çalışmada (1984), yasa kişilerin organ bağışına karşı olduğunu belirten bir yazılı belge imzalamadı ise, herkesin organlarının alınabileceğine imkan vermekte, 'katılımcıların %77sinin organ bağışında bulunmaya hazır olduğunun, %56sının ise bu yasanın varlığından haberinin olmadığı bildirilmektedir.'

Rowinski'nin Polonya'da yaptığı çalışmada (1996), toplumun kadavradan organ alımına olumlu baktığı ancak, beyin ölümü tanımını kuşku ile karşıladığını, bu nedenle de donör kartı imzalamaya isteksiz olduğu bilinmektedir.

Creecy ve arkadaşlarının (1992), kadavradan böbrek alınması konusunda siyah Amerikalıların görüşlerini etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmada, demografik özellikler ile sosyo-psikolojik özelliklerinde etkili olduğunu belirtmektedirler. Bazı farklı dinsel inanışların, cinsiyet, yaş ve bu konudaki bilgilerin kaynağının etkili olduğunu bildirmekte, sosyo-psikolojik özellikler arasında; siyahlar arasında organ nakline ihtiyacı

olanların bilinmesinin ve organ bulunması halinde nakil için hasta seçiminde taraf tutulmadığının bilinmesi ve nakledilecek organın ve toplum tarafından kabul edilir bir organ olmasının bulunduğunu bildirmişlerdir.

Ruygrok ve arkadaşlarının Yeni Zelanda'da yaptığı çalışmada (1997), toplumun organ bağışına olumlu baktığını, bu konuda dini sınırlayıcı bir etkisinin olmadığını, ancak uygun organ bulma şansının daha fazla sayıda organ bağışına bağılı olduğunu, bunun içinde toplumun konunun önemi hakkında bilinçlendirilmesi, katılımın artırılmasına yönelik çalışmalara ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Al-Fagih'in Suudi-Arabistan'da yaptığı çalışmada (1991) %87sinin Suudi asıllı, çoğunluğun öğretmen ve öğrencilerden oluştuğu, her iki cinsiyeti de kapsayan araştırmasında; katılımcıların %65inin yakın akrabasına, %9.3ünün akraba olmayana da organ bağışında bulunmaya hazır olduğunu ve %10.1inde donör kartı verildiğini belirtmektedir. Ölmeden önce bağış kartı imzalamak istememelerinin sebebinin, ağır yaralanmaları halinde potansiyel donör oldukları için gerekli bakımın gösterilmeyeceği, vücutlarına saygı duyulmayacağından korktukları içindir. Çalışmasında İslam dininin organ bağış ve nakline ilişkin hiçbir engelleyici etkisinin görülmediği açıklanmaktadır.

Hai ve arkadaşlarının Vietnam'da yaptığı çalışmada (1999), dinin olumsuz bir etkisinin görülmediği, ancak organ nakli ticaretinden endişe duyulduğu, bu ticaretin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınması gerektiği ve donör ailesine ödül olarak maddi imkanlar sağlamanın beklendiği söylenmektedir.

Ülkemizde Gürpınar'ın yaptığı çalışmada (1997), organ bağışlamayı düşünmeyenlerin (%37.2); sadece %33.3 ünün dini ve geleneksel nedenler, %41.3ü hiçbir neden göstermemiştir.

Yine Kubat'ın yaptığı çalışmada (2014), organ nakline ilişkin düşüncenin olumlu olduğu söylenmektedir. Bilimsel açıdan organ nakline güven duymakta ancak kadavradan organ nakline olumlu bakmamakla birlikte dini konularda sıkıntı yaşamakta ve yakınına müdahale edilmesinden rahatsız olup çevrenin verdiği etkiler kararını etkilemektedir(28).

4.10.ORGAN NAKLİNİN KOORDİNASYONU

Organ nakli iki aşamada gerçekleşir: Birincisi organın bulunarak uygun şekilde çıkarılması ve taşınmasıdır. İkinci aşama ise transplantasyon cerrahisidir.

Transplantasyonda zaman en belirleyici faktördür.

Transplantasyon faaliyetleri 1980’li yıllardan önce kanunlarla organize edilmemiş ve koordinatörlerin rolleri de bugün olduğu gibi tam olarak belirlenmemiştir. Gerçekleştirilen kanuni değişikliklerin desteği ile 1980 den sonra transplantasyon aktivitelerinin düzenlenmesini sağlayan uluslararası ve ulusal organizasyonlar- United Network of Organ Sharing (UNOS, USA), the Organizacion Nacional deTransplantes (ONT, Spain) ve Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi (ONKOS) kurulmuştur.

ABD’de 140 transplant merkezi olup bunlar organ bulunması, çıkarılması ve taşınmasından sorumlu 62 lokal organ tedarik organizasyonuna (organ procurement organization, OPO) bağlıdır.

Avrupa da ise organ temininin kolaylaştırmak, israfını önlemek ve en uygun alıcıları tespit etmek amacı ile Euro-transplant isimli bir organizasyon oluşturulmuştur(42).

4.11.TÜRKİYE’DE ULUSAL KOORDİNASYON SİSTEMİ

Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Kurulu; Bakanlık Müsteşarı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü, Kalp-Akciğer-Kalp Kapağı, Karaciğer, Böbrek, Kornea, Kemik İliği Nakilleri Bilimsel Danışma Kurulları Başkanları ile İmmünoloji, Diyaliz, Yoğun Bakım Bilimsel Danışma Kurulları Başkanları ve Koordinatörler Kurulu Başkanlarından oluşur. Bilimsel Danışma Kurulu Başkanlarından biri, Kurul üyelerinin oylarının salt çoğunluğuyla Ulusal Organ ve doku Nakli Koordinatörü (Ülke Koordinatörü) olarak seçilir. Görevleri; organ ve doku nakli konusunda ulusal stratejileri belirlemek, alınması gereken önlemleri, gelişime yönelik plan ve programları Bakanlığa önermek. Ulusal Koordinasyon Sistemini geliştirmek. Organ ve doku kaynağı merkezlerinde yapılan organ ve doku paylaşımını denetlemek ve bir rapor halinde Bakanlığa sunmak. Bilimsel Danışma Kurulları arasında koordinasyonu sağlamak. Organ ve doku merkezlerinin açılma başvurularına ait ilgili kurul tarafından hazırlanan raporları ülke ihtiyaçlarına göre değerlendirmek ve açılmasını Bakanlığa önermek. Diğer ülkelerdeki gelişmeleri izlemek ve ülkeye kazandırmak.

Ulusal Koordinasyon Sisteminin amacı; ülke genelinde organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve kuruluşlar arasında gerekli koordinasyonu sağlamak ve çalışmaların verimliliğini arttırmak, bilimsel kurallara göre ve tıbbi etik anlayışına uygun, adaletli organ ve doku dağıtımını sağlamaktır(41).

Türkiye’de organ kaynağına ulaşabilmenin basit ve hızlı işlediği bir sistem gerçekleştirmek amacı ile 2001 de Sağlık Bakanlığı’nın kontrolünde Ulusal Koordinasyon Merkezi (UKM) oluşturulmuştur. Koordinasyon Komitesi, Bilimsel Komite ve Koordinatör Komite’den oluşur. Başlıca görevleri; Bölgesel Koordinasyon Merkezlerinin (BKM) organizasyonu, ulus bazında organ bekleme listelerinin ve acil bekleme listelerinin oluşturulması, bilimsel komite, organ çıkarma ekibi ve Türkiye’deki lokal hastaneler arasındaki iletişimin kooperasyonunun ve organ transportunun sağlanmasıdır. BKM ise kendi bölgelerindeki şehirlerde transplantasyon aktivitelerini organize eder. UKM kontrolünde olup, çeşitli şehirlere yerleşmiş dokuz BKM vardır(42). Tablo 4.5. de BKM ve BKM ye bağlanan iller verilmiştir(43). Bunlar, potansiyel vericinin bulunması, en uygun alıcının tespiti, transplantasyon ile ilişkili medikal, hukuki sorunların çözümünü sağlar. Organ Transplantasyon merkezindeki hekimleri organ bağıışı ile ilgili bilgilendirir. Çıkarılan organın ve vericinin hastaneye taşınmasında bölgesel koordinatörler sorumludur. Hastane/transplantasyon merkezlerinin BKM ye bağlı kendi koordinasyon sistemleri vardır. UKM’nin kurulmasını takiben kadavra sayısındaki artışa dikkati çekmiş ve organ bağıışı ve etkin dağıtımın arttığını bildirmişlerdir(42).

Tablo 4-5. BKM ve BKM ye bağlı iller

İZMİR BKM	İSTANBUL BKM	ANTALYA BKM
İzmir	İstanbul	Antalya
Kütahya	Kırklareli	Afyon
Manisa	Edirne	Burdur
Uşak	Tekirdağ	Isparta
Denizli	Kocaeli	Konya
Aydın	Sakarya	Karaman
Muğla		
ADANA BKM	ANKARA BKM	ERZURUM BKM
Adana	Ankara	Erzurum
Mersin	Eskişehir	Erzincan
Kahramanmaraş	Bolu	Sivas
Osmaniye	Çankırı	Tunceli
Kilis	Kastamonu	Gümüşhane
Gaziantep	Bartın	Bayburt
Kayseri	Karabük	Artvin
Niğde	Zonguldak	Ardahan
Hatay	Kırıkkale	Kars
	Çorum	Iğdir
	Yozgat	Ağrı
	Kırşehir	Muş
	Nevşehir	Bingöl
	Aksaray	
DİYARBAKIR BKM	SAMSUN BKM	BURSA BKM
Diyarbakır	Samsun	Bursa
Bitlis	Sinop	Çanakkale
Siirt	Amasya	Balıkesir
Van	Tokat	Yalova
Hakkari	Ordu	Düzce
Şırnak	Giresun	Bilecik
Batman	Trabzon	
Mardin	Rize	
Şanlıurfa		
Adıyaman		
Malatya		
Elazığ		

4.12.ORGAN NAKLİ BEKLEME LİSTESİ

Ulusal Organ Bekleme Listesi'nden önce ülkemizde organ nakil işlemleri bölgesel olarak ve kağıt üzerinde manuel olarak organize edilmekteydi. Organ nakli için bekleyen hastalar organ bulma şanslarını artırabilmek için ülke çapındaki her nakil merkezine kayıt yaptırmak zorundaydılar. Kısıtlı zaman içinde ülke genelinde hasta özelliklerine aynı anda ulaşmak, eşleştirme yapmak ve nakil zamanını ayarlamak mümkün değildi. Netice olarak çok değerli olan bu organlar verimli olarak kullanılmamaktaydı.

Ülkemizde organ nakli bekleme listelerinin merkezi bir noktada toplanması kapsamında, web tabanlı bir yazılımın Bakanlığımız imkanları ile hazırlanması kararı Aralık,2006 tarihinde alınmış, Bilişim Teknolojileri Koordinatörlüğü programla ilgili analiz ve tasarım çalışmalarına başlamıştır. Çalışmalar sonucunda 19.02.2007 tarihinde program test kullanımına açılmış ve eşleştirme işlemi tek merkezden yapılmaya başlanmıştır(44).

Tablo 4-6. Kadavradan Böbrek Dağıtım Puanlama Tablosu

DEĞERLENDİRME KRİTERİ		PUAN
Doku Uyumu		Tam uyum (2A 2B 2DR uyumu) durumunda şarta bağlı olmaksızın alıcının olduğu yere gider. Tam uyum dışındaki durumlarda uyumlu her DR antijeni için 150 puan, B antijeni için 50, A antijeni için 25 puan verilir.
Vericinin Çıktığı Bölge		1000
Vericinin Çıktığı Merkez		250
Alıcı Yaş Grubu	11 yaş altı	Doku uyumu puanı * 2.5
	12-17 yaş	Doku uyumu puanı * 1.5
	18 yaş ve üzeri	Doku uyumu puanı * 1
Diyalize Girme Süresi		Her ay için 3 puan

Herhangi bir diyaliz yöntemi ile tedavisi mümkün olmayan (damar yolu girişi olmayan, periton diyalizi uygulanamayan, vb.) hastalar için nakil merkezleri acil

bildirimlerini Acil Hasta Bildirim Formu ile UKM'ye bildirir. Söz konusu talebin kabul edilmesi için UKM tarafından Diyaliz Bilim Kurulundan üç üyenin olurunun alınması gereklidir (görüşler faks ile teyit edilecektir). UKM, gerektiğinde hastanın ve dosyanın Bakanlığın belirleyeceği bir nefrolog ve/veya kalp-damar cerrahisi uzmanı tarafından yerinde görülmesini sağlar. Olumlu görüş alındıktan sonra böbrek, acil bildiri yapılan hastaya (birden fazla acil hasta varsa puan sırasına göre) yönlendirilir(41). Acil durum yoksa böbrek dağıtımı, UKM tarafından Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi'nde yapılan eşleştirme ve puanlamaya göre yapılmaktadır. Bu eşleştirmede öncelikli kural , alıcının kendisiyle aynı kan grubundan olan donörden böbrek almasıdır. Eşleştirmede doku uyumu, vericinin çıktığı bölge , vericinin çıktığı merkez, alıcı yaş grubu, diyalize girme süresine göre puanlama yapılmaktadır. Buradaki özel kural ise tam doku uyumu sağlanması durumunda hiçbir şarta bakılmaksızın böbrek o alıcının olmaktadır. Puanlamada nakil merkezleri veya aynı merkezdeki hastalar arasında eşitlik olması halinde, HLA antijenlerinden önce DR, sonra B, daha sonra A uyumu dikkate alınarak merkeze veya hastaya öncelik verilir. Hasta tespiti işlemi tamamlandıktan sonra Organ Nakil Merkezi tespiti işlemi gerçekleştirilmektedir. Bu işlemde, merkezler en yüksek puanlı 3 hastanın toplam puanına göre en yüksekten en düşüğe doğru sıralanmaktadır. Son olarak böbrek, eşleştirme ve puanlama işlemi neticesine göre saptanan nakil merkezine teklif edilmektedir. Donörden alınan diğer böbrek ise UKM tarafından, asgari doku uyumu şartına uygun olmak kaydıyla vericinin çıktığı nakil merkezine bırakılmaktadır. Bağışın çıktığı hastanede transplantasyon organizasyonu yoksa Ulusal Koordinasyon Merkezi bilgilendirilir. UKM de ulusal baz da sıralamada bağışlanan organı alacak transplantasyon merkezinin koordinatörü ile iletişime geçer. Sağlık Bakanlığı organ bekleme listesini bu yerlere gönderir ve bağış için en uygun hastanın seçilmesi sağlanır(44).

Böbrek nakli bekleme listesinde 22.274 hasta vardır. 2015 yılında eklenen hasta sayısı 2.662 dir(21).

4.13.TRANSPORT

Kadavradan usulüne uygun olarak çıkarılan ve tekrar perfüze edilen organlar uygun soğuk perfüzyon sıvısının bulunduğu ve iç içe giydirilmiş naylon torbalara konur ve ağızları ayrı ayrı bağlanır. Daha sonra içi buz dolu transport kutusuna yerleştirilerek paketlenmiş ve transporta hazır hale getirilmiş olur. Prezervasyon sıvısının içinde

paketlenen organlar ideal tx zamanı dikkate alınarak; araba, helikopter veya uçak gibi araçlarla alıcının bulunduğu hastaneye taşınır(45).

4.14.TRANSPLANTASYON ADAYI OLAN KBY HASTALARINDA EN SIK GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR

4.14.1. Depresyon

Kelime anlamı çöküntü, bunalım demektir. Yüzyıllardır bilinmekte olup Latince ‘depressus’tan gelmektedir(46). Hastalık kişinin dengesini sarsar yeni bir uyum gerektirir. Bu durum kişinin gelecek planlarına, günlük yaşamının akışına ne kadar engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara neden olur(47). Bedensel hastalığı olan ve hastanede yatan hastalarda %5-10 arasında, ayaktan tedavi olan hastalara takriben %10-15 arasında depresyon görülür. Bedensel hastalığı olanlarda, sağlıklı olanlara göre depresyon görülme riski ortalama %40 daha fazladır(46).

Depresyon temel olarak bir mutsuzluk, neşesizlik hastalığıdır. Kişiler hüzünlü, karamsar, isteksiz hisseder. Daha önce kolayca yapılan işler gözünde büyümeye, zor gelmeye başlar. Depresyonu olan bir kişinin kendine güveni azalır, dikkatini toparlamak, bir filmi baştan sona seyredebilmek, gazetede bir yazıyı okuyabilmek güçleşir. Unutkanlık, dalgınlık, basit kararları vermekte zorlanma olur. Uyku sorunları, uykuya dalamama, gece uyanma, sabah erken uyanma, sabahları dinlenmemiş uyanma ya da fazla uyuma biçimindedir. İştah genellikle azalır, kilo verilir bazen de sıkıntı ile fazla yeme görülebilir. Ölüm düşünceleri, ölüm korkuları olabilir(47).

Depresyonla ilgili başlıca düşünce biçimleri, olumsuz benlik algısı, karamsarlık, yetersizlik, olumsuzluğa eğilim, dayatmacılık ve bilişsel çarpıtmalar gibi, önemli ölçüde örtüşen düşünce biçimleridir(48).

Depresyon belirtileri:

Mutsuzluk, hüzün, keder, ağlama.

Zevk almama, ilgisizlik ve isteksizlik.

Değersizlik duyguları, suçluluk düşünceleri

Hastalığı kendisine bir ceza gibi algılama,

Başarısızlık ve çaresizlik düşünceleri.

Tekrarlayıcı ölüm, intihar düşünceleri

Dikkatini toplayamama, kararsızlık, dalgınlık.

Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon.

Uyku sorunları, uykuya dalamama, sık, erken, dinlenmemiş uyanma, fazla uyuma.

İştah sorunları, iştahsızlık, fazla yeme.

Güçsüzlük, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı.

Aşağıdaki durumlar kronik hastalıklarla birlikte olan depresyonun tanınmasını engeller:

Bedensel sorun gibi sunma

Hastalık belirtilerinden ayırt edememe

İlaç yan etkisinden ayırt edememe

Normalleştirme

Alkol, uyuşturucu kullanımı

Görmezden gelme(47).

Depresyon böbrek fonksiyonlarını, fiziksel ve düşünsel yeteneklerini, seksüel fonksiyonlarını, iş, aile ve toplum hayatındaki rolünü kaybetmesine bağlıdır ve depresyon hastanın başlangıçta sahip olduğu tıbbi hastalığın verdiği sıkıntılarla tetiklenir(49).

Depresyon kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirebildiği gibi kronik bir hastalıkta depresyona neden olabilir(47).

4.14.2. Anksiyete

Anksiyete Latince'de dar geçit anlamına gelen, korku, kaygı ve sıkıntı duygularını içeren bir anlam taşır(46).

Başlıca özelliği; aşırı kaygılanma ve kuruntulara kapılmadır (bir konu ile ilgili olarak birtakım kötü olasılıkları düşünerek üzülme). Kuruntularını 'aşırı' olarak tanımlasalar da, sürekli üzülmekten ötürü, üzüntülerini denetleyememekten ötürü ya da toplumsal, işle ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarındaki işlevselliklerinin düşmesinden ötürü sıkıntı yaşadıklarını, bunaldıklarını söylerler(50).

Sıkıntı, bunaltı, endişe, kaygı dilimizde anksiyetenin karşılığıdır. Hastalar bu durumu 'kötü bir şey olacaktıymış hissi', 'hoş olmayan bir endişe hali', ya da 'neddensiz bir korku' şeklinde ifade ederler. Psikiyatrik açıdan anksiyete normal dışı, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali diye tanımlanabilir. Kişi huzursuzdur, kötü bir şeyin olacağından endişe etmektedir, ancak bu durumu açıklayacak nesnel bir tehlike ya da tehdit kaynağı

gösterememektedir(49). Anksiyete uyaran bir sinyaldir. Yaklaşan tehlikeye karşı uyarır. Tehditle baş etmesi ve önlemler alması için kişiyi hazırlar. Benzer bir uyarıcı olan korkunun anksiyeteden ayrılması gerekir. Korku; bilinen, dışarıdan gelen, kesin ya da çatışma dışı kaynaklı tehdede bir yanıtıdır.

Anksiyete ise; bilinmeyen, içsel, belirsiz veya çatışma kaynaklı tehdede yanıtıdır.

Anksiyete Belirtileri

a) Bilişsel belirtiler; kaygı, kötü bir şey olacaktıymış düşüncesiyle ortaya çıkan ve nedeni bilinmeyen gerginlik duygusu, üzüntü, endişe duyulan düşünce ve tasadır.

Düşünce sisteminde bulanıklık, görme uyumsuzlukları, kendini aşırı gözleme, çevre ile bağlantıların bozulması, düşünce akışında bozulma, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksama, öz güven azalması ya da kaybı, ölüm ve aklını yitirme korkusu.

b) Duygusal belirtiler; korku, endişe, gerginlik, çaresizlik, sinirlilik, dehşet duygusu ve tedirginlik.

c) Davranışsal belirtiler; huzursuzluk, kaçma, kaçınma, konuşma akışında bozukluk, davranışlarda yavaşlama ve koordinasyon bozukluğu.

d) Fizyolojik belirtiler; bunlar organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Çarpıntı, kalp hızında artış, bayılma bulguları, solunum sıkıntıları, kas gerginliği, çabuk yorulma, değişik organ ve sistem ağrıları, iştah, uyku ve cinsel bozukluklar, terleme, uyuşmalar, sıcak ve soğuk basması(46).

4.14.3. Uyum Bozukluğu

DSM sınıflandırma sisteminin Uyum Bozukluğu tanısı, açık ve özgül bir belirti profili olmayan birkaç kümesinden biridir. Uyum bozukluğu, ruhsal sıkıntı, sosyal-çevresel zorlanmalar yaşama ve bazen davranışsal bozuklukların varlığı gibi, psikiyatrik bir bozukluk olmanın çok genel koşullarını karşılamaktadır. Klinik özellikleri tam geliştirilmediği ve altta yatan etiyolojik faktörleri açık olmadığı için halen sıra dışı ve 'transitional' bir tanı kategorisi olarak görülmektedir.

XVII yüzyılda yaşamış olan Napier, delilikten daha az akut ve daha az şiddetli olan, hastaların 'gamlı' diye tanımlanabileceği bir çeşit akıl hastalığı daha tanımlamıştı. Bu 'gamlı' kadın ve erkekler, başta iç sıkıntısı ve yalnızlık olmak üzere tipik melankoli

belirtilerinden yakınıyorlardı. Napier bu tabloya ilişkin vakalar bildirmekte ve bunların ruhsal sıkıntılarının dışsal zorlanmalarla ilişkisine de dikkat çekmekteydi. Tıp tarihçisi Mac Danold, bugün uyum bozukluğu olarak tanımladığımız tablonun Napier'in bildirdiği vakalarla benzerliğine dikkat çekmektedir.

Bu tür bozukluk ya da hastalıklar hemen her toplumda kendine özgü bedensel ve ruhsal belirtiler gösterir. Bu tabloların bazı toplumlarda kendine özgü adları bile vardır. Örneğin; yerli Amerikan grupları arasında 'Saladera, Susto', Kuzey Amerika'da 'Nervous Breakdown', Yoruba Kabilesinde 'Airi-Orunsun' bunlar arasında sayılabilir.

Mc Kenge ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre DSM-III'ün geliştirilmesiyle birlikte, tıbbi bakım ünitelerinde daha önce depresyon olarak değerlendirilen vakalarının çoğunun uyum bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir.

Uyum bozukluğu dahili ve cerrahi nedenlerle hastanede yatan hastalar arasında en sık rastlanılan psikiyatrik tanılardan biridir. Uyum bozukluğunun özellikle genç yaşlarda görülebileceği bildirilmekte ancak her yaşta görülebileceği de bilinmektedir.

Zorlayıcı yaşam olaylarıyla kişilerde çok çeşit ve şiddette duygusal ve davranışsal belirtiler ortaya çıkabilir. Uyum bozukluğu geliştiren hastaların kişilik yapısının daha değişken ve daha nevrotik olduğunu belirtmektedir. Psikoanalitik yaklaşımlı araştırmacılar uyum bozukluğunu anlamının şu üç faktörü değerlendirerek mümkün olabileceğini belirtmektedirler:

Zorlanmanın niteliği

Zorlanmanın o kişi için bilinç düzeyindeki ve bilinçdışı anlamı

Kişinin önceden var olan yapısal duyarlılığı, yatkınlığı.

Klinik belirtileri; uykusuzluk, iştahsızlık, kilo kaybı, libido kaybı, impulsivite, sosyal içe çekilme, depresif duygu durum ve intihar düşünceleri. Ergenlerde impulsivite, saldırgan davranışlar, alkol-madde kötüye kullanımı gibi belirtilerle, çocuk ve yaşlılarda ise bedensel yakınmalarla kendini göstermektedir. Bu belirtilere ek olarak, Hall ve Benedek uyum bozukluğu olan hastalarda gün içi duygu durum değişiklikleri olduğunu saptamışlardır. Bu hastalarda affektif dalgalanma ve birbirini izleyen inkar/kabul dönemleri olabilmektedir(51).

4.14.4. Madde Kötüye Kullanımı

Bağımlılık yapan maddeler, santral sinir sistemi (SSS) 'nde önemli derecede uyarma veya depresyon oluşturan, algılama, duygu durum, mental durum, davranış ve motor fonksiyonlarda bozukluk yapan psikoaktif maddelerdir. Bu maddeler arasında alkol, amfetamin ve benzeri maddeler, kafein, kannabis, kokain, halusinojenler, liserjik asit dietilamid (LSD), inhalanlar, nikotin, opiyatlar, fensiklidin, sedatifler, hipnotikler, anksiyolitikler, anabolik steroidler, nitroz oksid ve henüz diğer kategorilere girmeyen reçeteli veya reçetesiz ilaçlar sayılabilir(52). Kişinin yaşamdan duyduğu zevki artırmak, hayatla daha kolay başa çıkabilmek için kullandığı ve bazen bağımlı hale geldiği maddelerdir(53).

Madde kullanımı çeşitli psikiyatrik hastalıklara yol açabilmekte, hastaların yaşam kalitesini daha da olumsuz etkileyebilmektedir. Psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olan hastalardaki psikiyatrik bozukluğun görülme sıklığı bağımlılığı olmayan hastalarda psikiyatrik bozukluk görülme olasılığından 2.7 kat daha fazladır. ECA (The National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area) çalışmasında bireylerin %72 sinde madde kullanım bozukluğuna en az bir psikiyatrik bozukluk eşlik ettiği belirtilmiştir. Psikiyatrik bozukluk ve madde kullanım bozukluğunun birlikteliği klinik olarak önemlidir çünkü birlikteliğin, hastalığın süresini ve tedavinin gidişatını olumsuz etkilediği bilinmektedir.

Psikotik bozukluğa sebep olabilen maddeler arasında en sık kannabis maddesi ile ilgili çalışmalara rastlanmaktadır. Kannabis alımına bağlı geçici psikotik tepkime anlamına gelen 'akut toksik psikoz' ile şizofreni benzeri ve daha uzun seyri olan kalıcı psikotik tepkimenin birbirinden ayrılması ayrıntılı bir öykü ve klinik izlemi gerektirmektedir.

Psikoaktif madde kullanımına bağlı gelişen psikotik bozukluğun psikoaktif madde kullanımına bağlı olmadan gelişen diğer psikotik bozukluklara göre klinik görünümünün karşılaştırılması ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Thacore ve Shukla kannabis kullanımına bağlı psikotik bozukluk gelişen hastalarla paranoid şizofreni tanısı olan hastaları karşılaştırmışlar ve kannabis kullanan hastalarda tuhaf davranışların , şiddetin, paniğin ve iç görünümün paranoid şizofrenlere göre daha sık sayıda olduğunu saptamışlardır. Kannabis kullananan hastalarda hipomanik özelliklerin ve ajitasyonun daha fazla olduğu tespit edilmiştir(52).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmada normal popülasyon ile böbrek nakli bekleme listesindeki hastalarda anksiyete depresyon görülme oranının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

5.1. Araştırmanın Tipi

Böbrek nakli bekleme listesi ve normal popülasyondaki bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerini karşılaştırmak için yapılan kesitsel bir anket çalışmasıdır.

5.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Şişli Florance Nightingale Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni, İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan özel hastanede böbrek nakli bekleme listesindeki hastalar ile kontrol grubu olarak normal popülasyondaki bireyler (herhangi bir kronik hastalığı olmayan polikliniğe başvurmuş sağlıklı kişiler) oluşturacaktır. Türkiyede normal popülasyonda anksiyete ve depresyon görülme olasılığı %17dir ve böbrek nakli bekleme listesindeki hastalarda anksiyete ve depresyon görülme oranı %50 olacağı varsayılmıştır. Bu varsayımına göre araştırmanın örnekleme %95 güç %5 yanılma payı ile standart etki büyüklüğü 0,7 bulunmuş ve herbir gruba(vaka grubu ve kontrol grubuna) en az 50 şer kişi alınmasına karar verilmiştir. Anksiyete ve depresyon görülme olasılığı sosyodemografik özelliklere göre de değerlendirileceği için sayının artırılması planlanmıştır. Bu yüzden tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile Şişli Florance Nightingale Hastanesi Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki hastalardan 100 kişinin çalışmaya alınmıştır. Aynı şekilde kontrol grubu içinde polikliniğe başvurmuş kronik rahatsızlığı olmayan hastalardan 100 kişi tabakalı rastgele örnekleme yöntemi ile alınmıştır.

5.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri kurumlardan gerekli yazılı ve sözlü izinler alındıktan sonra ilgili hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren Demografik Bilgiler (Ek-1), Beck Depresyon Ölçeği (Ek-1) ve Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (Ek-1) ile toplanmıştır.

5.4.1. Demografik Bilgiler Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayalı olarak hazırlanan hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren 15 soru bulunmaktadır.

5.4.2. Beck Depresyon Ölçeği:

Beck. ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiş olan ölçek, depresyonda görülen duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyona dayalı belirtileri ölçmektedir. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0-3 arasında puan alır. Toplam puanın yükselmesi depresyon şiddetinin ya da düzeyinin yüksekliğini gösterir. Ülkemizde Hisli (1989) tarafından geçerlik-güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur(54).

5.4.3. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Her biri 20 maddelik iki ayrı ölçekten oluşmaktadır. Her iki ölçekten de elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Türkçe'ye uyarlanması Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapılmıştır. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı Sürekli Kaygı Ölçeği için 0.83, Durumluluk Kaygı Ölçeği için 0.96 bulunmuştur. Her iki ölçekten elde edilen puan değeri 35 üstü ise "anksiyete var" altı ise "anksiyete yok" olarak değerlendirilir(54).

Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği likert tipli bir ölçektir. Durumluluk Ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri ile (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamı ile şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeği (1) Hemen Hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen seçenekleri ile puanlandırılmıştır.

5.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Analizlerde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanılmıştır.

Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov test ile ölçüldü. Nicel verilerin analizinde kuruskal-wallis, mann-whitney u test ve bağımsız örneklem t test kullanıldı. Nitel verilerin analizinde ki-kare test, ki –kare test koşulları sağlanamadığında fisher test kullanıldı. Korelasyon analizinde pearson ve spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

6. BULGULAR

Bu bölümde araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan vaka ve kontrol grubu ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Tablo 6-1. Vaka ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri

		Vaka Grubu		Kontrol Grubu		P
		Ort.±s.s./n-%	Med(Min-Mak)	Ort.±s.s./n-%	Med(Min-Mak)	
Yaş		47,2 ± 12,4	46 19 - 74	46,4 ± 13,0	45,0 18,0 - 74,0	0,677
Cinsiyet	Kadın	52	52,0%	50	50,0%	0,777
	Erkek	48	48,0%	50	50,0%	
Medeni Durum	Evli	68	68,0%	61	61,0%	0,301
	Bekar	32	32,0%	39	39,0%	
Eğitim Durumu	İlkokul	65	65,0%	69	69,0%	0,863
	Ortaokul	11	11,0%	10	10,0%	
	Lise	18	18,0%	14	14,0%	
Doğum Yeri	Ün. ve üstü	6	6,0%	7	7,0%	0,005
	Köy	50	50,0%	40	40,0%	
	Kasaba	12	12,0%	31	31,0%	
Çalışma Durumu	Şehir	38	38,0%	29	29,0%	0,036
	Çalışıyor	8	8,0%	18	18,0%	
Aylık Gelir	Çalışmıyor	92	92,0%	82	82,0%	0,881
	Düşük	52	52,0%	53	53,0%	
Sigara İçme Durumu	Orta	48	48,0%	47	47,0%	0,011
	İçiyor	18	18,0%	36	36,0%	
	İçmiyor	66	66,0%	55	55,0%	
Alkol Kullanma Durumu	Bırakmış	16	16,0%	9	9,0%	0,007
	İçiyor	10	10,0%	24	24,0%	
	İçmiyor	86	86,0%	65	65,0%	
	Bırakmış	4	4,0%	11	11,0%	

Bağımsız örneklem t test ve ki-kare test kullanılmıştır.

Toplam 100 kişiden oluşan vaka grubunun yaş aralığı 19-74 olup, ortalama 47.2 ± 12.4 idi. Toplam 100 kişiden oluşan kontrol grubu yaş aralığı 18-74 olup, ortalama 46.4 ± 13.0 idi. $P=0.677$ ($p>0,05$) dir. Vaka ve kontrol grubunun yaşları anlamlı farklılık göstermemiştir.

Vaka grubu cinsiyet değişkenine göre 52si kadın (%52.0), 48i erkek (%48.0) olarak dağılmaktadır. Kontrol grubu cinsiyet değişkenine göre 50si kadın (%50.0), 50si erkek (%50.0) olarak dağılmaktadır. $P=0.777$ ($p>0,05$)dir. Vaka ve kontrol grubunun cinsiyet dağılımına göre anlamlı farklılık göstermemiştir.

Vaka grubu medeni durum değişkenine göre 68i evli (%68.0), 32si bekar (%38.0) olarak dağılmaktadır. Kontrol grubu medeni durum değişkenine göre 61i evli (%61.0), 39u bekar (%39) olarak dağılmaktadır. $P=0.301$ ($p>0,05$)dir. Vaka ve kontrol grubunun medeni durum dağılımına göre anlamlı farklılık göstermemiştir.

Vaka grubu eğitim durumu değişkenine göre 65 ilkokul (65.0), 11 ortaokul (%11.0), 18 lise (%18.0), 6 üniversite ve üstü (%6.0) olarak dağılmaktadır. Kontrol grubu eğitim durumu değişkenine göre 69 ilkokul (%69.0), 10 ortaokul (%10.0), 14 lise (%14.0), 7 üniversite ve üstü (%7.0) olarak dağılmaktadır. $P= 0.83$ ($p>0,05$)dir. Vaka ve kontrol grubunun eğitim durum dağılımına göre anlamlı farklılık göstermemiştir.

Vaka grubu doğum yeri değişkenine göre 50 köy (%50.0), 12 kasaba (%12.0), 38 şehir (38.0) olarak dağılmaktadır. Kontrol grubu doğum yeri değişkenine göre 40 köy (%40.0), 31 kasaba (%31.0), 29 şehir (%29.0) olarak dağılmaktadır. $P= 0,05$ dir. Vaka ve kontrol grubu doğum yeri değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemiştir.

Vaka grubu çalışma değişkenine göre 8i çalışıyor (%8.0), 92si çalışmıyor (%92.0) olarak dağılmıştır. Kontrol grubu 18i çalışıyor (%18.0), 82si çalışmıyor (%82.0) olarak dağılmaktadır. $P= 0.036$ ($p<0,05$)dir. Vaka grubunda çalışma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü.

Vaka grubu aylık gelir değişkenine göre 52si düşük (%52.0), 48i orta (%48.0) olarak dağılmaktadır. Kontrol grubu aylık gelir değişkenine göre 53ü düşük (%53.0), 47si orta (%47.0) olarak dağılmaktadır. $P=0.881$ ($p>0,05$) dir. Vaka ve kontrol grubunda aylık gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermemiştir.

Vaka grubu sigara içme değişkenine göre 18i içiyor (%18.0), 66sı içmiyor (%66.0), 16sı bırakmış (%16.0) olarak dağılmaktadır. Kontrol grubu sigara içme değişkenine göre 36sı içiyor (%36.0), 55i içmiyor (%55.0), 9u bırakmış (%9.0) olarak dağılmaktadır. $P= 0.011$ ($p<0,05$) dir. Vaka grubunda sigara içme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü.

Vaka grubu alkol kullanma durumu değişkenine göre 10u içiyor (%10.0), 86sı içmiyor (%86.0), 4ü bırakmış (%4.0) olarak dağılmaktadır. Kontrol grubu alkol kullanma

değişkenine göre 24ü içiyor (%24.0), 65i içmiyor (%65.0), 11i bırakmış (%11.0) olarak dağılmaktadır. P= 0.007 (p<0,05) dir. Vaka grubunda alkol içme oranı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşüktür.

Tablo 6-2. Vaka Grubunun Demografik Özellikleri

		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s./n-%
Başka Kronik Hastalık	Var			60 60,0%
	Yok			40 40,0%
Diyet Uygulaması	Var			66 66,0%
	Yok			34 34,0%
Böbrek Naklini Tercihi	Canlı			63 63,0%
	Kadavra			37 37,0%
KBY Tanısı Zamanı		1,0 - 102	9,0	11,7 ± 13,0
Diyaliz Süresi		0,0 - 102	6,0	12,0 ± 17,3
Bekelem Listesindeki Süre		1,0 - 125	5,0	13,9 ± 23,7

Vaka grubu kronik hastalık durumu dağılımına göre 60ı var (%60.0), 40ı yok (%40.0) olarak dağılmaktadır.

Vaka grubu diyet uygulama durumuna göre dağılımı 66ı uyuyor (%66.0), 34ü uymuyor (%34.0) uymuyor.

Vaka grubu böbrek nakli tercihine göre 63ü canlı (%63.0), 37si kadavra (%37.0) olarak dağılmaktadır.

Vaka grubu KBY tanısı zamanına göre 1ay- 102 ay olup, ortalama 11.7±13.0 idi.

Vaka grubu diyaliz süresine göre hiç girmemiş-102 ay olup, ortalama 12.0±17.3 idi.

Vaka grubu bekleme listesindeki süre dağılımına göre 1ay-125 ay olup, ortalama 13.9±23.7 idi.

Tablo 6-3Vaka Grubu ve Kontrol Grubu ile Beck Depresyon ve Durumluluk- Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki

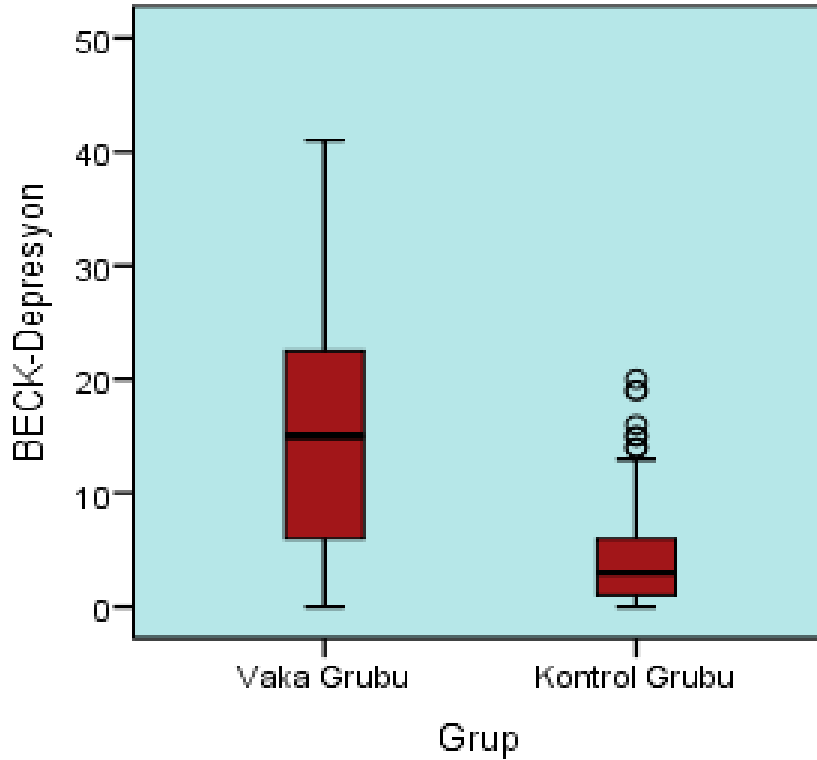
	Vaka Grubu		Kontrol Grubu		P
	Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)	Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)	
BECK-Depresyon	15.6 ± 10.2	15 0.0 - 41	4.4 ± 4.7	3.0 0.0 - 20.0	0.000
Durumluluk Kaygı Ölçeği	34.1 ± 8.9	34 20 - 58	29.1 ± 7.5	28.0 6.0 - 46.0	0.000
Sürekli Kaygı Ölçeği	43.9 ± 9.0	43 25 - 71	33.2 ± 8.8	32.5 20.0 - 49.0	0.000

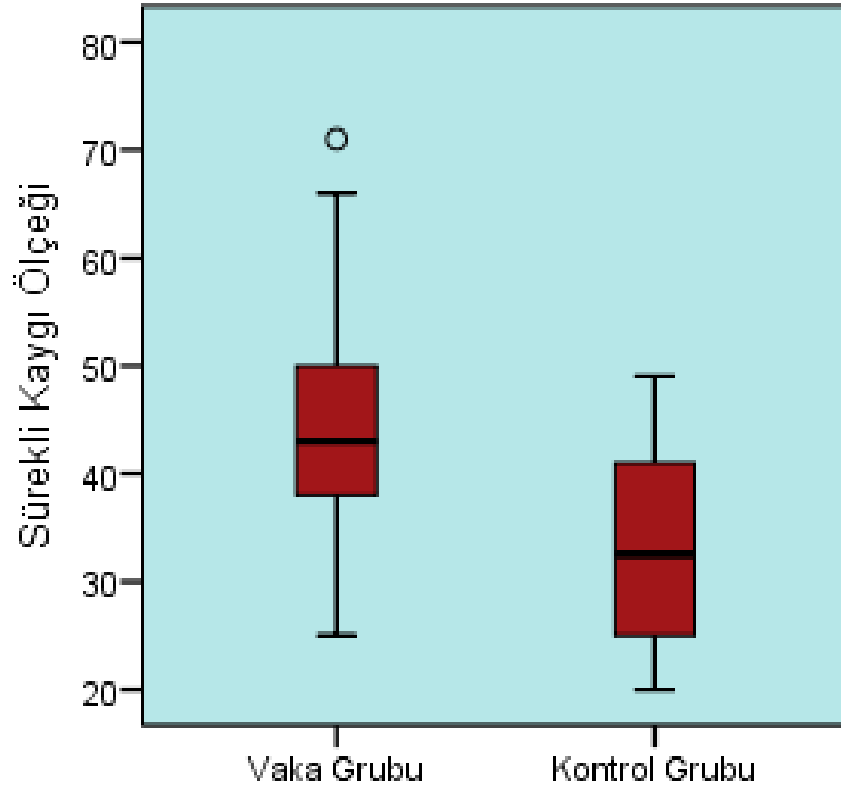
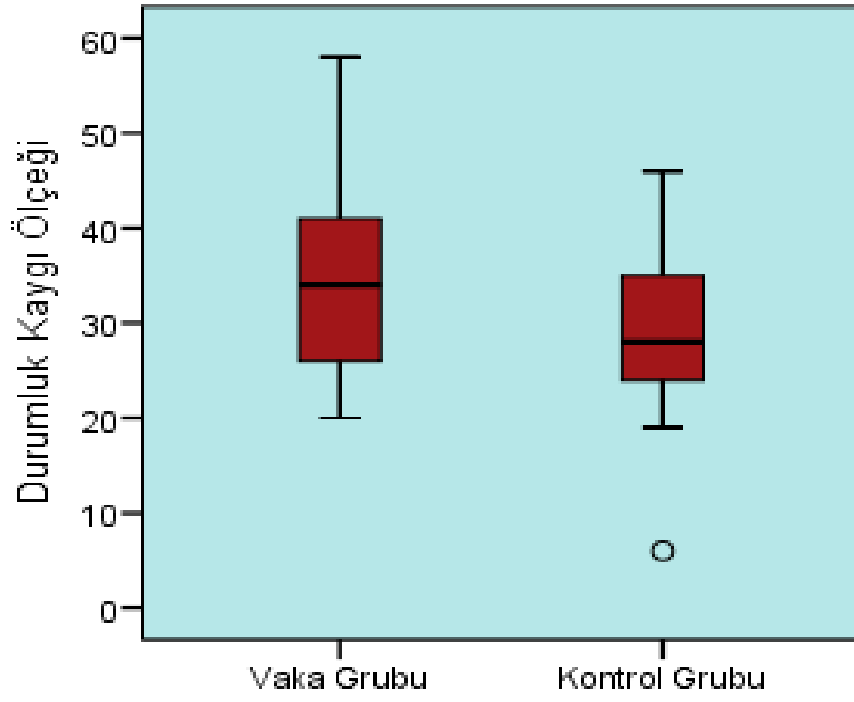
Bağımsız örneklem t test ve mann-whitney u test yapılmıştır.

Vaka grubunda Beck Depresyon puanı 0.0- 41 puan arasında değişmektedir. Ortalama 15.6 ± 10.2 dir. Kontrol grubunda Beck Depresyon puanı 0.0-20 puan arasında değişmektedir. Ortalama 4.4 ± 4.7 dir. $p= 0.000$ ($p < 0,05$) dir. Vaka grubunda beck depresyon skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti.

Vaka grubunda durumluluk kaygı ölçeği puanı 20-58 puan arasında değişmektedir. Ortalama 34.1 ± 8.9 idi. Kontrol grubunda durumluluk kaygı ölçeği puanı 6-46 puan arasında değişmektedir. Ortalama 29.1 ± 7.5 dir. $P= 0.000$ ($p < 0,05$) dir. Vaka grubunda durumluluk kaygı ölçeği skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti.

Vaka grubunda süreklilik kaygı ölçeği puanı 25-71 puan arasında değişmektedir. Ortalama 43.9 ± 9.0 dir. Kontrol grubunda süreklilik kaygı ölçeği puanı 20.0-49.0 puan arasında değişmektedir. Ortalama 33.2 ± 8.8 dir. $P= 0.000$ ($p < 0,05$) dir. Vaka grubunda süreklilik kaygı ölçeği skoru kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksekti.





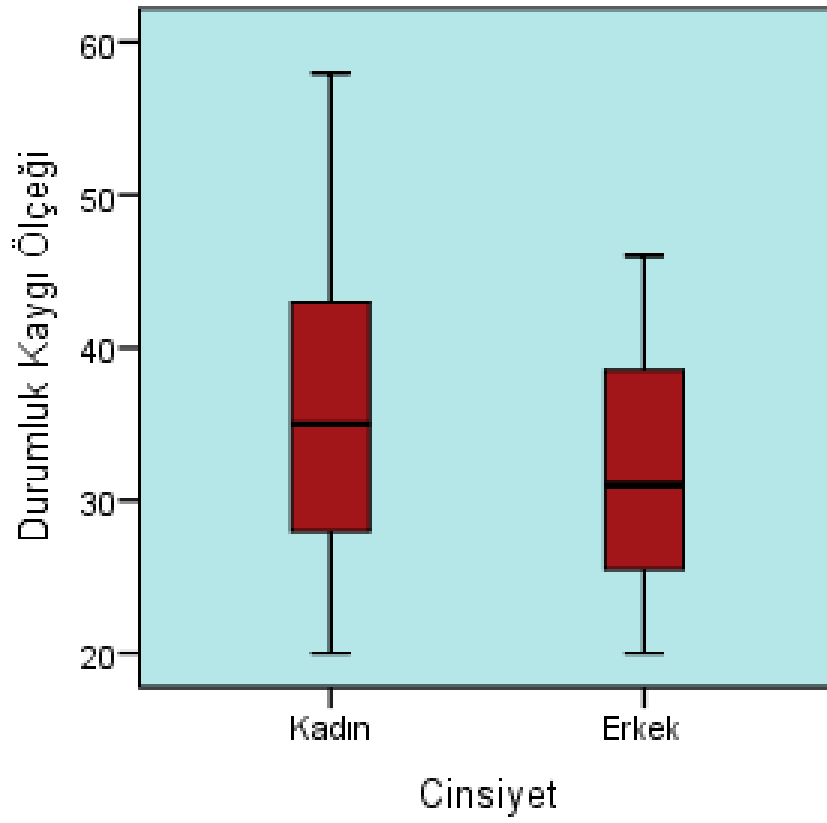
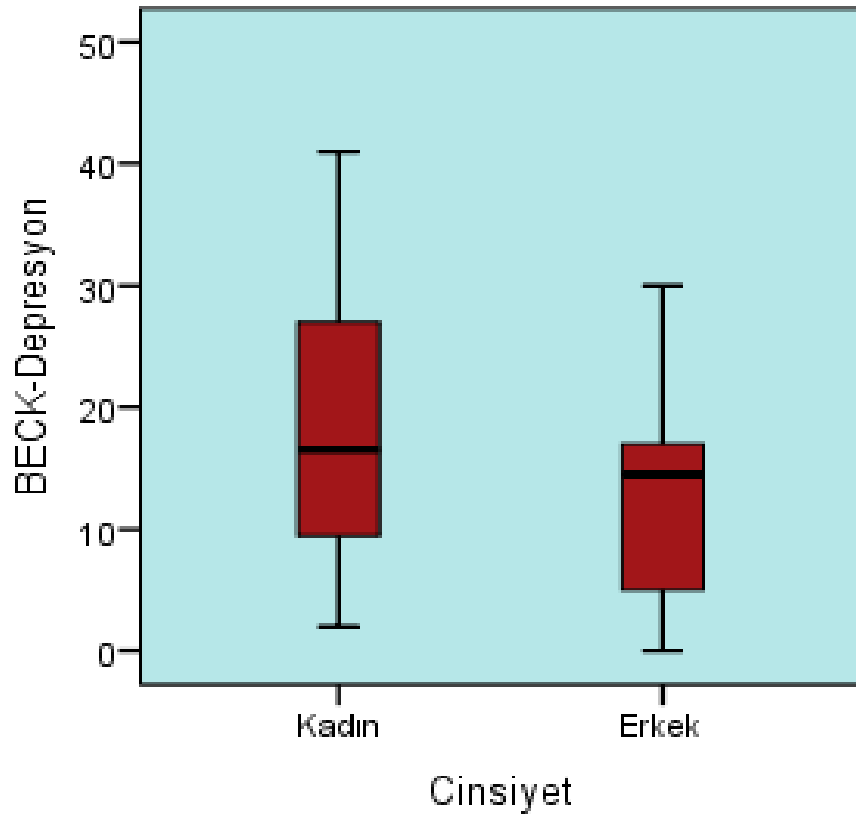
Tablo 6-4. Cinsiyet ile Beck Depresyon ve Durumluluk -Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki

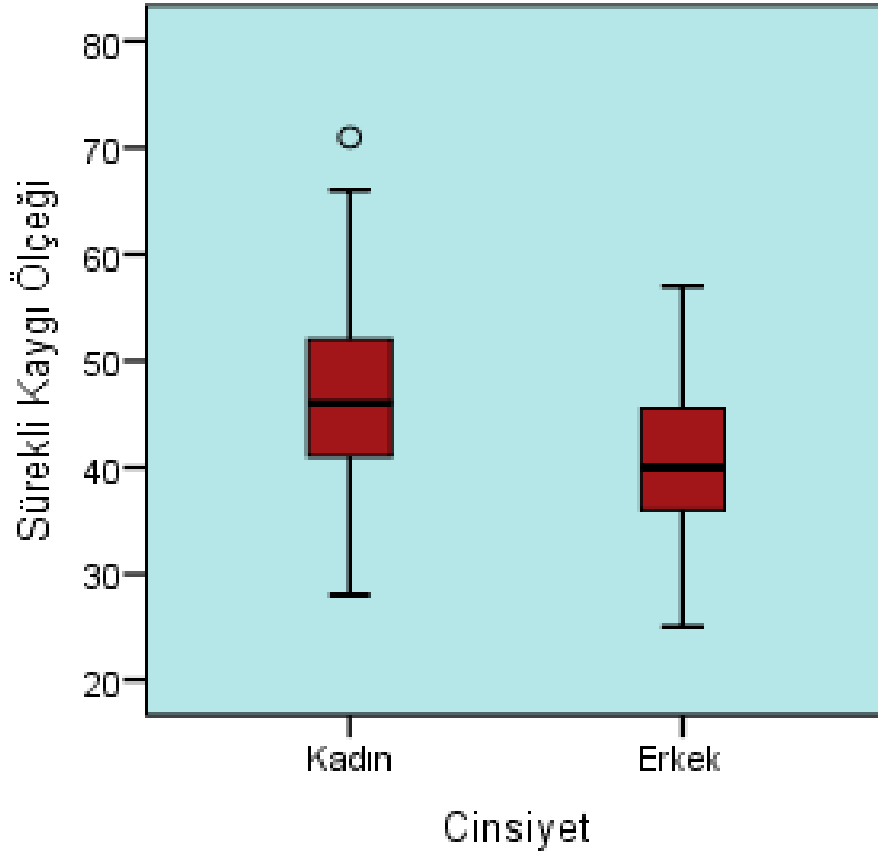
	Kadın		Erkek		p
	Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)	Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)	
BECK-Depresyon	18.3 ± 10.9	16.5 2.0 - 41.0	12.8 ± 8.5	14.5 0.0 - 30.0	0.009
Durumluk Kaygı Ölçeği	36.1 ± 9.4	35.0 20.0 - 58.0	31.8 ± 7.8	31.0 20.0 - 46.0	0.022
Sürekli Kaygı Ölçeği	46.8 ± 9.0	46.0 28.0 - 71.0	41.0 ± 8.1	40.0 25.0 - 57.0	0.001

Vaka grubunda 52 kadında beck depresyon puanı 2.0-41.0 puan arasında değişmektedir. Ortalama 18.3±10.9 dur. Vaka grubunda 48 erkekte beck depresyon puanı 0.0-30.0 puan arasında değişmektedir. Ortalama 12.8±8.5 dir. P= 0.009 (p<0.05) dur. Vaka grubunda kadınlarda beck depresyon skoru erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksekti.

Vaka grubunda 52 kadında durumluluk kaygı ölçeği puanı 20.0-58.0 puan arasında değişmektedir. Ortalama 36.1±9.4 dür. Vaka grubunda 48 erkekte durumluluk kaygı ölçeği puanı 20.0-46.0 puan arasında değişmektedir. Ortalama 31.8±7.8 dir. P= 0.022 (p<0,05)dir. Vaka grubunda kadınlarda durumluluk kaygı ölçeği skoru erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksekti.

Vaka grubunda 52 kadında süreklilik kaygı ölçeği puanı 28.0-71 puan arasında değişmektedir. Ortalama 46.8±9.0 dir. Vaka grubunda 48 erkekte süreklilik kaygı ölçeği puanı 25-57 puan arasında değişmektedir. Ortalama 41.0±8.1 dir. P= 0.001 (p<0,05)dir. Vaka grubunda kadınlarda süreklilik kaygı ölçeği skoru erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksekti.





Tablo 6-5. Yaş, KBY ve Diyalize Girme Süresi ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki

		BECK- Depresyon	Durumluk Kaygı Ölçeği	Sürekli Kaygı Ölçeği
Yaş	r	0.029	-0.078	-0.094
	p	0.772	0.445	0.356
KBY Tanısı Ne Zaman Konuldu	r	0.060	0.071	0.107
	p	0.556	0.485	0.296
Kaç yıldır Diyalize Giriyorsunuz	r	-0.074	-0.036	-0.062
	p	0.464	0.723	0.542

Spearan korelasyon uygulandı.

Vaka grubunda yaş 19-74 arasında 100 kişi vardır. Beck depresyon skoru yaş için; $p=0.772$ ($p>0,05$)dir. Yaş ile beck depresyon skor arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Durumluluk kaygı ölçeği skoru yaş için; $p=0.445$ ($p>0,05$) dir. Yaş ile durumluluk kaygı ölçeği skoru arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Sürekli kaygı ölçeği skoru yaş

için; $p= 0.356$ ($p>0,05$)dir. Yaş ile süreklilik kaygı ölçeği skoru arasında anlamlı bir korelasyon yoktur.

Vaka grubunda KBY tanısı konulma zamanı 1ay-102 ay arasında 100 kişi vardır. Beck depresyon skoru KBY tanısı konulma zamanı için ; $p= 0.556$ ($p>0,05$)dir. KBY tanısı konulma zamanı ile beck depresyon skor arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Durumluluk kaygı ölçeği skoru KBY tanısı konulma zamanı için; $p= 0.485$ ($p>0,05$) dir. KBY tanısı konulma zamanı ile durumluluk kaygı ölçeği skoru arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Sürekli kaygı ölçeği skoru KBY tanısı konulma zamanı için; $p= 0.296$ ($p>0,05$)dir. KBY tanısı konulma zamanı ile sürekli kaygı ölçeği skoru arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

Vaka grubunda diyalize girme süresi hiç girmemiş-102 ay arasında 100 kişi vardır. Beck depresyon skoru diyalize girme süresi için; $p= 0.464$ ($p>0,05$)dür. Diyalize girme süresi ile beck depresyon skoru arasında anlamlı bir korelasyon yoktu. Durumluluk kaygı ölçeği skoru diyalize girme süresi için; $p= 0.723$ ($p>0,05$)dir. Diyalize girme süresi ile durumluluk kaygı ölçeği skoru arasında anlamlı korelasyon yoktu. Sürekli kaygı ölçeği skoru diyalize girme süresi için; $p= 0.542$ ($p>0,05$)dir. Diyalize girme süresi ile sürekli kaygı ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

Tablo 6-6. Eğitim Durumu ile Beck Depresyon ve Durumluluk- Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki

		Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s.	p
BECK-Depresyon					
Eğitim Durumu	İlkokul	0 - 41	15	16.9 ± 10.7	0.219
	Ortaokul	1 - 36	15	17.0 ± 12.5	
	Lise	3 - 26	13	11.8 ± 7.0	
	Ün. ve üstü	5 - 15	12	11.2 ± 4.2	
Durumluluk Kaygı					
Eğitim Durumu	İlkokul	20 - 58	35	34.8 ± 9.0	0.663
	Ortaokul	20 - 55	31	34.0 ± 11.5	
	Lise	20 - 49	33	31.8 ± 7.3	
	Ün. ve üstü	26 - 42	33	33.0 ± 6.8	
Sürekli Kaygı					
Eğitim Durumu	İlkokul	27 - 71	43	45.2 ± 9.2	0.327
	Ortaokul	25 - 53	42	41.2 ± 10.6	
	Lise	30 - 56	43	42.8 ± 7.1	
	Ün. ve üstü	28 - 48	41	38.5 ± 7.0	

Kruskal-wallis uygulandı.

Vaka grubunda eğitim durumuna göre 65 ilkokul, 11 ortaokul, 18 lise, 6 üniversite ve üstü toplam 100 kişi vardır.

Eğitim durumuna göre ilkokul için; beck depresyon puanı 0-41 puan arasındadır. Ortalama 16.9±10.7 dir. Ortaokul için; beck depresyon puanı 1-36 puan arasındadır. Ortalama 17.0±12.5 dir. Lise için; beck depresyon puanı 3-26 puan arasındadır. Ortalama 11.8±7.0 dir. Üniversite ve üstü için; beck depresyon puanı 5-15 puan arasındadır. Ortalama 11.2±4.2 dir. Beck depresyon eğitim durumu için; $p= 0.219$ ($p>0,05$)dur. Eğitim durumuna göre beck depresyon skoru arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

Eğitim durumuna göre ilkokul için; durumluluk kaygı ölçeği puanı 20-58 puan arasındadır. Ortalama 34.8±9.0 dir. Ortaokul için; durumluluk kaygı ölçeği puanı 20-55 puan arasındadır. Ortalama 34.0±11.5 dir. Lise için; durumluluk sürekli kaygı ölçeği puanı 20-49 puan arasındadır. Ortalama 31.8±7.3 tür. Üniversite için; durumluluk sürekli kaygı ölçeği puanı 26-42 puan arasındadır. Ortalama 33.0±6.8dir. Durumluluk kaygı ölçeği eğitim durumu için; $p= 0.663$ ($p>0,05$)tür. Eğitim durumuna göre durumluluk kaygı ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

Eğitim durumuna göre ilkokul için; sürekli kaygı ölçeği puanı 27-71 puan arasındadır. Ortalama 45.2±9.2dir. Ortaokul için; sürekli kaygı ölçeği puanı 25-53 puan arasındadır. Ortalama 41.2±10.6dir. Lise için; sürekli kaygı ölçeği puanı 30-56 puan arasındadır. Ortalama 42.8±7.1dir. üniversite ve üstü için; sürekli kaygı ölçeği puanı 28-48 puan arasındadır. Ortalama 38.5±7.0 dir. Sürekli kaygı ölçeği eğitim durumu için; $p= 0.327$ ($p>0,05$)dir. Eğitim durumuna göre sürekli kaygı ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

Tablo 6-7. Medeni Durum ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki

	Evli		Bekar		P
	Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)	Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)	
BECK-Depresyon	16.3 ± 10.2	15.0 0.0 - 41.0	14.3 10.1 11.5	0.0 - 33.0	0.378
Durumluk Kaygı Ölçeği	34.3 ± 9.1	35.0 20.0 - 58.0	33.5 8.5 30.5	20.0 - 55.0	0.624
Sürekli Kaygı Ölçeği	44.5 ± 9.1	43.0 27.0 - 71.0	42.7 8.8 43.0	25.0 - 60.0	0.461

Mann-whitney u testi kullanılmıştır.

Vaka grubunda 68 evli, 32 bekar toplam 100 hasta vardır.

Evlilerde beck depresyon puanı 0.0-41.0 puan arasındadır. Ortalama 16.3±10.2 dir. Bekarlarda beck depresyon puanı 0.0-33.0 puan arasındadır. Ortalama 14.3±10.1 dir. P=0.378 (p>0,05)dir. Evli ve bekar olan hastalarda beck depresyon skoru arasında anlamlı korelasyon yoktu.

Evlilerde durumluluk kaygı ölçeği puanı 20.0-58.0 puan arasındadır. Ortalama 34.3±9.1 dir. Bekarlarda durumluluk kaygı ölçeği puanı 20.0-55.0 puan arasındadır. Ortalama 33.5±8.1 dir. P= 0.624 (p>0,05) dir. Evli ve bekar olan hastalarda durumluluk kaygı ölçeği skoru arasında anlamlı korelasyon yoktu.

Evlilerde sürekli kaygı ölçeği puanı 27.0-71.0 puan arasındadır. Ortalama 44.5±9.1dir. Bekarlarda sürekli kaygı ölçeği puanı 25.0-60.0 puan arasındadır. Ortalama 42.7±8.8 dir. P= 0.461 (p>0,05) dir. Evli ve bekar olan hastalarda sürekli kaygı ölçeği skoru arasında anlamlı korelasyon yoktu.

Tablo 6-8. Çalışma Durumu ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki

	Çalışıyor		Çalışmıyor		p
	Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)	Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)	
BECK-Depresyon	11.5 ± 4.6	14.0 4.0 - 15.0	16.0 ± 10.5	15.0 0.0 - 41.0	0.224
Durumluluk Kaygı Ölçeği	30.8 ± 5.7	31.0 21.0 - 38.0	34.3 ± 9.1	35.0 20.0 - 58.0	0.301
Sürekli Kaygı Ölçeği	39.3 ± 7.1	40.5 27.0 - 49.0	44.4 ± 9.1	43.0 25.0 - 71.0	0.155

Mann-whitney u test kullanılmıştır.

Vaka grubunda 8i çalışıyor, 92si çalışmıyor, toplam 100 hasta vardır.

Çalışanlarda; beck depresyon puanı 4.0-15.0 puan arasındadır. Ortalama 11.5±4.6 dir. Çalışmayanlarda; beck depresyon puanı 0.0-41.0 puan arasındadır. Ortalama 16.0±10.5 dir. P= 0.224 (p>0,05)dür. Çalışan ve çalışmayan hastalarda beck depresyon skoru arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

Çalışanlarda; durumluluk kaygı ölçeği puanı 21.0-38.0 puan arasındadır. Ortalama 30.8±5.7 dir. Çalışmayanlarda; durumluluk kaygı ölçeği puanı 20.0-58.0 puan arasındadır. Ortalama 34.3±9.1dir. p= 0.301 (p>0,05)dir. Çalışan ve çalışmayan hastalarda durumluluk kaygı ölçeği skor arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

Çalışanlarda; sürekli kaygı ölçeği puanı 27.0-49.0 puan arasındadır. Ortalama 39.3±7.1 dir. Çalışmayanlarda; sürekli kaygı ölçeği puanı 25.0-71.0 puan arasındadır.

Ortalama 44.4±9.1 dir. p=0.155 (p>0,05) tir. Çalışan ve çalışmayan hastalarda sürekli kaygı ölçeği skoru arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

Tablo 6-9. Aylık Gelir Durumu ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki

	Aylık Gelir Düşük			Aylık Gelir Orta			p
	Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)		Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)		
BECK-Depresyon	17.3 ± 10.7	16.0	1.0 - 41.0	13.9 ± 9.4	13.5	0.0 - 40.0	0.104
Durumluk Kaygı Ölçeği	35.0 ± 9.8	37.0	20.0 - 58.0	33.0 ± 7.8	33.0	20.0 - 49.0	0.359
Sürekli Kaygı Ölçeği	44.8 ± 10.1	44.0	25.0 - 71.0	43.0 ± 7.7	43.0	27.0 - 66.0	0.475

Vaka grubunda 52 kişi düşük, 48 kişi orta gelirli olmak üzere toplam 100 kişi vardı.

Mann-whitney u testi uygulanmıştır.

Vaka grubunda aylık geliri düşük olanların beck depresyon puanı 1.0-41.0 puan arasındadır. Ortalama 17.3±10.7 dir. Aylık geliri orta olanların beck depresyon puanı 0.0-40.0 puan arasındadır. Ortalama 13.9±9.4 tür. P=0.104 (p>0,05) tür. Aylık geliri düşük ve orta olan hastalar arasında beck depresyon skoru arasında anlamlı korelasyon yoktu.

Vaka grubunda aylık geliri düşük olanların durumluluk kaygı ölçeği puanı 20.0-58.0 puan arasındadır. Ortalama 35.0±9.8 dir. Aylık geliri orta olanların durumluluk kaygı ölçeği puanı 20.0-49.0 puan arasındadır. Ortalama 33.0±7.8 dir. P= 0.359 (p>0,05) dur. Aylık geliri düşük ve orta olan hastalar arasında durumluluk kaygı ölçeği skoru arasında anlamlı korelasyon yoktu.

Vaka grubunda aylık geliri düşük olanların sürekli kaygı ölçeği puanı 25.0-71.0 puan arasındadır. Ortalama 44.8±10.1 dir. Aylık gelirin orta olanların sürekli kaygı ölçeği puanı 27.0-66.0 puan arasındadır. Ortalama 43.0±7.7 dir. P= 0.475 (p>0,05) dir. Aylık geliri düşük ve orta olan hastaların sürekli kaygı ölçeği arasında anlamlı korelasyon yoktu.

Tablo 6-10. Başka Kronik Hastalık Olma Durumu ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki

	Başka Kronik Hastalık-Var			Başka Kronik Hastalık-Yok			p
	Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)		Ort.±s.s.	Med(Min-Mak)		
BECK-Depresyon	18.5 ± 9.6	16.0	3.0 - 41.0	11.3 ± 9.5	7.5	0.0 - 35.0	0.000
Durumluk Kaygı Ölçeği	36.0 ± 8.8	36.0	20.0 - 58.0	31.1 ± 8.3	30.0	20.0 - 47.0	0.010
Sürekli Kaygı Ölçeği	46.2 ± 8.8	45.0	27.0 - 71.0	40.5 ± 8.3	39.0	25.0 - 60.0	0.002

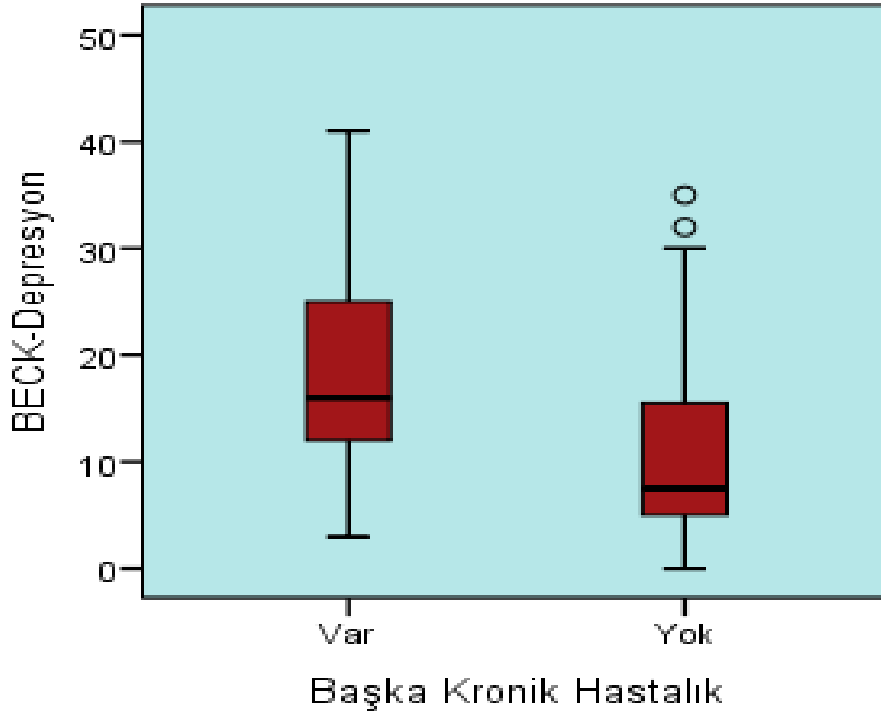
Vaka grubunda başka kronik hastalığı olan 60 (%60.0), olmayan 40 (%40.0); toplam 100 hasta vardır.

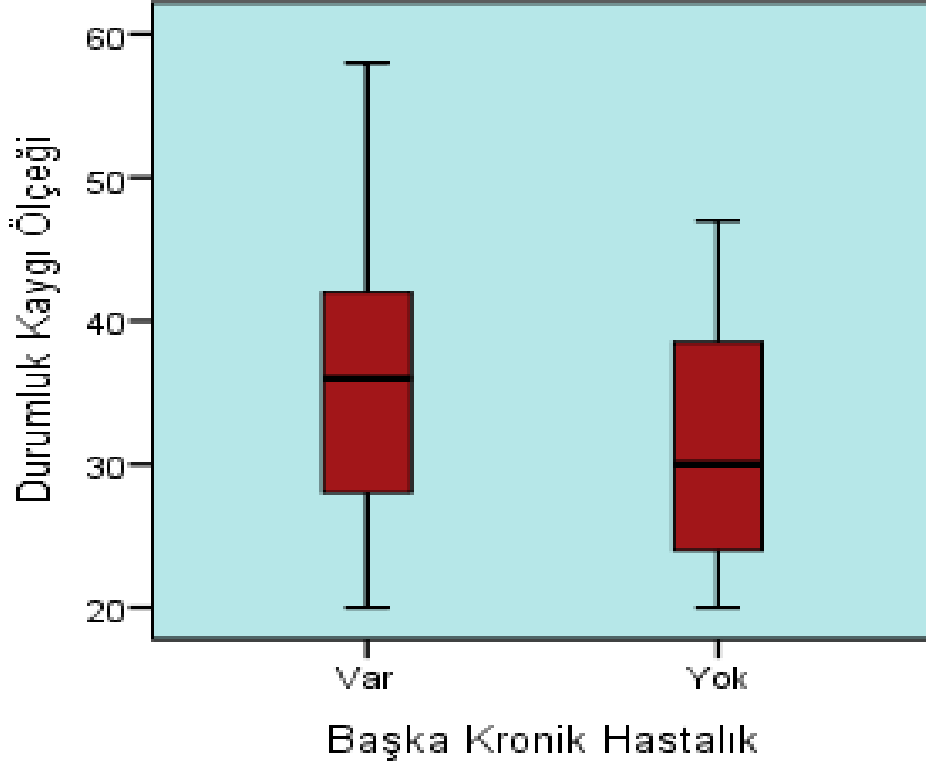
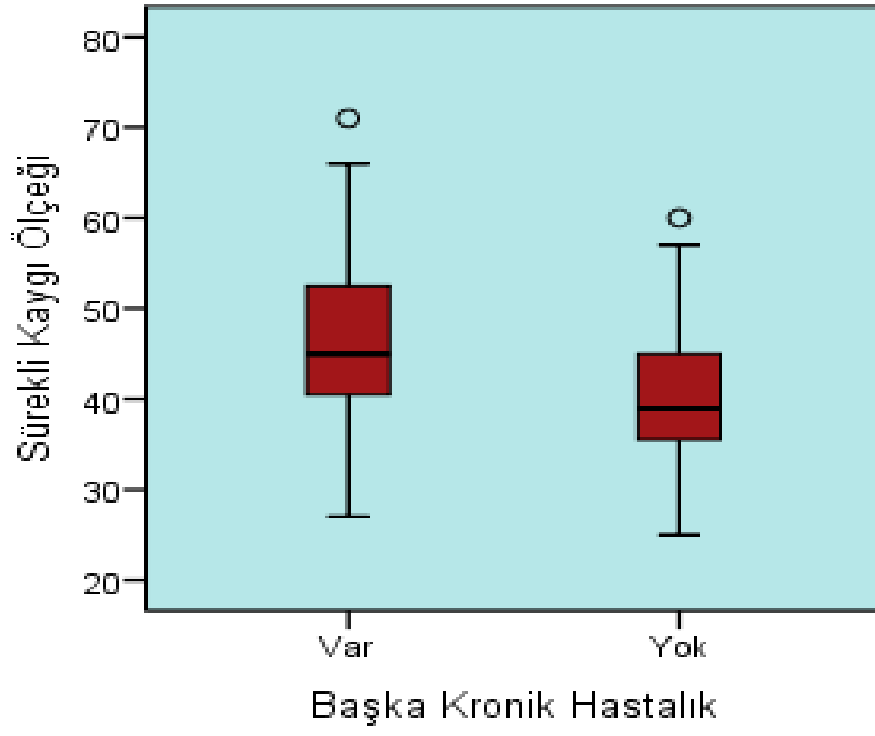
Mann-whitney u testi kullanılmıştır.

Başka kronik hastalığı var olan hastalarda beck depresyon puanı 3.0-41.0 puan arasındadır. Ortalama 18.5 ± 9.6 dır. Başka kronik hastalığı olmayan hastalarda beck depresyon puanı 0.0-35.0 puan arasındadır. Ortalama 11.3 ± 9.5 dir. $P= 0.000$ ($p < 0,05$) dir. Başka kronik hastalığı olanlarda, başka kronik rahatsızlığı olmayanlara göre beck depresyon skoru anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Başka kronik hastalığı var olan hastalarda durumluluk kaygı ölçeği puanı 20.0-58.0 puan arasındadır. Ortalama 36.0 ± 8.8 dir. Başka kronik hastalığı olmayan hastalarda durumluluk kaygı ölçeği puanı 20.0-47.0 puan arasındadır. Ortalama 31.1 ± 8.3 tür. $P= 0.010$ ($p < 0,05$)dur. Başka kronik hastalığı olanlarda, başka kronik rahatsızlığı olmayanlara göre durumluluk kaygı ölçeği puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Başka kronik hastalığı var olan hastalarda sürekli kaygı ölçeği puanı 27.0-71.0 puan arasındadır. Ortalama 46.2 ± 8.8 dir. Başka kronik hastalığı olmayan hastalarda sürekli kaygı ölçeği puanı 25.0-60.0 puan arasındadır. Ortalama 40.5 ± 8.3 tür. $P= 0.002$ ($p < 0,05$) dir. Başka kronik hastalığı olanlarda sürekli kaygı ölçeği başka kronik rahatsızlığı olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu.





Tablo 6-11. Diyete Uyum Durumu ile Beck Depresyon ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Arasındaki İlişki

	Diyet Yapıyor				Diyet Yapmıyor				P
	Ort.±s.s.	Med	(Min-Mak)		Ort.±s.s.	Med	(Min-Mak)		
BECK-Depresyon	15.4 ± 9.9	15.0	0.0	41.0	16.0 ± 10.9	14.0	1.0	37.0	0.971
Durumluk Kaygı Ölçeği	34.3 ± 8.8	35.0	20.0	58.0	33.6 ± 9.3	32.0	20.0	53.0	0.743
Sürekli Kaygı Ölçeği	44.0 ± 9.0	43.0	27.0	71.0	43.9 ± 9.2	43.5	25.0	59.0	0.988

Vaka grubunda diyete uyan 66 (%66.0) , diyetine uymayan 34 (%34.0); toplam 100 hasta vardır.

Mann-whitney u test uygulanmıştır.

Diyetine uyan hastalarda beck depresyon puanı 0.0-41.0 puan arasındadır. Ortalama 15.4±9.9 dur. Diyetine uymayan hastalarda beck depresyon puanı 1.0-37.0 puan arasındadır. Ortalama 16.0±10.9 dur. P= 0.971 (p>0,05) dir. Diyetine uyan ve uymayan hastalar arasında beck depresyon puanı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

Diyetine uyan hastalarda durumluluk kaygı ölçeği puanı 20.0-58.0 puan arasındadır. Ortalama 34.3±8.8 dir. Diyetine uymayan hastalarda durumluluk kaygı ölçeği puanı 20.0-53.0 puan arasındadır. Ortalama 33.6±9.3 tür. P= 0.743 (p>0,05) tür. Diyetine uyan ve uymayan hastalar arasında durumluluk kaygı ölçeği puanı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

Diyetine uyan hastalarda sürekli kaygı ölçeği puanı 27.0-71.0 puan arasındadır. Ortalama 44.0±9.0 dır. Diyetine uymayan hastalarda sürekli kaygı ölçeği puanı 20.0-53.0 puan arasındadır. Ortalama 43.9±9.2 dir. P= 0.988 (p>0,05)dir. Diyetine uyan ve uymayan hastalar arasında sürekli kaygı ölçeği puanı arasında anlamlı bir korelasyon yoktu.

7. TARTIŞMA

Hastalık kişinin gelecek planlarına, günlük yaşamının akışına ne kadar engel oluyorsa o kadar ağır sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar hastalığa uyum çabalarından klinik düzeyde ruhsal bozukluklara kadar değişebilir(9).

SDBY hastalığının varlığı önemli bir psikososyal stres faktörüdür. Hastanın normal yaşam tarzı bozulmuş, ilerleyici kısıtlamalar, sosyal güçlükler, çalışma potansiyelinde düşme, evlilik ilişkilerinde bozulma, hayatın tehdit altında olduğu hissi ve ölüm korkusu bir çok psikolojik problemin ortaya çıkmasına sebep olur(55).

WHO nun sağlık tanımına göre ‘ Sağlık sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir’(56).

Son dönem böbrek hastalığı tedavisinin seçkin yöntemi olan renal transplantasyon sayısı dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de bekleme listesinde yer alan hasta sayısındaki artışı karşılayamamaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde renal transplantasyonun oranının artırılması gerekmektedir.

Renal transplantasyon oranının artırılması hem hasta konforu hem de ülke ekonomisi açısından önemlidir. Yapılan hesaplamalarda, SDBY olan bir hastanın 5 yıllık tedavi maliyeti, diğer tedavi seçeneklerine (hemodiyaliz ve periton diyaliz) göre renal transplantasyon için çok daha ekonomiktir.

Günümüzde ancak canlılardan veya kadavralardan böbrek temin edilebilmektedir. Ülkemizde kadavralardan temin edilebilen böbrek oranı, son yıllarda artış göstermesine rağmen halen istenilen düzeyde değildir ve bu konuda yürütülen kampanyalardan istenilen sonuç elde edilememektedir(57).

Başarılı transplantasyon, KBY tedavi seçenekleri arasında, normal böbrek işlevlerine en yakın sonucu sağlayan yöntemdir. Ancak organ bağışındaki yetersizlik nedeni ile 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(7).

Diyaliz iki şekilde uygulanabilir. Bunlar periton diyalizi ve hemodiyalizdir. Her iki tedavi yöntemi hastayı makinaya ve/veya tedavi ekibine bağımlı kılar. Genelde iki uygulama arasında seçim olası ise hastanın kişilik yapısı, sosyal ortamı ve kendi isteği göz önüne alınabilir(54).

KBY kişinin günlük etkinliklerini, evlilik ve aile yaşantısını, mesleki yeterliliğini ciddi ölçüde bozarak, hastaya aileye ve topluma ağır bedel ödetmektedir(7).

Transplantasyon öncesi, sırası ve sonrasında psikososyal sorunlar olabilmektedir. Uygun bir organ almayı ümit eden hastalar birçok kaynaktan (internet, destek grupları, organ nakli olan bireyler) tıbbi bilgilerini arttırmaya çalışmaktadırlar. Bu bilgilenme sonucunda organ bulamama, bağışın kesin olmaması ve naklin tedavi sağlamayabileceğinin bilinmesi anksiyete yaşanmasına yol açmaktadır. Bu genel belirsizlik nakil öncesinde bireylerde psikososyal sorun gelişimine neden olmaktadır(9).

Bedensel ve ruhsal hastalıkların bireyin sosyal, fiziksel ve psikolojik alanları üzerinde olumsuz etkileri bilinmektedir. Organ naklinde bir organın fizyolojik kabulü kadar, psikolojik kabulüde önemlidir(54).

Şuana kadar son dönem böbrek hastalığında çeşitli tedavi yöntemi kullanılmış olup bunların uygulanabilmesi için uygun koşulların uygulanabilmesi gerekmektedir(55).

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.

Genel kanı KBY’de ruhsal bozuklukların yaygın olduğu yönündedir. Ancak; üremi, ilaç yan etkileri, sistemik lupus eritamotозus gibi altta yatan birinci hastalıklar, anemi, elektrolit dengesizliği gibi komplikasyonlar ruhsal bozuklukları taklit edebilmekte, yaygınlığın olduğundan fazla görünmesine yol açabilmektedir. Bu nedenle KBY hastaları multidisipliner bir anlayışla ele alınmalıdır.

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(7).

Son dönem böbrek hastalığında çok sayıda psikiyatrik morbidite araştırmaları olmasına rağmen daha çok depresyon araştıran çalışmalar bulunmaktadır(55).

Hemodiyaliz uygulamasının kişinin iş ve sosyal yaşamından çaldığı süre ve kan biyokimyasındaki toksik madde düzeyindeki dalgalanmaların yarattığı bedensel-ruhsal zorlanmaların varlığı göz önüne alındığında; hastaların dörtte üçünden fazlasının ‘dialize

bağımlılıktan kurtulmak, daha zinde olabilmek ya da çalışabilmek' amacıyla ameliyatı tercih etmiş olmaları beklenen bir bulgudur.

Sağduyu ve arkadaşlarının hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda yaptığı çalışmada her iki hasta grubunda HAD depresyon alt ölçeğinde eşiği geçen hasta oranı %40 civarında, anksiyete alt ölçeğinde eşiği geçen hasta oranı ise %12 (hemodiyalize girenlerde) ile %20 (nakil olanlarda) arasında olup; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde, SDBY olan hastalarda ruhsal bozuklukların sıklığı kesin olarak bilinmemekle beraber; kullanılan tanı koyma yöntemi görüşme ölçeği ve örneklem seçimine bağlı olarak, depresyon sıklığının %5 ile %30 arasında değiştiği görülmektedir. Yapılandırılmış tanı araçları ile yapılan araştırmalarda, ruh sağlığı tarama anketlerinden alınan sonuçlara göre genel olarak daha düşük oranlar elde edildiği; örneğin hemodiyalize giren hastalarda ICD-10 a göre depresif nöbet oranlarının %13lere ve yaygın bunaltı bozukluğu oranlarının %7lere kadar düşebildiği bildirilmiştir(5).

Depresyon kronik hastalıklar nedeniyle tedavi olan hastalarda yüksek oranlarda görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) bir araştırmasında temel sağlık alanında depresyonun en çok görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu ve dünyada görülen tüm hastalıklar içinde %10.4 lük bir kısmını oluşturduğu belirtilmiştir(54).

Hemodiyaliz hastalarında, bireysel farklılık görülmekle birlikte hastaların tepkileri genellikle belirli dönemlerden geçer.

- 1) Üremik dönem: henüz diyalize başlamayan hastalarda kronik böbrek yetmezliği belirtileriyle birlikte ölüm korkusu, umutsuzluk, halsizlik ve zihinsel çökkünlük olur.
- 2) Anksiyete dönemi (diyaliz başlangıcı): bu dönemde ortaya çıkan anksiyete hastaların tedavi ile ilgili endişelerinden kaynaklanır.
- 3) Balayı dönemi (diyalizde ilk 3hafta): semptomların gerilemesiyle birlikte hasta ölümden döndüğünü hisseder, apati azalır, öfori olur.
- 4) Depresyon dönemi: ilk 3 hafta yada 8-9 diyalizden sonra hasta içinde olduğu bağımlılığın farkına varır, öfori azalır. Tedaviye uyum güçlükleri ve depresyonun sık görüldüğü bu dönem genellikle 3-12 ay sürer.
- 5) Uyum dönemi: makinaya alışılmış. yaşam ilgi alanlarına geri dönmüştür. İleriye dönük plan ve beklentiler vardır(58).

Çalışmamız Şişli Florance Nightingale Hastanesi böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, KBY tanısı konulma süresi, diyalize girme süresi, çalışma durumları, aylık gelirleri ve diyetine uyma gibi değişkenlere göre incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada hastaların tamamına beck depresyon ölçeği ve durumluluk-kaygı ölçeği uygulanmıştır. Hastaların normal popülasyondan anksiyete-depresyon düzeylerinin farklı olup olmadığını saptamak içinde kronik hastalığı olmayan bireylerde beck depresyon ve durumluluk sürekli kaygı ölçekleri uygulanmıştır.

Diyaliz hastalarında normal topluma oranla depresyon ve anksiyete daha çok görülmektedir. Çalışmamızda da böbrek nakli bekleme listesindeki hastalar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında depresyon ($p=0.000$) ve anksiyete ($p=0.000$) düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulundu. Watson ve Clark'ın depresyon ile örtüşen ve hemen hemen ona en yakın olan fizyolojik yapının anksiyete olduğunu, genellikle depresyonun anksiyete ile ilişkilendirildiğini bildirmiştir.

Depresyon ve anksiyete gibi psikolojik hastalıklar diyaliz hastalarında birbirine eşlik eden ve çok rastlanan problemlerdendir(49).

Erengin ve arkadaşları HD hastalarında Beck Depresyon ölçeği puanları 14.1 ± 11.3 (58), Keçecioglu ve arkadaşları HD hastalarında 14.4 ± 10.2 (59), bizim çalışmamızda böbrek nakli bekleme listesindeki hastalarda 15.6 ± 10.2 dir.

Erengin ve arkadaşları HD hastalarında durumluluk sürekli kaygı ölçeği puanı 38.0 ± 10.7 , 48.4 ± 9.8 ; Özcan ve arkadaşları HD hastalarında durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği puanı 45.9 ± 9.5 , 49.7 ± 6.7 (59) , bizim çalışmamızda durumluluk ve sürekli kaygı ölçeği puanı 34.1 ± 8.9 , 43.9 ± 9.0 dır.

Diyaliz seyrinde sık görülen komplikasyonlardan biri olan depresyon büyük ölçüde kayıplarla ilişkilidir. Bu hastalarda depresyon bir kısır döngü oluşturur. Depresyon, genellikle fiziksel durumun kötüleşmesi ile ilgilidir. Ancak depresyonun varlığı da immün sistemi, kişisel hijyeni ve mücadele gücünü etkileyerek hastalığın seyrine olumsuz etkiye bulunur ve ortalama yaşam süresini kısaltır(58).

Diyaliz hastalarında %13-60 oranında depresyon görüldüğü bilinmektedir.

124 diyaliz hastasında yürütülmüş bir çalışmada %17.7de hafif düzeyde, %6.5'de majör depresyon bulunmuştur.

Craven ve arkadaşları, hepsi en az 3 aydan beri tedavi gören bir grup hemodiyaliz ve periton diyalizi hastasında %8.1 majör depresyon, %6.1 de distmik bozukluk tespit edilmiştir(55).

Özçetin ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, son dönem böbrek yetmezliği yaşayan hastalarda yüksek depresyon düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu belirlenmiştir.

Sağduyu ve arkadaşlarının (2006) hastane anksiyete ve depresyon (HAD) ölçeğinin depresyon alt ölçeğinde eşiği geçenlerin oranı %36.7 olarak bildirilmiştir(54).

Coşkunol ve arkadaşları tarafından yapılmış olan çalışmada Symptom Check-List-90-revised kullanılmış olup ölçeğin depresyon alt ölçek puanları hastaların %28inde yüksek olarak saptandığı bilinmiştir(55).

Metadolojik farklılıklar (farklı tanı kriterleri, farklı ölçekler, fiziksel hastalığın farklı evreleri, depresyon belirtilerinin böbrek yetmezliği belirtileriyle karıştırılması vb) nedeniyle çeşitli araştırmalarda çok farklı oranlar bildirilmektedir. Smith ve arkadaşlarının (1985) aynı hasta popülasyonunda üç ayrı ölçek kullanarak % 47, 10 ve 5 oranlarını bulmuşlardır(58).

Yapılan birçok çalışmada, farklı yöntemlerle tedavi edilen hastalar bir arada değerlendirmeye alınmıştır. Bu bulguların yanı sıra diyaliz şeklinin veya tedavi süresinin uzamasının depresyon prevelansı üzerinde etkili olmadığını ortaya koyan çalışmalar da vardır. Bu araştırmalarda hastaların zaman içinde hastalık ve tedaviye ilişkin stresörlere adaptasyon sağladıklarını ve daha kolay başa çıkabildiklerini ortaya koymuştur. Bizim çalışmamızda da diyalize girme süresiyle depresyon arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Son dönem böbrek hastalığı olan hastalar belirgin olarak kötü yaşam kalitesine sahiptir. Hastalar genelde yeterli sosyal aktivite ve iş uyumu gösterememektedir. Özellikle haftada 2-3 kez hastaneye gelmek, diyaliz cihazına 4-6 saat bağımlı olmak kişisel otonomide yıkıcı bir etki olarak gözükmektedir(55).

Yaşlılar ve çocuklar sıklıkla tedaviye genç erişkinlerden daha iyi uyum yaparlar. Bunun nedeninin çocuklarda çocuğun yaşamın böyle olduğunu düşünmesi, yaşlılarda ise yaşamdan beklentilerin düşük olması ve başka uğraşlarının olmaması olduğu düşünülmektedir(58). Fakat bizim çalışmamızda yaşla beck depresyon ve durumluluk-sürekli kaygı ölçekleri arasında farklılık saptanmadı. Çalışmamızda zaten çocuk hasta

yoktu. Çalışmamızda vaka grubunda yaş ortalaması 47.2 ± 12.4 dü. Literatür ile çelişmekteydi. Bunun sebebi hasta sayısının az alınmış olması, genç erişkin sayısının az olması, genç erişkinlerin uzun yıllardır KBY hastası olup diyaliz ile yaşamaya alışmış olmaları olabilir.

Diyaliz hastalarında anksiyetenin tedavinin başlangıç döneminde daha yoğun olduğu bildirilmektedir(55).

Karabulutlu ve Okanlı'nın (2011) hemodiyaliz hastalarının en fazla güç kaybı ve yorgunluk belirtileri yaşadıkları ve bu belirtileri hastalıkla ilişkilendirdikleri belirtilmektedir(9).

Çalışmamızın KBY tanısının koyulma zamanı ile depresyon-anksiyete düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu. Sağduyu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da KBY süresinin anksiyete ve depresyon üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır(5).

Çalışmamızda diyalize girme süresi ile depresyon ve durumluluk-sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu.(sırasıyla $p=0.464$, $p=0.723$, $p=0.542$) Litaratürle çelişmekteydi. Bunun sebebi uyum dönemindeki hasta sayısının fazla olması olabilir. Hastaların çoğunluğu makinaya alışmış olabilirler. Çelik ve Acar'ın yaptığı çalışmada diyalize girme süresi arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığı bulunmuştur(49). Diyaliz süresinin artması ile düzelme olmadığı gibi kötüleşmede olmamıştır.

Çalışmamızda aylık geliri düşük ve orta olan hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu. Çelik ve Acar'ın yaptığı çalışmada gelir durumu düşük olan hastaların Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanı diğer gelir durumlarına oranla daha yüksek bulunmuştur(49). Çalışmamız da aylık gelir durumuna göre depresyon ve anksiyete düzeyi litaratürle çelişmektedir. Bunun sebebi hastaların, hastalıklarından öncede düşük gelir düzeyine sahip olmaları olabilir.

Çalışmamızda diyetle uyum ile anksiyete ve depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. Diyetine uyan 66, uymayan 34 hasta vardı. Sağduyu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da diyetle uyum ile anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır(5). Bunun sebebinin hastalar için diyetle uyumun KBY de önemli bir faktör olduğunun farkında olmayabilirler.

Diyaliz hastalarında anksiyete, psikiyatrik tanı kategorileri arasında yer alan anksiyete bozukluklarının tipik belirtilerinden çok daha önce sıralanan uyum bozukluğu belirtilerinin daha belirginleşmesi biçiminde gözlenmektedir. Makinaya bağımlılık, kısıtlı özerklik, fiziksel, mesleki ve ailesel kayıplar, düşük yaşam kalitesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlev bozukluğu, ekonomik yetersizlik anksiyeteyi arttırmaktadır. Katastrofik tepkiler, öfke ve inkar sık görülür. Duygularını ifade edebilen, yeni ilgi alanları yaratabilen hastalar daha kolay uyum yaparlar. Diğer hastaların ise psikiyatrik yardım gereksinimleri vardır(58).

Özcan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada durumluluk ve sürekli kaygı değerlendirilmiş olup SAPD hastaları ile hemodiyaliz hastaları arasında her iki ölçeğe göre anlamlı istatistiksel sonuçlar alınmasına karşın hemodiyaliz hastalarında sürekli kaygının varlığı daha belirgin görülmekteydi. Bu durum SAPD hastalarında otonominin daha fazla olması ve tedavi ekibine daha az bağımlı olmalarıyla açıklanabilir görünmektedir(55).

Sağduyu ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada, böbrek nakli olan olgularda HAD'ye göre anksiyete oranı %20 olarak bulunmuştur(54).

Yetişkin'in (2008) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada ise KBY olan grupta kontrol grubuna göre yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon riski tespit edilmiştir(9).

Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla depresyon ve anksiyete görüldüğü bildirilmektedir(49). Araştırmamızda da kadınlarda Beck Depresyon puanı 18.3 ± 10.9 , erkekler de Beck Depresyon puanı 12.8 ± 8.5 bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınlarda Durumluluk Kaygı ölçeği puanı 36.1 ± 9.4 , erkeklerde 31.8 ± 7.8 bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınlarda sürekli Kaygı ölçeği puanı 46.8 ± 9.0 , erkeklerde 41.0 ± 8.1 bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Brems, Nolen-Hoeksema tarafından yapılan bir çalışmada kadınlarda erkeklere oranla iki kat fazla depresyon görüldüğü bildirilmektedir(49). Herhangi bir zamanda toplum içinde yapılan kontrollerde her 100 erkekten üçünde, her 100 kadından altısında depresyon görülüyor. Kadınlar en çok 35-45, erkekler en çok 55-70 yaşlarında depresyon geçiriyor(47). Kadınların aynı anda hem anne, hem eş, hem de iş kadını rollerini üstlenmek zorunda kalmalarından ötürü, daha fazla strese maruz kalmaları bunda önemli bir etken olabilir(49).

Çalışmamızda vaka grubunda çalışma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü. ($p=0.036$) Vaka grubunda çalışma oranı %8, çalışmayanların oranı %92; kontrol

grubunda çalışma oranı %18, çalışmayanların oranı %82 ydi. Bu literatürle uyumluydu. Bunun sebebi haftada 3 gün ortalama 3-4 saat diyalize girmeleri ve diyaliz sonraları kendilerini halsiz hissetmeleri olabilir.

Çalışmamızda başka kronik rahatsızlığı olan hastalarda depresyon ve durumluluk-sürekli kaygı ölçeği puanı başka kronik rahatsızlığı olmayanlara oranla daha fazladır. Sağduyu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada başka kronik rahatsızlık olmasının depresyon ve anksiyete ile bir ilişkisi bulunmamıştır(5). Bunun sebebi artı bir hastalıklarının olması, kişilerde olumsuz etki yapıyor, diyaliz sürecini de etkileyebileceğini düşünüyor olabilirler.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile depresyon- durumluluk sürekli kaygı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.(sırasıyla $p=0.219$, $p=0.663$, $p=0.327$). Sağduyu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim görülen yıl sayısının azalmasının depresyon alt ölçeği eşliğini geçmeyi öngördüğü belirlenmiştir. Yine Sağduyu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anksiyete alt ölçeğine ait eşik üzerinde yordayıcı etkisi olan bir değişken bulunamamıştır(5). Bu literatürle çelişmektedir. Bunun sebebi hasta sayımızın az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda medeni durum ile depresyon anksiyete arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu. Yine Sağduyu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da medeni durum ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır(5). Bu farklılık olmamasının sebebi bekar olanlarında aileleri ile yaşıyor olabilecekleri, yalnız olmamaları, bakım verecek anne,baba, kardeş olabilir. Bu konuda daha derin araştırma yapılması gerekmektedir.

De Nour ve Shanan'ın (1980) yaptığı çalışmada 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 anlaşılamayan bir şekilde çok daha iyi hissetmekte ve hepsi diyalize dönmemeyi dilemektedir(7).

Nesibe K ve Barlas Ü.G nin yaptığı karaciğer nakli olan hasta ve hasta yakınlarında da ciddi depresyon düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Hem hasta hem de yakınlarının durumluluk kaygı ölçeklerinin düşük çıkmasını, ameliyat sürecinin tamamlanmış olmasına, yaşama ilişkin umudun artmasına ve tedavisi hakkındaki kaygılarının azalmasına bağlanabileceğini düşündürmüştür. Sürekli kaygı düzeyinin her iki grupta artmış olmasını ise nakil sonrası ortaya çıkan yeni organın vücut tarafından kabulüne ve reddine yönelik

endişeler veya çıkabilecek komplikasyonların varlığı ile açıklanabileceği düşünülmüştür(54).

Fukunishi ve arkadaşlarının (2001) karaciğer nakli öncesi ve sonrası dönemde görülen psikiyatrik bozuklukları araştıran çalışmalarındaki hastaların (n=41), nakil öncesi %15inin, nakilden üç ay sonra %54 ünün, bir yıl sonra %7sinin, üç yıl sonra %2sinin psikiyatrik bozukluk yaşadığı bulunmuştur(54). Hastalar nakil sonrası süreç uzadıkça rejeksiyon riskinin azalacağını düşünüyor olabilir.

Bir grup araştırmacı, transplantasyon sonrasında fiziksel ve sosyal yönden istatistiksel olarak anlamlı bir iyileşme görüldüğünü ve hastaların duygusal durumlarının giderek kalkındığını belirtmişlerdir. Hastaların normal popülasyonun yaşam niteliğine ulaştıkları vurgulanmıştır.

Simmons ve Abres (1990) yaptığı çalışmada 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(7).

Goetzmann ve arkadaşlarının (2008) kalp, akciğer, karaciğer ve böbrek nakli olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların çoğunluğunda nakil sonrasında psikolojik durumlarının sosyal yaşamlarını etkilediği bulunmuştur. Tüm nakil gruplarında, nakledilen organın çalışıp çalışmayacağına yönelik kaygıların ve özellikle aile, arkadaş ve nakil ekibine karşı gelişen sorumluluk duygusunun ortak olduğu belirtilmiştir(54).

Sensky (1989), bekleme listesindeki 51 kronik diyaliz hastasını anksiyete, depresyon ve sosyal uyum açısından incelemiş, %33ünde psikiyatrik bozukluk belirlemiştir. Daha sonra içlerinden transplantasyon uygulanan 18ini bir yıl süreyle takip etmiştir. Yalnız üçünde operasyon sonrası psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Transplantasyon sonrası süre uzadıkça psikiyatrik morbidite oranının belirgin biçimde azaldığı saptanmıştır.

Nakilden bir süre sonra hemen tüm hastalarda belirli düzeyde anksiyete ve depresyon gözlemlendiği bildirilmektedir. Yine de işlevini gören doku, alıcının duygusal iyilik halinde belirgin bir düzelme sağlamaktadır(38).

Son dönem böbrek hastalarının çok zor yaşam koşullarına adapte olabilecekleri gösterilmiştir. Ancak fiziksel ve ruhsal rehabilitasyonun tam yapılmasının ve uygun tedavi seçiminin önemi vurgulanmıştır(55).

Psikolojik uyum teŖhis ve tedavi için hastaneye yatma, hastalığın ktleŖmesi, tedavilerin yetersizliği ve öz bakım kaybı ile ilgili istek ve deđiŖimlere bağlıdır. Hasta için çok stresli olan bu süreçte özellikle hastalık ktleŖtike, depresyon görülebilir. Hasta ve ailesi rollerini, beklentilerini ve yaŖam hedeflerini yeniden tanımlamak durumunda kalır.

Kronik hastalığı olan bireyde duyu kaybı, önsezi ve kontrol kaybı, mortalitenin artması, önemli rollerin ve arkadaŖlığın kaybı, seksüel yetenek kaybı, geleceğin belirsizliği, yaŖamın anlam ve amacının kaybı, prosedürlerden korkma, ölümden korkma gibi kaygı ve korkular görülmektedir.

Kronik hastalıklarda psikolojik tedavi ve bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçasıdır(9).

8. SONUÇ

Sosyo-demografik özelliklere göre böbrek nakli bekleme listesindeki hastalar ile normal popülasyondaki kişiler karşılaştırıldığında;

Çalışmaya katılanlar her iki grupta da 18 yaş ve üstü kişilerdir.

Vaka grubunda yaş ortalaması 47.2 ± 12.4 ; kontrol grubunda ise 46.4 ± 13.0 dır.

Vaka grubunda %52si kadın, %48i erkek; kontrol grubunda ise %50si kadın, %50si erkektir.

Vaka grubunda %65i ilkokul, %11 ortaokul, %18 lise, %6sı üniversite ve üstü; kontrol grubunda ise %69 ilkokul, %10 ortaokul, %14 lise, %7 üniversite ve üstüdür.

Vaka grubunda %8i çalışıyor, %92si çalışmıyor; kontrol grubunda ise %18 çalışıyor %88i çalışmıyor.

Vaka grubunda aylık geliri düşük olanlar %52, orta olanlar %48; kontrol grubunda ise %53 düşük, %47 ortadır.

Hastaların %60ında başka kronik hastalık var, %40ında başka kronik hastalık yoktur.

Hastaların %66sı diyetine uyarken, %34ü diyetine uymamaktadır.

Hastaların KBY tanısı aldıkları zaman 1-102 ay arasındadır. (11.7 ± 13.0)

Hastaların diyalize girme süreleri 0-102 ay arasındadır. (12.0 ± 17.3)

Hastaların böbrek nakli bekleme listesindeki süreleri 1-125 aydır. (13.9 ± 23.7)

Böbrek nakli bekleme listesindeki hastalarda çalışma oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü.

Böbrek nakli bekleme listesindeki hastalarda depresyon ve anksiyete görülme oranı kontrol grubuna göre daha fazlaydı.

Böbrek nakli bekleme listesindeki kadın hastalarda erkek hastalara oranla depresyon ve anksiyete görülme olasılığı daha fazlaydı.

Böbrek nakli bekleme listesindeki hastalarda başka kronik rahatsızlığı olan hastalarda olmayanlara göre depresyon ve anksiyete görülme olasılığı daha fazlaydı.

8.1. ÖNERİLER

SDBY tedavisinde böbrek nakli seçkin bir tedavi yöntemi olmuştur.

Fakat ülkemizde kadavradan organ nakli beklenen düzeyde değildir, canlıdan nakiller daha fazla yapılmaktadır. Böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların sayısı da her geçen gün artmaktadır. Organ çıkıp çıkmayacağı konusunda ki belirsizlik hastalarda psikososyal sorunların artmasına sebep olmaktadır.

Kadavradan nakillerin sayısını arttırmak için halk organ nakli konusunda bilgilendirilmelidir.

Böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların ruhsal yönden izlenmesi, gereken hastalarda psikiyatrik tedavi sağlanmalıdır.

Diyaliz merkezlerinde psikolog ve psikiyatrist bulunmalıdır.

9. TEŞEKKÜR

Tezimin yapılışı esnasında desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Yard. Doç. Dr. C. Ata BOZOKLAR' a teşekkür ederim.

Yard. Doç. Dr. Melek Astar'a teşekkür ederim.

Prof. Dr. Salih Pekmezci'ye teşekkür ederim.

Prof. Dr. Barış AKİN'e, Mine Uraz'a, Psikolog Alihan Atille'ye ve Şişli Florance Nightingale Hastanesi böbrek nakli ekibine teşekkür ederim.

Gülten Doğru ve her zaman yanımda olan arkadaşım Serpil Çalışkan'a teşekkür ederim.

Beni yetiştiren anneme, babama ve sevgili kardeşlerime teşekkür ederim.

Ayrıca Dr. Senger Chelebi' ye teşekkür ederim.

10. KAYNAKLAR

1. Andreoli TE, Evanoff GV, Ketel BL ve ark. Chronic Renal Failure. Cecile Essentials of Medicine. Ed: Androlli TE, Bennet CJ, Crapenter CJ, Plum F, Smith LH, Philadelphia, Saunders Company, 1993
2. Akpolat T, Ulaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. Kayseri, 1993
3. Raiz L, Davies EA, Ferguson RM. Sexual functioning following renal transplantation. *Health Soc Work*. 2003, 28:264-7
4. House A. Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome. *J Psychosom Res*. 1987, 31: 441-452
5. Sağduyu A, Erten Y. Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998, 9: 13-22
6. Rundel JR, Hall RCW. Psychiatrics of consecutively evaluted outpatient renal transplant candidates and comparisons with consultation-liaison inpatients. *Psychosomatics*. 1997, 38: 269-276
7. zrmez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyarik ve Psikososyal Yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003, 14(1): 72-80
8. Christopherson L. Cardiac transplantation: a psychological perspective. *Circulation*. 1987, 75: 57-62
9. zdemir , Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013, 1: 57-72
10. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray FN. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med. Sep*. 1998, 105(3): 214-221
11. Dimartini A, Twillman R. Organ Transplantation and paronoid Schizophrenia. *Psychosomatics*. 1994, 35: 159-161
12. Akpolat T, Utaş C ve Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevi. 1999
13. Sögüt İ. Böbrek Fizyolojisi. Diyaliz El Kitabı. Ed: A. Sezen. Nobel Tıp Kitapevi, 2013
14. Hiçdurmaz D, z F.. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların stresle başa çıkma biçimleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2009: 1-16

15. Akoğlu E, Süleymanlar G. Kronik böbrek yetmezliği. In: İç Hastalıkları Cilt 1. Ed: Süleymanlar İ, İliçin G, Biberöğlu K, Ünal S. Güneş Tıp Kitapevleri. Ankara. 2012
16. Yeksan M, Tonbul Z. H. Kronik böbrek yetmezliğinin mekanizması. In: Harrison İç Hastalıkları Prensipleri 2. Ed: Sağlıker Y. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevi. 2004
17. Üstündağ S. Kronik Böbrek Yetersizliği. In: Netter İç Hastalıkları. Ed: Ünal S, Demir M. Ankara. Güneş Tıp Kitapevi. 2009
18. Süleymanlar G. Epidemiyoloji, Etiyoloji. In: Hekimler için Hemodiyaliz Kaynak Kitabı. Ed: Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul Z.H, Türk s, Yıldız A. Ankara, Güneş Tıp Kitapevi, 2009
19. Türk Nefroloji Derneği ve SB ‘ Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon’ Ankara, 2014, S: 1
20. Türk Nefroloji Derneği, Türkiye’de Nefroloji- Diyaliz ve Transplantasyon, Kayıt Sistemi Raporu,2007
21. <https://organ.saglik.gov.tr/web/>
22. Ersan S, Çavdar C. Böbrek yetmezliğinde diyaliz tedavisi. In: Harrison’s Principles of Internal Medicine II. Ed: Biberöğlu K. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri,2013
23. Van Stone J.N, Daugirtas J.T. Physiologic principles. In: Handbook of Dialysis. Ed: Daugirtas J.T, Ing T.S. Boston, Little, Brown and Company, 1994
24. Kıralp N, Kıralp S, Sağlıker Y. Böbrek yetmezliği durumunda diyaliz tedavisi. In: Harrison İç Hastalıkları Prensipleri II. Ed : Sağlıker Y. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2004
25. Dener G. Genel Cerrahi. İstanbul, Klinisyen Tıp Kitapevleri, 2005
26. Serdengeçti K, Seyahi N. Hemodiyaliz ve periton diyalizinin avantaj dezavantajları. İn: Hekimler İçin Hemodiyaliz Kaynak Kitabı. Ed: Arık n, Ateş k, Süleymanlar G, Tonbul Z.H, Türk S, Yıldız A. Ankara, Güneş Tıp Kitapevi, 2009
27. Ziyadeh N.F. Renal replasman tedavisinin medikal komplikasyonları. İn: NMS İç Hastalıkları. Ed: Yılmaz C. İstanbul, Nobel TıpKitapevleri, 1998
28. Özdağ N. Organ nakli ve bağışına toplumun bakışısı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2001, 5(2) : 46-55
29. Ereğ E. Nefroloji. İstanbul, Güzel Sanatlar Matbaası, 1999
30. nefroloji.medicine.ankara.edu.tr/files/2013/10/Txinceleme.ppt

31. http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2011/salon_2/2011-05_19/10.20/cetin_ozener/cetin_ozener.pdf
32. Haberal M, Karakayalı H, Bilgin N. Kidney transplantation activities in Turkey. *Transplantation Proceedings*. 1996, 28: 408-409
33. Haberal M, Bilgin N, Arslan G. Twenty two years of experience in transplantation. *Transplantation Proceedings*. 1998, 30: 683-684
34. Göksoy E. Organ trasplantasyonları. In: Genel Cerrahi Ders Kitabı. Ed: Göksoy E. İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2010
35. Güngör Ö, Tatar E, Töz H. Böbrek nakli hastalarında plazmaferez tedavisi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2013, 22(1): 1-6
36. Çayırılı M. Genel Cerrahi I. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002
37. Kubat F. Halkın Organ Bağışına İlişkin Düşünceleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Genel Cerrahi Anabilim Dalı. İstanbul 2014
38. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Böbrek transplantasyonu ve psikiyatri. *Klinik Psikiyatri*. 2003, 6: 225-234.
39. Haberal M, Moray G, Gülay H. Böbrek transplantasyonu. In: Temel Cerrahi. Ed: Sayek İ. Ankara, Güneş Tıp Kitapevi, 2004
40. Tütüncü T, Yüksek N. Genel Cerrahi. İstanbul, Klinisyen Yayınları, 2008
41. Organ ve Doku Hizmetleri Yönetmeliği. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-560/organ-ve-doku-nakli-hizmetleri-yonetmeligi.html>
42. Genç R. Türkiye’de ve dünyada organ transplantasyon cerrahisi: Transplantasyon lojistiğinin önemi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*. 2009, 25(1): 40-44
43. Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-6882/ulusal-organ-ve-doku-nakli-koordinasyon-sistemi-yonerge-.html>
44. Çaylan A.K, Tüleylioğlu M, Hülür Ü, Ekinçi S. Ulusal Organ Bilgi Sistemi Türkiye. VII Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Bildirileri. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Ankara. S: 99-108
45. Kaya E. Kadavradan organ alınması. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*. 2002. 19(3): 217-228
46. Bayraktar S. Organ Nakli ve Psikolojik Yaşam. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2013.

47. Mete E.H. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2008, 11(3): 3-18
48. Köroğlu E. Bilişsel-Davranışçı Psikoterapiler. Ankara, HYB Basım Yayın, 2009.
49. Çelik C.H, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2007, 12(1): 23-27
50. Köroğlu E. Psikiyatri Ders Kitabı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2012.
51. Özgüven D.H, Tuncer T.H. Uyum bozukluğu. *Kriz Dergisi*. 1997,5(2): 87-94
52. Dankı D, Dilbaz N, Okay T, Açıköz Ç, Erdinç B.I, Telci Ş. Madde kullanımına bağlı gelişen psikotik bozuklukta atipik antipsikotik tedavisi: bir gözden geçirme. *Bağımlılık Dergisi*. 2005, 6: 136-141
53. Arslanoğlu K. Psikiyatri El Kitabı. İstanbul,Adam Yayınları, 2002
54. Kaçmaz N, Barlas Ü.G. Karaciğer nakli yapılan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2014, 5(1): 1-8
55. Özcan Y, Baştürk M, Aslan S.S, Utaş C. hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarda psikiyatrik morbidite ve yaşam kalitesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 2000, 7(4): 333-337
56. Health for All Targets:The Health Policy for Europe. Updated edition-1991, World Health Organization, European Health for All Series, No.4, 1993.
57. Hoşçoşkun C, Duman S, Töz H, Aşçı G, Özkahya M, Sözbilen M, Tanıl V, Ok E, Başcı A, Yarıbaş Ö, Kaplan H. Renal transplantasyon yapılan 388 erişkin hastanın analizi: Ege Üniversitesi sonuçları. *Genel Tıp Dergisi*. 2002, 12(3): 91-94
58. Cimilli C. Hemodiyalizin psikiyatrik yönleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*.1994, 3(3): 88-92
59. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008, 45: 78-84

EKLER

EK 1



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/139
KONU: Anket hk.

TARİH :05/05/2015

ŞİŞLİ FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Organ ve Doku Koordinatörlüğü Eğitim Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif ALTUNTAŞ'ın "Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilâşikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

Dr. Özyay ÜNAL
Özel Şişli
Florence Nightingale Hast.
Mesul Müdür

GELİN EVRAK KAYIT	
TARİHİ	NO'SU
06.05.2015	381

EK 2



SAYI: İDR 2015 - 271
KONU: Anket hk.

TARİH: 06.05.2015

T.C
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 50400462/139 Sayılı, 05.05.2015 tarihli yazınız.

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Organ ve Doku Koordinatörlüğü Eğitim Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Elif ALTUNTAŞ' ın, "Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu hastanemizde gerçekleştirmesi uygundur.

Bilgilerinize sunulur.

Dr. Okan ÖZÇEKER
Başhekim Yardımcısı

Dr. Okan ÖZÇEKER
Özel Şişli
Florence Nightingale Hast.
Başhekim Yardımcısı



EK 3

Elif <altuntas.elif88@gmail.com>

23 Oca (6 gün
önce)

Alıcı: Gamze

Çok teşekkür ederim. Gönderdiğiniz ölçeği kullanıcam..

iPhone'umdan gönderildi

22 Oca 2015 tarihinde 16:13 saatinde, Gamze Ünal <gamzeunal57@hotmail.com> şunları yazdı:

Merhaba, bu maili Prof.Dr.Nesrin Hisli Şahin adına yazıyorum

Sayın Altuntaş,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını ve ölçeğin ikinci sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, envanterin orjinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

<BDE2010 (2).doc>

<BDE2010.doc>

<Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine bir Çalışma.pdf>

<Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerl.pdf>

EK 4

26.01.2015

Merhaba Sayın Necla ÖNER Hanım

Ben Bilim Üniversitesi Doku ve Organ Nakli Koordinatörlüğünde Yüksek Lisans yapıyorum. 'Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi' başlıklı tezimde Güvenirlilik Geçerlilik çalışmasını yaptığımız Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum. Gerekli iznin verilmesi hususunda, bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim

Elif ALTUNTAŞ



Fax no:0212 #14 3503

Sevgili Elif,

29.1.2015

Asatısmeda Durumluluk
Sürekli Kaygı Ölçeğini kullanabilirsiniz
Bazisular.



EK 5

ANKET FORMU

Bu anket böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmış bir çalışmadır. Anketin birinci bölümü demografik özelliklere ait, ikinci bölümü ise anksiyete ve depresyon (beck depresyon ve durumluluk ve sürekli kaygı ölçekleri) ile ilgilidir. Araştırma sonuçları bilimsel bir çalışma için kullanılacaktır. Bu nedenle adınızı ve soyadınızı belirtmeye gerek yoktur. Buradaki cevaplarınız araştırma kapsamında gizli kalacaktır. İlginiz ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Saygılarımla..

Elif ALTUNTAŞ

TC. İstanbul Bilim Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Organ ve Doku Koordinatörlüğü Eğitim

Yüksek Lisans Öğrencisi

TEZ DANIŞMANI

Yard. Doç. Dr.

Cemal Ata BOZOKLAR

Demografik Bilgiler

1. Yaş:	
2. Doğduğunuz Yer:	<input type="checkbox"/> Köy <input type="checkbox"/> Kasaba <input type="checkbox"/> Şehir
3. Cinsiyet :	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
4. Medeni Durumunuz :	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar
5. Eğitim Durumunuz :	<input type="checkbox"/> okur yazar <input type="checkbox"/> ilkokul <input type="checkbox"/> ortaokul <input type="checkbox"/> lise <input type="checkbox"/> üniversite <input type="checkbox"/> yüksek lisans ve üstü
7. Çalışma durumu:	<input type="checkbox"/> çalışıyor <input type="checkbox"/> çalışmıyor
8. Aylık Geliriniz:	<input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Yüksek
9. Sigara İçme Durumunuz:	<input type="checkbox"/> İçiyorum <input type="checkbox"/> İçmiyorum <input type="checkbox"/> Bıraktım
10. Alkol Kullanma Durumunuz:	<input type="checkbox"/> İçiyorum <input type="checkbox"/> İçmiyorum <input type="checkbox"/> Bıraktım
11. KBY tanısı ne zaman konuldu:	
12. Kaç yıldır diyalize giriyorsunuz:	
13. Başka Kronik Hastalığınız Var mı?:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
14. Hastanın geçmiş psikiyatrik öyküsü	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
15. Diyet Uyguluyor musunuz?:	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
16. Kaç Yıldır Bekleme Listesindeyiz?:	
17 Hangi Böbrek Naklini Tercih Edersiniz?:	<input type="checkbox"/> Canlı <input type="checkbox"/> Kadavra

BDE

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)	a. Kendimi üzgün hissetmiyorum b. Kendimi üzgün hissediyorum c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2)	a. Gelecekte umutsuz değilim b. Gelecek konusunda umutsuzum c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek
3)	a. Kendimi başarısız görmüyorum b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum
4)	a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
5)	a. Kendimi suçlu hissetmiyorum b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6)	a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum
7)	a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum d. Kendimden nefret ediyorum
8)	a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
9)	a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm
10)	a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum c. Şimdilerde her an ağlıyorum d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum

11)	a. Eskisine göre daha sınırlı veya tedirgin sayılmam b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim c. Çoğu zaman sınırlı ve tedirginim d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sınırlıyım
12)	a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13)	a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum d. Artık hiç karar veremiyorum
14)	a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum c. Dış görünüşümden artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15)	a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum d. Artık hiç çalışmıyorum
16)	a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17)	a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum
18)	a. İştahım eskisinden pek farklı değil b. İştahım eskisi kadar iyi değil c. Şimdilerde iştahım epey kötü d. Artık hiç iştahım yok
19)	a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım
20)	a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
21)	a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

STAI FORM TX – I

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

İsim:.....

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 6

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“BÖBREK NAKLİ BEKLEME LİSTESİNDEKİ HASTALARIN ANKSİYETE (BUNALTI) ve DEPRESYON AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ” isimli çalışmamız bir bir araştırma çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların bunaltı(anksiyete) ve depresyon düzeylerinin normal popülasyonla karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Çalışma Şişli Florence Nightingale Hastanesinde böbrek nakli bekleme listesindeki hastalara yapılacaktır.Bu çalışmaya vaka grubu için 18 yaşını doldurmuş, böbrek nakli bekleme listesindeki, çalışmaya katılmaya gönüllü, Türkçe iletişim kurabilen, bilinç düzeyi anketleri cevaplamaya yeterli olan hastalar dahil edilecektir. Kontrol grubu için 18 yaşını doldurmuş, çalışmaya katılmaya gönüllü, herhangi bir kronik hastalığı olmayan, Türkçe iletişim kurabilen, bilinç düzeyi anketleri cevaplamaya yeterli olan kişiler dahil edilecektir.Araştırmada böbrek nakli bekleme listesindeki 100 hastaya ve kontrol grubu için 100 normal popülasyondan(kronik rahatsızlığı olmayan polikliniğe başvuran sağlıklı kişilere) kişiye ulaşılmaya çalışılması planlanmıştır. Gönüllülerin araştırma gruplarına alınması dahil olma kriterlerine göre belirlenecektir. Çalışmada istatistiksel veri elde edilmesi amaçlanmıştır. Gönüllüler bunaltı(anksiyete) ve depresyon açısından değerlendirilmesi amacıyla sorular yöneltilenektir. Çalışmada gönüllülerin isimleri kullanılmayacak olup sadece sonuçları istatistiksel olarak bilimsel yazı şeklinde yayınlanacaktır. Sağlık otoriteleri, Bakanlık, Etik kurul gerektiğinde gönüllülerin kayıtlarına ulaşabilir ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Gönüllüler isterlerse çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceklerdir, ayrıca istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahiptirler. Gönüllülere bu çalışma için çalışmadan ayrılırsalar dahi herhangi bir tazminat ve ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sırasında ve sonrasında ek bir tedavi uygulanmayacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

Bu çalışma için alınan bilgilerin ileride yapılacak başka bir çalışmada kullanılmasını

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

Gönüllünün Adı/ Soyadı/ İmzası/ Tarih/ Telefon numarası:

Sorumlu Araştırmacının Adı/ Soyadı/ İmzası/ Tarih:

Yard. Doç. Dr. Cemal Ata BOZOKLAR 0532 5067111

Yardımcı Araştırmacı Adı/ Soyadı/ İmzası/ Tarih/ Telefon numarası:

Elif ALTUNTAŞ 0533 5178452