T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NEFROLOJİ POLİKLİNİĞİNDE İZLEMİ SÜREN BÖBREK DONÖRLERİNDE YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK KAYGISI

Dr. Murat MUTLU

Tez Yöneticisi

Yrd. Doç. Dr. Halil ÖZCAN

Uzmanlık Tezi

ERZURUM-2013

İÇİNDEKİLER

ONAY ..... **iii**
TEŞEKKÜR ..... **iv**
ÖZET ..... **v**
ABSTRACT ..... **vii**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **ix**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **x**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **xi**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği 3
2.1.1. Tedavi Seçenekleri 4
2.1.1.1. Periton Diyalizi 4
2.1.1.2. Hemodiyaliz 4
2.1.1.3. Transplantasyon 5
2.1.1.4. Transplantasyon Türleri 8
2.1.1.5. Böbrek Transplantasyonunda Organ Vericileri 8
2.1.1.6. Canlı Donör 8
2.1.1.7. Kadavra Donörü 10
2.1.1.8.Donör Transplant Cerrahisi: 11
2.1.1.9. Donörde Transplant Sonrası Komplikasyonlar 12
2.2. Anksiyete Kavramı ve Sağlık Kaygısı 13
2.2.1.Anksiyete Kavramı 13
2.2.2. Sağlık Kaygısı 14
2.2.3. Etiyoloji 15
2.2.3.1. Biyolojik Etkenler 15
2.2.3.2. Çevresel ve Genetik Faktörler 16
2.2.3.3. Hastalık ve Ölümle İlgili Deneyimler 16
2.2.3.4. Fiziksel ve Cinsel İstismar 17
2.2.3.5. Diğer Stresörler 17
2.2.3.6. Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi 18
2.2.4. Epidemiyoloji 18
2.2.5. Gelişiminde Rol Oynayan Etkenler 19

2.2.6. Sağlık Kaygısının Klinik Görünümü 19
2.2.6.1. Hipokondriazis Dışında Sağlık Kaygısının Diğer Klinik Görünümleri 20
2.2.7. Gidiş 22
2.3. Yaşam Kalitesi 22
2.3.1. Yaşam Kalitesinin Bileşenleri (92) 23
3. GEREÇ VE YÖNTEM 25
3.1. Katılımcıların Seçimi 25
3.1.1. Olguların Çalışmaya Kabul Edilme Ölçütleri 25
3.1.2. Dışlama Ölçütleri 25
3.1.3. Kontrol Grubunun Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri 25
3.2. Veri Toplama Araçları 26
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu 26
3.2.2. Kısa Form-36 (SF 36) 26
3.2.3. Sağlık Kaygısı Envanteri- Kısa Form(SKE-KF) 26
3.3. İstatistiksel değerlendirme 27
4. BULGULAR 28
5. TARTIŞMA 34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 42
KAYNAKLAR 45
EKLER 55
EK-1. KISA FORM-36
EK-2. SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ-KISA FORM

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın 28.12.2012 tarih ve 103 sayılı yazısı ile araştırma görevlisi Dr. MURAT MUTLU' ya verilen " Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji polikliniğinde İzlemi Süren Böbrek Vericilerinde Yaşam Kalitesi ve Sağlık Kaygısı''isimli Tez çalışmasının Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 03.01.2013 tarihli 1 nolu toplantısında 7 sayılı kararı ile Dâhili TıpBilimleri Bölüm Kurulu'nun 19.12.2012 tarihli 4 sayılı oturumunun 43 sayılı kararı iletez olarak çalışılması uygun görülmüştür.

TEŞEKKÜR

Asistanlığım sırasında eğitim ve tez aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez hocam Yrd. Doç. Dr. Halil ÖZCAN' a,

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübesini her zaman ilgiyle paylaşan ve bugünlere gelmemde büyük katkıları olan Prof. Dr. İsmet KIRPINAR, Prof. Dr.

Nazan AYDIN, Doç. Dr. Mustafa Güleç, Doç. Dr. Erol OZAN, Yrd. Doç. Dr. Elif ORAL hocalarıma,

Tezimdeki katkı ve yardımlarından dolayı Doç. Dr. Mustafa KELEŞ hocama,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım; Nöroloji, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Acil Tıp A.D.' da görevli hocalarımıza ve asistan arkadaşlarıma,

Eğitimimiz süresince zor zamanları birlikte aştığımız asistan arkadaşlarıma

Hiçbir şey esirgemeden beni özveriyle yetiştiren, haklarını ödeyemeyeceğim anne ve babama, desteklerini her zaman hissettiğim bana güç veren kardeşlerime, varlığı, desteği ve sabrı için biricik eşim ve küçük kızıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Murat MUTLU

ÖZET

Böbrek Donörlerinde Yaşam kalitesi ve Sağlık Kaygısı

Kadavradan yapılan böbrek nakilleri nakil ihtiyacının çok altında kalmaktadır. Bu nedenle canlı organ vericileri günümüzde en önemli organ kaynağı olarak görülmektedir. Üniversitemiz Organ Nakli Birimi'nde transplantasyon amacıyla tek taraflı nefrektomi uygulanan ve nefroloji polikliniğimizde izlemi süren donörlerin sosyodemografik özelliklerinin yanında sağlık kaygı düzeylerini ve yaşam kalitelerini belirlemeyi; ve bunları etkileyebilecek etmenleri saptamayı amaçladık. Bu sayede transplantasyondan sonra oluşabilecek psikososyal sorunları incelemek, transplantasyonun vericilerde yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak, daha nitelikli ruh sağlığı hizmeti verilmesini ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamalarına katkıda bulunmayı sağlayabilir.

Atatürk Üniversitesi Organ Nakli Birimi'nde transplantasyon amaçlı tek taraflı nefrektomi uygulanan, Erzurum veya çevre illerde yaşayan 30 donör çalışmaya katıldı. Donörlerin sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra, yaşam kalitesini değerlendirmek için Kısa form -36 (SF-36) isimli ölçek kullanıldı, bu ölçekten elde edilen puanlar daha önce Türk toplumu için standardize edilmiş değerler ile karşılaştırıldı. Sağlık kaygısı düzeyini değerlendirmek amacıyla hem donörlere hem sağlıklı gönüllülere Sağlık Kaygısı Envanteri (Haftalık Kısa Form) uygulandı. Verilerin analizinde IBM SPSS (V.21) paket programı kullanıldı. Verilerin normallik testi Shapiro Wilk testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren verilerin analizi için grup karşılaştırmalarında bağımsız iki örnek t-testi kullanıldı. Kategorik verilerin analizi için Ki-kare analizi kullanıldı. Tüm sonuçların değerlendirilmesinde ise $p<0.05$ değeri, istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

Böbrek donörlerinde Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Ağrı, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü alanlarında elde edilen ortalama değerler Türk Toplumu standart değerlerinin ortalamasından anlamlı oranda düşük bulundu. Genel Sağlık, Vitalite ve Mental Sağlık alanlarında donörler ile Türk toplumu standart değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Sağlık kaygısı sağlıklı gönüllülerle karşılaştırıldığında donörlerde anlamlı oranda yüksek bulundu.

Bizim örneklemimizdeki çalışmada elde edilen bulgular donörlerde yaşam kalitesinin genel olarak Türk toplumu standart değerlerinin altında olduğunu ve donörlerde sağlıklı gönüllü grubuna göre daha yüksek sağlık kaygı düzeylerinin olduğunu gösterdi. Bu nedenle nakil öncesi ve sonrası dönemde donörlerin sosyal ve psikiyatrik desteğin artırılması ve gelecek araştırmalarla donörlerin yaşam kalitesini artıracak etmenlerin tespit edilmesi, donörlerin daha refah bir yaşam sürdürmesini sağlamakla birlikte böbrek bağışı yapmayı planlayan donör adaylarının sayısının artmasını da sağlayabilecektir.

Anahtar Kelimler: Transplantasyon, donör, yaşam kalitesi, sağlık kaygısı

ABSTRACT

Health Anxıety And Qualıty Of Lıfe In Living Kidney Donors

Kidney transplantations which are made from the cadavers are not enough for the needs of transplantation. That's why alive organ donors are seen as the most important sources in nowadays. We aim to indicate health anxiety levels and quality of life with sociodemographic data of living kidney donors who are applied one sided nephrectomy in our university Organ Transplantation Foundation and observed in our nephrology policlinic. By this way to determine health anxiety levels and life quality of the donors after transplantation may help us to give more comfortable psychological supports and may help the application of consultation liaision.

30 donors who were applied one sided nephrectomy in Erzurum or nearby cities participated to the study. Donors's sociodemographic data was recorded. Besides this Short-form -36 (SF-36) is used to evaluate quality of life and the points gathered from this scale were compared with outcomes which are standardized for Turkish community in the past. Also to evaluate health anxiety levels of both groups which are donors and healthy volunteers Health Anxiety Inventory-Short Form was used. In the analysis of datas, IBM SPSS (V.21) was used. The normality of data was examined with Shapiro Wilk Test.Independent two t-tests were used for the analysis of datas which were normal. Ki-kare analysis is used for the categorical analysis of datas. $P<0.05$ was accepted as statictical significancy level after evaluating the all conclusions.

The average of the outcomes of kidney donor's physical function, the physical role, social function, pain, emotional role were lower than the average of Turkish Community Standart. There was no statistically difference diversity between the donors on General Health, Vitality, Mental Health and Turkish Community Standard outcomes. The donors's health anxiety levels was higher when it was compared with healthy volunteers.

Our study shows that the donors's quality of life is generally lower than Turkish Community Standard outcomes and the donors's health anxiety levels are also higher when it is compared with healthy volunteers. Therefore, to increase the donors's social

and psychiatric supports before and after the transplantation, and to find out the factors which increases the donors's quality of life in the future studies may help the donors to live more comfortably and to rise the number of people who are planning kidney donation.

Keyword: Transplantation, Donor, Quality of Life, Healthy Anxiety

KISALTMALAR DİZİNİ

KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği

GFR : Glomerüler Filtrasyon hızı

SDBY : Son Dönem Böbrek Yetmezliği

DSM V : Mental Bozuklukların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı. V. Baskı (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders)

SF-36 : Kısa Form-36

HT : Hipertansiyon

SII : Somatosensöryel alan

SKE-KF : Sağlık Kaygısı Envanteri- Kısa Form

QOL :Yaşam Kalitesi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Donörlerinin ve Sağlıklı Gönüllülerin Sosyodemografik ve Klinik Verileri 28
Tablo 4.2. Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarının Türk Toplumuna Göre Standardize Edilmiş Değerleri İle Donörlerde Elde Edilen Değerler 29
Tablo 4.3. Donörlerden elde edilen SKE-KF puanları ile sağlıklı gönüllülerden elde edilen SKE-KF puanları 30
Tablo 4.4. Donörlerde elde edilmiş SKE-KF puanları ile Yaşam Kalitesi alt ölçek puanları 31
Tablo 4.5. Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinin gelir düzeyine göre değerlendirilmesi 32
Tablo 4.6. Nakil sonrası oluşan şikâyetlere göre yaşam kalitesi alt ölçeklerinin değerlendirilmesi 33

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının Türk Toplumuna göre standardize edilmiş değerleri ile donörlerden elde edilen değerler..... 30

Şekil 4.2. Donörlerde Elde Edilen SKE-KF Puanları ile Sağlıklı Gönüllülerde Elde Edilen SKE-KF Puanlarının Oranları 31

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Böbrek transplantasyonu, son dönem böbrek yetersizliği hastalarının yaşam kalitesinde önemli olumlu değişiklikler sağlayan en seçkin tedavi yöntemidir (1). Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar için yeni bir dönem başlatan ilk başarılı böbrek nakli, 23 Nisan 1954 tarihinde Boston'da tek yumurta ikizleri arasında yapılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1954 yılındaki ilk böbrek transplantasyonundan bu yana, dünyada böbrek transplantasyonu yapılan hasta ve merkez sayısı giderek artmıştır (2,3). Ülkemizde ise ilk böbrek nakli 1975 yılında yapılmıştır (2,4,5). Bu tarihten beri Türkiye'de böbrek nakli yapılan hasta ve merkez sayısı her geçen yıl giderek artmıştır (2). Böbrek nakli 58 yıl önceki ilk uygulamadan sonra, günümüzde 80'den fazla ülkede belli merkezlerde rutin bir klinik uygulama haline gelmiştir.

Kadavra kaynaklı organ nakline yönelik çabalar giderek daha başarılı olsa da, transplantasyon bekleyen hasta sayısı artmaktadır. Bu durumda, kadavra kaynaklı organ bağışları ihtiyacın çok gerisinde kalmaktadır. Canlı organ vericileri günümüzde en önemli organ kaynağı olma özelliğini korumaktadır (1,6,7). Transplantasyon ihtiyacı bulunan son dönem böbrek hastaları, yeterince kadavra donör (verici) potansiyeli değerlendirilemediğinden ve yasalarımızda organ alım satımı yasak olduğundan, uygun akraba donör bulamadıkları takdirde transplantasyon şanslarını büyük ölçüde yitirmektedir (8). Akrabadan organ sağlamanın ek kazançları, alıcı sağ kalım oranlarındaki artış ve operasyon zamanlamasının olabildiğince iyi planlanabilmesidir. (9). Ülkemizin sosyal ve kültürel özellikleri, alıcıların aileleri içinden verici bulmayı kolaylaştırmaktadır (10). Ülkemizde yaklaşık olarak böbrek transplantasyonlarının %85'i birinci ve ikinci derece akrabalar ve eşlerden gerçekleştirilmektedir.

Atatürk Üniversitesi Organ Nakli Birimi 2004 yılında kurulmuş olup aynı yıl içinde böbrek transplantasyonu için ruhsat alarak böbrek transplantasyonuna başlamıştır. 2004'ten 2012 yılına kadar toplam 135 böbrek nakli başarıyla gerçekleştirilmiştir. 135 nâkilin 82'si canlı donörden, 53'ü de kadavradan nakildir. Tek taraflı nefrektomi geçiren canlı donörler, üniversite hastanemiz nefroloji polikliniğinde rutin olarak 6 ayda bir kontrole gelmektedir.

Böbrek nakli merkezlerinin dünyada ve ülkemizde yaygınlaşmaya başlaması, psikiyatri açısından yeni bir çalışma alanı oluşturmuştur. Bunun sonucunda, transplantasyonla ilgili psikiyatrik araştırmalar giderek artış göstermiştir. Ancak araştırmalar, donörlerden çok alıcılar üzerine yoğunlaşmıştır. Donörleri değerlendiren psikiyatrik araştırmalar az sayıda olup; son yıllarda artma eğilimindedir. Bu araştırmalar da özellikle donörlerin yaşam kalitesi üzerine yoğunlaşmıştır. Ülkemizde yürütülen bu tür araştırmaların sayısı da oldukça az sayıdadır. 2004'ten bu yana böbrek nakli yapılan üniversitemizde izlenen donörlerin yaşam kalitesi ve bunu etkileyebilecek etmenler ise bu araştırma ile ilk kez değerlendirilecektir.

Bu gereksinimden hareketle, transplantasyondan sonra vericilerde oluşabilecek sağlık kaygı düzeylerini ölçmek, transplantasyondan sonra oluşabilecek psikososyal sorunları incelemek, transplantasyonun vericilerde yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak, daha nitelikli ruh sağlığı hizmeti verilmesini ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamalarına katkıda bulunmayı sağlayabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), çeşitli hastalıklara bağlı olarak nefronların ilerleyici ve düzelmesi mümkün olmayan kaybı ile karakterize olan bir sendromdur.

Böbrek yetmezliği olan bir olguda; üç ay veya daha uzun süren azotemi ve/veya klinik belirti ve bulguları, anemi, hiperfosfatemi, hipokalsemi, idrar sedimentinde geniş silendirler ve radyolojik incelemelerde genellikle bilateral küçük böbrekler (polikistik böbrek hastalığı ve amiloidoz gibi böbreği infiltre eden hastalıklar hariç) kronik hastalık göstergeleridir. Bu özellikler KBY'ni akut böbrek yetmezliğinden ayırır. Kronik böbrek yetmezliğinin nedenleri çeşitli olup; toplumlar arasında büyük değişkenlik vardır(11). Etiyolojide birçok hastalık bulunsa da diabetes mellitus, hipertansiyon ve glomerulonefritler altta yatan temel nedenleri oluşturur (12). Amerika Birleşik Devletlerinde yetişkinlerin % 9,6'sında kronik böbrek yetmezliği bulunduğu bildirilmektedir. Avrupa, Avustralya ve Asya'da yapılan epidemiyolojik çalışmalar da yaklaşık olarak aynı verileri teyit etmektedir. Ülkemizde yakın zamanda Türk Nefroloji Derneği tarafından yapılan CREDIT çalışmasında erişkinlerde çeşitli evrelerde kronik böbrek hastalığı sıklığı %15,7 bulunmuştur (11).

Kronik böbrek hastalığının tanı kriterleri American Jounal of Kidney Diseases 2002'de şu şekilde özetlenmiştir (13);

1) Glomerular filtrasyon oranı(GFR)' nda azalma bulunsun ya da bulunmasın en az üç ay aşağıdaki kriterlerin yer aldığı böbreğin yapısal ve fonksiyonel bozuklukları;

- patolojik bozukluklar veya
- kan ya da idrar kompozisyon bozuklukları veya görüntüleme yöntemleri ile saptanan bozukluklar

2) Böbrek hasarı bulunsun ya da bulunmasın GFR' nın en az 3 ay süre ile 60mililitre/dakika/1,73/ m^2 den düşük seyretmesi.

2.1.1. Tedavi Seçenekleri

Son dönem böbrek yetersizliği(SDBY) olan hastalarda renal replasman tedavileri; hemodiyaliz, periton diyalizi ya da renal transplantasyondur(14). SDBY bulunan hastalar her üç tedaviden de zaman içerisinde yararlanmak durumunda kalabilirler. Diyaliz yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solid değişimini esas alan bir tedavi şeklidir. Difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibi vardır. Difüzyon konsantrasyon farkına bağlı olarak solidlerin yer değiştirmesi, ultrafiltrasyon ise hidrostatik basınç ile birlikte suyun ve suyu takiben solidlerin membranın diğer tarafına hareketidir(15).

2.1.1.1. Periton Diyalizi

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda böbrek fonksiyonlarının kesintisiz olarak, doğal bir membranla herhangi bir kuvvete veya alete gerek duyulmadan yerine koyma düşüncesinden periton diyalizi geliştirilmiştir(16). Periton boşluğundaki solid ve su absorbsiyonu periton zarındaki kapiller dolaşım ve lenfatikler yardımıyla olur. Periton zarı toksik maddeleri filtre eden yarı geçirgen zar vazifesi görür(16,17). Periton diyalizinde vücut ısısına kadar ısıtılmış genelde 2 litre diyaliz solüsyonu periton boşluğuna yerleştirilmiş olan katater vasıtasıyla 10 dakika gibi bir sürede periton boşluğuna verilir. Periton diyaliz tipine göre değişen periyotta bu solüsyonlar periton boşluğunda bekletilir. Bekleme sürecinden yaklaşık 20 dakika içerisinde diyalizat periton boşluğundan geri alınır ve yeni bir diyalizat tekrar periton boşluğuna verilir. Bu işlem genel olarak günde 4 kez, haftanın 7 günü uygulanır (18,19,20)

2.1.1.2. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın antikoagülasyonla vücut dışında makine yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek, solid içeriğinin yeniden düzenlenip hastaya geri verilmesi işlemidir.

Hemodiyaliz işlemini gerçekleştirmede çeşitli gereçlere ihtiyaç vardır. Bunlar:

- Diyalizör (Membran)

- Arteriyovenöz setler (AV setler)
- Diyaliz tedavisi için gerekli su ve su sistemi (Reverse osmos suyu)
- Diyaliz solüsyonu (Diyalizat)
- Diyaliz cihazı (sıvı modülü, kan pompa modülü ve monitörler) (21)

Membrandaki diffüzyon, üre gibi küçük molekül ağırlıklı maddelerin konsantrasyon gradiyentine bağlı olarak kan tarafını bırakıp diyalizat tarafına hareket etmesini sağlar. Benzer şekilde genelde konsantrasyonu 35 mEq/L olan bikarbonat kan tarafına difüze olur. Su ve sodyum klorür fazlalığının uzaklaştırılması, membran boyunca olan hidrostatik basınca bağlı olarak ultrafiltrasyonla olur. Hemodiyaliz hastasının ortalama haftada üç kez-dört saat diyalize girmesi gerekir (22,23).

2.1.1.3. Transplantasyon

Böbrek transplantasyonu, son dönem böbrek yetersizliği hastalarının yaşam kalitesinde önemli olumlu değişiklikler sağlayan en seçkin tedavi yöntemidir (3). Çoğu araştırmacı, organ naklinin, kronik böbrek yetmezliğinde (KBY) olabildiğince iyi rehabilitasyon sağladığını, hastaları doyurucu ve üretken bir yaşama döndürdüğünü (24,25,26), diyalize kıyasla ruhsal açıdan daha olumlu etkilere sahip olduğunu ve hastaların yaşam kalitesini arttırdığını bildirmiştir (27,28,29,30,31,32). Hasta rehabilitasyonunun üst düzeyde oluşu ve yaşam süresine olan olumlu etkileri nedeni ile transplantasyon, diyaliz yöntemlerine göre daha üstün bir tedavi yöntemidir. Ne yazık ki, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de organ teminindeki güçlükler nedeni ile transplantasyon istenilen sayılarda yapılamamaktadır. Ülkemizdeki SDBY'li hastaların %80' i hemodiyaliz, %10 'u periton diyalizi ve ancak %10 'u transplantasyon ile tedavi edilebilmektedir(21). Kadavra kaynaklı organ nakline yönelik çabalar giderek daha başarılı olsa da, kadavradan organ bağışının son derece kısıtlı olduğu ülkemizde yaklaşık olarak böbrek transplantasyonlarının %85'i birinci ve ikinci derece akrabalar ve eşlerden gerçekleştirilmektedir(33). Günümüzde kadavradan organ nakli sayısının yetersiz kalması nedeniyle en önemli organ kaynağının canlı donörler olduğu görülmektedir. (1,6,7,21). Bu durumda transplantasyon ihtiyacı bulunan son dönem böbrek hastaları uygun canlı donör bulamadıkları takdirde transplantasyon şanslarını büyük ölçüde kaybetmektedirler(8). Literatür tarandığında transplantasyonla ilgili psikiyatrik araştırmaların giderek artış gösterdiği, araştırmaların donörlerden çok alıcılar

üzerine yoğunlaştığı gözlenmiştir. Donörleri değerlendiren psikiyatrik araştırmalar az sayıda olup; son yıllarda artma eğilimindedir. Ülkemizde sağlık bakanlığının 2011 yılı verilerine göre %73,3' ü canlıdan, olmak üzere toplam 1163 adet transplantasyon yapılmış olup her yıl transplantasyon sayısı artarak devam etmektedir. Böbrek transplantasyonu en seçkin tedavi yöntemi olmasına karşın. SDBY gelişen her hastaya transplantasyon yapılamamaktadır. Böbrek transplantasyonu için endikasyonlar ve kontrendikasyonlar aşağıda sıralanmıştır.

Böbrek Transplantasyonu Endikasyonları (34)

- Glomerülonefritler
  - İdiopatik ve postinfeksiyöz
  - Membranöz
  - Mezangiokapiller (Tip I)
  - Mezangiokapiller (Tip II)
  - IgA Nefropatisi
  - Antiglomerüler bazal membran hastalığı
  - Fokal glomeruloskleroz
  - Henoch-Schoenlein purpurası
- Obstrüktif üropati
- Toksik
  - Analjezik nefropatisi
- Sistemik hastalıklar
  - SLE
  - Vaskülit
  - Progresif sistemik skleroz
- Kronik pyelonefrit
- Herediter böbrek hastalığı
  - Polikistik böbrek
  - Medüller kistik hastalığı
  - Alport sendromu
- Metabolik hastalıklar
  - Diabetes mellitus
  - Oksalozis

Amiloidozis

Gut

- Sistinozis
- Travma
- Hemolitik üremik sendrom
- Tümörler

  Wilms tümörü

  Renal hücreli karsinom

  Multipl miyelom

- Konjenital

  Hipoplazi

  Atnalı böbrek

- İrreversibl akut böbrek yetmezliği
- Akut kortikal nekroz

  Akut tübüler nekroz

Önemli bir ekstrarenal hastalığın varlığı dikkate alınmalıdır. Örneğin diabetes mellitus, periferik ateroskleroz, serebrovasküler hastalık, özellikle koroner arter hastalıkları operasyon riskini arttırabilir fakat kontrendike değildir. Transplantasyon öncesi hastalığın şiddetinin derecesi ölçülür ve ek risk faktörleri değerlendirilir. Anamnezinde hipertansif serebrovasküler hastalık olanlarda hipertansiyon kontrol altına alındıktan sonra transplantasyon yapılır. Koroner aterosklerozda gerekirse önceden by-pass operasyonu da yapılarak transplantasyon uygulanabilir (35). Diabetes mellituslu hastalarda geri dönüşü olmayan komplikasyonlar iyi değerlendirildikten sonra yapılan transplantasyonun başarı oranı non diabetikler ile ortalama aynı düzeydedir, ancak diabetik hastalar riskli grubu oluşturur (36).

Böbrek Transplantasyonunda Kontrendikasyonlar (37)

1. Yaygın malignite
2. Kronik infeksiyonlar (Tbc, osteomiyelit,vs,)
3. Progresif karaciğer hastalığı
4. Refrakter kalp yetmezliği
5. Kronik solunum yetmezliği

6. Yaygın vasküler hastalık (koroner, serebral, periferik)
7. Koagülasyon bozukluğu
8. AİDS
9. Ciddi mental gerilik
10. Psikoz, alkolizm, ilaç alışkanlığı
11. Düzeltilmesi olanaksız üriner traktüs bozuklukları
12. İlerlemiş diyaliz demansı

2.1.1.4. Transplantasyon Türleri

Genel anlamda transplantasyon denildiğinde allotransplantasyon yani genetik yapısı farklı olan aynı türün bireyleri arasında yapılan transplantasyondan bahsedilir (kadavradan, anne, babadan, kardeşten yapılan transplantasyonlar). İsotransplantasyon (syntransplantasyon); aynı türün, aynı genetik yapısına sahip bireyleri arasındaki transplantasyondur (tek yumurta ikizleri arasındaki transplantasyon). Ksenotransplantasyon ise farklı türler arasındaki transplantasyondur (köpekten ata yapılan transplantasyon gibi) (21)

2.1.1.5. Böbrek Transplantasyonunda Organ Vericileri

Günümüzde, renal transplantasyon, başlıca 2 şekilde gerçekleştirilmektedir:

1. Canlı vericiden allograft renal transplantasyon
2. Kadavradan allograft renal transplantasyon

2.1.1.6. Canlı Donör

Kadavra donör sayısının yeterince artırılamaması, günümüzde canlı vericilerden yapılan böbrek transplantasyonlarının artmasına neden olmuştur. Canlı vericiden yapılan transplantasyonlarda, temel prensip vericinin sağlığının operasyon sırasında ve sonrasında riske atılmaması olmalıdır. Bu nedenle, hazırlık aşamasının titizlikle yürütülmesi gereklidir. İdeal koşullarda operasyon gerçekleştirildiğinde, vericilerde operasyon sonrası dönemde önemli bir risk artışının olmadığı, geniş olgu serilerinin sonuçları ile kanıtlanmıştır (21). İsveç'te yapılan geniş çaplı bir çalışmada, donörlerde transplantasyon sonrası son dönem kronik böbrek yetmezliği gelişme oranları % 0,4-0,7

arasında saptanmıştır(38)Canlı donörler mutlaka gönüllü olmalı, donör olmaları için baskı yapılmamalı ve yapılmasına izin verilmemelidir. Gönüllü canlı donörlere nefrektominin riskleri ve yapılacak işlemin sonuçları detaylı olarak anlatılmalıdır. Donör seçiminde önce kan grubu uyumu aranır. AB grubu genel alıcı O grubu genel vericidir. Kan transfüzyonunda uygulanan kurallar geçerlidir. Rh faktörü transplantasyonda göz önüne alınmaz, ancak önceden donör spesifik kan transfüzyonu yapılacak olanlarda dikkate alınmalıdır. Kan grubu uygunluğundan sonra doku grubu uygunluğu araştırılır. Kardeşler arasında yapılacak transplantasyonda Mendel kanunlarına göre haploit geçişi değerlendirilir. Buna göre, kardeşler %50 bir haploit farklılık, % 25 iki haploit farklılık, %25 iki Haploit uyum göstereceklerdir. İki haploit uyum gösteren yani identik doku uyumu olan kardeşler arasında yapılacak olan transplantasyonun başarı oranı çok yüksek olacaktır. Donör belirlendikten sonra klinik, laboratuvar ve radyolojik incelemelerle tam olarak değerlendirilir. Şahıs tek böbrekli kaldığında herhangi bir sorun çıkmayacağına ve operasyon için bir engel olmadığına karar verildiği zaman transplantasyon işlemi yapılır. Değerlendirmede donör öncelikli olarak korunmalıdır (34).

Donör Seçim Kriterleri (34)

1. 65 yaşının üzerinde olmaması,
2. Belirgin hipertansiyon öyküsünün olmaması,
3. Prime böbrek hastalığı öyküsü ve bulgularının olmaması,
4. Hasa ve Anti HTLVIII pozitifliğinin olmaması,
5. Uzun süreli komplikasyonlu diabetes deliotusun olmaması,
6. MS'nin primer maligniteleri ve bazal hücreli cilt kanserleri dışında malignitenin olmaması
7. Önemli kontrolü güç akut ve kronik enfeksiyonun olmaması
8. 50 mmHg'dan düşük hipotansif atak olmaması
9. Böbrek travmasının olmaması gereklidir.

Avrupa Üroloji Birliğinin 2006' te Yenilenen Renal Transplantasyon Rehberindeki Canlı Vericiler İçin Dışlanma Kriterleri (39)

Kesin Kontrendikasyonlar

· Yaş< 18
· Kontrolsüz hipertansiyon
· Diabetes mellitus
· Proteinüri (>300 mg/24 saat)
· Anormal glomerüler filtrasyon hızı (GFR)
· Mikroskobik hematüri
· Yüksek tromboemboli riski
· Öyküde malignite
· İlerlemiş medikal hastalık (kronik akciğer hastalığı, kalp hastalığı)
· Bilateral böbrek taşı hikâyesi
· HIV pozitifliği
· Gebelik
· Kötü kontrollü psikoz ve aktif madde kullanımı

Göreceli Kontrendikasyonlar

· Aktif kronik enfeksiyonlar (tüberküloz, hepatit B, C, parazitik hastalık vs.)
· Obezite (ideal vücut ağırlığının %30 ve üzeri)
· Psikiyatrik bozukluklar

2.1.1.7. Kadavra Donörü

Transplantasyonda değişik nedenlerle geri dönüşü olmayan beyin sapı ölümü gelişmiş, spontan solunumu olmayan, solunumu volüm respiratörü ile devam ettirilen vital fonksiyonları medikal destek ile sürdürülebilen tıbben ölmüş hastalardan alınan organlar kullanılmaktadır. Potansiyel kadavra donör adaylarının, sosyal öyküsü, sağlık özgeçmişi, renal bozukluğa dair laboratuvar bulgusu olup olmaması, kanser ve enfeksiyon açısından önceden değerlendirilmesi uygun olacaktır. Sepsis, akut hepatit, HIV enfeksiyonu veya malignite öyküsü olması, donör için kontrendikasyon

oluşturmaktadır (40). Renal transplantasyon sonrası kullanılan ilaçların gelişimi ve çeşitliliğinin de etkisiyle, 5 yıllık greft sağkalım oranları, canlı donörden nakillerde % 95, kadavradan nakillerde % 89 oranlarına ulaşmıştır (41,42).

2.1.1.8.Donör Transplant Cerrahisi:

Verici nefrektomisi açık ya da laparoskopik yöntemle yapılabilir. Transplantasyon öncesi değerlendirmede potansiyel vericinin böbreklerinden bir tanesi diğerinden daha iyi ise iyi olan böbrek vericide bırakılır. İleride çocuk doğurma olasılığı olan verici kadınlarda hamilelik sırasında hidronefroz ve piyelonefrit gelişme olasılığının sağ tarafta daha fazla olması sebebiyle sağ böbreğin alınması daha uygundur. Her ne kadar birden fazla arterli bir böbreği transplante etmek teknik olarak kabul edilebilirse de tek arterli böbrek transplantasyonda tercih edilir. Her iki böbreğin de sağlıklı olduğu gösterildikten sonra renal venin uzun olması, hem nefrektomi hem de bunu takip eden transplantasyon sırasında teknik olarak kolaylık sağlamasından dolayı genellikle sol böbrek tercih edilir (43, 44, 45, 46,47). Bazı yazarlar bir gece önceden canlı verici hidrasyonunu önermezken, ameliyat öncesi hidrasyonun böbreğin erken fonksiyonunda yararlı olduğu düşüncesiyle pek çok klinik rutin hidrasyon yapmaktadır. Ameliyattan bir gece önce 100 cc/saat idrar çıkaracak şekilde dekstrozlu ringer laktat solüsyonu ile verici hidrasyonuna başlanır. Premedikasyon olarak hastayı rahatlatmak ve kolay uyumasını sağlamak amacıyla sedatif verilebilir. Ameliyat öncesi cilt temizliği önerilmekle birlikte cilt kıllarının temizliği yapılacaksa insizyon öncesine kadar ertelenmelidir. Merkezlerin kendi prensipleri doğrultusunda değişiklik göstermekle birlikte sıklıkla vericiye ameliyat öncesinde foley sonda takılır (39, 44). Verici lateral pozisyonda fleksiyona getirilen masaya yatırılır. Canlı verici açık nefrektomisi genellikle retroperitoneal yaklaşımla yapılır. Flank kesisi ile muskuloaponerotik tabaka geçilir. Üreter askıya alınıp korunur. Böbrek mümkün olduğu kadar dokunulmadan gerato fasyasından ve retroperitoneal yağ tabakasından ayrılır. Renal ven ve arter bulunup askıya alınır. Sürrenal ven ve gonodal ven bağlanıp kesilerek renal venden ayrılır. Böbreğin idrar çıkışından emin olunduktan sonra, damar klempleri kullanılarak önce renal arter ve daha sonra renal ven klemplenerek donör nefrektomisi tamamlanır. Böbrek, perfüzyon masasında soğutulur ve hazırlanır. Böbrek damarlarının diseksiyonu sırasında böbreğin erken fonksiyon göstermesine katkı sağlaması ve arteriyel vazospazmı önlemesi amacıyla kristaloid sıvılar içinde mannitol ve furosemid

infüzyonu yapılabilir. Renal arter ve ven güdükleri çok dikkatli bir şekilde emilmeyen dikişlerle kapatılır. Böbrek lojuna drenkonulur, kesildiyse interkostal sinir köküne lidokain enjeksiyonu yapılabilir veverici anatomik planlara uygun olarak kapatılır (39,43, 44, 45, 46). Postoperatif dönemde ilk gün yeterli sıvı ve analjezik verilmelidir. Profilaktik antibiyotik genellikle preoperatif iki saat öncesinden başlayarak verilmeye devam edilir. Vericinin erken mobilizasyonunda sayısız yararlar vardır. Yaşlı donörlerde buhar, ekspektoran uygulaması ve solunum egzersizlerine ayrıca önem vermek gerekir. ikinci gün genellikle foley sonda çıkarılır. Peroral beslenmeye geçilerek gerekmedikçe parenteral mayi replasmanı yapılmaz. Vericilerin çoğu postoperatif 5-6. günlerde taburcu edilebilirler; aşırı fizik güç gerektirmiyorsa 3-4. haftalarda da işe başlayabilirler. Taburcu edilmeden önce idrar kültürü, böbrek fonksiyon testleri ve tam kan sayımı tekrar kontrol edilir. Hasta taburcu olduktan sonra daha uzun aralarla kontrole çağrılır (39, 45, 46).

2.1.1.9. Donörde Transplant Sonrası Komplikasyonlar

Canlı böbrek vericisi ameliyatlarının genellikle minimal ve kolay tedavi edilebilir komplikasyonları vardır. Bazen ameliyat öncesi araştırmalar sırasında, çoğunlukla da aortografiye bağlı bir komplikasyon gelişebilir. Bu komplikasyonlar arasında lokalize hematom, femoral arter trombozu veya arter giriş yerinde psödoanevrizma gelişim ve daha nadiren radyografik kontrast maddeye bağlı akut tubuler nekroza kadar gidebilen alerjik reaksiyonlar sayılabilir (39, 43, 48, 49). Operatif mortalite çeşitli yazarlar tarafından %0,1 ile %0,03 arasında bildirilmektedir. Ameliyat sonrası mortalite ise 4000 canlıda 1 olarak bildirilmektedir. Komplikasyonların çoğu ameliyat sonrası dönemde gelişir. Ameliyat sonrası majör komplikasyon oranı %1,8' dir. Bunlar miyokard infarktüsü, pulmoner emboli ve derin ven trombozudur. Diğer komplikasyonlardan atelektazi, kanama, herni, proteinüri, üriner sistem infeksiyonu, yara sorunları ve pnömotoraks önemlileridir (39, 45, 46,48). İyi bir hazırlık evresinden sonra böbrek yetmezliği ileri derecede nadir görülür. Verici nefrektomisinin erken ve geç dönemdeki riskleri, kronik böbrek yetmezlikli hastaların aydınlatılmış akrabalarına nefrektomiyi rahatlıkla tavsiye edebilecek kadar düşüktür (45, 50)

2.2. Anksiyete Kavramı ve Sağlık Kaygısı

2.2.1.Anksiyete Kavramı

Anksiyete; kaygı, bunaltı, boğulma hissi, sıkıntılı durum anlamına gelmektedir. Çok eski dönemlerde boğazında sıkılma, sıkıntı, tasa anlamında kullanılan bu duygu tıbbi anlamını 19. yüzyıl sonlarında kazanmıştır (51). Anksiyete bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan ruhsal ve fizyolojik bir durumdur. Bu bileşenler tipik olarak huzursuzluk, kaygı, korku ve tasalanmayla ilişkili insanı rahatsız eden bir his oluştururlar. Genellikle tetikleyici bir unsurun tanımlanamadığı bir duygudur. Çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı hızlı nefes alma, boğuluyormuş gibi hissetme, kalp hızının artması, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtileri yanında sıkıntı, heyecan, aniden çok kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtileri vardır. Bazı tanımlar anksiyeteyi kaynağı bilinmeyen bir tehlike beklentisi ile sınırlandırarak korkudan ayırt eder (52). Korku, kaçma ve sakınma gibi özgün davranış örüntüleri ile ilişkiliyken, anksiyete kaçınılamaz ve kontrol edilemez olarak algılanan bir tehdit algısının sonucudur (53). Anksiyete; açıkça ayırd edilebilir bir uyaranla ilişkili ya da ilişkisiz olabilen, korku ve endişe ile belirli bir duygusal durumdur. Bireyi, çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya yanıt vermesini sağlayan bir emosyondur. Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur(54). Anksiyete, bunaltı, can sıkıntısı veya hoş olmayan heyecansal bir endişe hali olarak tanımlanabilir. Bu durum hastalar tarafından, aşırı sıkıntı ve kaygı yaşantısı olarak algılanabildiği gibi, saçma korkular, rahatsız edici saplantılar veya zorlantılar, ölüm ve çıldırma korkusu, bedenini yabancı olarak algılama, bedensel işlevlerin yanlış yorumlanması gibi psikolojik semptomlar ile çarpıntı, tansiyon değişiklikleri, soluk renk veya yüzde kızarma, hava açlığı, soluk almada zorluk, hiperventilasyon, yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, sık idrara çıkma, ereksiyon ve ejakülasyon bozuklukları, terleme, kızarma, soğukluk, tremor, parestezi, anestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk, ağrılar, yorgunluk, uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, boğazında düğümlenme, boğuluyor gibi hissetme duygusu, ellerinde aşırı titreme gibi bedensel semptomlar ile kendini gösterebilir. Belirtiler aniden veya giderek sıklaşan ve yoğunlaşan tarzda başlayabilir. Kişi kendisinde oluşan belirtileri genellikle gerçeğe uygun bir şekilde yorumlayabilir. Normal anksiyetenin organizmayı uyarıcı, koruyucu

ve motive edici özellikleri olup kişinin zor durumlarla başa çıkabilmesine yardımcı olur. Normal anksiyete, organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup organizmayı tehdit eden bir olayın varlığında kaçma veya olay ile savaşmayı sağlamak üzere ortaya çıkar (55). Anksiyetenin patolojik olduğuna karar verebilmek için, uyaranın şiddeti ile ortaya çıkan anksiyetenin orantılı olmaması, zamanla azalmak yerine değişmemesi ya da şiddetlenmesi, klinik tabloya ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hâkim olması, anksiyeteye katlanılamaması ve işlevselliğin bozulması gerekir. Bu durumda anksiyete kişinin mesleki ve ailevi yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara neden olur, gün içinde sık sık ortaya çıkar ve günün büyük bir kısmını kaplar. Kişi bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz. Sorunu aşmakta zorlandığında, belirtilerin üstesinden gelemediğinde veya sosyal yaşamlarının sınırlanması durumlarında tedavi için başvurabilir(56).

2.2.2. Sağlık Kaygısı

"Sağlık kaygısı", bedensel belirtilerin ve sağlıkla ilişkili bilgilerin, potansiyel olarak yıkıcı veya hayatı tehdit edici bir hastalık olarak yanlış yorumlanmasına bağlı korku ve inançlardır. Şiddetli ve sürekli olan sağlık kaygısı, hipokondriazis olarak da adlandırılır. Sağlıkla ilgili kaygı, birçok insanı, hayatının belli dönemlerinde etkiler. Bu, yeni veya beklenmedik bedensel belirtiler, fiziksel hastalığa, tıbbi tetkiklere ya da medyada sıkça yer alan hastalıklara verilen genel bir tepkidir. Genellikle geçicidir, semptomlar ortadan kalkınca kendiliğinden yatışır, ya da uygun tıbbi destekle kolayca dağıtılır. Ancak, şiddetli sağlık kaygısı sebat eder, tıbbi destekle nadiren uzun süreli yatışır, bir semptomdan diğerine kaymaya meyillidir. Yakınanlar için, klinik olarak önemli bir sorun haline gelir. Aileleri ve sağlık uzmanları bakımlarına dahil olurlar (57). DSM-V' e göre sağlık kaygısı bozukluğu, ICD-10'a göre hipokondriak bozukluk olarak tanımlanır. Bu tanısal ölçütler, iyi tanımlanmamış ve fazla bağlayıcı oldukları için eleştirilmiştir. Bu nedenle çok az hasta gerçekten tanısal ölçütleri karşılar. Hastalıkla ilgili ruminasyonların varlığına ve derecesine bağlı olarak hafif veya ciddi sağlık kaygısı olarak tanı konması alternatif bir ölçüt olarak önerilmiştir (58). DSM-V' te 'Bedensel belirti bozuklukları ve ilişkili bozukluklar' kümesinde yer almaya devam eden bu tanıda öne çıkan somatik belirtiler olduğu halde, özellikle korku ve tehdit yanlış yorumlamaları gibi anksiyete bozukluğu ile fenomenolojik olarak benzerlikleri vardır (59).

2.2.3. Etiyoloji

2.2.3.1. Biyolojik Etkenler

Sağlık kaygısı bozukluklarının biyolojisini anlamadaki gelişmeler genel olarak hazırlayıcı ve tetikleyici faktörlere neden olan nöroanatomik yapılar ve nörotransmitterler üzerinde çalışılarak elde edilmiştir (60). *Nörotransmitterler* : Sağlık kaygısı bozukluklarındaki, nörotransmitter disregülasyonu ile ilgili bulgular farmakolojik çalışmalar kullanılarak araştırılmıştır. Her ne kadar az da olsa, hipokondriazis ile ilgili ilaç çalışmalarında, serotonerjik sisteme etki eden ilaçların, hastalığı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Ne yazık ki bu çalışmaların çoğu, kontrol grubu kullanılarak yapılmamıştır (60). Sadece, Fallon ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, fluoksetin plaseboya üstün bulunmuştur (61). Eğer serotonerjik sisteme agonist veya antagonist etki eden ilaçların sağlık kaygısına etki ettiği ek çalışmalarla gösterilebilirse, serotonerjik disregulasyonun rol oynadığına dair güçlü destek sağlayabilir (60). Sanrısal olmayan sağlık kaygısı bozuklukları ile somatik tip sanrısal bozukluktaki nörotransmitter sistemi farklı olabilir. Son araştırmalar, özellikle delüzyonel parazitoz üzerine odaklanmıştır ve delüzyonel parazitoz vakalarında antipsikotikler, özellikle de pimozid etkilidir. Bu tedaviler dopamin sistemi üzerinden etki ederler. Bu durum, dopaminerjik disregulasyondan kaynaklandığını gösterse de pimozidin, kayda değer kaşıntı giderici etkisi de unutulmamalıdır. Cilt duyarlılığını azalttığı için hastalar, haşaratlar tarafından enfekte edildiklerine daha fazla inanmıyor olabilirler (60).

Nöral Yapılar: Serebral korteksin ikinci somatosensöryal alanının (SII), hipokondriazis ve diğer somatoform bozukluklarda önemli rol oynadığı ileri sürülmüştür (62). SII, silvian fissürün üst kenarında yer alır. Somestetik girdilerin, anlamlı kısımlarının soyutlanması, analizi ve değerlendirilmesinde rol oynar. Bu bölge hipokondriak hastalar tarafından sıklıkla bildirilen ağrının algılanmasında da özel bir rol oynuyor olabilir (63). Bazı SII hücre gruplarının, geniş alıcı alanları vardır. Bu gruplar, vücudun geniş alanlarından gelen dağılmış girdiyi birleştirirler (64).Kısacası hipokondriaklar genellikle, müphem, anlaşılması güç fiziksel duyumlardan yakınırlar. SII' deki birçok hücre, beden yüzeyinin ve visseral yapıların uyarılmasına tepki gösterir. SII' nın elektriksel uyarımı, karıncalanma, uyuşma, ısı artışı, hatta abdominal ve gastrik

duyumlara sebep olur. Bu duyumlar genellikle hipokondriak hastalar tarafından bildirilir. Hipokondriak hastalar, birçok değişik bedensel duyum deneyimlese de, bu kişilerin, duyusal keskinliğinde bir anormallik olmaması da önemlidir (60).

2.2.3.2. Çevresel ve Genetik Faktörler

MMPI hipokondriazis skalası kullanılarak, monozigot ve dizigot ikizlerle yapılan çalışmalar, hipokondriazisin genetik olarak aktarılabildiğini göstermiştir. Ancak MMPI, hipokondriazis için yetersiz bir ölçüm metodudur. Çünkü başlı başına hipokondriazisi değerlendirmeden ziyade, bedensel duyumlara karşı uyarılmışlığı değerlendirir. Bu nedenle aslında bu çalışmalar, sağlık kaygısı ile ilişkili olarak, tekrarlayan bedensel duyumları yaşamaya yatkınlığın genetik olarak aktarılabilirliğini gösterir (60). Torgersen ise monozigot ve dizigot ikizlerde somatoform bozukluklar ile ilgili yaşam boyu öykü almak için yapılandırılmış bir görüşme formu kullanmış ve somatoform bozuklukları monozigotlarda dizigotlara göre yüksek bulmamıştır. Bu bulgular hipokondriazisin genetik olarak aktarılmadığını göstermektedir. Ayrıca sonuçlar, hipokondriazisin genetik olarak diğer somatoform bozukluklarla da bağlantılı olmadığını göstermektedir. Ancak bu çalışma sadece 35 çift ikiz kullanılarak yapılmıştır (65). Kısacası sonuçlar kesin olmamakla birlikte, hipokondriazis gelişimi genetik faktörlerden güçlü bir şekilde etkilenmemektedir. Çevresel faktörler daha önemli gibi görünmekte olup diğer sağlık kaygısı bozukluklarının genetik olarak aktarılabilirliği bilinmemektedir. Genetik ya da çevresel faktörler, sağlık kaygısı bozukluklarının neden sıklıkla diğer bozukluklarla birlikte görüldüğünü açıklayabilir. Örneğin, hipokondriazis, genellikle duygu durumu bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile birlikte görülmektedir (60).

2.2.3.3. Hastalık ve Ölümle İlgili Deneyimler

Erişkinlikteki sağlık kaygısı, çocukluk çağı şiddetli hastalıkları ve aile üyelerinden birinin hastalığı ile bağlantılıdır (66). Çocukluk çağı hastalıkları özellikle de ciddi acı ve huzursuzluk hastalıklar, gelecekte yakalanılacak hastalıkla ilgili korkuları arttırabilir. Özellikle, çocuk, bakım verenlerine sıkı sıkıya bağlıysa, hastanede uzun süre kalarak fiziki ve duygusal bakım veren kişilerden ayrılmak huzursuzluğu arttırabilir (60). Kişiye yakın birinin ölümü, bazı kişilerde hipokondriazisi tetikliyor gibi

görünmektedir (66). Örneğin, sevilen birinin trafik kazasında kaybı kişinin hayatın kırılgan olduğuna ve tehlikelerin her zaman var olduğuna inanmasına yol açabilir. Bu durum da bedenle ilgili zihinsel uğraş ve kişinin kendi sağlığı ile ilgili endişelenmesine yol açar (60). Hastalardan elde edilen geçmiş bilgilere göre, hastalık fobisinin gelişmesinde birçok faktör olduğu saptanmıştır. Bu faktörler; geçmişte geçirilen bir hastalık, çevresel toksinlere maruz kalma veya hastalıkla boğuşan aile üyelerini gözlemlemektir (67). Kısacası, sevilen birinin ölümü ya da hastalıkla ilgili değişik deneyimler, sağlık kaygısı bozuklukları ile ilişkilidir. Ancak hangi deneyimlerin bu hastalıkların gelişimi için özgü, hangilerinin özgü olmadığı da önemlidir. Örneğin sevilen birinin ölümü, hipokondriazis ve diğer hastalıklar için özgü değilken, çocukluk çağında geçirilen şiddetli ve ağrılı hastalıklar sağlık kaygısı bozukluklarına özgü olabilir (60).

2.2.3.4. Fiziksel ve Cinsel İstismar

Barsky ve arkadaşlarının, aynı kliniğe başvuran hipokondriak ve hipokondriak olmayan hastaları karşılaştırdıkları bir çalışmada, hipokondriazis; 17yaşından önce yaşanan, cinsel istismar (%29‘a %7), fiziksel şiddet (%32 ‘ye %7),ve ebeveynlerle ilgili büyük bir değişiklik (%29’a %9) ile yakından ilişkili bulunmuştur (68). Çeşitli psikiyatrik hasta grupları ile sağlıklı gruplar karşılaştırıldığında panik bozukluğu, bulimia nervoza ve sınır kişilik bozukluğunda artmış oranda cinsel, fiziksel istismar ve başka stres dolu yaşam olayları saptanmıştır (69). Bu durum, cinsel ve fiziksel istismarın sağlık kaygısı bozukluklarında özgü olmayan bir rol oynadığını göstermektedir.

2.2.3.5. Diğer Stresörler

Stres dolu yaşam olayları, sadece hastalık ve ölümle değil aynı zamanda artmış bedensel yakınmalar, sağlık kaygısı ve doktor ziyaretleri ile de bağlantılıdır. Ancak bu artışlar, gerçek tıbbi morbidite ile orantılı değildir (70). Stresörler, bazı insanların ciddi bir hastalığın belirtileri olarak yanlış yorumladığı uyarılma ile ilgili bedensel duyumlara neden olabilir. Hipokondriak hastalar, gereksiz tıbbi tetkikler için fazlasıyla para harcarlar bu durum kişileri ekonomik problemlerle karşı karşıya bırakır. Tekrarlanan tetkikler, sağlık kaygısının daha da kötüleşmesine neden olur (60). Stres dolu yaşam

olayları, tek başına sağlık kaygısı bozukluklarının gelişmesinde etkili değildir; çünkü bu olayları yaşayan birçok insan, şiddetli sağlık kaygısı yaşamaz. Çeşitli faktörler, sağlık kaygısı bozukluklarının artmasında ve etkileşimde önemlidir. Birtakım hastalıkla ilgili inançlar, bazı kritik olaylarla etkileşerek sağlık kaygısının artmasına neden olur (60).

2.2.3.6. Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi

Bazı erken yaşam ebeveyn-çocuk etkileşim şekillerinden kaynaklanan olaylar, kişinin çocukken veya daha sonraki zamanlarda şiddetli sağlık kaygısı geliştirmesine neden olabilir. Başlıca ebeveyn çocuk etkileşim modelleri şunlardır:

-Ebeveyni model alma: Çocuklar; ebeveynlerinin hasta olduklarında ev ve işyerindeki sorumluluklardan sıyrıldıklarını ve özel ilgi gördüklerini gözlemlerler.

-**Ebeveynlerin aşırı korumacı tutumu :** Ebeveynler, çocuklarına hassas ve tehlikeye karşı açık olduklarını öğretirse, çocuklar baş edemeyecekleri bir hastalığa yakalanacakları düşüncesine inanabilirler.

-Ebeveynsel pekiştirme: Çocukları hastalandığında, yetiştirme biçiminde değişikliğe giden, örnek olarak; oyuncaklar alan, farklı yiyecekler yediren, aşırı özen ve sempati göstermeye başlayan veya okul ya da evdeki günlük sorumluluklardan muaf tutan ebeveynler bu tarz bir tutumla, hastalık davranışını pekiştirir (60, 71). Bu tarz ebeveyn-çocuk etkileşim modelleri, sağlık kaygısının farklı görünümlerine neden olur. Sağlık kaygısı olan kişiler, hastalığın meşru bir mazeret olduğuna inanırlarsa, bunu durumu kurtaran bir strateji olarak kullanabilirler (72). Ancak bu teşvik edici durumlar, muhtemelen sağlık kaygısında en önemli rolü oynamıyordur; çünkü hastalık davranışının pekiştirilmesi her zaman şiddetli sağlık kaygısı ile bağlantılı değildir (73).

2.2.4. Epidemiyoloji

Aşırı sağlık kaygısı her iki cinsiyette eşit oranda görülmektedir (74). Sağlık kaygısı bozukluklarından, hipokondriazisin, yaşam boyu prevalansı genel populasyonda %1-5, ilk basamak sağlık hizmetine başvuran hastalarda ise %2-7 oranında bulunmuştur (66). Azaltılmış hipokondriazis, tam hipokondriazise göre daha sık görülür (75). Azaltılmış hipokondriazisin, yaşam boyu prevalansı bilinmemektedir. Hastalık fobisinin

nokta prevalansı %3-4 oranındadır (76). Sanrısal bozukluğun somatik tipinin prevalansı hakkında çok az bilgi vardır ve sağlık kaygısı bozuklukları arasında en az görülenidir. Aşırı sağlık kaygısı her yaşta ortaya çıkabilse de genelde erken erişkinlikte görülür (66). Sağlık kaygısının yaşla değişip değişmediği net değildir. Bazı çalışmalarda, sağlık kaygısının gençlere oranla yaşlılarda daha çok görüldüğü bulunmuşken, bazı çalışmalarda da yaş grupları arasında fark bulunmamıştır (60).

2.2.5. Gelişiminde Rol Oynayan Etkenler

Sağlık kaygısı bozukluklarının geniş kapsamlı klinik nedenleri hazırlayıcı, tetikleyici, sürdürücü ve koruyucu etkenler olarak açıklanabilir. Hazırlayıcı etkenler, yatkınlık ve kırılganlık etkenleridir. Bu etkenler, öğrenme deneyimlerinden ya da "rahatsız edici" yani tehlikesiz bedensel duyumlara aşırı derecede duyarlı olan bir vücuda biyolojik olarak eğilimli olmaktan oluşur. Tetikleyici etkenler, sağlık kaygısını tetikleyen ve uyaran durumlardır. Stres dolu yaşam olayları; göğüs ağrısı, diare veya poliüri gibi stresle ilişkili duyumlar, bu duyumların bazı tehlikeli hastalıklara işaret ettiğine inanan kişilerde, şiddetli sağlık kaygısını tetikleyebilir. Devam ettirici etkenler sorunları sürdürür. Koruyucu etkenler problemlerin gelişmesine, devam etmesine ve daha da kötüleşmesine engel olur. Bu etkenler, her olguda bulunmayabilir. Hazırlayıcı, tetikleyici ve devam ettirici etkenlerin yokluğu dışında, sağlık kaygısı bozukluklarının gelişmesinden insanları koruyan etkenler çok az bilinmektedir (60).

2.2.6. Sağlık Kaygısının Klinik Görünümü

Tehlikeli olmayan bedensel duyumlar; tehlikesiz bedensel düzensizlikler, hafif rahatsızlıklar ve otonomik uyarılma gibi sayısız nedenlerden kaynaklanır. Neredeyse bütün bedensel uyarımlar, bir hastalığın belirtisi olarak yanlış yorumlanır.

Tehlikesiz Bedensel Düzensizlikler: Sağlıkla ilgili kaygılar, içsel bir uyaranla oluşan bedensel bir duyum ya da gazetede yazan bir viral salgın gibi çok çeşitli nedenlerle tetiklenebilir. İnsan vücudu "rahatsız edicidir". Sağlıklı insanlarda bile günlük veya haftalık olarak, bedensel duyumlar ortaya çıkabilir (77). Bu duyumların birçoğu hafif, geçici ve hastalıkla bağlantılı değildir.

Hafif Hastalık Belirtileri: Eğer kişi belirtileri gözünde büyütürse, hafif hastalık belirtileri, gereğinden fazla bir sağlık kaygısına neden olabilir. Aşırı sağlık kaygısı; derideki yumrular, yağ depoları veya sebase kistlerden kaynaklanabilir. Göğüs ağrısı, midede ekşime veya göğüs kafesi sendromlarından kaynaklanabilir. Ancak sağlık kaygısı olan insanlar bu duyumları kalp hastalığı belirteci olarak yorumlarlar (60).

Otonomik Uyarılma: Otonomik uyarılma; kaygı, kızgınlık, üzüntü ve heyecan gibi bir arada bulunan duygulardır. Fiziksel olarak sağlıklı insanlar da dâhil olmak üzere, uyarılma ile ilgili tepkiler; çarpıntı, kas gerginliği, nefes darlığı, gastrointestinal rahatsızlık ve idrar sıklığının artmasıdır. Çarpıntılar, hızlı kalp atımı ve ara sıra olan aritmileri içerir ki bunlar kaygılı ve stresli zamanlarda sağlıklı insanlarda da görülebilir (78). Uyarılma ile ilgili gastrointestinal belirtiler; bulantı, mide krampları ve diaredir. Uzamış stres; kas gerginliği, kas seğirmeleri, interkostal kasların kontraksiyonuna bağlı göğüs ağrısı, baş ağrısı, boyun, omuz ve sırtta ağrılara neden olabilir. Stresle ilişkili hiperventilasyon; sersemlik, kuru boğaz ve ekstremitelerde parasteziler ile sonuçlanabilir. Bu semptomlar, hiperventilasyona bağlı azalmış karbondioksit seviyesi nedeni ile ortaya çıkar (79). Aşırı sağlık kaygısı olan kişiler, rahatsız edici bedensel belirtilerin, kaygı veya emosyonel uyarılmanın başka formlarına eşlik edebileceğini genellikle dikkate almazlar. Bu kişiler, genel olarak, kaygı ve stresin yoğun bedensel tepkilere neden olabileceğini düşünmezler ve uyarılma ile ilişkili duyumların tehlikeli olduğu üstünde fazlaca dururlar (60).

2.2.6.1. Hipokondriazis Dışında Sağlık Kaygısının Diğer Klinik Görünümleri

Azaltılmış (Abridged) Hipokondriazis: Sağlık kaygısı ortadaki birincil en ciddisorun olduğunda, kişi; hipokondriazis için DSM-V ölçütlerini karşılamasa bile bu durum klinik olarak önemli olabilir. Buna "azaltılmış hipokondriazis" denir (80). Bu tanım, tam gelişmiş hipokondriazise göre, bir veya birkaç tanı ölçütünü içermez.

Geçici Hipokondriazis: Geçici hipokondriazis, azaltılmış hipokondriazis gibi klinik olarak önemli, ölçüde sağlık kaygısının olduğu, ancak 6 aydan daha uzun sürmediği duruma denir ve diğer sağlık kaygısı formları gibi genel tıbbi durumlarla tetiklenebilir (60). Çok değişik etkenler, hipokondriazisin geçici ya da kronik

olabilirliğini etkilemektedir. Kişi, hasta rolünü benimsemekle ikincil kazanç elde ediyorsa, yaşam stresörleri devamlı ise, kişi sosyal olarak izoleyse ve bu nedenle bedeni ile uğraşarak yaşamaya fırsatı varsa, hastalık kronikleşir. Kişinin yaşam stresörleri azaldığında ya da kişi ciddi bir tıbbi durumu olmadığı ile ilgili ikna edici tıbbi güven aldığında tıbbi durumu düzeliyorsa, hipokondriazis genellikle geçicidir (81). Hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olmak, sağlık kaygısında geçici artışlara yol açabilir. Bu duruma, "tıp öğrencilerinin hastalığı" örnek gösterilebilir. Tıp öğrencileri hayatı tehdit eden değişik hastalıklar öğrendiğinde, kaygılarında kısa süreli artış olabilir. Hastalıkla ilişkili bilginin diğer bir önemli kaynağı ise, medyadaki haberlerdir. Bu haberler de geçici hipokondriazisi tetiklemede önemlidir (60).

Hastalık Fobisi: Hastalık fobisi, genellikle tam gelişmiş hipokondriazisin bir özelliğidir ancak hipokondriazisin diğer özelliklerini taşımadan tek başına da bulunabilir. Hastalık fobisi olan kişinin, hastalığa yakalanacağı ile ilgili korkusu vardır ancak kişi hali hazırda bu hastalığa yakalandığına inanmaz ve tıbbi güvenceye yanıt verebilir. Bu nedenle hastalık fobisi, hipokondriazisin azaltılmış bir formudur. Hipokondriak hastaların aksine hastalık fobisi olan kişiler, kaygının bedensel belirtilerini taşıyabilseler bile yakalanmaktan korktukları hastalığın belirtilerine tipik olarak sahip değildirler (82). Hastalık fobisi değişik formlara girebilse de en sık görülen şekilleri, kanser ya da bulaşıcı bir hastalığa yakalanma korkusudur (60).

Somatik Sanrılar: Somatik sanrılardan yakınan kişilerin ciddi bir hastalıkları olduğuna dair, çok güçlü, sarsılmaz ve asılsız inançları vardır. Somatik sanrıların en sık görülen şekilleri; deriden ya da vücut açıklığından kötü koku çıkması, böcek ya da parazitler tarafından vücudun istila edilmesi, gerçeğin aksine, bazı vücut parçalarının biçimsiz veya çirkin olduğu ve bedenin bir parçasının düzgün olarak çalışmadığı inançlarıdır. Sanrıları olan kişi, şizofreni veya duygudurum bozukluklarının tanı ölçütlerini karşılamıyorsa, sanrılar, madde intoksikasyonu, genel tıbbi bir bozukluk veya deliryum gibi bilişsel bozukluklara bağlı değilse, somatik tip sanrısal bozukluk tanısı konulur (66). Bu bozukluğu, iç görüsü az olan hipokondriazisten ayırt etmek güçtür. İç görünün az olduğu hipokondriaziste, hastalık inancı zaman ve duruma göre azalıp artabilir. Somatik tip sanrısal bozukluğun, psikotik spektrum bozukluklarından mı yoksa hipokondriazisin uç bir formu olarak mı sınıflandırılması gerektiği net değildir (60).

Diğer Bozukluklar: Şiddetli sağlık kaygısı, panik bozukluğu ve majör depresyon gibi başka bozuklukların bir özelliği de olabilir. Örneğin, ölümle ilgili endişe genellikle panik bozukluğu olan kişilerde panik atak sırasında ortaya çıkabilir. Bu gibi durumlarda, sağlık kaygısı, başka bir bozukluktan kaynaklanıyorsa, hipokondriazis tanısı konmaz (66). Bu tarz klinik görünümler, esas olarak sağlık kaygısı bozuklukları ile ilişkilendirilmez. Ancak panik bozukluğu olan kişilerin aynı zamanda panik ataklarla ilgisi olmayan hastalık inanç ve korkuları da varsa hipokondriazis ve başka sağlık kaygısı bozukluğu da tanıda düşünülmelidir (60).

2.2.7. Gidiş

Sağlık kaygısının klinik gidişi ile ilgili çok az bilgi vardır ve genellikle kroniktir. Geçici hipokondriazis 6 aydan kısa sürse bile, kişilerin ileriki yaşamlarında da aşırı sağlık kaygıları olabilir (60).

2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi (Quality of life, QOL)*;* kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Yaşam kalitesi; kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Bu tanım, yaşam kalitesinin kültürel, sosyal ve çevresel kavramlara iyice gömülmüş subjektif bir değerlendirme olduğu görüşünü yansıtmaktadır (83). Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçümdür. Ancak; farklı kişilere farklı şeyler ifade eden bir kavram olduğundan yaşam kalitesinin net bir tanımını yapmak güçtür. Kaliteli yaşam sadece hastalık olmaması değil; tam bir fiziksel, mental ve sosyal iyilik halinin olmasıdır (84). Yaşam kalitesi, en basit tanımı ile hasta gözüyle hastalık yaşantısı olabilir. Burada yaşam kalitesine dair birkaç tanım verilecek ve bir fikir oluşturulmaya çalışılacaktır. Bunlardan birisi şöyledir: Yaşam kalitesi iki bileşeni olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün yüksek düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur (85). Bir diğer tanım ise hastanın beklentileri ile erişebildiklerinin ya da gerçekleştirebildiklerinin arasındaki

uçurumun olabildiğince az olmasıdır (86). Bir diğer tanımda Schipper ve Clinch sağlıkta yaşam kalitesini bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışı olarak tanımlamışlardır (87). Yaşam kalitesi, son yıllarda bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık düzeyinin ölçülmesinde kullanılması tartışılan konulardan birisidir. Yaşam, kalite (nitelik) ve kantite (nicelik) olarak 2 boyutta değerlendirilebilir. Yaşamın kantitesi ya da niceliği, hayatın süresi olarak tanımlanmaktadır, kalitesi ise bireyin içinde bulunduğu fizik çevre ve sosyoekonomik durum gibi birçok faktörü içine alan çok boyutlu bir kavramdır. Yaşam kalitesinin tanımı için günümüzde üzerinde anlaşılmış ortak bir tanım bulunmamakla birlikte; kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu, yaşam kalitesi olarak tanımlanmaktadır. Burada kişinin içinde bulunduğu durum ve bu durumla ilgili beklentileri önem taşımaktadır. Bu ikisinin arasındaki farkın kişinin yaşam kalitesini gösterdiği düşünülmektedir (88,89). Yaşam kalitesi; gelir durumu, çevre şartları, özgürlük gibi birçok değişkene bağlı ve karmaşık bir kavram olup, önemli belirleyicilerinden birisi ise sağlıktır. Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili belirleyicileri; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi başlığı altında incelenmektedir (90).

Yaşam kalitesinin belirleyicileri kişiden kişiye, hatta bireyin yaşamı süresince dönemden döneme değişiklik gösterdiğinden ve soyut bir kavram olduğundan dolayı, yaşam kalitesini ölçmek için bir takım ölçeklerin geliştirilmesine ihtiyaç doğmuştur. Geçmişte yaşam kalitesi kavramı daha dar kapsamlı olarak ele alınmakta ve genellikle hastalıklara özel olarak düşünülmekteydi. Bu soyut kavramın ölçülmesi ise sıklıkla klinisyenlerin gözlemlerine dayanmaktaydı. Günümüzde yaşam kalitesini değerlendirmekte kullanılan çok sayıda ölçek geliştirilmiş durumdadır. Yaşam kalitesi ölçekleri, uygulandıkları topluluklara göre genel (tüm topluluklara uygulanabilen genel ölçekler) ve özgün (belirli hastalık gruplarına uygulanan özel ölçekler) olarak gruplanmaktadır. Bu ölçekler genellikle yaşam kalitesini; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ruh sağlığı gibi farklı boyutlara ayırarak değerlendirmektedir (91).

2.3.1. Yaşam Kalitesinin Bileşenleri (92)

Yaşam kalitesinin dört temel bileşeni bulunmaktadır: Ruhsal sağlık (psikolojik esenlik, emosyonel işlevsellik), sosyal işlevsellik, fiziksel durum ve hastalık-tedavi ile ilişkili belirti ya da bulgular(93). Bu alanlar hem hastanın anlaşılmasında çok yol

gösterici olmakta hem de hastalığın çok boyutlu değerlendirilmesine katkıda bulunmaktadır. Ruhsal sağlık alanı üç temel öğeden oluşmaktadır. Bunlardan bir tanesi olumlu duygulardır. Olumlu duygular bireyin kendi içinde hissettiği mutluluk ve huzurdur. Kendi durumundan hoşnut olması, doyum sağlaması, kendi durumunu beğenmesi ve benimsemesi bunlar arasında sayılabilir. Diğer yandan olumsuz duygular bir başka öğedir. Olumsuz duygular arasında suçluluk, ümitsizlik, karamsarlık, öfke, üzüntü ve kaygı sayılabilir. Bu da hastalık yaşantısı ile birlikte kişinin kendine ve hastalığa bakışında ortaya çıkan duyguların bileşimi gibidir. Üçüncü öğe ise bilişsel yapılar olup; hastanın düşüncelerini ve yargılarını kapsar. Burada hem hastanın bilişsel işlevleri dikkate alınır hem de durumuyla ilgili atıfları, düşünsel değerlendirmeleri ele alınır. Hastanın zihinsel işlevleri içinde dikkati, belleği, soyut düşünme ve organize düşünme yetileri önemlidir. Durumuyla ilgili değerlendirmede ise hastalığı ile ilgili bakış açısı, dış görünümü ya da beden imgesiyle ilgili yargısı, hastalığın yarattığı kendilik saygısı değişiklikleri dikkate alınır. Sonuç olarak bunların birlikteliği ve karışımı önemlidir. Bireyin duygusal yaşam alanı, duygusal tepkimeleri ve başka insanlarla duygusal iletişimi değerlendirilir (94,95). Sosyal alan hastanın kişilerarası ilişkilerine ve sosyal destek sistemlerine dayanır. Kişilerarası ilişkilerde diğer insanlarla ilişkilerine bakılır. Burada arkadaş ilişkileri, akraba ilişkileri, diğer insanlara duyduğu yakınlık, ilgi ve sorumluluklar ele alınır (94,95). Fiziksel alan belki de hekimlerin en iyi bildiği alandır. Burada fiziksel işlevsellik asıl dikkate alınan kavramdır. Fiziksel işlevsellikte bireyin hastalıkla birlikte fiziksel hareketliliği, ne yapıp ne yapamadığı, gündelik işlerini yürütebilme yetisi, çalışabilme gücü bulunmaktadır (94,95). Son olarak hekimlerin en donanımlı olduğu alanlardan birisi hastalığın kendisinin ya da tedavisinin yarattığı belirti ve bulgulardır. Bunlardan kuşkusuz en iyi bilineni ağrıdır. Hastanın hangi düzeyde, hangi sıklıkta, hangi durumda ve hangi bölgede ağrı hissettiği, dolayısıyla ağrının ne ölçüde kısıtlayıcı olduğu önemlidir. Ayrıca hastalığın yol açtığı yorgunluk, ya da bitkinlik, uyku düzensizlikleri, iştah düzensizlikleri hastalıkların ortak paylaştığı diğer genel sağlık sorunlarıdır (94,95).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Katılımcıların Seçimi

2004 yılından bu yana Atatürk Üniversitesi Organ Nakli biriminde transplantasyon amaçlı tek taraflı nefrektomi uygulanan, Erzurum veya çevre illerde yaşayan ve nefroloji polikliniğimizde düzenli aralıklarla izlemi süren 82 kayıtlı donörün araştırma kapsamında değerlendirilmesi tasarlanmışdır. Donörlerin sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra, bu grupta yer alan bireylerdeki yaşam kalitesini değerlendirmede tüm dünyada yaygın olarak kullanılan Kısa form "Short Form-36" (SF-36) isimli ölçek ve olası sağlık kaygısını belirlemek için Sağlık Kaygısı Envanteri-Kısa Form (SKE-KF) isimli ölçek kullanılarak donörlerin yaşam kalitesi ve sağlık kaygı düzeyleri araştırılacaktır. Sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla, hem hasta gruplarına hem sağlıklı gönüllülere Sağlık Kaygısı Envanteri (Haftalık Kısa Form) uygulanacaktır.

3.1.1. Olguların Çalışmaya Kabul Edilme Ölçütleri

1. Erzurum Atatürk Üniversitesi Organ nakli birimi tarafından donörlük nedeniyle tek taraflı nefrektomi operasyonu yapılan ve nefroloji polikliniğince takip edilmekte olan donörlerden biri olmak.
2. Çalışmaya katılmayı kabul etmek
3. Okur-yazar olmak

3.1.2. Dışlama Ölçütleri

1. Bilişsel işlevlerin ya da entellektüel düzeyin testleri anlamada yetersiz kalması (öğrenme güçlüğü gibi)

3.1.3. Kontrol Grubunun Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri

1. 18 - 80 yaş arasında olmak
2. DSM-V' e göre bilinen bir majör psikiyatrik bozukluğun bulunmaması
3. Okur-yazar olması

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, fiziksel ve psikiyatrik öyküleri yanında vericilik sonrası sosyal hayatını ve böbrek vericiliğine bakış açısını değerlendiren bir veri formu kullanılmıştır.

3.2.2. Kısa Form-36 (SF 36)

Ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışması Koçyiğit ve ark. (1999) tarafından yapılmış olan form, yaşam kalitesini ölçmede en yaygın kullanılan ölçektir (96). Sağlık durumunun olumsuz yönlerinin yanı sıra olumlu yönlerini de değerlendirilebilir ve özürlülükteki küçük değişimleri saptamada çok duyarlıdır. Ware ve ark./JE (1992) tarafından özellikle fiziksel hastalığı olanlarda yaşam kalitesini ölçmek için geliştirilmiştir. Ancak sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı olanlarda da başarıyla kullanılmaktadır. SF36; *fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları, sosyal fonksiyon,* mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması bileşenlerinden oluşan sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Değerlendirilen kişinin kendisinin doldurduğu kısa ve anlaşılabilir bir ölçektir. Ölçeğin bir toplam puanı yoktur; 8 alt boyutun puanları ayrı ayrı hesaplanıp değerlendirilmektedir. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda, Türk toplumuna ait standart değerler elde edilmiştir (97). Araştırma grubumuzdan elde edilecek veriler, bu standart değerler ile karşılaştırılacaktır.

3.2.3. Sağlık Kaygısı Envanteri- Kısa Form(SKE-KF)

Ülkemiz için geçerliliği ve güvenilirliği Karapıçak ve ark. (2012) tarafından yapılmış olan form, sağlık kaygısını belirlemede geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracıdır (98). SKE-KF 2002 yılında Salkovis ve ark' nın oluşturduğu, hastanın kendisinin değerlendirdiği, 18 maddeden oluşan, fiziksel sağlık durumundan bağımsız olarak sağlık kaygısını ölçen bir envanterdir. Maddeler, sağlık hakkındaki endişeyi, bedensel duyum ve değişikliklerin farkındalığını ve hastalanma ile ilgili sonuçları, çoktan seçmeli formatta değerlendirir. Envanter 1'den 14' e kadar olan sorunların

puanlarının toplanmasıyla değerlendirilir.18 puan ve üstü alan bireyler yüksek sağlık kaygısı olanlar olarak değerlendirilir.

3.3. İstatistiksel değerlendirme

Çalışma ölçütlerine uyan ve çalışmaya alınan katılımcılara, çalışma hakkında bilgi verildikten sonra tüm katılımcılarla görüşme yapılmış, elde edilen bilgiler sosyodemografik veri formuna işlenmiştir. Daha sonra, kullanılacak ölçekler uygulanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS (V.21) paket programı kullanıldı. Verilerin normallik testi Shapiro Wilk testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren verilerin analizi için grup karşılaştırmalarında bağımsız iki örnek t-testi kullanıldı. Kategorik verilerin analizi için Ki-kare analizi kullanıldı. Veriler aritmetik ortalama ± standart sapma, n(%) biçiminde sunuldu.

Tüm sonuçların değerlendirilmesinde ise $p<0.05$ değeri, istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi. Elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamızdaki sosyodemografik veriler incelendiğinde vericilerden çalışmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan 30 donörün; 16'sının erkek, 14'ünün kadın olduğu, sağlıklı kontrol grubunun da 16'sınn erkek, 14'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Gruplar yaş ortalamaları açısından değerlendirildiğinde böbrek vericileri için ortalama yaş 44,0 iken kontrol grubu için ortalama yaş 43,5 olarak bulunmuştur. Böbrek vericilerinin eğitim durumları incelendiğinde, %30'unun okuryazar olduğu, %43.3' ünün ilkokul mezunu olduğu, %10'unun ortaokul mezunu olduğu, %16,7 sinin lise ve üstü eğitim aldığı görüldü. Böbrek vericilerinin medeni durumları değerlendirildiğinde; %86.7' sinin evli , %10' unun bekâr ve %3,3'ünün dul olduğu gözlenmiştir. Yukarıda belirtilen sosyodemografik veriler ile birlikte meslek, yaş grupları gibi bilgilerin yanı sıra ailede ve ya bireyin kendisinde fiziksel ve ruhsal hastalığın varlığı Tablo 4.1'de özetlenmiştir.

Tablo 4.1. Donörlerinin ve Sağlıklı Gönüllülerin Sosyodemografik ve Klinik Verileri

		Donör N(%)	**Kontrol N(%)**	
Yaş		44,0 ± 13,0	43,5 ± 6,9	p>0,05
Cinsiyet	**Kadın**	14(%46,7)	14(%46,7)	p>0,05
	Erkek	16(%53,3)	16(53,3%)	
Medeni Hal	**Evli**	26(%86,7)	27(%90,0)	p>0,05
	Bekâr	3(%10,0)	2(%6,7)	
	Dul	1(%3,3)	1(%3,3)	
Eğitim	**Okuryazar**	9(%30 0)	10(%33,4)	p>0,05
	İlkokul	13(%43,3)	9(%30,0)	
	Ortaokul	3(%10,0)	7(%23,3)	
	Lise ve üstü	5(%16,7)	4(%13,3)	
Kendisinde Fiziksel Hastalık	**Var**	5(%16,7)	1(%3,3)	p>0,05
	Yok	25(%83,3)	29(%96,7)	
Ailede Fiziksel Hastalık	**Var**	1(%3,3)	3(%10,0)	p>0,05
	Yok	29(%96,7)	27(%90,0)	
Geçirilmiş Ruhsal Hastalık	**Var**	1(%3,3)	0(%0)	p>0,05
	Yok	29(%96,7)	30(%100,0)	
Ailede Ruhsal Hastalık	**Var**	2 (%6,7)	1(%3,3)	p>0,05
	Yok	28(%93,3)	29(%96,7)	

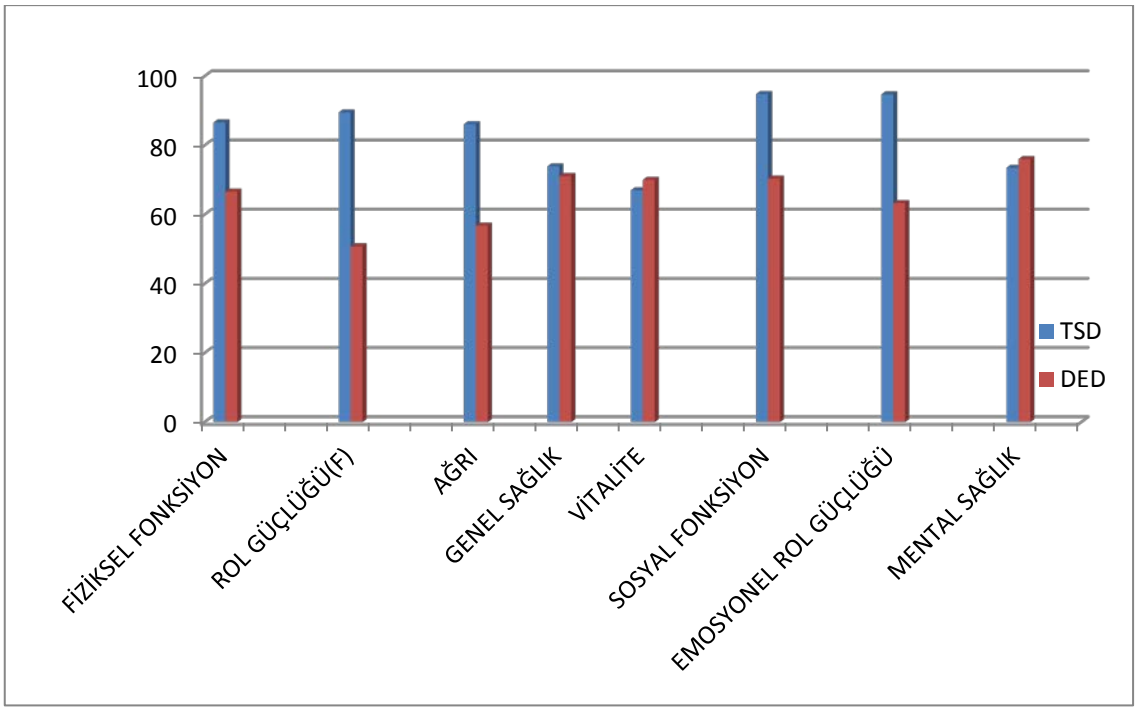
Donörlerin ve sağlıklı gönüllülerin sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında her iki grup arasında sosyodemografik veriler açısından anlamlı bir farklılık yoktu.

Tablo 4.2. Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanlarının Türk Toplumuna Göre Standardize Edilmiş Değerleri İle Donörlerde Elde Edilen Değerler

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri	**TSD Ortalama değer± SD**	**DED Ortalama değer± SD**	***p* değeri**
Fiziksel Fonksiyon	86,6±25,2	66,6±22,4	p<0.05
Fiziksel Rol Güçlüğü	89,5±29,6	50,8±28,2	p<0.05
Ağrı	86,1±20,6	56,8±21,3	p<0.05
Genel Sağlık	73,9±17,5	71,1±18,3	p>0.05
Vitalite	67,0±13,8	70,0±19,6	p>0.05
Sosyal Fonksiyon	94,8±14,2	70,4±24,4	p<0.05
Emosyonel Rol Güçlüğü	94,7±20,9	63,3±29,4	p<0.05
Mental Sağlık	73,5±11,6	76,0±15,9	p>0.05

TSD: Türk Toplumuna göre standardize edilmiş değerler **DED:** Donörlerden elde edilen değerler **SD:** Standart Sapma

Böbrek Donörlerinde Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Ağrı, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü alanlarında elde edilen ortalama değerler Türk Toplumu Standart Değerlerinin ortalamasından anlamlı oranda düşük bulundu. Genel Sağlık, Vitalite ve Mental Sağlık alanlarında donörler ile Türk toplumu Standart değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.



*TSD: Türk Toplumuna göre standardize edilmiş değerler
DED: Donörlerden elde edilen değerler

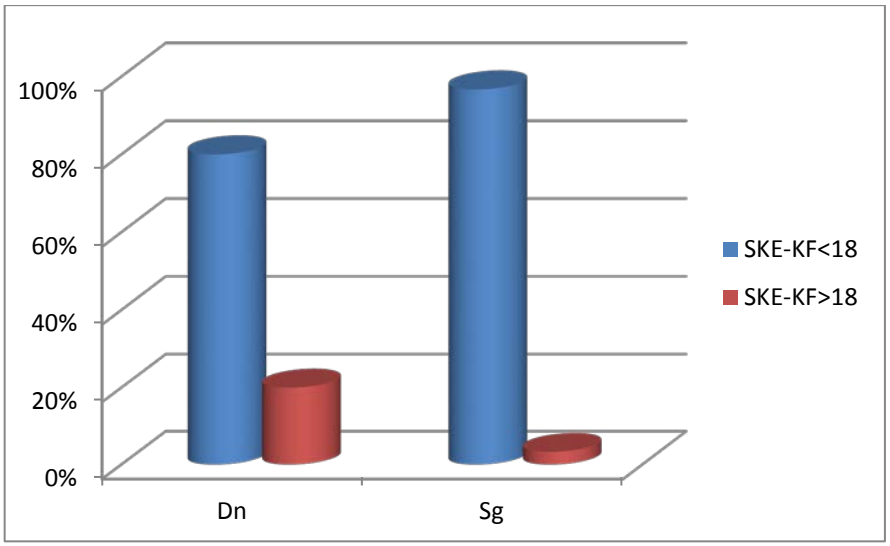
Şekil 4.1. Yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının Türk Toplumuna göre standardize edilmiş değerleri ile donörlerden elde edilen değerler

Tablo 4.3. Donörlerden Elde Edilen SKE-KF Puanları ile Sağlıklı Gönüllülerden Elde Edilen SKE-KF Puanları

KATILIMCILAR	**SKE-KF<18 n(%)**	**SKE-KF>18 n(%)**
Donör	**24 (%80)**	**6 (%20)**
Sağlıklı Gönüllü	**29 (%96,7)**	**1 (%3,3)**

SKE-KF<18: Sağlık Kaygısı ölçeğinden 18 puan altında alanlar
SKE-KF>18: Sağlık Kaygısı Ölçeğinden 18 puan ve üstünde alanlar

Böbrek donörlerinde SKE-KF puanı yüksekliğinin sağlıklı gönüllülere göre anlamlı oranda farklılık gösterdiği tespit edildi (P < :0,05).



Dn: Donör **Sg:** Sağlıklı gönüllü **SKE-KF:** Sağlık Kaygısı Ölçeği

Şekil 4.2. Donörlerde Elde Edilen SKE-KF Puanları ile Sağlıklı Gönüllülerde Elde Edilen SKE-KF Puanlarının Oranları

Tablo 4.4. Donörlerde Elde Edilmiş SKE-KF Puanları ile Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri	Grup1 SF-36 ortalama değerler± SD n=16 n=24	Grup 2 SF-36 ortalama değerler± SD n=6	P değeri
Fiziksel Fonksiyon	67,0 ± 21,5	65,0 ± 28,1	P=0,843
Fiziksel Rol Güçlüğü	51,0 ± 28,0	50,0 ± 31,6	P=0,937
Ağrı	57,2 ± 19,2	55,0 ± 30,7	P=0,819
Genel Sağlık	74,2 ± 16,4	58,8 ± 21,9	P=0,650
Vitalite	70,6 ± 17,5	67,5 ± 28,7	P=0,735
Sosyal Fonksiyon	71,3 ± 23,7	66,6 ± 29,2	P=0,682
Emosyonel Rol Güçlüğü	65,2 ± 30,2	55,5 ± 27,2	P=0,480
Mental Sağlık	77,1 ± 13,0	71,3 ± 25,7	P=0,611

SKE-KF: Sağlık Kaygısı Ölçeği Kısa Form
Grup1: SKE-KF ölçeğinden 18 puanın altında donörler.
Grup 2: SKE-KF ölçeğinden 18 ve üstü puan alan donörler

Böbrek donörleri içinde SKE-KF puanı yüksek olan ile SKE-KF puanı normal düzeyde olanlar, yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldığı puanlar açısından karşılaştırıldığında, SKE-KF puanı yüksek olan veya SKE-KF puanı normal düzeyde olanlarda yaşam kalitesi alt ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık gözlenmedi.

Tablo 4.5. Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin Gelir Düzeyine Göre Değerlendirilmesi

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri	**Grup1 SF-36 ortalama değerler± SD n=16**	**Grup 2 SF-36 ortalama değerler± SD n=14**	**P değeri**
Fiziksel Fonksiyon	64,3±24,9	69,2±19,8	P=0,560
Fiziksel Rol Güçlüğü	39,0±20,3	64,2±30,5	P=0,016
Ağrı	54,2±21,2	59,7±21,9	P=0,489
Genel Sağlık	68,3±16,9	74,2± 19,9	P=0,388
Vitalite	69,0±19,3	71,0±20,7	P=0,786
Sosyal Fonksiyon	66,4±22,6	75,0±26,4	P=0,346
Emosyonel Rol Güçlüğü	58,3±28,5	69,0±30,5	=0,329
Mental Sağlık	78,7±13,2	72,8±18,5	P=0,322

Grup1: Aylık geliri 0-500TL olan donörler Grup 2: Aylık geliri 500TL üstü olan donörler

Donörlerin gelir düzeyi ikiye ayrılıp; Yaşam Kalitesi alt ölçek puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında sadece Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçek puanı grup 2 donörlerde grup 1donörlere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.6. Nakil Sonrası Oluşan Şikâyetlere Göre Yaşam Kalitesi Alt Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri	Grup1 SF-36 ortalama değerler± SD n=23	Grup 2 SF-36 ortalama değerler± SD n=7	P değeri
Fiziksel Fonksiyon	68,6±24,5	60,0±12,9	P=0,380
Fiziksel Rol Güçlüğü	53,2±29,4	42,8±23,7	P=0,403
Ağrı	57,3±23,4	55,0±13,8	P=0,801
Genel Sağlık	71,2±18,0	70,7± 20,5	P=0,946
Vitalite	69,3±18,9	72,1±23,4	P=0,749
Sosyal Fonksiyon	70,6±26,2	69,6±18,8	P=0,926
Emosyonel Rol Güçlüğü	69,5±30,0	42,8±16,2	P=0,007
Mental Sağlık	76,1±15,7	75,4±18,1	P=0,916

Grup1: Nakil sonrası herhangi bir şikâyeti olmayan donörler **Grup2:** Nakil sonrası şikâyeti olan donörler

Donörler nakil sonrası şikâyeti olanlar ve nakil sonrası herhangi bir şikâyeti olmayanlar olarak 2 gruba ayrıldığında, nakil sonrası şikâyeti olan grubun Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeğinin diğer gruba göre anlamlı oranda düşük olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesinin diğer alt ölçek puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda böbrek donörlerinin nakil operasyonu sonrasında yaşam kalitesini ve sağlık kaygısını sağlıklı gönüllülerle karşılaştırarak değerlendirdik. Çalışmamızdaki donörlerin sosyodemografik verileri incelendiğinde çalışmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan 30 donörün; 16'sının erkek, 14'ünün kadın olduğu bulunmuştur. Donörlerin yaş ortalaması 44,0 ± 13,0 idi. Donörlerin eğitim durumları incelendiğinde, %30'unun okuryazar olduğu, %43.3'ünün ilkokul mezunu olduğu, %10'unun ortaokul mezunu olduğu, %16,7 sinin lise ve üstü eğitim aldığı görüldü. Böbrek donörlerinin %56,7' sinin çekirdek aile içinde, %43,3'ünün ise geniş aile içinde yaşadığı, %53,3'ünün 0-500TL arasında gelir durumunun olduğu, %43,3'ünün 500-1500TL arasında gelirinin olduğu, %3,3'ünün ise gelir düzeyinin 1500TL üstünde olduğu görüldü. Böbrek vericilerinin medeni durumları değerlendirildiğinde; %86,7' sinin evli , %10' unun bekâr ve %3,3'ünün dul olduğu gözlenmiştir. Donörlerde sağlık kaygısını değerlendirmek amacıyla çalışmamıza sağlıklı gönüllü grubu aldık. Gönüllü grubunun 16'sı erkek, 14'ü kadınlardan oluşmuştu. Gönüllü grubunun yaş ortalaması 43,5 ± 6,9 idi. Genel olarak donörlerin ve sağlıklı gönüllülerin sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında iki grup arasında yaş, eğitim durumu, medeni hal, fiziksel ve ruhsal hastalık öyküleri arasında anlamlı bir fark yoktu.

Kadavradan böbrek nakli için çoğunlukla uzun süre beklenilmesi ve son yıllarda uygulanan başarılı immunosupresan tedavi, transplantasyon merkezlerini akraba olmayan vericileri de transplantasyon programına kabul etmeye yöneltmiştir. Biyolojik yakınlığı olmayan vericiler ya eş ya da çok yakın arkadaş gibi hastayla kuvvetli duygusal bağı bulunan kişilerdir (10,99,100). Bizim çalışmamıza katılan böbrek donörlerinin %30' unun böbreğini eşine verdiğini tespit ettik. Diğer donörlerin %60'ının böbreğini birinci derece yakınına bağışladığı, %6,7'sinin 3.derece yakınına, %3,3'ünün ise 2.derece yakınına böbreğini bağışladığı görüldü. Donörlerde yaşam kalitesinin değerlendirildiği araştırmalarda ortak bir sonuç elde edilememiştir, bu araştırmalarda donörlerin nakil sonrası genel olarak yaşam kalitesinin arttığını gösteren çalışmalar olmakla birlikte, aynı düzeyde kaldığını veya nakil sonrası birçok alt ölçekte anlamlı oranda azalma olduğunu gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (101, 102, 103, 104, 105). Çalışmamıza katılan donörlerin yaşam kalitesi alt ölçek puanları Türk toplumuna göre standardize edilmiş değerler ile karşılaştırıldı, böbrek donörlerinde

Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Ağrı, Sosyal, Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü alanlarında elde edilen ortalama değerler Türk toplumu standart değerlerinin ortalamasından anlamlı oranda düşüktü. Genel Sağlık, Vitalite ve Mental Sağlık alanlarında donörler ile Türk toplumu standart değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Bulgularımız donörlerin yaşam kalitesi ölçeğindeki sekiz alt ölçeğinin beşinde Türk toplumu standartlarına göre düşük puan aldığını gösterdi. Bu farklılık donörlerin nakilden sonra ciddi bir komplikasyon yaşamamalarına rağmen nakil süreci ve sonrasında gelişen fiziksel ve psikolojik etkilenme sonucundan kaynaklanıyor olabilir. Örneğin nakil sonrası tek böbrekle yaşamak durumunda kalmaları gibi. Kemph, donörün kendini feda etme duygu ve motivasyonuyla transplantasyon kararı almasının operasyon sonrasında depresyon, incinme ve öfkeye yol açtığını bildirmiştir (106). Demiral ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada genel olarak yaşam kalitesi alt ölçeklerinden kadınların erkeklere oranla daha düşük puanlar aldığını belirledi, yine aynı çalışmada kötü ekonomik durumun ve düşük eğitim düzeyinin yaşam kalitesi alt ölçeklerinde düşük puanlarla ilişkili olduğu belirlenmiştir (97). Bizim çalışmamızda donörlerde cinsiyet farklılığının ve donörler arasındaki eğitim düzeyi farklılığının yaşam kalitesi alt ölçek puanlarında anlamlı bir değişiklik oluşturmadığı gözlendi. Bunun yanında gelir düzeyi 500TL ve altında olan donör grubunda fiziksel rol güçlüğü alt ölçeğinin diğer gelir gruplarına oranla anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi. Ayrıca çalışmamızda donörlerin yaşadığı aile tipine göre yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının donörlerin yaşadığı aile tipi ile anlamlı bir bağlantısının olmadığını gösterdi. Fujisawa ve arkadaşları, Balaska ve arkadaşları genç hastaların yaşam kalitesi puanlarının yaşlı hastalardan daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (107,108). Humar ve arkadaşları, Ponton ve arkadaşları, yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir (109,110). Çalışmalardan da anlaşıldığı gibi yaşın, yaşam kalitesini etkileyip etkilemediği tartışmalı bir durumdur. Bizim çalışmamızda donörlerde yaş ile yaşam kalitesi puanlarının arasında anlamlı bir ilişkili olmadığı belirlendi. Çalışmamızda alıcıların tamamının birinci nakil operasyonu olduğu ve verilen böbreklerin o ana kadar sorunsuz olarak işlev gördüğü öğrenildi. Beş merkezden 536 donörle yapılan bir çalışmada, %97'sinin kararını tekrar doğruladığı ve böbreklerini vermekten hiçbir pişmanlık hissetmediği belirlenmiştir (111). Bulgular vericilerin çoğunluğunun, karar alma aşamasında çok az ambivalan oldukları, yani böbreklerini vermekten herhangi bir pişmanlık duymadıkları, uzun dönem izlemlerinde seçimleri

açısından huzurlu hissettikleri yönündedir. Çalışmamızda donörlerin tamamı böbrek verme kararının doğru bir karar olduğunu düşünmektedir bununla birlikte çalışmaya katılan donörlerin %13,3'ü başkalarını böbrek verme konusunda teşvik etmeyeceğini belirtmiştir. Bu bulgu bize bazı donörlerin alıcılara karşı gönüllü olmaktan ziyade vicdanen böbreğini bağışlama zorunluluğu hissettiğini bu nedenle böbreğini verdiğini düşündürebilir. Böbrek bağışlamanın psikososyal etkilerini araştıran bir çalışmada, katılan 167 vericiden %90'ının şimdi olsa yine aynı seçimi yapacaklarını aktardıkları, %15' inin transplantasyonun sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğine inandıkları ve %23'ünün maddi açıdan kayba uğradıklarını belirttikleri bildirilmiştir (112). Çalışmamızda donörlere nakilden sonra herhangi bir şikâyetinin gelişip gelişmediği sorulduğunda %76,7' sinde herhangi bir şikâyet oluşmadığı %23,3 'ünde şikâyet geliştiği bunların içinde de en sık şikâyetin yara iyileşmesinin uzaması (%13'3) olduğu belirlendi. Ayrıca çalışmamızda donörlerde operasyona bağlı yeni bir hastalık gelişmediği ancak donörlerin %30'unun nakil sonrası iş yaşamının olumsuz etkilendiği, %23,3'ünün nakil sonrası ekonomik durumunun olumsuz etkilendiği ve %6,7'sinin ise nakil sonrası ev yaşamının olumsuz etkilendiği görüldü. Şimdiki sağlık durumunu nakil öncesi sağlık durumuna göre kıyaslamasını istediğimiz dönerlerden %80' i sağlık durumunun aynı seviyede, %10'u daha iyi ve %10'u ise daha kötü durumda olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızdaki donörleri nakilden sonra şikâyeti gelişen ve gelişmeyen olarak iki gruba ayırıp her iki grubun yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldığı puanlar karşılaştırıldığında nakil sonrası şikâyeti gelişen donörlerin yalnızca emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanının diğer gruba göre anlamlı derecede düşük görüldü. Donörlere verici olmalarındaki en önemli neden sorulduğunda %76,7 oranında diyalizin sonunun olmamasının en sık neden olduğu belirtilmiştir. Donörlere gelecek ile ilişkili endişelerinin olup olmadığı sorulduğunda 22 (%73,3) donörün herhangi bir endişesinin olmadığı, 3 (%10) donörün kendi sağlığı ile ilgili endişesinin olduğu, 3 donörün işi ile ilgili endişesinin olduğu 2 donörün (%6,7) ise verdiği böbrek ile ilgili endişelerinin olduğu öğrenildi.

Çalışmamızda donörler ile sağlıklı gönüllülerinin sağlık kaygı düzeylerini karşılaştırdık. Donörler arasında sağlık kaygı yüksekliği %20 olarak bulundu. Bu oran sağlıklı gönüllülere göre anlamlı derecede yüksekti. Bazı çalışmalarda, sağlık kaygısının gençlere oranla yaşlılarda daha çok görüldüğü bulunmuşken, bazı çalışmalarda yaş grupları arasında fark bulunmamıştır (60). Bizim çalışmamızda yaş grupları ile sağlık

kaygısı yüksekliği arasında anlamlı bir ilişki görülmedi. Noyes ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, sağlık kaygısı ve güvence arama puanları, kadınlarda, erkeklere oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ancak dışlanma ve bedensel duyumlara odaklanmada, cinsiyete göre farklılık görülmemiştir (126). Çalışmamızda, SKE-KF toplam puanları cinsiyet farkına göre değerlendirildiğinde, anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sonucun bizim çalışmamızla benzerlik göstermemesinin nedeni farklı sağlık kaygısı ve bileşenlerini ölçmek için farklı ölçeklerin kullanılmasından dolayı olabilir (113). Ayrıca çalışmamıza katılan donörler geçirilmiş fiziksel hastalığa, geçirilmiş ruhsal hastalığa, ailede fiziksel hastalık varlığına, ailede ruhsal hastalık varlığına göre gruplandırıldı, her grubun kendi alt bileşenleri SKE-KF den aldıkları puanlara göre kendi aralarında karşılaştırıldı. Bu gruplar arasında sağlık kaygısı yüksekliği açısından anlamlı düzeyde bir farklılık görülmedi. Çalışmamızda nakilden sonra şikâyeti gelişen donör grubunun sağlık kaygısı nakilden sonra herhangi bir şikâyeti gelişmeyen grup ile karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık gözlenmedi. Yine nakilden sonra geçen süre ile donörlerin sağlık kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir bağlantı yoktu. Bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz bu bulgular donörlerde sağlık kaygı düzeyinin yüksek olduğunu, fakat sağlık kaygı düzeyindeki bu yüksekliğinin yaş, hastalık öyküsü gibi tek bir nedenle açıklanamayacağını göstermektedir. Donörlerin tama yakınının alıcıyla aynı ortamda yaşadıkları göz önüne alındığında nakil öncesi dönemde alıcıların yaşadığı sağlık sorunlarından haberdar olması, nakil süreci ve sonrasında hastane ortamında yaşadığı, gözlemlediği deneyimler ve sonuçta tek böbrekli olarak hayatına devam edecek olması sağlık kaygısının yükselmesine sebep olarak düşünülebilir. Ayrıca donörlerde ortaya çıkan yüksek sağlık kaygısının yaşam kalitesi alt ölçeklerine etkisini araştırdık, çalışmamızda donörlerdeki sağlık kaygısı yüksekliğinin yaşam kalitesi alt bileşenleri ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

Kişiye yakın birinin ölümü, bazen hipokondriazisi tetikliyor gibi görünmektedir (66). Örneğin, sevilen birinin trafik kazasında kaybı, kişinin hayatın kırılgan olduğuna ve tehlikelerin her zaman var olduğuna inanmasına yol açabilir. Bu durum da bedenle ilgili zihinsel uğraş ve kişinin kendi sağlığı ile ilgili endişelenmesine yol açar (60). Hastalardan elde edilen geçmiş bilgilere göre, hastalık fobisinin gelişmesinde birçok faktör olduğu saptanmıştır. Bu faktörler; geçmişte geçirilen bir hastalık, çevresel toksinlere maruz kalma veya hastalıkla boğuşan aile üyelerini gözlemlemektir (67).

Kısacası, sevilen birinin ölümü ya da hastalıkla ilgili değişik deneyimler, sağlık kaygısı bozuklukları ile ilişkilidir. SKE-KF, sağlık kaygısının bilişsel ve davranışsal boyutlarını ölçebilen yeni bir araçtır. Hem hipokondriak hastaları hem de sağlıklı bireyleri değerlendirmek için iyi psikometrik özelliklere sahiptir (114). Sağlık kaygısı yüksek olan bireyler, sıkça birinci basamak sağlık kurumlarına başvurup birçok farklı tedaviler almaktadır (115). Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin çalışma yoğunluğu nedeniyle hastaları yeterli süre ve sağlıklı bir şekilde değerlendirerek sağlık kaygısı hikâyelerini almayı anlamlı derecede zorlaştırmaktadır. Ayrıca bu hekimler, sağlık kaygısını değerlendirmek ve tedavi etmek için yeterince bilgi sahibi olmayabilirler. Bu iki önemli sebepten dolayı hekim çaresizlik hissine kapılabilir. Diğer yandan hastalar, doktorlarının; kendilerini yeterince dikkate almadığını hissederler ya da doktorları yeterli bulmadığı için endişelenebilirler. Hipokondriak hastalar genellikle doktorlarının, onların bedensel yakınmalarının nedenini, tatmin edici bir şekilde açıklamadıklarından ve tedavi etmediklerinden yakınırlar. Bu durum kişiyi farklı doktor arayışına yönlendirebilir. Kişi yardım bulma umuduyla birçok değişik doktoru ziyaret edebilir (116, 117). Farklı doktor arayışının sonucu olarak bazı hipokondriak kişiler gereksiz ilaç kullanımı nedeni ile yan etkilere ve cerrahi tedavilerin komplikasyonlarına maruz kalabilirler. Bu nedenle, hipokondriazis, hekimlerin yol açtığı istenmeden eklenen "iatrojenik" faktörlerle de kötüleşebilir. Herkes için gerektiği gibi hipokondriak bireylerin, özellikle de yaşlı olanların, periyodik tıbbi değerlendirmeleri gereklidir (60). Doktor ziyaretleri aracılığı ile sağlanan güvence arama davranışı, kaygıda kısa süreli bir azalma sağlar ve olumsuz bir pekiştireç olarak sağlık kaygısının devamında rol oynar (115). Williams, sağlık kaygısı ve hipokondriazisi anlamak ve tedavi etmek için en üstün yaklaşımın, bilişsel kuramlar olduğunu belirtmiştir (118). Salkovskis ve Warwick, hipokondriazis ve sağlık kaygısı için, Clark ve Barlow'un panik bozukluğu modeline çok benzeyen, kognitif-davranışçı bir model geliştirmişlerdir (59, 119, 120, 121). Bu kurama göre, hastalığın görülme sıklığı, bulaşabilirliği, gidişatı, prognozu ve bedensel belirtilerin anlamı ile ilgili işlevsel olmayan varsayım ve inançlar, hipokondriazis ve sağlık kaygısı için risk faktörlerini oluşturur. Hatta bu inançlar gizli olarak kalabilir ve hastalık hakkında okumak, yeni bir hastalıktan haberdar olmak ya da birtakım bedensel değişiklikler veya duyumlar gibi değişik olaylarla tekrar harekete geçebilir. Bu inançlar bir kere tetiklenirse, özellikle kişiye odaklı, otomatik hipokondriak düşünceler ortaya çıkabilir. Böylece, kişi hastalığın belirteci olabilecek herhangi bir duyuma karşı daima tetikte olur ve giderek kaygılı bir hal alır (122). Sağlık kaygısının süreğenliği ve artışı

bu uyumsuz bilişsel ve davranışsal süreçle açıklanabilir (123). Son olarak, Taylor ve Asmundson, işlevsel olmayan inançlar ve seçici belleği içeren bilişsel unsurlar ile bedensel duyumları büyütme ve dikkatle ilgili öğeleri de sağlık kaygısı modeline eklemişlerdir (60). Bilişsel-davranışçı kurama göre, sağlık kaygısı yüksek olan kişiler, sağlık ile ilişkili bilgi ve duyumları kişiyi tehdit eden bir felaket olarak algılarlar. Balint (1964), güvence ve tavsiye vermenin en çok kullanılan tıbbi tedavi olduğunu ve doğru bir şekilde reçetelendiğinde güçlü ilaçlar kadar etkili olabileceğini söylemiştir (124). Güvence alma, kişinin sağlığı ile ilgili kötü giden bir şey olmadığı mesajının, tekrarlayan şekillerde gösterilmesi olarak tanımlanır. Sağlık kaygısı olan kişilere, doktorlarının sağladığı güvence, bedenle ilgili şikâyetlerin gözden geçirilmesi, fizik muayene ve/veya tıbbi tetkikler şeklinde olabilir (125). Çalışmalar, hipokondriaklarda, güvence almanın başlangıçta yatıştırıcı bir etkisi olduğunu ancak genellikle 24 saat içinde sağlık kaygısının geri döndüğünü göstermektedir (119, 126). Güvence alma, sağlık kaygısı bozukluklarında, sürekli bir yatışma sağlamadığı gibi devamlılık kazanmasına da neden olur (59, 127, 128). Çünkü tekrarlayan güvence arama ve güvence alma davranışı; kişinin hastalıkla ilgili aşırı uğraşına, sorunlarla karşılaştığında hep diğer insanlardan yardım aramasına yol açar ve aynı zamanda doktorların istediği tekrarlayan tıbbi tetkikler sağlık kaygısını olumsuz pekiştirir. Güvence aramanın yatıştırıcı etkisinin geçici olmasının muhtemel nedenlerinden biri kişinin tekrar bedensel değişiklik ve belirtileri duyumsaması bir diğeri ise doktorların istediği tıbbi tetkikler nedeniyle sorunun nedeninin tam bir kesinlik kazanmamasından kaynaklanmaktadır (60). Noyes' in interpersonel (kişiler arası) modeline göre sağlık kaygısı; güvensiz bağlanmanın uyumsuz bir ifadesidir. Bu modele göre, sağlık kaygısı olan kişilerin yaşadığı olumsuz ebeveyn ilişkileri ve deneyimler, güvensiz bağlanmaya ve bedensel belirtilere odaklanmaya neden olur. Sağlık kaygısı yüksek olan kişiler, güvensiz bağlanma ve bedensel uğraşların yarattığı sıkıntıyı yatıştırmak için, başkalarının ilgisini almak ister bunun yolu da güvence arama davranışıdır. Ancak bu kişiler güvensiz bağlandıkları için, yeterince güvence alsalar bile, güvence aramalarına devam ederler. Güvence arama, aynı zamanda kişiler arası çatışmaya neden olabileceğinden, sağlık kaygısı yüksek olan kişinin dışlanmasına neden olabilir. Yaşanan bu tür, dışlanma ve çatışmaların güvensiz bağlanmayı doğruladığına ve arttırdığına inanılır, dışlanmışlık hissi kaygıyı daha da arttırır. Artan kaygılarını azaltmak için güvence aramaya devam ederler ve sonunda güvence arama, dışlanma ve kaygı kısır döngüsünün içine girerler (113, 129). Twaddle, ağrısı veya kuvvetsizliği olan insanların, bedensel sıkıntılarını,

diğer insanlarla paylaşmaya daha yatkın olduklarını bildirmiştir. Bunun olası nedenleri, kişinin yerinde ve mantıklı bir karar alması için, diğer insanların yardımlarını almak ya da sorununu doktora gitmeden halletmek istemesi olabilir. Ayrıca, diğer insanlarla olan bu tür bir ilişki, güvence almayı sağlayarak sağlık kaygısını azaltabilir (115, 130, 131). Ancak bu kişiler genellikle, aile bireylerinden veya arkadaşlarından bekledikleri öneri ve akla yatkın açıklamalardan tatmin olmayarak doktor ziyaretlerine devam ederler (115). Sağlık kaygısı yüksek olan bireylerin baş etme stratejilerinden biri de, vücutlarını kontrol etmektir. Bazı durumlarda bedeni kontrol etme sağlıklı ve uyumlu bir davranışken (örneğin aylık meme muayenesi), aşırı olduğunda sağlıkla ilgili olumsuz düşünceleri süreğenleştirir ve şiddetlendirir (60). Günümüzde internet sağlıkla ilgili doğru ve hatalı bilgilerin edinildiği sınırsız bir kaynaktır. Siberkondria olarak da adlandırılan bu durum da sağlık kaygısı olan bireyler, internetten korkutucu tıbbi bilgiler edinebilirler. Başka durumlar için doğru bilgileri kendi durumlarına yanlış olarak uyarlayabilir, felaketleştirici yorumlarına kaynak olarak görebilirler. Ayrıca internet aracılığı ile doktor önerisi olmadan ilaçlar almaya başlayabilir, yeterince araştırılmamış bitkisel ürünleri fazla miktarda tüketerek karaciğer ve böbrek gibi organlarda sağlık sorunlarına zemin oluşturabilirler (60).

Sağlık kaygısı olan bireyler çok farklı tanılar alabilir. Örneğin, spesifik bir hastalığa yakalanma korkusu olduğunda özgül fobi, sempatik aktivasyon sonucu oluşan duyumların kötü bir hastalığın habercisi olduğu düşünüldüğünde panik bozukluğu, sağlık ve yaşamın diğer alanları ile ilgili kontrol edilemeyen endişenin varlığında yaygın anksiyete bozukluğu, bulaşma sonucu kansere yakalanacağı korkusu ile kompulsif el yıkamaları olduğunda obsesif kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklardan biri kişiye tanı olarak konulabilir. Ya da bedensel duyumların yanlış yorumlanmasına bağlı olarak, ciddi bir hastalığı olduğu inancında tanı somatoform bozukluklardan, hipokondriazis olabilir. Son olarak kişi hastalığı olduğuna inanıyorsa tanı, sanrısal bozukluk ya da başka bir psikotik bozukluk olarak konulabilir. Sağlık kaygısı ile ilgili bu tanı çeşitliliğinin, konu ile ilgili yapılan araştırmalarda, sıkça altı çizilmiştir (132, 133, 134).

Çalışmanın sınırlılıkları:

Çalışmamıza katılan örneklemin sayı olarak azlığı, çalışmanın ilk sınırlılığıdır. Çalışmanın ikinci sınırlılığı, çalışmanın deseninin kesitsel olması nedeniyle hastalardan alınan klinik bilgilerin, hastaların hafızasına bağlı olarak yanıltıcı olabilmesidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızdaki donörlerin sosyodemografik verileri incelendiğinde çalışmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan 30 donörün; 16'sının erkek, 14'ünün kadın olduğu bulunmuştur. Donörlerin yaş ortalaması 44,0 ± 13,0 idi.

2. Donörlerin ve sağlıklı gönüllülerin sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında her iki grup arasında sosyodemografik veriler açısından anlamlı bir farklılık yoktu.

3. Çalışmamıza katılan böbrek donörlerinin %30'unun böbreğini eşine verdiğini tespit ettik. Diğer donörlerin %60'ının böbreğini birinci derece yakınına bağışladığı, %6,7'sinin 3. derece yakınına, %3,3'ünün ise 2. derece yakınına böbreğini bağışladığı görüldü

4. Çalışmamızda donörlerin tamamı böbrek verme kararının doğru bir karar olduğunu düşünmektedir bununla birlikte çalışmaya katılan donörlerin %13,3'ü başkalarını böbrek verme konusunda teşvik etmeyeceğini belirtmiştir

5. Çalışmamızda donörlere nakilden sonra herhangi bir şikâyetinin gelişip gelişmediği sorulduğunda %76,7'sinde herhangi bir şikâyet oluşmadığı %23,3'ünde şikâyet geliştiği bunların içinde de en sık şikâyetin yara iyileşmesinin uzaması (%13,3) olduğu belirlendi.

6. Ayrıca çalışmamızda donörlerin herhangi birinde operasyona bağlı yeni bir hastalık gelişmediği ancak; donörlerin %30'unun nakil sonrası iş yaşamının olumsuz etkilendiği, %23,3'ünün nakil sonrası ekonomik durumunun olumsuz etkilendiği ve %6,7'sinin ise nakil sonrası ev yaşamının olumsuz etkilendiği görüldü.

7. Şimdiki sağlık durumunu nakil öncesi sağlık durumuna göre kıyaslamasını istediğimiz dönerlerden %80'i sağlık durumunun aynı seviyede, %10'u daha iyi ve %10'u ise daha kötü durumda olduğunu belirtmişlerdir.

8. Donörlere verici olmalarındaki en önemli neden sorulduğunda %76,7 oranında diyalizin sonunun olmamasını en sık neden olarak bildirdikleri gözlendi.

9. Böbrek donörlerinin yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar Türk toplumu standart değerleri ile karşılaştırıldığında Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol Güçlüğü, Ağrı, Sosyal Fonksiyon, Emosyonel Rol Güçlüğü alanlarında elde edilen ortalama değerler Türk toplumu standart değerlerinin ortalamasından anlamlı oranda

düşük bulundu. Genel Sağlık, Vitalite ve Mental Sağlık alanlarında donörler ile Türk toplumu standart değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

10. Çalışmamızda donörlerde yaş grupları ve cinsiyet farklılığı ile yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişkili olmadığı belirlendi.

11. Ayrıca çalışmamızda donörlerin yaşadığı aile tipine göre yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının donörlerin yaşadığı aile tipi ile anlamlı bir bağlantısının olmadığı gösterildi

12. Donörlerin gelir düzeyi ikiye ayrılıp Yaşam Kalitesi alt ölçek puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında sadece Fiziksel Rol Güçlüğü alt ölçek puanı gelir düzeyi 0-500TL arasında olanlarda geliri 500TL üstünde olanlara göre anlamlı derecede düşük bulundu.

13. Donörler nakil sonrası şikâyeti olanlar ve nakil sonrası herhangi bir şikâyeti olmayanlar olarak iki gruba ayrılıp yaşam kalitesi alt ölçekleri iki grup arasında karşılaştırıldı. Nakil sonrası şikâyeti olan grubun Emosyonel Rol Güçlüğü alt ölçeğinin diğer gruba göre anlamlı oranda düşük olduğu bulundu. Yaşam kalitesinin diğer alt ölçek puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

14. Böbrek donörlerinde sağlık kaygısı yüksekliğinin sağlıklı gönüllülere göre anlamlı oranda yüksek olduğu tespit edildi.

15. Çalışmamızda sağlık kaygı düzeyleri cinsiyet farkına göre değerlendirildiğinde cinsiyetler arasında sağlık kaygı yüksekliği açısından anlamlı bir fark olmadığı görüldü.

16. Çalışmamızda yaş grupları ile sağlık kaygısı yüksekliği arasında anlamlı bir ilişki görülmedi

17. Çalışmamızda nakilden sonra şikâyeti gelişen donör grubunun sağlık kaygısı nakilden sonra herhangi bir şikâyeti gelişmeyen grup ile karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık gözlenmedi. Yine nakilden sonra geçen süre ile donörlerin sağlık kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir bağlantı yoktu.

18. Böbrek donörleri içinde SKE-KF puanı yüksek olan ile SKE-KF puanı normal düzeyde olanlar, yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldığı puanlar açısından karşılaştırıldığında, SKE-KF puanı yüksek olan veya SKE-KF puanı normal düzeyde olanlarda yaşam kalitesi alt ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık gözlenmedi.

Sonuç olarak bu çalışmada edilen bulgular donörlerde yaşam kalitesinin beş alt bileşeninin Türk toplumu standart değerlerinin altında olduğunu ve donörlerde sağlıklı

gönüllü grubuna göre daha yüksek sağlık kaygı düzeylerinin olduğunu gösterdi. Kanaatimizce transplantasyondan sonra oluşabilecek yüksek sağlık kaygısı nedeniyle nakil öncesi ve sonrası dönemde donörlerin sosyal ve psikiyatrik desteğinin artırılması ve gelecek araştırmalarla donörlerin yaşam kalitesini artıracak etmenlerin tespit edilmesi, donörlerin daha refah bir yaşam sürdürmesini sağlamakla birlikte, böbrek bağışı yapmayı planlayan donör adaylarının sayısının artmasını da sağlayabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Dogukan A, Tokgöz B, Oymak O ve ark. Böbrek transplantasyonu uygulanan olgular: 5 yıllık sonuçların analizi. Erciyes Tıp Derg *2003;25:86-91*.
2. Kitapçı, MT. Renal transplant değerlendirmesinde radyonüklid yöntemler. Türk Nefroloji Diyaliz Transplant Derg 2000;1:8-13.
3. Tolkoff N. Treatment Of İrreversible Renal Failure In Goldman. L Schafer A.I. Johnson RJ. Comprehensive Clinical Nephrology. Mosby, *2000;818-828*
4. Jaconson HR, Striker GE, Klahr S. The principles and practice of nephrology. St Louis Mosby1995; 650-726.
5. Erek E. Nefroloji, İstanbul; Emek matbaacılık 1988; 9-284.
6. Yenicesu M. Böbrek Transplantasyonu. Arık N. Nefroloji. İstanbul: Deniz Matbaacılık, 2001:251-67.
7. Sen S, Özkahya M, Hosçoskun C ve ark. Sıfır saat biyopsilerde saptanan morfolojik bulgular ve erken dönemde greft fonksiyonuna etkisi, Türk Nefroloji Diyaliz Transplant Derg 2000;1:30-36.
8. Yenicesu M. Vural A. Tanboğa H. Tülbek Y. Kubilay G. Hindistan Kaynaklı Onyedi Renal Transplant Olgusunun Erken Evre Sonuçları Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 1993;(1): 23-27
9. Bilgin N**,** Moray G**,** Karakayalı H ve ark**.** Analysis of 1167 consecutive kidneytransplants at our center. Transplant Proc 1999; 31: (3)107-3109.
10. Haberal M**,** Tırnaksız MB**,** Moray G ve ark**. ()** Intrafamilial organ transplantation:a solution to organ shortage in developing countries. Transplant Proc, 1999; 31:3383-3384.
11. Akoğlu E. Süleymanlar G. Kronik Böbrek Yetmezliği. İçinde İliçin G. Biberoğlu K. Süleymanlar G. Ünal S.(yazarlar) İç Hastalıkları. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2012; 1126-1134
12. Türk Nefroloji Derneği Registry Of The Nephrology, Dialysis And Transplantation İn Turkey. 2004
13. Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation**,** Classification, and Stratification. AJKD, National Kidney Foundation, Am J Kidney Dis. 2002 ;39(2 Suppl 1): pp:1-266
14. Akoğlu E, Süleymanlar G. Kronik Böbrek Yetersizliği, Temel İç Hastalıkları, Ankara Güneş Kitabevi.1996: 769-776

15. Akpolat T**,** Utaş C**,** Süleymanlar G**:** Nefroloji El Kitabı**.** 3**.** Basım İstanbul Nobel Tıp. Kitabevi, **;**2002**;** 328-329
16. Sorkin MI, Diaz-Buxo JA: Physiology of peritoneal dialysis. Handbook of Dialysis Daugirdas JT, Ing TS (ed) Boston Little Brown and Company, 1994; 92-120
17. Glokal R, Mallick NP: Peritoneal Dialysis. The Lancet 1999; 353:822-832.
18. Alex D**,** Cameron S**,** Grunfeld J**:**Oxford Textbook Clinical Nephrology. 2nd Edition, Newyork, Oxford University 1988; 3: 2049-2572
19. WIlliam L, Henrich, MD. : Principles and Practice of Dialysis, 2nd Edition London, Wolter Kluwer Company 1999; pp180-234
20. Urden LD, Stacy K; Critical Care Nursing. Philadelphia, Mosby 2000; pp:329-335
21. Yıldız A. Duman N. Türkmen A. Ersoy F.F. Son Dönem Böbrek Yetmezliği Tedavisi. İçinde İliçin G. Biberoğlu K. Süleymanlar G. Ünal S.(yazarlar) İç Hastalıkları. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2012:1135-1159
22. Türkmen F: Hemodiyaliz Seminer El Kitabı. 1. Baskı, İstanbul Deniz Ofset Matbaacılık, 2002; 52-67
23. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of Life in end-stage renal disease patients. Am soc Nephrol 1995; 6:1418-1426.
24. Carlson DM, Johnson WJ, Kjelstrand CM Functional status of patients with end-stage renal disease. Mayo Clin Proc 1987; 62: 338-344.
25. Evans RW, Manninen DL, Garrison LP ve ark. The quality of life of patients with end stage renal disease. N Engl J Med 1985; 312:553-559.
26. Iwashige T, Inoue K, Nakajima T renal transplantation: aspects and interventions. Jpn J Psychiatr Neurol, 1990; 44:7-18.
27. DeNour AK, Shanan J Quality of life of dialysis and transplanted patients. Nephron, 1980; 25: 117-120.
28. Simmons RG, Anderson C, Kamstra L. Comparison of quality of life of patients on continous ambulatory peritoneal dialysis, hemodialysis, and after transplantation. Am J Kidney Dis, 1984; 4: 253-255.
29. Churchill DN, Morgan J, Torrance GW Quality of life in end stage renal disease. Peritoneal Dial Bull, 1984; 4:20-23.
30. Morris PLP**,** Jones B Transplantation versus dialysis: a study of quality of life.Transplant Proc, 1988;1:23-26.

31. Simmons R.**,** Abress L **.** Quality of life issues for end-stage renal disease patients**.** Am J Kidney Dis 1990; 15: 201-208.
32. Insensé B**,** Vilardell J, Aranzabal J ve ark. Quality of life in renal, hepatic andheart transplant patients. Transplant. Proc, 1999; 31: 2647-2648.
33. Fricchione GL. Psychiatric aspects of renal transplantation. Aust NZJ Psychiatry, 1989; 23: 407-417.
34. Erbay B. Böbrek Transplantasyonu Turkiye Klinikleri J Med Sci 1989;9(4):243-53
35. McGeown M.G. , Clinical Renal Transplantation and Immunosuppression. Lancaster MTP press, 1986.
36. Friedman E A: Clinical imperatives in diabetic nephropathy. Kidney Int Suppl. 1983;14:16-9.,
37. Morris, PJ. Kidney Transplantation: Principles and practice. Third ed. Philadelphia W.B. Saunders Company, 1988.
38. Hartmann A, Fauchald P, Westlie L. The risk of living kidney donation. Nephrol Dial Transplant 2003. 18: 871-873,
39. Kalbe T. Lucan M. Nicita G. et al. Böbrek Transplantasyonu Kılavuzu. European Association of Urology, 2006 p: 12-24
40. Ponticelli C. Renal transplantation: where do we stand today? Nephrol Dial Transplant 2004;19: 2937-2947
41. US Renal Data System: USRDS 2005 Annual Data Report. The National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD,2005.
42. Rigatto C: Clinical epidemiology of cardiac disease in renal transplant recipients. SeminDial 2003;16:106-110,
43. Hazinedaroğlu SM. Böbrek Transplantasyonunda Alıcı-Verici Cerrahisi ve Cerrahi Komplikasyonlar.Türkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics, 2008;1: 49-52
44. Kordan Y. Yavaşçaoğlu İ. Canlı Verici Adayının Hazırlanması ve Nefrektomi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2006;2:(21):21-25
45. Morris PJ. Kidney Transplantation: Principles and Practice 5th Ed. Philadelphia WB Saunders Co, 2001p: 1-137
46. Sert, Ş. Böbrek Transplantasyonu El Kitabı, Ankara Bilimsel Tıp Yayınevi, 2001 s: 84-120

47. Titiz, İ. Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım, İstanbul, Eczacıbaşı 2004; 101-135
48. Johnson EM., Remucal MJ., Gillingham KJ., et al. Complications and Risks of Living Kidney Donor Nephrectomy. Transplantation, 1997;64:(8):1124-1128
49. Morris PJ., Monaco AP. The Living Kidney Donor. Transplantation,2003;76:(8): 1242-1269
50. Tellioglu G., Berber İ., Seymen P., ve ark. Canlı Böbrek Vericilerinin Uzun Dönemde Karşılaşabileceği Riskler. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2007;16:(4):183-186
51. N. K. Oğuzhanoğlu, S. Tümkaya ‘’Anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması’’ Türkiye klinikleri J. Psychiatri-special topics 2010;3(4)
52. Arkonaç O. Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri,1999; 36-37.
53. Ohman A. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. Handbook of emotions. New York: The Guilford Press, 2000;573-593.
54. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13:78–87
55. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. Clin Psychol Rev 2000; 20:731–754.
56. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına temel bir bakış. In: Güleç C, Köroğlu E,editors. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara; Hekimler Yayın Birliği 1997;449–526
57. Deale, A. Psychopathology and Treatment of Severe Health Anxiety.Psychiatry, 2007; 6 : (6): 240-246.
58. Fink P, Ornbol E, Toft T, Sparle K, Frostholm L, Oleson F. A new empirically grounded hypochondriasis diagnosis. Am J Psychiatry 2004;161:91–1680.
59. Warwick H, Salkovskis P. Hypochondriasis. Behav Res Ther 1990; 28: 17–105.
60. Taylor S. Asmundson GJG. Treating Health Anxiety A Cognitive-Behavioral Approach. London The Guilford Press 2004.
61. Fallon BA. Schneier FR. Marshall R. Campeas R. Vermes D. Goetz D. et.al The pharmacotherapy of hypochondriasis.Psychopharmacol Bull. 1996;32(4):607-11.
62. Miller L. Neuropsychological concepts of somatoform disorders. International Journal of Psychiatry in Medicine,1984;14:31-46.
63. Carpenter MB. Human neoroanatomy (7th ed). Baltimore: Williams &Wilkins 1976.

64. Mountcastle VB. Neural mechanisms in somesthesia. In V. B. Mountcastle (Ed.), Medical physiology St. Louis:Mosby 1974;307-347
65. Torgersen S. Genetics of somatoform disorders. Archives of General Psychiatry, 1986;43:502-505.
66. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed, text rev). Washington, DC: Author. 2000
67. Malis RW. Hartz AJ. Doebbeling CC. Noyes R. Specific phobia of illness in the community. Hospital and Community Psychiatry, 2002; 24:135-139.
68. Barsky AJ. Wool C. Barnett MC. Cleary PD. Histories of childhood trauma in adult hypochonrical patients. American Journal of Psychiatry, 1994; 151:397-401.
69. Paris J. Does childhood trauma cause personality disorder in adults? CanadianJournal of Psychiatry,1998; 43:148-153.
70. Hankin J. Oktay JS. Mental disorder of primary medical care: An analytical review of the literature Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare 1979;78-661
71. Watt MC. Stewart SH. Anxiety sensivity mediates the relationships betweenchildhood learning experiences and elevated hypochondriacal concerns in young adulthood. Journal of Psychosomatic Research, 2000; 49:107-118.
72. Smith TW. Synder CR. Perkins SC. The self-serving function of hypochondriacal complaints: Physical symptoms as self-handicapping strategies. Journal of Personality and Social Psychology, 1983; 44:787-797.
73. Ferguson E. Hypochondriacal concerns, symptom reporting and secondary gain mechanisms. British Journal of Medical Psychology, 1998; 71:281-295.
74. Asmundson GJG. Taylor S. Sevgur S. Cox BJ. Health anxiety: Classificiation and clinical features. In G. J. G. Asmundson, S. Taylor, & B. J. Cox (Eds.) Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related disorders . New York: Wiley. 2001; 3–21
75. Looper KJ. Kirmayer LJ. Hypochondriacal concerns in a community population. Psychological Medicine, 2001; 31:577-584.
76. Malis RW. Hartz AJ. Doebbeling CC. Noyes R. Specific phobia of illness in the community. Hospital and Community Psychiatry, 2002; 24:135-139.
77. Pennebaker JW. The psychology of physical symptoms. New York: Springer 1982.

78. Amsterdam EA. Emotions, cardiac arrhttmias, and sudden death. In D. G. Byrne & R. H. Rosenman (Eds.), Anxiety and The Heart New York: Hemisphere 1990; 251-258.
79. Taylor S. Understanding and treating panic disorder. New York: Wiley. 2000.
80. Gureje O. Üstün TB. Simon GE. The syndrome of hypochondriasis: A crossnational study in primary care. Psychological Medicine, 1997; 27: 1001-1010.
81. Barsky AJ. Wyshak G. Klerman GL. Transient hypochondriasis. Archives of General Psychiatry, 1990; 47:746-752.
82. Cote G. O'Leary T. Barlow DH. Strain JJ. Salkovskis PM. Warwick HMC. Et al. Hypochondriazis. In T. A. Widiger, A. J. Frances, H. A. Pincus, R. Ross, M. B.First, & W. W. Davis (Eds.), DSM-IV sourcebook , Washington, DC: American Psychiatric association 1996; 2:933-947.
83. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organisation quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds.Quality of Life Assessment: International Perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994;41-57.
84. Stucki G, Kroeling P. Principles of rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatology. Toronto: Mosby, 2003;517-530.
85. Gotay CC, Korn EL, McCabe MS ve ark. Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: Research issues in protocol development. J Natl Cancer Inst1992; 84: 9-575
86. Calman KC. Quality of life in cancer patients-an hypothesis. J Med Ethics 1984;10:7-124.
87. Schipper H, Clinch JJ. Definitions and conceptual issues. In:Spilker B ed. Quality of life assessments in clinical trials New York: Raven Press;1990:11-24.
88. Tüzün EH, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003;13:3-8.
89. Carr AJ, Gibson B, Robinson GP. Measuring quality of life: Is quality of life Determined by expectations or experience? BMJ 2001;322: 3-1240.
90. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of Life. Ann Intern Med 1993; 118: 9-622

91. Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi kavramı ve ölçüm Yöntemleri. Sağlık ve toplum 2003;13:3-8.
92. Aydemir Ö, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Yaşam Kalitesi. In Türkiye Klinikleri Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Özel Sayısı, 2006;47: 85-88.
93. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. J Adv Nurs 1995; 22: 8-502
94. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999;7(Ek.2):5-13.
95. Bowling A. Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurment Scales, 2nd ed. Philadelphia: Open University Press; 1997.
96. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş a. Kısa form 36(KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:102-106
97. Demiral Y, Ergör G, Ünal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvırcık B, Alptekin K. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin genel toplum örneğinde güvenirliliği. 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı. İzmir, Türkiye: Emek matbaası;2004:45.
98. Karapıçak. ÖK, Aktaş. K, Aslan. S Panik Bozukluğunda Sağlık Kaygısı Envanteri (Haftalık Kısa Form) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Klinik Psikiyatri 2012;15: 41-48
99. Levey AS, Hou S, Bush HL Kidney transplantation from unrelated donors: Time to reclaim a discarded opportunity. N Engl J Med, 1986; 314:914-916.
100. Sollinger HW, Kalayoğlu M, Belzer FO Use of the donor specific Transfusion protocol in living unrelated donor recipient combinations. Ann Surg,1986; 204:315-321.
101. Tanrıverdi N, Özçürümez G, Çolak T, Dürü Ç, Emiroğlu R, Zileli L. Ve Haberal, M. "Quality of Life and Mood in Renal Transplantation Recipients, Donors and Control: Prelimanary Report",Transplantation Proceedings, 2004; 36:117-119.
102. Frade IC, Fonseca I, Dias L, Henriques AC, Martins LS, Santos J, Sarmento M, Lopes A. Impact assessment in living kidney donation: psychosocial aspects in the donor. Transplant Proc. 2008;40(3): 677-81.
103. Virzì A, Signorelli MS, Veroux M, Giammarresi G, Maugeri S, Nicoletti A, Veroux P. Depression and quality of life in living related renal transplantation. Transplant Proc. 2007 ;39(6):1791-3.

104. Chen CH, Chen Y, Chiang YJ, Wu CT, Chen HW, Chu Risks and quality-of-life changes in living kidney donors Transplant Proc. 2004 Sep;36(7):1920-1.
105. Johnson EM, Anderson JK, Jacobs C, Suh G, Humar A, Suhr BD, Kerr SR, Matas AJ "Long-term follow-up of living kidney donors: quality of life after donation." Transplantation. 1999 Mar 15;67(5):717-21.
106. Kemph JP (1966) Renal failure, artificial kidney and kidney transplant. Am J Psychiatry, 122:1270-1274.
107. Fujısawa M. , Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S , Higuchi A , Nagano S, Arakawa S,Hamamı, G. , Matsumoto, O. and Kamidona, S. Assessment of Health-Related Quality of Life in Renal Transplant and Hemodialysis Patients Using the SF-36 Health Survey, Urology, 2000;56:201-206.
108. Balaska, A., Moustaffellos, P., Gourgiotis, S., Pistolas, D., Hadjiyannakis, E, Vaugas,V. and Drakopoulos, S. Changes in Health-Related Quality of Life in Greek Adult Patients 1 Year After Successful Renal Transplantation, Experimental and Clinical Transplantation**,** 2006;2:521-524.
109. Humar, A., Denny, R., Matas, A.J. and Najarian, J.S. Graft and Quality of Life Outcomes in Older Recepients of a Kidney Transplant, Experimental and Clinical Transplantation, 2003;2:69-72.
110. Ponton P, Rupolo G.P, Marchini F, Feltrin A, Perin N, Mazzoldi M.A, Giacon B, Baldan N. and Rigotti P. Quality-of-Life Change After Kidney Transplantation, Transplantation Proceedings,;2001,33:1887-1889.
111. Smith MD, Kappell DF, Province MA ve ark. Living related kidney donors:a multicenter study of donor education, socioeconomic adjustment, and rehabilitation.Am J Kidney Dis, 1986;8:223-233.
112. Schover LR, Streem SB, Boparai N ve ark. The psychological impact of donating kidney: long-term followup from a urology based center. J Urol, 1997;157:1596-1601.
113. MacSwain KLH. Sherry SB. Stewart SH. Watt MC. Hadjistavropoulos HD.Graham AR. Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. Personality and Individual Differences 47, 2009; 938–943.
114. Abramowitz JS. Olatunji BO. Deacon BJ. Health Anxiety, Hypochondriasis and the Anxiety Disorders Behavior Therapy 38 2007;86–94.

115. Conroy RNM. Smyth O. Siriwardena R. Fernandes P. Health Anxiety and Charecteristics of Self-Initiated General Practitioner Consultations. Journal of Psychosomatic Research, 1999; 46,1, 45-50.
116. Kasteler J. Kane RL. Olsen D. Thetford C. Issues underlying prevalance of "doctor shopping" behaviour. Journal of Health and Social Behaviour, 1976; 17:328-339.
117. Sato T. Taekichi M. Shirama M. Fukui T. Gude JK. Doctor shopping patients and users of alternative medicine among Japanese primary care patients. General Hospital Psychiatry, 1995; 17:115-125.
118. Williams PG.The psychopathology of self-assessed health: A cognitive approach to health anxiety and hypochondriasis. Cognitive Therapy and Research,2004; 28:629−644.
119. Salkovskis PM. Warwick HC. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. Behaviour Research and Therapy, 1986; 24: 597−602.
120. Salkovskis PM, Warwick HC. Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.), Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady . New York: Oxford UniversityPress, 2001; 202−222
121. Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, 2nd ed. New York: Guilford. Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy, 2002; 24, 461−470.
122. Marcus DK. Gurley JR. Marchi MM: Bauer C. Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. Clinical Psychology Review 2007; 27:127–139.
123. Hadjistavropoulos HD. Craiq KD. Hadjistavropoulos T. Cognitive and behavioral responses to illness information: the role of health anxiety Behaviour research and therapy 1998; 36:149-164.
124. Balint M. The doctor, his patient and the illness (2nd ed.). New York: International Universities Press 1964.
125. Warwick HM. Salkovskis PM. Reassurance. Br. Med. J (Clin Res Ed.) 1985;290 (6474):1028.

126. Haenen MA, de Jong PJ. Schmidt AJ. Stevens S. Visser L. Hypochondriacs' estimation of negative outcomes: domain-specificity and responsiveness to reassuring and alarming information. Behav Res Ther. 2000 Aug; 38(8):819-33.
127. Warwick H. Provision of appropriate and effective reassurance. International Review of Psychiatry, 1992;4: 76-80.
128. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders. New York:Wiley 1997.
129. Noyes R. Stuart S. Langbehn D. Happel R. Longley S. Muller B. et. al. Test of an interpersonal model of hypochondriasis. Psychosomatic Medicine, 2003;65:(2):292–300.
130. Twaddle AC. Health decisions and sick role variations: an exploration. J Health Soc Behav 1969;10:105–114.
131. Sula J, Martin R, Leventhal H. Social comparison, lay referral and the decision to seek medical care.In: Buunk BP, Gibbons FX, eds. Health, coping and well-being. Mahwah, New Jersey: Erlbaum 1997;195–226.
132. Noyes R.Jr. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders General Hospital Psychiatry,1999; 21:8-17.
133. McCabe RE. Antoni MM. Challenges in Challenges in the Assessment and Treatment of Health Anxiety: The Case of Mrs. A. Cognitive and Behavioral Practice 2004;11:102-106.
134. Otto MW. Pollack MH. Sachs GS. Rosenbaum JE. Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic disorder. Journal of Anxiety Disorders, 1992; 6:93-104.

EKLER

EK-1. KISA FORM-36

Hasta Adı Soyadı:

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel
b) Çok iyi
c) İyi
d) Orta
e) Kötü

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdi gene) olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yi! öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

A- Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler
1) Evet, oldukça kısıtlıyor
2) Evet, biraz kısıtlıyor
3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

B- Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler
1) Evet, oldukça kısıtlıyor
2) Evet, biraz kısıtlıyor
3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

C- Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma
1) Evet, oldukça kısıtlıyor
2) Evet, biraz kısıtlıyor
3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

D- Merdivenle çok sayıda kat çıkma
1) Evet, oldukça kısıtlıyor
2) Evet, biraz kısıtlıyor
3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

E- Merdivenle bir kat çıkma
1) Evet, oldukça kısıtlıyor
2) Evet, biraz kısıtlıyor
3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

F- Eğilme veya diz çökme
1) Evet, oldukça kısıtlıyor
2) Evet, biraz kısıtlıyor
3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

G- Bir iki kilometre yürüme
1) Evet, oldukça kısıtlıyor
2) Evet, biraz kısıtlıyor
3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

H- Bir kaç sokak öteye yürüme
1) Evet, oldukça kısıtlıyor
2) Evet, biraz kısıtlıyor
3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

İ- Bir sokak öteye yürüme
1) Evet, oldukça kısıtlıyor
2) Evet, biraz kısıtlıyor
3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

J- Kendi kendine banyo yapma veya giyinme
1) Evet, oldukça kısıtlıyor
2) Evet, biraz kısıtlıyor
3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

4- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
1) Evet 2) Hayır

B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
1) Evet 2) Hayır

C- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?
1) Evet 2) Hayır

D- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)
1) Evet 2) Hayır

5- Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (Örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
1) Evet 2) Hayır

B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
1) Evet 2) Hayır

C- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?
1) Evet 2) Hayır

6- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derece etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi

7- Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

a) Hiç
b) Çok hafif
c) Hafif
d) Orta
e) Şiddetli
f) Çok şiddetli

8- Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derece etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi

9- Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

A- Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiçbir zaman

B- Çok sinirli bir insan oldunuz mu?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiç bir zaman

C- Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiçbir zaman

D- Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiç bir zaman

E- Kendinizi enerjik hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiçbir zaman

F- Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiç bir zaman

G- G-Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiç bir zaman

H- Kendinizi mutlu hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiçbir zaman

İ- Kendinizi yorgun hissettiniz mi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Oldukça
d) Bazen
e) Nadiren
f) Hiçbir zaman

10- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?
a) Her zaman
b) Çoğu zaman
c) Bazen
d) Nadiren
e) Hiç bir zaman

11- Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade İçin en uygun olanı işaretleyiniz.

A- Diğer İnsanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.
a) Kesinlikle doğru
b) Çoğunlukla doğru
c) Bilmiyorum
d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

B- Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.
a) Kesinlikle doğru
b) Çoğunlukla doğru
c) Bilmiyorum
d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

C- Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.
a) Kesinlikle doğru
b) Çoğunlukla doğru
c) Bilmiyorum
d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

D- Sağlığım mükemmel.
a) Kesinlikle doğru
b) Çoğunlukla doğru
c) Bilmiyorum
d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

EK-2. SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ-KISA FORM

ADI-SOYADI:

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığımla ilgili endişelenmem.
   (b) Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim.
   (c) Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim.
   (d) Sağlığımla ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2.(a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
   (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
   (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
   (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.

3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.
   (b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.
   (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.
   (d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
   (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
   (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
   (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
   (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
   (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
   (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
   (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
   (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
   (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7.(a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
   (b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
   (c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
   (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
   (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
   (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
   (d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem
   (b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
   (c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
   (d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunudüşünürüm.

10. (a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersem mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multiple Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15.(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18 (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

''ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ NEFROLOJİ POLİKLİNİĞİNDE İZLEMİ SÜREN BÖBREK VERİCİLERİNDE YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK KAYGISI ''

Dr. Murat MUTLU

Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi : 25.11.2009

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 26.12.2013

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 26.12.2013

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Halil ÖZCAN

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Halil ÖZCAN

Jüri üyesi : Prof. Dr. Hızır ULVİ

Jüri üyesi : Doç. Dr. Mustafa UZKESER

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Onur Burak DURSUN

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Recep DEMİR

Yrd. Doç. Dr. Halil ÖZCAN
Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkan V.

ARALIK-2013

ERZURUM