

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı

Uygulamalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

**BÖBREK NAKLİ BEKLEME LİSTESİNDEKİ HASTALARIN
SÜREKLİ ÖFKE DÜZEYLERİ VE ÖFKE İFADE TARZLARI İLE
OBSESİF KOMPULSİF SEMPTOMLARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER EŞLİĞİNDE
İNCELENMESİ**

Alihan ATİLE

Yüksek Lisans Tezi



T.C. İSTANBUL BİLİM
ÜNİVERSİTESİ

İstanbul, 2015

BÖBREK NAKLİ BEKLEME LİSTESİNDEKİ HASTALARIN SÜREKLİ ÖFKE
DÜZEYLERİ VE ÖFKE İFADE TARZLARI İLE OBSESİF KOMPULSİF
SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN SOSYO-DEMOGRAFİK
DEĞİŞKENLER EŞLİĞİNDE İNCELENMESİ

Alihan ATİLE

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Psikoloji Anabilim Dalı
Uygulamalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı

Yard. Doç. Dr. İrem ANLI

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2015

KABUL VE ONAY

Alihan ATİLE tarafından hazırlanan Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Sürekli Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları ile Obsesif Kompulsif Semptomları Arasındaki İlişkinin Sosyo-Demografik Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi başlıklı bu çalışma, 03-08-2015 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Öget ÖKTEM TANÖR



Yard. Doç. Dr. İrem ANLI (Danışman)



Yard. Doç. Dr. M. Bayhan ÜGE (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.



Yard. Doç. Dr. Bayhan ÜGE

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

- Tezimin / Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim / Raporum sadece İstanbul Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.
- Tezimin / Raporumun yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin / raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

03.11.2015



Alihan Atila

TEŞEKKÜR

Öncelikle içinde bulunduğum bu sürecin başından sonuna kadar benden ilgi, alaka ve desteğini esirgemeyen, her daim yanımda olan tez danışmanım Yard. Doç. Dr. İrem ANLI' ya,

Tezimi geliştirmemde yardımcı olan, kıymetli fikirlerini benimle paylaşan, değerli hocam ve büyüğüm Prof. Dr. Betül AYDIN' a,

Bugünlere gelebilmem adına daima arkamda duran, beni destekleyen, sabırla büyüten, yetiştiren kıymetli annem Refika ATİLE' ye, babam Ali ATİLE' ve canım kardeşim Furkan ATİLE' ye,

Hayatımın büyük bir kısmına olumlu anlamda etki eden ve her zaman bana bir anne, bir baba ve bir abi gibi yakınlık gösteren Sevim ERTİK, Ruhi ERTİK, Hayri Caner ERTİK ve Mehmet Can ERTİK' e,

Tez çalışmalarım sırasında üzerimdeki iş yükünü elinden geldiğince hafifletmeye çalışan ve yine bu sürecin tamamında desteğini omzumda hissettiğim sevgili arkadaşım Emrah POLAT' a,

Okulda bulunduğum süreç içerisinde panik ve stres yaptığım anlarda her zaman destek ve yardımlarını gördüğüm değerli arkadaşlarım Aslı AÇICI' ya ve Gülçin CİHANDİDE' ye,

Son olarak, tez sürecim boyunca yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Barış AKİN' e, Mine URAZ, Arzu Selim UZUN, Deniz Dinç ÖNEL, Yasemin ÖZKAN ve Zeliha TEKİN' e teşekkür ederim.

Alihan ATİLE

İstanbul-2015

Hayatımı, güzel anılarımı, üniversite yıllarımı ve geleceğimi borçlu olduğum
aileme...

ÖZET

ATİLE, Alihan. Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Sürekli Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları ile Obsesif Kompulsif Semptomları Arasındaki İlişkinin Sosyo-Demografik Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015

Bu araştırmanın temel amacı, böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif semptomları arasında ilişki olup olmadığının belirlenmesidir. Araştırma Şişli Florence Nightingale Hastanesi Böbrek Nakli Bekleme Listesinde tedavi görmekte olan hastalar oluşturmaktadır. Böbrek Nakli Bekleme Listesinde kayıtlı bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 106 hasta oluşturmaktadır.

Çalışmaya katılan 106 hastanın yaş ortalaması (55) yıl olarak hesaplanmıştır. Hastaların Maudsley OKSL ve SÖÖİTÖ'nden aldıkları puanların birbirleri ile ilişkisi incelendiğinde, Sürekli Öfke alt boyutu puanı ile Kontrol Etme, Temizlik, Yavaşlık, Kuşku alt boyutları ve Toplam puan arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu; Ruminasyon alt ölçeği ile arasında pozitif yönlü orta dereceli ilişki olduğu belirlenmiştir. Öfke Kontrol alt boyutu ile Maudsley OKSL'nin alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf ilişki olduğu; ancak Temizlik alt boyutu ile arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Öfke içe alt boyutu puanı ile kontrol etme, yavaşlık, kuşku ve renimasyon alt boyutları arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu; ancak temizlik alt boyutu ile arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Öfke Dışa alt boyutu ile Maudsley OKSL'nin hiçbir puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Maudsley OKSL ile SÖÖİTÖ için verilen yanıtların iç tutarlılığı incelendiğinde, Maudsley OKSL'ye verilen yanıtların oldukça tutarlı olduğu, SÖÖİTÖ'ye verilen yanıtların ise nispeten daha az tutarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların Maudsley OKSL'nin alt ölçeklerinden ve toplamından aldığı puanlar cinsiyete göre değerlendirildiğinde, Kontrol Etme puanları ortancası erkek ve kadınlarda sırasıyla 2.0-5.0 olarak hesaplanmıştır. Kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Kontrol Etme puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin Temizlik puanı ortancası 4.0,

kadınların Temizlik puanı ortancası 6.0 olarak elde edilmiştir. Kadınların erkeklere göre Temizlik alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Kadınların diğer alt ölçek puanları ve toplam ölçek puanlarının da, erkeklerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların SÖÖİTÖ alt boyut puanları cinsiyet bazında ele alındığında, Sürekli Öfke puanı ortancası erkek hastalarda 16.0, kadın hastalarda ise 18.0 olarak hesaplanmıştır. Kadınların Sürekli Öfke puanlarının erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Öfke Kontrol ve Öfke İçte alt boyutları için erkeklerin puanlarının kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öfke Dışta alt boyutunda puanların cinsiyete göre benzer olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Nakli Bekleme Listesi, Sürekli Öfke Düzeyleri, Öfke İfade Tarzları, Obsesif Kompulsif.

ABSTRACT

ATILE, Alihan. Analysis of Relation Between Obsessive Compulsive Symptoms and Trait Anger Levels and Anger Expression Styles of Kidney Transplant Wait List Patients According to Socio-Demographical Factors, Master's Thesis, İstanbul, 2015

Target of this research is designation of relationship between obsessive compulsive symptoms and the anger level and the expression of anger in the patients who is on the kidney transplant list.

Average age of the patients who participate in this research calculated as 55 years. When we analyse the relation of patients scores from Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire (MOCQ) and State-Trait Anger Expression Inventory(STAXI) (Table 2), it has founded that there is positive lean relation between trait anger subscale score and controlling, cleanness, slowness, suspicion subscales and total score; there is positive medium level relation with rumination subscale. It has been seen that there is negative lean relation between anger control subscale and MOCQ subscale, but its relation between cleanness subscale is statistically not meaningfull. It confirmed that there isn't meaningfull relation between anger out subscale and any score of MOCQ. It has been seen that is positive lean relation between anger in subscale score and controlling, slowness, suspicious and rumination subscales, but relation with cleanness subscale is not statistically meaningfull. After the examination of answers to Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire(MOCQ) and State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), answers given to MOCQ seemed more consistent against the answers given to STAXI. When we evaluate patients subscale and total MOCQ scores regarding to their gender, average inspection scores turns out as 5.0 for women against men's 2.0. It defined that females have higher inspection point at meaningfull level. Cleaning subscale score founded 6.0 for females and 4.0 males. It has determined that women have higher cleaning subscale score Other total and subscale scores of women has been seen significantly higher than men. Taking into patients STAXI subscale scores to hand, average trait anger point resulted 16.0 for males, 18.0 for females. It designated that females trait anger scores are at higher meaningfull level than males.

Males have higher anger control and anger in subscale scores than females. It has been seen that anger out subscale scores similar for both genders.

Keywords: Kidney, Transplant Waiting List, Trait Anger Levels, Anger Expression Styles, Obsessive Compulsive.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	I
BİLDİRİM.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
II	
İTHAF.....	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VIII
İÇİNDEKİLER.....	IX
KISALTMALAR.....	XII
TABLolar DİZİNİ	XIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	XIV
BÖLÜM I GİRİŞ	1
1.1 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	2
1.2 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	3
1.3 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	4
BÖLÜM II GENEL BİLGİLER	5
2.1 BÖBREK YETMEZLİĞİ	5
2.2 BÖBREK YETMEZLİĞİ EPİDEMİYOLOJİSİ	6
2.3 BÖBREK YETMEZLİĞİ ETİYOLOJİSİ	6
2.4 ÜREMİK SEMPTOMLARIN PATOGENEZİ	7
2.5 DİYALİZ	7
2.5.1 Hemodiyaliz.....	8
2.5.1.1 Hemodiyaliz'in Tarihçesi	8
2.5.1.2 Hemodiyaliz Prensipleri	8
2.5.1.3 Diyalizörler.....	9
2.5.1.4 Membranlar.....	9
2.5.1.5 Hemodiyalize Bağlı Komplikasyonlar	10
2.5.2 Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD).....	11
2.5.2.1 Periton Diyalizin Tarihçesi	11
2.5.2.2 Periton Diyalizi Prensipleri.....	11
2.5.2.3 Periton Diyalizine Bağlı Komplikasyonlar.....	12
2.5.3 Böbrek Nakli	13
2.5.3.1 Böbrek Naklinin Tarihçesi	13
2.5.3.2 Transplantasyon Prensipleri	14
2.5.3.3 Böbrek naklinin kontrendike olduğu durumlar.....	15
2.6 BÖBREK NAKLİNDE PSİKİYATRİ.....	15
2.7 ÖFKE VE TANIMI	18
2.7.1 Öfkenin Özellikleri.....	20

2.7.2	Öfkenin Nedenleri	21
2.7.3	Öfkenin Boyutları	23
2.7.3.1	Öfkenin Fiziksel ve Fizyolojik Boyutu	23
2.7.3.2	Öfkenin Sosyal ve Bilişsel Boyutu	24
2.7.3.3	Öfkenin Davranış ve Tepki Boyutu.....	25
2.7.4	Öfke Duygusunun İşlevleri	25
2.7.5	Öfkenin İfade Edilişi	27
2.7.6	Öfkenin Kontrol Edilmesi	29
2.7.7	Öfkenin Kuramlara Göre İncelenmesi	30
2.7.7.1	Psikanalitik Kuram	30
2.7.7.2	Bilişsel Davranışçı Kuram	32
2.7.7.3	Sosyal Öğrenme Kuramı	32
2.7.7.4	Akılcı Duygusal Terapi Kuramı	33
2.7.7.5	Davranışçı Kuram.....	33
2.7.7.6	Diğer Kuramlar	34
2.8	OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK VE TANIMI.....	36
2.8.1	Epidemiyoloji.....	39
2.8.2	Etyoloji	40
2.8.2.1	Biyolojik Etkenler	40
2.8.3	Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	40
2.8.4	Genetik Etkenler.....	41
2.8.5	Psikojenik Etkenler	41
2.8.6	Davranışsal Etkenler.....	42
2.8.7	Bilişsel Model	42
2.8.8	Belirtiler ve Bulgular.....	43
2.9	KLİNİK ÖZELLİKLER.....	45
2.9.1	Obsesyonlar	45
2.9.2	Kompulsiyonlar	46
2.9.3	OKB'de Eş Tanı	46
2.9.4	Prognoz	47
2.9.5	Tedavi.....	48
BÖLÜM III MATERYAL VE METOD.....		51
3.1	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	51
3.2	ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	51
3.3	ARAŞTIRMA MODELİ.....	51
3.4	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	51
3.4.1	Demografik Veri Formu.....	51
3.4.2	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)	51
3.4.3	Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzi Ölçeği (SÖÖİTÖ)	52
3.5	VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	53
BÖLÜM IV BULGULAR		54
BÖLÜM V TARTIŞMA		67
BÖLÜM VI SONUÇ VE ÖNERİLER.....		75
7	KAYNAKLAR	76
8	EKLER.....	95

EK - 1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	95
EK- 2 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi.....	97
EK- 3 Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği.....	99
EK- 4 İzin Dilekçesi.....	102

KISALTMALAR

A.B.D	Amerika Birleşik Devletleri
BKM	Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezini,
BTx	Böbrek Nakli
BY	Böbrek Yetmezliği
GFR	Glomerüler Filtrasyon Hızı
HD	Hemodiyaliz
ICD	International Classification Of Disease,
İPD	İntermittant Periton Diyalizi
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
MOKSL	Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
NFK	Ulusal Böbrek Vakfı
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluğu
OKKB	Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
RRT	Renal Replasman Tedavisi
SAPD	Sürekli Ayaktan Periton Diyaliz
SÖÖİTÖ	Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği
UKM	Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezini
UKS	Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemini
USRDS	Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Bilgi Sistemi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Kronik böbrek yetmezliği evreleri.....	5
Tablo 2: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	54
Tablo 3: Hastaların hastalık süresi, bekleme listesinde kayıtlı bulunma süresi ve diyalize girme sürelerine göre dağılımı.	57
Tablo 4: Maudsley OKSL için hesaplanan alt boyut puanları ile toplam puanın cinsiyete göre karşılaştırılması.	58
Tablo 5: Maudsley OKSL için hesaplanan alt boyut puanları ile toplam puanın hastalık süresine göre karşılaştırılması.	59
Tablo 6: Maudsley OKSL için hesaplanan alt boyut puanları ile toplam puanın bekleme listesinde kayıtlı bulunma süresine göre karşılaştırılması.	60
Tablo 7: Maudsley OKSL için hesaplanan alt boyut puanları ile toplam puanın diyalize girme süresine göre karşılaştırılması.	61
Tablo 8: SÖÖİTÖ için hesaplanan alt boyut puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması.....	62
Tablo 9: SÖÖİTÖ için hesaplanan alt boyut puanlarının hastalık süresine göre karşılaştırılması.	63
Tablo 10: SÖÖİTÖ için hesaplanan alt boyut puanlarının bekleme listesinde kayıtlı bulunma süresine göre karşılaştırılması.	64
Tablo 11: SÖÖİTÖ için hesaplanan alt boyut puanlarının diyalize girme süresine göre karşılaştırılması.	65
Tablo 12: Maudsley OKSL alt boyutları ve toplam puanı ile SÖÖİTÖ'nun alt boyutları arasındaki ilişkiler.....	66

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları	55
Şekil 2: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....	55
Şekil 3: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları	56

BÖLÜM I GİRİŞ

Böbrek yetmezliği (BY) böbrek işlevlerinin ilerleyici şekilde, geriye dönüşü olmaksızın kaybedildiği yaygın bir hastalıktır. Bu hastalık tüm organ ve sistemleri etkiler ve yaşamı tehdit eder. Önemli ölçüde iş gücü ve yaşam kalitesi kaybına neden olur. BY, sıklığı, kompleks tedavileri ve yüksek ekonomik giderleri nedeniyle ülkemiz için ciddi bir halk sağlığı sorunudur.

Hastalığın tanısı, glomerüler filtrasyon (GFR) hızının 15 ml/dakikanın altına düşmesiyle konur (Andreoli, 1993). Bu aşamada, renal replasman tedavisi (RRT) başlanmalıdır. Genel olarak tedavide amaç, diyaliz ya da transplantasyon ile, hastalarda üreminin ileri belirtilerinin gelişmesini önlemektir (Andreoli, 1993). Sürekli gelişen tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam sürelerinin uzaması birtakım sorunları da beraberinde getirmektedir. Uygulanacak her türlü tedavide, gerek fiziksel gerek psikolojik gerekse sosyal yön ele alınmalı ve bu üç alanın birbiriyle etkileşimi göz ardı edilmemelidir. Bu bütüncül yaklaşımın eksiksiz olabilmesi ve verilecek sağlık hizmetinin tam olmasında Psikiyatri'nin önemi göz ardı edilemez (Guthrie ve Creed, 1996).

Böbrek transplantasyonu, BY hastaları için en seçkin tedavi yöntemidir. Böbrek nakli yapılan hastalarda psikiyatrik morbiditenin değişkenlik gösterdiği, transplantasyonun psikiyatrik morbiditeyi azaltarak yaşam kalitesini arttırdığı düşünülmektedir (Akman, Özdemir, Sezer, Miçozkadıoğlu, ve Haberal, 2004; Cameron, Whiteside, Katz, ve Devins, 2000; Matas et al., 2002). Bir diğer görüş de BY'nde psikiyatrik morbiditenin yüksek olduğu ve seçilen tedavi yöntemi ile ilişkili olmadığıdır. Farklı tedavi yöntemleri uygulanan BY hastalarında kullanılan araştırma yöntemi ve kullanılan tanı araçlarına bağlı olarak bulgular değişebilmekle beraber, hastalarda başta depresif bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğu olmak üzere psikiyatrik morbiditenin yüksek olduğu bildirilmektedir (Sağduyu ve Erten, 1998).

Transplantasyon hastalarının yarısından fazlasında anksiyetenin uzun yıllar devam ettiği bildirilmiş olmasına karşın; hastaların üçte ikisine yakınında anksiyetenin görüldüğü, ancak genellikle ameliyat sonrası erken dönemdeki rejeksiyon kaygısıyla ilişkili ve kısa süreli olduğu da bildirilmektedir (Baines, Joseph,

ve Jindal, 2002). Hastalarda sık karşılaşılan bir diğer ruhsal bozukluk da depresyon olup; depresyon puanındaki yükselme ile tedaviye uyumun düştüğü, rejeksiyon riskinin arttığı ve yaşam kalitesinin bozulduğu belirlenmiştir (Sensky, 1989; Kiley, Lam, ve Pollak, 1993;House, 1988).

Transplantasyon sonrası hastalar oldukça fazla psikolojik güçlük yaşamaktadır. Hastalar rejeksiyon ile ilgili duygularını ifade edememeleri, kaygı ve korkularını sözelleştirememeleri ve etkili baş etme yöntemlerini kullanamamalarının, bakım ve tedaviyi zorlaştırdığı; öfke, düşmanlık, suçluluk, güçsüzlük, ümitsizlik duygularına yol açtığı bilinmektedir (Van Stone ve Daugirdas, 1994; Yenicesu, 2001). Hastalar; sürekli izlem, düzenli poliklinik kontrolü, ilaç tedavisi, beslenme, egzersiz ve kilo kontrolü açısından yaşam tarzı değişikliklerine uyumu içeren kompleks bir tıbbi rejime uymaları gerekir. Ayrıca, immünosupresyon nedeniyle diğer hastalıklara ve enfeksiyonlara karşı daha savunmasız bir halde yaşarlar ve yabancı bir organın kendi vücudunun bir parçası olma fikrine alışmak zorunda kalırlar. Bu zorluklar birey üzerinde stres yaratır (Erek, 2005).

Nakil sonrası hastaların ve ailelerinin psikososyal desteğe ihtiyaçları vardır. Hastanın; fonksiyon kaybı, işe dönüş, tıbbi bakım masrafları ve organın reddedilmesi ile ilgili kaygıları olabilmektedir (El Nahas ve Bello, 2005; Lazarus ve Brenner, 1998;UnitedStatesRenalDataSystem, 2009;Akoğlu ve Süleymanlar,1996).

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif semptomları arasında ilişki olup olmadığının belirlenmesidir. Ayrıca, obsesif kompulsif semptom düzeylerinin, sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının cinsiyet, kronik böbrek yetmezliği teşhisi koyulma süresi, bekleme listesinde kayıtlı bulunma süresi ve diyalize girme durumu değişkenlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemektir.

Bu bağlamda araştırma kapsamında aşağıda oluşturulan sorulara yanıt aranması amaçlanmıştır;

- Böbrek nakli bekleme listesi hastalarının sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile obsesif-kompulsif semptom düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Böbrek nakli bekleme listesi hastalarının obsesif-kompulsif semptom türleri cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?
- Böbrek nakli bekleme listesi hastalarının obsesif-kompulsif semptom türleri ile kronik böbrek yetmezliği teşhisi koyulma süreleri arasında ilişki var mıdır?
- Böbrek nakli bekleme listesi hastalarının obsesif-kompulsif semptom türleri ile bekleme listesinde kayıtlı bulunma süreleri arasında ilişki var mıdır?
- Böbrek nakli bekleme listesi hastalarının obsesif-kompulsif semptom türleri ile diyalize girme süreleri arasında ilişki var mıdır?
- Böbrek nakli bekleme listesi hastalarının sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları cinsiyete göre farklılaşmakta mıdır?
- Böbrek nakli bekleme listesi hastalarının sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile kronik böbrek yetmezliği teşhisi koyulma süreleri arasında ilişki var mıdır?
- Böbrek nakli bekleme listesi hastalarının sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile bekleme listesinde kayıtlı bulunma süreleri arasında ilişki var mıdır?
- Böbrek nakli bekleme listesi hastalarının sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile diyalize girme süreleri arasında ilişki var mıdır?

1.2 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma;

- Araştırma, İstanbul ilinde bulunan Şişli Florence Nightingale Hastanesi Böbrek Nakli Bekleme Listesine Kayıtlı 106 hasta ile sınırlıdır.
- Ayrıca bu çalışma daha geniş bir sosyo-demografik ölçekle ve farklı hastalık grupları ile tekrarlanabilir.

1.3 Araştırmanın Önemi

Bu alışma, kronik böbrek yetmezliği teşhisli hastaların bekleme listesinde geçirdikleri sürede üzerlerindeki öfke ve obsesif kompulsif bozukluk gibi psikolojik etkilerin öngörülüp önlenmesi, hastalara bu konularda psikolojik yardımların sağlanması ve bu sayede yaşam kalitelerinin iyileştirilmelerine yönelik çalışmalarda bulunabilmek adına önem teşkil etmektedir. Ayrıca, lkemizde ve yurt dışında böbrek nakli hastalarıyla yapılan birçok çalışma olmasına karşın, organ bekleme listesine kayıtlı bulunan böbrek nakli hastalarıyla ilgili henüz bir çalışma yapılmamıştır. Bu anlamda araştırmanın literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM II GENEL BİLGİLER

2.1 Böbrek Yetmezliği

Böbrek yetmezliği (BY), glomerüler filtrasyon hızında azalma sonucunda böbreğin sıvı–elektrolit dengesini düzenleme ve metabolik-endokrin fonksiyonlarının geri dönüşsüz ve ilerleyici olarak bozulması durumudur. BY pek çok etiyolojik sebebi olan patofizyolojik bir süreçtir. Çoğu zaman tipik olarak sürekli ve belirti vermeyen nefron fonksiyon kaybı sonucunda böbrek yetmezliği (BY) gelişir (Skorecki, 2004).

Klinik semptom ve bulgular böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişme hızı ile ilişkili olup asemptomatik böbrek fonksiyon azalmasından, üremiye kadar değişen bir spektrum gösterir. Böbrek yetmezliğinin evreleri birbiri içine girmiş olup kesin sınırla ayrılması güçtür. A.B.D. Ulusal Böbrek Vakfının (NKF) belirlediği evreleme **Tablo 1'** de verilmiştir (National Kidney Foundation, 2002; Elnahas ve Bello, 2005).

Tablo 1: Kronik böbrek yetmezliği evreleri

Evre 1	GFR \geq 90 ml/dk	Böbrek hasarı ile birlikte normal veya artmış GFR
Evre 2	GFR 60–89 ml/dk	Kanıtlanmış böbrek hasarı
Evre 3	GFR 30–59 ml/dk	Orta derecede böbrek yetmezliği
Evre 4	GFR 15–29 ml/dk	Şiddetli böbrek yetmezliği
Evre 5	GFR < 15 ml/dk	Böbrek yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliğinin erken evresinde sadece böbreğin fonksiyonel rezervinde azalma vardır. Glomerüler filtrasyon hızı (GFR) nın düştüğünün göstergesi olarak serum üre ve kreatinin seviyesi yükselse bile GFR normalin %30'una düşmediği sürece hastalar asemptomatik kalabilirler (Lazarus, 1998). Glomerüler filtrasyon hızının 20–25 ml/dk ya düşmesiyle böbrek yetmezliği sonucu tüm organlardaki fonksiyonel bozukluğu yansıtan klinik ve laboratuvar sendrom olan üremi görülmeye başlar. Endojen renal fonksiyonun irreverzibl kaybı ile glomeruler filtrasyon hızının 15 ml/dk'nın altına düşmesi ile karakterize terminal döneme BY denir (Andreoli, Evanoff ve Ketel, 1993).

Bu döneme gelindiğinde hastayı hayatta tutabilmek için renal replasman tedavileri (RRT) adı verilen kronik düzenli hemodiyaliz (HD), sürekli ayaktan peritondiyalizi (SAPD) veya böbrek nakli (BTx) gibi tedavi yöntemlerinden birini uygulamak şarttır (Skorecki, 2004).

2.2 Böbrek Yetmezliği Epidemiyolojisi

BY, dünyada olduğu gibi ülkemizde de salgın halini almış önemli bir halk sağlığı sorunudur. Amerika Birleşik Devletleri Böbrek Bilgi Sistemi (USRDS)'nin verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 2007 yılında BY prevalansı 1665 mnb (milyon nüfus başına) olarak bildirilmiştir. İnsidensi ise 354 mnb olarak saptanmıştır (United States Renal Data System, USRDS, 2009). Türk Nefroloji Derneği'nin 2012 yılı verilerine göre ülkemizde RRT gerektiren BY nokta prevalansı 709 mnb dır. Bir önceki yıla göre prevelansta artma dikkati çekmektedir (Türk Nefroloji Derneği, 2007).

2.3 Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi

Böbrek yetersizliğine yol açan primer neden sıklıkla böbrek biyopsisi ile saptanır. Böbrek hastalıkları genellikle sinsi bir şekilde seyrettiği için hekime başvuru ancak böbrek yetersizliğinin geliştiği aşamada gerçekleşir. Bu aşamada yapılan böbrek biyopsisinde çoğu kez nonspesifik bulgular ile karşılaşılır ve altta yatan sebebin ortaya çıkarılması mümkün olamayabilir. Bu nedenle, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, kronik böbrek yetmezliği olan hastaların bir kısmında altta yatan primer olay belirlenemeyebilir.

Kronik böbrek yetmezliği birçok nedenle gelişebilir. Obstrüktif üropati, primer interstisyel nefrit ve iskemik nefropati, kistik böbrek hastalıkları gibi nonglomerüler hastalıklar ve proteinüri ya da nefrotik sendrom ile ortaya çıkan glomerülonefritler olasıdır. Sekonder böbrek hastalıkları olguların %60–70'den fazlasında BY'nin etiyojisini ortaya koyar. Hipertansiyon ve diyabet genellikle BY'ne neden olmadan önce en az 10 yıllık öyküye sahiptir. Böbrek yetmezliğine neden olan hipertansiyon, sıklıkla kontrolsüz ve akselere hipertansiyondur. Analjezikler ya da ağır metaller gibi nefrotoksinlere maruz kalma ürolojik nedenler veya lupus, orak hücreli anemi ya da malignite gibi sistemik hastalıklar diğer BY nedenlerindedir (Schrier, 2000).

Geçmişte KBY ye götüren en sık sebep olarak glomerülonefritler suçlanırken günümüzde toplumlara göre değişiklik göstermekle beraber en sık neden diyabetik ve hipertansif nefropatilerdir. Etiyolojideki bu değişikliğin nedeni glomerülonefritlerin günümüzde daha efektif tedavisi ve korunması ile aynı zamanda yıllar içinde sağlık koşullarının iyileşmeye başlaması ve önceden kısa süre içinde kaybedilen pek çok diyabetik ve hipertansiyonlu hastanın böbrek yetersizliği gelişmesine kadar hayatta kalabilmesi olarak bildirilmektedir (Lazarus, 1998).

2.4 Üremik Semptomların Patogenezi

Böbrek yetmezliği gelişmesiyle böbreklerin fizyolojik, biyokimyasal ve hormonal işlevlerinde ilerleyici bir kayıp oluşur. Üremik semptomların patenezinden çeşitli toksinler sorumlu tutulmuştur. Üremide biriken solütler molekül ağırlıklarına göre üç gruba ayrılır.

1. Düşük MA'lı solütler (< 300 D): Örneğin; üre, kreatinin
2. OrtaMA'h solütler (300–12.000 D): Örneğin; PTH, p2 mikroglobulin
3. Yüksek MA'lı

Üremik semptomlardan, orta molekül ağırlıklı solütlerin daha çok sorumlu olduğu iddia edilmiştir. Bu moleküllerin bir kısmı da serum kreatinin değeri gibi böbrek işlevlerindeki bozulmanın derecesini belirlemek için kullanılabilir (Lazarus, 1998).

2.5 Diyaliz

Diyaliz kanda biriken maddelerin yarı geçirgen bir membran aracılığı ile diyaliz solüsyonuna geçmesi ve bu solüsyon aracılığı ile vücuttan uzaklaştırılmasıdır. Difüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibi vardır (Van Stone, ve Daugirdas, 1994).

Diyaliz iki membran aracılığı ile uygulanabilir:

1. Sentetik bir membran aracılığı ile hemodiyaliz
2. Periton aracılığı ile periton diyalizi

2.5.1 Hemodiyaliz

Hemodiyaliz (HD) hastadan alınan kanın sıvı ve solüt içeriğinin bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile yeniden düzenlenmesi ve hastaya geri verilmesi işlemidir (Vural & Arık, 2001). Renal replasman tedavileri arasında en sık kullanılanı HD'dir (Ülkü, 1997). Kronik hemodiyaliz tedavisi hastanın kalan böbrek fonksiyonlarına ve diyetle aldığı protein miktarına bağlı olmak üzere haftada 2–3 kez 4–6 saat süre ile uygulanır. Yetersiz diyaliz bu hastalarda morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir nedendir (Susan, Harris, ve Edwina, 1998).

2.5.1.1 Hemodiyaliz'in Tarihçesi

1861'de ilk defa Graham diyaliz olayının tıp alanında kullanılabileceğini vurgulamıştır. 1913'de Abel ve arkadaşlarınca selofan membran kaplı tüpler ve sülükten elde ettikleri hirudin ile diffüz maddelerin kandan uzaklaştırılabileceğini köpek deneylerinde gösterilmiştir (Abel, Rowntree ve Turner, 1913; Akt: Kan, 2006. Syf:8-9). İlk insan diyalizi 1924–1928 yılları arasında George Haas tarafından terminal böbrek yetmezlikli 4 hastaya uygulanmış, fakat teknik ve antikoagülasyon problemleri yüzünden başarılı olunamamıştır (Haas, 1925; Akt: Kan, 2006. Syf:8-9). Willem Kolff insanlar için kullanıma uygun ilk diyalizörü 1943'te tanıtmıştır. Belding H. Scribner arteriovenöz kanül sistemini 1960'ta hemodiyalizde vasküler yol olarak tanıtmış ancak hemodiyaliz uygulamasında ekstrakorporal sisteme yeterli volümde kan çekebilmek için gerekli vasküler giriş yerinin sorun teşkil etmiştir (Quinton, Dillard, ve Scribner, 2004). Bundan 6 yıl sonra Brescia ve arkadaşları cerrahi olarak arteriovenöz fistülleri oluşturmuştur (Brescia, Cimino, Appel ve Hurwich, 1966).

2.5.1.2 Hemodiyaliz Prensipleri

Hemodiyaliz; hastadan alınan kanın sıvı ve solüt içeriğinin bir membran aracılığı ve bir makine yardımı ile yeniden düzenlenmesi ve hastaya geri verilmesidir. Hemodiyaliz işleminin gerçekleşmesi için yeterli kan akımı sağlanmalı ve bir membran ile makine kullanılmalıdır. Yarı geçirgen membranın bir tarafından kan akarken; diğer tarafından suda ozmotik olarak dengeli elektrolitler ve glukoz içeren diyaliz sıvısı akar. Membranın porları su molekülleri ve küçük molekül ağırlıklı solütlerin diyalizata geçmesine izin verirken, proteinler ve kan hücreleri gibi

daha geniş solütler kanda kalır. Membran boyunca solüt geçişi diffüzyon veya ultrafiltrasyonla olur. Membran boyunca solütlerin net geçiş oranları kan ve diyalizat arasındaki konsantrasyon gradientinin büyüklük ve yönüne bağlıdır, gradient en büyükken bu geçiş en fazla olur. HD sırasında maksimum konsantrasyon gradientini sağlamak için kan ve diyaliz sıvısının karşıt yönlerde akmaları sağlanır. Membran boyunca moleküllerin diffüzyon oranı molekülün ağırlığına ve diffüzyona karşı membran direncine bağlıdır, bu oran molekül ağırlığının artması ve membran direncinin artmasıyla azalır. HD sisteminin majör komponentleri kan dolaşımı ve diyalizat dolaşımıdır. Kan hastadan vasküler yol kanülü ile arteryel segmentten diyalizöre pompalanır ve sonra diyalizörden hastaya venöz segmente geri döner. Heparinle antikoagulasyon ekstrakorporal kan dolaşımında pıhtılaşmayı önlemek için kullanılır (Levy, Morgan ve Brown, 2002).

2.5.1.3 Diyalizörler

Diyalizör membranlarından moleküllerin geçişi genellikle diffüzdür. Membran yüzeyinin kan volümüne oranı optimal etki için yüksek olmalıdır. Bu amaç için hemodiyalizörlerin iki tipi vardır: “paralel plate” (paralel tabakalar) ve “hollow fiber” (ince kapiller borular) şeklinde olanlar. Bugün en çok kullanılan hollow fiber şeklinde olanlardır. Hollow fiber membranların genelde yüzey alanları yaklaşık 1,2 m²'dir, bu sayede kan kompartmanındaki volümün artan basınçla artması(kompliyans) engellenmiştir ve kan kompartmanındaki volüm nadiren 90 ml'yi geçer.

2.5.1.4 Membranlar

İki tip diyalizör membranı vardır. Selüloz temelli ve sentetik temelli olanlar. Selüloz temelli olan kuprofandır ve en sık kullanılan diyaliz membranıdır. Sentetik membran örnekleri ise polisulfon, polikarbonat, poliamid ve poliakrilonitrildir. Membranların solüt geçirgenlikleri, hidrolik geçirgenlikleri ve kanla reaksiyonları farklıdır. Genel olarak sentetik membranlar kan hücreleri ve plazma proteinleri ile selüloz membranlara göre daha az reaksiyona girerler (Olbricht, 1997). Diyalizatlar içerdikleri tampon maddeye göre ikiye ayrılırlar, asetat ve bikarbonat. Hemodiyaliz işlemi esnasındaki hipotansiyondan sorumlu tutulan faktörlerden birisi asetatdır.

Bikarbonat diyalizi daha fizyolojiktir. Günümüzde bikarbonat diyalizi tercih edilmektedir.

2.5.1.5 Hemodiyalize Bağlı Komplikasyonlar

Medikal ve teknik alandaki ilerlemeler sayesinde hemodiyalizin güvenilirliği her geçen gün artmaktadır. Yine de hemodiyaliz çeşitli riskleri olan bir tedavidir ve bu tedaviye bağlı çeşitli komplikasyonlarla karşılaşmak mümkündür. Hemodiyalizde en sık görülen komplikasyonlar sıklık sırasıyla şunlardır: Hipotansiyon (% 20–30), kramplar (% 5–20), bulantı ve kusma (% 5–15), baş ağrısı (%5), göğüs ağrısı (% 2–5), sırt ağrısı (% 2–5), kaşıntı (% 5), titreme ve ateş (% 1).

Hemodiyaliz sırasında seyrek görülen fakat ciddi olan bazı komplikasyonlar vardır. Bunlar; Disekilibrium sendromu, aşırı duyarlılık reaksiyonları, aritmiler, kalp tamponadı, intrakraniyal kanama, konvulsiyonlar, hemoliz ve hava embolizmi sayılabilir ("Hemodiyaliz Sırasında Gelişen Komplikasyonlar,").

Hemodiyaliz esnasında görülebilen komplikasyonlar;

1. Hipotansiyon
2. Kas krampları.
3. Bulantı kusma
4. Baş ağrısı
5. Göğüs ve sırt ağrıları
6. Kaşıntı
7. Ateş ve titreme
8. Aritmi
9. İlaçların vücuttan uzaklaştırılması
10. Hipoksi
11. Diyalizör Reaksiyonları
12. Anafilaksi
13. Hemoliz
14. İntrakraniyal kanama
15. Diseqlurium Sendromu
16. Kardiyak tamponat

17. Konvulziyon
18. Hava embolisi
19. Nötropeni ve kompleman

2.5.2 Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD)

Periton diyalizi, BY olan hastalarda alternatif tedavi yöntemlerinden biridir ve ülkemizde giderek artan sayıda hastaya uygulanmaktadır

2.5.2.1 Periton Diyalizin Tarihçesi

İlk periton diyalizi 1923 yılında Ganter tarafından uygulanmıştır. Periton kapillerlerindeki kan ve diyalizat arasında solütlerin difüzyonu ve hipertonic solüsyonların periton boşluğuna ultrafiltrasyonuna yol açmaları periton diyalizini mümkün kılmıştır. 1976'ya kadar intermittant periton diyalizi (IPD), hemodiyalizin yegane alternatifi olarak, intermittant (aralıklı, kesintili) şekilde ve haftada 3–4 kez, 10–12 saat şeklinde uygulanmıştır. 1976'da Popovich ve Moncrief' in SAPD'ni tarif etmiştir. 1976'da ilk başladığında SAPD şişelerle yapılmış, diyalizat verildikten sonra şişelerin setlerden ayrılması nedeniyle bu yöntem yüksek peritonit insidansına neden olmuştur. 1978'de Oreopoulos, Robson plastik torbaları (bags) kullanmaya başlamışlardır. Torbaların avantajı boşaltıldığı zaman diyaliz solüsyonunu periton boşluğunda kaldığı süre (Dwell Time) boyunca sistemin ayrılmamaları sayesinde kontaminasyonun azalmasıdır. Plastik torbaların kullanımı peritonit sıklığında belirgin azalma sağlamıştır (Olbricht, 1997).

2.5.2.2 Periton Diyalizi Prensipleri

Periton diyalizi sistemi temel olarak, peritona giriş sağlayan bir yol ile periton boşluğuna diyalizatın verilmesi, belirli bir süre tutulması ve bu süre sonunda boşaltılması şeklinde olmaktadır. Diyalizatın periton boşluğunda beklediği dönemde, kanda yüksek konsantrasyonda bulunan üre gibi azotlu maddeler ve diğer üremik toksinler difüzyonla diyalizata geçerek vücuttan uzaklaştırılabilir. Ultrafiltrasyon, diyalizat içindeki ozmotik maddelerin (sıklıkla glikoz) oluşturduğu, kan ve diyalizat arasındaki ozmotik fark sayesinde gerçekleşir ve ozmotik eşitlik sağlayıncaya kadar su kapillerlerdeki kandan periton boşluğuna geçerek vücuttan sıvı çekilmiş olur. Ultrafiltrasyon sonunda hastaya verilen diyalizattan daha fazla sıvıyı geri almak mümkündür. Periton boşluğunda sıvı hareketinde rol oynayan bir diğer faktör

subdiyafragmatik lenfatiklerdir. Periton boşluğundaki sıvının bir kısmı lenfatikler yoluyla sistemik dolaşıma döner ve ozmotik maddelerle sağlanan net ultrafiltrasyon miktarının azalmasına sebep olur.

Bu sistemde periton boşluğunda sürekli olarak diyalizat sıvısı bulunmaktadır. Peritondaki sıvı hasta tarafından günde 3–4 kez dışarı boşaltılır ve peşinden yeni bir diyalizat periton boşluğuna verilir. Bir sonraki değişime kadar diyalizat periton boşluğunda kalır. Diyalizat akım hızının düşük olmasına karşın sistem basit, kullanışlı ve etkindir.

SAPD'nin basit, kolay öğrenebilen ve uygulanabilen ve özgürlük sağlayan bir tedavi yöntemi olması tedaviyi cazip hale getirmektedir. Ancak teknik gelişmelere rağmen bugünde hemodiyaliz periton diyalizine üstünlük göstermektedir. Bununla beraber hemodiyalizin çeşitli komplikasyonları bazı hasta guruplarının periton diyalizini daha iyi tolere edebilmeleri, hemodiyaliz merkezlerinin sayıca yetersiz olması, hastanın merkezlere uzaklığı, maliyet sorunu göz önüne alındığında periton diyalizi giderek önemini artırmaktadır. SAPD' nin hastanın kendi kendine yapabildiği bir diyaliz yöntemi olması hastanın uyumunun önemini ortaya koymaktadır(Gokal, 1997;Nissenson ve Fine, 2002). Vasküler veya kardiyak problemi olan hastalar, diyabetik hastalar için, özellikle tercih edilmesinin yanında, iyi bir biyokimyasal kontrol, eritropozein düzelmesi, kan basıncının daha kolay kontrolü diyet kısıtlamalarının azalması ve hastaya özgürlük tanınması, HD'e tercih edilmesine neden olmaktadır. Bunun yanı sıra, SAPD bazı dezavantajlar da taşımaktadır.

SAPD ve HD survileri, pek çok çalışmada benzer bulunmuştur. 1 yıllık hastasurvisi %95, 5 yıllık hasta survisi %75 civarındadır. Ölüm sebepleri her iki gurupta da aynıdır ve birinci sırada kardiovasküler nedenler yer almaktadır. Her iki diyaliz yönteminin de ayrı ayrı üstünlükleri olduğundan, hastanın tıbbi, demografik ve psikososyal durumu göz önünde bulundurularak kronik diyaliz tedavisi planlanır (Davidson, 1996).

2.5.2.3 Periton Diyalizine Bağlı Komplikasyonlar

İnfeksiyöz komplikasyonlar; peritonit, çıkış yeri enfeksiyonu ve tünel enfeksiyonunu içerir. Peritonit: SAPD' nde en sık karşılaşılan komplikasyondur.

Başlangıçta peritonit sıklığı fazla iken yeni bağlantı sistemleri ve uygun takiple bu sıklık azaltılmıştır. 2009Registry Raporu'nda 2007 yılı içinde PD uygulanan hastalarda peritonit sıklığı 39.0 ayda bir olarak bildirilmiştir.Erişkinlerde yaş, cinsiyet ve diyabetin peritonit insidansına etkisi olmadığı gösterilmiştir, ancak çocukların peritonit insidansı erişkinlerden daha yüksektir. Hastada peritonit gelişme riskini tayin etmede kişinin savunma mekanizmalarının önemli olabileceği gösterilmiştir. Periton boşluğunda düşük IgG, opsonin, sitokin seviyeleri ve makrofajların yetersiz interlökin-1 üretimi ile peritonit sıklığı ilişkili bulunmuştur (Holmes ve Lewis, 1991).SAPD hastalarında peritonitin mortalitesi % 2–3 civarındadır. Fekal kontaminasyonun neden olduğu peritonit yüksek ölüm riski taşır ve bunlarda erken dönemde cerrahi müdahale düşünülüp katater çıkarılmalıdır. Peritonit sonucu fibröz adezyonlar gelişmesi sonucunda peritonun solut değişim alanı azalır ve ayrıca geç dönemde barsak obstrüksiyonuna da neden olabilir.

İnfeksiyon dışı komplikasyonlar; membran yetersizliği, ultrafiltrasyon yetersizliği, hipotansiyon, abdominal fıtıklar, diyalizat sızması, genital ödem, hidrotoraks, sklerozan kapsüllü peritonit, periton içi kanama, metabolik komplikasyonlardır.

2.5.3 Böbrek Nakli

Transplantasyon, bir organ ya da dokunun bireylere nakledilmesi olarak tanımlanır. Canlıdan veya kadavradan alınan böbreğin üremili hastalara nakli, organ nakillerinden en başarılı sonuç veren ve en çok yapılanıdır. Böbrek yetmezliğinde koşulların uygunluğunda gerek morbidite gerek mortalite gerekse yaşam kalitesi bakımından en seçkin uygulama böbrek naklidir (Yenicesu ve Arık, 2001).

2.5.3.1 Böbrek Naklinin Tarihçesi

İlk böbrek nakli dünyada 1954 yılında, ülkemizde ise 1975 yılında yapılmıştır (Erek, 2005). Son 20–30 yıl içinde gerçekleşen diyaliz ve transplantasyon ile ilgili gelişmeler kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların yaşam süresini uzatmaktadır (Kaçmaz ve Üstün, 1998). İmmunosüpresif ilaçlar geliştirilmeden önce başarılı böbrek nakli sadece tek yumurta ikizleri arasında yapılabilmekteydi. Bu yüzden başarılı böbrek naklinde en önemli pay zamanla geliştirilen immunosüpresif ilaçlara aittir 1960 yılında azatioprinin bulunması transplantasyon başarısında önemli

bir adım olmuştur. 1980 yılında siklosporinin kullanıma girmesi ile daha az akut rejeksiyona rastlanılmış ve greft sağ kalım süresinde belirgin uzama gözlenmiştir. Daha sonra 1996 yılında diğer bir kalsinörin inhibitörü olan takrolimus böbrek nakli için kullanılmaya başlanmış ve böylece immunosüpresif tedavi protokollerinde alternatifler çoğalmıştır (Goldfarb-Rumyantzev, 2006). Son yıllarda immünsüpresif tedavide, infeksiyonların kontrolünde ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmeler böbrek naklini en başarılı replasman tedavisi yöntemi haline getirmiştir (Yenicesu ve Arık, 2001).

2.5.3.2 Transplantasyon Prensipleri

Böbrek nakli yapılması için alıcı ile verici arasında ABO kan grubu sisteminde uyum olmalıdır; uyum kuralları kan transfüzyonundaki gibidir. Rh sisteminin ise bir önemi yoktur. Doku grubu olarak bilinen HLA sistemi 6. kromozomun kısa kolu üzerinde yerleşmiş doku uygunluk antijenlerini içerir. HLA bölgesindeki antijenler 1. sınıf (A, B, C) ve 2. sınıf (8D, DR, DP, DQ) olmak üzere ikiye ayrılır. Böbrek naklinde önemli olan A, B ve DR antijenlerdir. Her insanda ikişer tane bulunurlar ve bunların önemi A:B:DR = 2:3:5 olarak kabul edilebilir. Transplantasyonda en iyi sonuç doku uygunluk antijenlerinde tam uyum olduğu durumlarda alınmaktadır. Vericide alıcıda olmayan A, B, DR antijenleri arttıkça alıcının böbreği reddetme olasılığı artmaktadır. Alıcının takılan böbreği kabul etmesini minör doku uygunluk antijenleri de etkilemektedir(Akpolat, ve Utaş, 2001). Hastanın primer böbrek hastalığı, yapılan kan transfüzyon sayısı ve daha önceki transplantasyonlar da başarıyı etkileyen faktörlerdir (Erek, 2005). Gerekli hazırlıklardan sonra vericiden alınan böbrek koruyucu sıvıdaki işlemi takiben alıcının iliak fossasına retroperitoneal olarak yerleştirilir. Renal arter, ven ve üreterin uygun teknikte anastomozu yapılır (Koene, 1997).

Gerek canlı vericiden gerekse kadavradan yapılan başarılı böbrek nakillerinde, diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarından bazıları değil, tamamı yerine getirilir. Buna ek olarak, hem tüm böbrek fonksiyonları yerine getirildiğinden hem de hastalar için sürekli diyaliz işlemlerinin oluşturduğu fiziksel ve psikolojik zorluklar ortadan kalktığından yaşam kalitesi daha iyidir.

2.5.3.3 Böbrek Naklinin Kontrendike Olduğu Durumlar

HLA antijenlerine karşı sitotoksik antikor varlığı (pozitif T hücresi crossmatch), metastatik veya tedavi edilmemiş kanser, aktif enfeksiyon, kronik aktif hepatit, karaciğer sirozu ciddi kalp yetersizliği veya koroner yetersizliği aktif vaskülit veya glomerülonefrit düzeltilemeyen alt üriner sistem hastalığı, aktif peptik ülser, tedaviye uyumsuzluk, tedavi edilemeyen psikoz, primer oksalozis, kardiyovasküler açıdan stabil olmayan hastalardır (Johnson ve Feehally, 2003).

Genç yetişkin transplantasyonlu hastanın yaşam oranı diyaliz tedavi programındakilere göre daha iyi iken yaşlı hasta grubunda bu oran nispeten azalmaktadır (National Kidney Foundation, 2000). Transplantasyonda üst yaş sınırı belirlenmesi uygun olmadığı halde, transplantasyon böbreği sağlamada yaşlı hasta grubuna daha az öncelik verilmesi doğru olacaktır. Bu konuda ki yaklaşım; 60 yaşa kadar transplantasyonu kabul, 60–70 yaş arasında daha sıkı bir seleksiyon, 70 yaşından sonra ise çok sınırlayıcı davranmak biçiminde olması şeklindedir. Yine canlı donörde, diyabet, hipertansiyon, proteinüri, kreatinin klirensinin 80 ml/dakikadan az olması, böbrek taşı, orak hücreli anemi, bulaşıcı hastalıklar, kanser ve psikiyatrik öyküsünün olması transplantasyon için kontrendike durumlardır (Koene, 1997).

2.6 Böbrek Naklinde Psikiyatri

Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi, klinik servisle, psikiyatri ve tıbbın diğer alanlarının bulunduğu ortamlarda eğitim ve araştırma ile ilgilenir. Genel tıp ve klinik uzmanlık dalları ile psikiyatri arasında bağlantı ve işbirliğini yürütür. Genel hastanede yürütüldüğü için hem iyi bir genel tıp bilgisi hem de psikiyatride bazı alanlarda özelleşme gerektirmektedir (Özkan, 1993).

Liyezon modelinde psikiyatr, özel bir medikal veya cerrahi ekibin bir parçasıdır. Psikiyatrla genel hastane çalışanları ve hastalar arasında düzenli bir temas söz konusudur. Sadece hastanın semptomları için değil aynı zamanda ekibin kendi içinde ve hastayla olan ilişkilerindeki problemlerde de tavsiyeleriyle ekibe destekte bulunur (Taner ve Coşar, 2006).

Böbrek nakli öncesindeki süreçte psikiyatrist tarafından alıcının, ruhsal durum muayenesinin yapılması, psikiyatrik öyküsünü sorgulanması, psikiyatrik hastalık öyküsü varsa yineleme riskini değerlendirilmesi, organ yetmezliği nedeniyle olası farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikleri ve bağışıklık dizgesini baskılayan ilaçlarla psikotrop ilaçlar arasındaki etkileşimlerin dikkate alınması gerekmektedir (Özçürümez, Tanrıverdi ve Zileli, 2003).

Tedaviye uyum öyküsü, aile ve sosyal desteğin yeterli olup olmadığı, transplantasyona bilişsel ve duygusal yönlerden ne ölçüde hazır bulunduğu, karar verme yetisi, transplantasyonla ilgili beklentilerin gerçekçi olup olmadığı, baş etme düzenekleri, engellenme eşiği ve dürtü kontrolü gözden geçirilmesi gereken diğer konulardır.

Çoğu merkez için psikiyatrik değerlendirmenin organ transplantasyonlarında kullanılmasının başlıca nedeni tedaviye uyum göstermeme olasılığı olan hastaların önceden belirlenerek programdan dışlanmalarıdır.

Vericilerin psikiyatrik değerlendirmelerine ilişkin standart bir uygulama bulunmamasıyla beraber vericinin, böbreğini bağışlamasının olası zararları ile organ reddi olasılığı hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadığı, transplantasyonla ilgili beklentileri, karar verme yetisi, psikiyatrik öyküsü, bilinç ya da bilinç dışı süreçlerdeki güdülenmeleri, aile dinamikleri ve transplantasyon sonrası alıcı-verici ilişkisinin zedelenmesine işaret eden etkenler gözden geçirilmesi yararlı olacaktır (Özçürümez, Tanrıverdi ve Zileli, 2003).

Alıcı ve verici adaylarının seçimi, böbrek nakli sürecinde alıcı ve vericilerde gözlenen ruhsal sorunlar ve bu sorunların yaşam niteliği üzerine olan etkileri takip edilmelidir. Transplantasyonlu hastaların yaşadıkları süreci, transplantasyona hazırlık, transplantasyon dönemi ve transplantasyon sonrası dönem olmak üzere üç grupta incelenebilir:

- A. Transplantasyon öncesi dönem:** Transplantasyon uzun bir tetkik ve bekleme döneminin ardından gerçekleşecektir. Beklemek başlı başına bir stres kaynağı olarak anksiyete, ajitasyon, korku, kızgınlık, çaresizlik ve

zaman zaman umutsuzluk duygularına yol açabilir. Kadavra vericiden böbrek beklerken; beklemek ve çıkacak böbreğin doku grubunun kendisinininkine uymasını dilemekten başka yapacak bir şeyi olmadığını düşünebilir. Bu bir yerde birisinin ölmesini beklemek anlamına gelmektedir ve alıcı bu düşüncesinden dolayı suçluluk hissedebilir. Canlı vericiden böbrek beklerken; yakınlarından böbrek vermek istemeyenlere öfke duyabilir ve bu durumdan aile ilişkileri etkilenebilir. Böbreğini veren kişiye karşı aşırı düzeyde minnet, sorumluluk ve suçluluk duyguları yaşanabilir (Özgür, Kürşat, ve Aydemir, 2003).

- B. Transplantasyon dönemi:** Hastanede yatan hastada, cerrahi girişime, ameliyatın başarısına, böbreğin uyum sağlayıp sağlamayacağına ilişkin kaygılar görülebilir. Kaygı nedenleri arasında; drenlerin çalışıp çalışmadığı, günlük idrar miktarı ve yapılan testlerin sonuçları yer almaktadır. Hastaya takılan böbreğin reddi endişesi, tekrar diyalize dönme korkusu aşırı boyutlarda yaşanabilir. Kortikosteroidlerin kullanımına, elektrolit ve hormonal dengesizliklere, homeostatik dengenin bozulmasına bağlı olarak organik beyin sendromları görülebilmektedir (Kaçmaz ve Üstün, 1998).
- C. Transplantasyon sonrası rehabilitasyon dönemi:** Böbrek nakli sonrası taburcu olan hastanın yaşamındaki ilk değişiklik ikinci bir şansla yeniden yaşama başlama duygusudur. Alıcı tarafından bir başkasına ait organın fizyolojik ve psikolojik kabulü söz konusudur Böbrek nakli sonrası hastalaryaşamı yönetme becerisi kazanmada, denge kurmada, yeni organa uyumda güçlük, rejeksiyon olasılığı, ömür boyu kullanmak zorunda oldukları ilaçlar ve yan etkileri, aile sürecindeki değişim, iş ve sosyal yaşamdaki kayıp endişesi gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilirler (Özçürümez, Tanrıverdi ve Zileli, 2003).

Böbrek nakli BY olan hastalarda en seçkin tedavi yöntemidir. Hemodiyaliz ve sürekli periton diyalizi gibi diğer renal replasman tedavileri ile karşılaştırıldığında hastaların yaşam kalitesinin arttığı ve yaşam sürelerinin belirgin bir şekilde uzadığı görülür (Tolkoff–Rubin, 1993).

2.7 Öfke ve Tanımı

Sözcük anlamı olarak öfke; “engellenme, incinme ya da gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi” (TDK,1988) biçiminde tanımlanmaktadır.

Psikoloji sözlüğünde ise, öfke kavramı, “engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakma, kısıtlama vb. gibi durumlarda hissedilen ve genellikle neden olana şeye ya da kişiye yönelik şu ya da bu biçimde saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun olumsuz bir duygu” olarak tanımlanmaktadır (Budak, 2000:565).

Oatley’e (2004) göre öfke, dört temel duygudan (sevinç, üzüntü, korku ve öfke) birisi olarak kabul edilmektedir. Genel olarak öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen duygusal bir tepkidir. Diğer duygular gibi son derece doğal, evrensel ve sağlıklı ifade edildiğinde yapıcı ve kişiler arası iletişimi düzenleyici bir duygudur. Öte yandan, belki de en zarar verici olabilen duygu yaşantısı olarak da tanımlanabilir (Soykan, 2003:19-28).

Öfke ve kızgınlık, hakkımız olanı alamadığımızda ya da önem verdiğimiz bir insan beklentilerimiz doğrultusunda davranmadığında yaşanan duygudur (Gençtan, 1999:54).

Köknel ise öfkeyi, engellenme, korku gibi hoş olmayan durumlar karşısında ortaya çıkan, karşılaşılan engeli aşmak, hoş olmayan durumlardan kurtulmak için gerekli tutum ve davranışta bulunma olanağı veren bir duygu olarak tanımlanmıştır (Köknel, 1982:186)

Engelleme, elde etmek istediğimiz bir nesneye, varmak istediğimiz belirli bir amaca ulaşamadığımızda veya ihtiyaçlarımızın giderilmesi önlenmesi zaman ortaya çıkan olumsuz duygu olarak tanımlanmaktadır (Cüceloğlu, 2000:279).

Kennedy (1992) öfkeyi, meydan okuma ya da tehditlere karşı kişilerin duyarlılığı olarak ele almakta ve korkuyla yakından ilgili olduğunu belirtmekte, öfkeyi bireyin kendisine yönelik bir tehlikeye karşı, karşısındakini uyarması olarak tanımlamaktadır (akt.Çelik, 2003).

Canlı organizmanın varlığını tehdit eden durumlara gösterdiği doğal bir tepki, çok hafif bir rahatsızlıktan yoğun bir öfke ve hiddete kadar değişen yoğunlukta yaşanan bir duygudur (Şahin, 1997:81).

Hankins ve Hankins (1998) öfkeyi doğrudan değil de özelliklerinden yola çıkarak tanımlamakta ve bu özellikleri ise şöyle sıralamaktadır.

1. Öfke içsel bir yaşantı ve bir duygu durumu olup bu duygu kendiliğinden ifade edilmektedir. Planlı bir davranış değildir.
2. Evrensel bir duygudur.
3. Öfke tepkileri belirli bir saldırı, engellenme ya da eleştiri sonucu ortaya çıkmakta ve kişi daha fazla saldırı ve eleştiriye açık hale gelmektedir.
4. Öfkenin ifade ediliş biçimi kişiden kişiye toplumdan topluma değişebilmektedir (Akt. Balkaya, 2001:19-22).

Öfke, Martin ve Watson'a göre; kişilerarası ilişkilerde sorunlara, boşanmaya, çalışma yaşamında üretkenliğin, işlevselliğin bozulmasına, fiziksel ve ruhsal sağlıkta önemli sorunlara neden olabilmektedir (Akt.Soykan, 2003:19-27)

Cüceloğlu (2000)'na göre bazı insanlar öfkelendiklerinde bu duyguyu bastırırken, bazıları ise imalı sözlerle öfkesini diğer insanlara iletmektedir. Öfke duyduğumuz kişi eğer kaybetmekten korktuğumuz ya da bizi sevmesini istediğimiz birisi ise öfkenin bastırılma olasılığı daha fazla görülmektedir.

Öfke, basit bir sinirlilik veya kızgınlık halinden, yoğun hiddet durumuna kadar değişen duygusal bir durumdur. Kimi zaman orta şiddette, kısa süreli ve hatta kişiye faydalı, kimi zaman ise çok şiddetli, yoğun, sürekli ve tahrip edici olabilmektedir.

Spielberger öfke duygusuna süreklilik ve durumsallık açısından yaklaşmıştır. Ona göre durumsal öfke, amaca yönelmiş davranışın engellenmesi veya haksızlık algılanması karşısında ne şiddette gerginlik, kızgınlık, sinirlilik, hiddet gibi objektif duyumsamaların yaşandığını yansıtan duygu durumudur. Sürekli öfke ise, durumsal öfkenin genelde ne sıklıkla yaşandığını yansıtan bir kavramdır (Akt: Özer, 1994:12-25).

Durumsal öfke, amaca yönelmiş davranışın engellenmesi ya da haksızlık algılanması karşısında, hangi şiddetle gerginlik, kızgınlık, sinirlilik gibi sübjektif hissedişlerin yaşandığını yansıtan bir duygu durumudur (Özer, 1994:12-25).

Sürekli öfke, durumsal öfkenin genelde ne sıklıkla yaşandığını yansıtan bir kavramdır (Özer, 1994:12-25).

2.7.1 Öfkenin Özellikleri

Öfkegünlük yaşantımızda sıklıkla karşılaştığımız bir duygudur. Öfkede çatışma gibi genelde olumsuz olarak algılanır. Bu kadar sık karşılaştığımız öfkenin bazı özellikleri vardır.

Deffenbacher (1992), öfkenin insanların sık yaşadığı duygulardan olmasına rağmen, çoğunlukla yanlış anlaşıldığına işaret ederek, öfkenin özelliklerini şu şekilde sıralar:

- Öfkenin, planlanan bir eylem sonucu çıktığı düşünülür, hâlbuki öfke içsel bir duygudur.
- Öfkeyi göstermek zor değildir, öfkenin bin bir yüzü vardır ve herkes öfkelenir.
- Öfke tepkisine neden olan duygu, kişiyi daha kuvvetli ve psikolojik olarak uyarılmış bir durumda tutmasına rağmen, kişi öfkelenildiğinde daha incinilebilir bir durumda olmaktadır.
- Öfkelenildiğinde gösterilen tepkiler yaşam süreci içinde öğrenilmiş davranışlardır. Bu nedenle, yanlış ve kişiye zarar verecek şekilde öğrenilen davranışlar, daha sağlıklı olanlarıyla değiştirilebilir.

Öfke, engellenme, haksızlık gibi çeşitli durumlarda aniden ortaya çıkabilen bir duygudur. Öfkenin bastırılması veya hemen, olduğu anda dışa vurulması sağlıklı değildir. Bu yüzden öfkeye neden olan durumların anlaşılması ve öfkeyi tanımak çok önemlidir. Öfkenin doğal bir duygu olmasının yanı sıra bazen sınırları koruma ve haksızlıkları düzeltmek için harekete geçirici olan öz koruma işlevine sahiptir. Ayrıca öfkenin güç ve kontrol etme isteği, sorumluluktan kaçma, zayıf iletişim becerilerine sahip olma, başka duygulara karşı savunma aracı olarak kullanma ve huy

haline getirme gibi işlevleri de bulunmaktadır (Şahin, 2005:12).Öfke duygusu, ilişkimiz içinde bazı davranışların değişmesi gerektiğine işaret eden, açık, dürüst ve saygılı bir biçimde ifade edilip, yapıcı kullanıldığında daha iyi bir iletişime götüren çok önemli bir güç kaynağıdır (Navaro, 2004:21).

Araştırmalar sonucunda öfke duygusu ile ilgili şu bulgulara ulaşılmıştır (Albert ve Emmons, 1998:42):

1. Öfke çoğu kez ortaya çıkmadan tehlikesiz hale getirilebilir ve getirilmelidir.
2. Öfkenin boşaltılması sadece sorunun çözümü için zemin hazırlanması açısından değerlidir.
3. Öfke norma, insana özgü evrensel bir duygudur.
4. Öfkenin hedefi çoğu zaman yabancılar değil, yakınlarımızdır.
5. Öfke fizyolojik öğeleri olan bir duygudur, davranış tarzı değildir.
6. Öfke ile başa çıkmanın en sağlıklı yolu onu az zarar verecek bir hale getirmektir.

2.7.2 Öfkenin Nedenleri

Öfke kendiliğinden ortaya çıkan bir durum değildir. Öfke durumu farklı kaynaklardan dolayı ortaya çıkabilmektedir. Öfkenin nedeninin doğru belirlenmesi gerekir.

Beck (2005)'e göre öfkenin ortaya çıkmasına etkide bulunan durumlar;

A. Doğrudan etkide bulunan etmenler:

Bireyin hoş olmayan yaşantılarla yüzleşmesi ve bu yaşantılarda rol alan asıl uyarıcının, bireyde hoş olmayan bir yaşantıya yol açması, öfkenin ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. Bu asıl uyarıcı ise bir fiziksel saldırı, eleştiri, baskı engelleme, reddedilme, yoksun bırakma ya da karşı koyma olabilir. Bu durum bireyde öfke yaşanmasına neden olur. Öfkenin ortaya çıkmasına doğrudan etkide bulunan bir diğer grup durum ise, bireyin kendi haklarına doğrudan saldırı olarak yorumladığı komutlar ve sınırlamalardır. Otorite durumunda olan kişi tarafından yapılan bir sınırlama ya da yasaklanmış bir etkinlik, yasaklamadan etkilenen bireyde öfke yaratabilir.

B. Dolaylı yoldan etkide bulunan etmenler:

Bu dolaylı etmenler ise; bireyin kendisinden kaynaklanan ya da diğerleritarafındanyöneltilen uyarıcıların karşılıklı etkileşimini içerir. Bireye karşı kesin ve doğrudan bir tehdit oluşturmaz, fakat birey bu durumlar karşısında doğrudan bir saldırıya uğramış gibi tepki verebilir (Akt. Özmen, 2006:49).

Cüceloğlu'na (1994) göre engellenme durumunda gösterilen en tipik davranışlardan birisi saldırganlıktır. Bireyi engelleyen nesne ya da kişiye yapılan saldırganlık, bazen duruma uyum sağlamaya, bazen de uyumsuzluğa götürür. Bizi engelleyen kişi ya da olay gücümüzün dışında ise engellenme sonucu ortaya çıkan kızgınlık yer değiştirir ve gücümüzün yettiği kişi ve nesnelere yönelir.

Spielberger (1980)'e göre ise, öfke duygusunun temelinde, “başkalarının gözündeki kişilik değerinin düşmemesi için hata yapmamalıyım” gibi bir düşünce biçimine de rastlanmıştır. Bireyin kendisini kanıtlamasının gerekli olduğuna inanmasının,başkalarının kendi mutluluğunu engellediğine inanmasının ve ilişkilerinin planladığı gibi yürümesi gerektiğine ilişkin düşünce biçimlerinin, öfkenin ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir (Akt.Özer, 1994: 12).

Öfkenin kaynağı kişiden kişiye, yaşadıkları yaşamsal dönemlere göre değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin yetişkinlerde genellikle öfkenin kaynağı yoksun kalma ya da sosyal engellenme iken çocuklarda öfke, kısıtlayıcı kurallardan kaynaklanabilmektedir(Strickland, 2001:35).

Kimlere karşı öfke davranışı göstereceğimiz büyük oranda “hoşlanmama” ile ilişkilidir. Hoşlanmadığımız kişilere karşı öfke duyabiliriz ve saldırganlık gösterme olasılığı da aynı şekilde bulunmaktadır. Öfke sadece bireyi değil aynı zamanda büyük oranda toplumu da etkilemektedir (Averil, 1983:1145-1160).

Özer (1994) öfke, kaygı ve depresyon eğilimlerinin bilişsel alt yapılarıyla ilgili yaptığı çalışmada, öfke duygusunun temelinde “başkalarının gözündeki kişilik değerinin düşmemesi için hata yapılmaması gerekir” gibi düşüncelerin olduğunu öne sürmüştür.

En temel öfke nedenlerinden biri engellenme olarak kabul edilir (Bilge, 1997:76). Öfkeye neden olan engellenmenin iki tür kaynağı vardır. Bu kaynak gösterilen bireyin kendisi ve çevresidir. Engellenme sonucu ortaya çıkan kızgınlık bazen ifade edilememektedir. Bizi engelleyen kişi ya da olay gücümüzün dışında ise, engellenme sonucu ortaya çıkan kızgınlık yer değiştirir ve gücümüzün yettiği kişilere ve nesnelere yönelir (Cüceloğlu, 1993:308).

Öfke her zaman çatışmaya neden olmayabilir. Çatışmaya yol açan öfke olabileceği gibi, her öfke çatışmaya ya da saldırganlığa yol açmamakta ve işlevsel bir öfke söz konusu olabilmektedir (Averil, 1983:1145-1160). Hakkımız olanı alamadığımız ya da önem verdiğimiz bir insan beklentilerimiz doğrultusunda davranmadığında yaşanan duygu kızgınlıktır (Gençtan, 1999:54).

Bireylerin bir öfke problemi yaşamaları (çatışmaya dönüşmesi), bu duyguyla yanlış bir şekilde baş etmeye çalışmaları ile ilişkilidir. Öfke uyandıran durumlara karşı her bireyin kendine özgü bir baş etme ve duyguyu ifade etme şekli bulunmaktadır. Buna göre de uyumlu ve etkili bir kişilerarası tarzı olan bireyler öfkeye neden olan durumları çözümleyebilmektedirler (Lench, 2004:512-531).

Bu duygu, birey olarak haklarımızın yendiği, ihtiyaç ve isteklerimizin karşılanmadığı, istemediğimiz şekilde engellendiğimiz, bazı işlerin yolunda gitmediği, hiçbir şekilde kabul etmememiz gereken konuların dayatılması, sınırlandırmalar, ilke ve değerlerimizin çiğnenmesi ya da umursamazlık gösterilmesi, zamanında karşılanmamış ihtiyaçlar gibi nedenlerle de ortaya çıkmaktadır (Yavuz, 2004:126).

2.7.3 Öfkenin Boyutları

Kısaç (1999) öfke yaşantısında ve öfkenin ifade edilmesinde etkili olan boyutları üç başlık altında toplamıştır. Bunlar:

2.7.3.1 Öfkenin Fiziksel ve Fizyolojik Boyutu

Bu boyut, bireyin herhangi bir engelleme ya da öfke uyandıran bir durum ile karşılaştığında bedeninde oluşan fizyolojik ve fiziksel değişikliklerle ilgilidir (Kısaç, 1999:63).

Kişiler öfkeli olduklarında birtakım fizyolojik belirtiler gösterirler. Öfkeli bireyinde kaşkaslarının çatılması, yüzde veya vücutta kızarma, hazımsızlık, konuşma bozuklukları, tikler, yüz ifadesinin sertleşmesi, nabız ve kalp atışının hızlanması, sık sık nefes alıp verme, adale gerginliği, yumrukları sıkma gibi belirtiler görülebilmektedir (Nazik, 2003:57).

Öfke anında, kasların gerginliği ve titremesi artmakta, kalp atışları ve soluk alış verişi hızlanmakta, kan basıncı artmaktadır. Bunların yanı sıra adrenal ve noradrenalin hormonlarının salgılarına bağlı olarak enerji artışı görülebilir (Şahin, 1997:79-85).

Öfke sempatik sinir sisteminin aktivasyonunu artırarak kan basıncının yükselmesine neden olmakta, kan ve idrarda norepinefrin düzeyini arttırmaktadır (Balkaya, 2001:19-22). Öfkenin fiziksel işaretleri vardır:

- a. Uyarıcı duyguyu harekete geçirir,
- b. Stres ve gerginlik başlar,
- c. Enerjiyi arttıran adrenal salgısı artar,
- d. Solunum ve terleme artar
- e. Kalp atışları hızlanır,
- f. Kan basıncı artar,
- g. Vücut ve zihin “savaş” ya da “kaç” tepkisi için hazırdır (Kökdemir, 2004:7-10).

2.7.3.2 Öfkenin Sosyal ve Bilişsel Boyutu

Averil (1982)’e göre öfke, belirli bir sosyalleşme sürecinden geçmektedir. Her kültür öfke için “ifade etme kuralları” koymaktadır ve bireyler sosyalleşme sürecinde kültürlerinde kabul edilen öfkeyi ifade etme şekillerini öğrenmektedirler (Akt. Güleç, 2002).

Özer (1998) ’e göre bireylerin öfke, korku, tedirginlik gibi duyguların nedeni, olayın kendisiyle ilgili olmaktan çok, bireylerin bu olaylarla ilgili takındıkları kavramsal gözlükler ya da zihinlerindeki sembollerdir. Yani o olayla ilgili olarak yerleşmiş inanç, yorum ve değerlendirme kalıpları ve bunlardan türetilen

düşüncelerdir. Öfke sosyal yapılandırmadan olduğu kadar, bireyin bilgi sürecinden de etkilenir. Bireylerin öfke, korku, tedirginlik gibi duygularının nedeni, bireylerin bu olaylarla ilgili yerleşmiş inançları, yorumları, değerlendirme kalıpları ve bunlardan türetilen düşünceleridir.

2.7.3.3 Öfkenin Davranış ve Tepki Boyutu

Günlük yaşamda öfke türlü belirtilerle dışa vurulur. Bunların başında öfkenin sözlü olarak anlatımı gelir. İnsan karşısındakini küçük düşürücü, kırıcı, alay edici sözler kullanması, doğrudan veya dolaylı olarak aşağılaması, kötölemesi, kişiliğine saldırması, sert ve kaba konuşmalarla sürekli engellemeler yapması öfkenin sözlü saldırganlıkla birlikte geniş bir yelpaze içinde anlatım olanağı bulunur (Köknel, 2005:155).

Algılanan ve yaşanan öfke karşısında bireyler uyarının türüne ve sahip oldukları bilişsel yapılarına göre çeşitli tepkiler ortaya koyarlar. Bazı bireyler içinde bulunduğu toplumun ve sosyal sistemin etkisiyle öfkesini bastırma veya içine atma ya da kontrol etme yoluna giderken, bazılarında bunu çeşitli şekillerde ortaya koymaya veya öfkelerini dışa vurmaya çalışırlar (Kısaç, 1999:63-74).

Cüceloğlu'na göre de bazı kişiler herhangi bir kimseyle çatışmaya girmemek için öfkelendiklerinde çeşitli kaçınma davranışlarında bulunur. Bazıları imalı yollarla öfkelendiğini diğer insanlara iletir. Bu durum genellikle karşısındaki insanın kendini suçlu hissetmesine yol açar (Cüceloğlu, 1982:203).

Öfke yaşadığımız kişi, yitirmekten korktuğumuz ya da bizi sevmesini istediğimiz biriye öfkenin bastırılma olasılığı daha fazladır. Bazen böylesi durumlarda bastırılan öfke, bileşik kaplar yasası uyarınca, nasıl olsa yitirmeyeceğimizi düşündüğümüz kişilere yöneltilebilir (Gençtan, 1999:55).

2.7.4 Öfke Duygusunun İşlevleri

Günlük yaşantımızda çok sık karşılaştığımız öfke duygusunun olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Bu olumlu ve olumsuz yönler öfke duygusunun farklı işlevlerini ortaya çıkarıyor.

Özer (1989)'e göre öfke duygusu ortaya çıktığı anda, bazı bireyler tepkilerini fiziksel ya da sözlü saldırıda bulunarak ortaya koyarlar. Bazı bireyler ise, öfkelendikleri zamanlarda edilgen ve dolaylı saldırganlığı tercih ederler ya da geri çekilme davranışı gösterebilirler. Bu durum “öfke duygusunun her zaman saldırgan davranışa yol açacağı” biçimindeki yargının doğru olmadığını ortaya koyar. Bireyin öfkelendiği zaman nasıl hareket edeceği bireyin o anda içinde bulunduğu konumu, konumla ilgili durum, kültürel normlar, öfkenin şiddeti, benzer durumlarla ilgili daha önce geçirilen yaşantılar, öfke öncesi bireyin içinde bulunduğu durum gibi pek çok etmene bağlı olarak farklılık gösterir.

Öfke kişilerarası ilişkilere zarar verdiğinde sağlıksız bir duygu halini almış demektir. Bu haliyle öfke yıkıcı, zararlı ve saldırgandır. Kötüye kullanımı açısından diğer duygulardan ayrılır. Sağlıksız öfkenin içeriğinde zarar verme ve sık sık saldırganlık vardır (Blum,2001:50).

Öfke kontrolü olmayan kişilerde şiddetli ve ani öfke patlamaları, güç kazanmak için öfkeyi bir araç gibi kullanma, öfkenin altındaki nedenlerde baş edebilmek için madde kullanma, eleştirilmeye, reddedilmeye karşı aşırı tepki gösterme, kendi davranışlarının sorumluluğunu kabul etmeyerek başkalarını suçlama gibi bazı davranışlar gözlenir (Ögel ve diğ., 2003:55).

Öfke insan yaşamı üzerinde olumsuz etkilere sahip olsa da, kişi tarafından kabul edilip tanındığında, uygun zamanda, uygun kişiye, yapıcı şekilde ifade edildiğinde olumlu birtakım işlevlere sahip olmaktadır. Bu işlevler şöyle açıklanabilir. Köknel (1999)'e göre:

- Öfke, bireyin kendi varlığını koruması, tanıtması ve çevreye kabul ettirmesi için gerekli bir duygudur. Birey sıkıştırıldığında ya da baskıya maruz kaldığında, tedirgin, çekingen ya da zavallı biri gibi görünmektense öfkelenmiş kızgın bir rol sergilemeyi tercih eder.
- Öfke kişiyi enerjikleştirmektedir. Yapıcı olarak kullanıldığında öfke zihinsel ve bedensel güç verir.
- Açıkça ve doğrudan ifade edilen öfkenin, ilişkilerin daha sağlıklı ve anlamlı olmasına katkıda bulunduğu belirtilmektedir.

Öfke duygusu hemen hemen herkesin aklına olumsuz duygu olarak yerleşmiş ve öyle kabul edilmiştir. Gerçekte öfke; kişiyi zor, tehlikeli durumlara hazırlayıcı ve koruyucu özelliktedir (Aydın, 2005:203).

Novaco (1975) öfkenin insan hayatındaki işlevlerini 5 maddede belirtmiştir:

1. Kişiyi güç verir.
2. Kişinin duygularını daha da kabartan, rahatsız edici davranışları önler.
3. Diğer insanlara karşı olumsuz duyguların dışa vurulmasını kolaylaştırır.
4. Kaygının dışsal çatışmalara yönelmesi sonucu, egonun zarar görme ihtimaline karşılık bir savunma oluşturur.
5. Kişiyi, isteklerini elde etme konusunda daha atılgan bir hale getirir (Akt.Balkaya,2001:19-22).

Öfke duygumuz, bireylerin problem çözme becerilerini geliştirdiği gibi karşılaştığı bazı engelleri aşmasına da yardımcı olabilir (Blum, 2001:49).

2.7.5 Öfkenin İfade Edilişi

Öfke çeşitli şekillerde ifade edilir. Öfke içe atılarak bastırılabilir yada saldırganlık şeklinde dışa vurulabilir veya kontrol edilebilir. Cüceloğlu (2000)'na göre bazı insanlar öfkelendiklerinde bu duyguyu bastırırken, bazıları ise imalı sözlerle öfkesini diğer insanlara iletmektedir.

Birey öfkelendiğinde sıklıkla düşünceleri gerçeği yansıtmaz. Bu durum olayların abartılmışve çarpıtılmış bir şekilde algılandığını yansıtmaktadır (Şahin, 1997:79-85).

Öfkeyi ifade etme şekli olarak, sosyal yaşamı da etkilediği göz önünde bulundurulursa, saldırganlık-çatışma boyutunun önemli olduğu düşünülmektedir ve birçok saldırganlığın arkasında öfke duygusunun olduğu görülmektedir (Averil, 1983:1145-1160).

Gençtan (1999)'a göre bazı bireyler öfkelerini o anda, bazıları ise o durum sona erdikten sonra fark edebilir; kimilerinde ise bu duygu öylesine bastırılır ki yaşam boyu kişinin bilincine ulaşmayabilir. Öfkesini bastıran insanların dışında;

öfkelerini dışa vuran, sürekli diğerlerini ‘iğneleyerek’ boşaltan, saldırgan davranışlarda bulunan insanlarda vardır.

Öfke bireylerde bastırılarak içe atıldığında kendine zarar verici davranışları ortaya çıkarabilir. Öfkenin içe yönlendirilmesiyle beraber depresyon ve bunun sonucunda da intihar gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkabilir.

Öfkenin içe atımı, öfke yaratan durum hakkında konuşmayı, öfkelenilen birey ile iletişime geçmeyi, böylece çözüm bulmayı zorlaştırmaktadır. Paylaşılamayan, ifade edilemeyen öfke, bireyin kırgınlık, gücenme duyguları yaşamasına ve kızgınlığın artmasına zamanla kin beslemeye neden olacaktır (Özer, 1994:12-25).

Tavris (1989), öfkenin bastırılması kavramı üzerinde özellikle durmuştur. Ona göre öfkenin bastırılması stres, depresyon, ülser ve kalp hastalıkları gibi rahatsızlıklara yol açmaktadır. Öfkenin bastırılması ile bu rahatsızlıklar arasında bir ilişkinin olduğunu kabul edilmekte fakat bu ilişkinin çok güçlü olmadığı da tartışılmaktadır (Akt.Özer, 1994b:26-35).

Averil (1983) insanların öfkelerini daha açık sevdiklerine ve arkadaşlarına ifade ettiklerini, bunun nedeninin ise arkadaşları ve sevdikleri ile daha sıkı ilişki içinde olmaları ve bu kişilerin öfkeye nasıl tepki vereceklerini bilmelerinden kaynaklandığını belirtmiştir.

Öfkenin ifade edilmesinde; genel olarak üç yoldan söz edilmektedir: Öfke duygularının saldırganlıkla değil de, duygu ve düşünceleri yansıtacak şekilde ifade edilmesi en sağlıklı yoldur. İkinci yol; öfkenin bastırılıp daha sonra dönüştürülmesi ya da başka yöne yönlendirilmesidir. Bu yöntemin amacı bireyin öfkelerini bastırıp, daha yapıcı davranışlara dönüştürmesi olmakla birlikte, öfke duygularına sürekli bu şekilde yaklaşmak çok sağlıklı olmayabilir. Bu durumda, öfke eğer açık bir biçimde ifade edilmezse, bir süre sonra bu duygu kişinin kendine döner ve psikomatik rahatsızlıklara ya da depresyon gibi sorunlara yol açabilir (Şahin, 1997:79-85).

Spielberger (1991) ise öfke ifade ediliş biçimlerini; içselleştirilmiş öfke, dışsallaştırılmış öfke ve öfke kontrolü olarak üç boyutta ele almıştır. İçselleştirilmiş öfke, öfkeli duyguları ve düşünceleri bastırma eğilimini göstermektedir. Bunun

tersine, dışsallaştırılmış öfke ise çevredeki eşya ve kişilere karşı öfkenin gösterilmesi eğilimin simgelemektir. Son olarak, öfkenin ifade edilmesini veya hissedilmesini engelleme kabiliyetini ifade etmektedir.

Günlük yaşamda öfke türlü belirtilerle dışa vurulmaktadır. Öfkenin ifade biçimlerinden birisi, belki de en önemlisi saldırganlık olarak görülmektedir. Öfke saldırganlığın iki tür ifade biçimlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel saldırganlık motor davranışlarla ilişkilidir ve amaç karşındaki kişiye veya objeye zarar vermektir (Berkowitz 1990; Akt. Balkaya ve Şahin, 2003:192-202).

Öfke kontrol edilerek de ifade edilebilir. Öfkenin kontrolü zannedildiği gibi öfkenin bastırılması ya da tepki verilmemesi anlamına gelmemektedir. Aksine bu ifade şekli, daha sakin ve mantıklı şekilde, daha etkili olarak öfke yaşantısının oluşturduğu negatif duygulanım ile baş etmeyi sağlayacak problem çözme, iletişim becerilerini kullanma gibi stratejileri kapsamaktadır (Martin ve Watson, 1997, Akt. İmamoğlu, 2003:25).

Öfkenin kaynakları ne olursa olsun bütün insanlar öfkelenir. Ancak öfkeyi ifade ediş biçimi ya da kimin en çok neye öfkelenebileceği kişiler göre farklılıklar gösterir. Kızgınlıklarını süzgeçten geçirmeden saldırgan bir şekilde ortaya koyan kişiler, genellikle düşünmeden davrandıkları için, gösterdikleri tepkileri kontrol edemezler. Kontrolsüz davranışlarıyla da çevrelerindeki kişilerin dostluklarını kaybederler. Duygularını davranışlarını kontrol edebilecek bir duygusal olgunluğa erişmiş olan kişi, aynı öfke heyecanını, önce kendisini yatıştırarak, karşısındaki kişiyi de kırmadan ortaya koyabilir. Öfkesini hiç ortaya koymayan, devamlı bastıran kişinin de psikomatik ya da depresif bazı sorunları ortaya çıkabilir (Kasatura, 2003:23-24).

2.7.6 Öfkenin Kontrol Edilmesi

Canlılar öfkelerini çeşitli yollarla ifade ederler. Bu durumun ardında yatan bazı sebepler vardır. Yapılan araştırmalar sonucunda öfkenin nasıl ifade edildiği ve nasıl kontrol edilmesi gerektiği ile ilgili öne sürülen pek çok fikir vardır.

Tavris (1989)'e göre insanlar her yerde öfkelenir, fakat içinde bulunulan kültürün izin verdiği şekilde öfkelerini ifade etmektedirler (Akt. Balkaya ve Şahin,

2003:192-202). Farklı kültürlerde farklı öfke tepkileri verilir. Bireyler bu tepkileri içinde buldukları sosyal çevrede öğrenirler. Bazı kişiler öfkelerini dışa vurarak gösterirken bazıları da yok sayarak bu duygularını bastırırlar.

Anderson (1985)'a göre, iletişim becerileri öfke duygularının azaltılmasında, fiziksel ve ruh sağlığını korumada etkili olup bu becerilerin öğrenilmesi zor görünmektedir. Araştırmalar sistematik duyarsızlaştırma, rahatlama eğitimi, stresle başa çıkma eğitim programları, sosyal beceri eğitimi ve problem çözme eğitiminden oluşturulan bir programın, sağlıklı bir şekilde ifade edilmeyen öfke ifade tarzlarının düzeltilmesinde iyi bir model olduğunu göstermiştir (Akt.Kısaç, 1999:65)

Öfke kontrolünde kullanılan bir diğer yöntem ise sosyal beceri eğitimidir. Bu tekniğin temeli Bandura (1973) sosyal öğrenme teorisine dayandırılmıştır. Bu görüşe göre öfke problemi yaşayan bireyler öfkeyi tahrik eden durumları çözmeye yetersizdirler, çünkü sosyal beceri eksikliklerine sahiptir (Edmodnson ve Conger, 1996:251-275).

2.7.7 Öfkenin Kuramlara Göre İncelenmesi

2.7.7.1 Psikanalitik Kuram

Gordon (1993) Psikanalitik yaklaşıma göre öfke içgüdüselidir ve altında yatan nedenler bilinçdışında gizlenmiştir. Yaklaşıma göre birey öfkesinin nedenini anlarsa ancak öfkesini çözebilir.Öfkenin açık bir şekilde ifadesine engel olmak ve onu bastırmak mümkündür. Fakat öfke yok olmayacaktır. Farklı şekillerde kendini gösterecektir (Akt. Balkaya,2001:34).

Freud'un içgüdü kuramına göre, insan yaşam ve ölüm içgüdüleri olmak üzere iki temel güdü ile doğar. Psikanalitik kurama göre saldırganlık insanın biyolojik kalıtımının bir parçasıdır. İnsanlarda görülen saldırgan davranışlar da ölüm içgüdülerinin önemli bir türevidir (Gençtan,1999). Freud'a göre, bireyin bilinç dışında öfke ve saldırganlık duyguları vardır. Bu yüzden her yaş döneminde belli kişilerde öfke düşmanlık görülür (Kısaç, 1997; akt. Togan, 2005:9).

Gelişim dönemi özellikleri dikkate alındığında ergenlerin kimlik oluşturma çabası içerisinde oldukları bir dönemde engellenmişlik duygusu içerisinde olmaları

ve kendilerini baskı altında hissetmeleri onların daha fazla öfke duygusu yaşamasına neden olur (Kulaksızoğlu, 1998:75).

Gençtan (1993)'a göre Psikanalitik kuramda öfke duygusu gelişim kuramına göre açıklanmaktadır. Gelişim dönemlerinden özellikle oral dönem, anal dönem ve fallik dönem öfke duygusunun gelişiminde önemlidir.

“Oral Dönem”de bebeğin ihtiyaçları, algılamaları ve kendi anlatım yolu ağız bölgesindedir. Bu dönemde oral erotizm ve oral sadizm vardır. İlk dönemdeki edilgen ve bağımlı davranışlar, dişlerle beraber daha sonraları ısırma, kemirme gibi etkin ve saldırgan davranışlar şekline dönüşür. Bu döneme takılıp kalma ya da bu döneme gerileme, saldırgan davranışların temelini oluşturmaktadır.

“Anal Dönem” de ise çocuk, anüs kasları üzerinde denetim kazanarak, anüste gerilimi boşaltmadan duyduğu hazzı ertelemeyi öğrenir. Tuvalet eğitimi verilmesini içeren bu süreçte, annenin tutumu ve dışkılama işlevine karşı kendi duyguları, çocuğun ileride sahip olacağı bazı karakter özellikleri ve değerlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Tuvalet eğitiminde, annenin tutumunun katı ve cezalandırıcı olması, çocuğun dışkıyı bir silahmışçasına saldırgan duygularla püskürtme eğilimi geliştirmesine, yani “Anal Sadizm” de denilen saldırgan davranışlar geliştirmesine neden olabilmektedir. Bu durumda, çocuk ya tutucu bir karakter ile olumsuz duyguları baskı altında tutan “anal tutucu” bir kişilik ya da başkaldıran, öfke nöbetleri ve eziyet etme eğilimleri olan “ anal tepkici” kişilik geliştirecektir.

“Fallik Dönem”de (3–5 yaşları) cinsel bölge doyum kaynağıdır. Bu dönemde libido çocuğun kendi bedeninin dışında doyum arar. Oral dönemde takılıp kalma ya da bu döneme geri dönüş, saldırgan davranışların temeli olarak kabul edilmiştir. Sözel saldırganlıktan cinayete kadar varan geniş davranış yelpazesinde yer alan bütün belirtilerin kökeninde bu dönemin kalıntıları görülür. Çok konuşan, başkalarını kötüleyen, iğneleyen, alaya alan, suçlayan kişiler bu dönemle ilgili saplantılarının tutsağı olduğu gibi, çabuk öfkelenen, kızan, bağırıp çağıran, vurup kıran insanlar da gelişmemiş oral dönemi yaşamaktadırlar (Köknel, 1998:198-199).

2.7.7.2 Bilişsel Davranışçı Kuram

Alber Ellis (1962), bilişsel davranış terapinin kurucusudur. Bireyin kendi kendine söylediği düşünceler, onun kendisini nasıl hissettiği ve o söylediği düşünceler, onun kendisini nasıl hissettiği ve o durum içinde nasıl davranacağını önemli ölçüde etkilemektedir (Akt. Cüceloğlu, 2005:497).

Ford (1991) ve Clark (1998) göre, bilişsel davranışçı görüş, öfkenin büyük ölçüde akla aykırı inançların, beklentilerin, iç konuşmaların sonucu olarak ortaya çıktığını; başkalarının da ancak, karşısındaki insanın akla aykırı inançlarını etkinleştirdiği için onda öfkeye neden olduğunu ileri sürmektedir. Bundan dolayı, öfkeyi azaltmak için, akla aykırı bu inançların yok edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Balkaya, 2001:35).

Bir olayın özel yorumu, kişide özel duygusal cevaplara yol açabilir. Kişi, yaptığı yoruma bağlı olarak sevinebilir, üzülebilir, korkabilir, kızabilir ya da herhangi bir duygusal reaksiyon göstermeyebilir (Beck, 2005:55).

2.7.7.3 Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramına göre; saldırganlık, öfke ve öfke ifade şekilleri özdeşleşme, pekiştirme ve taklit, rol alma ve model alma ile öğrenilen tepkilerdir (Kısaç, 1999:65).

Engellenme ne kadar erken çağlarda başlarsa ve ne denli güçlü olursa, saldırgan davranışlar da o ölçüde şiddetli, yıkıcı ve yok edici olabilir. Bu nedenle saldırganlık doğuştan gelmez, insanın doğduğu andan itibaren öğrenilerek kazanılır. Bu kuramı deneysel olarak doğrulayan Bandura ve çalışma arkadaşları, saldırgan davranan ana babaların çocuklarının birbirlerine ve oyuncaklarına karşı sert, kırıncı ve yıkıcı olduklarını göstermişlerdir (Köknel,2005:164).

Bandura (1977), insanların saldırgan davranışlarını geçmiş yaşantılarından, gözlem yoluyla ve/veya taklit ederek öğrendiklerini öne sürer. Çocuklar daha saldırgan davranmayı model alma yoluyla öğrenmişlerdir. Davranış bir kez model alındıktan sonra ödül ya da ceza yoluyla zayıflayabilir ya da güçlenebilir.

Başkalarının ceza ya da ödül aldığını görmek davranışı etkilemektedir (Akt. Atıcı, Yazgan-Đnanç ve Bilgin, 2004:46).

Birey belirli bir davranışı, o davranıştan bir sonuç beklediği için yapar. Birey için bu davranıştan elde edeceği sonucun bir değeri vardır. Belirli bir durumda beklenti ya da değerden biri çok düşükse, davranış ortaya çıkmaz (Cüceloğlu, 2005:426).

2.7.7.4 Akılcı Duygusal Terapi Kuramı

Akılcı duygusal kuramda duygu, düşünce ve davranışlar arasındaki ilişki A-B-C modeli ile açıklanmaktadır. Ellis'e (1998) göre inanç sistemimiz, yapıcı ve akılcı inançlar ile yıkıcı ve mantık dışı inançlar olmak üzere iki temel kategoriye bölünür. Ellis, öfkeye ABC çerçevesinde yaklaşmıştır. A harekete geçiren olay, C ise sonuç veya duygusal tepkidir. C, A sonucunda oluşan duygudur. Harekete geçiren olay (A), sonuca (C) direk olarak katkıda bulunur, fakat tek neden değildir. A ve C arasında olan B yani bireyin inanç sistemidir. İnanç sistemi C'yi A ile birlikte etkilemektedir.

Bu terapide temel amaç, kişinin çeşitli inançlarının ve düşüncelerinin akıldışlılığını, bu inançların davranışlarını nasıl etkilediğini anlamasına ve yeni, daha gerçekçi, uyumlu, akılcı ve yararlı düşünme ve davranma yollarını öğrenmesine yardımcı olarak iyileşme sağlamayı hedefler (Laptook, 2002; Akt.Gülveren, 2008:28).

2.7.7.5 Davranışçı Kuram

Davranışsal yaklaşım, uyarıcının cinsi, şiddeti ve tekrarı ile davranışın türü, kuvveti ve frekansı arasındaki ilişkiyi inceler. Ayrıca, davranışı pekiştiren ödüllendirme koşullarını da ele alır. Organizmanın içinde olup biten biyolojik veya bilişsel süreçlerle ilgilenmez.Öğrenme süreci, çevredeki ödüllendirme koşullarıyla açıklanır (Cüceloğlu, 2005:28).

Davranışçı kuramın önemli temsilcilerinden Skinner, öfkenin çevresel uyarıcılara verilen öğrenilmiş tepkiler olduğunu ve ödüllendirilen bu davranışların tekrar ettiğini vurgulamaktadır. Araştırmacılara göre bir çocuk öfkeyle tepinmeye

başladığında, isteklerini elde ediyorsa, öfkenin işe yaradığına karar verecek ve isteklerini elde etmek için sürekli öfkesini kullanacaktır (Tambağ, 2004:11-21).

Ana babanın sözlerinde, mimiklerinde, hareketlerinde, tutum ve davranışlarında örseleyici, sert, kırıcı, suçlayıcı öğelerin ağırlık kazanması ve cezalandırmaya dayalı eğitim biçimi, çocuğun önce anne babaya daha sonra diğer kişilere karşı başlangıçta kızgınlık, öfke, kin, nefret duymasına, daha sonra da saldırgan davranmasına neden olur (Köknel, 2005:164).

Skinner edimsel koşullanma kavramlarının insan davranışının her yönüne uygulanabileceğini savunur. Skinner'e göre bir çocuk saldırgan davranmadığı zaman ona kimse dikkat etmiyor ve kendisinden kuvvetli olan diğer abla ve ağabeyler ona ne yiyecek, ne de oyuncak bırakıyor. Bu ortam içinde çocuk ancak saldırgan davranışları ile bir şeyler elde edebileceğini öğrenmiş bulunuyor (Cüceloğlu, 2005:425).

2.7.7.6 Diğer Kuramlar

İnsancıl yaklaşımlardan olan Gestalt yaklaşımı; bireylerin, farkındalık kazanması, iç çatışmaların yaşanması, bitirilmemiş işlerini bitirmesi, performans anksiyetesini yenebilmesi, kutuplaşmalarda oluşan tutarsızlıkların üstesinden gelebilmesi, sorumluluk alabilmesi temeline dayalıdır (Voltan-Acar, 2004:74).

Bilge (1996)'e göre varoluşçu yaklaşımlar; kızgınlığı insanın yok oluşuna, işlenmemiş potansiyele ve yaşamın anlamsızlığına karşı tepkide bulunması olarak açıklamaktadır. Buna göre kızgınlık kaçınılmazdır ve her insana göre farklı ve eşsizdir (Genç, 2007:29).

Bilişsel kuram; duygu ve biliş arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Bilişler sadece öfkeyi değil, diğer duyguları da etkilemektedir. Kişi haksızlığa uğradığını veya kullanıldığını düşünürse öfke, kötü bir şeylerin olacağını düşünürse kaygı, kendince değerli bir şeyi kaybettiğini düşünürse üzüntü duygusu hisseder (Balkaya, 2001:35).

Biyolojik temelli kuramlar merkezi sinir sisteminin ve endokrin sisteminin saldırgan davranışlara yol açtığını savunmuşlardır. Bu alanda yapılan araştırmalar

saldırganlığın nörolojik bozukluklarla açıklanabileceğini öne sürmüştür (Güleç, 2002:32). Biyolojik temellere göre duygularımız farklı açıdan ele alınmıştır. James-Lange kuramına göre beden, çevreden gelen belli uyarılara tepkide bulunur. Birey bedeninin bu tepkisinin farkına vardığında duyguyu yaşar ve heyecan duyar. Bu kurama göre öncelikle fizyolojik değişimler sonrasında duygularımız oluşur (Cüceloğlu, 1993:287).

2.8 Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Tanımı

Obsesif kompulsif bozukluk; istenmeden gelen, uygunsuz olarak yaşanan, belirgin anksiyete ve sıkıntıya neden olan, benliğe yabancı ve yineleyici özellikte sürekli düşünceler, dürtüler (impulslar) veya düşlemler (imajlar) olarak tanımlanan obsesyonlar ve bunlara ikincil olarak gelişen kişinin yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar veya zihinsel eylemler olarak tanımlanan kompulsiyonlarla karakterize bir anksiyete bozukluğudur. Obsesyonlar, kişide anksiyete oluşturan, tekrarlayıcı ve rahatsız edici düşünce, duygu, fikir, his veya dürtüler olup, kişilerin gerçek yaşam sorunları ile ilişkili değildirler. Kişi kendi zihninin ürünü olarak gördüğü bu düşünce, dürtü ve düşlemlere önem vermemeye, baskılamaya veya başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır. Kompulsiyonlar ise bu rahatsız edici düşüncelerin oluşturduğu kaygıyı azaltmak ya da korkulan sonuçlardan korunmak veya kaçınmak için yapılan tekrarlayıcı davranış veya zihinsel eylemlerdir (American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, 2000).

Obsesif kompulsif bozukluk, yapılandırılmış sınıflandırmalara 1980’de yayınlanan Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) ile girmiştir. DSM-III-R’da (American Psychiatric Association, 1987) ise günlük yaşamı kesintiye uğratan, en az bir saat süren obsesyonlar ya da kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte bulunması olarak tanımlanmış, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) ve DSM-IV-TR’de (American Psychiatric Association, 2000). “Obsesif Kompulsif Bozukluk” terimi kullanıma girmiştir.

DSM-IV-TR’ye Göre Obsesif-Kompulsif Bozukluk Tanı Ölçütleri: A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3), (4) ile tanımlanır:

1. Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.
2. Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir.

3. Kişi, bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır.
4. Kişi, obsesyonel düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasında olduğu gibi değildir).

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1. Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. dua etme, sayı sayma, bir takım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma).
2. Davranışlar ya da zihinsel eylemler sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.
 - a. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder (Not: Bu durum çocuklar için geçerli değildir).
 - b. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde bir saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.
 - c. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir Yeme Bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; Trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; Vücut Dismorfik Bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde Kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; Hipokondriazisin olması

durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir Parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da Majör Depresif Bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

- d.** Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç veya tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

İçgörüsü Az Olan: O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa (American Psychiatric Association, 2000).Obsesif kompulsif bozukluk, Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Disease, ICD-10) ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırmasında F-42 kodu ile yer almıştır. ICD-10'un OKB tanı ölçütleri açısından DSM-IV'ten en önemli farkı, obsesif- kompulsif belirtilerin üst üste en az 2 hafta boyunca bulunması koşulunun olmasıdır (Dünya Sağlık Örgütü, 1992).

OKB için ICD-10 tanı ölçütleri:

Kesin tanı koyabilmek için, obsesyonel belirtiler ya da kompulsif hareketler, en az iki hafta (üst üste iki hafta) süre ile çoğu günler bulunmalı ve sıkıntı verici ve gündelik etkinlikleri önleyici nitelikte olmalıdır.

Obsesyonel belirtiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır:

1. Bunlar kişinin kendi düşünceleri ya da dürtüleri olarak algılanırlar.
2. Bu düşünceler veya hareketlerden en az birine karşı kişi direnç gösteriyor olmalıdır; hastanın artık karşı koyamadığı başka düşünceler ya da hareketler bulunabilir.
3. Bu hareketi yerine getirme düşüncesi haz verici olmamalıdır (yalnızca gerginlik ya da anksiyetenin giderilmesi söz konusudur).
4. Düşünceler, imgeler ve dürtüler rahatsızlık verici biçimde yineleyici olmalıdır.

2.8.1 Epidemiyoloji

Obsesif kompulsif bozukluğun 1980'li yıllara kadar nadir görülen bir hastalık olduğu düşünülmüş, ilk çalışmalarda, yatırılarak tedavi edilen psikiyatrik hastalardaki OKB oranı %0.5-4.0 olarak bulunmuştur (Rasmussen ve Tsuang, 1984). Ancak daha sonra ABD'de yapılan çalışmalarda OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2.5 olarak bulunmuştur ((Karno, Golding, Sorenson, ve Burnam, 1988).

Obsesif kompulsif bozukluk genel nüfus içinde yaşam boyu prevalansı çeşitli toplumlarda %1.1-3.3 arasında değişen sıklıkta bildirilmektedir (Nicolini, Cruz, Camerena, Paez, ve Fuente, 1999). OKB'nin kadınlarda biraz daha fazla görüldüğü (Rasmussen ve Tsuang, 1986) bildirilmekle birlikte, kadın ve erkeklerde eşit (Rasmussen ve Eisen, 1992) dağılım gösteren, kronik gidişli ve kişinin işlevselliğini etkileyen bir bozukluk olduğu öne sürülmüştür. Ülkemizde, Ankara'da yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre 7479 kişilik Türkiye örnekleminin %0.5'nin OKB'ye sahip olduğu, kadınların erkeklere göre 3 kat daha yüksek oranda bulunduğu belirlenmiştir (Kılıç, 1998). OKB ile ırk, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, din, fiziksel sağlık durumu gibi bileşenler arasında ise bir ilişki kurulamamıştır (Angst, 1994).

Obsesif kompulsif bozukluk geç ergenlik veya erken erişkinlikte başlamaktadır. Başlangıç yaşının genellikle 20'li yaşların başları olduğu (Lensi et al., 1996; Tükel et al., 2005) hastaların %65'inden fazlasında ise 25 yaşından önce hastalık geliştiği, %5'inden daha azında ise 40 yaşından sonra başladığı bildirilmiştir (Riggs, 2000). Hastalık öncesi kişinin düşük sosyal işlevselliğe sahip olması, hastalığın erken yaşlarda başlaması, hastalığın ilk 2 yıllık gözlem süresince kronik gidiş göstermesi kötü prognoz belirteçleridir (Skoog ve Skoog 1999). Erkek olmak, hastalık süresinin uzun olması, major depresyonun eşlik ediyor olması, komorbid psikiyatrik hastalık öyküsü olması ve hastalığın kronik seyirli olması diğer kötü prognoz faktörleridir (Ravizza, Maina ve Bogetto, 1997; Steketee, et.al, 1999).

OKB sosyal ilişkilerde önemli olumsuz etkiler oluşturur ve sıklıkla aile ve evlilik uyumsuzluklarına, doyumsuzluklara, ayrılık ve boşanmalara neden olabilmektedir (Koran,2000). OKB'li hastalarda bekâr olanların oranı %68 bulunurken (Tükel, 2002) çeşitli çalışmalarda OKB'li kadın hastaların evli olma

oranı, erkek hastaların oranından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tükel, et.al, 2004; Bogetto, et.al, 1999).

2.8.2 Etyoloji

2.8.2.1 Biyolojik Etkenler

Nörotransmitterler:Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde etkili olan ilaçların güçlü serotonin geri alım inhibitörleri olması üzerine OKB patofizyolojisinde Serotonin'in rolü olduğunu düşündürmüştür. Ayrıca beyin omurilik sıvısı 5H1AA düzeylerindeki azalmayla obsesif semptomların iyileşmesi arasında güçlü bir korelasyon olduğu bildirilmiştir.

Nöropsikoloji: Obsesif kompulsif bozuklukta yapısal veya nörokimyasal bozukluğa bağlı olarak nöropsikolojik defisitler bildirilmiştir. En temel ve en fazla tekrarlanan bulgu, yürütücü işlevlerdeki ve sözel olmayan bellekteki bozulmadır. Parietal korteks ve parietookspital bileşkedeki aktivasyon azlığının bu işlev bozukluğundan sorumlu olduğu ileri sürülmüştür.

Nöroimmünoloji:Sydenham Koresi vakalarının önemli bir kısmında OKB tespit edilmesi, OKB patogenezinde otoimmunitenin rolü olabileceğini düşündürmüştür. Sydenham Koresinde de A grubu Beta Hemolitik Streptokok Enfeksiyonundan sonra merkezi sinir sistemindeki nöronlara karşı gelişen otoimmün bir yanıt söz konusudur. Erken başlangıçlı OKB ve Tik Bozukluklarında B lenfosit antijeni D8/17'nin sık olduğu bildirilmiştir.

2.8.3 Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Beyin görüntüleme çalışmaları sonucunda, OKB patogenezinde orbitofrontal bölge başta olmak üzere talamus ve bazal ganglionların rolü olduğu ortaya konmuştur (Model, Mountz ve Curtis, 1989). Kaudat çekirdekte hacim değişiklikleri ve kaudat çekirdeklerin normal asimetrisinde kaybolma saptanmıştır (Luxenberg, Swedo ve Flament, 1988; Scarone, et.al, 1992). İşlevsel görüntüleme çalışmalarında ise Pozitron Emisyon Tomografi yöntemiyle OKB'de orbitofrontal bölge ve bazal ganglionlarda glikoz metabolizmasında artış (Swedo, Shapiro ve Grady, 1989; Nordahl et.al, 1989), tek foton emisyon tomografi yöntemiyle frontal bölge ve

talamusta kontrollere göre kanlanmada artış, bazal ganglionlarda ise kanlanmada artma yada azalma saptanmıştır (Machlin Harrisve Pearson, 1991; Busatto et.al, 2000).

2.8.4 Genetik Etkenler

Aile çalışmalarında, özellikle erken başlangıçlı ve tik bozukluğunun eşlik ettiği OKB olgularının daha çok ailesel olduğu bildirilmekle (Pauls et.al, 1986; Pauls et.al, 1991) birlikte, ailesel geçişin olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Insel, Hoover ve Murphy, 1983; McKeon ve Murray, 1987).

2.8.5 Psikojenik Etkenler

Psikanalitik görüşe göre obsesyonlar, bastırılmış dürtülerin türevleridir. OKB’de kullanılan temel savunma mekanizması regresyondur. Regresyonu tetikleyen, anksiyete doğurucu fallik-ödipal dürtülerin yarattığı tehdittir. OKB’de regresyon kullanılarak anal döneme gerileme olur. OKB ile ilgili ilk psikanalitik görüşler Freud tarafından ortaya atılmıştır. Freud, obsesyonal nevroz olarak adlandırdığı bu hastalığı şöyle tanımlamıştır: “Hastanın zihni gerçekte kendisini hiç ilgilendirmeyen düşüncelerle doludur ve kendisine yabancı gelen dürtüler hissetmektedir; arada bir karşı duramadığı eylemlere geçmek zorunda kalır. Zihnine takılan bu düşünceler (obsesyonlar) hasta için hiçbir anlam taşımadığı gibi, çoğu kez kendisine de saçma gelir. Bu düşünceler, aslında hiçbir zaman eyleme dönüşmezse de hastanın, bu düşünceleri anımsatan durumlardan sürekli kaçmasına neden olurlar. Hastanın kendi istemi dışında yaptığı davranışlar, günlük yaşamın olağan etkinlikleri olan yıkanma gibi eylemlerin abartılmış ve törensel biçimlerinden öteye gitmez; ne var ki, obsesif eylem veya kompulsiyon denilen bu zararsız davranışlar kişinin istemi dışında yapılırlar” (Fenichel, 1945; Geçtan, 1989). Freud’a göre obsesyonal nevroz histeriye benzer şekilde ödipal istekler sonucunda ortaya çıkar. Obsesif kompulsif hastanın, ödipal dönemin çatışmaları ile başedemediği, anksiyete duyduğu ve daha önceki bir psikoseksüel gelişim dönemine (anal sadistik döneme) gerilediği kabul edilir (Freud, 1913). Gerileme; zorlanma durumlarında, ruhsal gelişimin vardığı noktadan daha önceki dönemlere geri dönülmesidir (Laplanche, 1973). Anal karakter özellikleri olarak düzenlilik, tutumluluk ve inatçılığı tanımlayan Freud’a göre (Jonest, 1913), anal karakter özellikleri obsesyonal nevrozda belirginleşir. Obsesif

kompulsif kişi, anal erotik ve saldırgan dürtülerini yalıtma, karşıt tepki oluşturma ve yapma-bozma savunma düzeneklerinin yardımı ile bilinç dışında tutmaya çalışır. Freud, karşıt tepki oluşturma, yalıtma ve yapma-bozmayı obsesyoneel nevrozun tipik savunmaları olarak tanımlamıştır (Judd, 1965). Psikanalitik açıdan obsesyon ve kompulsiyonların, bilinçdışı dürtülerin örtük ve çarpıtılmış ikameleri olduğu; üstbenliğin dürtülere karşı tehditlerini ya da üstbenlik ile dürtüler arasındaki çatışmayı ifade ettiği kabul edilir. Salzman ise, OKB'nin dinamiğinde öfkeden ziyade utanç, onur kaybı, zayıflık ve yetersizlik duygularının ortaya çıkışını önleme çabasının olduğunu öne sürmüştür (Salzman, 1985). Yine OKB hastalarının analizinde anne-ocuk ilişkisinin incelenmesinin çok önemli olduğunu ve bu hastaların çoğunda despot ve aşırı koruyucu olarak içselleştirilmiş anne tasarımları ile kurulan ilişkinin hastalığın gelişiminde rol oynadığını bildiren çalışmalar da vardır (Meares, 2001; Steketee, Foa ve Barlow 1985).

2.8.6 Davranışsal Etkenler

Davranışçı kurama göre obsesyonlar koşullu uyaranlardır. Normal şartlarda herkesin aklına gelebilecek, özünde korkutucu olmayan düşünceler, koşullanma yoluyla bireyde anksiyete gibi duygularla ilişkilenir ve rahatsız edici özellikler kazanırlar. Bu düşüncelerin akla gelmesiyle oluşan anksiyeteden korunmak için, bireyde kaçma ve kaçınma davranışları gelişir. Bu görüş, alıştırma tedavisi (exposure) ve tepkiyi engelleme olarak bilinen davranışçı terapi yaklaşımının gelişmesine neden olmuştur (Steketee, Foa ve Barlow 1985; Salkovskis ve Kirk, 1989).

2.8.7 Bilişsel Model

Bilişsel modele göre, OKB tablosunun oluşması için zorlayıcı düşüncelerin sorumluluk duygusunu harekete geçirmesi gerekir. Zorlayıcı düşünceler sorumluluk duygusunu harekete geçirmiyorsa, sorumluluğu azaltmak için istemli olarak başlatılıp devam ettirilen aktiviteler (yansızlaştırma) de oluşmayacak ve OKB tablosu ortaya çıkmayacaktır (Salkovskis, 1985). OKB'de sık rastlanılan bilişsel hatalar şu şekilde özetlenebilir (Hyman ve Pedrick, 1999);

- A. Hep veya hiç biçiminde düşünme:** “Tamamen güvende değilsem, hala tehlikede sayılırım”, “yakınlarımı tehlikeden tam olarak koruyamazsam, onların zarar görmesine neden olurum” gibi,
- B. Aşırı kontrol ve mükemmeliyetçilik:** “Kişi düşünceleri üzerinde tam bir kontrol sağlayabilmelidir”, “yakınlarımı en iyi şekilde koruyamazsam, bu benim hatam olur ve bu yüzden cezalandırılmam gerekir” gibi,
- C. “Ya şöyle olursa” biçiminde düşünme:** “Ya ileride AIDS olursam”, “ya yanlış yaparsam”, “ya onun zarar görmesinden ben sorumluyum” gibi,
- D. Büyüsel düşünce:** “Bir şeyi düşünmek, onun oluşumuna sebep olmaya yol açar” gibi,
- E. Düşünce ile eylemin kaynaşması:** “Bir şeyi düşünmekle onu yapmak aynıdır”, “eşimi düşüncelerde aldatmakla, onu gerçekte aldatmak aynı şeydir” gibi,
- F. Düşüncelere aşırı değer verme:** “Kötü veya çılgınca bir düşünce aklıma geliyorsa, bu kötü ve çılgın olduğumun göstergesidir”, “düşüncelerim bana gerçek kişiliğimin nasıl olduğunu gösterir” gibi,
- G. Belirsizliğe tahammülsüzlük:** “Her şeyden %100 emin olmalıyım, emin olmadığım takdirde, belirsizliğin oluşturduğu sıkıntıya dayanmam” gibi,
- H. Felaketleştirme;** “Ağzımdaki yara ve halsizliğim kesin olarak AIDS olduğumu gösteriyor” gibi,
- İ. Aşırı sorumluluk:** “Zararı önleyememek, zarara neden olmakla aynıdır” gibi,
- J. Kötümser yönde yanlılık:** “Kötü bir şey olacaksa, bunun bana veya yakınlarıma olma riski diğerlerine olmasından çok daha fazla” gibi,

Tedavide bu bilişsel hatalar belirlenerek, işlevselliği olmayan bu düşüncelerin, yaşanılan durumla daha uyumlu ve gerçek olabilecek düşüncelerle değiştirilmesi öğretilir.

2.8.8 Belirtiler ve Bulgular

- a. Genel görünüm:** Çoğunlukla temiz ve özenli giyimleri, aşırı titiz, düzenli, kontrollü görünümleri dikkat çeker. Hastalık ilerledikçe kişinin düzeni bozulabilir ve hareketlerinde bir kararsızlık söz konusu olabilir.

- b. Konuşma ve ilişki kurma:** Konuşma, düzgün ve denetimlidir. Cümleler uzun, ayrıntılı, resmi terim veya deyimlerle dolu olabilir. İlişkilerinde, sıkıcı derecede saygılı ve kuralcı olabilirler.
- c. Duygulanım:** Kişi obsesyon ve kompulsiyonlarından dolayı çok büyük bir anksiyete yaşar. Obsesyonları nedeniyle sıkıntı yaşayan hasta, bunu gidermek için kompulsiyonlara başvurur, kompulsiyonlar tekrarladıkça da anksiyetesi giderek artar. Ancak, kişi başından geçen olumsuz yaşantıları, sanki bir başkasının başından geçen olaylarmış gibi duygudan yalıtılmış biçimde anlatır. Depresyonun eşlik ettiği OKB’de depresif duygular yoğun yaşanabilir.
- d. Bilişsel yetiler:** OKB’li insanlar genellikle zeki ve bellekleri güçlü kişilerdir. Algı ve yönelim bozukluğu olmaz. Yineleyen obsesyonlar nedeni ile bazen dikkatleri dağılabilir.
- e. Düşünce süreci ve içeriği:** OKB’li bireylerin düşünceleri düzgün, eksiksiz ve ayrıntıcıdır. Düşünce içeriğinde ise obsesyonlar vardır ve bunlar benliğe yabancısıdır (ego-distonik). Hasta bunları kabul edemez, düşüncelerinin saçma olduğunu bilir ancak, bir türlü engelleyemez. Düşüncede ambivalans, tereddüt, kararsızlık belirgindir. Kişi çok fazla “ya öyleyse?”, “acaba mı?” vb. şeklinde düşünebilir.
- f. Davranış:** Kompulsiyonlar, obsesyonların bunaltıcı etkisini gidermek için yapılan zorunlu hareketlerdir. Belli şeyleri yapmak ya da yapmamak, ellerini abartılı şekilde yıkamak, kapıları defalarca açıp kapatarak kontrol etmek örnek olarak verilebilir. Bu hareketler zamanla kalıplaşıp törensel bir hal (ritüel) alabilir.
- g. Bedensel ve fizyolojik belirtiler:** Kişideki fizyolojik belirtiler bunaltıya özgü olarak değişebilir. Mesela ellerini ileri derecede yıkayanlarda deterjan izleri ve yaralar görülebilir.
- h. İçgörü:** Genel olarak hastaların belirtilerine yönelik içgörülerinin iyi olmasıyla birlikte, OKB’li hastaların bir bölümünde belirtilerine yönelik içgörülerinin değişen derecelerde bozulduğu gözlenmiştir.

2.9 Klinik Özellikler

2.9.1 Obsesyonlar

Obsesif kompulsif bozukluk hastalığı içerisinde çok farklı obsesyonlar ve kompulsiyonlar vardır. Bir hastada bunların sadece biri olabileceği gibi bir kaç da aynı anda bulunabilir.

- 1. Bulaşma obsesyonu:** En sık karşılaşılan obsesyon çeşididir. Kişi mikrop, pislik, kir bulaşmasından endişe duyar. Bulaştırıcı olduğunu düşündüğü nesnelere kaçınma davranışları da sergileyebilir veya aşırı miktarda yıkama ve temizleme yaparak bulaşma hissini azaltmaya çalışırlar. Bu tür obsesyonu olan kişiler anksiyete ile birlikte utanma ve tikslenme duygularını yoğun yaşarlar.
- 2. Kuşku obsesyonu:** Kirlenmeden sonra en sık karşılaşılan obsesyon türüdür ve genellikle kontrol etme-denetleme kompulsiyonlarıyla birlikte. Bu tür obsesyonlarda yapılan şeyden ya da ihmalden, kişinin kendisine veya başkalarına zarar gelme endişesi söz konusudur. Yaşanılan duygu daha çok hata ve suçluluktur.
- 3. Saldırganlık ve cinsel obsesyon:** Bu tür obsesyonlara çoğunlukla anlatma, sorma ve kontrol etme kompulsiyonları eşlik eder. Hastalar kendilerine ya da başkalarına zarar vermektan, kendilerine ters gelen cinsel ya da saldırgan eylemlere gireceklerinden korkarlar. Obsesyonlarla mücadele etmek için, bıçak, makas gibi saldırı aracı olarak kullanılabilir eşyalardan, yüksek yerlerden, sevilen kişilerden uzak durma gibi kompulsif davranışlar sergilenebilir.
- 4. Simetri ve düzen obsesyonu:** Bu hastalar, olayların veya nesnelere tam istedikleri düzende, yerli yerinde, mükemmel olması gerektiği obsesyonuna sahiptirler. Bu obsesyonlara düzeltme, sıraya koyma, yapma-bozma, sayma gibi kompulsif davranışlar eşlik edebilir.
- 5. Somatik obsesyon:** Diğer OKB'li hastalardan farklı olarak, kendi sağlıkları veya ölüm olasılıklarından endişe ederler. Somatik uğraşları genellikle güncel hastalıklarla ilgili olup, kontrol etme ve güvence arama ritüelleriyle birlikte.

6. **Biriktirme, saklama obsesyonu:** Kişinin kendisi için maddi ya da manevi değeri olmayan eşyaları saklaması ile ilgili obsesyonlardır. Bir şeyin kaybolmadığından veya yanlışlıkla atılmadığından emin olmak için kontrol etme kompulsiyonu sıklıkla görülür.
7. **Diğer obsesyonlar:** Yukarıda sayılanların dışında bilme ve hatırlama ihtiyacı, belirli şeyleri söyleme korkusu, doğru şeyleri söylememe korkusu, bir şeyleri kaybetme korkusu, uğurlu ve uğursuz sayılar, özel anlamı olan renkler vb. obsesyonlar da vardır.

2.9.2 Kompulsiyonlar

Kompulsiyonun Türkçe karşılığı “zorlantı”dır. Zorlantı, obsesyonların verdiği rahatsızlıklarla mücadele etmek için gerçekleştirilen, yineleyici, kişinin yapmaktan kendisini alıkoyamadığı davranışlar ya da zihinsel eylemlerdir. Kapının, açık unutulma ihtimaline karşı bunaltıcı derecede kontrol edilmesi, mikrop bulaşma ihtimaline karşı ellerin yıkanması, ilgili obsesif düşüncelere karşı geliştirilen kompulsif davranışlardır.

Kompulsiyonların temel amacı obsesyonların ortaya çıkardığı sıkıntıyı azaltmaktır. Ancak başlangıçta geçici bir rahatlık yaşatsalar da uzun vadede OKB hastalığının devam etmesinde en büyük etkeni oluştururlar. Kompulsiyonların bazıları gözle görülebilen davranışlar (el yıkamak gibi) bazıları da zihinde gerçekleşen davranışlardır (sayı saymak, dua etmek gibi). Obsesyon ve kompulsiyonlar genelde birlikte görülebildiği gibi sadece obsesyonların olduğu olgular da vardır. OKB hastası düşüncelerinin ve davranışlarının saçma ve gereksiz olduğunu bilir; fakat bunları yapmaktan kendini alıkoyamaz. OKB'den bahsedilebilmesi için söz konusu düşünce ve davranışların, sürekli, tekrarlayıcı, kişinin günlük hayatını, sosyal yaşamını, akademik ve mesleki işlevselliğini olumsuz derecede etkileyecek kadar şiddetli olmalıdır.

2.9.3 OKB'de Eş Tanı

Klinik çalışmalarda, OKB hastalarının %50-75'inin en az bir ek hastalık tanısı aldıkları saptanmıştır (Antony, Downie ve Swinson, 1998). Major Depresyon OKB ile birlikte bulunma eğilimi en yüksek hastalıktır (%67). Diğer psikiyatrik hastalıkların OKB ile birlikte bulunma oranları ise; Basit Fobi için %22, Sosyal Fobi

için %18, Yeme Bozukluğu için %17, Alkol Kötüye Kullanımı veya Bağımlılığı için %14, Panik Bozukluk için %12 ve Tourette Hastalığı için %7 olarak bulunmuştur (Rasmussen ve Eisen, 198). Çocuk ve ergenlerde yapılan başka bir çalışmada Anksiyete Bozuklukları %35, Duygulanım Bozuklukları %25, Bulimia %15, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB) %15, ayrıca dövüş, çalma, yalan söyleme gibi davranış bozukluklarının beklenenin üzerinde olduğu, ergenlerde antisosyal kişilik özelliklerinin ve intihar davranışının şaşırtıcı oranda yüksek görüldüğü tespit edilmiştir (Angst, 1994).

Obsesif kompulsif bozukluk ile OKKB birlikteliğinin araştırıldığı bazı çalışmalarda, OKB hastalarında diğer psikiyatrik hastalara göre OKKB'nin anlamlı olarak daha yaygın olduğu bulunurken (Diaferia,1997), başka çalışmalarda böyle bir ilişkinin olmadığı hatta OKB'li hastalarda Çekingen, Borderline, Bağımlı ve Şizotipal Kişilik Bozuklukların daha çok görüldüğü bulunmuştur (Bellino, Bogetto, Ravizza ve Maina, 2003; Matsunaga, et.al, 2000; Ayçiçeği, Harris ve Dinn, 2002).

Yine de OKB'li klinik örnekleme OKKB özelliklerini yüksek düzeyde bulan çalışmalar mevcuttur (Pinto,2006). OKB'nin, Sydenham Koresi, post ensefalitik Parkinson Hastalığı, Huntington Koresi gibi bazal gangliyon hastalıklarına eşlik ettiği veya bazal gangliyon patolojileri olabileceği bildirilmiş ayrıca Tourette Sendromu ve OKB'nin aynı hastalığın farklı manifestasyonları olabileceği belirtilmiştir (Leonard, et.al, 1992; Saba, Dastur, Keshavan ve Katerji, 1998). Sosyodemografik OKB spektrum bozukluğu olarak şu hastalıklar tanımlanmıştır: Tourette Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Trikotillomani, Beden Dismorfik Bozukluğu, Depersonalizasyon Bozukluğu, Patolojik Kumar Oynama, Cinsel Obsesyonlar, OKKB ve subklinik durumlar (Simeon, Hollender ve Cohen, 1994).

2.9.4 Prognoz

Yapılan bazı çalışmalarda hastaların %20-30'unda belirgin bir düzelme, %40-50'sinde orta derecede bir düzelme, %20-40'ında da aynı kalma ya da kötüleşme bildirilmektedir.OKB'de kötü sonlanışın belirtileri arasında hastalığın erken başlaması, hastalığın şiddetli başlaması, bekâr olma, hastalığın uzun ve süregen olması, büyüsel düşüncenin, sanrıların, kişilik bozukluklarının olması, bipolar bozukluğun ve yeme bozukluğunun eşlik etmesi, kötü sosyal uyum, sosyal

becerilerin yetersiz olması, ailede OKB hastalığının ve depresyonun olması sayılabilir. Hastalığın iyi sonlanışının göstergeleri arasında iyi sosyal ve mesleki uyum, ortaya çıkartıcı bir olayın olması ve belirtilerin epizodik seyri sayılabilir.

2.9.5 Tedavi

Son zamanlarda etkili psikolojik ve farmakolojik tedavi metotları tesbit edilmiştir. OKB’de tedaviye semptomlarının hastaya açıklanması ile başlanmalı, hastanın yakınları bilgilendirilmeli ve tedavide işbirliği sağlanmalıdır. Tedavide kullanılan ilaçların başında, serotonin geri alım inhibitörleri ve trisiklik antidepressanlar gelir. Depresyonda kullanılan dozlardan daha yüksek dozlar gerektiğinden, yan etkiler daha sık karşımıza çıkar. Yan etkileri gözlemek ve kontrol etmek amacıyla tedaviye düşük dozda başlanıp, hastanın tolere edebildiği en yüksek dozlara çıkılır. Tedavi bırakıldığında semptomlar tekrarlayabileceğinden uzun süreli ve ek olarak nonfarmakolojik destek gerekmektedir. Bilişsel-davranışçı terapiler OKB tedavisinde daha etkili görülmüştür (Steketee, Foa ve Barlow, 1985; Salkovskis ve Kirk, 1989; Kirk, 1983; Marks ve Lelliott, 1988). Hafif vakalarda tek başına davranış tedavisi denenebilir. Ciddi OKB’de her iki tedavinin kombinasyonu ile daha iyi cevap alınmaktadır.

Ulusal Organ Ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi

(Makamın 28.05.2008 tarih ve 19735 sayılı Onayları ile yürürlüğe girmiştir.)

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1- (1) Bu Yönergenin amacı; 01.06.2000 tarihli ve 24066 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğinin 29 uncu maddesi ile öngörülen “Organ ve Doku Dağıtımına” ilişkin usûl ve esasları belirlemek; organ ve doku nakli hizmetleri ile ilgili merkezlerin ve bu merkezlerde görevli personelin görev ve sorumluluklarına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

Madde 2- (1) Bu Yönerge, kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.

Dayanak

Madde 3- (1) Bu Yönerge, 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43 üncü maddesine ve 01 Haziran 2000 tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğinin 29 uncu maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- (1) Bu Yönergede geçen;

Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

Kanun: 29/05/1979 tarihli ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunu,

Yönetmelik: 01/06/2000 tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliğini,

- a. **UKS:** Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemini,
- b. **UKM:** Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezini,
- c. **BKM:** Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezini,
- d. **Organ ve Doku Nakli Merkezi:** Organ ve doku nakillerinin uygulandığı tıbbi tedavi merkezlerini,
- e. **Organ ve Doku Kaynağı Merkezi:** Beyin ölümü kriterlerini tespit edebilecek donanım ve personele sahip resmi ve özel hastaneleri,
- f. **Doku Tipleme Laboratuvarı:** Verici adayı ile alıcıların doku tiplerini yapabilecek donanım ve personele sahip Bakanlıkça ruhsatlandırılmış laboratuvarları,
- g. **Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi:** Organ nakli olmak üzere bekleyen ve nakil merkezleri tarafından Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi Programına kaydedilmiş hastaları içeren listeyi,
- h. **Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi Programı:** Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesine kayıtlı hastaların kimlik ve tıbbi bilgilerini içeren, nakil merkezlerince hasta kaydı, UKM tarafından eşleştirme, puanlama ve organ dağıtımını amacıyla kullanılan bilgisayar programını,
- i. **Eşleştirme ve Puanlama:** Kadavra vericiden alınan organın gönderileceği nakil merkezinin saptanması ve bu merkezde bekleyen hastalar arasındaki en uygun alıcıların tespit edilmesi amacıyla, (Ek 7)'de yer alan tabloda belirtilen puanlara göre, UKM tarafından Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi Programı vasıtasıyla Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesinde yer alan hastalar için yapılan eşleştirme ve puanlama işlemini,
- j. **Asgari Doku Uyumu Şartı:** Verici ve alıcı dokuları arasında en az 1 DR uyumunu, ifade eder.

BÖLÜM III MATERYAL ve METOD

3.1 Araştırmanın Türü

Bu bölümde araştırmanın türü, çalışma grubu, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizinde kullanılan istatistiksel teknikler konusundaki bilgilere yer verilmiştir.

3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şişli Florence Nightingale Hastanesi Böbrek Nakli Bekleme Listesinde tedavi görmekte olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, Böbrek Nakli Bekleme Listesinde kayıtlı bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 106 hasta oluşturmaktadır. Örneklemdaki hastaların tedavisinin sadece belli bir organa yönelik olup, başka herhangi bir organ yetmezliği yaşamadıklarına dikkat edilmiştir.

3.3 Araştırma Modeli

Araştırmada İstanbul ilinde bulunan Şişli Florence Nightingale Hastanesi Böbrek Nakli Bekleme Listesinde kayıtlı bulunan hastaların sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif semptomlar arasındaki ilişki incelendiğinden ilişkiisel tarama modeli kullanılmıştır. İlişkiisel tarama modeli, iki veya daha çok değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2012)

3.4 Veri Toplama Araçları

3.4.1 Demografik Veri Formu

Araştırmada katılımcılar hakkında bilgi edinmek amacıyla, araştırmacı tarafından hazırlanan "Sosyo-demografik Bilgi Formu" kullanılmıştır. Sosyo-demografik bilgi formu, kişiye ilişkin çeşitli demografik özellikler hakkında bilgi alınabilecek şekilde oluşturulmuştur.

3.4.2 Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Okb belirtilerinin türünü ve yaygınlığını ölçmek amacıyla Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin Türçe' ye uyarlaması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek, 37 maddeden oluşan ve 'doğru/yanlış' şeklinde cevaplandırılacak biçimde oluşturulmuştur. Doğru yanıt için

1 puan, yanlış yanıt için 0 puan verilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 37'dir. Ölçek; kontrol etme, temizlik, yavaşlık, kuşku ve ruminasyon alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasında cronbach alfa katsayısı tüm ölçek için 0.86, alt ölçeklere göre 0.61-0.65 arasında bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğinde tüm ölçekler için $r = 0.88$, alt ölçekler için $r = 0.59-0.84$ arasında elde edilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği için ise faktör analizi uygulanmış ve dört faktör yerine üç faktör elde edilmiştir. Birinci faktörde temiz-titizlik, ikinci faktörde obsesif düşünce ve üçüncü faktörde yavaşlık ve yavaşlık ve kontrol etme yer almaktadır (Aydemir ve Köroğlu,2006).

3.4.3 Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİTÖ)

Ölçek, Spielberger ve ark. (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Sürekli öfke (10 madde) ve öfke ifade tarzı (24 madde) bölümlerinden oluşmaktadır. Öfke ifade tarzı ölçeğinin alt ölçekleri: kontrol altına alınmış öfke (öfke/kontrol, 8 madde), dışa vurulan öfke (öfke/dışa, 8 madde) ve içte tutulan öfkedir (öfke/içe, 8 madde). Ölçek, likert tipi dörtlü değerlendirmeye dayanmaktadır ve 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin cevaplanması, bireyden kendisine uygun gelen ifadeleri "Hiçbir zaman", "Bazen", "Çoğu zaman" ve "Her zaman" seçeneklerinden birisini seçerek işaretlemesi şeklinde yapılır. Öfke içte alt ölçeği 13,15,16,20,23,26,27 ve 31; öfke dışa alt ölçeği 12,17,19,22,24,29,32 ve 33; öfke kontrol alt ölçeği ise 11,14,18,21,25,28,30 ve 34 numaralı maddelerden oluşur. Ölçeğin genel toplam puanı olmayıp "Hiçbir zaman" yanıtı 1, "Bazen" yanıtı 2, "Çoğu zaman" yanıtı için 3, "Her zaman" yanıtı ise 4 puan şeklinde yorumlanmaktadır. Alt ölçeklerden elde edilebilecek en yüksek puan 32, en düşük puan ise 8'dir. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 40, en düşük puan ise 10'dur. Öfke kontrol ölçeğinden alınan yüksek puanlar, öfkenin kontrol edilebildiğini, öfke dışa alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar kişinin öfkesini dışa vurduğunu ve öfke içe alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırıldığını ve içte tutulduğunu göstermektedir. Çeşitli örneklerle uygulanan sürekli öfke ölçeğinin içtutarlılık katsayısının .67 ile .92 arasında olduğu gözlenmiştir. Öfke kontrol, öfke dışa ve öfke içe ölçeklerinin iç tutarlılık katsayıları ise .80-.90, .69-.91 ve .58-.76 arasında olduğu gözlenmiştir. Özgün ölçeğin cronbach

alfa değeri .77 ile .88 arasındadır. Yapı geçerliğine ilişkin faktör analizi sonuçları ise, ölçeğin orijinal formundaki yapıyı yansıttığı gözlenmiştir (Özer, 1994).

3.5 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan yaş, Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (Maudsley OKSL) ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİTÖ) puanlarının dağılımı Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Bu değişkenler normal dağılıma sahip olmadığı için ortanca (ÇAG: eyreklikler arası genişlik) ve en küçük – en büyük değerleri ile; cinsiyet, medeni durumu vb. değişkenler sayı (yüzde) ile ifade edilmiştir. Hastalık süresi, bekleme listesinde kayıtlı bulunma süresi ve diyalize girme süresi değişkenleri gruplandırılmıştır.

Maudsley OKSL ve SÖÖİTÖ ölçeğine verilen yanıtların tutarlılığını belirlemek için Cronbach alfa değeri hesaplanmıştır.

Ölçeklerden elde edilen puanların cinsiyet bazında karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmış, analiz sonucunda Z istatistiği verilmiştir. Gruplandırılmış sürelerle bağlı olarak ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis ANOVA analizinden yararlanılmış, analiz sonucunda χ^2 istatistiği verilmiştir. Maudsley OKSL ölçeğinin alt boyutları ile SÖÖİTÖ'nün alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere Spearman rho katsayısı hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

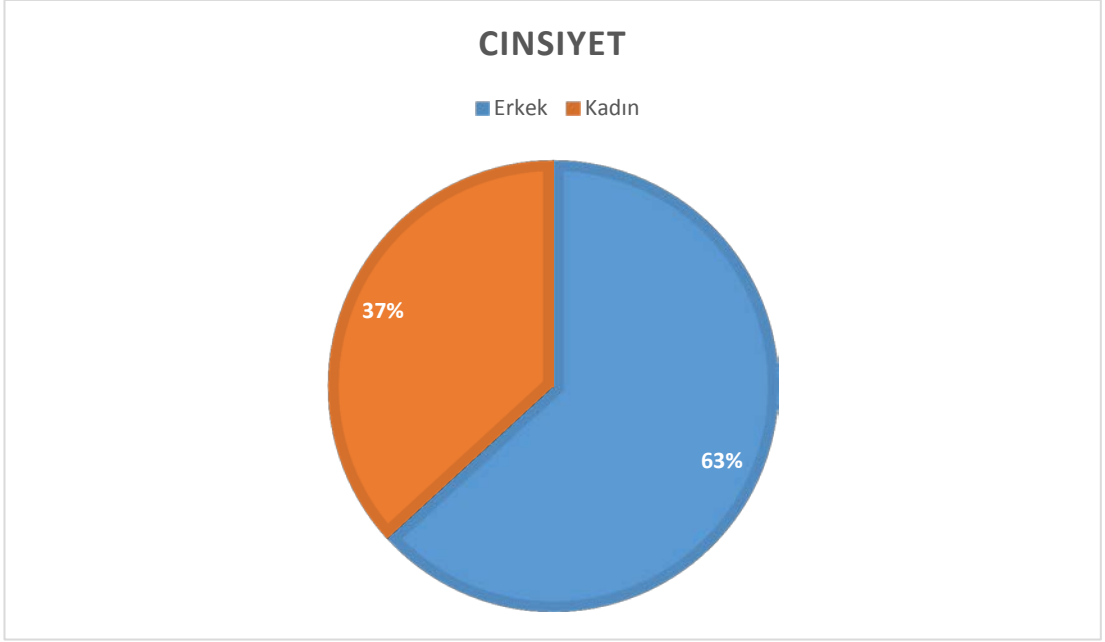
İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır.

BÖLÜM IV BULGULAR

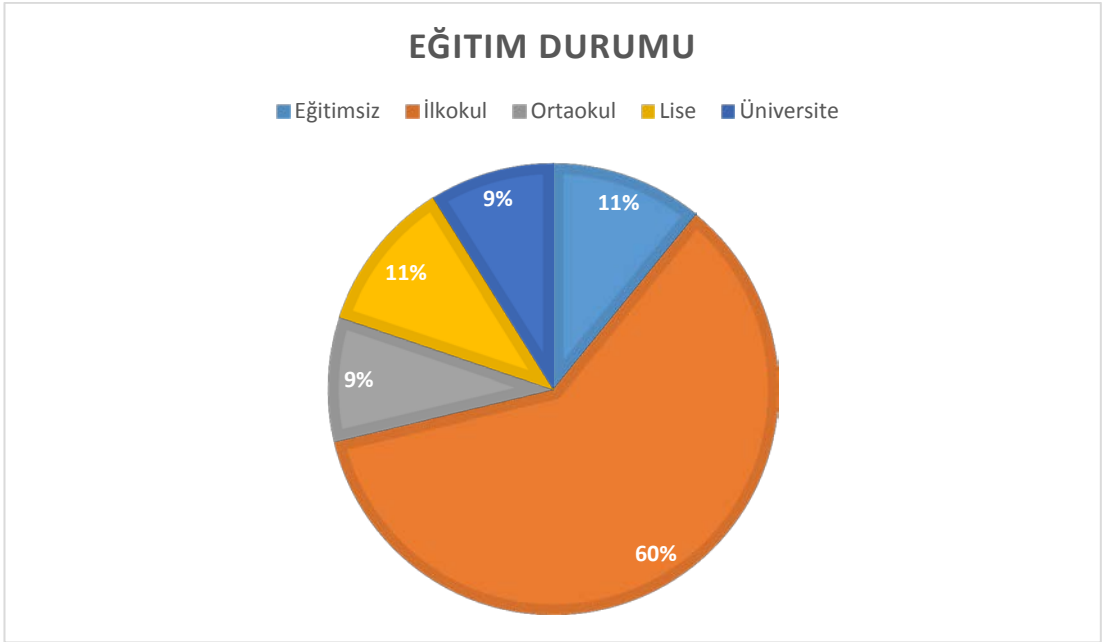
Tablo 2: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	% Özellikler	n	%
Cinsiyet			Sigara Kullanımı		
Erkek	67	63.2	Var	22	20.8
Kadın	39	36.8	Yok	84	79.2
Eğitim Durumu			Alkol Kullanımı		
Eğitimsiz	11	10.4	Var	8	7.5
İlkokul	61	57.5	Yok	98	92.5
Ortaokul	9	8.5	KBY Dışında Bir Rahatsızlık Durumu		
Lise	11	15.1	Var	17	16.0
Üniversite	9	8.5	Yok	89	84.0
Medeni Durumu			Psikiyatrik Tedavi Durumu		
Evli	81	76.4	Görüyor	19	17.9
Bekar	11	10.4	Görmüyor	87	82.1
Boşanmış	10	9.4	Psikiyatrik İlaç Kullanımı		
Dul	4	3.8	Kullanıyor	14	13.2
Çalışma Durumu			Kullanmıyor	92	86.8
Çalışmıyor	89	84.0	Ailede Psikiyatrik Tedavi Varlığı Durumu		
Çalışıyor	17	16.0	Var	10	9.4
Ay Gelir Düzeyi			Yok	96	90.6
Düşük	48	45.3	Ailede Fiziksel Rahatsızlık Varlığı		
Orta	55	51.9	Var	20	18.9
Yüksek	3	2.8	Yok	86	81.1

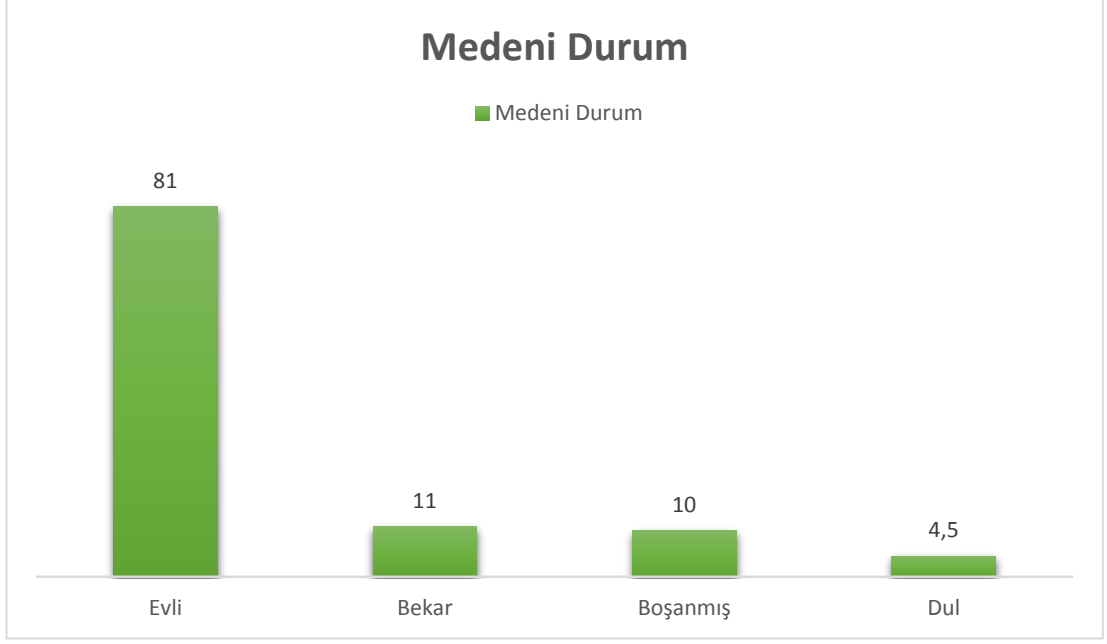
Çalışmaya katılan 106 hastanın yaşları 26 ile 82 arasında değişmekte olup, yaş ortancası 55.0 (ÇAG=15.0) yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların 67'si (%63.2) erkek, 39'u (%36.8) kadındır (**Tablo 2**).



Şekil 1: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları



Şekil 2: Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları



Şekil 3: Hastaların Medeni Durumlarına Göre Dağılımları

Tablo 3: Hastaların hastalık süresi, bekleme listesinde kayıtlı bulunma süresi ve diyalize girme sürelerine göre dağılımı.

	Süre ≤ 2 n (%)	2 <Süre≤5 n (%)	5<Süre≤10 n (%)	Süre>10 n (%)
Hastalık süresi	11 (10.4)	26 (24.5)	38 (35.9)	31 (29.2)
Bekleme Listesinde Kayıtlı Bulunma Süresi	34 (32.1)	46 (43.4)	21 (19.8)	5 (4.7)
Diyalize Girme Süresi	22 (20.8)	44 (41.5)	28 (26.4)	12 (11.3)

Hastaların 38'nin (%35.9) 5 yıldan fazla veya 10 yıl-10 yıldan daha az süredir hasta oldukları, 46'sının (%43.4) 2 yıldan fazla ve ya 5 yıl – 5 yıldan az süredir bekleme listesinde kayıtlı buldukları belirlenmiştir (**Tablo 3**).

Maudsley OKSL ile SÖÖİTÖ için verilen yanıtların iç tutarlılığı incelendiğinde, Maudsley OKSL'ye verilen yanıtların oldukça tutarlı olduğu (Cronbach alfa=0.917), SÖÖİTÖ'ye verilen yanıtların ise nispeten daha az tutarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir (Cronbach alfa=0.752).

Hastaların Maudsley OKSL'nin alt ölçeklerinden ve toplamından aldığı puanlar cinsiyete göre değerlendirildiğinde, Kontrol Etme puanları ortancası erkek ve kadınlarda sırasıyla 2.0 (ÇAG=5.0), 5.0 (ÇAG=4.0) olarak hesaplanmıştır (**Tablo 4**). Kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Kontrol Etme puanına sahip olduğu belirlenmiştir ($Z=2.716$, $p=0.007$). Erkeklerin Temizlik puanı ortancası 4.0 (ÇAG=4.0), kadınların Temizlik puanı ortancası 6.0 (ÇAG=4.0) olarak elde edilmiştir. Kadınların erkeklere göre Temizlik alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir ($Z=2.342$, $p=0.019$). Kadınların diğer alt ölçek puanları ve toplam ölçek puanlarının da, erkeklerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 4: Maudsley OKSL için hesaplanan alt boyut puanları ile toplam puanın cinsiyete göre karşılaştırılmasının Mann Whitney U testi sonuçları

Maudsley OKSL	Erkek	Kadın	Test İstatistiği (Z)	p
Kontrol Etme			2.716	0.007
Ortanca (ÇAG)	2.0 (5.0)	5.0 (4.0)		
Min - Mak	0.0 – 8.0	0.0 – 8.0		
Temizlik			2.342	0.019
Ortanca (ÇAG)	4.0 (4.0)	6.0 (4.0)		
Min - Mak	0.0 – 10.0	1.0 – 11.0		
Yavaşlık			2.328	0.020
Ortanca (ÇAG)	1.0 (2.0)	2.0 (3.0)		
Min - Mak	0.0 – 6.0	0.0 – 6.0		
Kuşku			2.653	0.008
Ortanca (ÇAG)	3.0 (3.0)	5.0 (3.0)		
Min - Mak	0.0 – 7.0	1.0 – 7.0		
Ruminasyon			4.090	<0.001
Ortanca (ÇAG)	0.0 (2.0)	2.0 (3.0)		
Min - Mak	0.0 – 4.0	0.0 – 4.0		
Toplam			3.158	0.002
Ortanca (ÇAG)	14.0 (13.0)	21.0 (12.0)		
Min - Mak	3.0 – 34.0	4.0 – 34.0		

Hastaların Maudsley OKSL ölçeğinden aldıkları puanlar, hastalık sürelerine göre incelenmiştir. Hastalık süresi gruplarına göre hastaların Kontrol Etme puan ortancası sırasıyla 3.0 (ÇAG=4.0), 2.0 (ÇAG=5.0), 3.0 (ÇAG=4.0) ve 3.0 (ÇAG=6.0) olarak hesaplanmıştır (**Tablo 5**). Kontrol Etme puanları bakımından hastalık süresi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=1.308$, $p=0.727$). Benzer şekilde Temizlik, Yavaşlık, Kuşku, Ruminasyon alt boyut puanları ile toplam puana göre hastalık süresi gruplarının homojen olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 5:Maudsley OKSL için hesaplanan alt boyut puanları ile toplam puanın hastalık süresine göre karşılaştırılmasının Kruskal Wallis Anova analizi sonuçları

Maudsley OKSL	Hastalık Süresi (HS, yıl)				Test İstatistiği (χ^2)	P
	HS≤ 2	2 <HS ≤5	5<HS≤ 10	HS>10		
Kontrol Etme					1.308	0.727
Ortanca (ÇAG)	3.0 (4.0)	2.0 (5.0)	3.0 (4.0)	3.0 (6.0)		
Min - Mak	0.0 – 8.0	0.0 – 8.0	0.0 – 7.0	0.0 – 8.0		
Temizlik					0.564	0.905
Ortanca (ÇAG)	5.0 (4.0)	5.5 (6.3)	5.0 (5.0)	6.0 (5.0)		
Min - Mak	3.0 – 9.0	0.0 – 9.0	2.0 – 10.0	1.0 – 11.0		
Yavaşlık					4.155	0.245
Ortanca (ÇAG)	2.0 (1.0)	1.0 (3.3)	2.0 (3.0)	2.0 (3.0)		
Min - Mak	1.0 – 4.0	0.0 – 6.0	0.0 – 5.0	0.0 – 6.0		
Kuşku					2.768	0.429
Ortanca (ÇAG)	3.0 (2.0)	4.0 (3.0)	3.5 (3.0)	5.0 (3.0)		
Min - Mak	2.0 – 6.0	0.0 – 7.0	1.0 – 7.0	1.0 – 7.0		
Ruminasyon					3.817	0.282
Ortanca (ÇAG)	2.0 (2.0)	0.0 (2.0)	1.0 (3.0)	2.0 (4.0)		
Min - Mak	0.0 – 4.0	0.0 – 4.0	0.0 – 4.0	0.0 – 4.0		
Toplam					1.279	0.734
Ortanca (ÇAG)	16.0 (10.0)	15.5 (18.8)	15.5 (12.0)	19.0 (16.0)		
Min - Mak	7.0 – 29.0	3.0 – 31.0	7.0 – 30.0	4.0 – 34.0		

Hastaların Maudsley OKSL ölçeğinin Kontrol Etme alt boyutundan aldıkları puanların ortancası, bekleme listesinde kayıtlı bulunma süresi gruplarına göre sırasıyla 3.0 (ÇAG=4.0), 3.0 (ÇAG=5.0), 2.0 (ÇAG=5.5) ve 0.0 (ÇAG=5.5) olarak elde edilmiştir (**Tablo 6**). Gruplar Kontrol Etme puanına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($\chi^2=1.344$, $p=0.719$). Maudsley OKSL'nin diğer alt boyut puanları ile toplam puanının bekleme listesinde kayıtlı bulunma süresi gruplarında benzer olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 6: Maudsley OKSL için hesaplanan alt boyut puanları ile toplam puanın bekleme listesinde kayıtlı bulunma süresine göre karşılaştırılmasının Kruskal Wallis Anova analizi sonuçları

Maudsley OKSL	Bekleme Listesinde Kayıtlı Bulunma Süresi (BS, yıl)				Test İstatistiği (χ^2)	P
	BS≤ 2	2 <BS ≤5	5<BS≤ 10	BS>10		
Kontrol Etme					1.344	0.719
Ortanca (ÇAG)	3.0 (4.0)	3.0 (5.0)	2.0 (5.5)	0.0 (5.5)		
Min - Mak	0.0 – 8.0	0.0 – 8.0	0.0 – 8.0	0.0 – 6.0		
Temizlik					1.241	0.743
Ortanca (ÇAG)	6.0 (4.3)	4.5 (5.0)	4.0 (4.5)	6.0 (4.0)		
Min - Mak	1.0 – 11.0	0.0 – 10.0	2.0 – 10.0	2.0 – 8.0		
Yavaşlık					2.247	0.523
Ortanca (ÇAG)	2.0 (3.0)	2.0 (2.3)	2.0 (3.0)	2.0 (2.5)		
Min - Mak	0.0 – 6.0	0.0 – 5.0	0.0 – 6.0	0.0 – 4.0		
Kuşku					1.748	0.626
Ortanca (ÇAG)	4.0 (2.3)	4.0 (3.0)	4.0 (3.5)	3.0 (3.5)		
Min - Mak	1.0 – 7.0	0.0 – 7.0	1.0 – 7.0	2.0 – 6.0		
Ruminasyon					1.272	0.736
Ortanca (ÇAG)	2.0 (3.0)	1.0 (3.0)	1.0 (2.5)	1.0 (3.0)		
Min - Mak	0.0 – 4.0	0.0 – 4.0	0.0 – 4.0	0.0 – 4.0		
Toplam					1.373	0.712
Ortanca (ÇAG)	17.0 (11.8)	16.0 (15.0)	14.0 (13.0)	14.0 (17.5)		
Min - Mak	7.0 – 34.0	3.0 – 30.0	6.0 – 34.0	4.0 – 26.0		

Hastaların diyalize girme sürelerine göre Maudsley OKSL toplam puanı ortancası sırasıyla 16.5 (ÇAG=11.5), 16.0 (ÇAG=18.8), 15.0 (ÇAG=12.5) ve 18.0 (ÇAG=13.0) olarak hesaplanmıştır (**Tablo 7**). Toplam puan bakımından diyalize girme süresi grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=0.493$, $p=0.920$). Maudsley OKSL'nin alt boyutları bakımından diyalize girme süresi gruplarının homojen olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 7:Maudsley OKSL için hesaplanan alt boyut puanları ile toplam puanın diyalize girme süresine göre karşılaştırılmasının Kruskal Wallis Anova analizi sonuçları

Maudsley OKSL	Diyalize Girme Süresi (DS, yıl)				Test İstatistiği (χ^2)	p
	DS≤ 2	2 <DS ≤5	5<DS≤ 10	DS>10		
Kontrol Etme					0.493	0.920
Ortanca (ÇAG)	3.0 (1.5)	3.5 (5.0)	2.5 (4.0)	5.0 (6.0)		
Min - Mak	0.0 – 8.0	0.0 – 8.0	0.0 – 8.0	0.0 – 7.0		
Temizlik					0.095	0.992
Ortanca (ÇAG)	5.0 (4.3)	5.5 (5.0)	5.0 (5.0)	6.0 (4.3)		
Min - Mak	2.0 – 9.0	0.0 – 11.0	1.0 – 9.0	1.0 – 10.0		
Yavaşlık					1.809	0.613
Ortanca (ÇAG)	2.0 (2.0)	1.5 (3.0)	2.0 (2.0)	2.5 (2.8)		
Min - Mak	1.0 – 4.0	0.0 – 6.0	0.0 – 5.0	0.0 – 5.0		
Kuşku					3.803	0.283
Ortanca (ÇAG)	4.0 (3.0)	4.0 (3.0)	3.0 (3.0)	4.5 (2.0)		
Min - Mak	1.0 – 7.0	0.0 – 7.0	1.0 – 7.0	2.0 – 6.0		
Ruminasyon					1.539	0.673
Ortanca (ÇAG)	1.0 (3.0)	1.0 (3.0)	1.0 (2.0)	2.0 (3.8)		
Min - Mak	0.0 – 4.0	0.0 – 4.0	0.0 – 4.0	0.0 – 4.0		
Toplam					0.381	0.944
Ortanca (ÇAG)	16.5 (11.5)	16.0 (18.8)	15.0 (12.5)	18.0 (13.0)		
Min - Mak	7.0 – 29.0	3.0 – 34.0	4.0 – 31.0	4.0 – 28.0		

Hastaların SÖÖİTÖ alt boyut puanları cinsiyet bazında ele alındığında, Sürekli Öfke puanı ortancası erkek hastalarda 16.0 (ÇAG=4.0), kadın hastalarda ise 18.0 (ÇAG=6.0) olarak hesaplanmıştır (**Tablo 8**). Kadınların Sürekli Öfke puanlarının erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($Z=3.598$, $p<0.001$). Öfke Kontrol ve Öfke İçte alt boyutları için erkeklerin puanlarının kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Öfke Dışta alt boyutunda puanların cinsiyete göre benzer olduğu görülmüştür ($Z=0.244$, $p=0.807$).

Tablo 8: SÖÖİTÖ için hesaplanan alt boyut puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasının Mann Whitney U testi sonuçları

SÖÖİTÖ	Erkek	Kadın	Test İstatistiği (Z)	p
Sürekli Öfke			3.598	<0.001
Ortanca (ÇAG)	16.0 (4.0)	18.0 (6.0)		
Min - Mak	11.0 – 36.0	12.0 – 34.0		
Öfke Kontrol			2.029	0.042
Ortanca (ÇAG)	24.0 (9.0)	22.0 (7.0)		
Min - Mak	11.0 – 32.0	16.0 – 30.0		
Öfke İçte			2.781	0.005
Ortanca (ÇAG)	15.0 (5.0)	17.0 (5.0)		
Min - Mak	9.0 – 26.0	11.0 – 29.0		
Öfke Dışta			0.244	0.807
Ortanca (ÇAG)	13.0 (4.0)	14.0 (3.0)		
Min - Mak	8.0 – 22.0	8.0 – 23.0		

Hastaların SÖÖİTÖ puanları hastalık sürelerine göre değerlendirildiğinde; Sürekli Öfke puanı ortancası 2 yıl ve ya da az süredir hasta olanların 15.0 (ÇAG=4.0), 2 yıldan fazla veya 5 yıl – 5 yıldan az süredir hasta olanların 16.0 (ÇAG=4.3), 5 yıldan fazla veya 10 yıl – 10 yıldan az süredir hasta olanların 16.5 (ÇAG=7.5) ve 10 yıldan fazla süredir hasta olanların 17.0 (ÇAG=4.0) olarak hesaplanmıştır (**Tablo 9**). Hastalık süresine göre Sürekli Öfke puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=6.656$, $p=0.084$). Hastaların Öfke Kontrol, Öfke İçte ve Öfke Dışta puanlarının da hastalık süresine göre benzer olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 9: SÖÖİTÖ için hesaplanan alt boyut puanlarının hastalık süresine göre karşılaştırılmasının Kruskal Wallis Anova analizi sonuçları

SÖÖİTÖ	Hastalık Süresi (HS, yıl)				Test İstatistiği (χ^2)	p
	HS \leq 2	2 <HS \leq 5	5 <HS \leq 10	HS>10		
Sürekli Öfke					6.656	0.084
Ortanca (ÇAG)	15.0 (4.0)	16.0 (4.3)	16.5 (7.5)	17.0 (4.0)		
Min - Mak	11.0 – 20.0	12.0 – 34.0	12.0 – 36.0	12.0 – 30.0		
Öfke Kontrol					4.041	0.257
Ortanca (ÇAG)	22.0 (8.0)	24.0 (8.8)	24.0 (9.3)	20.0 (7.0)		
Min - Mak	17.0 – 32.0	16.0 – 31.0	11.0 – 32.0	16.0 – 30.0		
Öfke İçte					0.483	0.923
Ortanca (ÇAG)	17.0 (7.0)	16.0 (4.3)	16.0 (6.0)	16.0 (4.0)		
Min - Mak	10.0 – 26.0	11.0 – 22.0	9.0 – 27.0	11.0 – 29.0		
Öfke Dışta					3.749	0.290
Ortanca (ÇAG)	15.0 (6.0)	12.5 (3.3)	13.5 (5.3)	14.0 (3.0)		
Min - Mak	8.0 – 18.0	9.0 – 20.0	8.0 – 23.0	10.0 – 19.0		

Hastaların SÖÖİTÖ puanları bekleme listesinde kayıtlı bulunma sürelerine göre incelendiğinde; Öfke İçte puanı ortancası 2 yıl veya daha az süredir bekleyenlerin 16.0 (ÇAG=5.3), 2 yıldan fazla veya 5 yıl – 5 yıldan az süredir bekleyenlerin 16.0 (ÇAG=5.3), 5 yıldan fazla veya 10 yıl – 10 yıldan az süredir bekleyenlerin 15.0 (ÇAG=4.5) ve 10 yıldan fazla süredir bekleyenlerin 14.0 (ÇAG=3.0) olarak hesaplanmıştır (**Tablo 10**). Bekleme listesinde kayıtlı bulunma süresine göre Öfke İçte puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=2.152$, $p=0.541$). Hastaların Sürekli Öfke, Öfke Kontrol ve Öfke Dışta puanlarının da bekleme süresine göre benzer olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 10: SÖÖİTÖ için hesaplanan alt boyut puanlarının bekleme listesinde kayıtlı bulunma süresine göre karşılaştırılmasının Kruskal Wallis Anova analizi sonuçları

SÖÖİTÖ	Bekleme Listesinde Kayıtlı Bulunma Süresi (BS, yıl)				Test İstatistiği (χ^2)	P
	BS≤ 2	2 <BS ≤5	5<BS≤ 10	BS>10		
Sürekli Öfke					2.508	0.474
Ortanca (ÇAG)	16.5 (5.3)	16.0 (6.0)	17.0 (3.5)	17.0 (6.5)		
Min - Mak	11.0 – 30.0	12.0 – 34.0	12.0 – 36.0	17.0 – 26.0		
Öfke Kontrol					3.244	0.355
Ortanca (ÇAG)	22.0 (7.3)	24.0 (10.0)	22.0 (7.5)	19.0 (10.5)		
Min - Mak	16.0 – 32.0	16.0 – 32.0	11.0 – 32.0	17.0 – 30.0		
Öfke İçte					2.152	0.541
Ortanca (ÇAG)	16.0 (5.3)	16.0 (5.3)	15.0 (4.5)	14.0 (3.0)		
Min - Mak	10.0 – 27.0	9.0 – 27.0	11.0 – 29.0	12.0 – 16.0		
Öfke Dışta					3.806	0.283
Ortanca (ÇAG)	13.5 (4.0)	13.0 (5.3)	14.0 (3.5)	15.0 (4.0)		
Min - Mak	8.0 – 23.0	8.0 – 22.0	8.0 – 22.0	12.0 – 19.0		

Hastaların SÖÖİTÖ puanları diyalize girme sürelerine göre ele alındığında; Öfke Dışta puanı ortancası 2 yıl ve ya da az süredir diyalize girenlerin 14.0 (ÇAG=4.3), 2 yıldan fazla veya 5 yıl – 5 yıldan az süredir diyalize girenlerin 13.0 (ÇAG=5.3), 5 yıldan fazla veya 10 yıl – 10 yıldan az süredir diyalize girenlerin 14.0 (ÇAG=4.0) ve 10 yıldan fazla süredir diyalize girenlerin 15.0 (ÇAG=2.8) olarak hesaplanmıştır (**Tablo 11**). Diyalize girme süresine göre Öfke Dışta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=3.639$, $p=0.303$). Hastaların Sürekli Öfke, Öfke Kontrol ve Öfke Dışta puanlarının da bekleme süresine göre benzer olduğu görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 11: SÖÖİTÖ için hesaplanan alt boyut puanlarının diyalize girme süresine göre karşılaştırılmasının Kruskal Wallis Anova analizi sonuçları

SÖÖİTÖ	Diyalize Girme Süresi (DS, yıl)				Test İstatistiği (χ^2)	P
	DS≤ 2	2 <DS ≤5	5 <DS ≤ 10	DS>10		
Sürekli Öfke					7.576	0.056
Ortanca (ÇAG)	15.0 (3.5)	16.0 (6.8)	17.0 (3.8)	17.5 (4.8)		
Min - Mak	11.0 – 22.0	12.0 – 34.0	2.0 – 36.0	14.0 – 26.0		
Öfke Kontrol					1.177	0.759
Ortanca (ÇAG)	23.5 (6.3)	23.0 (9.0)	22.0 (10.0)	21.0 (8.3)		
Min - Mak	17.0 – 32.0	16.0 – 32.0	11.0 – 32.0	17.0 – 30.0		
Öfke İçte					3.667	0.300
Ortanca (ÇAG)	16.5 (3.0)	16.0 (5.0)	14.5 (5.8)	15.5 (5.8)		
Min - Mak	10.0 – 27.0	9.0 – 29.0	10.0 – 22.0	11.0 – 23.0		
Öfke Dışta					3.639	0.303
Ortanca (ÇAG)	14.0 (4.3)	13.0 (5.3)	14.0 (4.0)	15.0 (2.8)		
Min - Mak	8.0 – 18.0	8.0 – 23.0	8.0 – 22.0	12.0 – 19.0		

Hastaların Maudsley OKSL ve SÖÖİTÖ'nden aldıkları puanların birbirleri ile ilişkisi incelendiğinde (**Tablo 12**), Sürekli Öfke alt boyutu puanı ile Kontrol Etme, Temizlik, Yavaşlık, Kuşku alt boyutları ve Toplam puan arasında pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu ($p < 0.05$); Ruminasyon alt ölçeği ile arasında pozitif yönlü orta dereceli ilişki olduğu ($\rho = 0.508$, $p < 0.001$) belirlenmiştir. Öfke Kontrol alt boyutu ile Maudsley OKSL'nin alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf ilişki olduğu; ancak Temizlik alt boyutu ile arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Öfke Dışta alt boyutu ile Maudsley OKSL'nin hiçbir puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 12:Maudsley OKSL alt boyutları ve toplam puanı ile SÖÖİTÖ'nun alt boyutları arasındaki ilişkinin Spearman Korelasyon analizi sonuçları

Maudsley OKSL	SÖÖİTÖ			
	Sürekli Öfke	Öfke Kontrol	Öfke İçer	Öfke Dışa
Kontrol Etme	0.297**	-0.223*	0.302**	0.051
Temizlik	0.219*	-0.120	0.139	-0.056
Yavaşlık	0.399***	-0.243*	0.341***	0.144
Kuşku	0.279**	-0.250**	0.219**	0.123
Ruminasyon	0.508***	-0.267**	0.399***	0.142
Toplam	0.381***	-0.263**	0.307**	0.064

*p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

BÖLÜM V TARTIŞMA

Literatür Taraması;

Son dönem böbrek hastalığında, genellikle glomerüler filtrasyon oranı 10 ml/dak/1,73m² ve altına indiğinde böbrek yerine koyma tedavilerine başlanması gerekir. Bu hastalara önerilebilecek tedaviler diyaliz (hemodiyaliz ve periton diyalizi) ve böbrek naklidir. Son yıllarda sağlanan teknolojik gelişmelerle diyaliz tedavileri daha kolay ve rahat uygulanabilmekte ve klinik kullanıma sunulan ilaç tedavileriyle hastaların yaşam kalitesi ve süresinde uzama olmakla beraber, bu hastalar hala ekonomik, sosyal, psikolojik, tıbbi acıdan pek çok sorunla karşı karşıyadır. İlk başarılı organ naklinin yapıldığı 1954 yılından bu yana, yine bu alanda kullanıma sunulan ilaçlarında katkısıyla ve özellikle siklosporinin klinik kullanıma girmesiyle böbrek nakli, son dönem böbrek yetmezliğinde en iyi tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. Ülkemizde canlı vericiden ilk böbrek nakli 1975 yılında, kadavradan ise 1978 yılında Haberal ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (Sağduyu ve Erten, 1998).

Böbrek yetmezliği, her yaş grubunda görülebilen, ruhsal sorunların en az organik sorunlar kadar önemli olduğu yaygın bir hastalıktır. Diyaliz hastaları, kronik bir hastalığa sahip olmanın yanı sıra pek çok stresörle de karşılaşmakta, bu durum ise hem hastalığın tedavisini hem de sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde dünyada ve Türkiye’de hemodiyaliz hastaları ile ilgili pek çok araştırma yapıldığı görülmüş olup bugüne kadar yapılan çalışmaların çoğunlukla hastaların depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri, psiko-sosyal ve ekonomik durumları ile tıbbi sorunları, kişilerarası iletişim düzeyleri, sosyal destek kaynakları ile hastalığa uyumlarını belirlemeye yönelik konulara yoğunlaştığı saptanmıştır. Hastalık sürecinde başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların ve depresif duygulanımın sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (Sato ve Mccann, 1998; Baydoğan ve Dağ, 2008; Çetin, 2008; Otacıoğlu, 2008). Çalışmamızı destekler nitelikte geçmişe yönelik literatür taramasında çalışmamıza benzer literatürlerin az olduğu gözlemlendi ve bu nedenle çalışmamız ilerideki çalışmalar açısından önem taşımaktadır.

Diyaliz hastalarında hastalığın evresi, süresi, tedavi şekli ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonlar; uyum güçlüğü, davranışsal reaksiyonlar, organik beyin sendromları, anksiyete, depresyon ve seksüel sorunlardır (Özkan 1993). Bir çalışma sonucuna göre depresyon, diyalizden ayrılmanın işaretçisidir (McDade-Montez, Christensen et al. 2006).

Karabulutlu ve Okanlı' nın çalışmasında (2011) hemodiyaliz hastalarının en fazla güç kaybı ve yorgunluk belirtileri yaşadıkları ve bu belirtileri hastalıkla ilişkilendirdikleri belirtilmektedir. Yetişkin'in (2008) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada ise kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan grupta kontrol grubuna göre yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon riski tespit edilmiştir. KBY grubunda yeti yitiminin yüksek olduğu, eğitimsiz ve ağır yeti yitimi olanlarda depresyon riskinin daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir.

Mutlu' nun (2007) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada, hastaların eğitim seviyesi ve aylık ortalama gelirleri arttıkça benlik saygısının yükseldiği, yeşil kartlı hastaların en düşük benlik saygısına sahip olduğu, empatik ve maddi sosyal destek alan hastaların benlik saygılarının almayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastalığın hasta bireylerin yakın arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azalmasına, diğer insanlara karşı beklentilerinin artmasına, rol ve sorumluluklarını yerine getirememesine ve yaşadıkları çevreyi değiştirmelerine sebep olduğu belirtilmektedir.

Böbrek yetmezliğinde bilgilendirme ve psikolojik destek;

Böbrek yetmezliği hastaları genellikle 50–100 hastanın mevcut olduğu diyaliz merkezlerinde tedavi görmektedirler. Bu merkezlerde haftanın 3 günü dörder saat en az 20–25 hasta ile uzun yıllar (ülkemizde sağlıklı bir veri olmamasına karşın, A.B.D. diyalize girme süresi ortalama 8 yıl (USRDS data)) beraber olmaktadır. Bu da hastalar arasında yüz yüze yoğun bir sosyal ilişki kurulmasına neden olmaktadır. Hasta böbrek nakli olduğunda bu durum hemen diğer hastalar tarafından öğrenilmektedir. Hastalığın bu özel durumu yanında, ülkemiz gibi hala insan ilişkileri kuvvetli olan ülkelerde internetin giderek artan gücüne rağmen hastaların birbirlerine önerileri halen en güçlü yönlendirme aracı olarak karşımıza çıkmaktadır.

İspanya’da 2005 yılında yapılan bir başka araştırmada da diyalize giren hastaların %59’unun canlı vericili böbrek naklinden haberdar olmadığı ve %83,4’ü de doktorların bu konuda kendilerine bilgi vermediğini iddia etmişlerdir(Álvarez et al, 2005). İspanya gibi kadavra vericili böbrek nakli programlarının çok iyi çalıştığı bir ülkede bu kısmen olağan karşılanırsa da ülkemizdeki hastalar için kadavra şansının çok az olduğu göz önüne alındığında nefrologların organ nakli seçeneğinden (tüm vericili nakiller dâhil) hastanesine göre %7-%18 arasında olması da ayrıca düşündürücüdür.

İnternet sitelerinin hasta veya yakınlarını aydınlatmadaki kalitesi de önemlidir. Akademik, profesyonel ve ticari kurumların hazırladığı karaciğer nakli için yapılan bilgilendirici internet sitesi dil, kaynak, ulaşılabilirlik ve bilginin genişliği açısından değerlendirildiğinde akademik kaynaklı internet sitelerinin hasta veya yakınları tarafından daha etkileyici olduğu ve hastaların bu kaliteye paralel olarak merkez seçimi konusunda daha etkili olduğu görüldü (Hanif ve ark., 2006).

İngiltere’de böbrek naklinden bahseden 86 internet sitesi incelendiğinde hepsinin içeriğinin doğru olmasına karşın, çoğunun anlatım tarzının hastaların anlama seviyesinin üstünde olduğu görüldü (Moody ve ark., 2007). Sitelerin %38’i canlı vericili böbrek nakli hakkında bilgi verirken, vericiler için tıbbi ve psikolojik riskler yanında elde edeceği kazanımlardan genellikle bahsedilmemektedir. İnternet sayfalarının bilgiyi doğru vermesi gerekliliği yanında anlaşılır olmalarının da önemi büyüktür. Bunun yanında, sadece belirli bir amaç için hastaları bilgilendirmenin yanı sıra, büyük bir fedakârlık yaparak organının birini veya bir kısmını yakınına vermek için ameliyat masasına yatmaya hazır olan vericiler için de gerekli bilgilerin tüm açıklığıyla eklenmesi unutulmamalıdır.

Yapılan ulusal bir çalışmada, kişilerin %64’ünün kendileri veya yakınları için doktora gitmeden önceki 12 ay içinde en az bir kez tedavileri hakkında bilgi topladıkları, bunun da en az yarısını internet aracılığıyla yaptığı gösterilmiştir(Hesse ve ark., 2005). Ancak, hastaların karar vermesinde sadece bu bilgilerin yeterli olmadığı, hekimle yüz yüze görüşmenin hatta daha önemlisi daha önce aynı işlemleri geçirmiş hastalardan aldıkları bilgilerin de etkili olduğu gösterilmiştir(Faber ve ark., 2005; Hibbard ve Peters, 2003; Moser, 2010). Bizim de çalışmamızda hasta

tavsiyesinin karar vermede en önemli etken olduğu görülmüştür. Her ne kadar internet sayfasının yürürlüğe girmesiyle hasta sayısında artış olmuş ise de, hastaların karar vermesinde batılı ülkeler kadar etkin olmamıştır. Bunun nedeni ülkemizde hastalık ve hastaya yönelik internet sitelerinin sayısının azlığı yanında ülkemizdeki kronik böbrek yetmezlikli hastaların internete erişimlerdeki yetersizlik de etkili olabilir. Sadece Kuzey Amerika’da sağlıkla ilgili 25.000 internet sayfası mevcuttur (Gosselin ve Poitras, 2008). Evlerden internet erişiminin %80 ile Avrupa ülkeleri arasında en yüksek olduğu Hollanda’da hastaların tıbbi tedavi seçenekleri arasında karar vermede internetin etkisinin de buna paralel arttığı gösterilmiştir (CumScore, 2008). 2005 yılında yapılan bir araştırmada Kanada’da insanların %58 kadarı ev ortamında sağlıkları veya sağlık kurumları için internetteki bilgilere başvurmuşlardı (McKeown ve Lafontaine, 2008).

Transplantasyon sonrası hastalar oldukça fazla psikolojik güçlük yaşamaktadır. Hastalar rejeksiyon ile ilgili duygularını ifade edememeleri, kaygı ve korkularını sözcüklerle ifade edememeleri ve etkili baş etme yöntemlerini kullanamamalarının, bakım ve tedaviyi zorlaştırdığı; öfke, düşmanlık, suçluluk, güçsüzlük, ümitsizlik duygularına yol açtığı bilinmektedir. Hastalar; sürekli izlem, düzenli poliklinik kontrolü, ilaç tedavisi, beslenme, egzersiz ve kilo kontrolü açısından yaşam tarzı değişikliklerine uyumu içeren kompleks bir tıbbi rejimine uymaları gerekir. Ayrıca, immüno-supresyon nedeniyle diğer hastalıklara ve enfeksiyonlara karşı daha savunmasız bir halde yaşarlar ve yabancı bir organın kendi vücudunun bir parçası olma fikrine alışmak zorunda kalırlar. Bu zorluklar birey üzerinde stres yaratır.

Nakil sonrası hastaların ve ailelerinin psikososyal desteğe ihtiyaçları vardır. Hastanın; fonksiyon kaybı, işe dönüş, tıbbi bakım masrafı ve organın reddedilmesi ile ilgili kaygıları olabilmektedir. Ameliyat sonrası akut dönemde en çok deliryum ve depresyon görülebilmektedir. Akut dönemden sonra ise depresif mizaçlı uyum güçlüğü, psikoseksüel sorunlar, vücut imajı bozuklukları, tedavinin seyrini olumsuz etkileyen tedaviyi reddetme gibi sorunlar gelişmektedir.

Transplantasyonlu hastaların kullandıkları immüno-supresif ilaçların organik beyin sendromu, psikoz, deliryum, depresyon, anksiyete, huzursuzluk, duygulanım

değişikliği, manik eksitasyon tablosu gibi etkilerinin olduğu saptanmıştır (Talas ve Bayraktar 2004).

Yatkın ve Çalışkan'ın (2009) yaptığı çalışmada, vericilerin anksiyete puanlarının alıcılardan daha yüksek olduğu bununla birlikte alıcıların ve vericilerin ilk ayda anksiyete puanlarının arttığı, 6. ve 12. ayda bu puanların giderek düştüğü belirtilmiştir. Ancak hem alıcı hem de vericiler ilk ayda yüksek anksiyete yaşamakta ve böbreğin çalıştığını görmekle birlikte rahatlamaktadırlar. Hastalarda sık karşılaşılan bir diğer ruhsal bozukluk da depresyon olup; depresyon puanındaki yükselme ile tedaviye uyumun düştüğü, rejeksiyon riskinin arttığı ve yaşam kalitesinin bozulduğu belirlenmiştir. Hastalarda sık karşılaşılan ruhsal bozukluklardan depresyonun hastanın tedaviye uyumunu zorlaştırdığı, rejeksiyon riskini artırdığı ve yaşam kalitesini bozduğu belirlenmiştir. Frey 'in (1990) transplantasyon olan hastalar içingeliştirilmiş bir stresör skalası ile yaptığı çalışmada, böbrek transplantasyonu olan hastaların en çok yasadıkları beş stresörü sırasıyla "hastaneye tekrar yatma olasılığı, rejeksiyon olasılığı, tıbbi tedavinin maliyeti, geleceğin belirsizliği ve enfeksiyon olasılığı" olduğu belirlenmiştir. Rejeksiyon korkusu ne yazık ki transplantasyondan yıllar sonra bile devam eder.

Böbrek transplantasyonu olan hastalardaki en önemli psikolojik stres kaynakları bilinmeyen korkusu, rejeksiyon korkusu, yeni böbreğin zedelenme korkusu, immunosupresif ilaçların maliyetini sigortasının karşılamaması kaygısı, boşanma olasılığı, cinsel fonksiyon kaybı/bozukluğu, rollerini yerine getirememeye endişesi, sosyal aktivitede değişiklikler, kendi bakım gereksinimini karşılama güçlüğü, depresyon ve özgüven azlığıdır. Böbrek transplantasyonu olan hastalar ayrıca tedaviye uyumsuzluk, kendi bakımına ilişkin bilgi eksikliğine bağlı stres ve toplumu kendi sağlığı ile ilgili eğitime zorunluluğu gibi stresleri de yaşayabilmekte ve yaşam kaliteleri etkilenebilmektedir.

Transplantasyon sonrası geç dönemde hastalarda beden imajına ilişkin kaygılar daha fazla görülmektedir. Hasta, yeni organı vericinin özelliklerini kendilerine geçiren yabancı bir organ olarak görebilir; beynini, duygularını, kişiliklerini etkileyeceğini düşünürler. Örneğin, kadından organ alan bir hasta "kadınlaşır mıyım?" kaygısını yaşayabilir. Transplantasyon sonrası hastaların

kullandıkları yüksek doz kortikosteroidlere bağılı kilo artışı, ay dede yüzü, ense karın bölgesi ve kalçalarda yağlanma olması ile ekstremitelerin zayıf kalması sonucu vücudun oransal olarak bozuk görünmesine neden olabilir. Transplantasyonlu hastalar ile hemodiyaliz hastalarının beden imajı doyum düzeyleri karşılaştırıldığında transplantasyonlu hastaların daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum özellikle adölesanlarda tedaviyi reddetme davranışına yol açabilmektedir.

Beden imajındaki değişim; hastanın kendisini yabancı hissetmesine, sosyal ilişkilerinin azalmasına, başkaları tarafından reddedilme korkusuna, bedeni hakkında olumsuz duygular yaşamasına, cinsel fonksiyonda sorunlara, özgüven kaybına, greft böbreğe gizli bir düşmanlık yaşamasına, kendine bakımın bozulmasına ve ümitsizlik duygularına yol açabilir.

Hastalık sebebiyle ya da diyalizdeki süreçte zamanla uyku problemleri ortaya çıkmaktadır. Hastalığın yarattığı travma ve uyku düzeninin bozulması depresyon dediğimiz psikiyatrik hastalığın ortaya çıkmasına neden olur. Yaşam enerjisini ve isteğinin düştüğü yoğun umutsuzluk, yetersizlik ve çaresizlik duygularının yaşandığı bu hastalıkla baş edebilmek zordur. Ancak nakil sonrası genel sağlıktaki düzelme ile depresyon ortadan kalkar.

Çalışmamıza yönelik değerlendirmeler;

Güler ve ark (2005) yaş ortalaması ile SCL-90 alt ölçeklerinin çoğu arasında negatif bir korelasyon saptamış, yaş ortalamasının artmasının psikiyatrik açıdan koruyuculuğunu öne sürmüşlerdir (Güler ve ark., 2007). Bu çalışmada, nakil hastalarının yaş ortancası 55.0 (ÇAG=15.0) yıl olarak hesaplandı. Devins ve ark (1997) yaptıkları çalışma sonucunda uygulanan tedaviden bağımsız olarak, hastalığını kabullenmeyen gençlerde psikososyal iyilik halinin azaldığı, yaşlı hastalarda ise hastalığını kabullenenlerde aynı sonucun ortaya çıktığını bildirmiştir (Devins, Beanlands, Mandin ve Paul, 1997).

Çalışmamızın nakil bekleyen hastaların sosyo-demografik özellikleri ülkemizde yapılan başka çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Sağduyu ve Erten1998; Özcan, Yılmaz ve Eryılmaz, 1995). Erkekler, evliler, öğrenim durumu ilkökul ve aktif iş hayatı olmayanlar çoğunlukta idi. Çalışma örnekleminin büyük

kısmı il merkezinde ikamet ediyordu, orta sosyoekonomik durumda idi ve çekirdek aileye sahipti.

Çalışmaya katılan 106 hastanın yaşları 26 ile 82 arasında değişmekte olup, yaş ortancası 55.0 (ÇAG=15.0) yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların 67'si (%63.2) erkek, 39'u (% 36.8) kadın olduğu görüldü

Hastaların 38'nin (%35.9) 5 yıldan fazla veya 10 yıl-10 yıldan daha az süredir hasta oldukları, 46'sının (%43.4) 2 yıldan fazla veya 5 yıl – 5 yıldan az süredir bekleme listesinde kayıtlı buldukları görüldü.

Bizim çalışmamızda hastaların diyalize girme sürelerine göre Maudsley OKSL toplam puanı ortancası sırasıyla 16.5 (ÇAG=11.5), 16.0 (ÇAG=18.8), 15.0 (ÇAG=12.5) ve 18.0 (ÇAG=13.0) olarak hesaplanmıştır. Toplam puan bakımından diyalize girme süresi grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=0.493$, $p=0.920$). Maudsley OKSL'nin alt boyutları bakımından diyalize girme süresi gruplarının homojen olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Hastalara mevcut durumları ile ilgili yeterli bilgilendirmenin yapılmamasından da kaynaklanıyor olabilir. Sağduyu ve arkadaşlarının (2006) 5 yıl ya da daha uzun süredir hemodiyaliz programında olan 34, böbrek nakli yapılmış olan 30 hastaya geriye doğru dosya tarama yöntemiyle ulaşarak; Böbrek Nakli Uyum Değerlendirme Skalası uyguladıkları çalışmada; hastaların %26,6'sı nakil ameliyatı öncesinde bilgilendirilmediğini ya da yetersiz bilgilendirildiğini, hasta yakınlarının %46,6'sı ise hastalarının sağlık tutumu önerilerine uyumunun iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir (Sağduyu, Şentürk, Sezer ve Emiroğlu, 2006). Bu sonuçlar ruhsal sorunların (depresyon, bunaltı, madde kullanımı, baş etme yetilerindeki eksiklik, kaçınan kişilik özellikleri gibi) ve bilgilendirme yetersizliğinin tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediğini bildiren önceki çalışma bulgularını desteklerken bazı demografik özelliklerin (genç yaş grubunda, kadınlarda ve evli olmayanlarda) ve sosyal destek yetersizliğinin tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediğini bildiren çalışma bulgularını desteklememiştir (Rapisarda ve Tarantino, 2004;Jindel ve ark.,2003).

Çalışmamızda Maudsley OKSL ile SÖÖİTÖ için verilen yanıtların iç tutarlılığı incelendiğinde, Maudsley OKSL'ye verilen yanıtların oldukça tutarlı

olduğu (Cronbach alfa=0.917), SÖÖİTÖ'ye verilen yanıtların ise nispeten daha az tutarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir (Cronbach alfa=0.752). Hastaların Maudlesy OKSL'nin alt ölçeklerinden ve toplamından aldığı puanlar cinsiyete göre değerlendirildiğinde, Kontrol Etme puanları ortancası erkek ve kadınlarda sırasıyla 2.0 (ÇAG=5.0), 5.0 (ÇAG=4.0) olarak hesaplanmıştır. Kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek Kontrol Etme puanına sahip olduğu belirlenmiştir (Z=2.716, p=0.007). Erkeklerin Temizlik puanı ortancası 4.0 (ÇAG=4.0), kadınların Temizlik puanı ortancası 6.0 (ÇAG=4.0) olarak elde edilmiştir. Kadınların erkeklere göre Temizlik alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir (Z=2.342, p=0.019). Kadınların diğer alt ölçek puanları ve toplam ölçek puanlarının da, erkeklerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (p<0.05).

Çalışmamızda hastaların SÖÖİTÖ alt boyut puanları cinsiyet bazında ele alındığında, Sürekli Öfke puanı ortancası erkek hastalarda 16.0 (ÇAG=4.0), kadın hastalarda ise 18.0 (ÇAG=6.0) olarak hesaplanmıştır. Kadınların Sürekli Öfke puanlarının erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Z=3.598, p<0.001). Öfke Kontrol ve Öfke İçte alt boyutları için erkeklerin puanlarının kadınlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Öfke Dışta alt boyutunda puanların cinsiyete göre benzer olduğu görülmüştür (Z=0.244, p=0.807).

Moscovitch ve ark. (2008), öfke ve düşmanlık duygularının anksiyete bozukluklarının oluşmasında ve sürmesinde önemli rolü olduğunu söylemişlerdir ve çalışmalarında panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal fobi ile öfke arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulgulamışlardır. Whiteside ve Abramowitz; (2004) araştırmalarında obsesif kompulsif semptomlar ile içe yöneltilen öfke arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Dolayısıyla; DiGiuseppe ve Tafrate'nin (2006) deyimiyle “unutulmuş öfke”nin Obsesif Kompulsif semptomlar ile ilişkisinin olabileceği düşünülmektedir (Moscovitch ve ark., 2008; Whiteside ve Abramowitz, 2004; DiGiuseppe ve Tafrate. 2006; Akt: Kuruoğlu, 2009).

BÖLÜM VI SONUÇ ve ÖNERİLER

Ülkemizde organ naklinin en önemli sorunlarından biri organbağışı yetersizliğidir. Organ nakli ve organ bağışı konusunda eğitime önem veren ve bu konuda toplumda belirli bir bilinç düzeyi oluşturabilmiş ülkelerde kadavradan organ bağışı oranları oldukça yüksektir. Organ bağışı ve böbrek nakli konusunda toplumun, KBY’li hastaların, sağlık personeli ve diyaliz merkezlerinin eğitimi organ bağışı ve organ nakli sayısının artmasında oldukça önemlidir. Kronik diyaliz hastalarının bekleme listelerine kayıtlı olma durumunun düşük olmasının nedeni hastaların yeterince bilgilendirilmemeleri ve diyaliz merkezlerinin bu konuda yeterince çaba göstermemesi olabilir. Bu nedenle organ nakli merkezlerinin temel hedeflerinden biri toplumu ve hastaları organ nakli konusunda bilinçlendirerek gelecek nesillere sağlıklı ve mutlu bireyler kazandırmak olmalıdır. “Transplantasyon Son Dönem Böbrek Yetmezliği’nin en iyi ve en ekonomik tedavisidir” gerçeğinin sağlık çalışanı olsun olmasın herkes tarafından iyi bilinmesi en doğru çözüm olabilir.

7 KAYNAKLAR

- Akman, B., Özdemir, F. N., Sezer, S., Miçozkadioğlu, H., & Haberal, M. (2004). Depression levels before and after renal transplantation. *Transplantation Proceedings*, 36, 111–113. doi:10.1016/j.transproceed.2003.11.021
- Akoğlu, E., & Süleymanlar, G. (1996). Kronik Böbrek Yetmezliği. In G. İliçin, S. Ünal, K. Biberoglu, S. Akalın, & G. Süleymanlar (Eds.), *Temel İç Hastalıkları* (p. 769–776).
- Akpolat, T., & Utaş, C. (2001). Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı. In T. Akpolat & C. Utaş (Eds.), *Renal Transplantasyon ve Hasta Seçimi* (2nd ed., pp. 263-265). Kayseri: Anadolu Yayıncılık.
- Albert, R. ve Emmons, M. (1998), *Atılganlık Hakkınızı Kullanın*, Çev. Serap Katlan, HYB Yayıncılık, Ankara
- Álvarez M, Martèn E, Garcèa A, et al. (2005). Opinion survey on renal donation from living donor. *Nefrologia*. 57(Suppl 2):57–61
- American Psychiatric Association, (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, (DSM-III). Washington: *American Psychiatric Association*.
- American Psychiatric Association, (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-III-R). Washington: *American Psychiatric Association*.
- American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington: *American Psychiatric Association*.

- American Psychiatric Association, (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association.
- Andreoli, T. E., Evanoff, G. V., & Ketel, B. L. (1993). Chronic renal failure. In T. E. Andreoli, C. J. Bennet, C. J. Crapenter, & F. Plum (Eds.), *Cecil Essentials of Medicine* (p. 245–250.). Philadelphia, W.B. Saunders.
- Angst, J, (1994). *The epidemiology of obsessive compulsive disorder*. Hollender E, Zohar J, Marazziti D (editors). Current Insight in Obsessive Compulsive Disorder. England: John Wiley and Sons, 93-104.
- Antony, MM., Downie, E, Swinson, RP. (1998). *Diagnostic Issues and Epidemiology in Obsessive-Compulsive Disorder*. In Swinson RP, Antony MM, Rachman S, Richter M (editors). Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment. New York: Guilford, 3-32.
- Averill, J.R. (1983) “*Studies On Anger And Aggression: Implications For Theories Of Emotion*”, American Psychologist, 1985, p.1145-1160
- Ayçiçeği, A., Harris, CL, Dinn WM. (2002). Parenting style and obsseive compulsive symptoms and personality traits in a student sample. *Clin Psychol Psychother* 9:406-417.
- Aydemir, O., Köroğlu, E. (Ed.) (2006), *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aydın, B (2005), *Çocuk Ve Ergen Psikolojisi*. 2.Baskı, Nobel Basımevi, Ankara.
- Baines, L. S., Joseph, J. T., & Jindal, R. M. (2002). Emotional issues after kidney transplantation: a prospective psychotherapeutic study. *Clinical Transplantation*, 16(6), 450–454. doi:10.1034/j.1399-0012.2002.02080.x

- Balkaya, F. Ş, Nesrin H. (2003), “Çok Boyutlu Öfke Ölçeği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, Sayı.14(3), s.192-202.
- Balkaya, F (2001), “Öfke: Temel Boyutları, Nedenleri ve Sonuçları”, *Türk Psikoloji Yazıları*, 4(7), s.21-45
- Baydoğan, M., Dağ, İ. (2008). Hemodiyaliz Hastalarındaki Depresiflik Düzeyinin Yordanmasında Kontrol Odağı, Öğrenilmiş Güçlülük ve Sosyotropi-Otonomi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1):19-28.
- Beck, A.T. (2005), *Bilişsel Terapi ve Duygusal Bozukluklar*, Çev. Aysun Türkcan, Litera Yayın, İstanbul.
- Bellino, S., Bogetto, F, Ravizza, L, Maina, G. (2003). Personality disorders in obsessive- compulsive patients: a study report. *Eur J Psychiat* 7: 155-163.
- Berkowitz, L. (1990), “On The Formation And Regulation Of Anger And Aggression: A Cognitive Neoassociationistic Analysis”, *Amerikan Psychologist*, 45(4): 494-503.
- Blum, P. (2001), *A Teacher’s Guide To Anger Management*, London: Routledge Falmer.
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G., Ravizza, L., (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 434-441.
- Brescia, M. J., Cimino, J. E., Appel, K., & Hurwich, B. J. (1966). Chronic Hemodialysis Using Venipuncture and a Surgically Created Arteriovenous Fistula. *New England Journal of Medicine*, 275, 1089–93. doi:10.1056/NEJM196611172752002

- Busatto, GF., Zamignani, DR, Buchpiguel, CA, Garrido, GE, Glabus, MF, Rocha, ET, et al. (2000). A voxel-based investigation of regional cerebral blood flow abnormalities in obsessive-compulsive disorder using single photon emission computed tomography (SPECT). *Psychiatry Res* 99: 15-27.
- Cameron, J. I., Whiteside, C., Katz, J., & Devins, G. M. (2000). Differences in quality of life across renal replacement therapies: A meta-analytic comparison. *American Journal of Kidney Diseases*, 35(4), 629–637. doi:10.1016/S0272-6386(00)70009-6
- CumScore, I. (2008). *Regional Online Penetration Highest in the Netherlands and Nordic Countries*. [[http://www.comscore.com/Press_Events/ Pres Releases 2008/08 Russia Internet_Growth](http://www.comscore.com/Press_Events/Pres_Releases_2008/08_Russia_Internet_Growth)].
- Cüceloğlu, D (1982), *İnsan İnsana*, Altın Kitaplar, İstanbul.
- Cüceloğlu, D (1993), *İnsan ve Davranışı*, 4.Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Cüceloğlu, D (1994) *İnsan ve Davranış*, Psikolojinin Temel Kavramları, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Cüceloğlu, D (2000), *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Cüceloğlu, D (2005), *İnsan ve Davranışı*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Çetin, A. (2008). Yaşlılarda Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri Ve Depresyon. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi. Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Ana Bilim Dalı. İstanbul.
- Davidson, A. M. (1996). Options in renal replacement therapy. In C. Jacobs, C. M. Kjellstrand, K. M. Koch, & J. F. Winchester (Eds.), *Replacement of renal function by dialysis* (p. 1304–1315). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

- Deffenbacher, Jerry L. ve Stark R.S. (1992), “Relaxation And Cognitive-Relaxation Treatments Of General Anger”, *Journal Of Counseling Psychology*, 39:2, 158-167.
- Devins, GM., Beanlands, H, Mandin, H, Paul, LC. (1997). Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by self concept and age in end stage renal disease. *Health Psychol* 16:529–538.
- Diaferia, G., Bianchi, I, Bianchi, ML, Cavedini, P, Erzegovesi, S, Bellodi, L. (1997). Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 38: 1-42.
- Dünya Sağlık Örgütü (1992). ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması. Öztürk O, Uluğ B (Çeviren) Ankara, *Hekimler Yayın Birliği*.
- ELNAHAS, A., & BELLO, A. (2005). Chronic kidney disease: the global challenge. *Lancet*, 365, 331–40. doi:10.1016/S0140-6736(05)70199-9
- Erek, E. (2005). *Nefroloji: Erek* (5th ed., p. 290–345). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Erol, N., Savaşır I., (1988) *Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Kitabı*, Ankara, GATA Basımevi, s.107-114.
- Faber, M., Bosch, M, Wollersheim, H, et al. (2009). Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Med Care* 47:1–8. doi:10.1097/ MLR.0b013e3181808bb5
- Fenichel, O. (1945). *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi*. Tuncer S (Çeviren) s.246-284, İzmir, Ege Üniversitesi Matbaası.

- Freud, S. (1913). *Saplantı Nevrozuna Yatkınlık (Nevroz Seçimi Sorununa Bir Katkı) Psikopatoloji Üzerine*. Budak S (Çeviren) s.125-143, Ankara, Öteki Yayınları.
- Geçtan, E. (1989). *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul: Remzi Kitabevi, 220-221.
- Gençtan, E (1993), *Psikanaliz ve Sonrası*, 5.Basım, Remzi Kitabevi, Ankara.
- Gençtan, E (1999), *İnsan Olmak*, 20. Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Gokal, R. (1997). *Peritoneal dialysis and complications of technique*. A. Davison, D. Cameron, P. Grunfeld, D. Kerr, E. Ritz, & C. Winearls (Eds.). The Oxford Textbook of Clinical Nephrology on CD-ROM.
- Goldfarb-Rumyantzev, A. S. (2006). Role of Maintenance Immunosuppressive Regimen in Kidney Transplant Outcome. *Clinical Journal of The American Society of Nephrology*, 1, 563–574. doi:10.2215/CJN.00640805
- Gosselin, P., Poitras, P. (2008). Use of an Internet “Viral” Marketing Software Platform in Health Promotion, *J Med Internet Res*. 10:47. doi:10.2196/jmir.1127
- Guthrie, E., & Creed, F. (1996). Seminars in Liaison Psychiatry. College Seminars Series. *London: The Royal College of Psychiatrists*, 170-196.
- Güler, Ö., Yüksel, Ş, Acartürk, G, Emül, HM, Özbulut, Ö, Çölbay, M, Uslan, İ, Karaman, Ö, Geçici, Ö. (2007). Hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında psikososyal değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:173– 178.
- Gülveren, H (2008), Lise Son Sınıf Öğrencilerinde İç-Dış Kontrol Odağı, Sürekli Öfke, İfade Tarzı İle Zekâ Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Yüksek Lisans

Tezi, *Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı*.

Hanif, F., Sivaprakasam, R, Butler, A, et al. (2006). Information about liver transplantation on the World Wide Web. *Med Inform Internet Med.* 31:153–160. doi:10.1080/14639230500376044

Hemodiyaliz Sırasında Gelişen Komplikasyonlar. (2015, March 18). Retrieved from <http://www.dihed.org.tr/diyaliz2.asp?ID=7>

Hesse, BW., Nelson, DE, Kreps, GL, et al. (2005). Trust and sources of health information: the impact of the Internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey. *Arch Intern Med* 165:2618–2624. doi:10.1001/archinte.165.22.2618

Hibbard, JH., Peters, E. (2003). Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annu Rev Public Health* 24:413–433. doi:10.1146/annurev.publhealth.24.100901.141005

Hodgson, R.J., and Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389-395.

Holmes, C., & Lewis, S. (1991). Host Defense Mechanism in the Peritoneal Cavity Continuous Ambulatory Peritonei Dialysis Patients. *Part Perit Dial Int*, 11, 112-117.

House, R. M. (1988). Psychiatric aspects of organ transplantation. *Jama-journal of The American Medical Association*, 146, 972–982. doi:10.1001/jama.260.4.535

- Hyman, BM., Pedrick, C. (1999). *The OCD Workbook: Your Guide to Breaking Free from Obsessive-Compulsive Disorder*. Oakland: *New Harbinger*.
- Insel, TR., Hoover C, Murphy, DL. (1983). Parents of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med* 13: 807-811.
- İmamoğlu, S (2003), Öğretmen Adaylarının Öfke Ve Öfke İfade Tarzları İle Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*.
- Jindel, RM., Joseph, JT, Morris, MC, Santella, RN, Baines, LS. (2003). *Noncompliance after kidney transplantation: A systematic review. Transplantation Proceedings*, 35: 2868–2872.
- Johnson, R. J., & Feehally, J. (2003). *Comprehensive clinical nephrology*. Edinburgh: Mosby.
- Jonest, E. (1913). Hate and anal erotism in the obsessional neurosis. DJ Stein, M Stone (editors). *Essential Papers on Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: *New York University Press*, 65-72.
- Judd, L. (1965). Obsessive-compulsive neurosis in children. *Arch Gen Psychiatr* 12: 136-143.
- Kaçmaz, N., & Üstün, B. (1998). Böbrek transplantasyonlu hastaların psikolojik gereksinimleri ve hemşirelik bakımı. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, 308-321.
- Karabulutlu, EY., Okanlı, A. (2011) Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 14 (4): 25-31.

- Karno, M., Golding, JM., Sorenson, SB., Burnam, MA, (1988). The epidemiology of obsessive- compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 45: 1094-1099.
- Kıley, D. J., Lam, C. S., & Pollak, R. (1993). A Study Of Treatment Compliance Following Kidney Transplantation. *Transplantation*, 55, 51–56. doi:10.1097/00007890-199301000-00010
- Kılıç, C, (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yetiyitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları, Ankara: *Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınları*.
- Kısaç, İ (1999), “Üniversite Öğrencilerinin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Biçimi Düzeyleri”, *Mesleki Eğitim Dergisi*, 1999, Sayı 1, Ocak, s. 63-74.
- Kirk, J. (1983). Behavioural treatment of obsessional-compulsive patients in routine clinical practice. *Behav Res Ther* 21: 57-62.
- Koene, R., & Hoitsma, A. (1997). *The transplant patient: Preparation of the recipient* . A. Davison, D. Cameron, P. Grunfeld, D. Kerr, & E. Ritz (Eds.). The Oxford Textbook of Clinical Nephrology on CD-ROM.
- Koran, LM., (2000). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 23: 509-517.
- Köknel, Ö (1982), *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
- Köknel, Ö (1998), *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, 15.Baskı, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
- Köknel, Ö (1999), *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, 17.Baskı, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.

- Köknel, Ö (2005), *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
- Kuruoğlu., D. 2009. Üniversite Öğrencilerinin Sürekli Öfke Düzeyleri, Öfke İfade Tarzları ile Obsesif Kompulsif Semptomları Arasındaki İlişki. *Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikolojisi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Laplanche, J., Pontalis, JB. (1973). *The Language of Psychoanalysis*. London: W.W. Norton & Company, 34-47.
- Lazarus, J. M., & Brenner, B. M. (1998). Chronic renal failure. In A. S. Fauci, E. Braunwald, K. J. Isselbacher, J. D. Wilson, & J. B. Martin (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (14th ed., p. 1513–1520). Inc USA: The McGraw–Hill Companies.
- Leib, PT. (2001). Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive compulsive disorder: a case study. *Psychoanalytic Inquiry* 21: 222-242.
- Lench, H.C. (2004), “Anger Management: Diagnostic Differences And Treatment”, *Implications Journal Of Social And Clinical Psychology*, 23. P.512-531
- Lensi, P., Cassano, GB., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, JL., Akiskal, HS, (1996). Obsessive- compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *Br J Psychiatry* 169: 101-107.
- Leonard, HL., Lenane, MC, Swedo, SE, Rettew, DC, Gershon, ES, Rapoport, JL. (1992). Tics and Tourette’s disorder: A 2-to 7- year follow-up of 54 obsessive compulsive children. *Am J Psychiatry* 149: 1244-1251.

- Levy, J., Morgan, J., & Brown, E. (2002). *Oxford diyaliz el kitabı*. I. Uslan (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Luxenberg, JS., Swedo, SE, Flament, MF. (1988). Neuroanatomical abnormalities in obsessive-compulsive disorder determined with quantitative x-ray computed tomography. *Am J Psychiatry* 145: 1089-1093.
- Machlin, SR., Harris, GJ, Pearlson, GD. (1991). Elevated medial-frontal cortical blood flow in obsessive-compulsive patients: a SPECT study. *Am J Psychiatry* 148: 1240-1242.
- Marks, IM., Lelliott, P, Basoglu, M, Noshirvani, H, Monteiro, W, Cohen, D, et.al. (1988). Clomipramine, self-exposure and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 522-534.
- Matas, A. J., Halbert, R., Barr, M. L., Helderman, J. H., Hricik, D. E., Pirsch, J. D., . . . Ferguson, R. M. (2002). Life satisfaction and adverse effects in renal transplant recipients: a longitudinal analysis. *Clinical Transplantation*, 16, 113–121. doi:10.1034/j.1399-0012.2002.1o126.x
- Matsunaga, H., Kiriike, N, Matsui, T, Miyata, A, Iwasaki, Y, Fujimoto, K, et al. (2000). Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsseive compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 41:266-272.
- McDade-Montez EA, Christensen AJ, Cvengros JA, et al. The role of depression symptoms in dialysis withdrawal. *Health Psychol* 2006; 25: 198- 204.
- McKeon, P., Murray, R. (1987). Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *Br J Psychiatry* 151: 528-534.

- McKeown, L., Lafontaine, L. (2008). Canadian Internet use survey. Statistics Canada. <http://www.statcan.ca/Daily/English/060815/d060815b.htm>.
- Meares, R. (2001). A specific developmental deficit in obsessive disorder: The example of the wolf man. *Psychoanalytic Inquiry* 21: 289-320.
- Model, J., Mountz, J, Curtis, G, (1989). Neuropsychologic dysfunction in basal ganglia/limbic, striatal and thalamocortical circuits as a pathogenic mechanism of OCD. *J Neuropsych Clin Neurosci* 1: 27-36.
- Moody, EM., Clemens, KK, Storsley, L, et al. (2007). Improving on-line information for potential living kidney donors. *Kidney Int* 71:1062–1070. doi:10.1038/sj.ki.5002168
- Moser, A., Korstjens, I, van der Weijden, T, et al. (2010). Patient’s decision making in selecting a hospital for elective orthopaedic surgery. *J Eval Clin Pract* 16:1262–1268. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01311.x
- Mutlu, E. (2007). Hemodiyaliz Hastalarının SosyoDemografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara.
- National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. (2021). *Am J Kidney Dis*, 39(2), 1.
- National Kidney Foundation. K/DOQI Evaluation, selection and of the potential transplant recipient. (2000). *Nephrol Dial Transplant*, 15, 3-38.
- Navaro, L. (2004), *Bir Cadı Masalı, Kızgınlık, Güç ve Cinsel Roller Üzerine*, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Nazik, B (2003), *Çocuk Ruh Sağlığı*, Ya-Pa Yayıncılık, İstanbul.

- Nicolini, H., Cruz, C., Camerena, B., Paez, F., Fuente, JR, (1999). Understanding the genetic basis of obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums* 4: 32-48.
- Nissenson, A. R., & Fine, R. N. (2002). *Dialysis therapy*. Philadelphia: Hanley & Belfus.
- Nordahl, TE., Benkelfat, C, Semple, WE, Gross, M, King, AC, Cohen, RM. (1989). Cerebral glucose metabolic rates in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2: 23-28.
- Olbricht, C., Lonnemann, G., Frei, U., & Koch, K. (1997). *Haemodialysis, haemofiltration, and technical complications*. A. Davison, D. Cameron, P. Grunfeld, & D. Kerr (Eds.). The Oxford Textbook of Clinical Nephrology on CD-ROM.
- Otacıoğlu, S.G. (2008). Müzik Öğretmenlerinin Sosyotropik ve Otonomik Kişilik Özellikleri İle Depresyon Düzeyleri Üzerine İlişkisel Bir Araştırma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(1): 35-50.
- Özcan, E., Yılmaz, H, Eryılmaz, M. (1995). Hemodiyalize giren hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine destekleyici yaklaşım ve moklobemidin etkisi: Çift kör plasebo kontrollü bir çalışma. *3P Dergisi*, 3: 168-171.
- Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., & Zileli, L. (2003). Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1), 72-80.
- Özer, K. (1994). Sürekli Öfke (SL-Öfke) ve Öfke İfade Tarzı(Öfke-Tarz) Ölçekleri Ön Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 26-35.
- Özer, K. A. (1994), “Öfke Kaygı ve Depresyon Eğilimlerinin Bilişsel Alt Yapısıyla İle İlgili Bir Çalışma”, *Türk Psikoloji Dergisi*, 9-31,S.12-25.

- Özer, K.A. (1998), *Duygusal Gerilimle Başedebilme: Ben Değeri Tiryakiliği*, Varlık Yayınları, İstanbul.
- Özgür, B., Kürşat, S., & Aydemir, Ö. (2003). Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon Düzeyleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2(12), 100-103.
- Özkan, S. (1993). Psikiyatrik Tıp. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatri*, 187–189.
- Özmen, A. (2006), *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt: 39, Sayı:1, S. 135-144
- Pauls, DL., Raymond, CL, Stevenson, JM, Leckman, JF. (1991). A family study of Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Hum Genet* 48: 154-163.
- Pauls, DL., Towbin, KE, Leckman, JF, Zahner, GE, Cohen, DJ. (1986). Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. Evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry* 43: 1180-1182.
- Pinto, A., Mancebo, MC, Eisen, JL, Pagano, ME, Rasmussen, SA. (2006). The brown longitudinal obsessive compulsive study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry* 67: 703-711.
- Quinton, W., Dillard, D., & Scribner, B. H. (2004). Cannulation of blood vessels for prolonged hemodialysis*: Cannulation of blood vessels for prolonged hemodialysis. *Hemodialysis International*, 6, 103–106. doi:10.1111/j.1492-7535.2004.00080.x
- Rapisarda, F., Tarantino, A. (2004). Non compliance predictive factors in renal transplantation. *G Ital Nefrol*, 21(1): 51–56.
- Rasmussen, SA., Eisen, JL, (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 15: 743-58.

- Rasmussen, SA., Eisen, JL. (1982). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 53: 4-10
- Rasmussen, SA., Tsuang, MT, (1984). The epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 45: 450-457.
- Rasmussen, SA., Tsuang, MT., (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 143: 317-322.
- Ravizza, L., Maina, G., Bogetto, F., (1997). Episodic and chronic obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 6: 154-158.
- Riggs, DS, (2000). Treatment of concurrent PTSD and OCD. A commentary on the case of Howard. *Cognitive Behavioral Practice* 7: 130-132.
- Saba, PR., Dastur, K, Keshavan, MS, Katerji, MA. (1998). Obsessive compulsive disorder, Tourette's syndrome, and basal ganglia pathology on MRI (Letter). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 10: 116-117.
- Sağduyu, A., Erten, Y. (1998). Hemodiyalize giren kronik böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 9: 13–22
- Sağduyu, A., Şentürk, V, Sezer, S, Emiroğlu, R, Özel, S. (2006). Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum, *Türk Psikiyatri Dergisi* 17(1):22–31
- Salkovskis, PM. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive- behavioural analysis. *Behav Res Ther* 23: 571-583.
- Salkovskis, PM., Kirk, J. (1989). *Obsessional Disorders*. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (editors). Cognitive- Behavioural Treatment for Psychiatric Disorders: A Practical Guide. Oxford: Oxford University Press.
- Salzman, L. (1985). *Treatment of the Obsessive Personality*. New York: 182-184.

- Sato, T., Mccann, D. (1998). Individual diference in relatedness and individuality: An exploration of two constructs. *Pers Indiv Differ*, 24: 847–859.
- Scarone, S, Colombo, C, Livian, S, Abbruzzese, M, Ronchi, P, Locatelli, M, et.al. (1992). Increased right caudate nucleus size in obsessive-compulsive disorder: detection with magnetic resonance imaging. *Psychiatry Research* 45: 115-121.
- Schrier, R. W. (2000). *Nefroloji el kitabı*. Ankara: Güneş.
- Sensky, T. (1989). Psychiatric Morbidity in Renal Transplantation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52 (1-3), 41–46. doi:10.1159/000288297
- Simeon, D., Hollender, E, Cohen, L. (1994). Obsessive Compulsive Related Disorders. Hollender E, Zohar J, Marazziti D (editors). *Current Insight in Obsessive Compulsive Disorder*. England: John Wiley and Sons, 53-63.
- Skoog, G., Skoog, I, (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive–compulsive disorder [see commetns]. *Arch Gen Psychiatry* 56: 121-127.
- Skorecki, K., Gren, J., & Brenner, M. (2004). Kronik Böbrek Yetmezliği. In E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Kasper, & S. L. Hauser (Eds.), *Harrison İç Hastalıkları Prensipleri* (15th ed., p. 1551–1562). istanbul: Nobel Kitabevi.
- Soykan, Çiğdem (2003), “Öfke Ve Öfke Yönetimi”, *Kriz Dergisi*, Sayı 11(2), S. 19-28
- Spielberger, C.D., Crane, R.S. ve Kearnes, W.D. (1991), *Anger And Anxiety in Essential Hypertension, Stres And Emotion: Anxiety ,Anger And Curiosit*, p. 265-279

- Steketee, G., Foa, EB. DH Barlow (editors). (1985). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-By-Step Treatment Manual*. 1. Baskı, New York: Guilford Press, 1985.
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., Rasmussen, S., (1999). Predictors of course in obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Res* 89: 229-238.
- Strickland, B.R.(2001),*The Gale Encyclopedia Of Psychology* 2.Baskı, United
- Susan, A., Harris, S., & Edwina, A. (1998). Patients surviving more than 10 years on haemodialysis. The natural history of the complications of treatment. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 13, 1226–1233. doi:10.1093/ndt/13.5.1226
- Swedo, SE., Shapiro, MG, Grady, CL. (1989). Cerebral glucose metabolism in childhood-onset obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 46: 518-523.
- Şahin, N.H (1997), “Öfke: O Sizi Kontrol Edeceğine Siz Onu Kontrol Edin”, *Türk Psikoloji Bülteni*, Cilt.3,Sayı.7,S.79-85
- Şahin, H (2005), “Öfke Denetiminin Kuramsal Temelleri”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Eğitim Fakültesi Yayınları*, Aralık Yıl:6, Sayı.10, S.1-21
- Talas, S., Bayraktar, M. (2002) Böbrek Transplantasyonu Olan Hastaların Yaşadıkları Güçlüklerin İncelenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı*, Doktora tezi, Ankara.
- Taner, E., & Coşar, B. (2006). Konsültasyon–Liyezon Psikiyatrisi’ne Bakış. *Psychiatry in Türkiye*, 8(1), 38-49.

- Togan, S.S.(2005), Ergenlerde Öfke Değerlendirme (Adolescent Anger Rating Scale-Aars)'nin Türkçe Versiyonu, Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*.
- Tolkoff–Rubin, N., & Goes, N. (1993). Textbook of Medicine. In T. E. Andreoli, C. J. Bennet, C. J. Crapenter, F. Plum, & L. H. Smith (Eds.), *Treatment of Irreversible Renal Failure Cecil* (p. 716–726). Philadelphia, W.B. Saunders: Cecil Essentials of Medicine.
- Tükel, R., Polat, A., Ozdemir, O., Aksüt, D., Türksoy, N., (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 43: 204-209.
- Tükel, R., Ertekin, E., Batmaz, S., Alyanak, F., Sözen, A., Aslantaş, B., et al. (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 21: 112-117.
- Tükel, R., Polat, A., Genç, A., Bozkurt, O., Atlı, H., (2004). Gender-related differences among Turkish patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 45: 362-366.
- Türk Nefroloji Derneği. (2007). Türkiye’de Nefroloji – Diyaliz ve Transplantasyon, kayıt sistemi raporu.
- United States Renal Data System, USRDS. (2009). Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; Bethesda, MD.
- USRDS data. www.usrds.org/2010/pdf/v2_07.pdf
- Ülkü, U. (1997). Renal replasman tedavilerine giriş. *Aktüel Tıp Dergisi*, 2(4), 188-189.

- Van Stone, J. C., & Daugirdas, J. T. (1994). Physiologic principles. In J. T. Daugirdas & T. S. Ing (Eds.), *Handbook of Dialysis* (pp. 13-29). Boston: Little, Brown and Company.
- Voltan A.N (2004), *Ne Kadar Farkındayım? Gestalt Terapi*, Babil Yayıncılık, Ankara.
- Vural, A., & Arık, N. (2001). Hemodiyaliz. In *Nefroloji* (pp. 225-238). İstanbul: Deniz Matbaacılık.
- Yatkın I., Çalışkan M. (2009) Renal transplantasyon hastalarında ve vericilerde transplantasyon öncesi ve sonrasında depresyon, anksiyete, yaşam Kalitesi ve sosyal destek, *Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniği uzmanlık tezi*, İstanbul
- Yavuz, K.E (2004), *Duyusal Zekâ Gelişimi*, 2.Basım, Özel Ceceli Okulları Yayınları Eğitim Dizisi 4, Ankara.
- Yazgan-İnanç B., Bilgin, M. ve Atıcı, M. (2004), *Gelişim Psikolojisi*, Nobel Kitabevi, Adana.
- Yenicesu, M., & Arık, N. (2001). Nefroloji. In *Böbrek transplantasyonu* (1st ed., p. 251–267). İstanbul: Deniz Matbaacılık.

8 EKLER

EK I

SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1-) Cinsiyet:

a-) Erkek b-) Kadın

2-) Yaş:

3-) Eğitim durumu:

a-) Eğitimsiz b-) İlkokul c-) Ortaokul d-) Lise e-) Üniversite

4-) Medeni durumunuz :

a-) Evli b-) Bekar c-) Boşanmış d-) Dul

5-) Mesleğiniz :

a-) Çalışıyor b-) Çalışmıyor

6-) Aylık geliriniz ?

a-) Düşük b-) Orta c-) Yüksek

7-) Sigara kullanıyor musunuz ?

a-) Evet b-) Hayır

8-) Alkol kullanıyor musunuz ?

a-) Evet b-) Hayır

9-) Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) teşhisi ne zaman koyuldu ?

.....

10-) KBY dışında eşlik eden başka bir rahatsızlığınız var mı ?

a-) Evet b-) Hayır

Cevabınız ' Evet ' ise belirtiniz.

11-) Ne kadar süredir böbrek nakli bekleme listesinde kayıtlısınız ?

.....

12-) Ne kadar zamandır diyalize giriyorsunuz ?

.....

13-) Daha önce Psikiyatrik tedavi aldınız mı ?

a-) Evet b-) Hayır

14-) Psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz ?

a-) Evet b-)Hayır

15-) Ailenizde psikiyatrik tedavi gören var mı ?

a-) Evet b-) Hayır

Cevabınız ' Evet ' ise belirtiniz.

16-) Ailenizde fiziksel rahatsızlığı olan var mı ?

a-) Evet b-) Hayır

Cevabınız ' Evet ' ise belirtiniz.

EK-2

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa “DOĞRU”yu uygun değilse “YANLIŞ”ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplandırınız.

Doğru Yanlış

1. Bana bir hastalık bulaşır korkusuyla herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.	TRUE	FALSE
2. Sık sık hoş gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.	TRUE	FALSE
3. Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm	TRUE	FALSE
4. İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.	TRUE	FALSE
5. Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.	TRUE	FALSE
6. Sık sık havagazını, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.	TRUE	FALSE
7. Değişmez kurallarım vardır.	TRUE	FALSE
8. Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.	TRUE	FALSE
9. Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.	TRUE	FALSE
10. Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.	TRUE	FALSE
11. Çocukken annem de babam da beni fazla sıkmazlardı.	TRUE	FALSE
12. Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.	TRUE	FALSE
13. Çok fazla sabun kullanırım.	TRUE	FALSE
14. Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.	TRUE	FALSE
15. Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.	TRUE	FALSE
16. Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.	TRUE	FALSE
17. Temizliğe aşırı düşkünüm.	TRUE	FALSE
18. Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.	TRUE	FALSE
19. Pis tuvaletlere giremem.	TRUE	FALSE
20. Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.	TRUE	FALSE
21. Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.	TRUE	FALSE
22. Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim.	TRUE	FALSE
23. Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.	TRUE	FALSE
24. Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim.	TRUE	FALSE

25. Alıştığım işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayırım.	TRUE	FALSE
26. Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.	TRUE	FALSE
27. Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.	TRUE	FALSE
28. Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.	TRUE	FALSE
29. Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.	TRUE	FALSE
30. Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.	TRUE	FALSE
31. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.	TRUE	FALSE
32. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.	TRUE	FALSE
33. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.	TRUE	FALSE
34. Sık sık kendime birşeyleri dert edinirim.	TRUE	FALSE
35. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.	TRUE	FALSE
36. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.	TRUE	FALSE
37. Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.	TRUE	FALSE

EK-3

SÜREKLİ ÖFKE-ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ

SÜREKLİ ÖFKE ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ (SÖÖİTÖ)

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerini ifade ederken kullandıkları bir takım cümleler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da '*genel olarak nasıl hissettiğinizi*' en iyi tanımlayan bölüme (X) işareti koyunuz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Çabuk parlarım.				
2. Kızgın mizaçlıyım.				
3. Öfkesi burnunda bir insanım.				
4. Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.				
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.				
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.				
7. Öfkelenirken ağzıma geleni söylerim.				
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.				
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir.				
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.				

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin öfke ya da kızgınlık duyduğunda gösterdikleri tepkileri yansıtan bir takım cümleler vardır. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ya da kızgınlık duyduğunuz zamanlarda sizi o cümlelerin ne sıklıkta tanımladığını, ifadenin altına (X) işaretini koyarak belirtiniz.

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA.....

	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
11.Öfkemi kontrol ederim.				
12.Kızgınlığımı gösteririm.				
13.Öfkemi içime atarım.				
14.Başkalarına karşı sabırlıyım.				
15.Somurtur ya da surat asarım.				
16.İnsanlardan uzak dururum.				
17.Başkalarına iğneli sözler söylerim.				
18.Soğukkanlılığımı korurum.				
19.Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.				
20.İçin için köpürürüm ama gösteremem.				
21.Davranışlarımı kontrol ederim.				
22.Başkalarıyla tartışırım.				
23.İçimde kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.				
24.Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.				
25.Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.				
26.Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.				
27.Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.				
28.Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.				
29.Kötü şeyler söylerim.				
30.Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.				

	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
31.İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.				
32.Sinirlerime hakim olamam.				
33.Beni sınırlendirene, ne hissettiğimi söylerim.				
34.Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.				

EK- 4

İZİN DİLEKÇESİ

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü

İlgi: 70468901-27 sayılı, 20 Mayıs 2015 tarihli yazınız.

Üniversiteniz Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Alihan ATİLE' nin "Böbrek Nakli Bekleme Listesindeki Hastaların Sürekli Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları ile Obsesif Kompulsif Semptomları Arasındaki İlişkinin Sosyo-Demografik Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formlarını hastanemizde uygulaması uygundur.

Bilgilerinize saygılarımızla arz olunur.

Dr. Özyay ÜNAL
Başhekim

