

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**BÖBREK NAKLİ YAPILMIŞ OLAN HASTALARIN
NAKİL SONRASI ANKSİYETE (KAYGI)
DURUMLARININ İNCELENMESİ**

Dilber DEMİRTAŞ ÖZTÜRK

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

İSTANBUL, 2015

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**BÖBREK NAKLİ YAPILMIŞ OLAN HASTALARIN
NAKİL SONRASI ANKSİYETE (KAYGI)
DURUMLARININ İNCELENMESİ**

**Dilber DEMİRTAŞ ÖZTÜRK
122009348**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

İSTANBUL, 2015

TEZ ONAYI

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

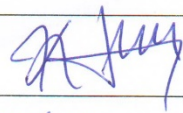

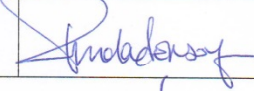
YÜKSEK LİSANS TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Dilber Demirtaş Öztürk Öğrenci No :122009348
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 09.07.2015
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Derya Beydağ Tez Savunma Saati :13.00

Tez Konusu : "Böbrek Nakli Yapılmış olan Hastaların Nakil Sonrası Anksiyete
(Kaygı) Durumlarının İncelenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış,
sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ 'ne OYBİRLİĞİ /
~~OYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. K. Derya Beydağ	KABUL	
Prof. Dr. Birsen Yürtügen	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy	KABUL	
YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar		

ÖZET

Araştırma, böbrek nakli olmuş ve 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde rutin kontrol ve tedavileri yapılan hastaların nakil sonrasındaki anksiyete durumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Samsun ilindeki 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Böbrek Nakli Polikliniğine 15 Mart- 15 Mayıs 2014 tarihleri arasında başvuran, 18 yaş ve üzerinde, Türkçe konuşabilen, mental hastalığı olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 107 hasta oluşturmuştur. Veriler, tanımlayıcı bilgi formu ve Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte (1985) tarafından Türk toplumuna uyarlaması yapılmış olan Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile elde edilmiştir. Verilerin toplanmasında, sayı-yüzdeler hesaplamaları, t testi, Anova testi, Kruskal Wallis testi ve Man Whitney testleri kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında yer alan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği Puan ortalaması $43,87 \pm 6,62$ iken; Sürekli Kaygı Ölçeği Puan ortalaması $48,51 \pm 6,64$ olarak saptanmıştır. Hastaların demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Anahtar kelimeler: Böbrek nakli, durumluk kaygı, sürekli kaygı.

ABSTRACT

EXAMINATION OF ANXIETY STATE OF THE KIDNEY TRANSPLANT PATIENT AFTER TRANSPLANT

This research has been conducted descriptively to evaluate the anxiety conditions of patients who had kidney transplantation and whose routine control and treatment were done in 19 Mayıs University Medical Faculty Hospital.

The sampling of the study consists of 107 patients who applied to the 19 Mayıs University in Samsun province from 15 March -15 May in 2014, over 18, Turkish speaking, with no mental disease who accepted to take part in this study. Data were gathered through descriptive form and state-trait anxiety Conditional and scale which were developed Spielberger and his friends and (1970) adapted to Turkish society by Öner and Le Compte (1985). During the data gathering, t test, Anova test, Kruskal Wallis test and Man Whitney tests were used.

According to the research the mean of state *anxiety* inventory is $43,87\pm,62$ while the mean of trait anxiety is $48,51\pm,64$. There is no significant difference between demographic and illness specific factors and state-trait *anxiety* Inventory statistically ($p>0,05$).

Keywords: Kidney transplantation, state anxiety, trait anxiety.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlamasından yazımına kadar bütün aşamalarında etik dışı davranışım olmadığını, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım tüm bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Dilber DEMİRTAŞ ÖZTÜRK

09/07/2015

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bana destek veren, bilgi ve tecrübelerinden yararlanmama imkân sağlayan değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ 'a,

Yüksek lisans eğitim sürecinde katkı sağlayan Okan Üniversitesi Öğretim üyelerine,

Tez çalışmasında yardımlarını esirgemeyen Ondokuz Mayıs Üniversitesi Böbrek Nakli Polikliniğı hemşirelerine ve personeline,

Tez çalışmama katılan tüm böbrek nakli hastalarına,

Bu süreçte hayatımı kolaylaştıran ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen kardeşim Gülbahar DEMİRTAŞ 'a,

Her an yanı başımda olan, bilgilerinden oldukça faydalandığım, maddi manevi destek, sabır ve katkılarını esirgemeyen eşim Erdem ÖZTÜRK 'e,

Ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese,

SONSUZ TEŐEKKÜRLERİMİ SUNARIM.

Dilber DEMİRTAŞ ÖZTÜRK

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
TEZ ONAYI	II
ÖZET	III
ABSTRACT.....	IV
BEYAN	V
TEŞEKKÜR	VI
İÇİNDEKİLER	VII
TABLOLAR LİSTESİ	X
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	XII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Böbrek Nedir ve Görevleri Nelerdir?.....	3
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği	4
2.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Belirtileri	5
2.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedenleri ve Etyolojisi.....	6
2.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri	9
2.2.3.1. Diyaliz	11
2.2.3.2. Böbrek Nakli.....	15
2.3. Kaygı (Anksiyete).....	19
2.3.1. Kaygının Temel Bileşenleri.....	21
2.3.2. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları.....	22
2.3.3. Ameliyat Öncesi Kaygı	23
2.3.3.1. Transplantasyon Öncesi Alıcı Kaygısı.....	23
2.3.3.2. Transplantasyon Öncesi Alıcı Kaygısına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	24

3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Amacı	26
3.3. Araştırmanın Hipotezi ve Değişkenleri	26
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	27
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.6. Veri Toplama Araçları	28
3.6.1. Tanıtıcı Anket Formu	28
3.6.1.1. Sosyo-Demografik Özellikler	28
3.6.1.2. Hastalığa İlişkin Sorular	29
3.6.2. Durumluk Kaygı Ölçeği (A – State) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (A- Trait)	29
3.6.2.1. Testin Tanıtımı	29
3.6.2.2. Uygulama	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	32
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
6.1. Sonuçlar	50
6.2. Öneriler	51
KAYNAKÇA	52
EKLER	59
Ek-1: Anket Formu	59
Ek-2: Durumluk Kaygı Ölçeği	62
Ek-3: Sürekli Kaygı Ölçeği	63

Ek-4: Etik Kurul Onayı.....	64
Ek-5: Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi.....	65
Ek-6: Özgeçmiş	70

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. 2013 yılı içinde BTx yapılan hastalarda etyolojik nedenlere göre dağılım	.7
Tablo 2. 2013 yılı sonu itibariyle kronik HD programında izlenmekte olan hastaların etyolojik nedenlere göre dağılımı8
Tablo 3. 2013 yılı sonu itibariyle kronik PD programında izlenmekte olan hastaların etyolojik nedenlere göre dağılımı8
Tablo 4. Türkiye’de 2013 yılı içinde ilk kez RRT’ne başlanan (çocuk hastalar dâhil) uygulanan RRT tipine göre dağılımı9
Tablo 5. Türkiye’de 2013 yılı sonu itibariyle kronik HD/PD programında veya fonksiyone greftle izlenmekte olan tüm hastaların (çocuk hastalar dâhil) RRT tipine göre dağılımı10
Tablo 6. Yıllara göre Tx hasta sayısını gösterir grafik17
Tablo 7. Tx hastalarında donör tiplerinin yıllara göre dağılım yüzdesi17
Tablo 8. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları33
Tablo 9. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı34
Tablo 10. Hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin psiko-sosyal özelliklerinin dağılımı35
Tablo 11. Hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalaması36
Tablo 12. Hastaların yaş gruplarına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması37
Tablo 13. Hastaların cinsiyetlerine göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması37
Tablo 14. Hastaların medeni durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması38

Tablo 15. Hastaların çocuğu olma durumlarına göre durumluk ve sürekli kayđı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması.....	38
Tablo 16. Hastaların gelir durumlarına göre durumluk ve sürekli kayđı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması.....	39
Tablo 17. Hastaların yaşadıkları yere göre durumluk ve sürekli kayđı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması.....	39
Tablo 18. Hastaların böbrek hastası olma süresine göre durumluk ve sürekli kayđı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması.....	40
Tablo 19. Hastaların diyalize girme sürelerine göre durumluk ve sürekli kayđı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması.....	40
Tablo 20. Hastaların böbrek nakli üzerinden geçene süreye göre durumluk ve sürekli kayđı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması.....	41
Tablo 21. Böbrek naklinin kimden yapıldığı ile durumluk ve sürekli kayđı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması.....	42
Tablo 22. Nakil sonrası rejeksiyon yaşama durumu ile durumluk ve sürekli kayđı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması.....	42
Tablo 23. Nakil sonrası enfeksiyon yaşama durumu ile durumluk ve sürekli kayđı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması.....	43
Tablo 24. Böbrek nakli olduktan sonra ruhsal durumda değişme durumu ile durumluk ve sürekli kayđı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması	43

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABY	: Akut Böbrek Yetmezliği
BTx	: Böbrek Transplantasyonu
DM	: Diabetes Mellitus
GF	: Glomerüler Filtrat
GFR	: Glomerüler Filtrat Hızı
HD	: Hemodiyaliz
HT	: Hipertansiyon
İBS	: İrritabl Barsak Sendromu
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
PD	: Periton Diyalizi
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
RTx	: Renal Transplantasyon
SAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SF-36	: Kısa Form- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
STAI 1	: State –Trait Anxiety Inventory (=DKÖ)(=SS) Durumluk Kaygı Ölçeği
STAI 2	: State-Trait Anxiety Inventory (=SKÖ)(=TS) Sürekli Kaygı Ölçeği
TND	: Türk Nefroloji Derneği
UF	: Ultrafiltrasyon

1. GİRİŞ

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), günümüz dünyasında önemi her geçen gün artan bir sağlık sorunudur. Yaşam kalitesini etkileyen ve Renal Replasman Tedavi (RRT)'lerinin maliyetinin yüksekliği hastalığın en büyük sorunlarından biri olmaktadır.

KBY tedavileri Hemodiyaliz, Periton Diyalizi ve Böbrek Transplantasyonu olmak üzere üç çeşittir. Böbrek Transplantasyonu, KBY tedavileri içerisinde en etkili tedavi şekli olduğu öne sürülmektedir. Başarılı bir nakil operasyonu diğer tedavi çeşitlerine göre hem daha kalıcı bir çözüm sunmakta hem de hastanın yaşam kalitesini arttırmaktadır. Maliyet hesapları dikkate alındığında, hemodiyalize giren ve periton diyalizi tedavisi gören hastanın bir yıllık diyaliz maliyeti 22800 dolar iken böbrek transplantasyonu olan hastanın nakil maliyeti 23400 dolar olup ilk yıldan sonraki maliyeti 10000 dolardır (1).

Böbrek Transplantasyonu, yapılan araştırmalar sonucunda ülkemizde kişilerin bilgi eksikliğinin yanında, dini inanışlar, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulmaması, doktorlara olan güven eksikliği gibi nedenlerle diğer tedavi çeşitleri olan hemodiyaliz ve periton diyalizinden daha az görülmektedir. Özellikle kadavra donörlerinden fazla yararlanılamaması bu sayının artmamasının en büyük nedenlerindedir (1).

2013 Türk Nefroloji Derneği verileri baz alındığında, ülkemizde Hemodiyalize giren hasta sayısı 52675 ile toplam tedavi yöntemlerinin %78,96 oluştururken, Böbrek transplantasyonu yapılan hasta sayısı 9499 ile toplam tedavi yöntemlerinin %14,24'ünü oluşturmaktadır. Özellikle Avrupa ülkeleri incelendiğinde Böbrek Transplantasyonu oranı %70-80, hemodiyalize giren hasta sayısı oranı da %20-30 civarlarında olduğu gözlenmektedir (1).

Böbrek naklinin, tüm tedavi yöntemlerinin içindeki payının düşük olmasının bir diğer önemli nedeni ise nakil olacak hastaların anksiyete durumlarıdır. Böbrek nakli ameliyatının riskli bir operasyon olması hastaları tedirgin etmekte ve nakil olma süresini uzatmaktadır (2).

Yine kadavra vericilerin az olması sebebiyle vericilerin yakın akraba ve özellikle de eşlerin olması, nakil olacak hastaların, vericilerin zarar göreceği düşüncesiyle kaygılı olduğu görölmektedir (3).

Böbrek nakli olan hastaların, ikinci bir hayata başladığı, hayattan yeni tatlar aldığı, yaşama daha sıkı bağlandığı, nakil öncesi ruhsal bir çöküntüden kurtularak daha mutlu bir yaşam sürdüğü, ölüm korkusunu biraz olsun geride bıraktığı yapılan araştırmalarda gözlenmiştir (1, 2, 3).

Bu araştırma; Böbrek nakli olmuş ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde rutin kontrol ve tedavileri yapılan hastaların nakil sonrasındaki anksiyete durumlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Böbrek Nedir ve Görevleri Nelerdir?

Böbrekler, bel omurlarının her iki yanında bulunan fasulye biçiminde yaklaşık olarak 10 cm boyunda, 4cm kalınlığında ve 7 cm eninde olan bir çift organdır. Ağırlığı erkeklerde 125-170 gr, kadınlarda ise 115-155 gr arasında değişebilir. Boşaltım sisteminin en önemli öğelerinden birisi olan böbreklerin her birinde 1000000 civarında nefron vardır. Kalp dakikada 5-6 litre kan pompalar ve bunun bir litresi nefronlardan geçerek kanın süzülmesi sağlanır. Boşaltım sisteminde bir filtre görevi üstlenirler. Böbrekler günde yaklaşık olarak 180 litre kan temizlemektedir (4, 5, 6, 7).

Böbreklerde kanın süzülmesi sırasında; aminoasitler, su ve glikoz süzülürken, kan hücreleri, plazma, proteinler, yağlar ve çeşitli iyonlardır. Aminoasit ve glikozun tamamı geri emilimle tekrar vücuda döndürülür. Su, madensel tuzlar, NH₃, surfat, kreatinin, üre ve ürik asit idrarı oluşturur. Vücuttaki fazla su ile zehirli maddeler idrar yoluyla dışarı atılır. Sağlıklı bir insanın idrarında glikoz bulunmaz (5, 7).

Böbreğin diğer görevleri şu şekildedir:

- Vücut sıvı ve iyon dengesini düzenler: su, hidrojen, potasyum, fosfor, bikarbonat, kalsiyum, magnezyum vb.
- Kandaki zehirli maddelerin ve metabolizma sonucu oluşan artık ürünlerin atılımı: üre, ürik asit ve keratinin vb.
- Toksinler, ilaçlar ve metabolitlerinin detoksifikasyonu ve atılımı,
- Vücut dengeleri için bir takım hormonlar üreterek metabolizmaya katkı yapar:
 - Eritropoetin salgılayarak kan yapımına katkı sağlar.
 - D vitaminin aktif metabolitini sağlar,
 - Renin salgılayarak kan basıncını ayarlar.
- Asit-baz dengesini ayarlar.

- Peptit hormonların yıkımında rol oynar: insülin, kalsitonin, glukagon, parathormon, büyüme hormonu vb.
- Metabolik etki: lipid metabolizması, glukoneogenez...
- Molekül ağırlığı küçük olan proteinlerin yıkımında görev alır: hafif zincirler, beta2 mikroglobülin... (4, 5, 8)

Böbrekler bu görevlerini yerine getiremediği durumlarda kanda atılması gereken zararlı maddelerin vücut içinde kalmasına neden olur. Bu da zamanla idrar miktarında azalmaya ve sonunda böbrek yetmezliğine götürür. Genellikle böbrek hastalıkları sinsice ve ağrısız biçimde ilerler. İdrar miktarı, vücuda alınan ve vücuttan çıkan sıvı miktarına göre değişir. Ortalama günde 0,5-3 litre arasında idrar çıkışı olur. İshal, bulantı ve kusma gibi rahatsızlıklarda sıvı kaybı yaşandığından idrar miktarı azaltılıp yoğunluğu artırılır. Bu dengeyi böbrekler sağlar. Eğer böbrekler düzgün çalışmazsa vücudun su dengesi bozulur ve kan içindeki zehirli maddeler dışarı atılamaz. Böbrek yetmezliklerinde vücut içerisindeki fazla sıvı, bacaklarda ödeme, akciğerlerde birikimi ile de solunum sıkıntısına yol açar (5, 7).

Böbreklerin işlevlerini yerine getirememesi sonucunda ani olarak gelişmesi (akut) ve uzun zaman sürecinde ortaya çıkmasıyla (kronik) iki çeşit yetmezlikten söz edebiliriz. Akut olan yetmezlik iyileşebilirken kronik olan yetmezliğin geri dönüşü yoktur (9).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği

Böbreklerin işlevlerini etkileyen durumun en az üç ay süreyle devam etmesine ve dolayısıyla kalıcı hasara sebebiyet vermesine kronik böbrek yetmezliği denir. Bu hastalığın ciddiyetini belirtmek için böbreklerde süzülen glomerüler filtrat (GF) miktarına bakılır. Her iki böbreğin birim zamanda süzdüğü GF miktarı glomerüler filtrasyon hızı (GFR) olarak adlandırılır (4, 7, 10).

Sağlıklı bireylerde GFR yaş arttıkça azalmaya bağlı olarak 80-130 ml/dakikadır. Hastalık bu hıza göre beş evrede değerlendirilir. Süzme hızı 90 ml/dak. üzerinde ise Evrel olarak adlandırılır ve böbrekte hasara neden olan bir durumun varlığından söz

edilir. Süzme hızı 60-90 ml/dak. arasında ise Evre2 olarak adlandırılır ve böbrekte hafif hasar vardır. Evre3'te süzme hızı 30-60 ml/dak. arasındadır ve böbrek, orta derecede hasarlıdır. Böbrekte şiddetli bir hasarın olduğu Evre4'te süzme hızı 15-30 ml/dak. arasındadır. Evre5'te ise süzme hızı 15 ml/dak. altında olup son dönem böbrek hastalığı olarak isimlendirilir. Hastalık evresindeki artış böbreklerin daha az çalıştığını ifade eder ve bu sebeple evre arttıkça hastalık belirtileri daha da belirgin bir hale gelir (7, 10).

Çift böbrekle yaşama başlarız fakat mutlak ihtiyacımız tek böbrektir. Sağlıklı bir böbrek, iki böbreğin yapabildiği tüm işlevleri yerine getirebilir. Eğer böbrek tek kalmışsa hızlıca büyür ve çift böbreğin boyutlarına ulaşır. Her iki böbreğin de işlevini yerine getirmediği durumda Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) oluşur (7, 11).

2.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği Belirtileri

Böbrek rahatsızlıkları genellikle belirgin biçimde karşımıza çıkmaz. Tesadüfen ya da hastalık ileri evrelere ulaştığında şikâyetler ortaya çıkmaya başlar. En sık karşılaşılan şikâyetler şu şekildedir: (7, 12)

➤ **İdrar yaparken yanma (dizüri):** idrar yolu iltihaplanmasında görülür. Eğer iltihap, idrar torbasında ise alt idrar yolu iltihaplanması, böbreklerde ise üst idrar yolu iltihaplanmasıdır. İdrarda yanmanın yanında ağrı, ateş, kanlı idrar olarak gözlenebilir. Kadınlarda idrar yolu daha kısa olduğundan enfeksiyon daha sık görülür (12).

➤ **Gece idrara çıkma:** vücuttan dışarı atılan idrar miktarı günlük alınan sıvı miktarına bağlı olarak 500-3000 ml. arasında değişir. Yatmadan evvel sıvı almayan kişiler geceleri idrara çıkmazlar. Bu sebeple geceleri idrara çıkma önemli bir bulgudur. Böbreklerin, idrarı yeterince yoğunlaştırıp atmadığının bir göstergesidir (7, 12).

➤ **İdrar görünümü-rengi:** idrarın rengi genellikle fazla sıvı alındığında açık, az sıvı alındığında koyu renk görülür. Bu bize fazla ipucu vermez. Fakat idrarda kan olması durumunda renk kızılılaşır. Bu gibi durumlarda gerekli tetkikler hiç vakit kaybetmeden yapılmalıdır (12).

➤ **Vücutta şişlik:** vücutta fazla suyun atılamadığı durumlarda bazı bölgelerde şişlikler görülebilir. Buna tıp dilinde ödem denir. İlk olarak göz çevresinde, ayakta fazlaca durulduğunda bacaklarda ve gece yatılan bölgelerde daha belirgin olarak görülür. Fakat ödem, karaciğer hastalıklarında, kalp rahatsızlıklarında ve başka nedenlerle de görülebilir (7, 12).

➤ **Hipertansiyon:** kan basıncının, küçük tansiyon için 90 mmHg ve büyük tansiyon için 140 mmHg ve üzerinde olmasına hipertansiyon (HT) adı verilir. HT kontrol altına alınmadığında böbrekte rahatsızlıklar meydana gelir (12).

➤ **Diğer:** bunların dışında vücutta halsizlik, iştahsızlık, ciltte kuruma ve kaşınma, kalp çarpıntısı, nefes darlığı ve kilo kaybı gibi belirtiler de ileri düzeyde böbrek rahatsızlığı olan son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) şikâyetleri arasındadır (7).

2.2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Nedenleri ve Etyolojisi

KBY' ye neden olan çok sayıda etki vardır. Dünya üzerinde çeşitli bölgelerde yapılan araştırmalara göre KBY' ye yol açan etkenler, ülke, ırk ve cinsiyete göre farklılıklar göstermektedir. Günümüzde karşılaşılan en sık nedenler aşağıda açıklanmıştır: (4, 8, 12)

➤ **Diabetes Mellitus (DM) (Şeker Hastalığı):** kan şekerini düzenleyen hormon olan insülinin yetersiz kaldığı durumlarda ortaya çıkan bu hastalık, KBY' nin her evresinde etkindir. Eğer kan şekeri kontrol altına alınmazsa hem böbrek hastalığı gelişimi artar hem de ilerlemesi hızlanır. Dünya üzerinde görülen SDBY' nin yaklaşık % 30' u DM' nin etkisiyle ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle diyet, egzersiz ve ilaçlar ile kan şekeri düzenlenmelidir (12, 13).

➤ **Hipertansiyon (HT):** büyük tansiyon değerinin 12-14 cmHg, küçük tansiyon değerinin de 8-9 cmHg aralığında olduğu durumlarda kişi yakından izlenmelidir. HT' nin gelişimi genetik, hormonal, sinir sistemi, damarsal hastalıklar ve tuz oranındaki değişikliklere bağlıdır. Kalp ve damarlar başta olmak üzere göz, beyin ve böbrekler HT' nin zarar verdiği organlardır (12).

➤ **Glomerülonefrit:** böbrekte süzme işlevini yerine getiren kısım olan glomerülün iltihaplanması olayıdır. İdrarda protein kaybının yükselmesine neden olur. Böbreğin kendisinden kaynaklanabileceği gibi romatizmal hastalıkların sonucunda da gelişebilir (12).

➤ **Kistik Böbrek Hastalığı:** hem genetik etkisi hem de sonradan çıkma ihtimali vardır. Genetik olarak en sık görüleni polikistik böbrek hastalığıdır. Genellikle ileri yaşlarda görülür. Hastalık herhangi bir şikayet sonucunda değil rastgele yapılan tetkikler sonucunda ya da ailede diğer bireylerin rahatsızlıkları sonucunda yapılan taramalarda ortaya çıkar (12).

➤ **Amiloidoz:** protein yapısındaki amiloid adı verilen maddenin böbreklerde ve diğer dokularda birikmesiyle oluşan bir hastalık türüdür. Ülkemizde görülen böbrek yetmezliklerinde en sık görülen AA tipi amiloidozdur. Vücutta uzun süren bir iltihabi rahatsızlık sonucunda kendini gösterir (12).

Aşağıda ülkemizde görülen SDBY' ye neden olan etkenler, tedavi şekillerine göre tablolar halinde verilmiştir:

Tablo 1. 2013 yılı içinde BTx yapılan hastalarda etyolojik nedenlere göre dağılım

	%
Hipertansiyon (HT)	17,63
Glomerülonefrit	12,86
Diabetes Mellitus (DM) (şeker hastalığı)	9,39
Tip 1 DM	1,73
Tip 2 DM	7,66
Polikistik Böbrek Hastalıkları	4,48
Amiloidoz	2,46
Tübülointerstisyel Nefrit	1,60
Renal Vasküler Hastalık	0,14
Diğer	37,28
Etyoloji Bilinmeyen	14,16
Toplam	100,00

Tablo 1, 14. Kaynaktan alınmıştır (14).

Tablo 2. 2013 yılı sonu itibariyle kronik HD programında izlenmekte olan hastaların etyolojik nedenlere göre dağılımı

	%
Hipertansiyon (HT)*	28,47
Diabetes Mellitus (DM) (şeker hastalığı)	33,83
Tip 1 DM	4,51
Tip 2 DM	29,32
Glomerülonefrit	7,37
Polikistik Böbrek Hastalıkları	4,41
Amiloidoz	1,91
Tübülointerstisyel Nefrit	1,58
Renal Vasküler Hastalık	0,92
Diğer	7,39
Etyoloji Bilinmeyen	14,12
Toplam	100,00

* Hipertansiyonun primer değil, kronik böbrek yetmezliğine bağlı oluşan sekonder hipertansiyon olduğuna dair kuvvetli şüpheler vardır.

Tablo 2, 14. Kaynaktan alınmıştır (14).

Tablo 3. 2013 yılı sonu itibariyle kronik PD programında izlenmekte olan hastaların etyolojik nedenlere göre dağılımı

	%
Hipertansiyon (HT)*	35,04
Diabetes Mellitus (DM) (şeker hastalığı)	22,23
Tip 1 DM	4,79
Tip 2 DM	17,44
Glomerülonefrit	9,35
Polikistik Böbrek Hastalıkları	3,93
Amiloidoz	2,59
Tübülointerstisyel Nefrit	1,73
Renal Vasküler Hastalık	0,31
Diğer	10,21
Etyoloji Bilinmeyen	14,61
Toplam	100,00

* Hipertansiyonun primer değil, kronik böbrek yetmezliğine bağlı oluşan sekonder hipertansiyon olduğuna dair kuvvetli şüpheler vardır.

Tablo 3, 14. Kaynaktan alınmıştır (14).

Tabloları incelediğimizde ülkemizde KBY' ye neden olan etkenlerden en sık görülenleri DM, HT ve Glomerülonefrit olduğu bunların toplamının da yaklaşık olarak %90' ları bulunduğu görülmektedir.

2.2.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Tedavi Yöntemleri

KBY hastalarından SDBY' ye girenlerin iki tip tedavi yöntemi vardır. Bunlar diyaliz ve böbrek transplantasyonudur (BTx). Diyalizde Hemodiyaliz (HD) ve Periton Diyalizi (PD) olmak üzere iki tip uygulaması mevcuttur. Bu üç tedavi RRT olarak adlandırılır ve tedaviler arasında geçişler mevcuttur. Örneğin PD olan bir hasta daha sonra HD'ye geçebilir ve uygun bir böbrek bulunduğunda BTx olabilir. KBY tedavisindeki temel amaç hastaların yaşam kalitesini ve süresini arttırmaktır (4, 8, 15).

Tablo 4. Türkiye'de 2013 yılı içinde ilk kez RRT'ne başlanan (çocuk hastalar dâhil) uygulanan RRT tipine göre dağılımı

	n	%
Hemodiyaliz	8757	82,60
Periton diyalizi	1150	10,85
Transplantasyon*	694	6,55
Toplam	10601	100,00

* Preemptif TX¹

Genel insidans² = 138 mnb/ppm

Tablo 4, 14. Kaynaktan alınmıştır (14).

¹ Hastaya, herhangi bir diyaliz tedavisi uygulanmadan Böbrek Transplantasyonu yapılmasıdır.

² Belirli bir süre içinde bir toplumdaki "sağlam" kişilerin belirli bir hastalığa yakalanma olasılığıdır. Bu hız, belirli bir süre (hafta, ay, yıl) içinde görülen yeni vaka sayısının, risk altında bulunan sağlam kişilere oranıdır.

Tablo 5. Türkiye’de 2013 yılı sonu itibariyle kronik HD/PD programında veya fonksiyone greftle izlenmekte olan tüm hastaların (çocuk hastalar dâhil) RRT tipine göre dağılımı

	n	%
Hemodiyaliz	52675	78,96
Periton diyalizi	4537	6,80
Transplantasyon	9499	14,24
Toplam	66711	100,00

Genel prevalans³ = 970 mnb/ppm

Tablo 5, 14. Kaynaktan alınmıştır (14).

KBY’nin tedavisinde; böbreklerin işlevsel rezervinin doğru saptanması, işlevlerin azalmasına sebep olan sorunların önlenmesi ve böbrek yetmezliğinin yavaşlatılması ana prensip olarak belirlenmiştir. KBY’ ye girmiş olan hastaların yaşam kalitesini arttırmak ve mevcut rahatsızlığın daha da ilerlemesini engellemek için konservatif tedavi yöntemleri de uygulanır (4, 8). Bu tedaviler:

- Uygun diyet,
- Uygun sıvı,
- HT tedavisi,
- Kardiyovasküler riskin azaltılması,
- Anemi tedavisi,
- Üremik kemik hastalığının tedavisi,
- Aşılama,
- Malnütrisyonun önlenmesi,

³ Belirli bir zaman kesitinde, bir toplumda saptanan tüm (eski ve yeni) vaka sayısının, aynı andaki risk altındaki kişi sayısına oranıdır.

- Ortaya çıkmış sorunların tedavisi,
- Nefrotoksik ilaçlardan kaçınma,
- Egzersizdir (4).

2.2.3.1. Diyaliz

Diyaliz, sıvı ve elektrolitlerin yüksek yoğunluktan düşük yoğunluğa doğru yarı geçirgen bir zar aracılığıyla hasta kanı ile diyaliz sıvısı arasındaki değişimi temel alan tedavi şeklidir. Bu geçiş her iki taraftaki yoğunluk değeri eşitleninceye kadar devam eder. Sıvı geçişleri, osmoz, difüzyon ve ultrafiltrasyon (UF) yollarından biri ile gerçekleşir. HD ve PD olmak üzere iki şekilde uygulanır (4, 8, 16).

2.2.3.1.1. Hemodiyaliz

Tarihte ilk diyaliz uygulaması HD yöntemiyle Akut Böbrek Yetmezliği (ABY) olan bir hastaya uygulanmıştır. Fakat daha sonraları gelişen teknolojiyle KBY hastalarının tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır. RRT tiplerinden en fazla uygulanan tedavi yöntemidir. Çalışma prensibi; hastadan alınan kirli kanın makineden geçirilerek zehirli maddelerin temizlenmesiyle tekrar hastaya verilmesidir. HD makinelerine gelen su, özel yöntemlerle temizlenmiş olup hastadaki zehirli maddeleri uzaklaştıracak, gerekli olan su ve mineral dengesini sağlayacak şekilde düzenlenmiştir (4, 8, 10, 17).

HD uygulaması, hasta üzerinde bir fistül açılarak yapılmaktadır. Damar erişiminde problem olması durumunda HD' nin uygulanması mümkün olamamaktadır (4, 8).

HD 'e giren hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden psikolojik etkenler önemli bir yer tutar. Kişilerin HD öncesi, sırası ve sonrasındaki yaşama bakışı ve toplumsal ilişkileri önemli ölçüde farklılıklar gösterir (18).

2.2.3.1.1.1. Hemodiyalizin Avantajları

- Tedavi süresinin kısa olması,
- Hastanın HD tedavisi aracılığıyla haftada 2-3 kez doktor kontrolünden geçmesi,
- Zehirli maddelerin hızlıca vücuttan uzaklaştırılması,
- Metabolizmayı az etkilediğinden kilo alma problemi yaşanmaması,
- Hastanın yatış işlemi olmadan ayakta tedavi hizmetinin sunulması,
- Batınla ilgili komplikasyonlarla karşılaşılması,
- Diyaliz merkezinde ayrı bir sosyal çevre oluşturulmasıdır (4, 8, 19).

2.2.3.1.1.2. Hemodiyalizin Dezavantajları

- Damar yolu kullanılır,
- Fistül için cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulur,
- Bazı temizlenmesi gereken zehirli maddeler temizlenemez, sadece solüt temizliği yapılır,
- Bazı faydalı maddelerde vücut dışına atılır,
- Ekstra ilaç kullanılır,
- Enfeksiyon görülme olasılığı oldukça sıktır,
- Daha sonraki süreçlerde kalp damar rahatsızlıkları görülebilir,
- Hasta, diyalize bağımlı yaşamaya başladığında sosyal hayattan biraz uzaklaşmaya başlar,
- Heparinizasyona⁴ ihtiyaç duyulur,

⁴ Kanın pıhtılaşmasını önleme veya pıhtıyı çözme amacıyla vücuda enjekte edilen bir madde türüdür.

- Sıvı çekilmesi sonucunda hipotansiyon⁵ gelişmesi görülür,
- Özel bir diyet gereklidir. Bazı sıvı ve gıdaların alınmasında kısıtlamalara ihtiyaç duyulur. Günlük ortalama 35-40 kal/kg olacak şekilde beslenmelerine dikkat edilmelidir (4, 8, 20, 21).

2.2.3.1.2. Periton Diyalizi

PD, 1975 yılına kadar sadece ABY hastalarına kullanılırken, sürekli ayaktan periton diyalizinin (SAPD) tanımlanmasıyla KBY hastalarına da uygulanmaya başlanmıştır. Periton denilen yarı geçirgen karın zarına cerrahi yöntemlerle yerleştirilmiş kateter yardımıyla ve belirli aralıklarla diyaliz yapılmasıdır. Hemodiyalizde kullanılan membran yerine karın zarı kullanılır. Temel amaç; sıvı-elektrolit dengesinin sağlanmasıdır (4, 8, 10, 19).

Uygulaması; sürekli ayaktan ve aletli olmak üzere iki çeşittir. Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (SAPD), hastanın ev ve ofis gibi ortamlarda gün içerisinde 4-5 kez uygulanmaktadır. Aletli Periton Diyalizi (APD) ise kişinin gece uyurken diyaliz işleminin gerçekleştirilmesidir (9).

2.2.3.1.2.1. Periton Diyalizinin Avantajları

- Herhangi bir diyaliz merkezine veya hastaneye olan bağımlılığı yoktur,
- Sıvı-elektrolit dengesi sürekli dir,
- Tansiyon kontrolü daha fazladır,
- Diyet uygulamalarında daha esnek davranılabilir,
- Damar yoluna gerek yoktur,
- HD' ye göre böbrek işlevleri daha iyi korunur,
- Kalp damar rahatsızlığı olanlar ve yaşlılar için daha uygundur,

⁵ Normalden düşük olan atardamar basıncı, düşük kan basıncı

➤ HD'ye göre maliyeti daha düşüktür. Hastane ekipmanı ve uzman personel gereksinimi yoktur,

➤ Hepatit bulaşma riski daha azdır,

➤ Anemi görülme sıklığı daha azdır.

2.2.3.1.2.2. Periton Diyalizinin Dezavantajları

➤ Uzun süreli periton girişlerine ihtiyaç duyulması sebebiyle yabancı cisme karşı enfeksiyon riski vardır,

➤ Hastaların yaklaşık % 70'i peritonit atağı geçirmekte fakat bu durum antibiyotiklerle tedavi edilmektedir,

➤ Uzun süreli yaşam oranı, HD 'ye göre daha azdır,

➤ Beslenme sorunları ortaya çıkabilir; glukozun emilimi nedeniyle kilo alımı ve protein kayıpları görülebilir,

➤ Her gün steril koşullarda uygulanması gerektiğinden, hastada psikolojik sorunlara yol açabilir,

➤ PD çözeltileri için evde en az 2 m2 alana ihtiyaç vardır,

➤ Hiperglisemi ve hiperlipideminin agreeye olması,

➤ Periton geçirgenliğinin zamanla azalması,

➤ Ultrafiltrasyon yetersizliği,

➤ Uzun dönemde kalp hastalığı gelişir,

➤ Katater tıkanmaları görülür (4, 8, 19).

2.2.3.2. Böbrek Nakli

KBY olan hastalara yaşam standardını yükseltmek amacıyla önerilen ve hasta yaşamını uzatan en önemli tedavi biçimidir. İlk defa 1953 yılında canlı vericiden yapılan böbrek nakli Paris'te gerçekleştirilmiş olmasına rağmen doku uyumsuzluğu sorunu nedeniyle başarılı olamamıştır. 1954 yılında Harvard'da Dr. Joseph E. Murray tarafından tek yumurta ikizleri arasında yapılan böbrek nakli ile bu soruna çözüm olmuştur. Türkiye 'deki ilk nakil, 1975 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde Dr. Mehmet Haberal tarafından gerçekleştirilmiştir (19, 22).

Her tedavi yönteminde olduğu gibi böbrek naklinin önündeki en büyük engel alıcı hastanın bağışıklık sistemidir. Yeni organı vücut kabul etmeyerek ona karşı savunma mekanizmasını geliştirir. Nakledilen böbreğin vücuda uyumu ancak bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçlar ile mümkündür. Ancak bu ilaçların da yüksek tansiyon ve iltihabi hastalıklar gibi etkileri görülebilir. Eğer vücut nakledilen böbreği reddederse kişi tekrar diyalize geri dönmek zorunda kalır (1, 22).

Böbrek nakli, canlı vericiden ve kadavradan olmak üzere iki kaynaktan yapılır. Aralarında kan bağı bulunan alıcı ve vericilerde böbrek nakli daha çok uyum gösterir. Ülkemizde yapılan nakillerin yaklaşık %70-75'i canlı vericiden yapılmaktadır. Bu da yurdumuzda organ bağışının ne kadar az olduğunu gözler önüne sermektedir (23, 24).

Yapılan nakillerin büyük çoğunluğunun canlı vericiden olmasının diğer bir nedeni ise; hastanın sağ kalım oranının daha yüksek olmasıdır. Kadavradan yapılan nakillerde sağ kalım oranı ilk 1-5 yılları arasında %84- %96 iken; canlı vericilerde bu oran %91- %98 aralığındadır. Doğukan ve ark.'nın 1994-2000 yılları arasında yaptığı çalışmada canlı vericiden yapılan nakillerde 1 yıllık renal sağkalım oranı %83, kadavra böbreği sağkalım oranı %80 'dir (25). Canlı vericilerden yapılan nakillerin daha yüksek yüzdeli olması alıcı kişilerin ölüm kaygılarını ön plana çıkarmaktadır (1).

RRT tedavi seçenekleri arasında en iyi tedavi yöntemi olarak kabul edilmekte olup başarılı bir böbrek transplantasyonunda hastaların yaşam kalitesi artmakta, yaşam süresi uzamakta ve mortalite⁶ riski azalmaktadır. Diyaliz hastalarına göre nakil

⁶ Mortalite: Bir hastalıktan veya genel olarak yıllık hesaplanan her 1000 kişi başına ölümlerin sayısının oranıdır.

hastalarının yaşam kalitesi daha üst düzeydedir. Ayrıca tedavi masrafları bir yıllık diyaliz maliyetinin yarısı kadardır (1, 26).

Garcia ve ark. 'nın yaptığı çalışmaya göre SDBY dünya çapında giderek artmakta ve bunun tanısal nedenlerinden ilk sırada olanı tip 2 diyabet olduğu görülmektedir. Diyaliz masrafları gelişmiş ülkelerde oldukça yüksek olup gelişmekte olan ülkelerde ise aşırı yüksektir (27).

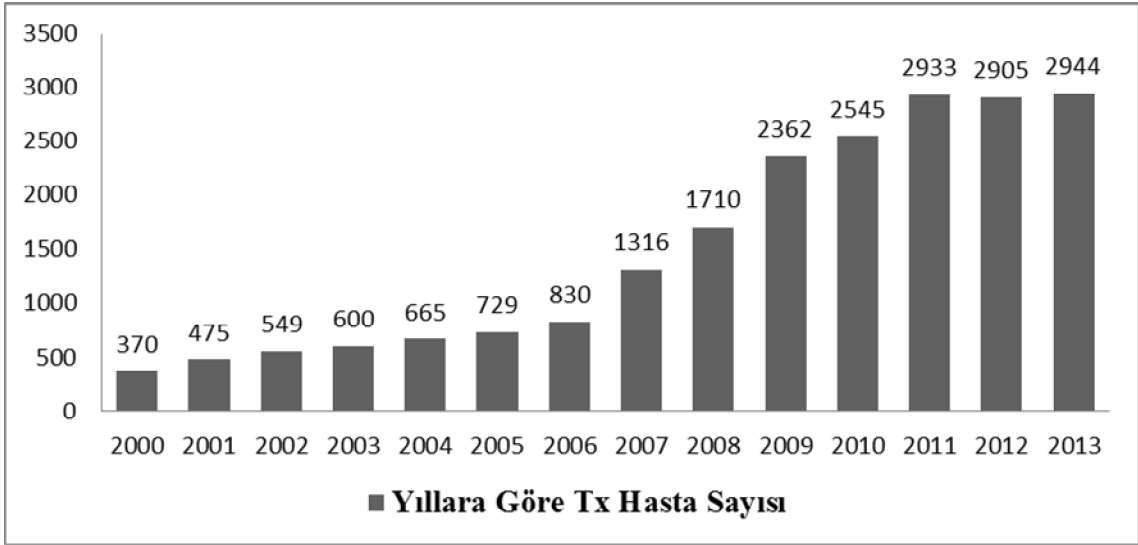
Ülkemizde yaklaşık 40 bin civarında diyalize giren hasta bulunmaktadır. Bunların devlete maliyeti yaklaşık olarak 1 milyar dolardır. RTx hem sağlık hem de ekonomik bakımdan daha kalıcı bir çözümdür (1, 28).

Ameliyat riskini kaldıramayacak derecede kalp rahatsızlığı olanlar, kanser hastalığı bulunanlar ve aktif enfeksiyon hastalığı olanlar dışında herkes nakil olabilir. Ancak yapılan çalışmalarda hastaların operasyon öncesi, sırası ve sonrasında anestezi etkisinden uyanamama, operasyon sonrasında ağrı, ölüm riski, organ kaybı, cinsel işlev bozukluğu, komplikasyon gelişme riski gibi sebeplerden kaygı düzeyinde bir artış olduğu gözlenmiştir (1, 4, 28).

RTx sonucu bazı komplikasyonlar görülebilir, ancak çok ağır komplikasyonlar görülmez. RTx 'in sorunlu olduğu hastalar, yaşlılar ve sıkıntılı diyaliz dönemi geçirenlerdir. Ameliyat sonrası gelişen komplikasyonlar; kan kaybı, damarların kanpıhtısı ile tıkanması (tromboz), böbrek atardamarının daralması (renal arter stenozu), üreter darlığı ve idrar kaçağı, lenfosel, gecikmiş greft fonksiyonu, ateş, enfeksiyon ve rejeksiyonlardır. Enfeksiyonların kökeni virüs, bakteri ve mantarlardır (29, 30, 31).

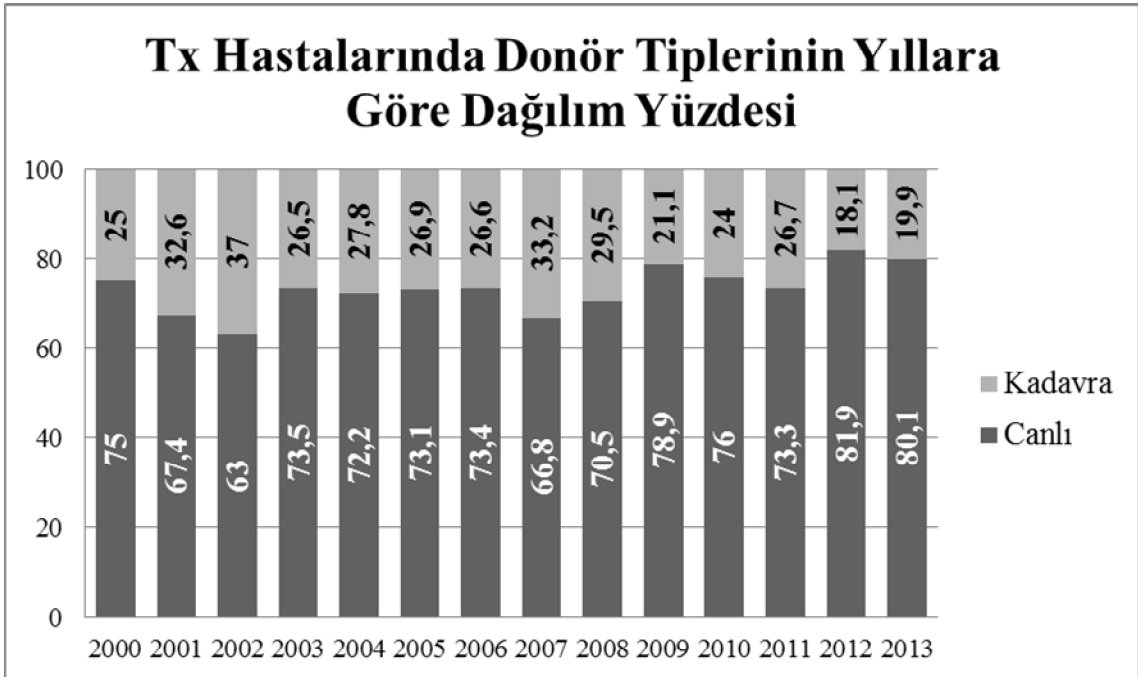
TND verilerine göre 2013 yılında toplam 2944 adet nakil yapılmıştır. Nakillerin %19,9 'u kadavradan, %80,1 'i canlı vericiden yapılmış olup nakil sayısı mevcut ihtiyacın çok altında kalmıştır. Nakiller sonucunda 147 ölüm gerçekleşmiş olup bunların %51,4 'ü enfeksiyondan kaynaklanmıştır (14).

Tablo 6. Yıllara göre Tx hasta sayısını gösterir grafik



Tablo 6, 14. Kaynaktan alınmıştır (14).

Tablo 7. Tx hastalarında donör tiplerinin yıllara göre dağılım yüzdesi



Tablo 7, 14. Kaynaktan alınmıştır (14).

Grafikleri incelediğimizde yapılan nakillerin sayısı yıllar geçtikçe artmasına rağmen hasta sayısındaki artış sebebiyle ihtiyacı karşılayamamaktadır. Yapılan nakillerin büyük çoğunluğunun canlı vericilerden olması da böbrek nakli bilincinin ülkemizde yeterince oluşmadığının göstergesidir. Ortalama nakillerin yaklaşık %75-80 'i canlı vericilerden sağlanmaktadır. Bu oranın tam tersi rakamlar Avrupa devletlerinde gözlenmektedir. Kadavra nakillerinin artması ihtiyacı biraz olsun azaltacaktır (32).

Gül ve ark. 'nın 2004 yılında yaptığı çalışmada ve diğer çalışmalarda böbrek nakli yapılan hastaların öz bakımlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sayede hastaların yaşam kalitelerinde önemli derecede iyileşmeler gözlenmiştir. Bu da hastaların psikolojik olarak hayata olumlu bakış açısı geliştirmesini sağlamıştır (33).

2.2.3.2.1. Böbrek Naklinin Avantajları

- Yaşam kalitesi diyalize göre daha üstün ve daha uzundur (34).
- Diyet kısıtlaması daha esnektir ve beslenme durumu daha rahattır (8, 19).
- Kan değerleri ve sıvı-elektrolit dengesi düzeldiğinden kişinin hem cinsel hayatı hem de psikososyal durumunda önemli derecede düzelmeler görülür (15, 19).
- Herhangi bir sağlık kuruluşuna ya da bir cihaza bağlı kalmadan yaşamını özgürce sürdürebilmesidir (8, 19).

2.2.3.2.2. Böbrek Naklinin Dezavantajları

- Kapsamlı bir cerrahi operasyona ihtiyaç vardır.
- Vücudun, yeni organı reddetme olasılığı vardır.
- Çok sayıda baskılayıcı ilaç kullanıldığından bu ilaçların hem yan etkisi bulunmakta hem de bağışıklık sistemini zayıflattığından enfeksiyonlara yakalanma olasılığı daha fazladır.
- İstenildiği zaman vericinin bulunamaması,
- Nakil maliyetinin yüksek olmasıdır (4, 8, 19).

2.3. Kaygı (Anksiyete)

Kaygı, belirsiz bir tehlike hissiyle kendini gösteren, herkesin zaman zaman hissettiği bir duygu olup aynı zaman da; kişiye tehlikeyi haber veren ve bu tehlikeyle başa çıkması için önlem almaya iten bir iç sinyaldir (1). Anksiyete (kaygı), her insan tarafından endişe ya da sıkıntı verici bir durum olarak yaşamın belli bölümlerinde ortaya çıkan korkuya benzer bir duygu biçimidir. Horney 'e göre kaygı kişinin çaresizlik durumuyla birlikte yaşanır ve bütün insanlarda belli dönemlerde ortaya çıkan gerçek yaşantısını etkileyen evrensel bir duygudur. Belirsiz olan bu duyguda kişi sanki kötü bir şey olacakmış gibi algılar ve iç sıkıntı, bunaltı gibi ruhsal bir tedirginlik durumu ile karşı karşıya gelir. Kaygı durumunda kişinin kalp atımı, nefes alıp vermesi ve kas gerginliğinde artış gözlenir. Tansiyon yükselmesi, sık sık idrara çıkma, terleme ve ağız kuruluğu oluşabilir. Organizmada görülen bu değişiklikler anksiyete sonucunda tehlike algısının oluşmasına bağlı doğal bir tepki olarak görülebilir (20, 35, 36, 37).

Anksiyete ile korku arasında benzerlikler bulunmasına rağmen aralarındaki temel fark, korkuya neden olan nesne ya da soyut kavram bellidir. Vahşi hayvanlar, şimşek, yüksek yerler, uçak vb. gibi, hâlbuki anksiyete, hafif bir tedirginlik ile panik arasında değişik yoğunluklarda görülebilir. Başka bir deyişle anksiyete kronik, korku akuttur (20, 38).

Kaygılıken kalp çarpıntısı, nefes alıp vermenin hızlanması, kasların gerilmesi, kan basıncının yükselmesi, terleme, göz bebeklerinin büyümesi, Kan şekerinin yükselmesi, sindirim sisteminin yavaşlaması gibi bedensel etkiler görülür (15, 39).

Kişilerin etrafında bulunan insanlardan uzaklaşması ya da ilişkilerini koparması, aşırı anlaşmazlık, uykusuzluk ve iş kaybı gibi ruhsal durumlar anksiyeteyi başlatabilir. Aşırı alkol tüketimi, madde bağımlılığı, şiddet ve cinsel taciz gibi bedensel tepkilerin gözlenmesi ayrıca “eleştiriliyorsam yanlış yapmışımdır, insanlar beni incelemek için ne yaptığıma bakıyorlar” gibi gerçek dışı düşünceler de anksiyeteye neden olan davranışlardır. Belli bir noktadan sonra da kişinin, ailevi, mesleki ve toplumsal yaşantısını etkilemeye başlar. Epidemiyolojik çalışmalar, cinsiyetin de anksiyete üzerine etkisi olduğu bu bağlamda, kadınların %31'inin, erkeklerin de %19'unun yaşamları boyunca bir anksiyete bozukluğuna maruz kaldığını göstermiştir (20, 40).

Sigmund Freud'a göre anksiyete, hoş olmayan bir şeylerin olacağı korkusu ile ya da beklentisi içinde insanın yaşantısını sürdürmesidir. Anksiyete, yasak içgüdüsel dürtülerden kaynaklanmakta ve iç tehdide karşısında egonun bir tepkisi olarak ortaya çıkmaktadır. Bilinç düzeyinde olumsuz bir durum veya sıkıntı veren bir durum olarak tanımlanabilir. Diğer taraftan yaşanan bu olumsuz durum, egonun savunma mekanizmalarını harekete geçirerek dürtüleri denetim altına alma eğilimindedir; anksiyetenin sürmesi de savunma mekanizmalarının yetersiz kalmasındandır. Bu bağlamda kaygı; hem içsel çatışmaların olduğu psikolojik yapı, hem de psikiyatrik hastalıkların bir belirtisidir. Kaygıyı üç grupta incelemek mümkündür: (1)

a) **Gerçeklik Kaygısı:** Benlik (ego), herhangi bir tehlike ile karşılaşmadan içgüdülerinin doyumunu sağlama yoluna gider. Eğer ego içgüdülerinin doyumunu sağlayamazsa kaygı yaşar. Örneğin, “bunu yapmak zorundayım ancak işlem sırasında bir zarara uğrarsam bundan kaçınmalıyım” der.

b) **Moral Kaygısı:** Ego alt benliğin ihtiyaçlarını karşılarken üst benliğin taleplerine ve sınırlamalarına uymak zorundadır. Eğer ego alt ve üst benliğin ihtiyaçlarını karşılayamazsa suçluluk kaygısı yaşar.

c) **Nevrotik Kaygı:** Ego, alt benliğin dürtüsel baskılarına karşı, kendi kimliğini korumaya çalışır. Eğer bir çatışma ortaya çıkar ve doyum sağlanamazsa ortaya çıkan duygu nevroitik kaygıdır.

Herhangi bir olayın stres kaynağı olarak algılanması, bireyin savunma mekanizmalarına ya da olayla başa çıkmasına bağlıdır. Ego bu mücadelelerde kaygıyı kontrol etmek için farklı savunma mekanizmaları geliştirir. Eğer savunmalar başarılı olursa kaygı durumu ya giderilir ya da denetim altına alınır. Egosu düzgün biçimde işlevini yerine getiren kişi, dış dünya ile iç dünyası arasında bir denge oluşturmuştur. Eğer bu denge bozulup dengesizlik süresi uzarsa kronik anksiyete ortaya çıkar.

Anksiyete, organizmayı koruma eğilimindedir. Potansiyel bir tehlike söz konusu olduğunda bu olumsuz durumdan kurtularak yaşamını devam ettirmesi normal anksiyete olarak tanımlanır. Tehlikeli bir durum olmadan bireyin abartılı olarak günlük yaşamını sürdürmesi, dehşet ve endişe verici bir duygunun hakim olması durumunda ise anormal anksiyeteden bahsedilir. Bu durumda psikolojik ya da farmakolojik tedavi gerekir (1).

Anksiyeteden kaçınmak için izlenebilecek 4 temel yol bulunur; (41, 42)

- ✓ Anksiyeteyi rasyonelleştirme, en basit anlamda kaygının mantıklı bir korkuya dönüştürülmesi olarak tanımlanabilir.
- ✓ İnkâr etme, kaygıyı bilinç dışına çıkarmadır.
- ✓ Uyuşturma, kendini başka işlerle meşgul etme ya da herhangi bir maddeye bağlanarak kaygıyı düşünmeme sürecidir.
- ✓ Kaygıyı uyandırabilecek düşünce, duygu, ortam ve dürtülerden kaçınma, bazı şeyleri geciktirerek, unutarak ya da belli bazı şeyleri hissetme, düşünme veya baskılayarak yapılır.

2.3.1. Kaygının Temel Bileşenleri

Kaygının üç bileşeni vardır. Bunlar; (43)

I. Endişeli- rahatsız edici düşünceler: Dış bir kaynağa bağlı olarak oluşan panik duygusunun ve imgelerle oluşan dikkat eksiklikleri bulunur. Problemler yeteri derecede çözülemediğinden performansın azalmasına sebep olur.

II. Bedensel tepkiler: sinir sistemi, anormal derecede derin solunuma ve kalp atış hızında (nabız) artışa neden olduğunda kişide fiziksel olarak baş ağrısı, uykusuzluk ve yorgunluk görülür.

III. Davranış değişiklikleri: Kaygı, sıkıntı verici durumlardan kaçmaya ve kaçınmayı öğrenmeye neden olur. Bu olgular yüzleşmeyi engellediğinden güvenin kaybolmasını sağlar. Kaçınma davranışları genellikle bilişsel kaçınmayı kapsar ve görevleri yerine getirmeyen kişide performans düşüklüğü gözlenir.

Anksiyete bozukluklarında iki kısır döngü bulunur: bunlardan birincisi; bedensel ve düşünsel belirtilerin tehlike algısını arttırmasıdır. Örneğin; yüzü kızaran birinin utanç verici bir duruma düştüğünü algılaması onun daha da çok utanmasına böylece yüzünün daha da kızarmasına sebep olacaktır. İkinci kısır döngü; korkulan bir sonucu önlemek için işlevsel olmayan stratejilerin kullanılmasıdır. Örneğin; kalp çarpıntısı olan bir hastanın panik nöbeti geçirdiği ortamı terk etmesi ya da yanındaki kişilerle konuşarak

dikkatini başka yönler'e çekmesi onu bu ortamda korurken aynı stratejiyi ölmekten veya çıldırmaktan kurtulmak için kullanması kendisinin öleceği gerçeğini görmesini engellemiş olur (35).

2.3.2. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları

Kaygı bozukluklarından dört tanesi en sık görülendir. Bunlar; (44)

i. Panik Bozukluğu: Çevrede olup bitenden bağımsız olarak dış olaylarla bağlantılı olmadan kişiye ani ve şiddetli bir panik nöbetinin gelmesidir. Kendiliğinden başlar ve ölme korkusu, aklını kaybetme korkusu gibi psikolojik belirtileri vardır.

ii. Sosyal Fobi: Kişi, yaptığı davranışların başkaları nazarında kabul görmeyeceği, olumsuz bir kanı oluşturacağı, eleştirileceği ve küçük düşeceği düşüncesiyle aşırı korkuya kapılmasıdır. Sosyal ortamlarda, (cafe, restoran ve okullarda...) ortaya çıkar.

iii. Agorafobi: Kişi daha önce panik geçirdiği ortamlarda, sıkıntının olduğu yerden kaçmanın zor olacağı, etrafında yardımcı olacak kimsenin bulunmadığı ve tanıdık olmayan ortamlarda ortaya çıkar. En sık görülen yerler; asansör, uçak, dar alanlardır.

iv. Yaygın Anksiyete Bozukluğu: Günlük olaylar ve gelecekle ilgili endişeler en önemli nedenleridir. Stres ise başlıca kaynağıdır. Bu sendromun ortaya çıkmasının temel ölçütü en az 6 ay süreyle yaşanmasıdır. Ömür boyu sürebilen kronik bir rahatsızlıktır. Kadınların erkeklere oranla daha sık karşılaştığı bu sorunun belirtileri; huzursuzluk, çabuk yorulma, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk, kas gerginliğidir. Başa çıkmada bilişsel tedavi yöntemleri (AWARE)⁷ uygulanır (44, 45, 46).

⁷ A (Accept): Anksiyeteyi kabul et.

W (Watch): Anksiyeteyi gözle 0-10 arasında değerlendir.

A (Act): Anksiyete yokmuş gibi davran.

R (Repeat): Anksiyete geçinceye kadar bu aşamaları tekrar et.

E (Expect): En iyisini umut et.

2.3.3. Ameliyat Öncesi Kaygı

Ameliyat öncesinde bireyin kaygılanmasının en önemli nedeni bilinmezliktir. Bu bilinmezlik korkusu kaygı düzeyini etkilemektedir. Ameliyatın riski, bireyin baş etme becerisi ve önceki ameliyat deneyimleri kaygı düzeyine etki eden faktörlerdir. Operasyon sırasındaki narkoz kaygısı, ölüm riskine ilişkin duyulan endişeler, ağrıdan korkma gibi korkular yaşanmaktadır. Hastalar, kaygılarını farklı yollarla gösterebilir. Örneğin: aynı soruları tekrar tekrar sorabilir, aşırı televizyon seyredebilir ya da çok sık kitap okuyabilir (1, 47).

Cerrahi operasyonlarda gözlenen kaygı, işlemin kendisinden kaynaklanabilir ya da ameliyat sonrası morbiditeyi⁸ etkileyebilir. Yapılan çalışmalarda operasyon öncesi kaygı düzeyi yüksek olan hastalarda, operasyon sonunda daha çok komplikasyon görülmekte ve hastanın tedavi süresi uzayarak hastanede yatış süresi artmaktadır. Hasta, biyopsikososyal bir varlık olarak ele alındığında kaygını giderilmesi de ayrıca cerrahi tedavinin ayrılmaz bir parçası olduğunu göstermektedir (1).

Çetinkaya'nın 2008 yılında Erzurum'da yaptığı çalışmada ameliyat öncesi verilen eğitimin kaygı düzeyini etkin biçimde etkilediği görülmüştür (48).

2.3.3.1. Transplantasyon Öncesi Alıcı Kaygısı

Böbrek transplantasyonlarında alıcılar genellikle aşağıdaki sebepler sonucunda kaygı yaşarlar: (1, 16)

✓ Operasyon sırasında gerçekleşebilecek ölüm, operasyon sonunda böbreğin vücut tarafından reddi ve yapılan tedaviye bağlı gelişebilecek komplikasyonlar,

✓ Operasyon sonrası tekrar diyalize dönme ihtimali,

✓ Böbrek naklinin tam bir çözüm olarak görülmemesi, buna bağlı olarak kişinin sıkı bir hastane ilişkisinin sürmesi ve yaşam boyu kullanacağı ilaçlar ve bu ilaçların kişi üzerine olumsuz etkilerinin olması,

✓ Kendi yaşam kalitesini arttırmak adına bir başkasının böbreğini alarak onun yaşam kalitesini düşüreceği düşüncesi ile suçluluk duygusuna kapılması,

⁸ Belirli bir nüfusta belirli bir zaman dilimi içerisinde hastalığa tutulanların sayısıdır.

- ✓ Sıvı alımının kısıtlanması,
- ✓ Hastaneye daha sık gelme zorunluluğu,
- ✓ Terk edilme korkusudur.

Fukunishi ve ark. 'nın 2002 yılında yaptığı araştırma sonucunda alıcıların, donör olarak kadavra yerine canlı verici kullanıldığında suçluluk duygusunu kuvvetli bir şekilde hissederek çatışma yaşadığı saptanmıştır (49). Yine Fukunishi ve ark. 'nın bir başka araştırmasında, kaygısını ifade edemediği gibi hastaları inkâr ve bastırma mekanizmalarına bağlı olarak çatışma yaşadığı bunun farkına bile varamadıklarını belirtmiştir (50).

2.3.3.2. Transplantasyon Öncesi Alıcı Kaygısına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşirelikte hasta eğitiminin, bütünlüycü bir işlevi olmakla birlikte bireyin sadece patolojik tedavisi için değil, kişinin duygu, düşünce ve gereksinimleri ile kişisel özelliklerini de dikkate alarak bireyin yaşamını daha anlamlı hale getirmek ve hastada uyumsuzluğa yol açan etmenleri de ortadan kaldırmaktır. Gelişen teknolojiye bağlı olarak cerrahi tekniklerin de gelişmesi ve daha etkin immunosupresif tedavilerin yaygınlaşmasıyla hastada fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunların ortaya çıktığı bilinmektedir. Böbrek Transplantasyonu hastasına bakım hizmeti veren hemşirenin, hastaya bakımı sırasında bu sorunları dikkate alarak hastanın daha etkin biçimde tedavi sürecine dahil olması için gerekli bilgilendirmeleri yapmalıdır. Bu bağlamda: alınan sıvı ile çıkarılan sıvı arasındaki ilişkiyi anlamasına, hayati belirtilerin neler olduğunu anlamasına, rejeksiyon belirtilerine, sağlığı için gerekli önlemlerin alınmasına, yediklerine dikkat etmesine ve kontrollerinin önemini anlaşılmasına yardımcı olabilir (51).

Hastanın kaygı düzeyi, operasyon öncesinde planlı bir ekip çalışmasıyla en aza indirilebilir. Hastayı hem fiziksel hem de psikolojik olarak holistik bir bakış açısı ile operasyona hazırlamak esastır. Bu ekip çalışmasıyla operasyon sonrası psikiyatrik komplikasyonların azalması sağlanır. Hemşire, transplantasyon öncesi ve sonrasında hastanın fiziksel ve ruhsal hallerinin korunması ve iyileştirilmesi konusunda bu ekibin en etkin üyesidir (1).

Hemşire, hastanın bakımı ile yakından ilgili olduğundan kaygı düzeyini belirlemek için öncelikle hastanın davranışlarını değerlendirmeli ve görülebilecek kaygı belirtilerini fark ettiğinde hemşirelik müdahalelerini planlamalıdır. Bu bağlamda hastanın yaşadığı kaygı ve korkularının ifade edilmesi için cesaretlendirmeli ve problem çözme yeteneğinin geliştirilmesine yardımcı olmalıdır. Bu doğrultuda; hastaya daha güvenli ve daha rahat ortam sağlanmalıdır. Ayrıca bu bakım planına hasta yakını da dahil edilmelidir. Ameliyat olacak kişilerde en sık karşılaşılan kaygı, bilinmeyen korkusudur. Bu bakımdan operasyon geçirecek kişilerin daha önce bu operasyonu geçirmiş kimselerle görüştürülmesi hastanın motivasyonunu daha da arttıracaktır (1).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Böbrek Transplantasyonu olmuş hastaların kaygı düzeylerinin ve kaygı düzeyini etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; Böbrek nakli olmuş ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde rutin kontrol ve tedavileri yapılan hastaların nakil sonrasındaki anksiyete durumlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Hipotezi ve Değişkenleri

Bu çalışmada aşağıdaki hipotezler kurulmuştur:

H1 = Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'ne rutin kontrollerine gelen böbrek nakli olmuş hastaların cinsiyetleri ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H2 = Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'ne rutin kontrollerine gelen böbrek nakli olmuş hastaların yaşları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3 = Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'ne rutin kontrollerine gelen böbrek nakli olmuş hastaların medeni durumları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4 = Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'ne rutin kontrollerine gelen böbrek nakli olmuş hastaların çocuğu olma durumları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H5 = Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'ne rutin kontrollerine gelen böbrek nakli olmuş hastaların gelir durumları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H6 = Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'ne rutin kontrollerine gelen böbrek nakli olmuş hastaların eğitim durumları ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H7 = Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'ne rutin kontrollerine gelen böbrek nakli olmuş hastaların yaşadığı yer ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri şunlardır:

Bağımlı Değişken: Hastaların nakil sonrası kaygı durumu

Bağımsız Değişken: Hastaların yaşı, cinsiyetleri, medeni durumları, çocuğu olma durumları, gelir durumları, eğitim durumları ve yaşadığı yer

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Samsun ilindeki Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Böbrek Nakli Polikliniğine gelen hastalarla 15 Mart- 15 Mayıs 2014 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Böbrek Nakli Polikliniğinde böbrek nakli olmuş ve 15 Mart- 15 Mayıs 2014 tarihleri rutin kontrollerine gelen hastalardan örneklem kriterleri içerisinde yer alan 180 hasta, örneklemine ise; çalışmanın yapıldığı tarihler arasında araştırma kriterlerine uyan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden 107 hasta oluşturmuştur.

Örneklem seçim kriterleri; 18 yaş ve üzeri olmak, böbrek nakli olmuş olmak, bilinci açık olmak ve Türkçe iletişim kurmaktır.

Örnek büyüklüğünü hesaplamak için aşağıdaki formül kullanılmıştır:

$$n = \frac{N \cdot t \cdot p \cdot q}{d \cdot d \cdot (N - 1) + t \cdot t \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{180 \cdot 1,96 \cdot 1,96 \cdot 0,28 \cdot 0,72}{0,05 \cdot 0,05 \cdot (180 - 1) + 1,96 \cdot 1,96 \cdot 0,28 \cdot 0,72} = 107$$

N: Evrendeki birey sayısı

t: 1.96 (Alpha = 0.05, de sonsuz serbestlik derecesinde t tablosundan bulunan teorik değer)

p: 0,28 (İncelenen olayın görölüş sıklığı)

q: 0,72 (İncelenen olayın görölmeysi sıklığı)

d: 10 (Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma).

3.6. Veri Toplama Araçları

Konu ile ilgi yapılan çalışmalar ve literatür taramaları sonucunda hazırlanan anket formunda, sosyo-demografik özellikleri içeren (10 soru), hastalığa ilişkin tanımlayıcı bilgileri içeren (20 soru) ile Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Ölçekleri yer almaktadır (Ek 1). Yapılan anketlerin tümü hastalarla bire bir aynı ortamda ve yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Anket cevaplama süresi 15-20 dk arasında değişmektedir.

Ankete katılanların üzerinde herhangi bir baskı unsuru oluşmaması açısından gerekli açıklamalar yapılmış, hiç birinin isimleri kayıt altına alınmamış ve anketin anlaşılmayan kısımlarında açıklayıcı bilgiler ile anket formunun düzgün biçimde doldurulması için gerekli hassasiyet gösterilmiştir.

3.6.1. Tanıtıcı Anket Formu

Araştırmada kullanılan anket formunda aşağıda açıklanan sosyo-demografik özellikler ile hastalığa ilişkin özellikler sorgulanmıştır:

3.6.1.1. Sosyo-Demografik Özellikler

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Medeni Durum,
- Aile tipi,
- Gelir durumu,
- İkamet ettiği yer,
- Eğitim Durumu,
- Mesleki Durumdur.

3.6.1.2. Hastalığa İlişkin Sorular

- Hastalık süresi,
- Diğer hastalıkları,
- Böbrek nakli öncesi tedavi süresi,
- Böbrek nakli olma süresi,
- Böbrek nakli olunan yer,
- Böbrek naklinin kimden yapıldığı,
- Kaçınıcı kez nakil yapıldığı,
- Vericinin sağlığına yönelik endişe durumu,
- Böbrek nakli sonrası rahatsızlık durumu,
- Diyaliz tedavisindeki ruhsal durum,
- Böbrek nakli öncesi ve sonrası psikolojik durum,
- Böbrek nakli öncesi ve sonrasında verilen eğitim durumudur.

3.6.2. Durumluk Kaygı Ölçeği (A – State) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (A-Trait)

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 1985 yılında ise Öner ve Le Compte tarafından Türk toplumuna uyarlaması yapılmış olup durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 ‘şer soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi ölçeklerdir. Envanter, 1975 yılında Türkçe’ye çevrilmiş olup 1977 yılında Necla Öner tarafından geçerlilik ve güvenilirlik hesapları yapılmıştır (52).

3.6.2.1. Testin Tanıtımı

a. **Ölçtüğü Davranış Nitelik:** Durumluk ve Sürekli kaygı düzeylerini ölçer.

➤ **Durumluk Kaygı (STAI- 1);** Kişinin anlık olarak o anki durumundan kaynaklanan sübjektif bir korkudur. Fizyolojik açıdan, otonom sinir sisteminde ortaya çıkan bir uyarılma neticesinde kızarma, terleme, sararma ve titreme gibi değişmeler bireyde huzursuzluk meydana getirir. Bu duygu stresin yoğun olduğu zamanlarda yükselir. Stres ortadan kalktığında kaybolur (52).

➤ **Sürekli Kaygı (STAI- 2);** Kişinin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı ile ilişkilidir. Anlık olarak değil bir sürece bağlıdır. Bireyin içinde bulunduğu ortamı stresli algılaması ya da stresli yorumlamasına denir. Yaşantısını bu şekilde sürdüren kişiler daha kırılgan ve alıngan bir yapıdadır. Bu durum bireyi karamsarlığa iterken durumluluk kaygıyı daha yoğun bir şekilde yaşarlar (52).

b. **Kimlere Uygulanabilir:** 14 yaş üstü bireylere uygulanabilir.

c. **Uygulama Süresi:** Zaman sınırlamasının olmadığı bu envanterin ortalama yanıtlanma süresi 10 dakikada civarındadır.

d. **Kapsamı:** Envanter içeriğinde, 20 ‘şer maddelik iki ayrı ölçek bulunur.

➤ **Durumluk Kaygı Ölçeği:** Bireyin ani olarak ya da belirli bir anda, belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

➤ **Sürekli Kaygı:** Bireyin içinde bulunduğu durumu koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler.

e. **Materyal:** Her iki ölçek, ayrı ayrı sayfada, Form TX-1 ve TX-2 şeklinde düzenlenmiştir.

3.6.2.2. Uygulama

a. **Uygulanışı:** Bireysel ve grup olarak uygulanabilir.

Her iki ölçeğin aynı zamanda uygulanmasında herhangi bir sakınca yoktur fakat bu durumda önce, Durumluk Kaygı Ölçeği, sonra Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanmalıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği, sınanma ya da sınama koşullarıyla ilgili tedirginlik, heyecan ve kuruntu gibi duyuşsal, bilişsel ve fizyolojik süreçlere duyarlı olduğundan, başlangıçta olumsuz algılamalarına ifade olanağı vermesiyle anlık (geçici) kaygı güvenilir olarak ölçülmüş olur (52).

b. **Yanıtlanması:** Durumluk Kaygı Ölçeğinin yanıtlanmasında; düşünce, duyuş ya da davranışların derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok”, ve tamamıyla”

seçeneklerinden birinin seçilmesi istenir. Sürekli Kaygı Ölçeğinin yanıtlanmasında ise düşünce, duygu veya davranışların sıklık derecesine göre “hemen hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çok zaman”, ve “hemen her zaman” seçeneklerinden birinin seçilmesi istenir (52).

c. **Puanlaması:** Durumluk - Sürekli Kaygı Envanterlerinde tersine dönmüş ve doğrudan olmak üzere iki çeşit ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade eder. Örneğin; “Huzursuzum” ifadesi doğrudan, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi ise tersine dönmüş bir ifadedir. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4’e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1’e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde 10 adet (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı ölçeğinde ise 7 adet (21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır (52).

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz. Puanlama elle ve bilgisayarla olmak üzere iki yolla hesaplanabilir; elle yapılan puanlamada, doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının daha duyarlı hesaplanabilmesi için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen ağırlıklı puandan, ters ifadelerin ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. En son elde edilen değer kişinin kaygı puanını ifade eder. Bu değer Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35’tir (52).

d. **Puanların Yorumlanması:** Yüksek kaygı seviyelerini yüksek puanlar, düşük kaygı seviyelerini ise düşük puanlar gösterir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişiklik gösterir. Uygulamalardaki ortalama puan seviyesinin 36 ile 41 arasında değiştiği saptanmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal tepkileri değerlendirmede oldukça hassas bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının devamlılığını ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır (52).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, tanımlayıcı bilgi formu ve Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiş, Öner ve Le Compte (1985) tarafından Türk toplumuna uyarlaması yapılmış olan Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile elde edilmiştir. Elde edilen veriler, bilgisayarda SPSS 16.0 for Windows (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin toplanmasında, sayı-yüzdeler hesaplamaları, t testi, Anova testi, Kruskal Wallis testi ve Man Whitney testleri kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Veriler, araştırmanın gerçekleştiği Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden yazılı olarak, anket uygulanan hastalardan da sözel olarak izinler alınmıştır. Araştırma yürütülürken, bilimsel ilkelerin ışığında evrensel etik ilkelere ve insan haklarının korunmasını temel alan İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'nda bulunan etik ilkelere uyulmuştur (EK-5). Araştırmaya katılan kişilere anket uygulanmadan gerekli açıklamalar yapılmış ve araştırmaya katılan bireylerin kimlikleri gizli tutulmuştur.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sadece tek bir merkezde yapılmış olması,
- Çalışma evrenini oluşturan hastaların tümünün katılamaması,
- Poliklinik ortamının fiziksel koşulları,
- 18 yaş ve üstü kriterin olması,
- Hastaların bu tür akademik çalışmalara karşı önyargılı olmasıdır.

4. BULGULAR

Tablo 8. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Yaş grupları		
18-35 yaş	56	52,3
36 yaş ve üzeri	51	47,7
Cinsiyet		
Kadın	41	38,3
Erkek	66	61,7
Medeni durum		
Evli	73	68,2
Bekâr	34	31,8
Evlilik süresi		
Evli değil	7	6,5
1-5 yıldır evli	53	49,6
6 yıl ve üzeri süredir evli	47	43,9
Çocuğu olma durumu		
Var	60	56,1
Yok	47	43,9
Gelir durumu		
Düşük	36	33,6
Orta ve üzeri	71	66,4
Yaşanılan yer		
Köy	33	30,8
İlçe/ Kasaba	39	36,5
Şehir	35	32,7
Eğitim durumu		
Okuryazar	7	6,5
İlköğretim	59	55,2
Lise	24	22,4
Üniversite	17	15,9
Meslek		
Çalışmıyor	51	47,7
İşçi	9	8,4
Memur	6	5,6
Serbest meslek	11	10,3
Emekli	24	22,4
Diğer	6	5,6

Araştırma kapsamında yer alan hastaların %52,3'ü 18-35 yaş grubunda, %61,7'si erkek, %68,2'si evli ve %49,6'sı 1-5 yıldır evlidir. Hastaların %56,1'inin çocuğu var, %66,4'ünün gelir durumu orta ve üzerinde, %36,5'i ilçe/kasabada yaşamakta, %55,2'si ilköğretim mezunu ve %47,7'si bir işte çalışmamaktadır.

Tablo 9. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Böbrek nakli olmadan önce ya da sonra psikolojik destek alma durumu		
Her iki dönemde de destek alan	79	73,8
Sadece nakil öncesi destek alan	9	8,4
Sadece nakil sonrası destek alan	10	9,4
Nakil öncesi ve sonrası destek alan	9	8,4
Kaç yıldır böbrek hastası olduğu		
0-1 yıl	24	22,4
2-5 yıl	43	40,2
6 yıl ve üzeri	40	37,4
Böbrek hastalığı dışında başka hastalığı olma durumu		
Yok	42	39,3
Tansiyon hastalığı var	33	30,8
Şeker hastalığı hastalığı var	10	9,4
Kalp hastalığı hastalığı var	3	2,8
Diğer (romatizma, bel fıtığı vb.)	19	17,7
Diyalize girme süresi		
1 yıldan az süre	57	53,3
1-5 yıl	36	33,6
6 yıl ve üzeri	14	13,1
Böbrek naklinin ne kadar süre önce yapıldığı		
1 yıldan az	40	37,4
1 yıl	50	46,7
2 yıl ve üzeri	17	15,9
Böbrek naklinin nerede yapıldığı		
Üniversite hastanesinde	84	78,5
Eğitim araştırma hastanesinde	3	2,8
Özel hastanede	20	18,7
Böbrek naklinin kimden yapıldığı		
Canlıdan	86	80,4
Kadavradan	21	19,6
Kaç kez böbrek nakli yapıldığı		
İlk	103	96,3
İki ve üzeri	4	3,7

Hastaların, hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir. Hastaların %73,8’i böbrek nakli öncesi ve sonrası psikolojik destek almış ve %22,4’ü bir yıldan daha kısa süredir böbrek hastasıdır. Hastaların %39,3’ünün böbrek yetmezliği dışında başka bir hastalığı olmadığı, %53,3’ünün 1 yıldan az süre diyalize girdiği ve %46,72sinin 1 yıl önce nakil olduğu saptanmıştır. Hastaların %78,5’i üniversite hastanesinde nakil olmuş, %80,4’üne canlı bireyden nakil yapılmış ve %96,3’ü ilk kez böbrek nakli ameliyatını olmuştur.

Tablo 10. Hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin psiko-sosyal özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Böbreğini veren kişinin sağlığına yönelik herhangi bir endişesi olma durumu		
Endişem olmadı	57	53,3
Onun sağlığının da bozulacağını düşündüm	23	21,5
Ameliyat esnasında olumsuz bir şey yaşamasından korktum	5	4,7
Sağlam böbreği daha sonra rahatsızlanabilir endişesi beni hala rahatsız ediyor	22	20,5
Nakil canlı bireyden yapıldıysa kimden yapıldığı		
Canlı bireyden yapılmadı	24	22,5
1.derece akrabalarım (anne, baba, abla, ağabey, kardeş)	62	57,9
2.derece akrabalarım (teyze, dayı, amca, hala, kuzen vb.)	4	3,7
Diğer (arkadaş, komşu, tanıdık vb.).....	17	15,9
Nakil sonrasında rejeksiyon (organın vücut tarafından reddedilmesi) gibi bir durum yaşanma durumu		
Yaşandı	21	19,6
Yaşanmadı	86	80,4
Nakil sonrasında enfeksiyon yaşanma durumu		
Yaşandı	33	30,8
Yaşanmadı	74	69,2
Diyalize girdiğinde neler hissettiği		
Mutsuzdum, iyi olacağıma dair hiç umudum yoktu.	20	18,7
Her şeye rağmen iyi olacağıma dair umudum vardı.	44	41,1
Stres altındaydım, korkuyordum, beni neler bekliyor bilmiyordum	43	40,2
Nakil öncesinde psikolojik olarak kendinizi nasıl hissettiği		
Nakil işlemine hazır değildim. Benim için sürpriz oldu.	24	22,5
Başkasının organını taşıyacak olma düşüncesi beni endişelendirdi	10	9,3
Kendimi her zamankinden daha mutlu hissettim.	66	61,7
Diğer(Belirtiniz).....	7	6,5
Böbrek nakli olduktan sonra ruhsal durumun değişme durumu		
Olumlu yönde değişti	41	38,3
Biraz değişti	44	41,1
Değişmedi	22	20,6
Şu an kendisini nasıl hissettiği		
Mutlu	84	78,5
Mutsuz	2	1,9
Tedirgin	21	19,6
Böbrek nakli olmadan önce bireye destek olan kişiler olma durumu		
Var	98	91,6
Yok	9	8,4
Böbrek nakli olduktan sonra bireye destek olan kişiler olma durumu		
Var	98	91,6
Yok	9	8,4
Nakil öncesinde hastalığı ve böbrek nakli sonrasında dikkat etmesi gereken noktalar ile ilgili eğitim alma durumu		
Eğitim aldı	95	88,8
Eğitim almadı	12	11,2
Bilgilendirme yapılan konular		
Beslenme	2	1,9
İlaç kullanımı	60	56,1

Kontrol zamanları	5	4,6
Enfeksiyon	17	15,9
Fiziksel aktivite	15	14,0
Red Bulguları	2	1,9
Genel hijyen ve cilt bakımı	4	3,7
Cinsel yaşam	2	1,9

Hastaların hastalığa ve ameliyata ilişkin psiko-sosyal özelliklerinin dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir. Hastaların %53,3'ü böbreğini veren kişinin sağlığına yönelik herhangi bir endişesi olmadığını, %57,9'u birinci derece akrabalarından nakil yapıldığını, %19,6'sı nakil sonrasında rejeksiyon yaşandığını ve %30,8'i nakil sonrası enfeksiyon yaşandığını belirtmiştir. Hastaların %41,1'i diyalize girdiğinde iyi olacağına dair umudu olduğunu, %61,7'si nakil öncesinde kendini her zamankinden daha mutlu hissettiğini ve %38,3'ü nakil sonrası ruhsal durumunun tamamen değiştiğini ifade etmiştir. Hastaların %78,5'i şuan kendini mutlu hissettiğini, %91,6'sı nakil öncesi ve sonrası kendisine destek olan kişiler olduğunu, %11,2'si nakil öncesinde herhangi bir eğitim almadığı ve %56,1'i ilaç kullanımı hakkında bilgi aldığını belirtmiştir.

Tablo 11. Hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalaması

	Min-Mak	Medyan	Ort.±s.s.
Durumluk Kaygı Ölçeği	29 - 60	43,0	43,87 ± ,62
Sürekli Kaygı Ölçeği	34 - 62	48,0	48,51 ± ,64

Hastaların Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalamaları Tablo 11'de gösterilmiştir. Hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması 43,87±,62 iken; Sürekli Kaygı Ölçeği Puan ortalaması 48,51±,64 olarak saptanmıştır.

Tablo 12. Hastaların yaş gruplarına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Yaş grubu	18-35 yaş	43,16± 6,30	,231
	36 yaş ve üzeri	44,60±6,62	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Yaş grubu	18-35 yaş	47,42±6,51	,079
	36 yaş ve üzeri	49,60±6,76	

**t testi*

Hastaların yaş gruplarına göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmiştir. Hastaların yaş grupları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 13. Hastaların cinsiyetlerine göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Cinsiyet	Kadın	44,63± 5,81	,344
	Erkek	43,40±6,85	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Cinsiyet	Kadın	49,58±6,19	,194
	Erkek	47,84±6,95	

**t testi*

Hastaların cinsiyetlerine göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 13’de gösterilmiştir. Hastaların cinsiyetleri ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kadın hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 14. Hastaların medeni durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Medeni durum	Evli	43,94± 6,71	,946
	Bekar	43,54±6,00	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Medeni durum	Evli	49,32±6,19	,065
	Bekar	46,76±7,46	

**t testi*

Hastaların medeni durumlarına göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 14’de gösterilmiştir. Hastaların medeni durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evli hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 15. Hastaların çocuğu olma durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Çocuğu Olma Durumu	Var	44,65±6,55	,682
	Yok	42,17±6,42	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Çocuğu Olma Durumu	Var	48,98±6,26	,416
	Yok	47,91±7,24	

**t testi*

Hastaların çocuğu olma durumlarına göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 15’de gösterilmiştir. Hastaların çocuğu olma durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çocuğu olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 16. Hastaların gelir durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Gelir durumu	Düşük	45,44± 6,66	,624
	Orta ve üzeri	44,09±6,41	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Gelir durumu	Düşük	48,33±6,99	,844
	Orta ve üzeri	47,60±6,59	

**t testi*

Hastaların gelir durumlarına göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 16’da gösterilmiştir. Hastaların gelir durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gelir düzeyi düşük olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 17. Hastaların yaşadıkları yere göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Yaşanılan yer	Köy	45,75±6,87	,488
	İlçe/ kasaba	44,02±5,79	
	Şehir	42,88±6,84	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Yaşanılan yer	Köy	49,48±7,00	,504
	İlçe/ kasaba	48,53±7,23	
	Şehir	47,57±5,77	

**ANOVA testi*

Hastaların yaşadıkları yere göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 17’de gösterilmiştir. Hastaların yaşadıkları yer ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte köyde yaşayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 18. Hastaların böbrek hastası olma süresine göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Kaç yıldır böbrek hastası olduğu	0-1 yıl	40,25±4,65	,575
	2-5 yıl	40,57± 2,73	
	6 yıl ve üzeri	43,54±6,10	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Kaç yıldır böbrek hastası olduğu	0-1 yıl	38,55±6,42	,296
	2-5 yıl	39,34±4,29	
	6 yıl ve üzeri	44,86±5,45	

**Kruskal Wallis testi*

Hastaların böbrek hastası olma sürelerine göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 18’de gösterilmiştir. Hastaların böbrek hastası olma süreleri ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte altı yıl ve üzeri süredir böbrek hastası olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 19. Hastaların diyalize girme sürelerine göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Diyalize girme süresi	1 yıldan az	43,50±6,34	,880
	1-5 yıl	44,38± 7,22	
	6 yıl ve üzeri	45,07±5,18	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Diyalize girme süresi	1 yıldan az	48,29±6,48	,314
	1-5 yıl	48,22±5,98	
	6 yıl ve üzeri	50,14±9,22	

**Kruskal Wallis testi*

Hastaların diyalize girme sürelerine göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 19’da gösterilmiştir. Hastaların diyalize girme süreleri ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 6 yıl ve üzeri süredir diyalize giren hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 20. Hastaların böbrek nakli üzerinden geçene süreye göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Böbrek Nakli Üzerinden Geçen Süre	0-1 yıl	35,89±2,56	,588
	2-5 yıl	34,75± 3,54	
	6 yıl ve üzeri	31,79±3,43	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Böbrek Nakli Üzerinden Geçen Süre	0-1 yıl	36,25±3,21	,707
	2-5 yıl	33,48±5,36	
	6 yıl ve üzeri	35,53±4,54	

**Kruskal Wallis testi*

Hastaların böbrek nakli üzerinden geçen süreye göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 20’de gösterilmiştir. Hastaların böbrek nakli üzerinden geçen süreleri ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 0-1 yıl önce nakil olmuş olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 21. Böbrek naklinin kimden yapıldığı ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Böbrek naklinin kimden yapıldığı	Canlı bireyden	58,90± 5,45	,456
	Kadavradan	52,52±3,36	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Böbrek naklinin kimden yapıldığı	Canlı bireyden	54,52±6,25	,724
	Kadavradan	51,86±4,55	

* *Mann-Whitney Test*

Hastalara naklin kimden yapıldığı ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 21’de gösterilmiştir. Hastalara naklin kimden yapıldığı ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte canlı bireyden nakil yapılan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 22. Nakil sonrası rejeksiyon yaşama durumu ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Rejeksiyon Yaşama Durumu	Yaşandı	52,83± 3,56	,847
	Yaşanmadı	54,28±5,61	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Rejeksiyon Yaşama Durumu	Yaşandı	53,88±2,25	,984
	Yaşanmadı	54,03±3,45	

* *Mann-Whitney Test*

Hastaların nakil sonrası rejeksiyon yaşama durumları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 22’de gösterilmiştir. Hastaların nakil sonrası rejeksiyon yaşama durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel

olarak anlamlı olmamakla birlikte rejeksiyon yaşamayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 23. Nakil sonrası enfeksiyon yaşama durumu ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Enfeksiyon Yaşama Durumu	Yaşandı	42,81± 6,83	,949
	Yaşanmadı	43,90±6,35	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Enfeksiyon Yaşama Durumu	Yaşandı	47,81±6,76	,755
	Yaşanmadı	48,37±6,71	

* *t testi*

Hastaların nakil sonrası enfeksiyon yaşama durumları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 23’de gösterilmiştir. Hastaların nakil sonrası enfeksiyon yaşama durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte enfeksiyon yaşamayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 24. Böbrek nakli olduktan sonra ruhsal durumda değişme durumu ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması

Durumluk Kaygı ölçeği		Ort.±s.s.	p
Ruhsal durumda değişiklik olma durumu	Olumlu yönde değişti	45,21±6,16	,085
	Biraz değişti	42,43± 6,80	
	Değişmedi	44,27±6,03	
Sürekli Kaygı Ölçeği			
Ruhsal durumda değişiklik olma durumu	Tamamen değişti	49,14±6,79	,651
	Biraz değişti	48,00±6,63	
	Değişmedi	48,36±6,86	

**Kruskal Wallis testi*

Hastaların nakil sonrasında ruhsal durumlarında değişiklik olma durumları ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 24’de gösterilmiştir. Hastaların nakil sonrasında ruhsal durumlarında değişiklik olma durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ruhsal durumunun tamamen değiştiğini ifade eden hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir.

5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamında yer alan hastaların %52,3'ü 18-35 yaş grubunda, %61,7'si erkek, %68,2'si evli ve %49,5'i 1-5 yıldır evlidir. Hastaların %56,1'inin çocuğu var, %66,4'ünün gelir durumu orta ve üzerinde, %36,4'ü ilçe/kasabada yaşamakta, %55,1'i ilköğretim mezunu ve %47,7'si bir işte çalışmamaktadır (Tablo 8). Kaçmaz ve Ünsal Barlas'ın çalışmasında (2014) ve Ayar ve ark.'nın çalışmasında (2015), örneklem grubunun benzer özellikleri taşıdığı görülmüştür (53, 54). Hastaların genç yaş grubunda, evli ve çocuk sahibi olması, düşük eğitim seviyesinde ve bir işte çalışmaması KBY dışında da başlı başına kaygı yaratan durumlardan sayılabilir. Hastaların bu demografik özelliklerine bir de RRT' nin eklenmesi, kaygı yaşamalarında önemli etkenlerden biridir. Keskin ve Bilge'nin çalışmasında (2009), böbrek yetmezliği olan hastalarda depresyon ve sosyal anksiyete sorunlarının olduğu saptanmıştır (55).

Hastaların %73,8'i böbrek nakli öncesi ve sonrası psikolojik destek almış ve %22,4'ü bir yıldan daha kısa süredir böbrek hastasıdır. Hastaların %39,3'ünün kronik hastalığı olmadığı, %53,3'ünün bir yıldan az süre diyalize girdiği ve %46,7'sinin bir yıl önce nakil olduğu saptanmıştır. Hastaların %78,5'i üniversite hastanesinde nakil olmuş, %80,4'üne canlı bireyden nakil yapılmış ve %96,3'ü ilk kez böbrek nakli ameliyatını almıştır (Tablo 9). Hastaların nakil öncesi ve sonrası psikolojik destek alması önemlidir. Yapılan ameliyat ile hastaları yeni bir yaşam ve yeni bir uyum süreci beklemektedir. Bedensel ve ruhsal hastalıkların bireyin sosyal, fiziksel ve psikolojik alanları üzerinde olumsuz etkileri bilinmektedir. Organ naklinde bir organın fizyolojik kabulü kadar, psikolojik kabulü de önemlidir (53).

Hastaların %53,3'ü böbreğini veren kişinin sağlığına yönelik herhangi bir endişesi olmadığını, %57,9'u birinci derece akrabalarından nakil yapıldığını, %19,6'sı nakil sonrasında rejeksiyon yaşandığını ve %30,8'i nakil sonrası enfeksiyon yaşandığını belirtmiştir. Hastaların %41,1'i diyalize girdiğinde iyi olacağına dair umudu olduğunu, %61,7'si nakil öncesinde kendini her zamankinden daha mutlu hissettiğini ve %38,3'ü nakil sonrası ruhsal durumunun tamamen değiştiğini ifade etmiştir. Hastaların %78,5'i şuan kendini mutlu hissettiğini, %91,6'sı nakil öncesi ve sonrası kendisine destek olan kişiler olduğunu, %11,2'si nakil öncesinde herhangi bir eğitim almadığını ve %56,1'i ilaç kullanımı hakkında bilgi aldığını belirtmiştir (Tablo 10). Ayar ve ark.'nın çalışmasında

(2015), hastaların %79'unun "diyaliz dönemi ile karşılaştığımda nakil sonrası kendimi daha iyi hissediyorum" yanıtını verdikleri saptanmıştır (54).

Hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması $43,87 \pm 6,2$ iken; Sürekli Kaygı Ölçeği Puan ortalaması $48,51 \pm 6,4$ olarak saptanmıştır (Tablo 11). Bu sonuç, hastaların kaygı düzeyinin orta seviyede olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Literatürde çalışma bulgusu ile benzer sonuçlar yer almaktadır. Ayar ve arkadaşlarının çalışmasında (2015), böbrek nakli olmuş hastaların durumluk kaygı düzeyi $34,8 \pm 9,9$ iken; sürekli kaygı düzeyi $42,5 \pm 9,3$ olarak saptanmıştır (54). Kaçmaz ve Barlas'ın çalışmasında (2014), karaciğer nakli yapılmış hastalarda sürekli kaygı puanı ortalaması $41,27 \pm 8,57$, durumluk kaygı puanı ortalaması $34,4 \pm 7,03$ olarak bulunmuştur (53). Shibata ve ark. (2009) canlı vericiden karaciğer nakli sonrası hastaların ruhsal durumunu araştıran çalışmada, hastaların sürekli kaygı puan ortalaması $39,5 \pm 9,8$ olarak bulunmuştur (56).

Hastaların yaş grupları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 36 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 12). Bu sonuç, hastaların yaşın ilerlemesiyle beraber sağlıklarına kavuşacaklarına ilişkin inançlarının azaldığı, bunun da kaygı düzeylerini arttırdığı şekilden yorumlanmıştır.

Hastaların cinsiyetleri ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kadın hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 13). Ayar ve arkadaşlarının çalışmasında (2015), istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, kadın hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (54). Özşaker'in çalışmasında (2002), depresif belirti görülme durumu ile cinsiyet, arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu saptanmıştır (2). Bu sonuç, kadın hastaların, hastalık dışında annelik rolleri ile devam yaşamlarını idame ettirmenin yaşattığı güçlükten kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır

Hastaların medeni durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte evli hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 14). Özşaker'in çalışmasında (2002), depresif belirti görülme durumu ile medeni

durum arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu saptanmıştır (2). Bu sonuç, evli olan hastaların, aileyi geçindirmek, çocuklara rol model olmak gibi hastalık dışındaki ek kaygılarının olmasına bağlanmıştır.

Hastaların çocuğu olma durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çocuğu olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 15). Bu sonuç, çocuğu olan hastaların gelecek kaygısını daha fazla yaşadıkları şeklinde yorumlanmıştır. Kalaoğlu Öztürk'ün çalışmasında (2010), ölüm kaygısının, çocuk sayısı ile ilişkili olduğu; ancak fiziksel hastalık varlığının ölüm kaygısını etkilemediği saptanmıştır (57).

Hastaların gelir durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gelir düzeyi düşük olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 16). Ayar ve arkadaşlarının çalışmasında (2015), gelir düzeyine göre durumluk ve sürekli kaygı skorları arasında fark olmadığı saptanmıştır (54). Tavallai ve arkadaşlarını çalışmasında, böbrek nakli hastalarında gelir durumunun (düşük, orta, yüksek), kaygı durumunu etkilemediğini, ama orta ve yüksek gelirlilerde yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu bulmuştur (58).

Hastaların yaşadıkları yer ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte köyde yaşayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 17). Küçük yerleşim yerlerinde yaşayan hastaların sağlık hizmetlerine ulaşma imkânlarının daha kısıtlı olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların böbrek hastası olma süreleri ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 6 yıl ve üzeri süredir böbrek hastası olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 18). Hastalık süresi arttıkça, hastaların tedavi olmaya ilişkin umutlarının tükendiği, bu durumda kaygı düzeylerini etkilediği düşünülmektedir.

Hastaların diyalize girme süreleri ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı

olmamakla birlikte altı yıl ve üzeri süredir diyalize giren hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 19). Tedavi sürecinin uzaması, hastalarda umutsuzluk ve kaygı yaşanmasına neden olmaktadır. Süre algısı maddeleri incelendiğinde; hastaların büyük bir çoğunluğunun hastalığın uzun süreceğini, hastalığın geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu ve yaşamının geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğine ilişkin görüşlere sahip oldukları tespit edilmiştir (59).

Hastaların böbrek nakli üzerinden geçen süreleri ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 0-1 yıl önce nakil olmuş olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 20). Bu sonuç, hastaların enfeksiyon, rejeksiyon gibi komplikasyonları ameliyat sonrası erken dönemde daha çok yaşanması nedeniyle kaygılarının yüksek olabileceğini düşündürmüştür.

Hastalara naklin kimden yapıldığı ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte canlı bireyden nakil yapılan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 21). Ayar ve ark.'nın çalışmasında (2015), donör tipi ile durumluk ve sürekli kaygı skorları arasında fark olmadığı saptanmıştır (54). Parsaei ve arkadaşlarının çalışmasında, kadavradan yapılan nakillerde ise kaygı oranının daha yüksek olduğunu gözlemlemişlerdir (60). Talas'ın çalışmasında (2002), hastaların % 40,81 'i suçluluk yaşadığı görülmüştür (3).

Hastaların nakil sonrası rejeksiyon yaşama durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte rejeksiyon yaşamayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 22). Bu sonuç, hastaların nakil sonrasında rejeksiyon yaşama olasılıklarının onlarda kaygı yarattığı şeklinde yorumlanmıştır. Talas'ın (2002) yaptığı çalışmada, böbrek transplantasyonu sonrasında hastaların % 86,4 'ünün rejeksiyon korkusu ve ümitsizlik duyguları yaşadıkları görülmüştür (3).

Hastaların nakil sonrası enfeksiyon yaşama durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte enfeksiyon yaşamayan hastaların

durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 23). Özşaker'in çalışmasında (2002), depresif belirti görülme durumu ile komplikasyon durumu arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu saptanmıştır (2). Nakil sonrasında hastaların en korktukları komplikasyonlardan birisi de enfeksiyondur. Enfeksiyon, iyileşme sürecini geciktirmekte, rejeksiyon gibi durumlara da zemin hazırlayabilmektedir. Bu nedenle, hastaların enfeksiyon geçirme olasılığı taşıyor olmaları, kaygı düzeylerini etkilemektedir.

Hastaların nakil sonrasında ruhsal durumlarında değişiklik olma durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ruhsal durumunun tamamen değiştiğini ifade eden hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 24). Goetzmann ve ark. (2008), kalp, akciğer, karaciğer ve böbrek nakli olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların çoğunluğunda nakil sonrasında psikolojik durumlarının sosyal yaşamlarını etkilediği bulunmuştur. Tüm nakil grupların da, nakledilen organın çalışıp çalışmayacağına yönelik kaygıların ve özellikle aile, arkadaş ve nakil ekibine karşı gelişen sorumluluk duygusunun ortak olduğu belirtilmiştir (61).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Böbrek nakli olmuş ve 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde rutin kontrol ve tedavileri yapılan hastaların nakil sonrasındaki anksiyete durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmış olan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Hastaların %80,4'üne canlı bireyden nakil yapılmış ve %96,3'ü ilk kez böbrek nakli ameliyatını olmuştur (Tablo 9)

- Hastaların %53,3'ü böbreğini veren kişinin sağlığına yönelik herhangi bir endişesi olmadığını, %57,9'u birinci derece akrabalarından nakil yapıldığını, %19,6'sı nakil sonrasında rejeksiyon yaşandığını ve %30,8'i nakil sonrası enfeksiyon yaşandığını belirtmiştir (Tablo 10).

- Hastaların %41,1'i diyalize girdiğinde iyi olacağına dair umudu olduğunu, %61,7'si nakil öncesinde kendini her zamankinden daha mutlu hissettiğini ve %38,3'ü nakil sonrası ruhsal durumunun tamamen değiştiğini ifade etmiştir (Tablo 10).

- Hastaların %78,5'i şuan kendini mutlu hissettiğini, %91,6'sı nakil öncesi ve sonrası kendisine destek olan kişiler olduğunu, %11,2'si nakil öncesinde herhangi bir eğitim almadığı ve %56,1'i ilaç kullanımı hakkında bilgi aldığını belirtmiştir (Tablo 10).

- Hastaların durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması $43,87 \pm 6,62$ iken; Sürekli Kaygı Ölçeği Puan ortalaması $48,51 \pm 6,64$ olarak saptanmıştır (Tablo 11).

- Hastaların yaş grupları, cinsiyetleri, medeni durumları ve çocuğu olma durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış ($p > 0,05$), ancak 36 yaş ve üzeri yaş grubunda, kadın, evli ve çocuğu olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12-13-14-15).

- Hastaların gelir durumları ve yaşadıkları yer ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gelir düzeyi düşük olan ve köyde yaşayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 16-17).

- Hastaların böbrek hastası olma süreleri ve diyalize girme süreleri ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 6 yıl ve üzeri

süredir böbrek hastası olanların ve 6 yıl ve üzeri süredir diyalize giren hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 18-19).

- Hastaların böbrek nakli üzerinden geçen süreleri ve naklin kimden yapıldığı ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 0-1 yıl önce nakil olmuş olan ve canlı bireyden nakil yapılan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 20-21).

- Hastaların nakil sonrası rejeksiyon ve enfeksiyon yaşama durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte rejeksiyon ve enfeksiyon yaşamayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 22-23).

- Hastaların nakil sonrasında ruhsal durumlarında değişiklik olma durumları ile kaygı düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ruhsal durumunun tamamen değiştiğini ifade eden hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri daha yüksektir (Tablo 24).

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Hastanelerin Organ Nakli birimlerine bağlı olarak çalışan, hastaların nakil öncesi dönemden başlayıp taburculuk sonrasını da kapsayacak bilgilendirme ve danışma birimlerinin oluşturulması,

- Taburculuk sonrasında komplikasyonların yakından izlenmesi,

- Hastaların nakil öncesi ve sonrası psikolojik değerlendirmelerinin yapılarak, desteğe ihtiyaç duyan, kaygı düzeyi yüksek hastaların ilgili birimlere yönlendirilmesinin sağlanması,

- Farklı değişkenler eklenerek ve daha geniş örneklem grubunda benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

1. Özdemir S. *Böbrek Transplantasyonunda Alıcı ve Vericilerin Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2010.
2. Özşaker E. *Böbrek Transplantasyonu Olan Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi Saptanması ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi* (Tez). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2002.
3. Talas MS. *Böbrek Transplantasyonu Olan Hastaların Yaşadıkları Güçlüklerin Belirlenmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; 2002.
4. Kaya Ö, Özcan Y, Akgün K, Ertuğrul P. *Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*, Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Bitirme Projesi; 2009.
5. Gürkan A. Böbrek Nedir?, <http://alpgurkan.com.tr/bobrek-ve-gorevleri/>. Erişim: 3 Ekim 2014
6. Böbrek, <http://tr.wikipedia.org/wiki/B%C3%B6brek/>. Erişim: 3 Ekim 2014
7. Arık N, Dilek M. Kronik Böbrek Hastalığı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bölümü Hasta Eğitim Kitapçığı, Türk Nefroloji Derneği.
8. Erol N. *Diyaliz Tedavisine Başlanmayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları ile Hemodiyaliz Tedavisi Olan Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2010.
9. Albaz M, Aydın Z, Cansever N, Dolgun R, Gülpınar Ü, Gürün J, Hacı LB, Karakoç A, Kirikçi G, Korkmaz R, Ölmez N, Öztarhan S, Sever A, Şanlıdağ C, Şen A, Şentürk S, Ünal B, Ünal D. Periton Diyalizi El Kitabı
10. Arık N. Kronik Böbrek Hastalığı, Bizim Diyaliz, Mart 2013:6.
11. Tek Böbrekle Yaşamak, <http://www.kenthospital.com/TR/KSayfa/28/tek-bobrekle-yasamak.html/>. Erişim: 3 Ekim 2014

12. Arık N, Dilek M. Böbrek Yetmezliği ile Yaşamak, Akademiunique, Roche, 2. Baskı, İstanbul, 2010.
13. Dolar G. Böbrek Yetmezliği Nedir?, http://www.meltemhastanesi.com/makale/bobrek-yetmezligi-nedir_205.html/. Erişim: 3 Ekim 2014.
14. Süleymanlar G, Altıparmak MR, Seyahi N, Trabulus S. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon 2013 Kayıtları, Ankara, 2014, ss: 1, 7, 22, 32, 67.
15. Ateş F. “Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyaliz ve Böbrek Naklinin Cinsel ve Üreme İşlevleri Üzerindeki Etkileri”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2010, 52: 229-236.
16. Aydın A. *Böbrek Transplantasyonu Bekleyen Hastaların Aile İçi Duygusal Durumlarının ve Gelecek Planlarının İncelenmesi* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2012.
17. Ceyhun HA. *Son Dönem Böbrek Yetmezliği Nedeniyle Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Psikiyatrik Belirti ve Tanı Dağılımı* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2009.
18. Kara B. “Hemodiyalize Giren Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Öncelikli Sorunlardan Biri: Yaşam Kalitesi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012, 11(5):631-638.
19. Bayraktar S. Organ Nakli ve Psikolojik Yaşam, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2013
20. Ölmez T. Anksiyete, <http://www.psikiyatr.com/anksiyete/anksiyete.htm/>. Erişim: 1 Kasım 2014.
21. Koç Z, Sever MŞ. Böbrek Nakilli Hastalarda Beslenme, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Fresenius Medikal Hizmetler A.Ş. Hasta Eğitim Yayınları No:7.
22. Böbrek Naklinin Tarihçesi, <http://www.kenthospital.com/TR/KSayfa/24/tarihce.html/>. Erişim: 3 Ekim 2014.

23. Böbrek Nakli, <http://saglik saglik.blogcu.com/bobrek-nakli/4452539/>. Erişim: 3 Ekim 2014.
24. Böbrek Nakli, <http://www.neolsunki.com/1209-Bobrek-Nakli.html/>. Erişim: 3 Ekim 2014.
25. Doğukan A, Tokgöz B, Oymak O, Taşkapan H, Sözüer E, Yılmaz Z, Patiroğlu T, Düşünsel R, Utaş C. “Böbrek Transplantasyonu Uygulanan Olgular: 5 Yıllık Sonuçların Analizi”, *Erciyes Tıp Dergisi*, 2003, 25(2):89-91.
26. Böbrek Yetmezliği Nedir?, <http://www.gophastanesi.com.tr/tibbi-birimlerimiz/b/bobrek-nakli/>. Erişim: 3 Ekim 2014.
27. Garcia GG, Harden P, Chapman J. “The Global Role of Kidney Transplantation”, *Turkish Nephrology Dialysis Transplantation Journal*, 2012; 21(1): 1-6.
28. Akın B. Nasıl Böbrek Nakli Olabilirim?, <http://www.bobreknaklimerkezi.com.tr/bobrek-nakli.html/>. Erişim: 3 Ekim 2014.
29. Kaçar S, Eroğlu A. Böbrek Nakli Sonrası Gelişen Komplikasyonlar, <http://www.bobreknakli.tv/bobrek-nakli-sonrasi-gelisen-komplikasyonlar/#.VEFkBCKsUzs/>. Erişim: 3 Ekim 2014.
30. Komplikasyon, <http://www.genelsaglikbilgileri.com/komplikasyon-bobrek-naklinden-sonra-ko0mplikasyonlar/>. Erişim: 3 Ekim 2014.
31. Dilek M. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Böbrek Nakli Deneyimleri 2005-2007* (Tez), Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Nefroloji Ana Bilim Dalı Yan Dal Uzmanlık Tezi; 2008.
32. Bayazıt Y, Arıdoğan İA, Tansuğ Z, Yaman M, Doran Ş, Erken U. “147 Hastada Renal Transplantasyon Sonuçları”, *Türk Üroloji Dergisi*, 2001, 27(2):184-189
33. Gül A, Üstündağ H, Zengin N. “Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi”, *Genel Tıp Dergisi*, 2010, 20 (1):7-11.

34. Karataş A, Erdem E, Kaya C, Dilek M, Yakupoğlu YK, Özden E, Cengiz K, Arık N, Akpolat T. “Böbrek Nakli Olmuş Hastalarda Osteoporoz Risk Faktörleri”, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2012, 21 (3): 267-272.
35. Sungur M. Anksiyete ya da Kaygı nedir? Anksiyete Bozuklukları – Terakki Gelişim Dergisi, <http://mehmetsungur.com.tr/2013/07/15/anksiyete-ya-da-kaygi-nedir-anksiyete-bozukluklari-terakki-gelisim-dergisi/>. Erişim: 1 Kasım 2014.
36. Çalışkan D. *Kapalı Kolesistektomi Ameliyat Öncesi Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Hastaların Bilgi Düzeyine ve Ameliyat Sonrası Kaygı ve Ağrı Düzeylerine Etkisi* (Tez), Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2010.
37. Taka F. *Hemşirelerde Ölüm Kaygısının Belirlenmesi*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2010.
38. Tural E. *Ameliyat Öncesi Dönemde Çocuklara Verilen Eğitim ve Terapötik Oyun Yöntemlerinin Çocuğun Kaygı, Korku ve Ağrı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi* (Tez), Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; 2012.
39. Gündoğdu D. *Ameliyat Sonrası Yoğun Bakıma Alınan Hastalarda Ağrı Yöntemiyle Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişki* (Tez), Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2014.
40. Aksoy A. Anksiyete (Kaygı) Başlatan Durumlar, <http://www.ogelk.net/makale/129-herkes-icin-ruh-sagligi-anksiyete-anksiyete-kaygi-baslatan-durumlar.html/>. Erişim: 1 Kasım 2014.
41. Uzun C. *Kişilerarası İlişkiler, Öfke, Benlik Algısı ve Anksiyete*, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
42. Ölmez T. (Anksiyete) Oluş Nedenleri, <http://www.psikiyatr.com/anksiyete/anksiyetenedenleri.htm/>. Erişim: 1 Kasım 2014.

43. Burhanoglu B. Kaygı Nedir? Nasıl Oluşur?, <http://www.fethiyepsikiyatri.com/eriskin/index.php/makaleler/95-kayg-nedir-nas-l-olusur/>. Erişim: 1 Kasım 2014.
44. Aksoy A. Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları, <http://www.ogelk.net/makale/130-herkes-icin-ruh-sagligi-anksiyete-anksiyete-kaygi-bozukluklari-.html/>. Erişim: 1 Kasım 2014.
45. Ölmez T. Yaygın Anksiyete, <http://www.psikiyatr.com/anksiyete/anksiyetebozuklugu.htm/>. Erişim: 1 Kasım 2014.
46. Dilbaz N. Kaygı Bozuklukları Nedir?, <http://www.doktorsitesi.com/makale/kaygi-bozukluklari-nedir--/>. Erişim: 1 Kasım 2014.
47. Söyler Altun T. *Ameliyat Sürecinde Hasta Kaygısı Üzerine Etki Eden Faktörler* (Tez). Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010.
48. Çetinkaya F. *Batın Ameliyatı Olacak Yetişkin Hastalara Ameliyat Öncesi Verilen Eğitimin Kaygı ve Ağrı Düzeyine Etkisi* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
49. Fukunishi I, Yasutoshi S, Takayama T, Makuuchi M, Surman OS, Kawarasaki H. “Association Between Pretransplant Psychological Assessment and Posttransplant Psychiatric Disorders in Living-Related Transplantation”, *Psychosomatics*, 43:1, 2002.
50. Fukunishi I, Aikawa A, Suzuki J, Hasegawa A, Hatanaka A, Ohara T. “Kidney Transplantation and Liaison Psychiatry, Part I: Anxiety Before and Prevalance Rate of Psychiatric Disorders Before and After Transplantation”, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51: 301-304.
51. Cürcani M. *Böbrek Transplantasyonu Yapılmış Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Yaşam Kalitesi, Tedaviye Uyumları ve yaşadıkları Ruhsal Sorunlar*

Üzerine Etkisi (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2008.

52. Kartopu S. “Lise Öğrenci ve Öğretmenlerinin Durumluluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Kahramanmaraş Örneği)”, *Fırat Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2010, 17(2):147-170.
53. Kaçmaz N, Ünsal Barlas G. “Karaciğer Nakli Yapılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Psikososyal Durumlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014, 5(1):1-8.
54. Ayar Y, Ersoy A, Sayılar EI, Yılmaz A, Yadin MF. “Böbrek Alıcılarında Depresyon, Kaygı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2015, 24(1):98-105.
55. Keskin G, Bilge A. “Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocuk ve Ergenlerin Depresyon, Sosyal Anksiyete ve Aleksitimi Açısından Değerlendirilmesi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009; 10: 318-324.
56. Shibata N, Shimazaki H, Sano N, Kawasaki S. “et al. Psychiatric and psychological outcomes of Japanese living donors following liver transplantation”, *Psychiatry Clin Neurosci*, 2009, 63: 583-5.
57. Kalaoğlu Öztürk Z. *Yaşlı Bireylerde Ölüm Kaygısı (Tez)*, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2010.
58. Tavallai SA, Einollahi B, Azizabadi Farahani M, Namdari M. “Socioeconomic links to health-related quality of life, anxiety, and depression in kidney transplant recipients”. *Iran J Kidney Dis*, 2009, 3(1):40-44.
59. Karabulutlu EY, Okanlı A. “Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14(4): 25-31.

60. Parsaei Mehr Z, Hami M, Moshtagh Eshgh Z. "Anxiety and Depression: A Comparison between living and cadaveric renal transplant recipients", *Int J Organ Transplant Med*, 2011, 2(4):178- 183.
61. Goetzmann L, Sarac N, Ambühl P, Boehler A, et al. "Psychological response and quality of life after transplantation: a comparison between heart, lung, liver and kidney recipients", *Swiss Med Wkly*, 2008, 138:477-83.

EKLER

Ek-1: Anket Formu

BÖBREK NAKLİ YAPILMIŞ OLAN HASTALARIN NAKİL SONRASI

KAYGI DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bu çalışma, Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi Dilber Demirtaş Öztürk tarafından yüksek lisans tezi olarak yapılmaktadır. Bu çalışmada böbrek nakli yapılmış olan hastaların nakil sonrası neler yaşadıklarını belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmada isminiz sorulmamaktadır. Yanıtlarınız çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Katılımınız için teşekkürler.

Dilber DEMİRTAŞ ÖZTÜRK

Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

A. Demografik Özellikler

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz
a) Kadın b) Erkek
3. Medeni Durumunuz
a) Evli b) Bekar c) Dul/ Boşanmış
4. Evli iseniz kaç yıldır evlisiniz?
a) Evli değilim b).....yıldır evliyim
5. Çocuğunuz var mı?
a) Evet b) Hayır
6. Gelir Durumunuz nedir?
a) Düşük b) Orta c) Yüksek
7. Yaşadığınız yer neresidir?
a) Köy b) İlçe/kasaba c) Şehir
8. Eğitim durumunuz nedir?
a) Okur-yazar b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite
9. Mesleğiniz nedir?
a) Çalışmıyor d) Serbest meslek
b) İşçi e) Emekli
c) Memur f) Diğer.....

10. Böbrek nakli olmadan önce ya da sonra psikolojik destek aldınız mı?
- a) Her iki dönemde de destek almadım
 - b) Sadece nakil öncesi destek aldım
 - c) Sadece nakil sonrası destek aldım
 - d) Nakil öncesi ve sonrası destek aldım

B. Hastalığa İlişkin Sorular

11. Kaç yıldır böbrek hastalığınız var?.....
12. Böbrek hastalığı dışında başka hastalığınız var mı?
- a) Yok
 - b) Tansiyon hastalığı var
 - c) Şeker hastalığı hastalığı var
 - d) Kalp hastalığı hastalığı var
 - e) Diğer (yazınız).....
13. Ne kadar süre diyalize girdiniz? Yazınız.....
14. Böbrek nakli yapılabildi ne kadar oldu?.....yıl
15. Böbrek nakli nerede gerçekleşti?
- a) Üniversite hastanesinde
 - b) Eğitim araştırma hastanesinde
 - c) Özel hastanede
 - d) Diğer.....
16. Böbrek nakli kimden yapıldı?
- a) Canlı bireyden
 - b) Kadavradan
17. Bu size uygulanan ilk böbrek nakli ameliyatı mı?
- a) Evet
 - b) Hayır
18. Size böbreğini veren kişinin sağlığına yönelik herhangi bir endişeniz oldu mu?
- a) Endişem olmadı
 - b) Onun sağlığının da bozulacağını düşündüm
 - c) Ameliyat esnasında olumsuz bir şey yaşamasından korktum
 - d) Sağlam böbreği daha sonra rahatsızlanabilir endişesi beni hala rahatsız ediyor
19. Nakil canlı bireyden yapıldıysa kimden yapıldı?
- a) Canlı bireyden yapılmadı
 - b) 1.derece akrabalarım (anne, baba, abla, ağabey, kardeş)
 - c) 2.derece akrabalarım (teyze, dayı, amca, hala, kuzen vb.)
 - d) Diğer (arkadaş, komşu, tanıdık vb.).....
20. Nakil sonrasında rejeksiyon (organın vücut tarafından reddedilmesi) gibi bir durum yaşadınız mı?
- a) Evet
 - b) Hayır

21. Nakil sonrasında enfeksiyon gibi bir durum yaşadınız mı?
a) Evet b) Hayır
22. Diyalize girdiğinizde neler hissediyorsunuz?
a) Mutsuzdum, iyi olacağıma dair hiç umudum yoktu.
b) Her şeye rağmen iyi olacağıma dair umudum vardı.
c) Stres altındaydım, korkuyordum, beni neler bekliyor bilmiyordum.
d) Diğer.....
23. Nakil öncesinde psikolojik olarak kendinizi nasıl hissettiniz?
a) Nakil işlemine hazır değildim. Benim için sürpriz oldu.
b) Başkasının organını taşıyacak olma düşüncesi beni endişelendirdi
c) Kendimi her zamankinden daha mutlu hissettim.
d) Diğer(Belirtiniz).....
24. Böbrek nakli olduktan sonra ruhsal durumunuz değişti mi?
a) Tamamen değişti b) Biraz değişti c) Değişmedi
25. Şu an kendisiniz nasıl hissediyorsunuz?
a) Mutlu b) Mutsuz c) Tedirgin d) Diğer.....
26. Böbrek nakli olmadan önce size destek olan kişiler var mıydı?
a) Evet b) Hayır
27. Böbrek nakli olduktan sonra size destek olan kişiler var mı?
a) Evet b) Hayır
28. Nakil öncesinde hastalığımız ve böbrek nakli sonrasında dikkat etmeniz gereken noktalar ile ilgili eğitim verildi mi?
a) Evet b) Hayır
29. Bilgi verildi ise hangi konularda verildi?
a) Beslenme b) İlaç kullanımı c) Kontrol zamanları
d) Enfeksiyon e) Fiziksel aktivite f) Red Bulguları
g) Genel hijyen ve cilt bakımı h) Cinsel yaşam i) Diğer (Belirtiniz)...

Ek-2: Durumluk Kaygı Ölçeği

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

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

Ek-3: Sürekli Kaygı Ölçeği

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

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

Ek-4: Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

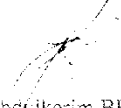
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 325

28.02.2014

Sayın : Yrd.Doç.Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Böbrek nakli yapılmış olan hastaların nakil sonrası kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörler** başlıklı OMÜ KAEK 2014/526 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz; Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ay; geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafım.za en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 27.02.2014 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Abdükerim BEDİR
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkanı

Ek-5: Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi

İnsan Gönüllüleri Üzerindeki Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler

Dünya Tıp Birliği'nin

18. Genel Kurulunda (Helsinki, Finlandiya, Haziran1964) benimsenmiş,
29. Genel Kurulunda (Tokyo, Japonya, Ekim 1975),
35. Genel Kurulunda (Venedik, İtalya, Ekim 1983),
41. Genel Kurulunda (Hong Kong, Eylül 1989),
48. Genel Kurulunda (Somerset West, Güney Afrika Cumhuriyeti, Ekim 1996),
52. Genel Kurulunda (Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000)
53. Genel Kurulunda (Washington 2002 - 29. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir)
55. Genel Kurulunda (Tokyo 2004 - 30. maddeye açıklama notu ilave edilmiştir)
59. Genel Kurulunda (Seul, Ekim 2008) geliştirilmiştir.

A. GİRİŞ

1. Dünya Tıp Birliği, insan gönüllülerinin yer aldığı tıbbi araştırmalarda görev alan hekim ve diğer kişilere rehberlik edecek etik ilkeler olarak Helsinki Bildirgesi'ni geliştirmiştir. İnsan gönüllülerini içeren araştırmalara insandan elde edilen kime ait olduğu belli olan materyal ya da veriler de dâhildir.

Bildirgenin bir bütün olarak okunması amaçlanmaktadır ve içerdii maddeler ilgili bütün diğer maddeler göz önünde bulundurulmadan uygulanmamalıdır.

2. Her ne kadar Bildirge esas olarak hekimlere yönelik olsa da Dünya Tıp Birliği insan gönüllüleri üzerinde yapılan tıbbi araştırmalara katılan diğer kişilerin de bu ilkeleri benimsemesini teşvik etmektedir.

3. Hekimin ödevi, üzerinde tıbbi araştırma yapılanlar da dâhil olmak üzere insan sağlığını korumak ve geliştirmektir. Hekimin bilgi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmıştır.

4. Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi "Hastamın sağlığı benim ilk önceliğimdir" cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu "tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın menfaatine göre davranması gerektiğini" duyurur.

5. Tıbbi ilerlemeler, nihai olarak insanlar üzerinde yapılan çalışmaları içermesi gereken araştırmaları temel almaktadır. Tıbbi araştırmalarda yeterince temsil edilmeyen popülasyonlara araştırmaya katılım konusunda uygun erişim sağlanmalıdır.

6. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmalarda, araştırma gönüllüsü olan bireyin iyilik hali diğer bütün menfaatlardan önce gelmelidir.

7. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmaların birincil amacı hastalıkların nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak ve koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici girişimleri (metotlar, prosedürler ve tedaviler) geliştirmektir. Mevcut en iyi girişimler bile güvenilirlik, etkililik, verimlilik, erişilebilirlik ve kalite açısından yapılacak araştırmalarla sürekli olarak değerlendirmeye tabi tutulmalıdır.

8. Tıbbi uygulamalarda ve tıbbi araştırmalarda birçok girişim riskler ve sorumluluklar içermektedir.

9. Tıbbi araştırma, insana saygıyı teşvik eden, onun haklarını ve sağlığını koruyan etik standartlara tabidir. Bazı araştırma grupları istismara açıktır ve özel korunmaya ihtiyaçları vardır. Bunlar arasında kendi başlarına olur ya da ret veremeyenler ve baskı ve uygunsuz etkiye açık olanlar sayılabilir.

10. Araştırmacılar, insanlar üzerindeki araştırmalar konusunda kendi ülkelerindeki yürürlükte olan etik, yasal ve düzenleyici norm ve standartların yanı sıra geçerli uluslararası norm ve standartları göz önünde bulundurmalıdır. Hiçbir ulusal etik, yasal ve düzenleyici koşul bu bildirmede insan gönüllülerinin korunmasına yönelik olarak öngörülen herhangi bir koruma hükmünü zayıflatmamalı veya ortadan kaldırmamalıdır.

B. TÜM TIBBİ ARAŞTIRMALARDA TEMEL İLKELER

11. Tıbbi araştırmalarda insan gönüllülerinin yaşamını, sağlığını, onurunu, bütünlüğünü, kendi hakkında karar verme hakkını, mahremiyetini ve gizliliğini korumak hekimin ödevidir.

12. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmalar genel olarak kabul edilmiş bilimsel ilkelere uygun olmalı, bilimsel literatür ve ilgili diğer bilgi kaynakları konusunda kapsamlı bilgiyi, yeterli laboratuvar ve uygun olduğunda hayvan deneylerini temel almalıdır. Araştırmalarda kullanılan hayvanların iyilik hali dikkate alınmalıdır.

13. Çevreye zarar verebilecek tıbbi araştırmalar yürütülürken yeterli özen gösterilmelidir.

14. İnsan gönüllüleri üzerinde yapılacak her bir araştırma çalışmasının tasarım ve performansı çalışma protokolünde açık bir şekilde tanımlanmalıdır. Protokol, dikkate alınan etik mülahazalara ilişkin bir beyan içermeli ve bu Bildirmede öngörülen ilkelerin nasıl ele alınacağını belirtmelidir. Protokol finansman, destekleyiciler, kurumsal bağlar, diğer potansiyel çıkar çatışmaları, gönüllülere sunulan teşviklere dair bilgileri ve araştırma çalışmasına katılmalarının bir sonucu olarak zarar gören gönüllülerin tedavi edilmesi ve/veya tazmin edilmesine ilişkin hükümleri içermelidir. Protokol araştırma gönüllülerinin çalışmada yararlı olarak tanımlanmış tedavilere araştırmadan sonra erişimleri veya diğer uygun tedavi veya yararlı erişimi konusundaki düzenlemeleri tanımlamalıdır.

15. Araştırma protokolü, çalışma başlamadan önce değerlendirme, yorum, rehberlik ve onay için bir araştırma etik kuruluna sunulmalıdır. Bu kurul araştırmacı, destekleyici veya diğer uygunsuz etkilerden bağımsız olmalıdır. Kurul araştırma deneylerinin yapıldığı ülkenin yasa ve yönetmeliklerinin yanı sıra geçerli uluslararası norm ve standartları dikkate almalı ancak bunlar bu bildirmede insan gönüllülerinin korunmasına yönelik olarak öngörülen herhangi bir koruma hükmünü zayıflatmamalı veya ortadan kaldırmamalıdır. Kurulun sürdürülmekte olan çalışmaları izleme hakkı olmalıdır. Araştırmacılar izleme bilgilerini, özellikle de herhangi bir ciddi advers olayla ilgili bilgileri kurula vermelidir. Kurul tarafından değerlendirilmedikçe ve onay verilmedikçe protokolda bir değişiklik yapılamaz.

16. İnsan gönüllüleri üzerindeki tıbbi araştırmalar yalnızca, uygun bilimsel eğitim ve niteliklere sahip bireyler tarafından yürütülmelidir. Hastalar veya sağlıklı gönüllüler üzerindeki araştırmalar, yetkin ve uygun niteliklere sahip bir hekim veya diğer bir sağlık mesleği uzmanı gözetiminde yapılmalıdır. İnsan gönüllülerini koruma sorumluluğu her zaman hekim veya diğer bir sağlık mesleği uzmanına aittir ve olur vermiş olsalar bile asla araştırma gönüllülerine ait değildir.

17. Dezavantajlı veya istismara açık bir popülasyon veya toplum üzerindeki tıbbi araştırmalar yalnızca araştırmanın söz konusu popülasyon veya toplumun sağlık gereksinimleri ve önceliklerine yanıt veren bir araştırma olması ve bu popülasyon veya toplumun araştırmanın sonuçlarından yarar görmesi konusunda makul bir olasılık bulunması kaydıyla mazur görülebilir.

18. İnsanlar üzerindeki her tıbbi araştırma öncesinde araştırmaya katılan popülasyon ve toplumların veya araştırma konusu olan hastalıktan etkilenen diğer birey ve toplumların araştırmadan görecekları yarara kıyasla araştırmanın doğurabileceği tahmini risk ve sorumluluklar dikkatli bir içimde değerlendirilmelidir.

19. Her klinik çalışma ilk gönüllü çalışmaya dâhil edilmeden önce alenen erişilebilir bir veritabanına kaydedilmelidir.

20. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğinden ve tatmin edici bir şekilde baş edilebileceğinden emin olmadıkça insan gönüllüleri üzerindeki araştırma projelerine katılamazlar. Hekimler, saptanan risklerin yarardan daha fazla olduğunda ya da pozitif ve yararlı sonuçlara ilişkin kesin kanıtların varlığında araştırmayı derhal sona erdirmelidirler.

21. İnsan gönüllüleri üzerindeki araştırma projeleri, yalnızca, hedeflenen amaçların gönüllüte yaratacağı risk ve rahatsızlıklardan ağır basması durumunda gerçekleştirilmelidir.

22. Ehil bireylerin araştırma gönüllüsü olarak çalışmaya katılmaları gönüllü olmalıdır. Her ne kadar aile üyelerine veya toplum önderlerine danışmak uygun olabilse de serbest iradesi ile kabul etmedikçe hiçbir ehil birey bir araştırma çalışmasına dâhil edilemez.

23. Araştırma gönüllülerinin mahremiyetini ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak ve çalışmanın gönüllülerin fiziksel, zihinsel ve sosyal bütünlükleri üzerindeki etkisini en aza indirmek için her türlü önlemin alınması gerekir.

24. Ehil insanlar üzerindeki bir araştırmada her potansiyel gönüllü benimsenen amaçlar, yöntemler, finansman kaynakları, bütün olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal bağları, araştırmadan beklenen yararlar ve potansiyel riskleri ve araştırmanın vereceği rahatsızlıklar ve çalışmanın diğer ilgili yönleri hakkında yeterince bilgilendirilmiş olmalıdır. Potansiyel gönüllü, çalışmaya katılmama ya da hiçbir yaptırıma maruz kalmadan, herhangi bir zamanda, katılım olurunun geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Potansiyel gönüllülerin spesifik bilgi gereksinimlerinin yanı sıra bilgi verme konusunda kullanılan yöntemlere özel dikkat sarf edilmelidir. Potansiyel gönüllünün bu bilgileri anlamasını sağladıktan sonra hekim veya uygun niteliklere sahip başka bir birey, tercihen yazılı olarak, gönüllünün özgür iradesiyle verilmiş bilgilendirilmiş oluru alması gerekir. Eğer, onay yazılı alınamaz ise yazılı olmayan olur tanık huzurunda resmi olarak kayda geçirilmelidir.

25. Kimliği açığa çıkaran insan malzemesi veya verileri kullanan tıbbi araştırma için hekim, normalde toplama, analiz, saklama ve/veya yeniden kullanım konusunda onay almalıdır. Bu onayın olanaksız olduğu veya söz konusu araştırma için elde edilmesinin pratik olmadığı veya araştırmanın geçerliliğine bir tehdit oluşturacağı durumlar olabilir. Bu durumlarda araştırma yalnızca bir araştırma etik kurulunun değerlendirme ve onayından sonra yapılabilir.

26. Bir araştırma çalışması için bilgilendirilmiş olur alınırken, hekim, kendisiyle gönüllü arasında bir bağımlılık ilişkisi olup olmadığı ya da baskı altında olur verip vermediği konusunda özellikle dikkatli olmalıdır. Böyle bir durum söz konusu

olduğunda, bilgilendirilmiş olur araştırmada yer almayan ve tamamen bu konunun dışında olan, konu hakkında iyi bilgilendirilmiş bir hekim tarafından alınmalıdır.

27. Ehil olmayan bir potansiyel araştırma gönüllüsü söz konusu olduğunda hekim yasal olarak yetkili temsilcisinin olurusu almalıdır. Araştırmanın potansiyel gönüllüsünün temsil ettiğı popülasyonun sağığını korumayı amaçlaması, araştırmanın ehil kişilerle yapılamaması ve araştırmanın yalnızca asgari ölçüde risk ve yük içermesi söz konusu değılse bu bireyler kendileri için yararlı olma olasılığı olmayan bir araştırma çalışmasına dâhil edilemez.

28. Ehil kabul edilmeyen bir potansiyel gönüllü, araştırmaya katılım kararları konusunda olur verebiliyorsa araştırmacı bu olura ek olarak yasal olarak yetkili temsilcinin de onayına başvurmalıdır. Potansiyel gönüllünün ret kararına sayğı duyulmalıdır.

29. Bilinci yerinde olmayan hastalar gibi fiziksel veya zihinsel olarak olur verme yetisi bulunmayan potansiyel araştırma gönüllülerini içeren bir araştırma ancak bilgilendirilmiş olur vermeyi engelleyen fiziksel veya zihinsel koşulun araştırma popülasyonun zorunlu bir karakteristik özelliğı olması durumunda yapılabilir. Hekim bu durumlarda yasal olarak yetkili temsilcinin bilgilendirilmiş olurusu almalıdır. Eğer söz konusu temsilci mevcut değılse ve araştırma ertelenemiyorsa, bilgilendirilmiş olur vermelerini engelleyen bir durumda olan gönüllüleri araştırmaya dâhil etmenin spesifik nedenlerinin araştırma protokolünde belirtilmiş olması ve bir araştırma etik kurulu tarafından onaylanmış olması kaydıyla araştırma bilgilendirilmiş olur olmadan devam edebilir. Araştırmada kalmaya ilişkin olur gönüllüden ya da yasal olarak yetkili temsilciden mümkün olan en kısa sürede alınmalıdır.

30. Yazar, editör ve yayıncıların tümünün araştırma sonuçlarının yayınlanmasına ilişkin etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Yazarların insan gönüllüler üzerinde yürüttükleri çalışmanın sonuçlarını alenileştirme görevi bulunmaktadır ve raporlarının doğıru ve eksiksiz olmasından sorumludurlar. Kabul edilmiş etik raporlama yönergelerine bağılı kalmalıdır. Negatif ve yetersiz ve bunun yanı sıra pozitif sonuçlar yayınlanmalı veya normalde alenileştirilmelidir. Finansman kaynakları, kurumsal bağılar ve çıkar çatışmaları yayında beyan edilmelidir. Bu bildirmede yer alan ilkelere uymayan araştırma bildirimleri yayına kabul edilmemelidir.

C. TIBBİ BAKIMLA BİRLEŐİK TIBBİ ARAŞTIRMALARA İLİŞKİN EK İLKELER

31. Hekim, araştırmayı ancak potansiyel koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici değerleri yönünden haklı bulunabildiğı ölçüde ve araştırma çalışmasına katılımın araştırma gönüllüsü olacak hastaların sağığını olumsuz etkilemeyeceğine inanmak için iyi nedenleri olması durumunda tıbbi araştırma ile tıbbi bakımı birleştirebilir.

32. Yeni bir yöntemin yararları, riskleri, rahatsızlık ve etkilerinin aşağıdaki durumlar hariç olmak üzere kullanılmakta olan en iyi yöntemle karşılaştırarak denenmesi gerekir.

• Mevcut kanıtlanmış tedavinin olmadığı durumlarda plasebo veya tedavi yapılmaması kabul edilebilir; veya

• İkna edici ve bilimsel olarak geçerli nedenlerden ötürü bir yöntemin etkinliğı veya güvenilirliğini tespit etmek için plasebo kullanımının gerekli olması ve plasebo alan veya tedavi edilmeyen hastaların herhangi bir ciddi veya geri dönüşü olmayan zarara uğrama

riski olmaması. Bu seçeneğin istismar edilmesinden kaçınmak için büyük dikkat sarf edilmelidir.

33. Çalışmanın sonunda çalışmaya katılan her hastanın çalışmanın sonuçları konusunda bilgilendirilme ve çalışmanın sonucu olan bütün yararları paylaşma, örneğin çalışmada yararlı olarak tanımlanan yöntemlere veya diğer uygun tedavi ve yararlarla erişim hakkı vardır.

34. Hekim, tıbbi bakımın hangi yönlerinin araştırma ile ilgili olduğu konusunda hastayı tam olarak bilgilendirmelidir. Hastanın, bir çalışmaya katılmayı reddetmesi veya hastanın çalışmadan çekilme kararı alması asla hekim-hasta ilişkisini etkilememelidir.

35. Bir hastanın tedavisinde kanıtlanmış yöntemler mevcut değilse ya da etkin değilse, hekim hayat kurtarma, sağlığı düzeltme ya da acıyı hafifletme konusunda işe yarayacağı kanısında ise uzman görüşüne başvurmak ve hastadan veya yasal olarak yetkili temsilcisinden bilgilendirilmiş olur almak kaydıyla kanıtlanmamış bir yöntemi kullanabilir. Mümkün olduğunda, bu yöntemin, güvenilirlik ve etkinliğini değerlendirmek için tasarlanmış araştırmanın nesnesi yapılması gerekir. Bütün vakalarda, yeni bilgiler kayıt edilmeli ve uygun olduğunda yayımlanmalıdır

Sorumlu Araştırmacı

(Unvanı, Adı Soyadı)

Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

Yardımcı Araştırmacı

(Unvanı, Adı Soyadı)

Dilber DEMİRTAŞ ÖZTÜRK

İMZA

İMZA

Ek-6: Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı	Dilber	Soyadı	DEMİRTAŞ ÖZTÜRK
Doğum Yeri	Ömerli	Doğum Tarihi	21/03/1980
Uyruğu	T.C.	Tel	05436648734
e-mail	Dilber_6648734@mynet.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Okul	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüksek Lisans		
Lisans	Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu	2006
Lise	Anafartalar Lisesi	1997

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	Gazi Hastanesi	2006
Hemşire	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2006-2013
Hemşire	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2013-

Yabancı Diller

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YDS Puan	Diğer Puan
İngilizce	Orta	Orta	Orta	-	-

Sertifikaları

Sertifika Programı	Tarih
Aile Planlaması Danışmanlığı ve RİA Uygulama Eğitimi Sertifikası	05.05.2006
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastane Yönetimi Sertifika Programı	10.03.2009
İleri Kardiyak Yaşam Desteği Kursu	17.09.2014
Bilgisayar İşletmecilik Sertifikası	21.02.2007
Bilgisayarlı Muhasebe Netsis W3 Sertifikası	25.03.2007
Ege Üniversitesi CPR (Kardiyo-Pulmoner Resüsitasyon) Belgesi	26.01.2007
Canik Üniversitesi Aile Danışmanlığı Sertifikası	27.09.2014

Yayımları/Tebliğleri/Ödülleri: -

Bilgisayar Bilgisi: İyi

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	59,759	53,540	45,731

Özel İlgi Alanları: Gezi, Müzik