

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**Aile Hekimliği Koordinatörü
Uzm. Dr. Cüneyt MÜDERRİSOĞLU**

**Tez Yöneticisi
Dahiliye Klinik Şefi Uzm. Dr.Fusun ERDENEN**

**Danışman
Psikiyatri Uzmanı Dr.Çağatay KARŞIDAĞ**

**HEMODİYALİZ HASTALARININ
YETİ YİTİMİ, ANKSİYETE VE DEPRESYON
YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. ŞEHRİBAN YETİŞKİN

AİLE HEKİMLİĞİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL-2008

TEŞEKKÜR

Bizleri yetiştiren ve bugünlere gelmemizi sağlayan değerli hocalarımıza teşekkür ederim.

Asistanlık eğitimim süresince engin bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum değerli hocalarımıza teşekkür ederim.

Kliniklerinde rotasyon yaptığım ve eğitimime katkısı olan tüm klinik şeflerine ve uzmanlara;

Birlikte çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Tezimin yapılışı esnasında desteklerini esirgemeyen İ.E.A.H.Dahiliye klinik şefi Dr.Fusun Erdenen'e, B.R.S.H.H. Psikiyatri uzmanı Dr.Çağatay Karşıdağ'a, hemodiyaliz ünitesinde çalışmamıza yardımcı olan Dr.Mine Besler'e ve diyaliz ünitesindeki tüm hemşire arkadaşlarıma ve diğer tüm personele;

Hayatımın her anında yanımda oldukları ve bana huzurlu bir ortam sağladıkları ve beni her konuda destekledikleri için annem, babam ve kardeşlerime;

İlgi ve sevgisiyle yanımda olan ve beni destekleyen eşime

sonsuz teşekkürler ederim.

Dr.Şhriban Yetişkin.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	1
GİRİŞ VE AMAÇ	3
GENEL BİLGİLER	5
Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)	5
Etyoloji	6
İnsidans	6
Tedavi Seçenekleri	7
Diyaliz Sırasında Görülen Ruhsal Bozukluklar	13
Depresyon	14
Oluş Nedenleri	15
Sınıflandırma	20
Belirtiler ve Bulgular	22
Çökkünlük Nöbetinin Sağaltımı	28
Bunaltı	33
Bunaltı Oluş nedenleri	35
Belirtiler ve Bulgular	39
Sınıflandırma	40
Sağaltım	43
HASTALAR VE YÖNTEM	45
BULGULAR	50
TARTIŞMA	70
SONUÇLAR	88
KAYNAKLAR	90
EKLER	104

KISALTAMALAR

ACTH: Adrenokortikotropik hormon

5HT: 5-hydroxytrptamine

DSM: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı

DST: Deksametazon supresyon testi

EEG: Elektroensefalografi

GFR: Glomerüler filtrasyon hızı

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

HAD-A: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete alt ölçeği

HAD-D: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon alt ölçeği

HD: Hemodiyaliz

ICD: International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems: Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması

KBY: Kronik böbrek yetmezliği

KPDÖ: Kısa Psiyatrik Değerlendirme Ölçeği

KYA: Kısa Yeti Yitimi Anketi

MAO: Monoamin oksidaz

MHPG: 3-metoksi 4-hidroksifenilglükol

OKB: Obsesif-kompulsif bozukluk

PD: Periton diyalizi

PMD: Psikoz manyak depresif

REM: Rapid eye movement

RRT: Renal replasman tedavileri

SAPD: Sürekli ayaktan periton diyalizinde

SDBY: Son dönem böbrek yetersizliği

SDF: Sosyodemografik Form

SSRI: Serotonin gerialımı inhibitörleri

SNRI: Serotonerjik noradrenerjik gerialım inhibitörleri

TCA: Trisiklik antidepresanlar

TMP+SMX: Trimethoprim-sulfamethoxazole

TRH: Tiroid releasing hormon

TSH: Tiroid situmulan hormon

TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. KBY ve kontrol grubunun yaş ortalamaları

Tablo 2.KBY ve kontrol grubunun cinsiyet dağılımları

Tablo 3. KBY ve kontrol gruplarının sağlık güvencelerinin dağılımı

Tablo 4. KBY ve kontrol gruplarının aile tipi dağılımları

Tablo 5. KBY ve kontrol grubu arasında özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü,mevcut psikiyatrik hastalık durumu,ailede psikiyatrik hastalık varlığı sorgulaması

Tablo 6. KBY grubunda laboratuvar parametreleri ile KYA, HAD-A, HAD-D arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 7. HD süresi ile KYA, HAD-A, HAD-D arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 8. Destek görme düzeyi ile KYA, HAD-A,HAD-D arasındaki ilişkinin incelenmesi

Tablo 9. Eğitim düzeyi ile anksiyete arasındaki ilişki

Tablo 10. İlgörü düzeyi ile KYA, HAD-A,HAD-D arasındaki ilişki

Tablo 11. Medeni hal ile KYA, HAD-A, HAD-D arasındaki ilişki

Tablo 12. Cinsiyet ile KYA ve HAD-D arasındaki ilişki

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1. KBY ve kontrol gruplarının medeni hal dağılımları
- Şekil 2. KBY ve kontrol gruplarının eğitim düzeyleri
- Şekil 3. KBY ve kontrol gruplarının çalışma durumu
- Şekil 4. KBY ve kontrol gruplarının gelir düzeylerinin karşılaştırılması
- Şekil 5a. KBY grubunun KPDÖ'e göre değerlendirilmesi
- Şekil 5b. Kontrol grubunu KPDÖ'e göre değerlendirilmesi
- Şekil 6. KBY ve kontrol gruplarının anksiyete riski yönünden karşılaştırılması
- Şekil 7. KBY ve kontrol gruplarının depresyon riski açısından karşılaştırılması
- Şekil 8. KBY ve kontrol gruplarının yeti yitimi yönünden karşılaştırılması
- Şekil 9. Eğitim düzeyi ile yeti yitimi arasındaki ilişki
- Şekil 10. Eğitim düzeyi ile depresyon riski arasındaki ilişki
- Şekil 11. Cinsiyet ile anksiyete arasındaki ilişki
- Şekil 12. Anksiyete ile yeti yitimi arasındaki ilişki
- Şekil 13. Depresyon ile yeti yitimi arasındaki ilişki

ÖZET

Hastanemiz Hemodiyaliz Ünitesinde hemodiyaliz (HD) programındaki dekompanze kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısı ile izlenen hastalarda yeti yitimi, depresyon ve anksiyete birlikteliğini ve kronik bedensel hastalık, ruhsal sorunlar ve yeti yitimi durumu arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Araştırmaya 37 (%49,3) kadın, 38 (%50,7) erkekten oluşan toplam 75 KBY'li hasta ve 22 (%44) kadın, 28 (%56) erkekten oluşan toplam 50 sağlıklı kontrol bireyi alındı. Yaş ortalamaları hasta grubunda $51,05 \pm 15,87$, kontrol grubunda $49,86 \pm 17,22$ idi.

Çalışma kapsamında her iki gruba da ekte sunulan Sosyodemografik Form (SDF), Kısa Yeti Yitimi Anketi (KYA), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) olmak üzere çeşitli ölçek ve anketler uygulandı.

İstatistiksel analizler GraphPad Prisma V.3 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi alt grup karşılaştırmalarında Tukey çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

HD programındaki KBY'li hasta grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anksiyete ve depresyon riski anlamlı olarak yüksek bulundu. Ayrıca KYA toplam puanı hasta grubunda, orta ve ağır yetiyitimi olmak üzere kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu. KPDÖ açısından iki grup arasında anlamlı fark gözlenmedi. Medeni hal dağılımları karşılaştırıldığında hasta grubunda dul ve boşanmışların oranı daha yüksek

gözlendi. Hasta grubunda eğitimsizlerin oranı anlamlı olarak yüksekti. Ayrıca hasta grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında çalışmayanların oranı ve düşük gelir düzeyi bulunanların oranı anlamlı olarak yüksek bulundu.

Hasta grubunda glikoz ile KYA ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon alt ölçeği (HAD- D) toplam puanları arasında anlamlı pozitif, kreatinin ile KYA toplam puanları arasında anlamlı negatif, Ca ile KYA toplam puanları arasında anlamlı pozitif, kreatinin ile Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete alt ölçeği (HAD-A) toplam puanları arasında anlamlı pozitif ilişkilerinin olduğu saptandı.

Eğitimsiz kişilerde orta düzeyde yetiyitimi anlamlı olarak yüksek bulundu. Depresyon riski eğitimsiz kişilerde anlamlı olarak yüksek bulundu.

Anksiyete riski kadınlarda anlamlı olarak yüksek bulundu.

Ağır yeti yitimi olan hastalarda depresyon riski anlamlı olarak yüksek bulundu.

HD programındaki KBY'li hastalarda depresyon ve anksiyete başta olmak üzere psikiyatrik belirtiler yaygın olarak bulunmaktadır. Yeti yitimi ile depresyon ve anksiyete düzeyleri ilişkilidir. Kronik bir hastalık olan HD programındaki KBY hastalarında hastalığın güncel tedavisine ek olarak psikiyatrik yaklaşım ve destek hastaların hastalığına uyumu ve tedavi maliyetinin düşürülmesi açısından önemlidir

Sonuç olarak bu araştırma hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlere eğilim gösterdiğini ortaya koymuştur. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların psikiyatrik değerlendirmeye alınması ve eğer gerekiyorsa psikiyatrik tedavi programlarının başlatılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, depresyon, hemodiyaliz, yeti yitimi

GİRİŞ VE AMAÇ

Amaç: Hastanemiz Hemodiyaliz Ünitesinde HD programındaki dekompanze kronik böbrek yetmezliği tanısı ile izlenen hastalarda yeti yitimi, depresyon ve anksiyete birlikteliğinin ortaya çıkarılması ve diğer parametrelerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Kronik böbrek yetmezliği glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanır. Glomerüler filtrasyon değeri 5- 10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliğinden bahsedilir ve hastalar diyaliz, böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (1).

Renal replasman tedavileri (RRT) hastaların semptomlarını ve yaşam kalitelerini etkileyen değişiklikleri kısmen düzeltmektedir. Fakat renal replasman tedavisinde artan bilgi ve teknolojiye rağmen son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) bulunan KBY'li hastaların morbiditesi ve mortalitesi hala yüksektir (2,3).

Diyaliz tedavisi gören hastalarda depresyon ve anksiyete başta olmak üzere çeşitli ruhsal sorunların, daha sık görüldüğü bildirilmektedir (4,5).

Kronik hastalıklarda ruhsal bozukluklar ve buna bağlı yetiyitimi sağlıklı nüfusa kıyasla yüksek orandadır (6,7).

Genel tıbbi durumlarda fiziksel sınırlılık nedeniyle yetiyitimi yaşandığı belirtilirken, genel tıbbi durumların ve ruhsal bozuklukların birlikte olduğu durumda ise yeti yitiminin birçok alanda yaşandığı belirtilmektedir (8,9).

Yetiyitimi, bir etkinliğin, kişi için normal kabul edilen sınırlarda veya biçimde yapılabilme yetisinde, bir kısıtlanma ya da kayıp olarak tanımlanmaktadır. Bu durum geçici ya da kalıcı olabilir (10).

Bu araştırma hemodiyaliz hastalarının depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlere eğilim gösterdiğini, yetiyitimi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koydu.

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların psikiyatrik değerlendirmeye alınması ve eğer gerekiyorsa psikiyatrik tedavi programlarının da başlatılması hastaların psikososyal adaptasyonlarını kolaylaştıracak, tedavinin başarısını, hastanın yaşam kalitesini arttıracak ve tedavi maliyetini düşürecektir.

GENEL BİLGİLER

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ

Böbrek fonksiyonlarının çeşitli nedenlerle geri dönüşümsüz kaybı neticesi ortaya çıkan tablo kronik böbrek yetmezliği diye adlandırılmaktadır. Glomerüler filtrasyon hızında (GFR) azalmaya sekonder böbrek sıvı-solüt dengesini ayarlayamaz ve kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem, nörolojik, immünolojik, hematolojik ve endokrin sisteme ait çeşitli patolojiler oluşur.

Kronik böbrek yetmezliği ilerleyici karakterdedir. Fonksiyon kaybının oranına göre klinik ve laboratuvar bulgular ortaya çıkar (11,12).

İlk döneminde (azalmış yedek güç) basit olarak kreatinin klirensi ile belirlenebilen GFR azalması dışında kronik böbrek yetmezliğinin belirgin klinik ve laboratuvar bulgusu yoktur.

İkinci döneminde ise GFR düşüklüğünün yanı sıra BUN-kreatinin yüksekliği, anemi, polidipsi-noktüri kronik böbrek yetmezliğinin üçlü semptomunu oluşturur. Çocukluk çağında bu semptomlara gelişme geriliği eklenir.

Üçüncü dönemde (ağır renal yetmezlik) ikinci dönemde gözlenen değişiklikler daha da belirgin hale gelir. Bunlara ek olarak kalsiyum düşüklüğü, fosfat yüksekliği, asidoz ve ürik asit yüksekliği eklenmiştir.

Dördüncü dönem; GFR değeri 5- 10 ml/dakikaya inince SDBY'inden bahsedilir, bu dönemde yukarıdaki bulguların yanı sıra sistemlere ait bozukluklar klinik tabloya eklenmiştir. Hastalar diyaliz, transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (11,12,1).

Etiyoloji

Kronik böbrek yetmezliği etyolojisinde çok çeşitli faktörler rol oynar (13).

Ülkemizde Nefroloji Derneğinin 2003 yılı verilerine göre olguların % 22.8'i diabetik nefropati, % 16.7'si hipertansif nefroskleroz, % 15.9'ü kronik glomerüler hastalık, % 9.2'si ürolojik hastalıklar (taş, vb), % 5.9'ü kronik interstisyel nefrit, % 4.2'si renal amiloidozdur. % 18.2 kronik böbrek yetmezliği olgusunun ise etyolojisi bilinmemektedir (14).

Kronik böbrek yetmezliğinde altta yatan neden ne olursa olsun son döneminde histolojik bulgu olarak glomeruloskleroz, ekstraselüler matriks artışı, periglomerüler ve interstisyel fibrozis, tubuler atrofi gözlenir (12,15).

İnsidans

Dünyada her yıl 1 milyon kişiden 50-250'si son dönem böbrek yetmezliğine girmektedir (16).

Kronik böbrek yetmezliği görülme sıklığı ülkemizde kesin olarak bilinmemektedir. Türk Nefroloji Derneğini bu konuda yaptığı çalışmada elde edilen verilerin en sağlıklı veriler olduğu kabul edilmektedir.

Türkiye'de Türk Nefroloji Derneği kayıtlarına göre 2002 yılı sonu itibariyle düzenli hemodiyaliz (HD) programında olan hasta sayısı 20.600 iken, 2003 yılı sonu itibariyle 25.000'in üzerinde hasta diyaliz tedavisi ile yaşamını sürdürmektedir, bu sayı 2004 yılında 29.775'e yükselmiştir.

Ülkemizde yılda ortalama 15000 hastaya son dönem böbrek hastalığı tanısı konmaktadır ve milyon nüfus başına 390 son dönem böbrek yetersizliği (SDBY) hastasının bulunduğu belirlenmiştir (14,17-19).

Bu da kronik böbrek yetmezliği olan hasta sayısının gün geçtikçe arttığını göstermektedir.

Tedavi Seçenekleri

SDBY olan hastalarda renal replasman tedavileri; hemodiyaliz, periton diyalizi yada renal transplantasyondur (20). SDBY bulunan hastalar her üç tedaviden de zaman içerisinde yararlanmak durumunda kalabilirler (21).

Diyalizin Klinik Endikasyonları

-Akut böbrek yetmezliği

-Kronik böbrek yetmezliği (KBY olan hastalarda kreatinin klirensi 10 ml/dk'nin altına inince kronik diyaliz başlanır, ancak bazı hastalarda kreatinin klirensi bu değere düşmeden çeşitli nedenlerle hipervolemi, hiperpotasemi, asidoz ve üremik komplikasyonlar (perikardit, plörit, ensefelopati, üremik akciğer, bulantı, kusma, kontrol edilemeyen hipertansiyon, kaşıntı) gelişebilir. Bu hastalar konservatif tedavi ile düzeltilemez ise diyaliz ihtiyacı duyarlar).

-Yüksek doz ilaç alımı ve zehirlenmelerde

-Aşırı ve tedaviye dirençli ödem

-İleri derecede sıvı – sodyum dengesizliği (hiponatremi, hipervolemi)

-Hiperpotasemi (serum potasyumunun 6.5-7 mEq/L ve üzerinde olması)

-Metabolik asidoz (plazma bikarbonat 15 mEq/L ve kan pH'sı 7.15'den düşük olması)

-Kan üresinin 250-300 mg'den fazla olması

-Kan üresinin günde 100 mg veya kan potasyumunun günde 1 mEq/L'den fazla yükseldiği katabolik durumlar

-Hiperfosfatemi

-Hiperkalsemi

-Hiperürisemi

-Metabolik alkaloz (Özel diyalizatörler kullanılarak yapılır) (21-24).

Diyalizin Göreli Kontrendikasyonları

Diyaliz tedavisinin mutlak bir kontrendikasyonu yoktur. Ancak böbrek yetmezliğine eşlik eden göreli (rölatif) kontrendikasyonları vardır. Bunlar:

- Alzheimer hastalığı
- Multi-infarkt demans
- Hepatorenal sendrom
- Ensefelopati ile ilerlemiş siroz
- İlerlemiş malignite (25)

Diyaliz Prensipleri

Diyaliz yarı geçirgen bir membran aracılığı ile hastanın kanı ve uygun diyaliz solüsyonu arasında sıvı-solid değişimini esas alan bir tedavi şeklidir. Diffüzyon ve ultrafiltrasyon olmak üzere iki temel prensibi vardır. Diffüzyon konsantrasyon farkına bağlı olarak solütlerin yer değiştirmesi, ultrafiltrasyon ise hidrostatik basınç ile birlikte suyun ve suyu takiben solütlerin membranın diğer tarafına hareketidir (26).

Diyalizin iki uygulama biçimi vardır; peritoneal diyaliz ve hemodiyaliz. Peritoneal diyaliz hastanın evinde, aileden birinin yardımı ile, hatta hastanın kendisi tarafından uygulanabilir. Hemodiyaliz ise genel olarak belirli merkezlerde uygulanabilir. Her iki uygulamada da hastayı makineye ve tedavi ekibine bağımlı kılmakla birlikte, peritoneal diyalizde hastanın kendi tedavisini yürütme şansı daha fazladır (27,28).

Diffüzyon hızını ve yönünü etkileyen başlıca üç faktör vardır:

1.Konsantrasyon gradienti (iki taraf arasındaki konsantrasyon gradienti arttıkça madde alışverişi hızlanacaktır) (26).

2. Solütlerin molekül ağırlığı ve hızı (porlardan geçen maddelerin molekülleri ne kadar büyük ise membrandan geçen madde miktarı ve geçiş hızı o kadar azalır).

3. Membran direnci (yarı geçirgen membran kalınlığının artması, porların küçülmesi veya por sayısının azalması membranların madde alışverişine karşı direncini artırır). Hemodiyalizde ultrafiltrasyon hidrostatik basınç ile sağlanırken, sürekli ayaktan periton diyalizinde (SAPD) ozmotik basınç ile sağlanmaktadır (29).

HEMODİYALİZ

Hemodiyaliz, hastadan alınan kanın antikoagülasyonla vücut dışında makine yardımıyla yarı geçirgen bir membrandan geçirilerek, sıvı solüt içeriğinin yeniden düzenlenip hastaya geri verilmesi işlemidir. İlk olarak 1946 yılında Willem Koff tarafından akut böbrek yetmezliğinin tedavisinde, 1960'lerden itibaren de giderek KBY bulunan hastaların tedavisinde uygulanmaya başlandı. Hemodiyaliz işleminin gerçekleştirilmesi için yeterli kan akımı sağlanmalıdır (erişkinde genellikle dakikada 200-600 ml). Yeterli kan akımı sağlanması için kalıcı veya geçici vasküler giriş yolu gereklidir. Geçici vasküler giriş yolu sağlanmak için günümüzde en yaygın kullanılan yöntem çift lümenli bir kataterin femoral, subklaviyen veya internal juguler vene yerleştirilmesidir. Kalıcı vasküler giriş yolları ise arteriyovenöz greft ve arteriyovenöz fistüldür. Arteriyovenöz fistül, arter ile ven arasında bir pencere açılmasıdır. Sıklıkla distalden başlayarak ön kol ve kol kullanılır. Eğer fistül girişimi beklendiği şekilde olmuşsa (üzerine dokunulduğunda dolgunluk ve thrill sesi alınıyorsa) hasta 3 hafta sonra hemodiyaliz makinesine bu fistül ile bağlanabilir (21,24,30).

Hemodiyaliz işleminin üç ana birleşeni vardır.

1. Diyalizör (filtre),
2. Pompa yardımıyla kan diyalizat dolaşımını sağlayan sistem,
3. Solüt klirensi için belirli bir kimyasal kompozisyonda sıvı (diyalizat).

Diyalizin etkinliğini arttırmak amacı ile diyalizat ve kan akımları ters yönlüdür.

Diyalizörler Hallow fiber (içi boş kapiller) veya paralel tabakalar yapısında olabilir.

Membranların kimyasal içeriği sellüloz, substituted sellüloz, sentetik sellüloz, sentetik olabilir. Diyaliz membranın (diyalizör) kapiller içinde hastanın kanı, kapiller arasında ise makine tarafından hazırlanmış diyalizat bulunur. Kan akımı 300 ml/dk'da tutmak için yeterli olan geçici ya da kalıcı damar girişiminden alınan kan yarı sentetik membrandaki çok sayıda kapillere pompalanır. Kan akımına ters yönde sodyum klorür, asetat veya bikarbonat ve değişken konsantrasyondaki potasyum içeren bir diyalizat diyalizöre verilir. Membrandaki diffüzyon, üre gibi küçük molekül ağırlıklı maddelerin konsantrasyon gradiyentine bağlı olarak kan tarafını bırakıp diyalizat tarafına hareket

etmesini sağlar. Benzer şekilde genelde konsantrasyonu 35 mEq/L olan bikarbonat kan tarafına diffüze olur. Su ve sodyum klorür fazlalığının uzaklaştırılması, membran boyunca olan hidrostatik basınca bağlı olarak ultrafiltrasyonla olur. Hemodiyaliz hastasının ortalama haftada üç kez-dört saat diyalize girmesi gerekir (22,31).

Hemodiyalizin Avantajları

1. Atık maddeler vücuttan hızla ve başarı ile uzaklaştırılır,
2. Diyaliz ortamı hastanın diğer hastalar ile ilişki kurmasını sağlar,
3. Hergün değil, haftada iki veya üç kez uygulanır,
4. Malnutrisyon ile daha az karşılaşılır,
5. Hastaneye yatma gereksiniminin daha az olur,
6. Karına ait komplikasyonlarla karşılaşmaz.

Hemodiyalizin Dezavantajları

1. Tedavi seansları arasında sıvı-elektrolit ve metabolik değişime bağlı olarak diyaliz sonrası hastanın kendini iyi hissetmesi, ancak sonraki seansa kadar yavaş yavaş tekrar kötüleşmesi sonucu oluşan rahatsızlık hissedilmektedir,
2. Tedavi sırasında iğneler kullanılmaktadır,
3. Çeşitli sıvı ve gıdaların alınmasında kısıtlanmalar vardır,
4. Fistül için minör cerrahi bir girişim gerekmektedir.

Hemodiyalizin Komplikasyonları

Hemodiyalizin komplikasyonları sık rastlanan ve daha az rastlanan fakat ciddi olan komplikasyonları olarak ikiye ayrılmaktadır. Sık görülen komplikasyonları; hipotansiyon, kas krampları, huzursuz bacak sendromu, bulantı, kusma, baş ağrısı, göğüs ve sırt ağrısı, kaşıntı, titreme ve ateştir. Daha az rastlanan fakat ciddi komplikasyonlar; disekilibrium sendromu, anafilaktik reaksiyonlar, aritmiler, kalp tamponadı, intrakranial kanama, konvülsiyonlar, hemoliz, hava embolisi ve hipoksemidir (22,25,26,29).

PERİTON DİYALİZİ

Son dönem böbrek yetmezlikli hastalarda böbrek fonksiyonlarının kesintisiz olarak, doğal bir membranla herhangi bir kuvvete veya alete gerek duyulmadan yerine koyma düşüncesinden periton diyalizi geliştirilmiştir. Periton boşluğundaki solüt ve su absorpsiyonu periton zarındaki kapiller dolaşım ve lenfatikler yardımıyla olur. Periton zarı toksik maddeleri filtre eden yarı geçirgen zar vazifesi görür (29).

Periton diyalizinde vücut ısısına kadar ısıtılmış genelde 2 litre diyaliz solüsyonu periton boşluğuna yerleştirilmiş olan katater vasıtasıyla 10 dakika gibi bir sürede periton boşluğuna verilir. Periton diyaliz tipine göre değişen periyotta bu solüsyonlar periton boşluğunda bekletilir. Bekleme sürecinden yaklaşık 20 dakika içerisinde diyalizat periton boşluğundan geri alınır ve yeni bir diyalizat tekrar periton boşluğuna verilir. Bu işlem genel olarak günde 4 kez, haftanın 7 günü uygulanır (31).

Periton diyaliz hastaları için altı farklı periton diyaliz yöntemi vardır.

Bunlar; sürekli ayaktan periton diyalizi, aletli periton diyalizi, aralıklı periton diyalizi, sürekli sıklık periton diyalizi, gece periton diyalizi ve tidal periton diyalizidir. Hem hastanın sosyal şartlarına uygun hem de periton diyalizinin gerek solüt klirensi gerekse ultrafiltrasyon transferini en yükseğe çıkaracak olan bir periton diyaliz yöntemi seçilir.

Periton Diyalizinin Avantajları

1. Kolay uygulanabilirlik ve taşınabilirlik
2. Kardiyovasküler problemi olanlarda daha iyi kan basıncı ve sıvı kontrolü sağlanması
3. Rezidüel renal fonksiyonun daha iyi korunması
4. Sürekli antikoagülasyona ihtiyaç duyulmaması
5. Aneminin görülme sıklığı ve derinliğinin daha az olması
6. Kan biyokimyasının yavaş ama etkili düzelmesi
7. Çocuklar, yaşlılar, diyabetik hastalar gibi damar problemi bulunan hastalarda kolay uygulanabilmesi
8. Hepatit bulaşma riskinin az olması

9. Daha serbest diyet ve sıvı alımı

Periton Diyalizinin Dezavantajları

1. Artmış enfeksiyon riski (özellikle peritonit)
2. Yetersiz diyaliz riski
3. Potansiyel protein kaybı ve malnutrisyon oluşması
4. Katater yerleştirilmesine bağlı psikolojik problemler
5. Hipertrigliseridemi
6. Artmış adinamik kemik hastalığı riski
7. Özellikle yaşlı hastalarda ve çocuklarda sürekli uygulamaya bağlı bıkkınlık

Periton Diyaliz Komplikasyonları

Periton diyaliz komplikasyonları enfeksiyon ve enfeksiyon dışı olmak üzere iki gruba ayrılır. Periton diyalizinin enfeksiyon komplikasyonları, katater çıkış yeri enfeksiyonu, tünel enfeksiyonu ve peritonittir. Enfeksiyon dışı komplikasyonları ise, sızıntı, herni, hidrotoraks, sırt ağrısı, karın ağrısı, malnutrisyon ve sklerozan peritonittir (30).

TRANSPLANTASYON

Transplantasyon, son dönem böbrek yetmezliğinin seçkin tedavi şeklidir. Çünkü transplantasyon ile, diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarından bazıları değil tamamı yerine getirilir. Ayrıca diyaliz işleminin oluşturduğu fiziksel ve psikolojik zorluklar ortadan kalktığından yaşam kalitesi daha iyidir. Fakat transplantasyon yapılabilmesi için alıcının hayatı tehdit eden ekstre renal komplikasyonlarının olmaması gerekir. Primer oksalozis, tedavi edilemeyen psikoz, immünsupresif tedavi ile progresyon gösterebilecek bir hastalığın olması transplantasyona engeldir. Diffüz damar harabiyeti olmadığı sürece diabetes mellitus kesin kontrendikasyon değildir (32,33).

Diyaliz Sırasında Görülen Ruhsal Bozukluklar

Diyalize giren hastaların böbrek nakli yapılmış hastalar ve genel dahiliye hastaları ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, psikiyatrik morbiditenin diyaliz hastalarında yükseldiği ve Genel Sağlık Anketi puanlarına göre depresyon anksiyete, uyum bozukluğu, cinsel bozukluklar gibi psikiyatrik bozuklukların bulunma oranının %43'ü bulunduğu belirlenmiştir (27,34,35).

Diyaliz hastalarında, hastalığın evresi, süresi, tedavi şekli ve potansiyeli yanında, psikososyal faktörlerle de bağlantılı ortaya çıkabilecek psikiyatrik komplikasyonlar şöyle gruplandırılabilir:

Uyum ve davranış bozuklukları

Organik beyin sendromları

Anksiyete bozukluğu

Depresyon

Cinsel sorunlar (27).

DUYGULANIM BOZUKLUKLARI

İnsanın ruhsal yaşamında bilişsel (cognitive) ve duygusal (emotive) süreçler birbirinden ayrılmaz. Bilişsel deyince algılamak, tanımak, değerlendirmek, zamana ve yere oturtmak, neden sonuç bağlantıları kurmak, belleğe yerleştirmek gibi zihinsel yetiler anlaşılır. Duygulanım (affect) bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere, duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi.

Duygudurum (mod, mizaç) bireyin bir süre neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde bulunuşudur. İnsanoğlu sürekli olarak aynı duygudurumda kalmaz. Normalde duygudurum belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösterir. Neşe, üzüntü,

öfke, kin, nefret, sıkıntı, korku doğal duygulanımlardır. Ancak, bunlar uzun süre aşırılaştığı ya da uygunsuz tepkiler olarak ortaya çıktığında duygulanım bozukluğu düşünülebilir.

İnsanda duygudurum beş ana başlık altında sınıflandırılabilir.

1. Normal duygudurum (euthymia): Belli sınırlar içinde dalgalanmalar ve değişmeler gösterir.

2. Taşkın duygudurum (elated mood): Duygularda neşelilik, coşma (elation), aşırı neşe (euphoria), aşırı öfkellik baskısıdır.

3. Çökkün duygudurum (low mood, depressed mood): Duygularda, üzüntü, elem, hüznün baskındır.

4. Sıkıntılı duygudurum (dysphoric mood): Duygularda sıkıntı, bunaltı baskındır.

5. Uygunsuz duygulanım: Küntleşme ya da uyararla bağdaşmayan duygulanım (inappropriate affect, affective blunting, affective disharmony) biçiminde görülür.

ÇÖKKÜNLÜK (DEPRESYON)

Çökkünlük, derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur.

Tarihçe

Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinir. Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır çökkünlük ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanınabilmektedir. Mani ve melankoli deyimlerini ilk olarak Hipokrat kullanmıştır (İ.Ö.V.

yüzyıl). Bugün ağır çökkünlük olarak bildiğimiz bozukluğa Hipokrat melankoli adını vermiş ve bunu "kara safra"ya bağlamıştı. Orta çağda ruhsal çökkünlüğü en iyi tanımlayanlardan biri İbni Sina olmuş ve ilginç olgu örnekleri vermiştir. 19. yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini, klinik belirtilerini yazmışlarsa da hepsini psikoz manyak depresif (PMD) adı altında toparlamayı, hastalığın belirtilerinin, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını Kraepelin (1896) başarmıştır. Kraepelin aynı zamanda yaş dönümü çökkünlüğünü (envolüsyon melankolisi) de tanımlamıştır.

Sıklık ve Yaygınlık

Duygulanım bozuklukları, öncelikle ruhsal çökkünlükler, bütün hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardandır. Genel olarak çökkünlüklerde yaygınlık oranı %9-20 arasında bildirilmiştir. Ağır çökkünlük durumlarında (major depresyon) yaygınlık oranı (belli bir zamanda bulunan hasta sayısının nüfusa oranı) erkeklerde %3, kadınlarda %5-9 olarak verilmektedir. Çökkünlüklerde sıklık (yılda görülen yeni olgu) erkeklerde 80-200/100.000, kadınlarda 250-600/100.000 olarak bildirilmiştir; yaşam boyu hastalanma riski erkekler için %8-12 kadınlar için %20-26 olarak bulunmuştur. Ağır çökkünlükler (majör depresyon ya da unipolar bozukluk) kadınlarda erkeklerden iki kat fazla görülmektedir. Son 30-40 yıl içinde yapılan araştırmalardan elde edilen verilere göre çökkünlüklerde kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı görülmektedir. Bu, gelişmiş toplumlarda kadının sosyoekonomik konumundaki ve kadın rolündeki değişmeye bağlı olabilir. Çökkünlükler kadınlarda en çok 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlarından sonra görülmekte ise de bu bozuklukların genç yaşlarda sanıldığından da çok görüldüğüne ilişkin veriler artmaktadır.

Türkiye'de yapılan araştırmalar çökkünlük için yaklaşık %10 yaygınlık oranı bildirmektedir.

OLUŞ NEDENLERİ

Biyolojik ve psikososyal etkenler birbirleri ile etkileşerek duygulanım bozukluklarına neden olurlar.

I.BİYOLOJİK ETKENLER

Kalıtım: Aile ve kalıtım araştırmaları duygulanım bozukluğu olanların birinci derecede akrabalarında hastalanma riskinin belirgin olarak yüksek olduğunu göstermektedir.

Duygulanım Bozukluklarında Beyin Araştırmaları: Son yıllarda beyin görüntüleme yöntemlerindeki büyük gelişmelerle mani ve depresyonda beynin ayrı bölgelerinde olabilecek değişiklikler ile ilgili araştırmalar artmıştır. Henüz kesin bir açıklama yapılmamakla birlikte bazı ipuçları ele geçirilmektedir. Beyinde uyarıların duygusal yükünün bilgi-işleminin yapıldığı ve değerlendirildiği asıl bölgenin amigdala olduğu anlaşılmıştır. Duygusal uyarılar amigdala korteksten ve talamoamigdala yollarından iletilmektedir. Medial-orbitofrontal korteks, hipokampus ve diğer prefrontal bölgeler duygularla ilgili anıların amigdala iletilmesinde yer almaktadırlar. Duyguların dışarıya vurulması ise amigdaldan bazal ganglionlara, hipotalamusa ve beyin sapına uzanan projeksiyonlar aracılığı ile olmaktadır.

Özellikle geç başlangıçlı depresyonlarda kaudat çekirdek ve putamende küçülme, kortikal atrofi ve ventriküllerde genişleme; hem ünipolar hem bipolar hastalarda subkortikal bölgelerde yaygın vasküler değişiklikler olduğunu gösteren bulgular bildirilmiştir.

Biyokimyasal etkenler: Duygulanım bozukluklarının sağaltımında ilaçların etkinliği anlaşıldığından beri biyokimyasal araştırmalar büyük hız kazanmıştır. Günümüzde üzerinde en çok durulan araştırmalar ve bunlara dayanarak ileri sürülen varsayımlar şöyle özetlenebilir: Kimi araştırmalarda ağır çökkünlük nöbetleri geçiren hastaların önemli bir bölümünde, sinir dizgesi noradrenerjik işlevinin temel yıkım ürünü olan 3-metoksi 4-hidroksifenilglükol (MHPG) düzeylerinin idrarda ve beyin omirilik sıvısında ya çok azaldığı, ya da çok arttığı görülerek noradrenerjik etkinlikte artma ya da azalma varsayımı ortaya atılmıştır.

Başka araştırmacılar da kimi hastalarda, serotoninin beyindeki ana yıkım ürünü olan 5-hidroksi-indol-asetik asid düzeylerinin beyin omirilik sıvısında düşük bulunması nedeniyle, çökkünlüklerde serotoninerjik etkinlikte bir azalma olabileceği varsayımını ileri sürmüşlerdir.

Son zamanlarda duygulanım bozukluklarında nörotransmitter etkinliğinin niceliğinden çok reseptörlerin sayısı ve duyarlılığı (sensitivity) üzerinde durulmaktadır.

Nöroendokrin bozukluklarında en iyi belirlenmiş olan, hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılanmasının artması ile birlikte ACTH'a karşı sürrenal duyarlılığının da artması ve buna bağlı olarak plazma kortizol düzeylerinde yükselme görülmesidir. Depresyonlu hastaların yaklaşık yüzde ellisinde aşırı miktarda salgılanan kortizol öncelikle öğleden sonra ve akşam saatlerinde doruğa varır, ACTH'ı baskılayan sentetik kortikosteroid bir madde olan deksametazonun geri-bildirimli baskılanmasına (feedback suppression) bazen dirençlidir. Depresyonlarda önemli rol oynadığı varsayılan serotoninerjik ve noradrenerjik dizgelerin nöroendokrin düzenlemede etkin olduğu kabul edilmektedir.

Nöroendokrin dizge ile ilgili çalışma alanlarından biri de beyin-tiroid eksenidir. Depresyonda bu açıdan en önemli bulgu tiroid relasing hormon (TRH)'a tiroid situmulan hormon (TSH) yanıtının azalması ve serum T4 düzeyinin yükselmesidir. Antidepresana dirençli çökkünlüklerde T3 eklenmesi ile daha iyi sonuç alınabilmesi tiroid işlevleri üzerindeki ilgiyi artırmaktadır.

Son yıllarda biyolojik beden saati düzeni (circadian rhythm) ile duygulanım bozuklukları arasında ilişki üzerinde durulmaktadır. Çökkünlüklerde biyolojik beden saatinde (circadian rhythm) düzen bozukluğu en belirgin olarak uykuda görülmektedir. Hastalarda uyku sırasında bütün gece boyu yapılan polisomnografik incelemelerde elde edilen elektroensefalografi (EEG) çekimlerinde şu özellikler bulunmuştur.

Normal uykuda hızlı göz hareketlerinin bulunduğu ve rüyaların görüldüğü uyku dönemleri (rapid eye movement (REM)) yaklaşık bir buçuk saat aralıklarla 10-60 dakika

sürer; uykunun başında kısa olan REM süreleri uykunun sonuna doğru uzar. Çökkünlüklerde ise bu düzen bozulur. REM uykusu erken saatlere kayar ve ilk REM süreleri uzar. Yani uykuya daldıktan kısa bir süre sonra rüyalar görülmeye başlanır ve bu ilk REM dönemleri uzun sürer. Uykudaki bu tür düzensizliklerle belirgin beden saati bozukluğu günün 24 saatinde devam eder. Beden saati düzeninin mevsimlere göre de bir ayarlanma içinde olduğu sanılmaktadır.

Gece-gündüze ve mevsime bağlı değişmelerle etkilenen melatonin salgılanması ve beden saati düzensizlikleri görüşü son yıllarda sağaltım alanında da yeni uygulamalar getirmiştir. Ancak, mevsimsel duygulanım bozukluklarında (seasonal affective disorders) melatoninin bir rolü olabileceği henüz aydınlatılmamıştır, bu konuda çalışmalar sürmektedir.

II. PSİKOSOSYAL ETKENLER

Duygulanım bozukluklarında psikososyal etkenlerin yeri küçümsenemez. Önemli ekonomik sorunlar, aile bunalımları, iş yaşamındaki çatışmalar ve doyumsuzluklar, emeklilik, iş yitimi, sevgi nesnesinin yitimi, beden sağlığının bozulması, benliği örseleyen, inciten, onur kırıcı durumlarla karşılaşmak ve daha nice fiziksel ya da psikososyal olay gerçek duygulanım bozukluklarının ortaya çıkmasında ve süregenleşmesinde büyük rol oynarlar. Biyolojik ve ruhsal yatkınlık olduğunda bu etkenler rahatsızlığın başlamasında önemli etken olurlar.

Çökkünlüklerde Psikanalitik Görüş: Freud (1917) "Yas ve Melankoli" başlıklı yazısında ruhsal çökkünlüklerdeki belirtilerin yas tutma sırasındaki belirtilere benzerliğine dikkati çekmiş ve bu iki durumu karşılaştırmalı olarak incelemiştir. Yas tutan kişinin yitirdiği gerçek bir sevgi nesnesi vardır. Bu sırada kişide derin üzüntü, sıkıntı, ağlamalar, uyku bozukluğu, durgunluk, isteksizlik, bir şeyden zevk almama, dünyayı bomboş algılama gibi belirtiler genellikle görülür. Bir kaç haftadan bir kaç aya kadar süren bir zaman içinde yas belirtileri yavaş yavaş azalır ve söner. Arada bir anıların tazelenmesi ile duygulanım artmaları olabilirse de kişi normal yaşama geçer.

Çökkünlüklerde ise, gerçek sevgi nesnesi yitimi olabilir de, olmayabilir de. Freud bu nedenle gerçek sevgi nesnesi yitimi yoksa bilinçdışı imgesel bir yitimin var olması gerektiğini vurgulamıştır. İşte, çökkünlüklerde gerçek ya da gerçekdışı yitim duygusunun eşliğinde "sevdiğimi yitirdim, artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm" duygusu ve buna bağlı olarak da özsaygı (selfesteem) yitimi olur. Oysa ki, çok sevdiği bir yakını yitiren yaşlı kişide bu tür "ben sevilmiyorum, ben kötüyüm" duygusu, yani özsaygının yitimi olmaz. Yas ile çökkünlükler arasındaki en önemli ayırıcı özellik dinamik açıdan budur.

Temelde sevginin yanısıra kin ve nefret, yani saldırgan dürtülerin bulunuşu depresyon için zorunludur. Bu dürtüleri dışa vurmayan ego, katı üstbenliğin diktası ile saldırgan dürtüleri bireyin kendine yöneltir. Bütün çözümleme ikili duygulara, saldırgan dürtülere ve bunların kaynaklarına ilişkindir. Psikanalitik benlik psikolojisinde önemli yeri olan Edward Bibring'e göre benliğin rahat, uyumlu ve değerli olabilmesi için her kişinin gerçekleştirmeye çalıştığı beklentileri, erekleri vardır. Bunlara benliğin özseverlik (narsisistik) erekleri denir. Bibring bunları şöyle sıralar: 1. Değerli sevilen, tanınan olmak; aşağı ve değersiz olmamak, 2. Güçlü, üstün, güvenli, büyük olmak; güçsüz ve güvensiz olmamak, 3. İyi ve seven olmak; saldırgan, yıkıcı, kırıcı olmamak. Bunlar benliğin özerk erekleridir. Benlik öz-saygısını (self-esteem) koruyabilmek için bu erekleri gerçekleştirme görevini yüklenmiştir. Bu görevi yerine getiremeyen benlik, kendi içinde bir çatışmaya girer. Bir yandan çok güçlü erekler, bir yandan da bunları gerçekleştirememeye duygusu ile benlik güçsüz ve çaresiz kalır. Özsaygı düşer. Artık bu bir depresyon durumudur.

Bilişsel (cognitive) Görüş: A.T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bilişsel görüşe göre çökkünlük temelde bir duygulanım bozukluğu değil, bilişsel bir bozukluktur. Duygulanım bozukluğu buna ikincildir. Çökkünlüğe yatkın kişilerde yaşamın ilk dönemlerinden başlayarak, yerleşmiş olan kendisine, geleceğe ve dış dünyaya karşı olumsuz kavramlar vardır. Beck'e göre bu olumsuz kavramlar giderek olumsuz yargılara, düşüncelere ve tutumlara neden olur. Kişi her olayda önce olumsuz yönleri algılar ve düşünür.

Davranışçı Görüş: Davranışçılar daha çok bunaltı ve fobik bozukluklarla ilgilenmişlerse de Seligman'ın "öğrenilmiş çaresizlik" görüşüne göre, çökkünlük çocukluktan beri acılı uyaranlarla karşılaşınca bunlardan kaçmayı, kurtulmayı bilememe ve çaresiz kalma durumudur.

Çok genel sözcüklerle olsa bile duygulanım bozukluklarının etiolojisinde önemli yeri olabilen etkenler şöyle özetlenebilir:

a) Kalıtım (büyük olasılıkla çok-genli, çok-etkenli)

b) Kişinin çocuklukta karşılaşmış olduğu yitimler ve acı yaşam olaylarının bıraktığı izler ve genetik, duygusal, bilişsel ve davranışsal duyarlık ve yatkınlık

c) Yaşamın sonraki dönemlerinde içten (biyolojik) ya da dıştan (psikososyal) gelen uyaranların organizmaya binmesi, özellikle noradrenalin ve serotonin metabolizması ve reseptör duyarlığı ile ilgili olarak henüz tam aydınlatılmamış anormal düzeneklerin harekete geçerek etkinlik kazanması (36).

SINIFLANDIRMA

Hastaya doğru tanı koymak ve böylece en uygun tedaviyi seçmek bir hekimin birincil görevidir. Psikiyatride bozuklukların tanı koydurucu (patognomonik) özelliklere sahip olmaması ve daha çok öznel deneyimlere dayanması, bu alanda çalışanları nesnel ölçütlerin geliştirilmesi çalışmalarına itmiştir. Böylece psikiyatride çeşitli sınıflandırma sistemleri günlük uygulamaya girmiştir. Bunlar içinde uluslararası uygulamaya girmiş olanlardan biri Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı ICD (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems: Hastalıkların ve Bunlarla İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması) (37); diğeri de American Psikiyatri Birliği'nin yayımladığı DSM (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı) dir (38).

ABD'de ruhsal bozukluklar ve hastalıklar birer tepki (reaction) olarak tanımlanıp sınıflanmıştır. 1952 yılında ilk olarak yayınlanan DSM-I, 1968 yılında DSM-II, 1980 yılında DSM-III ve 1987'de DSM-III-R tanı ölçütlerine dayanan sınıflandırmaya ağırlık

verilmiştir. 1968 yılında Dünya Sağlık Örgütü Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Diseases), ICD-8'i 1979'da ICD-9 ve 1987'de IDC-10 taslağını yayınladı. Bu yayınlarda ruhsal bozukluk ve hastalıkları tanımlayan ve sınıflandıran bölümlere yer verilmiştir. Günümüze kadar yayınlanmış olan DSM'ler ruhsal bozukluklara ve hastalıklara sadece tanı ve sınıflandırma açısından yaklaşmamakta, insanı bedensel, ruhsal ve toplumsal bir bütün olarak ele alıp, gelişim ve çevreye uyum bakımından da yorum getirmektedir. Bunu sağlamak için hastaya beş boyut üzerinde yer alan ölçütlerle (multiaxial system) tanısı konur. Birinci boyutta ruhsal bozuklukların tanısı; ikinci boyutta gelişme gerilikleri ve kişilik yapısı; üçüncü boyutta bedensel bulgular, hastalıklar; dördüncü boyutta stres; beşinci boyutta hastanın son bir yıl içinde topluma uyumu değerlendirilir. Günümüzde, ülkemizde de yaygın biçimde kullanılan DSM-IV ve ICD-10 farklı depresyon ve mani tiplerine yer vermiş, bunların tanı ölçütlerini sıralamıştır. İnsanlık tarihi boyunca sürüp gelen bu arayış gelecekte de sürüp gidecektir (39).

Daha yaygın kullanıldığı için burada sadece DSM -IV kriterleri ele alınacaktır.

DSM-IV-TR'ye göre duygudurum bozuklukları:

1. Depresif bozukluklar

Majör depresif bozukluk

Distimik bozukluk

Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk

2. Bipolar bozukluklar

Bipolar I bozukluğu

Bipolar II bozukluğu

Siklotimik bozukluk

Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk

3. Diğer duygudurum bozuklukları:

Genel tıbbi bir duruma bağlı duygudurum bozukluğu

Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu

Başka türlü adlandırılmayan duygudurum bozukluğu (40,41).

BELİRTİLER VE BULGULAR

Özetle, bir çökkünlük nöbetinde şu ana belirtiler genellikle bulunur:

- a) Çökkün ve bunaltılı duygudurum (üzüntü, elem, bunaltı)
- b) Psikomotor yavaşlama
- c) Genel isteksizlik, enerji azlığı, çabuk yorulma
- d) Eskiden zevk aldığı şeylerden zevk alamama (anhedonia)
- e) İlgilerde, eylemlerde azalma
- f) Dikkati yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık
- g) Yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri
- h) Geçmişe pişmanlıklarla, geleceğe karamsar, umutsuz bakış
- ı) Uykuda bozulma
- i) İştahta azalma, zayıflama

j)Cinsel isteksizlik

k)Özkıyım düşünceleri (36).

1. Depresif Bozukluklar

Majör Depresif Bozukluk: Major depresif bozukluğun DSM-IV-TR 'deki tanı kriterleri:

1. Hastanın kendi ifadesi ile belirlenen ya da dışardan gözlenen, hemen her gün, gün boyu süren depresif duygudurum
2. Hastanın kendi ifadesi ile belirlenen ya da dışardan gözlenen, hemen her gün, gün boyu süren ilgi kaybı ve zevk alamama
3. Kilo alma ya da kaybetme
4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma
5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Hemen her gün yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybı
7. Hemen her gün değersizlik ya da uygunsuz suçluluk duygularının olması
8. Hemen her gün düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar verememe
9. Yineleyen ölüm ya da intihar düşünceleri veya girişimi

Major depresyon diyebilmek için, yukarıdaki bulgulardan en az beşi, en az iki haftadır, her gün ve gün boyu devam eden nitelikte olmalı; bunlardan en az biri 1. veya 2. maddede belirtilen bulgulardan biri olmalı ve bulgular kişinin işlevselliğinde belirgin bir bozulmaya sebep olmalıdır (okul,iş başarısı vb). Tanıda, semptomların süresi, şiddeti ve işlevselliğe etkisi önemlidir.

Major depresif bozukluk da alt tiplere ayrılır:

Hafif/orta derecede/psikotik özellikleri olmayan ağır/psikotik özellikleri olmayan ağır/psikotik özellikleri olan ağır

Kronik

Katatonik özellikler gösteren

Melankolik özellik gösteren

Atipik özellikler gösteren

Postpartum başlangıçlı

Distimik Bozukluk: DSM-IV, bu tanı için, çökkün duygulanımın en az 2 yıl (çocuk ve ergenlerde 1 yıl) sürmesini ve ek olarak aşağıdaki 6 belirtiden en az 2'sinin bulunmasını öngörmektedir:

1. İştahsızlık veya aşırı yeme,
2. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma,
3. Düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk,
4. Düşük benlik saygısı,
5. Zayıf konsantrasyon veya karar verme güçlüğü,
6. Umutsuzluk duyguları (41).

Bu hastalarda sanrı ve başka psikoz belirtisi görülmez. Zaman zaman birkaç gün gibi kısa süreli iyilik dönemleri olabilir. Alkol ya da sıkıntı giderici ilaçlar kullanma eğilimi fazladır. Bozukluğun önemli özelliği süregen olması; mutsuz, karamsar, acı çekmeye eğilimli bir kişilik yapısı izlenimini vermesidir (36).

Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk: Premenstrüel disforik bozukluk, minor depresif bozukluk, rekürren (yineleyen) kısa depresif bozukluk, şizofreninin postpsikotik depresif bozukluğu bu grupta değerlendirilir (41).

Genel tıbbi bir duruma bağlı duygudurum bozukluğu: Enfeksiyon hastalıkları, endokrin bozukluklar, neoplazmlar, metabolik bozukluklar, kardiyovasküler-pulmoner hastalıklar, MSS hastalıkları, gastrointestinal hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, kollagen doku hastalıkları, travma, cerrahi komplikasyonlarda da duygudurum bozukluğu görülmektedir .

Madde kullanımına bağlı duygudurum bozukluğu: Depresyona yol açabilen ilaçlar şunlardır: Kardiak ve antihipertansif ilaçlar (rezerpin, guanetidin, hidralazin, metildopa, propranolol, dijitaler, prazosin, kinidin), sedatif-hipnotikler (barbitüratlar, etanol, benzodiazepinler, steroidler), hormonlar (kortikosteroidler, oral kontraseptifler, prednison, danazol), stimulanlar (amfetamin vb), antipsikotikler, nörolojik ajanlar (amantadin, bromokriptin, fenitoin, baklofen, karbamazepin), analjezik-antienflamatuarlar (ibuprofen, indometazin, opiatlar, fenasetin), antimikrobiyaller (ampisilin, trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP+SMX), dapson, tetrasiklin, griseofulvin, metronidazol, streptomisin), antineoplastikler (vinkristin, azatioprin, bleomisin, zidovudine, mitramisin, asetozalamid), diğerleri (siproheptadin, disülfiram, simetidin, metaklopramid, salbutamol).

İlaca bağlı depresyon genellikle ilaca başlandıktan kısa bir süre sonra ortaya çıkar ve ilaç kesildikten sonra kısa sürede düzelir (42).

2. Bipolar Bozukluk (İki-uçlu Duygudurum Bozukluğu) (İki-uçlu Mizaç Bozukluğu)

Bipolar bozukluk öforik uyarılma ve depresif gerileme ile kendini belli eden tanı konulması ve sağaltımı kolay farmakolojik sağaltımla sonlanımı iyi olan bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (43).

Bipolar I bozukluğu: Bir ya da birden fazla manik ya da mikst epizotla belirlidir. Çoğu kez bireyler bir veya daha fazla majör depresif epizod da yaşarlar (41).

Bipolar II bozukluğu: Bipolar II bozukluğu kısaca “hipomanik episodlarla giden rekürren majör depresif epizodlar” olarak tanımlanabilir. DSM-IV’e göre en az bir hipomanik epizod ve en az bir majör depresif epizotla belirlidir (41). Bipolar II tanısı alan hastalarda daha uzun ve fırtınalı (tempestuous) depresyon dönemlerinin olmasına karşılık iyilik dönemleri daha kısa sürer (43).

Siklotimik Bozukluk: Siklotimik bozukluk depresif ve hipomanik duygudurum oynamaları ile belirli, süregen (en az iki yıl süreli) bir hastalıktır. Ancak bu dönemlerde izlenen belirtiler major depresyon ve mani ölçütlerine uyacak şiddette değildir (42). Önemli bir kısmında sağaltım gerekmez. Ancak uyum bozulursa lityum ile koruma tedavisi en uygun yoludur (36).

ÇÖKKÜNLÜKLERDE GİDİŞ VE SONLANIŞ

Belirtiler başlangıçta hafif olduğundan rahatsızlık belli olmayabilir. Çeşitli bedensel yakınmalar, halsizlik, çabuk yorulma ve iştahsızlık nedeniyle hastalar dahiliyecilere, pratisyen hekimlere baş vururlar. Ülkemizde yapılan bir araştırmada pratisyen hekim ya da psikiyatri dışı uzmanlık dallarında olan hekimlerin tipik depresyonların ancak %30'una tanı koyabildikleri saptanmıştır. Çoğunda ortaya çıkarıcı üzücü bir olay olduğundan gelip geçici bir bunalım gibi görülür. Hasta kendini zorlayarak bunları yenmeye çalışır. Başaramadıkça güçsüzlük, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları artar. Hafif ya da orta derecede çökkünlük nöbeti genellikle iki üç haftadan bir kaç aya kadar (ortalama 2-4 ay) sürer. Altı yedi ay süren ağır çökkünlükler vardır. Nöbetlerin uzunluğu hastalığın doğal gidişine, psikososyal etkenlere sağaltımın düzensiz ve eksik oluşuna bağlı olabilir. Hastaların bir kısmı sağaltım görmese bile kendiliğinden düzelir. Yapılan araştırmalarda çökkünlük geçirenlerin ancak %20-25'i psikiyatrik sağaltım görmektedir. Yani hastaların önemli kısmında gidiş ve sonlanış hakkında bilgilerimiz yetersizdir. Ağır çökkünlüklerde ise belirtiler çok çarpıcı olduğundan ve özkıyım girişimleri de görülebildiğinden psikiyatrik sağaltıma başvurma oranı daha yüksektir. Sağaltım görmedikleri takdirde ölümle ya da sakatlıkla sonuçlanan özkıyım oranı %15 dolayındadır.

Sağaltım ile ya da kendiliğinden iyileşen hastaların büyük çoğunluğunda, süresi önceden kestirilmeyen bir iyilik döneminden sonra yineleme görülür. Genç yaşta olan çökkünlüklerden sonra iyilik dönemi yıllarca sürebilir ve yineleme daha az görülür. Sık yenileyen hastalarda süregenleşme (kronikleşme) olasılığı yüksektir. Yeni yayınlarda en iyi

sağaltımla bile yineleme ve süregenleşme oranının sanıldığından yüksek olduğu belirtilmektedir. İkinci ve üçüncü nöbetlerde sağaltımın hemen başlamaması, ilk nöbetin uzun süreli oluşu, nöbetlerin geç yaşta ortaya çıkışı, düşük gelir düzeyi süregenleşmeyi arttırmaktadır. Uzun süreli ve çözümü güç psikososyal stresler, düzensiz ve yetersiz sağaltım, ağır kişilik sorunları da süregenleşmeyi arttırabilir. Erken yaşta başlayan ünipolar bozuklukta, nöbetler daha seyrek olmaktadır. Orta yaş ve daha ileri yaşlarda ilk nöbetini geçirenlerde ise sonraki nöbetler daha sık aralıklarla gelmektedir. Kronik bir depresyon (distimi) üzerine binmiş depresyonun prognozu daha kötüdür.

Sık çökkünlük nöbetleri geçiren hastalar uygun sağaltım görseler bile yıllar boyunca iş ve aile yaşamlarında önemli sorunlarla karşılaşabilirler.

Uygun sağaltım ve önleme yöntemleri ile hastaların önemli bir kısmı sağlıklı yaşam sürdürebilirler. Genellikle kişilik bozukluğunun az olması, kişiliğin esnek ve değişen koşullara uyum yapabilme yetisinin bulunması, olumlu aile, iş ve uğraşı koşulları, sağaltıma erken başlama, yaşın çok ileri olmaması, nöbetlerin seyrek ve iyilik dönemlerinin uzun oluşu, nöbetlerin çevresel koşullara çok bağlı olmaması yani endojen olması, nöbet sürelerinin kısa olması, iyileşme beklentisinin bulunması, alkol ve ilaç alışkanlıklarının bulunmaması olumlu prognoz göstergeleridir.

Özkıyım (intihar) Sorunu

Değişik toplumlarda ayrı sıklıkta görülen özkıyım sorunu yalnızca tıbbi psikiyatrik bir konu değildir. Çok karmaşık kültürel, etik ve sosyoekonomik yönleri vardır.

Ölümlerle sonuçlanan özyıkımların yaklaşık %70'i depresyonlu ya da kronik alkolik hastalara aittir. Yaklaşık %5'i şizofrenik, %5'i organik ruhsal ve bedensel bozuklukları ya da ölümcül hastalığı olan hastalardır. Özkıyım, çocukluktan ileri yaşlara dek her yaşta, fakat daha çok 45 yaşın üstünde görülebilmektedir. Son yıllarda çocuklukta, ergenlik ve delikanlılıkta özkıyımların sanıldığından daha sık görüldüğü dikkati çekmektedir. Ölümlerle sonuçlanan özkıyımlar erkeklerde kadınlara oranla beş kat daha fazladır. Ölümlerle sonuçlanmayan özkıyım girişimleri ise kadınlarda aynı oranda daha fazladır.

Özkıyım riskinin yüksek olabileceğini gösteren durumlar:

1. Depresyonda olan bir hastada ağır bunaltı, umutsuzluk, çaresizlik, suçluluk, duyguları bulunuşu.

2. Daha önce başarısız özkıyım girişimlerinin bulunuşu.

3. Hastanın ölmek isteğini, yaşama son vermeyi düşündüğünü belirtmesi.

4. Alkoliklerde iş yitimi, aileden ayrılma ve yalnızlık durumları.

5. Şizofreniklerde özkıyım riskini belirleyen etkenler açık değildir. Post-psikotik depresyon riski yükseltebilir (36).

ÇÖKKÜNLÜK NÖBETİNİN SAĞALTIMI

I- Antidepresan İlaçlar:

1. Trisiklik antidepresanlar (TCA)'lar:

TCA'lar içerisinde İmipramin, Amitriptilin, Klomipramin, Opipramol yer alır.

Trisiklik ilaçların sık görülen yan etkileri şunlardır:

Yorgunluk, halsizlik, uykululuk, ağız kuruluğu, kabızlık, hipotansiyon, terleme, taşikardi, görme bulanıklığı, idrar tutukluğu, cinsel isteksizlik, cinsel boşalımın gecikmesi, iştah artması ve kilo alma.

Seyrek görülen yan etkiler: Deri allerjileri, konfüzyon, bellek bozukluğu, kardiyotoksik yan etkiler, aybaşı düzensizliği.

2. Trisiklik Olmayanlar:

Trisiklik olmayan ilaçları kimyasal yapıları, etki düzenekleri ve yan etkileri bakımından gruplandırmak güçtür. Bunlardan da iyileştirici etki trisikliklerle olduğu gibi 3-4 hafta sonra görülmektedir.

a. Tetrasiklik ve başka yeni kuşak:

Bu grupta Maprotilin, Mianserin, Trazodon, Amineptin vardır.

Maprotilin (Ludiomil, Maprotil) tetrasiklik olarak bilinirse de yapı, etki ve yan etki bakımından trisikliklere benzer, sedatif etkisi belirgindir; yüksek dozlarda tremor, ekstrapiramidal belirtiler ve konvülsiyona neden olabilir. Mianserin de (Tolvon) tetrasiklik olarak bilinir. Sedatif etkisi yüksektir. Konvülsiyon eşiğini düşürebilir. Nadir de olsa agranülositoz ve aplastik anemiye neden olabileceği bildirildiği için uygulamada düzenli kan kontrolleri gerekir. Trazodon (Desyrel) antikolinerjik etkisi düşük, sedatif etkisi yüksektir. Nadir de olsa ağrılı penis sertleşmesine (priapismus) neden olabilir. Amineptin (Survector) amfetamin benzeri uyarıcı etkisi nedeniyle akşamları verilemez. Bu gruptakilerin antikolinerjik yan etkisi düşüktür, kalbe toksik etkisi yoktur.

b. Serotonin geri alımı inhibitörleri (SSRI) :

SSRI'lar grubunda, Fluoksetin, Fluvoksamin, Sertralin, Paroksetin, Sitalopram yer alır.

SSRI'ların kalbe toksik etkileri yoktur, antikolinerjik etkileri ya çok az ya da hiç bulunmadığından kalb hastalarında ve yaşlılarda yeğlenen ilaçlardır. Ayrıca toksisiteleri düşük olmaları nedeniyle özkıyım amacı ile kullanıldıklarında trisiklik ilaçlara göre çok daha tehlikesiz ilaçlardır. Bu ilaçların en sık görülen yan etkileri bulantı, kusma , ishal, aşırı sıkıntı, deri döküntüleridir.

c. Monoamin oksidaz (MAO) inhibitörleri:

Bir MAO-A inhibitörü olan moklobemid'in (Aurorix) 100, 150 mg tabletleri vardır. Günlük ortalama dozu 300-600 mg dır.

MAO'ya geridönüşsüz bağlanan (irreversible) eski tip MAOI'lerden farklı olarak moklobemid MAO'a geridönüşlü (reversible) bağlanmaktadır. Tiramın içeren yiyeceklerle zehirlenme yapmamaktadır. Antikolinergic yan etkisi yoktur. Kalbe ve karaciğere toksik etkisi olmadığı bildirilmektedir. Bulantı, sıkıntı, uykusuzluk ve allerjik deri döküntüsü seyrek de olsa görülebilir.

II- Depresyonlarda elektro-konvülsif terapi (EKT):

Yukarıda belirtildiği gibi özkıym riski bulunan, yemeyen, içmeyen, sanrılı, melankolik, psikotik hastalarda EKT gerekli ve etkili bir yöntemdir. Genellikle 8-10 EKT ile olumlu sonuç alınır. Bir yandan antidepresan ilaç kullanan hastaya daha az sayıda EKT yapılarak bir iyileşme sağlanırsa, EKT kesilerek antidepresanlarla sağaltıma devam edilebilir.

III. Psikoterapi

Her türlü ruhsal bozuklukta olduğu gibi bu hastalıkta da psikoterapötik yaklaşım önemlidir.

Çökkünlüklerde psikoterapinin yeri büyüktür. Ağır çökkünlüklerde kuşkusuz başlangıçta ilaç sağaltımı önceliklidir. Psikanalitik yönelimli psikoterapi, kişilerarası (interpersonal) terapi ve bilişsel sağaltım (cognitive therapy) etkili yöntemlerdir. Çökkünlüklerin psikoterapisinde göz önünde tutulacak temel ilkeler şöyle özetlenebilir:

1) Çökkün hasta başlangıçta uzun konuşmalara ve çözümlenmelere (analiz, tahlil) dayanamaz. Konuşmaya zorlamakla hasta gereksiz yere yüklenmemelidir. Fakat hastayı dinlemek, onun istediklerini anlatabilmesi için zaman gereklidir.

2) Nöbet sırasında hastaların günlük iş ve uyum beklentilerini en düşük düzeye indirmeleri için yardımcı olmak gerekir. Beklentiler yüksek tutulup da gerçekleştirilmedikçe yetersizlik, güçsüzlük, suçluluk duyguları artar ve çökkünlük derinleşir.

3) Klasik psikanalitik kurama göre çökkünlüklerde varsayılan ambivalan duyguların ve bilinçdışı nefretin deşilmesi ya da yorumlanması hastayı daha çok suçluluk duygularına itebilir ve bu nedenle de çökkünlük derinleşebilir. Psikanalitik açıdan ego psikolojisi ilkeleriyle yaklaşım yapılmalıdır.

4) Başlangıçta destekleyici bir yaklaşım uygulanmalı; iyileşme olduktan sonra çökkünlüğe yatkınlık doğuran kişilik özellikleri ele alınmalıdır. Daha önce açıklandığı gibi bu hastalar herkesi hoşnut etmeye çalışan, aşırı verici, hayır diyemeyen, başkalarının dertlerini yüklenen, aşırı sorumluluk duyguları olan, öfkeyi belli etmekte güçlük çeken, ileri derecede duyarlı ve bağımlı kişilerdir. Bu eğilimlerin çökkünlük ile bağlantıları hastaya gösterildikçe bunların azaltılması, bırakılması için yol gösterilmeye çalışılır. Geçirdiği çökkünlükten bir şeyler öğrenen ve iç görü kazanan hasta genellikle sonraki uyumunda daha güçlü olur.

5) Bilişsel açıdan hastanın çocukluktan beri kendi benliğine, dünyaya, geleceğe karşı geliştirmiş olduğu olumsuz ve karamsar değerlendirmeleri değiştirebilmesi için bunları görmesine ve değiştirebilmesine yardımcı olmak için bilişsel (cognitive) terapi yaklaşımı uygulanmalıdır.

6) Aile içinde önemli stres kaynakları olabilir. Ailede biri çökkünlük geçiriyorsa bu, çoğu kez o ailede bir şeylerin iyi gitmediğinin belirtisidir. Bunları aile bireyleri ile tartışmalı ve onların sağaltıma katkıları sağlanmaya çalışılmalıdır.

7) Orta yaş sonrası çökkünlüklerde yaşlanma, emekli olma, yaşamdan beklenenlerin gerçekleşmemesi ile ilgili sorunlar, iş, uğraşlar, yaşamı anlamlı ve daha dolu yapacak konular açılır ve hastaya yol gösterir.

8) Bipolar ve ünipolar bozukluklarda hastaların çoğu lityum gibi koruyucu bir yöntemle başlamadan önce bir çok nöbetler geçirmiş, hastanelerde yatmış kişilerdir. Erken yaşta korunmaya alınmış olanların dışında hastaların çoğu uzun yıllar bu hastalığın getirdiği ağır acılar, olumsuz hastane ve sağaltım koşulları, olumsuz aile ve toplum tutumları nedeniyle çok örselenmiş kişilerdir. Sonunda ne denli başarılı bir korunma sağlanmış olursa olsun bu kişiler yaşamlarında önemli bir şeyler yitirmişlerdir. Bu nedenle bu hastalarda lityum ile başarılı korunma sağlansa bile uzun süre destekleyici, bilişsel veya psikanalitik yönelimli psikoterapi çok yarar sağlayabilir (36).

Koruyucu Sağaltım

Sık yineleyen ünipolar depresyonlarda koruyucu olarak antidepresanlar uzun süre kullanılabilir. Korumayı sağlayacak en uygun düşük dozu bulmakta yarar vardır. Fakat gerekiyorsa terapötik dozda ve uzun süre antidepresan vermek düşünülmelidir. 2-3 yıl 200 mg imipramin ile iyi korunmanın sağlanabileceği bildirilmiştir. Ünipolar çökkünlük geçiren kimi hastalarda lityum koruması iyi sonuçlar verebilmektedir. Sık yineleyen, uzun süren ve antidepresanlara yanıt vermeyen hastalarda lityum denenmelidir.

Işıkla sağaltım (Foto-terapi): Bazı duygulanım bozukluklarında biyolojik beden saati (circadian rhythm) düzeninde bir bozulmanın bulunduğu ilişkin görüş mevcuttur. Bu düzenin en çok mevsimsel nöbetler geçirenlerde bozulduğu sanılmaktadır. Işıkla sağaltımında parlak güneş ışığı verecek derecede tüm spektrumlu floresan ışığın, hastanın bir metre uzağında günde 2-4 saat tutulması ve dakikada bir kez hastanın ışığa göz atması sağlanır. Üç veya dört gün içinde belirgin iyileşme olur; fakat ara verilince depresyon gene başlayabilir

Uyku Yoksunluğu Sağaltımı: Bipolar bozuklukta ani uyku değişiklikleri nöbetlerde de değişikliklere yol açabilmektedir. Bu hastalarda bazen bütün bir gece uykudan yoksun bırakılma mani nöbetinin başlamasına neden olabilmektedir. Bu gözleme dayanarak çökkünlüklerde uyku yoksunluğu sağaltımının kimi hastalarda iyi geldiği bildirilmiştir. Hastayı haftada bir veya birkaç kez 24 saat süre ile uykusuz bırakmak için sürekli oyalamak ve hastanın bu konuda kesin işbirliğini sağlamak suretiyle uygulanmaktadır. Sonuçlar tartışmalıdır (36).

BUNALTI (Anxiety, Anxiété)

Anxiety, anxiété karşılığında bunaltı, bungunluk, iç sıkıntısı, kaygı, endişe gibi sözcükler kullanılmaktadır. Ruhbilimciler arasında öncelikle kaygı; ruh hekimleri arasında da bunaltı, sıkıntı sözcüklerinin yeę tutulduğunu görüyoruz. Bunaltı sözcüğü ruh hekimliği ve psikanalizde “anxiety” kavramını karşılayan uygun terim olarak görülmektedir.

Bunaltı korkuya benzer bir duygudur. Kişi sanki bunu kötü bir şey olacaktı gibi içinde nedeni belirsiz bir sıkıntı, bir endişe duygusu olarak algılar. Çok hafif tedirginlik ve gerginlik duygusundan, panik derecesine varan değişik yoğunlukta olabilir. Ağır derecelerde kişinin benliği bu ruhsal acı (psychic pain) altında ezilir; ve en güçlü fiziksel ağrıların bile bu denli rahatsız edici olmadığı; bir ameliyat ağrısının, bir kanser sancısının yeğ tutulacağı söylenebilir. Yaygın ve güçlü, fakat nedeni bilinmeyen bir tehlike karşısında, organizmanın doğal savunmalarından, öncelikle sempatik sinir dizgesi kamçılanır.

Çoğunlukla ve çok kez bunaltı sinsi bir tedirginlik ve gerginlik düzeyinde olur. Bilinçdışı niteliktedir ve benliğin savunma düzeneklerini uyarır. Bilinçli bunaltının fizyolojik belirtileri ve özel bir duygusal yaşantısı vardır. Oysa ki bilinçdışı bunaltı bireyin

benliğinde etkindir. Bu etkinlik benliğin savunma düzenekleri ile kendini belli eder. Savunma düzenekleri başlatılmazsa, ya da yetersiz kalırsa, bunalta ortaya çıkar (44).

BUNALTININ KÖKENİ VE GELİŞMESİ

Birincil bunalta, benliğin edilgen olarak algıladığı hoş olmayan bir durumdur; benliğin bunda etkin bir rolü yoktur. Doğrudan doğruya başedilemeyecek düzeydeki dış ve iç uyaranların organizmayı sarmasıdır. Birincil bunalta yaşamın daha sonraki dönemlerindeki bunaltiların en ilkel biçimidir.

Daha sonraki yaşam dönemlerinde ağır örseleyici durumlar (örneğin savaş, yıkım olayları, kazalar) böyle birincil bunaltila benzer bunaltilar doğurabilir. Burada bütün organizma, aşırı bir uyarılış, bir çeşit uyaran seli altında kalır. Örselenme nevrozunda (traumatic neurosis) böyle bir bunalta söz konusudur. Bu tür bozuklukta bunalta bir paniğe benzer ve bütün organizma bir gerginlik, bir kaçışa hazırlanmış içindedir. Benlik, bunalta altında edilgin biçimde ezilir, çaresiz kalır.

Giderek benlik, ilkel duygulanım boşalmalarını (primitive ve affect discharge) ve hepsinden çok birincil bunaltila yumuşatmayı (taming) ve kendi amaçları için kullanmayı öğrenir. Yani kişi örseleyici bir durumun olabileceğini önceden algılar ve giderek bu yumuşamış bunalta, organizmanın hoş olmayan ya da tehlikeli olan durumuna karşı hazırlanışı olur. İşte bunaltilanın bu önceden sezen, bekleyen türüne ön-sezme bunaltilası (anticipation anxiety) adı verilir. Ön-sezme bunaltilası, benliğin etkin olarak yarattığı fakat kökeni birincil bunaltila olan bir duygudur. Hem yaşanan örselenme durumu yine yaşanır, hem de gelecekte ne olabileceği daha iyi tanınmış olur. Bu tür ön-sezme bunaltilarını yineleyerek yaşayan benlik, bu bunaltila iç tehlikeye karşı bir haberci, bir işaret olarak kullanmayı öğrenir (signal anxiety). Bu anlamda bunalta, benliğin uyum hizmetinde kullanılan koruyucu bir duygu türüdür ve bu işlevi bakımından korkuya çok benzer.

Korkuda dış dünyaya bağlı gerçek bir tehlike nesnesi vardır. Bunaltila ise böyle bir gerçek tehlike olmayıp, bireyin bilinçdışı dünyasında bir tehlikenin, yani bir çatışma durumunun varlığı sözkonusudur.

Giderek dürtülerin kendisinin bir tehlike kaynağı olabileceği konusu bu birincil korkuya bağlanır. Dışa bağımlı çaresiz bir organizmanın hemen doyum bekleyen dürtüsü, bu durumda acı (elem) kaynağının kendisi olmaktadır. Psikanaliz kuramı, çoğu ruhsal bozuklukların oluşunu dürtünün böyle tehlikeli olarak algılanması temel görüşüne dayandırır. Sevilen ve korunan bir benlik kendini güçlü; sevilmeyen, korunmayan, bırakılmış bir benlik kendini güçsüz ve çaresiz olarak görecektir. Doğal yaşam koşulları, ergeç dıştan gelen (seven, koruyan, besleyen) doyurucuların gelemeyebileceği korkusunu ortaya çıkarmaktadır ve bu anlamda biyolojik bir kökeni vardır. Çünkü hemen bir doyum söz konusu olamaz. Gereksinim ile doyum arasındaki süre genellikle kısadır. Ama bu kısa süre içinde çaresiz yavrunun artan gereksinimin doğurduğu uyarıların seli altında kısa süreli de olsa kalması ve bir “örselenim durumu”nu yaşaması kaçınılmazdır (44).

BUNALTI OLUŞ NEDENLERİ

Psikanalitik Görüş: Son yıllara dek bunaltının oluş nedenleri ve oluş biçimi daha çok Freud’un başlattığı psikanalitik kuramla açıklanıyordu. Buna göre bunaltı (anxiety) temelde bir iç çatışmanın (intrapsychic conflict) ürünüdür. Psikanalitik yapısal varsayımına göre iç çatışma, benlik ve altbenlik (ego ve id) ya da benlik ve üstbenlik (ego ve süperegö) arasında oluşmaktadır. Altbenliğe özgü bilinçdışı dürtülere karşı denge kurmaya çalışan benlik herhangi bir nedenle zayıflar ya da dürtülerin gücü artarsa benlik-altbenlik arasında bir çatışma ortaya çıkar. Çatışma, benliğin dürtüler karşısında çözüm bulamadığı, baş edemediğini gösterir. Bu bir tehlike olarak algılanır. Bunaltı benlikte bir tehlikenin habercisidir; bir alarm işaretidir. Bu bakımdan bunaltı, benliğin homeostatik işlevi olan ve tehlikeyi algılayan bir tepkisidir. Tıpkı dış tehlike karşısında organizmanın korkuyla tepki göstermesi gibi (45).

Bunaltının Psikanalitik Anlamı

İç çatışmayı ve doğurduğu bunaltıyı kavrayabilmek için ruhsal aygıtın yapısını ve gelişmesini gözünde tutmak gerekir. Bilindiği gibi insanoğlu, biyolojik ya da ruhsal

dürtülerini her istediği anda, yerde ve biçimde doyuramaz. Çocukluktan başlayarak gereksinimlerin doyurulması için belli zaman ve yerlerin olduğunu; beklemeyi ve kimi gereksinimlerimizi tümünden bırakmayı ya da değişik yollardan doyurmayı öğreniriz. Çocukluğun ilk yıllarında egemen olan haz ilkesi (pleasure principle) yavaş yavaş yerini gerçeklik ilkesine (reality principle) bırakır; fakat gereksinim ve dürtülerimiz yok olmaz, gelişmiş biçimlerde süregelirler ve davranışlarımızda etkin olurlar. Öyleyse, bir yanda, amacı doyum olan dürtüler ve bunların doyum araması; öbür yanda dürtülerin çevresel koşullara uygun biçimde doyumunu sağlamaya çalışan güçler ve gerekçelere uyma zorunluluğu vardır. Kişiliğin bu iki dizgisine altbenlik ve benlik denir. Bir üçüncü dizge olan üstbenlik de çocukluktan beri kişilikte yer alan anababa ve toplum yasakları, yargıları ve ahlâk değerleridir. Bu dizgelerin etkinlikleri büyük oranda bilinçdışı olmaktadır (44).

İşte böyle bir durumda kişide nedeni belli olmayan, korkuya benzeyen, sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir sıkıntı belirir. Buna bunalıtı (anxiety) denir. Bunalıtının klinik düzeyde belirginleşmesi, organizmanın bir tehlike içinde olduğunu algılanması adrenerjik dizgenin kamçılanmasına yol açar. Böylece bunalıtının otonomik belirtileri ortaya çıkar. Çatışma durumundaki bunalıtıya karşı benliğin savunma düzenekleri harekete geçer. Yer değiştirme (displacement) düzeneği bunalıtının belli bir nesneye ya da duruma bağlanmasını sağlar. Böylece fobi oluşur. Kişi fobik durumdan kaçınabildikçe kendini rahat hissedecektir (45).

İnsanoğlu için tehlikeler yalnızca dışarda var olan nesnel tehlikeler değildir. Çoğu kez insan kendi içindeki dürtülerden, eğilimlerden, geçmiş yaşamın anılarından da korkabilir. Aslında kişiyi hoş olmayan bir duruma sokan herhangi bir şey tehlike olarak algılanır. Kimi dürtüler, aşırı yargılar ya da çevresel durumlar bireyin dengesini bozan, gerginliği artıran bir tehlike olarak değerlendirilir. Bilinçli tehlikeye karşı tepki korku ise, bilinçdışı olan ve nesnesi kişice tanınmayan içten tehlikelere karşı tepki de bunalıtıdır (44).

Psikanalitik açıdan, bunalıtıya karşı savunmalar yetersiz kalınca açık bunalıtı (free floating anxiety) görülür. Bunalıtı, kaynağına göre dört türe ayrılabilir.

1.Süperego bunaltısı: Katı ve cezalandırıcı bir süperego'nun kişiyi eylemlerinden ya da eğilimlerinden ötürü aşırı denetleyici olması ve cezalandırılacakmış gibi bir duygunun ortaya çıkmasıdır. Bu duygu bireyde suçluluk duygusu ve bunaltı biçiminde yaşanır.

2. İğdişlik (castration) bunaltısı: Kaynağını Oedipal çatışmalardan alan yaralanma, bedenine zarar gelecek sakat kalacak gibi korkuların bulunması ile belirlidir. İğdişlik bunaltısı ayrıca aşırı başarısızlık korkusu, cinsel korkular, otorite karşısında aşırı sıkıntı duyma biçiminde de görülebilir.

3. Ayrılma bunaltısı (separation anxiety): Sevilen bir kişiyi yitirme ya da ondan uzaklaşma, kopma bunaltısıdır. Ayrılma bunaltısı en çok çocukluk çağında görülür

4.İd bunaltısı: Çeşitli nedenlerle egonun denetim gücü azaldığında (örneğin psikozlarda, yaşlı kişilerde), ya da id dürtülerinin aşırı güç kazandığı durumlarda (örneğin ergenlik çağında, yoksunluk durumlarında) dürtülerin bütün çıplaklığı ile ortaya çıkarak başıbozuk eylemlere yol açabileceği korkusu aşırı derecede olabilir. Kişi id dürtüleri karşısında sanki denetim gücünü yitirecekmiş gibi hisseder. Bu nedenle hem süperego cezasından, hem de gerçeklere ters düşme tehlikesinden dolayı derin korkuya kapılabilir.

Dikkat edilecek olursa süperego, id ve iğdişlik bunaltısı birbiriyle bağlantılıdır ve aslında bunları birbirinden ne klinik olarak, ne de psikodinamik yönden ayırt etmek kolay değildir. Ayrılma bunaltısı (separation anxiety) ise insan yaşamında son derece özel yeri olan en önemli bunaltılardan biridir.

Davranışçı Görüş: Davranışçı görüşe göre bunaltı ve fobiler öğrenilmiş durumlardır. Korku, acı veren ve tehlikeli bir uyarana karşı biyolojik temeli olan bir tepkidir. Kişi hiç korku uyandırmayan bir nesne ile sık sık karşılaşırken aynı zamanda ağırlı bir uyarana da karşılaştırılırsa korku duyulmayan nesneye karşı kaçınma (avoidance) davranışı oluşacaktır. Korku uyandırmayan nesneye karşı korku tepkisi koşullandırılmış olacaktır. Bu öğrenilmiş bir fobidir. Örneğin, ana babası sürekli hastalık korkuları gösteren bir ailede çocukta da örnek alarak öğrenme ile hastalık fobileri oluşabilmektedir. Davranışçı tedavi ile fobilerde iyi sonuçlar alınması fobilerin oluşunda davranışçı okulun görüşünü güçlendirmiştir (45).

Varoluşçu Görüş: Bu kurama göre insanlar yaşamlarında bir ‘hiç’ olduklarının farkına varırlar, bu duygu ölümün kaçınılmazlığını kabul etmekten çok daha fazla rahatsızlık vericidir. Anksiyete kişinin varoluşunun geçersizliğine gösterdiği bir tepkidir (46).

Biyolojik Görüş: Bunaltı psikofizyolojik bir tepkidir. Dıştan ya da içten gelen dürtüyle, psikososyal anlam taşıyan bir uyararla bile ortaya çıksa, gene de ortaya çıkan durum, özel bir duygulanıma eşlik eden bir dizi fizyolojik tepkilerdir. Bu tepkilerin, otonom sinir dizgesinin uyarılma eşiğinin düşük olduğu kişilerde sosyal uyarılarla (çatışma, engellenme) birlikte işlediğini kabul edebiliriz.

a. Kalıtım: Bunaltı bozukluklarında kalıtımın yeri giderek daha belli olmaktadır. Birbirlerinden ayrı yerlerde yetiştirilmiş ikizlerde yapılan araştırmalar ve aile ağacı incelemeleri kalıtımsal etkenin varlığını göstermektedir. Araştırmalar bunaltı, fobik, nevroz ve panik bozukluğunda kalıtımsal bir yatkınlığın olabileceği görüşünü desteklemektedir. Fakat henüz kalıtımsal geçişin nasıl ve ne yolla olduğu aydınlatılamamıştır. Büyük olasılıkla beyinde ve otonomik sinir dizgesinde, özellikle noradrenerjik dizgede, kalıtsal yolla geçen bir aşırı duyarlık ve buna bağlı olarak otonomik kamçılanışa yatkınlık olabilir. Bu bireylerde bunaltının somatik yönlerinin aşırı algılanması ile birlikte düşük bir bunaltı eşiğinden söz edilebilir. Doğuştan geçen bir otonomik duyarlığın, kişinin hafif korku uyarılarını bile daha yüksek şiddette algılamasına ve böylece çocukluktan başlayan bir kusurlu bilgi işleme sürecine yol açtığı düşünülebilir (44).

b. Biyokimyasal Etkenler: Uzun zamandan beri korku, bunaltı ve öfke tepkilerinde otonom sinir dizgesinin uyarıldığı bilinmektedir. Son yıllarda bunaltı ve panik giderici ilaçların (betablokörler, benzodiazepinler, MAO inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar) etkinliği görüldükçe bu alanda biyokimyasal araştırmalar hızlanmıştır. Son yıllarda panik nöbetleri geçiren hastalarda beynin parahippokampal bölgesinde, lokus seruleus’da betaadrenerjik dizgenin etkinliğinde kalıtımla geçen bir bozukluğun olduğu; merkezi kemoreseptörlerde aşırı bir duyarlılığın varlığı öne sürülmüştür. Bu konuda araştırmalar devam etmektedir (45).

Son yıllarda bunaltı, oluşunda biyolojik etkenlerin oynadığı rol daha çok anlaşılmış ve önem kazanmıştır. Artık bu bozuklukların etiolojisinde yalnızca psikanalitik ve davranışçı görüşlere bağlı kalınmamaktadır. Fakat her şeyden önce şunu belirtelim ki bunaltı bozukluklarında psikodinamik etkenler, öğrenme ilkeleri ve biyolojik etkenler birlikte işlemektedir. Kimi hastalarda dinamik, kimi hastalarda öğrenme, kimi hastalarda da biyolojik etken daha ağırlıklı olabilir (45).

BELİRTİLER VE BULGULAR

I- Genel görünüm ve dışavuran davranış: Hastada genel bir huzursuzluk, endişeli yüz, gergin duruş, hareketlerinde tedirginlik, çabuk irkilme, çabuk kızma, sabırsızlık, yerinde duramama vardır.

II- Konuşma ve İlişki kurma: Hastanın sesinde heyecanlı bir titreklik, zor konuşma olabilir, fakat konuşması düzgündür. İlişkilerinde endişeli, huzursuz ve gergindir.

III- Dugulanım: Hasta, içinde korkuya benzeyen bir duygusu olduğunu, sanki kötü bir haber alacakmış gibi hissettiğini anlatır. Fakat korkusunun nedenini ve nesnesini bilmez. Kırsal kesimden gelen birçok hasta bu duyguyu içinde “bun, bungunluk, bun basması, korkutuyorlar, göğsüme bastırıyorlar, karabasan, bunaltı” gibi sözcüklerle anlatmaya çalışır. Bazen, özellikle uzun sürdüğünde, bunaltı durumu hastada derin bir yılgınlığa neden olduğundan, ruhsal çökkünlük belirtileri de birlikte bulunabilir.

IV- Bilişsel yetiler: Hastanın bilişsel yetilerinde temelde bir bozukluk yoktur. Aşırı ve yorucu olan sıkıntı nedeniyle hastanın dikkati çabuk dağılabilir ve bu nedenle geçici unutkanlıklar olabilir.

V- Düşünce akımı ve içeriği: Hastanın düşünce sürecinde belirgin bozukluk olmaz. Yakınmalarını büyük bir telaşla ve sabırsızlıkla anlatmak istediğinden düşünce hızlanmış gibi olabilir. Düşünce içeriğinde yakınmalarının dışında belirgin bozukluk yoktur.

VI- Fizik ve fizyolojik belirtiler: Hastanın öznel bunaltı duygusu yanı sıra en önemli belirtiler otonomik kamçılanış ile ilgili olanlardır: Kan basıncının yükselmesi, kalp atımının hızlanması, çarpıntı, kaslarda gerginlik, kılların dikleşmesi, gözbebeklerinde genişleme, ağız kuruması, yüzde solukluk ya da kızarma, terleme, sık işeme, sık dışkılama, öğürme ve bazen kusmalar, boğazda düğümlenme, soluk almada güçlük, hava açlığı, ellerde, ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar. Bütün bu belirtiler organizmanın ivedi tehlike karşısında kaçma ya da dövüşe hazırlanma biçiminde ortaya çıkan ve tehlike karşısında organizmanın otonom sinir dizgesinin aşırı etkinliğe geçmesi ile ilgili belirtilerdir. Ancak, yaygın bunaltı bozukluğunda bu tehlikenin ne olduğu, nereden geldiği kişi tarafından bilinmemektedir ve bu özelliği ile doğal korku tepkisinden ayırt edilir (45).

SINIFLANDIRMA

DSM-IV-TR'ye göre anksiyete bozukluklarının sınıflandırılması:

1. Panik-anksiyete bozukluğu

Panik bozukluğu - agorafobi ile birlikte

- agorafobi olmadan

Yaygın anksiyete bozuklukları

2. Fobik bozukluklar

Agorafobi (durum fobisi)

Özgül fobi (nesne fobisi) -hayvan, doğal çevre, kan enjeksiyon, yara, durumsal, diğer

Sosyal fobi (işlev fobisi)

3. Obsesif-kompulsif bozukluk

4. Stres bozuklukları

Travma sonrası stres bozukluğu - akut

- kronik

Akut stres bozukluğu

5. Etyolojilerine göre anksiyete bozuklukları

Genel tıbbi bir duruma bağlı anksiyete bozuklukları

Madde kullanımının yol açtığı anksiyete bozukluğu

Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozuklukları (46).

Panik Bozukluk

Panik bozukluğu olan hastalar tekrarlayan, beklenmedik panik ataklar yaşarlar. Bir panik atak, bir süre devam eden ve aşırı bir korku ya da rahatsızlığın hissedildiği ve ansızın çeşitli semptomların gelişebildiği ve 10 dakika içinde tepe noktasına ulaşabildiği bir süreçtir. Rastlanan semptomlar arasında, çarpıntı, terleme, titreme, nefes darlığı, sersemlik, depersonalizasyon ve ölüm korkusu sayılabilir (38).

Yaygın Anksiyete bozukluğu

DSM-IV'e göre, yaygın anksiyete bozukluğu, bazı aktiviteler için aşırı anksiyete ve endişe ile karakterizedir ve yerinde duramama, yorgunluk, konsantre olamama, iritabilite, kas gerginliği ya da uyku bozuklukları ile ilişkilidir (38).

Fobiler: Fobik bozuklukta bunaltı özel durumlarda ya da nesnelere karşısında ortaya çıkar ve kişi bu durumlardan kaçınmaya çalışır (agorafobi, sosyal fobi gibi). Bu durumların dışında hastada belirgin bunaltı genellikle görülmez (45).

Sosyal Fobi

DSM-IV'e göre, sosyal fobi, ısrarcı ve belirli bir şekilde bir ya da birkaç sosyal durumdan korkulmasıyla karakterizedir. Kişi kendisini sıkıntıya sokacak şekilde hareket edeceğinden endişe etmekte, ancak duyduğu korkunun şiddetine yenik düşmektedir (38).

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB)

OKB, ısrarcı ve tekrarlayan düşüncelerin (obsesyon) ya da davranışların (kompulsiyon) görülmesidir. Düşüncelerinin ya da davranışlarının alakasız olduğunun farkında olsa da kişi kendini devam etmek zorunda hissetmekte ve etmediği takdirde sıkıntı duymaktadır (38).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Hemen herkes için travmatik olabilecek derecede ağır bir emosyonel stres yaşamış olan bir kişide yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma semptomlarının bir aydan daha uzun sürmüş olması gerekmektedir. DSM-IV-TR'ye göre semptomlar bir aydan kısa sürerse akut stres bozukluğu, üç aydan kısa sürerse akut TSSB, üç aydan uzun sürerse kronik TSSB olarak tanımlanmaktadır (46).

SIKLIK VE YAYGINLIK

Bir belirti ve sendrom olarak bunaltı birçok hastalıkta ya da gelip geçici olarak zor yaşam durumlarında görülebilir. Aslında böyle bir bozukluğun bağımsız olarak varlığı bile tartışmalıdır. Son yıllarda bu bozukluğun temelde depresyona bağlı olduğuna ilişkin veriler de artmaktadır. Bunaltı nevrozunun genel nüfustaki yaygınlık oranı %4-6 olarak bildirilmektedir. Kadınlarda genellikle erkeklere oranla iki kat sık görülmektedir.

GİDİŞ VE SONLANIŞ

Tanı koyabilmek için yaygın bunaltı bozukluğunun süre ölçütü tartışmalı bir konudur. Örneğin DSM-III'de süre en az bir ay olarak belirtilmiş iken, DSM-III-R, DSM-IV-TR ve ICD-10'da en az altı ay gibi bir sürede zamanın büyük bir kısmında hastanın bunaltı içinde olması bir tanı ölçütü olarak gösterilmektedir (45,46).

Yaygın bunaltı bozukluğu tedavi edilmezse ve nedenler ortadan kaldırılmazsa süregenleşebilir (46).

SAĞALTIM

I. İlaç Sağaltımı

Anksiyete bozuklukları tedavisinde kullanılan ilaçlarla ilgili randomize, plasebo kontrollü çalışmalar, açık çalışmalar ve olgu bildirimleri 1990 yılından 2006 yılına kadar medline kullanılarak taranmıştır.

Anksiyete bozuklukları önceleri anksiyete bozuklukları sadece benzodiazepinlerle tedavi edilmeye çalışılırken, TCA'lerden imipramin ve klomipraminin etkili olduğu gözlenmiştir, sonrasında 5-hydroxytrptamine (5HT)1a agonisti Buspironun yaygın anksiyete bozukluğunda etkili olduğu gösterilmiştir. SSRI yaygın kullanılmaya başlanmasında sonra TCA ilaçlardan çok daha etkili biçimde depresyon yanı sıra bütün anksiyete bozukluklarında SSRI'ların yeri olduğu gösterilmiştir. SSRI'lar arasında etkililik farkları gözlenmektedir. Serotonerjik noradrenerjik gerialım inhibitörleri (SNRI)'inin de SSRI'lar kadar etkili olduğu anlaşılmıştır. Anksiyete bozukluklarında ilaç tedavileri ile ilgili plasebo kontrollü klinik çalışmaların bulguları özetlenecek olursa; panik bozuklukta birinci sırada SSRI'lar yer alır. Bu grup içinde paroksetin etkinliği daha çabuk kendini göstermektedir. İkinci seçenek olarak tedavinin ilk haftalarında SSRI ve alprazolam kombinasyonu planlanabilir. Diğer seçenekler arasında venlafaksin, TCA ilaçlar arasında klomipramin ve imipramin sayılabilir. Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde buspiron,' SSRI'lar paroksetin, sitalopram, essitalopram, SNRI'lardan venlafaksin etkinliği kanıtlanmıştır. Antikonvülzan ilaçların panik ve yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde etkinliği destekleyen gözlemler vardır. Sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde SGE ilaçlar, SNRI'lar arasında venlafaksin, geridönüşlü monoamino oksidaz inhibitörü (MAOI) moklobemid birinci seçenek olarak kullanılabilir. Geridönüşsüz MAOI'leri ikinci seçenek olarak düşünülmesi gereken ilaçlardır. Sosyal fobide β blokerler tabloya eşlik eden taşikardi, titreme, terleme gibi otonomik belirtileri önlemede yüksek oranda etkindirler.

Performans anksiyetesini kontrolünde yardımcı olabilir, en sık kullanılanlar propranolol ve atenololdur. Travma sonrası stres bozukluğu tedavisinde SSRI'ların etkinliği kanıtlanmıştır. Mirtazapin, Nefazodon ve Venlafaksin'in etkinliği ile ilgili kanıtlar vardır. Trisiklik antidepresanlar ve MAOI'leri ikinci ve üçüncü seçenek olabilir. B blokerlerin kullanımı ve duygudurum dengeleyicilerle ilgili olgu bildirimleri vardır. Obsesif kompulsif bozukluk tedavisinde SSRI ilaçlar kanıtlanmış etkinlikleri ve yan etkilerinin az oluşu nedeniyle birinci seçenek olarak yüksek dozlarda uygulanmalıdır, yanıt alınamayan durumlarda klomipramin etkili dozlarda kullanılmalıdır. Tedaviye yanıt yetersiz ise Triptofan, Fenfluramin, Lityum, Pindolol, Buspiron süren tedaviye eklenebilir. Bunların yanı sıra dopamin antagonistleri, serotonin dopamin antagonistleri, antikonvülzan eklenmesi ile ilgili kanıtlar vardır. Günümüzde anksiyete bozukluklarının tedavisinde gelişmeler sürmektedir, antikonvülzanların, seçici benzodiazepin agonistlerinin, nöropeptidlerin etkisi araştırılmaktadır (47).

II. Psikoterapi

1. Gevşeme (relaxation) yöntemleri: Hastaya kaslarını gevşetme, rahat soluma, düşünceleri rahatlık verici konulara yönelterek bunaltıyı azaltma egzersizleri yaptırılır.
2. Bilişsel – davranışçı sağaltım: Bunda hastanın bunaltı öncesi ve sonrası algıları, beklentileri ele alınarak yapılan bir bilişsel sağaltım söz konusudur.
3. Destekleyici psikoterapi: Sıkıntı verici bilinçli sorunlar ele alınarak bunlara çözüm yolları bulunmaya, hastaya güven verici ve rahatlatıcı yollar gösterilmeye çalışılır. Sorunlarını dinlemek ve paylaşmak genel olarak her hastayı rahatlatıcı bir yöntemdir.
4. Çözümleyici (analitik) psikoterapi: Bunaltının bilinçdışı kaynaklarını incelemeyi ve içgörü kazandırarak hastanın köklü çözüm bulmasını amaçlayan psikoterapidir (45).

HASTALAR VE YÖNTEM

Bu çalışma 2007 Temmuz –2007 Kasım tarihleri arasında, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesindeki ayaktan tedavi gören son dönem böbrek yetmezlikli hemodiyaliz tedavisi altındaki hastalar üzerinde yürütüldü. Çalışma kapsamına 75 hasta grubu ve 50 kontrol grubu olmak üzere 125 kişi alındı.

Bu prospektif araştırma kesitsel bir anket çalışmasıdır.

Çalışmadaki hasta seçiminde; kooperasyon eksikliği, Türkçe iletişim kuramayanlar, genel durum bozukluğu, viral hepatit varlığı ve periton diyalizi uygulanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastanemiz Hemodiyaliz Ünitesine başvuran hemodiyaliz programındaki hastalar arasından tedaviye geliş sırasına göre kabul edenler ve genel durumu ve bilinç düzeyi anketleri cevaplamaya yeterli olan ve dışlama kriterleri bulunmayan kişiler arasından 75 kişi alındı. Çalışma öncesi hemodiyaliz hastaları ile yüzyüze görüşme yapılarak çalışmanın amacı hakkında bilgi verildi. Çalışma için hastalardan sözlü ve yazılı onam alınarak ve hastalar için hazırlanmış onam formu imzalatıldı. Anketler diyaliz esnasında hastalar tarafından dolduruldu. Okuma yazması olmayan ya da yardım isteyenlere çalışmacı tarafından destek verildi.

14 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmedi. 5 kişi çalışmayı yarıda bıraktı. 3 kişi çalışmacı tarafından soruların tamamını yanıtlayabilecek yeterlikte olmadığı için çalışmadan çıkarıldı.

KPDÖ ile hasta ve kontrol gruplarının psikiyatrik hastalık dağılımı değerlendirildi.

Kontrol grubuna ise hasta grubu ile yaş ve cinsiyet açısından uyumlu, polikliniklere başvuran hiçbir hastalığı olmayan, Türkçe iletişim kurabilen, bilinç düzeyi anketleri cevaplamaya yeterli olan ve sırayla anketleri doldurmayı kabul eden hasta yakınları arasından 50 kişi alındı. Çalışma hakkında bilgi verilerek sözlü ve kontrol grubu için hazırlanmış yazılı onam formu imzalatıldı. Anketler katılımcılar tarafından dolduruldu. Okuma yazması olmayan ya da yardım isteyenlere çalışmacı tarafından destek verildi. 11 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmedi. 3 kişi çalışmadan çekildi.

Tüm hastalar hastanemiz HD ünitesine haftada 3 gün, 4 saat HD tedavisi alıyordu. Polisulfan high-flux membranlar ve bikarbonatlı diyaliz solüsyonu kullanılmaktaydı.

Çalışma kapsamında hastalara ekte sunulan Sosyodemografik Form, Kısa Yeti Yitimi Anketi, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği olmak üzere çeşitli ölçek ve anketler uygulandı.

Bu anket ve ölçeklerin uygulanması için her bir hastaya 45 dakikalık zaman ayrıldı.

Çalışma öncesi etik kurul onayı alındı (Ek 1).

Veri Toplama Yöntemi

Kullanılan Araçlar:

Sosyodemografik Form: Bu form benzer çalışmalar örnek alınarak çalışmacılar tarafından oluşturuldu. Bu forma hastaların ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet, sağlık güvencesi, medeni hali, eğitim düzeyi, çalışma durumu, işi, gelir düzeyi, aile tipi, mevcut psikiyatrik hastalık ve geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü gibi sosyodemografik özellikler ve hastaların hastalığı hakkında bilgisi, içgörü düzeyi, destek görme düzeyi ve hastane kayıtlarından ve ilgili hekimleri ile görüşülerek hemodiyaliz süresi, ilaç kullanımı, ek hastalık mevcudiyeti, tetkik sonuçları kaydedildi (Ek 2).

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)):

Overall ve Gorham tarafından geliştirilmiş, Türkçe'ye yalnızca çevirisi yapılmış ve Gülgün Yanbastı tarafından kullanılmıştır. Epidemiyolojik çalışmalarda güvenilirlik ve

geçerlilik açısından kültürler arası kullanılabilirlik düzeyi çok düşüktür ve bu nedenle ölçek çalışması yapılmamıştır.

Denekte şizofrenide ve diğer psikotik bozukluklarda psikotik ve bazı depresif belirtilerin şiddetini ve değişimini ölçer.

Türkiye’de BPRS’nin çalışması yapılmamıştır. Ancak kesme puanı olmadığından karşılaştırmalı çalışmalarda ve özellikle ilgi alanı olan ilaç çalışmalarında tedavi değişimini göstermek üzere kullanılması önerilmektedir. Ancak orjinalini yorumlama bir fikir verebilir.

Ölçek 18 maddeden oluşmaktadır ve yedili Likert tipi ölçüm sağlar.

Görüşmeci ölçeğin üzerine işaretleyerek doldurur.

Her madde 0-6 arasında puanlama ile değerlendirilir. Toplam puan maddelerden elde edilen puanların toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0-15 ise sendrom yok, 15-30 minör sendrom, 30 ya da üzeri ise majör sendromu ifade eder (48,49).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD):

Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini belirlemek amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır.

HAD Zigmoid ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiş, hastalarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin amacı tanı koymak değildir bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Aydemir’in (1997) yaptığı çalışmada üniversite öğrencileri için ortalama depresyon puanı 5.31, bedensel hastalığı olanlar için ise 8.04 olarak saptanmıştır.

Ölçeğin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir, Güvenir, Küey ve ark. (1997) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.8525, depresyon alt ölçeği için ise 0.7784 olarak bulunmuştur.

Geçerlik çalışmasında, anksiyete alt ölçeği ile Sürekli Kaygı Ölçeği arasında korelasyon katsayısı 0.7544, depresyon alt ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği arasında korelasyon katsayısı 0.7237 olarak saptanmıştır. Ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. (50,51).

Ölçekteki soruların 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini araştırır. Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar 4'lü Likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Türkiye'de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre, bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir (52-55).

Kısa Yetiyitimi Anketi-KYA (Brief Disability Questionnaire-BDQ):

Dünya Sağlık Örgütü tarafından çalışmada kullanılmak üzere geliştirilen, bedensel ve sosyal yetiyitimini değerlendiren kısa bir ankettir. Genel Sağlık Taraması Kısa Formu'ndaki yeti yitimine ilişkin sorular temel alınarak geliştirilmiştir.

Son bir aylık dönemin değerlendirildiği KYA'nde bedensel ve sosyal yetiyitimini soruşturan 11 soru bulunmaktadır.

İlk sorular spor yapmak, masa çekmek, çanta taşımak, merdiven yokuş çıkmak, eğilmek, doğrulmak, ağır eşya kaldırmak, uzun mesafe yürümek, banyo yapmak, tuvalete gitmek gibi günlük uğraşların yerine getirilmesinde sağlık sorunları nedeniyle kişinin engellenip engellenmediği sorgulanmaktadır. Diğer sorular sağlık sorunlarının hobiler, günlük işler, çalışma isteği, iş verimi, kişiler arası ilişkileri üzerindeki etkilerini ölçmektedir

Bu alanlardaki yetiyitimi, hasta tarafından 0 (hiç), 1 (bazen ya da biraz) veya 2 (her zaman ya da oldukça) olarak puanlandırılır (çalışmada testi anlamakta zorlanan hasta sayısının çokluğu nedeni ile, sorular görüşmeci tarafından okunarak hastaların yanıtları işaretlenmiştir). Puanların basitçe toplanması ile yetiyitimi toplam puanı elde

edilmektedir. Toplam puan 0-22 arasında değişir. (0-4=yetiyitimi yok), (5-7=hafif yetiyitimi), (8-12=orta ağırlıkta yetiyitimi), (13 puan ve üstü = ağır yetiyitimi) şeklinde değerlendirilmektedir.

Türkçe'ye çevirisi, geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Ölçeğin bu formunun test-tekrar test güvenilirliği psikiyatri polikliniğine başvuran 26 hastada araştırılmış, 2-5 gün aralıklı iki uygulamada yetiyitimi toplam puanları arasında yüksek bir uyum (Pearson korelasyonu=91 $p<001$) bulunmuştur (56) (Ek 3).

İstatistiksel Değerlendirme:

Bu çalışmada istatistiksel analizler GraphPad Prisma V.3 paket programı ile yapılmıştır

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi alt grup karşılaştırmalarında Tukey çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi , nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışma İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesindeki toplam 75 hasta ve polikliniğe başvuran hasta yakınlarından oluşan toplam 50 kontrol grubu üzerinde yapılmıştır.

Katılımcılara uygulanan KPDÖ, HAD Ölçeği, KYA, Sosyodemografik Form verileri kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Depresyon, anksiyete ve yeti yitimi arasındaki ilişkiler ve bunların sosyodemografik formdaki veriler ile ilişkileri incelendi.

Araştırmaya katılan HD tedavisi altındaki SDBY'likli hasta grubunda hastaların yaşları 17-77 arasında olup, yaş ortalamaları $51,05 \pm 15,87$ dir. Kontrol grubu yaşları 16-71 arasında olup, yaş ortalamaları $49,86 \pm 17,22$ dir (Tablo 1).

Hasta grubunda %50,7 erkek, %49,3 kadın olup toplam 75 kişi; kontrol grubunda %56 erkek, %44 kadın olmak üzere toplam 50 kişi çalışmaya alındı (Tablo 2).

KBY grubunda medeni hal dağılımları; %77,3 evli, %9,3 bekar, %10,7 dul, %2,7 boşanmış olup, kontrol grubunda; %58 evli, %34 bekar, %8dul, %0 boşanmış idi. KBY ve kontrol gruplarının medeni hal dağılımları arasında istatistiksel farklılık gözlenmiştir ($p=0,005$). KBY grubunda evli, dul ve boşanmış oranı daha fazla gözlenmiştir (Şekil 1).

Sağlık güvencelerine bakıldığında hasta grubunda %64 SSK,%14 emekli sandığı,%8 yeşil kart, %5,3 bağkur, %1,3 özel sigorta; kontrol grubunda ise %54 SSK, %24 emekli sandığı,%6 bağkur olup, her iki grupta SSK'lı oranı yüksekti. KBY ve kontrol

gruplarının sağlık güvencelerinin dağılımları arasında istatistiksel farklılık gözlenmemiştir (p=0,104) (Tablo 3).

Tablo 1. KBY ve kontrol grubunun yaş ortalamaları

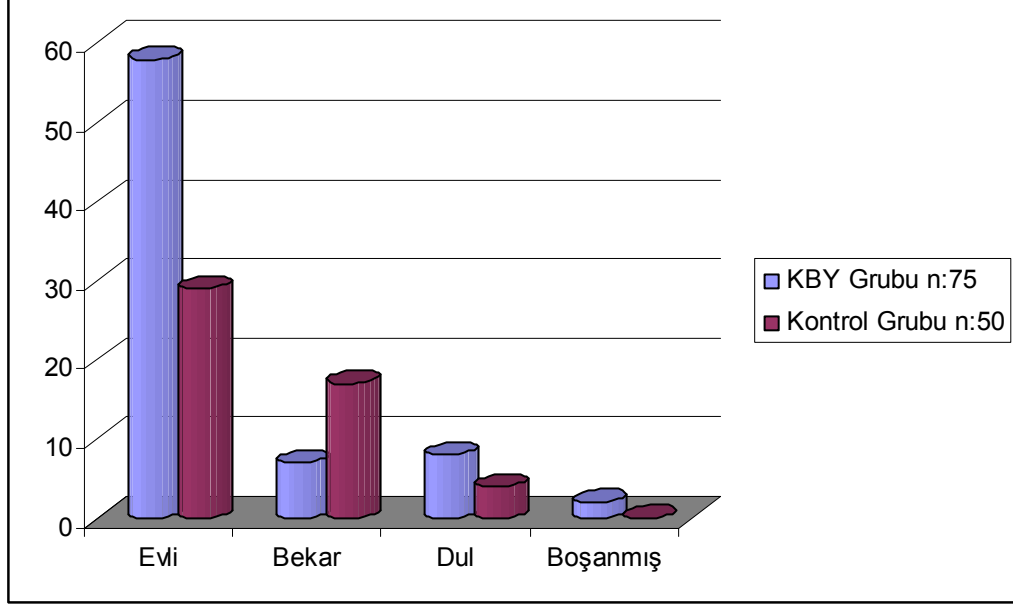
	KBY grubu	kontrol grubu	t	p
yaş	51,05±15,87	49,86±17,22	0,39	0,396

Tablo 2. KBY ve kontrol grubunun cinsiyet dağılımları

	KBY grubu n=75		kontrol grubu n=50	
	n	%	n	%
cinsiyet				
erkek	38	50,7	28	56,0
kadın	37	49,3	22	44,0

χ^2 : 0,342 p= 0,558

KBY ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları (p=0,396) ve cinsiyet dağılımları (p=0,558) arasında istatistiksel farklılık gözlenmemiştir (Tablo 1-2).



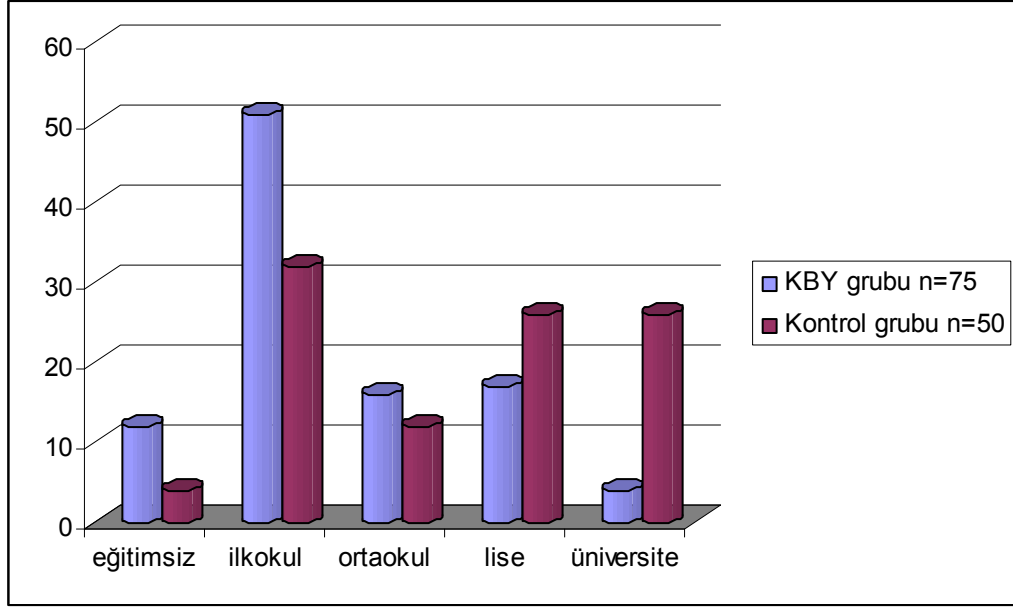
Şekil 1. KBY ve kontrol gruplarının medeni hal dağılımları

χ^2 : 12,6 p=0,005

Tablo 3. KBY ve kontrol gruplarının sağlık güvencelerinin dağılımı

sağlık güvencesi	KBY grubu		kontrol grubu	
	n	%	n	%
yok	5	6,7	8	16,0
SSK	48	64,0	27	54,0
ES	11	14,7	12	24,0
Bağkur	4	5,3	3	6,0
özel sigorta	1	1,3	0	0,0
Yeşil Kart	6	8,0	0	0,0

χ^2 : 9,13 p=0,104



Şekil 2. KBY ve kontrol gruplarının eğitim düzeyleri

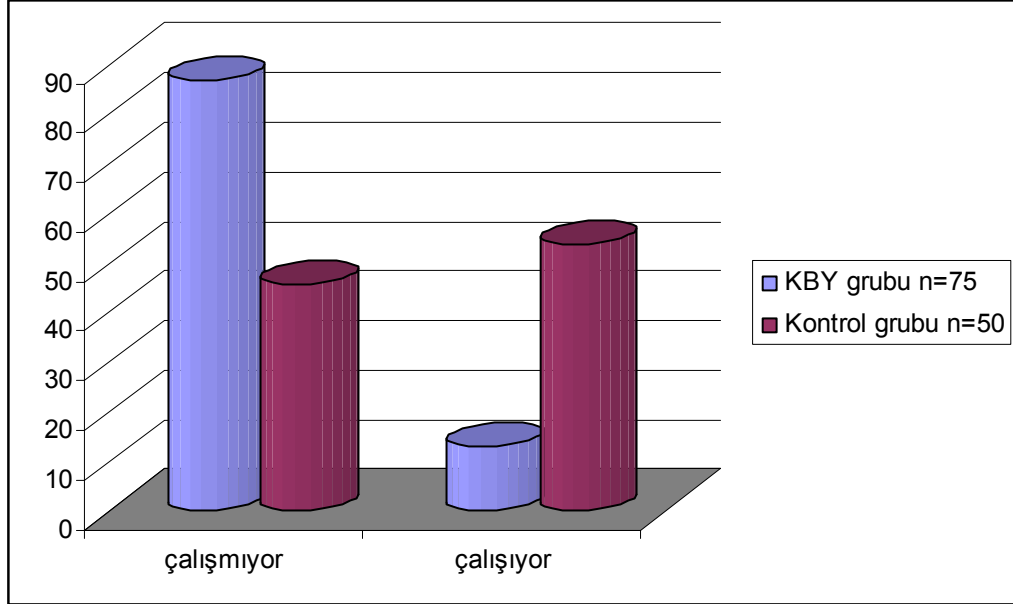
χ^2 : 17,3 p=0,002

KBY ve kontrol gruplarının eğitim düzeyleri arasında istatistiksel farklılık gözlenmiştir (p=0,002). KBY grubunda eğitimsiz, ilkokul ve ortaokul mezunlarının oranı daha fazla gözlenmiştir.

Hasta grubunun %12'si eğitimsiz, %50,7'si ilkokul, %16'sı ortaokul, %17,3'ü lise, %4'ü üniversite mezunuydu. Kontrol grubunun ise %4'ü eğitimsiz, %32'si ilkokul, %12'si ortaokul, %26'sı lise, %26'sı üniversite mezunuydu (Şekil 2).

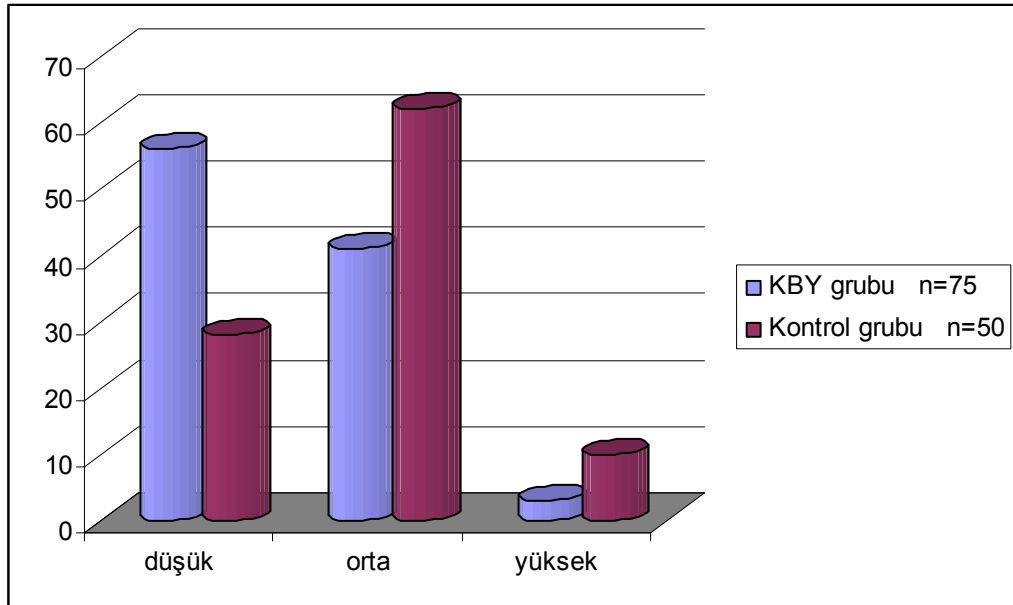
KBY ve kontrol grubunun çalışma durumlarının karşılaştırılmasında KBY grubunda çalışmayanların oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,0001).

Çalışma durumları karşılaştırıldığında hasta grubunun %86,7'si çalışmıyor, %13,3ü çalışıyor, kontrol grubunun ise %46'sı çalışmıyor, %54'ü çalışıyordu (Şekil 3).



Şekil 3. KBY ve kontrol gruplarının çalışma durumu

$\chi^2=23,8$ $p=0,0001$



Şekil 4. KBY ve kontrol gruplarının gelir düzeylerinin karşılaştırılması

$\chi^2:10,7$ $p=0,005$

KBY ve kontrol gruplarının gelir düzeylerinin karşılaştırılmasında KBY grubunda gelir düzeyi anlamlı olarak düşük (450YTL ve altı) bulunmuştur (p=0,005).

Gelir düzeyleri açısından yapılan karşılaştırmalarda KBY grubunun %56'sı düşük (aylık gelir 450 YTL'nin altında), %41,3'ü orta (aylık gelir 450-1000 YTL arası), %2,7'si yüksek (aylık gelir 1000 YTL ve üstü); kontrol grubunun %28'i düşük, %62'si orta, %10'u yüksek gelir düzeyine sahipti. KBY ve kontrol gruplarının gelir düzeylerinin karşılaştırılmasında KBY grubunda gelir düzeyi anlamlı olarak düşük (450YTL ve altı) bulunmuştur(p=0,005) (Şekil 4).

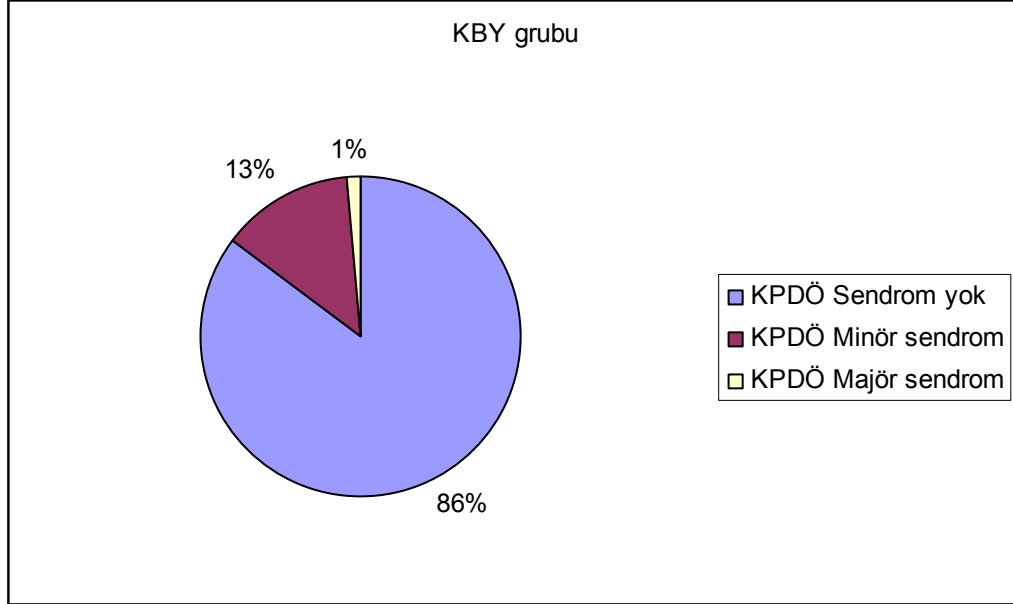
KBY ve kontrol grubu arasında aile tipi açısından istatistiksel farklılık gözlenmemiştir (p=0,56). Her iki grupta da çekirdek aile oranı yüksekti.

Aile tipi KBY grubunda %72 çekirdek,%18,7 geniş, %1,3 parçalanmış,%8 diğer (tek yaşama,başkalarıyla birlikte yaşama v.s.) olup kontrol grubunda; %82 çekirdek,%12 geniş, %2 parçalanmış, %4 diğer olarak bulundu (Tablo 4).

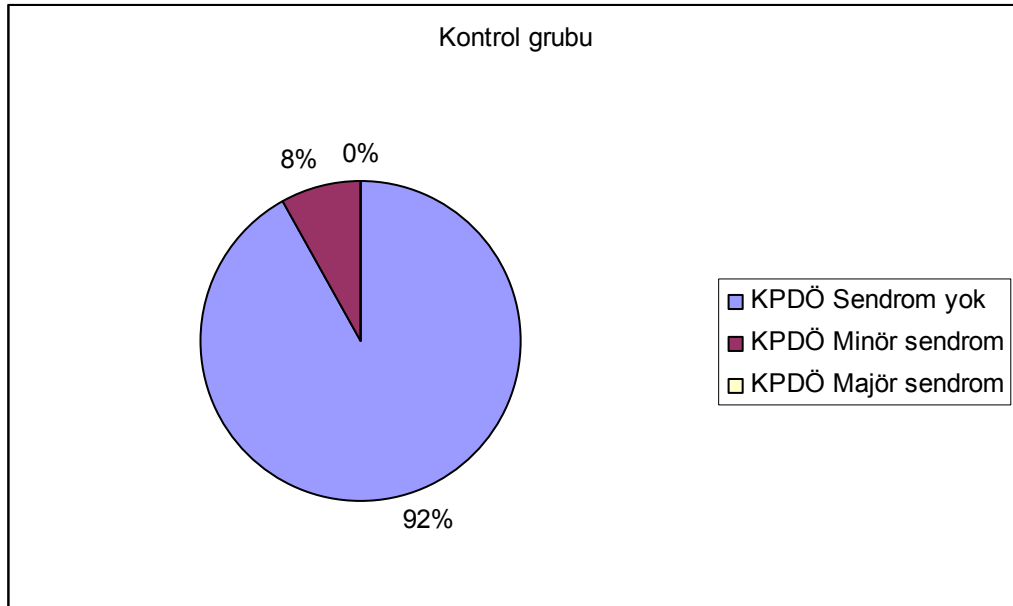
Tablo 4. KBY ve kontrol gruplarının aile tipi dağılımları

aile tipi	KBY grubu		kontrol grubu	
	n	%	n	%
çekirdek	54	72,0	41	82,0
geniş	14	18,7	6	12,0
parçalanmış	1	1,3	1	2,0
diğer	6	8,0	2	4,0

$\chi^2:2,06$ p=0,56



Şekil 5a. KBY grubunun KPDÖ'e göre değerlendirilmesi



Şekil 5b. Kontrol grubunu KPDÖ'e göre değerlendirilmesi

$\chi^2:1,58$ $p=0,454$

KPDÖ ile seçtiğimiz popülasyonun psikiyatrik dağılımını görmeyi amaçladık. KBY grubunda toplam 75 hastanın 64'ünde herhangi bir sendrom yoktu, 10'unda minör sendrom, 1'inde major sendrom vardı. Kontrol grubu da benzer olarak toplam 50 kişinin 46'sında sendrom yoktu, 4'ünde minör sendrom vardı, major sendrom ise hiç yoktu. İki grubun karşılaştırılmasında KPDÖ açısından anlamlı fark gözlenmedi.(p=0,454). Her iki grup benzerdi (Şekil 5a-5b).

Tablo 5. KBY ve kontrol grubu arasında özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü, mevcut psikiyatrik hastalık durumu, ailede psikiyatrik hastalık varlığı sorgulaması

		KBY grubu		kontrol grubu	
		n	%	n	%
psikiyatrik hastalık öyküsü*	yok	70	93,3	48	96,0
	nevroz	1	1,3	0	0,0
	duygudurum bozukluğu	4	5,3	2	4,0
	psikoz	0	0,0	0	0,0
mevcut psikiyatrik hastalık**	yok	71	94,7	50	100,0
	nevroz	1	1,3	0	0,0
	duygudurum bozukluğu	3	4,0	0	0,0
	psikoz	0	0,0	0	0,0
ailede psikiyatrik hastalık***	yok	68	90,7	48	96,0
	nevroz	6	8,0	1	2,0
	duygudurum bozukluğu	1	1,3	0	0,0
	psikoz	0	0,0	1	2,0

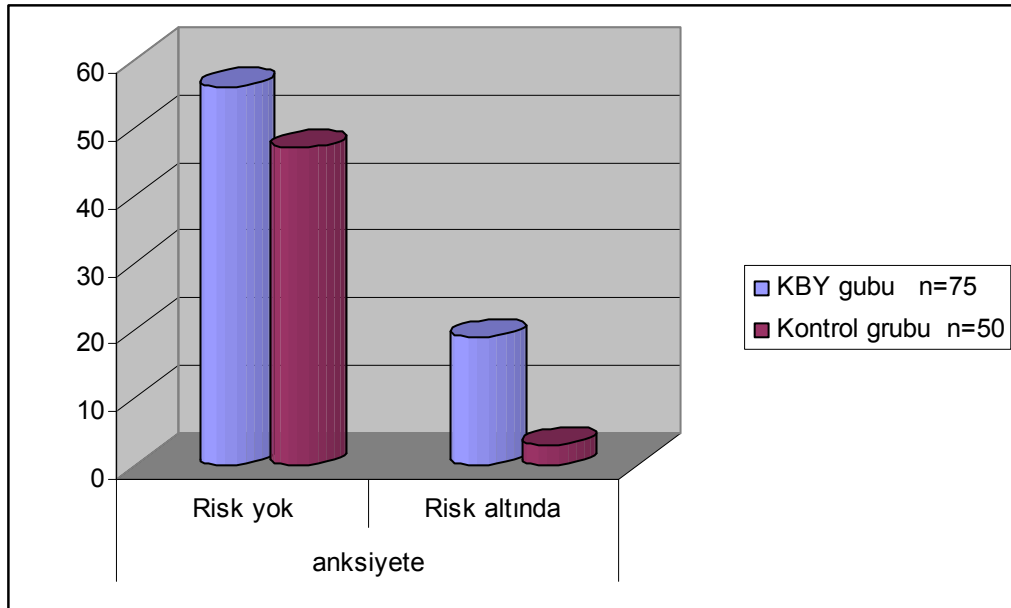
* χ^2 :0,8 p=0,67

** χ^2 :2,75 p=0,431

*** χ^2 :4,18 P=0,242

KBY ve kontrol grubu arasında özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü, mevcut psikiyatrik hastalık durumu, ailede psikiyatrik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır (sırayla $p=0,67$, $p=0,431$, $p=0,242$).

Psikiyatrik öykülerinin sorgulanması sonucu KBY grubunda %93,3'ü özgeçmişlerinde herhangi bir psikiyatrik tanılarının olmadığını, KBY grubunun %94,7 si mevcut psikiyatrik bozukluk olmadığını, KBY grubunun %90,7'si ailelerinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunmadığını ifade etti. Kontrol grubunda da benzer oranlar vardı; %96'sında herhangi bir psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü yoktu, %100 oranında halen psikiyatrik hastalık öyküsü mevcut değildi, %96 oranında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmuyordu (Tablo 5).



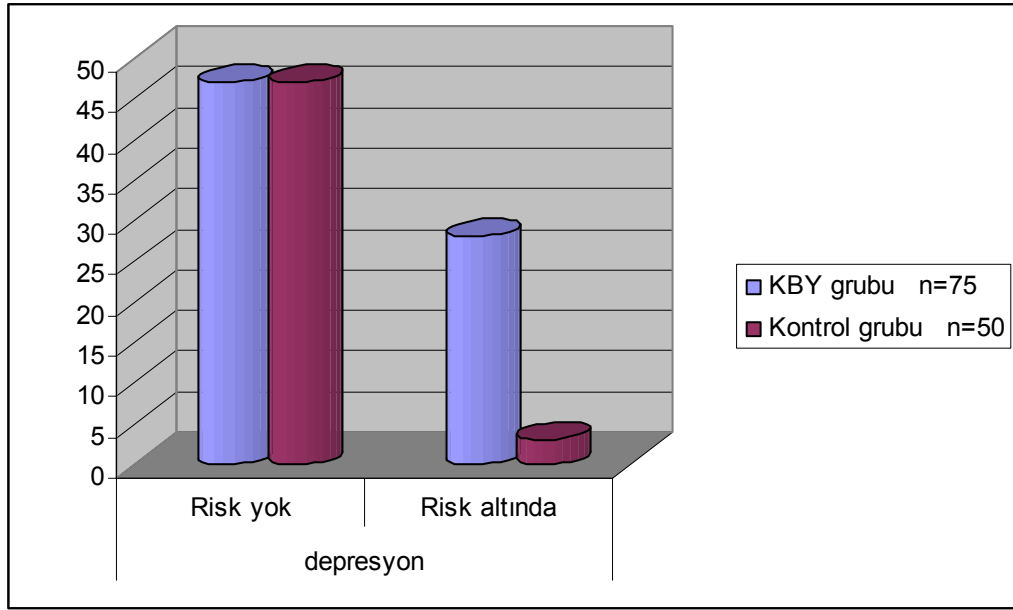
Şekil 6. KBY ve kontrol gruplarının anksiyete riski yönünden karşılaştırılması

$\chi^2:7,73$ $p=0,005$

KBY ve kontrol gruplarının anksiyete riski yönünden karşılaştırılması sonucunda KBY grubunda anksiyete riski anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,005$) (Şekil 6).

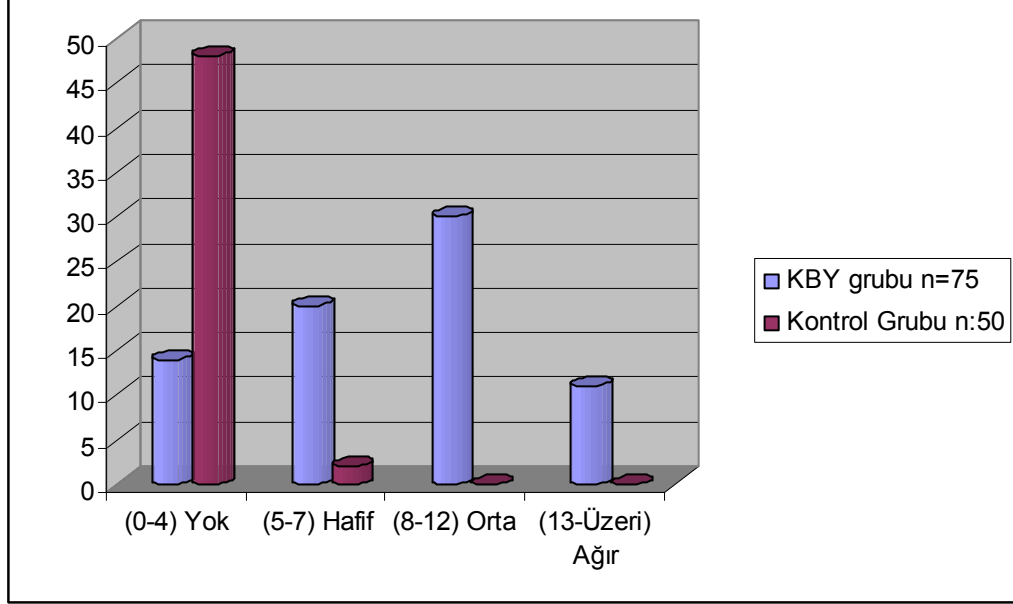
KBY ve kontrol gruplarının depresyon riski açısından karşılaştırılması sonucu anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,0001$). KBY grubunda depresyon riski yüksektir (Şekil 7).

KBY grubunda hafif, orta ve ağır yeti yitimi kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$) (Şekil 8).



Şekil 7. KBY ve kontrol gruplarının depresyon riski açısından karşılaştırılması

$\chi^2:15,7$ $p=0,0001$



Şekil 8. KBY ve kontrol gruplarının yeti yitimi yönünden karşılaştırılması

$\chi^2:72,2$ $p=0,0001$

Laboratuvar parametreleri ile yapılan değerlendirmelerde KBY grubunda KYA ile glikoz arasında pozitif yönde korelasyon ($r=0,319$, $p=0,005$), ve HAD-D ile glikoz arasında pozitif yönde korelasyon ($r=0,276$, $p=0,016$) bulundu.

Kreatinin ile KYA arasında negatif yönde korelasyon ($r=-0,379$, $p=0,001$) vardı.

Ca ile KYA arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($r=0,302$, $p=0,008$) saptandı.

Ferritin ile HAD-A arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($r=0,276$, $p=0,016$) söz konusudur (Tablo 6).

Tablo 6. KBY grubunda laboratuvar parametreleri ile KYA, HAD-A, HAD-D arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		KPDÖ	KYA	HAD-A	HAD-D
Glikoz (70-115)	r	0,16	0,319	0,021	0,276
	p	0,17	0,005	0,858	0,016
Üre (10-50)	r	-0,056	-0,218	0,143	0,033
	p	0,63	0,06	0,222	0,776
Kreatinin (0,5-1,2)	r	-0,101	-0,379	-0,113	-0,181
	p	0,387	0,001	0,335	0,12
ALT (5-49)	r	-0,097	0,037	-0,11	-0,078
	p	0,407	0,755	0,348	0,504
P (3,5-6,2)	r	0,118	-0,14	-0,083	-0,208
	p	0,312	0,232	0,48	0,073
Ca (8,5-10,5)	r	0,162	0,302	0,144	0,137
	p	0,164	0,008	0,216	0,241
Na (135-148)	r	0,094	-0,026	0,047	0,092
	p	0,425	0,826	0,689	0,433
K (3,5-5,5)	r	-0,072	0,06	0,081	0,118
	p	0,541	0,611	0,491	0,318
Hb (10-14)	r	-0,02	-0,18	-0,012	-0,197
	p	0,862	0,121	0,92	0,09
Hct (34-48)	r	0,006	-0,095	-0,009	-0,153
	p	0,962	0,419	0,936	0,189
PTH (450-720)	r	0,059	-0,086	0,034	0,08
	p	0,613	0,461	0,77	0,497
Ferritin (8-12)	r	0,022	0,019	0,276	0,034
	p	0,849	0,871	0,016	0,774

Tablo 7. HD süresi ile KYA, HAD-A, HAD-D arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		KPDÖ	KYA	HAD-A	HAD-D
Hemodializ tedavi süresi	r	-0,13	-0,202	-0,029	-0,064
	p	0,265	0,082	0,806	0,586

HD süresi ile KYA, HAD-A, HAD-D arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamadı (p=0,586) (Tablo 7).

Tablo 8. Destek görme düzeyi ile KYA, HAD-A, HAD-D arasındaki ilişkinin incelenmesi

destek görme düzeyi		var		kısmi		yok	
		n	%	n	%	n	%
yeti yitimi	yok	8	18,60	3	25,00	3	15,00
	hafif	12	27,90	2	16,70	6	30,00
	orta	16	37,20	6	50,00	8	40,00
	ağır	7	16,30	1	8,30	3	15,00
anksiyete	risk yok	30	69,80	10	83,30	16	80,00
	risk altında	13	30,20	2	16,70	4	20,00
depresyon	risk yok	27	62,80	5	41,70	15	75,00
	risk altında	16	37,20	7	58,30	5	25,00

* χ^2 :1,75 p=0,941 ** χ^2 : 1,32 p=0,516 *** χ^2 :3,56 p=0,168

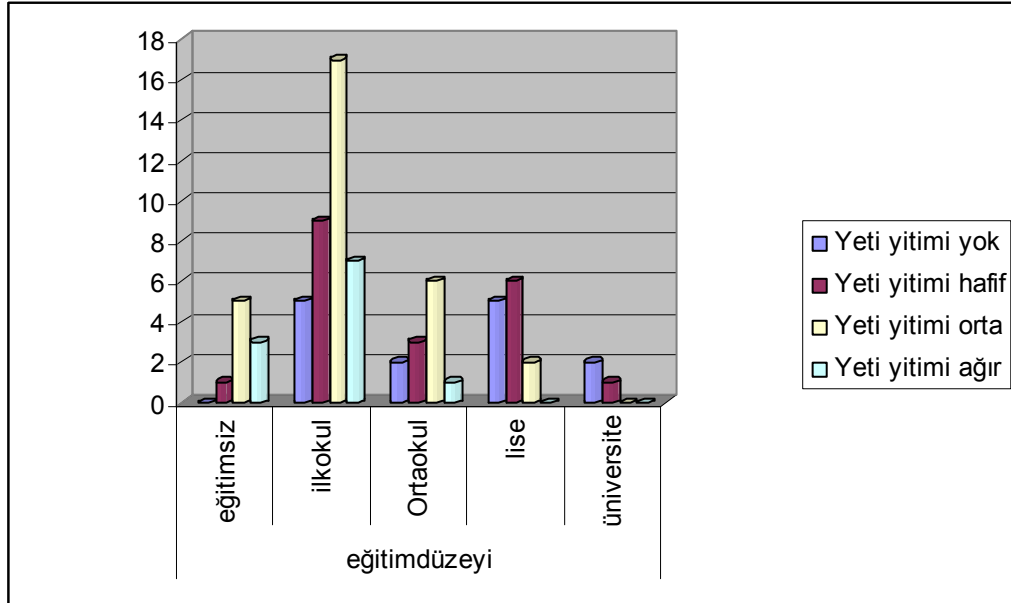
HD süresi ve destek görme düzeyi ile KYA, HAD-A,HAD-D arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 8).

Tablo 9. Eğitim düzeyi ile anksiyete arasındaki ilişki

	eğitim düzeyi	eğitimsiz		ilkokul		ortaokul		lise		üniversite	
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
anksiyete	risk yok	6	66,70	6	68,40	9	75,00	2	92,30	3	100,00
	risk altında	3	33,30	2	31,60	3	25,00	1	7,70	0	0,00

$$\chi^2:4,27 \quad p=0,374$$

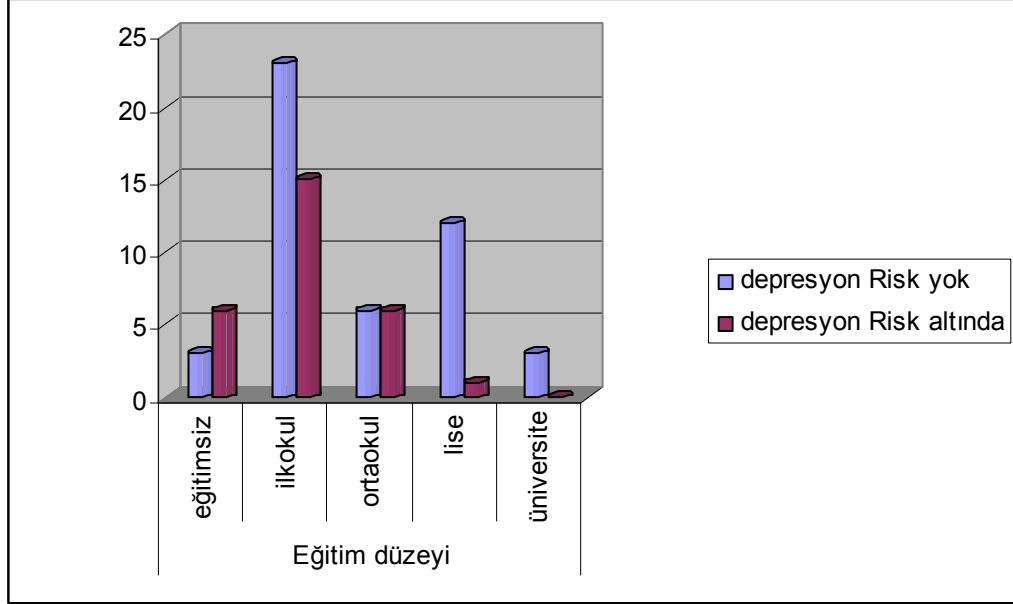
Eğitim düzeyi ile anksiyete arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmadı (p=0,374) (Tablo 9).



Şekil 9. Eğitim düzeyi ile yeti yitimi arasındaki ilişki

$$\chi^2:21,05 \quad p=0,05$$

Eğitimsiz kişilerde orta d¼zeyde yeti yitimi istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,05).



şekil 10. Eğitim d¼zeyi ile depresyon riski arasındaki ilişki

$\chi^2:10,87$ p=0,028

Eğitim d¼zeyi ile depresyon riski arasındaki ilişkinin incelenmesinde eğitimsiz kişilerin %66,7'sinde, ilkokul mezunu olanların %39,5'inde, ortaokul mezunlarının %50,0'ında, lise mezunlarının %7,7'sinde depresyon riski tespit edilirken ¼niversite mezunlarında depresyon riski saptanmadı. Eğitimsiz kişilerde depresyon riski istatistiksel olarak anlamlı olarak y¼ksek orandaydı (p=0,028) (şekil 10).

İçg¼r¼ d¼zeyi ile KYA, HAD-A,HAD-D arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı (sırayla p=0,387, p=0,587, p=0,8578) (Tablo 10).

Medeni hal ile KYA, HAD-A, HAD-D arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamadı (sırayla p=0,144, p=0,055, p=0,125) (Tablo 11).

Cinsiyet ile KYA ve HAD-D arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde istatistiksel fark bulunamadı (p=0,052 , p=0,128) (Tablo 12).

Tablo 10. İçgörü düzeyi ile KYA, HAD-A,HAD-D arasındaki ilişki

	içgörü	var		kısmi		yok	
		n	%	n	%	n	%
yeti yitimi*	yok	3	19,10	0	0,00	1	33,30
	hafif	9	27,90	0	0,00	1	33,30
	orta	7	39,70	2	50,00	1	33,30
	ağır	9	13,20	2	50,00	0	0,00
anksiyete**	risk yok	0	73,50	3	75,00	3	100,00
	risk altında	8	26,50	1	25,00	0	0,00
depresyon***	risk yok	3	63,20	2	50,00	2	66,70
	risk altında	5	36,80	2	50,00		33,30

* χ^2 :13,44 p=0,387 ** χ^2 :1,06 p=0,587 *** χ^2 :0,30 p=0,8578

Tablo 11. Medeni hal ile KYA, HAD-A, HAD-D arasındaki ilişki

medeni hal		evli		bekar		dul		boşanmış	
		n	%	n	%	n	%	n	%
yeti yitimi*	yok	10	17,20		42,90	0	0,00	1	50,00
	hafif	18	31,00		28,60	0	0,00	0	0,00
	orta	22	37,90		28,60	5	62,50	1	50,00
	ağır	8	13,80		0,00	3	37,50	0	0,00
anksiyete**	risk yok	46	79,30		85,70	3	37,50	1	50,00
	Risk altında	12	20,70		14,30		62,50		50,00
depresyon***	risk yok	39	67,20		71,40		25,00		50,00
	risk altında	19	32,80		28,60		75,00		50,00

* χ^2 :13,44 p=0,144 ** χ^2 :7,59 p=0,055 *** χ^2 :5,73 p=0,125

Tablo 12. Cinsiyet ile KYA ve HAD-D arasındaki ilişki

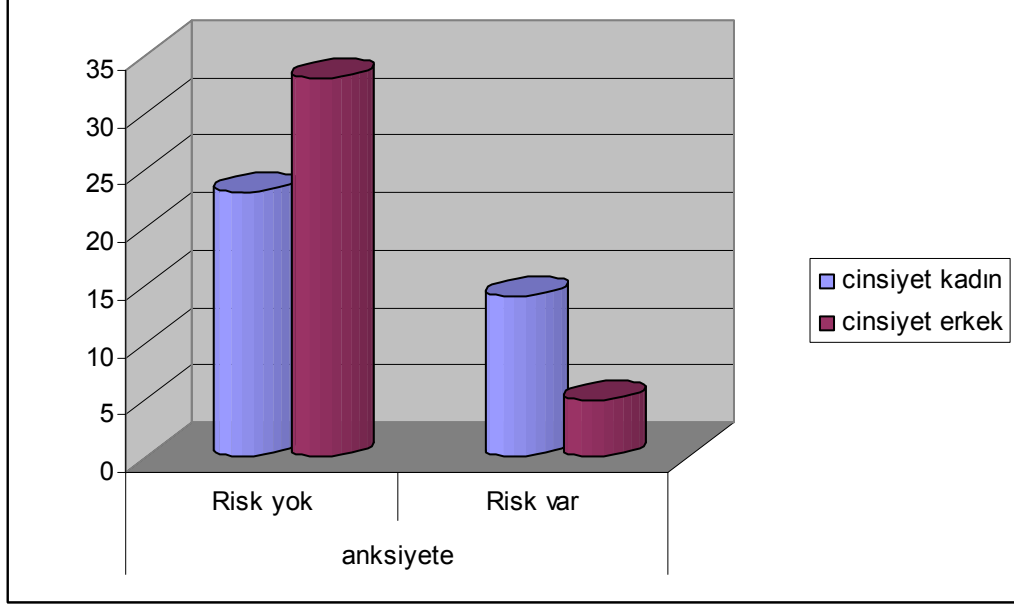
		erkek		kadın	
		n	%	n	%
yeti yitimi	yok	10	26,30	4	10,80
	hafif	9	23,70	11	29,70
	orta	17	44,70	13	35,10
	ağır	2	5,30	9	24,30
depresyon	risk yok	27	71,10	20	54,10
	risk altında	11	28,90	17	45,90

* χ^2 :7,74 p=0,052 ** χ^2 :2,31 p=0,128

Cinsiyet ile KYA, HAD-A, HAD-D arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucu toplam 37 kadının 14 (%37,8)'ünde anksiyete riski varken, toplam 38 erkeğin sadece 5 (%13,2)'inde anksiyete riski vardı. Kadınlarda anksiyete riski istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p=0,014) (Şekil 11).

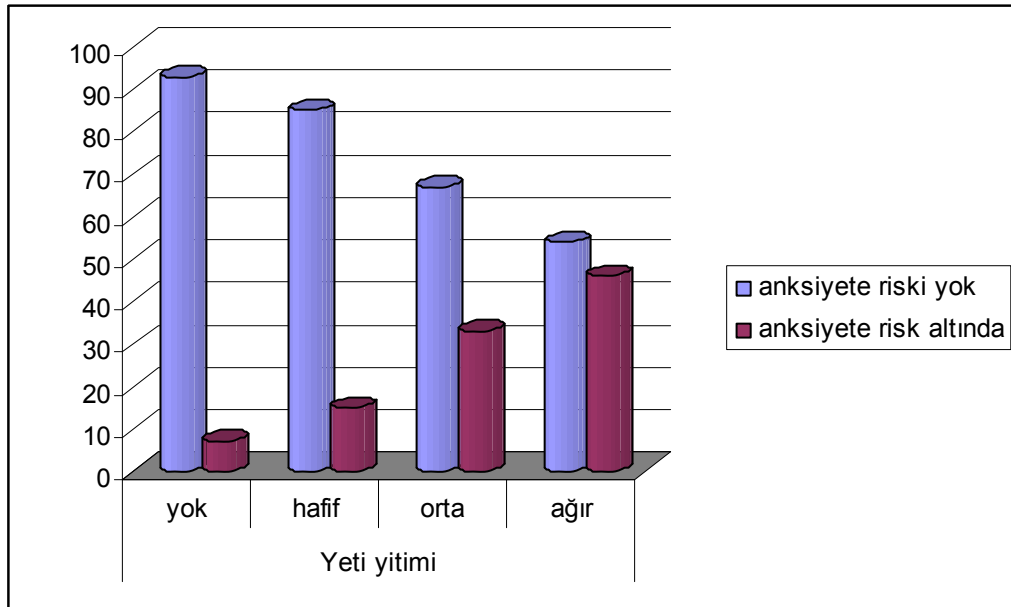
Anksiyete ile yeti yitimi arasında istatistiksel bir ilişki saptanmadı (p=0,074) (Şekil 12).

Ağır yeti yitimi olanlarda depresyon riski istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,005) (Şekil 13).



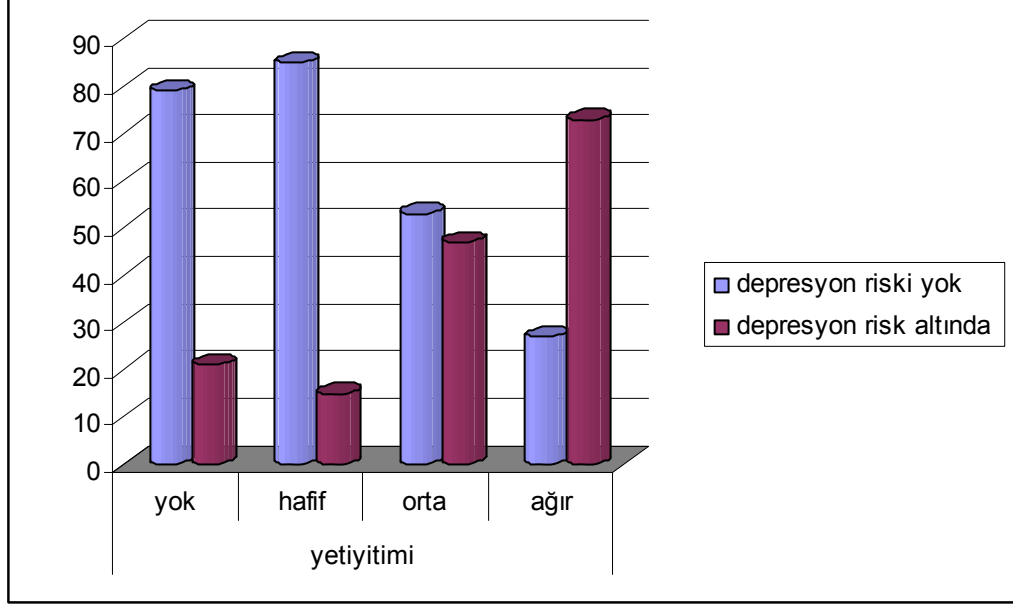
Şekil 11. Cinsiyet ile anksiyete arasındaki ilişki

$\chi^2:6,03$ $p=0,014$



Şekil 12. Anksiyete ile yeti yitimi arasındaki ilişki

$\chi^2:6,94$ $p=0,074$



Şekil 13. Depresyon ile yeti yitimi arasındaki ilişki

$\chi^2:12,78$ $p=0,005$

TARTIŞMA

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında tıbbi nedenler ile hastaneye yatırılan SDBY'li hastaların yaklaşık %10'unda psikiyatrik bir bozukluk vardır. Eğer farkına varılmaz ve tedavi edilmezse diyalizin sonlandırılmasına ya da intihara yol açabileceği için depresyon en önemli psikolojik problemdir. Depresyon diyaliz hastalarında en sık karşılaşılan psikolojik komplikasyon olup genellikle gerçekte var olan, var olma ihtimali olan veya hayal edilen bazı kayıplara karşı bir yanıttır (29).

Hemodializ hastalarında yüksek depresyon skorları hastane yatışları ve mortalite için risk faktörüdür (57).

Kronik böbrek hastalığı organik mental ve psikososyal ciddi sorunların geliştiği bir tablodur (58). Böbrek nakli olmadıkça bu hastaların yaşama devam edebilmeleri için tek imkan, bütün dünyada yaygın bir şekilde uygulanmakta olan HD yöntemidir (59).

Renal replasman tedavisinin amacı SDBY olan hastaların, yaşamlarına optimal düzeyde devam etmelerini sağlamaktır (60). Renal replasman tedavilerindeki artan bilgi ve teknolojiye rağmen SDBY hastalarının morbidite ve mortaliteleri hala yüksektir (2,61-63).

Diyaliz, böbrek hastalarının yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi metodudur. Bununla birlikte çalışma kapasitesinin bozulması, fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar ve cinsel sorunlar gibi bazı psikososyal güçlükler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte, hastalık sürecini ve tedaviyi olumsuz etkilemektedir (64). HD tedavisine

alınan hastanın hayatında önemli değişiklikler meydana gelir. Hasta makineye, kuruma ve sağlık personeline bağımlı hale gelir. Bu durum hastanın bağımsızlık kaybına uğramasına neden olur. Haftanın belirli gün ve saatlerinde sağlık kurumunda olup makineye bağlanma zorunluluğu vardır. Bu bağımlılık hastanın aile, iş, sosyal yaşantısında sorunlar meydana getirir. Bu aksaklıklar hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Ayrıca KBY nedeniyle hemodiyaliz tedavisi uygulanan hastalarda çeşitli ruhsal sorunların varlığı gösterilmiştir. Bunlar anksiyete, umutsuzluk, depresyon, uyku ve uyum bozukluğu olarak sıralanabilir (65,66).

Psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasında en önemli faktör kuşkusuz kronik hastalığın kendisidir. Ancak ortaya çıkan bu komplikasyonlar tedavi edilmezlerse, doğrudan fiziksel hastalığın seyrini ve morbiditesini olumsuz etkileyeceklerdir(67).

Kronik bedensel hastalığı olanlarda ruhsal bozukluk oranı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmaktadır (7,68,69).

Üçok'un (1995) bir sağlık ocağına başvuran hastalarda bedensel ve ruhsal hastalığın birlikteliğini araştırdığı çalışmasına göre, kronik bedensel hastalığı olan kişilerin %40'ında, kronik bedensel hastalığı olmayan kişilerin %27'sinde ruhsal hastalık bulunmaktadır (69).

Bizim çalışmamızda HD hastalarındaki depresyon oranı %37,3 bulundu. Bu sonuç literatürle uygundu.

Kronik hastalığın türü ne olursa olsun bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yapmaması, güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinde bozulmalara ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (70,71).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımına göre, "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir " (72).

Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise, kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına ilişkin subjektif görüşü olarak tanımlanır. Bu tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımına oldukça yakın bir tanımdır. Bu çerçevede hemodiyaliz tedavisinin hastanın yaşam kalitesine etkisi her zaman merak konusu olmuştur. Hemodiyaliz tedavisinin başlanması ile hastanın yaşam kalitesinde bazı değişiklikler olmaktadır. Öncelikle hastada

yorgunlukta artma, güçsüzlük ve bunun getirdiği yitimler ön plana çıkmaktadır. Hemodiyaliz kısa dönemde fiziksel sorunlara bağlı rol güçlükleri ve genel sağlık algılanmasında bozulmaya neden olurken uzun dönemde fiziksel işlevsellikte ve genel sağlık algısında bozulma ile fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı rol güçlüklerine yol açmaktadır. Ayrıca bu hastalarda normal topluma kıyasla başta anksiyete ve depresyon olmak üzere, daha çok ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır (73).

Çalışmamızda HD hastalarında kontrol grubu ile karşılaştırıldığında depresyon ($p=0,0001$), anksiyete ($p=0,005$) ve yeti yitimi ($p=0,0001$) düzeyi istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Bu sonuç literatürdeki diğer çalışmalarla benzerdi.

Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon, hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye cevabı, prognozu, fiziksel hastalığın seyrini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkiler (74).

HD tedavisi altındaki hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği pek çok çalışma olmasına rağmen, bu hastaların bizim çalışmamızda olduğu gibi ruhsal, bedensel, sosyal olarak bir bütünlük içinde değerlendirildiği çalışmalara çok az rastlanmıştır.

Tıbbi hastalıklarla depresyonun birarada bulunması tıbbi durumun belirtileri kadar depresyonun tanınmasında da güçlükler yol açmaktadır. Depresyon üzerine tıbbi hastalıkların direkt ve indirekt etkileri ayrıca işin içine karışan işlevsel değişiklikler, kişilik özellikleri, sosyal destek gibi diğer değişkenlerin de etkileri araştırılmalıdır. Altta yatan patolojik mekanizmaların anlaşılmasında biyopsikososyal yaklaşım yol gösterici olabilir (75).

Fiziksel hastalığı olan ayaktan hasta grubunda psikiyatrik bozukluk prevalansı normal populasyonun yaklaşık iki katıdır (76).

KBY yaşamı tehdit eden, önemli ölçüde iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara yol açan, hemen her yaş grubunu en çok da genç erişkinleri etkileyen bir hastalıktır (14,77).

KBY kişinin günlük etkinliklerini, evlilik ve aile yaşantısını, mesleki yeterliliğini ciddi ölçüde bozarak, hastaya, aileye ve topluma ağır bir bedel ödetmektedir. Tedavi yaklaşımlarındaki gelişmeye paralel olarak, psikososyal ve psikiyatrik açılardan diyaliz ile transplantasyona duyulan ilgi giderek artmıştır. Başarılı transplantasyon, KBY tedavi seçenekleri arasında, normal böbrek işlevine en yakın sonucu sağlayan yöntemdir. Ancak

organ bağındaki yetersizlik nedeniyle KBY hastalarının esas destek kaynağı diyalizdir. Diyalizin zaman alıcı bir işlem olması, çoğunlukla ev dışında uygulanabilmesi, diyet ve sıvı alımına kısıtlamalar getirmesi, ciddi komplikasyonlarının yaşam süresini kısaltması ve uzun dönemde pahalı bir tedavi yöntemi olması gibi unsurlar ise hastaları zorlamaktadır.

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

Farklı tedavi yöntemleri uygulanan KBY hastalarında psikiyatrik morbiditenin değişkenlik gösterdiği, transplantasyonun psikiyatrik morbiditeyi azalttığı, yaşam niteliğini ise arttırdığı düşünülmektedir. Bir diğer görüş de KBY’nde psikiyatrik morbiditenin yüksek olduğu ve seçilen tedavi yöntemi ile ilişkili olmadığıdır.

Diğer tıbbi hastalıklara kıyasla KBY’de ruhsal sorunların daha fazla olup olmadığı da tartışmalı bir konudur (71).

HD hastasının tedaviye uyumunda, psikososyal sorunlar da önem taşımaktadır. Uyum; dinamik, göreceli, karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır.

Her birey, yaşamındaki farklı sorunlara belli ölçülerde uyum gösterme yeteneğine sahiptir. Hastalık ise bireyin uyumunu bozan bir durumdur. Çünkü hastalık; fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda yaşamı etkiler ve beden bütünlüğünü tehdit eder. Birey bu dönemde stres, korku, anksiyete, çaresizlik ve yalnızlık gibi duygular yaşayabilir (78,79). Kronik bir hastalığa uyum gösterirken, hastalığın ve tedavinin özellikleri önemli rol oynar. Özellikle birey ve ailesinin yaşam biçiminde değişikliklere, maddi ve manevi kayıplara neden olan ve bireyi başkalarına bağımlı hale getiren kronik bir hastalığa uyum daha zordur (78).

Hemodiyaliz (HD), son dönem böbrek yetmezliğini tedavi etmek için kullanılan en yaygın yöntemdir (14). Bu tedavi yönteminde başarı, büyük ölçüde hastaların tedaviye

uyumuna bağlıdır (80). Tedaviye uyum ise bireyin davranışlarının, sağlık personeli tarafından yapılan önerilere uygun olma düzeyi ile belirlenmektedir (81).

Hemodiyalize uyum süreci: Yaşamı sürdürebilmek için HD gibi invaziv bir tedavinin yan etkileri, makineye ve sağlık personeline bağımlı olma, bireyin yaşamının bütün yönlerini ve sağlığını etkileyebilmektedir (82,83).

HD'in ertelenmesinin veya ara verilmesinin neredeyse imkansız olması, tedavinin süresi, kullanılan ilaçlar, sıvı alımı ve yiyeceklerin kısıtlanması bireye sürekli hastalığını hatırlatmaktadır. Kronik HD hastasının yaşam biçiminde değişiklikler yapması, kendisinin yanı sıra ailesinin de bu düzenlemelere uyum göstermesi gerekmektedir (78,84).

Ancak genel olarak HD hastalarında tedaviye uyumsuzluğun yaygın olduğu bilinmektedir (84-87). Araştırma sonuçlarına göre, en fazla stres yaratan ve tedaviye uyumda zorlanılan alan, sıvı kısıtlanmasıdır (84,88). Sıvı kısıtlamasına uymayan KBY hastalarında konjestif kalp yetmezliğinin birincil ölüm nedeni olduğu bildirilmiştir (89). Tedaviye uyumsuz olma, sağlık hizmetlerinde maliyeti de artırmaktadır (85).

HD hastalarının tedaviye uyum sürecinde bireysel farklılıklar olmasına karşın, genel olarak dört aşama olduğu dikkati çekmektedir. Bunlar;

1. Üremik dönem: İlk dönem, tedaviye başlamadan önce yaşanır. Bu dönemde, kronik hastalığa bağlı fiziksel ve psikolojik komplikasyonlar ortaya çıkar ve yaşamın tehdit altında olduğu endişesi hissedilir .

2. Balayı evresi: Hasta HD'e girmeye başladıktan sonra fiziksel komplikasyonlar oldukça azalır. Bu dönem, yaklaşık üç hafta devam eder ve endişenin yerini ölümden kurtulma, güven ve ümit duyguları alır.

3. Yaşama dönüş evresi: Hastanın tedaviye alışmaya başladığı bu dönem, yaklaşık 3-12 ay sürer. Ancak, işe veya ailedeki sorumluluklara geri dönme, bazı psikososyal sorunlara (Örneğin; kendini veya ailesini suçlama eğilimi, çaresizlik duygusu ve depresyon gibi) yol açabilir. Bu nedenle tedaviye uyumsuzluk, makineye bağımlılıktan kurtulma girişimleri ve fiziksel komplikasyonlar gelişebilir.

4. Sürekli adaptasyon periyodu: Son dönemde hasta durumunu kabullenir, yaşama olan bağlılığı artar ve ileriye yönelik planlar yapmaya başlar. Hastaların en önemli beklentilerinden biri, böbrek transplantasyonunun yapılmasıdır. Ancak tedavinin süresi,

makineye ve sağlık personeline bağımlı olma ve tedaviyle ilgili yaşanan sorunlar yaşam kalitesini etkilemektedir. Hastalarda duygusal ve fiziksel iyilik hali ile depresyon, korku ve saldırganlık gibi sorunlar dđnemler halinde gđrđlebilir. İnkâr, bu dđnemde kullanılan en yaygın savunma mekanizmalarındandır (78,90).

Hastaların hemodializi tolere edebilmesinde en önemli etken hastalığın, hemodializin ve bu yaşam tarzının kabul edilebilmesidir. (91).

Yapılan çalışmalarda uyumsuzluk sorununun özellikle 20-30 yaş grubu kadınlar ve dđřük sosyoekonomik düzeyde olan HD hastalarında daha yaygın olduğu belirlenmiştir (80,92).

Yapılan çalışmalarda da HD hastalarında psikiyatrik sorunların bđbrek transplantasyonu yapılan hastalardan daha fazla gđrđldđu belirlenmiştir (78).

Yüksek sosyal destek düzeyi diyaliz hastalarında anksiyete ve depresyona olan yatkınlığı azaltmaktadır (93). Aile desteğinin olmayışı ise özkıyım riskini arttırmaktadır. Buna karşın sosyal destek, hastaların tedaviye uyumunu kolaylaştıran başlıca faktör olarak bulunmuştur (94,95).

Çalışmamızda destek görme düzeyi ile hastalardaki anksiyete, depresyon ve yeti yitimi arasında, istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Bu sonuç literatürle çelişmektedir. Hasta sayımızın az olması böyle bir sonuca neden olmuş olabilir.

Toplum örneklerinde yapılan çalışmalarda da ruhsal bozukluklar, özellikle depresyon ile yetiyitimi arasında anlamlı ilişkiler bildirilmiştir. (68,96-102).

Bizim çalışmamızda da aynı şekilde depresyon ile ağır yeti yitimi arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p=0,005$). Fiziksel hastalığın oluşturduğu yeti yitimi mi depresyona neden oluyor, yoksa depresyon mu yeti yitimini artırıyor? Bu konuyla ilgili literatürleri taradık.

Diyaliz hastalarında sık gđrđlen ruhsal sorunlar ve bununla ilişkili yetiyitimi tedaviye uyum ve hastalığın prognozuna olabilecek kötü etkileri nedeniyle önemlidir (56).

Yetiyitimi, “bir etkinliği, kişi için normal kabul edilen sınırlarda veya biçimde yapabilme yetisinde, bir kısıtlanma ya da kayıp” olarak tanımlanmaktadır. Geçici ya da kalıcı olabilir (103).

Bedensel yetiyitimi genel olarak hareketlilik ve temel motor aktivitelerin gerçekleştirilmesi ile ilgilidir. Bunların koşullardan bağımsız oldukları kabul edilir. Somutturlar, doğrudan yorumlanabilirler. Bedensel yetiyitimini ölçen araçlar performanstan çok, merdiven çıkmak gibi günlük yaşamda sık yapılan bedensel etkinliklerin ne ölçüde yapıldığını değerlendirirler (104).

Sosyal yetiyitimi “iyi tanımlanmış bir sosyal rol bağlamında beklenen etkinliklerin ve gözlenebilir davranışların yerine getirilebilmesinde bir yetersizlik” olarak tanımlanmaktadır. Sosyal rol, belli bir sosyal konumdaki kişinin davranışları ile ve normların bir bileşimidir. Sosyal işlevler meslek, sosyal ilişkiler, evlilik, anababalık, evlatlık ve vatandaşlık gibi rollerde sürdürülür. Kişinin denetleyemeyeceği kişisel ve sosyal koşullardan kaynaklanan kısıtlanmalar yetiyitimi olarak değerlendirilmemelidir (105).

Kronik hastalıklarda ruhsal bozukluklar ve buna bağlı yetiyitimi sağlıklı nüfusa kıyasla yüksek orandadır (7,106-108).

Hastalarda keyifsizlik, kararsızlık, vazgeçme eğilimi tedaviyi bırakma ile sonlanabilir. Diyaliz hastalarında mesleki ve sosyal pozisyonla ilgili ya da maddi durum ile ilgili kaybetme korkuları olabilir. Somatik hastalığın ciddiyetinden çok anksiyete ve depresyon hastanın yetersizliğine katkıda bulunur (109).

Diyalizde geçirilen zamana ve kalan zamanda da fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş verimi düşmekte, sosyal yaşam fakirleşmektedir. Gerek iş verimindeki düşüş gerek tedavinin pahalı oluşu ağır maddi kayıplara yol açmaktadır (110).

Dializ hastaları ile yapılan araştırmaların bazılarında depresyonun iş kaybını da içerecek şekilde kayıplarla ilişkisinden, çalışmama durumu, düşük eğitim seviyesi ve düşük sosyoekonomik düzey ile bağlantısından söz edilmektedir (111,112).

Çalışmamızda hasta grubunun %12’si eğitimsiz, %50,7’si ilkokul, %16’sı ortaokul, %17,3’ü lise, %4’ü üniversite mezunuydu. Kontrol grubunun ise %4’ü eğitimsiz, %32’si ilkokul, %12’si ortaokul, %26’sı lise, %26’sı üniversite mezunuydu. KBY grubunda en büyük oranı %50,7 ile ilkokul mezunları, en az oranı ise %4 ile üniversite mezunları oluşturuyordu. KBY grubunda eğitimsiz, ilkokul ve ortaokul mezunlarının oranı daha fazla

gözlenmiştir. KBY grubunda eğitim seviyesi kontrol grubundan anlamlı derecede düşüktü ($p=0,002$). Bu farkın oluşumunda seçtiğimiz grubunun polikliniğe gelen hasta yakınlarından seçilmiş olmasının rolü olabilir. Çünkü refakat edenlerin genellikle en bilinçli kişilerden seçilmiş olması muhtemeldir.

KBY ve kontrol grubunun çalışma durumlarının karşılaştırılmasında KBY grubunda çalışmayanların oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,0001$). Çalışma durumları karşılaştırıldığında hasta grubunun %86,7'si çalışmıyor, %13,3ü çalışıyor, kontrol grubunun ise %46'sı çalışmıyor, %54'ü çalışıyordu. Bunun nedeni KBY grubunun haftada 3 gün 3-4 saat makinaya bağımlı olması nedeniyle bunu işverenlerin kabullenmemesi ve hastaların hastalıklarının yeti yitimine neden olması olabilir ya da KBY grubunun eğitim düzeyinin düşük olması nedeniyle iş bulma imkanlarının kısıtlı olması olabilir.

Gelir düzeyleri açısından yapılan karşılaştırmalarda KBY grubunun %56'sı düşük (aylık gelir 450 YTL'nin altında), %41,3'ü orta (aylık gelir 450-1000 YTL arası), %2,7 'si yüksek (aylık gelir 1000 YTL ve üstü); kontrol grubunun %28'i düşük, %62'si orta, %10'u yüksek gelir düzeyine sahipti. KBY ve kontrol gruplarının gelir düzeylerinin karşılaştırılmasında KBY grubunda gelir düzeyi anlamlı olarak düşük(450YTL ve altı) bulunmuştur ($p=0,005$). Bu durum düşük eğitim düzeyi ve çalışmıyor olma durumu ile açıklanabilir.

Eğitim düzeyi ile depresyon riski arasındaki ilişkinin incelenmesinde eğitimsiz kişilerin %66,7'sinde, ilkokul mezunu olanların %39,5'inde, ortaokul mezunlarının %50,0'ında, lise mezunlarının %7,7'sinde depresyon riski tespit edilirken üniversite mezunlarında depresyon riski saptanmadı. Eğitimsiz kişilerde depresyon riski istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek orandaydı ($p=0,028$). KBY grunda eğitim seviyesinin düşük olması hem işsizlik oranını artırarak, hem de hastanın hastalığa uyumunu ve hastalıkla baş etme mekanizmalarında yetersizliğe neden olarak depresyon riskini artırmaktadır.

Tüm bu sonuçlar literatürle uyumludur.

Wells ve arkadaşları (1989) ise depresyonu olan hastalarda kronik bedensel hastalığı olan hastalardan daha fazla sosyal ve bedensel yetiyitimi olduğunu bulmuşlardır (113).

Sağduyu ve Erten'in (1998), hemodiyalize giren böbrek hastalarıyla yürüttükleri çalışmada, depresyon tanısı konan hastaların ruhsal bozukluk tanısı konmayanlara göre yetiyitimi bulunma oranlarının ve düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (107,114).

Çalışmamızda KBY grubunda hafif, orta ve ağır yeti yitimi kontrol grubundan anlamlı yüksek bulunmuştur(p=0,0001). KYA ile değerlendirilen yeti yitiminin tüm alanlarında (basit bedensel etkinlikler ve çalışma isteği hariç) kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede kayıp vardı. Bu da bize KBY hastalarının hem kronik hastalığı nedeniyle hem de depresyon nedeniyle kayıplara uğradığını göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü ile yürütülen "Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Sorunlar" isimli çalışmanın Gölbaşı (Türkiye) ayağında, ruhsal bozuklukların özellikle de depresyonun sosyal yetiyitimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ruhsal bozukluğu olan hastalarda yetiyitimi, sadece kronik bedensel hastalığı olanlardan daha fazla bulunmaktadır. Kronik bedensel hastalık ve ruhsal hastalık birlikteliğinde ise yetiyitimi daha da artmaktadır. Depresyonu olanların %67.2'sinde yetiyitimi bulunmuştur (115).

Hastalık nedeniyle oluşan bedensel yetiyitimi, sosyal yetiyitimine de yol açar. Hemodiyaliz hastalarında kişilerarası ilişkilerin, günlük yaşantının ve evlilik ilişkisinin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (5,35,116-118).

Özellikle hemodiyaliz hastalarında daha belirgin olmak üzere tüm diyaliz hastalarında depresyon başta olmak üzere ruhsal sorunların sık görülmesi bedensel ve sosyal işlevselliği azaltmaktadır. Bu durumun yol açtığı kısır döngü ile ruhsal sorunlar ve yetiyitimi giderek artacaktır. Buna bağlı olarak tedaviye uyum bozulacaktır (56).

Depresyonu nedeniyle ızdırap içinde olan hasta, fiziksel hastalığının yol açtığı bedensel belirtilerini daha ağır yaşar. Bu durum tıbbi hastalığının gidişini daha da kötüleştirmekte, meslek, aile ve sosyal ilişkilerde yetersizliklere yol açmakta, yaşam kalitesini bozmaktadır. Hastanın tıbbi sağaltıma direnmesi ile iyileşmesi gecikir ve bunun sonucunda, sağaltım süresi uzar, yinelenen hastane yatışları ile sağlık giderleri yükselebilir (75).

Diyaliz hastalarında normal topluma oranla depresyon ve anksiyete daha çok görülmektedir (4,5,119-121).

Bunların gerek yatarak ya da ayakta tedavileri, gerekse aramızda yaşayan insanlardaki birlikte bulunma prevalansının belirlenmesi, birlikte bulduklarında hasta üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi hem klinik hem de akademik yönden gereklidir (121).

Kadınlarda erkeklere oranla daha fazla depresyon ve anksiyete görüldüğü bildirilmektedir (122).

Cinsiyet ile yeti yitimi, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucu anksiyetenin kadınlarda anlamlı yüksek görüldüğünü tespit ettik ($p=0,014$). Bu bulgu literatürle uyumluydu. Bunun nedeni kadınların stres etkenlerine daha duyarlı olması ve gelecek kaygısının daha fazla olması olabilir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, gerek klinik ve epidemiyolojik özellikleri, gerekse tedaviye yanıtları yönünden depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortak özelliklerini ortaya koymaktadır. Anksiyete ve depresyonun birlikte görülme oranı %9-40'tır. İki bozukluğun bir arada bulunması, hastalarda ortaya çıkabilecek güçlükleri daha da artırabilmektedir (123).

Bireyin hastalığa gösterdiği anksiyete ve depresyon gibi tepkiler, onun hastalıkla baş etme biçimini ve gücünü doğrudan etkilemektedir. Hastalar, hastaneye yatmanın stresi oluştuğunda ve daha fazla tehdit hissettiklerinde normal baş etme yeteneklerini kullanmakta güçlük çekmektedirler (124,125).

Depresyon ile örtüşen ve hemen hemen ona en yakın olan fizyolojik yapının anksiyete olduğu, genellikle depresyonun anksiyete ile ilişkilendirildiği bildirmiştir (126).

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalara ne zamandır diyalize girdikleri sorulmuş ve bu doğrultuda, bu süre arttıkça depresyon ve anksiyete düzeylerinin yükseldiği belirlenmiştir. Diyaliz süreleri ile BDÖ ve BAÖ puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu literatürdeki diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir (127-129).

Bizim çalışmamızda HD süresi ile yeti yitimi, anksiyete ve depresyon arasında istatistiksel farklılık görülmedi (sırayla $p=0,6$, $p=0,59$, $p=0,55$). Bu bulgu literatürle çelişmektedir. Hasta sayısının az olması bunda etken olabilir.

Çoğu araştırmacı ağır fiziksel ve psikososyal olumsuzluklar nedeniyle KBY hastalarında ruhsal bozuklukların yaygın olduğu görüşündedir. Örneğin, House (1987), bir yıl izlemek üzere çalışmaya aldığı 80 KBY hastasında DSM-III tanı ölçütlerine göre %30 oranında ruhsal bozukluk saptamıştır. Uyum bozukluğu %14 ile ilk sırayı alırken majör depresyon nöbeti (%12.5), agarofobili panik bozukluğu (%2) ve yaygın anksiyete bozukluğu (%1.5) ile bunu takip etmektedir (130).

Kimmel ve arkadaşları (1998a), bir yıl izledikleri hemodiyaliz hastalarının %10'unda en az bir ruhsal bozukluk bulunduğunu belirlemişlerdir. En sık konulan tanı depresyon tanısıdır (131).

Çeşitli organ ve sistemleri tutan tıbbi hastalıkların seyri sırasında gerek belirti gerek sendrom düzeyinde görülen en yaygın bozukluk depresyondur ve hastaların ancak yarıya yakınının tanınabildiği ileri sürülmektedir (132,133).

Çalışmamızda hastalarımızı ve kontrol grubunu psikiyatrik hastalık açısından özgeçmiş ve soygeçmişlerini sorguladık. KBY ve kontrol grubu arasında özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü, mevcut psikiyatrik hastalık durumu, ailede psikiyatrik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak farklılık saptamadık (sırayla $p=0,67$, $p=0,431$, $p=0,242$). Psikiyatrik öykülerinin sorgulanması sonucu KBY grubunda %93,3'ü özgeçmişlerinde herhangi bir psikiyatrik tanılarının olmadığını, KBY grubunun %94,7 si mevcut psikiyatrik bozukluk olmadığını, KBY grubunun %90,7'si ailelerinde psikiyatrik hastalık tanısı bulunmadığını ifade etti. Kontrol grubunda da benzer oranlar vardı; %96'sında herhangi bir psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü yoktu, %100 oranında mevcut psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu, %96 oranında ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmuyordu. KBY ve kontrol grubu bu yönüyle benzerdi.

Oysa ki çalışmamız sırasında HAD-A ve HAD-D ile yaptığımız taramalar sonucu KBY grubunun kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek anksiyete ve depresyon riski taşıdığına ortaya çıkması şaşırtıcıydı.

KBY grubunda 75 hastadan %35,7'si depresyon, %25,3'ü anksiyete riski taşımasına rağmen psikiyatrik hastalık tanısı konmuş olan sadece 4 kişiydi.

Bu durum bize önemli bir gerçeği göstermektedir. Bizim HAD-A ve HAD-D ile yaptığımız taramalar sonucu KBY grubunun kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek

anksiyete ve depresyon riski taşıdığı ortaya çıktığı halde ne hastalar tarafından, ne de gittikleri hekimler tarafından bu durum fark edilmemektedir. Bunun bedensel belirtilerin ön planda olduğu klinik görünüm nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Tıbbi durumlarla orantılı olmayan keder, hüzün hali, çevrenin de gözlediği ilgi ve istek azalması, tıbbi girişimlere kayıtsız yada isteksiz tutum, tıbbi durumun elverdiğinden daha az işlevsellik gibi belirtiler depresyon tanısını düşündürmelidir. Hastalığın oluşturduğu yeti yitimi, umutsuzluk, çaresizlik duygularını gözleyen hekim, hastasını ya depresif sendrom alanında ya da olağan tepkiler içinde bir hasta olarak değerlendirecektir. Görüşmelerde hasta için hastalığının anlam ve önemi, özkıyım düşünceleri, psikosozyal stres etmenlerinin araştırılması, gelişen durumun anlaşılmasına katkıda bulunur.

Bedensel hastalıklar; tuttuğu alanlar, etkilediği işlevlerle kişinin fiziksel ve ruhsal gücünü azaltarak bireyi uzun süre tehdit edebilir. Süreç boyunca hastalığın yol açtığı kayıp, hayal kırıklığı, gelecek endişesi, bağımsızlık ve yeterlilik kaybı korkuları ile baş başa kalabilir. Bağımlılık gereksiniminin artması sonucu fiziksel etkinlikten kaçınma, bazen öfke ve saldırganlık, özkıyım ortaya çıkabilir. Sürengenleştikçe bireyin yaşamının hemen her alanını etkiler, ortaya çıkardığı komplikasyonlar yoluyla ciddi başetme sorunları doğurur, umut ve beklentiler azalır. Sonuçta, sağaltım ve tıbbi ekibe uymama, uygun sağaltıma karşın altta yatan hastalık belirtilerinin düzelmemesi yani olumsuz yanıt, tıbbi hastalığın elverdiğinden daha düşük işlevsellik, azalmış yaşam kalitesi ile kötü seyir, hatta ölüm riskinin artışı gibi olumsuz sonuçlar gelişebilir (132). Depresyonda ortaya çıkan nörovegetatif bulguların ayırıcı tanıyı güçleştirdiği açıktır. "Sağaltım yan etkisi mi, depresyon belirtisi mi yoksa tıbbi hastalığın görünümü mü" gibi akla takılan soruların yanıtları araştırılmalıdır. Genel olarak depresyonlu tıbbi hastalarda bu belirtiler daha fazla sayıda ve daha şiddetli ortaya çıkar. Güçsüzlük, yorgunluk gibi yakınmalar diğer fizik belirtilerle ilişkilidir ve major depresyonun tersine günün ilerleyen saatlerinde kötüleşir. Hemen her gün ve gün boyu yaşanan belirtiler depresyon lehinedir. Bu tablonun 3 ay ve daha fazla sürmesi, kendiliğinden düzelme ya da plaseboya yanıt verme olasılığını ortadan kaldırır ve tedavi gerektirir.

Tıbbi hastalarda ortaya çıkan depresyonun klinik özellikleri, belirti dağılımı ve gidiş özellikleri genel psikiyatride görülen depresyondan farklılıklar gösterebilmektedir.

Bedensel bulgular fiziksel hastalıkla da ilişkili olabileceğinden depresyonun tanınmasında duygusal ve bilişsel bulgular daha önem kazanmaktadır. Tıbbi hastalarda gelişen depresyonun özellikleri olarak geç başlangıç, mental durum bakısında daha fazla "organik görünüm", düşük oranlarda depresyon ve alkolizm, aile öyküsü, daha az özkıyım düşünce ve davranışları bildirilmektedir (133).

Diyaliz hastalarında özkıyım davranışı, sadece genel nüfustan değil, diğer kronik hastalığı olanlardan da anlamlı ölçüde daha fazladır. Bunun nedeni, bu hastaların ölümlerinin kendi ellerinde olmasıdır. Fistüllerini kapatıp, kansız bırakabilirler ya da potasyum almayı sürdürüp diğer diyalizi geçiştirirler. Diyete uymama, diyalizi reddetme gibi uyum güçlükleri sıklıkla depresyona bağlı davranışlardır (27).

Depresyonun kayba bir tepki olduğu düşünülürse, güç, enerji, cinsel işlev, çalışma yeteneği, fiziksel özgürlük ve yaşam beklentisini yitiren bu hastalarda depresyon görülmesi şaşırtıcı değildir. Böbrek yetmezliği ve onun tedavisine bağlı, azalan iştah, ağız kuruması, konstipasyon, azalan cinsel istek ve yetersizlik depresyona eşlik eden belirtilerdir. Fiziksel durumun kötüleşmesi ile depresyon şiddeti arasında ilişki vardır. Psikososyal destek ve güvenceleri yetersiz olan hastalar daha büyük risk altındadırlar (27,28,134,135) .

Diyalize giren hasta grubunda görülen depresyonun klinik özellikleri üzerine yapılan araştırmalar, üremi belirtileri ile depresyona ait vejetatif belirtileri ayırt etmenin güç olabileceğini, bu nedenle depresyon tanısı konurken affektif ve bilişsel öğelere dikkat edilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Depresyonu olan hastaları olmayanlardan en iyi ayırt ettiren belirtiler çökkün duygulanım, ilgi kaybı, düşüncelerde yavaşlama ya da karışıklık, değersiz ya da suçlu hissetme, intihar düşünceleri, iştahsızlık ve kilo kaybıdır: halsizlik, uyku bozukluğu ve cinsel istek azalması belirtilerinin tanı değeri düşüktür (107,134,135).

Hemodiyaliz programındaki 426 hasta ile yapılan bir başka araştırmada, bilişsel işlevler üzerinde nörobiyolojik değişkenlerden çok, depresyon ve kişilik özelliklerinin etkili olduğu, bu nedenle de bellek ve dikkat bozukluğu bulunan hastaların ruhsal açıdan iyi değerlendirilmeleri gerektiği belirtilmiştir (135).

Kan basıncının yeterli düzeyde denetlenememesi, üremi derecesi, iki diyaliz uygulaması arası kilo alımı, tedavi uyumu, kalsiyum/fosfor metabolizması, eşlik eden

sistemik hastalıklar, böbrek hastalığının etiyojisi, hasta çalışmaya alındığı sırada hastalığının süresi, kansızlık, kaşıntı, kronik ağrı, ilaç yan etkileri, enfeksiyon, seçilen tedavi yöntemi, süresi ve tedavinin uygulandığı yer gibi çeşitli etkenlerin depresyon yaygınlığı ile ilgili bulguları yanılttığı düşünülmektedir (136).

Psikiyatrik morbidite yaygınlığını olduğundan farklı yansıtabilecek bir diğer etkenin de inkar olduğu düşünülmüştür. Özellikle diyalize uzun süredir devam etmekte olan hastaların psikiyatrik sorunlarını yok saydıklarını öne sürenler olmuştur (137).

Kimmel ve arkadaşları depresyon tanısı alan hastaların yarıya yakınının hiç tedavi almamış olmalarının KBY'de depresyon tanısı koymanın güçlüğüyle ve müdahaleye gerek olmaksızın zamanla hastaların yeni durumlarına uyum sağlayacakları varsayımıyla bağlantılı olabileceğini bildirmişlerdir (138).

Tıpkı diğer popülasyonlarda olduğu gibi kronik hastalarda da klinik depresyonun ortaya çıkışı çoklu etkenler arasındaki karmaşık ilişkilere bağlıdır. Bu etkenlere kişilik, baş etme düzenekleri, anlamlı sosyal desteğin bulunup bulunmaması ve genetik ya da biyolojik yatkınlık dahildir (139).

Yaşam süresi üzerinde depresyonun olası etkileri beslenmenin ve tedaviye uyumun bozulması, bağışıklık dizge değişiklikleri, kendine bakımda azalma, alkol ve madde kötüye kullanımı ve miyokard enfarktüsü gibi tıbbi ek hastalık riskinde artıştır (140-142).

Genel popülasyona kıyasla diyaliz hastalarında özkıyım sıklığının 100 ile 400 kat daha fazla olduğunu öngören araştırmacılar vardır (94).

Çoğu araştırmacı depresyon belirtilerinin daha yüksek mortalite hızıyla ve sık hastane yatışıyla ilişkili olduğunu saptamışlardır (143-145).

Depresyon yaşayan hasta birey kendi içine kapanarak kendisini sosyal çevresinden izole eder ve değersizlik hissi yaşayabilir. Bu durumda hasta hem fiziksel hem de ruhsal yönden beklenenden daha fazla etkilenebilir, iş performansında düşme, günlük yaşam

aktivitelerinde azalma ve sosyal izolasyon görülebilir. Sonuçta hastanın yaşam kalitesi de olumsuz etkilenebilir (146-148).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) bir araştırmasında temel sağlık alanında depresyonun en çok görülen fizyolojik hastalıklardan biri olduğu ve dünyada görülen bütün hastalıklar içerisinde %10.4'lük bölümü oluşturduğu bildirilmiştir. Depresyon ile ilgili kendini değerlendirme ölçekleri sağlık alanında bu hastalığın teşhisinde ve hastalık düzeyinin belirlenmesinde oldukça önemlidir (149).

Diyaliz hastalarında psikiyatrik bozukluğun prevalansı %0-100 arasındadır. Çalışmalar arasındaki bu değişkenlik bu popülasyondaki problemin gerçek derecesinin bilinmediğini göstermektedir. Son dönem böbrek hastalığı seyri boyunca mental hastalığın semptomları varsa ve kendiliğinden azalmıyorsa kesinlikle tedaviye ihtiyaç vardır. Türkiye'de hasta grubunda depresyon %32 iken, genel toplumda %17 bulunmuştur (150).

Bizim bulduğumuz depresyon prevalansı KBY grubunda %37,3 ile literatüre uygundu ve genel toplumdaki depresyon prevalansı Türkiye ortalamasının üstündeydi.

Kimmel tarafından yapılan bir araştırmada ABD'inde KBY'lerin %25i psikiyatrik bir nedenle hastaneye başvurmuştur. Periton diyalizi (PD) hastaları, HD hastalarına göre depresyon tanısı ile daha az hospitalize edilmiştir. Birinci yıldan sonra bu başvuruların daha fazla olması hastalık süresinin artışı ile ilgili bulunmuştur. Hastalar uzun süre takip edildiğinde zamanla bu depresif etkinin azaldığı görülmektedir. Depresyon hastaların tedaviye uyumunu kişiler arası dinamikleri şekillendirir. İntihara neden olabilir ve bu yolla sürveyi etkiler. Yüksek BDI skorları düşük albumin düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur (151).

Bizim çalışmamızda laboratuvar parametreleri ile yapılan değerlendirmelerde KBY grubunda KYA ile glikoz arasında pozitif yönde korelasyon ($r=0,319$, $p=0,005$), ve HAD-D ile glikoz arasında pozitif yönde korelasyon ($r=0,276$, $p=0,016$) bulundu.

Kreatinin ile KYA arasında negatif yönde korelasyon ($r=-0,379$, $p=0,001$) vardı.

Ca ile KYA arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($r=0,302$, $p=0,008$) saptandı.

Ferritin ile HAD-A arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki ($r=0,276$, $p=0,016$) söz konusudur.

Literatürde kadın hastalarda boşanma oranları erkeklere göre yüksek verilmektedir (152-155).

Bizim çalışmamızda medeni hal dağılımları incelendiğinde KBY grubunda; %77,3 evli, %9,3 bekar, %10,7 dul, %2,7 boşanmış olup, kontrol grubunda; %58 evli, %34 bekar, %8dul, %0 boşanmış idi. Her iki grupta da evli oranı en yüksekti. KBY grubunda boşanma oranı fazlaydı ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.005$). Boşananların %50'si kadın %50'si erkekti. Boşanma oranlarındaki bu yüksekliğin hastalığın yıkıcı etkileriyle ilişkili olabilir ancak bu konuda daha yoğun araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Medikal hastalığın bizatihi semptomları, kronik debilizan bir hastalığın varlığı ve tedavide kullanılan ilaçların tümü depresyona neden olabilir (151).

Araştırmamıza katılan HD tedavisi altındaki SDBY'likli hasta grubunda hastaların yaşları 17-77 arasında olup, yaş ortalamaları $51,05 \pm 15,87$ dir. Kontrol grubu yaşları 16-71 arasında olup, yaş ortalamaları $49,86 \pm 17,22$ dir.

Hasta grubunda %50,7 erkek, %49,3 kadın olup toplam 75 kişi; kontrol grubunda; %56 erkek, %44 kadın olmak üzere toplam 50 kişi çalışmaya katıldı.

Bu konuda yaş, medeni durum, etnisite, hayat kalitesi, depresyon derecesi ve medikal durumun seyri konusunda daha yoğun araştırma ve değerlendirme gereklidir.

Sağlık güvencelerine bakıldığında hasta grubunda %64 SSK, %14 emekli sandığı, %8 yeşil kart, %5,3 bağkur, %1,3 özel sigorta; kontrol grubunda ise %54 SSK, %24 emekli sandığı, %6 bağkur olup, her iki grupta SSK'lı oranı yüksekti.

Toplumun yaklaşık %6'sının anksiyete belirtilerinden yakınıyor olması nedeni ile, depresif duygudurumun varlığına rağmen temel olarak anksiyetenin egemen olduğu durumlarla, anksiyetenin bulunduğu fakat temel olarak depresyonun ön planda olduğu durumları ayırabilmek için gerekli ayırıcı tanı kriterleri önem kazanmaktadır (121).

Yurt dışındaki bir çalışmada bedensel hastalık nedeniyle yatarak tedavi görenlerin %23'ünde anksiyete bozukluğu bildirilmiştir (156).

Bizim çalışmamızda KBY grubunun %25,5'ü, kontrol grubunun ise %6,0'ı anksiyete riski taşıyordu. Anksiyete riski KBY grubunda kontrol grubundan anlamlı olarak yüksekti. Bu sonuç literatürle uyumluydu.

Anksiyete, benliğin kendini tehdit altında hissettiği gerginlik durumudur (157)

Hemodiyaliz hastalarının devamlı karşılaştığı streslerin onlarda sürekli bir anksiyete yarattığı bildirilmektedir (116).

Kronik hastalıkların bir çoğunda olduğu gibi, diyaliz hastalarında da kaygı en yaygın yakınmadır. Makineye bağımlılık, otonominin sınırlanması, fiziksel durum ile aile düzenlerindeki bozulmalar bu kaygıyı artırır. Hastalığın yaşantının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlevlerin bozulacağı korkusu, ekonomik yetersizlik bu kaygıyı daha da artırır. Katastrofik kaygı ve panik ile baş edebilme sürecinde kızgınlık ve inkar davranışları görülür. Duygularını ifade edebilen, yeni ilgi ve yaşam alanları yaratabilen hastalarda uyum daha kolaydır (27,28).

Arkonaç ve arkadaşları tarafından 60 kronik böbrek hastası üzerinde yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının oranı %25 olarak bildirilmiş ve habis bir hastalığı olanlardan oluşan kontrol grubuna göre anksiyete oranlarının anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur (158).

Diğer bir çalışmada ise diyalize giren böbrek hastalarının anksiyete düzeylerinin romatoid artritli hastalara göre daha yüksek olmasına karşın bunun anlamlı olmadığı bildirilmiştir (159).

Literatürde belirsizlik ile anksiyete arasındaki ilişkiden söz edilmektedir (160,161).

Anksiyete yaşayan bireyde belirsizlik bir tehlike olarak algılanabilir. Böylece, belirsizlik durumu anksiyeteyi, anksiyete düzeyinin yüksek olması da belirsizliği artırabilir (160).

Anksiyete yaşayan birey hastalığını olduğundan daha olumsuz algılayabildiği gibi, hastalığına ilişkin bilgileri öğrenmesi de engellenebilir. Böylece, hastalığın belirtileri daha şiddetli yaşanabilir (146).

Toplumda da anksiyete bozuklukları ve somatizasyon eğiliminin kadınlarda daha sık görüldüğü pek çok çalışmada gösterilmiştir (135,162- 164).

Çalışmamızda cinsiyet ile KYA, HAD-A, HAD-D arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucu toplam 37 kadının 14 (%37,8)'ünde anksiyete riski varken, toplam 38 erkeğin sadece 5 (%13,2)'inde anksiyete riski vardı. Kadınlarda anksiyete riski istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p=0,014$). Bu durum literatürle uyumlu idi. Kadınların anne, eş, ev kadını, iş kadını gibi pek çok rolü aynı anda üstlenmek zorunda kalmaları nedeniyle daha fazla strese maruz kalmaları bunda önemli bir etken olabilir.

Araştırmamız KBY grubunda yeti yitimi, anksiyete, depresyon gibi biyopsikososyal sorunların normal popülasyondan daha fazla yaşandığını göstermiştir. Tüm bu sorunlar birbirini etkileyerek problemleri artırır. KBY hastasını bir kısır döngü içine alır. Hastaların ve yakınlarının çoğunlukla gündeme bile getirmedeği ya da hastalık olarak görmediği bu sorunların, hekimler tarafından da gözden kaçırıldığını ya da ihmal edildiğini görmekteyiz.

Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların psikiyatrik değerlendirmeye alınması ve eğer gerekiyorsa psikiyatrik tedavi programlarının da başlatılması hem hastaların psikososyal adaptasyonlarını kolaylaştıracak hem de tedavinin başarısını artıracak ve hastane yatışlarını azaltıp tedavi maliyetini düşürecektir.

SONUÇLAR

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesindeki ayaktan tedavi gören HD programındaki SDBY’li KBY hastalarında depresyon, anksiyete ve yeti yitimini değerlendirerek bunların birbirleriyle ve çeşitli değişkenlerle ilişkilerini inceledik.

Kronik böbrek yetmezliğinin diyaliz tedavisine pek çok organik, ruhsal ve sosyal sorun eşlik etmektedir.

HAD ile yaptığımız tarama sonucu KBY grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek anksiyete ve depresyon riski tespit edildi. Ancak bu hastaların %5,3’ü psikiyatrik tanı almıştı. Hastaların gözden kaçmasında tıp eğitiminde psikiyatri eğitiminin yetersizliği, hasta sirkülasyonunun fazla olması, organik sebeplerin vurgulandığı tıp eğitimi gibi birçok sebep olabilir.

KBY grubunda eğitim seviyesi düşük bulundu. Eğitim seviyesinin düşük olması hastanın hastalığa uyumunu ve hastalığın yönetimini kötü etkilemektedir. Eğitimsiz kişilerde depresyon riski yüksek bulundu.

KBY grubunda KYA ile yaptığımız değerlendirme sonucunda yeti yitimi yüksekti. Ağır yeti yitimi olanlarda depresyon riski anlamlı olarak yüksek bulundu. Bu sonuç ruhsal bozuklukların önemli düzeylerde yetiyitimi ile bağlantılı olduğunu düşündürmektedir.

KBY grubunda işsizlik oranı yüksekti. Dializde geçirilen zamana ve kalan zamanda da fiziksel yakınmalara ve ruhsal sorunlara bağlı olarak iş verimi düşmektedir.

İşsizlik ve eğitim düzeyinin düşük olması nedeniyle KBY grubunda gelir düzeyi düşük bulundu.

Kadınlarda anksiyete riski daha yüksek bulundu.

Psikosomatik tıp anlayışına göre insan biyopsikososyal bir bütündür. Bu nedenle uygulanacak her türlü tedavide, insan fiziksel, psikolojik, sosyal yönden ele alınmalı ve bu üç alanın birbiriyle etkileşimi değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak diyaliz ünitelerindeki hastaların, yüksek orandaki ek psikiyatrik tanıları mutlaka değerlendirilmeli tedavi programları bu doğrultuda düzenlenmelidir. Hastaların hem dahili açıdan hem de psikiyatrik açıdan değerlendirilmesi gereksiz tetkiklerle araştırılmasını azaltmak, hastane yatış süresini azaltmak, psikiyatrik morbiditeyi azaltıp, hayat kalitesini artırmak, intihar oranlarını düşürmek açısından önemlidir.

Standardizasyon sağlamanın oldukça güç olduğu bu alanda yapılacak kontrollü araştırmalar çelişkili sonuçlara da ışık tutacaktır.

Bizim çalışmamızın kusurları tek bir diyaliz merkezinde, küçük bir grupta ve kısa sürede yapılmış olmasıdır. Bizim çalışmamızın sonuçları göstermektedir ki HD hastalarında psikiyatrik bozukluk ile yetiyitimi arasında birbirini artırıcı yönde bir ilişki vardır. Bu konuda daha yoğun ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz Hekimi El Kitabı, Türk Nefroloji Derneği Yayın Organı 2.Baskı Anadolu Yayıncılık. Kayseri 2001.
2. Teroka S, Toma H, Nihei H et al. Current status of renal replacment threapy in Japan. Am J Kidney Dis 1995; 25:151-64.
3. Owen WF Jr, Lew NL, Liu Y, Lowrie EG, Lazarus JM. The ürea reduction ratio and serum albumin concentrations as predictors of mortality in patient undergoing hemodialysis. N Engl J Med 1993; 329:1001-6.
4. Kaplan HI, Sadock BJ. Hemodialysis units. Ed: Kaplan HI, Sadock BJ.Synopsis of Psychiatry. V.Edication Williams and Wilkins. Baltimore 1988:426-7.
5. Levy BL. Psychology and rehabilitation. Ed: Daugirdas JT,Ing TS. Handbook of Dialysis. I. Edication Little Brown and Company. Boston/Toronto 1988:279-83.
6. Weyere S,Hever W,Pfeifer-Kurda et al. Psychiatric disorders and diabetes results from a community study. J Psychosom Res 1989;33(5):633-40.
- 7.Elbi H . Kanser ve psikiyatrik sorunlar: Tanı, sağaltım. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2 :122-8.
8. Druss BG, Marcus SC, Rosenheck RA ve ark. Understanding disability in mental and general medical conditions. Am J Psychiatry 2000;157:1485-91.

9. Dewa CS, Lin E. Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Soc Sci Med* 2000; 51:41-50.
10. Lieberman RP, KOpelowicz A, Smith TE et al. Psychiatric rehabilitation. Ed: Sadock BJ ve Sadock VA. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Lippincott. II. Education Williams and Williams. Philadelphia 2000:3219-20.
11. Lazarus JM, Brenner BM: Chronic renal failure. Ed: Fauci AC, Braunwald E, Issebacher KJ, Martin JB. *Harrison's principles of internal medicine*. McGraw Hill Inc 1998; 2:1513-9
12. May RC, Kelly RA, Mitch WE: Pathophysiology of üremia. Ed: Brenner BM, Rector FC. *The Kidney*. IV.Edition, W.B Saunders company. Philadephia 1991; 2:1997-2018
13. Boelaert JR, Cantinieaux BF, Hariga C, Fondu PG. Recombinant erythropoietin reverses polymorphonuclear granulocyte dysfunction in iron overload dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1990;5:504-7.
14. Erek E, Serdengeçti K, Süleymanlar G. Türkiye'de nefroloji diyaliz ve transplantasyon. Registry 2003. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, İstanbul, 2004.
15. Jacobson HR. Chronic renal failure; pathophysiology. *Lancet* 1991;338:419-23.
16. Vural A. Kronik böbrek yetmezliği ve tedavisi. Ed: Koçer İH, Erikçi S, Baykal Y. *İç Hastalıkları Günleri III*. GATA Basımevi. Ankara 2002:339-58.
17. Türkiye 2002 yılı Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıt Sistemi Raporu, *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, İstanbul, 2003.
18. *Türk Nefroloji Derneği, Merkezden Gelen Bilgiler* 2003.
19. T.C Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2004.
20. Akoğlu E, Süleymanlar G. Kronik Böbrek Yetersizliği, Temel İç Hastalıkları, Güneş Kitapevi, 1996:769-776.
21. Türkmen F. Hemodiyaliz Seminer El Kitabı. 1. Baskı Deniz Ofset Matbaacılık. İstanbul 2002:52-67.
22. Arık N. Nefroloji Kitabı. 1.Baskı Deniz Matbaacılık. İstanbul 2001.
23. Aydın Z. SAPD Hemşireler için El Kitabı. Eczası Başlı-Baxter. İstanbul 1998.
24. Akpolat T, Utaş C. Hemodiyaliz El Kitabı. Erciyes Üniversitesi Matbaası. Kayseri 1997: 108-22.

25. Zawada ET. İndications for dialysis. Ed: Daugirdas JT, Ing TS. Handbook for dialysis. Little Brown and Company. Boston 2003:3-9.
26. Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G. Nefroloji El Kitabı. 3. Basım, İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi,2002:328-9.
27. Özkan S. Kronik böbrek hastalığı ve diyalizde psikiyatrik morbidite. Psikiyatrik Tıp Konsültasyonu-Liyazon psikiyatrisi. İstanbul, Roche 1993.
28. Çevik A, İzmir M, Kuzugüdenlioğlu D ve arkadaşları. Psikosomatik bozukluklar. Ankara. Medikomat 1996.
29. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. Diyaliz El Kitabı. Bozfakıoğlu S (Çeviren). 3. Baskı, Güneş Kitapevi, Ankara, 2003.
30. Guyton A, Hall J. Textbook Medikal Physiology. Ed:Hayrunisa Ç. 10. Edition Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul 2001: 1220-42.
31. William L, Henrich MD. Principles And Practice Of Dialysis. 2. Edition Wolter Kluwer Company. Philodelpia, London, Tokyo, 1999:180 234.
32. Akoğlu E, Süleymanlar G. Kronik Böbrek Yetersizliği, Temel İç Hastalıkları. 1. baskı, İstanbul: Güneş Kitapevi, 1996:769-76.
33. Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. Campbell Urology, 8th Edn.
34. O'Donnell K, Chung JY. The diagnosis of major depression in end stage renal disease. Psychother Psychosom 1997;66:38.
35. Özcan E, Yılmaz H, Eryılmaz M ve arkadaşları. Hemodiyalize giren hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine destekleyici yaklaşımın ve moklobemidin etkisi:çift kör plasebo kontrollü bir çalışma.3P Dergisi 1995;3:168.
36. Öztürk MO, Ruh sağlığı ve bozuklukları. "Bölüm XVIII-Duygulanım bozuklukları". 5.baskı, Ankara: Hekimler yayın birliği, 1994: 223-60.
37. Dünya Sağlık Örgütü: ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması: Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları, Cenevre, 1992' den çeviren Öztürk O ve Uluğ B, Medikomat, Ankara, 1993.
38. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, 4. Baskı (DSM-IV), Washington D.C, 1994' ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.

39. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi 2000;1:5-11
40. Köroğlu E. Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. "Bölüm:12- Duygudurum bozuklukları". 1. baskı, Ankara: HYB Yayıncılık, 2004: 253-323.
41. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Washington DC, 2000' den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
42. Yüksel N. Depresyonda tanı ve ayırıcı tanı. Psikiyatri Dünyası 1998;1:13-20.
43. Akiskal Hagop S, Juan Jose Lopez-Ibor, Norma Sartorius. Bipolar Disorder. John Wiley&Sons Ltd. 2002:1-3.
44. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. "Bölüm V-Davranışın psikodinamik temelleri".5. Baskı,Ankara:Hekimler yayın birliği,1994:31-48.
45. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. "Bölüm XIX-Nevrotik,stresle ilgili ve somatoform bozukluklar". 5. Baskı, Ankara: Hekimler yayın birliği, 1994:261-92.
46. Köroğlu E. Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. "Bölüm:13- Anksiyete bozuklukları". 1. baskı, Ankara: HYB Yayıncılık, 2004:325-80.
47. Aslan S,Yüksel N. Anksiyete Bozukluklarında İlaç Tedavileri. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2006 ;2(12):68-80
48. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale (BPRS). Psychological Reports 1962;10:799-812.
49. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2006.
50. Aydemir Ö, Yağcı E, Gülseren L, Kültür S. Menopoz döneminde anksiyete ve depresyon. Hematoloji-Onkoloji 1999;10 (4):268-74.
51. Devrimci H, Köker S, Canat S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin (HAD) bir Ankara örnekleminde geçerlik ve güvenilirliği. 3P Dergisi 1997;5(3):197-201.
52. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8(4):280-7.
53. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2000.

54. Ceyhun B. Depresyonun psikolojik değerlendirmesi. Duygudurum Dizisi 2001; 4: 192-7.
55. Yazıcı K, Tot Ő, Yazıcı A, Erdem P ve arkadaşları. Bedensel hastalığı olan kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanınabiliyor mu?. Klinik Psikiyatri 2003; 6: 27-31
56. Erengin N, Keğecioğlu N, Güven M, Sarıkaya M ve arkadaşları. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların yetiyitimi, depresyon ve anksiyete yönünden karşılaştırılması. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 1998; 3:137-40.
57. Fukuhara S, Gren J, Albert J, Mihara H et al. Symptoms of depression, prescription of benzodiazepines and the risk of death in hemodialysis patients in Japan. Kidney International 2006;70:1866-72.
58. Őentürk A, Levent BA. Kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan tedavilerin psikiyatrik etkileri ve tedavisi. Arşiv 2000; 9(49): 49-65.
59. Gökçekan, Zafer. Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları için Yeni Bir Alan Olarak Hemodializ Üniteleri. H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi 1988;8:1-3.
60. Chang W, Hung K: Chronic fatigue in long-term periotenal dialysis patients. Am J Nephrol 2001; 21: 479-485.
61. Mallick NP, Jones E, Selwood N. The European (European Dialysis and Transplantation Association-European Renal Assosication) Registry. Am J Kidney Dis 1995; 25:176-87.
62. Parker TFI, Laird NM, Lowrie EG. Comprasion of the studygroups in the national cooperative dialysis study and a description of morbidity, mortality, and patient withdrawal. Kidney Int. 1983;23(13):S42-9.
63. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of Life in end stage renal disease patients. Am soc Nephrol 1995, 6: 1418-26.
64. Özyürek, P. Lomber Disk Ameliyatı Olmuş Erişkin Hastaların Genel Sağlık Statüsü Boyutlarının Ölçülmesi. Uzmanlık Tezi, İzmir:Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hemşireliği Bölümü;2000.
65. Neu S, Kyellstrand CM. Stopping Long Term Dialysis. N Eng J Med. 1986; 314:14-20.

66. Ören, BG, Söyük, S, Yürügen, B. Sürekli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Özbakıma İlişkin Tutumları ve Sosyo-Demografik Özellikleri ile Özbakım arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Çınar Dergisi 2000;6(3-4):64-6 .
67. Alarkom RD, Jenkins CS, Parker PE et al. Psychology of chronic haemodialysis:is it a behavioral cognitive continuum. Int Urol Nephrol 1988;20:327.
68. Wells KB, Golding JM, Burnam MA et al. Psychiatric disorder and limitations in physical functioning in a sample of the Los Angeles general population. Am J Psychiatry 1988;145:712-17.
69. Üçok GÖ. Bir sağlık ocağına başvuran hastalarda bedensel ve ruhsal hastalığın birlikte bulunuşu. Türk Psikiyatri Dergisi 1995;6(3):180-5.
70. Akyol, A. Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1993; 9:75-9.
71. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(1): 72-80.
72. Health for All Targets:The Health Policy for Europe. Updated edition-1991, World Health Organization, European Health for All Series, No.4, 1993.
73. Gagnon LM, Patent SB. Major depression and its association with long-term medical conditions. Can J Psychiatry 2002;1:25-32.
74. Özkan S. Genel tıpta depresyon. Hipokrat dergisi 2002;10:79-83.
75. Oğuzhanoğlu NK. Tıbbi Durumlar ve Depresyon Duygudurum dizisi 2001;3:116-25.
76. Guthrie E, Creed F. Seminars in Liasion Psychiatry, College Seminars Series, London:1996; The Royal College of Psychiatrists.
77. Arık, N ve Bilge, A. Hemşire Eğitim Kitapçıkları. 3. Baskı, İstanbul:Sanal Matbaacılık, 2002: 45-9.
78. Akıncı F. Hemodiyalize giren hastaların psikososyal sorunları ve hemşirelerin sorumlulukları. Hemşirelik Forumu 2000;3:1-5.
79. Duyan V. Sosyal grup çalışması uygulamasının ortopedi hastalarının kişisel ve sosyal uyum düzeylerine etkisi. Doktora Tezi. Ankara:Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;1997.

80. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM, Cole SA. Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17: 93-9.
81. Takaki J, Yano E. Possible gender differences in the relationships of self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. *Behav Med* 2006; 32: 5-11.
82. Baines LS, Zawada ET, Jindal RM. Psychosocial profiling: a holistic management tool for non-compliance. *Clin Transplant* 2005;19:38-44.
83. Kara B, Akbayrak N. Hemodiyaliz: hastalar baş etmeyi nasıl öğrenebilirler?. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2005;15:3-7.
84. Christensen AJ. Patient by treatment context interaction chronic disease: a conceptual framework for the study of patient adherence. *Psychosom Med* 2000; 62: 435-43.
85. Rosner F. Patient noncompliance: causes and solutions. *Mt Sinai J Med* 2006;73:553-9.
86. Cvengros JA, Christensen AJ, Lawton WJ. The role of perceived control and preference for control in adherence to a chronic medical regimen. *Ann Behav Med* 2004;27:155-61.
87. Hansen SK. Noncompliance. *Nephrol Nurs J* 2001;28:653- 5.
88. White RB. Adherence to the dialysis prescription: partnering with patients for improved outcomes. *Nephrol Nurs J* 2004;31:432-5.
89. Plough AL, Salem A. Social and contextual factors in the analyses of mortality in end-stage renal disease: implications for health policy. *Am J Public Health* 1982; 72:1293-5.
90. Burns DP. Coping with hemodialysis:a mid-range theory deduced from the roy adaptation model. Unpublished Doctoral Dissertation. Michigan:Wayne State University;1997.
91. Gökçakan Z. Türkiye’de Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları için Yeni Bir Alan Olarak Hemodiyaliz Üniteleri. *H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi* 1988; 8:1-3.
92. Baines LS, Zawada ET, Jindal RM. Psychosocial profiling: a holistic management tool for non-compliance. *Clin Transplant* 2005;19:38-44.

93. Burton HJ, Lindsay RM, Kline SA. Social support as a mediator of psychological dysfunctioning and a determinant of renal failure outcomes. *Clin Exp Dial Aph* 1983;7:371-89.
94. Abram HS, Moore GL, Westervelt FB. Suicidal behavior in chronic dialysis patients. *Am J Psychiatry* 1971;127:119-27.
95. Foster FG, McKegney FP. Small group dynamics and survival on chronic hemodialysis. *Int J Psychiatry Med* 1978;8:105-16.
96. Broadhead WE, Blazer DG, George LK et al. Depression, disability days and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990;264:2524-8.
97. Craig TJ, Van Natta PA. Disability and depressive symptoms in two communities. *Am J Psychiatry* 1983;140:598-601.
98. Dohrenwend BS, Dohrenwend BP, Link B et al. Social functioning of psychiatric patients in contrast with community cases in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1174-82.
99. Hecht H, Wittchen HU. The frequency of social dysfunction in a general population sample and in patients with mental disorders: a comparison using the Social Interview Schedule. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1988;23:17-29.
100. Hecht H, von Zersen D, Krieg C et al. Anxiety and depression: comorbidity, psychopathology and social functioning. *Compr Psychiatry* 1989;30:420-33.
101. Hecht H, von Zersen D, Wittchen HU et al. Anxiety and depression in a community sample: the influence of comorbidity on social functioning. *J Affective Disord* 1990;18:137-44.
102. Hurry J, Sturt E. Social performance in a population sample: relation to psychiatric symptoms. Ed: Wing JK, Bebbington P, Robbins LN. *What is a Cas'de*. 1. Education Grant Maintryre Ltd. Londra 1981:183-201.
103. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*. WHO 1980, Cenevre.

104. Verbrugge LM. Disability. *Rheum Dis Clinics North America* 1990;16:741-61.
105. Wiersma D, deJong A, Kraaijkamp HJM et al. GSDS-II: The Groningen Social Disabilities Schedule, 2. Version. University of Groningen, Department of Social Psychiatry, Groningen 1990.
106. Weyere S, Hever W, Pfeifer-Kurda et al. Psychiatric disorders and diabetes results from a community study. *J Psychosom Res* 1989;33(5):633-40.
107. Sağduyu A, Erten Y. Hemodiyalize giren böbrek hastalarında ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9:13-22.
108. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions :results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262:907-13.
109. Bargiel-Matusiewicz K. Psychological influence on the psychical state of hemodialysis patients. *Journal of Physiology and Pharmacology* 2006;57(4):33-8.
110. Short MJ, Wilson WP. Roles of denial in chronic hemodialysis. *Arch Gen Psychiatry* 1969;20:433-7.
111. Kimanel P. Depression in patients with chronic renal disease: what we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research* 2002;53:951-6.
112. Mollaoğlu M. Depression and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Dialysis Transplantation* 2004;33:544-9.
113. Wells KB, Stewart A, Hays RD et al. The functioning and well being of depressed patients:results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989;262:914-9.
114. Aydın İ, Uluşahin A. Depression, anxiety comorbidity and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients:applicability of GHQ-12. *Gen Hos Psychiatry* 2001;23:77-83.

115. Kaplan İ. Yarı Kırsal bir alanda sağlık ocağına başvuran hastalarda yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 1995;6:169-79.
116. Özatalay E. Kronik hemodiyaliz programındaki hastalarda anksiyete. Uzmanlık tezi. Erzurum:Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı;1990.
117. Keçecioglu N, Özcan E, Yılmaz H ve ark. Hemodiyaliz ve kronik ambulator periton diyalizi tedavisi gören hastalar ve bu hasta yakınlarının depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 1995;3:172-6.
118. Hemodiyaliz Hastalarının Psikososyal Sorunları Üzerine Bir Araştırma. T.C.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ Nakli ve Diyaliz Şubesi,Ankara,1995.
119. Suh MR, Jung HH, Kim SB, Park JS, Yang WS. Effects of regular exercise on anxiety, depression, and quality of life in maintenance hemodialysis patients. Renal Failure 2002;24:337-45.
120. Çelik HC, Acar T. Kronik Hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2007;12(1):23-7.
121. Kocabaşoğlu N, Doksat MK, Doğangün B. Anksiyete ve depresyonun çok yönlü ilişkisi. Yeni Symposium 2004;42:168-76.
122. Özer SK, Demir B, Tuğal Ö ve ark. Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendiriciler Arası Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12:185-94.
123. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Karagöz N, Oğuzhanoglu NK. Bir üniversite hastanesi yatan hastalarında psikiyatrik bozuklukların dağılımı. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Kitabı, Edirne, 2000, s.748
124. Kaçmaz N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve psikososyal bakım. V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi. İstanbul, 1998. Tam Metin Kitabı s.198-206.

125. Özcan A. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve geleceği. V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi. İstanbul,1998. Tam Metin Kitabı s.222.
126. Sloan DM, Marx BP, Bradley, MM et al. Examining the high- end specificity of the Beck Depression Inventory using an anxiety sample. *Cognitive Therapy and Research* 2002;26:719–27.
127. Özgür B ve ark. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2003;12:113- 6.
128. Demirel GG ve ark. Hemodializ Hastalarında Lokomotor Sistem Bulguları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2001;1: 47.
129. Taskapan H. Psychiatric disorders and large interdialytic weight gain in patients on chronic haemodialysis. *Nephrology* 2005;10(1):15.
130. House A. Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome. *J Psychosom Res* 1987;31:441-52.
131. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM ve ark. Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *Am J Med* 1998;105:214-21.
132. Özkan S, Bahadır G, Kırpınar İ ve ark. Genel tıpta depresyon. *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi* 1994, İstanbul, Pfizer A.Ş, s. 81-90.
133. Rouchell AM, Pounds R, Tierney JG. Depression. Ed: JR Rundell, MG Wise. *Textbook of Consultation- Liaison Psychiatry*. Inc. American Psychiatric Press,. Washington 1996:310-45.
134. Coşkunol H, Alper Y, Akarsu D ve arkadaşları. Diyaliz hastalarında görülen psikiyrik semptomlar. *Ege Tıp Dergisi* 1990;29:882.
135. Craven JL, Rodin GM, Johnson B et al. The diagnosis of majör depression in renal-dialysis patients. *Pschososm Med* 1987;49:482-92.
134. Yücel B, Yılmaz N, Özkan S. Hemodiyaliz hastalarının konsültasyon-liyezon psikiyatrisi kapsamında değerlendirilmesi (ön çalışması). Ed: Özkan S. *Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul 1995:339
135. Brickman AL, Yount SE, Blaney NT ve ark. Pathogenesis of cognitive complaints in patients on hemodialysis. *Gen Hosp Psychiatry* 1996;18:36-43.

136. Levenson JL, Glocheski S. Psychological factors affecting end-stage renal disease. *Psychosomatics* 1991;32:382-9.
137. Hong BA, Smith MD, Alan MR ve ark. Depressive symptomatology and treatment in patients with end-stage renal disease. *Psychol Med* 1987;17:185-90.
138. Kimmel PL, Weihs K, Peterson RA ve ark. Survival in hemodialysis patients: the role of depression. *J Am Soc Nephrol* 1993;4:12-27.
139. Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: correlates and outcomes. *Am J Kidney Dis* 2000;35(1):132-40.
140. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL ve ark. Psychosocial factors, behavioral compliance and survival in urban hemodialysis patients. *Kidney Int* 1998;54:245-54.
141. Stein M, Miller AH, Trestman RL. Depression, the immune system, and health and illness: findings in search of meaning. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48: 171-7.
142. Booth-Kewley S, Friedman HS. Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychol Bull* 1987;101:343-62.
143. Numan IM, Barklind KS, Lubin B. Correlates of depression in chronic dialysis patients: morbidity and mortality. *Res Nurs Health* 1981;4:295-7.
144. Burton HJ, Kline SA, Lindsay RM ve ark. The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosom Med* 1986;48:261-9.
145. Peterson RA, Kimmel PL, Sacks CR ve ark. Depression, perception of illness and mortality in patients with end-stage renal disease. *Int J Psychiatry Med* 1991;21:343-54.
146. Cimilli C. Kanserde anksiyete ve depresyon. *3P Dergisi* 1998; 6(3): 8-13.
147. Fawzy FI, Fawzy NW ve Pasnau RO. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:100-13.
148. Valente SM, Saunders JM, ve Cohen MZ. Evaluating depression among patients with cancer. *Cancer Practice* 1994;2: 65-71.
149. Endler NS, Endler NS, Macrodimitris SD, Kocovski NL. Depression: the complexity of self-report measures. *Journal of Applied Biobehavioral Research* 2000; 5: 26-46,
150. Soykan A, Boztaş H, Kutlay S, İnce E et al. Depression and its 6-month course in untreated hemodialysis patients: a preliminary prospective follow-up study in Turkey. *International Journal of Behavioral Medicine* 2004;11(4):243-6.

151. Kimmel PL. Depression in patients with chronic renal disease what we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research* 2002;53:951-6.
152. Grunebaum HU, Abernethy VD, Rofman ES, Weiss JL. The family planning attitudes, practices, and motivations of mental patients. *Am J Psychiatry* 1971;128:740-4.
153. Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv.* 1996;47:502-6.
154. Miller LJ. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1997;23:623-35.
155. Coverdale JH, Turbott SH, Roberts H. Family planning needs and STD risk behaviours of female psychiatric out-patients. *Br J Psychiatry* 1997;171:69-72.
156. Beausang P, Syed R. Screening for anxiety and depression in adult general medical inpatients in a Scottish District General Hospital. *Scott Med J* 1998; 43:177-80.
157. Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan diyabet. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*, İstanbul, 1993.
158. Arkonaç O, Sarı N, Erkoç Ş. Kronik böbrek yetmezliğinde mizaç ve anksiyete bozukluklarının görülme oranları. 26. Ulusal Psikiyatri ve Nöroloji Bilimler Kongresi. İzmir, 1990. Bilimsel Yayınlar Kitabı.
159. İnce E, Çifter İ. Uzun süreli hemodiyaliz hastaları ile romatoid artrit tanısı almış hastaların ruhsal bozukluklar açısından karşılaştırılması. *Kriz Dergisi* 1995;3:265.
160. Mishel M, Sorenson DS. Coping with uncertainty in gynecological cancer: a test of the mediating functions of mastery and coping. *Nurs Res* 1991;40:167-71.
161. Wong CA, Bramwell L. Uncertainty and anxiety after mastectomy for breast cancer. *Cancer Nurs* 1992;15:363-71.
162. Lopes AA, Bragg J, Young E, Goodkin D, Mapes D, Combe C et al. Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in USA and Europe. *Kidney Int* 2002; 62:199-207.
163. Vazquez I, Valderrabano F, Jofre R, Fort J, Lopez-Gomez JM, Moreno F et al. Psychosocial factors and quality of life in young hemodialysis patients with low comorbidity. *J Nephrol* 2003;16:886-94.

164. Alvarez-Ude F, Fernandez-Reyes MJ, Vasquez A, Mon C, Sanches R, Rebello P. Physical symptoms and emotional disorders in patient on a periodic hemodialysis program. *Nefrologia* 2001; 21:191-9.










EKLER

Ek 1: Etik kurul onayı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yerel Etik Kurulu

Toplantı Tarihi: 11/09/2007
Toplantı No: 20
Karar No:9/7

Sorumlu araştırmacılığını Dr. Füsün ERDENEN'in üstlendiği "Diyaliz Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Depresyon Komorbiditesi" başlıklı anket çalışmasının başvuru dosyası incelenmiş ve uygun bulunmuştur. Kararın sorumlu araştırmacıya bildirilmesine karar verilmiştir.

- 1.Op.Dr.Özgür YİĞİT (Başkan) 
2. Doç.Dr.Pınar YAMANTÜRK ÇELİK (Üye) 
3. Doç.Dr.H.Serpil BOZKURT (Üye) 
4. Dr.Muzaffer FİNCANCI (Üye) 
5. Dr.Güvenç GÜVENEN (Üye) 
- 6.Dr.Bilgin AKSOY (Üye) 
- 7.Doç.Dr.Emine Nur ÖZYUVACI (Üye) 
- 8.Ecz.Ebubekir YELMEN (Üye) 
- 9.Dr.Mecdi ERGÜNEY (Üye) 

Ek 2: Sosyodemografik Form:

HASTA ADI SOYADI:

DOĞUM TARİHİ VE YERİ:

CİNSİYETİ:0-ERKEK 1-KADIN

ADRESİ:

TELEFON:

SAĞLIK GÜVENCESİ:1-YOK 2-SSK 3-ES 4-BAĞKUR 5-ÖZEL SİGORTA 6-YEŞİL KART

TAKİP EDEN DOKTORU:0-YOK 1-VAR

HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİSİ:HASTALIĞININ ADI:
NİTELİĞİ:0-BİLMİYOR 1-BİLİYOR
AKİBETİ:0-BİLMİYOR 1-BİLİYOR

HASTALIĞININ SÜRESİ:

İLAÇ KULLANIMI:

BAŞKA TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ:

BEDENSEL HASTALIĞINI KABULLENME(İÇGÖRÜ) DÜZEYİ:1-VAR 2-KISMİ 3-YOK

DESTEK GÖRME DÜZEYİ:1-VAR 2-KISMİ 3-YOK

MEDENİ HALİ:1-EVLİ 2-BEKAR 3-DUL 4-BOŞANMIŞ 5-BİRLİKTE YAŞAMA

EĞİTİM DÜZEYİ:1-EĞİTİMSİZ 2-İLKOKUL 3-ORTAOKUL 4-LİSE 5-ÜNİVERSİTE

ÇALIŞMA DURUMU:1-ÇALIŞMIYOR 2-ÇALIŞIYOR

İŞİ:

GELİR DÜZEYİ:1-DÜŞÜK 2-ORTA 3-YÜKSEK

AİLE TİPİ:1-ÇEKİRDEK 2-GENİŞ 3-PARÇALANMIŞ 4-DİĞER

HASTANIN GEÇMİŞ PSİKİYATRİK ÖYKÜSÜ:1-YOK 2-NEVROZ 3-DUYGUDURUM BOZUKLUĞU 4-PSİKOZ 5-DİĞER

MEVCUT PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ:1-YOK 2-NEVROZ 3-DUYGUDURUM BOZUKLUĞU 4-PSİKOZ 5-DİĞER

AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ:1-YOK 2-BİRİNCİ DERECE YAKINLARINDA 3-İKİNCİ DERECE YAKINLARINDA 4-UZAK AKRABALARDA

YETİ YİTİMİ ÖLÇEĞİ:0-(0-4)YOK 1-(5-7)HAFİF 2-(8-12)ORTA 3-(13-ÜZERİ)AĞIR

HASTANE ANKSİYETE ALT ÖLÇEĞİ(10/11 KESME PUANI):0-RİSK YOK 1-RİSK ALTINDA
HASTANE DEPRESYON ALT ÖLÇEĞİ(7/8 KESME PUANI):0-RİSK YOK 1-RİSK ALTINDA

KISA PSİKİYATRİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ:0-(0-15)SENDROM YOK 1-(15-30)MİNÖR SENDROM
2-(30-ÜZERİ)MAJÖR SENDROM

TETKİKLER:

Ek 3: Kısa Yetiyitimi Anketi-KYA (Brief Disability Questionnaire-BDQ):

KISA YETİ YİTİMİ ANKETİ-KYA(BRIEF DISABILITY QUASTIONNAİRE-BDQ)

0=HİÇ, 1=BAZEN YADA HİÇ, 2=HER ZAMAN YA DA OLDUKÇA

1A-AĞIR EŞYALARI KALDIRMAK,KOŞMAK,SPOR YAPMAK GİBİ AĞIR BEDENSEL ETKİNLİKLER:	0	1	2
1B-MASA ÇEKMEK,FİLE ÇANTA TAŞIMAK GİBİ ORTA GÜÇLÜKTEKİ BEDENSEL ETKİNLİKLER:	0	1	2
1C-MERDİVEN,YOKUŞ ÇIKMA:	0	1	2
1D-EGİLMEK,DOĞRULMAK:	0	1	2
1E-UZUN MESAFE YÜRÜMEK(1-2Km.)	0	1	2
1F-YEMEK YEMEK,GİYİNMEK,BANYO YAPMAK TUVALETE GİTMEK:	0	1	2
2-HOBİLER GİBİ UĞRAŞLAR:	0	1	2
3-EVDEKİ İŞLER:	0	1	2
4-ÇALIŞMA İSTEĞİ:	0	1	2
5-EVDE,OKULDA,İŞTE VERİMLİLİK:	0	1	2
6-İLİŞKİLER:	0	1	2

ÖLÇEĞİN TOPLAM SKORU()