



T.C.

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIKER SENDROMLU HASTALARDA SOSYAL ANKSİYETE
BOZUKLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Pırıl SAĞLIKER ÖZKAYNAK

ANKARA / 2014



T.C.

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIKER SENDROMLU HASTALARDA SOSYAL ANKSİYETE
BOZUKLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Pırıl SAĞLIKER ÖZKAYNAK

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. A.Kürşat ÖZŞAHİN

Proje No: (KA14/38)

ANKARA / 2014

TEŞEKKÜR

Adana Başkent Üniversitesi Tıp Fakóltesi'ndeki eğitimim boyunca gerek akademik, gerekse gayri akademik konularda bana daima destek olan, adeta bir ağabey gibi yaklaşan, kıvrak zekası ve güçlü iletişim yeteneğiyle çevresindeki herkesi etkileyen, bu tezin oluşmasında bilgi birikimi ve toleranslarıyla bana destek olan Tez Hocam; Sayın Doç. Dr. Akatlı Kürşat ÖZŞAHİN'e,

Akademik kariyerini daima örnek aldığım, gurur duyduğum, bana ve aileme maddi manevi desteklerini asla ödeyemeyeceğim, Hocam Sevgili Babam Prof.Dr. Yahya SAĞLIKER'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ.....	IV
ŞEKİL LİSTESİ.....	V
KISALTMA LİSTESİ	VI
ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER	VIII
ABSTRACT and KEY WORDS	IX
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Kronik Böbrek Hastalığı.....	2
2.1.1. Salgına Dönüşen Bir Sorun	2
2.1.2. Kronik Böbrek Hastalığı Nedir?.....	2
2.1.3. KBH'nın Belirtileri Nelerdir?.....	2
2.1.4. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi	3
2.1.5. Kronik Böbrek Hastalığının Nedenleri.....	3
2.1.6. Kronik Böbrek Hastalığı Teşhisi	4
2.1.7. Teşhis Edilemeyen Kronik Böbrek Hastalığının Sonuçları Nelerdir?	4
2.1.8. Gelişen KBH Epidemisinin Maliyeti ve Toplumsal Sonuçları Nedir?	4
2.1.9. Kronik Böbrek Hastalığı ve Kardiyovasküler Hastalıkların Teşhisi, Önlenmesi ve Tedavi Edilmesi İçin Neler Yapılabilir?	5
2.1.9.1. Önleme ve Geciktirme.....	5
2.1.9.2. Tedavi	6
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	6
2.2.1. Tanım ve Evreleme.....	6
2.2.2. Laboratuvar ve Tetkik	8
2.2.3. Tedavi	9
2.3. Sağlıkler Sendromu.....	10
2.3.1. Tanım ve Genel Bilgiler	10
2.3.2. Sağlıkler Sendromunun Temelleri.....	11
2.3.3. Sağlıkler Sendromunun Tanı Kriterleri ve Evrelemesi	15
2.3.4. Sağlıkler Sendromu Görsel İpuçları	16
2.3.5. Sağlıkler Sendromu ile İlgili Çalışmalar	27
2.3.5.1. Sefalometrik Çalışma	27
2.3.5.2. Nörolojik Çalışma.....	28
2.3.5.3. Psikiyatrik Çalışma.....	29
2.3.5.4. Odyolojik Çalışma.....	30
2.3.5.5. Paratiroidektomi Etkisi.....	30
2.3.5.6. Genetik Çalışmalar	31
2.4. Kronik Hastalık ve Ruhsal Durum.....	31
2.4.1. Kronik Hastalık ve Depresyon	32
2.4.1.1. Depresif Bozuklukların Tanınması.....	33
2.4.2. Kronik Hastalık ve Anksiyete	36
2.4.2.1. Tanım.....	36
2.4.2.2. Tarihçe	36

2.4.2.3. Anksiyete Belirtileri	36
2.4.2.4. Anksiyete Tipleri	37
2.4.2.5. Anksiyete Bozuklukları (DSM IV-TR Sınıflandırılması)	37
2.4.2.5.1. Sosyal Fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)	38
2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyalizde Psikososyal Sorunlar.....	44
2.6. Çocuklarda Kronik Böbrek Yetmezliğinde Ruhsal Bozukluklar.....	46
3. GEREÇ ve YÖNTEM	48
3.1. Ölçekler.....	48
3.1.1. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği.....	48
3.1.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	49
3.1.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	49
3.2. İstatiksel Metod.....	49
4. BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	56
KAYNAKLAR	60
ÖZGEÇMİŞ	63

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Böbrek Hastalığı-Risk Faktörleri	7
Tablo 2. Kronik Böbrek Hastalığı-Evreleme	7
Tablo 3. Genel Toplumda Böbrek Hastalığı Prevalansı	7
Tablo 4. Böbrek Hastalığı Olanlarda Prevalans	7
Tablo 5. Böbrek Hastalığının Tanısal Sınıflandırımı.....	8
Tablo 6. Böbrek Hastalığı Evresine Göre Yaklaşım	8
Tablo 7. Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi ve Önlem	9
Tablo 8. Progresyon Sebepleri	10
Tablo 9. Sağlık Sendromu Tanı Kriterleri	16
Tablo 10. Sağlık Sendromu'nun Evreleri.....	16
Tablo 11. Sağlık Sendromlu Hastalarda Maloklüzyon Tipleri.....	28
Tablo 12. SS Hastalarında Yaygın Görülen Nörolojik Semptom ve Bulgular	28
Tablo 13. Sağlık Sendromu'ndaki Spesifik Nörolojik Komplikasyonların Bireysel Karakteristikleri	29
Tablo 14. Hastalığa Uyum Çabaları ve Tepkiler ile İlgili Değişkenler.....	34
Tablo 15. Depresyon Belirtileri.....	35
Tablo 16. Medeni Durum Dağılımları Tablosu	52
Tablo 17. Eğitim Durumları Tablosu	53
Tablo 18. Meslek Dağılımları Tablosu	53
Tablo 19. Özgeçmiş Değerlendirilmesi Tablosu	53
Tablo 20. Soygeçmiş Değerlendirmesi Tablosu	54
Tablo 21. Ölçek Sonuçları Tablosu	54
Tablo 22. Grup 1 ve Grup 2 Karşılaştırma Tablosu	55
Tablo 23. Grup 1 ve Grup 3 Karşılaştırma Tablosu	55
Tablo 24. Grup 2 ve Grup 3 Karşılaştırması Tablosu	55

ŞEKİL LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Sağlık Sendromu'nun Türkiye'de şimdiye kadar görüldüğü bölgeler (Kırmızı kareler, Sağlık Sendromu araştırması için Türkiye'de bizzat gidilen ve ziyaret edilen il ve ilçeleri göstermektedir.).....	11
Şekil 2. Kronik Böbrek Hastalığının son dönemlerinde (Evre IV-V) Sekonder Hiperparatiroidiye bağlı kafatasında görülen tuz ve biber görünümünü göstermektedir.	12
Şekil 3. Kronik Böbrek Hastalığının son dönemlerinde (Evre IV-V) kafatasında görülen tipik Sekonder Hiperparatiroidi değişikliklerini göstermektedir.....	12
Şekil 4. Kronik Böbrek Hastalığının son dönemlerinde (Evre IV-V) görülen Sekonder Hiperparatiroidideki ağır kemik değişikliklerini gösteren bir başka; tedavi öncesi ile sonrasını karşılaştıran resim.....	13
Şekil 5. Kronik Böbrek Hastalığının son dönemlerinde (Evre IV-V) görülen Sekonder Hiperparatiroidinin tipik başlangıç bulguları olan tibiyal subperiostal erozyonlar.....	13
Şekil 6. Kronik Böbrek Hastalığının son dönemlerinde (Evre IV-V) görülen Sekonder Hiperparatiroidinin, tipik ama ender görülen osteosklerozis bulguları. Vertebral kemiklerin üst ve alt bölümleri arasındaki tipik dansite farklılıkları-rugger jersey spine-atlet kazağı görünümü.....	13
Şekil 7. Kronik Böbrek Hastalığının son evrelerinin (Evre IV-V) ilk aşamalarında özellikle çocuklarda ve büyüme evrelerinde görülen osteoid çekirdeklerin genişlemesini göstermektedir.....	14
Şekil 8. Sağlık Sendromu'nun dünyada şimdiye kadar görüldüğü bölgeler.....	15
Şekil 9. Mersin'de tespit edilen bir Sağlık Sendromu (SS) hastasının, sendromdan önceki (A) ve sonraki (B) fotoğrafları.....	17
Şekil 10. Mersin'de tespit edilen başka bir Sağlık Sendromu (SS) hastasının, sendromdan önceki (A) ve sonraki (B) fotoğrafları.....	18
Şekil 11. Çorum'da tespit edilen bir Sağlık Sendromu (SS) hastasının, sendromdan önceki (A) ve sonraki (B) fotoğrafları.....	19
Şekil 12. Düzc'de tespit edilen bir Sağlık Sendromu (SS) hastasının, sendromdan önceki (A) ve sonraki (B) fotoğrafları.....	20
Şekil 13. Sağlık Sendromu'nda görülen ciddi boy kısıklığı. Hastanın (en solda), yanındaki, kendinden yaşça küçük 3 kardeşinden de kısa olduğuna dikkat ediniz.....	21
Şekil 14. Sağlık Sendromu'nda görülen; dişlerde düzensizlikle karakterize diş anomalileri.....	21
Şekil 15. Sağlık Sendromu'nda görülen; ağız içinde; özellikle ağız tavanında karşılaşılan patolojik olmayan yumuşak doku birikimleri.....	22
Şekil 16. Sağlık Sendromu'nda görülen parmak ucu değişiklikleri.....	22
Şekil 17. Sağlık Sendromu'nda görülen skapula değişiklikleri.....	23
Şekil 18. Sağlık Sendromu'nda görülen diz değişiklikleri (X bacak).....	23
Şekil 19. A-B. Sağlık Sendromu gelişen İzmirli bir kız çocuğunda görülen yüz ve üst ekstremité anomalileri (Kafanın üst kısmındaki düzensizliğe ve de kızın kartal kanadı gibi açılmış kollarına lütfen dikkatlice bakınız).	24
Şekil 20. Tipik bir Sağlık Sendromu hastasının, ön-arka kafa görünümü (Çin, Pekin).....	25
Şekil 21. Başka bir tipik Sağlık Sendromu hastasının, ön-arka yakın kafa görünümü (Çin, Pekin).....	25
Şekil 22. İleri derecede kemik değişiklikleri nedeni ile tekerlekli sandalyeye bağımlı yaşayan tipik bir Sağlık Sendromu hastası ve onun ciddi boy kısıklığı (Romanya, Bükreş, Bükreş Üniversitesi Hastanesi).....	26
Şekil 23. Meksika, Meksiko City Üniversitesi'nden tipik bir hastanın yan kafa görünümü ve olağan dışı maksiller protrüzyonu.....	26
Şekil 24. Çin-Pekin'de China-Japan Friendship hastanesinden tipik bir yan kafa görünümlü Sağlık Sendromu hastası.....	27

KISALTMA LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABY	: Akut Böbrek Yetmezliği
ACE	: Anjiotensin Converting Enzim
ALP	: Alkalen Fosfataz
APA	: American Psychological Association
ARB	: Anjiotensin Reseptör blokerleri
BAI	: Beck Anxiety Inventory
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDI	: Beck Depression Inventory
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
Ca	: Kalsiyum
DM	: Diyabetes Mellitus
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
FGFR3	: Fibroblast Büyüme Faktörü Reseptörü 3
FSH	: Folikül Stimülan Hormon
G6PD	: Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz
GFH	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Oranı
GH	: Büyüme Hormonu
Hb	: Hemoglobin
HD	: Hemodiyaliz
HT	: Hipertansiyon
HUS	: Hepatik Üremik Sendrom
ICD	: International Classification of Diseases
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık

LH	: Luteinizan Hormon
NSAID	: Non steroid antiinflamatuvar ilaçlar
P	: Fosfor
PKBH	: Polikistik Böbrek Hastalığı
PTH	: Parathormon
PTX	: Paratiroidektomi
RAS	: Renin Anjiotensin sistemi
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SCID	: Structure Clinical Interview
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SHPT	: Sekonder Hiperparatiroidizm
SLE	: Sistemik Lupus Eritematozis
SS	: Sağlıker Sendromu
TFT	: Tiroid Fonksiyon Testleri
TIN	: Tübülointerstisyel Nefrit
VUR	: Vezikoüretal Reflü
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

ÖZET

Sağlıker Sendromlu Hastalarda Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Değerlendirilmesi

Amaç: Kronik Böbrek Hastalığı (KBH), başta diyabet ve hipertansiyon olmak üzere etiyojisinde birçok faktörün rol oynadığı, çeşitli morbidite ve mortalitelere sebep olabilecek önemli kronik bir hastalıktır. Vakalar uygun tedavi edilmez ise, Sekonder Hiperparatiroidi (SHPT) gelişebilir. Son 15 yılda yapılan araştırmalar sonucu KBH ve SHPT olan hastaların bir kısmında boy kısalığı, kafa kemik deformiteleri ve bunlara ek olarak değişen, adeta çirkinleşen bir yüz görünümü oluştuğu tespit edilmiş ve bu durum Sağlıker Sendromu (SS) olarak adlandırılmıştır. SS hastalarında, pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi birtakım psikolojik problemler olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada SS'ü olan hastalarda ortaya çıkan bedensel değişikliklerin, hastaların ruhsal durumu üzerine etkilerini ve sosyal anksiyete bozukluğunun düzeyini ve bu hastaların ruhsal durumu üzerine etkili olabilecek faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma özel bir hasta grubu ile icra edildiği için Aile Hekimliği, Psikiyatri ve Nefroloji akademisyen grubu olarak hasta ev ziyaretleri ve poliklinik değerlendirmesi şeklinde gerçekleştirildi. 13 SS hastası evlerinde, 39 KBH hastası poliklinikte ve 39 sağlıklı birey poliklinikte değerlendirildi. Çalışmaya alınan bireylerin yaş, psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmişleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Tüm katılımcılarla yüz yüze görüşülerek Beck Depresyon, Beck Anksiyete ve Liebowitz Sosyal Kaygı ölçekleri uygulandı. Ölçek sonuçları gruplar arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan bireylerin % 80,2 si erkek, % 19,8 i kadındı. Yaş, psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmişleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. SS ve KBH gruplarında öğrenim durumu kontrol grubuna göre daha düşük, özkıyım düşüncesi kontrol grubuna göre yüksek bulundu. (Her biri için $p<0,05$). SS ve KBH hastalarında sosyal anksiyete varlığı Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğine göre tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda SS ve KBH hastalarında Sosyal anksiyete bozukluğu varlığını saptadık. KBH grubunda da Liebowitz skoru yüksek bulunsa da, SS grubunda Liebowitz skoru daha yüksek saptandı ($p=0,043$). Bu hastalarda psikolojik destek açısından neler yapılabileceğinin planlanması için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu eşsiz bireylere rutin psikolojik ve sosyal destek sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlıker Sendromu, Kronik Böbrek Hastalığı, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Liebowitz Ölçeği.

ABSTRACT

Evaluation of Social Anxiety Disorder In Patients With Sagliker Syndrome

Objective: Chronic Renal Disease (CRD) is caused by particularly diabetes (DM) and hypertension (HT). It can lead to a variety of problems regarding to morbidity and mortality. If not treated properly Seconder Hyperparathyroidism (SHPT) is going to be inevitable. This condition is a long duration that effects especially the bones of the body. Recent studies have shown that some patients with both CRD and SHPT have a spesific physical presentation with short stature, and severe face and cranial bone deformities, which was named ‘ The Sagliker Syndrome’ (SS) . It is found that patients with SS have some psychological problems as other chronic patients. And also it is known that problems with face and body appearance affect the psychology of the patients negatively. In our study, we planned to assess the social anxiety levels of SS patients for self esteem and the position in the general population.

Material and Method: In our study % 80.2 of patients were male, % 19.8 were female. There was no statistical difference regarding to age between groups. The study was completed by physicians of Family Medicine, Psychiatry and Nephrology departments, by home and outpatient clinical visits. 13 SS patients were visited at their homes. 39 CRD patients and 39 healthy cases in the control group were seen at the outpatient clinics. Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Liebowitz scales were used to evaluate the patients.

Results: The educational status of SS patients were significantly lower and thoughts of suicide were stronger. ($p < 0.05$) The presence of Social Anxiety Disorder was found in SS patients. CRD patients also manifested high Liebowitz score nevertheless it was still higher in SS group.

Conclusion: Social anxiety disorder was found in CRD and SS patients by Liebowitz scale. Social Anxiety levels were higher in SS group. These unique cases must be verified and treated.

Key Words: Sagliker Syndrome, Chronic Renal Disease, Social Anxiety Disorder, Liebowitz Scale.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) hastalarının çoğunda; hastalığın erken dönemlerinde doğru şekilde tedavi edilmez ise; Sekonder Hiperparatiroidizm (SHPT) gelişmekte ve takip eden dönemde -Renal rikets, çocuklarda büyüme noktası değişiklikleri, subperiostal değişiklikler, osteosklerozis, düzensiz paralel kemik değişiklikleri, yumuşak doku birikimleri (Brown Tümörü), tuz-biber kafatası gibi-birtakım iskelet değişiklikleri ortaya çıkmaktadır.

2000 yılında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji B.D.'de görev yapmakta olan Prof. Dr. Yahya Sağlıker ve arkadaşları; KBH ve SHPT olan hastaların bir kısmında meydana gelen; maksiller, mandibuler, dental ve nazal kemik değişiklikleri ve destrüksiyonlarının neden olduğu, bir çeşit; eşsiz, çirkinleşen yüz görünümünden oluşan ve o ana kadar hiç tanımlanmamış olan bu duruma; "SAĞLIKER SENDROMU" (Uglifying Human Face Appearance) adını vermiş ve Dünya Tıp Literatürüne kazandırmıştır.¹

Sağlıker sendromu ile ilgili yapılan ve sürmekte olan diğer çalışmalara ek olarak biz de SS lu hastalarda sosyal anksiyete durumunun olup olmadığını çalışmak ve tespit etmek istedik. Sosyal anksiyete durumu varlığında, bu hastaların destek alması amacıyla ilgilenen tüm klinisyenlerin farkındalık düzeyini arttırmayı ve psikiyatri kliniği desteğinin gündeme getirilmesi gerekliliğine dikkat çekmek istedik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Hastalığı

2.1.1. Salgına Dönüşen Bir Sorun

Kronik böbrek hastalığı (KBH) ve Kronik böbrek yetmezliği (KBY) giderek artan sıklığı, yol açtığı yüksek morbidite ve mortalite oranları, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemesi ve tedavilerinin çok yüksek maliyeti nedeniyle toplumsal yükü büyük olan bir hastalıktır. Günümüzde halk sağlığını ve sağlık bütçelerini tehdit eden bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar (KVH), hipertansiyon (HT), diyabet (DM) ve KBH vs) bulaşıcı hastalıkların yerini almıştır. Global halk sağlığı çabalarının parçası olarak sıklıkla gözden kaçan böbrek hastalıkları günümüzde önleme çabaları açısından kritik bir organ hastalığıdır. Daha da önemlisi böbrek hastalığı “hastalık çoğaltıcısı” olarak kabul edilebilir. Zaman içinde böbrek hastalığına ek olarak ortaya çıkabilecek pek çok semptom ve komplikasyonlar açısından düşünülecek olursa öneminin büyük olduğu görülecektir.

2.1.2. Kronik Böbrek Hastalığı Nedir?

KBH, böbreklerin hasara uğraması ve kanı toksik maddelerden temizleme, vücut sıvı dengesini sağlama, tansiyonu düzenleme ve hormon yapımı gibi normal işlevlerinin bozulduğu uzun süreli bir hastalıktır. Bu hastalığın teşhisi için üç aydan daha uzun süren idrar albumin atılımı artışı ve/veya böbrek fonksiyonunda önemli azalma (glomerüler filtrasyon hızı; (GFH) azalması) ile konulur. Bu hastalık hipertansiyon, anemi, kemik hastalığı ve KVH gibi komplikasyonlara yol açabilir.

2.1.3. KBH'nın Belirtileri Nelerdir?

KBH ileri aşamaya gelinceye kadar genellikle ciddi belirti vermeyebilir. Bununla birlikte aşağıdaki belirtilerden biri veya birkaçına sahip olan kişilerde kronik böbrek hastalığı / yetmezliği olabileceği akla gelmeli ve gerekli testler yapılmalıdır²⁻³.

- Halsizlik, çabuk yorulma ve enerji kaybı
- Konsantrasyon bozukluğu
- İştahsızlık
- Uyku bozuklukları

- Geceleri kas krampları
- Ayak ve bacakta şişlik olması
- Özellikle sabahları göz çevresinde şişlik olması
- Ciltte kuruluk ve kaşıntı
- Özellikle geceleri daha sık idrar çıkma.

Kronik böbrek hastalığı herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Bununla beraber aşağıdaki durumlardan birisine sahip olanlarda böbrek hastalığı ve yetmezliği gelişme olasılığı daha fazladır. Diğer bir deyişle bu durumlardan birisine sahip olanlarda böbrek hastalığı riski yüksektir;

- Diabetes mellitus
- Hipertansiyon
- Obezite
- Senilite
- Ailesinde diyabet, hipertansiyon ve böbrek hastalığı öyküsü
- Sigara içenler

2.1.4. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi

Dünyada 500 milyondan fazla insanda KBH vardır; genel olarak dünyada her 10 yetişkinin 1' inde değişik derecelerde kronik böbrek hastalığı olduğu hesaplanmıştır. Ülkemizde ise her 8-9 kişiden birisinde kronik böbrek hastalığı olduğu düşünülmektedir²⁻³.

2.1.5. Kronik Böbrek Hastalığının Nedenleri

Genel olarak KBH'nın en sık görülen nedenleri şeker hastalığı (diabetes mellitus), tansiyon yüksekliği (hipertansiyon), nefritler (glomerülo nefritler, intersitiel nefritler vs), ürolojik nedenler (idrara yolu taşları ve idrara yolu tıkanmaları) ve kistik böbrek hastalıklarıdır. En sık görülen nedenleri Diyabet ve Hipertansiyondur. Ülkemizde son dönem böbrek yetmezliğine (SDBY) yol açan hastalıklar arasında ilk üç neden diyabet, hipertansiyon ve glomerülo nefritler olup bunları ürolojik hastalıklar, kronik tubülointerstisyel hastalıklar ve pyelonefritler izlemektedir. Çocukluk yaş grubundaki hastalarda ise böbrek yetmezliğine götüren en önemli nedenler ise

vezikoureteral reflü (VUR), tekrarlayan üriner infeksiyonlar ve kronik glomerülonefritlerdir.

2.1.6. Kronik Böbrek Hastalığı Teşhisi

KBH genellikle son döneme kadar belirti vermediği için hastalığın belirlenmesi ancak yapılacak idrar ve kan testleri ile mümkün olur. Bu amaçla kanda kreatinin ölçümü GFH hesaplanması ve idrarda protein / albumin tayini ile teşhise ulaşılabilir. Ultrasonografik tetkik ile de böbreklerde yapısal anormallikler ortaya konulabilmektedir.

2.1.7. Teşhis Edilemeyen Kronik Böbrek Hastalığının Sonuçları Nelerdir?

Birinci sonuç ilerleyici böbrek fonksiyon kaybına bağlı olarak böbrek yetmezliği oluşması ve diyaliz ve/veya transplantasyon ihtiyacının doğmasıdır. İkincisi ise KVH'a bağlı erken ölümdür. Sağlıklı görünen ancak KBH bulunan bireylerde KVH' dan erken ölüm riski KBY olsun veya olmasın 10 kat daha artmaktadır. KBH her yıl 12 milyondan fazla bireyde KVH' a bağlı morbiditeye neden olmaktadır²⁻³. Bu sayı Tip 2 DM un global epidemisine bağlı olarak hızla artmaktadır.

2.1.8. Gelişen KBH Epidemisinin Maliyeti ve Toplumsal Sonuçları Nedir?

KBH ve SDBY maliyetleri giderek artmaktadır. Dünyada 1.5 milyon üzerinde diyaliz (hemodiyaliz ve periton diyalizi) gören veya böbrek transplantasyonu yapılmış insan yaşamaktadır. Bu sayının gelecek 10 yılda ikiye katlanması tahmin edilmektedir. Gelecek 10 yılda diyaliz ve transplantasyonun dünyadaki toplam maliyetinin 1 trilyon USD'ı geçeceği sanılmaktadır. Bu ekonomik yük gelişmiş ülkelerde sağlık bütçelerini zorlayacaktır. Daha düşük gelir düzeyi olan ülkelerde ise altından kalkılması mümkün olmayan bir ekonomik yük ortaya çıkacaktır. Ülkemizde ise 2005 yılında diyalize giren kronik böbrek yetmezliği hastaları için bütçeden yaklaşık 1 milyar USD harcandığı hesaplanmıştır²⁻³. Gelişmiş ülkelerde Renal Replasman Tedavisi (RRT) gören hastaların %80 inden fazlası hayata devam edebilmekte iken gelişmekte olan ülkelerde RRT ihtiyacına en minimal bir şekilde dahi güçlkle cevap verilebilmektedir. Örneğin Hindistan ve Pakistan gibi ülkelerde RRT ihtiyacı olan hastaların ancak %10 nu bu tedavileri almaktadır. Birçok Afrika ülkesinde RRT' ne ulaşma olanağı ya yok ya da

çok azdır. Yani bu ülkelerde SDBY olan insanların çoğu hayatlarını kaybetmektedirler. Rahatlatıcı olarak ülkemizde son döneme ulaşmış bütün hastalara diyaliz tedavisi imkanı sunulabilmektedir.

2.1.9. Kronik Böbrek Hastalığı ve Kardiyovasküler Hastalıkların Teşhisi, Önlenmesi ve Tedavi Edilmesi İçin Neler Yapılabilir?

Teşhis; Günümüzde KBH'nın erken dönemde teşhisini mümkün kılacak serum kreatinin ölçümü, GFH hesaplanması ve idrarda albumin ölçümü için basit testler vardır. Gelişmekte olan ülkelerde KBH'nın erken dönemindeki hastaların çoğunda tanı konulamamaktadır. Böbrek bozukluğunun erken teşhisi çok önemli olup böbrek hasarının komplikasyonlara yol açmasından önce uygun tedavisini mümkün kılar^{4,5}.

2.1.9.1. Önleme ve Geciktirme

Böbrek hastalığı açısından yüksek riskli olduğu düşünülen bireylerde taramaların yüksek önceliği vardır. Yüksek risk grubundaki bireyler;

- DM hastaları
- Hipertansiyon hastaları
- Obez hasta grubu
- Sigara içenler
- 50 yaşın üzerindeki bireyler
- DM, HT ve böbrek hastalığına ilişkin aile öyküsü olanlar
- Diğer böbrek hastalığı bulunan bireyler

Güncel böbrek koruyucu tedaviler böbrek yetmezliğinin erken evrelerini de içine alacak şekilde uygulanmalıdır. Böbrek ve kalp-damar hastalığını önleyen anahtar koruyucu önlemler tanımlanmış ve başarılı olduğu kanıtlanmıştır⁵.

Şöyle ki;

• Proteinüri ve düşük GFH olanlarda ACE inhibitörleri / anjiotensin reseptör blokerleri (ARB) lerin kullanılması

• Yüksek kan basıncının azaltılması-kan basıncı ne kadar düşük olursa böbrek fonksiyonlarının korunması o oranda daha fazla olur

- Glukoz, kan lipidleri ve aneminin kontrol edilmesi
- Sigaranın bırakılması

- Fiziksel aktivitesinin arttırılması
- Obezlerde vücut ağırlığı kontrolü

2.1.9.2. Tedavi

Son 10 yılda yapılan klinik araştırmalar ACE inhibitörleri /ARB lerin kullanılması ile Renin anjiotensin aldesteron sisteminin bloke edilmesinin KVH, diabet, hipertansiyon ve KBH na bağlı hastalık yükünü anlamlı düzeyde azalttığını göstermiştir. Bu ilaçların maliyetleri ise nispeten düşüktür. ACE inhibitörleri /ARB ler böbrek hastalığının ilerlemesini önlemekte veya yavaşlatmakta ve albüminüriyi azaltmaktadır. Böbrek hastalığının erken teşhisi ve önlenmesinin teşvik edilmesi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından önerilen hedeflerin başarılması için önemli ilk adım olacaktır; bu girişimlerle dünyada kronik hastalıklara bağlı ölümlerin (gelecek 10 yılda beklenen 36 milyon önlenebilir ölümden) %2 oranında azaltılması mümkün olacaktır.

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği

2.2.1. Tanım ve Evreleme

KBY dünyada ve ülkemizde epidemi halini almış önemli bir halk sağlığı sorunudur. KBY, çeşitli hastalıklara bağlı olarak gelişen kronik, progresif ve irreversible nefron kaybı ile karakterize olan bir nefrolojik sendromdur. KBY, temelde yatan böbrek hastalığının etyolojisi ne olursa olsun en az 3 ay süren objektif böbrek hasarı ve/veya GFH'nın $60 \text{ ml/dk/1,73 m}^2$ nin altına inmesi durumu olarak tanımlanmaktadır^{3,4,6}.

KBY saptanması GFR, proteinüri, idrar sedimenti, görüntüleme yöntemleri ve böbrek biyopsisi ile mümkündür. Hastanın kliniğinde ödem, hipertansiyon, anemi, nörolojik bulgular (İleri evrede veya akut böbrek yetmezliğinde (ABY) üremik ensefalopati, üremik nöropati), renal osteodistrofi, noktüri, hematüri görülebilir. KBH olan tüm bireylerde yılda bir glomerüler filtrasyon oranı (GFR) saptanmalıdır.

- GFR Cockcroft-Gault formülü ile hesaplanır.

$$C_{cr}(\text{ml/dk}) = (140 - \text{Yaş}) \times \text{Ağırlık} / 72 \times Cr \text{ (Kadınlarda } \times 0.85)$$

- Özel durumlarda daha sık ölçümler gerekir

$$GFR < 60 \text{ mL/dk/1.73 m}^2$$

$$\text{Hızlı GFR azalması } (>4 \text{ mL/dk})$$

Hızlı progresyon için risk faktörleri
Progresyonu azaltıcı tedavi uygulanması

Tablo 1. Böbrek Hastalığı-Risk Faktörleri

Klinik Diabet Hipertansiyon Otoimmün hastalıklar Sistemik infeksiyonlar Üriner infeksiyon/Taş hastalığı Alt üriner trakt obstrüksiyonu Malignite KBY aile öyküsü Geçirilmiş ABY İlaçlar Azalmış renal kitle Düşük doğum ağırlığı	Sosyodemografik İleri yaş (>60) İrk Kimyasal/çevresel maruziyet Düşük gelir/eğitim
--	--

Tablo 2. Kronik Böbrek Hastalığı-Evreleme

Evre	Tanım	GFR (mL/dk/1.73 m)
	Artmış risk	≥90
1	Böbrek hasarı (Normal veya artmış GFR ile birlikte)	≥90
2	Hafif GFR azalması	60-89
3	Orta düzeyde GFR azalması	30-59
4	Ağır GFR azalması	15-29
5	Böbrek yetmezliği	<15 (veya diyaliz)

Tablo 3. Genel Toplumda Böbrek Hastalığı Prevalansı

Evre	Prevalans (%)
1	3.3
2	3
3	4.3
4	0.2
5	0.1

Tablo 4. Böbrek Hastalığı Olanlarda Prevalans

Evre	GFR	Prevalans (%)
1	≥90	64.3
2	60-89	31.2
3	30-59	4.3
4	15-29	0.2
5	<15	0.2

Tablo 5. Böbrek Hastalığının Tanısal Sınıflandırımı

Patoloji	Etyoloji
Diabetik glomerüloskleroz	DM
Glomerüler (Proliferatif-noninflamatuvar-herediter)	Sistemik Lupus Eritematozis(SLE), Vaskülit, Viral infeksiyon, Solid tümör, Alport S.
Vasküler (Büyük-Orta-Küçük damarlar)	Renal arter stenozu Hipertansiyon, Hepatik Üremik sendrom (HUS)
Tübülointerstisyel (TIN, Noninflamatuvar)	İnfeksiyon, Taş, NSAID, VUR, Malignite, Multipl myelom
Kistik (PKBH; Tüberoz skleroz; Medüller kistik)	Otozomal dominant/resesif
Transplant böbrekte nefropati (Kronik rejeksiyon; Nüks; İlaç; CAN)	CsA; Tacrolimus Glomerüler hastalıklar

Tablo 6. Böbrek Hastalığı Evresine Göre Yaklaşım

Evre	GFR (mL/dk/1.73 m ²)	Yaklaşım
	≥90	Tarama/Risk azaltımı
1	≥90	Tanı/Progresyonu yavaşlatma KVH risk azaltımı
2	60-89	Progresyonu saptama
3	30-59	Komplikasyonların saptanması/tedavisi
4	15-29	RRT'ye hazırlık
5	<15 (veya diyaliz)	RRT (Üremi mevcutsa)

Artmış risk açısından tüm hastaların kan basıncı ölçümü, serum kreatinin, spot idrarda protein/kreatinin yada albumin/ kreatinin saptanması, idrar sedimenti (eritrosit, lökosit) ile değerlendirilmesi, özel hasta gruplarında ise ultrasonografi (Obstrüksiyon, infeksiyon, taş, kistik hastalık), serum elektrolitleri (sodyum, potasyum, klor, bikarbonat), Üriner konsantrasyon (İdrar dansitesi/osmolalitesi), Üriner asidifikasyon (pH) şeklinde değerlendirilmesi uygundur.

KBY değerlendirilmesi: Tanı (Böbrek hastalığının tipi), komorbid durumlar, böbrek fonksiyon bozukluğunun şiddeti, komplikasyonlar (fonksiyon bozukluğu ile ilişkili), ilerleyici fonksiyon kaybı riski, KVH riski açısından olmalıdır.

2.2.2. Laboratuvar ve Tetkik

- Serum kreatinin (GFR saptanması için)
- Mikroalbuminüri (Renal hasarın erken saptanması)

- Spot idrarda protein/kreatinin ya da albümin/kreatinin oranı
- İdrar sedimenti
- Renal ultrasonografi
- Serum elektrolitleri

2.2.3. Tedavi

- Tanıya spesifik tedavi
- Komorbid durumların tedavisi
- Progresyonu azaltmaya yönelik tedavi
- KVH tedavisi
- Azalmış böbrek fonksiyonuna bağlı komplikasyonların tedavisi
- RRT'e hazırlık
- Diyaliz ve transplantasyon
- Non nocere- Ek hasardan kaçınma: ilaç doz azaltılması, radyokontrast madde kullanımını kısıtlanması

Tablo 7. Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi ve Önlem

Hastalık	Önlem
Aile öyküsü	Tarama
Hiperglisemi (Diabetik hastada)	Sıkı glisemik kontrol
Hipertansiyon	Antihipertansif tedavi
Fiziksel inaktivite	Egzersiz
Artmış RAS aktivitesi	ACEi/ARA/Aldosteron antagonistleri?
Sigara içme	Sigaranın bırakılması
Trombojenik faktörler	Antiagreganlar
Total/LDL-kolesterol	Diyet/ilâç
Trigliserid	Diyet/İlaç
Menapoz	Östrojen replasmanı?

Renal hasarın progresyonu: Kronik böbrek hastalığı doğal olarak progresyon gösterir. Oran hayvan deneylerinde % 100, insanlarda % 87'dir. 3. Dekatta 120 mL/dk/1.73 m² civarında olan GFR ortalamaları, 70 yaşında 70 mL/dk/1.73 m² gibi bir ortalama değere ulaşmaktadır^{2,4}. Tüm etyolojik sebeplere bağlı kronik renal hastalıkta ortalama GFR azalması 1 mL/dk/yıl'dır⁶.

Tablo 8. Progresyon Sebepleri

A) Renal maladaptasyona bağlı
Hipertansiyon
Glomerüler kapiller hipertansiyon
Glomerüler hipertrofi
Proteinüri
Diyet protein, fosfat, tuz fazlalığı
Dislipidemi
Trombojenik faktörler
B) Progressif renal fibrozise bağlı
Angiotensin II; TGF-beta, Osteopontin, FGF, PDGF

Progresyona yönelik önlemlerden sıkı kan şekeri kontrolü, sıkı kan basıncı kontrolü, ACEi/ARA kullanımı, etkinliği kesin kanıtlanmış olanlardır. Diyet protein kısıtlaması, Lipid düşürücü tedavi, Aneminin kısmi düzeltilmesi de etkinliği kesin olmayan önlemlerdir. Böbrek hastalığına yaklaşım açısından: tarama ve risk azaltımı için tüm hekimler sorumluluk altındadır.

2.3. Sağlıkler Sendromu

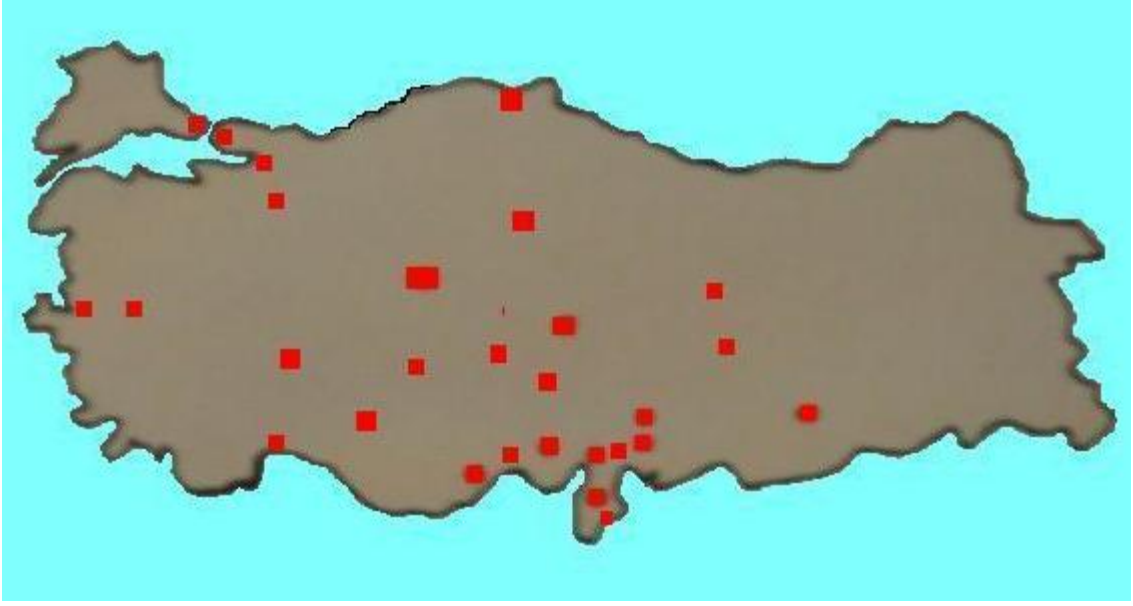
2.3.1. Tanım ve Genel Bilgiler

Sağlıkler Sendromu, KBH ve sonrasında gelişen SHPT'nin, ileri derecede ağır ve geç dönem sonuçlarından meydana gelmektedir. Neredeyse her KBH hastasında; hastalığın erken dönemlerinde doğru şekilde tedavi edilmez ise; SHPT gelişmekte ve takip eden dönemde -Renal rikets, çocuklarda büyüme noktası değişiklikleri, subperiostal değişiklikler, osteosklerozis, düzensiz paralel kemik değişiklikleri, yumuşak doku birikimleri (Brown Tümörü), tuz-biber kafatası gibi- birtakım iskelet değişiklikleri gelişmektedir.

Daha ziyade; gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde ekonomik problemler nedeni ile; etkin tedavi modalitelerinin uygulanmaması sonucu görülür.

Görülme sıklığı, KBH ve SHPT tanıları bulunup hemodiyalize giren hastalarda % 0.5 civarındadır. Bu sayı, sendromun ortaya konduğu zamanda ülkemizde yaklaşık 8000 hemodiyaliz hastası olması ve aynı anda sendromun özelliklerini taşıyan 38 hasta saptanmasından türetilmiştir ⁷.

8000 → 38 % 0.5



Şekil 1. Sağlıker Sendromu'nun Türkiye'de Şimdiye kadar görüldüğü bölgeler (Kırmızı kareler, Sağlıker Sendromu araştırması için Türkiye'de bizzat gidilen ve ziyaret edilen il ve ilçeleri göstermektedir.)⁷

Elbette tanı için hekimin de Sağlıker sendromu hakkında fikir sahibi olması gerektiğinden tespit edilmemiŐ vakalar olabilir, bu nedenle % 0.5 olarak belirtilen görülme sıklığının aslında daha yüksek olması olasıdır.

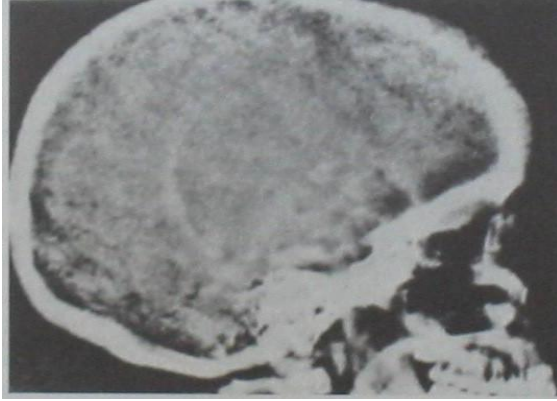
2.3.2. Sağlıker Sendromunun Temelleri

KBH ve SHPT'li hastalarda, iskelet sisteminin neredeyse her parçasındaki çoklu değişiklikleri gösteren, eski tarihli birçok rapor ve resim mevcuttu, ancak bu konular; özellikle de bu hastalardaki kafatası değişiklikleri 1970'lerin ortalarından itibaren, klinik nefroloji kitaplarında geniŐ olarak ihmal edilmiş, önemsenmemiŐ ve unutulmuŐtur.

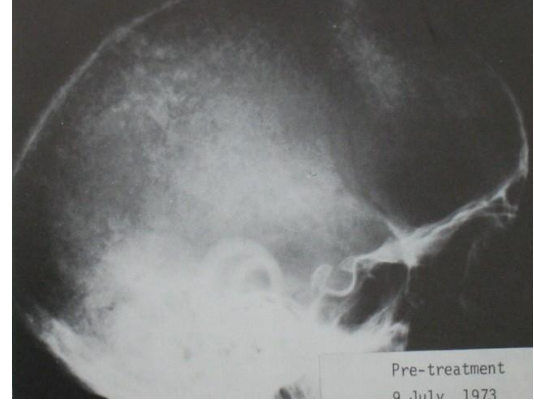
2000 yılında, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji B.D.'de görev yapmakta olan Prof. Dr. Yahya Sağlıker ve arkadaşları; arka arkaya gelen 2 ilginç vaka ile karşılaşma sonrası bu konu üzerine çalıŐıp, KBH ve SHPT olan hastaların bir kısmında meydana gelen; maksiller, mandibuler, dental ve nazal kemik değişiklikleri ve destrksiyonlarının neden olduğu, bu çeşit; tuhaf ve eşsiz, çirkinleşen yüz görünümünden oluşan; İngilizce tabiri ile "uglifying human face appearance" olarak da bilinen Sağlıker Sendromu'nu (SS) Dünya Bilimi'ne kazandırmıştır.

Bu sendromda başlıca şu iskelet değişiklikleri meydana gelmektedir:

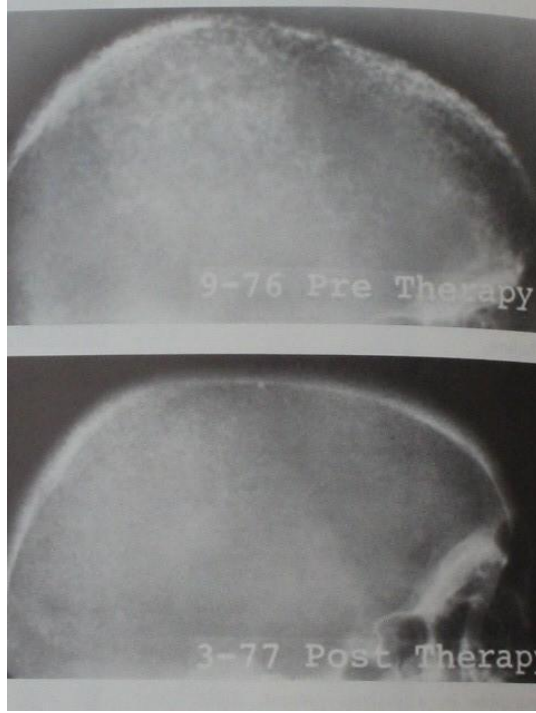
- Renal rikets
- Çocuklarda büyüme noktası değişiklikleri
- Subperiostal değişiklikler
- Osteosklerozis
- Kolsuz kıyafetler giyildiğinde farkedilebilir düzensiz paralel kemik değişiklikleri
- Yumuşak doku birikimleri (Brown Tümörü)
- Tuz-biber kafatası vs



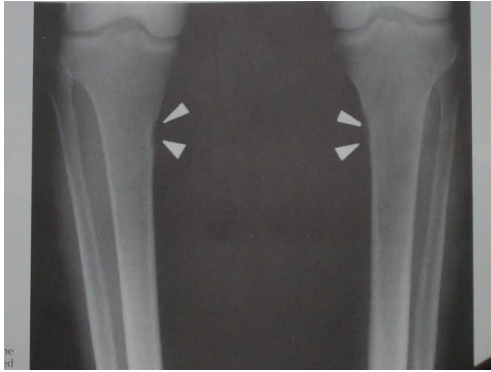
Şekil 2. Kronik Böbrek Hastalığının son dönemlerinde (Evre IV-V) Sekonder Hiperparatiroidiye bağlı kafatasında görülen tuz ve biber görünümünü göstermektedir⁸.



Şekil 3. Kronik Böbrek Hastalığının son dönemlerinde (Evre IV-V) kafatasında görülen tipik Sekonder Hiperparatiroidi değişikliklerini göstermektedir⁹.



Şekil 4. Kronik Böbrek Hastalığının son dönemlerinde (Evre IV-V) görülen Sekonder Hiperparatiroidideki ağır kemik değişikliklerini gösteren bir başka; tedavi öncesi ile sonrasını karşılaştıran resim.¹⁰



Şekil 5. Kronik Böbrek Hastalığının son dönemlerinde (Evre IV-V) görülen Sekonder Hiperparatiroidinin tipik başlangıç bulguları olan tibiyal subperiostal erozyonlar.¹⁰



Figure 77.20. Radiographic appearance of calcified atherosclerotic plaques

Şekil 6. Kronik Böbrek Hastalığının son dönemlerinde (Evre IV-V) görülen Sekonder Hiperparatiroidinin, tipik ama ender görülen osteosklerozis bulguları. Vertebral kemiklerin üst ve alt bölümleri arasındaki tipik dansite farklılıkları-rugger jersey spine-atlet kazağı görünümü.¹⁰



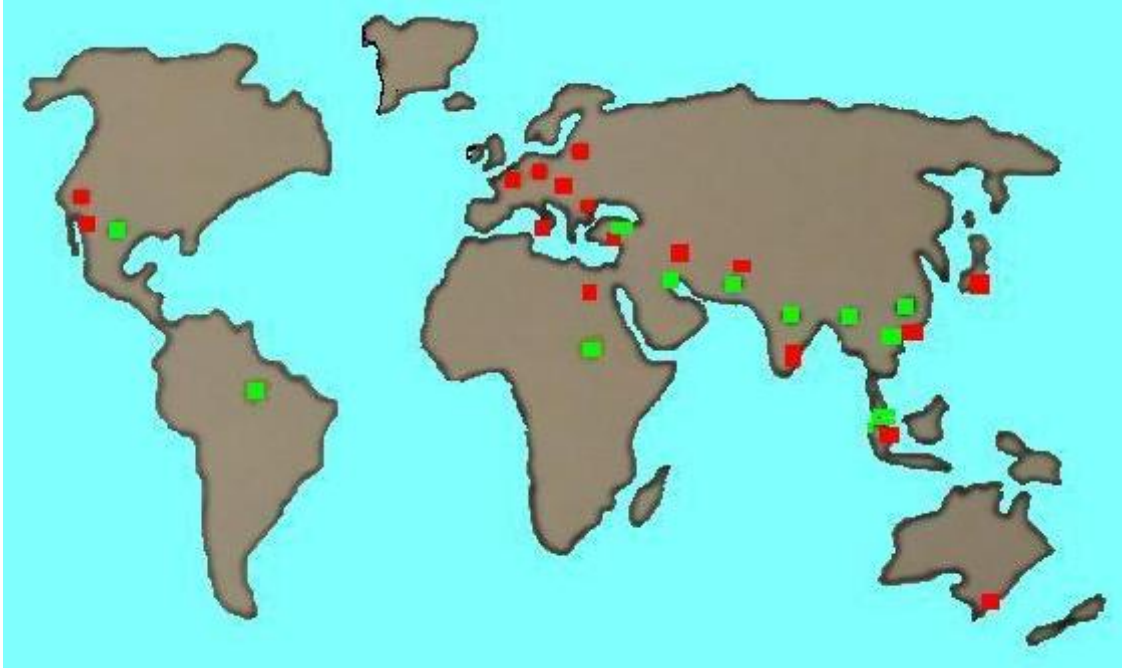
Şekil 7. Kronik Böbrek Hastalığının son evrelerinin (Evre IV-V) ilk aşamalarında özellikle çocuklarda ve büyüme evrelerinde görülen osteoid çekirdeklerin genişlemesini göstermektedir.⁸

İleri derece ağır kafatası ve yüz değişiklikleri içeren bu tarz hastalardan veri toplamak üzere, Türkiye’deki neredeyse tüm Hemodiyaliz (HD) Merkezlerine; yaklaşık 1500 mektup ve e-mail gönderildi. Benzer e-mailler, başta Pakistan, Hindistan, İran, Mısır ve Singapur gibi gelişmekte olan ülkeler olmak üzere; birçok Avrupa ülkesine ve ABD’deki bazı eyaletlerdeki HD merkezlerine de gönderildi.

Yaklaşık 20 HD merkezinden, bu tarz vakalarla karşılaştığını bildiren 20 yanıt alındı. Dr. Sağlıkler ve arkadaşları tarafından, yanıt veren tüm HD merkezleri bizzat ziyaret edildi. Hastalar ayrıca, evlerinde de ziyaret edildi ve aile bireyleri ile de tanışıldı.

Hastaların, güncel yüz ve vücut fotoları çekildi, eski fotoları, aile foto albümleri rica edildi. Medikal hikayeleri alındı, fizik muayeneleri yapıldı, ulaşılabilen medikal verileri istendi. Mevcut tedavi modaliteleri değerlendirildi.

Tüm bu eforlar sonucu, 25 hastanın; orta seviyeden-ağır seviyeye kadar olan; kemik deformitelerinin olduğu saptandı. Hastalar yıllar önceki fotoları ile kıyaslandığında; inanılmaz derecede farklı yüz görünümüne sahiplerdi.



[Yeşil kareler; Sağlık Sendromu araştırması esnasında bizzat gidilen ve bu konuda konferans verilen yerleri göstermektedir. Kırmızı kareler; bizzat gidilen, konferans verilen ve orada Devlet veya Üniversiteleri tarafından madalya-sertifika alınan yerleri göstermektedir.]

Şekil 8. Sağlık Sendromu'nun dünyada şimdiye kadar görüldüğü bölgeler⁷

2.3.3. Sağlık Sendromunun Tanı Kriterleri ve Evrelemesi

Bir kişide, Sağlık Sendromu'ndan bahsedebilmek için, öncelikle hastanın KBH olması ve ilerleyen dönemde SHPT gelişmiş olması gerekmektedir. Bu iki durumun da mevcut olduğu bir hastada, kısa boy ve karakteristik kemik eklem bozuklukları (özellikle kafatası ve yüz kemiklerinde) da mevcut ise; Sağlık Sendromu düşünülerek araştırılmalıdır.

Tablo 9. Sağlık Sendromu Tanı Kriterleri⁷

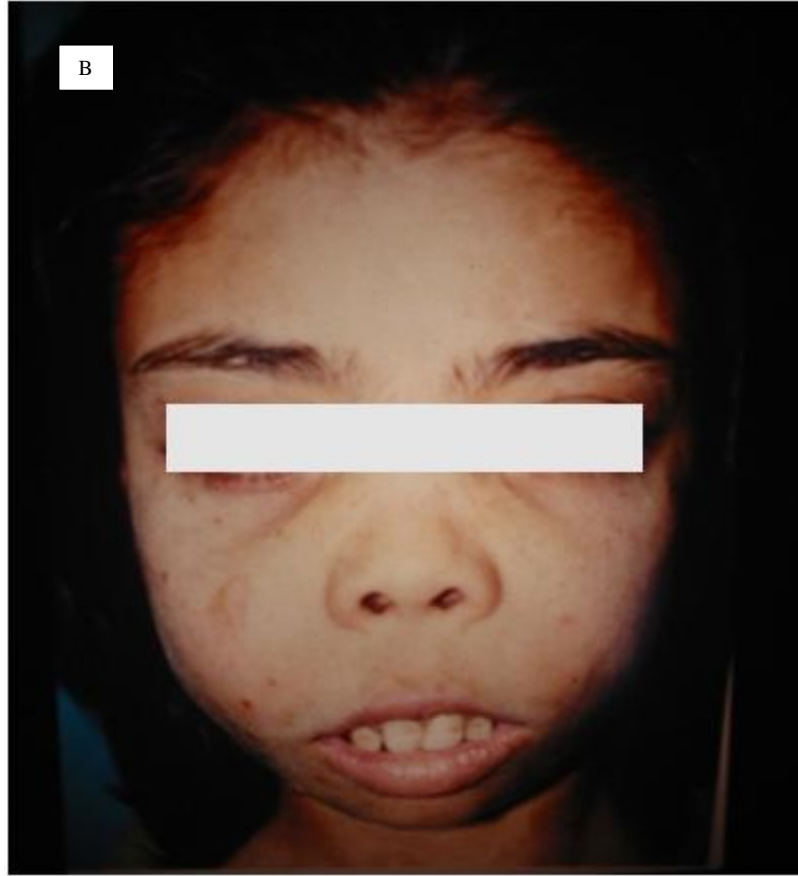
Sağlık Sendromu Tanı Kriterleri
1. Kronik Böbrek Yetmezliği
2. Sekonder Hiperparatiroidizm
3. Kısa boy
4. İleri derecede ağır Kafatası değişiklikleri
5. İleri derecede ağır Maksilla ve Mandibula değişiklikleri
6. Ağız içinde görülen; patolojik olarak masum yumuşak doku birikimleri
7. Ağır diş-dental anomaliler
8. Parmak ucu değişiklikleri
9. Ağır Psikolojik problemler ve depresyon (plastik ve rekonstrüktif cerrahi gereksiniminden dolayı)
10. Maksilla ve mandibulanın ağır sefalometrik değişiklikleri
11. Ağır ortopedik değişiklikler
a. Dizler
b. Skapula
12. İşitmede ılımlı değişiklikler
13. İlimli ve ağır Nörolojik değişiklikler

Tablo 10. Sağlık Sendromu'nun Evreleri⁷

Sağlık Sendromu'nun Evreleri	
Evre	Klinik Bulgular
Ağır-Grade III	Ağır derecede çirkinleşen yüz görünümü (UGLIFYING HUMAN FACE APPEARANCE) + kısalık + vücutta ağır değişiklikler
Orta-Grade II	Orta derecede çirkinleşen yüz görünümü (UGLIFYING HUMAN FACE APPEARANCE) + kısalık + vücutta orta derecede değişiklikler
Hafif-Grade I	Hafif derecede çirkinleşen yüz görünümü (UGLIFYING HUMAN FACE APPEARANCE) + kısalık + vücutta hafif derecede değişiklikler

2.3.4. Sağlık Sendromu Görsel İpuçları

Bu resimler bu tip hastalarla karşılaşıldığında, kliniklerde gözden kaçırmamak amacıyla verilmiştir. NOT: Hastaların hepsinden çalışmadaki fotoğraflar için yazılı onay alınmıştır.



Şekil 9. Mersin’de tespit edilen bir Sağlıker Sendromu (SS) hastasının, sendromdan önceki (A) ve sonraki (B) fotoğrafları



Şekil 10. Mersin’de tespit edilen başka bir Sağlıker Sendromu (SS) hastasının, sendromdan önceki (A) ve sonraki (B) fotoğrafları



Şekil 11. Çorum'da tespit edilen bir Sağlık Sendromu (SS) hastasının, sendromdan önceki (A) ve sonraki (B) fotoğrafları



Şekil 12. Düze'de tespit edilen bir Sağlker Sendromu (SS) hastasının, sendromdan önceki (A) ve sonraki (B) fotoğrafları



Şekil 13. Sağlıker Sendromu'nda görülen ciddi boy kısalığı. Hastanın (en solda), yanındaki, kendinden yaşça küçük 3 kardeşinden de kısa olduğuna dikkat ediniz.



Şekil 14. Sağlıker Sendromu'nda görülen; dişlerde düzensizlikle karakterize diş anomalileri



Şekil 15. Sağlıker Sendromu'nda görülen; ağız içinde; özellikle ağız tavanında karşılaşılan patolojik olmayan yumuşak doku birikimleri



Şekil 16. Sağlıker Sendromu'nda görülen parmak ucu değişiklikleri



Şekil 17. Sağhker Sendromu'nda görülen skapula değışiklikleri



Şekil 18. Sağhker Sendromu'nda görülen diz değışiklikleri (X bacak)



Şekil 19. A-B. Saeghler Sendromu gelişen İzmirli bir kız çocuğunda görülen yüz ve üst ekstremitte anomalileri (Kafanın üst kısmındaki düzensizliğe ve de kızın kartal kanadı gibi açılmış kollarına lütfen dikkatlice bakınız).



Şekil 20. Tipik bir Sağlıker Sendromu hastasının, ön-arka kafa görünümü (Çin, Pekin)



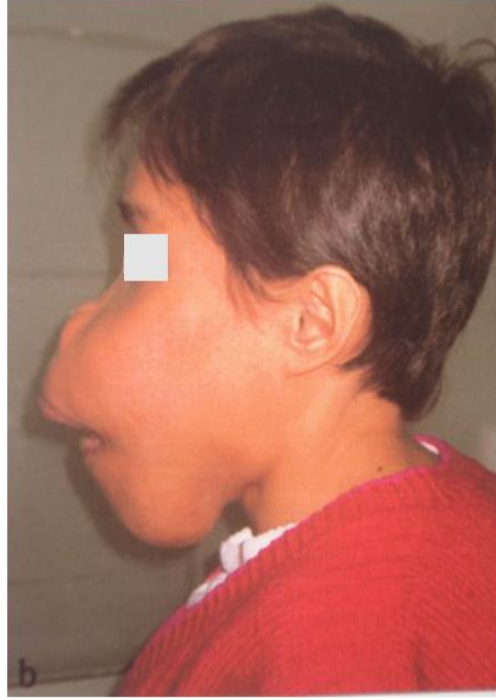
Şekil 21. Başka bir tipik Sağlıker Sendromu hastasının, ön-arka yakın kafa görünümü (Çin, Pekin)



Şekil 22. İleri derecede kemik değışiklikleri nedeni ile tekerlekli sandalyeye bağımlı yaşayan tipik bir Sağlıker Sendromu hastası ve onun ciddi boy kısalığı (Romanya, Bükreş, Bükreş Üniversitesi Hastanesi)



Şekil 23. Meksika, Meksiko City Üniversitesi'nden tipik bir hastanın yan kafa görünümü ve olağan dışı maksiller protrüzyonu



Şekil 24. Çin-Pekin’de China-Japan Friendship hastanesinden tipik bir yan kafa görünümlü Sağlıkler Sendromu hastası

2.3.5. Sağlıkler Sendromu ile İlgili Çalışmalar

Hastalarda klinik olarak çirkinleşen yüz görünümü çeşitli seviyelerde gelişmektedir. Ciddi iskelet değişiklikleri, maksiller ve mandibuler çene değişimleri, ağız içinde benign mukozal yumuşak doku hiperplazileri, şiddetli diş ve dental bozukluklar, sefalometrik kafatası değişiklikleri, kısa boy, parmak ucu değişiklikleri, diz ve skapula deformiteleri, işitme bozuklukları, nörolojik, psikolojik problemler ve depresyon olmaktadır^{1,11}.

2008 yılında Dr. Sağlıkler ve arkadaşları uluslararası çalışmalarla Türkiye, Hindistan, Romanya, Mısır, Malezya, Tunus, Polonya, İran, Kolombiya, Cezair, Taiwan ve Çin’de 60 vaka tespit etmişlerdir.

Bu hastalar pek çok yönleriyle de bilim insanları tarafından çalışılmıştır.

2.3.5.1. Sefalometrik Çalışma

2006 yılında Dental Kriterlere göre SS’lilerde kraniyofasiyal özellikleri sefalometrik olarak değerlendirmek için, yaşları 18-28 arasında olan, 6’sı erkek, 3’ü kadın olmak üzere 9 hasta ile bir çalışma yapıldı. Hastaların hepsi hastaneye başvurudan

3-4 yıl önce ve hepsi çocukken KBY' ye yakalanmış ve Güney Türkiye'de HD tedavisi altında idi.

Çalışmada X-ray, tomografi ve çizim teknolojisi kullanıldı. 35 adet skeletal ve dental sefalometrik ölçüm yapıldı. Çıkan sonuçlara göre sagittal maloklüzyon sınıflaması yapıldı.¹²

Tablo 11. Sağlıker Sendromlu Hastalarda Maloklüzyon Tipleri¹²

	Sagittal Maloklüzyon		
	Klas I	Klas II	Klas III
Tanımlama	Normal çene ilişkisi	Maksiller öne çıkış Mandibular gerileme	Maksiller gerileme Mandibular öne çıkış
Hasta sayısı	2	Toplam 6 4 (ağır) 2 (hafif)	1 (hafif)

2.3.5.2. Nörolojik Çalışma

SS'lu hastalarda nörolojik değerlendirme çalışmalarında 15-36 yaşları arasında 8'i erkek, 4'ü kadın 12 SS hastası incelenmiştir. Tüm hastalar, aynı nörolog tarafından klinik nörolojik muayeneye tabi tutulmuştur. 10 hastada, sinir ileti çalışmaları yapılmıştır. Hastaların 12 sinde de nöropsikiyatrik belirti ve bulgu mevcuttu. (% 100); özellikle baş ağrısı, polinöropati, kranial nöropati, yorgunluk ve baş dönmesi bulunmuştur.

Tablo 12. SS Hastalarında Yaygın Görülen Nörolojik Semptom ve Bulgular¹³

Yaygın Semptomlar	% (n)	Yaygın Bulgular	% (n)
Baş ağrısı	50 (6)	Azalmış/kaybolmuş derin tendon refleksi	58.1(7)
Yorgunluk	41.6 (5)	Distal simetrik hipoestezi	33.3 (4)
Uyku bozukluğu	16.6 (2)	Parestezi/disestezi	33.3 (4)
Miyalji	25 (3)	Nistagmus (horizontal)	16.6 (2)
Üriner urgency	8.3 (1)	Derin duyu bozukluğu	8.3 (1)
Kabuslar	25 (3)	Tandem gait bozukluğu	16.6 (2)
İrritabilite	25 (3)		
Sağırılık	33.3 (4)		
Dikkatsizlik	16.6 (2)		
Unutkanlık	25 (3)		

KBH tanısından itibaren sinir sistemi problemlerinin oluşması için geçen ortalama süre ise 2.8 yıl idi.

Tablo 13. Sağlıker Sendromu'ndaki Spesifik Nörolojik Komplasyonların Bireysel Karakteristikleri¹³

Spesifik Nörolojik Komplasyonlar	Yaygın Manifestasyonlar	% (n)
Polinöropati	Sensöriyel	25 (3)
	Motor ve sensöriyel	8.3 (1)
Mononöropati	Ulnar sinir	8.3 (1)
	Median sinir	16.6 (2)
Kraniyal Nöropati	Sekizinci kraniyal sinir	33.3 (4)
Epilepsi	Kompleks parsiyel	8.3 (1)
	Jeneralize	16.6 (2)
Psikiyatrik bozukluklar	Duygu-durum bozuklukları	25 (3)
	Anksiyete	16.6 (2)
	Hafif kognitif bozukluk	8.3 (1)
Serebellar ataksi	Gait ataksisi (tandem gait)	16.6(2)

2008-2010 yıllarında SS lu hastalarda yaşam kalitesi (Is survival enough for quality of life in Sağlıker Syndrome? J.Nephrol.2008,21, suppl. 13, S134) çalışılmıştır¹⁴.

2.3.5.3. Psikiyatrik Çalışma

Psikiyatrik özellikler açısından çalışılmıştır. KBH + SS olan 13 hasta ile yalnızca KBH olan 13 hastayı içeren çalışmada yaş ortalaması 25.07 +- 5.33 di. 8'er erkek ile 5'er kadın hastadan oluşan gruplardı. Tüm hastalar minimum 4 yıl HD tedavisi almıştı.

Tüm hastalara şu ölçekler uygulanmıştır:

- Structure Clinical Interview (SCID-I)
- Beck Depression Inventory (BDI)
- Beck Anxiety Inventory (BAI)
- Social Comparison Scale (SCS)
- Hopelessness Scale (HS)
- Mini Mental State Examination (MMSE)
- EEG

Sonuçta çalışma grubunda 9 kişide mental hastalık (%69.2) olduğu görüldü. Bunların 6'sında depresyon bozukluğu, 3'ünde Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB) mevcuttu. Buna karşın kontrol grubunda, 3 hastada mental hastalık (%23.1); bunların da 2'sinde YAB, 1'inde major depresyon saptandı.

EEG'de yavaş aktiviteler ve background düzensizlikleri gözlemlendi. Hiçbir hastada elektriksel nöbet aktivitesi gözlenmedi. EEG anomalileriyle psikiyatrik tanılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi.

Çalışma grubu hastaları kendilerini; içe kapanık, başarısız, diğer insanlara göre antipatik bulmaktaydı.. KBH + SS olan hastalar; sadece KBH olan hastalara göre; çok daha kötü psikolojik sağlığa sahiplerdi.¹⁵

2.3.5.4. Odyolojik Çalışma

SS hastalarında odyolojik bulgular çalışıldı. HD tedavisi altında olan 10 SS hastasının değerlendirildiği bu çalışmada, tüm hastalara kulak,burun,boğaz muayenesi, otoskopik muayene, odiyometri testleri, impedans odiyometri ölçümü, otoakustik emisyon ölçümü ve Auditory brainstem responses (ABR) testleri yapıldı.

% 60 hastada, sensorinöral işitme kaybı bulundu. Hiçbirinde; orta kulak hastalığı, ototoksik ilaç kullanımı ya da travma öyküsü yoktu. Bu 6 hastadaki işitme kaybının nedeni bilinmiyordu.

KBH hastalarında yaygın olan işitme kaybının olası nedenleri üzerinde duruldu. Bunlar; santral veya periferik nöropatiler, üremideki sıvı elektrolit metabolizma bozuklukları, böbrek ve kohlea antijenlerindeki benzerlik, 8. sinirin üremik nöropatisi olarak sayılabilir¹⁶.

2.3.5.5. Paratiroidektomi Etkisi

SHPT ve SS olan hastaların tedavisinde paratiroidektominin etkisini değerlendirmek için 10 vakadan oluşan bir seri, 3 yıldan uzun olan postop verileri ışığında retrospektif olarak incelendi¹⁷. Hastalarda kemik eklem problemleri, progresif fasiyal bozukluklar vardı. Paratiroidektomi sonrası kemik ağrısı, kas güçsüzlüğü, kaşıntı, insomnia şikayetleri büyük ölçüde iyileşti. Tüm hastalarda iPTH, önemli derecede azaldı. Postop 1. ayda, ortalama iPTH: 55.5 (10-967) ng/L [p<0.001] 3. yılda,

iPTH seviyeleri: 135 (28-390) ng/L [$p<0.001$], serum Ca-P-ALP seviyeleri normal sınırlarda seyretti.

8 hastada → kür

1 hastada → anlamlı etkin

1 hastada → etkin

2 hastada → persistan SHPT

Sonuçta görüldü ki; total PTX, kemik ağrılarını geçirip, kemik deformitelerini durdurabilmekte, malnutrisyonu ve prognozu iyileştirebilmekte ve de Sağlık Sendromu'nu etkili bir şekilde tedavi edebilmektedir.

2.3.5.6. Genetik Çalışmalar

SS neden KBH ve SHPT gelişen her hastada değil de; yalnızca bir kısmında meydana geliyordu?

Bu hastalarda birçok parametre değerlendirildi. Hastaların Ca, P, ALP gibi biyokimyasal tetkikleri ve parathormon (PTH); tipik KBH ve SHPT değerlerindeki Vit. D eksikliğinin ve kalsitonin seviyelerinin SS'deki kemik deformitelerinden sorumlu olduğuna dair anlamlı sonuçlar çıkmadı. Hb elektroforezi, G6PD seviyeleri ve TFT normaldi. Kısalığı açıklayacak kadar çarpıcı GH değişiklikleri saptanmadı. FSH, LH ve total testosteron ölçümlerinde, erken epifiz skatrizan sendromuna yol açabilecek herhangi bir bozukluğa rastlanmadı.

Gelinen bu noktada, sendromun genetik bir temelinin olabileceği şüphesi ortaya çıktı; genetik çalışmaları başladı.

23 SS hastası ve 23 kişilik kontrol grubunda yapılan sitogenetik çalışmalar ile SS lu hastalarda GNAS 1 geninin 1, 4, 10. ekzonlarında mutasyonlar olduğu bulunmuştur.¹⁸ En son olarak yapılan SS lu hastalarda FGFR3 GENİ 1138 G>A mutasyonunun varlığı araştırılmıştır.

2.4. Kronik Hastalık ve Ruhsal Durum

Kronik hastalıklar, uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır.^{19,20}

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine ve sosyal sınıfların yapısına bakılmaksızın kronik hastalıklar günden güne artmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2010 yılı verilerine göre, dünya genelindeki ölümlerin sebebinin en çok bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar oluşturmaktadır.

Psikiyatrik bozuklukların diğer hastalıklarla ilişkisini araştıran çalışmalarda diyabet, kanser, kalp damar, deri hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları gibi birçok hastalık gruplarında psikiyatrik bozukluk risk oranı yüksek bulunmuştur. Özellikle nörolojik bozukluklar, kalp hastalıkları, süregen akciğer hastalıkları, kanser, sakatlıklar, artritler için risk diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur.

Bu hastalarda belirlenen psikososyal sorunlar arasında üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/ bağımlı olma endişesi, depresif görüntü ve sosyal izolasyon yer almaktadır.¹⁹ Tıbbi hastalıkla birlikte görülen depresyonda intihar girişimi sık olmamakla birlikte ortaya çıkabilmektedir.²¹

2.4.1. Kronik Hastalık ve Depresyon

Depresyon çok yaygın bir hastalıktır. Her beş kişiden biri yaşamlarında bir dönem depresyon geçirmektedir. Herhangi bir zamanda toplum içinde yapılan kontrollerde her 100 erkekte 3'ünde, her 100 kadından 6'sında depresyon görülmektedir. Kadınlar erkeklerden iki kat daha fazla depresyona yakalanmaktadır ya da depresyon için yardım istemektedir. Kadınlar en çok 35-45, erkekler 55-70 yaşlarında depresyon geçirmektedir. Ailede depresyon geçiren bir kişinin olması, kadın olmak, yalnız yaşamak, yoksul olmak depresyon geçirme riskini arttırmaktadır.²²

Depresyon temel olarak bir mutsuzluk, neşesizlik hastalığıdır. Kişiler hüzünlü, karamsar, isteksiz hisseder. Daha önce kolayca yapılan işler gözünde büyümeye, zor gelmeye başlar. Depresyonu olan kişinin kendine güveni azalır, dikkatini toparlamak, bir filmi baştan sona seyredebilmek, gazetede bir yazıyı okuyabilmek güçleşir. Unutkanlık, dalgınlık, basit kararları vermekte zorlanma da önde gelen yakınmalardandır.

Hastalar güçlerinin, kuvvetlerinin eskisi gibi olmadığını, kendilerini cansız, enerjisiz hissettiklerini belirtirler. Uyku sorunları uykuya dalamama, gece uyanma, sabah erken uyanma, sabahları dinlenmemiş uyanma ya da fazla uyuma biçimindedir.

İştah genellikle azalır, kilo verilir bazen de sıkıntı ile fazla yeme görülebilir. Ölüm düşünceleri, ölen yakınlarını daha fazla düşünme, hastalıkla ilgili endişeler, ölüm korkusu olabilir.

Depresyon döneminde bedensel sorunlar da artar. Düzenli giden tansiyon kontrol edilemez olur, kan şekeri iniş ve çıkışlar gösterir. Çoğu zaman kronik hastalıkların ilk çıkışı depresyon dönemlerindedir. Birçok araştırma kalp krizi geçiren kişilerde depresyon tabloya eklendiğinde hastaların kalple ilgili sorunlarının, ikinci bir kriz geçirmenin riskinin arttığını göstermiştir²². Yani depresyon kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirmediği gibi kronik bir hastalık da depresyona neden olabilir. Sağlığını yitirmek, hastalığın sınırlılıklarına katlanmak depresyona yol açabilmektedir. Bazen de depresyon hastalıkla ilişkili nedenlerle olabilir. Örneğin, hipertroidide olduğu gibi hastalığa neden olan hormonlar depresyona yol açabilir, ya da tansiyon yüksekliğinde kullanılan bazı ilaçlar depresyona neden olabilir. Bu konuda dikkat çeken bir başka durum ise depresyonu olan kişilerde diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların daha fazla görülmesidir. Bu nedenle her iki gruptaki hekimler diğer hastalığı da çok fazla görmektedir.

2.4.1.1. Depresif Bozuklukların Tanınması

Depresyonun tanınması her zaman kolay değildir. Bazen hastalar depresyonu anlatmakta güçlük çeker, ağrılardan, çarpıntı yada bulantıdan yakınlıkla kederlerini, yaşamdan tat almadıklarını anlatmaya çalışabilirler. Hasta keder, isteksizlik duygularını tanıyamayabilir ya da bunları söylemekten utandığı, bu belirtilerin ciddiye alınmayacağı endişesi ile hekime bedensel yakınmalarla, çarpıntı, nefes alamama, uyuşma ve karıncalanmalar, yaygın ağrılar, bayılmalar, sindirim yapamama, gaz, bulantı gibi mide barsak sorunları ile başvurabilir.

Depresyon belirtileri soyut olduğu için bazı hastalara gayret etmeme, yetersizlik ya da tembellik gibi gelebilir. Yakınlarının bunlara inanmayacağını, küçümseyeceğini düşünerek sıkıntılarını bedenleri ile ifade edebilirler. Alkol, hap, esrar ve ağrı kesici kullanımı altta yatan depresyonu gizleyebilir.

Depresyonun tanınabilmesi için tıbbi disiplinler arası işbirliği ve bunu geliştirmek önemlidir (Couper 2003).

Tablo 14. Hastalığa Uyum Çabaları ve Tepkiler ile İlgili Değişkenler (Metz 2008)

Hastalık özellikleri	Hastanın özellikleri	Sosyal çevre
Tanı Genel durumu bozma Yerleşim yeri Uygulanan sağaltımlar Ağrının varlığı	Yaş, cinsiyet, eğitim Kültürel yapı Kişilik yapısı Savunma düzenekleri Hastalık öncesi uyum düzeyi	Aile, arkadaş desteği Desteklerin ulaşılabilirliği Rol işlevlerinde bozulma (eş, anne-baba, çalışan biri) Bozulan işlevlerin yakınlarınca tamamlanabilme düzeyi

Öncelikle ciddi bir hastalıkta üzgün karamsar olma 'normal' kabul edilip hastanın yaşamını nasıl etkilediğine dikkat edilmez. Bazen hastanın 'moralini bozmamak' için üzgün duruşu görmezden gelinir, hastalıkla ilgili konuşmaktan kaçınılır. Bir başka güçlük ise depresyon belirtilerinin birincil hastalık (diyabet, hipertansiyon) ya da tedavi yan etkileri ile ilgili olup olmadığının ayırt edilmesidir. Uykusuzluk, iştahsızlık, halsizlik, tıbbi durum, tedavinin yan etkileri, kan biyokimyası değişikliklerini sonucu da ortaya çıkabilir ve depresyon belirtilerine benzer.

Bazı belirtiler depresyon habercisi olabilir. Aşırı bağımlılık, yakınının yanından ayrılamama, sosyal çekilme (göz temasından, aile ile birlikte olmaktan kaçınma), çaresizlik, umutsuzluk, aşırı ağrı yakınmaları ve tedaviye uyumsuzluk gibi. Tıbbi hastalığı olan kişilerde depresyon için risk etmenleri nevrotik özellikler, daha önce depresyon geçirme, ailede depresyon öyküsü, alkolizm, aile desteğinin olmayışı, ağrı, umutsuzluk, ilerlemiş hastalıktır²².

Hastanın ağrısı varsa depresyonun varlığını ayırt etmek için önce ağrıyı kontrol altına almak, sonra depresyonu yeniden değerlendirmek gerekir. Umutsuzlukla birlikte görülen depresyon, ajitasyon, tedaviye uymama, kolay kızma, işbirliği yapmama, öfke, anksiyete, uykusuzluk ağrıya tepki olabilir ve ağrının tedavisi ile düzelebilir²².

Tıbbi hastalıkla birlikte görülen depresyonda intihar girişimi sık olmamakla birlikte kendisinde ya da ailede intihar girişimi öyküsü, kötü prognoz, kontrol edilemeyen ağrı, sosyal destek azlığı, bir yakının ölümü, psikopatoloji öyküsü, anksiyete, umutsuzluk özkıyım girişimi için risk faktörleri olarak sayılabilir²¹. Tanıda hangi depresyon belirtilerinin öncelik taşıyacağı tartışılabilir; somatik belirtilerden çok disforik mizaç, güven kaybı, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, ölüm isteği, özkıyım düşünceleri ile tanı koyulması uygundur.

Araştırmalarda, kronik ağrılı hastalarda % 20-80 gibi değişen oranlarda depresif belirtilere rastlanmaktadır. Bu değişken oran, hasta seğim yontemi, ęalıřmanın yapıldığı hasta grubu ve kullanılan araştırma arağları ile ilgili olabilir. Orneğin, ağrı ve onkoloji kliniklerinde tedavi goren hastalarda bedensel yıkım ve iş gucu kaybı daha ağır olduğundan bu gruplarla yapılan araştırmalarda depresyon oranları, sağlık ocağına başvuranlarda yapılan araştırmalardakinden daha yuksek bulunacaktır.^{22,23}

Depresyon bir belirtiler grubudur. İlk iki belirtiyeye giriş kriteri denir ve depresyon tanısı koyabilmek için bu ikisinden en az birinin olması ve bunlarla birlikte beş belirtinin en az iki hafta sure ile ve kişinin yaşamını etkileyecek kadar şiddetli ve zamanın onemli bir kısmında olması gerekir.

Tablo 15. Depresyon Belirtileri

• Mutsuzluk, hüzün, keder, ağlama
• Zevk almama, ilgisizlik ve isteksizlik
• Değerersizlik duyguları, suçluluk duşunceleri, hastalığı kendisine bir ceza gibi algılama, başarısızlık ve ęaresizlik duşunceleri
• Tekrarlayıcı ölüm, intihar duşunceleri
• Dikkatini toplayamama, kararsızlık, dalgınlık
• Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
• Uyku sorunları, uykuya dalamama, sık, erken, dinlenmemiş uyanma, fazla uyuma
• İştah sorunları, iştahsızlık, kilo kaybı, aşırı yeme
• Güçsüzlük, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı

Aşağıdaki durumlar kronik hastalıkla birlikte olan depresyonun tanınmasında engeldir:

- Bedensel sorun gibi sunma,
- Hastalık belirtilerinden ayırt edememe,
- İlaç yan etkisinden ayırt edememe,
- Normalleştirme,
- Alkol, uyuşturucu kullanımı,
- Görmezden gelme

2.4.2. Kronik Hastalık ve Anksiyete

2.4.2.1. Tanım

İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan anksiyete yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. Anksiyetede gerginlik, kaygı ve korku gibi ruhsal belirtilere davranışsal ve bedensel belirtiler de eşlik etmektedir^{24,25}.

2.4.2.2. Tarihçe

Anksiyete sözcüğü, darlık ve sıkışma anlamına gelen hindogermanik ‘angh’ kökünden türetilmiştir. Çiçero, öznel anksiyete yaşantısının süresi ve yoğunluğundan söz edip, geçici patlama tarzında olan anksiyeteyi tanımlarken ‘angor’ terimini, daha hafif ve süregelen olanı anlatmak için ‘anxietas’ terimi kullanılmıştır.

1869’da Board ‘fizyolojik yetersizliklerin psikolojik bozukluklara yol açtığı’ görüşünden yola çıkarak ‘nevrasteni’ terimini ortaya atmış ve bunun tüm anksiyete bozukluklarını içerdiğini kabul etmiştir. Hecker ise 1893’te nevrastenik hastalarının çoğunun anksiyete ataklarından yakındığına dikkat çekmiştir. Öznel anksiyete yaşantısı olmaksızın somatik anksiyete belirtilerinin ön planda olabileceği görüşü 1908 yılında Stekel’in ‘rezidüel anksiyete’ kavramını ortaya koymasına neden olmuştur. Nitekim bu yaklaşım ileriki yıllarda Beltman tarafından da ‘korkusuz panik bozukluğu’ adıyla tekrar gündeme gelmiştir.

Kaygı yaşamın normal bir parçasıdır. Herkes günlük yaşam içinde değişik konularla ilgili kaygı duyabilir. Yetişilmesi gereken bir iş, sınav, sağlık, para, çocuklar ve aileyle ilgili sorunlar birçok insanı kaygılandırabilir. Aslında kaygı, bir ölçüde bizim günlük sorunlarla baş edebilmemiz için hazırlıklı olmamızı, bir tehlike durumunda da hızlı karar verip kurtulmamızı sağlamaktadır. Normalde bu tür kaygı hafiftir ve baş edilebilir düzeydedir.

2.4.2.3. Anksiyete Belirtileri

- a. Bilişsel belirtiler,
- b. Duygusal belirtiler,
- c. Davışsal belirtiler,
- d. Fizyolojik belirtiler olarak 4 alana ayrılmıştır.

A. Bilişsel belirtiler: Aklın sisli bulanık olması, çevredeki nesnelere uzakmış gibi ya da bulanık görme, aşırı uyanıklık hali, kendini aşırı gözleme, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi, önemli şeyleri hatırlayamama, düşünceyi kontrol edememe, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı (hipervijilans), düşüncede duraksamalar, bloklar, objektif güçlüğü, nedenselleştirme güçlüğü, kontrolü yitirme duygusu, başa çıkamam korkusu, yineleyici korkulu düşünceler, bilişsel sapmalar (distorsiyon) .

B. Duygusal belirtiler: Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik alarm durumuna geçme, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik.

C. Davranışsal belirtiler: Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, olduğu yerde hareketsiz donma kalma, davranışlarda inhibisyon, konuşma akışında bozukluk, koordinasyon bozukluğu.

D. Fizyolojik belirtiler: Bunlar genelde organizmanın kendini korumaya yönelik bir savunma durumu içine girdiğini gösterir. Çarpıntı, kalp hızında artma, bayılma hissi, derin solunum, nefes darlığı, boğazda düğümlenme, reflekslerde artma, yorgunluk hissi, çabuk yorulma, bulantı kusma, ishal, iştah değişiklikleri, uykuya dalma güçlüğü, uykusuzluk, huzursuz uyku, cinsel isteksizlik, erken boşalma, sık idrar çıkma, ellerde terleme, kaşınma krizleri, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ateş basması gibi belirtiler normalde zaman zaman hepimizde yaşanan olaylardır. Dikkat edilirse, çoğu ya normal ya da normal işlevlerin abartılı hale gelmiş şekli ya da normal işlevlerdeki, baskılanmalardır.

2.4.2.4. Anksiyete Tipleri

a) Normal anksiyete: İnsanda doğuştan itibaren var olan ve belirli düzeye kadar sağlıklı, yaşanması gereken bir duygudurumdur.

b) Patolojik anksiyete: Burada yaşanan anksiyete artık belli eşiği aşmış kişiyi olumsuz biçimde etkilemeye, günlük yaşamını bozmaya yani ona zarar vermeye başlamıştır.

2.4.2.5. Anksiyete Bozuklukları (DSM IV-TR Sınıflandırılması)

a) Agorafobi olmadan panik bozukluğu

b) Agorafobi ile panik bozukluğu

- c) Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi
- d) Özgül fobi
- e) Sosyal anksiyete bozukluğu
- f) Obsesif kompulsif bozukluk
- g) Travma sonrası stres bozukluğu
- h) Akut stres bozukluğu
- ı) Yaygın anksiyete bozukluğu
- i) Genel tıbbi bozukluğa bağlı anksiyete bozukluğu
- j) Madde kullanımına bağlı anksiyete bozukluğu
- k) Başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu

2.4.2.5.1. Sosyal Fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)

A) Tanım ve Tarihçe

Sosyal anksiyete ve fobilerle ilgili tanımlamalar antik dönemlere kadar uzanmaktadır. Sosyal anksiyete bozukluğu ABD’ de ilk kez Beard (1879) ve Fransa’da Janet (1903) tarafından tanımlanmıştır. Sosyal anksiyete bozukluğu, Marks ve Gelder tarafından diğer fobilerden ayrılmıştır.

Sosyal fobi, kişinin sosyal ortamlarda ya da performans gerektiren durumlarda utanacağını düşünerek nedensiz yere korkmasıdır. Toplum içinde konuşurken ya da herhangi bir eylem yaparken kızarma, terleme, ellerin titremesi, kendini küçük düşürecek yanlış bir şey yapma korkusu olarak tanımlanır. Anksiyete, diğerleri tarafından eleştirilme, seyredilme ve yargılanma korkusundan kaynaklanır. Sosyal fobisi olan kişi hata yaparak başkalarının önünde rezil olacağından veya utanç duyacağından korkar. Belki de korku sosyal beceri eksikliği veya başkalarının önünde yaşanan bir deneyimle kötüleşebilir, anksiyete panik atağa dönüşebilir. Korkunun bir sonucu olarak, kişi aşırı sıkıntı içinde bazı sosyal durumlara katlanır veya hepsinden kaçınabilir. Bu nedenle kişi topluluk içine girmekten kaçınır. Böyle durumlara girmek zorunda kalınca bunaltının bütün öznel ve nesnel belirtileriyle rahatsız olur^{25,26,27}.

Sosyal anksiyete bozukluğu olan bireyler henüz gerçekleşmemiş olaylar nedeniyle günlerce hatta haftalarca korku çekerler. SAB olan hastaların çoğu korkusunun yersiz olduğunu bile bile bunun üstesinden gelemeyiz. Sosyal durumlar ve diğerlerinin negatif fikirleri hakkında yanlış inançlara sahiptirler. Hasta bu korkunun ve

belirtilerinin topluluk içinde herkes tarafından fark edileceğinden de korkarak topluluğa girmekten çeşitli bahaneler bularak kaçınır. Kaçınmadığı durumlarda, örneğin bir konuşma yapacaksa günler hatta bazen haftalar önceden beklenti bunaltısı başlar. Sorunun en önemli kısmını bu beklenti bunaltısı oluşturabilir. Çoğunlukla tek korkuları yoktur, birçok sosyal durumdan rahatsız olurlar. Tedavi edilmeyen sosyal fobi kişinin okul, iş, sosyal aktiviteler ve ilişkiler de dahil olmak üzere günlük rutinini bozabilir. Sık görülen sosyal fobi belirtileri arasında topluluk önünde konuşma, yeme, içme, başkalarının önünde yazma, çalışma, insanlarla buluşmak, partiye gitmek, insanların yanında telefon ile konuşmak ya da halka açık tuvaletleri kullanma sayılabilir^{28,29,30}. Sosyal anksiyete panik, obsesif-kompulsif bozukluk ve depresyon gibi diğer zihinsel rahatsızlıklarla bağlantılı olabilir. Gerçekten de çoğu insan doktora sosyal fobi belirtileri nedeniyle değil de diğer rahatsızlıklar yüzünden gider.

Sosyal anksiyete rahatsızlığı olan çoğu insan bir şeylerin ters gittiğinin farkındadır, fakat bu hissi bir hastalık işareti olarak görmez.

B) Belirtiler

Belirtiler şunlardır:

- Sosyal durumlara karşı yoğun anksiyete
- Sosyal durumlardan kaçınma
- Kafa karışıklığı, kalp çarpıntısı, terleme, titreme, yüz kızarması, kas gerilmesi, mide ekşimesi ve ishal gibi anksiyete belirtileri

Sosyal fobiyi diğer bunaltı bozukluklarından ayıran özelliği hastanın başkalarının kendisi hakkında ne düşüneceği üzerinde fazla durmasıdır. Örneğin SAB olan bir birey yalnız başınayken bunaltı belirtisi yaşamaktan korkmaz. Oysa, agorafobili panik bozukluğu olan bir kişi panik nöbeti geçirirken yanında başka kimse yoksa, ölmekten her zamankinden daha da çok korkar. Başka bir deyişle, agorafobisi olanlar bunaltı belirtilerinden korkarken, sosyal fobisi olanların korkusu başkalarının önünde küçük düşmektir.

Sosyal fobisi bulunan hastalar, belirli durumlarda utanmaktan ya da küçük düşürülmekten korkmakta ve çarpıntı, kızarma, terleme ve titreme gibi fizyolojik belirtiler yaşamaktadır. Korku topluluk önünde konuşmak gibi bir durumda ortaya çıkabileceği gibi, sosyal ilişkilerin çoğunda veya tamamında da ortaya çıkabilir.

Hastalar çeşitli nedenlerle utanmaktan korkarlar; bunlar arasında beceriksizlik ya da uygunsuz davranış (örneğin yanlış şeyler söylemek, kekelemek) ve anksiyetenin dışa vurulan belirtileri (örneğin kızarma, terleme, titreme) bulunmaktadır. Sonuç olarak hastalar korktukları etkinliklerden kaçınmakta ve yaşamlarını sınırlamaktadır.

C) Epidemiyoloji

Sosyal anksiyete bozukluğu gençler, bekarlar, düzenli işi bulunmayanlar ve sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda yüksek oranda görülür. Ülkemizde tipik SAB şeklinde olmasa bile topluluğa girme, toplulukta konuşma, toplulukta özgürce davranabilme konularında değişik derecelerde çekingenlik oldukça sık görülen bir durumdur. Bunların büyük bir kısmı klinik düzeyde bir rahatsızlık olarak ele alınmayabilir. Ama gerçekten yüzü kızaracak, elleri titreyecek ya da topluluk içinde yanlış bir şey yapacak diye ileri derecede endişe ve kaygıya kapılan, böyle durumlardan kaçınan kişilerin hekime başvurmaları da oldukça sık görülmektedir. ABD’ de bu oranın bir çalışmaya göre (Epidemiologic Catchment Area-ECA, 1980) göre % 2,3, bir başka çalışmaya (National Comorbidity Survey-NCS, 1994) göre % 13,3 bulunduğu bildirilmiştir. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre SAB kadınlarda % 2,3, erkeklerde % 1,1 olarak bulunmuştur.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından ayrıntılı ruhsal muayene, bazı klinik tanı ölçütleri ve ölçekler kullanılarak konulur.

Epidemiological Catchment Area (ECA) çalışmasında SAB hastalarının % 69’ unda yaşam boyu eşzamanlı başka bir ruhsal bozukluk eşlik ettiği saptanmıştır. Eşzamanlı görülen ruhsal bozuklukların çoğunun SAB başlangıcından sonra ortaya çıkması, SAB’nun diğer bozuklukların gelişimi için bir risk etmeni olabileceğini düşündürmektedir²⁵.

D) Etiyoloji

Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabaları, mental bozukluğu olmayan kişilerinin birinci derece akrabalarından üç kat daha fazla SAB’dan etkilenme eğilimindedirler.

Ayrıca yapılan ikiz çalışmalarında tutarlı olarak, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre utanma ve sosyal korkular açısından daha fazla komorbidite bulunmuştur.

Davranışsal inhibisyon; alışılmamış ya da tanıdık gelmeyen ortamlardan, kişilerden, nesnelere kaçınma ve bunlardan korkmayla kendini belli eden mizaç kategorilerinden biridir. Yapılan çalışmalar sonucu davranışsal inhibisyonun anksiyete bozuklukları için bir risk etkeni olduğu düşünülmüştür. Evrim kuramına göre ise korkulara yatkınlık, kalıtsal olarak aktarılmaktadır ve eski insanlar için biyolojik değeri olan korkular bu nedenle daha kolay edinilmektedir. Örnek olarak öfke ya da eleştirel yüz ifadelerinden korkma verilebilir.

Sosyal anksiyete bozukluğundaki bilişsel örüntünün bu patolojik sürecin bir nedeni mi yoksa sonucu mu olduğunda henüz belirlenememiştir^{25,26,29}.

Biyolojik: Sosyal anksiyete bozukluğu, serotonin dengesizliğiyle ilişkili olabilir.

Psikolojik: Sosyal anksiyete bozukluğunun gelişimi geçmişte gerçekleşmiş utanç verici veya küçük düşürücü bir olay sonucu gerçekleşmiş olabilir.

Çevresel: Sosyal anksiyete bozukluğu olanlar başkalarının davranışlarının sonucunda başlarına geleni (örneğin; alay konusu olma gibi) gözlemleyerek bu fobiyi geliştirmiş olabilirler. Ayrıca ebeveynleri tarafından aşırı korunmuş çocuklar normal gelişim sürecinde öğrenilen bazı sosyal becerileri yeterince geliştiremeyebilirler.

E) Tanı ölçütleri

E.1) Sosyal Anksiyete bozukluğu İçin DSM-IV (APA 1994) Ölçütleri

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir ya da birden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi, küçük bir duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir)

Çocuklarda, tanıdık kişilerle yaşına uygun toplumsal ilişkilere girebilme becerisi olmalı ve anksiyete yalnızca erişkinlerle olan ilişkilerle değil, akranları ile olan ilişkilerle de ortaya çıkmalıdır.

B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alır.

C. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. Çocuklarda bu özellik olmayabilir.

D. Korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirdiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku ya da kaçınma bir maddenin (örn: kötüye kullanılan bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn: Agorafobi ile birlikte ya da olmadan panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluk ya da şizoid kişilik bozukluğu).

H. Genel bir tıbbi durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir, (örn.korku, kekemelik, Parkinson hastalığındaki titreme ya da bulimia nervozadaki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir) Varsa belirtiniz Yaygın tip (korkular çoğu toplumsal durumu kapsıyorsa örneğin söyleşileri başlatma ya da sürdürme, küçük topluluklara katılma, karşı cins ile çıkma, üstleri ile konuşma, partilere gitme).

E.2) Sosyal Anksiyete bozukluğu için ICD–10 Ölçütleri:

A. Aşağıdakilerden birisi bulunmalıdır.

1. Dikkat odağı olmayla ilgili ciddi korku ya da utanacağı ya da küçük düşeceği biçimde davranma korkusu.

2. Dikkat odağı olmaktan ya da utandırıcı ya da küçük düşürücü şekilde davranma korkusu olan durumlardan kaçınma bu korkular topluluk içinde yemek yeme ya da konuşma, tanıdık kişilerle topluluk içinde karşılaşma, küçük gruplara(örneğin partiler, toplantılar, sınıf) katılma gibi sosyal durumlarda ortaya çıkmaktadır.

B. Hastalığın başlangıcından beri, korkulan durumlarda, agorafobi için B ölçütleri altında tanımlandığı gibi, en az iki anksiyete belirtisinin aşağıdaki belirtilerden en az birisiyle beraber görülmesi:

1. Kızarma ya da titreme
2. Kusmaktan korkma
3. İdrara sıkışma ya da idrar ya da dışkı kaçırmaya korkusu

C. Belirtiler ya da kaçınma ciddi duygusal sıkıntıya neden olur ve birey bunların aşırı ve mantıksız olduğunu farkındadır.

D. Belirtiler korkulan durumlarla sınırlı şekilde ya da en yoğun olarak bu durumlarda görülür ya da korkulan durumun ortaya çıkması beklendiğinde belirgin hale gelir.

E. A ve B ölçütlerinde yer alan belirtilerin nedeni sanrılar, varsanılar ya da organik mental bozukluklar, şizofreni ve şizofreni benzeri bozukluklar, duygudurum bozuklukları, saplantı zorlantı bozukluğu olmamalı ve bu belirtiler kültürel inançlara ikincil olmamalıdır.

F) Klinik Belirtiler, Seyir ve Prognoz

Sosyal anksiyete bozukluğunun genelini oluşturan sınırlı sosyal anksiyete bozukluğunda, hastalar birçok sosyal ortamda bulunmaktan rahatsız olmadıkları halde, bir ya da birkaç özgül durumda sıkıntı yaşamaktadır. Yaygın sosyal anksiyete bozukluğu bulunan hastalar ise sosyal etkileşim gerektirenler başta olmak üzere birçok sosyal durumdan rahatsızlık duymaktadırlar. Sosyal anksiyete bozukluğu bulunan kişiler en sık olarak topluluk içinde konuşmak, yazmak ve halka açık tuvaletleri kullanmak konusunda sıkıntı yaşamaktadır. Bu anksiyete sıklıkla çok belirgindir ve bazı kişilerde panik atak boyutuna varabilir. Bu kişilerde korkulan durumlardan kaçınma ya da kaçma konusunda kuvvetli bir dürtü ortaya çıkar. Topluluk büyüdükçe ya da ortam resmileştikçe korku da artmaktadır^{29,30}.

Topluluk içinde yanlış bir şey söyleyecekleri ya da bir sözcüğü yanlış telaffuz edeceklerini düşünerek konuşmaktan kaçınırlar. Eleştiriden kaçınmak için, duygularını ifade etmeyebilirler. Fakat kendilerini korumak için suskunluğu yeğlemeleri onları daha da yalnızlaştırır.

Sosyal anksiyete bozukluğu hastaları, fobik durumlarda ya da fobik durum beklentisinin varlığında, otonom sistemle ilişkili belirtilerle birlikte anksiyete de yaşarlar. Tipik bedensel belirtiler arasında çarpıntı, terleme, titreme ve kızarma bulunmaktadır.

Bu belirtilerin herkes tarafından görüldüğünü düşünen hastanın dikkati fobik durumlarda fizyolojik aktivasyon üzerine yoğunlaşmakta; anksiyeteleri daha da artmakta; hareketleri beceriksiz bir hal almakta ve dikkatlerini toplama yetilerini yitirmektedirler. Yaygın SAB bulunan hastaların zihinleri yetersizlik hisleriyle doludur. Bilişsel olarak eleştiriden ve onaylanmamaktan korkarlar. Kendilerini sosyal açıdan yetersiz ve aşağı görmektedirler. Toplumdaki SAB hastaları hastalığı olmayan kişilerle karşılaştırıldıklarında, okul başarılarının daha kötü ve eğitim sürelerinin daha kısa olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda görülen yeti yitimi, mesleki ve ekonomik duruma da yansımaktadır. Tedavi olmak isteyen SAB hastaları genelde ilk tedavi girişimi için yıllarca beklemektedirler. Sosyal anksiyete bozukluğu kronik bir gidiş gösterir.

G) Tedavi

Sosyal anksiyete bozukluğu, çoğunlukla doğru tedaviyle tamamen iyileştirilebilir bir rahatsızlıktır. En etkili tedavi bilişsel-davranış terapisi. İlaç tedavisi de belirtilerin azalmasına sebep olarak bilişsel-davranış terapisini daha etkili hale getirebilir.

Bilişsel-davranış terapisi: Bu terapinin amacı kişinin düşüncelerini daha akılcı bir yere yönlendirmek ve daha önceden anksiyeteye sebep olmuş durumlardan kaçınmasını engellemeye yardımcı olmaktır. Kişinin anksiyete belirtilerini tetikleyen durumlara karşı farklı reaksiyon vermesini öğretir. Terapi sistematik duyarsızlaştırmayı veya korkulan duruma gerçek hayatta maruz kalmayı içerebilir. Sistematik duyarsızlaştırmada kişi ürkütücü durumu hayal eder ve korkularıyla güvenli ve rahat bir çevrede başa çıkmayı öğrenir (örneğin terapistin ofisi). Gerçek hayatta maruz kalmada ise; terapistin desteğiyle kişi aşamalı olarak kendisi için ürkütücü olan durumla karşı karşıya gelir.

Özsaygının ve sosyal becerilerin geliştirilmesi için danışmanlık ve nefes egzersizi gibi rahatlama teknikleri de sosyal anksiyete bozukluğu ile başa çıkmada kişiye yardımcı olabilir.

2.5. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Diyalizde Psikososyal Sorunlar

Kronik böbrek yetmezliği hastalarında tıbbi nedenler ile hastaneye yatırılan son dönem böbrek yetmezlikli hastaların yaklaşık %10'unda psikiyatrik bir bozukluk

vardır^{31,32}. Diyaliz hastalarında karşılaşılan en önemli psikolojik sorunlar depresyon, demans, ilaç ve alkol ile ilişkili bozukluklar, anksiyete ve kişilik problemleridir.

Depresyon diyaliz hastalarında en sık karşılaşılan psikolojik sorun olup genellikle gerçekte var olan, var olma ihtimali olan veya hayal edilen bazı kayıplara karşı bir yanittir. İnsidansı % 5 - % 60 arasında değişir^{31,32,33}. Depresyon böbrek fonksiyonlarını, fiziksel ve düşünsel yeteneklerini, seksüel fonksiyonlarını, iş, aile ve toplum hayatındaki rolünü kaybetmesine bağlıdır ve depresyon hastanın başlangıçta sahip olduğu tıbbi hastalığın verdiği sıkıntılarla tetiklenir.

Diyaliz hastalarında hastalığın evresi, süresi, tedavi şekli ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek komplikasyonlar; uyum güçlüğü, davranışsal reaksiyonlar, organik beyin sendromları, anksiyete, depresyon ve seksüel sorunlardır^{31,32}. Bir çalışma sonucuna göre depresyon, diyalizden ayrılmanın işaretçisidir (McDade-Montez, Christensen et al. 2006)³².

Karabulutlu ve Okanlı'nın çalışmasında (2011) hemodiyaliz hastalarının en fazla güç kaybı ve yorgunluk belirtileri yaşadıkları ve bu belirtileri hastalıkla ilişkilendirdikleri belirtilmektedir³³. Yetişkin'in (2008) hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada ise kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan grupta kontrol grubuna göre yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon riski tespit edilmiştir³¹. KBY grubunda yeti yitiminin yüksek olduğu, eğitimsiz ve ağır yeti yitimi olanlarda depresyon riskinin daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir.

Mutlu'nun (2007) hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmasında hastaların eğitim seviyesi ve aylık ortalama gelirleri arttıkça benlik saygısının yükseldiği, yeşil kartlı hastaların en düşük benlik saygısına sahip olduğu, empatik ve maddi sosyal destek alan hastaların benlik saygılarının almayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır³². Aynı çalışmada hastalığın hasta bireylerin yakın arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerinin azalmasına, diğer insanlara karşı beklentilerinin artmasına, rol ve sorumluluklarını yerine getirememesine ve yaşadıkları çevreyi değiştirmelerine sebep olduğu bildirilmiştir. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda sosyal konum, iş, uzun dönem sağlık durumu, erken mortalite, finansal durumlar ve diyalize girme ile ilişkilidir.

2.6. Çocuklarda Kronik Böbrek Yetmezliğinde Ruhsal Bozukluklar

Çocukluk dönemi böbrek yetmezliği çocuğun yaşamını tehdit eden, genellikle iyileşmesi olası olmayan ve genç erişkinliğe kadar bireyi böbrek kaybına kadar götüren, kötü sonlanmaya sahip bir kronik hastalıktır. Böbrek yetmezliği bunun dışında belirsizlikler içerir, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştırır, panik ve kaygı uyandırır. Kaygı durumu çocuğun ruhsal durumunu ve tüm yaşamını etkileyecek psikiyatrik bozuklukların gelişmesine neden olur. Hastalıkla birlikte gelişen belirsizlik ve çaresizlik duyguları çocuğun kontrol kaybı yaşmasına yol açar. Hastalığın alevlenme evreleri sıklaşıp uzadıkça, hastalık ilerledikçe, çocukta davranış ve uyum bozuklukları gelişmeye başlar. Böbrek yetmezliğiyle birlikte gelişen işlevsel bozulmalar sonucunda, çocukta büyüme gelişme gerilikleri, böbrek ostedistrofisi, irritabilite, distraktibilite, yorgunluk, huzursuzluk gelişir. Özellikle böbrek replasman tedavileri içinde en sık uygulanan hemodiyaliz, multiple skarlar, fistül girişimleri, arteriovenöz şantlar gibi birçok invaziv travmatik girişimleri içerir ve sıklıkla üreminin bir komplikasyonu olarak gelişen ikincil seks karakterlerinin ortaya çıkmasıyla bu travma şiddetlenir. Beden imgesindeki negatif değişim çocuğun kendisini kardeşlerinden ve akranlarından farklıymış gibi hissetmesine neden olur. Sürekli makineye bağlı kalma, çocukta bağımsızlığını yitirme, sosyal izolasyon, arkadaş ilişkilerinde bozulma, benlik saygısında azalma ve okul başarısında düşmeye, sosyal anksiyetenin gelişimine temel hazırlar. Stresör arttıkça bedensel ve sosyal sorunlar psikosomatik hastalığa dönüşür. Bazı çocuklarda hemodiyalizin agresif tedavi sürecine karşı fobik reaksiyonlar gelişmektedir. Bu durum çocukların yaşam kalitesinin azalmasına neden olmakta, çocuğun tedaviye uyumunu ve hastalığın sonlanmasını olumsuz etkilemektedir. Yaşanan güçlüklerle dolu bu süreç, çocukta anksiyete ve depresyonun gelişimini tetikler³⁴.

Psikodinamik literatürde depresyon ‘bir şeyin kaybına karşı geliştirilen tepki’ olarak nitelendirilmiştir. Böbrek yetmezliği olan çocuk ve ergen birçok kaybı birlikte yaşar. Tedavi sırasındaki tıbbi girişimlerle birlikte hareket kısıtlanması, bilişsel yeti yitimi, işlev kaybı çocuk ve ergenin geri dönüşümü olmayan bir kayıp süreci yaşamasına neden olur. Hastalığın yadsınması çocuk ve ergenin en sık kullandığı, hastalığıdaki kayıpla baş etme yöntemi olmasıyla birlikte, tedavi sürecinin en kötü komplikasyonudur.

Bir çalışmada diyaliz tedavisi alan hastaların aleksitimi ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu bulunmuřtur³⁴.

Sağlıker sendromunda da kronik hastaların çoğunda olduğu gibi, son dönem böbrek hastalığı olan ve diyalize giren ocuk ve ergenlerdeki gibi, tedavi süreçlerinde (zellikle diyaliz sonrası) başkalarının bakımına gereksinim duyduklarına ilişkin olumsuz duygular sık yaşanır. Depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozuklukları görülebilmektedir.

Biz bu alışmamızda SS hastalarının Sosyal Anksiyete durumlarını araştırmayı planladık.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırma Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği, Nefroloji ve Psikiyatri Kliniklerinde yapılmış, etik kurul onayı alındıktan sonra başlayıp, yaklaşık bir yıl içinde tamamlanmıştır. Bu araştırma ileriye dönük klinik araştırma şeklinde planlanmıştır. Aile Hekimliği ve Nefroloji polikliniğine ayaktan başvuran 17 yaş üzerinde, akıl sağlığı yerinde olan ve okuma yazma bilen, 39 KBH'lı hasta örnekleme alınmıştır. Gene bu süre içinde kayıtlar yolu ile 13 SS'lu hastaya ulaşılmıştır. Ayrıca yaş, cinsiyet ve eğitim eşleştirilmiş 39 sağlıklı kontrol grubu, örnekleme dahil edilmiştir. 52 hasta ve 39 u sağlıklı olmak üzere toplam 91 kişi çalışmaya alınmıştır. Gruplar yaş ve cinsiyet dağılımlarına göre benzer özellikte olacak şekilde seçildi. Grup 1 ve Grup 2'deki hastaların kan biyokimya değerleri, tam kan sayımı, elektrolitler eşleştirildi. Çalışmaya alınan kişiler 18 – 44 yaş arası, okuma yazma bilen, fiziksel ve mental olarak başka bir hastalığı ve madde kullanımı olmayan, gebe ve lohusa olmayan kişilerdi.

Aynı araştırma görevlisi doktor tarafından yüzyüze, diyaliz öncesi dönemde, grup 1'e evlerinde, grup 2'e poliklinikte DSM-IV' e göre yapılandırılmış görüşme yöntemi ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ile hastalar tarafından doldurulan Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve araştırmacılar tarafından hazırlanan klinik ve sosyodemografik veri formu uygulanmıştır.

Başka Kronik Hastalığı olanlar, psikotik bozukluk, zeka geriliği, bipolar bozukluk, alkol ve madde kullanım bozukluğu olanlar, gebeler ile postpartum dönemde olan kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya alınan tüm hastalar çalışmanın amacı ve özellikleri açısından bilgilendirildikten sonra onam formu imzalatılmıştır.

3.1. Ölçekler

3.1.1. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği

LSKÖ, 24 sorudan oluşan likert tipinde bir öz-değerlendirme ölçeğidir. Çeşitli sosyal durumlarla ilgili olarak ortaya çıkan kaygı ve kaçınma şiddetini sorgulamaktadır. Birincisi sosyal ortamlarda yaşanan kaygı düzeyini ve ikincisi kaçınma davranışının şiddetini ölçmeye yönelik iki alt-ölçek içermektedir. Her bir alt-ölçekten alınabilecek

puanlar 0 ve 72 arasında değişebilmekte ve toplam ölçek puanı 0 ile 144 arasında olmaktadır. Alınan puanın yükselmesi sosyal kaygının ve kaçınmanın şiddetlendiğini göstermektedir. Önerilen kesim puanı herbir alt ölçek için 25 ve toplam puan için 50'dir. Ölçek Liebowitz (1987) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Heimberg ve arkadaşları (1999), Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Soykan ve arkadaşları (2003) tarafından yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.^{35,36} Sağlıker sendromlu hastalarda oluşabilen morfolojik değişikliklerin hastanın mesleki, toplumsal, sosyal ve aile ilişkilerinde yaratabileceği kaygı ve kaçınma düzeylerini belirleyebilmek için bu ölçek tercih edilmiştir.

3.1.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Kişide depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılan, Beck tarafından 1961 yılında geliştirilen, toplam 21 sorudan oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 17 olarak alınmıştır^{37,38}.

3.1.3. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.^{39,40}

3.2. İstatiksel Metod

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 17.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlenmiş ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki Kare Test ya da Fisher Test istatistiği kullanılmıştır. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar

kontrol edilmiş, parametrik olan değişkenler için Bağımsız Örneklem T Testi, parametrik olmayan değişkenlerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 alınmıştır. P değeri için gruplar arası ikili karşılaştırmalarda Bonferroni-dunn testi düzeltilmesi yapılmıştır. $p < 0.017$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 13 Sağlıker Sendromu (SS) hastası, 39 Kronik Böbrek Hastalığı hastası ile kontrol grubu olarak 39 sağlıklı kişi olmak üzere toplam 91 kişi dahil edildi.

Sağlıker Sendromu hastaları grup 1 , KBH hastaları grup 2, kontrol grubu da grup 3 olarak adlandırıldı. 91 kişinin 13 (%14.3)'ü grup 1, 39 (% 42.9) 'u grup 2 ve 39 (% 42.9)'u grup 3 idi.

Tüm katılımcıların yaş ortalamaları 28.84 ± 6.51 ' di. Grup 1 yaş ortalaması 30.08 ± 4.05 , Grup 2 yaş ortalaması 29.33 ± 7.45 , Grup 3 yaş ortalaması 27.92 ± 6.17 idi. Yaş dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Katılımcıların 73 (% 80.2)'ü erkek, 18 (% 19.8)'i kadındı. Cinsiyet açısından gruplar kendi arasında değerlendirildiğinde Grup 1 hastalarının 10 (% 76.9)'u, Grup 2 hastalarının 27 (69.2)'si erkekti.

Meslek dağılımları incelendiğinde 1 (% 1.1) emekli, 11 (% 12.1) ev hanımı, 32 (% 35.2) işçi, 31 (% 34.1) işsiz, 3 (% 3.3) memur, 9 (% 9.9) öğrenci ve 4 (% 4.4) serbest çalışan idi. Meslek dağılımları açısından gruplara baktığımızda Grup 1'de 0 (% 0) emekli, 1 (%7.7) ev hanımı, 2 (%15.4) işçi, 9 (%69.2) işsiz, 0 (%0) memur, 1 (%7.7) öğrenci, 0 (%0) serbest çalışan idi. Grup 2'de 1 (% 2.6) emekli, 10 (%25.6) ev hanımı, 3 (%7.7) işçi, 22 (%56.4) işsiz, 1 (%2.6) memur, 1 (%2.6) öğrenci, 1 (%2.6) serbest çalışan idi. Grup 3'te 0 (% 0) emekli, 0 (%0) ev hanımı, 27 (%69.2) işçi, 0 (%0) işsiz, 2 (%5.1) memur, 7 (%17.9) öğrenci, 3 (%7.7) serbest çalışan idi. Meslek dağılımlarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0.0001$)

Katılımcıların 52 (%57.1) 'sinde böbrek hastalığı vardı. Grup 1'in 13 (% 100)'ünde, Grup 2'nin 39 (%100)'ünde, Grup 3'ün 0 (%0)'nda böbrek hastalığı vardı. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p < 0.0001$)

Çalışmadaki 50 (% 54.9) kişi diyaliz tedavisi alıyordu. Grup 1'de 13 (% 100) kişi, Grup 2'de 37 (%94.9) kişi ve Grup 3'de 0 (%0) kişi diyaliz tedavisi alıyordu. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı. ($p < 0.0001$)

Çalışmadaki 6 (% 6.6) kişi böbrek nakli olmuştu. Grup 1'de 2 (% 15.4) kişi, Grup 2'de 4 (%10.3) kişi ve Grup 3'de 0 (%0) kişi böbrek nakli olmuştu. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. ($p = 0.073$)

Katılımcılardan 1 (%1.1) kişide SAB öyküsü vardı. Grup 1’de 1 (%7.7) kişide, Grup 2’de 0 (%0) kişide ve Grup 3’te 0 (%0) kişide SAB öyküsü vardı. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı. (p=0.048)

Özkıyım öyküsü katılımcılardan 9 (%9.9) kişide vardı. Grup 1’de 2 (%15.4) kişide, Grup 2’de 6 (%15.4) kişide, Grup 3’te 1 (%2.6) kişide özkıyım öyküsü vardı. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. (p=0.128)

Özkıyım düşüncesi katılımcılardan 14 (% 15.4) kişide vardı. Grup 1’de 3 (%23.1) kişide, Grup 2’de 10 (%25.6) kişide, Grup 3’te 1 (%2.6) kişide özkıyım düşüncesi vardı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi.(p= 0.013)

Çalışmaya katılanların hiçbirisi SAB için ilaç kullanmıyordu. Katılımcıların 28 (%30.8) ’i son 6 ayda etkili bir olay yaşadıklarını belirtti. Bu oran Grup 1’de 2 (%15.4) kişi, Grup 2’de 20 (%51.3) kişi ve Grup 3’te 6 (%15.4) idi. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.(p=0.001)

Çalışmaya katılan 81 (%89) kişinin ailesel ve çevresel açıdan sosyal desteği vardı. Bu oran Grup 1’de 10 (% 76.9), Grup 2’de 35 (%89.7), Grup 3’te 36 (%92.3) idi. Gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi.(p=0.302)

Tablo 16. Medeni Durum Dağılımları Tablosu

	GRUPLAR								p
	Grup 1		Grup 2		Grup 3		Toplam		
Medeni Hal	n	%	n	%	n	%	n	%	0.006
Bekar	12	%92.3	27	%69.2	18	%46.2	57	%62.6	
Evli	1	% 7.7	12	%30.8	21	%53.8	34	%37.4	
Toplam	13	%14.3	39	%42.9	39	%42.9	91	%100	

Pearson Ki-kare testi

Tablo 17. Eğitim Durumları Tablosu

	GRUPLAR								p
	Grup 1		Grup 2		Grup 3		Toplam		
Eğitim	n	%	n	%	n	%	n	%	
yok	1	%7.7	0	%0	0	%0	1	%1.1	< 0.0001
ilkokul	9	%69.2	24	%61.5	1	%2.6	34	%37.4	
ortaokul	1	%7.7	3	%7.7	1	%2.6	5	%5.5	
lise	2	%15.4	11	%28.2	21	%53.8	34	%37.4	
önlisans	0	%0	0	%0	3	%7.7	3	%3.3	
yükseköğretim	0	%0	0	%0	3	%7.7	3	%3.3	
üniversite	0	%0	1	%2.6	10	%25.6	11	%12.1	
Toplam	13	%14.3	39	%42.9	39	%42.9	91	%100	

Pearson ki-kare testi

Tablo 18. Meslek Dağılımları Tablosu

	Gruplar								p
	Grup 1		Grup 2		Grup 3		Toplam		
Meslek	n	%	n	%	n	%	n	%	
Emekli	0	0	1	2.6	0	0	1	1.1	<0.0001
Ev hanımı	1	7.7	10	25.6	0	0	11	12.1	
İşçi	2	15.4	3	7.7	27	69.2	32	35.2	
İşsiz	9	69.2	22	56.4	0	0	31	34.1	
Memur	0	0	1	2.6	2	5.1	3	3.3	
Öğrenci	1	7.7	1	2.6	7	17.9	9	9.9	
Serbest	0	0	1	2.6	3	7.7	4	4.4	
Toplam	13	14.3	39	42.9	39	42.9	91	100	

Pearson Ki-kare testi

Tablo 19. Özgeçmiş Değerlendirilmesi Tablosu

		GRUPLAR								p		
		Grup1		Grup 2		Grup 3		Toplam				
Özgeçmiş		n	%	n	%	n	%	n	%			
Böbrek hast.	var	13	%100	39	%100	0	%0.0	52	%57.1	<0.0001		
	yok	0	%0.0	0	%0.0	39	%100	39	%42.9			
	toplam	13	%14.3	39	%42.9	39	%42.9	91	%100			
Diyaliz ted.	var	13	%100	37	%94.9	0	%0.0	50	%54.9		<0.0001	
	yok	0	%0.0	2	%5.1	39	%100	41	%45.1			
	toplam	13	%14.3	39	%42.9	39	%42.9	91	%100			
Ek hastalık	var	5	%38.5	13	%33.3	0	%0.0	18	%19.8			<0.0001
	yok	8	%61.5	26	%66.7	39	%100	73	%80.2			
	toplam	13	%14.3	39	%42.9	39	%42.9	91	%100			
Ameliyat	var	7	%53.8	25	%64.1	7	%17.9	39	%42.9	<0.0001		
	yok	6	%46.2	14	%35.9	32	%82.1	52	%57.1			
	toplam	13	%14.3	39	%42.9	39	%42.9	91	%100			
İlaç kullanımı	var	9	%69.2	32	%82.1	1	%2.6	42	%46.2		<0.0001	
	yok	4	%30.8	7	%17.9	38	%97.4	49	%53.8			
	toplam	13	%14.3	39	%42.9	39	%42.9	91	%100			
Alkol, sigara	var	2	%15.4	13	%33.3	11	%28.2	26	%28.6			0.462
	yok	11	%84.6	26	%66.7	28	%71.8	65	%71.4			
	toplam	13	%14.3	39	%42.9	39	%42.9	91	%100			

Pearson Ki-kare testi

Tablo 20. Soygeçmiş Değerlendirmesi Tablosu

		GRUPLAR						Toplam		P
		Grup 1		Grup 2		Grup 3				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Soygeçmişte böbrek hast.	var	4	%30.8	5	%12.8	1	%2.6	10	%11	0.017
	yok	9	%69.2	34	%87.2	38	%97.4	81	%89	
	toplam	13	%14.3	39	%42.9	39	%42.9	91	%100	
Soygeçmişte sosyal anksiyete bzk.	var	0	%0.0	0	%0.0	1	%2.6	1	%1.1	0.510
	yok	13	%100	39	%100	38	%97.4	90	%98.9	
	toplam	13	%14.3	39	%42.9	39	%42.9	91	%100	
Özkıyım düşüncesi	var	3	%23.1	10	%25.6	1	%2.6	14	%15.4	0.013
	yok	10	%76.9	29	%74.4	38	%97.4	77	%84.6	
	toplam	13	%14.3	39	%42.9	39	%42.9	91	%100	

Pearson Ki-kare testi

Tablo 21. Ölçek Sonuçları Tablosu

	Gruplar			P
	Grup 1	Grup 2	Grup 3	
BAI	6.85±6.12	3.51±1.79	1.23±1.79	<0.0001
BDI	12.62±8.40	7.79±5.03	2.44±3.16	<0.0001
Liebowitz kaygı	69.08±8.77	62.13±10.64	37.28±7.87	<0.0001
Liebowitz kaçınma	69.08±8.77	62.13±10.64	37.28±7.87	<0.0001

Kruskal-Wallis testi

Psikiyatrik ölçek sonuçlarına bakıldığında Beck Anksiyete Ölçek puanları (BAI) 1. Grupta en yüksek, 2.grupta yüksek ve 3. Grupta en düşük bulundu. Kruskal Wallis testine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı.($p<0.0001$) Beck Depresyon Ölçek puanları (BDI) 1. Grupta en yüksek, 2.grupta yüksek, 3. Grupta en düşük bulundu. Kruskal Wallis testine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı. ($p<0.0001$)

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kaygı skorları 1.grupta en yüksek, 2.grupta yüksek ve 3.grupta en düşüktü. Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği kaygı skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. ($p<0.0001$) Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği kaçınma skorları da 1.grupta en yüksek, 2.grupta yüksek ve 3.grupta en düşük idi. Liebowitz sosyal anksiyete ölçeği kaçınma skorları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. ($p<0.0001$).

Tablo 22. Grup 1 ve Grup 2 Karşılaştırma Tablosu

Gruplar	Grup 1 Ortalama ± Standart sapma	Grup 2 Ortalama ± Standart sapma	P
Liebowitz kaygı	69.08±8.77	62.13±10.64	p=0.043
Liebowitz kaçınma	69.08±8.77	62.13±10.64	p=0.043

Mann-Whitney testi

Tablo 23. Grup 1 ve Grup 3 Karşılaştırma Tablosu

Gruplar	Grup 1 Ortalama ± Standart sapma	Grup 3 Ortalama ± Standart sapma	P
Liebowitz kaygı	69.08±8.77	37.28±7.87	P<0.0001
Liebowitz kaçınma	69.08±8.77	37.28±7.87	P<0.0001

Mann-Whitney testi

Tablo 24. Grup 2 ve Grup 3 Karşılaştırması Tablosu

Gruplar	Grup 2 Ortalama ± Standart sapma	Grup 3 Ortalama ± Standart sapma	P
Liebowitz kaygı	62.13±10.64	37.28±7.87	P<0.0001
Liebowitz kaçınma	62.13±10.64	37.28±7.87	P<0.0001

Mann-Whitney testi

P değeri için gruplar arası ikili karşılaştırmalarda Bonferroni-dunn testi düzeltilmesi yapılmıştır. $p<0.017$ olarak kabul edilmiştir.

Mann-Whitney testine göre Grup 1 ve Grup 2 arasında yapılan post hoc ikili karşılaştırmada Liebowitz kaygı ve kaçınma skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.($p=0.043$) Mann-Whitney testine göre Grup 1 ve Grup 3 arasında yapılan post hoc ikili karşılaştırmada Liebowitz kaygı ve kaçınma skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.($p<0.0001$) Mann-Whitney testine göre Grup 2 ve Grup 3 arasında yapılan post hoc ikili karşılaştırmada Liebowitz kaygı ve kaçınma skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.($p<0.0001$)

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Sağlıker Sendromu SDBY ve SHPT olan hastalarda ciddi kemik değışiklikleri ve fiziksel değışiklikler olması, psikolojik, nörolojik bulguların eşlik etmesi ile tanımlanan özel bir sendromdur.

Bu sonuçlarla SS hastalarının medeni hal olarak bekar olma durumu, meslek sahibi olma durumları, eğitim seviyeleri, ek bir hastalığa sahip olma durumları, ameliyat olma oranları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklı bulundu. Sonuçlar morfolojik değışikliklerin medeni durumlarını, meslek sahibi olmalarını ve eğitim seviyelerini olumsuz yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Yaptığımız araştırmada SS hastalarının % 92.3'ünün bekar olduğu, % 69.2'sinin işsiz olduğu, eğitim düzeylerinin lise ve altında olduğu belirlendi.

Beklendiği şekilde böbrek hastalığı olma durumu, ameliyat olma durumları ve sürekli ilaç kullanımını SS ve KBH hastalarında anlamlı şekilde yüksekti. Alkol ve sigara kullanımları açısından fark saptanmadı.

Soygeçmişte böbrek hastalığı olması SS hastalarında yüksek bulundu. Soygeçmişte SAB olması ve anne-baba akrabalığı olması farklı bulunmadı.

SAB varlığı SS hastalarında yüksek bulundu. Özkıyım oranları açısından gruplar arasında fark bulunmadı. Ancak özkıyım düşüncesi açısından SS grubu anlamlı farklı bulundu.

Son 6 ayda yaşanan negatif olay oranı gruplar arasında anlamlı olarak farklı bulundu. Sosyal destek durumları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Test sonuçlarına bakıldığında BAI skorları 1.grupta en yüksek. 2. grupta yüksek ve 3.grupta en düşük saptandı. Kruskal Wallis testine göre anlamlı bulundu. BDI skorları aynı şekilde 1.grupta en yüksek. 2. Grupta yüksek ve 3.grupta en düşük bulundu. Kruskal-Wallis testine göre anlamlı idi.

Bu çalışmada depresyon ve anksiyete düzeyinin SS olan hastalarda, KBH ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. SS'da psikiyatrik durumları araştıran çalışma sayısı oldukça nadirdir. 2010 yılında Ozenli Y, Giray S ve arkadaşlarının 13 SS ve 13 KBH hastası ile yaptığı çalışmada; SS hastalarında

depresyon oranının KBH hastalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. SS hastalarının % 69.2 sinde bir mental hastalık saptanırken sadece KBH olan grupta mental hastalık oranı % 23.1 bulunmuştur¹³. Bizim çalışmamızda da literatüre uygun sonuçlara ulaşıldı.

Yaptığımız araştırmada Liebowitz sosyal kaygı ölçeğinin hem kaygı hem de kaçınma ölçek puanlarının SS olan hastalarda diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Sosyal anksiyete bozukluğu sosyal ortamlarda ve performans gerektiren olaylarda ciddi anksiyete hissedilmesi ve bu durumlardan uzaklaşma durumudur. SS olan hastalarda oluşan KBH hastalarından farklı olarak kronik olmasının yanında, oluşabilen morfolojik değişiklikler toplumsal ve sosyal ilişkilerde kaygıya neden olabilir. Toplum tarafından stigmatizasyona uğrama kaygısı ile beraber kaçınma davranışı gelişiminin olabileceği düşünülmüştür.

Beden görünümünde değişikliğe yol açan hastalıklarda, hastanın psikolojik olarak ciddi şekilde etkilendiği pekçok çalışmada saptanmıştır. 1994 yılında Oberlander ve arkadaşları beden görünümelerini bozan çeşitli hastalıkları olan 8 hasta ile yaptıkları çalışmada, söz konusu hastaların ciddi düzeyde sosyal anksiyete yaşadıklarını saptamışlar⁴¹. 2000 yılında Devrimci-Özgüven ve ark. yaptığı çalışmada bedeninin görünür yerlerinde lezyonları olan psöriyazis hastalarında sosyal anksiyete düzeyinin yüksek olduğu saptanmış. Sosyal anksiyete ile hastalığın şiddetinin ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır⁴². Gündel ve ark. yaptığı çalışma da; fiziksel hastalıklarına bağlı olarak aşırı stres, sıkıntı ve kaçınma yaşayan kişilerde sosyal anksiyete bozukluğu tanısı da koymanın uygun olacağı sonucuna varılan bir başka çalışmadır⁴³.

2004 yılında Yarpuz A, Saadet E ve arkadaşlarının yaptığı Akne Vulgaris hastalarında Sosyal kaygı düzeyi ve bunun klinik değişkenler ile ilişkisi adlı çalışmada 83 akne vulgaris tanılı hasta ve 58 sağlıklı kontrol değerlendirilmiştir. Akne grubunda Liebowitz puanları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek tespit edilmiştir⁴⁴. (p<0.01) Burada da bizim çalışmamıza benzer şekilde, kişilerin dış görünüşlerini bozan hastalıkların kişinin psikolojisini de olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Fiziksel görünümde meydana gelen ciddi bozulmaların kişinin kendine güveninde azalmaya yol açtığı, utangaçlık ve sosyal inhibisyon yarattığı düşünülmektedir.

2006 yılında Topçuoğlu V, Bez Y ve arkadaşlarının yaptığı Esansiyel Tremorda Sosyal Fobi adlı çalışmada 45 esansiyel tremor tanısı almış hasta incelenmiş, Liebowitz

ölçeği kullanılmıştır. Liebowitz toplam korku puanları 53.68 ± 15.13 , toplam kaçınma puanları 51.32 ± 16.68 tespit edilmiştir. 19 (% 42.2) hastada sosyal fobi tanısı konmuştur. Şikayetleri başkaları tarafından kolaylıkla fark edilebilen esansiyel tremor hastalarının sosyal fobi için riskli bir grup olduğu sonucu çıkarılmıştır⁴⁵. Bizim çalışmamıza benzer şekilde, diğer insanlar tarafından farklı ve bozuk olarak algılanacak fiziksel özelliklere sahip olmanın kişinin topluma çıkması ve sağlıklı iletişim kurması gibi temel fonksiyonları önemli şekilde etkilediği saptanmıştır.

2006 yılında Eren İ ve ark.yaptığı Şizofreni hastalarında yetiyitimi ve belirti şiddetinin yaşam kalitesine etkisi adlı çalışmada kronik şizofreni tanısı almış 50 hasta çalışmaya dahil edilmiş, Liebowitz sosyal korku ve kaçınma ile performans korku ve kaçınma puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Şizofreni gibi kronik gidişli bir hastalıkta da SAB varlığı saptanmıştır⁴⁶. 2009 yılında Zaitsu T ve ark.yaptığı ‘Social anxiety disorder in genuine halitosis patients’ adlı çalışmada 262 halitosis hastası çalışmaya alınmıştır. Liebowitz Sosyal anksiyete ölçeği uygulanmıştır. Ölçek puanları yüksek bulunmuştur⁴⁷. Hastaların % 22.9’unda sosyal anksiyete bozukluğuna yatkınlık olduğu tespit edilmiş, ve halitosis hastalarında sadece ağız hijyeni açısından tedavi verilmesinin yeterli olmadığını, aynı zamanda sosyal anksiyete bozukluğu açısından da özen gösterilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. 2011 yılında Sevi O, Genç Y ve arkadaşlarının yaptığı ‘Alkol Bağımlılığında Aleksitiminin Anksiyete, Sosyal Anksiyete, Benlik Saygısı ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuyla İlişkisi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma’ adlı araştırmada alkol bağımlılığı nedeniyle ayaktan ve yatarak tedavi gören 14 hasta ve alkol bağımlılığı tanısı almayan 11 birey çalışmaya alınmıştır. Bireylere Liebowitz Sosyal kaygı ölçeği uygulanmış, alkol bağımlılığı olan ve aleksitimik olarak değerlendirilen bireylerin sosyal durumlarda yaşadıkları korku ve kaçınma puanları, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek olarak bulunmuştur.($p=0,011$)⁴⁸. Bu kişilerin sosyal açıdan izole olma eğiliminde olduklarını ortaya koymuşlardır.

Açmaz G. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; Polikistik over sendromlu, obez ve hirsütizm şikayetleri ile doktora gelen 86 hasta ile 47 sağlıklı birey karşılaştırılmış, Liebowitz sosyal anksiyete ölçeğine göre, hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar elde edilmiştir⁴⁹. Bu çalışmanın sonucunda da kronik hastalığı olan ve

dış görünüşünde olumsuz değişimler olan bireylerin SAB gelişimi açısından risk altında olduğu tespit edilmiştir.

2013 yılında Sabuncuoğlu M.Sabuncuoğlu Y.Öztürk A ve arkadaşlarının yaptığı Vitiligo hastalarında yaşam kalitesi ve psikojenik faktörlerin değerlendirilmesi adlı çalışmada 16-65 yaş arası 40 vitiligo hastası ve 40 sağlıklı kişi alınmış ve bu kişilere Liebowitz sosyal kaygı ölçeği uygulanmıştır. Bu çalışma sonucunda Liebowitz ölçek puanlarına göre vitiligo grubunda anksiyete puanları kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur⁵⁰. ($p<0.05$) Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, dış görünümü etkileyen hastalıklarda olduğu gibi sosyal algılanmanın etkilendiği kişinin toplum içine çıkmasının diğer insanlarla iletişime geçmesinin önemli derecede engellendiği tespit edilmiştir.

Çelik H ve arkadaşlarının yaptığı Kronik Hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi adlı çalışmada 59 KBY hastasının BDÖ ve BAÖ puanları yüksek bulunmuştur. Hastaların %50.8'inde düşük, %49.2'sinde orta ve ağır düzeyde depresyon olduğu saptanmıştır.⁵¹ Biz de çalışmamızda benzer şekilde depresyon ve anksiyeteye dikkat çekmek istedik.

Çalışmamızda Grup 1 ve Grup 2'de eğitim seviyesinin düşük olması, bekar olma ve işsizlik oranlarının yüksek olması kısıtlayıcı idi.

Bu araştırmanın asıl amacı, KBY hastalarında son yıllarda tanımlanan bir hastalık olan Sağlık Sendromunda morfolojik değişikliklerin ruhsal durum ve sosyal anksiyete ile ilişkisini araştırmaktır. Bu araştırma ile Sağlık Sendromu hastalarında meydana gelen ciddi fiziksel değişikliklerin hastaların ruhsal durumunu belirgin olarak etkilediği, yaşamın eğitim, evlilik, meslek sahibi olma, sosyal ortamlara girme ve toplumda yer alma gibi pekçok alanında olumsuz etkileri olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nadir, eşsiz hastaların tespit edildiklerinde psikolojik durumlarına özellikle dikkat edilmesi gerektiğini bu hastalara bütüncül yaklaşım çerçevesinde biyopsikososyal ve ailesel destek sağlanmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Sagliker Y, Balal M, Sagliker Ozkaynak P, Paydas S, Sagliker C, Sagliker H S, Kiralp N, Adam S M, Tuncer I, Gonlusen G, Esenturk M, Gocmez E, Taskapan H, Yeksan M, Kobaner E, Ozkaya O, Yuksekgonul M, Emir I, Cengiz N, Isik I O, Bilginer O, Guler T, Yakar H, Sarsmaz N, Dilaver S, Akoglu B, Basgumus M, Cıtrık E. Sagliker syndrome: Uglifying human face appearance in late and severe secondary hyperparathyroidism in chronic renal failure. *Seminars in Nephrology* Volume 24, Issue 5, September 2004; Pages 449-455
2. Gültekin SÜLEYMANLAR Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi: Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği: Tanımı, Evreleri ve Epidemiyolojisi Nefroloji BD. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi. ANTALYA Türkiye Klinikleri, *J Int Med Sci* 2007;3(38):1-7
3. <http://www.nefroloji.medicine.ankara.edu.tr/files/2013/10/KBH.ppt>.
4. <http://www.medikalakademi.com.tr/kronik-bobrek-hastal-tan-ve-tedavisi/>
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara; Anıl Matbaacılık Ltd. Şti; 2008. Erişim: 10.03.2012
6. Harrison's principals of internal medicine.chp 280, p;2308, 2012.
7. Prof. Dr. Yahya SAĞLIKER in çalışma arşivinden alınmıştır.
8. Robert W. Schrier. *Renal and Electrolite Disorders*, 2010.
9. Barry Brenner and Rector's *The Kidney*, 2011.
10. Shaul G. Massry and Richard Glassock. *Textbook of Nephrology*, 2001.
11. Sagliker Y. Acharya V. Ling Z. International study on Sagliker syndrome and uglifying human face appearance in severe and late secondary hyperparathyroidism in chronic kidney disease patients. *J Ren Nutr*,18:114-7, 2008.
12. Uzel A. Uzel I. Sagliker Y. Yildiz I. Halvaci I. Paylar N. Ocal F. Balal M. Sagliker Ozkaynak P. Paydas S. Sagliker C. Sagliker H S. Kiralp N. Adam S M. Esenturk M. Gocmez E. Taskapan H. Yuksekgonul M. Emir I. Guler T. Yakar H. Sekin O. Kayali E. Caliskan S. Eskiocak A F. Ogruk B. Guzelyurt T. Kurt C Cephalometric Evaluation of Patients With Sagliker Syndrome: Uglifying Human Face Apperance in severe and Late Secondary Hyperparathyroidism in Chronic Renal Failure Patients. *Journal of Renal Nutrition*. 2006; 16: 229-232
13. Giray S. Sagliker Y. Yildiz I. Halvaci I. Paylar N. Ocal F. Balal M. Sagliker Ozkaynak P. Paydas S. Sagliker C. Sagliker H S. Kiralp N. Adam S M. Esenturk M. Gocmez E. Taskapan H. Yuksekgonul M. Emir I. Guler T. Yakar H. Sekin O. Kayali E. Caliskan S. Eskiocak A F. Ogruk B. Guzelyurt T. Kurt C. Neurologic Manifestations in Sagliker Syndrome: Uglifying Human Face Apperance in severe and Late Secondary Hyperparathyroidism in Chronic Renal Failure Patients. *Journal of Renal Nutrition*. 2006; 16: 233-236
14. Sagliker Y. Acharya V. Golea O.. Is survival enough for quality of life in Sagliker Syndrome- uglifying human face appearances in chronic kidney disease? *J Nephrol*. 2008; 21:S134-8
15. Ozenli Y. Giray S. Sagliker Y. Adam SM. A controlled study of psychiatric manifestations and electroencephalography findings in chronic kidney disease patients with Sagliker syndrome. *J Ren Nutr*. 2010; 20:S51-5

16. Erkan AN. Sagliker Y. Yildiz I. Ozluoglu L. Audiological findings in chronic kidney disease patients with Sagliker syndrome. *J Ren Nutr.* 2010; 20:S56-8
17. Zhang L.Yao L.Hua Z.Bian WJ.Li WG Total parathyroidectomy in treatment of Sagliker syndrome in 10 cases of hemodialysing patients with secondary hyperparathyroidism. *Zhonghua nei ke za zhi* 2011; 50(7):562-567 (PMID:22041265)
18. Yildiz I. Sagliker Y. Demirhan O. Tunc E. Inandiklioglu N. Tasdemir D. Acharya V. Zhang L. Golea O. Sabry A. Ookalkar D. Capusa C. Radulescu D. Garneata L. Mircescu G. Ben Maiz H. Hsu Chen C. Prado Rome J. Benzegoutta M. Paylar N. Eyuboglu K. Karatepe E. Esenturk M. Yavascan O. Grzegorzewska A. Shilo V. Mazdeh M M. Francesco R C. Gouda Z. Adam S.M. Emir I. Ocal F. Usta E. Kiralp N. Sagliker C. Ozkaynak P S. Sagliker H S. International Evaluation of Unrecognizably Uglifying Human Faces in Late and Severe Secondary Hyperparathyroidism in Chronic Kidney Disease. Sagliker Syndrome. A Unique Catastrophic Entity. Cytogenetic Studies for Chromosomal Abnormalities. Calcium-Sensing Receptor Gene and GNAS1 Mutations. Striking and Promising Missense Mutations on the GNAS1 Gene Exons 1.4.10.4 *Journal of Renal Nutrition* Volume 22. Issue 1. January. 2012; Pages 157–161
19. Akdemir N. Bostanoğlu H. Yurtsever S Yatağa bağımlı hastaların evde bakım hizmeti. *Dicle Tıp Derg / Dicle Med J* 2011; 38(1): 57- 65
20. Gorman LM. Sultan DF. Raines ML. Davis' s manual of psychosocial nursing in general patient care. Philadelphia: F A Davis Company; 1996; 436-47
21. Roelofs K. Spinhoven P. Sandijck P. The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2005; 193(8): 508– 14
22. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri.* 2008; 11(Ek 3):3-18
23. Türkiye Psikiyatri Derneği <http://www.psikiyatri.org.tr/pagepublic.aspx?menu=18>
24. Çelik H.C. Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere göre İncelenmesi, *Fırat Tıp Dergisi.* 2007; Cilt 12. Sayı 1: 023-027
25. Ateş MB. Kronik Hastalıklar ve Sosyal Fobi - Uzmanlık tezi. İstanbul, 2009
26. Mineka S. Zinbarg R. Conditioning and ethological models of social phobia. *Social Phobia: Diagnosis. Assessment. and Traetment.* Guilford Pres. New York; 1995; p. 134-162
27. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod probl pharmacopsychiatry*;22:141-173. 1987.
28. Addolorato G. Mirijello A. D'Angelo C. Leggio L. Ferrulli A. Vonghia L. Cardone S Leso V. Miceli A. Gasbarrini G. Social phobia in coeliac disease. *Scand J Gastroenterol*;43(4):410-5. 2008.
29. <http://www.e-psikiyatri.com/sosyal-anksiyete-bozuklugu-sosyal-fobi-27209>
30. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları –. Nobel Tıp Kitabevi yayınları 2011.
31. Yetişkin Ş. Hemodiyaliz Hastalarının Yeti Yitimi. Anksiyete ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi.* T.C. Sağlık Bakanlığı. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Aile Hekimliği. İstanbul. 2008.
32. Mutlu E. Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri. Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara. 2007.

33. Karabulutlu EY, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14 (4): 25-31
34. Keskin G, Bilge A. Kronik böbrek yetmezliği olan çocuk ve ergenlerin depresyon, sosyal anksiyete ve aleksitimi açısından değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2009; 10:318-324
35. Soykan C, Özgüven HD, Gencoz T. Liebowitz social anxiety scale: the Turkish version. *Psychol Rep Dec*; 2003; 93(3 pt 2): 1059-69
36. Dilbaz N. Liebowitz sosyal kaygı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı. İstanbul. 2001; 132.
37. Beck AT. An inventory measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961; 4: 561-571
38. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989; 7:3-13
39. Beck AT, Epstein N, Brown G. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56: 893-897
40. Ulusoy M, Sahin N, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory. *J Cogn Psychother*, 1998; 12: 163-172
41. Oberlander EL, Schnejer FR, Liebowitz MR, Physical disability and social phobia. *J Clin Psychopharmacol*, 1994; 14:136-143
42. Devrimci-Özgüven H, Kudakçı N, Boyvat A, Psöriyazis hastalarında ikincil sosyal anksiyete. *Türk Psikiyatri Derg.* 2000; 11(2):121-126
43. Gündel H, Wolf A, Xidara V. Social phobia in spasmodic torticollis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2001; 71:499-504
44. Yarpuz A, Saadet E. Akne vulgaris hastalarında Sosyal kaygı düzeyi ve bunun klinik değişkenler ile ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2008; 19(1):29-37
45. Topçuoğlu V, Bez Y. Esansiyel Tremorda Sosyal Fobi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006; 17(2):93-100
46. Eren İ, Şimşek D. Şizofreni hastalarında yetiyitimi ve belirti şiddetinin yaşam kalitesine etkisi *Düşünen Adam* 2007; 20(2):68-78
47. Takashi Z, Masayuki U, Kayoko S, Fredrick W, Yoko K. Social anxiety disorder in genuine halitosis patients, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2011; 9:94
48. Sevi O, Genç Y. Alkol bağımlılığında Aleksitiminin Anksiyete, Sosyal anksiyete, Benlik saygısı ve Erişkin Dikkat eksikliği Hiperaktivite bozukluğuyla ilişkisi: karşılaştırmalı bir çalışma, *Bağımlılık Dergisi* 2014; 15(1):10-14
49. Açmaz G, Albayrak E. Level of Anxiety, Depression, Self esteem, Social Anxiety and Quality of Life among the Women with Polycystic Ovary Syndrome, *The Scientific World J.* 2013; 851815
50. Sabuncuoğlu M, Sabuncuoğlu Y. Vitiligo hastalarında yaşam kalitesi ve psikojenik faktörlerin değerlendirilmesi, *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014; 5(1)
51. Çelik HC, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere göre İncelenmesi, *Fırat Tıp Dergisi*, 2007; Cilt 12, sayı 1,23-27

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı : Pırıl SAĞLIKER ÖZKAYNAK
Doğum Tarihi ve Yeri : 09 / 09 / 1977- Adana
Medeni Durumu : Evli- 2 çocuklu
Adres : Ziyapaşa Bulvarı Ciritçioğlu apt. K: 4 D: 7
Seyhan/ADANA
Telefon : 0-322-4596836
E.mail : pearlsera@yahoo.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Görev Yerleri : Adana Kızılay Kan Merkezi (2004-2006)
Sağlıker Hipertansiyon Ünitesi (2006-2011)
Yabancı Diller : İngilizce