

**TC.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

BÖBREK NAKİL HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Sibel GÖKÇAY**

SAMSUN – 2009

**TC.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

BÖBREK NAKİL HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Sibel GÖKÇAY**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Kuddusi CENGİZ**

SAMSUN – 2009

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	I
TABLO	III
ŞEKİL	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1 KRONİK BÖBREK HASTALIĞI	2
2.1.1 Tanım	2
2.2 RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ	4
2.2.1 Tanım	4
2.2.2 Hemodiyaliz	5
2.2.2.1 Epidemiyolojik Veriler	7
2.2.3 Periton Diyalizi	7
2.2.3.1 Epidemiyolojik Veriler	8
2.2.4 Diyalizin Uzun Dönem Komplikasyonları	8
2.2.4.1 Kardiyovasküler Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi	8
2.2.4.2 Renal Osteodistrofi ve Yaşam Kalitesi	9
2.2.4.3 Üremik Nöropatit ve Yaşam Kalitesi	10
2.2.4.4 Amiloidosis ve Yaşam Kalitesi	10
2.2.4.5 Edinsel Kistik Hastalık ve Yaşam Kalitesi	11
2.2.5 Böbrek Transplantasyonu	11
2.2.5.1 Tanım	11
2.2.5.2 Epidemiyolojik Verileri	12
2.2.5.3 Transplantasyon Hazırlıkları ve Yaşam Kalitesi	12
2.2.5.4 Nakil Sonrası Takip ve Yaşam Kalitesi	14
2.2.5.4.1 Nakil Sonrası Erken Dönem ve Yaşam Kalitesi	15
2.2.5.4.2 Nakil Sonrası Geç Dönem ve Yaşam Kalitesi	16
2.2.5.5 İmmünoşüpresif İlaçlar ve Yan Etkileri – Yaşam Kalitesi	17

2.3 YAŞAM KALİTESİ	18
2.3.1 Yaşam Kalitesi Tanım	18
2.3.2 Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	21
2.3.3 Yaşam Kalitesi Ölçekleri	21
2.3.3.1 Jenerik Ölçütler	22
2.3.3.2.Hastalıkla İlgili Ölçütler	22
2.3.3.2.1 KDQOL	23
2.3.3.2.2 ESRD-SCL-TM	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1 Hastalar	25
3.2. Metod	25
3.2.1 KDQOL-SF ve SF- 36	26
3.3 İstatiksel Analizler	28
4. BULGULAR	29
4.1 Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bulguları	29
4.2. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguları	34
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ	62
7. KAYNAKLAR	63
8. EK	70

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo I :Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri	2
Tablo II :Hemodiyaliz Hastalarının Şikayetleri	6
Tablo III :Hemodiyaliz Hastalarının Semptomları	6
Tablo IV :Nakil Öncesi ve Sonrası Semptomların Karşılaştırılması	13
Tablo V :ICF Temel Kavramlar	19
Tablo VI :ICF sınıflamasındaki alanların gözden geçirilmesi; vücut fonksiyonları ve yapıları: Vücut Fonksiyonları ve Yapıları- ICF alt birimleri	19
Tablo VII :Aktivite ve Katılım- ICF alt birimleri	20
Tablo VIII :Çevresel Faktörler- ICF alt birimleri	20
Tablo IX :Nakil Hastalarında Kullanılan Ölçekler ve Atıf Sayıları	23
Tablo X : KDQOL- SF ölçeğinin alan ve soru sayılarının dağılımı	27
Tablo XI : Nakil ve diyaliz grubu laboratuvar değerleri laboratuvar değerleri ve T skor ortalamaları:	29
Tablo XII : Kullanılan ilaç sayısı ve yüzdeleri	30
Tablo XIII : Nakil hastaları ile diyaliz hastalarının laboratuvar değerlerinin, diyalize giriş sürelerinin ve ilaç sayılarının ortalamalarının karşılaştırılması	31
Tablo XIV :Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumu, eğitim durumu, aylık geliri, aynı evde yaşayan insan sayısı ve çalışma durumu	32
Tablo XV : Tüm grupların genel Yaşam Kalitesi Algısı	34
Tablo XVI : Yaşam kalitesi ölçeğinin sekiz alt birim ortalama değerleri	35
Tablo XVII : Bağımsız değişkenler ve yaşam kalitesinin sekiz alt birim arasındaki Spearman korelasyon katsayıları	36
Tablo XVIII : Laboratuvar değerleri ve yaşam kalitesinin sekiz alt birim arasındaki Spearman korelasyon katsayıları	37

ŞEKİL LİSTEİ

		<u>Sayfa No</u>
Şekil 1	: Sosyal Destek ve Genel Sağlık Durum İlişkisi	38
Şekil 2	: Medeni Durum ve Yaşamsallık İlişkisi	38
Şekil 3	: Medeni Durum ve Mental Sağlık İlişkisi	39
Şekil 4	: Cinsiyet ve Genel Sağlık Durum İlişkisi	40
Şekil 5	: Cinsiyet ve Genel Vücut Ağrıları İlişkisi	40
Şekil 6	: Gelir Durumu ve Genel Sağlık Durum İlişkisi	41
Şekil 7	: Gelir Durumu ve Mental Sağlık İlişkisi	41
Şekil 8	: Yaş ve Genel Sağlık Durum İlişkisi	42
Şekil 9	: Yaş ve Mental Sağlık Durum İlişkisi	43
Şekil 10	: Yaş ve Vücut Ağrıları İlişkisi	43
Şekil 11	: Nakil - Diyaliz Grubu Yaşamsallık İlişkisi	44
Şekil 12	: Nakil - Diyaliz Grubu Genel Yaşam Kalitesi İlişkisi	44
Şekil 13	: Nakil – Diyaliz Mental Sağlık Durum İlişkisi	45
Şekil 14	: Komorbid Durum ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	46
Şekil 15	: Albumin ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	46
Şekil 16	: Hemogloblin Değeri ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	47
Şekil 17	: Hastaneye Yatış ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	47
Şekil 18	: İlaç Sayısı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	48

ÖZET

Son dönem böbrek hastalığı (SDBH) olan bireylerin çoğu için böbrek nakli, hasta ömrünü en çok uzatan, yaşam kalitesini en çok artıran renal replasman tedavi şeklidir. SDBH olan hastalara nakil yapılabilse de hastalığın uzun dönemde etkileri nakil hastalarının yaşam kalitelerini negatif yönde etkilemeye devam etmektedir. Bunlara ek olarak nakil sonrası medikal tedavinin kendisi ve yan etkileri, böbrek naklinin kısa dönemde ve uzun dönemdeki komplikasyonları hastaların yaşamlarını etkilemekte ve ek stres doğurmaktadır. Yaşam kalitesi ölçümleri, nakil hastalarının tedaviye yanıtlarını ve nakil böbreğinin fonksiyonunu gösteren önemli bir takip parametrisidir.

Bu çalışmanın ana hedefi, nakil hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerin bulunmasıdır. Nakil hastalarının diyaliz hastaları ve sağlıklı bireyler ile yaşam kalitelerinin karşılaştırılması hedeflendi. Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Araştırma Hastanesi Nefroloji Bölüm takibinde olan toplam 80 böbrek nakil hastası, 42 diyaliz hastası ve 35 kişilik kontrol grubu ile görüşülerek gerçekleştirildi. Hastalar kendi doldurdıkları 38 sorudan oluşan KDQOL-SF anketi ile değerlendirildi. Sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubuna SF – 36 yaşam kalitesi ölçüm skalası uygulandı.

Hastaların yaşam kalite skorları ile yaş, yeterli sosyal destek varlığı, komorbid faktörler, son altı ay içinde hastaneye yatış, kullandığı ilaç sayısı, albumin, hemoglobin, nakil öncesi diyalize giriş süresi (toplam diyalize giriş süresi) arasında anlamlı ilişki tespit edildi. Yaşam kalitesini birincil etkileyen faktörün, normal fonksiyonlarını devam ettirebilen nakil böbreği olduğu görüldü.

Nakil hastalarının yaşam sürelerinin uzatılması yanında, yaşam kalitesinin de artırılması sağlanmalıdır. Bu nedenle tedavinin sonuçlarının takibine nakil hastalarının periyodik yaşam kalitesi ölçümleri eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, Böbrek nakli, KDQOL- SF

ABSTRACT

Renal transplantation is the best method of renal replacement therapy for patients with end-stage renal disease (ESRD) in terms of patient survival and quality of life. Despite the successful renal transplantation, the quality of life of many patients is affected adversely by the long term complications of the primary disease. Additionally, immunosuppressive treatment itself, adverse effects of the drugs, short and long term complications of transplantation influence the life of patients, causing further stress. Quality of life (QOL) evaluations in transplant patients are important follow-up parameters reflecting indirectly the success of immunosuppressive treatment, patient compliance and graft function.

The main objective of this study is to assess the quality of life in renal transplant patients and to determine the variables affecting it. This study was performed in Ondokuz Mayıs University Hospital, Nephrology Department. 80 renal transplant patients, 42 hemodialysis patients and 35 healthy volunteers were included in this study. The patients were evaluated by KDQOL-SF questionnaire consisting of 38 questions which was filled up by patients on their own. The healthy volunteers were evaluated with SF-36 health quality questionnaire.

There was a statistically significant correlation between the quality of life scores and age, adequate social support, comorbid factors, admission to hospital over the past 6 months, numbers of the medicine regularly taken, albumin, hemoglobin and the duration of dialysis treatment. Good graft function was seen the most important parameter influencing the QOL of transplant patients.

Besides prolonging the expected duration of life in transplant patients, the increment of the QOL must also be achieved. Therefore regular (periodic) assessment of QOL of patients should be included in the follow-up protocols.

Key words: Quality of life, Renal Transplantation, KDQOL - SF

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya popülasyonunun yaşam süresi ve artan yaşlı nüfusla beraber kronik böbrek hastalığı prevalansı artmaktadır. Buna paralel olarak son dönem böbrek yetmezliği gelişen ve diyalize bağımlı yaşayan insan sayısı artmaktadır. Renal replasman tedavisi, tüm dünyada en pahalı tedavi şekillerinden biridir. Kısa dönemde olmasa da uzun dönemde yaşam kalitesini en fazla artıran ve tıbbi harcamaları en çok azaltan renal replasman tedavi biçimi, böbrek naklidir.

Böbrek nakli, nakil öncesi ve sonrası hastaların çok yakından takip edilmesini gerektiren, başarılı olması için uzun çabalar sarf edilmesi gereken renal replasman tedavi şeklidir. Nakil sonrası hastaların tedaviye yanıtlarının değerlendirilmesinde laboratuvar ve klinik takip kadar yaşam kalitesi ölçümleri de önemli bir takip parametresi olarak kullanılmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Ondokuz Mayıs Üniversite Hastanesi bünyesinde takip edilen nakil hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek, nakil hastaları ve diyaliz hastalarının yaşam kalitelerini karşılaştırmak, Türk nakil hastaları için en uygun yaşam kalitesi ölçeğinin geliştirilmesinin ve hasta takiplerine alınmasının önemini tartışmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KRONİK BÖBREK HASTALIĞI

2.1.1 Tanım:

Kronik böbrek hastalığı (KBH) , farklı etyolojilerden kaynaklanan, nefron sayısında ve fonksiyonlarında belirgin azalmayı gösteren patofizyolojik bir süreçtir (1). 2002 yılı National Kidney Foundation–Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI) kronik böbrek hastalığı değerlendirme ve sınıflama kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığı;

- 1- Üç ay ve daha uzun süredir, glomerüler filtrasyon değerinde (GFD) azalma olmaksızın veya azalmayla birlikte, böbrekte yapısal veya fonksiyonel anormallikler olması,
- 2- Böbrek hasarı olsun ya da olmasın GFD'nin 3 ay veya daha uzun süredir 60 ml/dak / 1,73 m² 'den daha az olması olarak tanımlanmıştır (2,3). Ortak bir dil ve hastaların tedavisinde uluslar arası bir kriter oluşturulması için KBH, glomerüler filtrasyon değerine göre evrelere ayrılmıştır (2) (Tablo I).

Tablo – I. Kronik Böbrek Hastalığı Evreleri:

Evre	Tanımlama	GFD ml/dak/ 1,73 m ²
	Artmış risk	≥ 60 (+ risk faktörleri)
1	Böbrek hasarı var ama GFD normal veya artmış	≥ 90
2	Böbrek hasarı var , GFD hafif azalmış	60-89
3	Orta derecede azalmış GFD	30-59
4	Şiddetli derecede azalmış GFD	15-29
5	Böbrek yetmezliği	< 15

KBH süreci, çoğunlukla (hastaların > % 90'nında) son dönem böbrek yetmezliğine ilerlemektedir (1). Son dönem böbrek hastalığı (SDBH), kronik diyaliz ya da transplantasyon ile replasman tedavisi gerektiren böbrek fonksiyon kaybıdır (1,2). SDBH, renal fonksiyonun progresif ve geri dönüşümsüz olarak kaybedilmesi ile sonlanır.

SDBH insidansı dünya çapında artmaktadır. 2007 yılı sonunda tüm Dünya’da diyalize giren hasta sayısı, yaklaşık 1,800,000 olarak hesaplanmıştır (4). Yaşlı insan nüfusunda artış ile KBH tanısı olan hasta sayısı ve buna paralel olarak SDBH sayısı artmaktadır ve her geçen gün hipertansiyon ve diyabet nedeniyle daha fazla hasta SDBH tablosuna ilerlemektedir. KBH nedenleri farklı ülkelerde farklı etyolojilere bağlanmıştır. Amerika’da diyabetes mellitus en sık görülen etyolojik neden ardından da hipertansiyon ve glomerulonefrit gelmektedir. Avrupa’da ise diyabetes mellitus birinci sırada iken bunu sırasıyla glomerulonefritler ve vasküler nedenler izlemektedir (5).

Bölgesel farklılıklar gösterse de Dünya çapında diyaliz nokta prevalansı, milyon nüfus başına 215 hastadır. Amerika’da ve Japonya’da bu sayı sırasıyla 1200 ve 1565’dir. Amerika’da hastaların % 0,12’si , SDBH tanısı ile takip edilmektedir. SDBH tanısı olan bu hastaların % 77’si diyalize bağımlı olarak , %23’ü ise halen fonksiyon gören böbrek nakli ile yaşamaktadır. Avrupa’da nokta prevalansı, milyon nüfus başına 670 ile 764 arasında değişmektedir. Genel olarak Avrupa’da SDBH prevalansı daha düşük bulunmaktadır. İnsidans ise Amerika ve Japonya’da yakın olup yaklaşık milyon nüfus başına 256 ‘dır. Bu sayı Avrupa’da çok daha düşük; 145 olarak bulunmuştur. Geçen yıla göre insidans ve prevalansta artış olduğu belirtilmiştir (6,7). 2010 yılı sonu itibariyle tüm dünyada SDBH tanısı olan hasta sayısının 2 milyon olması beklenmektedir (6).

Ülkemizde ise Türk Nefroloji Derneğinin (TND) 2006 yılı verilerine göre renal replasman tedavisi gerektiren son dönem böbrek hastalığı nokta prevalansı milyon nüfus başına 578 ve insidansı milyon nüfus başına 189 olarak bulunmuştur (8).

2.2 RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ

2.2.1 Tanım

Akut ve kronik böbrek yetmezliği nedeniyle böbrek fonksiyonlarında geri dönüşümsüz bozulma geliştiğinde renal replasman tedavisine başvurulmaktadır. Hastaların diyalize alınması için yaygın olarak kabul edilmiş kriterler:

Üremik semptomların olması, konservatif tedaviye yanıt vermeyen hiperkalemi, medikal tedaviye yanıtız hipovolemi, medikal tedaviye yanıtız asidoz, üremik kanama, tedaviye yanıtız bulantı, kusma, perikardit, üremik ensefalopati ve GFD 'nin 10 ml/dak / 1,73 m² olarak kabul edilmiştir (1,2).

Renal replasman tedavileri; hemodiyaliz (evde ya da merkezde) , periton diyalizi [sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ve aletli periton diyalizi (APD)] ve böbrek transplantasyonudur (btx). Halen hemodiyaliz, en sık kullanılan renal replasman tedavi şeklidir. Hemodiyaliz ve periton diyalizi arasındaki seçim birçok farklı parametreye ve hastanın isteğine göre yapılmaktadır (1).

Türkiye'de Türk Nefroloji Derneğinin 2006 yılı kayıtlarına göre toplam 33950 hastaya hemodiyaliz, 3312 hastaya sürekli ayaktan periton diyalizi, 791 hastaya aletli periton diyalizi uygulanmaktadır. Türkiye'de 2006 yıl sonu itibariyle tüm son dönem böbrek hastalarının % 80,5 'i hemodiyalize, % 9,7 'si periton diyalizine girmekte iken hastaların % 9,8 'i renal transplantasyon sonrası takibe alınmıştır (8). Dünya genelinde 2006 yılı sonu itibariyle, diyaliz hastalarının % 89 'u hemodiyalize, % 11 'i de periton diyalizine bağımlı olarak yaşamaktadır (4).

Her iki renal replasman tedavi yöntemi, sağlık hizmetleri arasında en pahalı ve zahmetli tedavi süreçlerinden biridir. Dünya'da 2000'li yıllara girilirken SDBH tedavi ve takipleri nedeniyle sağlık harcamalarında % 5-6 'lık artış olmuştur (4). Sadece Amerika'da ise SDBH tanısı olan hastaların yıllık sağlık masrafları, toplam sağlık harcamalarının % 6 'sını - yaklaşık 270 milyon doları- aşmaktadır. Bu artış her geçen gün katlanarak artmaktadır(5). SDBH tanısı ile izlenen hastaların yaşamlarının geliştirilmiş tedavi yöntemleri ile uzatılması, bu harcamaları daha da artırmaktadır. Üstelik nakil sayısında da paralel bir artış olmadığı için bu açık daha da artarak büyümektedir. Bu durum rakamsal ve bütçesel yükün, kişiye yapılan diyalizin daha pahalı hale gelmesinden çok diyalize girmek zorunda kalan hasta sayısının artışına

bağlanmıştır . Ek olarak yapılan ve geliştirilen medikal tedavilerin yükü de masrafların çoğalmasına neden olmaktadır. Örnek olarak eritropoetin tedavisi % 100, intravenöz demir tedavisi % 50, intravenöz calcitriol tedavisi % 200 daha pahalı hale gelmiştir. Belirgin olan bu artışın yanında aynı dönemde kanser tarama testleri ve diğer koruyucu hekimlik yöntemlerindeki harcama artışı % 4'ün altında kalmıştır (4).

Periton diyalizi, hemodiyaliz yöntemine göre daha az ucuz bir yöntemdir. Fakat uzun vadede bakıldığında en ucuz yöntem SDBH gelişmesinin önlenmesidir. Eğer bu sağlanamıyorsa hastaların en kısa zamanda böbrek nakli için değerlendirilmesi ve nakil için sıraya alınması en avantajlı tedavi strajedisi olarak kabul edilmiştir (5).

2.2.2 Hemodiyaliz

Hemodiyaliz tedavisi, solütlerin yarı geçirgen bir zardan difüzyon prensibi üzerine geliştirilmiştir. Günümüzde hemodiyaliz tedavisinde birçok gelişme kaydedilmiş olsa da halen hemodiyaliz tedavisi ile küçük solütlerin sadece % 10 -20 'si etkin şekilde temizlenmektedir. Büyük solütlerin temizlenme oranları ise çok daha geride kalmaktadır.

Hemodiyaliz işlemi sırasında en sık görülen semptom ve şikayetler: hipotansiyon, bulantı, kusma, kramplar, baş ve göğüs ağrısıdır. En ölümcül komplikasyon, hava embolisidir fakat mevcut geliştirilmiş hemodiyaliz cihazları sayesinde daha nadir gelişmektedir (1).

Hemodiyaliz tedavisi altında olan hastaların en önemli komorbid sorunları: kardiyovasküler ve pulmoner bozukluklar , üremik kemik hastalığı, üremik nöropati, hematolojik, endokrin fonksiyon , gastrointestinal sistem ve immün sistem bozuklukları, dermatolojik tutulumdur. Hemodiyaliz tedavisi altında iken devam eden ve düzelmeyen sorunlar: üremik nöropati , periferik nöropati, otonom nöropati, seksüel disfonksiyon , anemi, dermatolojik tutulum ve üremik kemik hastalığıdır (9).

Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler; hemoglobin düzeyi, Kt / V oranı, diyaliz süresi ve komorbid hastalıkların varlığıdır. Hastalar en fazla yorgunluktan ve enerji eksikliğinden yakınmaktadırlar. Bu nedenle hastaların yaşam kalitelerini etkileyen en önemli unsurlardan biri fiziksel fonksiyonlar alt birimidir (10).

Yapılan anketlerde hemodiyaliz tedavisi altında takip edilen hastaların yaşam kalitelerini etkilediğine inandıkları şikayetlerin önem sırasına göre dizilişi aşağıdaki tabloda verilmiştir (11). (Tablo II)

Tablo II: Hemodiyaliz Hastalarının Şikayetleri:

-
1. Mutlu ve kişisel hayatından memnun olabilmek
 2. Kilo ve kas kaybı
 3. Zayıf hissetmek – güçsüzlük
 4. Enerjide düşüklük
 5. Bitmiş – tükenmiş hissetmek
 6. Genel olarak yorgun hissetmek
 7. Kuru cilt ve kaşıntı şikayeti
 8. Uykulu olmak
 9. Dengesizlik
 10. Yolculuk yapmada zorlanma
-

Hemodiyaliz hastalarını rahatsız eden semptomların önem sırasına göre sıralanışı tablo III 'de verilmiştir (11).

Tablo III: Hemodiyaliz Hastalarının Semptomları

-
1. Kilo ve kas kaybı
 2. Kuru cilt ve kaşıntı
 3. Hipotansiyon
 4. Bacaklarda ağrı ve yorgunluk hissi
 5. Diyalizde meydana gelen kramplar
 6. Uykuya dalmakta zorlanma
 7. Bozulmuş barsak alışkanlıkları
 8. Soğuk havada dışarıda olmayı tolere edememe
 9. Bulantı ve hazımsızlık
 10. Baş dönmesi ve dengesizlik
-

Hastaların psikolojik sağlığını etkileyen en önemli unsurlar ise başkalarına bağımlı olma, motivasyon düşüklüğü, bireysel bakımın yapılmasında isteksizlik ve başarısızlık, stresle baş edememe, sosyal destek eksikliği, seksüel disfonksiyon, depresyon (11,12, 13) şeklinde sayılabilir.

Hastaların çoğu, çalışma hayatında da yeterli iş rehabilitasyonu alamadığı için yaşamlarını maddi ve manevi olarak başkalarına bağımlı olarak devam ettirmek zorunda kalmaktadırlar. Bu bağımlılık hissi, yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir (13). Benzer şekilde diyaliz merkezlerine gitmek zorunda kalan hastalar, evde diyaliz tedavisini yapabilen hastalara kıyasla daha düşük yaşam kalitesine sahiptirler (12).

SDBH 'nın tedavisinde gelişmeler elde edilmiş olsa da halen rutin hemodiyaliz programında olan hastaların yaşam kaliteleri sağlıklı bireylere göre belirgin düşük çıkmaktadır. Anemi tedavisinde eritropoetin protokole eklenmesi ile belirgin iyileşme sağlansa da hastalar halen en fazla yorgunluktan, halsizlikten ve kısıtlanmış fiziksel fonksiyonlarından şikayetçidirler (11,15).

2.2.2.1 Epidemiyolojik Veriler:

Ülkemizde TND (Türk Nefroloji Derneği) 2006 yılı verilerine göre 2006 yılında akut böbrek yetmezliği tanısı alan hastaların % 53,9 'una hemodiyaliz tedavisi uygulanmıştır. 2006 yılında düzenli hemodiyaliz programına dahil edilen hasta sayısı 11,583'dür. 2006 yıl sonu itibariyle düzenli hemodiyaliz programında olan hasta sayısı da 33,950 olarak hesaplanmıştır. Hemodiyaliz, ülkemizde en sık uygulanan renal replasman tedavi yöntemidir. Bu hastaların % 1,5 'i haftada bir kez , % 9,3 'ü haftada iki defa, % 89,2 'si de haftada üç defa düzenli diyalize girmektedir. Hastaların % 19 'u son 6 ay içinde herhangi bir nedene bağlı olarak hastanede yatmıştır. Yatan hastaların % 74,5 'i hastanede 10 günden kısa kalmıştır. Hemodiyaliz tedavisi ile takip edilen hastalarda en sık rastlanan ölüm nedeni kardiyovasküler hastalık olarak bulunmuştur (%50,4). Bu nedeni serebrovasküler hastalıklar, infeksiyonlar ve daha az oranda maligniteler izlemektedir (8).

2.2.3 Periton Diyalizi

Periton diyalizi hemodiyalize alternatif olarak uygulanan başka bir renal replasman tedavi yöntemidir. Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) ve aletli periton diyalizi (APD) olmak üzere iki farklı şekli vardır.

Periton diyalizinin hemodiyalize üstünlük sağlayan bazı avantajları vardır. Kandaki ve serumdaki üre nitrojeni, kreatinin, sodyum ve potasyum değerleri daha dengeli korunabilmektedir. Hematokrit değerleri daha yüksek tutulabilmekte ve kan

basıncı çok daha fizyolojik sınırlarda korunabilmektedir (1,9). Hastalar hemodiyalize göre daha bağımsız yaşayabilmektedir. Periton diyalizi altında hayatlarını devam ettiren hastaların hemodiyaliz hastalarına kıyasla fiziksel iyilik hali, emosyonel uyumluluk ve iyilik hali daha yüksek bulunmaktadır. Yine bu hastaların sosyal rollerinde ve çalışma hayatlarında daha başarılı olduğu görülmüştür (12).

Periton diyalizi yapılan hastalarda en çok karşılaşılan komplikasyon, bakteriyel infeksiyonlardır. Bunun dışında hipovolemi, hiperglisemi, protein malnütrisyonu, obezite, herniler, skrotal ve labial ödem, sırt ağrısı, karın ağrısı ve peritoneal skleroz , diğer önemli komplikasyonlardır (1).

2.2.3.1 Epidemiyolojik Veriler:

Türkiye’de NDT 2006 yılı verilerine göre 2006 yılında SAPD programına alınan hasta sayısı, 1200 ve APD programına alınan hasta sayısı, 196 olarak belirlenmiştir. 2006 yıl sonu itibariyle düzenli periton diyalizi programında olan hasta sayısı 4103 olarak belirlenmiştir. Bu hastaların % 27,9 ‘u herhangi bir nedenle son 6 ay içinde hastaneye yatmıştır. % 53,8 ‘i de 10 günden kısa süreli hastanede yatarak tedavi görmüştür. Peritonit sıklığı ortalama 35,5 hasta ayında bir olarak bulunmuştur. PD hastalarında en önemli ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıktır(%42,3), ardından infeksiyonlar (% 19,9) ve serebrovasküler hastalıklar (% 13,6) gelmektedir (8).

2.2.4 Diyalizin Uzun Dönem Komplikasyonları

Çok iyi takip altında olsa da diyaliz hastaları ne yazık ki uzun dönemde birçok komplikasyonla karşılaşmaktadır. KBH nedeni olan hastalıklar arasında en belirgin olarak diyabetes mellitusun hastaların prognozunu kötü etkilediği kanıtlanmıştır. Diğer KBH nedeni olan hastalıkların-sistemik ve renal maligniteler dışında-yaşam süresi ve kalitesi üzerinde belirgin etkileri olmadığı görülmüştür(14). Böbrek nakli için bekleyen hastaların yaşadığı bu komplikasyonlar, transplantasyon sonrası dönemde de hastaların mortalite ve morbiditelerini belirgin etkilemektedir (5).

2.2.4.1 Kardiyovasküler Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi

SDBH olan hastalarda en önemli ve en sık rastlanan ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Kardiyovasküler hastalıklardan ölüm, normal

populasyona göre 10 – 20 kat fazladır (16). KBH'nin erken dönemlerinde dahi kardiyovasküler hastalığa neden olan risk faktörleri ortaya çıkmaktadır. Nerdeyse tüm hastalar klinik seyirlerinin bir evresinde hipertansiyon tanısı almaktadır ve çoğu hasta kan basıncı kontrolü için bazen birden çok ilaç almak zorunda kalmaktadır.

KBH olan hastaların % 50 - 80 'inde sol ventrikül hipertrofisi belirgin olarak artmaktadır. Diyaliz tedavisi altında olan hastaların % 40'ında koroner arterlerde kalsifikasyon ve sonrasında koroner arter hastalığı gelişmektedir. Bu durum genç hastalarda ve diyaliz tedavisinin başlangıç yıllarında dahi görülebilmektedir. Hastaların yaşam kaliteleri ve fiziksel fonksiyonları, azalmış ejeksiyon fraksiyonu, azalmış efor kapasitesi, erken ateroskleroz, periferik arter hastalığı ve kan basıncının kontrolsüz olması nedeniyle belirgin olarak yaşlılarına ve hemcinslerine oranla düşük bulunmaktadır. Uzun süre diyaliz programında takip edilen hastaların nakil sonrasında da prognozlarının kötü olduğu ve kardiyovasküler risk faktörlerinin devam ettiği kanıtlanmıştır (6,16).

2.2.4.2 Renal Osteodistrofi ve Yaşam Kalitesi

SDBH olan hastaların çoğunda sekonder hiperparatiroidi ve yüksek döngülü üremik kemik hastalığı gelişmektedir. Etkilenen hastalarda kemik ağrısı, kırıklar, hiperkalsemi, yumuşak doku ve vasküler kalsifikasyonlar görülmektedir.

Düşük döngülü kemik hastalığında osteomalasi ve adinamik kemik hastalığı gözlenmektedir. Renal osteodistrofinin adinamik lezyonları normal ya da az miktarda artmış PTH düzeylerinde de gözlenebilmektedir. Bu hastalarda kemik ağrıları, kas yorgunluğu, kırıklar gelişebilmektedir. Bu semptomların alüminyum toksitesine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Adinamik kemik hastalığı olan yetişkinlerde vertebral kırık riski artmaktadır. Adinamik kemik hastalığı periton diyalizine giren hastalarda hemodiyaliz hastalarına göre daha sık görülmektedir ve yaşam kalitesini belirgin etkilemektedir (1,3,9).

Hastaların birinci sırada olan şikayetlerinden yaygın vücut ve bacak ağrıları, kaşıntı, konstipasyon, bacaklarda gelişen kramplar, dengesizlik ve fiziksel fonksiyonlarda gerileme renal osteodistrofiye bağlı gelişmektedir. Üremik kemik hastalığı gelişen hastalarda serum kalsiyum düzeyindeki bozukluklar nedeniyle psikolojik sorunlar ortaya çıkmakta ve hastaların emosyonel durumunu kötü

etkilemektedir. Tüm bu sorunlar, hastaların yaşam kalitesini negatif yönde etkilemekte ve başarılı bir böbrek nakli yapılsa da özellikle sekonder hiperparatiroidi ve üremik kemik hastalığının bulguları geri döndürülememektedir (17,19).

2.2.4.3 Üremik Nöropati ve Yaşam Kalitesi

Periferik nöropati, KBH 'da sık görülen ve hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen komplikasyonlardan biridir. Eğer hastalar uygun renal replasman tedavisi alamazlarsa nadir de olsa, tablo ilerleyip progresif ensefalopati gelişebilir. Nondiyabetik hastalarda da bozulmuş vibrasyon ve pozisyon duyusunun eşlik ettiği hafif duyuşal nöropati gözlenir. Bu duyuşal nöropati hastalarda ağrının ve huzursuz bacak sendromunun nedeni olabilir. Nöropati bulguları başarılı böbrek nakli sonrası gerileyebilir (18).

Uygun diyaliz programında takip edilen hastalarda ciddi ensefalopati ender görülmektedir. Hastalarda kognitif yetilerde bozulma, hafıza kaybı ve konsantrasyon yeteneğinde bozulma gözlenmektedir. Bu şikayetlerde böbrek nakli sonrası belirgin düzelme kaydedilmektedir.

Diyaliz hastalarında gelişen nöropati, seksüel disfonksiyona neden olabilir. Diyalize giren erkek hastaların yarısında ereksiyon disfonksiyonu ve kadınlarda menstrual bozukluklar, infertilite görülmektedir. Böbrek nakli sonrası seksüel disfonksiyonda düzelme tam olmamaktadır ve bu durum hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastaların emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını düşürmektedir.

2.2.4.4 Amiloidosis ve Yaşam Kalitesi

Uzun dönem diyalize giren hastalarda beta-2 mikroglobulin birikimi gelişmektedir. Diyalizin sekizinci yılından sonra amiloid birikimi, daha da artar. Önce plazmada ardından da farklı dokularda amiloid birikimi meydana gelmektedir. Tendonlar ve artiküler kıkırdak amiloid birikiminin en yoğun olduğu alanlardır. Uzun kemiklerin proksimal kesimlerinde kistik lezyonlar oluşur. Eklemlerde oluşan hasar progresif seyreder ve ciddi fonksiyon kaybına eden olur. Transplantasyon sonrası belirgin semptomatik rahatlama sağlansa da amiloid birikimi tamamen geri dönmemektedir. Geliştirilmiş su arındırma yöntemleri, yüksek-geçirgenlik özelliği olan

diyaliz zar ve bikarbonat içeren diyalizat kullanımı ile amiloid birikimi azaltılmıştır. Yine de mevcut tedavilerle sadece semptomatik rahatlama sağlanmaktadır (1,3,9). Hastalar kısıtlanmış fiziksel fonksiyonları, gelişen nöropatiler ve ağrılar nedeniyle yaşam kalitelerinde düşme yaşarlar.

2.2.4.5 Edinsel Kistik Hastalık ve Yaşam Kalitesi

SDBH tanısı olan hastalarda diyaliz tedavisi altında her iki böbrekte ya da tek böbrekte edinsel kistik hastalık gelişebilmektedir. Yetişkin polikistik böbrek hastalığından çoğunlukla iki taraflı olan multiple böbrek kistlerinin varlığı ile ayrılmaktadır. Kistlerde infeksiyon, kanama, lokalize ağrı ya da malign değişim gelişebilmektedir. Malign değişim gösteren kistlerin eksizyonu şarttır. Renal nakil yapılan hastalarda daha önce gelişmiş olan edinsel kistlerin takibi yapılmalıdır ve malign transformasyonun yıllar sonra da oluşabileceği akılda tutulmalıdır (20) .

2.2.5 Böbrek Transplantasyonu

2.2.5.1 Tanım

Transplantasyon, bir organ veya dokunun bulunması gereken yerden alınarak başka bir bölgeye ve/veya başkasına nakledilerek yerleştirilmesine denir. Bir organ veya doku aynı kişide başka bir bölgeye naklediliyorsa, nakledilen doku veya organa ‘Otolog graft ‘, HLA identik ikizler arasında yapılıyorsa ‘ İzograft (singraft) ‘, aynı türler arasında yapılıyorsa ‘ allograft ‘, başka türler arasında yapılıyorsa ‘ xenograft ‘ olarak adlandırılır (21).

SDBH olan hastaların çoğu için böbrek nakli, hasta ömrünü en çok uzatan, yaşam kalitesini en çok artıran ve uzun dönemde en ucuz tedavi şeklidir. Ülkemizde canlı donörden ve kadavradan olmak üzere iki şekilde renal transplantasyon yapılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kadavradan yapılan transplantasyon sayıları daha yüksek iken ne yazık ki bu rakam Türkiye’de istenilen düzeye halen çıkartılamamıştır.

Türk Nefroloji Derneği 2006 yıl sonu verilerine göre canlı verici böbrek transplantasyonunda allograft yarı- ömrü son on yılda 12,7 yıldan 21,6 yıla, kadavra böbrek alıcılarında da 7,9 yıldan 13,8 yıla yükselmiştir. 1986-1987 yılları arasında

kadavra alıcılarında ortalama greft sağkalımı 5,2 yıl iken, 1994-1995 yılları arasında sağkalım 16,2 yıla yükseltilmiştir (8).

Yeni nesil ilaçların kullanımı ile bir yıllık greft sağ kalımı birçok merkezde % 85 ile % 90 arasında tutulmaktadır (22). Yeterli donör olmadığı için artık 55 yaşından büyük, 5 yaşından küçük, hipertansiyon, diyabet, hepatit C öyküsü olan, uzamış iskemi zamanı ya da anatomik bozukluğu olan donörlerden de böbrek nakli yapılmaktadır. Greft sağkalım süresi bu donörlerden yapılan nakillerde de yükseltilmiştir (23).

Böbrek nakil hastalarının ilk bir yılı en pahalı tedavi dönemidir ve yaklaşık olarak diyaliz hastasının bir yıllık tedavi masrafının iki katıdır. Böbrek nakli sonrası ilk 4 yılda tedavinin maliyeti yaklaşık olarak diyaliz hastasının bir yıllık masraflarına eşittir. Eğer btx başarılı olursa 4 yıl sonrası hastaların sağlık bütçelerini etkileyen maliyeti belirgin olarak düşmektedir (14,24).

2.2.5.2 Epidemiyolojik Verileri :

Türk Nefroloji Derneği 2006 yıl sonu verilerine göre, 2006 yılı içinde böbrek transplantasyonu yapılan hasta sayısı, 830 olarak belirlenmiştir. Kadavra donör oranı %26.6 olarak bulunmuştur. 2006 yılında yapılan canlı donörlerden % 88,7'i kan bağı olan akraba donörlerden yapılmıştır. Hastaların % 61,5 'u erkek, % 38,4 'u kadındır (8). 2001 yılında yapılan toplam 4610 böbrek naklinin 13 tanesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Bunların 12 tanesi canlı 1 tanesi de kadavradan alınmıştır (25).

2006 yıl sonu itibariyle fonksiyonlarını devam ettiren böbrek nakli ile yaşayan hasta sayısı 4,143'tür. Hastaların en önemli ölüm nedeni % 40 ile enfeksiyondur. Bunu kardiovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, pulmoner emboli ve malignite izlemiştir. Türkiye'de greft kaybının en önemli nedeni kronik rejeksiyon % 47,6 ve ölümdür % 47,3 (8).

2.2.5.3 Transplantasyon Hazırlıkları ve Yaşam Kalitesi

Evre IV KBH olan her hasta, GFH 20 ml/ dak/1,73 m²'nin altına indiğinde böbrek nakil adayı kabul edilir. Hastalar hazırlık aşamasında nakil için uzun bir sürece girip, beklemek zorunda kalmaktadır. Nakil yapılabilse de SDBH'nin uzun dönemde de hastalar üzerinde belirgin etkileri devam etmektedir. Yine de başarılı böbrek nakli

geçiren hastaların yaşam kaliteleri, fiziksel ve emosyonel açıdan diyaliz hastalarından daha yüksek bulunmaktadır. Nakil hastalarının %80'i psikolojik olarak normal yaşam sürerken, bu oran diyaliz hastalarında % 50 'dir (20,22).

Üreminin diyaliz tedavisi altında tam düzelmeyen komplikasyonları başarılı bir böbrek nakli sonrası düzelebilmektedir. Bu komplikasyonlar: anemi, periferik nöropati, otonom nöropati ve seksüel disfonksiyondur. Canlı donörden yapılan transplantasyon ile sağlıklı bireylerle kıyaslanabilecek düzeyde yaşam kalitelerinde düzelmeye sağlanmaktadır.

Nakil sonrası hastaların bazı semptomlarında belirgin düzelmeye olduğu görülmektedir (10). Hastaların semptomlarını nakil öncesi ve sonrası değerlendirmeleri Tablo IV'de verilmiştir.

Tablo IV: Nakil Öncesi ve Sonrası Semptomların Karşılaştırılması

	Nakil Öncesi	Nakil Sonrası
Uykusuzluk	4	2
Kaşıntı	5	4
İştah kaybı	4	0
Aşırı yorgunluk	4	1
Zayıf konsantrasyon	2	1
Seks dürtüsü kaybı	3	0
Solunum sıkıntısı	2	2
Kaslarda sertlik	5	1
Toplam	29	11

Hastaların hayatta kalma ve yaşam kalitesini, nakil öncesi uygulanan renal replasman tedavi şekline göre, nakil öncesi sağlık durumu etkilemektedir. Daha kısa diyaliz tedavisi altında takip edilen ve daha sağlıklı olan hastalar, böbrek naklinden daha çok yarar görmektedir. Bu hastaların nakil sonrası ilk bir yılında daha az komplikasyon gözlenmektedir. Nakil için bekleyenler arasında en çok yarar görenlerin yine genç ve diyabetik hastaların olduğu tespit edilmiştir (14, 24, 26).

2.2.5.4 Nakil Sonrası Takip ve Yaşam Kalitesi

Böbrek nakil ameliyatının başarılı olması için en özen gösterilmesi gereken süreç transplantasyon sonrası dönemdir. 'Erken' ve 'geç' olmak üzere iki döneme ayrılmıştır. 'Erken dönem' böbrek nakli sonrasındaki ilk 2 aydır. 'Geç dönem' ise nakil sonrası 12 ay olarak kabul edilmektedir.

Yapılan çalışmalarda erken rejeksiyonun en çok erken dönemde gerçekleştiği gözlenmiştir. Erken dönemi sağlıklı atlatan hastaların greft sağ kalım sürelerinin uzadığı görülmüştür. Böbrek allogreft kaybı, objektif olarak allogreft yarı-ömrü ile ölçülür. Allogreft yarı-ömrü, bir yıl bitiminde böbrek fonksiyonları normal olarak yaşama devam eden hasta sayısının yarısı olarak hesaplanmaktadır. Allogreft yarı-ömrü, ölüm ve diyaliz tedavisine (yeni transplantasyon) geri dönüş hızı ile hesaplanmaktadır. 1998 yılında kadavradan yapılan transplantasyonlarda yarı-ömür, 7,6 yıl iken bu süre 1995 yılında 11,6 yıla uzamıştır. Aynı dönemde iki – haplotip benzer canlı donörden yapılan transplantasyonda bu süre 22,8 yıldır. Bu sürenin daha da uzatılması için verimli ve sağlıklı takiplerin yapılması şarttır (24,27).

Takiplerde hastalara daha fazla sorumluluk verilmeli, bu konuda hasta teşvik edilmelidir. Verilen ilaçların düzenli alınması, kontrollere düzenli gelinmesi, diyet ve beslenmeye dikkat edilmesi, sağlıklı bir yaşam biçimi oluşturulması (sigara içmeyi bırakmak, alkol alımının azaltılması gibi) ve buna uyulması, düzenli egzersiz yapılması hastanın kendi oto - kontrolü altında olmalıdır (20). Böylece hastaların özgüvenleri artar, hastalıkları ile ilgili bilinçleri pekişir ve motivasyonları yükseltilebilir.

Hastalar en çok uygun beslenme (% 29) ve düzenli egzersiz (% 27) konusunda uyumsuzluk göstermektedir. Bunu sigara içme (%19), immünoşpresif ilaçların düzenli alınmaması (%17), diğer ilaçların düzenli alınmaması (%12), randevulara zamanında gelinmemesi (%10) ve alkol kullanımında sınırların aşılması (%3) izlemektedir. İmmünoşpresif ilaçların düzenli alınmaması en önemli sorunu oluşturmaktadır. Nakillerin başarılı olması için ilaçların düzenli alınması şarttır. Bu konuda önlemler alınmalı ve ortak politikalar oluşturulmalıdır (20). Hastaların tedaviye uyumunu artırmak için mümkün olan en az sayıda ilaç kullanılmalıdır.

Böbrek nakli sonrası sık görülen komplikasyonların ve gelişen hastalıkların önlenmesi için Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Transplantation tarafından hastaların ayaktan takiplerinin sıklığını ve içeriğini

belirleyen kanıta dayalı bir kılavuz oluşturulmuştur (28). Bu kılavuza göre hastalar ilk bir ay boyunca haftada 2- 3 defa, ardından 3 ay boyunca 1- 3 haftada bir, 4. ve 12. ay arasında her 4- 8 haftada bir ve bir yıl bitiminde her 2-4 ayda bir düzenli kontrollere çağrılmalıdır.

2.2.5.4.1 Nakil Sonrası Erken Dönem ve Yaşam Kalitesi

Nakil sonrası erken dönem, ilk 2 ayı içerir. Akut rejeksiyon riskinin en yüksek olduğu bu dönemde hastalar yakın takip edilmelidir. Bu dönemde ilk 2 hafta boyunca transplantasyon yapılan hastaların ölüm riski, listede bekleyen diyaliz hastalarına göre 2,8 kat daha yüksektir. Bu oran, 5 ile 673 gün arasında eşitlenmekte, 673. gün sonrası ise % 48 ile % 82 arasında azalmaktadır. Yaşları 20 ile 39 arasında olan hastalarda mortalite belirgin düşüktür (27).

Bu dönemin ilk günlerinde operasyonla ilgili komplikasyonlar, ardından gelen günlerde de medikal ve immunolojik tedaviye sekonder komplikasyonlar gelişir. Takip eden bir yıl boyunca rejeksiyon, allogreft kaybı, fırsatçı infeksiyonlar, immünosupresif ilaçların yan etkileri en önemli sorunlardır (17).

Bu dönemde hipovolemi, hipotansiyon, renal arter darlığı, renal damarlarda tıkanıklık ve ilaçlara bağlı yan etkiler sık gelişebilir. Hastaların kan basıncı, idrar çıkışı, biyokimyasal parametreleri ve kan sayımı, kalsinörin inhibitör düzeyi, idrar kültürü, günlük kiloları, elektrokardiyogramları ve foley kateterleri – kateterden geleni her gün takip edilmelidir.

Erken dönemde en sık karşılaşılan komplikasyonlar, akut rejeksiyon ve diğer nedenler şeklinde ikiye ayrılır. Akut rejeksiyon; ilk 5-10 gün arasında sık görülür. Hücresel ve vasküler reaksiyon görülür. Biyopsi altın standarttır. İyi tedavi edilmezse greft kaybedilir.

Hiperakut rejeksiyon, alıcıda daha önce oluşmuş olan antikorlar nedeniyle oluşur. Çoğunlukla operasyon esnasında gelişir. Greft içinde arteriyel ve venöz trombuslar oluşur. Greft ağırlı ve ödemli olabilir. OKT3, plazmaferez ve hiperimmunoglobulin tedavide kullanılır. Greft, çoğunlukla kaybedilir.

Akselere rejeksiyon, ilk 3 gün içinde gelişir. Humoral immünitete bağlı olarak gelişir. Diğer erken dönem komplikasyonları: arter oklüzyonu, ven trombüsü, üreter darlığı ve kaçağı, böbrek pedinkül dönmesi, lenfösel basısı, akut tubuler nekroz,

hipovolemi, hemolitik üremik sendrom (siklosporin A, takrolimus) nefrotoksik ilaçların yan etkileri şeklinde sayılabilir. Kullanılan ilaçların yan etkileri akut rejeksiyon ve infeksiyon ile karışabilir. İlaçlara bağlı nefrotoksisite, en çok siklosporin – A tedavisi altında görülmektedir. Ayırıcı tanı erken yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.

Bu dönemde en sık görülen infeksiyonlar: katetere bağlı stafilokok, gram negatif infeksiyonları, katetere bağlı candida sepsisi, dissemine HSV infeksiyonu ve daha az rastlanan CMV infeksiyonudur. Hastalara bu erken dönemde hastanede yattıkları dönem boyunca tedavi ekibine güvenlerini artıracak açıklamalar yapılmalı ve yeterli psikolojik destek sağlanmalıdır. Hastaların tümünde rejeksiyon korkusu, mevcut verilen tedavilere sekonder gelişebilecek infeksiyon korkusu, medikal tedavinin masrafları ve yan etkileri ile kaygılar gelişmektedir (10). Erken dönemde hastaların yaşam kalitesinin belirgin olarak düştüğü, hastaların emosyonel stresinin arttığı, yakın takip ve tetkik nedeniyle psikolojik olarak kötü etkilendiği ve fiziksel fonksiyonlarında gerileme olduğu gözlenmiştir.

2.2.5.4.2 Nakil Sonrası Geç Dönem ve Yaşam Kalitesi

Geç dönem, böbrek nakli sonrası 12 ayı içermektedir. Erken dönemi sağlıklı şekilde geçiren hastalar, geç dönemde daha çok immünosupresif ilaçların yan etkileriyle karşılaşmaktadırlar. Bu dönemde ilaçların dozu ve sayısı azaltılmalıdır. Nakil sonrası geç dönemde ölümlere neden komorbid hastalıklar ise: kardiyovasküler hastalıklar KVH (koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, aritmiler) % 30,1, periferik damar hastalıkları, metabolik bozukluklar, proteinüri, geç böbrek allogreft disfonksiyonu (kronik allogreft nefropati, infeksiyonlar, de novo böbrek hastalıkları, transplantasyon sonrası tekrarlayan böbrek hastalığı, ilaç toksitesi, geç akut rejeksiyon), malignite (post-transplantasyon lenfoproliferatif bozukluklar, cilt, meme, servikal, prostat ve kolorektal kanserler) % 10,1, infeksiyonlar (sitomegalovirüs, idrar yolu infeksiyonu, kronik hepatit B ya da C, BK virüs), hematolojik komplikasyonlar (anemi, eritrositoz), metabolik kemik hastalığı (osteoporoz, osteonekroz, residüel hiperparatiroidi) olarak sayılmaktadır.

Komorbid hastalıklar arasında ölüme neden olan en önemli üç neden, KVH, infeksiyonlar ve malignitelerdir. KVH artıran risk faktörleri; diyabet, nakil sonrası gelişen diyabet, sigara içimi, hiperlipidemi, hipertansiyon, trombosit ve koagülasyon

bozukluğu, allogreft disfonksiyonu ve rejeksiyonu, hipoalbuminemi, eritrositoz, serbest oksijen radikalleri, enfeksiyonlar ve artmış homosistein düzeyidir.

Altıncı ay ve birinci yıl arasında karşılaşılan enfeksiyonlar: idrar yolu ve akciğer enfeksiyonları, nokardiya, sistemik mantar enfeksiyonları ve tüberküloz gibi fırsatçı enfeksiyonlardır.

Birinci yıldan sonra karşılaşılan enfeksiyonlar: gram negatif idrar yolu enfeksiyonları, pnömokokal pnömoni, perioperatif organ çıkartılması, saklanması ve transplante edilirken kontaminasyon ile gelişen bakteriyel enfeksiyonlar, transplant alıcısında sistemik gastrointestinal sistemden kaynaklanan enfeksiyonlar (salmonella gastroenteriti, listeria monocytogenesis), listeria , nokardia, mycobakterium gibi fırsatçı enfeksiyonlardır.

Geç dönem renal nakil döneminde 1 yıl sonra immünosupresif tedavi dozları azaltılmalıdır. Hastalar ilaçlarını düzenli alma konusunda uyarılmalı ve uyumsuzluğu en aza indirmek için önlemler alınmalıdır. Tedaviye uyumsuz hastalar için uygun stratejiler geliştirilmelidir. Hastaların böbrek fonksiyonları yakından takip edilmelidir. Kan basıncı, 130 / 85 mm Hg civarında tutulmalıdır (Gerekirse 3 ya da 4 farklı ilaç kullanılmalıdır). LDL 120 mg/ dl 'nin altında tutulmalıdır.

Sigarayı bırakmaları için hastalara yardım edilmeli ve gerekli tedavi verilmelidir. Meme, serviks, prostat, kolorektal ve cilt kanserinin erken tanısı için düzenli tarama yapılmalıdır. Edinsel renal kistik hastalığı olan hastalar renal hücreli kanser açısından düzenli olarak taranmalıdır. Grip ve pnömoni için düzenli aşı yapılmalıdır. Gereken hastalarda aspirin, kalsiyum ve hormon replasman tedavisi ile profilaktik tedavi sağlanmalıdır (21).

2.2.5.5 İmmünosupresif İlaçlar ve Yan Etkileri – Yaşam Kalitesi

Steroidler, adezyon moleküllerinin ekspresyonunu azaltırlar. T hücrelerinde post- reseptör etki ile kalsiyum bağlı proliferasyonu ve monosit proliferasyonunu engeller, antiinflamatuvar etki gösterir. Yan etkileri; enfeksiyona eğilim, iyatrojenik cushing, su ve sodyum tutulmasına bağlı hipertansiyon, glukoz intoleransı, katarakt, miyopati, cilt atrofisi ve osteoporozdur. Hastalarda uzun dönemde yaşam kalitesini belirgin olarak düşüren bir çok komplikasyon gelişmektedir. Tedavinin mümkün olduğunca kısa zamanda azaltılması ve uygunsuz kesilmesi gerekmektedir (29).

Siklosporin A, bir calsineurin inhibitörü olup, siklofiline bağlanarak etki eder. IL2, IL6, TNF, IFN gibi sitokinlerin sentezini engeller. Yan etkileri; tremor, hirsutizm, karaciğer toksisitesi, hipertansiyon, hiperlipidemi, hiperpotasemi, hipomagnezemi, hipofosfatemi, hiperkalsemi, glukoz intoleransı, nefrotoksitesisi, hiperürisemi, malignitiye eğilim gelişmesidir.

Takrolimus, FKBP-12' ye bağlanarak etki gösterir. Calsineurin inhibitörüdür ve IL 2, IL6, TNF, IFN, sitokinlerin sentezini engeller. Yan etkileri; tremor, karaciğer toksisitesi, hipertansiyon, hiperlipidemi, hiperpotasemi, hipomagnezemi, hipofosfatemi, hiperkalsemi, glukoz intoleransı, nefrotoksitesisi, hiperürisemi, malignitiye eğilim ve alopesidir.

Azatiopurin, pürin analogu olup RNA sentezini ve DNA sentezini engeller. Bu da T hücrelerinin proliferasyonunu engeller. Yan etkileri; lökopeni, trombositopeni, megaloblastik anemi, karaciğer toksitesi, hepatit, kolestaz, malignite ve enfeksiyona eğilimdir.

Mikofenil mofetil, pürin metabolizmasında guanozin sentezi için gerekli olan monofosfat dehidrogenaz (IMPDH) enzimini irreversible olarak bloke eder. RNA ve DNA sentezi bozular. Yan etkileri, lökopeni, trombositopeni, megaloblastik anemisi ve bulantı, kusma , diyare, malignite , enfeksiyonlara eğilim gelişmesidir.

2.3 YAŞAM KALİTESİ:

2.3.1 Yaşam Kalitesi Tanım:

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü ortak bildirisine göre; hastalık ve sakatlık olmadan bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali olarak tanımlanmıştır (30).

Yaşam, tanım olarak bedenin temel gereksinimlerinin karşılanması ve hastanın hayatını ve yaşantısını normal bir şekilde devam etmesidir. Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü'nce "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlanmıştır (31). Yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algıyaşının subjektif bir ölçütüdür (32).

Yaşam kalitesi makro (sosyal, objektif) ve mikro (bireysel, subjektif) ölçekte değerlendirilir. Objektif ve subjektif unsurların iç içe geçmiş kompleks birlikteliği ile yaşam kalitesi oluşmaktadır (33).

Bu nedenle sağlık ve sağlıkla ilişkili durumların tanımında standart bir dil sağlamak için WHO tarafından Uluslararası Fonksiyon, Özürlülük ve Sağlık Sınıflaması (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) kavramını 2002 yayınlanmıştır (34). ICF ‘deki temel kavramlar iki grupta incelenir (Tablo V);

Tablo V: ‘International Classification of Functioning’ (ICF) Temel Kavramlar:

I- Fonksiyon ve özürlülük	II- Dış faktörler
a- Vücut fonksiyonları ve yapıları	a- Çevresel faktörler
b- Aktivite ve katılım	b- Kişisel faktörler

ICF sınıflamasındaki alanların gözden geçirilmesi; vücut fonksiyonları ve yapıları

Tablo VI: Vücut Fonksiyonları ve Yapıları- ICF alt birimleri

Vücut fonksiyonları	Vücut yapıları
1. Mental fonksiyonlar	1. Sinir sistemi yapıları
2. Duyusal fonksiyonlar ve ağrı	2. Göz, kulak ve ilişkili yapılar
3. Ses ve konuşma fonksiyonları	3. Ses ve konuşmayla ilgili yapılar
4. Kardiyovasküler,hematolojik,immünolojik ve solunum sistemi fonksiyonları	4. Kardiyovasküler, immünolojik ve solunum sistem yapıları
5. Sindirim, metabolik ve endokrin sistem fonksiyonları	5. Sindirim, metabolik ve endokrin sistemle ilişkili yapılar
6. Genitoüriner ve üreme fonksiyonları	6. Genitoüriner ve üreme sistemi ile
7.Sinir-kas-iskelet ve hareketle ilişkili yapılar	7. Hareketle ilişkili yapılar
8. Deri ve ilişkili yapıların fonksiyonları	8. Deri ve ilişkili yapıların fonksiyonları

Tablo VII: Aktivite ve Katılım- ICF alt birimleri

Aktiviteler ve Katılım

1. Öğrenme ve uygulama bilgisi
 2. Genel görevler ve ihtiyaçlar
 3. İletişim
 4. Mobilite
 5. Bireysel bakım
 6. Ev hayatı ve ev işleri
 7. Kişiler arası ilişkiler ve etkileşim
 8. Majör yaşam alanları
 9. Toplumsal, sosyal ve sivil yaşam
-

Tablo VIII: Çevresel Faktörler - ICF alt birimleri

-
1. Ürünler ve teknoloji
 2. Doğal çevre ve insanların çevrede yaptığı değişiklikler
 3. Destek ve ilişkiler
 4. Davranışlar
 5. Servisler, sistem ve politika
-

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, kişinin hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığını değerlendirir (35). Sağlık ve hastalık kavramları, birbiriyle ilişkili üç alanda gözden geçirilir. Bu alanlar, organ veya sistem, kişi, toplum veya sosyal yaşamdır.

Fiziksel alan, bireyin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşlarını ne kadar yerine getirebildiğinin algılamasını içerir. Hastaların semptomları, yaşadıkları komplikasyonlar fiziksel alan içinde değerlendirilir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer sosyal çevresindeki insanlarla ilişkilerinin algılanmasını içerir. Sosyal destek, toplumsal ilişkilerde mutluluk ve sosyoekonomik değişkenler sosyal alan içinde tutulmaktadır. Mental alan içinde depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumun algılaması vardır. Psikolojik iyilik hali, kognitif fonksiyonlar, sipsirituel inançlar ve varlık bütünlüğü de mental alan içinde değerlendirilir (36).

2.3.2 Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi :

Genel yaşam kalitesi, fonksiyonel yetilerin yanı sıra bireylerin semptomlarını, tedavi yan etkilerini, sosyal, psikolojik, ruhsal, ailesel ve finansal parametrelerini de içermek zorundadır. Yaşam kalitesi ölçekleri; çok boyutlu, subjektif, kolay uygulanabilir, geçerli ve güvenilir olmalıdır (35,37).

Sağlıklı bireylere kıyasla hasta bireylerde yaşam kalitesi ölçümlerinde fonksiyonel durum ve hastalıkla ilgili semptomlar daha önemlidir. Böbrek yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesini etkilen en önemli faktörler; diyaliz süresi, hastalığın süresi ve nedeni, renal replasman tedavi şekli, ev içinde yaşayan kişi sayısı, sosyal ve emosyonel destek boyutu, düzenli bir işte çalışma, başkalarına bağımlı olma, ek hastalıkların varlığıdır (38). Diyaliz hastalarında hemoglobin düzeyi, Kt/V oranı, diyaliz süresi, üremi belirtilerinin şiddeti ve böbrek hastalığı dışındaki diğer hastalıkların varlığı yaşam kalitesini etkilemektedir (39). Böbrek nakli olan hastalarda ise bunlara ek olarak rejeksiyon ve infeksiyon riski ve korkusu, ilaçlara ve tedaviye uyumluluk, immunosüpresif tedavinin yan etkileri, sosyal güvence yaşam kalitesini etkilemektedir (40).

2.3.3 Yaşam Kalitesi Ölçekleri :

Yaşam kalitesini ölçen anketlerin basit, kolay ve çabuk doldurulabilecek şekilde, hastaların yaşam ve sosyo- kültürel özelliklerine uygun olması gereklidir. Anketlerin başarılı ve objektif olabilmesi için psikometrik bazı özellikleri yerine getiriyor olması gereklidir. Bunlar güvenilirliği, geçerliliği, yanıtlanabilir olması ve hassasiyetidir. Güvenirlik, bir ölçümün bir dizi koşullarda tekrarlanabilir olmasını gösterir. Güvenilir bir ölçek, hastada büyük bir değişiklik olmadığı sürece her araştırmacı tarafından farklı zamanlarda aynı sonucu vermelidir. Geçerlilik, bir anketin hedeflenen verilere ne kadar ulaşabildiğini gösterir. Yanıtlılık, değişikliklerin ne kadar saptanabildiğini gösterir. Duyarlılık, bir anketin doğru değişiklik ve farklılıkları ne kadar yansıtabildiğini gösterir (34, 36, 37).

Yaşam kalitesi ölçekleri, klinik çalışmalarda ilaçların etkilerinin değerlendirilmesi, hizmet sunan kişilerin performanslarını değerlendirmek ve hastada oluşan değişikliklerin izlenmesi için kullanılmaktadır.

Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde iki farklı ölçüt kullanılır: Bunlar jenerik ve hastalığa özgü ölçütlerdir. Jenerik ölçütler, genel popülasyonda kullanılır, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen geniş ilgi alanları mevcuttur. Hastalıkla ilgili ölçütler ise, sadece o hastalık grubunda kullanılmaktadır (41,42).

2.3.3.1 Jenerik Ölçütler:

Jenerik ölçütler; Kısa Form-36, Nottingham Sağlık Profili, Euro QOL, İyilik Hali Skalası, Hastalık Etki Profili, Sağlık Yararlanma İndeksi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketidir (WHOQOL) (14).

2.3.3.2 Hastalıkla İlgili Ölçütler:

Böbrek hastalıklarında kullanılan spesifik ölçekler; böbrek hastalık anketi, böbrek hastalığı yaşam kalitesi (KDQOL), KDQOL-SF ve diyaliz yaşam kalitesi (DIA-QOL), son dönem böbrek hastalığı semptom listesi- transplantasyon modülü (ESRD-SCL)'dür (14). Böbrek nakil hastalarında en çok kullanılan ölçekler sırasıyla Tablo IX'da verilmiştir.

Tablo IX: Nakil Hastalarında Kullanılan Ölçekler ve Atıf Sayıları:

Anket Adı	Jenerik ya da Hastalık Hedefli	Atıf Sayısı
1. SF- 36	Jenerik	92
2. Sağlık Profili	Jenerik	25
3.Beck Depresyon Ölçeği	Jenerik	17
4. Affektif Denge Ölçeği	Jenerik	11
5. İyilik Hali Ölçeği	Jenerik	10
6. SDBH- Semptom Listesi	Hastalık Hedefli	10
7. Epidemolojik Çalışma	Jenerik	8
Merkezi-SDBH-Depresyon Ölçeği		
8. KDQOL	Hastalık Hedefli	7
9. Psikolojiye Uyarlanmış Hastalık Ölçeği	Jenerik	8
10. WHOQOL	Jenerik	6
11. EuroQOL- 5D	Jenerik	6

Diyaliz hastalarında yaşam kalitesini ölçmek için oluşturulan ilk anket, böbrek hastalık anketidir (DIA- QOL). DIA- QOL İtalya’da oluşturulmuştur ve daha önceki çalışmalara ek olarak daha spesifik bakış açısı getirebilmiştir. Genel olarak kronik böbrek hastalığı tanısı olan hastalarda en çok kullanılan iki anket Kidney Disease Quality of Life instrument (KDQOL) ve End-Stage Renal Disease Symptom Checklist-Transplantation Module (ESRD-SCL-TM) ‘dür (14, 38,43).

2.3.3.2.1 KDQOL:

Spesifik olarak kronik böbrek yetmezliği hastalığının değerlendirilmesi için oluşturulmuş bu ölçekte SF-36 skalası ve ek olarak 98 tane böbrek hastalığına yönelik soru içermektedir. Ek sorular diyaliz hastalarının, diyaliz çalışanlarının ve hasta yakınlarının görüşleri dikkate alınarak oluşturulmuştur. KDQOL kısa formu, (KDQOL–SF) 43 adet böbrek hastalığına spesifik 12 ana başlık altında bir araya getirilmiş soru içermektedir (14,43).

Bu bölümlerin her biri, böbrek hastalığının etkilerini, böbrek hastalığının yükünü, hastaların çalışma durumlarını, kognitif fonksiyonlarını, sosyal hayattaki iletişimin kalitesini, seksüel fonksiyonları, uyku, sosyal desteği , diyaliz ekip desteğini ve hastanın memnuniyetini içermektedir.

KDQOL-SF, Amerika'da geliştirilmiş, ardından birçok ülkede başka dillere çevrilmiştir. Birçok büyük çalışmada KDQOL- SF kullanılmıştır. Bunların içinde en önemlisi birden fazla merkezde yapılan Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre KDQOL-SF, büyük diyaliz popülasyonlarında hem mortaliteyi hem de hastaneye yatış riskini belirleyebilmiştir. Bu anketin güvenilirliği büyük bir böbrek nakli grup çalışmasında kanıtlanmıştır (44).

KDQOL-SF, SDBH 'da hayat kalitesini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Yapılan büyük kapsamlı birçok çalışmada - 2001 yılı ve sonrasında - böbrek nakil hastalarında da güvenle kullanılabileceği gösterilmiştir (14). 2006 yılında Barotfi ve ark. yaptıkları çalışmada KDQOL kullanılarak nakil hastalarının hemodiyalize giren ve periton diyalizi yapan hastalara göre yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir. Çalışmada ayrıca anketin nakil hastalarında kullanımının güvenilirliği ve geçerliliği kanıtlanmıştır (45).

2.3.3.2.2 ESRD-SCL-TM

Bu anket özellikle hastalık hedefli olarak geliştirilmiş ve nakil hastalarının fiziksel ve psikolojik durumlarının değerlendirilmesi için kullanılmıştır. İlk defa Almanya'da 450 nakil hasta üzerinde uygulanmış ve geliştirilmiştir. Anket , hastaların yaşam kalitesini altı alt birim üzerinden değerlendirilmektedir. Bunlar: kısıtlı fiziksel kapasite, kısıtlanmış kognitif kapasite, kardiyak ve renal disfonksiyon, kortikosteroid tedavisinin yan etkileri, diş eti büyümesi , kılınmada artış ve nakille ilgili strestir. Almanca , Türkçe ve Norveç dilinde yapılmış ve yayınlanmış çalışmalar olduğu halde İngilizce versiyonunda yapılan bir çalışma yoktur (14,46,47) .Halen anketin geliştirilmesi gereken birçok birimi vardır. Yapılan toplam 10 çalışmanın 4'ü 2006 yılına aittir fakat anketin güvenilirliğini gösteren daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Hastalar:

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Araştırma Hastanesi Nefroloji Bölüm takibinde olan toplam 80 renal nakil hastası, 42 diyaliz hastası ve 35 kişilik kontrol grubu ile görüşülerek gerçekleştirildi. Böbrek nakli olan hastalar son 6 ay ile 168 ay arasında takip edilmekteydi. Çalışmaya alınan hastaların 79'u (% 50) kadın, 79 'u (% 50) erkeklerden oluşuyordu. Hastaların ortalama yaşı, $39,85 \pm 14,48$ yıl olarak saptandı.

Çalışmaya alınan bireylerin seçimleri tabakalama yöntemi ile yapılmıştır ve bireylerin cinsiyet, medeni durum , yaş ve sosyoekonomik durumları arasında benzerlik olması için sistematik davranılmıştır.

3.2. Metod:

Hastalar, kendi doldurdıkları 38 sorudan oluşan KDQOL-SF anketi ile değerlendirildi. Anketler uygulanmadan önce hastalara bilgi verildi ve onay alındı. Sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubuna SF-36 yaşam kalitesi ölçüm skalası uygulanmıştır. Bu gruptaki bireylere verilen anketlerde sadece böbrek hastalığına yönelik sorular yoktur, geri kalan sorular tamamen aynıdır ve benzer şekilde anket sonuçları 100 üzerinden değerlendirilmiştir. Örnekleme tabakalama sistemi kullanılarak gerçekleştirildi. Nakil grubundaki hastalar -evren- özelliklerine göre tabakalara ayrıldı. Tabakalama yapılırken yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu ve nakil öncesi diyalize girme süresi dikkate alındı. Diyaliz hasta grubunun seçiminde benzer özelliklerde hastalar seçildi. Kontrol grubunun seçiminde yaş, medeni durum ve cinsiyet ayırımına dikkat edildi, hastaların ve kontrol grubunun bu özellikler açısından benzer dağılım gösterdiği tespit edildi.

Laboratuar değerleri, nakil öncesi ve sonrası hastalara ait bilgisayar kayıtlarından ve dosya bilgilerinden elde edildi. Bir yıl ya da daha uzun süre kortikosteroid tedavisi alan hastalara düzenli olarak yapılan kemik dansite ölçümlerinden yararlandı. Hastaların önerilen ve alması gereken ilaç sayısına dosya bilgilerinden ve hastanın kendi beyanından ulaşıldı. Çalışmaya dahil edilen her hasta immunosüpresif tedavi almaktaydı.

Ankette en az doldurulan kısımlardan biri seks yaşamının sorgulandığı kısım ve gelir düzeyinin belirtildiği alan olmuştur. Eksik bırakılan bölümler hastalarla özel olarak ve yalnız-uygun ortamda kendi rızası alınarak tekrar sorgulanmış ve tamamlanmıştır. Yine de bu bölümlerdeki verilerin bir kısmının doğruyu yansıtmıyor olması olasıdır. (Bakınız ek)

3.2.1 KDQOL-SF ve SF- 36 :

SF- 36 formu, yaşam kalitesini ölçen jenerik anketlerden biridir. Toplam 36 soru içeren ankette yaşam kalitesi 8 farklı alanda değerlendirilmektedir. Bunlar; fiziksel fonksiyonlar (PF), fiziksel problemlere bağlı gelişen rol fonksiyonlarında kısıtlılık (RP), vücut ağrısı (BP), genel sağlığın değerlendirilmesi (GH), yaşamsallık (VT), sosyal fonksiyonlar (SF), emosyonel problemlere bağlı rol fonksiyonlarında kısıtlılık (RE) ve ruh sağlığı (MH) 'dır. Skor 0 (en düşük yaşam kalitesi) ve 100 (en yüksek) arasında değişmektedir (48).

KDQOL-SF, SDBH için geliştirilmiş kişinin kendisinin doldurabileceği bir ankettir. Ankette toplam 43 adet hastalığa yönelik bölüm bulunmaktadır bunların 36 tanesi jenerik formatta ve genel sağlık durumunu ölçmek için oluşturulmuştur. Anketin merkezini fiziksel ve mental durumu ölçen 8 bölümlü SF-36 oluşturur (49).

Hastalığa spesifik sorular: semptomlar / problemler (12 soru), günlük hayata böbrek hastalığının etkileri (8 soru), böbrek hastalığının yükü (4 soru), çalışma durumu (2 soru), kognitif fonksiyonlar (3 soru), sosyal ilişkilerin kalitesi (3 soru), seksüel fonksiyonlar (2 soru) ve uyku (4 soru) ile ilgili bölümlerdir. Ek olarak sosyal destek (2 soru), diyaliz ekibinin desteği (2 soru) ve hasta memnuniyetini (1 soru) ölçen sorular da katılmıştır. Anketin merkezini fiziksel ve mental durumu ölçen 8 bölümlü SF- 36 oluşturur.

Her bir bölüm 0 ile 100 arasında puanlandırılmıştır. Yüksek skorlar daha iyi bir sağlık ilişkili yaşam kalitesi anlamına gelmektedir. Farklı alt-skalalarda değerlendirilen sorular KDQOL-SF 1.3 skorum programı kullanılarak hesaplanabilmektedir. Böbrek nakil hastalarına verilen ankette diyaliz giriş yeri problemleri ile ilgili soru çıkartılmıştır (49).

KDQOL-SF anketi, orijinal Amerikan versiyonundan Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) çeviri metodolojisine uygun olarak Türkçe'ye

çevrilmiştir (50). Çeviride Türk hastalarının günlük aktiviteleri ve sportif etkinliklerin olasılıkları düşünülerek değişiklikler yapılmıştır. KDQOL–SF anketinin değerlendirdiği alanlar ve soruların dağılımı Tablo X’da gösterilmiştir. (Bakınız ek- KDQOL- SF)

Tablo X: KDQOL- SF ölçeğinin alan ve soru sayılarının dağılımı:

ALAN	Soru Sayısı/ Sorular
Böbrek hastalığı hedefli sorular	
Semptomlar ve Problemler	12 / 14 a-k , l (m)
Böbrek hastalığı etkileri	8 / 15 a- h
Böbrek hastalığının yükü	4 / 12 a-d
Çalışma durumu	2 / 20, 21
Kognitif fonksiyonlar	3 / 13 b, d, f
Sosyal hayat kalitesi	3 / 13 a,c, e
Seksüel fonksiyonlar	2 / 16 a, b
Uyku	4 / 17, 18 a-c
Sosyal destek	2 / 19 a-b
Diyaliz ekibi desteği	2 / 24 a-b
Hasta memnuniyeti	1 / 23
Jenerik (SF-36) sorular	
Fiziksel fonksiyonlar	10 / 3 a-j
Rol fonksiyonları-fiziksel	4 / 4a-d
Vücut ağrısı	2 / 7,8
Genel sağlık durumu	5 / 1, 11 a-d
Enerji durumu / Bitkinlik	4 / 9 a,e, i,g
Sosyal fonksiyonlar	2 / 6, 10
Rol fonksiyonları- emosyonel	3 / 5 a- c
Emosyonel iyilik hali	5 / 9 b, c , d , f ,h

Anket, 5 maddeli likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermekte, sorular son 30 günlük yaşam dikkate alınarak yanıtlanmıştır. Likert tipi ölçeklemede seçenekler önem derecesine göre 1, 2, 3, 4, 5 biçiminde puanlanmaktadır.

Böbrek hastalığı ile ilgili hastaların mevcut semptomları : kas ağrısı, eklem ağrısı, bel ve göğüs ağrısı, baş ağrısı, diyaliz esnasında kramplar, morarma, kaşıntı, dispne, baş dönmesi , halsizlik, iştah kaybı, aşırı susama, ellerde ve ayaklarda uyuşma-his kaybı, hafıza bozukluğu, bulanık görme, bulantı ve diyaliz giriş yeri sorunları sorgulanarak yapılmaktadır. Böbrek hastalığının günlük aktivitelere etkisi , aynı beş puanlık yanıt skalası kullanılarak yapılmaktadır. Bunlar , günlük su alımında kısıtlılık, iş gücünün etkilenmesi, aile sorumluluklarının yerine getirilmesi, seyahat , ağırlık kaldırılması, günlük bakımın yapılması ve sorumlulukların yerine getirilmesinde harcanan zamanla ilgili sorunların ele alınması ile yapılmaktadır.

Çalışma durumu son 12 ay içinde hastanın tam gün, yarım gün çalışma durumunu sorgulamaktadır. Eğer çalışıyorsa kaç ay çalıştığı ve son 12 ayda maaşlı bir işte çalışıp çalışmadığı sorgulanmaktadır.

3.3 İstatiksel Analizler:

Tüm veriler SPSS 13.0 kullanılarak değerlendirildi. İstatiksel değerlendirmede özellikler normal dağılım göstermediği için Spearman ilişki analizi kullanıldı. İkili grup karşılaştırmasında veriler normal dağılım göstermediği için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Çoklu grup değerlendirilmesinde Kruskal-Wallis ile analiz yapıldı. İkili karşılaştırmalar için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi veya Mann-Whitney U testi yapıldı. Anlamlılık için $p < 0,05$ değeri dikkate alındı.

4. BULGULAR

4.1 Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bulguları

Nakil grubundaki hastaların ve çalışmaya dahil edilen diyaliz hastalarının laboratuvar değerleri, kullandıkları ilaç sayısı, nakil sonrası takip süresi, nakil öncesi ve sonrası parathormon düzeyleri ve kemik mineral dansitometri (kmd) ölçüm T skorları Tablo XI 'de gösterilmiştir.

Tablo XI: Nakil ve böbrek hastalarının laboratuvar değerleri ve T skor ortalamaları:

	Total Hasta Sayısı	Ortalama Değer	Median Değer (min- max)
Ürik Asit * (mg/dl)	80	12,65	12 (5- 43)
Ürik Asit ** (mg/dl)	80	5,66	5,45 (1,7- 18)
Trigliserid (mg/dl)	80	180,43	161,50 (34-605)
T. Kolesterol (mg/ dl)	80	185,98	184,0 (180- 360)
HDL (mg/dl)	80	44,25	45,0 (18- 87)
LDL (mg/dl)	80	102,95	97,5 (31-264)
Protein (mg/dl)	80	6,99	7,0 (5,4- 9,0)
Albumin (mg/dl)	80	4,22	4,30 (2,8 -5,2)
Hemoglobin* (gr/dl)	80	12,45	12,0 (7,5 -17)
Hemoglobin ** (gr/dl)	80	13,08	13,0 (7- 19)
Potasyum (mg/dl)	80	4,36	4,25 (3- 6,10)
Creatinin * (mg/dl)	80	10,59	10,60 (4,8 -16)
Creatinin ** (mg/dl)	80	1,23	1,19 (0,65 - 2,9)
Kalsiyum * (mg/ dl)	80	9,32	9,6 (7,5- 12)
Kalsiyum ** (mg/ dl)	80	8,9	9,0 (7,0-11,5)
Glukoz (mg/dl)	80	95,90	91 (58- 205)
Fosfor (mg/dl)	80	3,00	2,90 (1,35- 7,40)
BUN (mg /dl)	80	24,48	18,50 (9,6- 85)
Parathormon *(pmol/ l)	80	332,66	162,0 (2- 2500)
Parathormon ** (pmol/ l)	80	278,25	130 (2- 2100)
t femur skoru	58	-1,06	-1,2 (-2,83-2,4)
t L 1-2 skoru	58	-1,07	-1,0 (-2,99-1,20)

* Nakil öncesi değer

** Nakil sonrası değer

Hastaların tümü düzenli olarak ilaç kullanmaktaydı. Nakil grubunda hastaların aldığı ilaç sayısı ortalaması $5,86 \pm 1,85$, diyaliz giren hasta grubunda $6,78 \pm 1,90$ ve kontrol grubunda $0,91 \pm 1,42$ olarak bulundu. Hastaların % 51,9 'ü 5 ve altında ilaç almaktayken % 48,1 'ü ise 6 ve daha fazla ilaç kullanmaktaydı. Hastaların ve kontrol grubunun kullandığı ilaç sayısı Tablo XII 'de gösterilmiştir.

Tablo XII: Tüm grupların kullanılan ilaç sayısı ve yüzdeleri:

	0-5 ilaç kullanan hasta sayısı – Yüzdesi %	6 -10 ilaç kullanan hasta sayısı – Yüzdesi %	11-12 ilaç kullanan hasta sayısı – Yüzdesi %
Nakil Grubu	36 - 45%	43 - 53,75%	1 - 1,25%
Replasman Tedavisi Alan Grup	10 - 23,25%	31 - 72,09%	2 - 4,65%
Kontrol Grubu	36 -100%	0 - 0%	0 - 0%

Böbrek nakli yapılan hastaların ortalama nakil süresi, $19,27 \pm 19,15$ ay olarak bulundu. Nakil öncesi diyalize giriş süresi, ortalama olarak $35,12 \pm 32,46$ ay olarak hesaplandı.

Diyalize giren ikinci grupta diyalize giriş süresi ortalama olarak, $42,76 \pm 36,01$ ay olarak bulundu. Nakil öncesi diyalize alınan hastaların ve düzenli diyalize giren hastaların diyalize girme süreleri arasında Mann – Whitney U testine göre anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$).

Özellikle yaşam kalitesini etkilediği daha önce yapılan çalışmalarda kanıtlanan kreatinin, hemoglobin, parathormon, ürik asit ve kalsiyum düzeyi nakil öncesi ve sonrası olarak değerlendirildi. KMD ölçümlerinde hastanın femur ve lomber 1-2 t skorları dikkate alındı.

Nakil hastaları ile diyaliz hastalarının laboratuvar değerlerinin, diyalize giriş sürelerinin ve ilaç sayılarının ortalamalarının karşılaştırılması aşağıdaki Tablo XIII'de verilmiştir.

Tablo XIII: Nakil hastaları ile diyaliz hastalarının laboratuvar değerlerinin, diyalize giriş sürelerinin ve ilaç sayılarının ortalamalarının karşılaştırılması

	Nakil Öncesi		Nakil Sonrası		Diyaliz Hasta Grubu	
	Ortalama	Median (min-max)	Ortalama	Median (min-max)	Ortalama	Median (min-max)
Hemoglobin (gr/dl)	12,45	12 (7,5-17)	13,8	13 (7-19)	11,54	12 (8-15)
Albumin (mg/dl)	4,22	4,3 (2,8-5,2)			3,47	3,65 (1,2-5)
Creatinin (mg/dl)	10,59	10,6 (4,8-16)	1,23	1,9 (0,65-2,9)	7,78	8 (2-15)
Kalsiyum (mg/ dl)	9,32	9,6 (7,5-12)			8,95	9 (6-12)
Fosfor (mg/dl)	3,0	2,9 (1,35-7,4)			4,52	4 (1,5-8)
Parathormon (pmol/ l)	332,66	162 (2-2100)	278,25	130 (2-2100)	951,09	857 (59-2980)
Diyaliz Süresi (ay)	35,12	32,46 (4-244)			42,76	37 (0-192)

Böbrek nakli grubundaki hastaların nakil öncesi ve sonrası dönemdeki kalsiyum, ürik asit, hemoglobin değerleri ve yaşam kalitesi skorları karşılaştırıldı. Normal dağılım göstermeyen bu grup ortalamaları t testinin non- parametrik karşılığı Wilcoxon İşaret Testi kullanılarak karşılaştırıldı. Buna göre önemli anlamlılık tespit edildi ($p < 0,00$). Bu anlamlılık nakil öncesi ve sonrası parathormon değerleri arasında bulunamadı ($p > 0,05$).

Nakil grubu ve diyaliz grubunun yaşam kalitesi ortalamaları ile albumin, hemoglobin, creatinin, fosfor, parathormon değerleri arasında Mann- Whitney U testine göre anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Fark kalsiyum değerleri arasında anlamlı değildi ($p > 0,05$).

Çalışmaya alınan 80 nakil hastasının, 42 diyaliz hastasının ve 35 kontrol grubunun medeni durumu, eğitim durumu, aylık geliri, aynı evde yaşayan insan sayısı ve çalışma durumu Tablo XIV'de verilmiştir.

Tablo XIV: Çalışmaya katılan bireylerin medeni durumu, eğitim durumu , aylık geliri, aynı evde yaşayan insan sayısı ve çalışma durumu

	Nakil Grubu	Diyaliz Grubu	Kontrol Grubu
	Hasta Sayısı - Yüzde (%)	Hasta Sayısı - Yüzde (%)	Hasta Sayısı - Yüzde (%)
Medeni Durum			
Bekar	23 - 28,8 %	9 - 21,4 %	6 -16,7 %
Evli	56 - 70 %	29 - 69 %	27 - 75 %
Dul	1 - 1,3 %	4 - 9,5 %	3 - 8,3 %
Eğitim Durumu			
Okuma yazma bilmeyen	0 – 0 %	8 – 19,04%	0 – 0%
İlkokul mezunu	19 - 23,75%	14 - 33,33%	2 – 5,5%
Ortaokul mezunu	31 – 38,75 %	15 – 35,71 %	4 –11,11%
Lise mezunu	27 – 33,75 %	5 –11,90 %	16 –44,44%
Üniversite mezunu	3 – 3,75%	0 – 0%	14 -38,88%
Aylık Gelir Durumu			
< 300	12 – 15%	1 – 2,38 %	14 – 38,88 %
300 - 499	23 – 28,75%	10 – 25 %	5 – 13,88 %
500 - 999	19 – 23,75%	17 – 40,47 %	12 – 33,33 %
1.000 - 2999	22 – 27,5%	12 – 28,57 %	3 – 8,33 %
3.000 - 5.000	4 – 5%	2 – 4,76 %	1 – 2,77 %
> 5.000	0 – 0%	0 -0 %	1 – 2,77 %
Çalışma Durumu			
Çalışmıyor	70 - 87,5 %	40 - 95,2 %	22 - 61,1 %
Çalışıyor	10 - 12,5 %	2 - 4,8%	14 – 38,9 %

Çalışmaya katılanların % 83,5'i düzenli bir işte çalışmıyorken % 16,5 'i maaşlı bir işte çalışmaktaydı. Çalışmaya katılanların % 71,6'sının geliri 1000 TL ve 1000 TL altında , % 28,4 'nün geliri ise 1000 TL'nin üzerinde tespit edildi.

Çalışmaya katılan hastaların ve kontrol grubunun aynı evde beraber yaşadığı insan sayısı ortalama 4 kişi olarak bulundu. Çalışmaya katılanların % 71.5 2' i evde 4

ya da daha az kişi ile yaşarken, %28,5 'i 5 veya daha fazla kişi ile beraber yaşamaktaydı.

Çalışmaya katılan renal nakil ve diyaliz hasta grubunda % 9,5'inde ek bir hastalık olmadığı, % 74,5'inde hipertansiyon tanısı (sistolik kan basıncı > 130 mmHg) ,% 3,8 'inde depresyon ve % 6,9' unda kalp hastalığı ve beraberinde diyabetes mellitus ve % 5,1'inde depresyon ve hipertansiyon tanısının beraber olduğu tespit edildi.

Hastaların % 37,5 'i son 6 ay içinde hastaneye yatmamışken % 62,5'i son 6 ay içinde hastanede yatarak tedavi görmüştü.

Nakil hastaların % 40 'ında immunosüpresif tedaviye sekonder komplikasyonların geliştiği dosya bilgilerinden elde edildi. Nakil sonrası takip altında olan hastalara bir yıl sonunda kemik mineral dansitometrisi düzenli olarak yapılmıştır. Bu takiplere göre hastaların % 22.5 'inde osteopeni (t skoru 1 ile - 2,5 arasında) , % 8,8 'inde ise osteoporoz (t < -2,5) ile uyumlu t skorları olduğu tespit edildi.

Hastalar yaş gruplarına göre risk gruplarına ayrıldı ve hastaların ve kontrol grubunun % 74,1 'i 50 yaş altında - düşük risk grubunda, % 13,9 'u 50 ile 59 yaş arasında - orta risk grubundaydı ve % 12 'si 60 yaş üzerinde - yüksek risk grubunda bulundu.

4.2. Araştırma Grubunun Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguları:

Hastaların genel yaşam kalitesi ve genel sağlık algısı Tablo XV’de gösterilmiştir.

Tablo XV: Tüm Grupların Genel Yaşam Kalitesi Algısı

	Genel Yaşam Kalitesi Algısı				
	Çok Kötü % 0-20	Biraz Kötü % 21-30	Ne İyi Ne Kötü % 31-50	Oldukça İyi % 51- 70	Çok İyi % 71-100
Sayı -	20 -	38 -	56 -	14 -	30 -
Yüzde	12,65 %	24,05 %	35,44 %	8,86 %	19 %

Nakil hastalarında genel yaşam kalitesi ortalamaları, nakil öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında Mann – Whitney U testine göre anlamlı fark bulundu ($p < 0,00$) . Nakil hastaları ve diyaliz hastalarının kontrol grubuna göre yaşam kalitelerinin düşük olduğu tespit edildi. Nakil hastalarının sağlıklı popülasyonla kıyaslandığında mental sağlık, emosyonel rol ve sosyal fonksiyon alanlarında kıyaslanabilecek iyilik hali sağlandığı fakat diğer alt birimlerde hastaların ortalamalarının düşük olduğu tespit edildi.

Yaşam kalitesi ölçeğinin sekiz alt biriminin her hasta ve kontrol grubu için ortalama değerleri Tablo XVI ‘da verilmiştir:

Tablo XVI: Yaşam kalitesi ölçeğinin sekiz alt birim ortalama değerleri

	Fiziksel Fonksiyon (PF) %	Fiziksel Rol (PR) %	Vücut Ağrısı (BP) %	Genel Sağlık Durumu (GH) %
Nakil Grubu	62,5	53,5	70,2	54,3
Diyaliz Grubu	33,6	23,6	48,6	31,6
Kontrol Grubu	82,2	78,8	77,5	69,5

Tablo XVI: Yaşam kalitesi ölçeğinin sekiz alt birim ortalama değerleri:

	Yaşamsallık (VT)%	Sosyal Fonksiyon (SF)%	Emosyonel Rol (ER)%	Mental Sağlık (MH)%
Nakil Grubu	53,2	75,2	68,8	70,8
Diyaliz Grubu	34,5	41,9	31,0	69,1
Kontrol Grubu	58,4	88,0	82,5	75,4

Nakil grubu ve diyaliz hasta gruplarının yaşam kalitesi ortalaması ile ek sistemik hastalıklarının varlığı, çalışma durumu, diyalize giriş süresi ve yeterli sosyal desteğin varlığı açısından karşılaştırıldığında Mann - Whitney U testine göre fark, anlamlı bulundu ($p < 0,00$). Bu anlamlılık nakil grubunun nakil sonrası takip süresi ile genel yaşam kalitesi ortalaması arasında bulunamadı ($p > 0,05$).

Araştırma grupları ve kontrol grubunda yaş, kullanılan ilaç sayısı, kreatinin ve risk skoru ile yaşam kalitesi alt birim alanları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ($p < 0,00$, $r = -0,46$) ve kullanılan ilaç sayısı ($p < 0,00$, $r = -0,499$) ile tüm alanlar arasında negatif korelasyon bulundu. Sosyal destek, hemoglobin ve albumin değerleri ile yaşam kalitesi alt birimleri arasında pozitif korelasyon bulunurken ($p < 0,00$), cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu, evde yaşayan kişi sayısı ve diğer laboratuvar değerleri ve yaşam kalitesi alt birimleri arasında korelasyon bulunamadı ($p > 0,05$). Yaş grubuna göre yapılan risk skorlamasında yaşam kalitesinin PF, RF, GH ve VT alt

birimleri arasında negatif korelasyon olduğu tespit edildi. Yaş grubuna göre bu korelasyonun mental sağlık ile anlamlı olmadığı tespit edildi. Diyaliz giriş süresinin sadece genel sağlık kalitesi (GH) ile negatif korelasyon gösterdiği görüldü. Nakil süresi ile sosyal fonksiyon (SF) arasında negatif korelasyon olduğu tespit edildi.

Bağımsız değişkenler ve yaşam kalitesinin sekiz alt birim arasındaki Spearman korelasyon katsayıları, Tablo XVII 'de gösterilmiştir.

Tablo XVII: Bağımsız değişkenleri ve yaşam kalitesinin sekiz alt birimi arasındaki Spearman korelasyon katsayıları

	Yaş	Risk Skoru	Diyaliz Süresi	Eğitim Durumu	Sosyal Destek	Nakil Süresi
PF	-0,46**	-0,36**	-0,01	0,27**	0,24**	0,33**
RF	-0,31**	-0,29**	-0,18	0,34**	0,32**	0,21*
BP	-0,20*	-0,15	-0,067	0,23*	0,22*	0,88**
GH	-0,26**	-0,24**	-0,26 **	0,14	0,35**	0,40**
VT	-0,27**	-0,23**	-0,07	0,11	0,42**	0,14
SF	-0,23**	-0,28**	-0,02	0,12	0,36**	-0,36**
RE	-0,24**	-0,20*	0,026	0,14	0,20*	0,85**
MH	-0,05	-0,12	-0,066	0,09	0,33**	0,13

**** Korelasyon anlamlı, p <0,01.**

* Korelasyon anlamlı, p< 0,05.

Laboratuvar değerleri ve yaşam kalitesinin sekiz alt birim arasındaki Spearman korelasyon katsayıları, Tablo XVIII 'de verilmiştir.

Tablo XVIII: Laboratuvar değerleri ve yaşam kalitesinin sekiz alt birim arasındaki Spearman korelasyon katsayıları

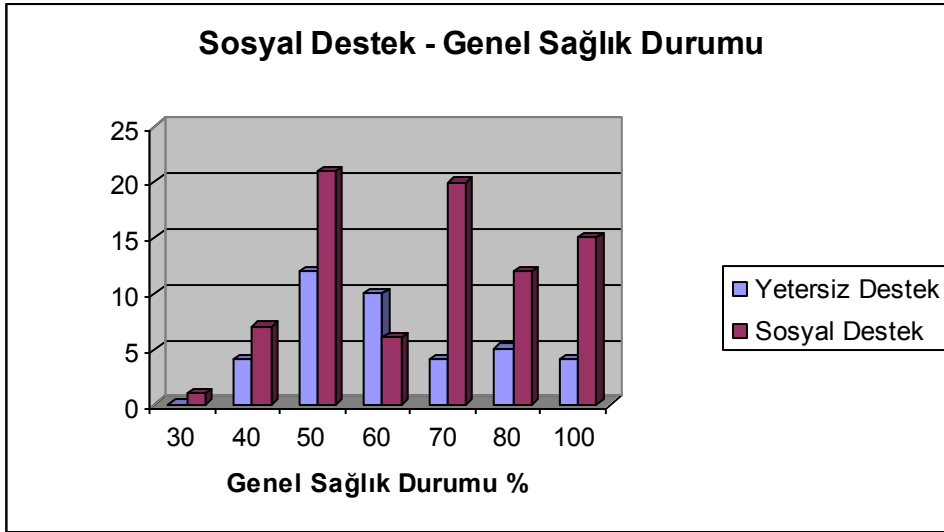
	Hb	Alb	Ca	PTH	Crt
PF	0,33**	0,29**	0,11	-0,01	-0,08
RF	0,28**	0,28**	0,02	-0,12	-0,02
BP	0,22*	0,19	0,20	-0,24*	-0,03
GH	0,38**	0,30**	0,15	-0,11	-0,11
VT	0,32**	0,28**	0,03	-0,13	-0,05
SF	0,33**	0,31**	0,04	-0,13	-0,02
RE	0,18	0,19	0,03	-0,12	-0,01
MH	0,21*	0,15	0,04	-0,04	-0,04

**** Korelasyon anlamlı, p <0,01.**

*** Korelasyon anlamlı, p < 0,05.**

Her iki hasta grubu ve kontrol grubunda yeterli sosyal desteği olan kişilerde özellikle genel yaşam kalitesi, mental sağlık ve yaşamsallık alt birimlerinde yüksek bulundu ($p < 0,05$). Yeterli sosyal desteği olan bireylerin çoğunlukla evli, evde birden fazla insanla yaşayan ve çalışan kişiler olduğu tespit edildi. Evli ve evli olmayan bireylerin her üç grupta da genel yaşam kalitesi arasında da Mann – Whitney U testine göre fark anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Yeterli sosyal destek alan bireylerin almayanlara göre yaşam genel sağlık durum (GH) değerlendirilmesini gösteren Şekil 1, aşağıda verilmiştir.

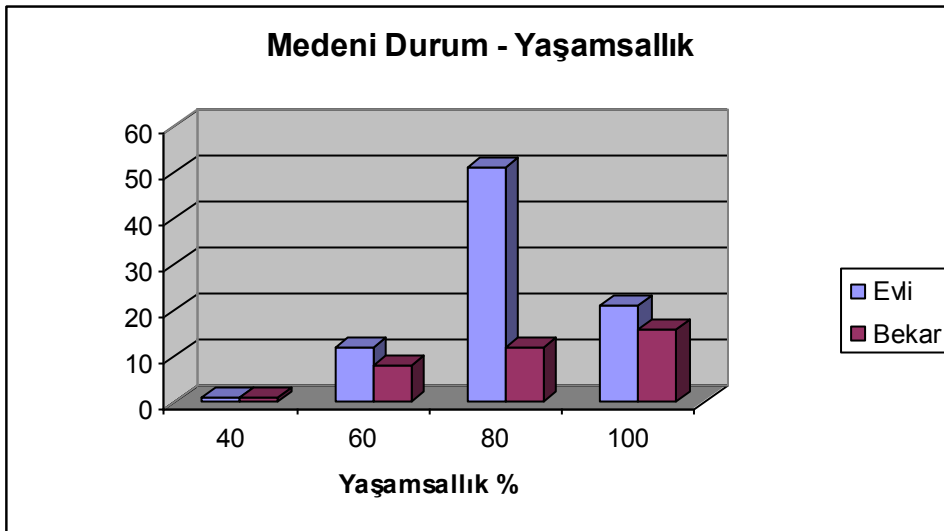
Yeterli sosyal destek alan hastaların sosyal desteği yeterli olmayan hastalara göre genel sağlık durumlarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görüldü ($r = 0,30$, $p < 0,01$) (Şekil 1).



Şekil 1: Sosyal Destek ve Genel Sağlık Durum İlişkisi

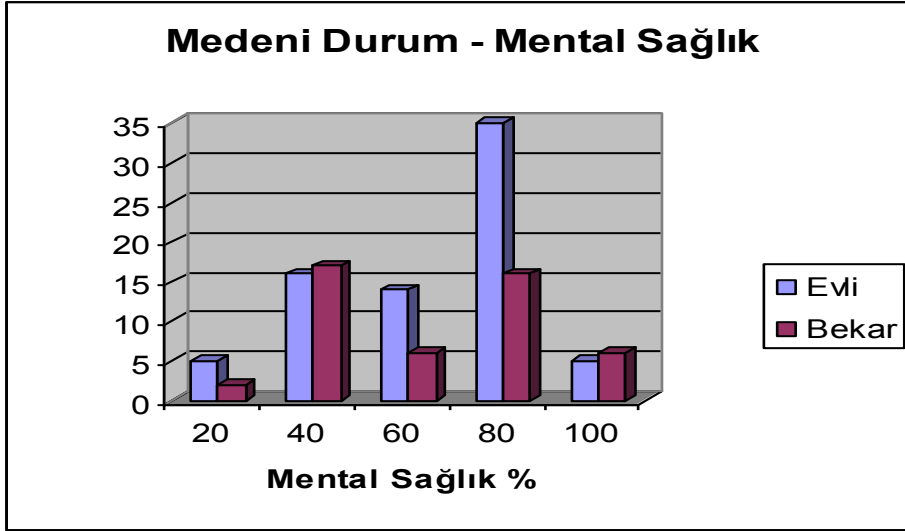
Evli olan bireylerin medeni durumu ile yaşamsallık (VT) ($p < 0,05$, $r = 0,22$) ve mental sağlık (MH) durumu ($p < 0,05$, $r = 0,25$) arasında istatistiksel anlamlılık olduğu ve pozitif korelasyon varlığı tespit edildi. Bu anlamlılık yaşam kalitesinin diğer alt birimleri arasında bulunamadı. Medeni durum ile yaşamsallık ve mental sağlık arasındaki ilişki Tablo XX ve Tablo XXI 'de verilmiştir.

Evli olan bireylerin bekar bireylere göre yaşam kalitesinin yaşamsallık alt birim ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görüldü ($r = 0,22$, $p < 0,05$) (Şekil 2)



Şekil 2: Medeni Durum ve Yaşamsallık İlişkisi

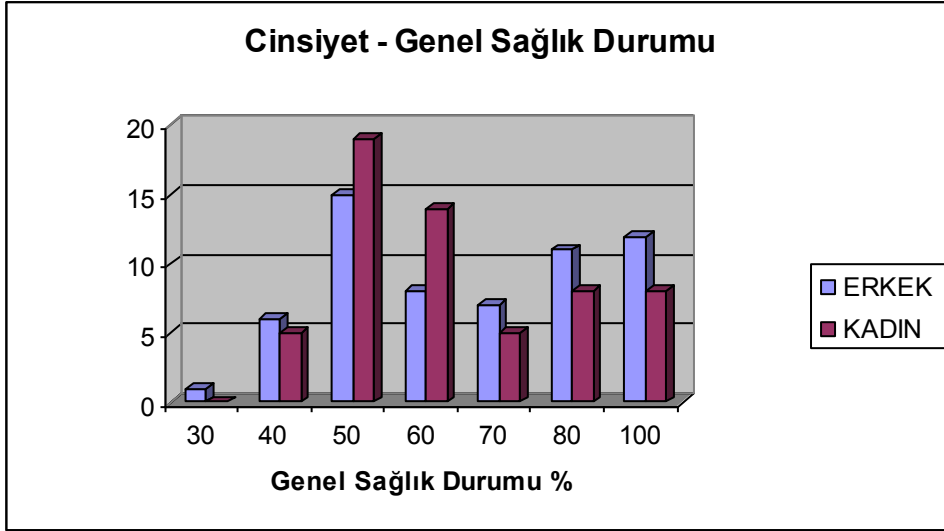
Evli bireylerin yaşam kalitesinin alt birimlerinden mental sağlık ortalamaları, evli olmayan bireylere göre istatistiksel olarak yüksek bulundu ($p < 0,05$) (Şekil 3)



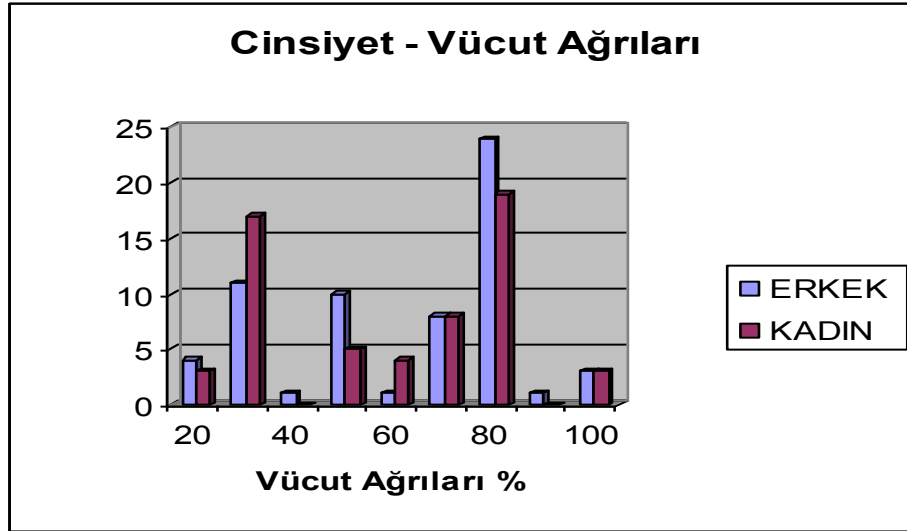
Şekil 3 : Medeni Durum ve Mental Sağlık İlişkisi

Cinsiyete göre bireylerin genel sağlık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p > 0,05$). Kadın ve erkeklerde en yüksek ortalama puan, mental sağlık alanında; en düşük ortalama puan ise fiziksel fonksiyon alanında tespit edilmiştir. Kadınlarda en düşük yaşam kalitesi alt birim ortalaması, fiziksel fonksiyon alanında alınmıştır. En düşük ikinci ortalama, genel vücut ağrı ortalamasında tespit edilmiştir. Cinsiyete göre genel sağlık durum (GH) değerlendirilmesini ve vücut ağrılarını (BP) gösteren Şekil 4 ve 5 aşağıda verilmiştir.

Erkekler ve kadınlar arasında genel sağlık durum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$) (Şekil 4).



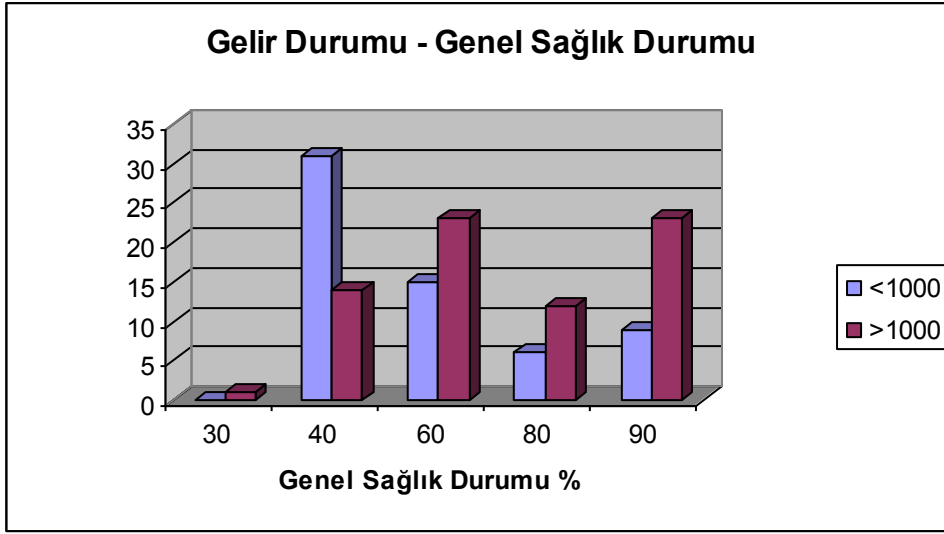
Şekil 4: Cinsiyet ve Genel Sağlık Durum İlişkisi



Şekil 5: Cinsiyet ve Genel Vücut Ağırları İlişkisi

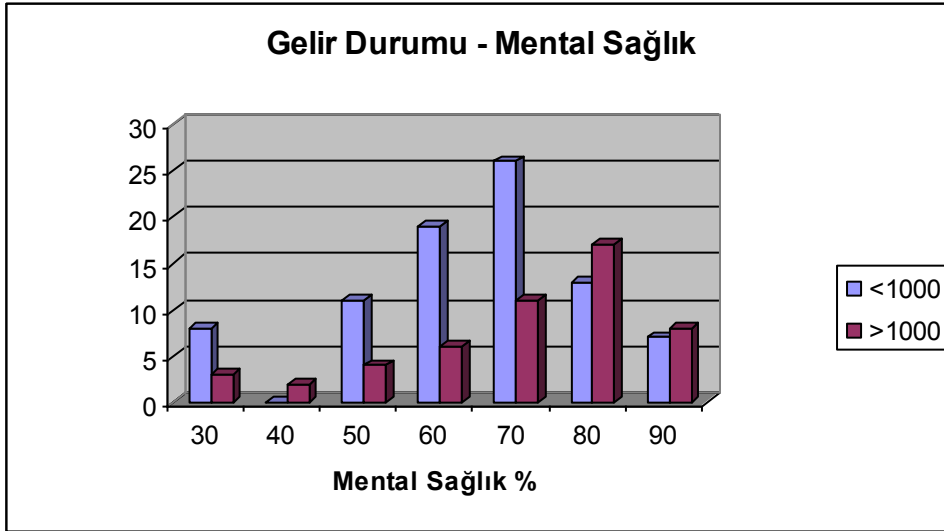
Gelir durumu ile yaşam kalitesi alt birimlerinden sadece genel sağlık durumu (GH) arasında korelasyon bulundu ($p<0,05$). Gelir durumu ile mental sağlık (MH), sosyal fonksiyon (SF) ve emosyonel rol (RE) arasında istatistiksel anlamlılık olmadığı görüldü. Gelir durumu ile genel sağlık ve mental sağlık durumu arasındaki ilişkiyi gösteren Şekil 6 ve 7 aşağıda verilmiştir.

Gelir durumu ile sadece genel sağlık durum ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edildi ($p<0,05$). (Şekil 6)



Şekil 6: Gelir Durumu ve Genel Sağlık Durum İlişkisi

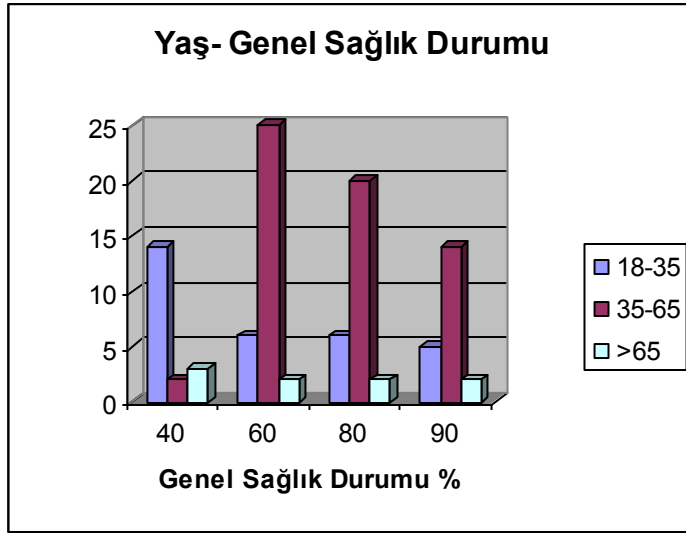
Gelir durumu ile yaşam kalitesinin diğer alt birimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmedi.



Şekil 7: Gelir Durumu ve Mental Sağlık İlişkisi

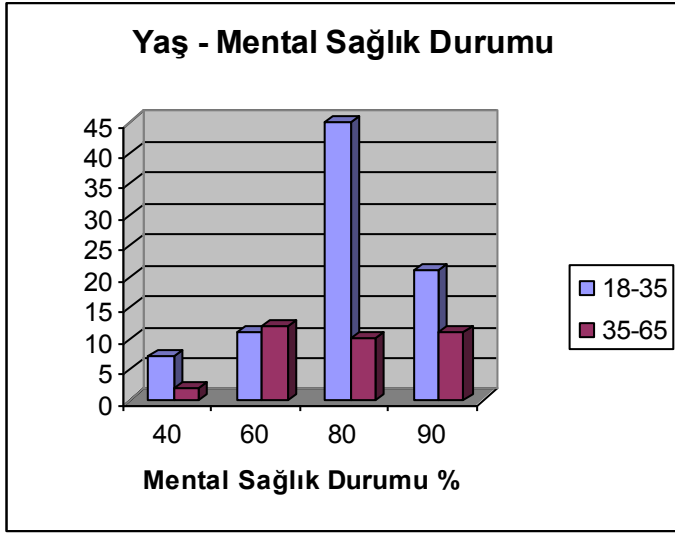
Yaş ile bireylerin yaşam kalitesinin tüm alt birimleri arasında mental sağlık durumu dışında negatif korelasyon bulundu ($p < 0,00$). Yaş ile mental sağlık (MH) arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamadı ($p > 0,05$, $r = -0,05$). Yaş ve genel sağlık durumu, vücut ağırları ve mental sağlık durumu arasındaki ilişkiyi gösteren Şekil 8, 9 ve 10 aşağıda verilmiştir.

Yaş ile genel sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon olduğu tespit edildi ($p < 0,00$, $r = -0,26$) (Şekil 8).



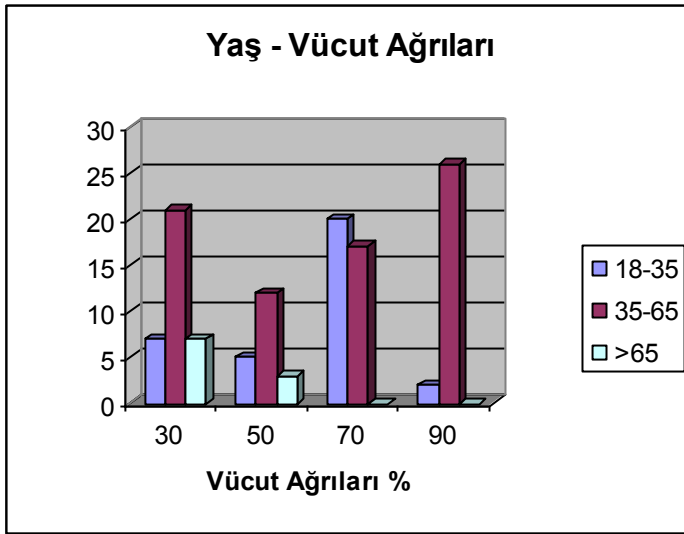
Şekil 8: Yaş ve Genel Sağlık Durumu İlişkisi

Yaş ile mental sağlık durum ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilemedi ($r = -0,05$, $p > 0,05$) (Şekil 9)



Şekil 9 : Yaş ve Mental Sağlık Durum İlişkisi

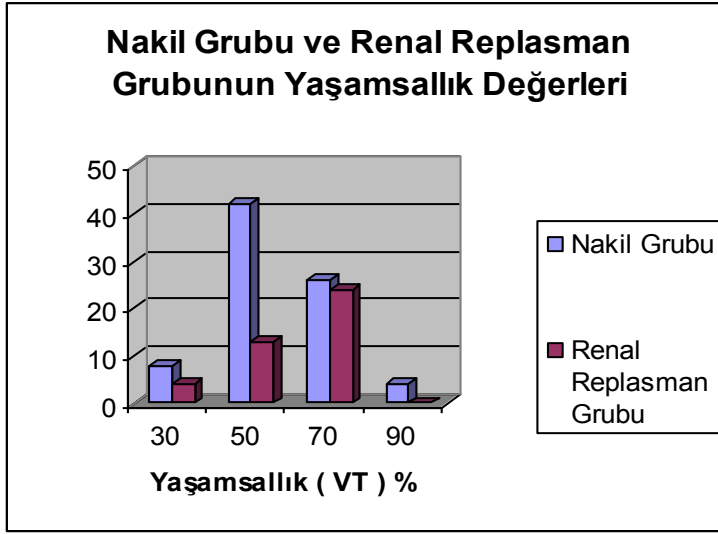
Yaş ile genel vücut ağırları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon tespit edildi ($r = -0,20$, $p < 0,05$) (Şekil 10)



Şekil 10: Yaş ve Vücut Ağırları İlişkisi

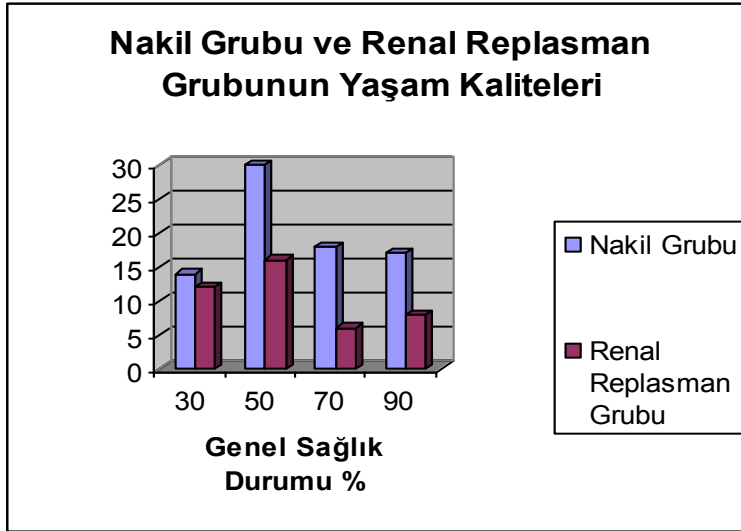
Nakil yapılan hastaların ve halen diyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve yaşamsallık (VT) alt birimleri arasında nakil grubu lehine belirgin fark ve Mann – Whitney u testine göre anlamlılık tespit edildi ($p < 0,05$). Bu anlamlılık mental sağlık (VT) alt biriminde tespit edilemedi.

Şekil 11 ‘de nakil grubundaki hastalarının diyaliz grubuna kıyasla yaşamsallık değerleri istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$).



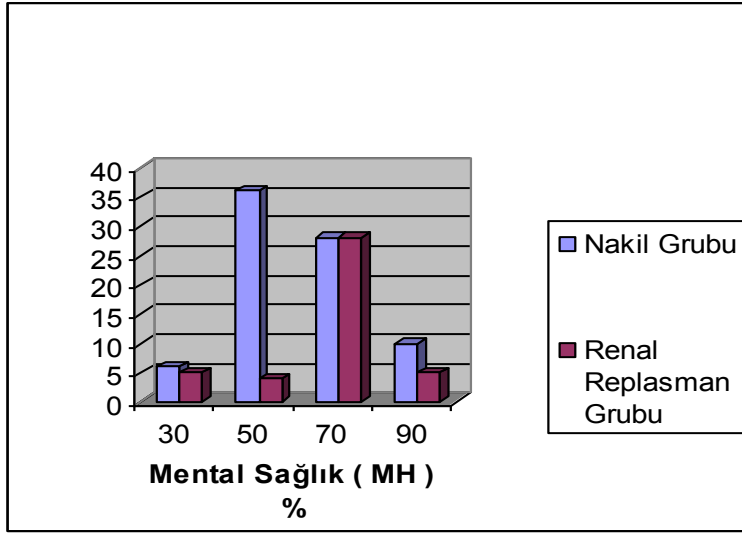
Şekil 11: Nakil - Diyaliz Grubu Yaşamsallık İlişkisi

Şekil 12 ‘de nakil grubundaki hastaların genel yaşam kalitelerinin diyalize giren hastaların değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğunu görülmektedir ($p<0,05$).



Şekil 12: Nakil – Diyaliz Grubu Genel Yaşam Kalitesi İlişkisi

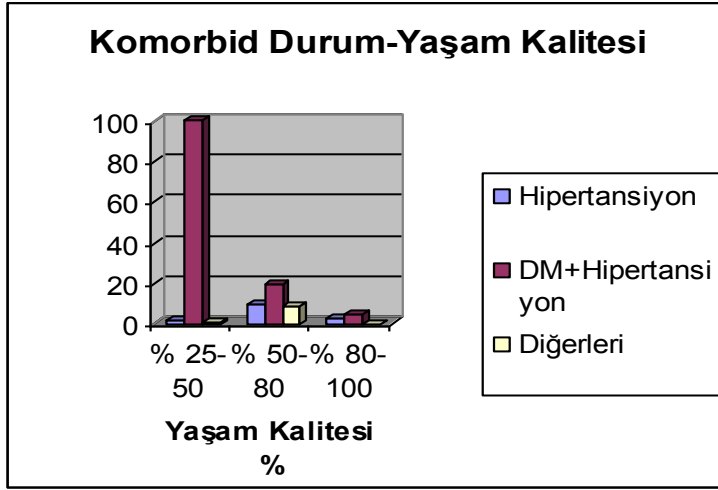
Şekil 13’de nakil grubundaki ve diyalize giren hastaların mental sağlık skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).



Şekil 13: Nakil – Diyaliz Mental Sağlık Durumu İlişkisi

Hastalarda mevcut komorbid hastalık durumu ile genel yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif korelasyon olduğu görüldü. Komorbid hastalıkların varlığı ile yaşam kalitesinin tüm alt birimleri arasında vücut ağırları ve mental sağlık dışında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon olduğu tespit edildi. Genel yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen en önemli tanıların hipertansiyon ve diyabetes mellitus olduğu görüldü.

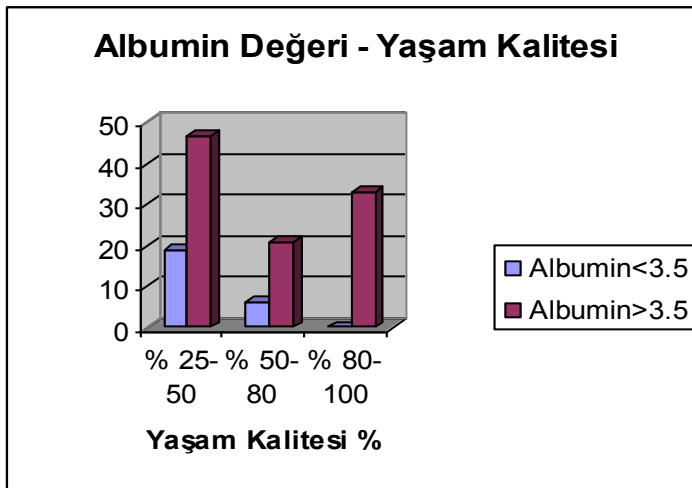
Şekil 14 'de komorbid durumlar ile genel yaşam kalitesi arasındaki negatif korelasyon gösterilmektedir ($r = -0,24$, $p < 0,05$).



Şekil 14: Komorbid Durum ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

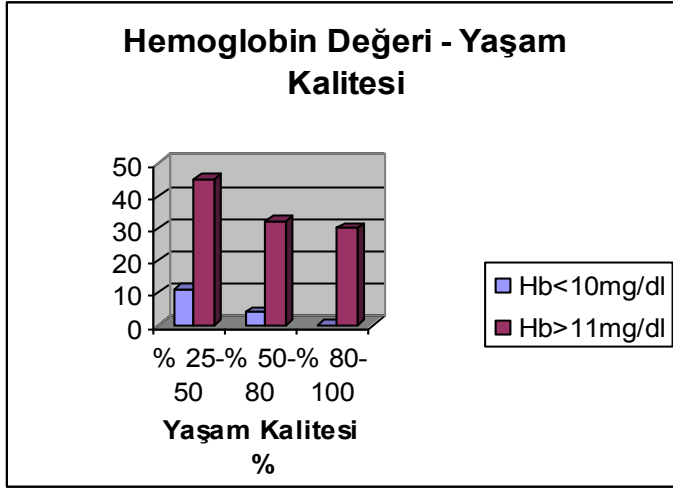
Hastaların genel yaşam kalitesi ve yaşam kalitesinin tüm alt birimleri ile hemoglobin, albumin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon olduğu görüldü ($p < 0,01$).

Şekil 15 'de albumin değeri 3,5 gr/dl üzerinde olan hastalarının 3,5 gr/dl altında albumin değeri olan hastalara göre daha yüksek yaşam kalitesi ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Bu fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r = 0,30$, $p < 0,01$).



Şekil 15: Albumin ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

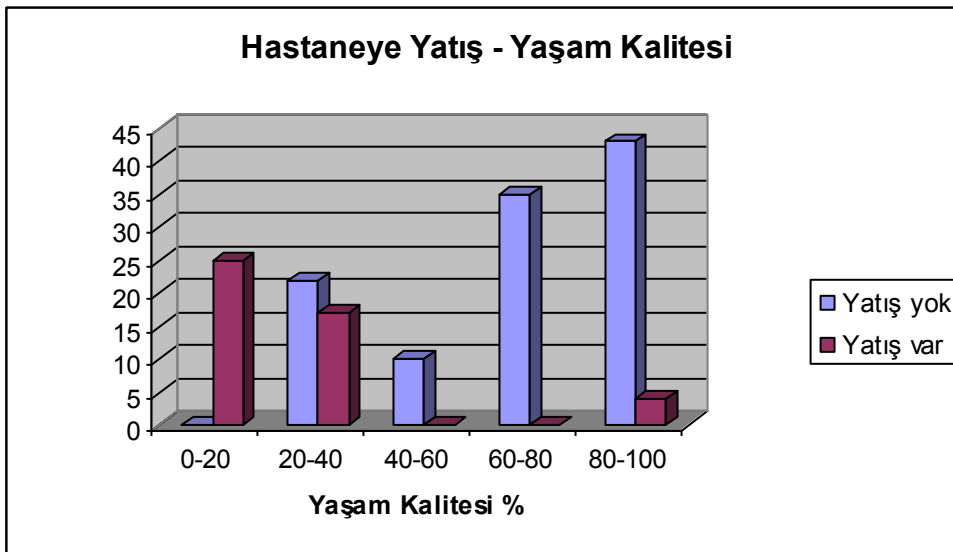
Şekil 16’da hemoglobin değeri 10 gr/dl ve üzeri olan hastaların hemoglobin değeri 10 gr/dl altında olan hastalara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu fark, istatistiksel olarak anlamlıdır ($r=0,38$, $p<0,01$).



Şekil 16: Hemoglobin Değeri ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

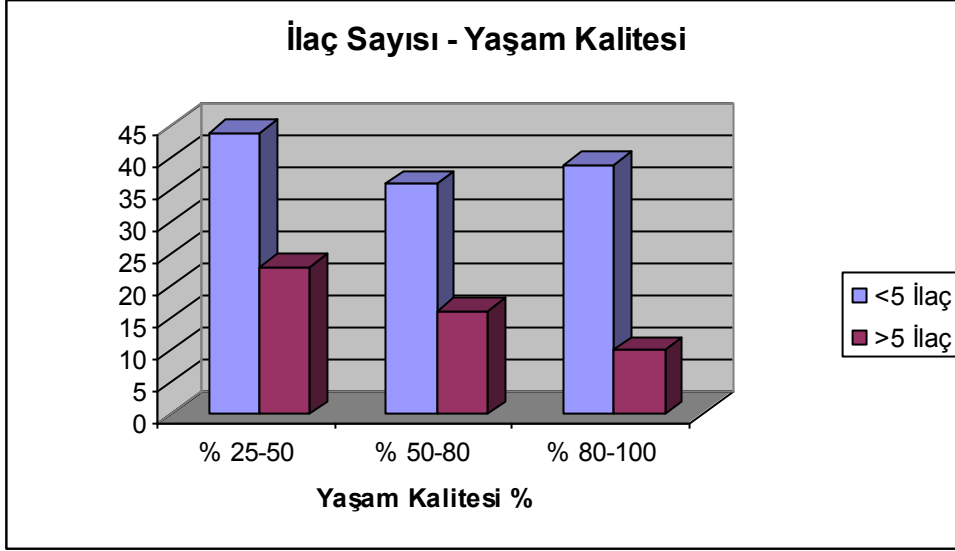
Hastaların kullandıkları ilaç sayısı ve son 6 ay içinde hastanede yatış sayıları ile genel yaşam kaliteleri arasında negatif korelasyon tespit edildi ($p<0,05$).

Son altı ay içinde hastaneye yatan hastaların yatmayan hastalara göre genel yaşam kalitelerinin istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu görüldü. Şekil 17’de son altı ay içinde hastaneye yatış ile genel yaşam kalitesi arasındaki ilişki görülmektedir ($p<0,05$).



Şekil 17: Hastaneye Yatış ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Şekil 18’de kullanılan ilaç sayısı ile genel yaşam kalitesi arasındaki istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).



Şekil 18: İlaç Sayısı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

5. TARTIŞMA

Kronik böbrek yetmezliği tanısı ile takip edilen hastaların yaşam süreleri, renal replasman tedavilerindeki gelişmelerle birlikte giderek uzamaktadır. Buna paralel olarak daha uzun yaşayan hastaların yaşam kalitesi değerlendirilmesi, takipte önemli bir parametre haline gelmiştir. Günümüzde sağlık hizmetinin en önemli hedeflerinden biri de, hastalığın tedavisinin yanı sıra hasta yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (51). Bu çalışmada böbrek nakli sonrası takipte olan hastaların yaşam kalitesi diyaliz hasta grubu ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Mevcut kullanılan anketlerin Türk toplumu için geçerliliği tartışılmış ve geliştirilmesi için bazı öneriler getirilmiştir.

Çalışmada yaşam kalitesi ölçümünde SF-36 anketinin kronik böbrek yetmezliği için geliştirilmiş formu KDQOL-SF, kullanılmıştır. Böbrek nakil hastalarının yaşam kalitesini ölçmek için daha önce yapılan birçok çalışmada da KDQOL-SF tercih edilmiş ve anketin güvenilirliği kanıtlanmıştır (14,45,55).

İlk defa Amerika'da modifiye edilen bu anket, ardından başka dillere – Almanca, Macarca, Flemenkçe - çevrilmiş ve birçok kez kronik böbrek yetmezliği ve böbrek nakli yapılan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır (45,56). Anketin güvenilirliği, değişen ortamlara ve bireylere göre tutarlılığı, kolay – hızlı (1-15 dak) uygulanabilirliği ve tekrarlanabilirliği yapılan çalışmalarla teyit edilmiştir (45,49).

2007 yılında Türkçe'ye çevrilen anket Yıldın ve ark. 'ları tarafından diyaliz tedavisinde takip edilen kronik böbrek hastalığı olan hastalar üzerinde uygulanmıştır. Türk hastalarının yaşam koşulları göz önüne alınarak belirli noktalarda modifiye edilmiştir. Anketin güvenilirliği ispatlanmış (Cronbach alpha katsayısı: 0,84 - 0,91) ve tekrar edildiğinde benzer sonuçlar alındığı gösterilmiştir (57). Bu çalışmamızda ise anket, ilk defa Türk nakil hastaları üzerinde uygulandı ve yapılan değişikliklerle son hali ekler kısmında sunulmuştur.

KDQOL-SF skalası, daha önce batı ülkelerindeki hastalar üzerinde değerlendirilmiş ve anketin farklı toplum ve ırklarda ne kadar güvenle kullanılabileceği sorgulanmıştır. Bu amaçla Hicks ve ark. 'ları KDQOL-SF skalasını kullanarak beyaz ve siyah ırklar arasındaki farkı gösterebilmek için 1300 diyaliz hastası ile değerlendirme

yapmışlardır. Bu çalışma Amerika’da yaşayan beyaz ve siyah hastaların yaşam kalitelerini ölçerek gerçekleştirilmiştir (58). Benzer şekilde Bakewell ve ark.’ları da KDQOL–SF ile farklı ırklardan insanların yaşam kalitelerini kıyaslamışlardır. Bakewell ve ark.’larının Asya – Hint asıllı hastalar ve Avrupa’lı hastaları karşılaştırdığı çalışma, İngiltere’de yapılmıştır. Fakat bu çalışmaların hiç biri azınlıkta olan ırkların kendi ülkelerinde yapılmamıştır (24,59). Fukuhara ve ark.’ları ise farklı kıtalardan hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırmak için yaptıkları çalışmada yine Amerika, Japonya, Fransa, Almanya, İtalya ve İngiltere’de yaşayan hastaları değerlendirmişlerdir (60). Bakewell ve Fukuhara ‘nın çalışmalarında yaşam kalitesini değerlendirmek için HRQOL (Health – Related Quality of Life) anketi kullanılmıştır. Bu çalışmalar, ırklar ve asıl sorun olan geri kalmış ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasındaki yaşam kalitesini yansıtmada yeterli değildir. Avrupa, Amerika ve Japonya’da yapılan çalışmaların hiçbiri, geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkelerin insanlarını kendi ortamlarında ve ülkelerinde değerlendirmemiştir. Irklar ve toplumlar arasında farkların gösterilmesi için yeni çalışmaların yapılması, geri kalmış ülkelerin yaşam standartlarının yerinde değerlendirilmesi gereklidir.

Anketin üzerinde çalışılması gereken önemli bir noktası da nakil hastalarının spesifik kaygılarını ve aldıkları uzun dönemli tedavilerin yan etkilerini de sorgulayacak kısımların eklenmesi – geliştirilmesi ve anketin bu amaçla modifiye edilmesidir (11). Bu amaçla geliştirilen ve KDQOL–SF skalasına alternatif olarak kullanılan bir başka yaşam kalitesi ölçüm skalası, End – Stage Renal Disease Symptom Checklist Transplantation Module (ESCRD – SCL- TM)’dür (47). ESCRD - SCL - TM skalası da nakil hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. Fakat bu skala ile yapılan yeterli sayıda çalışma yoktur.

ESCRD-SCL-TM anketi daha önce Almanca, Türkçe ve Norveç dillerinde uygulanmıştır. Literatürde atıf alan ve kabul gören büyük kapsamlı İngilizce dilinde yapılan ve yayınlanan hiçbir çalışma yoktur. Daha önce yapılan çalışmaların üçü Almanya’da gerçekleştirilmiştir. Yakın zamanda yapılan çalışmalardan bir tanesi Türkiye ve Almanya ‘da eşzamanlı yürütülmüştür. Yüctin ve ark.’larının bu çalışmasında Türk ve Alman nakil hastalarının nakil sonrası yaşam kaliteleri ve hastalar üzerinde immünoşüpresif tedavinin yan etkileri karşılaştırılmıştır (53). Bu çalışma, Türk hastalarının Alman hastaları ile karşılaştırılması açısından çok değerlidir. Anketin Türk

toplumunda ne kadar geçerli olabileceğini göstermesi açısından da ilktir (47,53). ESCRD–SCL–TM anketinin başarı ile Türk hastalara da uygulanabileceği gösterilmiştir. Sonuçlara göre Türk hastaların Alman hastalara göre çok daha fazla hastalıkla ilgili stres yaşadığı tespit edilmiştir.

ESCRD-SCL-TM anketinin geliştirilmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Anketin güvenilirliğini, tekrar edilebilirliğini ve özgünlüğünü gösteren kanıtlar yoktur. Bu nedenle bizim çalışmamızda KDQOL–SF ‘un kullanılması tercih edildi.

Çalışmaya alınan hastaların büyük bir çoğunluğunun böbrek nakil operasyonu Üniversitemizde yapılmıştır. 2001 yılı verilerine göre Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Türkiye’de yapılan nakillerde toplam 13 nakil sayısı ile son sırada yer almaktaydı (8,25). Ancak transplantasyon programının yeniden aktive edilmesi ile 2005 yılında bu sayı yılda 50’nin üzerine çıkmıştır. Rakamlardaki başarılı artışın uzun dönemde hastaların sağlık durumlarına da yansması için iyi takip ve tedavi çok önemlidir.

Çalışmaya alınan hastaların 79’u (% 50) kadın, 79 ‘u (% 50) erkeklerden oluşuyordu. Çalışmamızda cinsiyete göre bireylerin genel sağlık durumları ve yaşam kalitesinin alt birimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p >0,05). Kadın ve erkeklerde en yüksek ortalama puan mental sağlık alanında; en düşük ortalama puan ise fiziksel fonksiyon alanında tespit edildi. Kadınlarda fiziksel fonksiyondan sonra en düşük ikinci ortalama, genel vücut ağrısı alt biriminde tespit edildi. Sadece vücut ağrıları alt birimin ortalamasında erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlı olmayan fark tespit edilmiştir (p >0,05). Daha önceki çalışmalarda genel olarak başarılı bir nakil sonrası erkeklerin yaşam kalitesinde daha fazla iyileşme olduğu gösterilmiştir (53). Kadın hastaların erkek nakil hastalarına göre daha stresli olduğu ve mental sağlık alanında daha düşük skorlar aldığı görülmüştür (53). Fakat sayıca daha az da olsa bazı çalışmalarda cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (66,71,79).

Hastaların ortalama yaşı, 39,85 ± 14,48 yıl olarak saptandı. Hastalarımız yaşa göre Avrupa ülkelerindeki hastalarla benzer aralıkta iken Amerika’daki hastalara göre daha genç bulundu (8,68,71).

Yaş ile yaşam kalitesi arasındaki negatif korelasyonu ve yaşın artması ile yaşam kalitesinin tüm alt birimlerinde düşme olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (63,67). Çalışmamızda yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon tespit edildi ($r = -0,25$, $p < 0,05$). Sadece yaş ile mental sağlık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($r = -0,05$, $p > 0,05$). En kuvvetli ilişki, yaş ve fiziksel fonksiyon arasında bulundu ($r = -0,46$, $p < 0,01$). Böbrek nakli yapılmış hasta grubunda tedaviden en çok yarar gören ve yaşam kalitesinde en fazla düzelme tespit edilen hasta grubunu genç hastalar oluşturdu.

Yapılan benzer çalışmalarda yaşın artması ile komorbid hastalıkların arttığı ve fonksiyonel kapasitenin belirgin düştüğü gösterilmiştir. Gençlerde ise fiziksel kapasite göreceli olarak daha yüksek olduğu için yaşam kalitesi değerleri yüksek bulunmaktadır (69,70). Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS) veri tabanlı çalışmada yine yaş ile fiziksel kapasite arasında anlamlı, mental komponent ile anlamlı olmayan negatif korelasyon tespit edilmiştir (71). Yaşla beraber komorbid durumlarda artış, bedensel kuvvet kaybı, mental alanda gerileme, zihin fonksiyonlarında bozulma, sosyal yaşantıda sedanter yaşama bağlı kısıtlanma gelişmektedir. Tüm bu nedenlerle yaşla beraber yaşam kalitesinde gerileme görülmektedir.

Çalışmaya katılan böbrek nakli ve diyaliz hasta grubunda % 9,5'inde ek bir hastalık olmadığı, % 74,5 'inde hipertansiyon tanısı, % 3,8 'inde depresyon ve %6,9 ' unda kalp hastalığı ve beraberinde diyabetes mellitus ve % 5,1'inde depresyon ve hipertansiyon tanısının beraber olduğu tespit edildi.

Yaş gruplarına ve ek sistemik hastalıkların varlığına göre hastalar yapılan çalışmalarda risk skoru gruplarına ayrılmıştır. Risk skorları ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (10,14,55,60). Batı toplumlarında yaşam süresi ortalaması daha yüksek ve yaşlı nüfus daha fazladır. Çalışmamızda risk skorlamasında yüksek risk grubu, 60 yaş ve üzeri olarak belirlendi.

Çalışmamızda yaşın artması ve ek sistemik hastalık varlığı ile yaşam kalitesinin tüm alt birimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon tespit edildi. Risk skoru yüksek olan hastalarda en kuvvetli negatif korelasyon fiziksel fonksiyon alt biriminde bulundu ($r = -0,36$, $p < 0,01$). En zayıf korelasyon yüksek risk skoru ile mental sağlık durumu arasındaydı ($r = -0,12$, $p > 0,05$). Ek sistemik hastalıklar arasında depresyonun, diyabetes mellitus ve en fazla da hipertansiyonun negatif yönde

yaşam kalitesini etkilediği görüldü ($p<0,05$). Hipertansiyon tanısı, hastalarda fiziksel fonksiyonu, vücut ağrılarının algılanmasını, genel sağlık durumunu ve sosyal rolü negatif olarak etkilemektedir. Depresyon tanısı ile takip edilen hastalarda yaşamsallık, mental sağlık ve sosyal rol düzeyleri, belirgin olarak ortalamanın altında bildirilmektedir. Yapılan benzer çalışmalarda da en fazla hipertansiyon tanısının fiziksel fonksiyon üzerinde negatif etkisi olduğu tespit edilmiştir. Mental sağlık ve sosyal fonksiyonları negatif yönde en fazla etkileyen hastalık ise depresyon olarak bildirilmiştir (16,52).

Çalışmaya alınan nakil hastalarının tümü okuma yazma bilirken, diyaliz grubunda bu oran % 81 'di. Nakil hastalarının %23,75 'i , diyaliz hastaların da %33,33 'ü ilköğretim mezunuydu. Geri kalan hastaların tümü en az ortaokul eğitimi almıştı. Bu veriler, Türkiye İstatik Kurumu 2007 verilerine göre nakil hastalarında genel nüfus ile paralellik göstermekteydi (77). Kurumun verilerine göre ülkemizde 2007-2008 yılı itibariyle ilköğretim okullaşma oranı, % 97,37'dir. Çalışmamızda yaşam kalitesi alt birimleri ortalamasında mental durum ve sosyal fonksiyonlar dışında en düşük rakam, okuma yazma bilmeyen grupta saptandı. Fakat bu değer istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Sadece diyaliz hasta grubunda okuma yazma bilmeyen hastalar mevcuttu. Bu hastalar, diyaliz hasta grubu ve daha yüksek eğitim alan hastalara göre daha düşük yaşam kalitesi skorları alsalar da bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Eğitim durumu ile sadece fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve vücut ağrıları alt birimi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon tespit edildi. Bu anlamlı ilişkiler içinde en kuvvetli korelasyon eğitim durumu ile fiziksel fonksiyon arasında görüldü ($r= 0,27, p<0,00$). Çalışmaya alınan nakil hastaların eğitim seviyesinin yüksek olması ve homojen dağılması eğitim seviyesinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirginleşmemesine neden olmuş olabilir. Yapılan benzer çalışmalarda eğitim seviyesinin, hastaların sağlık anlayışını olumlu etkilediği, tedaviye uyumu artırdığı, sosyal fonksiyonlarından daha çok zevk almalarını sağladığı ve yaşam kalitelerini arttırdığı gösterilmiştir (71,73).

Çalışmada hastaların ortalama hemoglobin değeri, 12,45 gr/dl, kalsiyum değeri 9,32 mg/dl, albumin değeri 4,22 mg/dl, parathormon değeri 332,66 pmol/l) , fosfor değeri, 3 mg/dl olarak bulundu. Çalışmamızda nakil grubu ve diyalize giren hastaların sadece hemoglobin ve albumin değerleri ile yaşam kalitesi alt birimleri

arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon olduğu tespit edildi. Bu ilişki diğer laboratuvar değerleri ile yaşam kalitesi alt birimleri arasında bulunmadı. Hastalarımızın ürik asit, kreatinin, kalsiyum ve parathormon düzeylerinin yaşam kalitesine istatistiksel olarak anlamlı etkisi yoktur. Benzer sonuçlar daha önce diyalize giren hastaların yaşam kalite değerlendirmelerinde de ispatlanmıştır (12).

Anemi, hastaların yaşam kalitelerini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Hematokrit değerleri, % 33 'ün üstünde olan hastaların kardiyovasküler mortalitelerinin, hastaneye yatış oranlarının daha düşük olduğu ve daha yüksek yaşam kalitelerini olduğu gösterilmiştir (74,75). Çalışmamızda hemoglobin değeri 10 gr/dl ve üzeri olan hastaların hemoglobin değeri 10 gr/dl altında olan hastalara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu fark, istatistiksel olarak anlamlıdır ($r= 0,38$, $p<0,01$). Hemoglobin ile yaşam kalitesinin tüm alt birimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon vardı. En kuvvetli pozitif korelasyon hemoglobin değeri ile fiziksel fonksiyon ($r= 0,33$, $p<0,01$), genel yaşam kalitesi ($r= 0,38$, $p<0,01$) ve sosyal fonksiyonlar ($r= 0,33$, $p<0,01$) arasında bulundu.

Albumin değerinin, hastaların mortalite ve morbiditesinin bir göstergesi olduğu daha önce birçok çalışmada bildirilmiştir (76). Albumin değeri, hastaların beslenme durumunu ve dolaylı olarak yaşam kalitelerini etkilemektedir. Çalışmamızda albumin değeri ile yaşam kalitesinin tüm alt birimleri arasında pozitif korelasyon bulundu ($p<0,05$). Albumin ile en kuvvetli pozitif korelasyon, genel yaşam kalitesi ($r= 0,30$, $p<0,05$) ve fiziksel fonksiyon ($r= 0,29$, $p<0,05$) alt birimleri arasında tespit edildi.

Albumin değeri 3,5 gr/dl üzerinde olan hastalarının 3,5 gr/dl altında albumin değeri olan hastalara göre daha yüksek genel yaşam kalitesi ortalamasına sahip olduğu gösterildi. Bu fark, istatistiksel olarak anlamlıydı ($r= 0,30$, $p<0,01$).

Çalışmamızda nakil grubundaki hastaların laboratuvar değerlerinde nakil öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında, parathormon düzeyi dışında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu gösterildi ($p<0,05$). Fakat laboratuvar değerlerindeki düzelmelerin, yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı görüldü. Böbrek nakli yapılan hastalarda parathormon düzeylerinde nakil sonrası düzelmeye olmadığı fakat progresif artışın durduğu görüldü. Borchhardt ve ark.'ları, nakil hastalarında başarılı bir nakil sonrasında da PTH 'nuna karşı yanıtızlığın devam ettiğini göstermişlerdir. Bu nedenle bu hastalarda erken

paratiroidectomi yapılmasının hastaların graft sağkalım sürelerini uzatacağını öngörmüşlerdir (17). Nakil sonrası bir yıl takip edilen ve kortikosteroid tedavisi alan hastaların bakılan kemik dansitesi ölçümlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi için hastaların birden fazla ölçümlerinin olması ve bunların zamana göre karşılaştırılması gerekmektedir.

Hastaların % 37,5 'i son 6 ay içinde hastaneye yatmamışken % 62,5 'i son 6 ay içinde hastanede yatarak tedavi görmüştü. Çalışmamızda son altı ay içinde hastaneye yatan hastaların sosyal rol, fiziksel fonksiyon ve yaşamsallık alanlarında yatmayanlara nazaran istatistiksel olarak anlamlı düşük skorlar gösterdikleri görüldü ($p<0,05$). Hastalarımızın en sık hastaneye yatış nedenleri: infeksiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve mevcut kreatinin değerinde artış olarak sıralanmaktadır. Bu sıralama batı kaynaklı çalışmalarda da benzer bulunmuştur (65). Kısa süre için de olsa hastaların hastaneye yatırılmaları hastaların mental sağlığını, yaşamsallığını ve sosyal rollerini kötü yönde etkilemektedir. En belirgin düşme, yaşam kalitesi alt birimleri arasında fiziksel fonksiyonda gösterilmiştir. Hastalarda fiziksel fonksiyon ve mental sağlık alan skorlarında her hastaneye yatış sonrası yaklaşık 10 puanlık bir düşme olduğu görülmüştür (66). Bu nedenle hastaların çok gerekli olmadıkça ve tetkiklerin hızlandırılması için hastaneye yatırılmaması en doğru çözüm olarak görülmektedir.

Nakil grubunda hastaların aldığı ilaç sayısı ortalaması $5,86 \pm 1,85$, diyaliz giren hasta grubunda $6,78 \pm 1,90$ ve kontrol grubunda $0,91 \pm 1,42$ olarak bulundu. Hastaların % 51,9 'u 5 ve altında ilaç almaktayken % 48,1 'i ise 6 ve daha fazla ilaç kullanmaktaydı. Çalışmamızda hastaların aldıkları ilaç sayısı ile yaşam kalitesi alt birimleri arasında negatif korelasyon olduğu görüldü. Özellikle sosyal rol, fiziksel fonksiyonlar ve yaşamsallık ile alınan ilaç sayısı arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu görüldü ($p<0,05$). Hastaların aldığı ilaç sayısı, komorbid hastalıklarının varlığına ve ilaç sayısı arttıkça hastaların tedaviye uyumsuzluğunun artmasına bağlı olarak yaşam kalitelerini etkilemektedir.

Çalışmaya katılan hastaların ve kontrol grubunun aynı evde beraber yaşadığı insan sayısı ortalama 4 kişiydi. Çalışmaya katılanların % 71,5 'i evde 4 ya da daha az kişi ile yaşarken, %28,5 'i 5 veya daha fazla kişi ile beraber yaşamaktaydı. Nakil hasta grubunda hastaların %70 'i, diyaliz hasta grubunda ise hastaların % 69 'u evliydi.

Çalışmamızda evli olan bireylerin yaşam kalitelerinin mental sağlık durumu ve sosyal rol açısından belirgin olarak avantajlı olduğu tespit edildi fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi. Daha önce Lopez ve ark.'larının yaptığı bir çalışmada da medeni durumun yaşam kalitesi üzerine istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gösterilmiştir (71). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada bekar hastaların yaşam kalitesinin evli olan hastalardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (72). Benzer bulgular yine Türkiye'de yapılmış bir çalışmada Acaray ve ark.'ları tarafından tespit edilmiştir (73). Medeni durumun, beraber yaşanan kişi sayısının ve sosyalleşmenin hastaların yaşamlarında sosyal desteği artırdığı ve alt birimlerini oluşturduğu bilinmektedir (52). Çalışmamızda medeni durum ile değil ama yeterli sosyal destek ile yaşam kalitesinin tüm alt birimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon olduğu gösterildi. Bu pozitif korelasyon en güçlü olarak yeterli sosyal destek ile yaşamsallık ($r= 0,42$, $p<0,01$), sosyal fonksiyonlar ($r= 0,36$, $p<0,01$) ve genel yaşam sağlığı ($r= 0,35$, $p<0,01$) arasında bulunmuştur.

Çalışmamızda diyalize giren hastaların % 95,2 'si çalışmıyor, % 4,8' i çalışıyordu. Nakil yapılan hastaların ise % 87,5'i çalışmıyor, sadece % 12,5'i düzenli bir işte çalışıyordu. Batı toplumlarında ise ortalamalara bakılacak olursa düzenli diyalize giren hastaların % 29'u çalışıyor ve ortalama % 7 'si iş arıyor olarak gösterilmektedir (52).Çalışmaya alınan bireylerin % 71,6'sının geliri 1000 TL ve 1000 TL altında , % 28,4 'nün geliri ise 1000 TL'nin üzerinde tespit edildi.

Hastalarımızın sosyoekonomik durumu, Türkiye ortalamasına yakın ve batı kaynaklı verilere göre ortalamanın altında bulundu (77). Çalışmamızda gelir durumu ve çalışma durumu ile yaşam kalitesinin alt birimleri arasında istatistiksel anlamlılık bulunmadı ($p>0,05$). Gelir durumu ile yaşam kalitesinin sadece genel sağlık alt birimi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon olduğu tespit edildi ($r= 0,28$, $p<0,05$). Batı toplumlarında yapılan benzer çalışmalarda düzenli çalışma hayatı olan hastaların çalışmayanlara ve emekli olanlara göre yaşam kaliteleri, daha yüksek olarak bildirilmiştir (12).

Ülkemizde, kronik böbrek yetmezliği son dönem hastalarının ve nakil hastalarının çoğu emeklilikten yararlanmaktadır ve sağlık harcamalarının büyük bir kısmı devlet bütçesi tarafından karşılanmaktadır (8). Avrupa ve Amerika kaynaklı çalışmalardan farklı sonuçlar alınmış olması beklenebilecek bir sonuçtur. Çetingök ve

ark.'larının Amerika'da yaptıkları çalışmada hastaların aylık gelirlerinden çok sağlık güvencesinin kapsamı ve çeşidi, yaşam kalitesini anlamlı olarak etkiliyor bulunmuştur (78). Çetingök ve ark.'ları, bu çalışmada özel sağlık güvencesi ve devlet sigortası olan hastaların diğer hastalara kıyasla gelir durumlarının daha iyi ve çalışma durumundan bağımsız olarak yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Sosyoekonomik durumu iyi olan ve bireysel sağlık güvencesi olan hastaların sadece nakil sonrası yaşam kalitelerinin diğerlerine nazaran daha iyi olduğu gösterilmiştir. Bu durum da nakil sonrası takiplerinde masrafların özellikle ilk bir yılda belirgin olarak artışına bağlanmıştır.

Ülkemizde sağlık güvencesinin kısmi olarak homojen olmasından ve nakil hastaları- kronik böbrek yetmezliği grubunda olan hastaların sağlık harcamalarının devlet bütçesinden karşılanması nedeniyle şu an sosyal – sağlık güvencesinin, çalışma durumunun farklılık yaratmasını gösterebilecek bir çalışma için çok erkendir. Bu nedenle bu unsur bağımsız değişken olarak çalışmamıza alınmamıştır. Bu tip bir çalışma, ileride sağlık politikalarında yapılacak değişikliklere paralel olarak yapılabilir. Benzer bir çalışma sağlık politikalarının örtüştüğü gelişmekte olan ülkelerde ve geri kalmış ülkelerde tekrarlanmalıdır. Ancak bu şekilde sağlık politikalarının, bireylerin yaşam koşullarının ve gelir düzeylerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi belirlenebilir. Daha yüksek refah seviyesinde yaşayan ülkelerin kendi yaşam standartlarında yaptıkları çalışmaların referans alınması sağlıklı olamaz.

Çoğu Avrupa ve Amerika kaynaklı olan yaşam kalitesi ölçüm çalışmalarında nakil hastalarının ilk kaygısı, nakil süresince ve ardından gelen takip dönemindeki masraflar olmaktadır. Gösterildiği üzere bu kaygı, hastaların yaşam kalitesini etkileyecek düzeydedir. Benzer biçimde hemodiyaliz ve periton diyalizi altında takip edilen hastalarda da çok pahalı ve zahmetli olan bu sağlık hizmetlerinin karşılanması büyük kaygı yaratmaktadır. Yüctin ve ark.'ları tarafından Alman hastalar ve Türk nakil hastaları arasında karşılaştırmalı yapılan yaşam kalitesi çalışmasında da Türk hastalarının finansal ve sağlık harcamaları ile ilgili stresinin Alman hastalarına göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Türk hastaların gelir düzeyinden ve çalışma durumundan bağımsız olarak daha fazla hastalık ilişkili şikayetlerden ve stresten yakındıkları gösterilmiştir (53).

Çalışmamızda hastalarımızın da genel olarak, hastalıklarının tedavisinde ve takibinde finansal kaygı taşımadıklarını gördük. Hastalarımızın, daha çok nakil sonrası rejeksiyon riskini düşündükleri ve bir kısmının da takiplerin sıklığından ve gidip – gelmenin zorluğundan şikayetçi olduğu tespit edildi. Bu da böbrek naklinin başarısını belirgin olarak etkileyen tedavi uyumsuzluğunu doğurmaktaydı.

Çok pahalı ve zahmetli bir tedavi olan böbrek naklinin başarısında tedavi uyumu çok önemli bir unsurdur. Tedavi uyumu ve bunun yaşam kalitesine etkisi konusunda yurt dışında ve yurt içinde yapılmış yeterli çalışma yoktur. Bu konudaki en kapsamlı çalışma, Almanya’da yapılmıştır. Fakat kullanılan anketlerde günümüzde daha da az kullanılan kortikosteroid ve siklosporin-A ‘nın tedavi protokolünü ve yan etkilerini değerlendirilen sorular mevcuttur (53). Bu nedenle çalışmanın mevcut yeni nesil immünosupresif tedavileri içermemesi nedeniyle işlevselliği ve kanıt gücü düşüktür.

Hastalarımızın nakil sonrası takip süreleri, ortalama 19 ay olarak bulundu. Daha önce yapılan benzer çalışmalardan sadece birinde Karavul ve ark.’ları tarafından hastaların yaşam kalitesi, 15 yıl sonra değerlendirilmiştir (52). Karavul ve ark.’larının çalışması dışında diğer benzer yaşam kalitesi çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer olarak çalışmaya kabul edilen hastaların takip sürelerinin ortalaması 1-1,5 yıl olarak belirtilmiştir (53,56).

Çalışmamızda nakil sonrası süre ile yaşam kalitesi arasında anlamlı korelasyon tespit edilmedi ($p>0,05$). Daha önce yapılan çalışmaların tümü, benzer olarak nakil sonrası süre ile yaşam kalitesi arasında korelasyon olmadığını göstermektedir (52). Fakat bu anlamlılığın değerlendirilmesi için hastaların kendi içinde belirli aralıklarla yaşam kalitelerinin ölçümleri ve bunların zaman diliminde birbirleri ile karşılaştırması yapılmalıdır. Nakil öncesi ve sonrası şeklinde yapılan tek ölçümün nakil süresi ile yaşam kalitesi arasındaki korelasyonu göstermeye yeterli olmayacağı düşünülmektedir. Karavul ve ark.’larının çalışmasında da hastaların nakil sonrasında başlamak üzere periyodik yaşam kalite ölçümleri yoktur (52). Periyodik yaşam kalitesi ölçüm değerlerinin kendi arasında kıyaslaması yapılmamıştır. Bu verilere ulaşmamızı sağlayacak çalışmaların yapılması ve hastaların düzenli aralıklarla yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi gereklidir (53).

Yapılan çalışmalarda nakil hastalarının nakil öncesi ve sonrası yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında hastaların ilk 6 haftada mental sağlık skorlarında bir düşüş gösterdiği fakat ardından gelen bir yıl içinde bu açığın hızla kapandığı gözlenmiştir. Böbrek naklinden bir yıl sonra hastaların yaşam kalitelerinde ve mental skorlarında nakil öncesi döneme kıyasla belirgin yükselme olduğu gözlenmiştir (54).

İlk 6 haftada daha belirgin olmak üzere ilk 3 ayda yaşam kalitesindeki bu düşüş birçok nedene bağlanmıştır. Bunlar; hastanın yeni yaşamına adaptasyondaki bozukluk, infeksiyon ve rejeksiyon gelişme riski, yeni böbreğin fonksiyonlarını ne kadar koruyacağına ilişkin kaygılardır. Erken dönemde hastaların yaşam kalitesi ölçümlerinin doğruyu yansıtmayacağı kabul edilen bir gerçektir. En doğru değerlendirmenin yapılması için bu dönem göz önüne alınmalı ve gerekirse 6 haftalık dönem bitiminde hastalar tekrar değerlendirilmelidir. Çalışmamızda hastalara nakil sonrası en erken 5 ay sonra yaşam kalitesi değerlendirme anketi verilmiştir. Anketlerin hastaneye yatış döneminde doldurulmamasına özen gösterilmiştir. Tüm anketler, hastaların hastaneye günü-birlik ziyaretlerinde, rutin poliklinik takiplerinde doldurulmuştur.

Türkiye’de nakil hastalarının nakil sonrası yaşam süreleri, batılı toplumlara göre kısa bulunmuştur (53). Çalışmamıza halen hayatta olan nakil hastaları alındı. Elimizde yaşam sürelerini kıyaslayabileceğimiz veriler yoktu. Hastanemizde hastaların poliklinik takiplerinde 6 ay ara ile ölümle sonlanıma kadar yaşam kalitelerinin basit anketlerle değerlendirilmesi uygun olacaktır. Periyodik yaşam kalitesi ölçümleri, hastaların tedaviden ne kadar yarar gördüğünü, ilaçların yan etkilerinin ne oranda yaşamlarını etkilediğini ve transplant böbreğinin ne kadar sağlıklı fonksiyon gördüğünü gösteren belgeler olacaktır.

Çalışmamızda nakil öncesi diyalize giriş süresi, ortalama olarak $35,12 \pm 32,46$ ay olarak hesaplandı. Diyaliz hasta grubunda diyalize giriş süresi ortalama olarak, $42,76 \pm 36,01$ ay olarak bulundu. Nakil hastalarının nakil öncesi diyalize giriş süreleri ve diyaliz hastalarının diyalize giriş süreleri ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon bulunmuştur ($r = -0,26, p < 0,05$). Bu ilişki diyaliz hasta grubunda istatistiksel olarak daha anlamlı bulunmuştur ($r = -0,26, p < 0,05$). Bu negatif korelasyon en kuvvetli olarak diyaliz süresi ile genel sağlık durumu arasında bulundu. Bu negatif korelasyon daha önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (62,63). Diyalize giriş süresi bir yılın altında olan

hastaların yaşam kaliteleri, daha yüksek bulunmaktadır (64). Nakil için bekleyen hastaların nakil öncesi diyalize giriş süreleri nakil sonrası başarıyı etkilemekte ve bu süre uzadıkça nakil başarısı düşmekte, hastaların yaşam kalitesi kötü etkilenmektedir.

Çalışmaya katılan 122 hastanın yaşam kalite skorları ile yaş, yeterli sosyal destek varlığı, komorbid faktörler, son altı ay içinde hastaneye yatış, kullandığı ilaç sayısı, albumin, hemoglobin, nakil öncesi diyalize giriş süresi (toplam diyalize giriş süresi) arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Çalışmamızda yaşam kalitesini birincil etkileyen faktörün, normal fonksiyonlarını devam ettirebilen nakil böbreği olduğu görüldü. Yapılan benzer çalışmalarda da böbrek fonksiyonu normal sınırlarda olan hastaların yaşam kalitelerinin belirli bir ortalamanın üstünde olduğu bulunmuştur. Herhangi bir nedenle böbrek fonksiyonları bozulan hastaların buna paralel olarak yaşam kalitelerinin de düştüğü gösterilmiştir (48,61).

Çalışmamızda nakil hastalarının yaşam kaliteleri öncesi ve sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,05$). Yine nakil sonrası hastaların yaşam kalitelerinin, kronik böbrek yetmezliği - diyaliz hasta grubuna göre belirgin olarak daha iyi bulundu ($p<0,05$). Kontrol grubu ile diyaliz tedavisi alan ve nakil sonrası takip altında olan hastaların yaşam kalitesi ortalamaları arasındaki fark ortalama 20 puan olarak hesaplandı. Bu farkın, düzenli diyalize giren hasta grubu ile kontrol grubu arasında 30 puana kadar yükseldiği tespit edildi.

Kontrol grubu ile hasta grubunun genel yaşam kalitesi alt birimlerinden yaşamsallık (fark % 24) ve genel sağlık durumu (fark % 38) karşılaştırıldığında bu farkın en düşük olduğu gözlemlendi. Nakil yapılan hastaların kontrol gurubuyla kıyaslanabilecek oranda özellikle sırasıyla fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, yaşamsallık, mental sağlık ve genel sağlık durumunda düzelme gösterdiği tespit edildi. Bu karşılaştırmanın çok daha sağlıklı olması için yaşam kalitesi değerlendirmesinin nakil sonrası bir yıl bitiminde de tekrarlanması gerekmektedir.

Nakil hastalarının erken dönemdeki kaygıları, ilk bir yılda daha yoğun yaşanmaktadır. Hastaların erken ve geç dönem kaygıları, yaşam kalitelerini fonksiyonel kapasite sonrası etkileyen ikinci önemli unsurdur. Erken dönem kaygılarından bir tanesi sosyal rollerini ve yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen suçluluk duygusudur. Yakın akrabaları başta olmak üzere canlı donörden yapılan nakillerde, hastalar suçluluk duygusu duymaktadır.

Ülkemizde halen canlı donör nakilleri sayıca daha fazladır. Çalışmamızda hastalarımızın yeterli aile içi ve aile dışı sosyal destek aldıkları gözlenmiştir. Yeterli sosyal desteğin genel sağlık durumu ($r= 0,35$, $p<0,01$) ve mental sağlık üzerinde ($r= 0,33$, $p<0,01$) pozitif etkisinin olduğu gösterilmiştir. Bu destek de hastaların belirgin olarak mental sağlık durumlarını pozitif yönde etkilemektedir. Suçluluk duygusunu, yaşam kalitelerini etkilemeyecek düzeye düşürmektedir. Başarılı nakil yapılan hastaların yakınları da hastaların yaşam kalitelerindeki belirgin düzelmeye paralel olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini bildirmişlerdir. Batı kaynaklı yapılan çalışmalardan yine farklı olarak Türkiye’de hastaların yaşam kalitelerini nakil öncesi dönemde de sosyal desteğin boyutu, aile desteği ve ek sistemik hastalıkların varlığı etkilemektedir. Sosyal desteğin ve aile hayatının önemi batı kaynaklı çalışmalarda bu kadar belirgin bulunmamıştır (78).

Hastalarımızın erken dönemde yeterli sosyal desteği aldığı fakat profesyonel olarak psikolojik yardımdan yoksun kaldığı gözlendi. Hastalara özellikle, hastanede yattıkları erken dönemde ve erken taburculuk günlerinde psikiyatrik danışma ve psikolojik yardım sunulmalıdır.

Batı toplumlarında daha çok önemsenen sağlık harcamalarının karşılanması ve tekrar çalışmak zorunda kalma korkusu Türk hastalarımızda gözlenmemektedir. Bu da yine mevcut sağlık politikalarının eksik bir yönüdür. Hastalar, fiziksel yeterliliği kazandıkları ve uzun dönemde sağlık sorunlarını çözdükleri halde çalışmak istememektedirler. Bu nedenle hastaların yaşam kalitelerini belirgin artıracak olan düzenli bir işte çalışma durumu ve verimli olabilme duygusu, Türkiye’de arka planda kalmaktadır (52).

Daha önce yapılan çalışmalarda nakil hastalarının meslek edinme ve devam ettirme konusunda aldıkları rehabilitasyon hizmetlerinin, yaşam kalitesini ve sosyoekonomik durumu belirgin iyileştirdiği gösterilmiştir. Hastaların bir an önce sosyal rollerine ve verimliliklerine kavuşmaları için eğitim programları, eğitim seminerleri ve sosyal destek kursları oluşturulmalıdır. Özellikle bu konuda eğitilmiş nakil hastalarıyla ilgilenecek hemşirelik birimleri oluşturulmalıdır.

6. SONUÇ

Nakil ve diyaliz hastalarında yaşam kalitesini etkileyen en önemli unsurun fiziksel fonksiyon; en önemsizin ise mental sağlık durumu olduğu gösterilmiştir (48). Yaş, genç hastalarda yaşam kalitesinin alt birimlerini daha fazla etkilerken yaşlı hastalarda etkisi azalmaktadır. Yaşam kalitesinde en önemli unsurun yeterli sosyal destek olduğu batı toplumlarında ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Hastaların yaşamsallığının ve yaşam kalitesinin artırılmasında, Türkiye’de toplumsal ve ailesel yeterli sosyal destek vardır. Fakat profesyonel anlamda hastaların yaşam kalitelerini artıracak psikolojik destek, sosyal rolü ve çalışma kapasitesini daha kaliteli hala getirecek bir kurum ya da organizasyon halen yoktur.

Nakil hastalarının operasyon öncesi ve sonrasında uzun dönemli takiplerinde tıbbi tedavi – bakımlarına yaşam kalitesi ölçümleri de eklenmelidir. Hasta, fonksiyon gören böbrek olarak değil bütün olarak değerlendirilmeli, mevcut immunosüpresif tedavinin yan etkileri nedeniyle böbreğin yaşatılması sağlanırken hastanın kaliteli yaşam süresi kısaltılmamalıdır. Hastaların yaşam kalitelerini artıracak sosyal ve iş hayatı ile ilgili rehabilitasyon hizmetleri sunulmalıdır. Hastanın sosyal hayatında mutlu - huzurlu - verimli bir birey, iç huzuruna ve stabilitesine kavuşmuş mental sağlığı yerinde ve bedensel olarak da fiziksel fonksiyonlarını sağlıklı bireyler kadar yerine getirebilecek bir canlı olarak değerlendirilmesi gereklidir. Nakil hastalarının ve diyalize giren tüm hastaların toplum için ve kendileri için daha verimli – üretken olmaları öğretilmelidir. Üretken ve topluma faydalı olma duygusu bu hastaların yaşam kalitesini olumlu etkileyen bir unsurdur. Nakil hastaları, bu uzun takip süreçlerinde daha fazla inisiyatif kazanmalı, bireysel sorumluluklarına sahip çıkmalı ve daha üretken hale getirilmelidir. Bu amaca ulaşabilmek için de sosyal hizmetler ve sağlık hizmetlerinin ortak hedef için iyileştirilmesi ve değiştirilmesi gereklidir.

7. KAYNAKLAR

- 1- Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser S. Chronic Renal Failure. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16. Baskı. McGraw – Hill Yayınları 2005; 1653-1663
- 2- Tiwari SC, Bhowmik DM. Staging of CKD : is a new stage needed? Am J Kidney Dis. 2008 ; 51 (2) : 346
- 3- Kauffman HM, Woodle ES, Cole EH, Paykin C. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Am J Kidney Dis. 2002 ;39 (2 Suppl 1):S 1-266.
- 4- Just PM, de Charro FT, Tschosik EA, Noe LL, Bhattacharyya SK, Riella MC. Reimbursement and Economic Factors Influencing Dialysis Modality Choice Around the World. Nephrol Dial Transplant. 2008 ;23(7):2365-2373.
- 5- Bommer J. Prevalence and Socio-economic Aspects of Chronic Kidney Disease. Nephrol Dial Transplant 2002 ; 17 (Suppl 11) 8 – 12
- 6- Maschio G, Marcantoni C, Bernich P. Lessons from Large Interventional Trials on Antihypertensive Therapy in Chronic Renal Disease. Nephrol Dial Transplant 2002; 17 (Suppl 11) : 47- 49
- 7- Erek E, Serdengeçti K, Süleymanlar G. Registry of Nephrology, Dialysis and Transplantation Registry 2004 İstanbul. http://www.tsn.org.tr/registry/Registry_2004_Eng.pdf
- 8-Erek E, Serdengeçti K, Süleymanlar G. Registryof Nephrology, Dialysisand Transplantation Registry 2007 İstanbul. http://www.tsn.org.tr/documents/registry/registry_2007_tr-en.pdf.
- 9- Yasavul Ü. Kronik Böbrek Hastalığı ve Tedavisi. Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı . İkinci Baskı. 2004;1286-1315.
- 10- Fisher R, Gould D, Wainwright S, Fallon M. Quality of Life After Renal Transplantation. Journal of Clinical Nursing 1998; 7 : 553 – 563
- 11- Laupacis A, Muirhead N, Keown P, Wong C. A Disease – Specific Questionnaire for Assesing Quality of Life in Patients on Hemodialysis. Nephron 1992; 60: 302-306
- 12- Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT. Quality of Life iin Patients on Chronic Dialysis: Self – Assesment 3 Months After the Start of Treatment. American Journal of Kidney Diseases 1997 ; 29 (4): 584- 592

- 13- Parfrey PS, Vavasour H, Bullock M, Henry S, Harnett Jd, Gault MH. Development of a Health Questionnaire Specific for End- Stage Renal Disease. *Nephron* 1989; 52 : 20- 28
- 14- Butt Z, Yount SE, Caicedo C, Abecassis MM , Cella D. Quality of Life Assesment in Renal Transplant : Review and Future Directions. *Clin Transplant* 2008; 22: 292- 303
- 15- Obrador TG, Pereira BGJ. Anemia of Chronic Kidney Disease: an Under- Recognized and Under- treated problem. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17 (Suppl 11): 44-46
- 16- Ojo AO. Cardiovascular Complications After Renal Transplantation and Their Prevention. *Transplantation* 2006; 82 (5): 603-611
- 17- Borchhardt K, Sulzbacher I, Benesch T, Födinger M, Sunder- Plasman G, Haas M. Low – Turnover Bone Disease in Hypercalcemic Hyperparathyroidism After Kidney Transplantation. *American Journal of Transplantation* 2007; 7 : 2515 – 2521
- 18- First RM. Renal Function as a Predictor of Long- term Graft Survival in Renal Transplant Patients. *Nephrol Dial Transplant* 2003 ; 18 (Suppl 1): i3-i6
- 19- Quiros RM, Alef MJ, Wilhelm SM, Djuricin G, Loviscek K, Prinz RA. Health- related Quality of Life in Hyperparathyroidism Measurably Improves after Parathyroidectomy. *Surgery* 2003; 134 (4) :675-681
- 20- Howard A. Long- Term Posttransplantation Care: The Expanding Role of Community Nephrologists. *American Journal of Kidney Diseases* 2006 ; 47 (4), Suppl 2 : 111-124
- 21- Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A. Böbrek Transplantasyonu. *Cerahpaşa İç Hastalıkları* . 1. Baskı. 2007;648-656
- 22- Schaubel D, Jeffery J, Mao Y, Semenciw R, Yeates K, Fenton S. Trends in Mortality and Graft Failure for Renal Transplant Patients. *CMAJ* 2002; 167 (2): 137- 142
- 23- Delmonico FL. Exchanging Kidneys - Advances in Living-Donor Transplantation. *NEJM* 2004; 350:1812-1814.
- 24- Hariharan S, Johnson C, Bresnahan B, Taranto S, McIntosh J, Stablein D. Improved Graft Survival after Renal Transplantation in the United States 1988 to 1996. *NEJM* 2000; 342: 605-612.

- 25- Çarım M. Renal Transplantation in Turkey. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (Suppl 6) : 140-141
- 26- Morris PJ. Transplantation- a Medical Miracle of the 20th Century. *NEJM* 2004;351: 2678-2680
- 27- Wolfe RA, Ashby V, Milford E, Ojo A, Ettenger R, Agodoa L, Held P, Port F. Comparison of Mortality in All Patients on Dialysis , Patients on Dialysis Awaiting Transplantation, and Recipients of a First Cadaveric Transplant. *NEJM* 1999; 341 : 1725- 1730.
- 28- Kasiske BI, Vazquez MA, Harmon WE. Recommendations for the outpatient surveillance of renal transplant recipients. American Society of Transplantation. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11(suppl 15) : S1- S 86
- 29- Halloran PF. Immunosuppressive Drugs for Kidney Transplantation. *NEJM* 2004; 351: 2715- 2729
- 30- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of- life outcomes. *NEJM* 1996 ; 334 (13) : 835-840.
- 31- World Health Organization WHOQOL – Annotated Bibliography. http://depts.Washington.edu/yqol/docs/WHOQOL_Bibliography.pdf
- 32- Meeberg GA. Quality of Life : a Concept Analysis . *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18 : 32- 38.
- 33- Bowling A, Gabriel Z. An Integrational Model of Quality of Life in Older Age. Results from the ESRC/MRC HSRC Quality of Life Survey in Britain. *Social Indicators Research* 2004; 69 (1) : 1-36.
- 34- Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma* 2005;20: 55-63.
- 35- The WHOQOL Group: What Quality of Life. *World Health Forum* 1996; 17(4): 354-356 .
- 36- Tüzün EH, Eker L. Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. *Sağlık ve Toplum* 2003 : 13-16.
- 37- Fidan D, Ünal B, Demiral Y. Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri , *Sağlık ve Toplum* 2003; 13: 3-8.
- 38- Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomez JM. Quality of Life in End- stage Renal Disease Patients. *American Journal of Kidney Disease* 2001; 38 (3): 443-464.

- 39- Mork E, Lai C, Zhang ZX. Coping with Chronic Renal Failure in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 41 (2): 205-213
- 40- Pascual M, Theruvath T, Kawai T, Rubin N, Cosimi B. Strategies to Improve Long – Term Outcomes after Renal Transplantation. *NEJM* 2002; 346: 580-590
- 41- Bellamy N. Principles of Outcome Assessment. *Rheumatology Toronto: Mosby* 2003: 21-30
- 42- Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 2004 İzmir. http://www.bayar.edu.tr/saykad/g_erhan1.html
- 43- Gudex CM. Health- related Quality of Life in End-stage Renal Failure. *Qual Life Res* 1995; 4:359-366.
- 44- Barotfi S, Molnar MZ, Almasi C , Kovacs AZ. Validation of the Kidney Disease Quality of Life- Short Form Questionnaire in Kidney Transplant Patients. *J Psychosom Res* 2006; 60 (5) : 495- 504.
- 45- Barotfi S, Molnar M, Almasi C, Kovacs A, Rempfort A, Lilla S. Validation of the Kidney Disease Quality of Life- Short Form Questionnaire in Kidney Transplant Patients. *Journal of Psychosomatic Research* 2006 ; 60: 495-504.
- 46- Franke GH, Reimer J, Philipp T, Heemann U. Aspects of Quality of Life Through End – stage Renal Disease. *Quality of Life Research* 2003 ; 12 (2):103-115.
- 47- Franke GH. Lebensqualitaetmessung am Beispiel der Nierentransplantation – State of the Art. *Transplantationsmedizin* 2004;16: 142-147.
- 48- Wight JP, Edwards L, Brazier J, Walters S, Payne JN, Brown CB. The SF – 36 as an Outcome Measure of Services for End Stage Renal Failure. *Quality in Health Care* 1998; 7 : 209-221.
- 49- Hays R, Kallich JD, Mapes DL, Coons SJ, Amin N, Carter W, Kanberg C. *Kidney Disease Quality of Life Short Form Version 1.3; A Manual for Use and Scoring* 1997 Rand.
- 50- Webster K, Cella D, Yost K. The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications and interpretation. *Health Qual Life Outcomes* 2003 ; 1(79): 1-7

- 51- Smith GC, Trauer T, Kerr P, Chadban SJ. Prospective psychosocial monitoring of living kidney donors using the SF – 36 health survey. *Transplantation* 2003 ; 76 (5): 807-809
- 52- Neipp M, Karavul B, Jackobs S, Vilsendorf A, Richter N. Quality of Life in Adults Transplant Recipients More than 15 Years after Kidney Transplantation. *Transplantation* 2006; 81 (12) : 1640-1644
- 53- Franke GH, Yüçetin L, Yaman H, Reimer J, Demirbaş A. Disease – Specific Quality of Life in Turkish Patients After Successful Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings* 2006; 38: 457-459
- 54- Lumsdaine JA, Wray A, Power MJ, Jamieson NV, Akyol M, Bradley AJ, Forsythe JL, Wigmore SJ. Higher Quality of Life in Living Donor Kidney Transplantation: Prospective Cohort Study. *Transplant International* 2005; 18 : 975 – 980
- 55- Brazier JE, Harper R, Jones NB, O’Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF- 36 Health Survey Questionnaire: New Outcome Measure for Primary Care. *BMJ* 1992; 305: 160-164
- 56- Jacobs JR, Pescovitz MD, Brook B, Birnbaum J, Dean J, Pus N. A Self – Administered Quality of Life Questionnaire for Renal Transplant Recipients. *Nephron* 1998; 79: 123-124
- 57- Yıldın MA, Öğütmen B, Bektaş G, Mete M, Tolgay HI. Translation, Cultural Adaptation, Initial Reliability, and Validation of the Kidney Disease and Quality of Life- Short Form (KDQOL- SF 1.3) in Turkey. *Transplantation proceedings* 2007; 39(1): 51-54.
- 58- Hicks LS, Cleary PD, Epstein AM, Ayanian JZ. Differences in Health-Related Quality of Life and Treatment Preferences Among Black and White Patients with End-Stage Renal Disease. *Quality of Life Research* 2004 ;13 (6): 1129-1138.
- 59- Bakewell AB, Higgins RM, Edmunds ME. Does Ethnicity Influence Perceived Quality of Life of Patients on Dialysis and Following Renal Transplant? *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16: 1395-1401.
- 60- Fukuhara S, Lopes AA, Bragg- Gresham JL, Kurokawa K, Mapes DL, Akizawa T, Bommer J, Canaud BJ, Port FK, Held PJ. Health-related Quality of Life Among Dialysis Patients on Three Continents: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney Int.* 2003; 64(5):1903-1910.

- 61- Newstead CG. Recurrent Disease in Renal Transplants. *Nephrol Dial Transplant* 2003; 18 (Suppl 6) :68-74
- 62- Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2003;12(2):113-116
- 63- Ünal G, Bilge A. Hemodiyaliz Tedavisindeki Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Ruhsal Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2005; 44(1):35-38.
- 64- Morsch CM, Goncalves LF, Barros E. Health-related Quality of Life Among Hemodialysis Patients- Relationship with Clinical Indicators , Morbidity and Mortality. *J Clin Nurs* 2006 ;15(4):498-504.
- 65- Rayner HC, Pisoni RL, Bommer J, Canaud B, Hecking E, Locatelli F, Piera I. Mortality and Hospitalization in Hemodialysis Patients in five European Countries: Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Nephrol Dial Transplant* 2004 ; 19(1):108-120.
- 66- Kalantar –Zadeh K, Kopple JD, Block G, Humphreys MH. Association Among SF36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalization and Mortality in Hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001; 12 (12) : 2797-2806.
- 67- Tovbin D, Gidron Y, Jean T, Granovsky R, Schneider A. Relative Importance and Interrelations Between Psychosocial Factors and Individualized Quality of Life of Hemodialysis Patients. *Qual Life Res* 2003 ;12(6):709-717.
- 68- The 2008 United States Renal Data System Annual Data Report Atlas. <http://www.usrds.org/adr.htm>
- 69- Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R. Appolone G for the DIA-QOL Group: Health- related Quality of Life in Dialysis Patients. A report from an Italian Study using the SF-36 Health Survey. *Nephrol Dial Transplant* 1999;14: 1503-1510.
- 70- Moreno F, Lopez Gomez JM, Sanz- Guajardo D, Jofre R, Valderrabano F. Quality of Life in Dialysis Patients. A Spanish Multicenter Study. Spanish Cooperative Renal Patients Quality of Life Study Group. *Nephrol Dial Transplant* 1996; 11(Suppl 2) : 125-129.

- 71- Lopes AA, Bragg- Gresham JL, Goodkin DA, Fukuhara S, Mapes DL. Factors Associated with Health- related Quality of Life Among Hemodialysis Patients in the DOPP. *Qual Life Res* 2007; 16(4):545-557.
- 72- Saltürk AGD, Çiftçi H. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi; 2006 İstanbul. http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/ic_hast/dr_ayca_gokcen_degirmenci_salturk.pdf
- 73- Acaray A, Pınar R. Quality of Life in Turkish Hemodialysis Patients. *Int Urol Nephrol* 2005; 37 (3): 595-602.
- 74- Beusterien KM, Nissenson AR, Port FK, Kelly M, Steinwald B, Ware JE. The Effects of Recombinant Human Erythropoietin on Functional Health and Well- being in Chronic Dialysis Patients. *J Am Soc Nephrol* 1996; 7 : 763- 773.
- 75- Locatelli F, Conte F, Marcelli D. The Impact of Hemotocrit Levels and Erythropoietin Treatment on Overall and Cardiovascular Mortality and Morbidity- the Experience of the Lombardy Dialysis Registry. *Nephrol Dial Transplant* 1998;13(7):1642-1644.
- 76- Bergstrom J. Nutrition and Adequacy of Dialysis in Hemodialysis Patients. *Kidney Int* 1993;41(Suppl) : 261- 267.
- 77- TC Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr/rip/rip.html>
- 78- Çetingök M, Hathaway D, Winsett R. Differences in Quality of Life Before Transplantation Among Transplant Recipients With Respect to Selected Socioeconomic Variables. *Progress in Transplantation* 2005 ; 15 (4) 338-344

EK 1 : KDQOL-SF

SAĞLIK DURUMUNUZ

1. Genel olarak , sağlığınızın nasıl olduğunu düşünüyorsunuz:

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
İdare eder.....	4
Kötü	5

2. Gecen yıla kıyasla , genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirebilirsiniz?

Geçen yıldan çok daha iyi.....	1
Geçen yıldan kısmı olarak iyi sayılır.....	2
Aynı sayılır.....	3
Geçen yıla göre kötü sayılır.....	4
Geçen yıldan çok daha kötü.....	5

3. Aşağıdaki sorular günlük aktivitelerinizle ilgilidir. Sağlık sorunları nedeniyle bu aktiviteleriniz etkileniyor mu? Eğer öyle ise , ne kadar etkilenmektedir?

AKTİVİTELER	Evet,cok etkileniyor	Evet, az etkileniyor	Hayır, hic etkilenmiyor
a. Ağır aktiviteler: koşma, ağır yük kaldırmak, zorlayıcı sporlar yapmak	1	2	3
b. Orta dereceli aktiviteler: masayı hareket ettirmek,süpürge makinesini itmek,bowling ya da golf oynamak	1	2	3
c. Alışveriş torbalarını kaldırmak ya da taşımak	1	2	3
d. Birden çok merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek ya da dikilmek	1	2	3
g. Bir milden daha uzun yürümek	1	2	3
h. İki kilometre yürümek	1	2	3
i. Bir kilometre yürümek	1	2	3
j. Tek başına duş almak ya da giyinmek	1	2	3

4. Son 4 haftada , sağlık sorunları nedeniyle is yerinde ya da günlük aktivitelerinizde aşağıda belirtilen kısıtlamaları yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
a. İşyerinde gecirdiğiniz ya da diğer aktivitelere gecirdiğiniz zamanı azalttınız mı?	1	2
b. İstediğinizden daha mı azını başarabiliyorsunuz?	1	2
c. İşte ya da diğer aktivitelere kısıtlandığınız mı düşünüyorsunuz	1	2
d. İşyerindeki islerinizi yapmakta ya da diğer aktiviteleri yerine getirmede zorlanıyor musunuz? (rneğin: bunları yapmak extra enerji mi gerektiriyor?)	1	2

5. Son 4 haftada , ruh sağlığı(mutsuz ya da sinirli hissettiğiniz icin) sorunları nedeniyle is yerinde ya da günlük aktivitelerinizde aşağıda belirtilen kısıtlamaları – problemleri yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
a. İşyerinde gecirmeniz gereken ya da diğer aktiviteteler icin gereken zamanı kısıtladınız mı?	1	2
b. İstediginiz ve arzuladığınızdan daha mı azını yapıyorsunuz?	1	2
c. Yapmanız gereken isi ya da diğer aktivitelerinizi eskisi kadar dikkatli yapamıyor musunuz?	1	2

6. Son 4 hafta boyunca, sağlık ya da ruh sağlığı sorunlarınız aileniz, arkadaşlarınız, komşularınız ya da grup arkadaşlarınızla olan sosyal etkinliklerinizi hangi lcde etkiledi?

- Hic etkilemiyor.....1
Hafif etkiliyor..... 2
Orta dereceli etkiliyor.....3
Etkiliyor.....4
Cok etkiliyor.....5

7. Son 4 hafta icinde ne kadar vücut ağrısı cektiniz?

- Hiç1
Cok az.....2
Hafif.....3
Orta.....4
Ağır.....5
Cok ağır.....6

8. Son 4 haftada, ağrınız doğal olarak yapmanız gereken işleri ne kadar etkiledi (evde ya da dışarıda yapmanız tüm işler)

Hic etkilemiyor.....1
Hafif etkiliyor..... 2
Orta dereceli etkiliyor.....3
Etkiliyor.....4
Cok etkiliyor.....5

9. Aşağıdaki sorular son 4 hafta icinde nasıl hissettiğinizle ilgilidir (nasıl hissettiginize en yakın olan bir secenegi secin)

Gecen son 4 haftada ne kadar zaman böyle hissettiniz?	Her zaman	Coğu zaman	Epeyce zaman	Bazı zamanlar	Cok az zaman	Hic bir zaman
a. Hayat dolu hissetiniz	1	2	3	4	5	6
b. Cok sinirli bir insan mi oldunuz son günlerde	1	2	3	4	5	6
c. Hicbirseyin sizi neşelendiremeyeceği kadar mutsuz mu hissediyorsunuz	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurlu mu hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5	6
e. Enerji dolu mu hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5	6
f. Kalbi kırık ve enerjinizi düşük mü buluyorsunuz?	1	2	3	4	5	6
g. Bitmiş tükenmiş mi hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan misiniz?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun mu hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5	6
j. Sağlık sorunları nedeniyle sosyal etkinliklerinizi yerine getiremiyor musunuz?	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 hafta icinde sağlık ve ruhsal sorunlarınız sosyal aktivitelerinizi (arkadaş ya da aile ziyaretlerinizi) yerine getirmenizi etkiliyor mu?

- Cok etkiliyor.....1
Etkiliyor.....2
Orta dereceli etkiliyor.....3
Hafif etkiliyor..... 4
Hic etkilemiyor..... 5

11 . Aşağıdaki ifadelerden hangisinin sizin hissettiklerinizi tam tarif ettiğini belirtiniz?

	Tamamen doğru	Cogunlukla doğru	Emin değilim	Kismi yanlış	Tamamen yanlış
a. Diğer insanlardan daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha da bozulacağını düşünüyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

BÖBREK HASTALIĞINIZ

12. Aşağıdaki bilgiler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?
(her satırda bir tek rakam seçiniz)

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Böbrek hastalığım hayatımı çok fazla etkiliyor	1	2	3	4	5
b. Vaktimin çoğu böbrek hastalığımla ilgilenmekle geçiyor	1	2	3	4	5
c. Böbrek hastalığımla ilgilenmek beni sinirlendiriyor	1	2	3	4	5
d. Kendimi ailem için yük olarak görüyorum	1	2	3	4	5

13. Aşağıdaki sorular son 4 hafta içinde nasıl hissettiğinizle ve olayların nasıl gittiği ile ilgilidir. Nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı veriniz.

	Hicbir zaman	Cok az zaman	Bazı zaman	Epeyce zaman	Cogu zaman	Her zaman
a. İnsanlardan kendizi İzole mi ediyorsunuz? İnsanlardan uzak mı duruyorsunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Size söylenen ya da yapılan seylere yavas mı yanıt veriyorsunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Etrafınızdaki insanlardan rahatsız mı oluyorsunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Düşünmede ya da konsantre olmada zorlanıyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
e. Diğer insanlarla iyi geciniyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
f. Son günlerde kafanız karışık mı?	1	2	3	4	5	6
g. Kas ya da kilo kaybı nedeniyle sıkıntı yasadınız mı?	1	2	3	4	5	6

14. Son 4 hafta içinde aşağıdaki belirtilen sikayetler sizi ne kadar etkiledi?

	Hic	Az miktarda	Orta dereceli	Epeyce	Cok fazla
a. Kas ağrısı	1	2	3	4	5
b. Göğüs ağrısı	1	2	3	4	5
c. Kramplar	1	2	3	4	5
d. Kaşıntı	1	2	3	4	5
e. Kuru cilt	1	2	3	4	5
g. Baş dönmesi, halsizlik, baygınlık hissi	1	2	3	4	5
h. İştah kaybı	1	2	3	4	5
i. Bitkinlik, bitmişlik hissi	1	2	3	4	5
j. El ve ayaklarda uyuşukluk , karıncalaşma	1	2	3	4	5
k. Mide bulantısı, hazımsızlık	1	2	3	4	5

14. Sorunun devamı (Sadece Hemodiyaliz hastaları için)

l. Hemodiyalize giriş yeri ile ilgili sıkıntılar	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Sadece periton diyalizi yapan hastalar için

m. Katater giriş yeri ile ilgili sıkıntılar	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

BÖBREK HASTALIĞINIZIN HAYATINIZA ETKİLERİ

15. Böbrek hastalığınız aşağıda belirtilen konularda sizi ne kadar etkilemektedir?

	Hic	Az miktarda	Orta dereceli	Epeyce	Cok fazla
a. Sıvı kısıtlaması	1	2	3	4	5
b. Diyet kısıtlaması	1	2	3	4	5
c. Ev işlerini yapma	1	2	3	4	5
d. Seyahet etme ve yolculuk	1	2	3	4	5
e. Doktorlara ya da sağlık personeline bağımlı olma	1	2	3	4	5
f. Böbrek hastalığı ile ilgili sıkıntı ve endişeler	1	2	3	4	5
g. Sex hayatınız	1	2	3	4	5
h. Dış görünüşünüz	1	2	3	4	5

Sonraki 3 soru özel olmakla beraber hastalığınızın sizin hayatınızı nasıl etkilediğini bilmemiz için cevaplandırılması önemlidir.

16. Gecen 4 hafta icinde cinsi munasebette bulundunuz mu?

Hayır.....1..> 17. soruya geciniz
Evet2

Son 4 hafta icinde aşağıda belirtilenler sizin icin ne kadar sıkıntı yarattı?

	Hic	Az miktarda	Orta dereceli	Epeyce	Cok fazla
a. Sexten zevk almak	1	2	3	4	5
b. Seksuel acıdan yeterince uyarılmak	1	2	3	4	5

17. Uyku kalitenizi 0 `dan 10 `a kadar nasıl sınıflandırırsınız?

0 çok kötü
10 çok iyi

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

18. Son 4 hafta icinde ne kadar

	Hicbir zaman	Cok az zaman	Bazı zaman	Epeyce zaman	Cogu zaman	Her zaman
a. Uykudan uyanıp tekrar uykuya dalmakta zorlandınız?	1	2	3	4	5	6
b. Yeterince uyudunuz?	1	2	3	4	5	6
c. Gün icinde ayık kalmakta zorlandınız?	1	2	3	4	5	6

19. Aileniz ve arkadaşlarınızla ilişkilerinizde ne kadar memnunsunuz?

	Hic	Az miktarda	Orta dereceli	Epeyce
a. Sevdiklerinizle gecirdiginiz zaman konusunda	1	2	3	4
b. Ailenizden ve sevdiklerinizden aldığınız destek konusunda	1	2	3	4

20. Son 4 hafta icinde maaşlı bir iste çalıştınız mı?

Evet1

Hayır2

21. Sağlık sorunlarınız sizi isinizden alıkoyuyor mu?

Evet1

Hayır2

22. Sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

0 olabileceğin en kötüsü (ölmek kadar kötü ya da ölümden beter)

5 iyi kötü arası

10 olabileceğin en iyisi

0---1---2---3---4---5---6---7---8---9---10

VERİLEN HİZMETTEN MEMNUNİYET DÜZEYİ

23. Size gösterilen ilgi, arkadaşlık ve destek göz önüne alınırsa verilen sağlık hizmetinden ne kadar memnunsunuz?

- Cok zayıf.....1
Zayıf.....2
İdare eder.....3
İyi.....4
Cok iyi5
Mükemmel.....6
En iyisi.....7

24. Aşağıda belirtilen bilgiler ne kadar doğru ya da yanlış?

	Kesinlikle doğru	Coğunlukla doğru	Bilmiyorum	Coğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Diyaliz ekibi beni olabileceğim kadar bağımsız olmam için destekliyor	1	2	3	4	5
b. Diyaliz ekibi hastalığının üstesinden gelmem için bana destek oluyor	1	2	3	4	5