

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI

BİR RENAL TRANSPLANTASYON MERKEZİNDE
RENAL TRANSPLANTASYONU YAPILAN
HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ÇIKTILARININ
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Berrin ÖZKAYA

İstanbul
Eylül-2022

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ BİLİM DALI

**BİR RENAL TRANSPLANTASYON MERKEZİNDE RENAL
TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİ ÇIKTILARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Berrin ÖZKAYA

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Halil ŞENGÜL

İstanbul

Eylül-2022

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Halil ŞENGÜL

Üye Dr. Öğr. Üyesi Gülay EKİNCİ

Üye Dr. Öğr. Üyesi Betül AKALIN

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Erhan İÇENER
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Bir Renal Transplantasyon Merkezinde Renal Transplantasyonu Yapılan Hastaların Yaşam Kalitesi Çıktılarının İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Berrin ÖZKAYA

ÖN SÖZ

Bu tez çalışması, T.C. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Bilim Dalı'nda yapılmıştır.

Çalışmanın uygulamasını yapmış olduğum Nefroloji Polikliniği hekimi Prof. Dr. Murat TUNCER 'e, ekibine ve çalışmaya katılan böbrek nakli hastalarına,

Yüksek lisans eğitimim süresince; bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, tez danışmanım olan; tez çalışmamı planlanmasını ve yürütülmesini yönlendiren, Sayın Doç. Dr. Halil Şengül'e

Bu süreçte her zaman yanımda duran ve beni destekleyen sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Berrin ÖZKAYA

İstanbul- 2022

ÖZET

**BİR RENAL TRANSPLANTASYON MERKEZİNDE RENAL
TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARIN YAŞAM
KALİTESİ ÇIKTILARININ İNCELENMESİ**

Berrin ÖZKAYA

Yüksek Lisans, Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Halil ŞENGÜL

Eylül, 2022 - 104 Sayfa

Araştırma, renal transplantasyon hastalarının tanımlayıcı özellikleri ile yaşam kalitesi algısı arasında farklılığın bulunup bulunmadığını değerlendirmek amaçlanmaktadır. Kesitsel tanımlayıcı nitelikte olan çalışmanın evrenini Ocak 2022- Mayıs 2022 tarihleri arasında özel bir hastanenin nefroloji polikliniğine başvuran renal transplantasyonlu 210 hastadan oluşmaktadır. Nefroloji polikliniğine 460 hasta başvurmuş olup örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında 210 olarak hesaplanmıştır. 210 böbrek nakilli hastadan anket yöntemi ile veri toplanmıştır. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda geliştirilen 18 sorudan oluşan sosyo-demografik soru formu, boyut 36 maddeden oluşan Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi (KDQOL- Kidney Disease Quality of Life) ölçüm aracı 54 sorudan meydana gelen anket, web tabanlı olarak hazırlanmış ve veriler web tabanlı olarak toplanmıştır. Alt ölçeklerin güvenilirliğini sınamak üzere Cronbach Alpha değerleri hesaplanmış, ardından verilerin betimsel istatistikleri hesaplanarak normal dağılım sınaması yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyduğunun belirlenmesinin ardından araştırma sorularının testi amacı ile alt ölçek puanları ile katılımcıların yaşları arasındaki ilişkiyi incelemek üzere Pearson Korelasyon Analizi, demografik değişkenlere göre farkları belirleyebilmek amacıyla iki alt kategoriye sahip değişkenlerde Bağımsız Örneklem t Testi, ikiden fazla alt boyuta sahip değişkenlerde Tek Yönlü ANOVA Analizi uygulanmıştır. Anlamlı bulunan Tek Yönlü ANOVA Analizleri sonrasında farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Araştırma için T.C. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alındı. Daha da sonra araştırmanın yapılacağı kurumdan izin alındı. Araştırmanın grubu 11-83 yaş aralığında 84'ü kadın

(%40.0), 126'sı erkek (%60.0) erkek olmak üzere 210 katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların 17'si (%8.1) 24 yaş ve altı, 31'i (%14.8) 25-31 arası, 41'i (%19.5) 32-38 arası, 36'sı (%17.1) 39-45 arası, 85'i (%40.5) 46 ve üzeri yaş gruplarında olup katılımcıların yaş ortalaması 42.64, standart sapması 13.93'tür. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde; tüm katılımcıların %31.0'ını (n= 65) bekâr katılımcılar, %65.2'sini (n= 137) evli katılımcılar oluştururken 8 katılımcı (%3,8) medeni durum sorusuna “diğer” yanıtı vermiştir. Tüm katılımcıların %14.8'i (n= 31) sigara kullandığını, %8.1'i (n= 17) alkol kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların %56.7'si (n= 119) nakil öncesi diyalize girmiştir. Renal transplantasyonlu hastaların bazı sosyo-demografik özellikler ile yaşam kalitesi algısı arasında farklılıklar varken bazı sosyo-demografik özelliklerde farklılıklar bulunmamaktadır. Özellikle nakil öncesi diyalize giren hastaların yaşam kalitesi algısında önemli ölçüde farklılık gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Yetmezliği, Renal Replasman Tedavileri, Organ Nakli, Renal Transplantasyon, Yaşam Kalitesi.

ABSTRACT
INVESTIGATION OF QUALITY OF LIFE OUTCOMES OF
PATIENTS WITH RENAL TRANSPLANTATION IN A RENAL
TRANSPLANTATION CENTER

Berrin ÖZKAYA

Master, Healthcare Management

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Halil ŞENGÜL

September, 2022 - 104 Pages

The purpose of the study is to evaluate whether there is a difference between the descriptive characteristics of renal transplant patients and their perception of quality of life. The population of the descriptive cross-sectional study consists of 210 patients with renal transplantation who applied to the nephrology outpatient clinic of a private hospital between January 2022 and May 2022. 460 patients applied to the nephrology outpatient clinic and the sample size was calculated as 210 with 95% confidence interval. Data were collected from 210 kidney transplant patients by questionnaire method. The sociodemographic questionnaire form consisting of 18 questions developed in line with the literature in the collection of data, the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) Tool consisting of 36 items, the questionnaire consisting of 54 questions was obtained with the It was prepared on a web-based basis and the data were collected on a web-based basis. Cronbach Alpha values were calculated to test the reliability of the subscales, and then the descriptive statistics of the data were calculated and a normal distribution test was performed. After determining that the data fit the normal distribution, Pearson Correlation Analysis was used to examine the relationship between subscale scores and the age of the participants to test the research questions, Independent Samples t-Test for variables with two subcategories to determine the differences according to demographic variables, and One-Way ANOVA for variables with more than two sub-dimensions. The analysis has been applied. After the One-Way ANOVA Analysis, which was found to be significant, pairwise comparisons were made with Bonferroni correction to determine which groups the difference originated from for research After obtaining approval from the Ethics Committee of. For research Approval was obtained from the Ethics Committee of T.C.

Istanbul Sabahattin Zaim University Rectorate. Afterwards, permission was obtained from the institution where the research would be conducted. The study group consisted of 210 participants, 84 of whom were female (40.0%) and 126 of them (60.0%) male, between the ages of 11-83. 17 of the participants (8.1%) were 24 years or younger, 31 (14.8%) were between 25-31, 41 (19.5%) were between 32-38, 36 (17.1%) between 39-45, 85 (40.5%) are in the age groups of 46 and over, the average age of the participants is 42.64, and the standard deviation is 13.93. When the marital status of the participants is examined; While 31.0% (n= 65) of all participants were single, 65.2% (n= 137) were married, 8 (3.8%) answered "other" to the marital status question. Of all the participants, 14.8% (n= 31) stated that they smoked, 8.1% (n= 17) stated that they used alcohol. 56.7% (n= 119) of the participants entered dialysis before transplantation. While there are differences between some socio-demographic characteristics and the perception of quality of life in patients with renal transplantation, there are no differences in some socio-demographic characteristics. Especially, a significant difference was observed in the perception of quality of life of patients who entered dialysis before transplantation.

Keywords: Chronic Renal Failure, Renal Replacement Therapies, Organ Transplantation, Renal Transplantation, Quality of Life.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xiv

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ	1
1.1. Problem	1
1.2. Araştırmanın Amacı	1
1.3. Araştırmanın Önemi	1
1.4. Varsayımlar	2
1.5. Sınırlılıklar	2
1.6. Tanımlar	2

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE	4
2.1. Böbrek Yetmezliği	4
2.1.2. Akut Böbrek Yetmezliği	10
2.1.3 Kronik Böbrek Yetmezliği	13
2.2. Renal Replasman Tedavisi	20

2.2.1. Renal Replasman Tedavi Seçenekleri.....	20
2.2.1.1. Hemodiyaliz.....	20
2.2.1.2. Periton Diyalizi	23
2.3. Organ Nakli.....	28
2.3.1. Renal Transplantasyon.....	28
2.3.1.1. Kadavradan Böbrek Nakli.....	34
2.3.1.2. Canlıdan Böbrek Nakli	35
2.4. Yaşam Kalitesi	43
2.4.1. Yaşam Kalitesinin Türleri	46
2.4.2. Yaşam Kalitesinin Arttıran Faktörler.....	46
2.4.3. Yaşam Kalitesinin Azaltan Faktörler	47
2.4.4. Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Kalitesi	48
2.4.5. Renal Transplantasyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesi	48

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	50
3.1. Araştırmanın Soruları.....	50
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	50
3.3. Araştırmanın Örneklemi	51
3.4. Veri Toplama Yöntemi	51
3.4.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu	51
3.4.2. Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi (KDQOL) Ölçüm Aracı	52
3.5. Verilerin Analizi	53

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI.....	53
4.1. Sosyo-Demografik Bulgular	53

4.2.KDQOL Ölçeğine İlişkin Betimsel Bulgular	56
4.3. Yaşam Kalitesi Algısının Katılımcıların Yaşı ile İlişkisinin İncelenmesi ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	57
4.4. Yaşam Kalitesi Algısının Çalışma Durumu ve Gelir Düzeylerine Göre Karşılaştırılması.....	58
4.5. Yaşam Kalitesi Algısının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması	61
4.6. Yaşam Kalitesi Algısının Sigara ve Alkol Kullanımına Göre Karşılaştırılması	62
4.7. Yaşam Kalitesi Algısının Nakil Süresine Göre Karşılaştırılması	62
4.8. Yaşam Kalitesi Algısının Nakil Öncesi Diyalize Girmiş Olma ve Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması	65
4.9. Yaşam Kalitesi Algısının Antihipertansif Kullanımına Göre Karşılaştırılması	66

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA	67
-----------------------	-----------

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
KAYNAKÇA	73
EKLER.....	81
ÖZGEÇMİŞ.....	88

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: ABY'de İdrar Bulguları.....	13
Tablo 2.2: Prereal ABY'nin İnrarenal ABY'den Ayırt Edici Özellikleri	13
Tablo 2.3: Türkiye'de Diyalize Yeni Başlayan Hastalarda Zaman İçinde Etiyolojik Nedenlerin Değişimi	14
Tablo 2.4: KDOQI Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri	16
Tablo 2.5: 2012 Yılı KDIGO Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığı Kriterleri	17
Tablo 2.6: 2012 Yılı KDIGO Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığında GFH ve Albüminüri Kategorileri.....	17
Tablo 2.7: Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Bulguları.....	14
Tablo 2.8: 2019 Yılında İlk RRT Olarak Hemodiyaliz (HD) Başlayan Hastaların HD Tipine Göre Dağılımı	21
Tablo 2.9: 2019 Yılı İçinde HD Hastalarının SDBH Etiyolojisine Göre Dağılımı .	22
Tablo 2.10: 2019 Yılı İçerisinde HD Hastalarının Yaş ve Cinsiyet Dağılımı	23
Tablo 2.11: 2019 Yılında İlk RRT Olarak Periton Diyalizine (PH) Başlayan Hastaların PD Tipine Göre Dağılımı	25
Tablo 2.12: 2019 Yılında İlk RRT Olarak PH Başlayan Hastaların SDBY Etiyolojisine Göre Dağılımı (28 Merkezden Elde Edilen Verilere Göre)	26
Tablo 2.13: 2019 Yılında İlk RRT Olarak PD (SAPD/APD) Başlayan Hastaların Yaşa ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	27
Tablo 2.14: Böbrek Naklin Kan Grubu.....	29
Tablo 2.15: Genişletilmiş Donör Kriterleri.....	35
Tablo 2.16: 2019 Yılında Yapılan Böbrek Nakillerinin (Btx) Donör Kaynağına Göre Dağılımı	39
Tablo 2.17: 2019 Yılında Böbrek Nakli Olan Hastaların Yaşa ve Donör Kaynağına Göre Dağılımı	39
Tablo 2.18: 2019 Yılında Böbrek Nakli Olan Hastaların Tx Öncesi RRT' ye Göre Dağılımı	40

Tablo 2.19: 2019 Yılında Böbrek Nakli Olan Hastaların SDBY Etiyolojisine Göre Dağılımı (27 Merkezden Elde Edilen Verilere Göre)	40
Tablo 2.20: 2019 Yılında Canlı Vericilerden Yapılan Böbrek Nakillerinin Donörlere Göre Dağılımı	42
Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Dağılımları	54
Tablo 4.1 Devam: Katılımcıların Demografik Dağılımları.....	55
Tablo 4.2: Ölçek Puanlarının Mevcut Araştırmadaki Güvenirlik Katsayıları ile Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri	57
Tablo 4.3: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Katılımcıların Yaşı ile İlişkisinin İncelenmesi ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	57
Tablo 4.4: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Çalışma Durumu ve Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması	60
Tablo 4.5: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	61
Tablo 4.6: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Sigara ve Alkol Kullanımına Göre Karşılaştırılması	62
Tablo 4.7: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Renal Tx Sonrası Nakil Süresine Göre Karşılaştırılması	63
Tablo 4.8: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Nakil Öncesi Diyalize Girmiş Olma ve Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 4.9: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Antihipertansif Kullanımına Göre Karşılaştırılması	66

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: ABD Renal Veri Sistemi 2016 Raporuna Göre Çeşitli Ülkelerde Son Dönem Böbrek Yetmezliği İnsidansı.....	7
Şekil 2.2: ABD Renal Veri Sistemi 2016 Raporuna Göre Çeşitli Ülkelerde Son Dönem Böbrek Yetmezliği Prevalansı	8
Şekil 2.3: Türkiye'de Son Dönem Böbrek Yetmezliği İnsidansının ve Prevalansının Yıllara Göre Değişimi (TND Böbrek Kayıt Sistemi Verileri)	9
Şekil 2.4: 2001-2014 Arasında SDBY Prevalansında Yüzde En Yüksek Artış Olan 10 Ülke (ABD Renal Veri Sistemi 2016 Yılı Raporu)	9
Şekil 2.5: ABD Renal Veri Sistemi 2016 Raporuna Göre Çeşitli Ülkelerde SDBY Vakalarında Diyabet İnsidansı	15
Şekil 2.6: GFH ve Albüminüri Kategorilerine Göre Kronik Böbrek Hastalığı Prognozu KDIGO 2012.....	18
Şekil 2.7: Periton Diyalizi Uygulama Yöntemi	24
Şekil 2.8: Panel Reaktif Antikor Tarama Testi	31
Şekil 2.9: Panel Reaktif Antikor Tanımlama Testi	32
Şekil 2.10: Single Beads Antijen Class I Testi	33
Şekil 2.11: Single Beads Antijen Class II Panel Testi	33
Şekil 2.12: Organ Nakli Kararının Alınması	38
Şekil 2.13: 7'li Çapraz Domino Nakil	42
Şekil 2.14: SYK (Sağlıkta Yaşam Kalitesi) Tamamen YK' nin Bir Alt Bileşenidir .	43
Şekil 2.15: Hastalık ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Etkileşimi Gösteren WHO Modeli	44
Şekil 2.16: Yaşam Kalitesi Boyutları ve Nitelikleri.....	45
Şekil 2.17: Renal Tx'li Hastaların Eşlik Eden Kronik Hasalıkları	56
Şekil 4.1: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Renal Tx Sonrası Nakil Süresine Göre Değişimi	64

KISALTMALAR

ABY	: Akut Böbrek Yetmezliği
AKH	: Akut Böbrek Hasarı
APD	: Aletli Periton Diyalizi
ATN	: Akut Tubüler Nekroz
BUN	: Blood Urea Nitrogen
CMV	: Cytomegalovirus
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FK	: Fiziksel Komponent
GAPD	: Gece Aralıklı Periton Diyalizi
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HAR	: Hiper Akut Rejeksiyonu
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
HD	: Hemodiyaliz
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPT	: Haptaglobülin
HLA	: Human Leucocyte Antigen
HT	: Hipertansiyon
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KDIGO	: Kidney Disease Improving Global Outcomes
KDOQI	: Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
KDQOL	: Kidney Disease Quality of Life
MK	: Mental Komponent
NICE	: National Institute for Health and Clinical Excellence
NKF	: National Kidney Foundation
PD	: Periton Diyalizi

PRA	: Panel Reaktif Antikor
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBH	: Son Dönem Böbrek Hastalığı
SF	: Short Form (Kısa Form)
SSPD	: Sürekli Siklik Periton Diyalizi
SYK	: Sağlıkta Yaşam Kalitesi
TND	: Türk Nefroloji Derneği
TODS	: Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi
TPD	: Tidal Periton Diyalizi
TX	: Transplantasyon
WHO	: World Health Organization
YK	: Yaşam Kalitesi

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Problem

Kronik prerenal böbrek yetmezliği, böbreklerin uzun süre yeterli kan almaması nedeniyle böbreklerin küçülerek fonksiyonlarını kaybetmeye başladığı bir durumdur. Kronik böbrek yetmezliğinin 3 farklı tedavi yöntemi vardır. Bunlar; hemodiyaliz, periton diyaliz ve böbrek naklidir. Kronik böbrek yetmezliği hastaları (KBY) bu süreçlerde fiziksel, sosyal, psikolojik bir takım sorunlar yaşamaktadır. Böbrek nakli sonrası hastaların kullanması gereken ilaçlar vardır. Nakil sonrası da bir nefrolog tarafından takip edilmesi gerekmektedir. Bu tezin konusu, böbrek nakilli hastalarının yaşam kalitesi algısını tespit etmek hedeflenmektedir. Renal transplantasyonlu hastaların sosyo-demografik özellikleri yaşam kalitesi algısını ne ölçüde etkilemektedir? Bu amaçla renal transplantasyon sonrası hastalarda yaşam kalitesi sonuçları konulu tezin araştırılması hedeflenmektedir. Araştırmada böbrek nakli yapılan hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla 460 kişilik bir evrende 210 örneklem ile anket çalışması gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Kronik böbrek yetmezliği hastaları nakil öncesi ve sonrası dönemlerde fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda bir takım zorluklar yaşamaktadır. Bu tezde; renal transplantasyonlu yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırmanın Önemi

Kronik böbrek yetmezliği, glomerüler filtrasyon değerindeki azalma sonucunda böbreğin sıvı-salt dengesinde ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bir bozulma olarak tanımlanabilmektedir. KBY' nin hemodiyaliz, periton diyaliz ve böbrek nakli olarak 3 farklı tedavi yöntemi vardır. Böbrek nakli, son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların vücuduna bu işlevleri yerine getirebilecek sağlıklı bir organın yerleştirilmesidir. Böbrek nakli, böbrek yetmezliğinin en iyi ve başarılı tedavi yöntemidir. Böbrek nakli kadavradan ve canlıdan olmak üzere 2 türü vardır. Böbrek nakli sonrası hastalar vücudun böbreği reddetmemesi için “anti-red” ilaçları,

vücutta oluşabilecek infeksiyonları önlemek için ve anti-red ilaçların yan etkilerini azaltmak için bir takım ilaçların kullanılması gerekmektedir. Ayrıca böbrek nakli sonrası hastaların düzenli olarak nefrolojik takiplerinin yapılması gerekmektedir. Hasta düzenli olarak beslenmeli ve egzersizlerini yapmalıdır. Böbrek nakli sonrası hastalar fiziksel sağlığına kavuşabilir ancak ruhsal olarak nasıl bir durumda olduğu da fiziksel sağlığı kadar önem arz etmektedir. Sağlık yalnızca bir sakatlığın veya hastalığın olmaması anlamına gelmemektedir. Sağlık fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan da sağlıklı olmak gerekmektedir.

1.4. Varsayımlar

Tezimizin böbrek nakilli hastaların yaşam kalitesi algısını ölçmeyi hedeflemektedir. Buradan hareketle tezimiz şu soruya cevap aramaktadır:

1) Renal transplantasyon yapılan hastaların tanımlayıcı özellikleri ile yaşam kalitesi algısı arasında bir ilişki var mıdır?

Bu sorunun cevabını bulabilmek için “Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi (KDQOL - Kidney Disease Quality of Life) Ölçüm Aracı” ve tanımlayıcı sorular ile böbrek nakli sonrası hastalara anket çalışması yapılarak hastaların yaşam kalitesi algısı ve sonuçları araştırılacaktır.

1.5. Sınırlılıklar

Bu tez çalışmasının, özel bir hastanenin nefroloji polikliniğine başvuran renal transplantasyonlu (alıcı) hastalar örneklem olarak kabul edilmektedir.

1.6. Tanımlar

Bu çalışmanın temel kavramları şu şekilde açıklanabilir:

Böbrek Yetmezliği: Böbreklerin normal işlevlerini yerine getirememesi, kaybetmesi durumudur. Enfeksiyonlar, diyabet ve diğer endokrin bozuklukları, kanser gibi çeşitli faktörler, toksik kimyasallar maddeler, oto-immün hastalıkları gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak böbrekler işlevlerini kaybedebilir (Merzah ve Hasson, 2015).

Akut B6brek Yetmezliği (ABY): Genel tanımı ile azotlu atıkların (6re) v6cuttan atılmasını engelleyen ve v6cudun sıvı ve elektrolit dengesini bozan b6brek fonksiyonlarında ani bir değişiklik olarak tanımlanır (6đ6tmen, 2011).

Kronik B6brek Yetmezliği (KBY): Glomer6ler filtrasyon (e-GFR) hızındaki azalmaya bağlı olarak b6breğin sıvı-sol6t dengesi ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma olarak tanımlanır (Tanrıverdi, Karadağ ve Hatipoğlu, 2010).

Renal Replasman Tedavi (RRT): Son d6nem b6brek yetmezliği olan hastaların yaşamlarını devam ettirmesi i6in kullanılan tedavi y6ntemleridir (K6ksal, 2010).

Organ Nakli: Hastanın bir organın işlevini yitirmesi durumunda, işlevini yerine getiremeyen organın yerine hastayla uyumlu canlıdan veya kadavradan sağlam bir organın nakledilmesi işlemine denilmektedir (Topbaş ve Bing6l, 2016)

B6brek Nakli: Son d6nem b6brek hastalığı olan hastalarda canlı veya kadavradan bir insan b6breğinin cerrahi olarak implantasyonudur (6st6ndağ, G6l, Zengin ve Aydın, 2007).

Yaşam Kalitesi: Bireylerin, i6inde yaşadıkları k6lt6r ve değerler sistemi bağlamında ve ama6ları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamlarındaki durumlarına ilişkin algılarıdır (Top6u, Sara6lı, Dursun ve Gazeloğlu, 2012).

İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Böbrek Yetmezliği

Böbrekler retroperitoneal bölgede yer alan kahverengi görünümü olan organlardır. Karnın arka duvarında bulunurlar ve kolumna vertebralis'in her iki yanında ve psoas kasının lateralinde bulunurlar. Logitudinal uzunluğu yaklaşık olarak 3 omur büyüklüğündedir ve genellikle 12. torasik vertebra ile 3. lomber vertebra arasındadır. Sağ böbrek, üst komşuluğundaki karaciğer nedeniyle biraz daha aşağıda yer almaktadır. Böbrekler birçok hayati fonksiyonun yürütülmesinden sorumludur. Atık maddelerin metabolizması ve uzaklaştırma (üre, kreatinin, ürik asit, vb.); su, elektrolit, asit-baz dengesinin ayarlanması; bu görevler kan basıncını, eritropoezi ve kemik mineral metabolizmasını düzenleyen hormonların salgılanmasıdır en önemli görevleri arasındadır (Koçyiğit, Güngör ve Arınoy, 2017).

Dünyada ve Türkiye'de önemli bir sağlık sorunu olan son dönem böbrek yetmezliği (SDBY), böbreğin sıvı-elektrolit dengesinin korunması ve metabolik-endokrin fonksiyonların yerine getirilmesinde yetersiz olması sonucu hastalığın tüm etkilerinin bütün organ sistemlerinde görülen karmaşık bir durumdur (Göriş ve Bilgi, 2015). Böbrek yetmezliği hastaları böbreklerinin düzgün çalışıp çalışmadığını ilk etapta anlamakta zorlanabilmektedir. Böbrek fonksiyonları zamanla azaldıkça hastada böbrek yetmezliğine bağlı olarak çeşitli hastalıklarda ortaya çıkabilir. Böbrek boyutları zamanla küçülür ve vücutta biriken sıvının dışarı atabilme kabiliyeti de azalmaktadır. Aynı zamanda böbreklerin düzgün çalışmamasına bağlı olarak kan basıncını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Böbrekler düzgün çalışmadığı zaman kandaki zehirli maddeler vücut dışına doğru bir şekilde atılamaz. Buna bağlı olarak yüksek tansiyona sebep olabilmektedir (Arık, 2022).

Böbrek yetmezliği beş aşamada sınıflandırılmaktadır. Bunlar çok hafif (evre 1) ile tam böbrek yetmezliği (evre 5) arasında değişir. Evreler ilerledikçe semptomlar ve komplikasyonlar artış görülmektedir.

1. evre (Glomerüler Filtrasyon (e-GFR) (90 ml/dk ve üzeri)) oldukça hafif bir evredir. Genellikle hiçbir semptom veya görünür komplikasyon yoktur. Böbreklerde çok az hasar vardır. Yüksek tansiyon görülebilir. Bunun için dengeli beslenmek, düzenli

egzersiz yapmak, tütün ürünleri kullanmaktan kaçınmak ve sağlıklı kiloyu korumak gerekir. Nefroloji takibi ile durumun engellenmesi ve iyileştirilmesi mümkündür.

2. evre (e-GFR (89-60 ml/dk)) Böbrek hastalığı hala hafif bir aşama olarak kabul edilir, ancak idrarda protein kaçağı ya da böbreklerde fiziksel hasar olabilir. 1. evrede faydalı olan yaşam tarzı yaklaşımları 2. evrede de kullanılır.

3. evrede (e-GFR (30-59 ml/dk)) böbrek hastalığı orta derecede kabul edilir. Böbrekler artık gerektiği gibi çalışmaz. En sık görülen semptomlar el ve ayaklarda şişme, sırt ağrısı ve idrara çıkma sıklığındaki değişikliklerdir. Sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemek yine de yardımcı olacaktır, ancak sorunların altında yatan nedenleri tedavi etmek için ilaç kullanımını bu aşamada başlanabilir. Düzenli takip ve kontrol gerekmektedir.

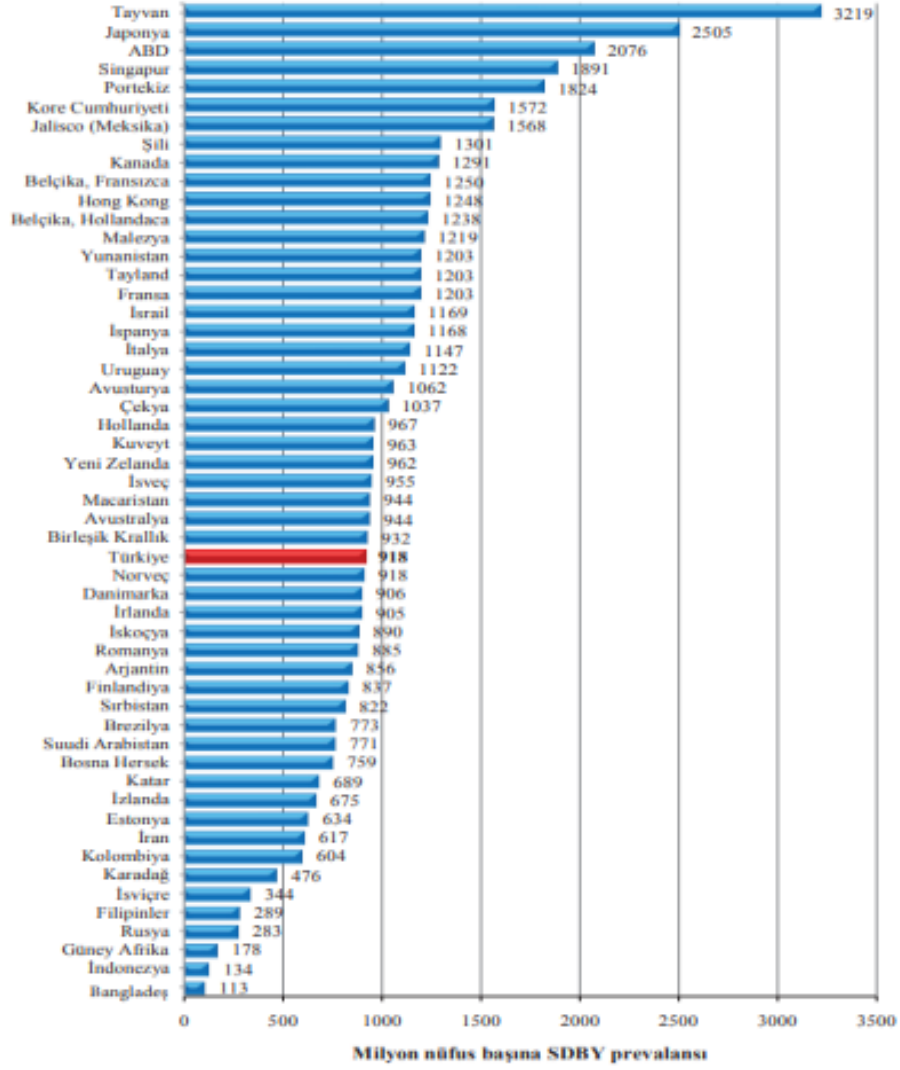
4. evre (e-GFR (15-29 ml/dk)) böbrek hastalığı orta ila şiddetli olarak kabul edilmektedir. Böbrekler iyi çalışmaz, ancak tam böbrek yetmezliği aşamasına henüz ulaşılmamıştır. Bu evrenin belirtileri arasında anemi, yüksek tansiyon ve kemik hastalığı gibi komplikasyonlar bulunmaktadır. Sağlıklı bir yaşam tarzı hala hayati önem taşır. Ayrıca böbreklerdeki hasarı yavaşlatmak için çeşitli tedaviler uygulanabilir. Çok yakın takip gerektirmektedir.

5. evrede (e-GFR (15 ml/dk ve altı)) böbrekler ya tam çalışmaz durumdadır ya da buna çok yakındır. Böbreğin fonksiyonlarını kaybettiğinin işaretleri oldukça açıktır. Bunlara kusma ve mide bulantısı, nefes darlığı, kaşıntılı cilt dâhildir. Bu aşamadaki bireylere renal replasman tedavileri başlanır (Akman, 2022).

Son dönem böbrek yetmezliğinin insidansı, belirli bir zaman diliminde (genellikle 1 yıl) renal replasman tedavisine (RRT) (diyaliz ve böbrek nakli) başlayan yeni hastaların sayısıdır. Prevalans herhangi bir zaman dilimindeki tüm hastalardır (genellikle son yılın günü); ve milyon nüfusa düşen hasta sayısı olarak ifade edilmektedir.

Evre 5'teki tüm hastalar RRT altında olmadığı için, kayıt istatistiklerinde son dönem böbrek hastalığı insidansı gerçek değerinin altındadır. SDBY'nin epidemiyolojisi heterojendir ve çok çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Bu nedenle, insidans ve prevalans ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

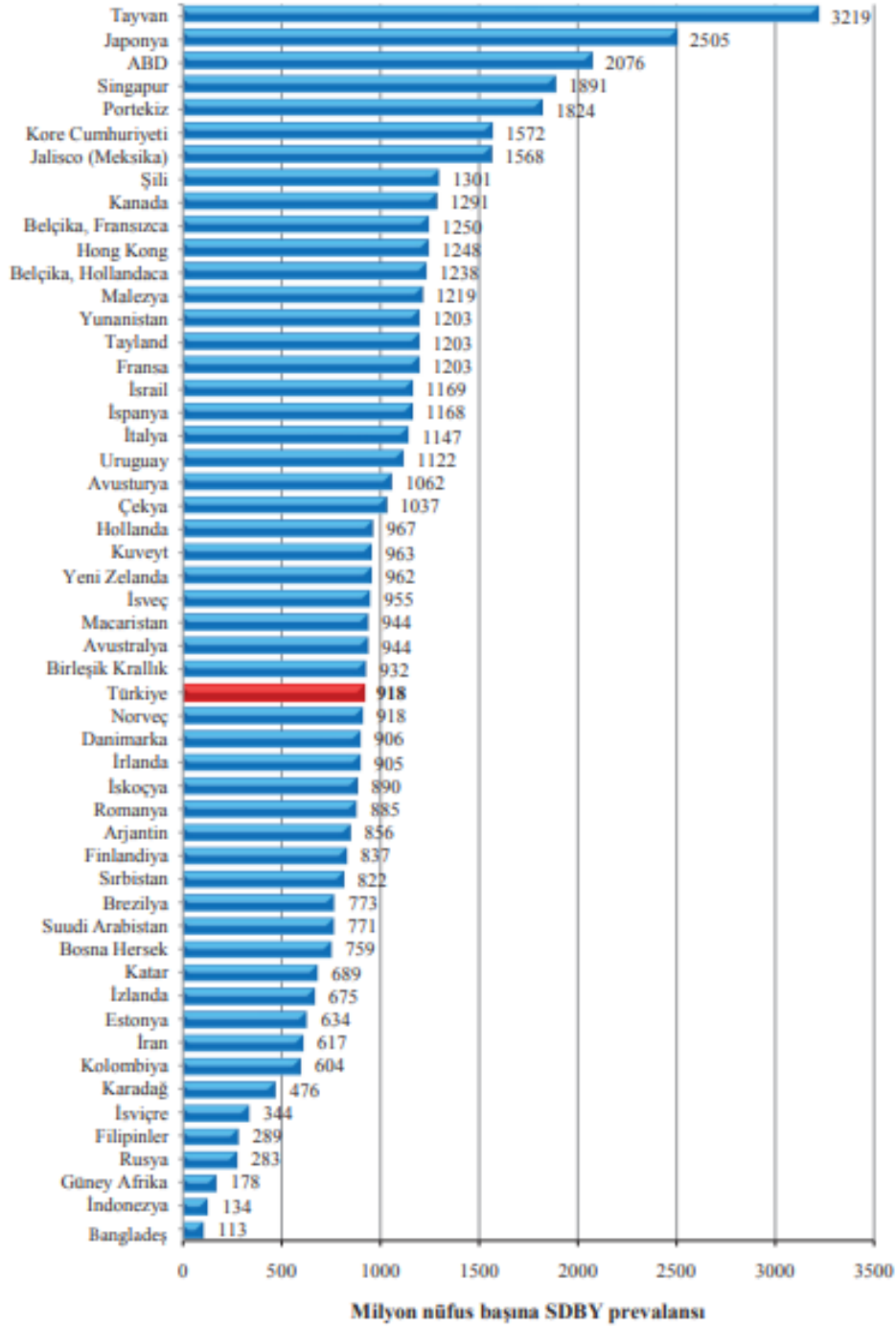
Yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerin son dönem böbrek yetmezliği insidans ve prevalanstaki temelinde ırk, genetik, etnik gibi farklılıkların olmasının yanı sıra diyabet ve hipertansiyon gibi hastalıkların oranlarının değişkenliği de önemli rol oynamaktadır. Yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların renal replasman tedavisine erişimi kolay olduğundan insidans ve prevalansı düşüktür. Hemen hemen tüm hastalara RRT sunan Türkiye bu anlamda en iyi durumda olan ülkelere biridir. Düşük gelirli ülkelere RRT' ye ulaşma oranı %5, düşük orta gelirli ülkelere ise %12 düzeyinde seyretmektedir. Dünya çapında, RRT uygulanan hastaların %7.2'si düşük-orta veya düşük gelirli ülkelere yaşıyor. Afrika ve Asya'da yaşayanlar, RRT 'ye ulaşma konusunda en şanssız olanlar. Afrika ülkelerinde RRT' ye ihtiyacı olan hastaların sadece %15'i ve Asya ülkelerinde %35'i tedavi olma imkânına sahiptir. (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).



Şekil 2.1: ABD Renal Veri Sistemi 2016 Raporuna Göre Çeşitli Ülkelerde Son Dönem Böbrek Yetmezliği İnsidansı

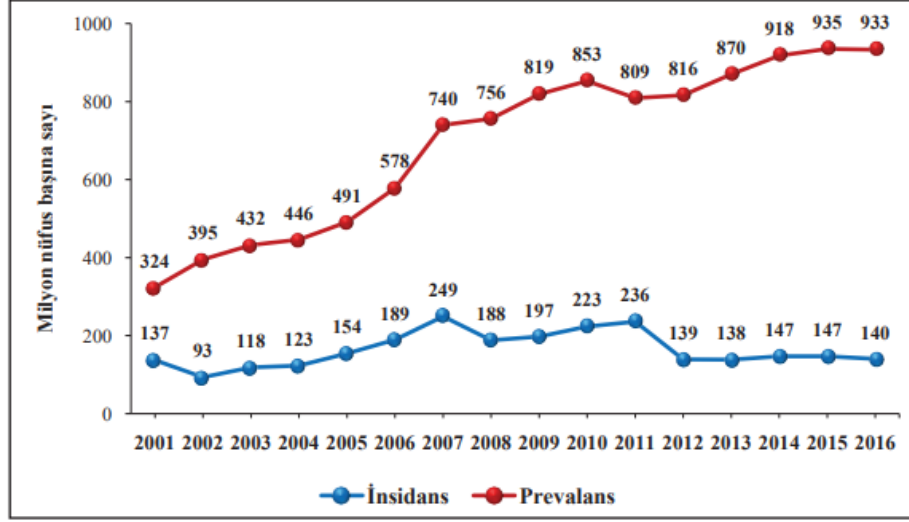
Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018)

Türk Nefroloji Derneği (TND) Böbrek Kayıt Sistemi verilerine göre Türkiye’de SDBY prevalansı giderek artış göstermektedir. Türkiye’de 2005 yılında milyon nüfus başına 491 olan SDBY hasta sayısı 11 yılda yaklaşık iki kat artarak 2016 yılında 933’e ulaşmıştır. 2016 yılında SDBY insidansı milyonda 140 olarak belirlenmiş. SDBY sıklığındaki artışın en önemli iki sebep; nüfusun yaş ortalaması giderek artmakta ve Türkiye’de diyabet salgını haline gelmektedir. Son birkaç yılda insidans ve prevalans oranlarında nispeten yatay bir seyir gözlemlenmesine rağmen, Türkiye 2001-2014 yılları arasında SDBY prevalansında dünya genelinde en fazla artışa sahip ilk 10 ülke arasında yer alır. (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

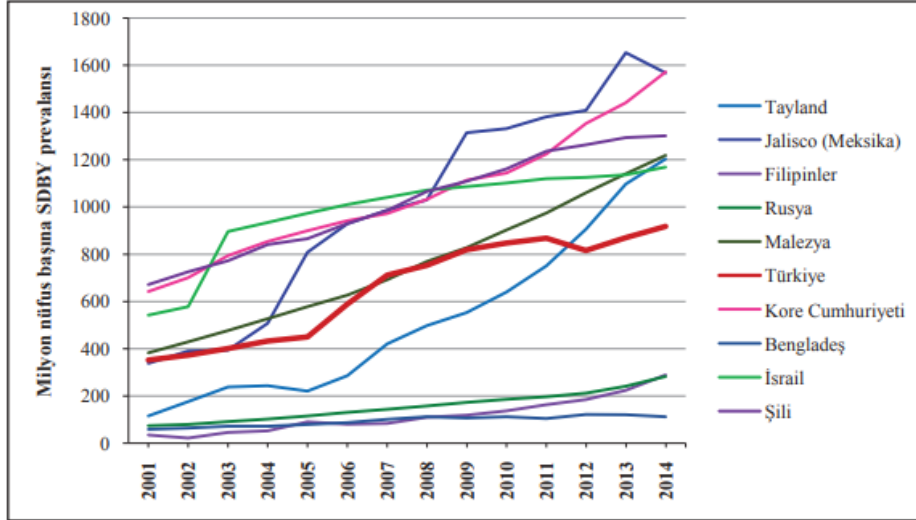


Şekil 2.2: ABD Renal Veri Sistemi 2016 Raporuna Göre Çeşitli Ülkelerde Son Dönem Böbrek Yetmezliği Prevalansı

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018)



Şekil 2.3: Türkiye'de Son Dönem Böbrek Yetmezliği İnsidansının ve Prevalansının Yıllara Göre Değişimi (TND Böbrek Kayıt Sistemi Verileri)
Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).



Şekil 2.4: 2001-2014 Arasında SDBY Prevalansında Yüzde En Yüksek Artış Olan 10 Ülke (ABD Renal Veri Sistemi 2016 Yılı Raporu)
Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

2.1.2. Akut Böbrek Yetmezliği

Akut böbrek yetmezliği (ABY), genel tanımı ile azotlu atıkların (üre) vücuttan atılmasını engelleyen ve vücudun sıvı ve elektrolit dengesini bozan böbrek fonksiyonlarında ani bir değişiklik olarak tanımlanmaktadır. Akut böbrek yetmezliği, böbrek fonksiyonlarının ani kaybı, idrarla atılımın başarısız olması ve bunun sonucunda kan üre nitrojeni (BUN: Blood Urea Nitrogen) ve serum kreatinin artışın meydana gelmesidir. Akut böbrek yetmezliği tanısı için kullanılan bu tanımlar kalitatif olup, kantitatif bir tanım bulunamamıştır (Öğütmen, 2011). Akut böbrek yetmezliği (ABY), glomerüler filtrasyon hızındaki (e-GFR) azalmayı ve bunun sonucunda vücutta kan üre nitrojeni, kreatinin ve diğer üremik toksinlerin birikmesini ifade etmektedir. Kronik böbrek yetmezliğinde e-GFR değeri aylar yıllar içerisinde düşüş gösterirken, akut böbrek yetmezliğinde e-GFR değeri düşüşü daha hızlıdır ve günler ile haftalar içerisinde gelişmektedir (Horoz ve Özgür, 2004). Akut böbrek yetmezliğinde serum kreatinin konsantrasyonunda başlangıca göre 0.5 mg dL⁻¹ veya daha fazla artış ya da hesaplanan kreatinin klirensi değerinden %50 azalma ile açıklanır. Yetişkin bireylerde metabolitlerin atılımı için gereken günlük idrar miktarı en az 400 mL olması gerekmektedir. Bir yetişkinde günlük idrar miktarı aniden 400 mL'nin altına düşüyorsa ve aynı zamanda kandaki üre miktarının sürekli artıyorsa bu duruma akut böbrek yetmezliği denilmektedir (Öğütmen, 2011).

Akut böbrek yetmezliğinin olası nedenleri aşığıdaki gibi sıralanabilir;

- Olası infeksiyon
- Hipertansiyon: nefrotik sendrom veya malign hipertansiyon
- Hipotansiyon: volum eksikliği veya sepsis
- Hipovolemi veya hipervolemi
- Dehidratasyon
- Hipovolemi veya hipervolemi
- Konjestif kalp yetmezliği belirtileri
- Endokarditte yeni gelişen üfürüm veya konjestif kalp yetmezliği belirtileri
- Mesane distansiyonu akla tıkanıklığı getirmelidir
- Pelvik kitle
- Prostat büyümesi

- İnterstisyel nefrit döküntüsü, mikrovasküler hastalığın purpurası, ateroembolik hastalığı düşündürülen livedo retikularis, veya endokarditin splinter hemoraji veya Osler nodülleridir (Horoz ve Özgür, 2004).

ABY' ne ishal, bulantı, kusma, ateşli enfeksiyon durumları, yeterli sıvı alamama özellikle duyarlı kişilerde meydana gelebilmektedir. Duyarlı kişiler özellikle yaşlılar, çocuklar ve eşlik eden diğer hastalığı olan bireylerdir. ABY' de duyarlılığı artıran bu hastalıkların başında diyabet, hipertansiyon (HT) , kalp yetmezliği, karaciğer yetmezliği, kanserler gelmektedir. Nadir nedenlerden biri, tıbbi olarak nefritik/nefrotik sendrom olarak adlandırılan, böbreklerin kişinin kendi bağışıklık sistemi tarafından hedef alındığı hastalıklardır. Bu hastalıklar genellikle ani başlayan ödem, HT ve üremik bulgularla doktora başvurulmaktadır. Bazı formlar uzun süre semptomsuz ilerleyebilir ve son dönem böbrek yetmezliğine ulaşılır. Kesin tanı böbrek biyopsisi yapılan hastalarda yapılır. Tedavi yöntemi, başta kortikosteroidler olmak üzere bağışıklık sistemini baskılayan bir grup ilaçtır. (Tutal, 2021). Akut böbrek yetmezliği genel olarak; yaşlılar, böbrek hastalığı olanlar (glomerülonefrit, kistik böbrek vb.), şeker hastaları, hipertansifler (özellikle son 6 ayda kan basıncı 140/90 mmHg), sirotik hastalar ve majör cerrahi geçirmiş hastalar risk grubu içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle risk grubundaki hastalar böbrek fonksiyonları yakından takip edilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Ayrıca ABY'deki hastaların durumu çok kritik olduğu için mortalite oranı dacyüksektir. Bununla birlikte, böbrek fonksiyonları genellikle uygun tedavi ile böbrek fonksiyonları yerine getirilir ve ölüm oranı azaltılabilir (Ovayolu ve Ovayolu, 2011).

Akut böbrek yetmezliğine sebep olan birçok neden olmak ile birlikte tanı ve tedavi bakımında idrarın oluşum aşamaları göz önüne alındığında etiyolojik açıdan üç gruba ayrılmıştır. Bunlar;

- 1) Prerenal (böbrek öncesi) azotemi: %50-70
- 2) İnrarenal (böbrek içi) azotemi: %20-40
- 3) Postrenal (böbrek sonrası) azotemi: %5'tir (Tanrıverdi ve Karadağ, 2010).

Prerenal (böbrek öncesi) akut böbrek yetmezliği; ABY gelişen hastaların yaklaşık %60-70'inde prerenal azotemi görülmektedir. Buradaki temel sorun böbrek kan akımının böbrek parankiminde hasar oluşturmayacak düzeyde bozulmasıdır. Gerçek intravasküler hacim kaybı, dolaşımdaki efektif hacmin azalması veya renal kan akışını

bozan ajanlar nedeniyle renal kan akımında deformite gelişebilir. Böbrek fonksiyonları, böbrek perfüzyonunu normalleştirerek geri kazanılabilmektedir (Horoz ve Özgür, 2004).

Intrarenal (böbrek içi) akut böbrek yetmezliği; bütün akut böbrek yetmezliğinin yaklaşık %25' inden intrarenal faktörler sorumludur. Olguların çoğu renal hipoperfüzyona veya nefrotoksik ajanlara bağlı olarak gelişmektedir. Prerenal ve post renal nedenler ekarte edilmelidir. İskemik ve nefrotoksik akut b-böbrek yetmezliğinde tübüler nekroz bulunduğu için bu sendrom akut tübüler nekroz (ATN) olarak ifade edilir. Vaskülit, glomer, lonefrit ve intertisiyel nefrit gibi parankimal böbrek hastalıklarında tübüler nekroz olmaksızın geliştiği için intrarenal akut böbrek yetmezliği ile ATN eş anlamlı olarak ifade edilmektedir. Klinikte;

- Sistemik vaskülitler
- Glomer, lonefritler ve difüz kortikal nekroz
- Akut tübüler nekroz
- Allerjik intertisiyel nefrit ve renal papiller nekroz olmak üzere intertisyum ve papillayı tutan tüm hastalıkların seyrinde intrarenal akut böbrek yetmezliği görülebilmektedir (Tanrıverdi ve Karadağ, 2010).

Postrenal (böbrek sonrası) akut böbrek yetmezliği; her iki böbreğin idrar akışının bozulması veya tek böbreği olan kişilerde meydana gelir. Alt üriner sistemdeki tıkanıklık, postrenal akut böbrek yetmezliğinin en sık nedenidir. Ağır oligüri ya da anürisi olan hastalarda postrenal akut böbrek yetmezliği daha sık görülmekle birlikte, bu bireylerin tümünde oligüri olmayabileceğini akılda tutmak önemlidir. Ultrasonografik incelemede saptanan hidronefroz oklüzyonun ana bulgusu olup, ultrasonografinin oklüzyonu saptamadaki duyarlılığı %90 ve özgüllüğü %100'e ulaşmaktadır. Yanlış negatif sonuçların ancak obstrüksiyonun erken evrelerinde ve retroperitoneal fibrozis varlığında alınabileceği göz ardı edilmemelidir. (Tanrıverdi ve Karadağ, 2010).

Tablo 2.1: ABY’de İdrar Bulguları

ABY Tipi	İdrar Bulguları
Prerenal ABY	Nadir hiyalin silendirler
Postrenal ABY	Nadir hiyalin silendirler ve eritrositler
Akut tubüler nekroz	Epitelyel hücreler, granüler silendirler, lökosit, düzeyde proteinüri
Alerjik intertisyel nefrit	Lökositler, eritrositler, epitelyal hücreler, eozinofil, lökosit silendirleri, hafif veya orta düzeyde proteinüri
Glomerulonefrit	Normal veya dismorfik eritrositler, orta veya ileri düzeyde proteinüri

Kaynak: (Tanrıverdi ve Karadağ, 2010)

Tablo 2.2: Prereal ABY’nin İntrarenal ABY’den Ayırt Edici Özellikleri

ABY’nin Tipi	BUN/Kreatinin Oranı	İdrar Ozmolalitesi	Fraksiyone Sodyum Ekskresyonu*
Prereal ABY	>20:1	>500 mOsm	<1%
İntrarenal ABY	>20:1	250 - 300 mOsm	>3%

*Fraksiyone Sodyum Ekskresyonu şekilde hesap edilir. $100 \times (\text{idrarsodyumu/serum sodyumu}) + (\text{idrar kreatinin/serum kreatinin})$

Kaynak: (Tanrıverdi ve Karadağ, 2010)

2.1.3 Kronik Böbrek Yetmezliği

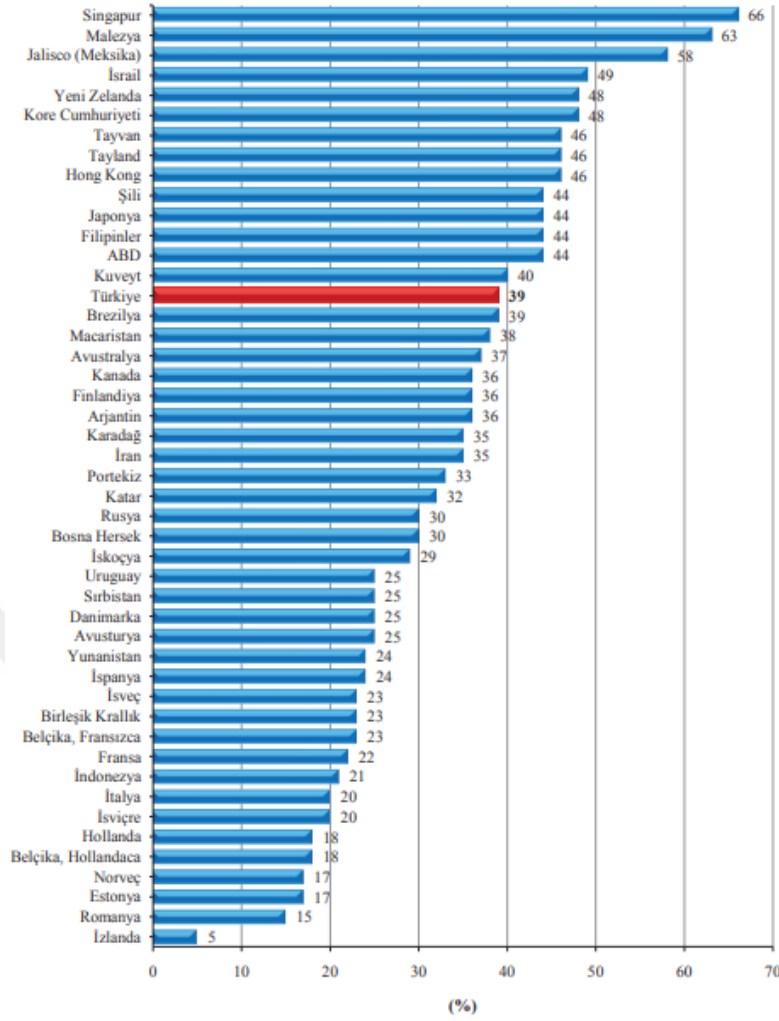
Glomerüler filtrasyon (e-GFR) hızının azalmasına bağlı olarak böbreğin sıvı-solüt dengesi ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma olarak tanımlanır (Tanrıverdi, Karadağ, ve Hatipoğlu, 2010). Kronik böbrek yetmezliği, ilerleyici bir hastalıktan kaynaklanan bir hastalıktır. Çeşitli nedenlerle böbrek parankim hasarı meydana gelir ve böylece böbrek temel işlevini sürdürülemez (Wang, et al., 2021). Kronik böbrek yetmezliği, böbrek fonksiyonunun ilerleyici ve geri döndürülemez şekilde bozulmasıdır. Böbreklerin en önemli görevi vücuttan atık maddeleri uzaklaştırmaktır. Kronik böbrek yetmezliğinde böbrekler görevlerini yerine getiremediği için kanda üre ve kreatinin gibi maddeler yükselmektedir. (Yıldız, 2008). Kronik böbrek yetmezliği, önemli iş gücü kaybına ve çeşitli komplikasyonlara neden

olan, başta genç erişkinler olmak üzere tüm yaş gruplarını etkileyen hayatı tehdit eden bir hastalıktır. (Şentürk, Levent ve Tamam, 2005). Etiyolojide oldukça fazla hastalık bulunsa da diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT) ve glomerulonefritler altta yatan temel nedenleri oluşturmaktadır (Varol ve Karaca Sivrikaya, 2018). Türkiye’de SDBY nedenleri arasında DM ve HT oranları zamanla giderek artarken glomerulonefrit ve tübülointerstisyel nefritlerin oranlarında azalma meydana gelmiştir. 2016 senesindeki verilere göre SDBY gelişen hastaların %63’ünde etiyolojik neden DM veya HT’ dir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

Tablo 2.3: Türkiye'de Diyalize Yeni Başlayan Hastalarda Zaman İçinde Etiyolojik Nedenlerin Değişimi

	1995	2001	2006	2011	2016
Diabetes mellitus	15.3	25.3	28.9	36.2	38.5
Hipertansiyon	9.2	17.2	23.3	28.3	24.6
Glomerulonefrit	28.1	22.3	6.6	5.9	6.3
Tabülointerstisyel nefrit	12.0	4.0	3.9	2.0	0.9
Kistik böbrek hastalıkları	5.2	5.8	5.3	3.1	4.2
Bilinen diğer nedenler	4.4	13.3	10.7	11.1	8.6
Nedeni bilinmeyenler	18.2	12.1	15.2	13.4	16.9

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018)



Şekil 2.5: ABD Renal Veri Sistemi 2016 Raporuna Göre Çeşitli Ülkelerde SDBY Vakalarında Diyabet İnsidansı

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018)

National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI) tarafından hazırlanan 2002 Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzuna göre Kronik Böbrek Hastalığı (KBH);

- 1) Glomerüler Filtrasyon Hızında (e-GFH) azalma meydana gelse de gelmese de, böbrekte 3 ay ya da daha uzun süre devam eden böbrekteki fonksiyonel veya yapısal anormalliklerin görülmesi,
- 2) 3 ay veya daha uzun süre, böbrek hasarı olsun veya olmasın e- GFR' nin 60 ml/dk/1.73 m²'den az olması olarak tanımlanmaktadır.

Hastaların tedavisinde ortak bir dil ve uluslararası bir ölçüt oluşturması için KBH, e-GFR değerine göre evrelere ayrılmaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2014). Tablo 2.4'te gösterilmiştir.

Tablo 2.4: KDOQI Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığının Evreleri

Evre	Tanım	GFH (ml/dk/1.73 m2)
1	Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥ 90
2	Hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı	60-89
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30-59
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15-29
5	Son dönem böbrek yetmezliği	<15

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2014)

2005 senesinde sınıflandırmayı Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) grubu, sınıflandırmayı gözden geçirdi ve işleyen bir allogreft (alıcı ile aynı türden başka bir bireyden alınan doku) olan hastaları tanımlamak için T son ekinin ve evre 5 için D son ekinin eklenmesini önerdi. diyalize giren hastalar. Öte yandan, 2008'de Birleşik Krallık National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) grubu, prognozu etkilediği düşünülen bazı faktörleri vurgulamak için KDOQI kılavuzlarında bazı değişiklikler önerdi (bir hastalığın seyrini tahmin etmek için kullanılan tıbbi bir terim ve iyileşme şansı olup olmadığı). NICE kılavuzunda evre 3 grubu evre 3a (GFR 59-45 ml/dk/1.73 m2) ve evre 3b (GFR 44-30 ml/dk/1.73 m2) ve proteinüri (idrarda normalden fazla protein olması) olmak üzere iki alt gruba ayrılmaktadır) olan hastalarda evre sonuna “p” eklenmesi öngörülmektedir.(Sağlık Bakanlığı, 2014).

2012 KDIGO Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Yönetim Kılavuzunda KBH tanımında bazı değişiklikler yapmıştır. Bu kılavuza göre böbrek yapı ve fonksiyonlarında 3 aydan uzun süren ve sağlığa etkileri olan anormallikler KBH olarak tanımlanmakta ve evre 3 olgular G3a ve G3b olmak üzere iki alt gruba ayrılmakta ve albüminüriye göre KBH sınıflandırması eklenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Tablo 2.5 2012 Yılı KDIGO Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığı Kriterleri

KBH Kriterleri (en az biri 3 aydan uzun süredir var olmalı)	
Böbrek hasarının belirteçleri	Albüminüri (AER ≥ 30 mg/24 saat; ACR ≥ 30 mg/gr)
	İdrar sediment anormallikleri
	Tübüler bozukluklara bağlı anormallikler
	Histolojik olarak saptanmış anormallikler
	Görüntüleme ile saptanmış yapısal anormallikler
	Böbrek nakli öyküsü
GFH azalması	GFH < 60 ml/ dk/ $1,73m^2$

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2014)

Tablo 2.6: 2012 Yılı KDIGO Kılavuzuna Göre Kronik Böbrek Hastalığında GFH ve Albüminüri Kategorileri

GFH Evreleri	GFH (ml/dk/1.73 m²)	Tanımlar
G1	≥ 90	Normal veya yüksek
G2	60-89	Hafif azalmış
G3a	45-59	Hafif- orta derecede azalmış
G3b	30-44	Orta- şiddetli dercede azalmış
G4	15-29	Şiddetli azalmış
G5	< 15	Böbrek yetmezliği
Albüminüri Evreleri	AER(mg/gün)	Tanımlar
A1	< 30	Normal/ yüksek normal
A2	30-300	Yüksek
A3	> 300	Çok yüksek

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2014)

KDIGO kılavuzunda önerilen bu yeni sınıflama, progresyon hızı ve komplikasyon riskleri açısından prognozun öngörülmesi ve buna nazaran izlem sıklığının ve uzmana sevk zamanının belirlenmesi açısından yol gösterici olabilir. Ayrıca, KBH tanısı

konulmuş olan her olguda progresyon hızını ve komplikasyon riskini önemli ölçüde etkileyebilmesi nedeniyle böbrek hastalığının etiyojisinin belirlenmesine de çaba gösterilmelidir. Etiyojik nedenin saptanması, bubnunla beraber spesifik tedavi şekillerinin uygulanmasına da olanak tanımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

		Persistan Albüminüri Kategorileri				
		A1	A2	A3		
		Normal / yüksek normal	Yüksek	Çok yüksek		
		<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol		
GFH Kategorileri	G1	Normal veya yüksek	≥90	Yeşil	Sarı	Turuncu
	G2	Hafif azalmış	60-89	Yeşil	Sarı	Turuncu
		Hafif - orta derecede azalmış	45-59	Sarı	Turuncu	Kırmızı
	G3b	Orta - şiddetli derecede azalmış	30-44	Turuncu	Kırmızı	Kırmızı
	G4	Şiddetli azalmış	15-29	Kırmızı	Kırmızı	Kırmızı
G5	Böbrek yetmezliği	<15	Kırmızı	Kırmızı	Kırmızı	

Yeşil: Düşük risk (Böbrek hastalığının diğer belirtileri, kronik böbrek yetmezliği yoksa)

Sarı: Orta derecede artmış risk

Turuncu: Yüksek risk

Kırmızı: Çok yüksek risk

Şekil 2.6: GFH ve Albüminüri

Kategorilerine Göre Kronik Böbrek Hastalığı Prognuzu KDIGO 2012

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018)

KBYli hastaların çoğunun böbrek boyutları küçülmüş olur ve biyopside primernedene bağlı olmaksızın glomeruloskleroz (böbreklerdeki küçük kan damarları olan glomerüllerin hasar görmesine veya yaralanmasına neden olan ilerleyici bir böbrek hastalığıdır) görülmektedir. Kronik böbrek yetmezliğinden birçok organ veya sistem etkilenmektedir. Tablo 2.7’de kronik böbrek yetmezliğinin klinik bulguları gösterilmektedir (Tanrıverdi, Karadağ ve Hatipoğlu, 2010).

Tablo 2.7: Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Bulguları

SİSTEM	BULGU
Sıvı-Elektrolit Bozuklukları	Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi
Sinir Sistemi	Stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, meningism, huzursuz bacak (restless leg) sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonları bozulma, ruhsal bozukluklar
Gastrointestinal Sistem	Hıçkırık, parotit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit (kandida, herpes), intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit
Hematoloji-İmmünoloji	Normokrom normositer anemi, eritrosit fragilitesinde artma, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşılama cevabında azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma
Kardiyovasküler Sistem	Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış ateroskleroz, aritmi, kapak hastalığı
Pulmoner Sistem	Plevral sıvı, ödem, akciğer, pulmoner ödem
Cilt	Kaşınıtı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz
Metabolik-Endokrin Sistem	Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi
Kemik	Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz (beta2-mikroglobülin), D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit
Diğer	Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri

Kaynak: (Tanrıverdi, Karadağ, ve Hatipoğlu, 2010)

2.2. Renal Replasman Tedavisi

2.2.1. Renal Replasman Tedavi Seçenekleri

Böbrek fonksiyonlarının yerine getirebilme tedavisi olan RRT ilk defa 1960 yılında diyaliz uygulamaları ile birlikte ortaya çıkan bir kavramdır. Bugün RRT denildiğinde son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların yaşamlarını devam ettirmesi için kullanılan tedavi yöntemleri olarak karşımıza çıkmaktadır. RRT içerisinde yer alan tedavi yöntemleri 4 ana başlık olarak yer almaktadır. Bunlar (Köksal, 2010);

- 1) Beslenme ve Tıbbi Tedavi (Konservatif Tedavi)
- 2) Periton Diyalizi (PD)
- 3) Hemodiyaliz (HD)
- 4) Transplantasyon (TX)

KBY tanısından hemen sonra tedavi başlanmaktadır. SDBH düzeyine henüz gelmemiş KBY hastalarına koruyucu tedavi uygulanması hastalığın SDBH' ye ilerlemesini yavaşlatılmasını ortaya çıkan üremik komplikasyonları önlenmesi, azaltılması ya da ortadan kaldırılması hedeflenmektedir. Komplikasyonlar belirlenip ilaç ve diyet tedavisine başlanmaktadır. Başlangıçta bu tedavi yeterli olmakla birlikte, böbreklerin tam olarak çalışmadığı, yani üremik belirti ve bulguların koruyucu tedavi ile kontrol altına alınamadığı durumlarda 3 farklı RRT; HD, PD ve TX uygulanmaktadır. (Köksal, 2010).

2.2.1.1. Hemodiyaliz

Son dönem böbrek yetmezliği tanısı konulan hastalara RRT uygulanmaktadır. RRT yaşamı koruyucu tedavilerdir ve en sık tercih edilen yöntem hemodiyalizdir (Yılmaz Karabulutlu ve Okanlı, 2011). HD, özel bileşimli diyaliz sıvısı (diyalizat) ile hastanın kanı arasında, yapay böbrek görevi gören yarı geçirgen bir zar aracılığıyla, diyaliz makinesi içinde vücut dışından üre, kreatinin, potasyum gibi maddelerin vücuttan atılması olarak tanımlanır. Bu çözeltiye kan, bikarbonat ve kalsiyum da ters yönde difüzyonla kana geçer. Böylece böbrek fonksiyonlarını yerine getirme görevini taklit etmiş olmaktadır (Köksal, 2010).

Hemodiyaliz (HD) RRT yöntemlerinde uygulanan tedavilerden biridir. Böbrek fonksiyonlarının düzenlenmesi için genellikle hastanelerde ve HD merkezlerinde uygulanan tedavi sürecidir (Ramatillah, Sulaiman ve Khan, 2018). KBH tedavi

yöntemleri arasında en yaygın olanı hemodiyalizdir. Hemodiyaliz tedavisi ile vücuttaki metabolik atıklar ekipman kullanılarak kan dolaşımı ile vücuttan atılması sağlanmış olur (Souza ve Orlandı, 2019). Hemodiyalizin bir takım komplikasyonları vardır. Bunlar akut ve kronik olarak ikiye ayrılmıştır (Kaplan, 2016).

Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları:

- Hipotansiyon,
- Kramplar,
- Baş, sırt ve göğüs ağrısı,
- Kanama,
- Hipoksi,
- Elektrolit dengesizlikleri,
- Bulantı-kusma,
- Kaşıntı,
- Konvülsiyon,
- Ateş ve titremedir.

Hemodiyalizin Kronik Komplikasyonları:

- Kardiyovasküler hastalıklarda artış,
- Hipertansiyon,
- Anemi,
- Üremik kemik hastalığı (renal osteodistrofi, diyaliz amiloidi, alüminyum intoksikasyonu, serozit (perikardit, diyaliz asiti, plevral effüzyon),
- Vasküler yol enfeksiyonları,
- Tromboz,
- Karpal tünel sendromu,
- Malnutrisyon,
- Hepatit enfeksiyonları,
- Libido kaybı,
- Psikolojik problemler (manik-depresif sorunlar, sosyal durumda değişme, depresyon, diyaliz demansı) görülmektedir (Kaplan, 2016).

Tablo 2.8: 2019 Yılında İlk RRT Olarak Hemodiyaliz (HD) Başlayan Hastaların HD Tipine Göre Dağılımı

	n	%
Merkezde Standart HD	9.492	98.57
Hemodiyafiltrasyon	107	1.11
Hemofiltrasyon	2	0.02
Evde HD	4	0.04
Tipi belli değil	25	0.26
Toplam	9.630	100.00

Kaynak: (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020)

Türk Nefroloji Derneği, 2019 yılındaki Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon raporundaki verilerine göre ilk olarak RRT olan HD’e başlayan hastaları HD seçimi %98.57 oranıyla merkezde standart HD olmuştur (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

Tablo 2.9: 2019 Yılı İçinde HD Hastalarının SDBH Etiyolojisine Göre Dağılımı

	n	%
Diabetes mellitus	505	39.00
Tip 1 DM	50	3.86
Tip 2 DM	455	35.14
Hipertansiyon	313	24.17
Glomerülonefrit	74	5.71
Polikistik böbrek hastaları	39	3.01
Amiloidoz	22	1.70
Tübülointerstisyel nefrit	18	1.39
Obstrüktif nefrit	14	1.08
Renal vasküler hastalık	7	0.54
Diğer	119	9.19
Etyolojisi bilinmeyen	184	14.21
Toplam	1.295	100.00

**HT primer değil, kronik yetmezliğine bağlı oluşan sekonder HT olduğuna dair kuvvetli şüpheler vardır.*

Kaynak: (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

Türk Nefroloji Derneği, 2019 yılındaki Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon raporuna göre son dönem böbrek yetmezliği hastalarının etiyolojisine bakıldığında en sık rastlanan neden diabetes mellitus %39’dur. (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

Tablo 2.10: 2019 Yılı İçerisinde HD Hastalarının Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

Yaş	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0-19	58	0.60	49	0.51	107	1.11
20-44	593	6.16	349	3.62	942	9.78
45-64	2.050	21.29	1.234	12.81	3.284	34.10
65-74	1.637	17.00	1.258	13.06	2.895	30.06
≥75	1.260	13.08	1.142	11.86	2.402	24.94
Toplam	5.598	58.13	4.032	41.87	9.630	100.00

Kaynak: (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020)

Türk Nefroloji Derneği, 2019 yılındaki Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon raporunda yaş ve cinsiyet dağılımına bakıldığında en fazla HD tedavisi alan; 45-64 yaş aralığındaki erkek hastalardır (%21,29) (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

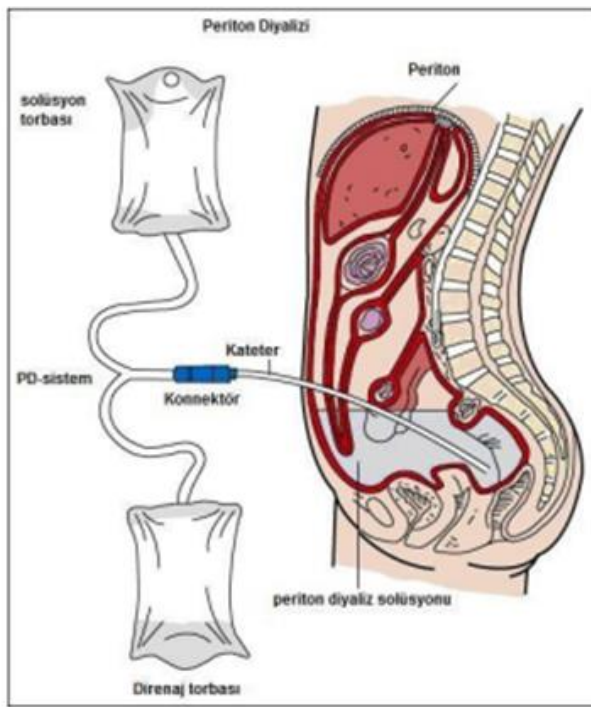
2.2.1.2. Periton Diyalizi

Periton diyaliz (PD), akut böbrek hasarı (AKH) ve son dönem böbrek hastalığını (SDBY) tedavi etmek için bir yöntemdir ve yaygın olarak kabul edilen bir yöntemdir. PD kateterin yerleştirilmesi için laparoskopik ve açık teknikler dâhil olmak üzere çeşitli cerrahi yöntemler vardır. Renal replasman tedavisi olarak diyalizin başarısı, iyi işleyen periton katetere bağlıdır.

Farklı tipte kateterler ve çeşitli yerleştirme yöntemleri vardır (Suleman, et al., 2021). PD ile renal replasman tedavisi 3 ana bileşen gerektirir. Bunlar (Teitelbaum MD ve Burkart, 2003);

- 1) PD kateteri,
- 2) PD solüsyonlar
- 3) Periton zarı ve ilişkili vasküler arz.

Periton diyalizi, periton boşluğu ve periton zarından yararlanılarak kanın temizlenmesi ile gerçekleştirilen bir diyaliz yöntemidir. Periton diyalizinde, karın boşluğuna yerleştirilen kateter aracılığı ile steril diyaliz solüsyonunun periton boşluğuna verilmesi ve yarı geçirgen periton zarı ile peritoneal kapiller kan arasında solüt ve sıvı değişimi sonucunda toksinlerin plazmadan diyaliz sıvısına geçmesi sağlanmaktadır (Baştuğ, 2011).



Şekil 2.7: Periton Diyalizi Uygulama Yöntemi

Kaynak: (Baştuğ, 2011).

İki tip periton diyaliz uygulama şekli vardır. Bunlar (Doğan ve Şahin, 2015);

a) SAPD (Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi)

Karın boşluğuna hastanın vücut yapısına göre çocuklar için 100 - 1000 mL, yetişkinler için 2000 - 2500 mL özel periton diyalizi solüsyonu verilir. Vücuda verilen solüsyon 5-6 saat karın boşluğunda kaldıktan sonra yeni solüsyonla değiştirilir. Bu süreçte kandaki üre ve kreatinin gibi toksik atık maddeler ve vücuttaki fazla sıvı diyaliz solüsyonuna geçer. Diyaliz sıvısının karın boşluğuna verilmesi ve boşaltılması

yerçekimi ile gerçekleşmektedir. Bu işleme "Diyaliz Torbası Değişirme İşlemi" denir. Diyaliz, günde 4-5 defa hasta tarafından uygulanmaktadır (Doğan ve Şahin, 2015).

b) APD (Aletli Periton Diyalizi)

Evde bir makine aracılığıyla yapılan periton diyalizi, APD (Enstrümantal Periton Diyalizi) olarak adlandırılır. Bu tedavi şeklinde hasta yatmadan önce set ve solüsyon torbalarını periton diyalizi makinesine yerleştirir ve makine önerilen şekilde programlanır. APD için kullanılan solüsyonların içeriği, SAPD için kullanılanlarla aynıdır. Sürekli siklik periton diyalizi (SSPD), gece aralıklı periton diyalizi (GAPD) ve gelgit periton diyalizi (TPD), APD'nin en sık kullanılan biçimleridir. Gece kişi uyurken makine diyaliz sıvısını karın boşluğuna iletir, bekletir ve boşaltır. Kişinin durumuna göre tedavi değiştirilebilir. (Doğan ve Şahin, 2015).

Periton diyalizde bir takım komplikasyonlar gelişmektedir. Bunlar infeksiyöz ve noninfeksiyöz olarak ikiye ayrılmaktadır (Kaplan, 2016).

Tablo 2.11: 2019 Yılında İlk RRT Olarak Periton Diyalizine (PD) Başlayan Hastaların PD Tipine Göre Dağılımı

	n	%
SAPD	822	74.12
APD	287	25.88
Toplam	1.109	100.00

*Baxter, Fresenius Medical Care ve Polifarma verilerine göre.

Kaynak: (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020)

Türk Nefroloji Derneği, 2019 yılındaki Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon raporuna göre en fazla tercih edilen periton diyaliz uygulaması %74.12 oranında SAPD’dir (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

İnfeksiyöz komplikasyonlar

- Peritonit,
- Kateter çıkış yeri infeksiyonları,
- Kateter tünel enfeksiyonu,

İnfeksiyon dışı komplikasyonlar

- Mekanik Komplikasyonlar (kateterde hasar, periton diyalizinde kanama, malpozisyon, kateterde kıvrılma, diyalizat sızıntısı ve herni),
- Karın içi basınç artışına bağlı komplikasyonlar (hidrotoraks, fitiklar, karın duvarına ve genital bölgeye kaçaklar),
- Ağrı (abdominal ağrı, omuz, sırt, bel ağrısı),
- Kanama,
- Emboli,
- Kaşıntı,
- Sıvı dengesi ile ilgili komplikasyonlar (hipervolemi, hipovolemi, ultrafiltrasyon yetersizliği),
- Peritonit,
- Periton membranında değişiklik,
- Renal osteodistrofi,
- Anemi,
- Hipertansiyon,
- Psikolojik problemler (Kaplan, 2016).

Tablo 2.12: 2019 Yılında İlk RRT Olarak PD Başlayan Hastaların SDBY Etiyolojisine Göre Dağılımı (28 Merkezden Elde Edilen Verilere Göre)

	n	%
Hipertansiyon	61	30.05
Diabetes mellitus	55	27.09
Tip 1 DM	6	2.96
Tip 2 DM	49	24.14
Glomerülonefrit	24	11.82
Polikistik böbrek hastaları	11	5.42
Amiloidoz	4	1.97
Obstrüktif nefrit	4	1.97

Tablo 2.12: 2019 Yılında İlk RRT Olarak PD Başlayan Hastaların SDBY Etiyolojisine Göre Dağılımı (28 Merkezden Elde Edilen Verilere Göre) (Devamı)

	n	%
Tübülointerstisyel nefrit	3	1.48
Diğer	19	9.36
Etyolojisi bilinmeyen	22	10.84
Toplam	203	100.00

**HT primer değil, kronik yetmezliğine bağlı oluşan sekonder HT olduğuna dair kuvvetli şüpheler vardır.*

Kaynak: (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020)

Türk Nefroloji Derneği, 2019 yılındaki Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon raporuna göre periton diyaliz hastalarının etiyojisine bakıldığında en sık rastlanan neden hipertansiyondur (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

Tablo 2.13: 2019 Yılında İlk RRT Olarak PD (SAPD/APD) Başlayan Hastaların Yaşa ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0-19	104	9.38	91	8.21	195	17.59
20-44	76	6.85	104	9.38	180	16.23
45-64	210	18.94	256	23.08	466	42.02
65-74	82	7.39	104	9.38	186	16.77
≥75	21	1.89	61	5.50	82	7.39
Toplam	493	44.45	616	55.55	1.109	100.00

Kaynak: (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020)

Türk Nefroloji Derneği, 2019 yılındaki Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon raporunda yaş ve cinsiyet dağılımına bakıldığında en fazla PD tedavisi alan; 45-64 yaş aralığındaki kadın hastalardır (%23,08) (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

2.3. Organ Nakli

Hastanın bir organın işlevini yitirmesi durumunda, işlevini yerine getiremeyen organın yerine, hastaya uyumlu canlıdan veya kadavradan sağlam bir organın nakledilmesi işlemine denilmektedir (Topbaş ve Bingöl, 2016). Türkiye’de nakli yapılan organlar; böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas ve ince bağırsaktır. Nakli yapılan dokular ise; kalp kapağı, kornea, kemik, kemik iliği, deridir (Trakya Üniversitesi, 2015). Yirminci yüzyıl başlangıcından bu yana, organ nakli giderek artış göstermiştir. Uç organ hasarının tedavisi için kullanılır. Alıcıların yani hastaların yaşam kalitesini ve yaşam beklentisini önemli ölçüde iyileştirmektedir. Yeni teknolojilerin ortaya çıkmasıyla, cerrahi beceriler ve daha yeni tedavi seçenekleri son on yılda organ nakli sayısını önemli ölçüde etkiledi (Majumder ve Sarkar, 2020). 23 Aralık 1954'te tek yumurta ikizleri Richard ve Ronald Herrick tarih yazdı. Ronald, böbrek hastalığından ölmek üzere olan Richard'a bir böbreğini bağışladı. Çünkü kardeşler tek yumurta ikiziydi ve Richard'ın vücudu böbreği reddetmedi ve dünyanın ilk başarılı organ nakli oldu (Weed, 2014). ABD'de doktor Joseph Murray gerçekleştirmiştir. İmmün supresif ilaçların keşfedilmesi ile 1960'lardan itibaren organ nakli ivme kazanmıştır (Diniz, Tugmen ve Sert, 2019). 3 Kasım 1975'te Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda annesinden 12 yaşındaki bir çocuğa Türkiye'de ilk böbrek naklini gerçekleştirdi. (Haberal, 2009).

2.3.1. Renal Transplantasyon

Son dönem böbrek hastalığı olan hastalarda canlı veya kadavradan bir insan böbreğinin cerrahi olarak implantasyonudur (Üstündağ, Gül, Zengin ve Aydın, 2007). İlk başarılı böbrek nakli 23 Aralık 1954'te Amerika Birleşik Devletleri'nde Joseph Murray ve ekibi tarafından Noston Peter Bent Brigham Hastanesi'nde gerçekleştirildi. Bu işlemde ikiz kardeşinden alınan böbrek, böbrek hastasına nakledilmiştir. Doktor Murray başarısından kaynaklı olarak Nobel ödülü kazanmıştır (Tuncer, 2020). Günümüzde en çok tercih edilen renal replasman tedavisi böbrek transplantasyonudur. Sağkalım, maliyet ve yaşam kalitesi açısından avantajları olan böbrek nakli sonrası hastalarda; fiziksel ve zihinsel esenlik, sosyal uyum ve yeniden istihdam bekleniyor (Ayar, Ersoy, Işıktaş Sayılar, Yılmaz ve Aydın, 2015). İki türlü böbrek nakli vardır. Bunlardan ilki kadavran diğeri ise canlıdan böbrek naklidir. Kadavradan böbrek nakli;

hayatını kaybetmiş, beyin ölümü gerçekleşmiş bir bireyden alınan organın nakledilmesidir. Canlıdan yapılan böbrek nakillerde;

- 1) Kan grubu uyumlu akrabalarından,
- 2) Türkiye’de uygulanan etik kuruldan geçen akraba olmayanlardan (gerekli araştırmalar yapılır, nakil merkezleri dosya hazırlayarak etik kurula müracaat eder, temel şart maddi alışverişin olmamasıdır)
- 3) Alıcının kan grubu ile vericinin kan grubu uymaması durumunda çapraz nakil yapılmaktadır (Tuncer, 2020).

Son dönem böbrek yetmezliği hastalarının en iyi RRT seçeneği pre-emptif böbrek naklidir. Yani hastanın hiç diyalize girmeden böbrek nakli olmasıdır (Yılmaz ve Karakoç, 2015).

Böbrek Naklinde Kan Grubu Uyumu

Kan grubu, damarlarda dolaşan kırmızı kan hücrelerinin sunduğu karakteristik bir göstergedir (Tuncer, 2020). Böbrek doku hücre yüzeyinde Rh faktörü bulunmadığından verici ile alıcı arasında Rh uyumsuzluğu dikkate alınmaz. Böbrek nakillerde Rh değerlendirme kriteri değildir (Yılmaz ve Karakoç, 2015).

Tablo 2.14: Böbrek Naklin Kan Grubu

ALICI	VERİCİ
0	0
A	0 ve A
B	0 ve B
AB	0, A, B ve AB

Kaynak: (Dinçkan, 2022)

0 kan grubu genel vericidir. Tüm kan gruplarına böbrek donörü olabilmektedir. AB kan grubu alıcı genel alıcıdır. Tüm kan grupların böbrek alabilmektedir.

Böbrek Nakline Engel Teşkil Eden Durumlar

- Çözümlememiş kanser hastalığı
- Aktif AIDS veya hepatit
- Aktif tüberküloz
- Ciddi vasküler hastalık
- Aktif intravenöz ilaç bağımlılığı

- 5 yıldan az yaşam beklentisi
- Yeni geçirilmiş miyokard (kalp kası) enfarktüsü
- Diğer son dönem organ yetmezlikleri
- Hastanın nakil sonrası ilaçlarını almadaki finansal problemlerdir (Tuncer, 2020).

Böbrek Naklinde Doku Uyumu

Doku tiplene testi, insanın genetik yapısını gösterir kan testidir. Alıcı ve vericinin doku tiplerinin uyup uymadığına bakılması gerekmektedir. Doku tipi, insanların ann ve babasından geçen ve hücre yüzeylerde bulunan karakteristik antijen setlerdir. İnsanları ömür boyunca kan grubunun değişmeyeceği gibi dokuları da değişmez. Üç temel doku antijeni vardır. Bunlar; A, B ve DR'dir. Her bireyin biri anneden biri de babadan olmak üzere 2A, 2B ve 2DR olmak üzere toplam 6 karakterik dokusu mevcuttur. Kadavradan böbrek naklinde doku uyumu çok önemlidir. Bu 6 antijen arasında uyum ne kadar fazlaysa böbreğin çalışma şansı da yüksek olmaktadır. Bu antijenler arasında DR uyumu ve A, B uyumundan daha fazla önem arz etmektedir (Tuncer, 2020).

Böbrek Naklinde Lenfosit Cross Match (LCM- Kros Testi)

Böbrek naklinden önce, hiper akut rejeksiyonu (HAR) engellemek için yapılması gereken testlerden birisi de cross-match testidir. HLA (Human Leucocyte Antigen) - spesifik allo antikorlu olduğu bilinen hastalarda gebelik, kan takımı veya önceki organ nakilleri gibi allo-immünizasyona uğramış kişilerde hiperakut rejeksiyon açısından yüksek riskli gruplardır (Yakupoğlu ve Aydın, 2020). Bu test canlı ve kadavradan nakilleri hazırlıklarında kan ve doku uyumundan sonra yapılması gereken öncelikli testtir. Kan takımı ve geçmişte nakil olan hastalarda testin pozitif çıkma ihtimali çok

yüksek olduğundan diyaliz hastalarının mümkünse hiç kan verilmemesi önerilmektedir (Tuncer, 2020).

Böbrek Naklinde Panel Reaktif Antikor Testi (PRA Testi)

Daha önce hastaya kan takılmasına, hastanın gebelik geçirmesine ya da hastanın daha önce nakil olması gibi sebeplere bağlı olarak vericinin antijenlerine karşı alıcıda oluşan antikorları gösteren bir testtir. Alıcının donör antijenlerine olan bu duyarlılığı, nakil öncesi belirlenir ve duyarlanma oranı tespit edilir. Duyarlılık oranının yüksek olması, organ nakli alıcı adaylarının kadavra listesinde daha uzun süre beklemesi anlamına gelmektedir. (Özbay, 2020).

PRA testleri iki aşamadan oluşmaktadır. İlk PRA taramadır. PRA taramada; HLA antijenlerine karşı antikor varlığında HAR, donör spesifik olmayan antikor varlığında ise kronik rejeksiyon gelişme riski oldukça yüksektir. PRA testi, bu riskleri önceden tespit etmek için en son kullanılan testtir. PRA tarama testi de kendi içerisinde PRA Class I Tarama ve PRA Class II Tarama olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. PRA Class I Tarama' da HLA-A,HLA-B, HLA-C dokularına karşı antikorlar analiz edilirken PRA Class II Tarama' da HLA-DR, HLA-DQ dokularına karşı antikorlar analiz edilmektedir. PRA tanımlama testi, PRA tarama testinin ileri düzeydeki bir testidir. PRA tarama testi pozitif çıktığı durumlarda veya rejeksiyon kuşkusuyla takip edilen hastalarda PRA tanımlama testi yapılmaktadır. PRA tanımlama testi de PRA tarama testi gibi ikiye ayrılmaktadır. PRA Class I Tanımlama' da HLA-A, HLA-B, HLA-C dokularına karşı antikorlar analiz edilir. PRA Class II Tanımlama' da ise HLA-DR, HLA-DQ dokularına karşı antikorlar analiz edilmektedir (Ünalın, 2021).

PANEL REAKTİF ANTİKOR (PRA TARAMA)

(Luminex Yöntemi ile,)

Sınıf I Anti-HLA: NEGATİF

Sınıf II Anti-HLA: POZİTİF

Luminex Sonuçlarında MFI değeri 2000'nin üzeri YÜKSEK RİSK.

Şekil 2.8: Panel Reaktif Antikor Tarama Testi

PANEL REAKTİF ANTİKOR (PRA TANIMLAMA)
(Luminex Yöntemi ile.)

Sınıf I Anti-HLA: NEGATİF

Sınıf II Anti-HLA: POZİTİF

DRB1*08(MFI:2859) DQB1*02(MFI:2687) DQB1*06(MFI:1409)

Luminex Sonuçlarında MFI değeri 2000'nin üzeri YÜKSEK RİSK.

Şekil 2.9: Panel Reaktif Antikor Tanımlama Testi

Böbrek Naklinde Single Beads Antijen Testi

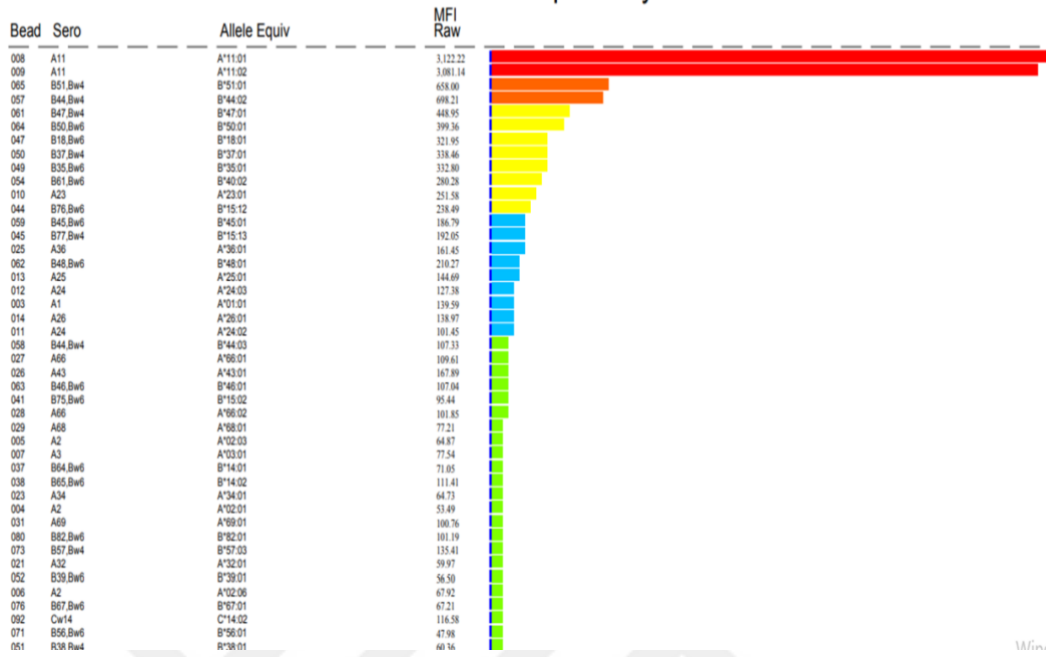
Single Beads Antijen testinde HLA antikorlarının özgülüğünü tanımlamak kullanılan için ideal bir araçtır. Donörün HLA-tiplemesinin alıcının HLA antikor özgüllükleri, varlığı veya yokluğu ile karşılaştırılması için yapılan bir testdir. Alıcı hastanın hangi HLA dokularına karşı antikorlarının olduğu analiz edilmektedir. Single Beads Antijen testinde Class I ve Class II olarak ikiye ayrılmaktadır. Class I testinde HLA-A, HLA-B, HLA-C dokularına karşı antikorlar tespit edilirken Class II testinde HLA-DR, HLA-DQ dokularına karşı antikorlar tespit edilmektedir (Amico, et al., 2009).

Şekil 2.10'da Single Beads Antijen Class I testinde hastanın HLA-A*11:01 dokusuna karşı 3122,22 MFI düzeyinde antikorunun oluştuğu görülmektedir. Şekil 2.11' deki Single Beads Antijen Class II testinde hastanın HLDQ-B1*03:01 dokusuna karşı 13582,76 MFI düzeyinde antikorunun oluştuğu görülmektedir.

Cut Off Summary

	X8	X6	X4	X2
Class I	2990.31 (2990.31)	587.58 (587.58)	157.98 (157.98)	62.5 (62.5)

Bead Specificity Chart

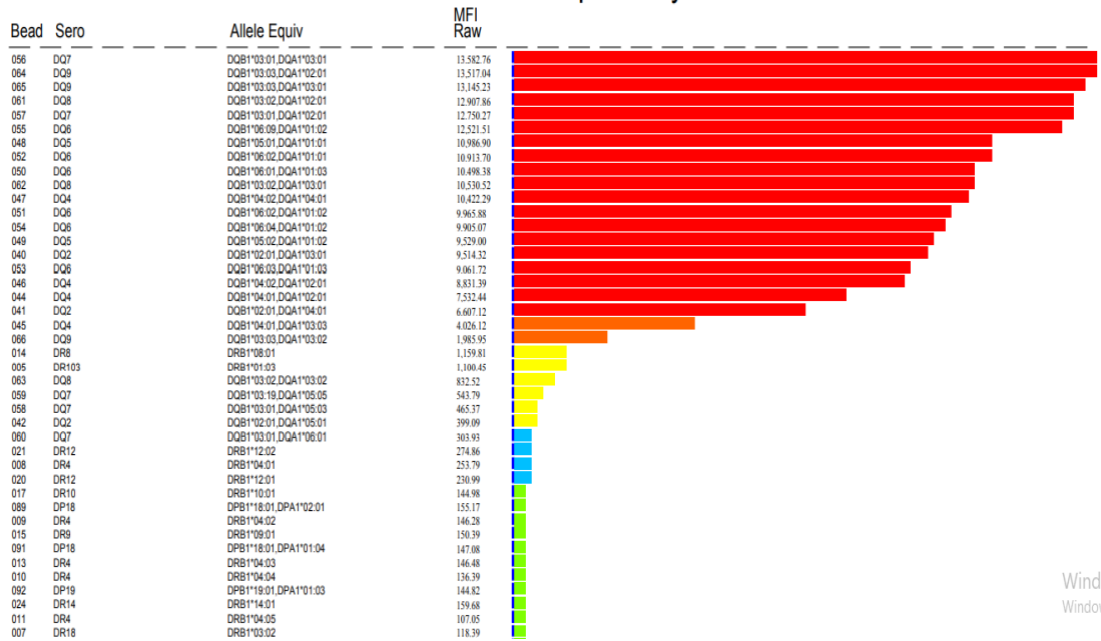


Şekil 2.10: Single Beads Antijen Class I Testi

Cut Off Summary

	X8	X6	X4	X2
Class II	6513.86 (6513.86)	1918.84 (1918.84)	301.48 (301.48)	150.96 (150.96)

Bead Specificity Chart



Şekil 2.11: Single Beads Antijen Class II Testi

2.3.1.1. Kadavradan Böbrek Nakli

Yoğun bakım ünitesinde beyin ölümü tespit edilmiş olan kişilerin aileleri tarafından onayları organları bağışlananlar kadavra donör olarak kabul edilmektedir. Kadavra donörlerin organları alınarak alıcılara nakledilmektedir (Tuz, 2017). 1968 yılında Harvard Tıp Okulu'ndaki komite, beyin ölümünün tanımı yeniden inceleyerek geri dönüşümsüz koma/ beyin ölümünü şu şekilde tanımladı; “bir nedene bağlı tepkisizlik ve algılama eksikliği, hareket ve nefesin olmaması beyin sapı reflekslerinin olmaması”. Beyin ölümü, beyin sapı da dâhil olmak üzere beynin tüm işlevlerinin geri döndürülemezidir. Beyin ölümünde 3 temel olgu; koma, beyin sapı reflekslerinin olmaması ve apnedir (Tuncer, 2020). Kadavradan organ nakli belli kurallara bağlıdır ve sınırları kanunla belirlenir. Türkiye'de organ nakli; 29.05.1979 tarihli “Organ ve Doku Alımı, Saklanması ve Nakli Hakkında” 1982 yılında 2238 sayılı kanunla yeniden düzenlenmiştir. Düzenlenen maddeler 07.03.2005 tarihinde değiştirilen "Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği" ne göre yapılmaktadır. , 24.10.2007 ve 11.03.2009 tarihleri arasında 1 Haziran 2000 tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda İçişleri Bakanlığı tarafından ilgili birimlere gönderilen genelgeler ile organ bağıışı, transplantasyon ve beyin ölümü hakkında bilgi verilmektedir. Türkiye'de Diyanet İşleri Yüksek Kurulunun 1980 yılında 396 sayılı kararında organ naklinin caiz olduğu belirtmiştir. (Soylu, 2015). Kadavradan böbrek nakli olmak için hastaların Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemine (TODS) kayıt olması gerekmektedir. Diyaliz hastaları bu amaçla böbrek nakli yapılan bir merkeze başvuru yaparak TODS' e kayıt yaptırması gerekmektedir. Bu merkezde gereken tetkikler yapılarak herhangi bir engel saptanmaz ise TODS' e kaydedilmektedir (Yılmaz ve Karakoç, 2015).

Marjinal Kadavra Vericileri

İdeal şartları taşımayan (marjinal) böbrek vericiler şu şekilde sıralanmaktadır (Tuncer, 2020);

- 60 yaşından büyük tüm donörler,
- 50 yaşından büyük donörler, aşağıdaki kriterlerden herhangi birine sahipse:
 - Hipertansiyon,
 - Beyin- vasküler beyin ölümünün nedeni,
 - Serum kreatinin (SCr) seviyesi > 1.5 mg/dl,
 - Glomerüloskleroz derecesi > %15,

- Uzun süreli soğuk iskemi.
-

Tablo 2.15: Genişletilmiş Donör Kriterleri

ÖZELLİK	STANDART DONÖR	MARJİNAL DONÖR
ÖLÜM NEDENİ	Travma	Travma
ÖLÜM TİPİ	Beyin Ölümü	Beyin Ölümü
TIBBİ ÖYKÜ	60 yaş+ HPT* yok, DM yok, Seronegatif (HBV*/HCV*/HIV*), Metastatik tümör yok	60 yaş+ HPT var, DM var, Seropozitif(HBV/HVC/HIV), Metastatik tümör var
BAKTERİYEL ENFEKSİYON	Yok	Var
HBV, HCV, HIV	Yok	Var
ORGANDA PARANKİMAL VEYA VASKÜLER HASAR	Yok	Hastalık veya tramvaya bağlı olarak var
HİSTOLOJİ PROFİL	Normal	Böbrek: glomeruloskleroz, fibriozis, int nefrit, KC: makroveziküler steatoz
FONKSİYONEL PROFİL	Normal	Serum Cr>1.5 mg/dl, KCFT +
DİĞER	-	Split karaciğer uygulaması

*HBV: Hepatit B Virüsü, * HCV: Hepatit C Virüsü, HIV: Human Immunodeficiency Virus, *HPT: Haptaglobülin

Kaynak: (Tuncer, 2020)

2.3.1.2. Canlıdan Böbrek Nakli

Canlı vericiden böbrek nakli, sağlıklı bir bireyden sağlığını riske sokmayacak şekilde böbreğinin böbrek işlevini yerine getiremeyen başka bir bireye nakledilmesi işlemidir. Böbrek donörü olacak birey için yapıla tetkiklerinde herhangi bir sorun teşkil edecek problem saptanması halinde şartlar ne olursa olsun verici olarak kabul edilemez (Yılmaz ve Karakoç, 2015). Canlıdan organ çıkarılması işlemi sırasında temel hedef

vericinin korunmasıdır. Potansiyel cerrahi komplikasyonlardan vericinin korunması gerekmektedir (Kubat, 2014).

Böbrek Donörü Olabilecek Kişiler;

- 18 yaşını bitirmiş, akli dengesi yerinde olan ve böbreğini vermek isteyen kişiler,
- Anne, baba, kardeş, teyze-hala, amca-dayı ya da onların çocukları,
- Eşler
- Eşlerin anne, baba, kardeş, teyze-hala, amca-dayı ya da onların çocukları,
- Mevzuata (Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği: Madde 16: Canlıdan organ bağıışı ve nakli) göre; “Canlıdan organ nakli; alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eşi ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dâhil) kan ve kayın hısımlarından yapılabilir” (Mevzuat Bilgi Sistemleri, 2012). Sayılanlar dışında kalan kişiler Sağlık Bakanlığı’na düzenlenen etik kuruldan onay almış kişiler,
- Çapraz nakil adayları olabilir (Tuncer, 2020).

Böbrek Donörü Olabilecek Kişiler;

- Aktif kanser olanlar,
- HIV virüsü taşıyanlar,
- 50 yaşından küçük tansiyon hastaları,
- 65 yaşından küçük şeker hastaları,
- Böbrek hastaları,
- Hamileler,
- Başka bir organ yetmezliği olanlar aday olamaz (Tuncer, 2020).

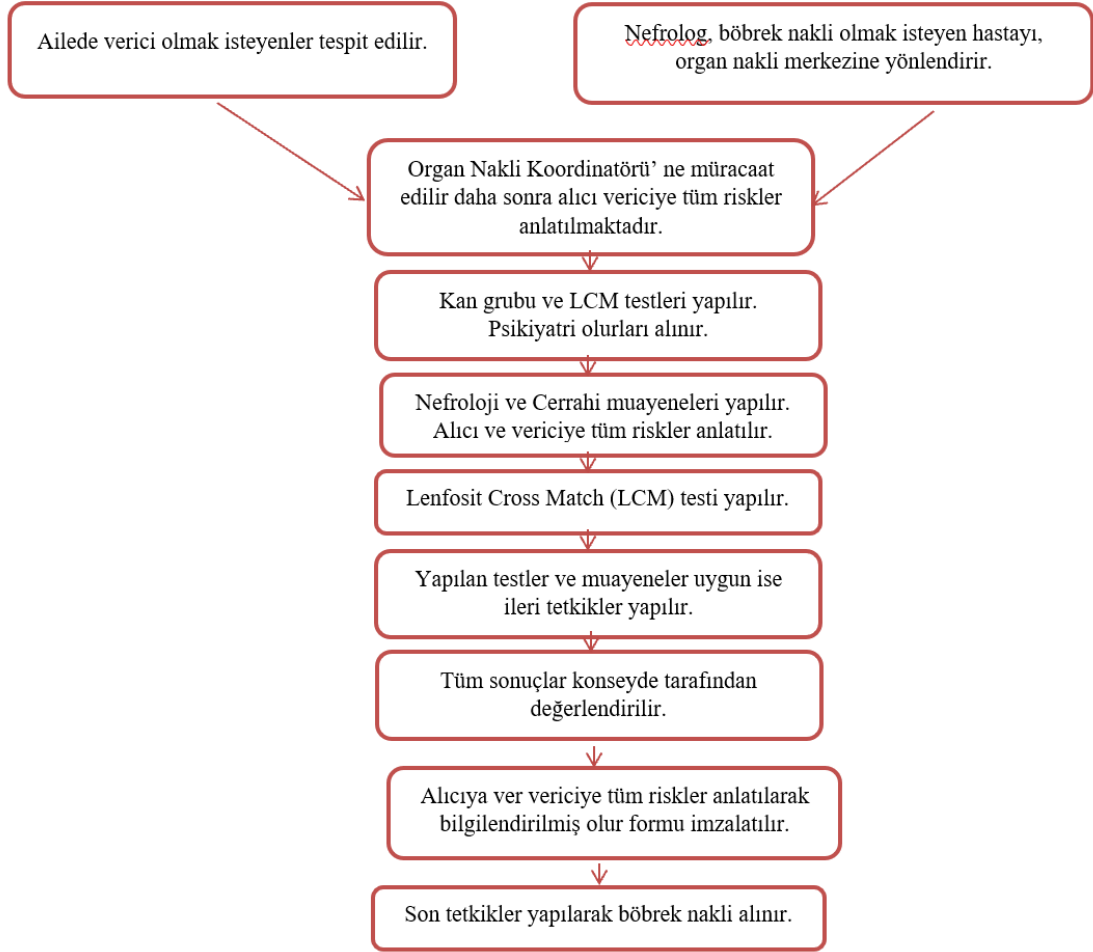
a) Böbrek Vericilerine Yapılan Tetkikler

- Lenfosit Cross Match (LCM): Bu test alıcı ve vericilerin kanlarının karıştırılması testidir. Kan grubu ve doku uyumu olmasına rağmen böbrek takıldığı zaman vücudun böbreği kabul edip etmeyeceği konusunda ön bilgi verir.
- Kan basıncı (tansiyon) değerlendirilmesi

- İdrar, dışkı, boğaz tahlilleri
- Kan testleri: glukoz, böbrek fonksiyon testleri, kolesterol, karaciğer fonksiyon testleri, bulaşıcı hastalıklar yönünden kan tahlili, kan grubu ve kan sayımına bakılır.
- Alıcı ve vericiye bulaşıcı hastalıklar ile ilgili kan (Hepatit B,C, CMV (cytomegalovirus), HIV vb.) idrar, boğaz, dışkı tetkikleri yapılır.
- Böbreğinin süzme gücü- GFR değeri
- Kreatinin klirensi
- Radyoloji inceleme: Renal (böbrek) sintigrafisi, renal anjiyografi, batın ve kasık ultrasonu, waters (baş), tele (kalp+akciğer), direk üriner sistem röntgenleri çekilmektedir.
- Kardiyoloji konsültasyonu: EKG ve EFOR testleri
- Anestezi konsültasyonu
- Kadın ise kadın hastalıkları konsültasyonu
- Psikiyatri konsültasyonu yapılmaktadır (Tuncer, 2020).

b) Böbrek Nakli Kararının Alınması

Canlıdan böbrek nakli, verici adayı ile alıcı ile bir takım tetkikler sonucu sağlanan uyum ile ameliyat kararının alınmasıdır. Aşağıda organ nakli kararının nasıl alındığı şekildedir (Tuncer, 2020).



Şekil 2.12: Organ Nakli Kararının Alınması

Kaynak: (Tuncer, 2020)

Tablo 2.16: 2019 Yılında Yapılan Böbrek Nakillerinin (Btx) Donör Kaynağına Göre Dağılımı

	n	%
Canlı vericiden BTx	3.053	79.13
Kadavra vericiden BTx	805	20.87
Toplam	3.858	100.00

Kaynak: (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020)

Türk Nefroloji Derneği, 2019 yılındaki Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon raporunda en fazla renal transplantasyon %79.13 oranında canlı vericiden yapılmıştır. (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

Tablo 2.17: 2019 Yılında Böbrek Nakli Olan Hastaların Yaşa ve Donör Kaynağına Göre Dağılımı

Yaş	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0-19	272	7.08	57	1.48	329	8.56
20-44	1.481	38.55	284	7.39	1.765	45.94
45-64	1.142	29.72	418	10.88	1.560	40.60
65-74	151	3.93	31	0.81	182	4.74
≥75	4	0.11	2	0.05	6	0.16
Toplam	3.050	79.39	792	20.61	3.842	100.00

Kaynak: (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020)

Türk Nefroloji Derneği, 2019 yılındaki Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon raporunda yaş dağılımına bakıldığında en fazla 20-44 yaş aralığı hastalara canlıdan renal transplantasyon (% 38.55) yapılmıştır. (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

Tablo 2.18: 2019 Yılında Böbrek Nakli Olan Hastaların Tx Öncesi RRT' ye Göre Dağılımı

	Canlı		Kadavra		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hemodiyaliz	1.227	31.80	709	18.38	1.936	50.18
Periton diyalizi	73	1.89	67	1.74	140	3.63
Pre-emptif Tx	1.753	45.44	29	0.75	1.782	46.19
Toplam	3.053	79.13	805	20.87	3.858	100.00

Kaynak: (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020)

Türk Nefroloji Derneği, 2019 yılındaki Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon raporunda RRT en fazla tercihe dilen yöntem %45.44 oranında pre-emptif böbrek naklidir. (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

Tablo 2.19: 2019 Yılında Böbrek Nakli Olan Hastaların SDBY Etiyolojisine Göre Dağılımı (27 Merkezden Elde Edilen Verilere Göre)

	n	%
Diabetes mellitus	179	20.94
Tip 1 DM	21	2.46
Tip 2 DM	158	18.48
Glomerülonefrit	174	20.35
Hipertansiyon	158	18.48
Polikistik böbrek hastaları	51	5.96
Obstrüktif nefrit	46	5.38
Tübülointerstisyel nefrit	25	2.92
Amiloidoz	24	2.81
Renal vasküler hastalık	4	0.47
Diğer	53	6.20
Etyolojisi bilinmeyen	141	16.49
Toplam	855	100.00

**HT primer değil, kronik yetmezliğine bağlı oluşan sekonder HT olduğuna dair kuvvetli şüpheler vardır.*

Kaynak: (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020)

Türk Nefroloji Derneği, 2019 yılındaki Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon raporuna göre böbrek transplantasyonu yapılan hastaların etiyojisine bakıldığında en sık rastlanan neden DM’ dir (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

c) Çapraz Böbrek Nakli

Çapraz nakil, çift böbrek kan grubu uyumsuzluğu veya pozitif çapraz eşleşme ile böbreklerini doğrudan alıcılarına bağışlamaları engellenen iki veya daha fazla çift arasında yapılan bir değişim olarak tanımlanmaktadır. Bu tarz durumlarla karşılaşan hastalar organ nakli merkezine başvurarak çapraz nakil için müracaat etmektedir. Kendisiyle aynı problemi yaşayan, yani vericisi olduğu halde kan uyumsuzluğu nedeniyle nakil olamayan veya kendisi gibi immünolojik problemi olan hastanın vericisi ile eşleştirilerek, birinin vericisinden, diğerinin alıcısına nakil gerçekleştirilmektedir. Böylelikle her iki hasta da sağlığına kavuşmuş olmaktadır (Kälble, et al.). Mevzuata (Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği: Madde 4: Tanımlar ve kısaltmalar) göre çapraz nakil; “Çapraz nakil: Canlı uygunsuz vericisi olan ve bekleme listesinde bulunan hastalar arasında verici değiştirmek suretiyle yapılan nakil türü” şeklinde tanımlamıştır (Mevzuat Bilgi Sistemleri, 2012). Prof. Dr. Murat TUNCER önderliğinde Medicana Sağlık Grubu Organ Nakli Ekibi tarafından, Türkiye'nin ve Avrupa'nın ilk "Çapraz Domino 7'li böbrek nakli" gerçekleştirilmiştir (Anadolu Ajansı, 2018).



Şekil 2.13: 7’li Çapraz Domino Nakil

Kaynak: (Anadolu Ajansı, 2018)

Türk Nefroloji Derneği, 2019 yılındaki Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon raporunda canlı vericiden yapılan renal TX’lerde böbrek vericileri en fazla 1.dereedeki akrabalarından oluşmaktadır (%35.54). Yine aynı rapora göre vericisi çapraz nakilden oluşan hasta sayısı 174 olup %5.70 oranındadır (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020).

Tablo 2.20: 2019 Yılında Canlı Vericilerden Yapılan Böbrek Nakillerinin Donörlere Göre Dağılımı

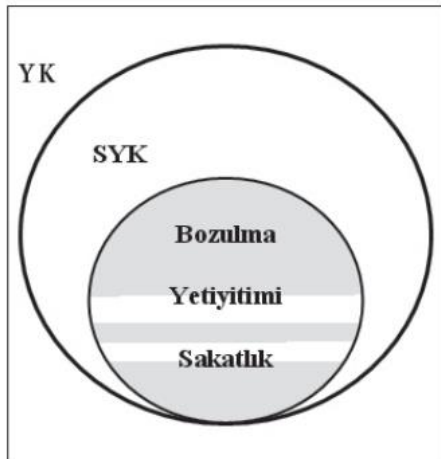
	n	%
1.dereceden akraba	1.085	35.54
2.dereceden akraba	620	20.31
3.dereceden akraba	104	3.41
4.dereceden akraba	96	3.14
4.dereceden akraba dışı	24	0.78
Eş	667	21.85
Akraba dışı	283	9.27
Çapraz nakil	174	5.70
Toplam	3.053	100.00

Kaynak: (Süleymanlar, Ateş ve Seyahi, 2020)

2.4. Yaşam Kalitesi

Türk Dil Kurumu'na göre yaşam; “Doğumla ölüm arasında yaşanan süre, ömür, hayat” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2022). Kalite sözcüğü Latince “qualitas” kökenli bir terim olup, Fransızcaya “qualité” olarak yerleşmiş ve Fransızcadan Türkçeye “kalite” olarak geçmiştir (Yazgan ve Karkacier, 2012). Kalite; “bir mal veya hizmetin müşteri gereksinim ve beklentilerini karşılayabilme yeteneğidir” şeklinde tanımlanmaktadır (Zengin ve Erdal, 2020).

Yaşam kalitesi son yıllarda hem sosyal hem de tıp bilimlerinde çok fazla kullanılmaktadır. “Yaşam Kalitesi” ni (YK) tanımlamak oldukça zordur. Çünkü yaşam kalitesi birçok alanı kapsayan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Müezzinoğlu, 2005). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre yaşam kalitesi; “bireylerin yaşamlarındaki durumlarını içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında ve amaçları, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkilendirerek algılamaları” olarak tanımlamıştır (Topçu, Saraçlı, Dursun ve Gazeloğlu, 2012). Andrew ve Withey yaşam kalitesini “bireylerin doyumunu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi” olarak tanımlamışlardır (Akyol, 1993). Yaşam kalitesi kavramı ilk olarak Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" adlı makalesinde kullanılmıştır (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).



Şekil 2.14: SYK (Sağlıkta Yaşam Kalitesi) Tamamen YK' nin Bir Alt Bileşenidir

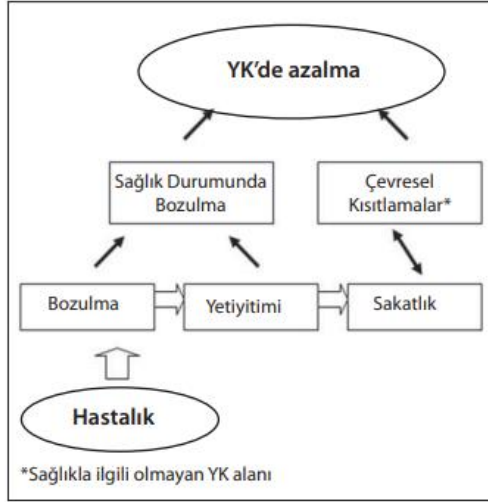
Kaynak: (Müezzinoğlu, 2005)

Yaşam kalitesinin evrensel bir hedef olmasının nedeni Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanabilmektedir. Bu teoriye göre insan gereksinimleri önceliklerine göre beş başlıkta sınıflandırılmıştır. Bunlar;

- 1) Fiziksel ihtiyaçlar (yemek yemek, su, barınma...)
- 2) Güvenlik ihtiyacı (emniyet, korunma, sağlık...)
- 3) Ait olma ve sevgi ihtiyacı (bir topluluğa ait olma hissi, sevgi...)
- 4) Değer ihtiyaçları (toplumda sayılma, sosyal statü...)
- 5) Kendini gerçekleştirme (kendini geliştirme, kişisel yaşamı zenginleştirme, kişisel hedefleri gerçekleştirme...).

Maslow'un teorisi, insan yaşamının her döneminde karşılanması gereken temel ihtiyaçları sıralamaktadır. Bu ihtiyaçların niceliği ile birlikte yaşam kalitesinin de önemli olduğunu vurgular. (Aydın Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

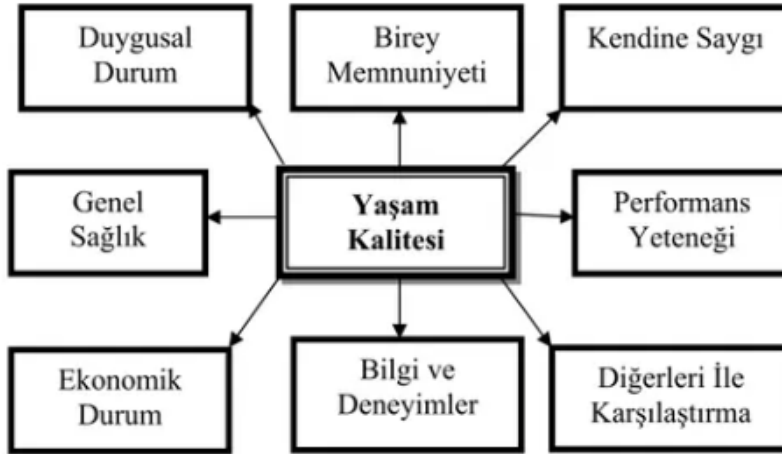
DSÖ modeline göre bozulma; zihinsel, fizyolojik veya anatomik yapı veya işlevlerdeki herhangi bir kayıp veya anormalliktir. Yetiyitimi; kişi için normal sayılabilecek bir aktiviteyi gerçekleştirilememeye veya kısıtlanma durumudur. Sakatlık; birey için normal kabul edilen rollerin (yaş, cinsiyet, sosyal veya kültürel faktörlere bağlı olarak) yerine getirilmesinde kısıtlamalara yol açan bir yetersizlik veya sakatlığın neden olduğu bir durumdur. Bu üç unsurun varlığı nihayetinde kişide sakatlığa yol açar, ancak onları başkalarına bağımlı hale getirerek yaşam kalitesinin bozulmasına neden olur. Sosyal iyi oluş bazı kavramları içeren bir bütündür. Bunlar arasında karşılıklı aile desteği, sosyal aktiviteler ve arkadaşlık, finansal yeterlilik, bireysel yaşam (mahremiyetin korunması, yeteneklerin sürdürülmesi), bireysel başarılar, cinsel doyum ve yaşam felsefesi yer almaktadır. (Müezzinoğlu, 2005).



Şekil 2.15: Hastalık ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Etkileşimi Gösteren World Health Organization (WHO) Modeli

Kaynak: (Müezzinoğlu, 2005)

Yaşam kalitesi boyutları ve nitelikleri Şekil 2.16'da yer aldığı gibi duygusal durum, birey memnuniyeti, kendine saygı, performans yeteneği, diğerleri ile karşılaştırma, bilgi ve deneyimler, ekonomik durum, genel sağlık şeklinde sıralanmaktadır.



Şekil 2.16: Yaşam Kalitesi Boyutları ve Nitelikleri

Kaynak: (Behlül ve Dikmen, 2015)

2.4.1. Yaşam Kalitesinin Türleri

- 1) **Ekonomik Göstergelerin Oluşturduğu Yaşam Kalitesi:** Refah, yaşam düzeyi gibi kavramlar yardımıyla ekonomik olarak daha iyi durumda olma durumudur. Aylık gelir ne kadar iyi olursa, kişi başı gelir ne kadar iyi olursa, ailenin varlığı, istihdamı ne kadar iyi olursa, yaşam kalitesi de buna bağlı olarak artacaktır.
- 2) **Sosyal Göstergelere Bağlı Yaşam Kalitesi:** İstihdam durumu, coğrafi mesleklerdeki dağılım, sağlık koşulları, eğitim durumu, kültür gibi kavramlar sosyolojik olarak yaşam kalitesini artıran unsurlardır.
- 3) **Psikolojik Göstergelerle Yaşam Kalitesi:** Mutluluk ve mutlu olma düşüncesi yaşam kalitesi için bu kaliteyi artırır. Bireyin işinden, aile hayatındaki faaliyetinden, çevresinden ve özel hayatından aldığı doyum etkilidir.
- 4) **Ekolojik Açıdan Yaşam Kalitesi:** İnsanlar ve çevre arasındaki etkileşimden ortaya çıkan bu kavramlar yaşam kalitesini artırmaktadır. İnsanı etkileyen çevre koşulları ve çevre ile insan arasındaki ilişki yaşam kalitesini belirleyen ve etkileyen faktörlerdir.
- 5) **Sağlık Açısından Yaşam Kalitesi:** İyi olma halinin sürdürülmesi, sağlık açısından yaşam kalitesinin belirlenmesine yardımcı olur. İşlevsellik yerine getirildiğinde ve iyilik hali olduğunda yaşam kalitesinin sağlandığı ve ilerlediği görülmektedir. 1970'lerde sanayileşme ile birlikte tıbbi konularda ilerleme kaydedilmiştir. Bununla birlikte bilimsel ilerleme sağlandıkça sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri de artmıştır. (Çelebi ve Sunal, 2015).

2.4.2. Yaşam Kalitesinin Arttıran Faktörler

Kişinin yaşamı bir bütün olarak ele alındığında sosyal ve çalışma hayatında yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler şu şekilde sıralanmıştır;

- Ekonomik ve sosyal olarak güvenli olmak,
- Güven içinde yaşamak,
- Konfor ve gerekli konfora sahip olmak,

- Anlamalı ve aktif bir yaşama sahip olmak,
- Yakın çevre ile olumlu ilişkiler,
- Zevk aldığı ve hoşlandığı aktiviteleri yapmak,
- İtibar,
- Özerkliğe sahip,
- Gizliliğe değer veren,
- Kendini ifade edebilme,
- İşlevsel olarak yeterli olmak,
- Benzersiz bir birey olarak algılanmak,
- Barışçıl, inanç ve değerlerine saygılı olmak. Şeklinde sıralanmaktadır (Behlül ve Dikmen, 2015).

2.4.3. Yaşam Kalitesinin Azaltan Faktörler

Çalışanların yaşam kalitesini fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bazı olumsuz etkileyebilecek faktörler bulunmaktadır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

- Temel gereksinimlerin karşılanmaması,
- Beden imajında değişiklik,
- Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği,
- Kronik yorgunluk ve bitkinlik,
- Cinsel işlevlerde bozulma,
- Gelecekle kaygısı,
- Destek sistemlerinin yetersizliği,
- Akut sağlık sorunları,
- Kronik sağlık sorunları sebebi ile yaşamın olumsuz etkilenmesidir (Behlül ve Dikmen, 2015).

2.4.4. Böbrek Yetmezliği Hastalarında Yaşam Kalitesi

KBY' li hastalarda renal replasman tedavisi hastaların semptomlarını ve yaşam kalitesini etkileyen bir süreçtir. Atasoy ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada HD tedavisi almayan hastaların yaşam kalitesi HD tedavisi alan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi HD tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği hastalarda hemodiyalizin kendisi (iltihap), kateter müdahaleleri, kateter enfeksiyonu, artıök idrarlarının yetersizliği vb. sebeplerden kaynaklı olarak hastaların yaşam kalitesinin azaldığı gözlemlenmiştir (Atasoy, Çolak, Akdeniz, Tanrısev ve Özyurt, 2013). Koçer'in yapmış olduğu çalışmada HD ve PD tedavisi giren hastalar arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. HD ve PD tedavisi giren hastalarda FK (Fiziksel Komponent) skorlarında yaş artıkça yaşam kalitesinin düştüğü, MK (Mental Komponent)'da ise yaşın yaşam kalitesini etkilemediği tespit edilmiştir. İnci ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada KBY'li hastaların erken evrelerden itibaren yaşam kalitesinin azaldığını tespit edilmiştir (İnci, Çoban, Sarıkaya ve Maden, 2017). Mayer ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada akut böbrek hastalarının fiziksel güçsüzlük ve genel olarak daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (Mayer, et al., 2022). Vısiedo ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada HD hastalarında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin azalmasının en tutarlı bağımsız belirleyicisinin malnütrisyon varlığının olduğunu gözlemlenmiş. HD hastalarının yetersiz beslenmesi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir (Vısiedo, et al., 2022).

2.4.5. Renal Transplantasyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesi

Literatürde nakil hastalarında yaşam kalitesinin arttığı belirtilmektedir. Üstündağ ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada nakil süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında nakil süresi arttıkça yaşam kalitesi parametrelerinin de istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı gözlemlenmiştir (Üstündağ, Gül, Zengin ve Aydın, 2007). Sağduyu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada böbrek nakli yapılan hastaların hemodiyaliz grubuna göre hem fiziksel hem de mental olarak daha iyi bir yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir (Sağduyu, Şentürk, Sezer, Emiroğlu ve Özel, 2006). Barutçu Ataş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hemodiyalize giren hastalara göre transplantasyon hastalarının yaşam kalitesinin daha

iyi olduğu saptanmıştır (Barutçu Ataş, Arıkan, Alışır Ecder ve ifti, 2017). Russell ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadavra veya canlıdan böbrek nakli yapılan hastaların yaşam kalitesinin diyaliz tedavisi alan hastalara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Russell, Beecroft, Ludwin ve Churchill, 1992). Neıpp ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada böbrek naklinden 15 yıl sonra erişkin nakil alıcıların yaşam kalitesi araştırılmış ve yaşam kalitelerinde tatmin edici bir artış olduğu tespit edilmiştir (Neıpp, et al., 2006).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın yöntemi hakkında bilgi verilecektir. Araştırmanın örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama yöntemi, araştırmanın soruları, araştırma hipotezlerin hangi yöntemlerle analiz edildiği ve kullanılan ölçüm araçları bu bölümde açıklanmaya çalışılacaktır.

3.1. Araştırmanın Soruları

Tezimizin böbrek nakli sonrası hastaların yaşam kalitesi algısının nasıl bir boyutta olduğu üzerine yoğunlaşmıştır. Bunun ile birlikte renal transplantasyon sonrası hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Buradan hareketle tezimiz şu soruya cevap aramaktadır:

1) Renal transplantasyon yapılan hastaların demografik değişkenler ile yaşam kalitesi algısı arasında bir ilişki var mıdır?

Araştırmamızın sorusuna cevap bulabilmek amacıyla, böbrek transplantasyonu yapılan hastalardan seçilen bir örnekleme araştırmacı tarafından hazırlanan demografik özelliklerin ve bazı tanımlayıcı değişkenlerin yer aldığı sorular ile “Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi (KDQOL) Ölçüm Aracı” ölçeğinde yer alan sorular sorulmuştur. Bu anketler ile hastaların yaşam kalitesi algıları tespit edilmeye çalışılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma sorularına uygun tez hipotezlerimizde şunlardır:

H1: Yaş ve cinsiyet ile yaşam kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H2: Çalışma durumu ve gelir ile yaşam kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H3: Eğitim durumu ile yaşam kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H4: Sigara veya alkol kullanımı ile yaşam kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H5: Nakil süresi ile yaşam kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır

H6: Nakil öncesi diyalize girenlerin yaşam kalitesi algısı diyalize girmiyor olanlardan daha yüksektir.

H7: Eşlik eden kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında yaşam kalitesi algısında farklılık vardır.

3.3. Araştırmanın Örnekleme

Araştırma özel bir hastanede nefroloji polikliniğinde takip edilen renal transplantasyonlu hastalar oluşturmaktadır. Araştırma Ocak 2022- Mayıs 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Ocak 2022- Mayıs 2022 tarihleri arasında nefroloji polikliniğine 460 hasta başvurmuştur. %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü 210 olarak hesaplanmıştır. Araştırmamız 210 örneklemden oluşmaktadır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Nicel araştırma yöntemlerinden özel bir hastanede nefroloji polikliniğine başvuran renal transplantasyonlu 210 birey üzerinde araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırma Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi (KDQOL) Ölçüm Aracı, 36 soru ve 5 boyuttan oluşmaktadır. Boyutlar; “Semptom/Problem Listesi”, “Böbrek Hastalığının Etkisi”, “Böbrek Hastalığının Yükü”, “SF12 (Short (Kısa) Form 12) Fiziksel Komponent”, “SF12 Mental Komponent” oluşmaktadır. Tanımlayıcı bilgi formu 18 sorudan oluşmakta olup toplam 54 sorudan meydana gelen anket, web tabanlı olarak hazırlanmış ve veriler web tabanlı olarak toplanmıştır.

3.4.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu

Hastaların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, aile tipi, sosyal güvencesi, Renal Tx sonrası nakil süresi, nakil için hangi şehirden geldiği, çalışma durumu, gelir düzeyi, nakil öncesi diyalize girip girmediği, KBY tanısının ne zaman konulduğu, vericisi ile akrabalık durumu, sigara ve alkol kullanımı, böbrek hastalığı dışında eşlik eden kronik hastalığın varlığı durumu, kullanmış oldukları ilaçlar, renal transplantasyonu hangi nakil merkezinde yapıldığı) verilerden oluşmaktadır.

3.4.2. Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi (KDQOL) Ölçüm Aracı

KDQOL, Ron Hays ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. 1994 yılında ABD'de yayımlandı ve İspanyolca, İtalyanca, Almanca, Japonca, Fransızca, Çince, Felemenkçe (Hollandaca) ve Türkçe'ye çevrildi. (Gökçe, 2010). Hastalığa özgü yaşam kalitesini değerlendirmek için Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi (KDQOL) kullanıldı. Bu ölçek, son dönem böbrek hastalığı olan hastaları izlemek için kullanılır ve çeşitli tedavi etkileri ve iyilik hali için kendi kendine beyan edilir ve değerlendirilir. Anket 5 boyuta ayrılmış 36 maddeden oluşmaktadır. KDQOL' in alt parametreleri; Semptom/Problem Listesi, Böbrek Hastalığının Etkisi, Böbrek Hastalığının Yükü, SF-12 Fiziksel Komponent, SF-12 Mental Komponent oluşmaktadır. Semptom/Problem Listesi (12 madde), Böbrek Hastalığının Etkisi (8 madde), Böbrek Hastalığının Yükü (4 madde), SF-12 Fiziksel Komponent (6 madde), SF-12 Mental Komponent (6 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır. Her boyuttaki puanlar 0 ile 100 arasında değişir ve yüksek puanlar daha iyi sağlıkla ilgili yaşam kalitesini yansıtır. Yıldırım ve arkadaşları tarafından 2007'de Türkçe'ye çevrilmiştir. Yıldırım ve arkadaşları tarafından anketin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (Yıldırım, Öğütmen, Bekeş, İşçi ve Mete, 2007).

3.5. Verilerin Analizi

Çalışmamızda öncelikle alt ölçeklerin güvenilirliğini sınamak üzere Cronbach Alpha değerleri hesaplanmış, ardından verilerin betimsel istatistikleri hesaplanarak normal dağılım sınaması yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyduğunun belirlenmesinin ardından araştırma sorularının testi amacı ile alt ölçek puanları ile katılımcıların yaşları arasındaki ilişkiyi incelemek üzere Pearson Korelasyon Analizi, demografik değişkenlere göre farkları belirleyebilmek amacıyla iki alt kategoriye sahip değişkenlerde Bağımsız Örneklem t Testi, ikiden fazla alt boyuta sahip değişkenlerde Tek Yönlü ANOVA Analizi uygulanmıştır. Anlamlı bulunan Tek Yönlü ANOVA Analizleri sonrasında farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek üzere Bonferroni düzeltmesi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu bölümde araştırma elde edilen analiz sonuçlarına yer verilecektir. Öncelikle katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yer verilecek ardından araştırma sorularına yönelik olarak KDQOL ölçeğinin sosyo-demografik özelliklere göre farkları analiz edilerek sonuçları sunulacaktır.

4.1. Sosyo-Demografik Bulgular

Araştırma kapsamında gönüllülük esasına dayalı olarak 210 katılımcıya ulaşılmış ve ölçek uygulanmıştır. Araştırma grubunu 11-83 yaş aralığında 84'ü kadın (%40.0), 126'sı erkek (%60.0) erkek olmak üzere 210 katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların 17'si (%8.1) 24 yaş ve altı, 31'i (%14.8) 25-31 arası, 41'i (%19.5) 32-38 arası, 36'sı (%17.1) 39-45 arası, 85'i (%40.5) 46 ve üzeri yaş gruplarında olup katılımcıların yaş ortalaması 42.64, standart sapması 13.93'tür.

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde; tüm katılımcıların %31.0'ını (n= 65) bekâr katılımcılar, %65.2'sini (n= 137) evli katılımcılar oluştururken 8 katılımcı (%3.8) medeni durum sorusuna “diğer” yanıtı vermiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu lise mezunu olup (%34.8, n= 73), 2 katılımcı (%1.0) okur-yazar değil, 9 katılımcı (%4.3) okur-yazar, 59 katılımcı (%28.1) ilköğretim mezunu, 58 katılımcı (%27.6) lisans mezunu ve 9 katılımcı (%4.3) lisansüstü mezundur.

Katılımcılar çalışma durumlarına göre katılımcıların büyük çoğunluğunu çalışan (n= 84, %40.0) ve emeklilerin (n= 72, %34.3) oluşturulduğu görülmekte olup %20.5'i (n= 43) çalışmayan/ev hanımı, %5.2'si ise (n= 11) öğrencidir.

Araştırmaya katılan katılımcıların aylık gelir düzeyleri incelendiğinde 63 katılımcının (%30.0) aylık gelirinin 0-3000 TL arasında, 68 katılımcının (%32.4) 3001-5000 TL arasında, 28 katılımcının (%13.3) 5001-7000 TL arasında, 21 katılımcının (%10.0) 7001-9000 TL arasında ve 30 katılımcının ise (%14,3) 9001 TL ve üzerinde olduğu görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı dönemde asgari ücret (1 Ocak 2022-30.06.2022 tarihleri arasında) brüt 5.004,00 TL, net 4.253,4.- TL'dir. Katılımcıların %66.2'si (n= 139) çekirdek aile tipine, %33.8'i (n= 71) geniş aile tipine sahiptir.

Katılımcıların büyük bir kısmının sosyal güvencesi SGK'dır (n= 147, %70.0). Katılımcıların %96.1'nin sosyal güvencesi bulunurken (SGK %70, devlet memuru %11.4, Bağ-Kur %11.4, GSS %1.4, özel sağlık sigortası %1.9) %3.8'nin sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

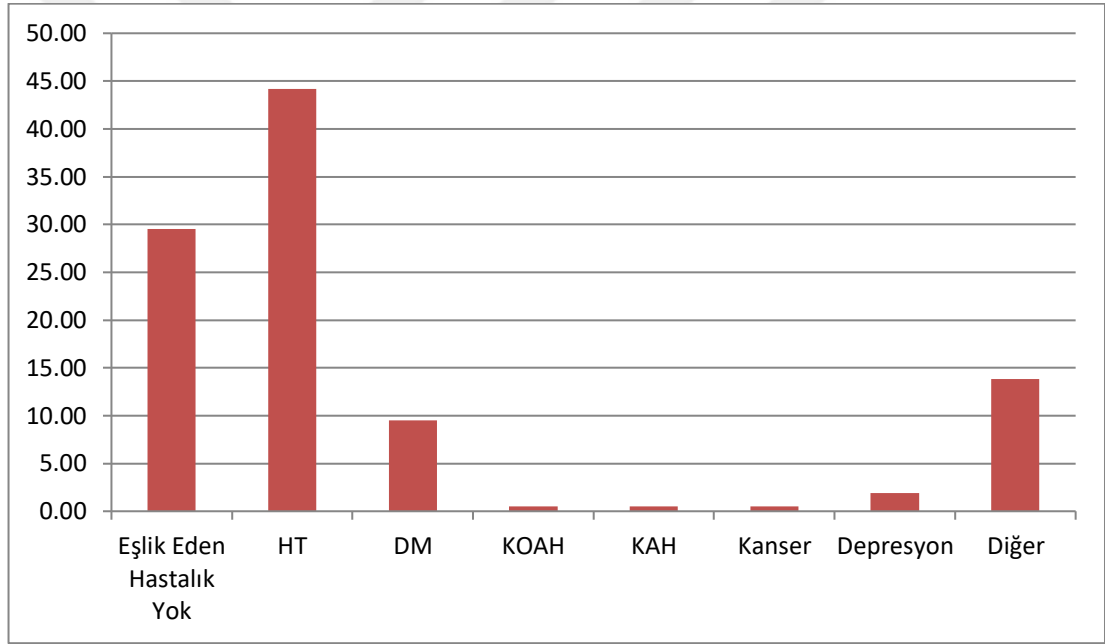
Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Dağılımları

	Kişi Sayısı (N)	Frekans (%)
Yaş Grubu		
24 ve altı	17	8.1
25-31 arası	31	14.8
32-38 arası	41	19.5
39-45 arası	36	17.1
46 ve üzeri	85	40.5
Cinsiyet		
Kadın	84	40.0
Erkek	126	60.0
Medeni Durum		
Bekâr	65	31.0
Evli	137	65.2
Diğer	8	3.8
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	2	1.0
Okur-yazar	9	4.3
İlköğretim	59	28.1
Lise	73	34.8
Lisans	58	27.6
Lisansüstü	9	4.3
Çalışma Durumu		
Çalışan	84	40.0
Çalışmayan/ Ev hanımı	43	20.5
Emekli	72	34.3
Öğrenci	11	5.2
Gelir Düzeyi		
0-3000 TL	63	30.0
3001-5000 TL	68	32.4
5001-7000 TL	28	13.3
7001-9000 TL	21	10.0
9001 TL ve üstü	30	14.3
Aile Tipi		
Çekirdek aile	139	66.2
Geniş aile	71	33.8
Sigara Kullanımı		
Evet	31	14.8
Hayır	179	85.2
Alkol Kullanımı		
Evet	17	8.1
Hayır	193	91.9

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Dağılımları (Devamı)

Sosyal Güvence		
Yok	7	3.3
SGK	147	70.0
Devlet memuru	24	11.4
Bağ-Kur	24	11.4
GSS	3	1.4
Özel sağlık sigortası	4	1.9
Yabancı uyruklu/sığınmacı	1	.5
<hr/>		
Renal Tx Sonrası Nakil Süresi		
1 yıldan az	91	43,3
1-5 yıl arası	53	25.2
6-10 yıl arası	35	16.7
11 yıl ve üstü	31	14.8
<hr/>		
Nakil Öncesi Diyalize Girmiş Olma		
Evet	119	56.7
Hayır	91	43.3
<hr/>		
Eşlik Eden Hastalık		
Eşlik Eden Hastalık Yok	61	29.5
Hipertansiyon	93	44.2
Diyabet	20	9.5
KOAH	1	.5
KAH	1	.5
Kanser	1	.5
Depresyon	4	1.9
Diğer	29	13.8
<hr/>		
İlaç Kullanımı		
Listedeki İlaçları kullanmıyor	49	23.3
Antihipertansif	73	34.8
Antidiyabetik	15	7.1
Analjezik	5	2.4
Antidepresan	21	10.0
Diğer	47	22.4
<hr/>		
Verici ile Akrabalık Durumu		
Anne/Baba	54	25.7
Kardeş	34	16.2
Eş	31	14.8
Evlat	22	10.5
Amca/Hala/Teyze/Dayı	16	7.6
Çapraz Nakil	13	6.2
Kadavra	12	5.7
Diğer	17	8.1
Yanıt Yok	11	5.2

Tüm katılımcıların %14.8'i (n= 31) sigara kullandığını, %8.1'i (n= 17) alkol kullandığını ifade etmiştir. Katılımcıların %56.7'si (n= 119) nakil öncesi diyalize girmiştir. Katılımcıların böbrek hastalığı yanında eşlik eden hastalıkları ve ilaç kullanım durumları incelendiğinde; tüm katılımcıların %29.5'i (n= 61) böbrek hastalığı dışında herhangi bir hastalığı olmadığını, %44.2'si (n= 93) hipertansiyon, %9.5'i (n= 20) diyabet, %1.9'u (n= 4) depresyon, 1'er katılımcı (%0,5) KOAH, KAH ve kanser hastalıklarının bulunduğunu, %13.8'i ise (n= 29) listede belirtilmeyen diğer hastalıklarının bulunduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %23.3'ü (n= 49) antihipertansif, antidepresan, antidiyabetik, analjezik ilaçlarını kullanmamakta; %34.8'i (n= 73) antihipertansif, %10.0'u (n= 21) antidepresan, %7.1'i (n= 15) antidiyabetik, %2.4'ü (n= 5) analjezik ve %22.4'ü ise (n= 47) listede yer almayan diğer ilaçları kullanmaktadır.



Şekil 2.17: Renal Tx'li Hastaların Eşlik Eden Kronik Hastalıkları

Katılımcıların kronik böbrek yetmezliği tanısı $10,6 \pm 7,9$ yıl önce konulmuş olup tanı konulmasının üzerinden geçen süre 33 yıl ile 2 ay arasında değişmektedir. Katılımcılar nakil için 51 farklı şehirden gelmiş olmakla birlikte büyük bir çoğunluğu (%43.3 n= 91) İstanbul'dan geldiğini belirtmiştir. Katılımcıların nakil için vericileri ile akrabalığı incelendiğinde; %25.7'si (n= 54) vericisinin anne/babası olduğunu, %16.2'si (n= 34) kardeşi, %14.8'i (n= 31) eşi, %10.5'i (n= 22) oğlu veya kızı, %7.6'sı (n= 16) amcası/halası/teyzesi/dayısı olduğunu belirtmiş, %5.7'si (n= 12)'si kadavradan nakil olmuş, %6.2'si ise (n= 13) çapraz nakil olmuştur.

4.2.KDQOL Ölçeğine İlişkin Betimsel Bulgular

KDQOL ölçeğinin alt boyutlarının bu araştırmadaki güvenilirliğini sınamak üzere Cronbach Alfa değerleri hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda Semptom/Problem Listesi alt ölçeğinin Cronbach Alfa değeri .89, Böbrek Hastalığının Etkisi alt ölçeğinin .90, Böbrek Hastalığının Yükü alt ölçeğinin .85, SF-12 Fiziksel Komponent alt ölçeğinin .82, SF-12 Mental Komponent alt ölçeğinin .59 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.2).

Verilerin normallik sayılısını karşılayıp karşılamadığını sınamak amacıyla her bir alt ölçeğin çarpıklık ve basıklık değerleri hesaplanmıştır (Tablo 4.2). Jondeau ve Rockinger'in (2003: 1702-06) çalışması esas alınarak çarpıklık ve basıklık değerlerinin +3 ile -3 sınırları içerisinde yer alan değişkenlerin dağılımının normal dağılıma uygun olduğu kabul edilmiştir. Buna göre ölçekte yer alan tüm alt ölçeklerin normal dağılıma uyduğu görülmektedir.

Tablo 4.2: Ölçek Puanlarının Mevcut Araştırmadaki Güvenirlik Katsayıları ile Ortalama, Standart Sapma, Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Alt Ölçek	α	Ort.	Ss.	Çarpıklık	Basıklık
Semptom/Problem Listesi	.89	79.37	16.44	-1.08	.93
Böbrek Hastalığının Etkisi	.90	72.49	25.19	-1.11	.34
Böbrek Hastalığının Yükü	.85	56.10	30.55	-.16	-1.15
SF-12 Fiziksel Komponent	.82	45.68	9.53	-.42	.68
SF-12 Mental Komponent	.59	44.65	7.90	-.21	-.17

4.3. Yaşam Kalitesi Algısının Katılımcıların Yaşı ile İlişkinin İncelenmesi ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan katılımcıların yaşları ile KDQOL ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında doğrusal bir ilişkinin olup olmadığını sınamak amacıyla Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır (Tablo 4.3). Analiz sonucuna göre katılımcıların yaşı ile SF-12 Fiziksel Komponent alt ölçeği arasında negatif yönde ($r = -.19, p < .01$), SF-12 Mental Komponent alt ölçeği arasında pozitif yönde ($r = .16, p < .05$) istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Semptom/Problem Listesi, Böbrek Hastalığının Etkisi ve Böbrek Hastalığının Yükü alt boyutları ile yaş arasında ise herhangi bir anlamlı ilişki mevcut değildir ($p > .05$).

KDQOL ölçeği alt boyut puanlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek üzere Bağımsız Örneklemeler t testi uygulanmıştır (Tablo 4.3). Analiz sonucunda hiçbir alt boyutta cinsiyete göre bir farklılaşmaya rastlanmamıştır ($p > .05$)

Tablo 4.3: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Katılımcıların Yaşı ile İlişkisinin İncelenmesi ve Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Alt Ölçek	Kadın Ort.±Ss.	Erkek Ort.±Ss.	df	t	r(Yaş)
Semptom/Problem Listesi	76,85±17.00	81.04±15.91	208	1.82	-.01
Böbrek Hastalığının Etkisi	71.62±26.11	73.07±24.65	208	.41	.03
Böbrek Hastalığının Yüğü	55.58±31.99	56.45±29.69	208	.20	.01
SF-12 Fiziksel Komponent	44.68±10.11	46.35±9.09	208	1.24	-.19**
SF-12 Mental Komponent	45.14±7.50	44.32±8.17	208	-.73	.16*

* $p < .01$, ** $p < .01$

4.4. Yaşam Kalitesi Algısının Çalışma Durumu ve Gelir Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Yaşam kalitesi algısının çalışma durumu ve gelir düzeyine göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla Tek Yönlü ANOVA analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda Semptom/Problem Listesi ($F_{(3, 206)}=3.88$, $p < .01$) alt boyutu, Böbrek Hastalığının Yüğü alt boyutu ($F_{(3, 206)}=3.34$, $p < .05$) ve SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutu ($F_{(3, 206)}=6.93$, $p < .001$) puanlarında çalışma durumuna göre anlamlı bir farklılaşma olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu incelemek amacıyla Bonferroni düzeltmesi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu karşılaştırmalara göre;

-Çalışan (Ort= 81.57, Ss.= 16.78) ve emekli katılımcıların (Ort= 80.42, Ss.= 14,36) Semptom/Problem Listesi alt boyutu puanları çalışmayan/ev hanımı katılımcılara göre (Ort= 72.08, Ss.= 18.26) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < .05$).

-Çalışan katılımcıların (Ort= 61.31, Ss.= 29.50) Böbrek Hastalığının Yüğü alt boyutu puanları çalışmayan/ev hanımı katılımcılara göre (Ort= 43.75, Ss.= 29.95) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < .05$).

-Çalışan katılımcıların (Ort= 47.65, Ss.= 9.11), emekli katılımcıların (Ort= 45,81, Ss.= 8,69) ve öğrencilerin (Ort= 50.24, Ss.= 9.94) SF-12 Fiziksel Komponent

alt boyutu puanları çalışmayan/ev hanımı katılımcılara göre (Ort= 40.44, Ss.= 9.74) anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p < .05$).

Yaşam kalitesi algısının gelir düzeylerine göre nasıl farklılaştığını incelemek üzere yapılan Tek Yönlü ANOVA analizi sonucunda çalışma durumuyla benzer şekilde Semptom/Problem Listesi ($F_{(4, 78,40)}=5.73, p < .001$) alt boyutu, Böbrek Hastalığının Yükü alt boyutu ($F_{(4, 205)}=4.59, p < .001$) ve SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutu ($F_{(4, 205)}=3.32, p < .01$) puanlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Farklılıkların kaynağını tespit etmek üzere varyansların homojen olduğu Böbrek Hastalığının Yükü ve SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutlarında Bonferroni düzeltmesi ile, varyansların homojen olmadığı Semptom/Problem Listesi alt boyutunda ise Games-Howell testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. İkili karşılaştırmalar neticesinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

-7001-9000 TL aylık geliri olan katılımcıların (Ort= 86.14, Ss.= 10.86) ve 9001 TL ve üzeri aylık geliri olan katılımcıların (Ort= 87.81, Ss.= 12.23) Semptom/Problem Listesi alt boyutu puanları aylık geliri 0-3000 TL arasında olan katılımcılara göre (Ort= 76.20, Ss.= 16.73) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < .05$).

-Aylık geliri 9001 TL ve üzeri olan katılımcıların Semptom/Problem Listesi puanları, aylık geliri 3001-5000 TL arasında olan katılımcılara göre (Ort= 77.51, Ss.= 16,80) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < .05$).

-Geliri 9001 TL ve üzeri olan katılımcıların Böbrek Hastalığının Yükü alt boyutu puanları (Ort= 73.54, Ss.= 26.04), geliri 0-3000 TL arasında olan katılımcılara göre (Ort= 48.71, Ss.= 29.47) ve geliri 3001-5000 TL arasında olan katılımcılara göre (Ort= 52.39, Ss.= 29.55) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < .05$).

-SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutunda aylık geliri 7001-9000 TL arasında olan katılımcıların puanları (Ort= 50.32, Ss.= 8,61), geliri 0-3000 TL arasında olan katılımcılara göre (Ort= 43.11, Ss.= 9.15) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < .05$).

Böbrek Hastalığının Etkisi ve SF-12 Mental Komponent alt boyutlarında ise çalışma durumu ve gelir düzeyine göre herhangi bir farklılaşma tespit edilmemiştir ($p > .05$).

Tablo 4.4: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Çalışma Durumu ve Gelir Düzeyine Göre Karşılaştırılması

ANOVA	Semptom/Problem Listesi		Böbrek Hastalığının Etkisi		Böbrek Hastalığının Yükü		SF-12 Fiziksel Komponent		SF-12 Mental Komponent	
	Ort.±Ss.	F	Ort.±Ss.	F	Ort.±Ss.	F	Ort.±Ss.	F	Ort.±Ss.	F
Çalışma Durumu										
(1) Çalışan	81.57±16.78		73.59±25.49	61.31±29.50	47.65±9.11	44.93±7.78				
(2) Çalışmayan/ Ev hanımı	72.08±18.26	3.88**	71.15±23.84	43.75±29.95	40.44±9.74	45.12±7.73	6.93***			.30
(3) Emekli	80.42±14.36		72.57±23.75	56.77±30.85	45.81±8.69	44.29±8.60				
(4) Öğrenci	84.16±12.21		68.75±38.02	60.23±29.35	50.24±9.94	42.98±4.67				
Fark	1> 2 3> 2		1> 2				1> 2 3> 2 4> 2			
Gelir Düzeyi										
(1) 0-3000 TL	76.20±16.73		71.33±24.38	48.71±29.47	43.11±9.15	42.92±7.65				
(2) 3001-5000 TL	77.51±16.80		70.08±25.64	52.39±29.55	44.96±9.19	44.57±7.09				
(3) 5001-7000 TL	76.88±18.70	5.73***	72.99±22.47	54.91±32.56	46.92±9.32	45.30±7.83	3.32**			1.55
(4) 7001-9000 TL	86.14±10.86		77.53±26.69	66.96±30.37	50.32±8.61	46.84±6.74				
(5) 9001 TL ve üstü	87.81±12.23		76.36±27.78	73.54±26.04	48.32±10.40	46.29±10.34				
Fark	4>1 5>1 5>2		5>1 5>2		4>1					

* $p<.05$,

** $p<.01$,

*** $p<.005$

4.5. Yaşam Kalitesi Algısının Eğitim Düzeylerine Göre Karşılaştırılması

Yaşam kalitesi algısının eğitim düzeyine göre farkını inceleyebilmek amacıyla öncelikle “okur-yazar değil” (n= 2), “okur-yazar” grubu (n= 9) ve “lisansüstü” grubunda (n=9) yetersiz sayıda katılımcı olması sebebiyle parametrik test yapabilmek için “okur-yazar değil” ve “okur-yazar” grupları birleştirilerek “mezun değil” grubu, “lisans” ve “lisansüstü” grupları birleştirilerek “lisans ve üzeri” grupları oluşturulmuştur. Ardından Tek Yönlü ANOVA Analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda Böbrek Hastalığının Yükü ($F_{(3, 206)}=3.67, p< ,05$) ve SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutlarında ($F_{(3, 206)}=3.01, p< .05$) eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Farklılığın kaynağını bulmak amacı ile Bonferroni düzeltmesi ile ikili karşılaştırmalar yapılmış olup analizler sonucunda lisans ve üstü düzeyde eğitim almış olan katılımcıların Böbrek Hastalığının Yükü alt boyutu puan ortalamasının (Ort= 63.15, Ss.= 29.54) herhangi bir okuldan mezun olmayan katılımcılara göre (Ort= 32.39, Ss.= 23.85) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p< ,05$). SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutunda yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde ise hiçbir ikili grup karşılaştırması anlamlı düzeyde bir farklılığa ulaşmamış, farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığı tespit edilememiştir.

Tablo 4.5: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

KDQOL	(1)	(2) İlköğretim	(3)	(4) Lisans ve	F	Fark
	Mezun Değil		Lise	Üstü		
	Ort.±Ss.	Ort.±Ss.	Ort.±Ss.	Ort.±Ss.		
Semptom/ Problem Listesi	82.54±10.44	79.24±15.38	75.92±18.51	82.71±15.23	2.17	
Böbrek Hastalığının Etkisi	80.12±13.78	76.38±20.37	69.14±27.71	71,46±27,23	1.28	
Böbrek Hastalığının Yükü	32.39±23.85	55.19±27.81	53.94±32.71	63.15±29.54	3.67*	4>1
Fiziksel Komponent	40.89±8.97	44.53±8.47	45.00±10.28	48.22±9.21	3.01*	
Mental Komponent	43.74±7.24	44.52±7.43	43.73±8.63	45.89±7.58	.94	

4.6. Yaşam Kalitesi Algısının Sigara ve Alkol Kullanımına Göre Karşılaştırılması

Yaşam kalitesi algısının sigara ve alkol kullanım durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını incelemek amacıyla Bağımsız Örneklem t testi uygulanmıştır. Yapılan analizler neticesinde hiçbir alt boyutta sigara kullanımına göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Tablo 4.6). Alkol kullanım durumuna göre yapılan analizler neticesinde ise yalnızca SF-12 Mental Komponent alt boyutunda anlamlı bir farka rastlanmıştır ($t_{(208)}= 2.27, p< .05$). Buna göre alkol kullanmayan katılımcıların SF-12 Mental Komponent puanlarının (Ort= 45.01, Ss= 7.62) alkol kullanan katılımcılara göre (Ort= 40.52, Ss.= 9.90) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.6: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Sigara ve Alkol Kullanımına Göre Karşılaştırılması

<i>t Testi</i>	n	Semptom/ Problem Listesi	Böbrek Hastalığını n Etkisi	Böbrek Hastalığını n Yüğü	SF-12 Fiziksel Komponent	SF-12 Mental Komponent
		Ort.±Ss.	Ort.±Ss.	Ort.±Ss.	Ort.±Ss.	Ort.±Ss.
Sigara Kullanımı						
Var	31	73.69±20.41	63.61±28.35	54.23±34.40	47.92±9.00	43.57±7.21
Yok	179	80.35±15.52	74.02±24.36	56.42±29.93	45.29±9.59	44.83±8.02
df		36.25	38.06	208	208	208
t		1.73	1.93	.37	-1.42	.82
p		.09	.06	.71	.16	.41
Alkol Kullanımı						
Var	17	77.60±17.31	75.74±25.47	59.56±30.31	46.11±8.83	40.52±9.90
Yok	193	79.52±16.41	72.20±25.21	55.80±30.64	45.64±9.60	45.01±7.62
df		208	208	208	208	208
t		.46	-.55	-.49	-.19	2.27
p		.64	.58	.63	.85	.02*

* $p< .05$

4.7. Yaşam Kalitesi Algısının Renal Tx Sonrası Nakil Süresine Göre Karşılaştırılması

Nakil süresi arttıkça yaşam kalitesi algısının da arttığı hipotezini test etmek amacıyla tüm alt ölçekler için Tek Yönlü ANOVA Analizi uygulanmıştır. Analizler sonucunda yalnızca Böbrek Hastalığının Yüğü alt boyutunda nakil süresine göre anlamlı fark tespit edilmiştir ($F_{(3, 206)}= 3.86, p< .01$). Ardından kontrast test sonucuna bakıldığında,

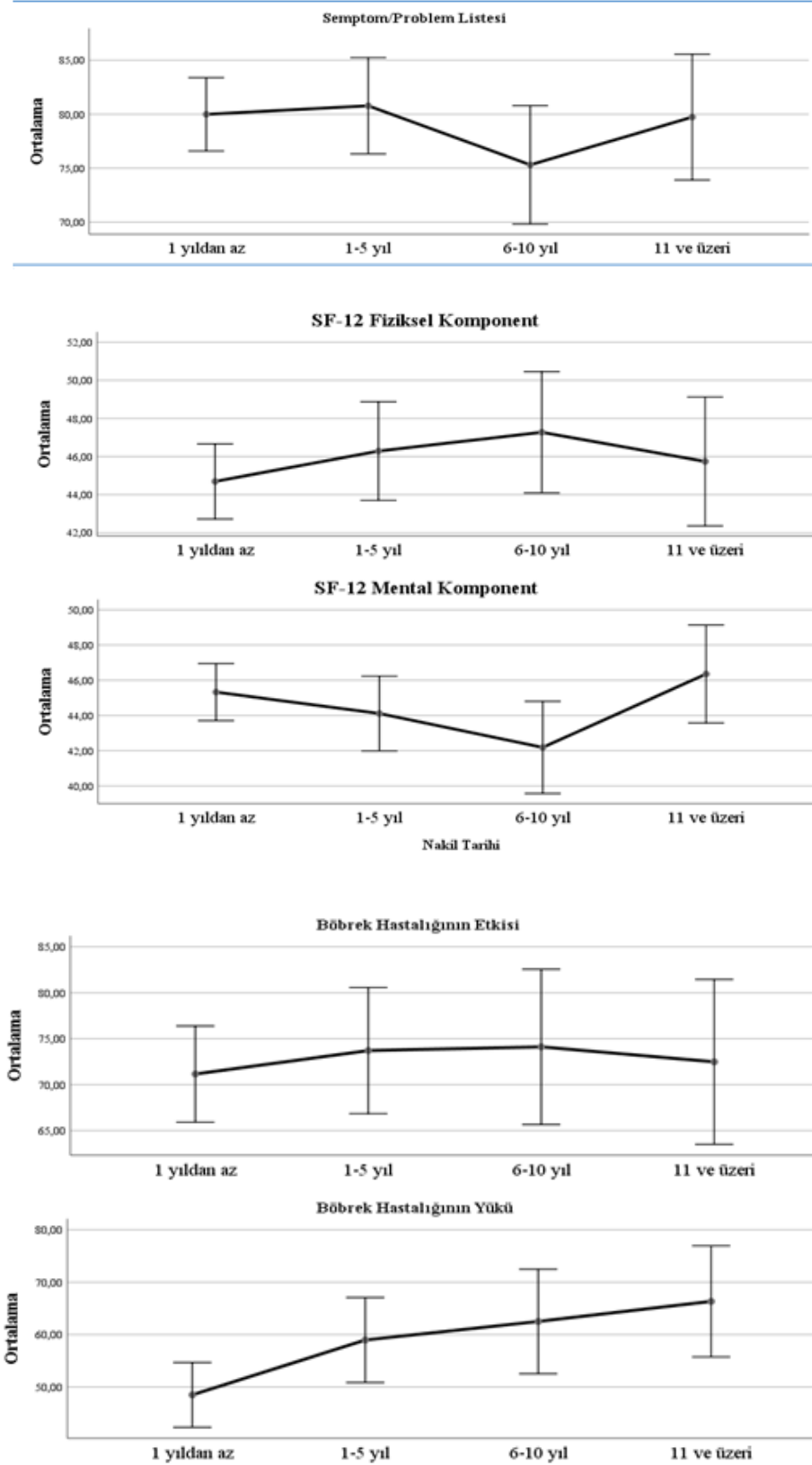
kontrast analizi nakil süresi arttıkça Böbrek Hastalığının Yükü puanlarının lineer bir şekilde arttığını ortaya koymuştur ($F_{1, 206} = 8.32, p < .01$). Renal Tx sonrası nakil süresine göre KDQOL alt boyutlarının puanlarının nasıl değiştiği Tablo 4.7’de görülmektedir. Böbrek Hastalığının Yükü alt boyutunun aksine Semptom/Problem Listesi, Böbrek Hastalığının Etkisi, SF-12 Fiziksel ve Mental Komponent alt boyutlarında herhangi bir lineer artış mevcut değildir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Renal Tx Sonrası Nakil Süresine Göre Karşılaştırılması

KDQOL	1 Yıdan Az	1-5 Yıl	6-10 Yıl	11 Yıl ve Üzeri	F
	Ort.±Ss.	Ort.±Ss.	Ort.±Ss.	Ort.±Ss.	
Semptom/ Problem Listesi	79.98±14.92	80.78±16.25	75.31±18.64	79.73±18.45	.89
Böbrek Hastalığının Etkisi	71.16±25.87	73.71±25.46	74.11±21.74	72.48±27.25	.17
Böbrek Hastalığının Yükü	48.49±30.26	58.96±30.95	62.50±27.20	66.33±30.22	3.86**
SF-12 Fiziksel Komponent	44.70±9.77	46.29±9.48	47.27±8.24	45.74±10.32	.72
SF-12 Mental Komponent	45.32±7.73	44.11±8.33	42.18±8.53	46.35±6.39	1.95

** $p < .01$

Aşağıdaki tabloda renal transplantasyon sonrası nakil süresine göre KDQOL alt boyutlarının puanlarının nasıl değiştiği Şekil 4.1’de görülmektedir. Böbrek Hastalığının Yükü alt boyutunda lieer bir artış görülmektedir. (Şekil 4.1).



Şekil 4.1: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Renal Tx Sonrası Nakil Süresine Göre Değişimi

4.8. Yaşam Kalitesi Algısının Nakil Öncesi Diyalize Girmiş Olma ve Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması

Yaşam kalitesi algısının nakil öncesi diyalize girmiş olmak ve böbrek hastalığının yanında eşlik eden bir hastalık varlığına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla tüm alt ölçekler için Bağımsız Örneklem t Testi uygulanmıştır (Tablo 4.8). Analiz sonucunda nakil öncesinde diyalize girmiş olma durumuna göre Böbrek Hastalığının Etkisi alt boyut puanlarının farklılaştığı bulunmuştur ($t_{(183,45)} = 4.34, p < .001$). Buna göre nakil öncesinde diyalize girmemiş olanların puan Böbrek Hastalığının Etkisi alt boyut puanları (Ort= 80.77, Ss.= 14.88) diyalize girmiş olanlara göre (Ort= 66.15, Ss.= 29.36) anlamlı düzeyde daha yüksektir. Semptom/Problem Listesi, Böbrek Hastalığının Yüğü, SF-12 Fiziksel ve Mental Komponent alt boyutlarında ise diyalize girmiş olmaya göre herhangi bir farklılaşma görülmemiştir ($p > .05$).

Tablo 4.8: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Nakil Öncesi Diyalize Girmiş Olma ve Eşlik Eden Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması

<i>t Testi</i>	<i>n</i>	Semptom/ Problem Listesi Ort.±Ss.	Böbrek Hastalığının Etkisi Ort.±Ss.	Böbrek Hastalığının Yüğü Ort.±Ss.	SF-12 Fiziksel Komponent Ort.±Ss.	SF-12 Mental Komponent Ort.±Ss.
Diyalize Girme						
Var	119	79.35±17.86	66.15±29.36	54.78±32.03	46.44±9.39	43.87±7.92
Yok	91	79.40±14.48	80.77±14.88	57.83±28.59	44.70±9.66	45.66±7.81
df		208	183.45	208	208	208
t		.02	4.70***	.72	-1.31	1.63
p		.98	.00	.48	.19	.11
Eşlik Eden Hastalık						
Var	149	78.33±17.49	69.80±25.55	53.69±30.67	44.98±9.77	44.63±8.33
Yok	61	81.89±13.36	79.05±23.20	61.99±29.70	47.39±8.74	44.70±6.79
df		144.80	208	208	208	107
t		1.43	2.44*	1.80	1.67	.03
p		.16	.02	.07	.10	.98

* $p < .05$, *** $p < .001$

Eşlik eden bir hastalık varlığına göre yaşam kalitesi algısının nasıl değiştiğini tespit etmek üzere yapılan analiz sonuçlarına göre ise yine yalnızca Böbrek Hastalığının Etkisi alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($t_{(208)}= 2,44, p< ,05$). Buna göre böbrek hastalığının yanında eşlik eden bir hastalığa sahip katılımcıların Böbrek Hastalığının Etkisi alt boyut puanları (Ort= 69.80, Ss.= 25.55), eşlik eden bir hastalığı olmayan katılımcıların puanlarına göre (Ort= 79.05, Ss.= 23.20) anlamlı düzeyde daha düşüktür. Semptom/Problem Listesi, Böbrek Hastalığının Yükü, SF-12 Fiziksel ve Mental Komponent alt boyutlarında ise eşlik eden hastalık varlığına göre herhangi bir farklılaşma görülmemiştir ($p> .05$).

4.9. Yaşam Kalitesi Algısının Antihipertansif Kullanımına Göre Karşılaştırılması

Yaşam kalitesi algısının antipertansif kullanım durumuna göre karşılaştırılabilmesi için öncelikle hiç ilaç kullanmayanlar ve antihipertansif dışında ilaç kullanan katılımcılar “antihipertansif ilaç kullanmayan” başlığı altında gruplandırılmıştır (n= 137). Ardından bu grubun yaşam kalitesi algısı antihipertansif ilaç kullanan (n=73) grubun yaşam kalitesi algısı arasındaki farkı incelemek üzere tüm alt boyutlar için Bağımsız Örneklem t Testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda hiçbir alt boyutta antihipertansif ilaç kullanan ve kullanmayanlar arasında anlamlı bir farklılaşmaya rastlanmamıştır ($p >,05$)

Tablo 4.9: KDQOL Ölçeği Alt Boyutlarının Antihipertansif Kullanımına Göre Karşılaştırılması

Alt Ölçek	Kullanan Ort.±Ss.	Kullanmayan Ort.±Ss.	df	t	p
Semptom/Problem Listesi	78.54±17.33	78.91±16.00	208	.53	.56
Böbrek Hastalığının Etkisi	69.95±24.37	73.84±25.60	208	1.07	.29
Böbrek Hastalığının Yükü	51.67±30.67	58.30±30.37	208	1.43	.15
SF-12 Fiziksel Komponent	44.32±10.60	46.41±8.86	208	1,52	13
SF-12 Mental Komponent	43.93±8.05	45.03±7.82	208	.96	.34

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırma grubu 11-3 yaş aralığındaki katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların %40'ı kadın, %60'ı erkek hastalardan oluşmaktadır. Çalışmamıza göre kadın hasta sayısının erkek hastalara göre daha az olduğu görülmektedir. Üstündağ ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada böbrek nakili yapılan hastaların çoğu erkek (%68) hastalardan oluşmaktadır (Üstündağ, Gül, Zengin ve Aydın, 2007). Doğan ve Dönmez' in yapmış olduğu çalışmada da benzer bir sonuçla karşılaşmaktayız. Böbrek nakili yapılan hastaların %52.5'i erkek hastalardan oluşmaktadır (Doğan ve Dönmez, 2019). Soylu ve Ortabağ'ın yapmış olduğu çalışmada renal transplantasyonlu katılımcıların %63'ü erkek hastalardan oluşmaktadır (Soylu ve Ortabağ, 2017). Literatürdeki benzer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da erkek cinsiyetin böbrek hastalığı ve transplantasyon risklerinin daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Çalışmamızdaki örneklemin yaş ortalamasına baktığımızda 42,64 olduğu görülmüştür. Doğan ve Dönmez ile Soylu ve Ortabağ'ın yaptıkları çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmesi böbrek hastalığına ve tansplantasyon için en riskli ve yoğun yaş grubunun orta yaş grubu olduğu söylemek mümkündür. Doğan ve Dönmez' in yapmış olduğu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 36.44 (Doğan ve Dönmez, 2019), Soylu ve Ortabağ'ın yapmış olduğu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 42.78'dir (Soylu ve Ortabağ, 2017). Böbrek nakilli hastaların yaşı ile KDQOL ölçeğinin alt boyutu olan SF-12 fiziksel komponent arasında negatif ($r = -.19, p < .01$), yönde bir ilişki vardır. Yani katılımcıların yaş arttıkça fiziksel yaşam kalitesinin azaldığı gözlemlenmiştir. Renal transplantasyonlu hastaların yaşı arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık kalitesi de azalmaktadır. Böbrek nakilli hastaların yaşı ile KDQOL ölçeğinin alt boyutu olan SF-12 Mental Komponent arasında ise pozitif ($r = .16, p < .05$), yönde anlamlı bir ilişki vardır. Yani hastaların yaşı arttıkça SF-12 Mental Komponent alt boyutlarının da arttığı gözlemlenmiştir. Renal transplantasyonlu hastaların yaşı arttıkça canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık kalitesi de artmaktadır. Soylu ve Ortabağ'ın yapmış olduğu çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Soylu ve Ortabağ, 2017). Üstündağ ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durumu incelendiğinde anlamlı bir farklılık

bulunmamıştır (Üstündağ, Gül, Zengin ve Aydın, 2007). Özşaker ‘in yapmış olduğu çalışmada böbrek nakli yapılan hastalarda yaş ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirilmiştir (Özşaker, 2002). Çalışmamızdaki örneklemin yaş arttıkça sağlık sorunları, kronik hastalık gibi nedenlere bağlı olarak yaşam kalitesi algısının azaldığı söylenebilir. KDQOL ölçeğinin alt boyutları ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır. Araştırma hipotezimin olan “H1: Yaş ve cinsiyet ile yaşam kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır” hipotezi cinsiyet ile yaşam kalitesi algısında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yaş ile yaşam kalitesi algısı arasında (FK, MK) anlamlı bir farklılık vardır.

Çalışmamızda katılımcıların %40.0’ı çalışan, %34,’ü emekli, %20.5’i çalışmayan/ev hanımı, %5.2’si ise öğrencidir. Sağduyu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada nakilli hastaların %63.3’ü çalışmaktadır (Sağduyu, Şentürk, Sezer, Emiroğlu ve Özel, 2006). Doğan ve Dönmez’in yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %46.2’si çalışmaktadır (Doğan ve Dönmez, 2019). Çalışmamızdaki ve literatürde de elde edilen benzer sonuçlara göre renal transplantasyon hastaların çalışma durumunu etkilemediği söylemek mümkündür. Katılımcıların aylık gelir düzeyleri incelendiğinde %30.0’nun aylık gelirin 0-3000 TL arasında, %32,4’nün 3001-5000 TL arasında, %13.3’nün 5001-7000 TL arasında, %10.0’nun 7001-9000 TL arasında ve %14.3’nün 9001 TL ve üzerinde olduğu görülmektedir. Çalışan ve emekli katılımcıların KDQOL ölçeğinin alt boyutu “Semptom/Problem Listesi” puanları çalışmayan/ev hanımı katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Çalışan katılımcıların KDQOL ölçeğinin alt boyutu “Böbrek Hastalığının Yüğü” puanları çalışmayan/ev hanımı katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Çalışan katılımcıların, emekli katılımcıların ve öğrencilerin SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutu puanları çalışmayan/ev hanımı katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Çalışma durumuyla benzer şekilde Semptom/Problem Listesi alt boyutu, Böbrek Hastalığının Yüğü alt boyutu ve SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutu puanlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Araştırma hipotezimin olan “H2: Çalışma durumu ve gelir ile yaşam kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır. ” hipotezi kabul edilmiştir. Çalışmaya göre çalışma durumu ve gelir ile yaşam kalitesi algısında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Soylu’ nun yapmış olduğu çalışmada gelir durumu ve çalışma durumunda anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Soylu, 2015). Soylu ve Ortabağ’ın yapmış olduğu çalışmada

da gelir durumu ve çalışma durumunda bir farklılık saptanmamıştır (Soylu ve Ortabağ, 2017).

Çalışmamızda katılımcıların %34.8'i lise mezunu, %1.0'i okur-yazar değil, %4.3'ü okur-yazar, %28.1'i ilköğretim mezunu, %27.6'sı lisans mezunu ve %4.3'ü lisansüstü mezundur. Böbrek Hastalığının Yükü ve SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutlarında eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiştir. Araştırma hipotezimin olan "H3: Eğitim durumu ile yaşam kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır. " hipotezi Böbrek Hastalığının Yükü ve SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutları bazında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Soylu'nun yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu ile fiziksel sağlık durumu ve mental sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Soylu, 2015). Yıldırım yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Yıldırım, 2006). Barutçu Ataş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Barutçu Ataş, Arıkan, Alışır Ecdar ve Çiftçi, 2017). Soylu ve Ortabağ'ın yapmış olduğu çalışmada eğitim durumları ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların fiziksel sağlık durumu, eğitim düzeyi düşük olanların ise mental sağlık durumu yüksek olarak tespit edilmiştir (Soylu ve Ortabağ, 2017). Rambod ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada böbrek nakli hastalarının eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir (Rambod, 2011). Türkiye' de yapılan çoğu çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin yaşam kalitesinin de yüksek olduğu yönündedir (Ovayolu & Ovayolu, 2011). Çalışmamızda da Böbrek Hastalığının Yükü ve SF-12 Fiziksel Komponent alt boyutlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir.

Örneklelimizdeki renal transplantasyonlu hastaların %14.8'i sigara kullandığını, %8,1'i alkol kullandığını ifade etmiştir. Çalışmamızdaki örnekleimde sigara kullanan hastalar ile kullanmayan hastaların yaşam kalitesi algısında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Alkol kullanan hastalarda ise SF-12 Mental Komponent puanlarının alkol kullanan katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Soylu'nun yapmış olduğu çalışmada %93.5'inin sigara içmediği, %97.5 alkol kullanmadığı belirtilmiştir (Soylu, 2015). Araştırma hipotezimin olan "H4: Sigara veya alkol kullanımı ile yaşam kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır. " hipotezin reddedilmiştir. Çalışmamızda sigara kullanımı ile yaşam kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık

saptanmamıştır. Alkol kullanımı ile yaşam kalitesi algısında Mental Komponent dikkate alındığında anlamlı bir farklılık vardır.

Çalışmamızda katılımcıların %43.1'i (n=90) 1 yıldan az, %25.1'i (n= 53) 1-5 yıldır, %17.1'i (n=36) 6-10 yıldır, %14.7'si (n=31) 11 yıldır böbrek nakillidir. Böbrek Hastalığının Yükü alt boyutunda nakil süresine göre anlamlı fark tespit edilmiştir. Nakil süresi arttıkça böbrek hastalığının yükünde artış görülmektedir. Araştırma hipotezimin olan "H5: Nakil süresi ile yaşam kalitesi algısı arasında anlamlı bir farklılık vardır." hipotezi KDQOL ölçeğinin alt boyutu olan "Böbrek Hastalığının Yükü" kapsamında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Üstündağ ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, nakil süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, renal transplantasyon sonrası nakil süresi yaşam kalitesi parametrelerinin de istatistiksel olarak anlamlı oranda arttığı tespit edilmiştir (Üstündağ, Gül, Zengin ve Aydın, 2007).

Çalışmamızdaki katılımcıların %56.7'si nakil öncesi diyalize girmiştir. Analiz sonucunda nakil öncesinde diyalize girmiş olma durumuna göre Böbrek Hastalığının Etkisi alt boyut puanlarının farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre nakil öncesinde diyalize girmemiş olanların KDQOL ölçeği alt boyutu olan "Böbrek Hastalığının Etkisi" puanları diyalize girmiş olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Nakil öncesi diyalize girmeyenlerin yaşam kalitesi algısı böbrek hastalığın etkisi bazında daha yüksektir. Araştırma hipotezimin olan "H6: Nakil öncesi diyalize girenlerin yaşam kalitesi algısı diyalize girmiyor olanlardan daha yüksektir." Hipotezi böbrek hastalığının etkisi alt boyutu nezdinde kabul edilmiştir. Soylu' nun yapmış olduğu çalışmada hastaların diyalize girme durumu ve SF-36 alt boyutları arasında "fiziksel sağlık durumu", diyalize girmeyenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Soylu, 2015). Pınar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, hemodiyalize devam eden ve böbrek nakli olan hastaları karşılaştırdıkları istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Böbrek nakli olan hastaların yaşam kalitesinde artış belirlenmiştir (Pınar, 1995). Barutçu Ataş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yaşam kalitesinin böbrek nakli hastalarında diyaliz hastalarından daha iyi olduğu saptanmıştır (Barutçu Ataş, Arıkan, Alışır Ecder ve Çiftçi, 2017).

Katılımcıların böbrek hastalığı yanında eşlik eden hastalıkları durumları incelendiğinde; tüm katılımcıların %29.5'i böbrek hastalığı dışında herhangi bir hastalığı olmadığını, %44.2'si hipertansiyon, %9.5'i diyabet, %1.9'u depresyon, 1'er

katılımcı KOAH, KAH ve kanser hastalıklarının bulunduğunu, %13.8'i ise listede belirtilmeyen diğer hastalıklarının bulunduğunu ifade etmiştir. Soylu 'nun yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %42.6'sında böbrek yetmezliğine eşlik eden kronik hastalık olduğu tespit edilmiştir (Soylu, 2015). Böbrek hastalığının yanında eşlik eden bir hastalığa sahip katılımcıların Böbrek Hastalığının Etkisi alt boyut puanları, eşlik eden bir hastalığı olmayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. H7: Eşlik eden kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında yaşam kalitesi algısında farklılık vardır. Hipotez "Böbrek Hastalığının Etkisi" alt boyutu kapsamında kabul edilmiştir. Soylu' nun yapmış olduğu çalışmada eşlik eden hastalık durumları ile SF-36 alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Soylu, 2015).



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışma ve bulgular doğrultusunda araştırma sorumuz olan;

- 1) Renal transplantasyon yapılan hastaların tanımlayıcı özellikleri ile yaşam kalitesi algısı arasında bir ilişki var mıdır?

Sorusunun yanıtı bazı sosyo-demografik özellikler ile yaşam kalitesi algısı arasında farklılıklar varken bazı sosyo-demografik özelliklerde farklılıklar bulunmamaktadır. Özellikle hastaların nakil öncesi diyalize girmeleri yaşam kalitesi algısını önemli ölçüde etkilemektedir. Hastaların renal transplantasyon ile ilgili daha çok bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Renal transplantasyon sonrası hastalara kullanacakları ilaçlar, dikkat edilmesi gereken hususlar, nakil sonrası süreç ile ilgili eğitimler, seminerler düzenlemelidir.

Yapılan çalışmada Renal Tx'li hastaların büyük bir kısmının (%60) erkek olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalıkları ile ilgili şikâyetleri başladığında sağlık kuruluşlarına hemen başvuruda bulunmaları önerilmektedir. Erken tanı ve teşhis hayat kurtarmaktadır. Araştırmada Renal Tx sonrası nakil süresi ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Nakil süresi arttıkça yaşam kalitesi algısında da artış görülmüştür. Nakil sonrası erken dönemlerde hastaların karşılaştıkları bazı medikal sorunlar ve kişisel kaygılardan (doktora bağımlı olmak, rejeksiyon atakları, sürekli ve düzenli ilaç kullanımı, erken dönemde ilaçların yan etkileri, yeniden diyalize girme korkusu, vb.) kaynaklanabilir. Erken dönemlerde hastalara sağlık profesyoneller tarafından psikolojik destek verilebilir. Erken dönemde ilaçların kullanımı ile ilgili mobil uygulamalar ile birlikte hastalar desteklenebilir. Akıllarına takılan tüm soruları yanıtlayabilecekleri 7/24 hizmet veren canlı destek ve çağrı merkezleri kurularak ücretsiz bir şekilde hizmet verilebilir. Böylelikle sağlık hizmetine hastaların ulaşımı kolaylaşmış olacaktır. Sormak istedikleri akıllarına takılan bütün soruları canlı destek sayesinde en kısa sürede bilgi sahibi olmuş olacak psikolojik, fiziksel, sosyal anlamda sağlıklarına daha kısa sürede ulaşmış olacaklardır. Erken dönemde yaşam kalitesi algılarında da artış görülecektir.

Sonraki alışmalar için tavsiyem; renal transplantasyon yapılan ve yapılmayan hastaların yaşam kalitesi algısının karşılaştırılması şeklinde bir çalışmanın yapılması önerilebilir. Çalışma tek bir merkeze bağlı kalmadan daha fazla merkezlerde yapılabilir.



KAYNAKÇA

- Akman, B. (2022). *Böbrek*. Böbrek Yetmezliği: <https://www.drberilakman.com/tr/bobrek-yetmezligi-ankara> adresinden alınmıştır
- Akyol, A. D. (1993). Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. *Fge Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9:2.
- Amico, P., Honger, G., Mayr, M., Steiger, J., Hopper, H., ve Schaub, S. (2009). Clinical Relevance of Pretransplant Donor-Specific HLA Antibodies Detected by Single-Antigen Flow-Beads. *Transplant Journal*, Volume 87, Number 11.
- Anadolu Ajansı, (2018, 11 2). *Anadolu Ajansı/ Sağlık*. Türk Doktorlardan 7'li Çapraz Nakil Başarısı: <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/turk-doktorlardan-7li-capraz-nakil-basarisi/1301151> adresinden alınmıştır
- Arık, N. (2022). *İleri Hipertansiyon Programı*. Kronik Böbrek Hatalığında Tedavi: <https://www.drnurolarik.com/tr/kronik-bobrek-hastaliginda-tedavi-a> adresinden alınmıştır
- Atasoy, İ., Çolak, H., Akdeniz, Y., Tanrısev, M., ve Özyurt, B. (2013). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi. *Tepecik Eğit. Hast. Dergisi*, 23 (3).
- Ayar, Y., Ersoy, A., Işıktaş Sayılar, E., Yılmaz, A., ve Aydın, M. F. (2015). Böbrek Alıcılarında Depresyon, Kaygı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 24 (1): 98-105.
- Aydiner Boylu, A., ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Journal of Academic Researches and Studies*, 8(15):137-150.
- Barutçu Ataş, D., Arıkan, H., Alışır Ecdar, S., ve Çiftçi, H. (2017). Hemodiyaliz ve Böbrek Nakli Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26 (2): 171-176.
- Baştuğ, F. (2011). *Kronik Periton Diyaliz Modelinde Mezenkimal Kök Hücre Transplantasyonunun Ultrafiltrasyon Yetersizliği Üzerine Etkisi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi.

- Behlül, S., ve Dikmen, Ç. (2015). *Sağlık Çalışanlarının İş Doyumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. İstanbul: T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programı.
- Çelebi, E., ve Sunal, N. (2015). *Cerrahi Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenlerin Belirlenmesi*. İstanbul: T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dinçkan, A. (2022). *Hepatobiliyer ve Organ Nakli Cerrahi*. 04 24, 2022 tarihinde Böbrek Yetmezliği ve Nakil: <http://www.ayhandinckan.com/bobrek-yetmezligi-ve-nakil/> adresinden alındı
- Diniz, G., Tugmen, C., ve Sert, İ. (2019). Türkiye ve Dünyada Organ Transplantasyonu. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 29(1):1-10.
- Doğan, B., ve Dönmez, Y. C. (2019). Böbrek Nakli Olan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Doyumlarının Belirlenmesi. *SdÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (2): 147-151.
- Doğan, S., ve Şahin, İ. (2015). *Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi Tedavisi Gören Hastalarda Mekanik, Metabolik ve Enfeksiyöz Komplikasyonlar*. Malatya: T.C. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Gökçe, S. (2010). *Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi*. İstanbul: T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
- Göriş, S., ve Bilgi, N. (2015). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu ve Hemşirelik Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(1): 68-74.
- Haberal, M. (2009, 5 1). *Prof. Dr. Mehmet Haberal*. Prof. Dr. Mehmet Haberal'ın İlkleri: <http://www.mehmethaberal.com.tr/ilkler.php> adresinden alınmıştır
- Horoz, M., ve Özgür, Ö. (2004). Akut Böbrek Yetmezliği. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1(3): 48-63.
- İnci, A., Çoban, M., Sarıkaya, M., ve Maden, Ü. (2017). Prediyaliz Kronik Böbrek Hastalarında Kesitsel Bir Çalışma: Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 18(4): 130-135.

- Jondeau, E., ve Rokckinger, M. (2003). Conditional Volatility, Skewness, And Kurtosis: Existence, Persistence, And Comovements. *Journal Of Economic Dynamic ve Control*. S.27 1699-1737.
- Kälble, T., Lucan, M., Nicita, G., Sells, R., Burgos Revilla, F., ve Wiesel, M. (tarih yok). *Böbrek Transplantasyonu Klavuzu*.
- Kaplan, A. (2016). *Hemodiyaliz Hastalarının Sıvı Kontrolüne Uyumu ve Yaşadıkları Semptomların Belirlenmesi*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi.
- Koçyiğit, İ., Güngör, Ö., ve Arınsay, T. (2017). *Böbrek Fizyopatolojisi*. Türkiye: Türk Nefroloji Derneği.
- Köksal, S. (2010). *Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi*. İstanbul: T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Kubat, F. (2014). Halkın Organ Bağışına İlişkin Düşünceleri. *T. C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Genel Cerrahi Anabilim Dalı Organ ve Doku Koordinatörlüğü Eğitim Yüksek Lisans Programı*, 16-17.
- Majumder, P., ve Sarkar, S. (2020). A Review of the Prevalence of Illicit Substance Use in Solid-Organ Transplant Candidates and the Effects of Illicit Substance Use on Solid-Organ Transplant Treatment Outcomes. *Cureus*, 12 (7): 1-15.
- Mayer, K. P., Rtız-Soriano, V. M., Kalantar, A., Lambert, J., Morris, P. E., ve Neyra, J. A. (2022). Acute Kidney Injury Contributes To Worse Physical and Quality Of Life Outcomes In Survivors Of Critical Illness. *BMC Nephrology*, 23(1):137.
- Merzah, K. S., ve Hasson, S. F. (2015). The Biochemical Changes İn Patients With Chronic Renal Failure. *International Journal of Pharma Medicine and Biological Sciences*, 4(1): 74-79.
- Mevzuat Bilgi Sistemleri. (2012, 2 1). *T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi*. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği: <https://www.mevzuat.gov.tr> adresinden alınmıştır
- Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam Kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 1: 25-29.

- Neipp, M., Karavul, B., Jackobs, S., Vilsendorf, A. M., Richter, N., Becker, T., Klemptner, J. (2006). Quality of Life in Adult Transplant Recipients More Than 15 Years After Kidney Transplantation. *Lippincott Williams & Wilkins*, 81(12), June 27.
- Ovayolu, Ö., ve Ovayolu, N. (2011). Akut Böbrek Yetmezliği ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 8(1): 1-5.
- Öğütmen, M. B. (2011). Akut Böbrek Yetmezliği. *GKDA Dergisi*, 17(2):25-33.
- Özbay, M. M. (2020). *Böbrek Transplantasyonunda Cross Match Testlerinin Sonuçları İle HLA Allelleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması*. Antalya: T.C. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özşaker, E. (2002). *Böbrek Transplantasyonu Olan Hastalar Ve Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Saptanması Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. İzmir: Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, EÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Pınar, R. (1995). *Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. İstanbul: Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ramatillah, D. L., Sulaiman, S. A., ve Khan, A. H. (2018). Hepatitis C Infection Become a Common Issue Among Hemodialysis Patients in a Hemodialysis Center Jakarta, Indonesia, and Survival Comparison of Hemodialysis Patients with Hepatitis Infection between Two Hemodialysis Centers in Jakarta, Indonesia, and Penan. *Journal of Global Infectious Diseases*, 10(2): 37-41.
- Rambod, M. S. (2011). Quality of life of Hemodialysis and Renal Transplantation Patients. *Health Care Manager*, 30(1): 23-28.
- Russell, J. D., Beecroft, M. L., Ludwin, D., ve Churchill, D. N. (1992). The Quality Of Life In Renal Transplantation—A Prospective Study. *Williams & Wilkins 1992. All Rights Reserved*, 54: 656-660.
- Sağduyu, A., Şentürk, V., Sezer, S., Emiroğlu, R., ve Özel, S. (2006). Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1):22-31.

- Sağlık Bakanlığı, T. (2014). Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017). Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.
- Souza, D. P., ve Orlandı, F. d. (2019). Translation and cultural adaptation of Patient Perceptions of Hemodialysis Scale in Brazil. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 72(2): 314-320.
- Soylu, D. (2015). Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Gaziantep.
- Soylu, D., ve Ortabağ, T. (2017). Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26 (2): 215-221.
- Suleman, M., Shadrack, M., Msuya, D., Chugulu, S., Chilonga, K., Mchaile, D., Lodhia, J. (2021). Foley Catheter Used For Peritoneal Dialysis. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*, 75: 102085.
- Süleymanlar, G., Ateş, K., ve Seyahi, N. (2020). *Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon*. Ankara: TÜRK NEFROLOJİ DERNEĞİ YAYINLARI.
- Şentürk, A., Levent, B. A., ve Tamam, L. (2005). Hemodiyalize Giren Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Psikopatoloji. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 17(3): 163-172.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, K. (2018). *Türkiye Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023)*. Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- Tanrıverdi, M. H., Karadağ, A., ve Hatipoğlu, E. Ş. (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği. *Konuralp Medical Journal*, 2(2): 27-32.
- TDK. (2022, 02 15). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. Türk Dil Kurumu: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alınmıştır
- Teitelbaum MD, I., ve Burkart, M. J. (2003). Peritoneal Dialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 42(5): 1082-1096.

- Topbaş, E., ve Bingöl, G. (2016). Türkiye’de Kadavra Dönörden Gerçekleştirilen Organ Nakline Etki Eden Faktörler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Temmuz - Aralık 2. Sayı.
- Topçu, B., Saraçlı, S., Dursun, P., ve Gazeloğlu, C. (2012). Akademisyenlerin Yaşam Kaliteleri Üzerine Bir Çalışma: Afyon Kocatepe Üniversitesi Örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(1): 15-19.
- Trakya Üniversitesi, T. (2015, 11 03). *Organ Nakli Merkezi*. Hangi Organ ve Dokuların Nakli Yapılmaktadır?: <https://organnakli.trakya.edu.tr/pages/hangi-organ-ve-dokularin-nakli-yapilmaktadir> adresinden alınmıştır
- Tuncer, M. (2020). *Böbek Nakli*. Ankara: Palme Yayınevi.
- Tural, E. (2021, 07 01). *MEDICANA Sağlık Grubu*. Böbrek Hastalıkları ve Genel Tedavi Yaklaşımları: <https://www.medicana.com.tr/haber-detay/15336/bobrek-hastaliklari-ve-genel-tedavi-yaklasimlari> adresinden alınmıştır
- Tuz, S. (2017). Canlı Böbrek Verici Adaylarının Bağımsız Verici Destekleme Takımı (VDT) Hazırlık (Pre-Op), Ameliyat ve Takip Süreçlerinde Bilgi ve Algıların Geliştirilmesi. *İstanbul Medipol Üniversitesi*, İstanbul.
- Ünalın, D. (2021). Doku Tipleme Laboratuvarı Test Bilgileri Rehberi. *Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi*.
- Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N., ve Aydın, M. (2007). Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6): 117-126.
- Varol, E., ve Karaca Sivrikaya, S. (2018). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2): 89-96.
- Vısıedo, L., Rey, L., Rivas, F., Lopez, F., Tortajada, B., Giménez, R., ve Abiles, J. (2022). The Impact Of Nutritional Status On Health-Related Quality Of Life In Hemodialysis Patients. *Scientific Reports*, 12(1): 3029.
- Wang, H., Chen, C., Tong, D., Chen, C., Gao, R., Han, H., ve Lv, X. (2021). Serum Raman Spectroscopy Combined With Multiple Algorithms For Diagnosing

Thyroid Dysfunction And Chronic Renal Failure. *Photodiagnosis and Photodynamic Therapy*, 34: 102241.

Weed, V. (2014). Adjusting To Life As An Organ Transplant Recipient: A Clinician's Guide For The Use Of Therapeutic Assessment In The Treatment Of Adolescent Organ Transplant Recipients. *Massachusetts School of Professional Psychology ProQuest Dissertations Publishing*, , MI 48106 - 1346: 1-7.

Yakupoglu, Y. K., ve Aydın, C. (2020). Böbrek Nakli. *Ürolojik Cerrahi Derneği*, C. 5. B. 2.

Yazgan, A. E., ve Karkacıer, O. (2012). *Veri Zarflama Analizi İle Etkinlik Ölçümleri Ve Havacılık Sektöründe Bir Uygulama*. Tokat: T.C. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yildirim, A. (2006). The Importance of Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life After Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings*,, 38:2831-2834.

Yıldırım, A., Öğütmen, B., Bekeş, G., İşçi, E., ve Mete, M. (2007). Translation, Cultural Adaptation, Initial Reliability, and Validation of the Kidney Disease and Quality of Life–Short Form (KDQOL-SF 1.3) in Turkey. *In Transplantation proceedings*, January.

Yıldız, E. (2008). Kronik Böbrek Yetmezliği ve Beslenme. *TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Yayınları*, Ankara, Klasmat Matbaacılık.

Yılmaz Karabulutlu, E., ve Okanlı, A. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14: 4.

Yılmaz, M., ve Karakoç, A. (2015). Böbrek Naklinde Alıcı ve Donörlerin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2): 31-38.

Zengin, E., ve Erdal, A. (2020). Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi. *Journal of Qafqaz University*, Volume III Number I.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21.02.2022-E.22189



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU

ETİK ONAY BELGESİ

Tarih	28.01.2022
Sayı	2022/01
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	<i>Bir Renal Transplantasyon Merkezinde Renal Transplantasyonu Yapılan Hastaların Yaşam Kalitesi Çıktılarının İncelenmesi</i>
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Berrin ÖZKAYA
Danışman Adı Soyadı	Doç. Dr. Halil ŞENGÜL
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

Prof. Dr. Nasuh USLU
Başkan

Prof. Dr. Metin TOPRAK
Üye

Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Üye

Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye

Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi

Zeyneb Funda TEZ

1 / 1

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Sorgula/BSP2R0YAK> adresinden yapılabilir.

Ek- 2: Böbrek Hastalığı Ve Yaşam Kaliteniz (Kdqoltm-36)

1. Genel olarak, sağlığınız: [Yanıtınızı en iyi açıklayan kutunun içine bir X işareti koyun]	() Mükemmel () Çok İyi () İyi () Orta () Kötü
2. Aşağıdaki maddeler tipik bir gün boyunca yapıyor olabileceğiniz etkinlikler ile ilgilidir. <u>Bugünlerde sağlığınız</u> bu etkinlikleri yerine getirirken <u>sizi sınırlıyor mu?</u> Eğer böyle ise, ne kadar? [her satırda bir kutu içine X işareti koyun.]	() Evet, çok sınırlıyor () Evet, biraz sınırlıyor () Hayır, hiç sınırlamıyor
3. Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK, bowling veya golf oynamak gibi <u>hafif etkinlikler</u>	() Evet, çok sınırlıyor () Evet, biraz sınırlıyor () Hayır, hiç sınırlamıyor
4. <u>Birkaç</u> kat merdiven çıkmak....	() Evet, çok sınırlıyor () Evet, biraz sınırlıyor () Hayır, hiç sınırlamıyor
5. <u>Son 4 hafta boyunca fiziksel sağlığınızın bir sonucu olarak</u> işiniz veya diğer düzenli günlük etkinlikleriniz ile ilgili aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı? İstedığınızden <u>daha az işi yerine getirebildiniz</u>	() Evet () Hayır
6. İşin veya diğer etkinliklerin <u>türüne göre sınırlandınız</u>	() Evet () Hayır
7. Son 4 hafta boyunca herhangi bir duygusal problemin (depresyon veya anksiyete hissi gibi) bir sonucu olarak işiniz veya diğer düzenli günlük etkinlikleriniz ile ilgili aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı? İstedığınızden <u>daha az işi yerine getirebildiniz</u>	() Evet () Hayır
8. İşinizi veya diğer etkinlikleri her zamanki kadar <u>dikkatli</u> yapmadınız	() Evet () Hayır
9. <u>Son 4 hafta boyunca, ağrı</u> normal işiniz (hem ev dışındaki iş, hem ev işi dahil) üzerinde ne kadar etkili oldu?	()Hiç ()Biraz ()Orta Derecede ()Epeyce () Oldukça Fazla

<p>10. Bu sorular son 4 hafta boyunca nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Her soru için lütfen nasıl hissettiğinizi en yakın şekilde anlatan yanıtı verin. Son 4 hafta boyunca kaç kere..... Sakin ve huzurlu hissettiniz?</p>	<p>() Her Zaman () Çoğunlukla () Oldukça Çok () Bazen () Biraz () Hiçbir Zaman</p>
<p>11. Çok enerjik oldunuz?</p>	<p>() Her Zaman () Çoğunlukla () Oldukça Çok () Bazen () Biraz () Hiçbir Zaman</p>
<p>12. Üzüntülü ve keyifli hissettiniz?</p>	<p>() Her Zaman () Çoğunlukla () Oldukça Çok () Bazen () Biraz () Hiçbir Zaman</p>
<p>13. Son 4 hafta boyunca, fiziksel sağlığınız veya duygusal problemlerinizi kaç kere sosyal etkinliklerinizi (arkadaşlarınızı, akrabalarınızı, vs. ziyaret) etkiledi?</p>	<p>() Her Zaman () Çoğu Zaman () Bazen () Çok Az () Hiçbir Zaman</p>
<p>14. Böbrek Hastalığınız Aşağıdaki ifadelerden her biri sizin için ne kadar doğru veya yanlış? Böbrek hastalığınız yaşamınızı çok fazla etkiliyor.</p>	<p>() Kesinlikle Doğru () Çoğunlukla Doğru () Bilmiyorum () Çoğunlukla Yanlış () Kesinlikle Yanlış</p>
<p>15. Zamanımın çoğunu böbrek hastalığımla uğraşarak harcıyorum</p>	<p>() Kesinlikle Doğru () Çoğunlukla Doğru () Bilmiyorum () Çoğunlukla Yanlış () Kesinlikle Yanlış</p>
<p>16. Böbrek hastalığımla uğraşmak kendimi gergin hissetmeme neden oluyor</p>	<p>() Kesinlikle Doğru () Çoğunlukla Doğru () Bilmiyorum () Çoğunlukla Yanlış () Kesinlikle Yanlış</p>
<p>17. Aileme yük olduğumu düşünüyorum</p>	<p>() Kesinlikle Doğru () Çoğunlukla Doğru () Bilmiyorum () Çoğunlukla Yanlış () Kesinlikle Yanlış</p>
<p>18. Son 4 hafta boyunca, aşağıdakilerden her biri sizi hangi ölçüde rahatsız etti? Kaslarımızda acıma</p>	<p>() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti</p>
<p>19. Göğüs ağrısı</p>	<p>() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti</p>
<p>20. Kramplar</p>	<p>() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti</p>

21. Cilt kaşıntısı	() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti
22. Kuru cilt	() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti
23. Nefes darlığı	() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti
24. Bitkinlik veya baş dönmesi	() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti
25. İştah azalması	() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti
26. Yorgunluk veya bitkinlik	() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti
27. Ellerde veya ayaklarda uyuşukluk	() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti
28. Bulantı veya mide bozulması	() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti
29. A. (Sadece hemodiyaliz hastaları) Giriş bölgesinde sorun	() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti
29. B. (Sadece peritonel diyaliz hastaları) Kateter bölgesinde sorun	() Hiç Rahatsız Etmedi () Biraz Rahatsız Etti () Orta Ölçüde Rahatsız Etti () Çok Fazla Rahatsız Etti () Oldukça Rahatsız Etti
30. <u>Böbrek Hastalığının Günlük Yaşamınız Üzerindeki Etkileri</u> Bazı insanlar böbrek hastalığının günlük yaşamları üzerindeki etkilerinden rahatsız olurken, bazıları olmaz. Böbrek hastalığı aşağıdaki alanların her birinde sizi ne kadar <u>rahatsız</u> ediyor? Sıvı kısıtlaması	() Hiç Rahatsız Etmiyor () Biraz Rahatsız Ediyor () Orta Ölçüde Rahatsız Ediyor () Çok Fazla Rahatsız Ediyor () Oldukça Rahatsız Ediyor
30. Diyet kısıtlaması	() Hiç Rahatsız Etmiyor () Biraz Rahatsız Ediyor () Orta Ölçüde Rahatsız Ediyor () Çok Fazla Rahatsız Ediyor () Oldukça Rahatsız Ediyor

31. Ev içinde çalışabilme kapasiteniz	() Hiç Rahatsız Etmiyor () Biraz Rahatsız Ediyor () Orta Ölçüde Rahatsız Ediyor () Çok Fazla Rahatsız Ediyor () Oldukça Rahatsız Ediyor
32. Seyahat edebilme kapasiteniz	() Hiç Rahatsız Etmiyor () Biraz Rahatsız Ediyor () Orta Ölçüde Rahatsız Ediyor () Çok Fazla Rahatsız Ediyor () Oldukça Rahatsız Ediyor
33. Doktorlara ve diğer tıp personeline bağımlı olmak	() Hiç Rahatsız Etmiyor () Biraz Rahatsız Ediyor () Orta Ölçüde Rahatsız Ediyor () Çok Fazla Rahatsız Ediyor () Oldukça Rahatsız Ediyor
34. Böbrek hastalığının neden olduğu stres veya üzüntüler	() Hiç Rahatsız Etmiyor () Biraz Rahatsız Ediyor () Orta Ölçüde Rahatsız Ediyor () Çok Fazla Rahatsız Ediyor () Oldukça Rahatsız Ediyor
35. Cinsel yaşamınız	() Hiç Rahatsız Etmiyor () Biraz Rahatsız Ediyor () Orta Ölçüde Rahatsız Ediyor () Çok Fazla Rahatsız Ediyor () Oldukça Rahatsız Ediyor
36. Kişisel görünümünüz	() Hiç Rahatsız Etmiyor () Biraz Rahatsız Ediyor () Orta Ölçüde Rahatsız Ediyor () Çok Fazla Rahatsız Ediyor () Oldukça Rahatsız Ediyor

Ek- 3: Tanımlayıcı Anket

1- Cinsiyetinizi belirtiniz	<input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
2- Yaşınızı belirtiniz.
3- Medeni durumunuz nedir?	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekâr <input type="checkbox"/> Diğer
4- Eğitim durumunuz nedir?	<input type="checkbox"/> Okur-Yazar Değil <input type="checkbox"/> Okur-Yazar <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü
5- Aile tipi	<input type="checkbox"/> Çekirdek <input type="checkbox"/> Geniş
6- Çalışma durumunuz nedir?	<input type="checkbox"/> Çalışan <input type="checkbox"/> Çalışmayan/ Ev Hanımı <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Diğer
7- Sosyal güvenceniz nedir?	<input type="checkbox"/> SGK <input type="checkbox"/> Devlet memuru <input type="checkbox"/> Bağ- Kur <input type="checkbox"/> GSS <input type="checkbox"/> Özel sigorta <input type="checkbox"/> Yabancı Uyruklu, Sığınmacı <input type="checkbox"/> Güvencem Yok
8- Renal Tx sonrası nakil süresiniz nedir?	<input type="checkbox"/> 1 yıldan az <input type="checkbox"/> 1-5 yıl <input type="checkbox"/> 6-10 yıl <input type="checkbox"/> 11 yıl ve üzeri
9- Aylık geliriniz nedir?	<input type="checkbox"/> 0-3000 TL <input type="checkbox"/> 3001- 5000 TL <input type="checkbox"/> 5001- 7000 TL <input type="checkbox"/> 7001- 9000 TL <input type="checkbox"/> 9001 TL ve üzeri
10- Nakil öncesi diyalize girdiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
11- Kronik böbrek yetmezliği tanısı ne zaman konuldu?
12- Nakil için hangi şehirden geldiniz? Yazınız.
13- Vericiniz ile akrabalık durumunuz nedir? Yazınız.
14- Sigara içiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
15- Alkol kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
16- Böbrek hastalığı dışında eşlik eden kronik bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> KAH <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Depresyon Diğer.....yazınız.

17- Aşağıdaki ilaçların hangilerini kullanıyorsunuz ?	<input type="checkbox"/> Antihipertansif <input type="checkbox"/> Antidiyabetik <input type="checkbox"/> Analjezik <input type="checkbox"/> Antidepresan Diğer.... Yazınız
18- Hangi organ nakli merkezinde nakil oldunuz? Yazınız.



ÖZGEÇMİŞ

Berrin ÖZKAYA

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans

2022- İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi

Lisans

2020: Lisans- İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi

2020: Lisans- İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi, Uluslararası Ticaret ve Finans

B. MESLEKİ DENEYİM

2019- 2020- Güz Dönemi (Eylül- Ocak) İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Staj) .

2019- 2020- Bahar Dönemi (Şubat- Mart) İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Staj).

2020-Devam – Organ Nakli Koordinatör Yardımcısı, Özel Medicana Hospitals Bahçelievler

C. YAYINLANAN MAKALE VE BİLDİRİ

ÇINAR, F., ve Özkaya, B. (2020). Korona virüs (COVID-19) Pandemisinin Medikal Turizm Faaliyetlerine Etkisi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 35-50.

ÖZKAYA, B., ÇINAR, F., ŞENGÜL, H., EKİNCİ, G. (2021). Knowledge and Attitude of Health Workers in Rational Drug Use: Systematic Review. 6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi.

D. SERTİFİKA VE EĞİTİMLER

04 Aralık 2017: “İnovasyon ve Kariyer” katılım belgesi,

09 Aralık 2017: “Sağlık Hizmetlerinde Belediyelerin Yeri ve Önemi” katılım sertifikası,

16 Aralık 2017: III. Sağlık Yönetimi Sektör Buluşması “Hastane Yöneticileri Günü” katılım belgesi,

04 Şubat 2018: “İlk Yardım” 18 saatlik kurs bitirme belgesi,

22 Şubat 2018: “Sağlığın Yönetiminde Yeni Ufuklar ve Sağlık Profesyonellerini Bekleyen Değişimler” katılım belgesi,

13 Nisan 2018: “Sağlık Hizmetlerinde Manevi Bakım Sempozyumu” katılım belgesi,

29 Eylül 2018- 12 Şubat 2019: “Hasta Kabul İşlemleri” sertifikası,

2018- 2019: “Ofis Programları Kullanımı” sertifikası,

22 Nisan 2019: “Genç Yeryüzü Doktorları ve İlk Yardım” katılım belgesi,

07 Mayıs 2019: “Aynadaki Yüzümüz” katılım belgesi,

20 Eylül 2019: “İş Sağlığı ve Güvenliği Temel Eğitimi” katılım belgesi