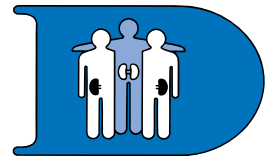


# Böbrek çalışmazlığında terapiler



---

### ***Yayınlayan***

Almanya Diyaliz Hastaları Derneği  
Terapi ve Rehabilitasyon alışma Grubu  
Theresia Weibler / Sylvia Baierlein  
Weberstrasse 2  
D – 55130 Mainz  
Almanya

Telefon 0 61 31 / 8 51 52  
Telefax 0 61 31 / 83 51 98  
E-Mail Geschaefsstelle@DDeV.de  
www.Dialysepatienten-Deutschlands.de

### ***Katkıda bulunanlar***

Dr. Med. Theo Busch  
Moers Nefroloji Merkezi

Dr. Med. Wolfgang Ernst  
KfH Langenselbold

Dr. Med. Herbert Stradtman  
PHV Diyaliz Enstitüsü Bad Wildungen

Dr. phil. Alexander Schulz  
Gazeteci

şu müessesenin desteğiyle:  
AMGEN  
www.amgen.de  
www.niere.org

Türkische Version / Türkçeye tercümesi:  
Dipl.-Übers. Sait Kont

### ***Layout / Resimler / Dizgi***

Christa Scharnagl

İşbu kitapın basılması ve çoğaltılması –  
kısmen de olsa – sadece yukarıda belirtilen  
yayıncının yazılı izni ile mümkündür.

# Böbrek çalışmazlığında terapiler



## *İçerik*

- 5 *Önsöz*
- 6 *Hemodiyaliz*  
Bireysel uyarlanmış bir terapi için
- 10 *Peritoneal diyaliz*  
Eşdeğerli terapi opsiyonu
- 13 *Böbrek nakli*  
Üçüncü terapi opsiyonu
- 17 *Canlı böbrek bağıışı*  
On soru – On cevap
- 20 *Wellness*  
Diyaliz ve bedensel sağlık
- 22 *Karınzarı diyalizi (CAPD)*  
Peritoneal diyalizden hemodiyalize
- 24 *Karınzarı diyalizi (CAPD)*  
Oscar daima beraber
- 26 *Ev diyalizi*  
En önemlisi bağımsızlık
- 28 *Transplantasyon (nakil)*  
Tarif edilmez bir his
- 29 *Organ bağıışı*  
Unutulmaz bir gün
- 31 *Akrabadan organ bağıışı*  
Yeni perspektifler için şans
- 34 *Renal anemi*
- 36 *Yayınlayanın kısa bir portresi*

## Önsöz

Böbrek çalışmazlığı, hasta ve yakınlarının o güne kadarki yaşam alışkanlıklarında çok önemli bir değişim noktası anlamına gelir. Buna bağlı olan iş gücü kaybı, hastayı çok etkiler ve hastalığı kabul etmeyi gerektiren değişik bir bakış açısını zorunlu kılar.



Terminal (ilerlemiş) böbrek çalışmazlığı halinde burada takdim edilen terapilerden hangisinin uygulanacağı, hasta ile doktoru arasında varılacak kişisel karara bağlı olup bu kararı verirken hastanın anamnezisinin (hastalık geçmişinin) dikkate alınması gerekir. Her terapi şeklinin olumlu ve olumsuz tarafları vardır, bunların hastaya ve yaşam durumuna göre tartılması gerekir. Ama verilen karar, değişmez bir karar değildir, çünkü yaşam durumuna göre terapi şekli değiştirilebilir ve hatta değiştirilmesi gerekli de olabilir.

Elinizdeki broşür, bilgilenmeniz amacıyla düzenlenmiştir ve doktorunuzla beraber doğru terapi kararını vermenize yardımcı olacaktır. Diğer hastalarla, hastabakıcı personelle ve hekimlerle yapacağınız konuşmalarla da tecrübe ve bilgiler edineceksiniz.

***Almanya Diyaliz Hastaları Derneği  
Terapi ve Rehabilitasyon Çalışma Grubu***

## *Hemodiyaliz*

### *Bireysel uyarlanmış bir terapi için*



Hemodiyaliz, metabolizma ürünleri için bir kan temizleme yöntemidir, kan tuzlarını (örneğin kalyum) ve asit-baz dengesini ayarlar; bu yöntem, vücudun kaybettiği fazla su ile birçok üremik artık maddelerini atabilme kabiliyetinin yerine, yedek yeni bir imkan oluşturur.

Normal ‘böbrek çalışma zamanına’ ( haftada 168 saat) kıyasla diyaliz daha az zaman gerektirdiğinden (haftada 12 ile 18 saat arasında) ve hayati önemi olan bazı maddelerin (vitaminler) kaybından dolayı hemodiyaliz, gerçi böbrek fonksiyonu için tam eşdeğer bir yedek değildir ama hayatta kalmayı mümkün kılar.

Diyaliz yöntemi, her seferinde yeniden damara giriş için iğne yapılması esnasında duyulan acı hariç, tamamen acısız bir yöntemdir.

Hemodiyaliz şu üç şekilden biriyle uygulanabilir: Merkezlerde hemodiyaliz, merkezleştirilmiş ev diyalizi veya ev hemodiyalizi; ama bu sonuncusunda bir insanın daima yardımcı olarak hazır bulunması gerekir.

## *Hemodiyaliz nasıl işler?*

Hemodiyaliz, yarı geçirgen bir diyaframla birbirinden ayrılmış iki sıvı arasında bir madde mübadelesidir. Kan temizlemesi uygulanırken insanın kanı hortumlardan ve diyalizatörden geçer ve insana geri ulaşır. Bunu sağlamak için diyaliz makinesine ve dolayısıyla diyalizatöre bağlanmak gerekir. Sonra kalın bir ponksiyon iğnesi vasıtasıyla kan Shunt'tan alınır ve bağlantılı bir hortum sistemi vasıtasıyla makaralı bir pompadan geçirilir. Bu pompa yaptığı dönme hareketleriyle sistemde yeterli ve kesintisiz kan akımını sağlar ve bu suretle, heparin eklenerek pıhtılaşmaz hale getirilen yeterli miktarda kan, adına diyalizatör denilen bir aletten geçirilir ve daha sonra ikinci bir ponksiyon giriş noktasından hastaya geri verilir.

Etkili bir kan yıkanması yapabilmek için, diyaliz makinesine en az dakikada 200 ml kan verilmesi gerekir. Aksi takdirde yetişkin insanlarda diyaliz çok uzun sürer ve bazı hallerde diyaliz diyaframındaki kan borucukları düşük kan akımından dolayı tıkanabilir.

Bu sebepten dolayı hastalarda, genellikle sol alt kolda, adına diyaliz shunt'ı (okunuşu: şant) denen bağlantı takılır.

Lokal anesteziyle takılan bu bağlantı, bir atardamar ile yakınındaki bir toplardamar arasında yapılan suni bir kısa devre bağlantısıdır. Bu suretle atardamardaki kan akımı bölünür; kan kısmen ele ve kısmen de toplardamar üzerinden vücuda geri gider. Bu toplardamar sonraki haftalarda önemli derecede genişler. Bu suretle bir veya iki iğneyle vücuttan etkili bir diyaliz yapabilecek derecede yeterli kan alınabilir. Bir

shunt takılması, genelde ufak bir operasyonla yapılır. Atardamarlar darsa ve toplardamarlar çok darsa, kısa devre bağlantısının araya suni bir damar yerleştirilerek yapılması gerekir. Bunu yapabilmek için, bütün kola anestezi (pleksus anestezi) veya tam narkoz uygulamak gerekir.

Adına filitre, kapılar veya suni böbrek de denilen diyalizatör, olayın en önemli noktasını oluşturmaktadır. Diyalizatör, yarı geçirgen diyaframlardan oluşan ve her iki ucu kapalı bir silindire yerleştirilen içi boş elyaflardan oluşur. Diyalizin üst girişinden kan içeri girer ve kapıların içine dağılır. Ve oralardan geçtikten sonra alt kapak bölgesinden kan hortumuna girer ve bu hortum vasıtasıyla hastanın vücuduna geri ulaşır. Kan akımının karşı istikametinde yandan bir giriş noktasından diyalizatörün içine dakikada 500 ml diyaliz çözeltisi pompalanır.

Bu çözeltiyi makine, elektrolit (son konsantrasyonunda kan tuzlarına benzer) sodyum hidrojen karbonat (sodyum bikarbyonum) ve ultra temiz sudan oluşturur. Bu sıvı, kapıların arasına dağılır ve kandaki artık maddeleri aldıktan sonra, bir yan çıkış noktasından tekrar dışarı alınır.

### *Ev hemodiyalizi*

Evde hemodiyaliz yapmanın ön şartı, hastanın tıbbi bakımdan sağlam bir durumda olmasıdır ve eşi veya partneriyle beraber bu konuda yeterli ön eğitimden geçmiş olmalarıdır. Ayrıca



yakınlardaki bir diyaliz merkezinin doktoruna ve sağlık personeline telefonla her zaman ulaşabilme imkanının olması da şarttır. KfH (Ev Diyalizi Kuratoryumu) ve PHV (Hastalara Evde Bakım) kuruluşları, özel diyaliz eğitim merkezlerine sahiptir. Evde bir diyaliz yatağı, bir umkerosmoz aleti (su sağlanması için) ve yeterli büyüklükte ve ısıda olup kullanım malzemelerinin depolanmasına uygun bir odanın bulunması gerekir. Diyaliz aleti, hastaya ödünç verilir, ve aletin takılması ve düzenli aralıklarla teknik bakımı da sağlanır. Kullanım malzemelerinin ısmarlanmasından ve depolanıp muhafaza edilmesinden, hasta kendisi bizzat sorumludur. Ev diyalizinde hasta, sabit diyaliz zaman ve sürelerine bağlı değildir. Diyaliz merkezlerine gidip gelmeye gerek yoktur ve hasta, kendi kişisel çevresinde kalır. Ev hemodiyalizi uygulamasının olumlu tarafları olmasına karşın, diyaliz merkezlerinde yapılan diyalizlere kıyasla oranı yine de artmamaktadır.

Ev diyalizi uygulamasının olumsuz tarafları olarak, bir partnere bağlı olmak, yapılacak işi kendi yapmak mecburiyetinde olmak, ve tıbbi eğitimden geçmiş doktor veya hastabakıcı gibi sağlık personelinin her an hazır bulunmamasından doğan bir korku ve kendine güvenmezlik hisleri sayılabilir.

*Dr. Herbert Stradtman*



## *Peritoneal diyaliz*

### *Eşdeğerli terapi opsiyonu*



Kronik böbrek çalışmazlığında peritoneal diyaliz (PD), deneyimli bir terapi opsiyonudur. Bu metod hastanın, adına periton denilen karın zarını kullanır ve değişik fizikal süreçler yardımıyla artık maddeleri ve fazla sıvıyı kandan çeker alır. Daha kolay tabir edilirse: „Kirli“ bir çözelti (kan), bir „yıkama çözeltisi“ (diyaliz

çözeltisi) ile yıkanır ve aynı zamanda temizlenir. Bu süreç esnasında karın zarı, her iki çözeltiyi birbirinden ayırır ve filtre fonksiyonlu tabii bir diyafram görevini yerine getirir.

### *Teknik ön şartlar*

● Sonda: PD uygulamasında diyaliz çözeltisi bir sonda ile karın boşluğuna getirilir. Sondanın ucu, karının en derin yerine kadar ulaşır. Sondanın son üçtebirlik kesiminde, çok sayıda ufak delikler vardır; bu deliklerden diyaliz çözeltisi girer ve çıkar. Sonda genel olarak sol alt ve orta karındaki göbek boşluğundan dışarı çıkar. Sondanın dış son kesiminde torba değişimi için bir aktarma sistemi bulunur. Sondanın bu kesiminin, karın zarı iltihabı (peritonit) ve benzeri iltihaplardan kaçınmak için, sterilize tutulması şarttır.

● Diyaliz çözeltileri: Değişik elektrolit (sodyum klorür, magnezyum, kalsiyum) ve glukoz konsantrasyonlarından oluşan çok sayıda sterilize PD çözeltileri mevcuttur. Yeni geliştirilen biyolojik uygun çözeltilerin amacı, mümkün olduğu kadar çok özellikleriyle tabii doku sıvılarına eşdeğer olabilmektir. Örneğin alternatif diyaliz çözeltileri şunları içerir: Fizyolojik tampon madde olarak bikarbonat; osmotik ve vücudun suyunu çekici madde olarak glukoz polimerleri veya amino asitleri; ve bu suretle, diyaliz sebebiyle oluşan amino asidi ve protein kaybını denkleştirilir.

● Peritoneal diyaliz tedavi metodları: PD sürekli ambulans peritoneal diyaliz (CAPD) olarak uygulanabilir. Bu uygulamada hasta çoğu hallerde günde dört defa elden diyalizat değiştirir. İntraperitoneal diyalizat hacmi 1,5 ile 2,5 litre arasındadır. Diyalizat maddesi karın boşluğunda gündüz dört ile altı saat kadar kalır, geceleyin ise sekiz ile dokuz saat arasında kalır. Alternatif olarak ev diyalizi, otomatikleştirilmiş peritoneal diyaliz (APD) olarak da uygulanabilir. Bu metodla gece saatlerinde otomatik çalışan bir diyalizat değiştirme aleti (Cycler) yardımıyla diyaliz uygulanır. Daha kısa tedavi süresinin muhtemel olumsuz neticesi, diyaliz çözeltilerini daha sıkça değiştirerek ve diyalizat hacmini büyütürken denkleştirilir.

CAPD ve APD metodları hastalar tarafından kombine edilebilir veya değişerek uygulanabilir.



### *Neden peritoneal diyaliz?*

Ekstrakorporal böbrek yedeği terapisi uygulayabilecek yeterli uygun damar bulunmaması gibi tıbbi indikasyonların yanısıra sıkça hallerde sosyal indikasyonlar, PD uygulamak lehine karar verme sebepleri oluşturur.

Vücutun zehirini alıcı kalitelerinde peritoneal diyaliz ile hemodiyaliz arasında bir fark yoktur. Ama edinilen tecrübelere bakılırsa, idrar üretimi PD uygulamasında daha uzun süre muhafaza edilir. Bu suretle, içilebilecek su miktarı hususunda sıkça hallerde daha geniş tolerans imkanı kalır. Ama her PD hastasının, vücudunun stabil su dengesini muhafaza edebilmek ve bu suretle mümkün olduğu kadar iyi derecede ayarlı tansiyona sahip olabilmek için, ulaşılp muhafazası arzulanan belirli bir vücut ağırlığının önceden saptanması gerekir.

Peritoneal diyaliz, bir tür ev diyalizi metodudur. Bu metod, hastaya yüksek ölçüde kişisel sorumluluk yükler ama, klinik çevresinden de büyük ölçüde bağımsızlık anlamına gelir. Yer ve zaman bakımından esneklik, hastaya güncel yaşamını büyük ölçüde kendi başına tayin edebilme ve bu suretle mesleki ve sosyal bağlantılarını koruyabilme imkanını sağlar. Tatil yapabilme hususunda da böyledir; çünkü PD temiz her yerde hijyenik sıhhi şartlara uyularak uygulanabilir. Genel olarak söylemek gerekirse: Bilgilenmek ve kurallara uymak ve de ambulans bir merkezde sürekli kontroller yaptırmak, başarılı bir tedavinin anahtarıdır.

*Dr. Theo Busch*

## *Böbrek nakli*

### *Üçüncü terapi opsiyonu*

Böbrek nakli, terminal yani nihai böbrek kifayetsizliği tedavisinde üçüncü opsiyondur. Ön şart, ölen birisinin bağışladığı bir böbrek bulunması veya hayatta olan birisinin böbrek bağışdır. Başarılı bir transplantasyondan yani böbrek naklinden sonraki ilk zamanlar, bir alışma devresi teşkil eder, yeni imkan ve sınırlar tanınır ve denenir ve bağış olarak alınan transplantat tanımlanan böbreğin fonksiyonu ile ilgili krizlerin tedavisiyle ilgilenilir. Kullanılan ilaçların yan etkileri hakkında nasıl davranılacağıının da öğrenilmesi gerekir. Sonuç olarak şunu söylemek mümkündür: Yeni hayat kalitesi ve psikolojik olarak kendini iyi hissedebilmek, transplantatın fonksiyonel statüsüne yakından bağılıdır.

Ölen şahıslardan organ bağışının alınması, ancak insanın beyni ölmüşse ama kan dolaşımı makineyle hala işler vaziyette tutulabiliyorsa mümkün olabilir. Beynin ölümü, kesin ölümün bir belirtisi sayılır, yani beyin fonksiyonu tamamiyle ve tekrar çalışmayacak derecede sönmüş olmalıdır. Bu durumun, beyin ölümü teşhisinde tecrübeli iki doktor tarafından birbirinden bağımsız olarak tesbit edilmesi ve bu hususta yazılı protokol tutulması şarttır. Ayrıca, örneğin bir kimlik veya beyanla organ bağışını belgeleyen bağış izni olması gerekir. Böyle bir belge veya izin yoksa, ölünün yakınlarına bu hususta karar vermeleri amacıyla sorulur. Organın alınması (eksplantasyon) ve implantasyon (takılması) arasındaki süre ne kadar kısa ise,



başarılı bir transplantasyon (böbrek nakli) olma şansı o derecede yüksektir.

Organ bağışını alan hastanın adı, ölenin yakınlarına söylenmez; hastaya da organın kim tarafından bağışlandığı da söylenmez. Bu suretle, karşılıklı bağımlılık halinin oluşması önlenir. Böbrek bağışına uygun hastaların isimleri, organ naklinin yapılması düşünülen transplantasyon merkezinde tesbit edilir. Bu hastalar hakkındaki tıbbi bilgiler, Hollanda'nın Leiden şehrindeki Eurotransplant Avrupa Transplantasyon Merkezine bildirilir, ve oradaki bekleme listesine kaydedilir. Listeye kaydedildikten sonra hastaya her an ulaşılabilmesi şarttır, çünkü böbrek bağışının ne zaman olacağı bilinmez; ve kendisine ulaşılamayan hasta, kendisine o seferde böbrek transplantasyonu yaptırma şansından olur. Eurotransplant tarafından organ bağışını düzenleyen aşağıdaki kurallar, başarı, aciliyet ve şans eşitliği temel hususlarına bağılı olarak saptanmıştır:

● ***Kan grubu uygunluğu***

Organ transplantasyonu için ön şart, organı bağışlayan ile bağış alanın kan gruplarının uyuşmasıdır.

● ***HLA (Doku) özellikleri uyuşma derecesi (% 40 ağırlıklı)***

Transplantasyonun uzun süreli olabilmesi için, en az % 50 derecede HLA (İnsan Lenfosit Antigen Sistemi) özellikleri uyuşması amaçlanmalıdır.

● ***Mismatch ihtimali (% 10 ağırlıklı)***

Mismatch ihtimali, daha önce hesaplanan, HLA özelliklerinde uyuşan organ bulabilme ihtimalini belirtir. Nüfusun HLA özellikleri dağılımı, bu hesabın dayanağını oluşturur.

### ● *Bekleme zamanı (% 30 ağırlıklı)*

Bekleme zamanı, diyalize başlanan gün başlar. Organ dağıtımında bir aciliyet faktörüdür. Bekleme zamanı, gün hesabıyla yapılır; şu sıralarda altı sene diyaliz zamanı hesaba katılmaktadır.

### ● *Konserve zamanı (% 20 ağırlıklı)*

Bağışlanan organ için mümkün olduğu kadar kısa konserve ve taşıma zamanı amaçlanmalı ve değerlendirmeye alınmalıdır. Çünkü transplantat organ derhal ve eşit derecede fonksiyonu yerine getirmeye başlarsa, uzun süreli başarılı bir transplantasyon olmasında büyük etkili bir faktör oluşturur.

Bedenen ve ruhen gelişmede olumsuz etkilerin doğmasından kaçınmak amacıyla bekleme zamanının mümkün merteye kısaca tutulması gerektiğinden, organ dağıtımında büyüme çağındaki çocuklara öncelik tanınır.

Bağışlanan böbrek, hastanın sağ veya sol küçük kalça boşluğuna transplantasyon yapılır; hastanın çalışmayan böbrekleri ancak özel hallerde vücuttan alınır.

Kural olarak yalnızca bir tek böbrek nakledilir, çünkü bir böbrek tüm fonksiyonların sağlanmasına yeterlidir.

### ● *İmmunite suppresyonu:*

Vücuda yabancı her organ transplantasyonu, bağışı alanın vücudunda immunolojik korunma reaksiyonu oluşturur ve bu da yabancı organın kaybına neden olabilir. Vücutun immun sisteminin reaksiyonları, adına immunsuppresif denilen bağışıklık bastırıcı ilaçlarla hafifletilebilir. Buna rağmen vücudun, nakledilen organların kabulünü reddetmesi, organ transplantasyonlarının en büyük problemini oluşturmaktadır.



İki türlü organ nakli reddi reaksiyonu vardır: Akut ve kronik. Akut reaksiyon birkaç defa ortaya çıkabilir, birkaç gün sürer ve yüksek dozajda verilen immunsuppresif ilaç tedavisiyle ortadan kaldırılır. Vücut çeşitli nedenlerden dolayı kuvvetli bir vücudu koruma reaksiyonu gösterir. Bu reaksiyon çerçevesinde vücut kendi bünyesinde lenfositleri aktif hale getirir ve transplantata karşı kullanır. Nakledilen organı kronik reddetme olayı ise, terapiye karşı duyarsızdır. Bu reaksiyon yavaş gelişir ve haftalarca, aylarca hatta senelerce sürebilir ve nakledilen organ üzerinde kalıcı hasarlara yol açar ve en nihayetinde transplantasyonu yapılan organın reddedilmesine yol açar. İlaçların yan etkilerini ve transplantatın fonksiyonlarını kontrol edebilmek için, hastanın sürekli ve düzenli olarak kontrol muayenelerine gitmesi gerekir. Bu muayeneler arasında verilecek zaman aralığı, ameliyattan sonraki ilk zamanlarda çok kısa olmalıdır. Böbrek fonksiyonu stabil ise ve herhangi bir komplikasyon belirmezse, muayeneler daha geniş aralıklarla yapılabilir. Ne kadar sık kontrol muayenesi yapılırsa, o kadar erken muhtemel reddetme reaksiyonları (örneğin idrar zorunlu maddelerinin artışı) farkedilebilir ve önlem alınabilir. Çünkü her hasta aynı tipik reddetme reaksiyonları göstermeyebilir. Tipik reddetme semptomları ateş, tansiyonun yükselmesi, idrarın azalması ve benzeri semptomlardır.

Transplantat fonksiyonlarını mümkün olduğu kadar uzun süre muhafaza edebilmek için, kontrollerin başarılı olarak uygulanması gereklidir ve bunun için de hasta ve doktoru arasında yoğun ve etraflı bir bilgi alışverişinin olması gereklidir.

*Theresia Weibler*



## Canlı böbrek bağıışı

### On soru - On cevap

*Ölen şahıslardan alınabilecek böbreklerin sayısı çok azdır ve ama onlara ihtiyaç da çok büyüktür. Bir çok hastaya, tranplantasyon süresi çok uzun gelmektedir. Herşey zamanında planlanırsa, bir canlı organ nakli yapılarak diyaliz zamanı önenebilir veya diyalizde geçirilecek zaman azaltılabilir. İç hastalıkları ve böbrek mütehassısı doktor Wolfgang Ernst, aşağıda canlı organ bağıışı ile ilgili bazı soruları cevaplamaktadır:*



Ahlak komisyonu, bağıışlayan ve bağıışlanan arasında teferruatlı bir konuşmanın yapılmasını öngörmektedir. Bu konuşmada özellikle “serbest irade” hususu konuşulur ve kontrol edilir. Bu konuşma çerçevesinde organ bağıışlamak isteyen ile bağıışı alan arasındaki ilişkiyi açıklığa kavuşturmak, hemen hemen hiç mümkün olamaz. Sonraları sıkça hallerde psikolojik problemler belirir. Bağıışlanan kendini borçlu, hatalı ve hatasını düzeltmeye çalışmalı gibi hisler içerisinde görünebilir. Özellikle organı bağıışlayanda, ameliyat sonrasında acılar, uzun süren bir iyileşme devresi gibi bedeni ve mesleki problemler de ortaya çıkarsa, yukarıda sayılan türden psikolojik problemler belirebilir. Organ bağıışını alan insan ilgi odağı olduğu için, bağıışı yapan insan kendini tek başına bırakılmış ve terkedilmiş gibi hisseder. Ayrıca şu hususun da gözden kaçırılmaması gerekir: Organ bağıışını yapan şahısta kalan tek böbrek, herhangi bir sebepten dolayı sonradan bozulursa, bağıış



yapanın kendisi bu sefer diyaliz tedavisine başlamak zorunda kalır ve bu tür düşünceler bağış yapanda korkulara yol açabilir.

● ***Canlı organ bağış ne demektir?***

Ölen bir insanın bağışladığı organa kıyasla canlı organ bağış deyince, yaşayan bir insandan alınan bir canlı böbrek bağış anlaşılır.

● ***Canlı organ bağışının iyi tarafları nelerdir?***

Canlı organ bağışları daha başarılıdır. Burada şu kural geçerlidir: Kan akrabalığı ne kadar yakınsa, netice o kadar iyidir. Ama hayat partnerlerinden alınan ve bağış alanla kan akrabalığı olmayan insanlardan alınan organ bağışlarında da ilginç olarak yüksek başarılı neticelere ulaşılmaktadır.

● ***Bağış yapan hangi rizikoyu göze almaktadır?***

Bazı nadir hallerde şu erken komplikasyonlara rastlanmaktadır ama bunlar her operasyondan sonra da görülmekte olan hususlardır: Yara enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları, toplardamar iltihapları, akciğer ambolisi veya kanayan yaralar. Bir böbreği alındığı için ölme durumu ise çok küçük bir rizikodur ve sadece yüzde 0.3 ile yüzde 0.6 arasındadır. Amerika Birleşik Devletlerinde bu hususta yapılan bir araştırmanın neticesine göre 19.368 kişiden sadece beş tanesinde ölüm olayı ortaya çıktığı tesbit edilmiştir.

● ***Canlı organ bağışının masraflarını kim öder?***

Bunun masraflarını, organ bağışını alanın Krankenkasse denilen hastalık sigortası öder, çünkü uzun süreli olarak bakıldığına, hastalık sigortası masraftan iktisat eder.

● ***Bağış yapan ne zaman tekrar çalışabilir?***

Önce operasyon yapılan yerin tamamıyla ve stabil bir şekilde iyileşmesini beklemek gerekir. Her kim örneğin ağır yükler taşımak mecburiyetinde ise, 6 ile 8 hafta arasında hasta sayılır. Ama bir küçük çocuk annesi için de bu aynen geçerlidir. Kim bir büro işinde çalışıyorsa, genellikle ameliyattan 4 ile 6 hafta sonra işine dönebilir.

● ***Bağışlayanın çalışmadığı sürelerle ilgili parasını kim öder?***

Bu masrafları da 6 ile 8 haftalık bir süre için organ bağışını alan insanın hastalık sigortası öder.

● ***Organ bağışlayanda hangi sıhhi kısıtlamalar belirebilir?***

Bir böbrek bağışlayan insan tamamen normal şekilde yaşayabilir. Ne bir diyet yapma mecburiyeti vardır ne de içeceği miktarlar hakkında herhangi bir sınırlama yapmaya gerek vardır. Ama bağışlayan, vurma veya çarpmayı içeren spor türlerinden (örneğin boks ve karate) veya benzeri hareket ve işlerden kaçınmalıdır. Tansiyonunu düzenli aralıklarla ölçmelidir ve tansiyon yükseldiği takdirde tedavisini yaptırmalıdır. İhtiyati muayenelerde düzenli olarak kontroller zaten yapılmaktadır.

● ***Organ bağışlayan herhangi bir tazminat talep edebilir mi?***

Maddesel olarak para ve benzeri herhangi bir hak talep edemez. Ama organ bağışını kabul eden insanın kendisine ömür boyu müteşekkür olacağından emin olabilir. Böbrek bağışlayan insanlar, takdire şayan ve saygı duyulması gereken bir fiil yaptıklarından dolayı, bununla daima iftihar edebilirler.

● ***Bağışlanan böbrek bozulabilir mi?***

Birinci sene zarfında bozulan canlı böbrek transplantatları oranı % 5 ile 10 arasındadır. Bunun sebebi, bağışı alan insanın vücudunda oluşan ve bugünkü metod ve ilaçlarla henüz üstesinden gelinemeyen bir organ reddi reaksiyonudur. Ama % 90 ile 95 arasında başarılı olma şansı göz önünde tutulursa, en azından bir denemeye cesaret edilmesinde fayda vardır. Önemli husus: Organ reddi olaylarının aşağı yukarı yarısı çoğu halde başarılı olarak tedavi edilebilir.

● ***Diğer sorulara kim cevap verir?***

Mesleğinde uzman olan her insan, örneğin transplantasyon merkezinde çalışan doktorlar, sorularınızı cevaplayabilir.



## Wellness

### *Diyaliz ve bedensel sağlık*

*Reinhard Henne hemen hemen beş seneden beri diyaliz hastasıdır ve adeta ilginç bir biyatlon sporu yapmaktadır: Home traning ve Home diyaliz, hem de aynı anda. Bu insan kendisini diyaliz bakımından henüz başlangıçta kabul etmekte ve uzun yıllardan beri diyaliz hastası olan insanların yazdığı yazıları “der dialysepatient” isimli diyaliz hastaları için yayınlanan bir mecmuada eleştirisel bir gözle dikkatle izlemekte. Kendisinin hastalığa bakış açısını aşağıdaki raporunda aktarmaktadır:*

Beş sene kadar önce diyaliz yapma mecburiyetinde kaldıktan sonra, kan temizleme metodları olarak hemodiyaliz ve peritoneal diyaliz bana teferruatlı izah edildi. Diğer herhangi bir hastalığım olmadığı için, her iki metod da bende uygulanmaya uygun bulundu. Tıbbi bakımdan her iki metod birbirine eşdeğerdir. Birkaç gün düşündükten sonra hemodiyaliz metodunu seçtim. Bu metodun iyi tarafı, diyalizden sonra insan mümkün olduğu kadar serbest olabiliyor. Koluma Shunt takıldıktan üç ay kadar sonra ilk diyalizler başladı. Diyaliz yapınca kendimi daha iyi hissettim, ve diyaliz hastaları için geçerli olan laboratuvar değerlerine kısa sürede ulaşabildim.

Mesleğime tam olarak bütün gün devam edebildim ama zaman bakımından bazı problemler belirdi. Bu tür problemleri, önceleri diyaliz olmayan günlerde çalışarak, sonraları diyalizi akşam saatlerine aktararak belirli bir düzeyde tutmak mümkün

oldu. Bütün bu önlemler belirli bir süre için bayağı iyi netice verdi, çünkü bu şekilde mesleğime tam eskisi gibi devam edebildim ve toplumsal hayata da büyük ölçüde katılabildim. Ama o güne kadarki iyi olan bedensel kondüsyonum kötüleşti. Bir çözüm aramaya başladım; 4 ile 5 saat arasında devam eden diyaliz işlemini tekrar öğleden sonraya aktarmak için bir çözüm aradım. Neticede bu da mümkün oldu, çünkü çalışma saatlerimi işverenin rızası ile mukavele çerçevesinde azalttım ve sosyal sigortadan kısmi bedensel maluliyet maaşı almaya başladım.

Kronik böbrek kifayetsizliğine rağmen hayata karşı olumlu bakışımı hiç bir zaman kaybetmedim ve inşallah yakın bir zamanda gerçekleştirebilecek bir böbrek naklini bekliyorum. Bunun da ötesinde, imkanlarım dahilinde bedenem çalışarak kendimi sağlıklı tutmaya gayret ediyorum. Örneğin 40 ile 60 km kadar süren bisiklet turları yapıyorum ve hafta sonlarında 3 ile 5 saat kadar süren yürüyüşlere çıkıyorum ve kış mevsiminde kayak ta yapıyorum. Bunları gelecekte de bu ölçüde yapmayı arzuluyorum. Hatta 6 aydan beri diyaliz yaparken 40 dakikalık bir idman programı uyguluyorum. Bunun için hem hometrainer aletlerimi kullanıyorum hem de jimnastik yapıyorum. Bunları yaparken, bu hususta özel eğitimden geçmiş bir hemşire bana nezaret etmektedir.

Diyaliz Hastaları Derneği tarafından organize edilen Wellness hafta sonları, Almanyanın Isny şehrinde Allgaeu bölgesinde bizlerin bedensel olarak sağlığımız için birşeyler yapabilmemizi imkan dahilinde tutmaktadır. Öyle bir hafta sonunda, Dr. Heilmayer'in verdiği "Diyaliz yapanlarda bedensel güç kaybı" adlı konferansa gittim. Bu suretle, gelecekte de böyle programlara katılmanın, diyaliz hastaları için ne kadar önemli olduğunu orada bizzat gördüm.



## *Karın Zarı Diyalizi (CAPD)*

### *Peritoneal diyalizden hemodiyalize*



*Annette Jung karın zarı diyalizi metodu ile beş sene yaşadı. İlk zamanlar günde 4 defa torba değiştirdi, sonradan gece için cycler aldı. Yarım sene kadar önce nihayet hemodiyalize geçmek zorunda kaldı.*

Söylenildiğine göre karın zarı diyalizi, idrarı uzun süre muhafaza edebiliyor; bende ise bu durum malesef böyle

değildi. Günün birinde idrarım malesef çok çabuk bir şekilde kesildi. Bundan dolayı da karın zarı diyalizim daha zor olmaya başladı. Ve ben daha yüksek kontrastasyona sahip torbalar kullanmak mecburiyetinde kaldım. Ama günde 4 torba değiştirmem de yeterli olmadı ve nihayet günde 5 torba kullanmak mecburiyetinde kaldım. Bundan dolayı da günlük zaman akışım kanaatimce çok etkilendi ve diğer aktivitelerin planlanması zorlaştı veya artık mümkün olmadı. Bu nedenle cycler kullanmaya başladım. Karnımdaki sıvıya alışmıştım. Bu sebeple ilk başlarda bundan dolayı karnım boş olduğu zaman adeta bir rahatsızlık bile hissettim. Karın diyalizi yaptığım sürede, dar elbise giyememekten rahatsız oluyordum ve karnım da çok şişkin olduğundan dolayı kayışlı elbiseler ve pantolon giyememek hususu da beni rahatsız ediyordu. Bu sebeple çoğu zaman beni hamile zannettiler. Beş sene boyunca bir hamile gibi değerlendirildikten sonra, şimdi karnımın şişkin olmamasından memnun oluyorum. Artık hemodiyaliz yapıyorum ve 4 gün boyunca diyaliz düşünmeden günümü istediğim gibi planlayabilmekten memnunum. Bütün günümü

istediğim gibi planlıyabiliyorum ve ne zaman yeniden bir torba değiştirmek gerekli diye düşünmüyorum. Bunun karşılığında diyalizde geçirilen zaman, çoğu hallerde zor bir zaman. Vücudumun zehirinin alınmasını ve suyunun alınmasını hissediyorum ve ben bir türlü yorgun ve bitkin oluyorum, hemde daha önce tanımadığım bir türde. Hemodiyalize geçiş dönemimde su içmedeki kısıtlama yapma durumum, benim için alışması en zor bir olay teşkil etti. Karın zarı diyaliz zamanında ise su içmede o derece bir kısıtlama yapmaya mecbur değildim. Ayrıca meyva, salata ve arada bir patates kızartması yemek hususunda da biraz daha büyük serbestliğim vardı, çünkü kalyum değerleri benim için hemen hemen hiçbir sorun teşkil etmiyordu. Bu husustaki serbestlik, kanaatimce karın zarı diyaliz metodunun iyi bir tarafını oluşturmaktadır. Kişisel sorumluluk ve bağımsızlık hususunda karın zarı diyalizi, psikolojikman bence daha olumlu bir husustu. Ama bağımsızlık ve kişisel sorumluluk hususlarını, hemodiyaliz metodunda da aynen uyguluyorum. Sadece bir merkeze gitmek mecburiyetinde olduğumdan dolayı ve oradaki hemşirelere de bağlı olduğumdan dolayı kendimi korumasız veya bağımsızlığı sınırlanmış olarak hissetmiyorum, ama kanaatimce karın zarı diyaliz zamanı süresince edindiğim tecrübeler, hastalığım hakkında daha bilinçli hareket edebilmeme ve doktorlara ve sağlık personeline karşı ilk başlarda olduğundan daha başka ve emin bir pozisyon alabilmemde bana yardımcı olmuştur. Karın zarı diyalizi yapma hususunda verdiğim kararımdan dolayı asla pişman olmadım, ama hemodiyaliz metodu ile de sorunsuz ve iyi yaşayabiliyorum ve bunun iyi taraflarından faydalanmaya çalışıyorum. Durumu uzun süreli değerlendirdiğim takdirde, ev hemodiyaliz metodunu da uygulayabileceğimi düşünebiliyorum. Her diyaliz hastası, hangi diyaliz şeklinden faydalanabileceğine ve hangisinin kendisi için iyi olabileceğine kanaatimce kendisi karar verebilmelidir.



## *Karın zarı diyalizi (CAPD)*

### *Oscar daima beraber*



*Her insan yaşamını kendi düşüncelerine göre ayarlamak ister. Ama çoğu zaman insanın beklentileri yerine gelmez. 1955 Peru doğumlu Magrit Kinze, bu konuda ilginç bir örnek teşkil etmektedir: Hayatındaki üç erkeğin, yani kocası ve iki oğlunun yanı sıra, bir de Oscar adında bir erkek arkadaşı var. Bayan Kinze aşağıda bize Oscar*

*hakkında birşeyler anlatmak ister:*

1991 senesinde bende bir böbrek hastalığı teşhis edildi, bu hastalık 1996 senesinde birdenbire nihai böbrek kifayetsizliği ile son buldu. 4 hafta içerisinde diyaliz hakkında bir karar vermemiz gerekti ve bu suretle ömrümüzde en önemli kararlardan birini mecburen verdik. Verdik diyorum, çünkü etrafımdaki üç erkek benim bu kararıma katıldılar ve beni desteklediler, çünkü bu onlar için onların da hayatını etkileyen bir karar oldu. O zamanlar çok şükür bizim için danışma hususuna çok zaman ayıran bir böbrek mütehassısını tanıdık. Bu bayan mütehassısı, bir makineye bağlı olmaktan dolayı duyduğum korkuyu izah ettim. Ondan sonra bize karın zarı diyalizi (CAPD), bizim için en iyi çözüm yolu olacaktır şeklinde bize tanıtıldı. Oscar, yani benim kullandığım sonda, 1996 senesinde karın bölgeye yerleştirildi; 5 gün sonra diyalize başlayabildik. O günden beri Oscar benimle her yere gitmektedir. Oscar artık adeta ailemizin bir ferdi oldu. Katılamadığım herhangi bir olay veya unsur yoktur. Tekrar



spor yapmaya da başladım. Değiştirmem gereken torbaları, günde dört tane olmak üzere, her yerde değiştirebilirim. Bu hususta en önemli olanı, bir torbayı çıkarıp yerine diğerini takarken, kapalı bir odada bulunmam ve steril bir yüzeyi kullanabilmemdir. Bu amaçla her yere beraber götürebileceğim ve her kullanımdan önce sterilize edip her yerde serebileceğim bir örtü bulunduruyorum. Bu suretle, boşaltma ve doldurma işlemi her yerde mümkün olabilmektedir. Torba değiştirmek için gerekli tüm malzemeleri içeren bir çantayı her zaman yanımda buldurmaktayım. Bu şu anlama gelir: Ben her zaman iş yerimde daha uzun süre çalışabilirim veya aklıma estiği zaman herhangi bir yere gidebilirim, çünkü Oscar her an yanımdadır. Seyahate gitmek de herhangi bir problem oluşturmamaktadır. Bir yere tatile gitmem planlandığı zaman, nereye olursa olsun gideceğim yere gerekli malzemeyi daha önceden gönderebiliyorum ve bu suretle yanımda büyük bagaj taşımak mecburiyetinde kalmıyorum. Oscar'ın yardımı ile hastalıktan dolayı yapamıyacağım ancak çok az şeyler vardır. Hastalığım baş göstermeden önce yüzme yarışçısı idim. Bu nedenle, sporu azaltmak ilk başlarda zoruma gitmişti. Ama bu halimle de prensip olarak suya girmek mümkündür, çünkü sondanın çıkış yeri bir Tagederm pflasteri ile su geçirmez şekilde kapatılabilmektedir. Neden CAPD karın zarı diyalizi metodunu seçtiğim bir sebebi de budur, çünkü bu methodla bağımsızlığımı muhafaza edebiliyorum. Torbaları değiştirmek hususundan ben kendim mesulum, dolayısıyla kendimi nasıl hissedebileceğime de kendim sorumlu olarak karar verebiliyorum. Bu arada sadece her 4 veya 6 haftada bir defa kontrol muayenelerine gitmem gerekmektedir. İnanıyorum ki, diyalizin bu şekli, ailem için en uygundur ve onlara en az derecede sorun olmakta ve onları en az kısıtlamaktadır.

Ve bir kadın olarak ta kendimi mesut ve rahat hissediyorum, Oscar'ın yardımı ile.



## *Ev diyalizi*

### *En önemlisi bağımsızlık*

Detlef Heifelder 47 yaşındadır. 31 sene önce henüz 16 yaşındayken diyaliz hastası oldu. Kendisine iki defa transplantasyon uygulandı. Bağışlı bir böbrek ile yaşadığı süreleri, bu 31 seneden çıkarırsak, toplam olarak 15 sene boyunca diyaliz yaptı. Şimdi artık kendisi 1990 dan beri evinde ev diyalizi yapmaktadır. Dolayısıyla Detlef Heifelder ve eşi Monika, aşağıdaki röportajda konuştukları husus hakkında bayağı tecrübeye sahip insanlardır.

#### ● *Neden yoğun faaliyet isteyen bu ev metodunu seçtiniz?*

Detlef Heifelder: Ev diyalizi metodu benim için daha uygundu. Bu metod yardımı ile yeme ve içme konusunda biraz daha büyük serbesti yaşayabiliyorum. Ve her şeyden önce evimdeyim ve diyalizden sonra doğrudan yatağıma gidebilirim.

#### ● *Buna rağmen ev diyalizi yoğun faaliyet gerektiren bir metod ...*

Detlef Heifelder: Bu doğrudur. Belirli şartların yerine gelmesi lazımdır. Örneğin diyaliz materyalleri için yeterli genişlikte bir depo odasının olması gerekir. Ayrıca evin içinde de yeterli büyüklükte geniş bir yerin olması lazımdır. Görüyorsunuz: Ben burada kendime ait bir odada diyaliz yapıyorum. Bu oda için bazı yapısal değişikliklerin de yapılması gerekmişti, örneğin su ve kanal bağlantısı sağlanması gibi. Bu yapısal değişiklik ekstra masraflara yol açtı, ama tabii ki diyaliz sorumlusu kurum masrafları üstlendi.



● ***Merkez diyalizinde her zaman bir hekime ulaşılr.***

Ev diyalizi metodunda bu emniyet nasıldır?

Detlef Heifelder: Bir doktora her zaman telefonla ulaşabilirim. Bu hususta bir problem yoktur ve ben evimde bunu yaparken de, hiç bir zaman tamamen yalnız bulunmuyorum.

● ***Ev diyalizi, hastanın ve onun bir yakınının veya partnerinin aktif beraber çalışmasını gerektiren bir metoddur ...***

Detlef Heifelder: Evet, bu hususta üç ay boyunca bir kursta eğitim aldık. Bu kurs süresince eşim, örneğin diyaliz makinesini çalıştırmasını ve ponksiyon yapmasını öğrendi.

● ***Dolayısıyla bir partner veya yakınınız olmadan ev diyalizi yapamıyorsunuz. Bayan Heifelder, bu sürekli zorlukları kabul edebilmeniz için sebebi nedir?***

Monika Heifelder: Ben şunu tespit ettim ki, eşimin diyalize gitmesi, benim için hemen hemen aynı şekilde zor bir olay. Bu, zamanlama yapmakla başlamaktadır. Ama her ikimiz beraberce ev diyalizi hususunda kararımızı verdik; bunun ana sebebi bağımsızlıktır. Dolayısıyla biz diyaliz merkezinin vardiyalarına bağlı olarak saatlerimizi onlara göre ayarlamak mecburiyetinde kalmıyoruz. Çünkü biz mesela bir saat sonra diyaliz yaparsak, bu tamamiyle bizim kararımıza bağlıdır.

● ***Ama zamanınızı eşinizin ev diyalizine harcıyorsunuz. Bu faaliyetiniz için maddi bakımdan herhangi bir yardım veya tazminat alabiliyor musunuz?***

Monika Heifelder: Hayır, bu konuda hiçbir maddi yardım almıyorum.



## *Transplantasyon*

### *Tarif edilmez bir his*

*Rutin bir muayene sırasında on sene önce bayan Ute Karres'te kronik böbrek kifayetsizliği tespit edildiği zaman, hayatının bir makineye bağlı olabileceğini ve bir bağış organı ile yaşayacağını, önceleri tasavvur bile edemiyordu.*

Diyalize başladığım zaman bu hususta kafam ve hislerim karıştı. Ama benim sıhhi durumum kısa zamanda iyileşti ve diyaliz ile hayatımı yaşayıp yaşamıma çeki düzen vermeyi öğrendim. Şüphesiz ki bu olay benim ailem için de kolay bir husus olmadı. Üç çocuk annesi bir bayan olarak, çok büyük enerji sarfetmem gerekti ve biliyordum ki asla kendimi salıvermem. Ama hastalığıma rağmen hayatımı mümkün olduğu kadar iyi ve olumlu düzenlemeye ve yaşamaya ve her günün tadını çıkarmaya gayret ettim. Nihayet üç sene boyunca diyaliz yaptım. Günün birinde bir telefon geldi ve benim hayatımın akışı yine değişti. Gece yarısı Stuttgart kentindeki Katharinen-Hospital hastahanesine gittik ve orada derhal transplantasyon için hazırlıklara başlandı. Nihayet, acaba nasıl olacak diye üzerinde uzun süre düşündüğüm an gelmişti. Acaba nasıl olacak? Olaylar nasıl gelişecek? Ama şimdi ise, artık 16 aydan beri bağışlanmış bir böbrekle yaşıyorum. Herhangi bir sınırlama olmadan, yemek ve içmek, tarifi çok zor bir his. Yeniden jimnastik sporuna gidebilmek çok güzel bir his, bisiklet turları yapabilmek te çok güzel. Kışın kayak kayabileceğim günleri de iple çekiyorum. Ve dokuz ay önce yeniden bir işyeri buldum.

## Organ başışı

### Unutulmaz bir gün

*“Organ başışlayanların olmasından dolayı çok memnun ve mesudum. Organ başışlayanın tüm yakınlarına candan teşekkür ederim.” Bu sözleri bize bayan Eleonore Stephan adlı 1937 doğumlu ve 43 seneden beri evli bir hanım söylemektedir. Kendisi, on ay boyunca hemodiyaliz yaptıktan sonra, 10 haziran 1986 da yeni bir böbrek aldı. Yeni böbreği, ilk günden itibaren mükemmel çalıştı ve hiç bir komplikasyon da olmadı. Aşağıdaki satırlar, ondrtbuuk sene başışlanmış bir böbrekle yaşayan bir insanın geriye bakışı ve değerlendirmesidir.*



10 haziran 1986 gece saat 0.30 da nihayet Frankfurt am Main şehrindeki Schleusenweg Diyaliz Merkezinde görevli doktor Ernst bana telefon etti ve haydi ameliyata dedi. Sevinçli bir bekleyiş içerisinde yola çıktık. O tarih, asla unutamıyacağım bir gün oldu.

Çeşitli muayenelerden, testlerden ve bir kan serumundan sonra saat 8.00 de operasyon başladı. Operasyondan sonra ancak yavaş yavaş kendime geldim. Ama ondan sonra vücudumun hemen her tarafında ağrılar hissettim ve her tarafımda kablo ve borucukların takılı olduğunu farkettim. O an aklıma gelen ilk düşünce şöyleydi: Asla bir daha böyle bir transplantasyon yaşamak istemiyorum!  gün, üç gece boyunca dış dünyayla ilişkimi ancak bir telefonla sağladım, ve ancak ondan sonra eşim beni ilk defa ziyaret edebildi. O anlarda aklım aralıksız olarak bana böbreğini başışlayan bayanda idi. Bundan dolayı



da operasyondan sonraki dördüncü gün, moral bakımından kendimi çok kötü hissettim. O zamanlar, bu hususta artık şimdi mümkün olan psikolojik bir bakım veya yardım, mümkün değildi. Hemşireler ve hastabakıcılar büyük bir sevgi ve sabırla bu görevi yerine getiriyorlardı ve biz hastalara ümit verip bizi teskin ediyorlardı. İki hafta sonra bir günlüğüne eve gönderildim, tabii hiçbir yanlış yapmamak için bütün dikkatimi sarfederek.

11 temmuz 1986 tarihinde nihayet hastahaneden eve taburcu edildim. Kendimi bayağı iyi veya rahat hissediyordum ve yeni hayatıma iyi bir başlangıç yapabildim. Tablet almak, bol su içmek, ateş ölçmek ve idrar miktarını ölçmek ve bütün bunları tamı tamına bir kitapçıkta yazıp tesbit etmek, benim yeni ödevlerim oldu.

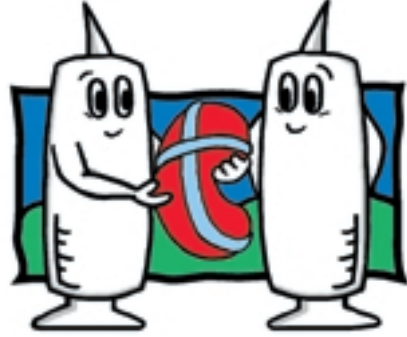
Ama transplantasyondan kısa bir süre sonra yeni rahatsızlıklar belirdi. Her iki şakaklarımda basaliome oluştu ve bunların bir operasyonla alınmaları gerekti. 1996 da bir bağırsak hastalıkları kliniğinde bana büyük acılar veren bir operasyon daha geçirdim. 1999 da kalbime bir sonda yerleştirildi. Skoliose ve kalça rahatsızlıkları da belirdi. Operasyondan sonra vücudumun çoğu yerinde ortaya çıkan benler de benim için büyük bir psikolojik problem teşkil etmektedir. Özellikle, transplantasyondan sonra herhangi bir problem olmaz ve çıkmaz, diyen insanlar beni kızdırmaktadır. Çünkü onların bu yöndeki iddaları doğru değildir. Almak zorunda olduğum tabletlerin sayısı gitgide arttı; midem ve barsaklarım daha sıkça zamanlarda fonksiyonlarını yerine getirme hususunda rahatsızlıklara yol açmaktadırlar.

Buna rağmen, organ bağışlayanların bulunmasından çok memnunum ve mesudum. Organ bağışlayanın tüm yakınlarına candan teşekkür ederim.

## Akrabadan organ bağıışı

### Yeni perspektifler için şansı

1971 doğumlu Ralf Angermann için diyaliz mecburiyeti, 19 ay boyunca mevcuttu. Taa ki ocak 1999 da Giessen Üniversite Kliniğinde babası Wolfgang Angermann kendisine bir böbreğini bağıışlayana kadar.



### Oğul:

### ***Bu hediye büyük bir sorumlulukla kullanıyorum***

Transplantasyon hazırlığı için yeterli zaman ayrılmasından dolayı çok memnunum. Çünkü organ bağıışlayan ile bağıış alan arasında tabii ki bir bağıımlılık mevcuttur. Bağıış alan hasta olarak çok iyi bilinmelidir ki, bir yakın akraba kendinden bir parçayı vermektedir; bu nedenle gayet tabii olarak verdiği bu hediyein sorumlulukla ve özenle kullanılmasını ister ve bekler. Ayrıca devamlı icabında, transplantasyon esnasında herhangi birşey planlara uygun olarak yürümezse neler olabilir diye de düşünölmek zorundadır. Ayrıca bende tespit edilen temel hastalık konumunda da bana hediye edilen transplantat organın da en azından teorik olarak hasta olabilme ihtimali olduğu düşünölmek zorunda idi. Bilgi edindiğim diğer bazı transplantasyon olaylarında hazırlık devresi çok kısa olduğu takdirde, transplantasyon olayından sonra organ bağıışlayan ile bağıış alan arasında ciddi derecede psikolojik problemlerin

oluşturduğunu da öğrenmiş bulunuyorum.

Ama benimle babam arasında çok şükür böyle olumsuz bir gelişme oluşmadı. Özellikle artık diyet yapma mecburiyetim kalmadığı için hayat kalitesi benim için artmıştır. İşte bu husus ve hayatımı yeniden serbestçe kendi irademe göre düzenleyebilme gerçeği, benim için transplantasyonun en önemli hususlarından birini oluşturmaktadır. Diyaliz zamanı boyunca başlamış bulunduğum hukuk öğrenimimi bitirebilmek benim için mümkün olmadı, çünkü sağlık durumumla ilgilenmemden dolayı bende o zamanlar mevcut enerjimin çoğu, böbrek sorunu yönünde harcanmak zorunda kalmıştı.

***Baba:***

***Bilinen anlamda bir bağış değil***

İçimden gelerek ve iyi yüreklilikten dolayı böbreğimi bağışladığım gibi bir düşünce ile kararımı verdiğimi hiçbir zaman iddia edemem. Bu olay daha ziyade uzun bir gelişmenin ümit ederim ki geçici bir sonudur. Olaylar 1976 aralık ayında başladı. Oğlum Ralf böbreklerinden hastalandı ve 1997 nin yaz aylarında oğlumun her iki böbreği dramatik bir gelişme neticesinde çalışmaz duruma geldi. Gelişmeler ve muayeneler neticesinde en iyi ve uygun böbreğin, benim tarafımdan verilebilecek böbrek olduğu ortaya çıktıktan sonra, bir baba olarak transplantasyon için rıza göstermek, benim için kaçınılmaz bir gelişme oldu.

Operasyondan önce doktorlarla bu hususta yaptığım



konuşmalar bana yardımcı oldu; bu konuşmalar benim için çok önemliydi. Çünkü gayet tabii ki bir böbreğini aldirmek, sadece bir yere gezintiye gitmek kadar kolay bir olay değildir. Eminim ki, o zamanlar bir ölüden alınacak bir böbrek olsaydı ve oğluma takılabilsen, bu husus beni rahatlatırdı. Ama artık bugün, benim böbreğimin transplantasyonunun ne kadar başarılı olduğunu bizzat gördüğüm için, öyle bir gelişmenin olmamasından dolayı memnunum. Diğer bağışlayanlarla benim ortak yönüm, bende onlar gibi yardım etmek istiyorum. Ama organlarını bağışlayan diğer insanlar, bağışladıkları organın öngörülen fonksiyonu ve yardımı yerine getirebileceğini ancak ümit edebilirler ama zaman sorunu nedeniyle kendi bağışlarının gerçekten bu neticeye ulaşım ulaşamayacağını tabii ki kontrol edemezler. Ama ben ise, organ bağışlayan insan olarak yaşayan insanlar arasında olduğum için, bağışladığım böbreğin ümit edilen fonksiyonu ve yardımı yerine getirip getiremeyeceğini de görebilirim. Ve görüyorum ki, oğlum bu suretle hayatına yeniden bir düzenleme verebilecek serbestliğe kavuşmuştur.

## *Renal anemi*



Kronik böbrek bozukluğu olan hastalar, hastalıklarının erken bir devresinde çoğu zaman renal anemi oluştururlar. Bu ne demektir? Sağlıklı vücut, böbreğinin içinde eritropoetin isimli bir hormonu oluşturur. Bu hormonun oluşturulması, kandaki oksijen miktarına bağlıdır, bu ise böbreğin içinde bir sensor vasıtası ile ölçülür. Eritropoetin, kırmızı kemik iliği içerisinde kırmızı kan parçacıklarının oluşmasını sağlar (eritrosit). Eritropoese terimi, bu olayın diğer bir adıdır.

Eritrositlerin devamlı yeniden oluşturulmaları gerekir, çünkü onların ömrü 120 gündür (terminal yani nihai böbrek kifayetsizliği olan hastalarda hatta sadece 90 gündür).

Şayet böbrek fonksiyonu kısıtlı olursa, çok az veya hiç eritropoetin oluşturulamaz. Dolayısıyla vücudun, kırmızı kan parçacıkları vasıtası ile yeterli derecede oksijenle beslenmesi güçleşir. Bunun neticesinde organizmanın anemik hali oluşur. Tipik semptomları, yorgunluk ve bedenen ve fikren düşük derecede verimliliktir.

Anemi tedavisi için diyaliz hastaları bundan aşağı yukarı on sene evveline kadar düzenli aralıklarla kan alırlardı ve bu da önemli rizikoları ve yan etkileri de içerirdi. 1989 dan beri artık rekombinante humane eritropoetin (rHu-EPO) adlı preparatla



anemi ortadan kaldırılabilir. rHu-EPO insani bir eritropoetin olup gen tekniği metodları yardımı ile üretilmektedir. rhu-EPO insan vücudunda ancak sınırlı bir süre kalabildiğinden, haftada üç defa enjeksiyon yapılmak durumundadır.

Bu hususta yeni bir etki maddesi daha geliştirilmiş bulunmaktadır. Bu madde, kırmızı kan parçacıklarının üretimini stimüle eder ve onların organizma içerisinde yaşayabilme süresini de rHu-EPO isimli preparata kıyasla üç misli daha arttırır.

## *Yayınlayanın kısa portresi*



Almanya Diyaliz Hastaları Derneği tavan kuruluşu olan Bundesverband des Dialysepatienten Deutschlands e.V., kısa adı DD e.V., hastaların kendi inisiyatifleri neticesinde oluşmuştur. DD e.V. bugün tüm Almanya çapında faaliyet gösteren bir hasta yardımlaşma kurumudur. Bünyesinde diyaliz hastaları, kendilerine organ nakli yapılanlar ve onların yakınları ve arkadaşları ve de tıbbi eğitilmiş personel organize edilmiş durumdadır.

Bu kurumun çatısı altında çeşitli yaşlarda, düşünce ve görüşlerde aşağı yukarı 18.000 insan bölgesel gruplarda, eyalet kuruluşlarında ve alt kuruluşlarında faaliyet göstermektedir. DD e.V. onların ortak tavan kuruluşudur. DD e.V. için ana konu hastalık değil, hastalıkla mümkün olduğu kadar iyi yaşayabilmektir. İşte bundan dolayı mümkün olan en iyi tıbbi bakım ve sosyal danışma yapabilmek, bu kurumun ve yan kuruluşlarının ana amacıdır. 170 kadar ilgi grubu, hastalara kişisel bilgi vermekte, onlara tavsiyelerde bulunmakta ve onlar için onlarla beraberce ortak etkinliklerde bulunmaktadır.

***DD e.V. aşağıdaki temel hedefleri gütmektedir:***

- Hasta haklarının uygulanması
- Böbrek yedeği terapilerinin kalitesi
- Yeterli derecede organ bağışı
- Kaliteli sosyal danışma

DD e.V. kuruluğu, hasta ve yakınlarının sorunlarını tanımakta, onların günlük hayatta karşılaştıkları tipik problemleri de bilmekte, tıbbi ve sosyal danışma hususlarına da yeterince vakıf bulunmaktadır. Bu hususlarda etkili olabilmek için DD e.V. tavan kuruluğu, bu konularla ilgili müessese ve organizasyonlarla yakın bir çalışma ve kooperasyon içerisinde bulunmaktadır.

Örneğin DD e.V. kurum çalışmaları içeriden dışarıya yöneliktir. Çeşitli konferanslar, seminerler ve danışmalarla DD e.V. hem bilgilendirmekte, hem fikir alışverişi imkanı yaratmakta ve hem de kendi kendine yardım konusunda bilgilendirmektedir.

### *Çalışmalardan bazı örnekler*

- Psikososyal danışma (PSB NIERE)
- Rehabilitasyon
- Diyaliz ve seyahat
- Peritoneal diyaliz
- Organ bağışı
- Diyaliz kalite menejerliği
- Dernekler hukuku
- Ebeveynler, çocuklar ve gençler

## der dialyse patient

“der dialysepatient” (diyaliz hastası) hastalar tarafından hastalar için bir mecmua olup hem tecrübe raporlarını hemde tıp adamlarının mesleki konuları içeren yazılarını içerir. Bu mecmua, DD e.V. üye aidatına dahildir veya abone olunabilir.

### *Aşağıdaki hususlardan birini arzularsanız, bize müracaat ediniz*

- Yerel bir ilgi grubuna üye olmak istiyorsanız
- Bir yükümlülük olmaksızın DD e.V. hakkında daha geniş bilgi almak istiyorsanız
- Yakınlarındaki kendi kendine yardım gruplarıyla kontakt kurmak istiyorsanız
- DD e.V. yayınlarını almak istiyorsanız

### *DD e.V. diğer yayınları*

- Dialyse International - Avrupadaki diyaliz kuruluşlarının listesi (CD-ROM olarak ta alınması mümkündür)
- Böbrek çalışmazlığı - Hastalar için bir tavsiye broşürü
- Erithropoetin – Renal anemi terapisi
- Ailede kronik böbrek hastası çocuk
- Böbrek transplantasyonları
- Erektile disfonksiyon (iktidarsızlık)

## *Dialysepatienten Deutschlands e.V.*

---

(Almanya Diyaliz Hastaları Derneği)

Weberstrasse 2

D – 55130 Mainz

Almanya

Telefon 0 61 31 / 8 51 52 - Telefax 0 61 31 / 83 51 98

E-Mail [Geschaeftsstelle@DDeV.de](mailto:Geschaeftsstelle@DDeV.de)

[www.Dialysepatienten-Deutschlands.de](http://www.Dialysepatienten-Deutschlands.de)

**Bu kitapçık, AMGEN müessesesinin lütufkar destekleriyle gerçekleştirilmiştir.**



---

Riesstrasse 25 - D – 80992 München – Almanya

Telefon 089 / 14 90 96-0 - Telefax 0 89 / 14 90 96-180

E-Mail [info@amgen.de](mailto:info@amgen.de)

[www.niere.org](http://www.niere.org) / [www.amgen.de](http://www.amgen.de)