

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BÖBREK TRANSPLANTASYONU SONRASI  
YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

**Hemşire Dilek SOYLU**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**GAZİANTEP  
2015**

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BÖBREK TRANSPLANTASYONU SONRASI**  
**YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

**Dilek SOYLU**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik  
Anabilim Dalı Programı İçin Öngördüğü

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ

**GAZİANTEP**

**2015**

## TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü kurulunun kararı ile Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nda yapılmıştır.

Çalışmanın uygulamasını yaptığım Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Transplantasyon Polikliniği ekibine ve çalışmaya katılan böbrek nakli hastalarına,

Bilgi ve tecrübeleri ile her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen HKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü ve Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Sayın Doç. Dr. Ayla YAVA'ya,

Yüksek lisans eğitimim süresince; her konuda, bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, tez danışmanım olarak; tezimin her aşamasında çalışmamın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendiren, Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ'a,

Sabır ve özverileri için sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Dilek SOYLU

Gaziantep 2015

## ÖZET

**Hemşire Dilek SOYLU ‘Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi’**, HKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2015. Bu araştırma, böbrek transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı bir araştırma olarak uygulanmıştır. Araştırmanın evrenini Ocak 2015-Nisan 2015 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Transplantasyon Polikliniğine böbrek nakli sonrası kontrol amaçlı başvuran 46 hasta araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Veriler; Hasta Bilgi Formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde Sayı, Yüzde Oranları, Bağımlı Gruplarda t Testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis analiz testleri kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi-böbrek nakli özellikleri ile yaşam kalitesi alanları arasındaki ilişki incelenmiştir. BKİ, cinsiyet, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, doku reddi, diyalize girme durumu ile yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan yarısından fazlasının hastaneye geliş takvimine, diyet kısıtlamasına uyduğu, yaşam bulgularını takip ettiği, enfeksiyondan korunma yollarını bildiği, hastalığı için gerekli laboratuvar bulgularını takip ettiği, bulgularının ne anlama geldiğini bildiği, önerilen egzersiz programına uyduğu ve kendisine başlanan her ilacı doktoruna danıştığı, doktorunun sakınmasını istediği durumlara uyduğu saptanmıştır. Hastaların sosyodemografik ve böbrek nakli özelliklerine göre ilaç uyumsuzlukları incelendiğinde erkekler, 41-75 yaş hastalar, evliler, nakil sonrası süreçle ilgili eğitim alanlar, canlıdan nakil, doku reddi, 3-5 sayıda ilaç kullananlar ve nakil sonrası >4yıl geçenlerde ilaç uyumsuzluğunun olduğu saptanmıştır. Sosyo-demografik özellikleri, tıbbi ve böbrek nakli özellikleriyle düşük puan alınan yaşam kalitesi alt boyutlarının değerlendirilmesi, sosyal destek ve rehabilitasyonun sağlanması, çalışmanın fazla kişiyle çok merkezli yapılması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, SF-36, hasta uyumu, ilaç uyumsuzlukları

## ABSTRACT

**Nurse Dilek SOYLU "Identification Quality of Life after Kidney Transplantation" HKU Health Science Institution, Nursing Programme Postgraduate Thesis, Gaziantep, 2015.** This definitive study aimed to identify life quality after kidney transplantation. Between January 2015 and April 2015 among patients who applied to Kahramanmaraş Sütçü İmam University Health Application and Research Hospital, Nephrology Transplantation Clinic for Follow up after Kidney transplantation, 46 patients accepted to participate in this study. Data are collected by using Patient Information Form and SF-36 Quality of Life Scale. In the statistically evaluation of the data, t-test in dependent groups, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, percentage ratio are used. Relationship between Sociodemographic and medical-kidney transplantation characteristics and SF-36 Quality of Life are investigated. There are significant relationships between BMI, sex, having a child, education status, rejection, dialysis status and SF-36 Quality of Life dimension. More than half of patients are compliant to follow up visits, diet restriction, recommended exercise, avoiding particular situations, aware of protection against infections, watching their vital signs and laboratory finding and know its meanings, consult their drugs to consultant doctors. Men, ages of 41-75, married patients, living donor transplant, rejected, 3-5 number of drug users, posttransplantation duration more than 4 year patients are more incompatible to drug usage. SF-36 Quality of Life Scale lower dimension with sociodemographic and medical-kidney transplantation characteristics should be investigated and they need more social support and rehabilitation services. Multicentered and large sampled studies should be held.

**Keywords:** Nurse, SF-36, patient compliance, drug compliance

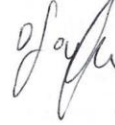
### TEZ ETİK VE BİLDİRİM

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

Tarih: 10.07.2015

Öğrenci Adı Soyadı: Dilek SOYLU

İmza:



## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEZ ETİK VE BİLDİRİM	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
GİRİŞ	
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Çalışmanın Amacı	4
1.3. Çalışmanın Önemi	4
GENEL BİLGİLER	
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)	6
2.2. Organ Nakli	7
2.2.1. Organ Naklinin Tarihçe	7
2.2.2. Transplantasyon İmmünolojisi	8
2.2.3. Böbrek Nakli Süreci	9
2.2.4. Böbrek Nakli Komplikasyonları	14
2.2.5. İmmüsupressif İlaçlar	17
2.2.6. İmmüsupressif Tedavi Alan Hastanın Hemşirelik Bakımı	22
2.2.7. İlaç Uyumsuzlukları	25
2.2.8. Böbrek Nakli Sonrası Hasta Eğitimi	27
2.2.9. Nakil Sonrası Dikkat Edilmesi Gereken Önemli Noktalar	28
2.3. Yaşam Kalitesi	29
2.3.1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik İlişkisi	30
2.3.2. Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar	32
2.3.3. Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar	32
GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	34

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	34
3.4. Çalışmanın Sınırlılıkları	35
3.5. Veri Toplama Araçları	35
3.6. Araştırma Planı ve Takvimi	38
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.8. Etik Kurul Onayı	38
<b>BULGULAR</b>	<b>40</b>
<b>TARTIŞMA</b>	
5.1. Sosyo-Demografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması	63
5.2. Sosyo-demografik Özelliklere İlişkin Verilerin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	64
5.3. Tıbbi Özelliklere İlişkin Verilerin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile Karşılaştırılması	68
5.4. Böbrek Nakli İle İlgili Özelliklere İlişkin Verilerin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	70
5.5. İlaç Uyumsuzluklarına ve Hasta Uyumuna İlişkin Verilerin Tartışılması	72
<b>SONUÇLAR</b>	<b>77</b>
<b>ÖNERİLER</b>	<b>78</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>79</b>
<b>EKLER:</b>	
EK I Hasta Bilgi Formu	
EK II SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
EK III SF-36 Hesaplama Modeli	
EK IV Böbrek Nakli Hastaları İçin Aydınlatılmış (Bilgilendirilmiş) Onam Formu	
EK V Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Onayı	
EK VI Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzni	
EK VII ÖZGEÇMİŞ	



## **SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ**

İST : İmmüsupresif Tedavi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

SF-36 : Yaşam Kalitesi Ölçeği

KBY : Kronik Böbrek Yetmezliği

TODS : Türkiye organ Doku Nakli Sistemi

MHC : Doku Uygunluk Antijenleri Kompleksi

HLA : İnsan Lökosit Antijenleri

LCM : Lenfosit Cross Match

SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

DM : Diyabetüs Melitus

MS : Metabolik Sendrom

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekiller		Sayfa No
Şekil 3.1.	SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Yönergesi	37
Şekil 4.1.	Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar	57
Şekil 4.2.	Hastaların Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar	54
Şekil 4.3.	Hastaların BKİ'ne Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar	57
Şekil 4.4.	Hastaların Cinsiyete Göre İlaç Uyum	62
Şekil 4.5.	Hastaların Medeni Durumlarına Göre İlaç Uyumu	62
Şekil 4.6.	Hastaların Nakil Sonrası Geçen Süreye Göre İlaç Uyumları	62

## TABLO DİZİNİ

<b>Tablolar</b>		<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 2.1.</b>	Türkiye Organ ve Doku Hasta Bekleme Listesi Kayıt İstatistiği	6
<b>Tablo 2.2.</b>	Türkiye Organ ve Doku Nakil İstatistiği	7
<b>Tablo 2.3.</b>	İmmüsupressif İlaçların Etki Mekanizması, Yan Etkileri, Doz Aralığı, Uygulama ve Yan Etkileri	18
<b>Tablo 2.4.</b>	İmmunosuppresif İlaçlara Bağlı Gelişen Yan Etkilere Yönelik Hemşirelik Girişimler	23
<b>Tablo 2.5.</b>	İlaç Uyumunu Arttıran/Azaltan Faktörler	26
<b>Tablo 4.1.</b>	Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	40
<b>Tablo 4.2.</b>	Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişiler, Meslek, Çalışma, Sosyal Güvence ve Gelir Düzeyi Özelliklerine Göre Dağılımı	41
<b>Tablo 4.3.</b>	Hastaların Nakil Öncesi ve Sonrası BKİ, Kilo Durumlarının Dağılımı	42
<b>Tablo 4.4.</b>	Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı	43
<b>Tablo 4.5.</b>	Hastaların Böbrek Nakli İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı	44
<b>Tablo 4.6.</b>	Hastaların Nakil Olmayı İsteme Nedeni, Böbrek Nakli İlgili Bilgi Almak İstenen Kişilere Göre Dağılımı	45
<b>Tablo 4.7.</b>	Hastaların İlaç Uyumlarına İlişkin Özellikleri	46
<b>Tablo 4.8.</b>	Hastaların Yanlış İlaç Alma ve İlaç Kullanırken Yaşanılan Sorun/Sorunlara İlişkin Özellikleri	47
<b>Tablo 4.9.</b>	Böbrek Nakli Sonrası Hasta Uyumu	48
<b>Tablo 4.10.</b>	Hastaların Nakil Sonrası Bilgi-Eğitim Alma Durumları ve	50

	Bilgi-Eğitime İhtiyaç Duyduğu Konular	
<b>Tablo 4.11.</b>	Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı	53
<b>Tablo 4.12.</b>	Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
<b>Tablo 4.13.</b>	Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
<b>Tablo 4.14.</b>	Hastaların Sosyodemografik ve Böbrek Nakli Özelliklerine Göre İlaç Uyumsuzluklarının Dağılımı	60

# GİRİŞ

## 1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kronik böbrek yetmezliği dünyada ve ülkemizde önemli sağlık problemlerinin başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronik böbrek yetmezliği tanısı alan kişi sayısının zamanla arttığını belirtmektedir (1).

Kronik böbrek yetmezliğinin en önemli sonuçları; hastalığının ilerlemesi, böbrek yetmezliğine bağlı akut ve kronik komplikasyonlardır. Yine sıvı yüklenmesi nedeniyle kardiyovasküler hastalık oranını yükseltmesi, uzun süre bakım gerektirmesi, diyaliz ve hastalığa bağlı komplikasyonlar nedeniyle hastaneye başvuru sıklığını arttırması, yaşam kalitesini düşürmesi, hastalık ve ölüm oranını arttırmasıdır (2).

Böbrek yetmezliği olan hastalarının; hemodiyaliz, sürekli periton diyalizi, canlı- kadavra donörden yapılan böbrek nakli gibi üç tedavi şekli vardır (1,2).

Böbrek nakli, bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar ve gelişen cerrahi tekniklerle birlikte günümüzde sık uygulanan bir tedavi şeklidir (1-5). Böbrek nakli yapılan hastalar, böbreğin normal fonksiyonunun ve sağlığının eski haline geleceğini, nakille birlikte hayatlarının normale döneceğini ve daha aktif bir yaşam süreçlerini düşünmektedir. Ancak, böbrek nakli olan kişi, yaşam boyu rejeksiyon riski, önemli yan etkileri olan ilaç tedavisine uyum ve poliklinik kontrolüne düzenli gelme gibi birçok sorunla karşı karşıyadır. Tüm bunlara ek olarak, enfeksiyon riski, tekrar hastaneye yatma ve rejeksiyon (doku reddi) gelişmesine yönelik endişeler hastalar için stres kaynağı olmaktadır. Hastaların stresörlerle mücadele edebilmek için gösterdiği zihinsel ve davranışsal çabalar onların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (6) .

Böbrek nakli sonrası süreçte hastalar yine birçok yeni değişim ile karşı karşıya kalmaktadır (7). Özellikle immunsupresif tedavi (İST) rejimine uyumla uğraşmalar ve sorumlulukları artar (8). İST uyum greftin canlılığını sürdürmek ve organ rejeksiyonun önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Uyum, klinik öneriler ile hasta davranışlarının çatışmaması anlamına gelir. Uyumsuzluk ise uygun olmayan herhangi bir davranış olarak tanımlanmaktadır (9,10).

İlaç uyumsuzluğu nakil hastalarında, her ay için en az bir kez ilaç almayı unutmak veya yanlış ilacın kullanılması olarak tanımlanır. Yine uyumsuzluk, ilacın her ay en az bir kez, iki ya da iki buçuk saat geç alınması olarak da ifade edilmektedir (9,10). Hastalar ilaç uyumsuzlukları nedenlerinin; unutkanlık, yaşam biçimi, bilgi eksikliği ve çoklu ilaç kullanımı olduğunu bildirmişlerdir (9-11). Ayrıca istenmeyen yan etkiler (saç dökülmesi, deri kanseri, kilo kaybı, uykusuzluk vb.) nedeniyle ilaçlarını almadıklarını belirtmişlerdir (11). İlaç uyumsuzlukları nedeniyle, tekrar hastaneye yatma ve rejeksiyonu önlemek için kullanılan pahalı anti- rejeksiyon ilaçlar hastanın tedavi maliyetini arttırmaktadır (11).

İST'ye uyumsuzluk sonrasında hastalarda greft hasarı, organ veriminin azalmasına ve hastaların yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (9,10,12). Hamedan ve arkadaşlarının (2014) İran'da yaptıkları bir çalışmada (n=230) İST'ye uyum ve yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki bulunduğunu bildirilmiştir (13).

İST'ye uyumu arttırmak için, organ nakli öncesinde hastaların tedavinin riskleri, etkileri, yan etkileri ve kullanırken dikkat etmesi gereken konular, ilaç kullanımının devamlılığı konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hastalar yaşam boyu İST'ye neden gereksinimi olacağını anlamalı ve tedaviye uyumun organ reddini önlemedeki önemini bilmelidir (10). Organ nakli yapılan tedaviye uyumlu hastaların büyük bir bölümü 1-2 yıl içinde yaşam kalitesi yönünden normal popülasyonla aynı düzeye gelmektedir (14).

Böbrek nakli, hemodiyalizden üstün görülen bir tedavi seçeneği olarak son dönem böbrek yetmezliklerinde yaşam süresinin uzaması ve tedavi maliyetini azaltması bakımından önemlidir (3). Hastalığa bağlı olarak gelişen sınırlamaların birçoğunu ortadan kaldırarak hastaların yaşam kalitesini artırabilmektedir (15,16). Hastaların stres düzeylerinin ve yaşam kalitesi algısının nakil sonrasında nasıl değiştiğini sağlık profesyonelleri incelemelidir. Böbrek naklinin amacı böbrek fonksiyonlarını düzeltmekle birlikte hastanın yaşam kalitesini iyileştirmektir (6).

Nakil olan birey ilaçlarını düzgün kullanarak, spor, beslenme ve benzeri günlük yaşam aktivitelerine dikkat ederek, yaşamını çok kaliteli bir şekilde sürdürebilir (1). Yaşam kalitesi yüksek olan kişilerin tıbbi tedaviye karşı uyumları da yüksektir. Uyum bozuklukları yaşam kalitesini düşürmektedir. Hastanın tıbbi

durumuna uyumunu sürdürmek ve arttırmak için yaşam kalitesini, sosyal destek sistemlerini ve baş etme becerilerini geliştirmek önem arz etmektedir (6).

Organ nakli hemşiresi, hastanın diyaliz ihtiyacı, diyet ve sıvı kısıtlamasının sona ermesinin ardından nakil sonrası yeni hayata uyum sağlaması, bakımının sürdürülmesinde önemli bir rol oynar (17). Hemşireler nakil hastalarının eğitime nakil öncesinde başlamalı ve nakil sonrasında devam ettirmelidir. Nakil öncesi kapsamlı bir eğitim alan hasta, nakil sonrası süreci başarılı bir şekilde yönetebilmektedir (18).

Hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen hemşirelik girişimleri, uygun bakım verme, genel olarak bireyi rahatlatma, yaşamın biyolojik, psiko-sosyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik uygulamalara dayanır (18). Organ nakli ekibi içerisinde hemşire, hastaların sorunlarının önlenmesinde ve sağlığının yükseltilmesinde görevlidir. Hemşireler hastanın danışmanı konumundadır ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla önerilerde bulunur (15,20).

Ülkemizde böbrek nakli sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesine ilişkin yapılan çalışmalar sınırlıdır. Hasta eğitimi bireylerin yaşam kalitesini arttırmakta, bireyin sağlığını ve hastalığını en üst düzeyde yönetmesini sağlamaktadır. Bu nedenle, hemşireler böbrek nakli sürecinin tüm aşamalarında destek ve eğitimle hastalara, yaşam kalitesini yükseltmede destek, ilaç uyumsuzluğunun nedenlerini belirleyerek hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu konularda yardım etme ve tedaviye uyumları konusunda onlara destek verebilirler.

## 1.2. Çalışmanın Amacı

Ülkemizde böbrek nakli hastalarının yaşam kalitesini inceleyen araştırmalar ve yayınlar sınırlıdır. Hemşirelik bakımının planlanıp uygulanması için; böbrek nakli hastalarının yaşam kalitelerinin tanılanması, yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi için yeni araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Bu araştırma; böbrek nakli olan hastaların yaşam kalitesini ve yaşam kalitesine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, böbrek nakli olan hastalarda genel ölçek olarak SF-36 ölçeği kullanılarak;

- Yaşam kalitesini etkileyen başlıca etmenler nelerdir?
- Hastaların yaşam kalitesi algıları ne düzeydedir?
- Böbrek nakli hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlar yönünden yaşam kalitesindeki farklılıklar nelerdir?
- Sosyo-demografik ve klinik özellikler yönünden, yaşam kalitesi arasındaki farklılıklar nelerdir?

Sorularına yanıt aranmıştır.

## 1.3. Çalışmanın Önemi

Böbrek nakli, hastaların yaşam kalitesini yükseltmesine karşın, hastalar birçok yeni değişim ile karşı karşıya kalmaktadır (7). Nakil sonrası süreçte, hastalar immünyüpresif tedavi rejimine uyumla uğraşır ve bu konuda sorumlulukları artar. Böbrek nakli sonrası, disiplinli, kontrol altında bir yaşam ve sağlık ekibiyle sıkı bir işbirliği gerekir. Hastaların; immünyüpresif ilaç tedavisinin önemi ve yan etkileri, rejeksiyon riskine yönelik belirti ve bulgular, uyulması gereken kurallar, izin verilen ve sınırlama getirilen aktiviteler, cinsel, sosyal ve çalışma yaşamı, diyeti ile ilgili kısıtlamalar ve düzenli poliklinik kontrollerine gelmesi konusunda bilgi sahibi olması gerekir (8).

Böbrek nakli olan birey ilaçlarını tavsiye edilen şekilde kullanarak, spor, beslenme ve benzeri günlük yaşam aktivitelerine dikkat ederek, yaşamını kaliteli bir şekilde sürdürebilmektedir (1). Yaşam kalitesi yüksek olan kişilerin tıbbi tedaviye



karşı uyumları da yüksektir. Uyum bozuklukları yaşam kalitesini düşürmektedir. Hastanın tıbbi durumuna uyumunu sürdürmek ve gerekli uyumu arttırmak için yaşam kalitesini, sosyal destek sistemlerini ve baş etme becerilerini geliştirmesine yardımcı olmak önemlidir (14).

Transplantasyon ekibi içerisinde hemşirenin rolü, hastaların sorunlarının önlenmesi ve sağlığının yükseltilmesidir. Hemşireler hastanın danışmanı olarak yaşam kalitesini arttırmak amacıyla önerilerde bulunurlar. Bu nedenle, hemşireler nakil sürecinin tüm aşamalarında destek ve eğitimde önemli bir rol oynamaktadır (15,18). Böbrek nakli hastalarının yaşam kalitelerinin tanımlanması, yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi, hemşirelik bakımının planlanıp uygulanması açısından önemlidir.

## GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)

Vücudun sıvı-elektrolit ve metabolik dengesini sürdürmek için gerekli böbrek işlevlerinin ilerleyici ve geri dönüşümü olmayan bir biçimde bozulması KBY olarak tanımlanır (14). Ülkemizde Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi (TODS) verilerine göre 2007-2015 yılları arasındaki organ ve doku hasta bekleme listesi kayıt istatistiği ve Organ ve Doku Nakil İstatistiği aşağıdaki tabloda verilmiştir.

**Tablo 2.1. Türkiye Organ ve Doku Hasta Bekleme Listesi Kayıt İstatistiği**

TÜRKİYE ORGAN ve DOKU HASTA BEKLEME LİSTESİ KAYIT İSTATİSTİĞİ*									
Dönem	Böbrek	Karaciğer	Kalp	Akciğer	Kalp Akciğer	Pankreas	İnce Barsak	Kalp Kapağı	Kornea
2015	1975	624	122	19	0	6	1	0	1065
2014	5265	1837	410	68	1	15	7	3	3588
2013	5680	1916	289	65	1	29	3	1	3495
2012	6057	1898	312	45	6	38	6	4	4331
2011	6286	2737	388	15	2	76	1	4	1125
2010	5266	41	2	1	0	50	0	0	301
2009	3930	59	4	0	0	55	0	0	190
2008	7223	15	0	0	0	128	5	0	174
2007	3658	17	0	0	0	12	0	0	147
Toplam	45340	9144	1527	213	10	409	23	12	14416

Kaynak: TODS, Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi. <https://tods.saglik.gov.tr> [05.03.2015]

**Tablo 2.2. Türkiye Organ ve Doku Nakil İstatistiği**

<b>TÜRKİYE ORGAN ve DOKU NAKİL İSTATİSTİĞİ*</b>									
Dönem	Böbrek	Karaciğer	Kalp	Akciğer	Kalp Akciğer	Pankreas	İnce Barsak	Kalp Kapağı	Kornea
2015	1039	397	28	10	0	2	2	0	1105
2014	2924	1212	78	33	0	9	5	2	3475
2013	2944	1249	63	32	0	4	2	1	2881
2012	2907	1002	61	25	2	6	5	5	1826
2011	2953	905	95	5	0	26	2	1	2
Toplam	12767	4765	325	105	2	47	16	9	9289

**Kaynak: TODS, Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi. <https://tods.saglik.gov.tr> [05.03.2015]**

Şekillere göre her yıl yapılan nakil sayısı bekleme listesindeki hasta sayısının yaklaşık yarısına karşılık gelmektedir, gün geçtikçe bekleyen hasta sayısı artmaktadır.

Kronik böbrek yetmezliğinin tedavi seçenekleri olarak hemodiyaliz, periton diyalizi ve organ nakli yer almaktadır (1). Böbrek yetmezliğine bağlı olarak ortaya çıkan belirti ve bulgular hemodiyaliz tedavisi ile kontrol altına alınırken, tedavi sürecine ve kişinin hemodiyaliz makinesine bağlı yaşamını sürdürmesine bağlı hastada bir takım sorunlar görülmektedir. Hemodiyaliz tedavisi kısa dönemde yorgunluk, güçsüzlüğe, uzun dönemde ise fiziksel sorunlara bağlı fiziksel işlevsellikte ve kişinin genel sağlık algısında bozulmaya, fiziksel ve mental sorunlara bağlı rol ve sorumlulukların yerine getirilmesinde zorlanmalara yol açmaktadır (21,22).

## **2.2. Organ Nakli**

### **2.2.1. Organ Naklinin Tarihçesi**

Dünyada ilk başarılı organ nakli 1954'de Boston'da Peter Bent Brigham Hastanesi'nde Joseph E. Murray kadavradan böbrek nakli olarak yapılmıştır (15,23).

Ülkemizde ilk kadavradan böbrek naklini 10 Ekim 1978 yılında Doktor Mehmet Haberal ve ekibi, Avrupa Transplantasyon Birliği aracılığıyla Almanya'dan gönderilen böbrekle yapmıştır (1). 1978'de immüsupresyonlardan Siklosporin ilk kez klinikte kullanılmaya başlanmıştır. Ülkemizde ilk yasal düzenleme 1979'da

yapıldı, bu yasanın yürürlüğe girmesinden 1 ay sonra ise Dr. Haberal ve ekibi ilk kez kadavradan organ naklini gerçekleştirmiştir. Bu yasa 2000 yılında “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği” ile güncelleştirilmiş ve bu bağlamda Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi kurulmuştur. Böbrek naklinin ülke genelinde yaygınlaşmasında ilk şehirlerarası organ temini programının 1989’da başlatılması öncü olmuştur (1).

Son yıllarda organ ve doku nakli alanında cerrahi yöntemlerin gelişmesi, immünsüpressif, antimikrobia, antiviral tedavi yöntemlerinin kullanılması, organın temini ve ameliyat süreçlerinde zamanın daha etkin kullanımı tüm dünyada daha çok sayıda hastanın organ ve doku naklinden yararlanmasına ve bu imkânlardan daha kolay yararlanmasına sebep olmuştur (10,15).

Ergün (1)’ünün belirttiğine göre Saracci (1997) Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün, 1948 yılında sağlıklı olmayı; fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan iyi olma hali olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma uygun olarak, bir kişinin yaşamının kaliteli olduğundan söz etmek için, fiziksel sağlık (fonksiyonları, işlevselliği ve komplikasyonlar yaşamaması), ruhsal sağlık (psikolojik iyilik hali, duygusal distres olmaması, bilişsel fonksiyonların işlevselliği, spiritüel rahatlık) ve sosyal sağlık (sosyoekonomik değişiklikler, rol ve ilişkilerin değişimi, sosyal paylaşımların desteklerin devamlılığı) açısından iyilik halinin olması gerekir (1). Organ nakli, hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için iyi bir alternatif olarak kabul edilmekte, hastalık nedeniyle oluşan sınırlamaların birçoğunu ortadan kaldırarak hastaların yaşam kalitesini artırabilmektedir (6).

### **2.2.2. Transplantasyon İmmünolojisi**

Organ naklinin başarılı olmasının en önemli faktörlerinden birisi, donör dokusuna karşı alıcının immün yanıtıdır (25). Bu nedenle organ nakli immünolojisi immünolojinin en önemli konularından birisi haline gelmiştir (26). Spesifik immün yanıt sonucu oluşan inflamatuvar reaksiyon, greft fonksiyonlarında bozulmaya ve organ reddine neden olur (25).

Doku Uygunluk Antijenleri Kompleksi (MHC) insanda, İnsan Lökosit Antijenleri (HLA) olarak tanımlanır. HLA moleküllerinin temel görevi antijeni T lenfositlerine sunmak ve spesifik immün cevabı başlatmaktır (26,27). HLA’nın alıcı

ve verici arasındaki uyumu nakledilen dokunun yaşamasında önemli faktöre sahiptir (27). En önemli antijenler HLA-A, HLA-B, HLA-DR dir (27). Greft ömrü ile HLA uyumu arasındaki pozitif ilişki nedeniyle klinik nakilde HLA sisteminin önemi açık olarak görülmektedir. Bu nedenle immünolojik değerlendirme de HLA, uygun donörün tespiti açısından son derece önemlidir. Verici böbreği üzerinde bulunan histokompatibilite antijenlerine karşı hem hümmoral hem de hüccresel mekanizmalarla gelişen doku reddini minimum düzeye indirmek doku tiplemesi ve karşılaştırılmasının temel amacıdır (28).

Alicının serumunda vericinin doku antijenlerine karşı antikorlar varsa hastanın duyarlaşmasından söz edilir. Alicının serumu vericinin lenfositleri ile karşılaştırılır (LCM) ve sonucun pozitif olması durumunda yapılacak olan nakilde hiperakut rejeksiyon gelişir (5).

### **2.2.3. Böbrek Nakli Süreci**

Sağduyu ve ark. (29) yaptığı çalışmada hemodiyaliz uygulaması kişinin iş ve sosyal yaşamından uzun bir süre çaldığını ve kan biyokimyasındaki toksik madde dalgalanmalarının yarattığı bedensel-ruhsal zorlanmaların varlığı göz önüne alındığında; hastaların dörtte üçünden fazlasının “dialize bağımlılıktan kurtulmak, daha zinde olabilmek ya da çalışabilmek” amacıyla ameliyat olmayı tercih ettiklerini ortaya koymuşlardır.

Son dönem böbrek yetmezliğinin en uygun tedavi şekli böbrek naklidir. Böbrek nakli, hastaların yaşam kalitesini ve beklenen yaşam süresini artıran, uzun süreli diyaliz ile karşılaştırıldığında maliyeti daha düşük olan optimal renal replasman tedavi yöntemidir (30). Böbrek naklinde iki organ kaynağı vardır. Bunlar canlı verici ve kadavradır.

#### **Canlı Verici**

Canlı vericilerden yapılan böbrek nakillerinin sonuçları uzun dönemde, kadavra vericilerden yapılan böbrek nakillerinin sonuçlarından daha iyidir. Bunun nedenleri; canlı vericilerde vericiye ve böbreğe ait incelemelerin daha ayrıntılı yapılmasıdır. Ayrıca planlı bir nakil olduğu için hasta ve vericinin daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi, doku uyumunun yüksek ve vericinin sağlıklı olması, greft böbreğin daha erken dönemde işlevlerine başlaması, bağışıklık sağlayıcı ilaçların

kadavra nakillere göre daha düşük dozlarda kullanılması ve ameliyatın daha ideal koşullarda gerçekleştirilmiş olmasıdır (31,32).

### **Canlı Vericili Böbrek Nakli Sayısının Artış Nedenleri (33):**

- Kadavra verici sayısının azlığı
- Vericinin karşılaştığı minimal risk
- Vericiye kazandıracığı psikolojik yararlar
- Kadavra vericili böbrek nakline göre daha iyi sonuçlar

### **Canlı Verici Adayı Olma Riskleri (31-34):**

- Verici ve aile üzerindeki psikolojik stres
- Operatif mortalite
- Postoperatif komplikasyonlar
- Uzun dönemde hafif hipertansiyon ve proteinüri riski
- Kalan böbreğin travmatik olarak zarar görme riski

### **Verici Adayının Dışlanma Kriterleri (31-34):**

- 18 yaşından küçük yada 70 yaşından büyük olmak
- Hipertansiyon (>140/90mmHg veya ilaç kullanımı)
- Diyabet
- Proteinüri (>250mg/24 saat)
- Tekrarlayan böbrek taşı öyküsü
- Düşük GFR (<80ml/dk)
- Mikroskobik hematüri
- Verici böbreğindeki ürolojik anormallikler
- Ciddi medikal hastalık (kronik akciğer hastalığı, yakın zamanda tanı konulmuş kanser hastalığı)
- Şişmanlık (ideal kilonun %30 üzerinde olmak)
- Tromboz veya tromboembolizm öyküsü
- Psikiyatrik kontrendikasyonlar

Donör seçiminde önce kan grubu uyumu aranır, sonra doku grubu uygunluğu araştırılır. Daha sonra donör; klinik, laboratuvar ve radyolojik incelemelerle tam olarak değerlendirilir. Donörün tek böbrekli kaldığında herhangi bir sorun olmayacağına ve operasyon için bir engel olmadığına karar verildiği zaman nakil işlemi yapılır. Değerlendirme donör öncelikli yapılmalıdır (14).

### **Kadavra Verici**

Kadavradan organ nakli, ancak beyin ölümünün kesin tespitinden ve kişinin yakınlarından izin alındıktan sonra mümkündür. Kadavra vericilerin özellikleri:

- 1) Ortalama 1-70 yaş ve sağlıklı olmalı, 75 yaşındaki bir kişinin böbreği de kullanılabilir,
- 2) Beyin ölümünün kesin olması ve alınacak organların işlevlerinin de normal olması gerekir,
- 3) Madde bağımlısı, ilaç kötüye kullanımı ve alkol bağımlısı olmaması ve organlarının alınabilmesi için bir yakının rızasının alınmış olması gerekir,
- 4) Dolaşım ve solunumun organ/organlar çıkarılana kadar durmamış olması gerekir,
- 5) Bulaşıcı bir hastalığı ve bulaşıcı hastalıklar risk grubunda olmaması, metabolik hastalığı olmaması gerekir (4,5).

Kadavradan organ alma işlemi belirli kurallara bağlıdır ve yasayla sınırları çizilmiştir. Türkiye’de organ nakli; 29.05.1979 tarihli “Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında” 2238 sayılı kanun ile 1982 yılında yeniden düzenlenmiştir. Düzenlenen maddeler (3) 1 Haziran 2000 tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak 07.03.2005, 24.10.2007 ve 11.03.2009 tarihlerinde değişikliğe uğrayan “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği” doğrultusunda yapılmaktadır. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı tarafından ilgili birimlere gönderilen genelgelerle organ bağıışı, nakli ve beyin ölümü hakkında bilgilendirme yapılmaktadır (3). Ayrıca ülkemizde Diyanet İşleri Yüksek Kurulunun 1980 yılındaki 396 sayılı kararı ile organ naklinin caiz olduğu bildirilmiştir (35).

Kadavra verici olmak için bireyin mutlaka beyin ölümünün gerçekleşmesi gerekir. Yani serebral ve beyin sapı fonksiyonlarının tamamen durması gerekir. Bu kararı nöroloji yada nöroşirurji, anestezi-reanimasyon uzmanından oluşan iki kişilik heyet verir. Bu ekip gerekli tıbbi değerlendirmeleri yaptıktan sonra kişinin beyin

ölümünün gerçekleştiğine dair resmi bir belge hazırlanır ve bu belge onaylanır. Bu belgenin onaylanmasından sonra hastanın beyin ölümünün gerçekleştiği kabul edilir.

Verici adayının değerlendirilmesine başlanırken öncelikle alıcı ve verici adaylarının kan grupları, kan basıncı ölçümü, göz dibi bakışı, doku grubu antijenleri (HLA) ve lenfosit cross-match (LCM) testi yapılmaktadır (33).

### **Böbreğin Korunması**

Canlı ve kadavra vericiden çıkartılan organ soğuk koruyucu solüsyonla (+4 C) damardan yıkanır ve steril bir naylon torbaya yerleştirilir, bu torba içinde kırılmış buz parçacıkları bulunan ikinci bir torbanın içine konulur. Nakledilmek amacıyla çıkartılan organların, başka bir yerdeki veya ülkedeki alıcıya ulaştırılincaya kadar emin ve güvenli bir şekilde korunması gerekir. Kabul edilebilen koruma süreleri, organlara göre değişir. Kalbin çıkartıldıktan sonra 5 saat, böbreklerin 40-50 saat içinde nakledilmesini önerilir. Genellikle pankreasın 5-15 saatlik korumadan sonra, karaciğerin ise 6-12 saat içinde nakledilmesi gerekir (36).

### **Ameliyat Öncesi Yönetim ve Hemşirelik Bakımı**

Böbrek naklinde ameliyat öncesi yönetimin hedefi, metabolik durumun normal düzeyde tutulması, enfeksiyonun önlenmesi, hastanın ameliyata ve ameliyat sonrası duruma hazırlanmasıdır (34). Karmaşık ve riskli olan organ nakli sürecinin her evresinde hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Nakil hastasının bakımı, ileri bilgi ve beceri gerektiren hemşirelik girişimlerini içerir (15). Hastaya ameliyat sonrasında pulmoner hijyen, ağrı yönetimi, diyet kısıtlamaları, intravenöz ve arteriyel kanüller, drenaj tüpleri ve erken mobilizasyona yönelik bilgi verilmelidir (15,21).

### **Böbrek Nakli Sırasında Hemşirelik Bakımı**

Hastanın cerrahi servisinden ameliyathaneye alınmasıyla başlayıp, ameliyat tamamlandıktan sonra bakım verilecek bölüme devredilmesiyle sona eren ameliyat sırası (intraoperatif) bakımda;

- Hastanın ameliyathaneye kabulü,
- Pozisyon verme ve anestetik ilaç verilmesi,



- Ameliyat bölgesinin temizliği
- Ameliyatın uygun koşullarda yapılması sağlanır (15).
- Ameliyat sonrası hastanın ameliyathaneden taşınması önemli yer tutmaktadır. Bunların yanı sıra, ameliyat süresince enfeksiyon oluşumunu önlemek için aseptik koşullara uygun çalışılması, odaya giriş çıkışların kontrol altına tutulması, hasta güvenliğinin sağlanması, ameliyat uzun sürdüğü için ekip değişimi sırasında malzeme teslimi, ameliyatın hangi aşamada olduğunun yeni gelen ekibe anlatılması, ameliyat süresince hastada olabilecek cilt sorunlarını önlemek için destek yüzey kullanılması gerekmektedir (15).

### **Böbrek Nakli Sonrası Hemşirelik Bakımı**

Nakil sonrası bakımın amacı, nakledilen böbrek fonksiyonu başlayıncaya kadar homeostozisi sürdürmektir. Böbrek nakli yapılan kişiler nakille birlikte hayatlarının hızla normale döneceğini düşünürler. Ancak nakil sonrası onları olası problemler ve güçlükler beklemektedir (6). Nakil olan hastanın hemşirelik bakımı aşağıdaki sıralama gibidir (1,15):

- Enfeksiyon riski,
- İlaç tedavisine uyum güçlükleri,
- Organ reddi riski,
- Beslenmeye ilişkin değişimler ve kısıtlamalar,
- İlaç yan etkileri,
- Düzenli kontrol zorunluluğu,
- Sosyal hayata uyumda güçlükler,
- Tekrar hastaneye yatma endişesi,
- İş hayatına dönüşte güçlükler yaşaması,
- Vücut görünümünde değişiklik endişesi,
- Gelecekteki sağlığına ilişkin belirsizlik, anksiyete,
- Fiziksel kısıtlılıklara ilişkin olası uyum problemleri,
- Tıbbi kontrollerini sürdürürken nefroloji ünitesiyle iletişimde yaşanabilecek olası problemler,
- Özbakım aktivitelerini yerine getirmede olası sorunlardır

- Ekonomik problemler

## 2.2.4. Böbrek Nakli Komplikasyonları

### 1. Rejeksiyon

Alicının nakledilen organa karşı oluşturduğu immün yanıt sonucu organın reddedilmesidir (21). Nakil sonrası dönemde idrar miktarının azalması, ateşin yükselmesi, hipertansiyon, nakledilen böbrek üzerinde ağrı, hassasiyet ve şişlik olması, elde ve bacaklarda şişlik olması, hızlı kilo alma, serum üre ve kreatin değerlerinin artması, halsizlik, iştahsızlık, bulantı, kusma yaygın vücut ağrıları gibi şikayetler rejeksiyonu düşündürmelidir (4). Rejeksiyon hiper akut, akselere, akut ve kronik olarak gelişebilir.

- **Hiper akut rejeksiyon:** En ciddi rejeksiyon tipidir. Alicının kan damarları ile greft kan damarlarının anastomozundan birkaç dakika veya birkaç saat sonra başlar (4). Genellikle ameliyat öncesi iyi hazırlığı iyi yapılmamış hastalarda görülür (4,5).
- **Akselere rejeksiyon:** İlk beş gün içinde gelişir. Yüksek dozda steroid ve antikoagülan tedavisi uygulanır. Enfeksiyonla beraber görüldüğü için enfeksiyonun da tedavi edilmesi gerekir. Tedaviye cevap alınmazsa nefrektomi gerekebilir (4,5).
- **Akut rejeksiyon:** Primer hücresel bir immün tepkidir. Nakilden günler, haftalar sonra ortaya çıkabilir. Hastada genel durum bozukluğu, ateş, taşikardi, lenfositoz, eozinofili, sağ üst kadranda hassasiyet, bilirubin ve transaminazlarda artış vardır, hastanın protrombin zamanı uzar (5,15,24).
- **Kronik rejeksiyon:** Uzun zaman içerisinde böbrek fonksiyonlarında zamanla bozulma görülür. Kronik rejeksiyon, genellikle nakilden sonra ilk bir yıl içinde ortaya çıkar. Progresif kolestazis ile kendini gösterir, safra yolları giderek zarar görür. Tek tedavi seçeneği retransplantasyondur (5).

## **2. Enfeksiyon**

Böbrek yetmezliği nedeniyle anemisi bulunan üremik hastalar nakilden sonra immünsüpressif alacağından enfeksiyona görülme riski artar (37). Transplantasyon sonrası enfeksiyon sık görülen bir durum olduğundan transplantasyonların % 75'inde ilk bir yıl içinde mikrobiyal invazyon görülür. Transplantasyon sonrası dönem enfeksiyonlar açısından 3 temel zaman dilimine bölünebilir:

### **1) Transplantasyon sonrası ilk bir ayda gelişen enfeksiyonlar**

Kendi içinde üç grupta incelenebilir (38):

- a. Alıcıda transplantasyon öncesi var olan, transplantasyon sonrasında devam eden enfeksiyonlar,
- b. Allograftla taşınan enfeksiyonlar,
- c. Teknik zorluklara ve anatomik sorunlara bağlı olarak gelişen enfeksiyonlar.

### **2) Transplantasyon sonrası 1-6. aylar arasında gelişen enfeksiyonlar**

Bu dönem özellikle CMV başta olmak üzere, EBV, HHV6 gibi herpes grubu virüsler ve HBV, HCV enfeksiyonlarının etkin olduğu dönemdir (37,38). İlk üç ay da üriner sistem enfeksiyonları ve bu enfeksiyonların tekrarlanması sıktır. Nakil sonrası ilk bir yıl içinde rejeksiyonu önlemek için kullanılan yüksek doz ümmunsüpressif ilaçlar, hastaların enfeksiyona yatkın hale gelmesine neden olmaktadır (39,40).

### **3) Transplantasyondan 6 ay sonra görülen enfeksiyonlar**

Bu grupta en çok görülen enfeksiyonlar, toplum kökenli solunumsal viral enfeksiyonlardır. Olguların % 15'inde hepatit virüsleri, papilloma virüs, HHV8 veya HIV'in neden olduğu kronik ve/veya progresif viral enfeksiyonlar vardır (37,39,40).

Hemşire nakil sonrası hastaları enfeksiyon belirti-bulguları, enfeksiyondan korunma yöntemleri konusunda bilgilendirmelidir. Yaşam bulgularının takibi, özellikle vücut ısısının ölçümü enfeksiyon belirtilerini ayırt etmede önemlidir (41). Bu süreçte hasta eğitimi önemli rol oynar (37).

## **3. Üriner sistem komplikasyonları**

Böbrek nakli sonrası idrar kaçağı hastaların %4'ünde görülmektedir. Abdominal boşluğa idrar kaçağı ureter obstrüksiyonu ya da nekroz nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Hastalar idrar miktarının azaldığını ve abdominal rahatsızlık olduğundan şikayet edebilirler (41).

#### **4. Kardiyovasküler komplikasyonlar**

Hipertansiyon; akut tübüler nekroz, hiperaldosteronizm, renal arter darlığı, akut ve kronik greft rejeksiyonu yüksek doz steroid tedavisine bağlı olarak gelişebilir (3). Tromboemboli; özellikle ilk üç haftada pıhtılaşma bozuklukları düzeltilmeden önce görülebilir. Ayrıca steroidlerin hiperlipidemik etkilerine bağlı olarak çoğunlukla gelişebilir (3).

#### **5. Solunum komplikasyonları**

Böbrek nakli olan hastalarda hücresel bağışıklık bozulmuş olduğundan, solunum yolları enfeksiyonları normal kişilerden ve genel olarak hastanede yatan hastalardan daha sık görülmektedir. Pnömoniler organ alıcılarında en önemli hastalık ve ölüm nedenidir (42,43).

#### **6. Gastrointestinal sistem hastalıkları**

Batında hassasiyet, ağrı, ağız ve özofagusta enfeksiyon gelişebilir. Prednol tedavisine bağlı olarak peptik ülser görülebilir (3). Karaciğer hastalığı, böbrek nakli yapılmış hastalarda sık görülen komplikasyonlar arasındadır (43,44). Azothioprine gibi ilaçların kullanılmasıyla ortaya çıkan bir durumdur (3).

#### **7. Cilt komplikasyonları**

Dokuya özel olmamakla birlikte immunsupresif ilaçlar derinin savunma mekanizmasını bozar ve deri neoplazmları ve enfeksiyonlarının artmasına sebep olur (45). Organ nakli hastalarında melanom gelişme riski normal popülasyona göre 3-9 kat artmıştır. Bilinen en önemli risk faktörü güneşe maruz kalmadır. Human papilloma virüs enfeksiyonlarının da yine melanom gelişimine neden olduğu ileri sürülmektedir (45,46).

#### **8. Diğer komplikasyonlar**

Glikoz tolerans bozukluğu, diyabetes mellitus (DM) (47,48), hipertansiyon, santral obezite ve dislipidemi (49) içeren kardiyovasküler morbidite ve mortaliteye bağlı risk faktörlerini içeren Metabolik Sendrom (MS) greft yetmezliğine ayrıca allograft disfonksiyonuna neden olmaktadır. Posttransplant dönemde kullanılan kortikosteroidler ve kalsinörin inhibitörleri böbrek nakli hastalarında MS gelişimine neden olan temel faktörler arasındadır (46).

Mide ülserasyonu, batında hassasiyet, karın ağrısı, diyare, barsak perforasyonu uzun süre steroid kullanımına ikincil olarak gelişebilir. Ayrıca

Pankreatit; böbrek naklinin nadir görülen, ancak ağır ve ölüm oranı yüksek bir komplikasyonudur (50).

Nakil sonrası ilk 3 ay içinde diyabetus mellitus (DM) büyük olasılıkla görülür. Erişkinlerde kullanılan kalsinörin inhibitörü nakilden sonraki 6 aylık dönemde diyabet görülme sıklığının %20,5'e ulaşabileceği bildirilmiştir (51,52).

### **2.2.5. İmmnsupressif İlaçlar**

Greft kaybını önlemek ve rejeksiyonun vereceği zarardan vücudu korumak için hastalar yaşam boyu İST almaları gerekmektedir. İlaçların reçete edildiği gibi doğru doz ve zamanda alınması, ilaç düzeyinin ayarlanması ve izlenmesi greft sağlığının devam için önemlidir (53).

İlaç tedavisi, iki-üç ilacın birlikte verilmesiyle uygulanır. Bu şekilde bağışıklık sisteminin değişik aşamalarına etki eden ilaçların kullanılmasıyla rejeksiyon riski azaltılmaya çalışılır (24).

**Tablo 2.3. İmmüsupressif İlaçların Etki Mekanizması, Yan Etkileri, Doz Aralığı, Uygulama ve Yan Etkileri (24,54,55)**

<b>Etki mekanizması</b>	<b>Doz aralığı</b>	<b>İlaç uygulama</b>	<b>Yan etkileri</b>
<b>Kortikosteroid – Prednizolon-Prednol, Metilprednizolon-Deltakortil</b>			
Lenfositleri azaltır. Makrofajları engeller. T-hücre aktivasyonunu etkiler.	Prednizolon : 2,5-100mg/gün tek doz ya da günlük doz ikiye bölünerek verilir. Metilprednizolon: 250/1000 mg/gün intravenöz olarak verilir.	Oral doz genellikle yemeklerden sonra verilir. İntravenöz doz birkaç dakika içinde verilebilir, ancak 500mg ve üzerinde ise en az 30 dk içinde verilmelidir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinal rahatsızlık,</li> <li>• Anksiyete, uykusuzluk,</li> <li>• Osteoporoz, cushing sendromu, hiperglisemi, kilo alma, HT, Na-su retansiyonu,</li> <li>• Katarakt, glukom,</li> <li>• Adrenokortikol yetersizlik, enfeksiyona yatkınlık, akne,</li> <li>• Gastrik ülserasyon</li> </ul>
<b>Tacrolimus (Prograf)</b>			
Calcineurin inhibitörü T-hücre farklılaşması ve çoğalmasını engeller.	0.05- 0.2 mg/kg/gün günlük doz ikiye bölünerek verilir, kan düzeyine göre ayarlanır. İntravenöz doz günlük dozun dörtte biri kadardır.	Oral form 12 saate bir verilir. İntravenöz formu izotonik yada %5 dextroz solüsyonla seyreltilerek, 24 saat infüzyon şeklinde verilir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kabızlık, karında ağrı,</li> <li>• Baş ağrısı uykusuzluk, titreme,</li> <li>• Hiperglisemi, hipertansiyon,</li> <li>• Nefrotik etki, hipomagnezemi, hiperlipidemi,</li> <li>• Trombositopeni,</li> <li>• Aritmi, kaşıntı, lökositoz, saçlarda dökülme,</li> <li>• Nörotoksik etki, infeksiyon riskinde artma</li> </ul>
<b>Siklorosporin (sadiimmun, neoral, gengraf)</b>			
• Calcineurin inhibitörü • T-hücre farklılaşması ve çoğalmasını engeller.	3-10 mg/kg/gün günlük doz ikiye bölünerek verilir, kan düzeyine göre ayarlanır. İntravenöz doz oral dozun üçte biridir.	Oral formları kapsül yada tablet şeklindedir, 12 saate bir verilir. Tabletler süt, çikolatalı süt, elma suyu, yada portakal suyu ile cam bardak içinde karıştırılarak alınmalıdır. İntravenöz formu izotonik yada %5 dextroz solüsyonla seyreltilerek 2-6 saat yada 24 saat infüzyon şeklinde verilir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Titreme,</li> <li>• Hırşutizm,</li> <li>• Gingival hiperplazi,</li> <li>• Hipertansiyon,</li> <li>• Nefrotik etki,</li> <li>• Hiperlipidemi,</li> <li>• Hipomagnezemi,</li> <li>• Baş ağrısı,</li> <li>• Uyuşma, karıncalanma,</li> <li>• Bulantı, kusma,</li> <li>• Hepatotoxic etki,</li> <li>• Lenfoma,</li> <li>• Enfeksiyon riskinde artma.</li> </ul>

**Tablo 2.3. (Devam)**

<b>Etki mekanizması</b>	<b>Doz aralığı</b>	<b>İlaç uygulama</b>	<b>Yan etkileri</b>
<b>Sirolimus - Rapamune, Evirolimus – Certican</b>			
<b>Etki mekanizması</b>	<b>Doz aralığı</b>	<b>İlaç uygulama</b>	<b>Yan etkileri</b>
Rapamisin inhibitörleri, hücre siklusunu etkileyerek sitokin genlerinin kopyalanması için gerekli olan sinyali kesintiye uğratarak, IL-2, 4 ve 6'nın başlattığı T hücre sentezini inhibe eder.	1-8 mg oral olarak günde bir defa verilir.	Siklorosporin dozundan en az 4 saat sonra verilir. Hergün aynı saatte ve yemeklerden önce verilmelidir. Oral doz su yada portakal suyu ile verilmelidir.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yara iyileşmesinde gecikme,</li><li>• Enfeksiyon,</li><li>• Hiperlipidemi,</li><li>• Kan şekerinde yükselme,</li><li>• Kan basıncında yükselme,</li><li>• Hipokalemi,</li><li>• Baş ağrısı,</li><li>• Anemi,</li><li>• Lökopeni ve trombositopeni,</li><li>• Periferik ödem</li><li>• Hepatik arter trombozu</li></ul>
<b>Azathioprin (imuran)</b>			
Rejeksiyon sürecinde T ve B lenfositlerin Proliferasyonu üzerinde etkili olan pürin nükleidi sentezini engeller.	2-5 mg/kg/gün Kandaki ilaç düzeyine göre ayarlanır.	Genellikle tek doz verilir, gastrointestinal intoleransı azaltmak için yemekle birlikte yada günlük doz ikiye bölünerek verilir.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nötropeni,</li><li>• Trombositopeni,</li><li>• Anemi,</li><li>• Hepatotoksik etki,</li><li>• Pankreatit,</li><li>• Malign neoplazma</li></ul>
<b>Mycophenolate Mofetil - Cellcept , Mycophenolate acid-Myfortic</b>			
Rejeksiyon sürecinde T ve B lenfositlerin Proliferasyonu üzerinde etkili olan pürin nükleidi sentezini engeller.	Mycophenolate Mofetil 500-1500 mg günde iki kez Mycophenolate acid 360-720 mg günde iki kez	Günde iki kez genellikle 12 saate bir verilir. Kapsüller ezilmemeli, çiğnenmemeli ve açılmamalıdır. İntravenöz doz % 5 Dextrozla seyreltilmeli ve 6 mg/dl konsantrasyonda hazırlanmalı ve en az iki saatte verilmelidir. İntravenöz solüsyonla temastan kaçınılmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gastrointestinal yan etkiler (bulantı kusma, abdominal distansiyon ve ağrı, diare)</li><li>• Hematolojik (lökopeni, anemi,</li><li>• Trombositopeni) yan etkiler</li><li>• Enfeksiyon</li></ul>

**Tablo 2.3. (Devam)**

<b>Etki mekanizması</b>	<b>Doz aralığı</b>	<b>İlaç uygulama</b>	<b>Yan etkileri</b>
<b>Antitimosit globülin (ATGAM)</b>			
T lenfositlere etki eder.	10/15 mg/kg/gün IV 14 gün	İzotonik sodyum klorür, %5 dextroz ve % 0.45 sodyum klorür solüsyonu, %5 dextroz ve %0.2 sodyum klorür solüsyonu içerisinde maximum 4mg/ml konsantrasyonda hazırlanmalı, karışım çalkalanmamalıdır. Santral ven yoluyla en az 4 saatte infüzyon şeklinde gönderilmelidir. Tedavi öncesi deri testi tavsiye edilir; intradermal doz: 0.1ml ilaç 1:1000 şeklinde izotonik solüsyon ile dilüe edilmelidir. İnfüzyon ilişkili reaksiyonları önlemek için kortikosteroid premedikasyon olarak verilmelidir.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lökopeni,</li><li>• Trombositopeni</li><li>• Artralji,</li><li>• Bulantı,</li><li>• Kusma,</li><li>• Diyare,</li><li>• Baş ağrısı,</li><li>• Ateş,</li><li>• Anafilaksi,</li><li>• Pulmoner ödem,</li><li>• Apne,</li><li>• Akut renal yetmezlik,</li><li>• göğüs ağrısı,</li><li>• Parestezi,</li><li>• Konfüzyon,</li><li>• Maling neoplazm</li></ul>
<b>Antitimosit globülin RATG (Timoglobulin)</b>			
T lenfositlere etki eder.	1.5 mg/kg/gün 7-14 gün	50-500 ml izotonik sodyum klorür veya %5 dextroz solüsyon içerisinde maximum 0.5 mg/ml hazırlanmalıdır. İlk doz en az 6 saatte, sonraki doz en az 4 saatte santral venöz katater yoluyla gönderilmelidir. İnfüzyon ilişkili reaksiyonları önlemek için kortikosteroid premedikasyon olarak verilmelidir	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ateş, abdominal ağrı, diyare,</li><li>• Dispne, lökopeni, trombositopeni,</li><li>• Miyalji, artralji, baş ağrısı,</li><li>• Hipertansiyon, taşikardi,</li><li>• Periferik ödem, hiperkalemi, enfeksiyon, anafilaksi, anemi, periorbital ödem,</li><li>• Konjestif kalp yetmezliği, bradikardi, miyokardit, hiperglisemi</li></ul>



**Tablo 2.3. (Devam)**

<b>Etki mekanizması</b>	<b>Doz aralığı</b>	<b>İlaç uygulama</b>	<b>Yan etkileri</b>
<b>Mumonab-CD3 , Monoklonal antibadi - Orthoclone OKT3</b>			
Monoklonal antikor T-hücre fonksiyonunu bloke eder.	5 mg/gün 10-14 günlük tedavi şeklindedir.	İnfüzyon ilişkili reaksiyonları önlemek için metilprednizolon (8 mg/kg), 1-4 saat infüzyon şeklinde premedikasyon olarak verilmelidir. OKT3 verilmeden önce hastanın vücut sıcaklığı 37.8°C nin altında olmalı ve sıvı yüklenmesi-dekompense kalp yetmezliği olmamalıdır. Solüsyon çalkalanmalı, ilk birkaç doz için hasta monitorize edilmeli, kardiyak arrest yönünde takip edilmelidir.	Sitokin salınım Sendromu ( ateş, baş ağrısı, titreme, bulantı, kusma, abdominal ağrı, miyalji, artralji, pulmoner ödem, hipotansiyon, hipertansiyon, taşikardi, solunum yetmezliği, kardiyak arrest, üriner outputta azalma) OKT3'ün en önemli yan etkisidir. Sitokin salınım sendromu ciddi ve bazen ölümcül bir reaksiyondur. Ayrıca; anafilaksi, serebral ödem, esfalopati, aseptik menenjit, duyma kaybı, görmede bozukluk, nötropeni, trombositopeni
<b>Daclizumab – Zenapax</b>			
IL-2'yi inhibe ederek T lenfosit aktivasyonunu önler.	İlk doz ameliyat öncesi 24 saat öncesinde verilir, sonraki doz 14 gün boyunca IV olarak toplamda beş doz olmak üzere 15-30 dk süresince 1 mg/kg olarak verilir.	Her doz 50 ml izotonik solüsyonu içinde çalkalanmadan periferal yada santral venöz katater yoluyla verilmelidir.	Öksürük, yorgunluk, baş ağrısı, tremor, kusma ve ağrıya sebep olmaktadır. Kanama, hipotansiyon, hipertansiyon, anafilaksi, dispne, ödem, taşikardi, ateş ve enfeksiyon gibi ciddi yan etkileri de bulunmaktadır.
<b>Basiliximab – Simulect</b>			
IL-2'yi inhibe ederek T lenfosit aktivasyonunu önler.	Transplantasyon 2 saat öncesi, sonrası 4 gün IV olarak 20-30 dk süresince 20 mg olarak verilir.	Her doz 50 ml izotonik solüsyonu veya %5 dextroz içinde çalkalanmadan periferal yada santral venöz katater yoluyla verilmelidir	Karın ağrısı, kusma, titreme ve insomniaya sebep olmaktadır. Akut hipertansif atak, anemi, kandida ve sitomegalovirus enfeksiyonu gibi ciddi yan etkileri bulunmaktadır.

### **İST'leri Kullanan Nakil Alıcılarının Dikkat Etmesi Gereken Uyarılar (1,24,56):**

- İST kullanan nakil hastaları ilaçlarını tam olarak reçete edildiği dozda ve saatte almalı.
- İST'sini yanlış doz ve saatte alan hasta mutlaka nakil merkezine danışmalı.
- İlaçlar ısı ve direk güneş ışığına temas etmeyen bir yerde ve çocukların ulaşamayacağı yerde saklanmalı.
- Son kullanma tarihi geçen ilaçlar kullanılmamalı.
- Nakil hastaları soğuk algınlığından korunmalı ve enfeksiyondan korunma yöntemlerine dikkat etmeli, enfeksiyona maruz kalmış kişilerden kaçınmalı, kamuya açık ortamlarda maske kullanmalı (eldivenle çalışmalı, kesici-delici aletlerden uzak durmalı, ağır işlerde çalışmamalı...).
- Kişisel temizliğine daha çok önem vermeli özellikle ağız, diş, cilt, saç ve el temizliğini sağlamalı.
- Pişmemiş ve iyi yıkanmamış deniz ürünlerinden uzak durulmalı.
- Kullanılan immünyosupresif ilaçların seyahate çıkmadan önce yedeği temin edilmeli.

#### **2.2.6. İmmünyosupresif Tedavi Alan Hastanın Hemşirelik Bakımı**

İmmünyosupresif tedaviye yönelik hemşirelik bakımı ilaç yan etkileri izlemi ve yönetimini içermektedir. Tablo 4'te immünyosupresif ilaçların neden olduğu yaygın yan etkiler bu yan etkilere yönelik hemşirelik yaklaşımları yer almaktadır.

**Tablo 2.4. İmmunosuppresif İlaçlara Bağlı Gelişen Yan Etkilere Yönelik Hemşirelik Girişimler (1,10,24,57)**

<b>Görülen yan etki</b>	<b>Neden olan ilaçlar</b>	<b>Hemşirelik girişi</b>
<b>Sinir hücrelerine zarar verme-Nörotoksisite</b>	<b>Takrolimus Siklosporin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Genellikle ilaç düzeyine bağlı olarak gelişir. Sikloporin ve takrolimus kan plazma düzeyi izlenir. Doktor istemine göre ilaç dozu azaltılır. Hasta ellerde titreme ve kaslarda kasılma açısından izlenir.</li> <li>○ İlaç dozu ve ilacın yan etkileri konusunda bilgilendirilir, bu ilaçlar ile anti-enflamatuvar ilaçların birlikte alınmaması sağlanır ve hasta bu konuda bilgilendirilir.</li> <li>○ Özellikle takrolimusla birlikte greyfurt ve grefyfurt suyu alınmaması hususunda hasta bilgilendirilmelidir.</li> <li>○ Hastalar, destekleyici tedavi, vitamin ve mineral içeren ilaçları almadan önce nakil ekibine danışmalıdır.</li> </ul>
<b>Böbrek fonksiyonların da bozulma-Nefrotoksisite</b>	<b>Takrolimus Siklosporin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Genellikle ilaç düzeyine bağlı gelişir.</li> <li>○ Siklosporin ve takrolimus kan plazma düzeyi izlenir. Reçete edildiği şekli ile ilaç dozu azaltılır ya da farklı bir ilaca başlanacaksa bu konuda hasta bilgilendirilir.</li> <li>○ Serun kreatinin, kan üre nitrojen (BUN) ve potasyum değerleri izlenir. Siklosporinin etkisini arttırıcı ve azaltıcı ilaçlara dikkat edilmelidir.</li> <li>○ Periferel ödem ve kan basıncı izlenmelidir. Hasta ilaç düzeyi takibi konusunda bilgilendirilmelidir.</li> </ul>
<b>Kan basıncında yükselme-Hipertansiyon</b>	<b>Kortikosteroid Siklosporin Daclizumab</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hastanın kan basıncı kontrol edilir. Hasta gelişen yan etki hakkında bilgilendirilir. Gerekli görülürse kan basıncını düşürücü ilaç başlanabilir. Hasta yeni ilaç tedavisi konusunda bilgilendirilir.</li> </ul>
<b>Hiperglisemi</b>	<b>Kortikosteroid Siklosporin Takrolimus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kan glikoz düzeyi izlenir. Order edilen insulin ya da oral diabetik ajanlar hastaya verilir. İlaçların kullanımı konusunda hasta bilgilendirilir. Hastada diyabet gelişmiş ise endokrine yönlendirilir. Gerek görülürse, hastanın aldığı çıkardığı takibi yapılır.</li> </ul>
<b>Hiperlipidemi</b>	<b>Rapamisin Evorilumus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hasta kontrollerinde lipid paneli kontrol edilir. Hasta kolesterol içeren yiyecekler ve bunların az tüketilmesi konusunda bilgilendirilir. Gerekli görülürse hastaya kolesterol düşürücü ilaç başlanabilir. Hemşire bu durumda ilaçlar konusunda hastayı bilgilendirir.</li> </ul>

**Tablo 2.4. (Devam)**

<b>Görülen yan etki</b>	<b>Neden olan ilaçlar</b>	<b>Hemşirelik girişimi</b>
<b>Hiperkalemi</b>	<b>Siklosporin Takrolimus</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Özellikle organ naklinin erken evresinde ortaya çıkabileceğinden plazma potasyum düzeyi izlenir.</li><li>○ Hasta, kaslarda kasılma ya da seğirme, konfüzyon ve çarpıntı gibi hiperkalemi belirtileri yönünden izlenir.</li><li>○ Kan plazma potasyum düzeyi yüksek olan hastaların EKG monitorizasyonu yapılır.</li><li>○ Hastaya anti-potasyum order edilirse ilaç kullanımı hakkında hasta bilgilendirilir. Hasta bu ilacı kullandığı süre içinde hipokalemi yönünden de değerlendirilir.</li><li>○ Yüksek düzey potasyum içeren besinleri almaması konusunda hastaya bilgi verilir, diyet düzenlemesi yapılır (kayısı, muz, domates vb.).</li></ul>
<b>Hipomagnezemi</b>	<b>Siklosporin Takrolimus</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Siklosporin veya takrolimus tedavisi alan hastalarda magnezyum düzeyi takip edilir.</li><li>○ Magnezyum seviyesi düşen hastalara order edildiğinde ise magnezyum preparatları verilir.</li><li>○ Bu ilaçları alan hastalara magnezyum içeren yiyecekler hakkında eğitim verilir.</li></ul>
<b>Sodyum ve su tutulumu</b>	<b>Kortikosteroid</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Transplantasyon erken döneminde aldığı çıkardığı sıvı ve kan basıncı takibi yapılır.</li><li>○ Hastanın ödem takibi yapılır.</li><li>○ Hasta, kortikosteroid kullanırken sodyumdan fakir beslenmesi konusunda bilgilendirilir.</li><li>○ Hasta böbrek fonksiyonları yönünden değerlendirilir</li></ul>
<b>Hurşitizm</b>	<b>Kortikosteroid Takrolimus Siklosporin</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hasta bu yan etki konusunda bilgilendirilir. Hastayı rahatsız edecek boyutta kıllanma olduğunda tüy dökücülerin kullanılabilmesi konusunda hastaya bilgi verilir. Kıllanmadan çok rahatsız olan hastalarda ilaç değişikliğine gidilebilir. Bu durumda hasta bilgilendirilir.</li></ul>
<b>Lökopeni Trombositopeni</b>	<b>Sirolimus Mikofenolat mofetil Azathoprine Antitimosit Globülin</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hastanın, lökosit değerleri izlenir. Özellikle timoglobulin veya ATG tedavisi sırasında her gün lökosit değerleri takip edilir. Gerekli görülürse tedaviye ara verilebilir ya da ilaç dozu azaltılabilir. Hasta enfeksiyon açısından izlenir. Hasta ve ailesine enfeksiyondan korunma yöntemleri konusunda bilgi verilir. Hasta morarma, kanama, gastrointestinal kanamalar (trombositopeni) açısından izlenir, bu konuda bilgilendirilir. Gerekli görüldüğü takdirde tedaviye ara verilebilir ya da ilaç dozu azaltılabilir.</li></ul>

### 2.2.7. İlaç Uyumsuzlukları

Organ nakli sonrası hastaların İST'ye uyumu yani önerilen tedaviyi doğru ve eksiksiz alması greftin canlılığını sürdürmesi, organ reddinin önlenmesi, hastalık ve ölüm oranının azaltılması açısından son derece önemlidir (10).

Nakil hastalarında ilaç uyumsuzluğu, her ay için en az bir kez ilacın unutulması, yanlış ilacın kullanılması ya da ilacı her ay en az bir kez, iki ya da iki buçuk saat geç alma olarak tanımlanmaktadır (9).

İlaç uyumsuzluğu depresyon, artmış stres, birden fazla ilaç alımı, ümmunosupresiflere karşı gelişen yan etkiler, retransplantasyon, ilaçlara güvensizlik, bilgi eksikliği, sağlık sigortasının olmaması ile ilişkilidir (9).

Yapılan başka çalışmalarda İST'ye uyumsuzluğun yaş, iş, gelir ve nakil tipiyle ilişkili olduğu, ayrıca tedaviye duyulan inanç, ilaçların semptom ve yan etkisi, duygusal sıkıntı, stres, depresyon, borçlu hissetme gibi psikolojik faktörlerden de etkilendiği bulunmuştur (10,58-62).

Yapılan uyumsuzluk çalışmalarının sonucuna göre böbrek nakli hastalarında İST'ye uyumsuzluk oranının diğer organ alıcılarına göre daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. İST'ye uyumsuzluk nedeniyle böbrek greft kaybının oranı yaklaşık %35'tir ve böbrek nakil alıcıları arasında İST'ye uyumsuz olanlar uyumlu olanlar ile kıyaslandığında uyumsuz olanların greft yetmezliği oranı uyumlu olanlara göre yedi kat fazladır. İST'ye uyumsuz olan böbrek nakil alıcıları arasında hayat beklentileri uyumlu olanlara kıyasla yaklaşık 4 yıl daha kısadır (59,61).

Williams ve ark. (11)'ı yaptığı meta analiz çalışmasında, nakil sonrası ilk altı ay içerisinde uyumsuzluğun ortaya çıktığını, alıcıların zamanla doz atlama eğiliminde olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca hastaların eşlik eden hastalıklar nedeniyle çoklu ilaç kullanmalarının uyumsuzluk nedeni olduğunu belirtmişlerdir.

## İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler

**Tablo 2.5. İlaç Uyumunu Arttıran/Azaltan Faktörler**

İlaç Uyumunu Arttıran Faktörler	İlaç Uyumunu Azaltan Faktörler
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hastalığa karşı duyarlı olma,</li><li>○ İlerleyen semptomlar veya komplikasyonlar,</li><li>○ İlaçlar ve hastalık hakkında bilgi sahibi olma,</li><li>○ Kısa süreli hastalık,</li><li>○ Tedavinin yararını fark etme, (tedaviye inanma ve güvenme)</li><li>○ Psikolojik ve bilişsel durumu etkileyen hastalığın ve depresyonun olmaması,</li><li>○ Tedaviye karşı pozitif beklenti ve tutum,</li><li>○ Yazılı ve sözlü açıklamalar,</li><li>○ İlaç tedavisi ile ilgili açıklamaları anlama,</li><li>○ Uygun tedavi,</li><li>○ Basit ilaç yönetimi,</li><li>○ Hoşa giden ya da kolay yutulan ilaçlar,</li><li>○ Bakım verenlerin bilgili ve güvenilir olması,</li><li>○ Kısa sürede semptomatik rahatlama sağlayan ilaçlar,</li><li>○ Hoşa gitmeyen yan etkilerin olmaması,</li><li>○ Sağlık bakım profesyonelleri ile iyi iletişim ve memnun edici ilişki,</li><li>○ Kontroller arasında kısa süre olması,</li><li>○ Tedavi planına hasta katılımı,</li><li>○ Sağlık bakım profesyonellerine güven,</li><li>○ Tedaviye güven,</li><li>○ Pozitif rol model varlığı, aile ve arkadaşların desteği,</li><li>○ Fiziksel ve bilişsel yetersizliğin olmaması,</li><li>○ İlaça olan ihtiyacın farkında olma,</li><li>○ Sağlığın öncelikli olması,</li><li>○ Yeterli bakım alma.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hastalığa karşı duyarlı olmama,</li><li>○ Semptom ya da komplikasyonların olmaması,</li><li>○ Sağlık ve tedavi hakkında bilgi sahibi olmama,</li><li>○ Uzun süren rahatsızlık ya da kronik hastalık,</li><li>○ Tedavinin yararını fark etmeme,</li><li>○ Psikolojik ve bilişsel durumu etkileyen bir hastalığın olması ya da depresyon,</li><li>○ Tedaviye karşı negatif beklenti ve tutum,</li><li>○ Açıklama yapılmaması,</li><li>○ İlaç tedavisi ile ilgili açıklamaları anlamama,</li><li>○ Tedavinin önemli davranış değişikliği gerektirmesi,</li><li>○ Basit olmayan ilaç yönetimi,</li><li>○ İlaçta kötü tat ve yutma zorluğu,</li><li>○ Bakım verenlerin bilgili ve güvenilir olmaması,</li><li>○ İlacın semptomatik rahatlama, sağlaması için uzun zaman geçmesi ya da rahatlama sağlamaması,</li><li>○ Hoşa gitmeyen yan etkiler,</li><li>○ Sağlık bakım profesyonelleri ile iyi iletişim ve memnun edici ilişki kurulamaması,</li><li>○ Kontroller arasında uzun süre olması,</li><li>○ Tedavi planına hasta katılımının olmaması,</li><li>○ Sağlık bakım profesyonellerine karşı güvensizlik,</li><li>○ Sosyal destek eksikliği,</li><li>○ Fiziksel ve bilişsel yetersizlik</li><li>○ İlaça olan ihtiyacın farkında olmama,</li><li>○ Sağlık önceliğinin düşük olması,</li><li>○ Yetersiz bakım alma.</li></ul>

**Kaynak: Chisholm, M.A. Issues of Adherence to Immunosuppressant Therapy After Solid-Organ Transplantation, Drugs 2002; (62-4): 567-575**

Uyumun değerlendirilmesinde direk ve indirek yöntemler kullanılmaktadır. **Direk yöntemler;** direk olarak tedaviyi gözleme, ilaçların kan ve idrar düzeylerini inceleme, biyolojik markerları inceleme, **indirek yöntemler;** hasta anketleri, ilaç sayımı, elektronik ilaç izlemi, bakım verenlere uygulanan anketler, hasta günlükleri gibi yöntemlerdir (11).

İmmunosupresiflere uyumu arttıran durumlar, motivasyon, ilgi, tedaviye uyumu sürdürmede yetenekli olma ve bilgidir. Motivasyon bireyin inançları, değerleri, tutumları ve uyuma karşı istekliliğini ifade eder. Tedavi hakkında yeterli bilgiye sahip olma hem bakım verenler hem de hasta açısından önemlidir. Bu nedenle sözel ve yazılı olarak bilgilendirme, hastaların tedavinin nasıl sürdürüleceği konusunda bilgi sahibi olmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (63).

Hasta bilgilendirme, hastanın ihtiyacına yönelik olmalıdır ve hastanın eğitim sürecindeki engeller ve öğrenme şekli göz önünde bulundurularak planlanmalıdır (67).

#### **2.2.8. Böbrek Nakli Sonrası Hasta Eğitimi**

Böbrek nakli sonrası hasta eğitimi hastanın, sosyal ve tıbbi uyumu açısından önemli bir konudur. Hastaların yeni yaşamlarına uyum sürecinde bilmesi gereken önemli birçok tema vardır. Organ nakli hastalarının eğitiminin aşağıda yer alan başlıkların göz önüne alınarak yapılması gerekir (24):

**T** (Teaching tools) Eğitim araçları: Hastanın anlayabileceği basit ve temel eğitim-öğretim araçları kullanılmalıdır (hasta eğitim kitapçığı vb.)

**R** (Records) Kayıt: Hastanın kullanacağı ilaçların listesi hastaya yazılı olarak verilmelidir (ilaç kartı ve listesi gibi)

**A** (Assess) Değerlendirme: Hastanın bilgi düzeyinin değerlendirilmesi gerekir.

**N** (Noncompliance issues) Zorluk: Hastada anlamayı engelleyen durumlar değerlendirilmeli.

**S** (Support systems) Destek sistemleri: Eğitim sürecine hasta ailesi ve bakım verenlerinin katılması sağlanmalı.

**P** (Prescription plans) İlaç reçetesi planı: Hastalar, ilaçların yararları ve diğer seçenekler konusunda bilgilendirilmeli.

**L (Labeling) Etiketleme:** İlacın özellikle görme sorunu olan hastalar için fark edilir şekilde işaretlenmesi gerekir.

**A (Analysis of patient education) Hasta eğitimini kontrol etme:** verilen eğitimin hasta tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol edilmelidir.

**N (Numbers) Numaralar:** Hastanın ulaşabileceği, ilaçları konusunda bilgilendirilebileceği telefon numaralarının verilmesi, hastaya ulaşılacak hasta ve aile bireylerinin telefon numaralarının alınması gerekir.

**T (Teach, teach, teach) Eğitim:** Hasta ve aile bireylerine ilaçlar konusunda tekrar tekrar eğitim verilmelidir.

### **Hasta Eğitiminin Üç Temel Amacı (24);**

1. Organ alıcısının nakil öncesi değerlendirme sürecini anlamasını sağlamak,
2. Organ nakli sürecini anlamasını sağlamak,
3. Hastanın organ naklinin yararlarını ve risklerini anlamasını sağlamaktır.

### **2.2.9. Nakil Sonrası Dikkat Edilmesi Gereken Önemli Noktalar**

Nakil sonrası hasta bakımı yaşam boyu sürebilir. Hemşireler hastanın danışmanı konumundadır ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla önerilerde bulunur. Hemşireler nakil sürecinin her aşamasında hastanın destek ve eğitiminde önemli bir rol oynamaktadır (15). Önerilen tıbbi bakım ve tedaviye kesinlikle uyulması ve planlandığı şekilde kontrollerinin yapılmasının önemi, hasta ve yakınlarına açıklanmalıdır. Böbrek nakli sonrası hastaya verilmesi gereken bilgi/eğitim konuları şunlardır (1,24):

- Bilinen enfeksiyonu olan kişilerden veya hasta insanlardan uzak durulmalıdır.
- Nakil sonrası ilk birkaç ay mağaza, sinema, restoran gibi kapalı ve kalabalık yerlerden kaçınılmalıdır.
- Nakil alıcısı hayvanların bakımından kaçınılmalıdır.
- Yemek tabağı ve bardağını diğer aile üyeleri ile paylaşmamalı, kişisel kullanılmalıdır.
- Dışarıda veya bahçede çalışmaktan kaçınılmalıdır.



- Manikür ve pedikür setleri nakil adayına özel olmalıdır ayrıca hasta kendini iyi hissetse bile laboratuvar testlerini aksatmamalıdır.
- İyi diş bakımı önemlidir. Nakil alıcısı diş fırçalamayı ve günlük diş ipi kullanmayı alışkanlık haline getirmeli ve düzenli olarak diş hekimine muayene olmalıdır.
- Bazı enfeksiyonları önlemek için el yıkamanın güvenli ve etkin bir yol olduğu hastaya anlatılmalıdır.
- Ayrıca rutin diş temizlik kontrolleri öncesinde bir antibiyotik gerekebilir. İşlem sırasında bir kesik veya sıyrık olursa yarayı temizlemeli, temiz ve kuru bir pansuman uygulamalıdır.
- Hastanın tedavisi günden güne değişiklik gösterebilir.
- Nakil öncesi kullanılan ilaçlar nakil sonrasında da sürdürülebilir.
- Ayrıca kullanılan ilaçların yan etkilerini önlemek için de farklı ilaçlar ek olarak kullanılabilir.
- Tüm bu önerilere dikkat edilmesine karşın herhangi bir enfeksiyon belirtisi (ateş, ağrı şişlik veya kızarıklık) oluşursa, nakil alıcısı hemen doktoruna başvurmalıdır.
- İlaçların dozu doktor önerisine göre değişebilir.
- İlaçlar sadece nakil hakkında bilgili hekimler tarafından reçetelendirilmelidir. (<http://www.transplantliving.org/after-the-transplant/staying-healthy/infections-and-immunity>).

### **2.3. Yaşam Kalitesi**

Yaşam kalitesi bireyin içinde yaşadığı ve amaçları, beklentileri, kaygıları ve standartları ile ilgili kültür ve değer sistemleri ile kişinin kendi durumunu idrak edebilmesi olarak tanımlanır (66).

Dünya Sağlık Örgütü' nün Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu yaşam kalitesini “bireylerin; yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde ve hedeflerine ilişkin, yaşamdaki kendi pozisyonlarına bakış açıları, beklentileri, standartları ve endişeleri” olarak tanımlamıştır (30).

Bir başka tanıma göre yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını nasıl algıladığıdır. Yani bu kavram tıp teknikleri ve laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, öznel olarak yaşantının belirtildiği

bir niteliktir ve arzularla doğrudan bir ilişkisi bulunmamaktadır. Yaşam kalitesinin ölçülmesindeki temel amaç, kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde hoşnut olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun onları ne ölçüde rahatsız ettiğinin belirlenmesidir. Bunu bir örnekle açıklamak gerekirse, kişinin kaç saat uyuduğu değil, uykusundan memnun olup olmadığıdır (15).

Çolakdal (15)'in belirttiğine göre yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” olarak tanımlanmıştır. Laborde ve Powers (1980) ve Young Longman (1983), yaşam kalitesini, yaşamdan doyumu da içine alan bir yöntem çeşitliliği olarak; Lewis (1982) ise bireyin sahip olduğu kendine saygı ve yaşama amacı olarak tanımlandığını bildirmiştir.

Yaşam kalitesi ölçümündeki gelişim klinik belirti ve bulguların kodlanıp elektronik ortama aktarılması, sağlık kayıtlarının; toplumsal rol işlevinin sentezinde geliştirilen teori ve metotlar, psikolojik ve sosyal araştırmalardaki çok boyutlu ölçme metotları; özellikle psikoloji ve psikiyatrik epidemiyolojide uygulanan psikometrik teori ve ölçümler; korelasyon, regresyon ve varyans analizlerinin, sosyal bilimler, davranış bilimleri, tıp ve klinik epidemiyolojiye uygulanması; sağlık güvencesi gibi birtakım ilerlemeler sonucunda mümkün olmuştur (19).

### **2.3.1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik İlişkisi**

Yaşam kalitesi gibi sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SİYK) kavramı da uzun zamandır farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Bir tanıma göre SİYK bir bireyin ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısı olarak ele alınmaktadır. SİYK yaşam kalitesinin ve onun belirleyicilerinin, bedensel ve ruhsal sağlığı etkileyen taraflarını içerir. Tanımlar arasında farklılıklar olsa da ortak nokta sağlığın yaşam kalitesini etkilediğidir (30).

SİYK ölçümünde en sık kullanılan yöntem SF-36 olarak bilinen “Medical Outcome Study 36-Item Short Form Health Survey” bir ankettir. Bu form fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, rol kısıtlamaları (fiziksel ve emosyonel nedenlere bağlı), mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın bu 8 boyutunun 36 madde ile incelenebilmesini sağlar. Cevaplar sayısal değerlere çevrilir. Yüksek puanlar daha iyi yaşam kalitesi temsil eder (66).

Yaşam kalitesinin her alanındaki doyum, kişiye göre değişir, her bir alanın önemi de kişiden kişiye değişir ve yaşam kalitesini eşit şekilde etkilemez. Bireyin yaşamını etkileyen boyutlardan her biri değerlendirmede yer almalıdır (19).

### **Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Boyutları (68):**

1. Fiziksel işlev; örneğin hareket kabiliyeti, özbakım
2. Fiziksel Rol; iş ya da diğer günlük etkinlikler
3. Ağrı
4. Genel Sağlık Algısı; kendi sağlığı konusunda hisleri
5. Yaşamsallık; yorgun ve bitkin hissetme
6. Sosyal fonksiyon; örneğin cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki
7. Mental Rol; Duygusal sorunlar nedeni ile iste ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar
8. Mental Fonksiyon; sinirlilik ve depresyon duyguları

### **Yaşam kalitesinin ölçümlerinin tıpta kullanım alanları şunlardır (19):**

- Bireysel hasta takibinde psikososyal problemlerin kişisel düzeyde araştırılması ve takibi,
- Sağlık hizmetlerinin veya tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi çalışmaları,
- Sağlık planlamacılarının ve sağlık ekonomistlerinin maliyet analizlerinde kullanılır.

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi verileri, hastaların kendilerinin verdiği bilgilerden, hastaların işlev algıları, semptomları, zihinsel durumları ve etkileşimli ilişkileri konusunda bilgileri toplar (19).

Hemşirelik alanında yaşam kalitesi çalışmaları yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel taraflarını içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerekliliğine dayanmaktadır. Günümüzde klinik çalışmalarda ve klinik uygulamalarda yaşam kalitesinin de değerlendirilerek tedavi kararlarının yaşam kalitesi sonuçlarına göre verilmesi gerektiği savunulmaktadır (30).

Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar roldedir. Profesyonel anlamda hemşirelerin, hemşirelik bakım standartlarını ve ölçütlerini geliştirerek

verdikleri bakımın kalitesini yükseltme ve buna bağlı olarak yaşam kalitesini güvence altına alma sorumlulukları vardır. Hemşireler, bütüncül yaklaşım yönünde hastalarının yaşam kalitesini yükselterek iyi bir hemşirelik bakımı sunabilirler. Bu nedenle hemşirelerin yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamaları, hasta ve sağlıklı bireyin bakım uygulamalarına aktarmaları önemlidir (15).

### **2.3.2. Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar (66):**

- ✓ Temel gereksinimlerinin karşılanmaması
- ✓ Beden imgesinin değişmesi
- ✓ Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- ✓ Kronik yorgunluk, bitkinlik
- ✓ Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- ✓ Gelecek ile ilgili kaygılar
- ✓ Destek sistemlerindeki yetersizlikler
- ✓ Akut ya da kronik sağlık sorunları
- ✓ Nakil sonrası süreçle ilgili bilgi eksikliği

Bireylerde yaşam kalitesi yaşam biçimi değişikliklerinden etkilenerek yetersiz hale gelebilir. Bu durumda yaşam kalitesini artırmak için, sağlık profesyonelleri gereken tedavi ve bakımla bireyi yetersiz olduğu konularda destekleyebilir.

### **2.3.3. Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar (66):**

- ✓ Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin:
- ✓ Ekonomik ve sosyal güvence içinde olması
- ✓ Güven içinde yaşaması
- ✓ Rahatlık ve gereken konfora sahip olması
- ✓ Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olması
- ✓ Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması
- ✓ Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerin olması
- ✓ İtibar görmesi
- ✓ Otonomisinin olması
- ✓ Mahremiyetine değer verilmesi
- ✓ Kendini ifade edebilmesi

- ✓ Fonksiyonel olarak yeterli olması
- ✓ Özgün bir birey olarak algılanması
- ✓ Huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir.

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri, uygulanan girişim metotlarının, gereksinimlerin, hem bireysel hasta düzeyinde girişimlerin sonuçlarının hem de sistemin değerlendirilmesinde fayda sağlar. Bu ölçümler verilen hizmetin yeterliliği ve hizmetin geliştirilmesinin etkileri ile ilgili geri bildirim alınmasını sağlar (66).



## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırma Tipi:**

Araştırma gözlemsel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı araştırma tipine uygun planlanmıştır.

### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde 2009 yılında organ nakline başlanmıştır. Nakil merkezinde hastaların poliklinik kontrolleri haftada bir gün Çarşamba günleri yapılmaktadır. Araştırma Nefroloji Transplantasyon Polikliniğine başvuran hastalarla Ocak 2015-Nisan 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Ocak 2015-Nisan 2015 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Organ Nakli Polikliniği'ne ameliyatın üzerinden en az üç ay geçmiş ve ameliyat sonrası kontrol amaçlı polikliniğe başvuran araştırma örneklem ölçütlerini sağlayan tüm hastalar çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Olasılıksız örneklem yöntemiyle, hasta dosyası kayıtlarından yararlanılarak poliklinikte takip edilen, araştırma örneklem ölçütlerini karşılayan toplam 80 hasta araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma için toplam 66 hastaya ulaşılmış ancak 20 hasta araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 46 hasta ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır. Geriye kalan 14 hasta araştırma süreci içerisinde poliklinik kontrollerine gelmediğinden araştırma kapsamına alınamamıştır.

#### **Araştırmaya Alınma Kriterleri**

Örneklem kriterleri;

- ✓ Ameliyatın üzerinden en az üç ay geçmiş olan,
- ✓ Duyma engeli olmayan,
- ✓ Psikiyatrik-psikolojik bir rahatsızlık öyküsü olmayan, bu amaçla ilaç kullanmayan,

- ✓ Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olan,
- ✓ Dil sorunu olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

### 3.4. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada örneklem hacmi hesaplanmamış ve olasılıksız gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bir süre hastanede nefroloji uzmanının olmaması, hastane binasının yeni yerine taşınması ile organ nakli merkezinin ruhsatının tekrar yenilenmesi ve geçen sürede böbrek nakli yapılamaması hasta sayısında düşüşe neden olmuştur. Araştırmacının şehir içinde bulunma zorunluluğu, şehirde tek nakil merkezinin olması ve tez çalışması olması nedeniyle çalışma süresinin kısa olmasından planlanan sayıda hastaya ulaşılamamıştır. Araştırma sonuçlarının sadece görüşme yapılan böbrek nakli hastalarına genellenebilir olması araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edildi.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada üç bölümden oluşan Anket formu ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

#### 1. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır:

**A- Tanıtıcı Bilgiler Formu:** Hastaların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, yaşadığı yer, çalışma durumu, gelir düzeyi vs.) verilerden oluşmaktadır.

**B- Transplantasyon ve Genel Sağlık Durumu Formu:** Hastalık öyküsü (akut, kronik hastalıklar, kullandığı ilaçlar, transplantasyon zamanı, immünosupresif tedavi, böbrek nakli etiyolojisi, böbrek yetmezliği tanısı alma süresi, transplantasyon sayısı, verici türü, diyaliz tipi, nakil sonrası sürece yönelik bilgi durumu, sürece yönelik bilgiyi nereden aldığı, eşlik eden hastalık durumu, nakil olmayı isteme nedeni, vericiye yönelik duyguları, rejeksiyonla karşılaşma durumu, nakil sonrası psikiyatrik tedavi alma durumu, transplantasyon sonrası komplikasyonlar), İST'ye uyum verilerini içermektedir. Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak geliştirilmiştir.

**C- Böbrek Nakli Sonrası Hasta Uyumu:** Doktor randevularına uyum, diyet kısıtlamasına uyum, yaşam bulgularını nasıl takip edeceğini bilme durumu, aldığı-çıkarıldığı ve kilo takibini nasıl yapacağını bilme durumu, laboratuvar bulgularını takip ve bulguların ne anlama geldiğini bilme durumu, doktor tarafından önerilen egzersiz programına uyum durumunu içermektedir. Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak geliştirilmiştir.

## 2. SF- 36 Yaşam kalitesi ölçeği (Ek2)

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Çolakdal (15)'in belirttiğine göre ölçeğin türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Koçyiğit ve ark. tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz alt boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır;

- 1- **Fiziksel fonksiyon;** sağlık sorunları nedeniyle fiziksel aktivitelerin kısıtlanması (masa itmek, poşet taşımak, merdiven çıkmak, yürümek gibi günlük aktivitelerin etkilenmesi),
- 2- **Sosyal fonksiyon;** fiziksel ve duygusal nedenlerle sosyal aktivitelerin kısıtlanması (akrabalarını ve arkadaşlarını ziyaret gibi),
- 3- **Rol, fiziksel fonksiyon;** fiziksel sağlık sorunlarına bağlı rol kısıtlılıkları (çalışma saatleri ya da günlük aktivitelerden kaynaklanan fiziksel sağlık sorunlarına etkileri gibi),
- 4- **Emosyonel rol fonksiyon;** emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (çalışma ya da günlük aktiviteler üzerine depresyon ya da anksiyete gibi emosyonel sorunların etkisi),
- 5- **Mental sağlık;** psikolojik sıkıntı ve iyilikle ilgili olarak genel mental sağlık,
- 6- **Zindelik;** enerji, yorgunluk düzeyinin objektif değerlendirilmesi
- 7- **Ağrı;** ağrının şiddeti ve çalışma gücünü nasıl etkilediği,
- 8- **Genel sağlık anlayışı;** kendi sağlığı konusunda hisleri.



### Şekil 3.1. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Değerlendirme Yönergesi (14)

SF 36 Puan Değerlendirmesi	En Düşük ve en yüksek Olası Ham Puan
Fiziksel Fonksiyon $3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10-20
Fiziksel Rol $4a+4b+4c+4d$	4-8
Ağrı $7+8$	2-12
Genel Sağlık Algısı $1+11a+11b+11c+11d$	5-25
Yaşamsallık $9a+9e+9g+9i$	4-24
Sosyal Fonksiyon $6+10$	2-10
Mental Rol $5a+5b+5c$	3-6
Mental Sağlık $9b+9c+9d+9f+9h$	5-30

Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi (3, 5 ve 6'lı) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters çevrilerek puanı hesaplanmaktadır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerini içeren soruların aldıkları ağırlıklı puanlar toplanarak Fiziksel (FSD) ve Mental (MSD) Sağlık Özet Değer elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puanı bulunmamaktadır. Elde edilen özet değerler sıfır ile yüz arasında değişen sürekli değişken olarak ifade edilmektedir; "0" kötü sağlığı, "100" iyilik durumunu göstermektedir. Özet değerlerin elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmada kolaylık sağlamaktır. Özet değerlerin hesaplaması üç basamakta yapılmaktadır:

1. Alt bileşen skorların hesaplanması,
2. Alt bileşenlerin Z skor standardizasyonu,
3. Alt bileşenlerin ağırlıklı toplamları ile fiziksel ve mental sağlık özet değerlerinin elde edilmesi. Özet değerlerin hesaplanma yöntemi **EK -3'**de gösterilmiştir.

SF-36'nın Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında her bir alt boyutun Cronbach alfa katsayıları; fiziksel fonksiyon 0.75, fiziksel rol kısıtlaması 0.75, ağrı 0.76, genel sağlık algısı 0.75, yaşamsallık 0.73, sosyal fonksiyon 0.75, mental rol kısıtlaması 0.76, mental sağlık 0.76 olduğu bildirilmiştir (67). Bu tez çalışmasında ölçeğin toplam Cronbach alfa katsayısı 0,82 olarak belirlendi.

### 3.6. Araştırma Planı ve Takvimi



### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 21 (SPSS inc, ABD) istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin gösteriminde sürekli değişkenler için ortalama± standart sapma, kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%) gösterimi kullanılmıştır. Aynı grupta öncesi-sonrası değişken ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi, bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, non-parametrik koşullarda Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)/Kruskal-Wallis Testleri ile kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık düzeyi olarak  $p<0.01$  ve  $p<0,05$  değerleri kabul edilmiştir.

### 3.8. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın, örneklem ölçütlerini karşılayan hastalarla yüz yüze görüşme öncesi, araştırmanın amacı, zamanı, araştırma verilerinin gizliliği, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri konusunda bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-4). Araştırmanın yapılabilmesi için Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Yüksekokulu 14.01.2015 tarihli ve 2015-02 karar numaralı etik kurulu onayı (**EK-5**) ve Kahramanmaraş Stimam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden (**EK-6**) yazılı kurum izni alınmıştır.



## BULGULAR

Bu bölümde, böbrek nakli hastalarının yaşam kalitesinin belirlenmesi ile ilgili bulgular yer almaktadır. Hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=46)**

Özellikler	Sayı	%	$\bar{X}\pm SS$
<b>Yaş</b>			
11-40	20	43,5	42,78±14,44
41-75	26	56,5	
<b>Boy</b>			
132-160	15	32,9	164,07±9,476
161-170	22	47,8	
171-180	9	19,5	
<b>Cinsiyet</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	
Kadın	17	37,0	
Erkek	29	63,0	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	33	71,7	
Bekar/dul/boşanmış	13	28,3	
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>			
Var	34	73,9	
Yok	12	26,1	
<b>Çocuk sayısı</b>			
≤3	31	67,4	
>3	15	32,6	
<b>Eğitim durumu</b>			
≤5 yıl	23	50	
>5 yıl	23	50	

Araştırmaya katılan bir hasta 11 yaşında, diğerleri 21 yaş ve üzerindedir ve yaş ortalaması  $42,78 \pm 14,44$  olan hastaların %56,5'i 41-75 yaşları arasında ve %43,5'i 11-40 yaşları arasındadır. Yaş aralıkları grup sayısını eşitlemek için belirtilen şekilde seçilmiştir. Örneklem sayısı az olduğu için 11 yaşındaki hasta da araştırmaya alınmıştır. Hastaların %63,0'u erkek, boy ortalaması  $164,07 \pm 9,476$  olan hastaların %47,8'si 161-170 cm arası boy uzunluğundadır. Hastaların %71,7'i evli, %73,9'u çocuk sahibi ve %73,9'u 0-3 sayı aralığında çocuk sayısına sahip, %50'sinin eğitim durumunun  $\leq 5$  yıl olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.2. Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişiler, Meslek, Çalışma, Sosyal Güvence ve Gelir Düzeyi Özelliklerine Göre Dağılımı (N=46)**

Özellikler	Sayı	%
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>		
Eş ve çocuklarla	27	58,7
Anne-baba ile	13	28,3
Eşle birlikte	4	8,7
Yalnız	1	2,2
Çocuklarla	1	2,2
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	14	30,4
İşsiz	12	28,2
Emekli	5	10,9
İşçi	5	10,9
Memur	3	6,5
Diğer	5	10,9
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	11	23,9
Çalışmıyor	35	76,1
<b>Sosyal güvence</b>		
SGK	34	73,9
Yeşil kart	12	26,1
<b>Gelir düzeyi</b>		
Gelir giderden az	30	65,2
Gelir gidere denk	16	34,8

Hastaların %58,7'sinin eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı, %54,3'ünün çalışmadığı, %30,4'ünün ev hanımı olduğu, %73,9'unun Sosyal Güvenlik Kurumuna

bağlı olduğu, %65,2'sinin gelir düzeyinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Tabloda yer almamakla birlikte hastaların %17,4'ünün yaşadığı yeri değiştirdiği, bunların %12,2'sinin nakil sonrası tedavi için yer değişikliği yaptığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.3. Hastaların Nakil Öncesi ve Sonrası BKİ, Kilo Durumlarının Dağılımı (N=46)**

Özellik	Nakil öncesi ( $\bar{X} \pm SS$ )	Nakil sonrası ( $\bar{X} \pm SS$ )	p*
BKİ	22,11± 4,72	25,51± 5,12	<b>0,001**</b>
Kilo	60,30± 15,9	69,15± 16,46	<b>0,001**</b>

\* T testi / Bağımlı gruplarda t testi \*\*p<0,01

Hastaların nakil öncesi ve sonrası BKİ, kilo durumları Tablo 4.3'te verilmiştir. Hastaların nakil öncesi ve sonrası BKİ'leri karşılaştırıldığında nakil sonrası BKİ'lerinin arttığı saptanmıştır (p=0,001). Hastaların nakil öncesi ve nakil sonrası kiloları karşılaştırıldığında; hastaların nakil sonrası kilo aldığı saptanmıştır (p=0,001).

**Tablo 4.4. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı (N=46)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi</b>		
Bilinmiyor	17	37,0
Hipertansiyon	8	17,4
Nefrotik sendrom	4	8,7
Taş	4	8,7
Polikistik böbrek	3	6,5
İlaç yan etkisi	3	6,5
Diyabet	3	6,5
Enfeksiyon	2	4,3
Konjenital	1	2,2
Genetik	1	2,2
<b>Böbrek Yetmezliği Süresi</b>		
<b><math>\bar{X} \pm SS = 9,82 \pm 6,26</math></b>		
≤10 yıl	26	56,5
>10 yıl	20	43,5
<b>Eşlik Eden Kronik Hastalık</b>		
<b>Sayı</b>		
<b>%</b>		
Var	15	42,6
Yok	31	67,4
<b>Diyalize Girme Durumu</b>		
Evet	40	87,0
Hayır	6	13,0
<b>Hemodiyalize Girme Süresi</b>		
<b><math>\bar{X} \pm SS = 3,60 \pm 3,99</math></b>		
Girmeyen	6	13,0
0,1-5 yıl	27	58,7
>6 yıl	13	28,3
<b>Periton Diyalize Girme Süresi</b>		
Girmeyen	37	80,4
Giren	9	19,6

Hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.4’de gösterilmiştir. Hastaların %37,0’ının yetmezlik nedenini bilmediği, böbrek yetmezliği süresinin  $9,82 \pm 6,26$  yıl olduğu belirlenmiştir. Hastaların %42,6’sında böbrek yetmezliğine eşlik eden kronik hastalık olduğu, %87,0’ının diyalize girdiği, bunların hemodiyaliz süresinin  $3,60 \pm 3,99$  yıl olduğu, %13,0’ının diyalize girmediği, %58,7’sinin beş yıl ve daha az sürede diyalize girdiği, %80,4’ünün periton diyalizine girmediği belirlenmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların %42,6’sında eşlik eden kronik hastalık (diyabet, hipertansiyon, hipertroidi, hipotiroidi, psikiyatrik sorunlar) olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.5. Hastaların Böbrek Nakli İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (N=46)**

Özellikler	Sayı	%
<b>Nakil Sonrası Süreç İle İlgili Eğitim Alma</b>		
Evet	37	80,4
Hayır	9	19,6
<b>Nakil Sonrası Geçen Süre</b>		
≤4 yıl	30	65,2
>4 yıl	16	34,8
<b>Donör Tipi</b>		
Canlı	30	65,2
Kadavra	16	34,8
<b>Donör Yakınlığı</b>		
Akraba değil (kadavra)	16	34,6
Eş	9	19,5
Anne	7	15,2
Baba	6	13,0
Kardeş	5	10,9
Çocuk	3	6,5
<b>Donöre Duyulan His</b>		
Herhangi bir duygusu yok	31	67,4
Borçlu hissediyor	9	19,6
Minnettarlık	3	6,5
Pişmanlık	2	4,3
Aşırı bağlılık	1	2,2
<b>Doku Reddi</b>		
Var	13	28,3
Yok	33	71,7



Hastaların böbrek nakli ile ilgili özellikleri Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Hastaların nakil sonrası süreç ile ilgili %80,4'ünün bilgi aldığı, %65,2'sinde nakil sonrası geçen sürenin 4 yıl ve daha az olduğu, nakil sonrası geçen süre aralığı grup sayısını eşitleyebilmek için 4 yıl olarak belirlenmiştir. Hastaların %65,2'sinin canlı donörden organ aldığı, bunların %19,5'nin donörünün eşi olduğu belirlenmiştir. Hastaların %67,4'ünün donöre karşı herhangi bir duygu beslemediği, %28,3'ünün doku reddi ile karşılaştığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.6. Hastaların Nakil Olmayı İsteme Nedeni, Böbrek Nakli İlgili Bilgi Almak İstenen Kişilere Göre Dağılımı (N=46)**

Özellikler	Sayı	%
<b>Nakil olmayı isteme nedeni*</b>		
Diyalize bağımlılıktan kurtulma	32	69,6
Daha sağlıklı zinde olma	27	58,7
Yaşam kalitesinin artması	24	52,2
Yaşam süresinin artması	19	41,3
Yorgunluğun azalması	18	39,1
Bireysel ihtiyaçları karşılayabilme	17	37,0
Tekrar çalışabilme	5	10,9
Hastaneye sürekli gelmeme	2	2,2
Ailedeki rolü/görevleri yerine getirme	2	2,2
<b>Bilgi Alınan Kişiler*</b>		
Doktor	30	65,2
Organ nakil koordinatörü	9	19,6
Hemşire	8	17,4
Böbrek nakli olan diğer hastalar	1	2,2
İnternet	1	2,2
Medya	1	2,2
<b>Bilgi Almak İstenen Kişiler*</b>		
Doktor	39	84,4
Organ nakil koordinatörü	36	73,8
Hemşire	32	69,6

\*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler "N" üzerinden hesaplanmıştır.

Hastaların nakil olmayı isteme nedeni, böbrek nakli ilgili bilgi almak istenen kişilere göre dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Tabloda bildirilmemekle beraber %100,0'ünün bir kez nakil olduğu, %69,6'sının diyalize bağımlılıktan kurtulmak için

nakil olduğu, tabloda belirtilmemekle beraber %100,0'ünün nakil olmayı önerdiği, %93,5'inin sigara içmediği ve tamamına yakınının %97,5 alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Hastaların %65,2'si nakil süreci ilgili eğitimi doktordan aldığı ve %84,4'ünün yine doktordan bilgi almak istedikleri belirlenmiştir.

**Tablo 4.7. Hastaların İlaç Kullanma Davranışlarına İlişkin Özellikleri (N=46)**

Özellikler	Sayı	%
<b>Kullanılan İlaç Sayısı</b>		
3-5	28	60,9
6-8	18	39,1
<b>Doktor Tavsiyesine Uygun İlaç Kullanma</b>		
Evet	45	97,8
Hayır	1	2,2
<b>İlaç Dozu Atlama</b>		
Evet	19	41,3
Hayır	27	58,7
<b>Atlanan Doz Sayısı</b>		
Atlamayan	27	58,7
1-3	13	28,2
4-10	6	13,1
<b>İlaçları Tavsiye Edilen Süreden Geç Alma</b>		
Evet	29	63,0
Hayır	17	37,0
<b>İlaçları Geç Alma Nedeni (n=29)*</b>		
Unutma	15	51,7
İlaç düzeyi baktıracağı günler	6	20,7
Geç kalkma	5	17,1
Diğer	3	10,5

\*Yüzdeler ilaçlarını geç alan hastalar üzerinden hesaplanmıştır.

Hastaların ilaç kullanma davranışlarına ilişkin özellikleri Tablo 4.7'de gösterilmiştir. Hastaların %39,1'inin çok sayıda ilaç kullandığı, tamamına yakınının %97,8'i doktor tavsiyesine uygun ilaç kullandığı, %41,3'ünün doz atladığı, %63,0'ının tavsiye edilen süreden geç ilaç aldığı belirlenmiştir. Tavsiye edilen süreden geç ilaç alan hastaların %51,7'si unuttuğu için ilaçlarını geç aldığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.8. Hastaların Yanlış İlaç Alma ve İlaç Kullanırken Yaşanılan Sorun/Sorunlara İlişkin Özellikleri (N=46)**

Özellikler	Sayı	%
<b>Yanlış İlaç Alma</b>		
Evet	9	19,6
Hayır	37	80,4
<b>Yanlış İlaç Alma Nedeni (n=9)*</b>		
İlaçları karıştırma	7	77,8
Saatini karıştırma	2	22,2
<b>İlaç Kullanırken Yaşanılan Sorun/Sorunlar**</b>		
Diyabet	9	19,6
Bulantı-kusma	6	13,8
Kas krampları	5	10,9
Çarpıntı	5	10,9
Yorgunluk	4	8,7
El-ayakta karıncalanma	4	8,7
Tat almada değişiklik	4	8,7
Uyku bozukluğu	3	6,5
Kilo artışı	3	6,5
Ciltte kuruluk	3	6,5
İştah artışı	2	4,3
Yüzde şişme	2	4,3
Baş dönmesi	2	4,3
Hipertansiyon	2	4,3
Kemik erimesi	2	4,3
Unutkanlık	1	2,2
Hipoglisemi	1	2,2
Halsizlik	1	2,2
Diz ağrısı	1	2,2
Kolesterol	1	2,2
Tüylenme	1	2,2
Diş eti büyümesi	1	2,2
Saç dökülmesi	1	2,2
Sinirlilik	1	2,2
Duyuma sorunu	1	2,2
Titreme	1	2,2
Cinsel sorunlar	1	2,2

\* Yüzdeler ilaçlarını yanlış alan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. \*\* Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler ‘N’ üzerinden hesaplanmıştır.

Hastaların yanlış ilaç alma ve ilaç kullanırken yaşanan sorun/sorunlara ilişkin özellikleri Tablo 4.8’de gösterilmiştir. Hastaların %19,6’ünün yanlış ilaç aldığı, bunların %77,8’inin ilaçları karıştırdığı için yanlış ilaç aldığı, %19,6’sında ilaç yan etkisi olarak diyabet geliştiği belirlenmiştir.

**Tablo 4.9. Böbrek Nakli Sonrası Hasta Uyumu (N=46)**

Hasta Uyumu	Her zaman		Bazen		Hiçbir zaman	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kontrol amaçlı hastaneye geliş takvimime uyarım	40	87,0	5	10,9	1	1
Diyet kısıtlamasına uyarım	28	60,9	9	19,6	9	19,6
Yaşam bulgularımı takip ederim	13	28,3	23	50,0	10	21,7
Transplantasyon sonrası aldığı-çıkardığı sıvı ve kilo takibi yaparım	20	43,5	9	19,6	17	37,0
Enfeksiyondan korunmak için nelere dikkat edilmesi gerektiğini bilirim	26	56,5	8	17,9	12	26,1
Hastalığım için gerekli laboratuvar bulgularını takip ederim	30	65,2	4	8,7	12	26,1
Takip ettiğim laboratuvar bulgularının ne anlama geldiğini bilirim	27	58,7	3	6,5	16	34,8
Benim için yeni başlanan her ilacı doktoruma danışırım	43	93,5	-	-	3	6,5
Doktorum tarafından önerilen egzersiz programına uyarım	26	56,5	10	21,7	10	21,7
Doktorumun özellikle sakınmamı istediği durumlara uyarım	39	84,8	5	10,9	2	4,3

Hastaların böbrek nakli sonrası uyumları Tablo 4.9’da gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %87,0’sinin her zaman hastaneye geliş takvimine uyduğu, %60,9’unun her zaman diyet kısıtlamasına uyduğu, %50,0’sinin bazen yaşam bulgularını takip ettiği, %56,5’inin her zaman enfeksiyondan korunmak için nelere dikkat etmesi gerektiğini bildiği, %65,2’sinin her zaman hastalığı için gerekli laboratuvar bulgularını takip ettiği, %58,7’sinin her zaman laboratuvar bulgularının ne anlama geldiğini bildiği, %93,5’inin her zaman kendisine başlanan her ilacı doktoruna danıştığı, %56,5’inin her zaman doktor tarafından önerilen egzersiz

programına uyduğu ve %84,6'sının her zaman doktorunun özellikle sakınmasını istediği durumlara uyduğu belirlenmiştir.



**Tablo 4.10. Hastaların Nakil Sonrası Bilgi-Eğitim Alma Durumları Ve Bilgi-Eğitime İhtiyaç Duyduğu Konular (N=46)**

Bilgi-eğitim konuları	Hastanede Bilgi-Eğitim Alma durumu						Verilen Eğitimin Yeterli Olma Durumu (Eğitim alanlar için)						Eğitim Konularında Tekrar Bilgi/Eğitim Almaya İhtiyaç Duyma Durumu			
	Evet		Hayır		Hatırlamıyor		Tamamen yeterli		Biraz yeterli		Yeterli değil		Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Kullanmam gereken ilaçlar ve kullanım şekli	43	93,5	1	2,2	2	4,3	25	54,3	12	26,2	9	19,6	16	34,8	30	65,2
İlaçların etkileri ve yan etkileri	19	41,3	25	54,3	2	4,3	10	21,7	7	15,2	29	63,0	28	60,9	18	39,1
Hastaneye kontrole gelme sıklığı	38	82,6	6	13,0	2	4,3	26	56,5	8	17,4	12	26,1	14	30,4	32	69,6
Enfeksiyon belirtileri	25	54,3	21	45,7	-	-	13	28,3	9	19,6	24	52,2	26	56,5	20	43,5
Organ reddi belirtileri	11	23,9	35	76,1	-	-	6	13,0	3	6,5	37	80,4	35	76,1	11	23,9
Rutin kontroller dışında tıbbi yardım almam gereken durumlar	18	39,1	28	60,9	-	-	6	13,0	6	13,0	34	73,9	30	65,2	16	34,8
İlaç-besin etkileşimleri	21	45,7	24	52,2	1	2,2	4	8,7	7	15,2	35	76,1	33	71,7	13	28,3
İlaç-İlaç Etkileşimleri	15	32,6	30	65,2	1	2,2	4	8,7	8	17,4	34	73,9	31	67,4	15	32,6
İmmünosupresif Tedavi: Amaçları, etkileri, yan etkileri, yan etkileri azaltma yöntemleri	12	26,1	34	73,9	-	-	2	4,3	7	15,2	37	80,4	33	71,1	13	28,3
Nakil Öncesi İşine (çalışmaya) dönme durumu	15	32,6	31	67,4	-	-	7	15,2	7	15,2	32	69,6	27	58,7	19	41,3
Diyet-beslenme şekli	26	56,5	16	34,8	4	8,7	6	13,0	11	23,9	29	63,0	30	65,2	16	34,8
Günlük yaşam tarzı düzenlemeleri	20	43,5	25	54,3	1	2,2	6	13,0	7	15,2	33	71,1	27	58,7	19	41,3
Evde Bakım gereksinimleri	17	37,0	28	60,9	1	2,2	8	17,4	6	13,0	32	69,6	26	56,5	20	43,5
Egzersiz yapma durumu	19	41,3	26	56,5	1	2,2	8	17,4	9	19,6	29	63,0	26	56,5	20	43,5
Cinsellik	12	26,1	31	67,4	3	6,5	7	15,2	5	10,9	34	73,9	28	60,9	18	39,1

Hastaların nakil sonrası bilgi-eğitim alma durumları ve bilgi-eğitime ihtiyaç duyduğu konular Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Hastaların tamamına yakını %93,7'si kullanması gereken ilaçlar ve kullanım şekli hakkında hastanede bilgi aldığını, %54,3'ü verilen eğitimin yeterli olduğunu, %65,2'si bu konuda tekrar bilgi almaya ihtiyaç duymadığını belirtmiştir. Hastaların %54,3'ü İlaçların etkileri ve yan etkileri hakkında bilgi almadıklarını, %63,0'ı verilen eğitimin yeterli olmadığını, %60,9'u bu konuda tekrar bilgi almaya ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Hastaların %82,6'sı hastaneye kontrole gelme sıklığı hakkında bilgi aldığını, %56,5'i verilen eğitimin yeterli olduğunu, %69,6'sı bu konuda tekrar eğitim almaya ihtiyaç duymadığını belirtmiştir. Hastaların %54,3'ü enfeksiyon belirtileri hakkında bilgi aldığını, %52,2'si verilen eğitimin yeterli olmadığını, %56,5'i bu konuda tekrar bilgi almak istediğini belirtmiştir.

Hastaların %76,1'i organ reddi belirtileri hakkında bilgi almadığını, %80,4'ü verilen eğitimi yeterli bulmadığını, %76,1'i bu konuda tekrar bilgi almak istediğini belirtmiştir. Hastaların %60,9'u rutin kontroller dışında tıbbi yardım alması gereken durumlar hakkında bilgi almadığını, %73,9'u verilen eğitimin yeterli olmadığını, %65,2'si bu konuda tekrar bilgi almaya ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

Hastaların %52,2'si ilaç-besin etkileşimleri hakkında bilgi almadığını, %76,1'i verilen eğitimin yeterli olmadığını, %71,7'si bu konuda tekrar bilgi almaya ihtiyaç duyduğunu, %65,2'si ilaç-İlaç etkileşimleri hakkında bilgi almadığını, %73,9'u verilen eğitimin yeterli olmadığını, %67,4'ü bu konuda tekrar bilgi almaya ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %73,9'u immünosupresif tedavi: amaçları, etkileri, yan etkileri, yan etkileri azaltma yöntemleri hakkında hastanede bilgi almadıklarını, %80,4'ü verilen eğitimin yeterli olmadığını, %71,1'i bu konuda tekrar bilgi almak istediklerini, %67,4'ü nakil öncesi işine (çalışmaya) dönme durumu hakkında bilgi almadıklarını, 69,6'sı verilen eğitimin yeterli olmadığını, %58,7'si bu konuda tekrar bilgi almak istediklerini belirtmiştir. Hastaların %56,5'i diyet-beslenme şekli konusunda bilgi aldıklarını, %63,0'ı verilen eğitimin yeterli olmadığını, %65,2'si bu konuda tekrar bilgi almak istediklerini bildirmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %54,3'ü günlük yaşam tarzı düzenlemeleri konusunda bilgi almadığını, 71,1'i verilen eğitimi yeterli bulmadığını, %58,7'si bu

konuda tekrar bilgi almak istediğini, %60,9'u evde bakım gereksinimleri konusunda bilgi almadığını, %69,6'sı verilen eğitimi yeterli bulmadığını, %56,5'i bu konuda eğitime ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Egzersiz yapma durumu hakkında %56,5'i bilgi almadığını, alınan bilgiyi %63,0'ı yeterli bulmadığını, cinsellik konusunda %67,4'ü bilgi almadığını, %73,9'u verilen eğitimi yeterli bulmadığını, %60,9'u bu konuda tekrar bilgi almak istediğini belirtmiştir.

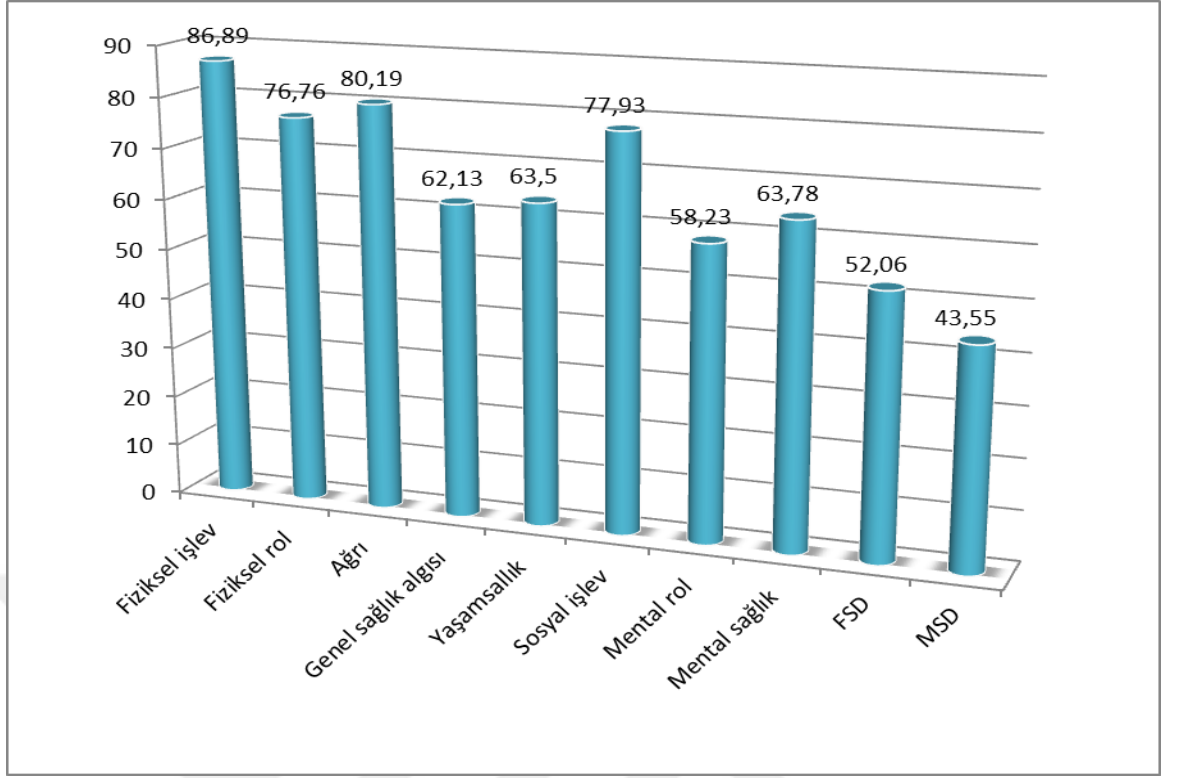




**Tablo 4.11. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=46)**

Yaşam Kalitesi Alt Boyutları	$\bar{X}\pm SS$	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Fiziksel işlev	86,89± 15,37	30	100
Fiziksel rol	76,76± 36,95	0	100
Ağrı	80,19± 27,68	22	100
Genel sağlık algısı	62,13± 16,24	5	92
Yaşamsallık	63,50± 19,89	20	100
Sosyal işlev	77,93± 23,83	12	100
Mental rol	58,23± 35,30	0	100
Mental sağlık	63,78± 23,53	14	96
Fiziksel sağlık durumu	52,06± 8,99	19	68
Mental sağlık durumu	43,55± 11,56	15	59

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması en yüksek (86,89± 15,37) olarak fiziksel işlev, bunu (80,19± 27,68) ağrı, (77,93± 23,83) sosyal işlev, (76,76± 36,95) fiziksel rol, mental sağlık (63,78± 23,53) olarak takip ettiği belirlenmiştir. En düşük mental sağlık durumu (43,55± 11,56), fiziksel sağlık durumu (52,06± 8,99), mental rol (58,23± 35,30), genel sağlık algısı (62,13± 16,24), yaşamsallık (63,50± 19,89) olarak takip ettiği belirlenmiştir.



**Şekil 4.1. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar**

**Tablo 4.12. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=46)**

Sosyo-demografik Özellikler	Fiziksel İşlev $\bar{X}\pm SS$	Fiziksel Rol $\bar{X}\pm SS$	Ağrı $\bar{X}\pm SS$	Genel Sağlık Algısı $\bar{X}\pm SS$	Yaşamsallık $\bar{X}\pm SS$	Sosyal İşlev $\bar{X}\pm SS$	Mental Rol $\bar{X}\pm SS$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm SS$	FSD $\bar{X}\pm SS$	MSD $\bar{X}\pm SS$
<b>Cinsiyet</b> Kadın Erkek p değeri	88,23±12,74 86,10±16,89 P= 0,88	83,82±27,86 72,62±41,27 p= 0,61	80,17±31,29 80,20±25,91 p= 0,80	58,88±17,40 64,04±15,51 p= 0,55	55,88±16,32 67,97±20,68 <b>p= 0,03*</b>	83,82±21,54 74,47±24,78 p= 0,14	52,95±31,32 61,32±37,63 p= 0,30	62,11±20,25 64,76±25,55 p= 0,53	52,10±11,18 52,04±7,64 p= 0,65	42,25±11,66 44,32±11,64 p= 0,56
<b>Nakil sonrası BKİ</b> ≤25 >25 p değeri	85,50±18,20 88,40±11,79 P=0,84	72,13±41,78 81,81±31,03 P=0,68	86,12±23,45 73,72±30,91 P=0,17	59,80±18,73 64,68±12,96 P=0,34	59,22±21,87 68,15±16,72 P=0,14	72,80±25,32 83,52±21,26 P=0,11	51,87±36,58 65,16±33,30 P=0,19	58,08±27,13 70,00±17,40 P=0,19	53,50±7,30 50,49±10,48 P=0,42	39,94±12,29 47,50±9,49 <b>p=0,03*</b>
<b>Çocuk Sahibi Olma</b> Var Yok p değeri	86,67±13,82 87,50±19,82 p=0,49	77,38±35,95 75,00±41,28 p=0,89	76,61±28,28 90,33±24,13 p=0,07	60,44±18,06 66,91±8,18 P=0,30	62,68±19,24 65,83±22,34 p=0,68	80,82±21,94 69,75±27,94 p=0,19	65,05±32,49 38,90±37,16 <b>p=0,03*</b>	64,17±22,32 62,66±27,73 p=0,99	50,91±9,50 55,32±6,64 p=0,18	45,0±10,69 39,35±13,35 p=0,21
<b>Eğitim Durumu</b> ≤5 yıl >5 yıl p değeri	86,73±17,16 87,04±13,74 P=0,77	70,65±41,04 82,87±32,10 P=0,28	75,39±30,89 84,99±23,76 P=0,28	63,04±13,25 61,22±19,03 p=0,64	62,39±17,95 64,62±22,00 p=0,59	83,69±22,11 72,16±24,56 p=0,05	66,67±30,15 49,78±38,62 p=0,13	69,39±20,84 58,17±25,15 p=0,12	48,97±10,02 55,14±6,72 <b>p=0,03*</b>	47,40±10,58 39,71±11,43 <b>p=0,01*</b>

\*p<0,05 \*\*T testi / Mann-Whitney U Testi

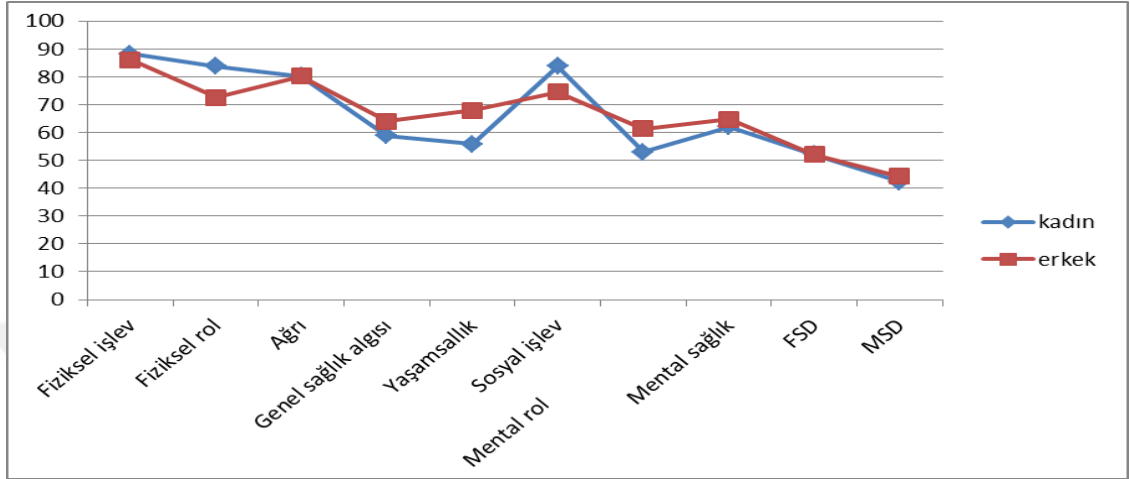
Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.12’de verilmiştir. Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların yaş ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların cinsiyetle SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırılmada yaşamsallık alanında erkeklerin kadınlara göre yüksek düzeye sahip olduğu bulunmuştur ( $p=0,03$ ). Cinsiyet ve yaşam kalitesi diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların nakil sonrası beden kitle indeksi ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada  $>25$  beden kitle indeksine (BKİ) sahip hastaların mental sağlık durumu anlamlı olarak yüksek olduğu saptamıştır ( $p=0,03$ ). BKİ ve diğer yaşam kalitesi alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Tabloda belirtilmemekle birlikte araştırmaya katılan hastaların medeni durum ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

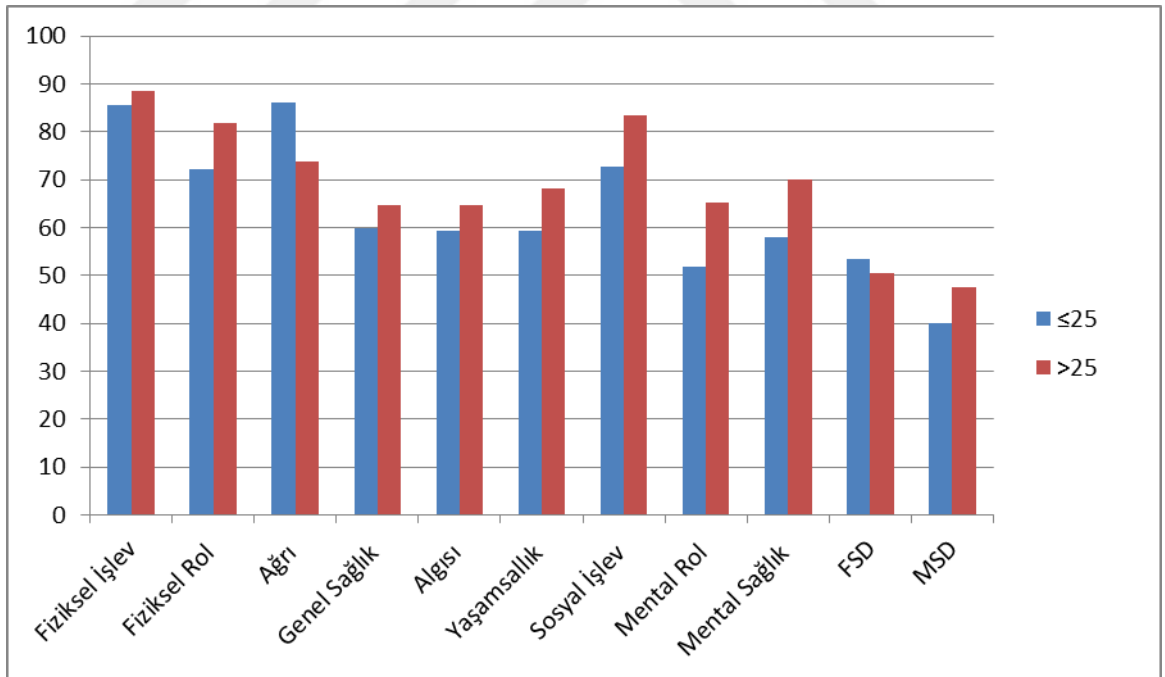
Hastaların çocuk sahibi olma durumu ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında çocuk sahibi olanların mental rol düzeylerinin çocuk sahibi olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,03$ ). Çocuk sayısı ve diğer yaşam kalitesi alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların sahip olduğu çocuk sayısı ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumları ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların fiziksel sağlık durumu ( $p=0,03$ ) ve mental sağlık durumu ( $p=0,01$ ) düzeyleri yüksek bulunmuştur. Diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların meslek ve birlikte yaşama durumlarının yaşam kalitesi ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Tabloda belirtilmemekle birlikte araştırmaya katılan hastaların çalışma durumu ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Tabloda belirtilmemekle birlikte sosyal güvence ve yaşam kalitesi alt

boyutları arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Tabloda belirtilmemekle birlikte araştırmaya katılan hastaların gelir durumu ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Şekil 4.2. Hastaların Cinsiyete Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar**



**Şekil 4.3. Hastaların BKİ'ne Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar**

**Tablo 4.13. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=46)**

Tıbbi Özellikler	Fiziksel İşlev $\bar{X}\pm SS$	Fiziksel Rol $\bar{X}\pm SS$	Ağrı $\bar{X}\pm SS$	Genel Sağlık Algısı $\bar{X}\pm SS$	Yaşam-sallık $\bar{X}\pm SS$	Sosyal İşlev $\bar{X}\pm SS$	Mental Rol $\bar{X}\pm SS$	Mental Sağlık $\bar{X}\pm SS$	FSD $\bar{X}\pm SS$	MSD $\bar{X}\pm SS$
<b>Donör Tipi<sup>a</sup></b>										
Canlı	88,73±12,60	83,43±19,55	77,49±28,03	60,74±18,54	64,71±21,01	76,99±22,18	55,94±35,19	64,87±22,59	52,04±9,69	43,53±9,65
Kadavra	73,43±39,23	78,54±36,24	85,25±27,15	64,75±10,74	61,25±18,02	79,68±27,33	62,51±36,26	61,75±25,83	52,10±7,80	43,60±14,87
<b>p değeri</b>	p=0,42	P=0,53	p=0,31	p=0,66	p=0,42	p=0,39	p=0,48	p=0,81	p=0,64	p=0,53
<b>Doku reddi<sup>a</sup></b>										
Var	85,00±21,31	75,00±43,30	79,00±29,63	52,38±24,32	50,76±21,39	62,50±31,45	61,54±29,96	52,92±25,41	49,96±12,54	38,67±13,64
Yok	87,63±12,65	77,46±34,86	80,66±27,33	65,97±9,76	68,52±17,11	84,01±17,11	56,92±37,55	68,06±21,67	52,89±7,22	45,48±10,23
<b>p değeri</b>	p=0,79	p=0,79	p=0,97	p=0,06	<b>p=0,01*</b>	<b>p=0,02*</b>	p=0,85	p=0,06	p=0,62	p=0,16
<b>Diyalize Girme Durumu<sup>b</sup></b>										
Girmedi	95,83±4,91	95,83±10,20	97,33±6,53	60,00±17,08	66,66±20,65	72,91±18,39	44,45±40,37	62,00±20,03	58,90±3,73	38,55±9,21
≤5 yıl	86,55±17,11	77,08±37,78	75,92±30,58	63,52±17,91	64,86±18,89	78,60±22,84	58,46±33,84	64,52±23,91	51,50±9,95	44,32±9,66
>5 yıl	83,46±13,75	67,30±41,31	81,15±25,31	60,23±12,71	59,23±22,43	78,84±29,04	64,10±37,17	63,07±25,82	50,06±7,37	44,26±15,80
<b>p değeri</b>	p=0,09	p=0,24	p=0,29	p=0,46	p=0,67	p=0,56	p=0,52	p=0,93	<b>p=0,04*</b>	p=0,30
<b>Eşlik eden<sup>b</sup> hastalık</b>										
Var	81,14±20,88	75,41±40,94	73,32±31,96	59,88±18,94	57,09±21,41	73,19±31,11	60,77±33,29	57,47±25,01	50,08±10,10	42,18±11,50
Yok	89,67±11,24	77,41±35,56	83,51±25,24	63,22±14,98	66,61±18,68	80,22±19,58	57,00±36,71	66,83±22,56	53,01±8,41	44,22±11,73
<b>p değeri</b>	p=0,27	P=0,89	p=0,38	p=0,75	p=0,15	p=0,80	p=0,83	p=0,20	p=0,38	p=0,51

\* p<0,05 \*\*p<0,05 <sup>a</sup>T testi / Mann-Whitney U Testi <sup>b</sup> Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)/ Kruskal-Wallis H Testi

Hastaların donör tipine göre SF-36 alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.13'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları ve donör tipi arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p=0,05$ ). Tabloda belirtilmemekle birlikte donör yakınlığı ve donöre duyulan hissin yaşam kalitesi alt boyutları ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların doku reddi ve SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada yaşamsallık ( $p=0,01$ ) ve sosyal işlev ( $p=0,02$ ) düzeylerinin organ reddi ile karşılaşanlarda daha düşük olduğu saptanmıştır. Doku reddi ve diğer SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Tabloda belirtilmemekle birlikte nakil sonrası geçen süre, hemodiyalize girme süresi, periton diyalizine girme durumu, eşlik eden hastalık, böbrek yetmezliği süresi ve yaşam kalitesi alt boyutlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların nakil süreci ile eğitim alma durumları ve SF-36 alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hastaların diyalize girme durumu ve SF-36 alt boyutları arasında yapılan karşılaştırılmasında fiziksel sağlık durumu ve diyalize girmeyenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,04$ ). Diğer SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Tabloda belirtilmemekle birlikte hastaların eşlik eden hastalık durumları ile SF-36 alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.14. Hastaların Sosyodemografik ve Böbrek Nakli Özelliklerine Göre İlaç Uyumsuzluklarının Dağılımı**

Özellikler	Doz atlama				İlaçları geç alma				İlaçları karıştırma			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>												
Kadın	7	41,2	10	58,8	9	52,9	8	47,1	0	0,0	17	100,0
Erkek	12	41,4	17	58,6	20	69,6	9	31,0	8	27,6	21	72,4
<b>Yaş</b>												
11-40	6	30,0	14	70,0	14	70,0	6	30,0	2	10,0	18	90,0
41-75	13	50,0	13	50,0	15	57,7	11	42,3	6	23,1	20	76,9
<b>Eğitim düzeyi</b>												
≤5 yıl	8	34,8	15	65,2	13	56,5	10	43,5	4	17,4	19	82,6
>5 yıl	11	47,8	12	52,2	16	69,6	7	30,4	4	17,4	19	82,6
<b>Medeni durum</b>												
Evli	16	48,6	17	51,5	20	60,6	13	39,4	7	21,2	26	78,8
Bekar	3	23,1	10	76,9	9	69,2	4	30,8	1	7,7	12	92,3
<b>Eğitim alma durumu</b>												
Var	17	45,9	20	54,1	24	64,9	13	35,1	5	13,5	32	86,5
Yok	2	22,2	7	77,8	5	55,6	4	44,4	3	33,3	6	66,7
<b>Donör tipi</b>												
Canlı	13	43,7	17	56,7	19	63,3	11	36,7	5	16,7	25	83,3
Kadavra	6	37,5	10	62,5	10	62,5	6	37,5	3	18,8	13	81,3
<b>Doku reddi</b>												
Var	6	46,2	7	53,8	9	69,2	4	30,8	2	15,4	11	84,6
Yok	13	39,4	20	60,6	20	60,6	13	39,4	6	18,2	27	81,8
<b>Kullanılan ilaç sayısı</b>												
3-5	13	46,4	15	53,6	18	64,3	10	35,7	3	10,7	25	89,3
6-8	6	33,3	12	66,7	11	61,1	7	38,9	5	27,7	13	72,2
<b>Nakil sonrası geçen süre</b>												
≤4 yıl	8	26,7	22	73,3	18	60,0	12	40,0	6	20,0	24	80,0
>4yıl	11	68,8	5	31,3	11	68,8	5	31,3	2	12,5	14	87,5

\*n ilaç uyumsuzluğu olan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

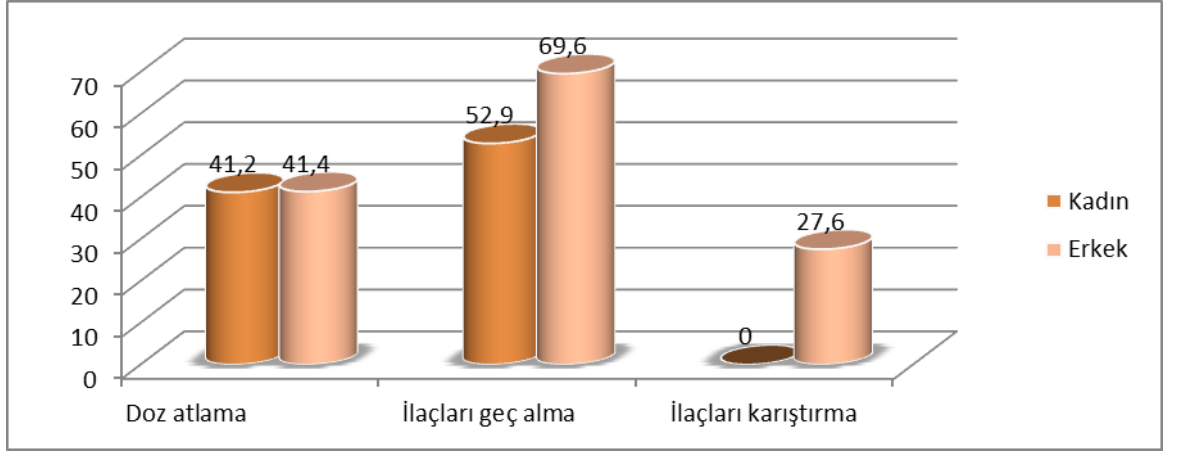


Hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre ilaç uyumsuzlukları Tablo 4.14'te gösterilmiştir. Doz atlayanların %41,4'ünün erkek ve ilaçlarını geç alanların %69,6'unun erkek olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin ilaç geç alma yüzdesinin kadınlara göre yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların %100'ünün ilaçlarını karıştırmadığı belirlenmiştir.

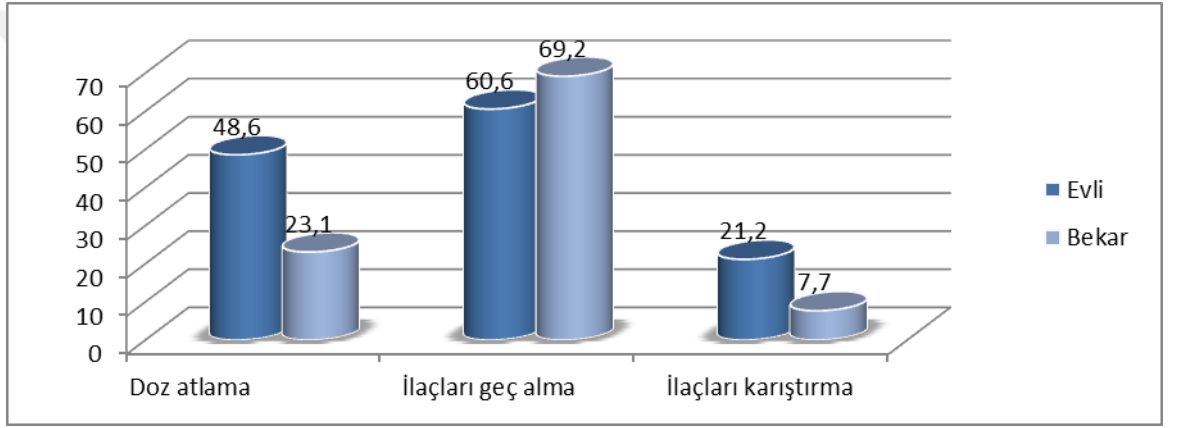
Doz atlayanların %50,0'sinin 41-75 yaş arasında olduğu, ilaçlarını geç alanların %70,0'inin 11-40 yaş aralığında olduğu, ilaçlarını karıştıranların %90,0'ının 11-40 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Doz atlayanların %47,8'inin 5 yıl ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olduğu, ilaçlarını geç alanların %69,6'sının yine 5 yıl ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olduğu, ilaçlarını geç alanların her iki eğitim düzeyinde aynı yüzdeye sahip olduğu belirlenmiştir.

Doz atlayanların %48,6'sının evli, ilaçlarını geç alanların %69,2'sinin bekar olduğu, ilaçlarını karıştıranların %21,2'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Doz atlayanların %45,9'unun nakil sürecine ilişkin eğitim aldığı, ilaçlarını geç alanların %64,9'unun yine eğitim aldığı, ilaçlarını karıştıranların %13,5'ini eğitim alanların oluşturduğu belirlenmiştir. Doz atlayanların %43,7'sinin canlıdan nakil olduğu, ilaçlarını geç alanların %63,3'ünün yine canlıdan nakil olduğu, ilaçlarını karıştıranların %18,8'inin kadavradan nakil olduğu belirlenmiştir.

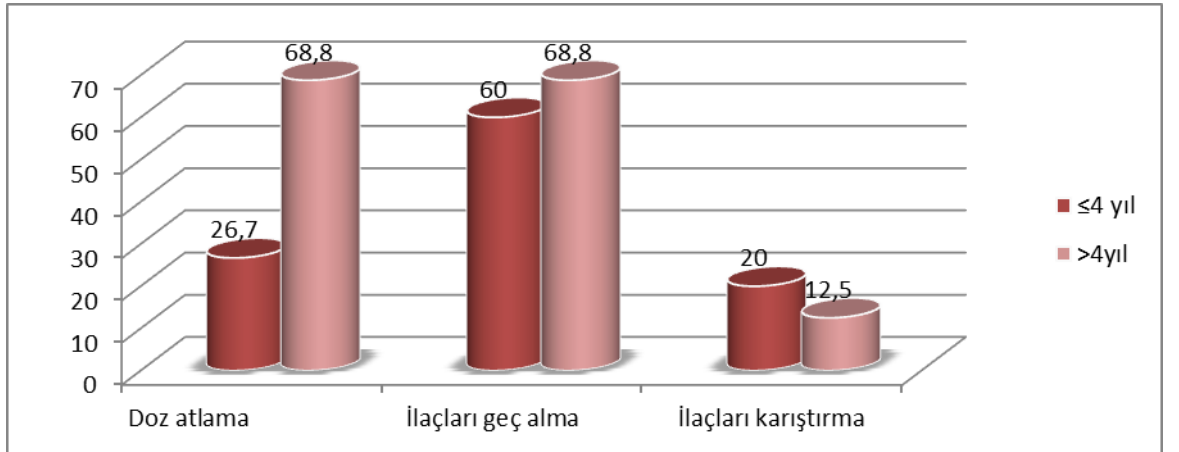
Doz atlayanların %46,2'sinin doku reddi ile karşılaştığı, ilaçlarını geç alanların %69,2'sinin doku reddi ile karşılaştığı, ilaçlarını karıştıranların %18'inin doku reddi ile karşılaşmadığı belirlenmiştir. Doz atlayanların %46,4'ünün 3-5 sayıda ilaç kullandığı, ilaçlarını geç alanların %64,3'ünün yine aynı sayıda ilaç kullandığı, ilaçlarını karıştıranların %27,7'sinin 6-8 sayıda ilaç kullandığı belirlenmiştir. Doz atlayanların %68,8'inin nakil sonrası 4 yıldan daha fazla süre geçirdiği, yine ilaçlarını geç alanların %68,8'ini aynı sürede zaman geçirenlerin oluşturduğu, ilaçlarını karıştıranların %20,0'ının 4 yıl ve daha az nakilden sonra zaman geçirdiği saptanmıştır.



**Şekil 4.4. Hastaların Cinsiyete Göre İlaç Uyumu**



**Şekil 4.5. Hastaların Medeni Durumlarına Göre İlaç Uyumu**



**Şekil 4.6. Hastaların Nakil Sonrası Geçen Süreye Göre İlaç Uyumları**

## TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır. Bunlar:

1. Sosyodemografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması
2. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Verilerin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile Karşılaştırılması
3. Tıbbi Özelliklere İlişkin Verilerin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile Karşılaştırılması
4. Böbrek Nakli İle İlgili Özelliklere İlişkin Verilerin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile Karşılaştırılması
5. İlaç Uyumsuzluklarına ve Hasta Uyumuna İlişkin Verilerin Tartışılması

### 5.1. Sosyo-demografik Bulgulara İlişkin Verilerin Tartışılması

Böbrek nakli hastaları, nakille birlikte hayatlarının normale döneceğini ve daha aktif bir yaşam sürececeklerini düşünmektedir (6). Araştırmaya katılan bir hasta 11 yaşında, diğerleri 21 yaş ve üzerindedir ve hastaların yaş ortalaması (42,78±14,44)'dir. Hastaların yarısından fazlası erkek, tamamına yakını evlidir (Tablo 4.1). Bu özellikler göz önünde bulundurulduğunda hastaların diyalize bağımlılıktan kurtulmak, ailedeki rol/görevleri yerine getirmek, yaşam süresini artırmak ve işe geri dönmek için nakil oldukları düşünülebilir.

Hastaların yarısının eğitim düzeyi düşüktür (Tablo 4.1). Nakil sonrası süreci iyi yönetmek ve hasta uyumunu arttırmak için hastalara, nakil sonrası süreçle ilgili iyi bir eğitim verilmesi gerekebilir. Hasta ve greft sağlığı ile yüksek eğitim düzeyi arasında ilişki olduğu gözlenmiştir (68). Amerika gibi bazı ülkelerde etnik köken ve sosyoekonomik faktörler böbrek nakli bekleme listesine erken kaydı etkileyen faktörlerdir (68). Hastaların eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durumu nakil başvurusunun gecikmesi, nakil sonrası süreci yönetimindeki zorluklar ve tıbbi tedaviye uyumsuzlukla ilişkilendirilmiştir. Hasta uyumu; ilaç alımı, diyet ve yaşam stili değişikliklerini içine alan ve solid organ naklinde önemli role sahip bir özelliktir (69).

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlası çalışmıyor ve hastaların yarısından fazlasının geliri giderinden azdır (Tablo 4.1). Bunun nedeni hastaların

yarısından çoğunun ev hanımı, emekli ve işsiz olmasıdır. Hastaların çalışmama nedeni hastalıktan dolayıdır. Ayrıca gelir durumu az olan hastaların ilaç uyumunun, ilaçların maddi olarak temin edilmesi aşamasında az olduğu düşünülebilir.

Mistretta ve ark. (68)'nin yaptığı çalışmada sosyo-demografik ve kültürel farklılıkların uzun dönemde nakil sonucunu etkilediği, yoksul kişilerin zenginlere göre nakil öncesi tetkikleri tamamlama, nakil olma ilgisi ve hasta uyumunun daha az olduğu bildirilmiştir.

Sosyoekonomik düzeyin, tıbbi tedavi uyumsuzluğunun önemli belirleyicilerinden biri olduğu belirtilmiştir. Düşük sosyoekonomik düzey sadece solid organ naklinde değil, multiple myelom ve lösemi gibi hematolojik malignitelerde de daha düşük yaşam süresi ile ilişkilendirilmiştir (69).

Araştırmaya katılan hastaların %58,7'si eşi ve çocukları ile birlikte, %28,3'ünün anne-baba ile yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Sosyal desteği az kişiler stresle baş etmede birçok zorlukla karşı karşıyadır. Böbrek nakli olanlarda kompleks ilaç tedavisini yönetme ve günlük yaşamdaki rolleri stres düzeyini artırabilir (70). Sosyal destek unutkanlıkla mücadelede müdahale aracı olabilir. Örneğin; aile üyeleri hatırlatıcı ip uçları geliştirebilir, ilaç uyumunda günlük yaşamda hastaya destek sağlayabilir (70).

## **5.2. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Verilerin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile Karşılaştırılması**

Böbrek nakli yapılmış hasta grubunda tedaviden en çok yarar gören ve yaşam kalitesinde en fazla yükselme görülen hasta grubunu genç hastalar oluşturmaktadır. Yaşla beraber eşlik eden hastalıklarda artış, fiziksel kuvvet kaybı, mental alanda gerileme, zihin fonksiyonlarında bozulma, sosyal yaşantıda kısıtlanma gelişmektedir. Bu yüzden yaşla beraber yaşam kalitesinde düşüş görülmektedir (16).

Çolakdal (15)'nin yaptığı çalışmada karaciğer nakli hastalarının yaş gruplarına göre, yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, 18-29 yaş grubundaki hastaların mental sağlık düzeylerinin, 30-49 yaş ve 50 yaş ve üstü grubundaki hastaların mental sağlık düzeylerinden anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların yaş gruplarına göre diğer yaşam kalitesi alt boyutlarından (fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal işlev, mental

rol) aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını bildirilmiştir. Eren (71)'nin Tip 2 DM'li hastalarla yaptığı çalışmada yaş ile yaşam kalitesi bedensel ve sosyal alan puanları arasında negatif ilişki olduğu bulunduğu bildirilmiştir.

Özşaker (4) böbrek nakli yapılan hastalarda yaş ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir. Bu çalışmada da benzer şekilde yapılan çalışmalardaki (4,19) gibi 11-40 ve 40-75 arası yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu sonuç hastaların %69,6'unun diyalize bağlılıktan kurtulma ve %37,0'sinin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilme gibi nedenlerden dolayı nakil olmayı istemeleri nedeniyle alınan puan ortalamalarındaki artışla ilişkilendirilebilir.

Sağlıkta yaşam kalitesi ölçüm sonuçları birçok faktöre bağlı olarak değişebilmektedir. Bu faktörlerden biri de cinsiyettir. Normal popülasyonda, iyi hissetme puanı bayanlarda erkeklerden daha düşüktür (16).

Bu çalışmada cinsiyet ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında kadınların erkeklere göre yaşamsallık boyutunun düşük olduğu ( $p=0,031$ ), diğer yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.12). Yapılan çalışma sonucuna benzer olarak kadınlarda bedensel alanda yaşam kalitesinin yüksek olduğu diğer alanlarda düşük olduğu bildirilmiştir (4). Yapılan çalışmalarda kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden düşük olduğu belirtilmektedir (15,19,30,72-74). Kadınların yaşam kalitesi puan ortalamalarının düşük olması büyük çoğunluğunun gelir getiren bir işe sahip olmaması ve sosyal yaşamdan uzak, ev işi-çocuk-eş arasında büyük sorumluluk almasına bağlanabilir.

Bakır (75) yaptığı çalışmada hastaların nakilden sonraki bir yıl içinde postoperatif birinci aya kıyasla anlamlı düzeyde yaklaşık 7,5 kg kilo aldıklarını gözlerken nakil sonrası ikinci yıldan itibaren ise belirgin kilo değişimi gözlenmediğini belirtmiştir. Altı ay süreyle steroid alan grupta ortalama vücut ağırlığındaki artış  $4,71 \pm 5,75$  kg iken, steroid almayan grupta  $2,77 \pm 6,98$  kg olarak gözlendiğini ve bu iki grup hasta arasında anlamlı kilo artışı olduğunu belirtmiştir.

Bu çalışmada hastaların nakil öncesi ve sonrası BKİ'leri karşılaştırıldığında nakil sonrası BKİ'lerinin arttığı saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Hastaların nakil öncesi ve

nakil sonrası kiloları karşılaştırıldığında; hastaların nakil sonrası kilo aldığı saptanmıştır ( $p=0,001$ ). Bu çalışmada nakil sonrası cinsiyet ve BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.12). Steroidlerin hem sodyum-su tutulumunu hemde iştahı artırmaları nedeniyle hastalar genellikle kilo alırlar (57). Nakil sonrası beslenme alışkanlığındaki değişiklikler kilo almanın nedenidir, ayrıca nakil öncesi dönemde uygulanan kısıtlanmış diyetin kalkması, kortikosteroid kullanımının iştah arttırıcı etkisi buna katkıda bulunmaktadır.

BKİ vücut toplam yağ miktarının tahmininde kullanılmaktadır ancak, vücut yağ dağılımı hakkında bilgi vermemektedir. Beden kitle indeksinin 25 ile 29,9 arasında olması kilo fazlalığı, 30 ve üzerinde olması obezite olarak tanımlanmıştır (DSÖ). Erişkinlerde obezitenin (beden kitle indeksi  $>30$  kg/m<sup>2</sup>) kadınlarda %29-35 oranında olduğu saptanmış ve oranın önemli bir sorun olduğunu ortaya koymuştur (76).

Acar (76)'nin yaptığı çalışmada (18,5-24,99) ve (25-29,99) BKİ grupları ile 30 üzeri BKİ grubu arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır. Ancak (18,5-24,99) ve (25-29,99) BKİ puanı olan katılımcıların SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçek ortalamaları 30 üzeri BKİ puanı olan katılımcılara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada 25 üzeri BKİ'ne sahip hastaların mental sağlık durumu 25 ve altı BKİ'ne sahip hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,03$ ) (Tablo 4.13). Diğer yaşam kalitesi alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kronik böbrek yetmezliğinin komplikasyonlarından kas iskelet sistemine ait D vitamini ve kalsiyum absorpsiyonun bozulması ve yumuşak doku hasarının nakil sonrası azalmış olabileceği, buna bağlı olarak hastalarda beden algısında farklılık ortaya çıkmış olabilir.

Literatürde, evliliğin kişilere daha düzenli bir yaşam sağladığı, böylece yaşam kalitesi düzeyini artırdığı kabul edilmekte, ancak evliliğin bireyler üzerinde bir takım görevler de yüklemekte olduğu bildirilmiştir. Bu durum hastaların yaşam kalitesi düzeylerine olumsuz bir yansıması olabilir (74).

Yapılan çalışmalar evli bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir (4,15,16,76). Evli hastaların yaşam kalitesi alanları puan ortalamaları bekar/dul hastalara göre yüksek olduğu bu yüksekliğin istatistiksel olarak önemli bir

fark oluşturduğu saptanmıştır (67). Bu çalışmada medeni durum ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Medeni durum ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmaması diğer araştırma sonuçlarını desteklememektedir. Bu çalışmada ise bulgular, bekar hastaların aldıkları sosyal desteğin yeterli olması ile yaşam kalitesinin evlilerden farklı olmadığı yönündedir.

Literatürde çocuk sahibi olmanın yaşam kalitesini azaltabileceği bildirilmiştir (74). Bu çalışmada çocuk sahibi olma ve yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırıldığında mental rol puan ortalamalarının çocuk sahibi olanlarda daha yüksek olduğu ( $p=0,03$ ) saptanmış, yaşam kalitesi diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0,05$ ) (Tablo 4.12). Çocuğu olan hastaların daha az tükenmişlik yaşadıkları ve kendilerini daha başarılı algıladıkları, paylaşım ve iletişim içinde olmaları ile algıladıkları destek ve sevginin artış göstermesi, problemlerle başa çıkma becerilerini geliştirdiği ve böylece yaşam kalitesi düzeylerini arttırabildiği sonucuna varılabilir.

Rambod ve ark.(77)'nin hemodiyaliz ve böbrek nakli hastaları ile yaptığı çalışmada eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir.

Ülkemizde yapılan birçok çalışma eğitim durumu yüksek olan kişilerin yaşam kalitesinin de yüksek olduğunu destekler yöndedir (4,78-80). Bu çalışmada ise ülkemizde yapılan çalışmalara paralel olarak eğitim durumu ile fiziksel sağlık durumu ( $p=0,03$ ) ve mental sağlık durumu ( $p=0,01$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeği diğer alt boyutlarında istatistiksel olarak herhangi bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.12). Hastaların eğitim düzeyi nakil başvurusunun gecikmesi, nakil sonrası hasta yönetimindeki zorluklar ve medikal tedaviye uyumsuzlukla ilişkilendirilmiştir (69).

Sosyoekonomik düzey terimi genellikle hastaların yerleşim yerleri, hanelerinin özelliği, aile yapısı, toplumdaki üretim ve tüketim durumları için kullanılan kısaltılmış bir tanımdır. Böylece sosyoekonomik düzey hastaların gelir düzeyi, eğitim durumu, sosyal statüleri ve meslek tipleri ile belirlenir. Birçok çalışmada gelir veya sağlık sigortası olarak tanımlanan sosyoekonomik durum ile yaşam süresi arasında ilişki saptanmıştır (69).

Yapılan çalışmalar gelir düzeyi yüksek olan kişilerin yaşam kalitesinin de yüksek olduğunu bildirmiştir (4,67,72,74). Hastalar tedavi ve bakımları sırasında sosyal güvencelerinin karşılamadığı çeşitli miktardaki parayı kendileri ödemek zorunda kalmakta, bu durum çeşitli ekonomik sıkıntılara ve kendilerini ailelerine yük olarak hissetmelerine neden olmaktadır (16).

Çolakdal (15) yaptığı çalışmada gelir düzeyinin yaşam kalitesini etkilemediğini bildirmiştir. Bu çalışmada da benzer olarak gelir düzeyi ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hastaların yaşadığı bölge ve sosyal çevre arasındaki farklılıkların yaşam kalitesini aynı yönde etkilemediği düşünülebilir.

### **5.3. Tıbbi Özelliklere İlişkin Verilerin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile Karşılaştırılması**

Eşlik eden kronik hastalıkların varlığı rejeksiyon olasılığını artıran bir faktördür. Nakil sonrasında morbiditenin majör nedenlerinin %75-85 hipertansiyon, %60 hiperlipidemi, %15-23 kardiyovasküler hastalıklar, %16-19 diyabet, %60 osteoporoz ve %14 neoplaziler olduğu saptanmıştır. Diyabetik hastaların böbrek nakli sonrasında komplikasyonlara daha yatkın oldukları düşünülmektedir (81). Bu çalışmada hastaların (%42,6)'sında eşlik eden kronik hastalık (diyabet, hipertansiyon, hipertroidi, hipotiroidi, psikiyatrik sorunlar) olduğu saptanmıştır. SDBH'nin en sık primer sebebi GN, HT, DM, piyelonefrit ve polikistik böbrek hastalığı olarak saptandığı ve hastaların önemli bir kısmında sebebin bilinmediği bildirilmiştir (19,82). Bu çalışmada hastaların (%37,0)'ının KBY etiyojisi bilinmemektedir.

Yapılan çalışmalarda eşlik eden hastalığa sahip olanların yaşam kalitesinin düşük olduğu bildirilmiştir (4,19,76,78,80). Bu durumun birden fazla hastalığa sahip olan bireylerin, psikolojik ve fizyolojik iyilik hallerinin olumsuz etkilenmesinden ve özbakım yeteneklerinin azalmasından kaynaklandığı düşünülebilir (80).

Bu çalışmada eşlik eden hastalık ve yaşam kalitesi alt boyutları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.13). Eşlik eden hastalığı olan hastaların fiziksel işlev, ağrı, genel sağlık



algısı, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol, mental sağlık, FSD, MSD puan ortalamalarının eşlik eden hastalığı olmayanlara göre düşük olduğu görülmüştür.

Cürcani (83) yaptığı çalışmada eğitim alan hastaların anksiyete depresyon puanlarının almayanlara göre istatistiksel olarak düşük olduğunu bildirmiştir. Yapılan literatür çalışmaları eğitim alan hastaların yaşam kalitesinin yüksek olduğunu bildirmiştir (80,84).

Bu çalışmada nakil süreci ile ilgili bilgi alan ve almayan hastaların yaşam kalitesi alt ölçek puanları ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan hastaların (%80,4)'ü nakil sonrası süreçle ilgili eğitim aldığını bildirmiştir. Eğitimin temel etkisinin özellikle, bedensel iyilik ve kronik hastalıkla ilgili yaşam kalitesine etkisinden kaynaklandığı görülmüştür. Bunun sonucunda nakil sonrası kendilerini bekleyen gerçeklere hazırlıklı olan böbrek nakli hastasının hastalığın uzun ve kısa dönem etkileriyle daha kolay baş ettiği ve onların endişelerini azalttığını ve kendilerine güven duymalarında yardımcı olduğunu ve yaşam kalitesini arttırdığını düşündürmektedir (72,80). Böbrek nakli olan hastalarda, eğitimle beraber hastalığın kronik seyriinin anlaşılması, ruhsal yönden uyum süreçlerinin olumlu yönde değişmesi sağlanmaktadır (85).

Bağ (82) yaptığı çalışmada böbrek yetmezliği süresi ve hemodiyalize girme süresinin hastaların öz bakım gücü ve öz yeterliliğini etkilemediğini bildirmiştir. Literatürde böbrek yetmezliği süresi ve diyalize girme süresinin yaşam kalitesini etkilemediğini bildirilmiştir (78).

Bu çalışmada hastaların (%87,0)'inin hemodiyalize, (%19,6)'sının periton diyalizine girdiği görülmüştür. Hemodiyalize girme durumu ve yaşam kalitesi alt boyutlarının karşılaştırılmasında girmeyen grupta FSD alanında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,04$ ). Diğer yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.13). Bu sonuç hemodiyalizin kronik komplikasyonlarından hipertansiyon, kardiyovasküler sorunlar, nörolojik sorunlar, anemi, üremik kemik hastalığı ve ruhsal sorunlarla karşılaşmayan, hemodiyalize girmeyen hastaların yaşam kalitesinin yüksek olmasının nedenleri arasında düşünülebilir.

#### **5.4. Böbrek Nakli İle İlgili Özelliklere İlişkin Verilerin Yaşam Kalitesi Alt Boyutları ile Karşılaştırılması**

Yaşayan akrabadan böbrek sağlamanın en önemli avantajları, doku uyumunun artması ve postoperatif immunosupresif ilaç gereksiniminin azalmasıdır. Kadavradan böbrek nakli için çoğunlukla uzun süre beklenilmesi ve son yıllarda uygulanan başarılı immunosupresif tedavi, transplantasyon merkezlerini akraba olmayan vericileri de programı kabul etmeye yöneltmiştir (5). Verici kim olursa olsun canlıdan organ bağışında bazı temel psikolojik ve sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (86).

Yaşam kalitesinde donör tipi de önemli bir etkidir. Bazı çalışmalar canlı vericili nakillerde hastanın kendini donöre karşı suçlu hissetmesinin yaşam kalitesinde önemli olduğunu tespit etmiştir. Kadavra vericiden nakil olan hasta grubunda ruhsal sağlık puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu oranı, herhangi bir sağlık sorunu yokken yakınlarından birinin kendisi için ameliyat olma durumunun, hastada yarattığı stresin etkilediği düşünülebilir (16).

Kaçmaz (87) yaptığı çalışmada hastaların nakil türüne göre yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ile karşılaştırıldığı ruhsal sağlık alt boyutu anlamlı bir farklılık gösterdiğini, kadavra vericiden nakil olan hastaların ruhsal sağlık düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Çetin (73) karaciğer nakli vericileri ile yaptığı çalışmada hastalardan ameliyat sonrası ameliyat izinden rahatsızlık duyanların yaşam kalitesinin düşük olduğunu; somatizasyon, depresyon, sürekli anksiyete, puan ortalamalarının yüksek olduğunu bildirmiştir.

İlişkilerinde ciddi çatışma yaşayan çiftler arasında yapılan nakil, ilişkiye ek bir yük bindirmekte, bazen boşanmayla sonuçlanabilmektedir. Yatkın (5) yaptığı çalışmada vericinin operasyon sonrasında eşinden beklentisi çok yüksek olduğundan 6. aya kadar olan takiplerinde anksiyete ve depresyon puanlarının çok yüksek çıktığını belirtmiştir. Okçuoğlu (88)'nin yaptığı çalışmada hastalar seçme şansları olsa tanıdıkları canlı bir vericiden nakil olmak yerine kadavradan organ almayı tercih edeceklerini ifade ettiklerini bildirmiştir.

Bu çalışmada donör tipi ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (tablo 4.13). Ancak canlıdan nakil yapılan hastaların mental rol puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür. Griva

(89) yaptığı çalışmada canlıdan nakilli tüm yaş grubundan hastaların suçluluk hissettiğini bildirmiştir. Araştırmaya katılan hastalardan vericisinin babası olduğu belirlenen bir hasta ve eşinden organ alan iki hasta, vericilerinin kendilerinden beklentilerinin çok yüksek olduğunu, istedikleri gibi biri olmaları yönünde beklentileri olduğunu bildirmişlerdir. Eşinden organ alan hastalar boşanma sürecinde olduklarını bildirmiştir.

Alicıların çoğunda nakil sonrası dönemde belli ölçülerde organ reddi meydana gelmektedir. İlk organ reddi deneyiminden önce beklenti anksiyetesi ortaya çıkabilmektedir (90). Böbrek nakli sonrası greft fonksiyonu ve rejeksiyon (doku reddi) hastaların yaşam kalitesini doğrudan etkileyen faktörlerdir (90). Greftin yeterli işlev görmemesi veya işlevini bir süre sonra kaybetmesi durumunda tekrar nakil gerekebilir (69).

Bu çalışmada doku reddi ve yaşam kalitesi alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmada doku reddi gelişenlerin yaşamsallık düzeyi ( $p=0,01$ ) ve sosyal işlev düzeyi ( $p=0,02$ ) puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesi diğer alt boyutlarında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.13). Araştırmaya katılan iki hasta doku reddi ile karşılaşmaktan korktuğunu, obsesif nedenlerden dolayı psikiyatrik tedavi gördüklerini belirtmiştir. Literatürde doku reddi gözlenen hastalarda anksiyete ve depresyon görülmesinin beklenen bir sonuç olduğu belirtilmiştir (91).

Altuğ (72) karaciğer nakli olan çocukların, nakil üzerinden geçen yıllarla doğru orantılı olarak bedensel, özsaygı, okul, kronik hastalıkla baş etme alanlarında ve toplam yaşam kalitelerinin daha yüksek algılandığını bildirmiştir. Yapılan bir çalışmada nakil sonrası geçen süre ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı, fakat nakil üzerinden dört ay geçen geçmiş hastalarda bedensel, ruhsal, sosyal, çevre alanlarında yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek olduğu bildirilmiştir (4).

Bu çalışmada transplantasyon üzerinden geçen süre ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Araştırmaya katılan hastalarda nakil sonrası geçen süre incelendiğinde, nakilden sonra bir yıldan az süre geçen hasta olmadığı belirlenmiştir. Transplantasyon sonrası üçüncü ayda öncesine göre yaşam kalitesi “ağrı, enerji

düzei, emosyonel reaksiyon, fiziksel mobilite, sosyal izolasyon ve uyku” alt boyutlarında anlamlı düzeyde yükselme olduğu saptanmıştır (16). Cürcani (83) nakil sonrası depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının transplantasyon üzerinden bir yıl ve daha az süre geçen hasta grubunda düşük olduğunu, böbrek transplantasyonu sonrası hastanın taburcu olduktan sonra öforik, mutlu ve kendini “yeniden doğmuş” gibi hissettiğini bildirmiştir.

### **5.5. İlaç Uyumsuzluklarına ve Hasta Uyumuna İlişkin Verilerin Tartışılması**

Böbrek nakli hastalarında uzun dönemde morbidite ve mortaliteyi etkileyen birçok faktör vardır. Mortaliteyi etkileyen önemli nedenlerden biri olan immünsüpresif ilaç uyumsuzluğu böbrek nakil hastalarında greft kaybına sebep olan etmenler arasındadır. İmmünsüpresif ilaç ve hasta uyumsuzluğu greft kaybının nedenlerinden olduğundan, başarılı bir nakil için hastaların ömür boyu tıbbi takiplerinin yapılması önemlidir. İlaç dozlarında ve ilacın alınma zamanında yapılan küçük sapmalar dahi greft kaybı riskini artırabilmektedir (69).

Hasta uyumu ilk zamanlarda hastaların verilen tedaviye uyumlarını ifade eden bir terim iken; artık sadece ilaç uyumunu değil, aynı zamanda poliklinik randevularına gelme zamanına uyum, doktor tarafından istenen tetkikleri yaptırmaya uyum ve ortaya çıkan tüm komplikasyonları hemen bildirmesi gibi faktörleri de kapsamaktadır (69). Hastalara taburculuk sonrası hasta uyumuna yönelik rejeksiyon belirtileri, yaşam bulgularının takibi, diyet kısıtlamaları, labratuar bulguları, enfeksiyondan korunma yöntemleri, aldığı-çıkardığı takibi nasıl yapabileceği öğretilmelidir (92).

Araştırmaya katılan hastaların hasta uyumunda %87,0’sinin her zaman hastaneye geliş takvimine uyduğu, %60,9’unun her zaman diyet kısıtlamasına uyduğu, %50,0’sinin bazen yaşam bulgularını takip ettiği, %56,5’inin her zaman enfeksiyondan korunmak için nelere dikkat etmesi gerektiğini bildiği, %65,2’sinin her zaman hastalığı için gerekli laboratuar bulgularını takip ettiği, %58,7’sinin her zaman laboratuar bulgularının ne anlama geldiğini bildiği, %93,5’inin her zaman kendisine başlanan her ilacı doktoruna danıştığı, %56,5’inin her zaman doktor tarafından önerilen egzersiz programına uyduğu ve %84,6’sının her zaman doktorunun özellikle sakınmasını istediği durumlara uyduğu belirlenmiştir.

Transplantasyon hastalarında ilaç uyumsuzluğu, her ay için en az bir kez ilacın unutulması, yanlış ilacın kullanılması ya da ilacı her ay en az bir kez, iki ya da iki buçuk saat geç alma olarak tanımlanmaktadır. İlaç uyumsuzluğu nakledilen organın fonksiyonlarını yeterli olarak sürdürmesinde en önemli engeldir. Bu durum sadece organ fonksiyonunu etkilememekte, aynı zamanda azalmış yaşam kalitesi, artmış morbidite, bakım maliyeti ve hastanın ölümüne neden olmaktadır. Uygun ilaç kullanım alışkanlığı kazandırma, nakil sonrası bakımın en önemli kısmını oluşturmaktadır (9).

İlaç uyumsuzluğuna katkıda bulunan faktörlerin çok sayıda ilaç kullanma, ilaçların istenmeyen yan etkileri, unutkanlık, ilaçlara karşı yanlış tutum, tedaviye karşı kişisel çabanın az olması, sosyal destek ve bilgi eksikliği olduğu bildirilmiştir (11,20).

Bu çalışmada hastaların %55,2'sinde ilaç komplikasyonları geliştiği (diyabet, bulantı-kusma ve kas krampları) saptanmıştır. Hastaların %51,7'sinin unutkanlık nedeniyle ilaç uyumsuzluğu olduğu belirlenmiştir. Hastalara ilaçların etkisi, yan etkisi, ilaç kullanım saatleri, ilaçların ne kadar süre kullanılacağı ve yan etkisi konusunda eğitim ve ilaç saatini hatırlatıcı eylemler ( saat kurma, sosyal destek sistemlerini arttırma vb.) unutkanlık nedeniyle ilaç uyumsuzluğunu azaltabilir.

Williams (11)'in belirttiğine göre yapılan bir araştırmada hastaların ilaç uyumsuzluğunun nakilden sonraki ilk altı ayda ortaya çıktığı, hastaların %70'inin doz atladığı ve ilaçlarını geç aldığı bildirilmiştir. Talas (93) yaptığı çalışmada hastaların tedavileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, sağlıklı yaşam sürdürmede yetersiz olduklarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen birçok faktör deneyimlediklerini bildirmiştir.

Denhaerynck ve ark. (94)'nın kadavra ve canlıdan yapılan nakillerde İST' ye uyumda anlamlı bir farklılık olmadığını, canlıdan nakil yapılan genç hastalarda uyumsuzluk olduğunu ve canlıdan nakil yapılan hastalarda İST' nin öneminin az olduğuna ilişkin yanlış inanışlar olduğu bildirilmiştir. Literatürde İST'ye uyumu az olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının az olduğu bildirilmiştir (13). Chisholm ve ark. (97)'ı böbrek nakli hastalarında İST'yle ilişkili faktörlerin belirlenmesinde İST'ye uyumlu böbrek nakli hastalarının yaşam memnuniyetinin yüksek olduğunu belirtmiştir.

Rossenberger ve ark. (96) erkeklerin kadınlara göre ilaç uyumsuzluğunun daha fazla olduğunu bildirmiştir. Yapılan çalışmalarda cinsiyetle ilaç uyumu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (95,97).

Bu çalışmada doz atlayanların %41,4'ünün erkek ve ilaçlarını geç alanların %69,6'unun erkek olduğu belirlenmiştir. Erkeklerin ilaç geç alma yüzdesinin kadınlara göre yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların %100'ünün ilaçlarını hiç karıştırmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.14). Bu durum kadınların ev işi-çocuk-eş arasında büyük sorumluluk almasına bağlanabilir.

Unutkanlık özellikle yaşlı hastalar için ilaç uyumsuzluğuna neden olabilir. Yapılan bir çalışmada 41-50 yaş grubundaki hastaların ilaç uyumunun daha fazla olduğu bildirilmiştir (13). Chisholm (97) yaptığı çalışmada en yaygın uyumsuzluk nedeninin unutkanlık olduğunu, uyumsuz hastaların uyumlu hastalara göre daha yaşlı olduğunu belirtmiştir, özellikle 18-29 yaş arası araştırmaya katılan hastaların 46-64 yaş arası hastalardan daha uyumsuz olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada doz atlayanların %50,0'sinin 41-75 yaş arasında olduğu, ilaçlarını geç alanların %70,0'inin 11-40 yaş aralığında olduğu, ilaçlarını karıştıranların %90,0'min 11-40 yaş arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Sosyal destek unutkanlıkla mücadelede müdahale aracı olabilir. Örneğin; aile üyeleri hatırlatıcı ipuçları geliştirebilir, ilaç uyumunda günlük yaşamda hastaya destek sağlayabilir (95). Bu çalışmada doz atlayanların %48,6'sının evli, ilaçlarını geç alanların %69,2'sinin bekar olduğu, ilaçlarını karıştıranların %21,2'sinin evli olduğu belirlenmiştir.

Literatürde canlıdan nakil olanların daha genç ve nakil önceliğine sahip olduğu, daha az doku uyumsuzluğu görüldüğü ve bu hastaların kadavradan nakillere göre İST'ye daha az gereksinim duyduğu inancına sahip olduğu bildirilmiştir (60,93).

Spivey ve ark. (98) kadavra kaynaklı böbrek nakli hastalarının canlıdan nakilli hastalara göre daha uyumlu olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada doz atlayanların %43,7'sinin canlıdan nakil olduğu, ilaçlarını geç alanların %63,3'ünün yine canlıdan nakil olduğu, ilaçlarını karıştıranların %18,8'inin kadavradan nakil olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14). Dönörünün eşi olduğunu bildiren bir hasta, eşi ile

aralarının bozuk olduğunu ve kendisini eve almadığı için üç gün ilaçlarını alamadığını bildirmiştir.

İmmüsupressif ajanlar akut rejeksiyonların şiddetini ve insidansını azaltarak greftin ve hastanın hayatta kalmasını sağlarlar. Nakledilen greftin rejeksiyonunu önlenmek için nakil sonrası alıcının immün sisteminin etkin olarak baskılanması gerekmektedir (10).

Spivey ve ark. (98) ilaç uyumunun greft sağkalımını etkileyen birçok faktörden biri olduğunu, düşük uyumun otomatik olarak greft reddi ile anlamlı olarak ilişkilendirilemeyeceğini belirtmiştir. Literatürde rejeksiyon gelişen hastalarda tavsiye edilen yaşam stilinde hasta uyumu olduğu bildirilmiştir (20).

Rosenberger ve ark. (96) doku reddi gelişen İST'ye uyumsuz hastaların tedavinin yan etkilerinden daha çok zarar gördüklerini ve sosyal desteklerinin düşük, sağlıklarının kötü olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada doz atlayanların %46,2'sinin doku reddi ile karşılaştığı, ilaçlarını geç alanların %69,2'sinin doku reddi ile karşılaştığı, ilaçlarını karıştıranların %18'inin doku reddi ile karşılaşmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.14). Doku rejeksiyonu gelişen hastalardan biriyle yapılan görüşmede, hasta kendisinde rejeksiyon geliştiği ve nefrektomi yapılması gerektiğini ancak ameliyat olmak istemediğini bildirmiştir. Buna rağmen poliklinik randevularına ve ilaç tedavisine böbreğin tekrar çalışabileceği umuduyla uyduğunu belirtmiştir.

Lin (99) nakil sonrası geçen süre ile ilaç uyumu, enfeksiyonu önleme, enfeksiyon ve doku reddini izleme ve yönetme arasında negatif ilişki olduğunu bildirmiştir. Literatürde nakil sonrası geçen süre ile ilaç uyumu arasında önemli derecede ilişki bulunduğu, nakilden sonra 16-21 yıl geçen hastaların nakilden sonra bir yıl geçen hastalara göre ilaç uyumsuzluğunun yüksek olduğu bildirilmiştir (13). Literatürde nakil sonrası geçen sürenin ilaç uyumsuzluğunu etkileyen önemli bir faktör olarak tanımlanabileceği belirtilmiştir (95). Dew (100) yaptığı çalışmada nakil sonrası geçen süre ile hasta uyumu arasında ilişki gözlemlenmediğini bildirmiştir.

Doz atlayanların %68,8'inin nakil sonrası 4 yıldan daha fazla süre geçirdiği, yine ilaçlarını geç alanların %68,8'ini aynı sürede zaman geçirenlerin oluşturduğu, ilaçlarını karıştıranların %20,0'sinin  $\geq 4$  nakilden sonra zaman geçirdiği saptanmıştır (Tablo 4.14). Görüşme yapılan bir kadın hasta nakil sonrası beş yıl geçtiğini

ilaçlarını doktor tavsiyesi olmadan azalttığını herhangi bir sorun olmadığını ve zamanla ilaçlarını bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir.





## SONUÇLAR

- Yarısından fazlası 41-75 yaş grubunda olan hastaların büyük bir bölümünün böbrek yetmezliği nedeninin bilinmediği ve canlıdan organ nakli yapıldığı saptanmıştır.
- Hastaların nakil sonrası BKİ'lerinin arttığı ve kilo aldığı saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan hastaların hasta uyumunda; hastaların tamamına yakının (%87,0) her zaman hastaneye geliş takvimine uyduğu, yarısından fazlasının (%60,9) her zaman diyet kısıtlamasına uyduğu, yarısının (%50,0) bazen yaşam bulgularını takip ettiği, yarısından fazlasının (%56,5) her zaman enfeksiyondan korunmak için nelere dikkat etmesi gerektiğini bildiği saptanmıştır. Yine hastaların yarısından fazlasının (%65,2) her zaman hastalığı için gerekli laboratuvar bulgularını takip ettiği, yarısından fazlasının (%58,7) her zaman laboratuvar bulgularının ne anlama geldiğini bildiği ve tamamına yakınının (%93,5) her zaman kendisine başlanan her ilacı doktoruna danıştığı saptanmıştır. Hastaların yarısından fazlasının (%56,5) her zaman doktor tarafından önerilen egzersiz programına uyduğu ve tamamına yakınının (%84,6) her zaman doktorunun özellikle sakınmasını istediği durumlara uyduğu belirlenmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması en yüksek olarak fiziksel işlev, ağrı, sosyal işlev, fiziksel rol, mental sağlık olarak takip ettiği belirlenmiştir. En düşük mental sağlık durumu, fiziksel sağlık durumu, mental rol, genel sağlık algısı, yaşamsallık olarak takip ettiği belirlenmiştir.
- Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar incelendiğinde; erkeklerin yaşamsallık düzeylerinin daha yüksek, BKİ  $\leq 25$  olanların MSD'nun düşük, çocuk sahibi olanların mental rol durumlarının daha yüksek, eğitim durumu  $\leq 5$  yıl olanların FSD'nun düşük, MSD düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.
- Doku reddi gelişen hastaların yaşamsallık ve sosyal işlev düzeylerinin düşük olduğu, diyalize girmeyen hastaların FSD'nun daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ilaç uyumsuzlukları incelendiğinde ilaçlarını karıştıranların yarısından fazlasının (%69,6) erkek olduğu, kadınların ilaçlarını hiç karıştırmadığı saptanmıştır. Doz atlayanların

yarısının (%50,0) 41-75 yaş aralığında, ilaçlarını karıştıranların yarısından fazlasının (%70,0) 11-40 yaş aralığında olduğu, ilaçlarını karıştıranların tamamına yakınının (%90,0) 11-40 yaş olduğu saptanmıştır. Evlilerin bekarlara göre daha çok doz atlama ve ilaçları geç alma eğilimi olduğu, nakil sonrası süreçle ilgili eğitim alanların almayanlara göre daha fazla ilaç uyumsuzluğu olduğu saptanmıştır. Canlıdan nakil olanlar, doku reddi ile karşılaşanlar, 3-5 sayıda ilaç kullananlar ve nakil sonrası >4yıl süre geçenlerde ilaç uyumsuzluğunun daha fazla olduğu saptanmıştır.

### **ÖNERİLER**

- Yaşam kalitesinin yükseltilmesi için, multidisipliner ekip çalışması anlayışı içinde doktor, hemşire ve organ nakli koordinatörlerinin hastalara hasta uyumu, ilaç uyumu, nakil sonrası süreçle ilgili bilgi-eğitim konularını içeren sağlık eğitimi verilmesi,
- Nakil sonrasında özellikle hastaların kilo almasının önüne geçmek için diyet ve egzersiz gibi konuları içeren bir eğitim planlanması,
- Hastaların sosyo-demografik özellikleri, tıbbi özellikleri ve böbrek nakli özellikleri ile düşük puan alınan yaşam kalitesi alt boyutlarının değerlendirilmesi, gerekli sosyal destek ve rehabilitasyonun sağlanması,
- Çalışmanın daha fazla kişiyle çok merkezli yapılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Ergün G. Böbrek hastalarının nakil sonrası süreçlerine uyumlarında danışmanlık vermenin etkinliğinin değerlendirilmesi, Psikiyatri Hemşireliği Doktora Tezi, MÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011.
2. Ovayolu, N. , Ovayolu, Ö. Kronik böbrek yetmezliğinde sağlığı koruma ve geliştirme: Bir vaka, Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2013;(1-2):6-14.
3. Akan, N. Renal transplantasyon sonrası gebeliklerde tedavi ve hemşirelik bakımı: Bir vaka, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(3)29-37.
4. Özşaker E. Böbrek transplantasyonu olan hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesinin saptanması ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, EÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2002.
5. Yatkın I. Renal transplantasyon hastalarında ve vericilerinde transplantasyon öncesi ve sonrasında depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve sosyal destek, Psikiyatri Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, 2009.
6. Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N., Aydın, M. Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(6):117-126.
7. Burra, P., De Bona, M., Canova, D., Masier, A., Tomat, S., Senzolo, M. The Concept of quality of life in organ transplantation, Transplantation Proceedings 2007;39:2285-2287.
8. Gül, A., Üstündağ, H., Zengin, N. Böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi, Genel Tıp Dergisi 2010;20(1):7-11.
9. Şahin N. Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentileri, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2012.
10. Bayhan B. Organ nakli hastalarında ümmünosupressif tedaviye uyum ölçeğinin (ITUÖ) Türkiyede geçerlilik güvenilirliği, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, DEÜ Sağlık Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2014.

11. Williams, A.F., Manias, E., Gaskin, C.J., Crawford, K. Medicine non-adherence in kidney transplantation, *Journal of Renal Care* 2014;40(2):107-116.
12. Lin, Y., Yang, M. A cross-sectional survey of the symptom experience of kidney transplant recipients, *International Journal of Nursing Studies* 2007;44:953–960.
13. Hamedan, M.S., Mohamad Aliha, J. Relationship between immunosuppressive medications adherence and quality of life and some patient factor in renal transplant patient in Iran, *Global Journal of Health Science* 2014;6(4):205-212.
14. Bayraktar, S.: *Organ Nakli ve Psikolojik Yaşam*. Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul. 2013.
15. Çolakdalcı A. Karaciğer nakli uygulanan hastalarda yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi, *Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi*, İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2012.
16. Cerrahi bakım ve yaşam kalitesi sempozyumu, 04 Mayıs 2012, CBÜ, Manisa, 2012:39-5.
17. Whittaker, C., Dunsmore, V., Murphy, F., Rolfe, C., Trevitt, R. Long-term care and nursing management of a patient who is the recipient of a renal transplant, *Journal of Renal Care* 2012;38(4):233-240.
18. Neyhart, C.D. Patient questions about transplantation: A resource guide, *Nephrology Nursing Journal* 2009;36(3):279-285.
19. Gökçe S. Renal replasman tedavisi alan hastalarda yaşam kalitesi, *Halk sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi*, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, 2010.
20. Geith, O. A. , EL-Saadany, S.A., Abu Donia, S.A. , Salem, Y.M. Compliance with recommended life style behaviors in kidney transplant recipients, *Iranian Journal of Kidney Disease* 2008;2(4):218-226.
21. Karadadakovan, A., Eti Aslan, F. : *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Adana, Nobel Kitabevi, s.942-955,2010.

22. Öztürk, B., Akın, S., Durna, Z., Özdilli, K. Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastalarda performans durumu, yaşam kalitesi ve fistül bakımı ile ilgili bilgi düzeyinin değerlendirilmesi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2013;(1-2):24-38.
23. Genç, R. Türkiyede ve dünyada organ transplantasyon cerrahisi: Transplantasyon lojistiğinin yönetimi, Ulusal Cerrahi Dergisi 2009;25(1):40-49.
24. Sarıgül Ordin Y. Karaciğer transplantasyonu sonrası destek grup girişiminin hastaların bilgi, semptom ve yaşam kalitesi düzeyine etkisinin incelenmesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2013.
25. Baştürk, B., Haberal, M. Transplantasyon immünolojisi, Diyaliz Transplantasyon ve yanık 2004;15(3):120-125.
26. Karahan, G. E., Savran Oğuz, F., Çarın, M.N. Renal re-transplantasyona hazırlanan hastaların anti-HLA antikör durumları ile ilgili yaklaşımlar, Gaziantep Tıp Dergisi 2009;15(3):36-41.
27. Özbolet, G., Yenilmez Dünder, E., Tuli, A. İnsan lökosit antijenleri yapı ve işlevleri, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2014;23(3):387-397.
28. Yavuz, D., Siren, S. Böbrek nakli öncesi alıcı adayının değerlendirilmesi, Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi 2008;17(1):9-16.
29. Sağduyu, A., Şentürk, V., Sezer, S., Emiroğlu, R., Özel, S. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum, Türk Psikiyatri Dergisi 2006;17(1):22-31.
30. Şahan E. Kronik böbrek yetmezliği tanısı ile izlenen adölesanlarda yaşam kalitesi ve özbakım gücü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010.
31. Yavuz, D., Siren, S. Böbrek nakli öncesi alıcı adayının değerlendirilmesi, Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi 2008;17(1):9-16.
32. Yüken G. Canlı böbrek vericilerinin ameliyat öncesi ve sonrası deneyimlerinin incelenmesi, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı, EÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2010.
33. Yüccetin, L.: Organ nakli koordinasyonu el kitabı, 2001.

34. Bertam, L. K., Mark, R., Eleanor, L. R., Robert, S.G., Margaret, J. B., Gabriel, M. D. The Evaluation of living renal transplant donors: Clinical practice quidelines, Journal of the American Society of Nephrology 1996;7(11):2288-2313.
35. Kara, S., Salman, Z., Öngel, K. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi sağlık personelinin organ bağışına bakışı, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012;11(1): 33-39.
36. Yalın, A., Keskinöz, E.N., Kızaran, A. Organ korunması, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;2(1):1-4.
37. Öner, K., Güleç, B. Böbrek naklinde cerrahi komplikasyonlar vetedavisi, Diyaliz Transplantasyon ve Yanık 2004;15(2):49-61.
38. Arslan, H. Solid organ transplasyonu ve enfeksiyon, ANKEM Dergisi 2005;19(2):161-164.
39. Ding, D. Post-kidney transplant rejection and infection complications, Nefroloji Nursing Journal 2010;37(4):419-426.
40. Aytutuldu, A., Kurtaran, B., Paydaş, S., Candevir, A. , Balal, M. , Demir, E., Taşova, Y., Erken, U. Renal transplantasyon sonrası erken dönemde görülen üriner sistem enfeksiyonlarının epidemiyolojisi ve risk faktörleri, ANKEM Dergi 2010;24(4):220-226.
41. Çelik S. Renal transplantasyon yapılmış erkek hastalarda üreme ve cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi, Üroloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, M.Ü Tıp Fakültesi, Mersin, 2012.
42. Trevit, R., Dunsmore, V., Murpy, F., Pisoni, L., Perris, C., Englebright, B., Chamney, M. Pre- and post-transplant care: Nursing management of the renal transplant recipient: Part 2, Journal of Renal Care 2013;38(2): 107-114.
43. Dizdar O.S. Renal transplantasyon alıcılarında pulmoner enfeksiyonların retrospektif analizi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, U.Ü Tıp Fakültesi, Bursa, 2012.
44. Beşışık, F. Böbrek transplantasyonu sonrasında karaciğer komplikasyonları, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi 1997;1(2):1-6.

45. İlkova, F., Gürsu, R.U., Güntürk, A., Dobrucalı, A., Bal, K., Tuncer, M. M., Oktay, E. Böbrek Transplantasyonlu hastalarda gastrointestinal sisteme ait komplikasyonlar, Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2001;32(3):156-162.
46. Kılınç I. Organ nakli hastalarında deri bulguları, Dermatoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, EÜ Tıp Fakültesi, İzmir, 2002.
47. Yılmaz, V.T., Ersoy, F.F., Koçak, H., Yakupoğlu, G., Süleymanlar, G. Nakil sonrası diyabetes mellitus gelişen renal transplant alıcılarında idame bağışıklığı baskılayıcı tedavide tam doz siklosporine karşın düşük doz takrolimus, Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi 2012;21(2): 161-166.
48. Stevens, K.K., Jardine, A.G. How to identify and manage diabetes mellitus renal transplantation, Journal of Renal Care 2012;38(1):125-137.
49. Kırhan E. Böbrek nakli yapılmış hastalarda atherosklerotik kalp – damar hastalıkları ile ilişkili çeşitli belirteçlerin incelenmesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, U.Ü Tıp Fakültesi, Bursa, 2011.
50. Yazgaç H. Renal transplant hastalarında Metabolik Sendrom ve mikroalbüminüri sıklığı; Metabolik sendrom, mikroalbüminüri, CRP ilişkisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, EÜ Tıp Fakültesi, Kayseri, 2014.
51. İlkova, F., Gürsu R.U. , Güntürk, A. , Dobrucalı, A. , Bal, K. , Tuncer, M.M. , Oktay, E. Böbrek transplantasyonlu hastalarda gastrointestinal sisteme ait komplikasyonlar, Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2001;32(3):156-162.
52. Moshirzadeh Moayedı N. Posttransplant diyabetes mellitus için risk faktörleri ve graft sağkalım üzerindeki etkisi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık tezi, İ.Ü. Tıp Fakültesi, İstanbul,2014.
53. McPake, D., Burnapp, L. Caring for patient after kidney transplantation, Nursing Standart 2009;23(19):49-57.
54. Hoffman, F:M., Nelson, B.J. Drangstveit, M.B. , Flynn, B.M. , Watercott, E.A. , Zirbes, J.M. , Caring for transplant recipient in a nontransplant setting, Critical Care Nurse 2006;26(2):53-74.

55. Whittaker, C., Dunsmore , V., Murphy , F., Rolfe, C., Trevitt, R. Long-term care and nursing management of a patient who is the recipient of a renal transplant. *Journal of Renal Care* 2012;38(4):233-240.
56. Fullwood, D., Jones, F., Lau-Walker, M. Care of patients following liver transplantation, *Nursing Standard* 2011;25(49):50-56.
57. Balcı Alparslan, G., Kapucu, S. Steroidlerin kullanımında hemşirenin sorumlulukları, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008;77-78.
58. Hamedan, M.S., Mohamad Aliha, J. Relationship between immunosuppressive medications adherence and quality of life and some patient factor in renal transplant patient in Iran, *Global Journal of Health Science* 2014;6(4):205-212.
59. Chisholm-Burns, M., Pinsky, B., Johnson, P., Arcona, S., Buzinec, P., Chakravarti, P., Cooper, M. Factors related to immunosuppressant medication adherence in renal transplant recipients, *Clinical Transplantation* 2012;26:706-713.
60. Gheith, O.A., EL-Saadany, S.A., Abuo Donia, S.A., Salem, Y.M. *International Journal of Nursing Practice* 2008; 14: 398–407.
61. Denhaerynck, K. , Schmid-Mohler, G., Kiss, A., Steiger, J., Wüthrich, R.P., Bock, A., De Geest, S. Differences in medication adherence between living and deceased donor kidney transplant patients, *International Journal of Organ Transplantation Medicine* 2014;5(1):7-14.
62. Rosenberger, J., Madarasova Geckova, A., van Dijk, j.P., Nagyova, Ī., Roland, R., Van Den Heuvel, A., Groothoft, J. W. Prevalance and characteristics of noncompliant behaviour and its risk factors in kidney transplant recipient, *Transplant International* 2005;18:1072-1078.
63. Chisholm, M.A. Issues of Adherence to Immunosuppressant Therapy After Solid-Organ Transplantation, *Drugs* 2002; (62-4): 567-575.
64. Wingard, R. Patient education and the Nursing Process: Meeting the Patient`s needs, *Nephrology nursing Journal* 2005;32(2): 211-214.
65. UNOS, Transplant Living, <http://www.transplantliving.org/after-the-transplant/staying-healthy/infections-and-immunity> [05/08/2015]



66. Yamantaş Ö. Karaciğer transplantasyonlarında sağ lop vericilerinin yaşam kalitelerinin incelenmesi, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2010.
67. Demir Göl N. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan, 2014.
68. Mistretta, A. , Veroux, M., Grosso, G., Comtarino, F., Biondi, M., Giufrida, G., Magliano, M., Gianquinda, A., Zerbo, D., Tallarita, T., Corona, D., Veroux, P. Role of socioeconomic conditions on outcome in kidney transplant recipient, Transplantation Proceeding 2009;41:1162-1167.
69. Önder A.H. Karaciğer nakli yapılan hastalarda sosyoekonomik düzey ve hasta-greft sağkalımını etkileyen diğer faktörlerin incelenmesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, DEÜ Tıp Fakültesi, İzmir, 2013.
70. Chisholm-Burns, M.A., Spivey, C.A., Wilks, S.E., Social support and immunosuppressant therapy adherence among adult renal transplant recipients, Clinacal Transplantation 2010;24:312-320.
71. Eren, İ., Erdi, Ö., Çivi, İ. Tip II Diabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi, Klinik Psikiyatri 2004;7:85-94.
72. Altuğ N. Karaciğer nakilli çocuk ve ailelerinin yaşam kalitesi/yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerin belirlenmesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2011.
73. Çetin Ö. Canlı vericiden karaciğer nakli sonrası vericinin ruhsal ve bedensel sağlığının değerlendirilmesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Kosültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sağlık Danışmanlığı Programı, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007.
74. Erkıral C. Hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014
75. Bakır Y. Karaciğer nakli sonrası obezite ve etkileyen faktörler, İç Hastalıklar Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, DEÜ Tıp Fakültesi, İzmir, 2011.

76. Acar N. 49 Yaş ve üzeri postmenopozal kadınların yaşam kalitesi, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014.
77. Rambod, M., Shabani, M. , Shokrpour, N., Rafii, F., Mohammadalliha, J., Quality of life of Hemodialysis and Renal Transplantation Patients, The Health Care Manager 2011;30(1): 23-28.
78. Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. Hemodiyaliz yeterliliğinin yaşam kalitesine etkisi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2013;1:39-52.
79. Kral Ü., Yurtsever S. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde yaşayan hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2013;1:61-76.
80. Özpancar N., Bostanoğlu H., Hipertansiyonu olan hastalarda yaşam kalitesinin belirlenmesi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2013;1:77-90.
81. Kocabaş E. Renal transplant hastalarının acil servise başvurularının irdelenmesi, Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, U.Ü. Tıp Fakültesi, Bursa, 2011.
82. Bağ E. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda özbakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2007.
83. Cürcani M., Tan M. Böbrek transplantasyonu yapılmış hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2013;1:102-112.
84. Öztürk B., Akın S., Durna Z., Özdilli K. Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastalarda fonksiyonel performans durumu, Yaşam Kalitesi ve Fistül Bakımı ile İlişkili Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2013;1:24-38.
85. Öztürk, A., Altuntaş, Y., Özsan, M., Gündüz, E. Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği olgularının hastalıkları ve hemodiyaliz hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi, Erciyes Tıp Dergisi 2009;31(2):119-125.
86. Ersoy, F. F. Canlı organ vericili böbrek transplantasyonlarında etik sorunlar, Diyaliz Transplantasyon ve Yanık 2004;15(3):116-119.

87. Kaçmaz, N., Barlas, G. Karaciğer nakli yapılan hasta ve yakınlarının psikososyal durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014;5(1):1-8.
88. Okçuoğlu Z. Aile içi ve kadavradan nakil olmuş organ nakli hastalarının psikolojik değerlendirilmesi, *Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, İ.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010.
89. Griva, K., Harrison, M. Non-adherence to immunosuppressive medication in kidney transplantation: Intent vs. forgetfulness and clinical markers of medication intake, *Annals of Behavioral Medicine* 2012;44:85-93.
90. Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., Zileli, L. Böbrek transplantasyonu ve psikiyatri, *Klinik Psikiyatri* 2003;6:225-234.
91. Can C. Karaciğer nakli öncesinde ve nakilden bir yıl sonra psikiyatrik belirti ve bozukluk yaygınlığı, yaşam kalitesi, genel bilişsel ve cinsel işlevler, *Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi*, DEÜ Tıp Fakültesi, İzmir, 2010.
92. Pazar, B., Yava, A., Genç, H. Eşler arası renal transplantasyonda hemşirelik bakımı: olgu sunumu, *Gülhane Tıp Derg* 2013;55:150-155
93. Talas, M. S., Bayraktar, N. Kidney transplantation: determination of the problems encountered by Turkish patients and their knowledge and practices on healthy living, *Journal of Clinical Nursing* 2004;13:580–588.
94. Denhaerynck, K., Schmid-Mohler, G., Kiss, A., Steiger, J., Wüthrich, R.P., Bock, A., De Geest, S. Differences in medication adherence between living and deceased donor kidney transplant patients, *International Journal of Organ Transplantation Medicine* 2014;5(1):7-14.
95. Chisholm-Burns, M.A., Spivey, C.A., Wilks, S.E. Social support and immunosuppressant therapy adherence among adult renal transplant recipients, *Clinical Transplantation* 2010;24:312-320.
96. Rosenberger, J., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J.P., Nagyova, I., Roland, R., Van Den Heuvel, A., Groothoft, J. W. Prevalance and characteristics of noncompliant behaviour and its risk factors in kidney transplant recipient, *Transplant International* 2005;18:1072-1078.

97. Chisholm, M.A. Issues of adherence to immunosuppressant therapy after solid-organ transplantation, *Drugs* 2002; (62-4): 567-575.
98. Spivey, C.A., Chisholm-Burns, M.A., Damadzadeh, B., Billheimer, D. Determining the effect of immunosuppressant adherence on graft failure risk among renal transplant recipients, *Clin Transplant* 2014;28:96–104.
99. Lin S.Y., Yang M., A cross-sectional survey of the symptom experience of kidney transplant recipients, *International Journal of Nursing Studies* 2007;44:953–960.
100. Dew, M. A., DiMartini, A.F., De Vito Dabbs, A., Myaskovsky, L., Stee, J., Unruh, M., Switzer, G. E., Zomak, R. , Kormos, R. L., Greenhouse, J. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation, *Transplantation* 2007;83: 858–873.

## EKLER

### EK 1: Hasta bilgi formu;

## “ BÖBREK TRANSPLANTASYONU SONRASI YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ”

### Sayın Katılımcı,

Bu anket ‘Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, amacıyla yapılan bilimsel bir çalışmadır. Bu anketin amacı sizi sınamak değil, gelecekte planlanacak eğitimlere ışık tutmaktır. **İlginiz, cevabımızın içtenliği ve ayırdığımız zaman için teşekkür ederiz.**

**Dilek SOYLU**  
**H.K.Ü Yüksek Lisans**  
**Öğrencisi**

### A: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ TANILAMA

1. Doğum tarihiniz:.....
2. Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek
3. Boyunuz: ..... Kilonuz (Nakil öncesi): ..... (Nakil sonrası): .....
4. Medeni Durumunuz :  Evli  Dul  Boşanmış  Bekar
5. Çocuğunuz var mı?  Evet ( Kaç çocuğunuz var?) .....  Hayır
6. Eğitim durumunuz:

	Mezun	Öğrenci	Terk( Yıl)	Var	Yok
İlkokul					
Ortaokul					
Lise					
Önlisans/Lisans					
Yüksek Lisans /Doktora					
Okur yazarlık durumu					

7. Çalışma Durumunuz:  Çalışıyorum  Çalışmıyorum  
 Şu anki hastalığım nedeniyle çalışmıyorum
8. Mesleğiniz:  Memur  Emekli  Serbest meslek  Diğer  
 İşçi  Ev hanımı  Öğrenci
9. Sosyal güvenceniz:  SGK  Yeşil kart  Özel sağlık sigortası
10. Gelir düzeyiniz:  Gelirim giderimden az  Gelirim giderime denk  
 Gelirim giderimden fazla
11. Hastalığınız nedeniyle yaşadığınız yeri değiştirdiniz mi?  Evet  Hayır

12. Cevabınız evetse yaşadığınız yeri ne zaman değiştirdiniz?  
 Nakil öncesi ( Nedenini belirtiniz.) .....  
 Nakil sonrası ( Nedenini belirtiniz.) .....
13. Evde kim/ kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?  
 Yalnız  Eşle birlikte  Eş ve çocuklarla birlikte  
 Çocuklarla birlikte  Diğer .....

## **B: HASTALIK ÖYKÜSÜNE AİT ÖZELLİKLER**

1. Kronik böbrek yetmezliği tanısı:  
2. Kronik böbrek yetmezliği kesin tanısı kaç yılında konuldu?.....  
3. Kronik böbrek yetmezliği dışında herhangi bir hastalığınız var mı?  
 Evet (Hangi hastalık/hastalıklar belirtiniz.).....  
 Hayır
4. Diyalize girdiniz mi?  Evet  Hayır
5. Aşağıdaki diyaliz türlerinden hangisine/ hangilerine ne kadar süre girdiniz?  
 Hemodiyaliz ( Tarih belirtiniz.) .....  
 Periton diyaliz ( Tarih belirtiniz.) .....  
 Her ikiside (Tarih belirtiniz.) (Periton diyaliz) .....(Hemodiyaliz)....
6. Böbrek Nakli Zamanı :.....
7. Donör Tipi:  Canlı ( Kimden aldınız?) .....  
 Kadavra
8. Nakil sonrası organını aldığınız kişiye karşı hisleriniz nelerdir açıklayınız.  
9. Organ reddi ile hiç karşılaştınız mı?  Evet  Hayır  Diğer
10. Kaç kez nakil oldunuz ?  Bir  İki
11. Nakil süreci ile ilgili bilgiyi hangi kaynaktan/kimlerden edindiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)  
 Doktor  Böbrek nakli olan diğer hastalar  
 Hemşire  İnternetten  
 Organ nakli koordinatörü  Diğer.....
12. Böbrek nakli süreci ile ilgili bilgiyi kim/kimlerden almak istersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)  
 Doktor  Hemşire  Organ nakli koordinatörü

13. Aşağıdaki tabloda böbrek nakli sonrası bilgi ve eğitim alma durumunuz ile bilgi ve eğitime ihtiyaç duyduğunuz konular yer almaktadır. Lütfen durumunuza uygun olan ifadeyi tanımlayan harfleri kullanarak tabloyu doldurunuz.

<b>BILGI-EĞİTİM KONULARI</b>	<b>Hastanede Bilgi-Eğitim Alma durumu</b>	<b>Verilen Eğitimin Yeterli Olma Durumu (Eğitim alanlar için)</b>	<b>Bu Konuda Bilgi ve Eğitim Verilmesine İhtiyaç Duyuyor musunuz?</b>
	<b>A:</b> Hatırlamıyorum <b>E:</b> Evet Aldım <b>H:</b> Hayır Almadım	<b>A.</b> Tamamen yeterli <b>B.</b> Biraz yeterli <b>C.</b> Yeterli değil	<b>E:</b> Evet İhtiyaç Duyuyorum <b>H:</b> Hayır İhtiyaç Duymuyorum
Kullanmam gereken ilaçlar ve kullanım şekli			
İlaçların etkileri ve yan etkileri			
Hastaneye kontrole gelme sıklığı			
Enfeksiyon belirtileri			
Rejeksiyon (organ reddi) belirtileri			
Rutin kontroller dışında tıbbi yardım almam gereken durumlar			
İlaç-besin etkileşimleri			
İlaç-İlaç Etkileşimleri			
İmmünoşpresif Tedavi: Amaçları, etkileri, yan etkileri, yan etkileri azaltma yöntemleri			
Nakil Öncesi İşine (çalışmaya) dönme durumu			
Diyet-beslenme şekli			
Günlük yaşam tarzı düzenlemeleri			
Evde Bakım gereksinimleri			
Egzersiz yapma durumu			
Cinsellik			
<b>VARSA DİĞER KONULARI BELİRTİNİZ</b>			

14. Nakil olmayı isteme nedeniniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diyalize bağımlılıktan kurtulma | <input type="checkbox"/> Daha sağlıklı ve zinde olma         |
| <input type="checkbox"/> Tekrar çalışabilme              | <input type="checkbox"/> Yaşam süresinin artması             |
| <input type="checkbox"/> Yaşam kalitesinin artması       | <input type="checkbox"/> Bireysel ihtiyaçları karşılayabilme |
- Hastaneye sürekli gelmeme
- Ailedeki rolü/ görevleri yerine getirme
- Yorgunluğun azalması
- Diğer.....
15. Kullandığınız İmmünosupresif İlaçlar : .....
- Diğer ilaçlar: .....
16. İlaçlarınızı doktorunuzun tavsiye ettiği dozda alıyor musunuz?
- Evet
- Hayır ( Nedenini belirtiniz.) .....
17. Şimdiye kadar herhangi bir ay içerisinde ilaç dozu atladınız mı?
- Evet ( Kaç doz atladınız.) ..... ( Nedenini belirtiniz.) .....
- Hayır
18. Şimdiye kadar herhangi bir ay içerisinde ilaçlarınızı doktorunuzun tavsiye ettiği süreden geç aldınız mı ?
- Evet ( Nedenini belirtiniz.) .....
- Hayır
19. Şimdiye kadar herhangi bir ay içerisinde yanlış ilaç aldınız mı?
- Evet ( Nedenini belirtiniz.) .....
- Hayır
20. İlaç kullanırken yaşadığınız sorun/sorunlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diyabet                      | <input type="checkbox"/> Tat almada değişiklik | <input type="checkbox"/> Kas krampları | <input type="checkbox"/> Baş dönmesi    |
| <input type="checkbox"/> Yorgunluk                    | <input type="checkbox"/> Bulantı/kusma         | <input type="checkbox"/> Çarpıntı      | <input type="checkbox"/> Uyku bozukluğu |
| <input type="checkbox"/> El ve ayaklarda karıncalanma | <input type="checkbox"/> Yüzde şişme           | <input type="checkbox"/> Diğer.....    |   |
21. Kronik böbrek yetmezliği olan diğer insanlara nakil olmayı öneriyor musunuz?
- Evet  Hayır( Nedenini belirtiniz.).....
22. Sigara içme durumu :  Evet  Hayır
- Alkol kullanma durumu:  Evet  Hayır



### C: BÖBREK NAKLİ SONRASI HASTA UYUMU

Böbrek nakli olduğunuz süre zarfında aşağıda belirtilen uygulamalardan kendinize **uygun** olanı işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

HASTA UYUMU	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Kontrol amaçlı hastaneye geliş takvimime uyarım			
Diyet kısıtlamasına uyarım			
Yaşam bulgularının nasıl takip edileceğini bilirim.			
Transplantasyon sonrası aldığı-çıkardığı sıvı ve kilo takibini nasıl yapmam gerektiğini bilirim.			
Enfeksiyondan korunmak için nelere dikkat edilmesi gerektiğini bilirim			
Hastalığım için gerekli laboratuvar bulgularını takip ederim			
Takip ettiğim laboratuvar bulgularının ne anlama geldiğini bilirim			
Benim için yeni başlanan her ilacı doktoruma danışırım			
Doktorum tarafından önerilen egzersiz programına uyarım			
Doktorumun özellikle sakınmamı istediği durumlara uyarım			

**EK 2: SF- Yaşam Kalitesi Ölçeği;**

**SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

- Genel olarak sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? (Cevabınızı daire içine alınız.)  
1-Mükemmel      2- Çok iyi      3- İyi      4- Fena değil      5- Kötü
- Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız  
Geçen seneden çok daha iyi      1  
Geçen seneden biraz daha iyi      2  
Geçen sene ile aynı      3  
Geçen seneden biraz daha kötü      4  
Geçen seneden çok daha kötü      5
- Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar etkiliyor ?

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling oynamak	1	2	3
Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
Pek çok katı çıkmak	1	2	3
Tek katı çıkmak	1	2	3
Öne eğilmek, diz çökmek, yerden birşey almak	1	2	3
Bir kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev)	1	2
Yapabildiğiniz iş türünde yada diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2
İş yada diğer uğraşları yapmakta zorlanmak	1	2

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü yada kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş yada iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2
Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (Temizlenmeyen ev)	1	2
Yapabildiğiniz iş türünde yada diğer faaliyetlerde kısıtlanmak	1	2

6. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınız yada duygusal problemleriniz, aileniz, arkadaşlarınız, komşularınızla yada diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

Hiç	Biraz	Orta Derecede	Epeyce	Çok fazla
1	2	3	4	5

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrınız oldu?

Hiç	Çok hafif	Hafif	Orta hafiflikte	Aşırı derecede	Çok aşırı derecede
1	2	3	4	5	6

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

Hiç olmadı 1	Biraz 2	Orta Derecede 3	Epeyce 4	Çok fazla 5
-----------------	------------	--------------------	-------------	----------------

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında.....

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiç
Kendinizi hayat dolu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Çok sinirli bir kişi oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	1	2	3	4	5	6
Sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
Çok enerjiniz oldu mu?	1	2	3	4	5	6
Mutsuz ve kederli oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5	6
Mutlu ve sevinçli oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
Yorgun hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınız ya da duygusal probleminiz, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

Her zaman 1	Çoğu zaman 2	Bazen 3	Çok ender 4	Hiçbir zaman 5
----------------	-----------------	------------	----------------	-------------------

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ya da yanlış olur?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle yanlış
Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
Sağlığım mükemmeldir.	1	2	3	4	5



### Ek-3. SF-36 Hesaplama Modeli

SF-36, 36 sorudan ve 8 ayrı bölümden oluşur. Bölüme dahil edilen soruların skorları ağırlıklı toplanarak bölüm skoru elde edilir. Daha sonra sekiz sağlık bölümünden elde edilen skorlardan özet sağlık skorları elde edilir. Özet skorların elde edilmesindeki amaç yorumlama ve karşılaştırmalarda kolaylık sağlamasıdır.

Fiziksel sağlık özet skoru (FSS) fiziksel sağlık durumunun bir göstergesi olarak fiziksel işlev (Fİ), fiziksel rol (FR), ağrı (A) ve genel sağlık algısı (GS) alt bileşen skorlarından etkilenmektedir. Mental sağlık özet skoru (MSS) mental sağlık göstergesi olarak yaşamsallık (Y), sosyal işlev (Sİ), mental rol (MR) ve mental işlev (Mİ) alt bileşenlerinin bir fonksiyonu olarak değerlendirilmektedir.

Özet skorların elde edilmesi üç basamakta yapılmaktadır.

#### 1. Sorular (items) puanlanır:

SF 36 sorularının puanlaması aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir:

##### Soru 1

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5.0
2	4.4
3	3.4
4	2.0
5	1.0

##### Soru 3a – 3j

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0
3	3.0

##### Soru 4a – 4d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

**Soru 5a-5c**

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1.0
2	2.0

**Soru 6**

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

**Soru 7**

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	5.4
3	4.2
4	3.1
5	2.2
6	1.0

**Soru 8 (eğer 7 ve 8 sorular yanıtlanmış ise)**

Başlangıç puan değeri	7.soru başlangıç değeri	Son puan değeri
1	1.0	6.0
1	2-6 arasında	5.0
2	1-6 arasında	4.0
3	1-6 arasında	3.0
4	1-6 arasında	2.0
5	1-6 arasında	1.0

**Soru 8 (eğer 7. soru yanıtlanmamış ise)**

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6.0
2	4.75
3	3.5
4	2.25
5	1.0

**Soru 9a, 9d, 9e ve 9h**

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	6
2	5
3	4
4	3
5	2
6	1

**Soru 9b, 9c, 9f, 9g ve 9i**

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

**Soru 10**

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5



### Soru 11a ve 11c

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

### Soru 11b ve 11d

Başlangıç puan değeri	Son puan değeri
1	5
2	4
3	3
4	2
5	1

## 2. Soruların birleştirilmesi ile ölçekler (scales, boyut, bölüm) elde edilir.

Ölçek (boyut)	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham skor aralığı
Fiziksel işlev	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3i+3j$	10 – 30	20
Fiziksel rol	$4a+4b+4c+4d$	4 – 8	4
Ağrı	$7+8$	2 – 12	10
Genel sağlık algısı	$1+11a+11b+11c+11d$	5 – 25	20
Yaşamsallık	$9a+9e+9g+9i$	4 – 24	20
Sosyal işlev	$6+10$	2 – 10	8
Mental rol	$5a+5b+5c$	3 – 6	3
Mental sağlık	$9b+9c+9d+9f+9h$	5 – 30	25

Boyut skoru = alınan ham puan – olası en düşük ham puan x 100

olası ham puan aralığı

Örnek:

Fizik işlev ham puanı 21 ise

$FF = (21 - 10 \times 100) / 20$

$FF = 55$  (olası en düşük skor 10 ve olası ham puan aralığı 20)

**1. Boyutların Z skor dönüştürülmesi ile ağırlıklı toplamları hesaplanarak özet skorlar elde edilir.**

Z skor dönüştürmesi

$$fiz = (Fİ - 84.52404) / 22.89490$$

$$frz = (FR - 81.19907) / 33.79729$$

$$az = (A - 75.49196) / 23.55879$$

$$gsz = (GS - 72.21316) / 20.16964$$

$$yz = (Y - 61.05453) / 20.86942$$

$$siz = (Sİ - 83.59753) / 22.37642$$

$$mrz = (MR - 81.29467) / 33.02717$$

$$miz = (MS - 74.84212) / 18.01189$$

$$FS = (fiz \times 0.42402) + (frz \times 0.35119) + (az \times 0.31754) + (gsz \times 0.24954) +$$

$$(yz \times 0.02877) + (siz \times (-0.00753)) + (mrz \times (-0.19206)) + (mz \times (-0.22069))$$

$$MS = (fiz \times (-0.22999)) + (frz \times (-0.12329)) + (az \times (-0.09731)) + (gsz \times (-0.01571)) \\ + (yz \times 0.23534) + (siz \times 0.26876) + (mrz \times 0.43407) + (miz \times 0.48581)$$

$$\text{Fiziksel özet sağlık skoru (FSS)} = 50 + (MS \times 10)$$

$$\text{Mental özet sağlık skoru (MSS)} = 50 + (FS \times 10)$$

## Ek-4. BÖBREK NAKLİ HASTALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

“ **Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi**” ile ilgili bir araştırma yapmaktayım. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tez çalışması olarak gerçekleştirilecek olan bu araştırmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, araştırmayı yapan ben Dilek SOYLU muayene için hastaneye geldiğiniz süre içinde sizinle görüşme yapacağım. Bu görüşmede sizin yaşı, eğitim durumunuz, var olan kronik hastalıklarınız, kullandığımız ilaçlar gibi tanıtıcı özelliklerinizi ve yaşam kalitenizi değerlendireceğim.

Katılacağınız bu çalışmadan elde edilecek sonuçlar böbrek nakli sonrası hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesinde yol gösterici olacaktır.

Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Sizlerle görüşerek alacağım veriler, kimliğiniz gizli tutularak yalnız bu araştırma için kullanılacak olup, amacının dışında başka hiçbir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak isteğe bağlı olduğundan çalışmaya katılmayı reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Ayrıca çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılma hakkına da sahipsiniz.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız bu formu imzalayınız.

### **Katılımcı (Hasta):**

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

### **Araştırmacı:**

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

### **Görüşme Tanığı / Hasta Yakını:**

Adı, Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
ETİK KURULU KARARI**

**Karar no** : 2015 -02  
**Karar tarihi** : 14.01.2015

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurulu toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD Tezli Yüksek Lisans Öğrencilerinden Dilek SOYLU'nun "**Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi**" konulu çalışması Etik Kurulumuz tarafından incelenerek belirtilen araştırmanın yürütülmesinin uygun görülmesine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa Yılmaz KILINÇ  
Başkan

Prof. Dr. Şaban KAYIHAN  
Üye

Prof. Dr. Kezban BAYRAMLAR  
Üye

Prof. Dr. Yaşar ÖZBAY  
Üye

Yrd. Doç. Dr. Gülferi MUŞLU KAYGISIZ  
Üye

Mustafa ÖZTÜRK  
Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Genel Sekreter Yrd.



**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜİMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE**

**KAHRAMANMARAŞ**

Hastaneniz organ nakli koordinatörlüğünde hemşire olarak çalışmaktayım, aynı zamanda Hasan Kalyoncu Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisiyim. Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ danışmanlığında “ **Böbrek transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin Belirlenmesi**” adlı çalışmanın anketlerini hastanemiz nefroloji organ nakli polikliniğinde yapabilmem için gereğini bilgilerinize arz ederim.

**HKÜ Yüksek lisans Öğrencisi**  
**Dilek SOYLU**

**20/01/15**



*Handwritten signature*

**Yrd.Doç.Dr. Mahmut TOKUR**  
Başhekim V

KSÜ	
ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ	
BAŞHEKİMLİĞİ	
GELEN EVRAK	
SAYI :	318
TARİH :	20.01.15
KAYIT NO :	

**EK-7****ÖZGEÇMİŞ****ADI SOYADI: DİLEK SOYLU**

<b>TC Kimlik No / Pasaport No:</b>	21377491970
<b>Doğum Yılı:</b>	01.01.1981
<b>Yazışma Adresi :</b>	Haydarbey Mah. 32116. sok. Özkan sit. C blok kat 2 no:6
<b>Telefon :</b>	0505 3162118
<b>e-posta :</b>	<a href="mailto:soyludilek2009@gmail.com">soyludilek2009@gmail.com</a>

**EĞİTİM BİLGİLERİ**

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
T.C.	Gazi Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	2.55	2007
T.C.	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Hemşirelik Anabilim Dalı	.....	2015

**AKADEMİK/ MESLEKTE DENEYİM**

Kurum/Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Sütçüimam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	T.C.	Kahramanmaraş	Cerrahi Yoğun Bakım	Hemşire	2007-2012
Sütçüimam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	T.C.	Kahramanmaraş	Organ Nakli Koordinatörlüğü	Hemşire	2012-Devam Ediyor

**KATILDIĞI KURS/ KONFERANS v.b. ETKİNLİKLER**

TARİH	
01 Şubat- 03 Mart 2010	Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Eğitimi
27 Haziran-1 Temmuz 2011	Organ ve Doku Nakli Koordinatörlüğü Sertifika Programı
04 Haziran 2011	Yoğun Bakımda Sedasyon ve Analjezi
20-21 Aralık 2012	Organ Temininde Yeni Adımlar: Yoğun Bakım Eğitimi
27 /28 Nisan 2013	European Resuscitation Council Certify Programme
23 Mayıs 2013	Klinik Toksikoloji Derneği 5. Zehirlenmeler Geliştirmeler Kursu
19-21 Mart 2015	Organ bağışında uyum için teknik yardım projesi (2. Uluslararası sempozyum)

**MESLEKİ DERNEK/KURUM ÜYELİĞİ**

Türk Hemşireler Derneği
Organ ve Doku Nakli Koordinatörleri Derneği