



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BÖBREK HASTALARININ NAKİL SONRASI SÜREÇLERİNE  
UYUMLARINDA DANIŞMANLIK VERMENİN ETKİNLİĞİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

GÜL ERGÜN

DOKTORA TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Gülten ÖZALTIN

İSTANBUL-2011

## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Doktora

Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği

Tez Sahibi : Gül ERGÜN

Tez Başlığı : Böbrek Hastalarının Nakil Sonrası Süreçlerine Uyumlarında Danışmanlık  
Vermenin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi : 31.05.2011

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Sınav Jüri Üyeleri

### Kurumu

### İmza

Prof.Dr.Gülten ÖZALTIN

M.Ü.(Emekli Öğretim Üyesi)

G. Özalp

(Danışman)

Doç.Dr.Perihan GÜNER

Koç Üniversitesi HYO

~~P.W.~~  
H. Güner

Doç.Dr.Sezgi ÇINAR

M.Ü Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Yard.Doç.Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

M.Ü Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

G. Ünsal Barlas

Yard.Doç.Dr.Özlem IŞIL

Haliç Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 14.7.2011 tarih ve 27 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

G. Omurtag

Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü


## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Tarih

27.06.2011

"Ad Soyadı" (İmza)

Gül ERGÜN  


## II. TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında bilgi ve desteğini aldığım değerli danışman hocam Prof. Dr. Gülten ÖZALTIN'a,

Araştırmam boyunca bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Arş. Gör. Dr. Semra KARACA'ya,

Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Merkezi Müdürü Prof. Dr. Gültekin SÜLEYMANLAR'a,

Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Kliniği Doç. Dr. Ayhan DİNÇKAN'a,  
Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Kliniği sorumlu hemşiresi Ferda ÜLKER'e,

Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Ünitesi ekibine,  
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Arş. Gör. Cansu ÇAKIR'a

Araştırma verilerinin değerlendirilmesi sırasında uzman görüşü veren Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı başkanı, Prof. Dr. Osman SAKA'ya ve Arş. Gör. Özgür TOSUN'a

Araştırma boyunca desteğini benden esirgemeyen Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Klinik Eğitimi sevgili arkadaşım Işıl IŞIK'a

Her zaman desteğini aldığım sevgili annem Meliha ERGÜN'e ve sevgili babam Hüseyin ERGÜN'e en içten duygularıyla teşekkür ederim.

GÜL ERGÜN

### III. İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa no</b>
<b>1. ÖZET</b>	1
<b>2. SUMMARY</b>	2
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	3
<b>4. GENEL BİLGİLER</b>	6
4.1. Kronik böbrek yetmezliği	6
4.2. Organ Nakli	6
4.2.1. Organ naklinin tarihçesi	6
4.2.2. Böbrek nakli süreci	8
4.2.3. Böbrek naklinin hemodiyaliz ve periton diyalizine göre üstün yönleri	10
4.2.3.1. Böbrek naklinin ekonomik açıdan üstün yönleri	11
4.2.3.2. Yaşam kalitesi yönünden üstün yönleri	12
4.2.3.3. Olası psikolojik problemler yönünden üstünlükleri	14
4.2.4. Böbrek naklinde olası problemler	15
4.2.5. Organ nakli ekibi	22
4.3. Böbrek Nakli Sürecinde Danışmanlık	23
4.4. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Nakil Sonrası Süreçlerine Uyumlarında Hemşirenin Sorumlulukları	25
4.4.1. Hemşirenin genel sorumlulukları	25
4.4.2. Böbrek nakli sonrası enfeksiyonların önlenmesinde hemşirenin Sorumlulukları	27
4.4.3. Böbrek nakli sonrası ilaç tedavisinde hemşirenin sorumlulukları	28
4.4.4. Böbrek nakli sonrası olası cinsel yaşama ilişkin sorunların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları	29
4.4.5. Böbrek nakli olan bireyde olası psikolojik ve duygusal sorunlarda hemşirenin sorumlulukları	29
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	32
5.1. Araştırmanın Amacı	32
5.2. Araştırmanın Hipotezleri	32
5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	32

	<b>Sayfa no</b>
5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	33
5.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	33
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
5.8. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler	34
5.9. Ön Uygulama	38
5.10. Uygulama	38
5.11. Araştırmanın Etik Yönleri	41
5.12. Verilerin Değerlendirilmesi	42
<b>6. BULGULAR</b>	<b>43</b>
6.1. Nakil Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	43
6.2. Nakil Olan Bireylerin Danışmanlık Sonrası Ölçeklere İlişkin Bulguları	48
6.3. Yaşam Kalitesi, Depresyon, Kaygı Düzeyleri ve Psikososyal Uyum Ölçekleri Puan Ortalamalarının 1, 3 ve 6. Ay'daki Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular	60
<b>7. TARTIŞMA VE SONUÇ</b>	<b>64</b>
7.1. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulgularının Tartışılması	64
7.2. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Depresyon Düzeyi ile İlgili Bulgularının Tartışılması	67
7.3. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Durumluk ve Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Tartışılması	70
7.4. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Hastalığa Psikososyal Uyum ve Özbildirim ile İlgili Bulgularının Tartışılması	72
<b>8. KAYNAKLAR</b>	<b>76</b>
<b>9. EKLER</b>	<b>88</b>
EK 1: Kişisel Bilgi Formu	89
EK 2: Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)	91
EK 3: Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği (PAIS-SR)	95
EK 4.1: Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX-I)	103
EK 4.2: Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX-II)	104
EK 5: Beck Depresyon Envanteri (BDE)	105

	<b>Sayfa no</b>
EK 6: Görüşüne Başvurulan Uzmanlar	108
EK 7: Hastalara Verilen Danışmanlığın İçeriği	109
EK 8: Görüşmelerde Yer Alan Hasta İfadeleri	141
EK 9: Etik Kurul Onayı	146
EK 10: Kurum İzni	147
<b>10.ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>148</b>

## 1. ÖZET

Bu araştırma, böbrek nakli olan bireylere operasyon öncesinden başlayarak nakil sonu 1. aya kadar verilen danışmanlık hizmetinin nakil sonrası süreçlerine uyumları üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin organ nakli ünitesinde Temmuz 2009 ile Ekim 2010 tarihleri arasında böbrek nakli olan 417 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise “Basit Rastgele Örnekleme” yöntemi ile seçilen 74 (37 kontrol, 37 deney) kişi oluşturmuştur.

Araştırmada deney grubu ile nakil öncesinden başlayan, taburculuk sonrası 6. ayı da kapsayan 12 görüşme yapılmıştır.

Araştırma verileri, böbrek nakli sonrası 1, 3 ve 6. ayda Kişisel Bilgi Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Beck Depresyon Envanteri, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi, deney ve kontrol grubu arasındaki farkların ve ölçeklerin puan ortalamalarının değerlendirilmesinde Student t testi, ölçek puanlarının 1, 3 ve 6. aydaki değişimlerinin incelenmesinde Tekrarlı Ölçümlerde Anova testi kullanılmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; 1, 3 ve 6. ayda yapılan kontrollerde yaşam kalitesi puanının deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla yüksek olduğu bulunmuştur. Deney grubundaki bireylerin sürekli kaygı envanteri puanının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla daha düşük olduğu, durumluk kaygı envanter puanlarının ise deney grubunda 3 ve 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı farkla düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; çalışmada deney grubunda danışmanlık hizmeti verilen hastaların depresif belirtilerinin uzun dönemde azaldığı, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin düştüğü, psikososyal uyum ve yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Böbrek nakli, uyum süreci, danışmanlık, hemşirelik.



## **2. SUMMARY**

### **Evaluation of efficiency of giving counselling in the post-operation adaptation process of individuals who had kidney patients**

This research was conducted experientially in order to determine the effect of consultancy service given to individuals, who had kidney transplant, from the pre-operation process until the first month after transplantation in the post-operation adaptation process.

The population was constituted of 417 patients of a university hospital's transplantation unit who had kidney transplant between the dates of July 2009 and October 2010. The sample was constituted of 74 persons (37 control, 37 experiment) chosen by using "Simple Random Sampling" method.

In this research, 12 interviews, beginning in the pre-operation process and including the sixth month after discharge from hospital, have been done with the experiment group.

Survey data were collected by using Personal Information Form, State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Quality of Life Scale and Psychosocial Adjustment to Illness Scale in the 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup> and 6<sup>th</sup> months of post-operation.

Survey data were evaluated in computer environment. In the evaluation of sociodemographic variables, Chi-Square Test, in the evaluation of differences between experiment and control groups and point average of scales, Student t test, and in the inquisition of the scale points' change in the 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup> and 6<sup>th</sup> months in the repetitive measurements Anova test were used.

According to the results of this study, in the controls that are made in the 1<sup>st</sup>, 3<sup>rd</sup> and 6<sup>th</sup> months, it was seen that quality of life points were statistically relatively higher in the control group when compared to the experimental group. In conclusion, it was determined in this study that depressive disorder symptoms of the patients, to whom consultancy service was given, decrease in the long term; state-trait anxiety levels drop away and also psychosocial adaptation and life quality levels increase.

**Key Words:** Kidney transplant, adaptation process, consultancy, nursing.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada ve ülkemizde kronik böbrek yetmezliği önemli sağlık problemlerinin başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gün geçtikçe kronik böbrek yetmezliği tanısı alan kişi sayısının arttığını belirtmektedir. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda ve Sağlık Bakanlığının verilerine göre de kronik böbrek yetmezliği hastalığı giderek artmaktadır (Üstündağ, Gül, Zengin ve Aydın 2007). Türkiye’de 60592 kişi, kronik böbrek yetmezliği tedavisi almaktadır. Mevcut hasta sayısının ciddi düzeyde olması ve giderek artması bu rahatsızlığın tedavi seçeneklerinin geliştirilmesini hızlandırmıştır (Erek, Süleymanlar ve Serdengeçti 2002).

Dünyada ve ülkemizde kronik böbrek yetmezliğinin tedavisinde diyaliz ve organ nakli seçenekleri bulunmaktadır (Cass, Cunningham, Snelling, Wang and Hoy 2003, Özçürümez, Tanrıverdi ve Zileli 2003b, Achille et al 2004, Çetinkaya, Nur, Ayvaz ve Özdemir 2008, Serdengeçti, Süleymanlar, Altıparmak ve Seyahi 2009). Bu tedavi modellerinden; organ naklinin daha kabul edilir, daha etkin ve geçerli tedavi şekli olduğu bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır (Özçürümez, Tanrıverdi ve Zileli 2003a, Mei et al 2006, Üstündağ ve ark 2007, Bennett and Hany 2009, Neyhart 2009).

Nakil olmak kronik böbrek yetmezliğinde en kabul edilen tedavi yöntemidir. Ancak bütün avantajlarına rağmen böbrek hastası birey, nakil öncesi ve sonrası süreçte birtakım psikososyal sorunlar yaşayabilmektedir. Sağduyu, Şentürk, Sezer, Emiroğlu ve Özel (2006), nakil öncesi son dönemde böbrek hastalarının ameliyattan korkma, ameliyat sonrasında rejeksiyon riski nedeniyle kaygı duyma gibi psikososyal problemler yaşayabildiklerini belirtmişlerdir. Böbrek nakli sonrasında da bireylerin sıklıkla ruhsal sorunlar yaşadığı bildirilmiştir (Özçürümez ve ark 2003b). Yapılan bazı çalışmalarda hastaların özellikle anksiyete bozuklukları, depresyon, psikososyal uyum bozuklukları yaşadıkları belirlenmiştir (Penkower et al 2003, Allenbach and Steinmiller 2004, Mei et al 2006, Novak et al 2006).

Literatürde böbrek nakli sonrası olası psikososyal problemlerin önlenmesine ve azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılmasına gereksinim olduğu ifade edilmektedir.

Literatürde böbrek nakli sonrası gelişen depresyon, anksiyete ve psikososyal uyum güçlüğü gibi problemlerin sağlık profesyoneli tarafından bilgi verilmesi yoluyla azaltılabileceğini saptayan çalışmalar yer almaktadır (Messias and Skotzko 2000, Donald and Konfeld 2002, Ratcliffe et al 2002). Bu çalışmalar genellikle danışmanlık içerisinde yer alan bilgi verme hizmetinin etkinliğini değerlendirmiştir. Bu amaçla nakil olan bireylere erken dönemde nakil sonrası sürece ilişkin belli konularda bireysel ve grup olarak sağlık eğitimleri verilmiştir. Eğitim konuları arasında bireyin enfeksiyondan korunması, ilaçlarının kullanımı ve sosyal hayatta dikkat etmesi gereken noktalar yer almıştır. Bireyin bilgi almasının 1 ve 3. aylarda depresyon ve yaşam kalitesi düzeyine etkinliği değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre bilgi verme yoluyla böbrek nakli olan bireyin yaşam kalitesinin arttığı, depresyon yaşama riskinin azaldığı saptanmıştır. Ancak bu çalışmalarda yalnızca bireyin nakil sonrası erken dönemde bilgilendirilmesi ve erken dönemdeki olası problemlerine yoğunlaşmışlardır. Oysa literatürde bazı çalışmalar, böbrek nakli olan bireyin nakil sonrası geç dönem olarak kabul edilen 6. ayda psikososyal problemler yaşayabildiğini belirlemiştir (Fallon, Gould and Wainwright 1997, Messias and Skotzko 2000, Donald and Konfeld 2002, Achille et al 2004). Aynı çalışmalarda böbrek nakli olan bireyin nakil öncesinde bilgilendirilmesine yönelik değerlendirmeye yer verilmemiştir. Ancak literatürde bazı çalışmalar böbrek nakli olan bireyin nakil öncesi dönemde korku, kaygı ve benzeri psikolojik problemler yaşayabileceğini saptamıştır (Donald and Konfeld 2002, Ratcliffe 2002, Üstündağ ve ark 2007). Bu bakımdan böbrek nakli olan bireylerin nakil öncesi ve nakil sonrası geç dönemde yaşayabilecekleri olası problemleri önlemeye yönelik çalışmalara ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Dünyada ve Ülkemizde böbrek nakli olan bireylerin nakil öncesi ve sonrası erken ve geç dönemde yaşayabileceği depresyon, anksiyete gibi durumları önleme ve azaltmaya, nakil sonrası sürece psikososyal uyumlarını kolaylaştırmaya ve bireyin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik oluşturulan,

herhangi bir danışmanlık programının etkinliğini belirlemeye yönelik araştırma yer almamaktadır.

Bu çalışma böbrek nakli olan bireylere verilen danışmanlık hizmetinin nakil sonrası süreçte psikososyal uyumlarına, yaşam kalitesine, anksiyete ve depresyon düzeylerine etki edip etmediğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Kronik Böbrek Yetmezliği

Kronik böbrek yetmezliği ülkemizde ve dünyada giderek daha sık görülmeye başlanan, ciddi bir hastalıktır. Kronik böbrek yetmezliği, glomeruler filtrasyon değerinin azalmasına bağlı olarak gelişen, böbreğin sıvı-elektrolit dengesini ayarlama işlevlerinde, metabolik ve endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bir şekilde seyreden tablodur (Çetinkaya ve ark 2008). İnsanlar, polistik böbrek hastalıkları, kronik glomerulonefrit, diabetik nefropati ve benzeri hastalıklar nedeniyle kronik böbrek hastalığı teşhisi almaktadır (Forsberg, Lorenzon, Nilsson and Backmana 1999, Kızıltan, Karaali-Savrun, Uzun, Akalın ve Şahin 2001, Erek ve ark 2002, Özçürümez ve ark 2003b, Serdengeçti ve ark 2009).

Serdengeçti ve ark. na (2009) göre; Sağlık Bakanlığı'nın 31 Aralık 2008 tarihli resmi kayıtlı verileri tedavisi devam eden 60592 kronik böbrek yetmezliği hastası olduğunu göstermektedir. Bunların 46659'u hemodiyaliz, 6109'u periton diyalizi ve 7824'ü organ nakli yoluyla tedavi olmaktadır. Bu rakamlar nüfusumuza göre oldukça yüksektir ve gün geçtikçe artmaktadır.

Kronik böbrek yetmezliğinin tedavi seçenekleri arasında hemodiyaliz, periton diyalizi ve organ nakli yer almaktadır. Hemodiyaliz dünyada ve ülkemizde en yaygın kullanılan tedavi seçeneğidir (Çetinkaya ve ark 2008, Serdengeçti ve ark 2009). Ülkemizde 900'ü aşkın diyaliz merkezi vardır. Bu sayı her geçen gün artmaktadır (Serdengeçti 2010).

### 4.2. Organ Nakli

#### 4.2.1. Organ naklinin tarihçesi

Saracci'nin (1997) belirttiğine göre Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 1948 yılında sağlıklı olmayı; fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan iyi olma hali olarak tanımlamıştır. Bu tanımla uyumlu olarak, bir kişinin yaşamının kaliteli olduğundan söz edebilmek için, fiziksel sağlığı (fonksiyonları, işlevselliği ve komplikasyonlar yaşamaması), ruhsal sağlığı (psikolojik iyilik hali, duygusal distres olmaması, bilişsel fonksiyonların işlevselliği, spiritüel rahatlık) ve sosyal

sağlığı (sosyoekonomik değişiklikler, rol ve ilişkilerin değişimi, sosyal paylaşımların desteklerin devamlılığı) açısından iyilik halinin olması gerekir (Butt, Yount, Caicedo, Abecassis and Cella 2008). Organ nakli özellikle Kuzey Amerika, Avrupa ve ülkemizde iyilik halini sağlamak için kullanılan en etkin tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir (Doğukan ve ark 2003, Cass et al 2003, Achille et al 2004, Bennett and Hany 2009, Neyhart 2009).

Organ nakli, dünyada ilk olarak Rusya’da 3 nisan 1933 yılında bir Rus cerrah olan Voronoy’un kadavradan böbrek nakli yapmasıyla gerçekleşmiştir (Haberal 1995). Kan grubu 0 olan hastaya kan grubu B olan kadavra böbreği takılmış fakat hasta nakil sonrası ikinci gün kaybedilmiştir. Aynı kişi tarafından 1936 ve 1949 tarihleri arasında yapılan beş böbrek transplantasyonu da başarısı olmuştur. 1950’nin başlarında Paris ve Boston’da yapılan birçok başarısız böbrek nakillerinden sonra ilk başarılı canlıdan böbrek nakli 1954 yılında ABD’nin Massachusetts eyaletinde tek yumurta ikizleri arasında yapılmıştır. Joseph Morey tarafından gerçekleştirilen bu ameliyat sonrası nakil olan birey sekiz yıl yaşamıştır (Fukunishi et al 1997).

Ülkemizde böbrek nakli başlamadan önce nefroloji bilim dalları kurulmaya başlamıştır. İlk olarak 1965’de İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Kemal nen tarafından nefroloji bilim dalı bağımsız olarak kurulmuştur. İlk canlıdan böbrek nakli 1975 yılında Mehmet Haberal tarafından Hacettepe niversite’sinde yapılmıştır (Erek ve ark 2002). İlk kadavradan böbrek nakli ise, 10 Ekim 1978 yılında Avrupa Transplantasyon Birliği aracılığıyla Almanya’dan gönderilen böbrekle Doktor Mehmet Haberal ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir (Haberal ve ark 1998). 1978’de immnosupresyonlardan siklosporin ilk kez klinikte kullanılmaya başlanmıştır. 1979 Yılında ‘‘Organ ve doku alınması, saklanması, açılması ve nakline ilişkin’’ 2238 no’lu yasa kabul edilmiştir (Gök-zer ve ark 2008). Bu yasa, organ naklinin gelişiminde çok önemli bir adımdır.

İlk şehirlerarası organ temini programınının 1989’da başlatılması böbrek naklinin ülke genelinde yaygınlaşmasına nc olmuş önemli bir gelişmedir (Haberal 1995).

Böbrek naklinden sonra böbreğin vücut tarafından reddedilmesini önlemek amacıyla kullanılan bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçların üretiminin hızla gelişmesi ile böbrek nakli giderek yaygınlaşmıştır.

#### **4.2.2. Böbrek nakli süreci**

Günümüzde cerrahi tekniklerin ve nakil sonrası organ reddini önleyici immünosupresif ilaçların gelişmesi, organ nakli merkezlerinin artması ve böbrek nakli konusunda halkın bilinçlenmesi organ naklinin yaygınlaşmasını sağlamıştır. Bunların yanı sıra böbrek naklinin yapıldığı merkez sayısı da giderek artmaktadır. Bu merkezlerde böbrek nakli süreci bazı farklılıklar olmakla beraber benzer şekilde olmaktadır.

Son evre böbrek yetmezliğinin en uygun tedavi şekli böbrek transplantasyonudur. Böbrek transplantasyonunda iki organ kaynağı vardır. Bunlar canlı verici ve kadavradır.

Canlı vericiden organ nakli yapılması için böbreğinin iki tane olması, normal fonksiyonlarını sürdürmesi, enfeksiyon olmaması ve kanser olmaması gerekir (Alican 1993). Yurdumuzdaki böbrek nakillerinin %70-75'i canlı vericiden sağlanmaktadır. Organ bağışının azlığı başta olmak üzere çok çeşitli nedenlerle kadavra vericisinden böbrek nakli oranı %20-25'tir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise böbrek nakillerinin %80'i kadavradan yapılmaktadır (Haberal 1995).

1. Derecede akrabalar (Anne, baba, kardeş ve çocuklar)

2. Derecede akrabalar (Hala, amca, dayı, teyze) ve akraba olmayan ancak kişi ile arkadaşlık ve benzeri duygusal bağı olan, aralarında nakil üzerine parasal anlaşmalar yapmayan kişiler canlı verici olarak uygundur (Alican 1993).

Dünyada böbrek nakli vakalarının çoğunluğu kadavra vericilerdir. Kadavra verici olmak için bireyin mutlaka beyin ölümünün gerçekleşmesi gerekir. Yani serebral ve beyin sapı fonksiyonlarının tamamen durması gerekir. Bu kararı nöroloji, nöroşirürji, anestezi-reaminasyon ve kardiyoloji uzmanından oluşan dört kişilik heyet verir. Bu ekip gerekli tıbbi değerlendirmeleri yaptıktan

sonra kişinin beyin ölümünün gerçekleştiğine dair resmi bir belge hazırlar ve bu belgeyi onaylar. Bu belgenin onaylanması sonrası hastanın beyin ölümünün gerçekleştiği kabul edilir. Kişinin kadavra verici olmasında organ nakli formunu doldurmuş olması şartı aranmaz. Hatta bu formun resmi niteliği yoktur. Bir birey bu formu doldurduysa ve herhangi bir nedenle beyin ölümü gerçekleştiyse birinci derece yakını olan kişilerin onayının alınması gerekir (Alican 1993).

Transplantasyon öncesi alıcı ve vericilerin tüm tetkikleri tamamlanıp, böbrek transplantasyonunun yapılmasına karar verildiğinde alıcı ve verici hastaneye yatırılır. Bu süreç kadavradan nakillerde ise, nakil için uygun bir kadavra olduğunda Ulusal Böbrek Nakli Bekleme Listesinden belli kriterlere göre en uygun adayın belirlenmesi ile başlar (Ulusal Böbrek Nakli Bekleme Listesi Kriterlerine [www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-31150/h/ek2.doc](http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-31150/h/ek2.doc) adresinden ulaşılabilir, Erişim tarihi: 9 Aralık 2010). Nakil için asil ve yedek adaylar en uygun nakil merkezine yönlendirilerek kliniğe yatışları yapılır ve preoperatif döneme özgü hazırlıklara başlanır. Canlı vericiden nakillerde ise nakil adayları ile nakil koordinatörü görüşmeler yaparak, böbrek nakli olmaya aday olan alıcı ve vericilerin etik kurul komitesi tarafından değerlendirilmesi için listeye alınmasını sağlar. Naklin yapılmasına organ naklinin yapılacağı merkezdeki etik komite karar verir. Etik komitenin kararı doğrultusunda böbrek nakli için uygun olan adayların kliniğe yatışı yapılır. Yatışı yapılan nakil hastasının organ nakli merkezlerine göre farklılık göstermekle beraber genellikle ameliyattan üç gün önce alıcının bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlara başlanır ve hasta izole edilerek tek başına bir odaya alınır. Genellikle perioperatif süreç boyunca alıcı ve verici aynı odaya yatırılır. Preop dönemde; bireyin genel anamnezinin alınması, immünosupresif ilaçları kullanmaya başlaması, ameliyata ilişkin fizyolojik hazırlığı, enfeksiyon ve benzeri rahatsızlıkları varsa tedavi edilerek ameliyat zamanına kadar herhangi bir rahatsızlığının kalmaması sağlanır. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da birçok ülkede organ nakli olacak bireyin nakil sürecine psikolojik olarak hazırlanmaları sistematik olarak yapılan bir uygulamadır (Thomas 2002). Ancak bizim ülkemizde bireyi böbrek nakli ve sonrası sürece psikolojik olarak hazırlayan bir sağlık hizmeti yer almamaktadır. Ancak bireyde nakil olmasına engel olabilecek düzeyde psikolojik bir rahatsızlık



gözlemlenirse psikiyatri biriminden konsültasyon istenmektedir. Nakilden önceki gün bireyin fizyolojik hazırlıkları yapılır. Bu hazırlıkta bağırsakların boşaltılması, bireyin intravenöz damar yolunun açılması, bir miktar mayı gönderilmesi ve bireyin belli bir saatten sonra aç kalması şeklindedir. Ameliyat günü nakil olacak bireyin profilaktik amaçlı antibiyotikleri yapılarak ameliyathaneye gönderilmeleri sağlanır (Yüçetin 2005).

Nakil ameliyatı herhangi bir komplikasyon gelişmediyse ortalama 2-3 saat sürmektedir. Ameliyatta, böbrek, hastanın kasık bölgesine takılır. Arter ve ven bağlantıları bölgedeki damarlara yapılır.

Bazı organ nakli merkezlerinde bireyin nakil olduğu gün yoğun bakımda kalması sağlanır. Genel olarak alıcı ve verici aynı gün kliniğe kabul edilir. Postoperatif süreçte nakil olan bireyin ağrı, gaz, mobilize olma, beslenmeye geçiş, ilaçların uygun kullanımı ve benzeri konularda desteğe ihtiyacı vardır. Hasta ameliyat sonrası genellikle 2-3 hafta hastanede yatar, eğer böbrek reddi gibi bir tablo gelişmediyse taburcu edilir. Taburcu edildikten sonra başlangıçta sık sonrasında ise seyrek aralıklarla kontrollere gelir.

Böbrek nakli yapıldığında hastada;

- Böbrek fonksiyonlarının tümü yerine getirilir,
- Yaşam kalitesi arttırılır,
- Diyalize göre çok daha uzun bir yaşam süresi sağlanmış olur,
- Kişinin topluma olan katkısı artar.

#### **4.2.3. Böbrek naklinin hemodiyaliz ve periton diyalizine göre üstün yönleri**

Dünyada ve ülkemizde kronik böbrek yetmezliği tanısı alan bireylerin tedavisi için öncelikli olarak hemodiyaliz tercih edilmektedir (Erek ve ark 2002, Spital 2003). Organ nakli için yeterli merkez olmamasına karşılık hemodiyaliz merkezlerinin çok fazla olması, organ bağışi konusunda insanların yeterli bilgiye sahip olmaması ve bunun paralelinde organ bağışlarının istendik düzeyde olmaması gibi nedenler bu durumu açıklamaktadır (Gök Özer ve ark 2008,

Serdengeçti ve ark 2009). Ülkemizde uygun verici bulunamaması nedeniyle böbrek yetmezliği tanısı alan bireylerin ancak %13'ü böbrek nakli olabilmektedir. Ülkemizde 900'ü aşkın hemodiyaliz merkezi vardır. Hemodiyaliz merkezleri böbrek nakli için ulusal organ nakli listesinde sıra bekleyen kronik böbrek yetmezliği tanısı alan bireylerin geçici olarak hayatlarını sürdürmelerini sağlayan tedavi seçeneği olmaktadır. Böbrek yetmezliği tanısı alan bireylerin %87'si pahalı bir tedavi seçeneği olan diyaliz tedavisi ile yaşatılmaya çalışılmaktadır (Serdengeçti 2010).

Organ naklinin hemodiyaliz ve periton diyalizine oranla ekonomik, yaşam kalitesi ve psikolojik alanlarda üstünlüklerinin olmasına rağmen, hastalar çoğunlukla bu tedavi seçeneğine istekli olsalar da nakil fırsatı bulamayabilmektedir. İnsanların kendilerine uygulanacak tedaviyi belirleme hakkı düşünüldüğünde bu durum hem hasta hem de ekip açısından zorlayıcı olabilmektedir.

Gerek etkinliği, gerekse maliyet açısından kabul edilen en uygun tedavi seçeneği olan organ nakli istendik düzeyde olmamakla beraber giderek daha fazla tercih edilmektedir. Böbrek nakli özellikle, gelişen cerrahi teknikler ve bağışıklık sistemini etkin bir şekilde baskılayan ilaçlarla birlikte daha sık uygulanmaya başlamıştır (Özçürümez ve ark 2003a).

Böbrek nakli birçok yönü ile hemodiyaliz ve periton diyalizine göre daha avantajlıdır. Bunlar; böbrek naklinin ekonomik olarak uygun olması, nakil olan bireyin yaşam kalitesinin daha yüksek olması, daha az psikolojik sorunlar yaşaması şeklinde sayılabilir.

#### **4.2.3.1. Böbrek naklinin ekonomik açıdan üstün yönleri**

Kronik böbrek yetmezliğinin tedavisinde en ekonomik yöntem organ naklidir. Birçok ülkede organ naklinin yaygınlaşması için hükümet politikalar oluşturmaktadır. Andreucci, Kerr ve Kopple'nin (2004), yapmış oldukları bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de hemodiyaliz pahalı bir tedavi seçeneği olduğu için hemodiyaliz ünitelerine aktarılan para miktarının azaltılmaya çalışıldığını belirtmişlerdir. Böbrek naklinin ekonomik yönden

avantajlarını görerek ülkelerinde yaygınlaşmasını isteyen bir diğer ülke İran'dır. Ghods'un (2002) belirttiğine göre günümüzde organ naklinde sayı bakımından dünyada ön sıralarda olan İran'da özellikle böbrek nakli, başladığı ilk andan itibaren (1967) yıllar geçtikçe artış göstermiş ve böbrek hastalıklarında tercih edilen tedavi seçeneği olmuştur. Özellikle Hükümetin olumlu katkıları ve yeni yasalarla organ naklini kolaylaştırması böbrek nakli vakalarının artışı sağlamıştır. Ülkemizde son zamanlarda basının desteği, bilim adamlarının halka yönelik bilgilendirme çalışmaları, gönüllü kişilerin organ naklinin yaygınlaştırma çabaları ile nakil sayısı giderek artmaktadır.

Crone and Gabriel (2004), hemodiyalizin, organ nakli seçeneğine göre daha pahalı olduğunu daha düşük yaşam kalitesi sağladığını, olası yan etki ve komplikasyonlarının fazla olduğunu ve en önemlisi beklenen yaşam sürelerinin daha kısa olduğunu saptamışlardır. Ülkemizde çok fazla tercih edilmesine rağmen en pahalı tedavi yöntemi hemodiyalizdir (Serdengeçti 2010). Böbrek nakli ve diyalizin klinik, ekonomik parametreler ve hastanın yaşam kalitesi açısından diyalize üstünlüğünün kanıtlandığı çalışmalar giderek böbrek naklinin tedavi seçeneği olarak yaygınlaşmasına katkı sağlamaktadır (Mei et al 2006).

#### **4.2.3.2. Yaşam kalitesi yönünden üstün yönleri**

Kronik böbrek yetmezliğinin tedavisinde organ naklinin öncelikli tercih edilmesinin nedenlerinden biri yaşam kalitesi bakımından diğer seçeneklere üstünlüğüdür. Organ nakli diyalizin neden olduğu birçok sınırlılığı ortadan kaldırarak bireyin yaşam kalitesini artırabilmektedir (Fallon, Gould and Wainwright 1997, Talas ve Bayraktar 2004). Haftada 3 kez 4-6 saat diyalize giren bireyin zamanının büyük oranda tedavi ile geçmesi, diyalize bağlı yorgunluk, baş ağrısı gibi yan etkileri deneyimlemeleri kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumlardır. Organ nakli olan bireyin nakil sonrası belli bir süre sağlık kontrollerinin yapılmasının dışında diyalizdeki gibi hastaneye sürekli gitmesini gerektiren bir durum söz konusu değildir. Nakil olan birey ilaçlarını düzgün kullanarak, spor, beslenme ve benzeri günlük yaşam aktivitelerine dikkat ederek, yaşamını çok kaliteli bir şekilde sürdürebilir. Literatürde böbrek nakli olan bireylerin hemodiyaliz tedavisi alan bireylere göre yaşam kalitelerinin daha

etkin olduğunu belirleyen çalışmalar yer almaktadır. Bunlardan bazıları aşağıda verilmiştir.

Sayın, Mutluay ve Sindel'in (2007), Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde yaptıkları bir çalışmaya göre, nakil olan bireylerin yaşam kaliteleri hemodiyaliz ve periton diyalizi tedavisi gören bireylerden anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, nakil olan bireylerin depresyon ve anksiyete problemlerinin hemodiyaliz ve periton diyalizi ile tedavi gören bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Böbrek nakli yalnızca böbrek fonksiyonlarını düzeltmeyi değil, aynı zamanda kişinin yaşam kalitesini artırmayı, bireyin ömrünü maksimum seviyeye çıkarmayı ve bakım maliyetlerini düşürmeyi sağlayan bir tedavi modelidir (Üstündağ ve ark 2007, Bennett and Hany 2009). Şahin ve ark (2009), böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları bir araştırmada nakil olan erkek bireylerin, nakil sonrası süreçte cinsel fonksiyonlarında düzelme olduğunu ve bu durumun yaşam kalitelerine olumlu yansıdığını saptamışlardır.

Demirbaş ve Aşçı'nın (2007) belirttiğine göre, böbrek nakli olan bireyin ömrü hemodiyaliz tedavisi gören bireye göre üç kat daha fazladır. Ayrıca nakil olan bireyin yaşam kalitesi daha yüksektir. Laupacis ve ark. nın (1996) belirttiğine göre; böbrek nakli olan bireyin yaşam kalitesi hemodiyaliz tedavisi alan bireye göre çok daha yüksektir. Nakil sonrası süreçte de giderek yaşam kalitesi yükselmektedir (Berkoben and Schwab 1999). Diyalizle tedavi olan bireylere göre nakil olan bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğunu ayrıca nakil olan bireylerin nakilden sonraki diyaliz tedavisi alan hastaların bir yıllık süreçte ölüm oranlarının %9.3, uzun süre ölüm oranlarının ise %25.7 olduğunu belirtmişlerdir (Molnar et al 2007).

Johnson, McCauley ve Copley'in (1982) yapmış oldukları bir çalışmada, hemodiyaliz tedavisi alan ve böbrek nakli olan hastaların yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda nakil olan bireylerin kendilerini daha iyi hissettikleri ve ağrıların daha az olduğu bulunmuştur. Yine nakil olan bireylerin hemodiyaliz tedavisi alan bireylere oranla kendilerini daha az yorgun

hissettikleri, günlük yaşam aktivitelerinde kendilerini daha zinde hissettikleri belirlenmiştir.

Sensky'nin (1989) yapmış olduğu çalışmada böbrek nakli olan bireylerin yaşam kaliteleri hemodiyaliz tedavisi alan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

#### **4.2.3.3. Olası psikolojik sorunlar yönünden üstün yönleri**

Hemodiyaliz ve periton diyalizi birey için zorlayıcı bir süreçtir. Bireyin, haftanın belli günlerinde bir takım cihazlar aracılığıyla böbrek fonksiyonları sağlanmaktadır. Özdemir ve Balcıoğlu (1989), hemodiyaliz tedavisi alan hastaların; yaşamda kalmak için bilmedikleri bir makineye maruz kalmaya bağlı stres ve ölüm korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Min ve ark. nın (1984), yapmış oldukları çalışmada, hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda psikolojik problemlerin görülebildiğini belirtmişlerdir. Bu hastalarda özellikle depresyon, anksiyete, irritabilite, duygusal tepkilerde artış, negativizm ve intihar düşüncelerinin çok yaygın olduğu saptanmıştır.

Burton, Kline, Lindsay ve Heidenheim'in (1986), 285 hemodiyaliz hastasının yaşadığı psikolojik problemleri inceledikleri çalışma sonucunda, diyaliz hastalarının sıklıkla depresyon yaşadıklarını belirlemişlerdir.

Chilcot, Wellsted, Da Silva-Gane ve Farrington (2008), 13 araştırmayı inceledikleri yazılarında, hemodiyalize devam eden hastaların %15-61 arasında değişen oranlarda depresyon tanısı aldıklarını ifade etmişlerdir.

Iliescu ve ark. nın (2003) hemodiyaliz hastaları üzerinde yapmış oldukları çalışmada, hastaların %71'inin uyku problemi yaşadığı, bu problemle birlikte depresif duygu durumu yaşadıkları ve yaşam kalitelerini algılamalarının bozulduğu belirlenmiştir.

Krepsi, Bone, Ahmad, Worthington ve Salmon (2008) hemodiyaliz hastalarının duygusal sorunlar yaşadıklarını, belirsizlik, keder, kayıp hissi ve üzüntü gibi duygular deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada, anksiyete ve depresyon belirtilerinin yüksek olduğu belirtilmiştir.

Einwohner, Bernardini, Fried ve Piraino (2004), kronik böbrek yetmezliği olan hastalardan periton diyalizine devam edenler üzerinde yaptıkları çalışmada; hastaların %32'sinde depresyon semptomları görülmüştür. Yine

Tossani, Cassano ve Fava (2008) böbrek hastalığı yaşayan bireylerde depresyon oranlarının yükseldiğini vurgulamışlardır.

Cukor, Peterson, Cohen ve Kimmel (2006), hemodiyalize devam eden kronik böbrek yetmezliği hastalarının sıklıkla depresyon belirtileri gösterdiklerini, ilaç tedavisi veya terapötik yaklaşımların bu anlamda önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Çetinkaya ve ark (2008) hemodiyaliz ve ayaktan periton diyalizi alan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada; hemodiyaliz başta olmak üzere tüm diyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete görüldüğünü ve bunların çoğu zaman ciddi düzeyde olduğunu belirlemişlerdir.

Güler ve ark (2007), hemodiyaliz hastalarının yaşadığı psikososyal sorunları inceledikleri çalışmalarında; uzun süre hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda depresif belirtiler, obsesif belirtiler ve kişilerarası ilişkilerde duyarlılık riskini yüksek bulmuşlardır.

Griva ve ark (2006), hemodiyaliz ve transplant hastalarının bilişsel fonksiyonlarını inceledikleri çalışmada, kişinin dikkat, bellek gibi bilişsel fonksiyonlarını hemodiyaliz işleminin transplantasyona göre anlamlı bir şekilde olumsuz etkilediğini saptamışlardır. Örneğin transplant hastalarının nöropsikolojik değerlendirilmelerinde %96.9'u yüksek puan alırken, hemodiyaliz hastalarında yüksek puan alanların oranı %57 olarak saptanmıştır.

Penkower ve ark (2003), böbrek nakli olan adölesanların yaşadığı psikososyal problemleri saptamak amacıyla yaptıkları araştırmada; böbrek nakli olan adölesanların %36.4'ünün depresyon bulguları gösterdikleri, yine %36.4'ünün anksiyete seviyelerinin yüksek olduğu, %18.2'sinde de ajitasyon olduğu belirlenmiştir.

#### **4.2.4. Böbrek naklinde olası problemler**

Böbrek nakli oldukça komplike bir süreci kapsar. Bireyin nakil öncesi ameliyata ilişkin korkuları ve kaygılarının yanı sıra nakil sonrası organın vücudu tarafından kabul edilmemesine ilişkin yoğun endişeleri de olabilir (Gulledge, Bustza and Montague 1983).

Böbrek nakli olan bireyler nakille birlikte hayatlarının hızla normal akışına döneceğini düşünürler. Ancak nakil sonrası onları bazı problemler ve güçlükler beklemektedir (Üstündağ ve ark 2007).

Böbrek nakli olan bireyi bekleyen olası problemler aşağıda görülmektedir.

- Enfeksiyon riski,
- İlaç tedavisine uyum güçlükleri,
- İlaç yan etkileri,
- Organ reddi riski,
- Sosyal hayata uyumda güçlükler,
- Düzenli kontrol zorunluluğu,
- Tekrar hastaneye yatma endişesi,
- Vücut görünüşünde değişiklik endişesi,
- İş hayatına dönüşte güçlükler yaşaması,
- Ekonomik problemler,
- Gelecekteki sağlığına ilişkin belirsizlik, anksiyete,
- Fiziksel kısıtlılıklara ilişkin olası uyum problemleri,
- Tıbbi kontrollerini sürdürürken nefroloji ünitesiyle iletişimde yaşanabilecek olası problemler,
- Beslenmeye ilişkin değişimler ve kısıtlamalar,
- Özbakım aktivitelerini yerine getirmede olası sorunlardır (Fukunishi 1993, Achille et al 2004, Murphy 2007, Tavallai, Einollahi, Farahani, Namdari 2009, Fortun et al 2010).

Literatürde organ nakli sonrası bireyin yaşayabileceği güçlükleri tanımlayan pek çok araştırma yer almaktadır. Messias ve Skotzko (2000), nakil sürecinde önemli olabilecek değişkenleri; bireyin organ nakline gereksinim duymasına yol açan problemi ve nedenlerini, o zamanki ve geçmişteki hastalıkla baş etme yöntemlerini, nakilden beklentilerini, geçmiş psikiyatri öyküsünü, kişinin nakil sürecinde ruhsal durumunu ve ailesinin geçmiş psikiyatrik öyküsünü değerlendirmek olarak belirtmiştir. Yine bireyin aile, arkadaş, akraba gibi sosyal desteklerinin durumunu, iş sahibi olma veya olmama gibi etkenleri incelemenin önemini belirtmişlerdir.

Sağduyu ve ark (2006) yapmış oldukları bir çalışmada, böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası süreçte tedaviye uyumlarının sağlanması ve psikolojik problem yaşamalarının önlenmesi için nakil öncesi ve sonrası psikolojik destek almalarının ve bir sağlık profesyoneli tarafından nakil sürecine ilişkin bilgilendirilmelerinin önemini vurgulamışlardır.

Fukuda ve Morimoto'nun (2001) nakilli bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada; nakil sonrası kullanılan immünosupresiflerin stres üzerine bireysel farklılıklar göstermekle birlikte olumsuz etkileri olduğunu saptamışlardır. Bu dönemde bireyin ilaçlarını kullanma konusunda kapsamlı eğitime gereksinimleri vardır (Demirbaş ve Aşçı 2007 ).

Perez-San-Gregorio, Martin-Rodriguez, Galan-Rodriguez ve Perez-Bernal'ın (2005) yapmış oldukları çalışmada böbrek nakli olan bireylerde nakil sonrası süreçte anksiyete, depresyon ve beden imajında bozulma gibi psikolojik problemler geliştiğini saptamışlardır. Yine aynı çalışmada bu problemleri aşmak için sağlık profesyonellerinin hastaları baş etme stratejileri geliştirmeleri konusunda desteklemelerinin önemi belirtilmiştir.

Denhaeryncka ve ark (2007), böbrek nakli olmuş 249 hastanın, nakil sonrası süreçlerinde ilaç tedavileri açısından taşıdıkları riskleri incelemişlerdir. Bu çalışma sonucunda; hatalı sağlık inanışları ve davranışları, tedavide kullanılan ilaçlara ilişkin değişimleri etkin takip edememe, ilaç dozlarında sık hata yapılması, immünosupresiflerin kullanımından kaynaklanan riskler olarak belirlenmiştir. Nakil sonrası süreçte bireylerin ilaç yan etkilerinden korunması için eğitim ve danışmanlık sağlanması ve ilk birkaç ay yakın takip edilmesi gereklidir. Kişinin tedaviden optimal sonuçlara ulaşmasını sağlamak nakil ekibinin, özellikle de hemşirelerin görevidir (McPake and Burnapp 2009).

Amerena ve Wallace (2009), böbrek nakli olan bireylerin özellikle nakil öncesi dönemde anksiyete yaşadıklarını, nakil sonrası erken dönemde de organ reddi riskine ilişkin kaygı duyduklarını, korku yaşadıklarını ve bu dönemlerde nakil olan bireylerin psikolojik desteğe gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. Organ nakil ekibinde yer alan hemşire bu gereksinimleri bireyin nakil sonrası sürece uyumunda destek olmak, gereksinim duyduğu eğitimi vermek, kişinin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik müdahalelerde bulunmak, bireyin yaşadığı



psikolojik ve sosyal problemlerde danışmanlık etmek ve destek olmak yoluyla sağlayabilir (Fallon et al 1997, McPake and Burnapp 2009).

Rundell ve Hall'un (1997) böbrek nakli olan bireylerin nakil öncesi psikolojik durumlarını ve nakil sonrası hastanede yattıkları süreçteki olası psikopatolojilerini değerlendikleri çalışma sonucuna göre; organ nakil ekibindeki psikiyatri uzmanının nakil adayının kullandığı savunma mekanizmalarını, mevcut psikososyal problemleri, olası psikososyal problemleri belirlemelerinin çok önemli olduğu ve olası psikolojik problemlerde böbrek nakli olan bireye diğer sağlık profesyonellerinin de destek olmasının gerekliliğini saptamışlardır. Yine aynı çalışmada, böbrek nakli olan bireylerin %59.7'sinde psikiyatrik rahatsızlık belirlenmiştir. Bunlar; %9 depresyon, %7.5 toksik ilaç zehirlenmelerinin yol açtığı tablolar, %7.5 panik bozukluk, %6 cinsel işlev bozuklukları, %6 alkol ve madde bağımlılığı ve diğerleri şeklinde belirtilmiştir.

Rodrigue ve ark. nın (2007) Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 132 böbrek transplantasyonu programı üzerinde yaptıkları çalışmada, transplantasyon programlarının %75'inin böbrek alıcı ve vericisinin operasyon öncesi dönemde detaylı olarak psikolojik yönden değerlendirildiklerini belirtmişlerdir. Psikososyal değerlendirme bireyin operasyona ve operasyon sonrası döneme hazırlanması açısından önemlidir (Di Martini and Twillman 1994). Bu amaçla organ nakli ekibi; hasta bireyin genel bilgilerini (iletişime geçme özelliklerini, eğitimi, çalışma durumu, yasal özgeçmişi vb.) elde eder. Kalivas ve Bourgeois'in (2009) böbrek ve karaciğer nakli olan hastaları inceledikleri vaka çalışmasında nakil olan bireylerin sağlık profesyoneli tarafından psikolojik değerlendirmelerinin önemini vurgulamışlardır.

Murphy (2007), böbrek nakli olan bireyin operasyon öncesi ve sonrası dönemde deneyimlediği psikolojik sorunlarda, yaşadığı uyum problemlerinde, eğitime gereksinim duyduğunda, değişen günlük yaşam aktivitelerine alışmalarında hemşirenin desteğini almalarının önemini ifade etmiştir.

Leung (2003), böbrek hastalığı olan bireylerin fiziksel problemlerinin yanı sıra psikolojik problemlerine odaklanmanın önemli olduğunu vurgulamıştır. Hasta birey ve ailesine ilaç kullanımı, günlük yaşam aktivitelerine uyum ve

beden imajına ilişkin yaşanan problemlerin önlenmesinin hemşirelerin desteği ile sağlanabileceğini ifade etmiştir. Yine böbrek hastalarının yaşadıkları anksiyetenin en aza indirilmesi, stresle baş etmede kullandıkları bireysel yöntemlerin geliştirilmesi, hastalığa psikososyal uyumlarının desteklenmesi, hasta ve ailesinin yaşayabileceği olası problemlerin erken saptanması, önlenmesi gibi durumların hemşirelik uygulamaları ile önlenebileceğini belirtmiştir.

Fricchione'nin (1989), böbrek nakli olan bireylerin nakil öncesi dönemde mevcut psikolojik problemler ve kişilerarası ilişkilerle ilgili oluşabilecek sorunlar açısından değerlendirilmeleri gerektiğini vurgulamıştır. Fricchione, böbrek nakli olan bireyin, nakil sonrasına ilişkin yeterince bilgiye sahip olmadığına gerçekçi olmayan beklentiler geliştirebileceğinden büyük olasılıkla yaşayacağı hayal kırıklığı sonrasında anksiyete ve depresyon deneyimleyebileceğini ifade etmiştir. Yine bireyin organ nakli ameliyatı, ameliyat sonrası süreçteki değişimler, beklenen olası riskler ve komplikasyonlar, nakil sonrası görülebilecek psikososyal problemler ve duygusal değişimler, aileyi bekleyen olası problemler ve çözümleri, nakil sonrası ilaç kullanımı, sosyal hayata, iş ve diğer yaşam alanlarına uyum konularında mutlaka danışmanlık almalarının önemli olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada bireyin nakil süreci boyunca kapsamlı ve etkin danışmanlık aldığı takdirde yaşam kalitesinin daha yüksek ve yeni yaşamına psikososyal uyumunun daha kolay olacağı düşünülmektedir.

Mei ve ark. nın (2006) yaptıkları gözden geçirme çalışmasında, böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası süreçlerinde sosyal etkileşimlerinde azalma riski olduğunu, iş hayatlarıyla ilgili olası problemler yaşayabileceklerini ve bu hastaların nakil sürecinin tüm aşamalarında danışmanlık almasının gerekliliğini vurgulamışlardır.

Novak ve ark. nın (2006), yapmış oldukları çalışmada böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası süreçte uyku problemleri yaşayabildiğini, bu problemlerinin psikolojik destek sağlanarak önlenebileceğini saptamışlardır.

Allenbach ve Steinmiller (2004), nakil olan bireylerin yaşayabileceği olası problemlerin önlenmesinde hemşirelerin çok önemli rolü olduğunu; hemşirelerin nakil olan bireylerin ve ailelerinin akut problemlerinde, psikolojik ve sosyal

sorunlarında, günlük yaşamda karşılaşılabilecekleri sıkıntılara yönelik önlemler almada danışmanlık etmelerinin önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Crone ve Wise (1999), nakil sonrası süreçte bireylerde organın uyumsuzluk riski, fırsatçı enfeksiyonlarla karşılaşma ve kullanılan ilaçların yan etkilerinin görülebileceğini vurgulamışlardır. Yine operasyon sonrası bireylerde duygusal sıkıntılar, anksiyete seviyesinin yükselmesi ve depresyon gibi ruhsal problemlerin görülme riskinin de yüksek olduğunu, bu durum geliştiğinde erken müdahalenin önemli ve gerekli olduğunu; bunun da ancak nakil sonrası, bireyin sağlık profesyoneli tarafından yakın takip edilmesi, etkin danışmanlık hizmeti verilmesi ile sağlanabileceğini ifade etmişlerdir. Crone ve Wise (1999) nakil öncesinde bireyin organ naklinin faydaları, olası riskleri ve komplikasyonları hakkında bilgilendirilmesi, merak ettikleri soruların yanıtlanması gerektiğini ve nakil sonrası ilaç kullanımının önemi, ilaçların olası yan etkileri ve bu yan etkilerden korunmada dikkat edilecek noktaları bireye anlatmanın önemini belirtmişlerdir. Operasyon sonrası erken dönemde, nakilli bireyin değişik derecelerde ağrısı ve solunumla ilgili sıkıntıları olabileceği ve bunlara yönelik önlemlerin alınması gerektiğini; bireyin bu dönemde etkin ve planlı şekilde mobilizasyonunun sağlanmasının önemli olduğunu vurgulamışlardır. Nakil sonrası sürecin hastaneden itibaren, ev hayatı, aile ilişkileri, günlük yaşam aktiviteleri, sosyal aktiviteler gibi alanları kapsayan geniş bir psikososyal uyum süreci olduğunu; bireylerin yaşayabileceği olası psikolojik problemlere sağlık profesyonelleri tarafından erken müdahale edilmesinin bu sürece uyumu kolaylaştırmada etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Fraizer, Davis ve Dahl'ın (1995) böbrek nakli olan bireyler üzerinde yapmış oldukları çalışmada, böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası süreçte sosyal destek aldıkları zaman, stresle daha etkin baş edebildiklerini ve nakil sürecine daha rahat uyum sağlayabildiklerini saptamışlardır.

Fiebigger, Mitterbauer ve Oberbaouer (2004), böbrek nakli olan bireyin, nakil sonrası süreçte ilaç tedavisini etkin bir şekilde almasının yaşam kalitesini yükselttiğini belirlemişlerdir.

Fricchione (1989), böbrek nakli olan bireyin, nakil sonrası ağrı, organ reddi riski, ilaç rejimine dikkat etme, nakil sonrası sürece psikososyal uyum, çevre ile

etkileşimdeki olası riskler, enfeksiyon riski, yaşam kalitesiyle ilgili endişeler ve benzeri problemlerde en uygun desteği ve danışmanlığı organ nakli ünitesinde çalışan hemşirelerden alabileceğini belirtmiştir.

Talas ve Bayraktar'ın (2004), Ankara'da bir Organ Nakli ünitesinde yapmış oldukları çalışmaya göre, böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası süreçlerinde yasak olan yiyeceklerini bilenlerin %52.8, yasak olan içecekleri bilenlerin %27.2, güneş ışınlarından kaçınması gerektiğini bilenlerin oranı %24.6 bulunmuştur. Bu sonuçlar, nakil sonrası bireylerin danışmanlık alma gereksinimine işaret etmektedir.

Üstündağ ve ark (2007), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde böbrek nakli olan bireylerin yaşam kalitelerini incelemiştir. Bu çalışma, nakil öncesi ve sonrası süreçte bireye ihtiyaç duyduğu eğitimin, psikolojik ve sosyal desteğin verilmesinin yaşam kalitesini olumlu etkilediğini göstermektedir. Sağduyu ve Özel'in (2000), belirttiğine göre, böbrek nakli adaylarının nakil sonrası süreçlerine hazırlanmaları ve bilgilendirilmelerinin tedavi süreçlerine uyumu kolaylaştırması açısından çok önemlidir.

Böbrek nakli olan bireylerin nakil sürecini başarılı bir şekilde yönetmeleri onların etkin danışmanlık almaları ile mümkün olabilir. Bireyler nakil sonrası yaşamlarını tamamen değiştirmek zorunda kalabilir. Yeni yaşam stillerine uyum sırasında desteğe ihtiyaç duyabilirler (Franklin and Crombie 2003). Özellikle, bireye nakil olmadan önce, nakil sonrası sürecindeki yaşayabileceği sorunlara ilişkin kapsamlı eğitim verilmelidir. Bu dönemde verilen eğitimin anlaşılır ve etkin olması önemlidir. Çünkü nakil sonrası bireyi karışık tedavi prosedürü, günlük yaşam aktivitelerinde köklü değişimler, düzenli kontroller gibi kompleks bir süreç beklemektedir. Bu durum nakil olan birey için karmaşık olabilmektedir. Organ nakli ünitelerinde bu görevi genellikle hemşire yerine getirir. Hemşire, böbrek nakli olan bireye ihtiyacı olan bilgiyi sağlamalıdır (Gheith, Saadany, Donia and Salem 2008, Neyhart 2009, Tavallai et al 2009). Bütün bu araştırmalar organ nakli merkezlerinde hizmet veren psikiyatrist, transplant cerrahı, nefrolog, organ nakli koordinatörü, psikolog ve hemşireden oluşan organ nakil ekiplerinin gerekliliğine işaret etmektedir.

#### 4.2.5. Organ nakli ekibi

Bireyin organ nakline hazırlanması, nakil sonrası görülebilecek olası problemlerde etkili müdahalelerin gerekliliği, bireylerin danışmanlık ve sağlık eğitimine gereksinim duyması, nakil sonrası düzenli kontrollerinin önemli olması gibi nedenler uzmanlaşmış nakil ekiplerinin sağlık sisteminde aktif olarak yer almasını gerekli kılmıştır.

Literatürdeki bazı çalışmalar böbrek nakli olan bireyin bazı sıkıntıları olabileceğini ve bu sıkıntılarla baş etmek için profesyonel desteğe gereksinim duyabileceklerini belirlemişlerdir. Sigmon ve Grady'nin (2001) belirttiğine göre; ABD'nde Ulusal Hemşirelik Araştırmaları Enstitüsünün (National Institute of Nursing Research, NINR) desteklediği ve Spring Science Work Group'un (2001) gerçekleştirdiği çalışmada; hasta ve ailesinin ilaç kullanımı ve ilaç yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları, beslenme, günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal aktivitelerinde dikkat etmeleri gereken noktaları bilmeleri gerektiğini ve bu anlamda bireylerin nakil sonrası evde takiplerinin önemli olduğunu, ev ziyaretlerinin gereksinim duyulan danışmanlığı kolay ulaşılabilir hale getirebileceğini vurgulamışlardır.

Avrupa ülkelerinin bazılarında ve ABD'nde birçok eyalette organ nakli ekipleri vardır. Bu ekiplerin amacı; nakil ihtiyacı olan bireyin nakil sonrası sürece uyumunu desteklemek ve kişinin psikiyatrik problemler yaşamasını önlemektir. Bu amaçla nakil olan bireyi, nakil öncesinde ve sonrasında birtakım psikososyal müdahaleleri içeren programa alırlar (Levenson and Olbrisch 1993, Schardin 1995, McPake and Burnapp 2009, Elliott and Larson).

Bu programın içeriğinde;

- Nakil olacak bireyin seçimi
- Danışmanlık
- Mevcut kişisel psikolojik problemlerin ve psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisi
- Nakil operasyonu öncesi ve sonrası süreçte tanılama ve tedavi
- Ailenin nakil sürecine uyumu
- Belirli konular çevresinde morbidite ve mortaliteyi azaltmaya yönelik müdahaleler yer almaktadır.

Nakil ekibi, nakil olan bireyin operasyon öncesi ve sonrası sürecinde psikososyal yönden değerlendirilmesinden sorumludur. Fonouni ve ark (2010), nakilden sorumlu cerrah, nefrolog, radyolog, psikolog, organ nakli koordinatörü ve organ nakli hemşiresinden oluşan interdisipliner organ nakli ekibinin böbrek nakli programlarında çok etkili hizmet verebildiklerini, bu sayede nakil sonrası organ reddi riskinin azaldığını, bireyin ve ailesinin yaşayabileceği olası problemlerin azaldığını belirtmişlerdir.

Bireylere nakil sonrası dönemde toplu olarak eğitim verilerek taburcu edilmektedir. Bu eğitimi genellikle ünite çalışan hemşireler vermektedir. Hemşireler, nakil olan bireyin yaşadığı problemleri saptama, eğitim verme, danışmanlık sağlama ve bakım verme gibi hemşirelik müdahalelerini gerçekleştirmek için gerekli eğitime sahiptirler (Murphy 2007).

Ülkemizde nakil olan bireyi nakil öncesi ve sonrasında özellikle taburcu olduktan sonra takip eden, etkin çalışan, geniş kapsamlı bir sistem yoktur. Mevcut organ nakli merkezlerinde birey taburcu olduktan sonra sadece nakil oldukları merkezin poliklinik hizmetinden yararlanabilmektedir. Bu polikliniklerde nakil olan bireyin yaşayabileceği psikolojik, fizyolojik ve psikososyal problemleri belirleyerek gerekli müdahalelerde bulunmak, bireye nakil sonrası süreçte ilaç tedavisi, enfeksiyonlardan korunma ve benzeri konularda gereksinim duyduğu eğitimi vermek, günlük yaşam aktivitelerindeki değişimlere uyum sağlamasında danışmanlık etmek gibi sağlık hizmetlerinde sınırlılıklar vardır. Bireylerin nakil sonrası süreçte yaşadıkları sorunları azaltmak için evde bakım sistemi, ulaşılabilirliği sağlanan danışmanlık sistemleri kurulması gerekir (Talas ve Bayraktar 2004). Bu hizmetleri psikiyatrinin uzmanlık alanı olan konsültasyon liyezon psikiyatri bilim dalı sağlayabilir.

#### **4.3. Böbrek Nakli Sürecinde Danışmanlık**

İnsan ruhu ve bedeni birbirini etkileyen ve birbirinden etkilenen bir bütündür. Bu bağlamda fiziksel hastalıklar kişinin sadece bedenini değil, psikolojik durumunu da etkiler. Fiziksel hastalığı olan kişiler psikososyal güçlükler ve psikiyatrik rahatsızlıklar yaşayabildiği gibi kişinin psikolojik problemlerinin olması fiziksel hastalığının seyrini de olumsuz etkileyebilir.

Hemşire, fiziksel hastalıklara bağlı sıkıntılarla baş etmesi için hastalara ve ailelerine danışmanlık hizmeti vermelidir.

Hemşirelerin rolleri arasında bakım verme, danışmanlık hizmeti, sağlık eğitimi verme, sağlığı geliştirici ve koruyucu girişimler, özbakım aktivitelerini sağlama, psikolojik müdahaleler sağlama ve araştırma faaliyetleri yer almaktadır (Varcarolis 1998, Videbeck 2001). Hemşireliğin en önemli kuramcılarının başında gelen Peplau; hemşirelik mesleğinin rollerini; danışmanlık hizmeti vermek, eğitim aracı olmak ve terapötik iletişim ile hastanın güçlenmesini sağlamak olarak belirtmiştir (Varcarolis 1998, Videbeck 2001, Shives and Isaacs 2002, Birol 2007). Bu bakımdan hemşire; böbrek nakli olan bireyin nakil öncesi ve sonrasında gereksinim duyacağı her türlü eğitim, danışmanlık konularını belirleyerek buna uygun sağlık hizmetinin sağlanması, yaşayabileceği olası ruhsal sıkıntıları erken dönemde belirleyerek uygun tedavi hizmetlerine yönlendirilmesi ve bireyin ev ortamında yaşam şeklini gözlemleyerek gerekli görülen noktalarda ortama uygun değişikliklerin sağlanmasını kapsayan sağlık hizmetlerini sistematik olarak sunabilir.

Günümüzde giderek gelişen sağlık sektörünün hizmet ağı içinde organ nakli büyük bir öneme sahiptir. Nakil için uzun süre beklemek hastaları olumsuz etkilerken; beklenen nakil gerçekleştiğinde tedaviye tam bir uyum gerekmekte ve immünosupresif kullanımındaki en ufak bir hata bile organ reddine yol açabilmektedir (Fisher, Gould, Wainwright and Fallon 1998). Bu nedenle nakil öncesi ve sonrası bireyin psikososyal değerlendirilmesi ve bir uzmandan destek alması gereklidir (Özkan 1994). Kimmel, Thamer, Richard ve Ray (1998), böbrek nakli olan bireylere, transplant ekibindeki hemşirelerin ve sosyal hizmet uzmanlarının psikososyal destek sağlamalarının, bakım aktivitelerini takip etmelerinin tedavinin sürekliliği ve kalitesi açısından son derece önemli olduğunu vurgulamışlardır.

Gheith et al (2008), böbrek nakli olan bireylerin nakil süreci boyunca günlük yaşama uyum, seksüel yaşam, beslenme ve ilaç kullanımı gibi konularda bireyin danışmanlık alması gerektiğini, bu danışmanlık hizmetini transplant ekibindeki hemşirenin sağlayabileceğini belirtmişlerdir.

Transplant ekibindeki hemşirenin, böbrek nakli sürecindeki birey ve ailesine sağlık hizmeti sağlarken bazı sorumlulukları vardır.

#### **4.4. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Nakil Sonrası Süreçlerine Uyumlarında Hemşirenin Sorumlulukları**

Böbrek nakli, böbrekle ilgili hastalıklarda sıklıkla tercih edilen tedavi yöntemlerinden biridir. Günümüzde böbrek naklinin öncelikli tercih edilmesi nakil olan hastaların bakımına yönelik hemşirelik aktivitelerini giderek geliştirmiştir (Bois, Barfield, Taylor and Dyass Ross 1968).

Nakil ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirenin hastaya ve ailesine nakil öncesi dönemden başlayarak, nakil sonrası en az altı aylık bir süreç boyunca oldukça kapsamlı hizmetler sunması gerekmektedir. Bu hizmetler hemşireye pek çok sorumluluk da getirmektedir (Bonner and Walker 2004).

##### **4.4.1. Hemşirenin genel sorumlulukları**

Hemşireler, bireyin nakil operasyonuna fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanmasından sorumludurlar. Bireyin fiziksel hazırlığını sürdürürken sorularını, endişelerini ifade etmesine fırsat vermesi gereklidir. Nakil sonrasında bireylerin ziyaretinin kısıtlanması, mümkünse cam bir bölme veya ekrandan ziyaretin sağlanması gerekir. Eğer bu olanaklar yoksa ziyaretçiler ve hastanın maske giymesi sağlanmalıdır. Bu tarz önlemlerin birçok enfeksiyonu önlediği bilinmektedir (Bois et al 1968, Gheith et al 2008).

Hemşire bireye nakil olmadan önce; nakil sonrası kullanacağı ilaçların etkileri, ilaçların kullanım şekli ve önemi, yan etkileri ve gelişebilecek komplikasyonlar, nakil sonrası sürecin başarılı geçmesi için dikkat etmesi gereken noktalar ve olası kısıtlılıklar hakkında bilgi vermelidir (Bois et al 1968, Tavallai et al 2009). Hemşire, bu bilgileri verirken hastanın psikososyal durumunu ve prognozunu göz önünde bulundurmalıdır (Akyolcu 2002).

Klinik hemşiresinin nakil operasyonu sonrasında bazı sorumlulukları vardır. Bunlar;

- Hastanın vücut ısısı, nabız, solunum ve tansiyon arteriyel takibini yapar.
- Acil durumlar için acil müdahale setlerini hazır bulundurur.
- Hastanın rahat etmesi için başının olduğu bölüm 20 derece kadar yükseltilir.



- Hastanın parsiyel oksijen basıncının değerlerine bakılarak, gerekliyse oksijen uygulaması yapılır.
- Üriner kateter vücuda giriş seviyesinden aşağıda durması için uygun şekilde tespit edilir.
- Ameliyat günü oral alım başlayıncaya kadar ilaçların intra venöz formları kullanılarak verilmesi sağlanır.
- Hastanın günlük kilo takibi ve aldığı çıkardığı sıvıların takibi yapılır.
- Hastanın mobilizasyonu tolere etme düzeyinde sıkıntı olmazsa operasyondan sonra 8. saatte ayağa kademeli olarak kaldırılarak yürütülebilir. Bu sırada hemşirenin desteği çok önemlidir.
- İlerleyen dönemde hastaya kendi bakımıyla ilgili ihtiyaç duyduğu destek ve bilgiyi vermek hemşirenin sorumluluğudur. Hemşire hastayı taburculuğa etkin bir eğitim programı ile hazırlamalıdır. Bu program hastanın beslenmesi, yaşam alışkanlıkları, ilaç rejimi, sosyal hayata uyumu, stresle başetme ve benzeri konuları içermelidir.
- Hemşire, hastaya operasyon sonrası uygulanacak genel prosedür hakkında bilgi vermelidir. Bireyin nakil sonrası yaşayacağı ağrı, yapması gereken solunum egzersizleri ve bunların önemi, ameliyata fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanmasının sağlanması gibi konulara ilişkin danışmanlık vermelidir.
- Hastanın diş ve göz sağlığına dikkat etmesi gerektiği, kullanacağı immünosupresif ilaçların yan etkilerinin olabileceği, bu yüzden düzenli kontrollerini aksatmamasının önemi anlatılmalıdır.
- Hastanın diyeti çok önemlidir. Özellikle hipertansiyondan korunmak için sodyum kısıtlı diyet almalı, kafein, çay, biber ve baharatlı yiyeceklerden kaçınmalıdır.
- Hastanın sigara ve alkol kullanmaması gereklidir. Bu konuda kişiye destek olunması önemlidir.
- Hastanın kilosunu koruması da önemlidir. Bu konuda hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, gerekli olduğunda diyetisyene yönlendirilmelidir.
- Hastanın nakil sonrasında yeterli dinlenebilmesi iyileşme sürecini doğrudan etkilediği için çok önemlidir. Hemşire bu konuda hasta ve ailesine danışmanlık vermekten sorumludur.

- Hasta ve aileye finansal problemlerinde yardımcı olunmalıdır. Sosyal hizmetlerden yardım alınması için danışmanlık etmek gerekebilir.
- Taburculuktan sonra, ev ortamına, günlük yaşam aktivitelerine uyum sağlarken desteğe ihtiyaç duyulabilir. Hemşire mümkünse hastayı evinde ziyaret ederek, gereksinimlerini belirlemeli ve danışmanlık hizmeti sağlamalıdır.
- Böbrek nakli sonrası acil durumlara ilişkin belirtiler, bireye ve ailesine detaylı anlatılmalı, böyle durumlar geliştiğinde hangi sağlık kurumuna başvurmaları gerektiği açıklanmalıdır.
- Hastanın takibinde ekip işbirliği sağlanarak ve ailenin tam desteği alınarak çalışılması gerekir. Ortak amaç, istek ve beklentilerin paylaşılması nakil sonrası sürecin rahat geçmesi için önemlidir (Akyolcu 2002, Murphy 2007).

#### **4.4.2. Böbrek nakli sonrası enfeksiyonların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları**

Böbrek nakli olan bireyin enfeksiyondan korunması beklenen yaşam süresini doğrudan etkileyebildiği için son derece önemlidir. Özellikle nakil sonrası süreçte kullanılan immünosupresif ilaçlar immün sistemi baskılayarak enfeksiyon riskini artırır. Serdengeçti ve ark. nın (2009) belirttiğine göre; Sağlık Bakanlığının 2008 yılı verilerinde, böbrek nakli olan hastaların ölüm nedenlerinin başında %43.8'lik bir oranla enfeksiyonların geldiği bildirilmektedir. Rubin'in (1993) belirttiğine göre, böbrek nakillerinden sonra organ reddine yol açan etkenlerin başında enfeksiyon gelmektedir. Hastalarda en sık görülen enfeksiyonlar bakteriyel ve üriner enfeksiyonlardır (Doğukan ve ark 2003). Nakil sonrası erken dönemde üriner katater, yara bölgesi ve üst solunum yolu enfeksiyonları daha sık görülebilmektedir. Hastanın enfeksiyondan korunması hemşirenin sorumlulukları arasındadır (Savaşer 1999).

Enfeksiyondan korumaya yönelik hemşirelik girişimleri şunlardır:

- Hastaya bakım vermeden önce ve sonra, hastaya yapılan her girişim öncesi ve sonrası eller yıkanır.
- Vücut atıkları veya maddelerine temas edilebilecek durumlarda eldiven giyilir. Eldiven çıkarıldıktan sonra da eller yıkanır.
- Üriner katater uygulamalarında, damar içi kataterlerin yerleştirilmesinde aseptik kurallara uyulması ve uygun sıklıkla değişmesi sağlanır.

- Hasta ve ailesine enfeksiyondan korunmanın önemi ve korunmak için nelere dikkat etmeleri gerektiği anlatılır.
- Hastaya ağız bakımı verilir ve ağız mukozasını temiz tutması sağlanır.
- Hastanın kabız olmaması için önlem alınır.
- Ziyaretçi gelmemesi konusunda kurallara uygun davranılması sağlanır.
- Hasta odasının temiz ve düzenli olması için gerekli kontroller yapılır.
- Hasta ve ailesine uygun el yıkama tekniği öğretilir. Özellikle ellerin en az 15-30 saniye süreyle yıkanması, yıkanması gereken bölgeler ve yıkanma sırasında kullanılacak ürünlerin cinsi (el antiseptiği, sıvı sabun vb.) enfeksiyon ajanlarından korunmak açısından önemlidir (Yıldız ve Çağlar 2009).

#### **4.4.3. Böbrek nakli sonrası ilaç tedavisinde hemşirenin sorumlulukları**

Böbrek nakli sonrasında hastalar karmaşık ve fazla sayıda ilaç tedavisi almaktadır. İlaçların kullanım şekilleri genellikle transplantasyon merkezlerine göre farklılıklar gösterse de zamanında, uygun dozda, uygun kullanım şekli ile alınması son derece önemlidir. Nakil sonrasında böbreğin reddini önlemek için kullanılan immünosupresifler hastanın bağışıklık sistemini baskılandığından, hastayı patojen mikroorganizmalardan korumak için antiviral ve antibiyotik ilaçlar verilir. Birey bu ilaçları yaklaşık olarak 6 ay kullanır (Murphy 2007).

İmmünosupresiflerin yanı sıra sıklıkla antihipertansifler ve yoğun ilaç tedavisi alan hastanın midesini korumak amacıyla, H2 reseptör antagonistleri kullanılır. Hasta ve aileye bu ilaçları uygun zamanlarda almanın önemi ve ilaçların yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir.

Hasta ve aileye ilaç kullanımı ile ilgili böbrek reddi geliştiğinde hangi belirtilerin görülebileceği anlatılmalıdır. Bu belirtiler; ateş, nakilli böbrekte ağrı, üriner çıkışta azalma, tansiyonun aniden yükselmesidir. Bu semptomların bir veya birkaçı ortaya çıktığında hemen en yakın transplantasyon merkezine başvurulmalıdır. Eğer bölgede böyle bir merkez yoksa hasta, yerel sağlık kuruluşuna giderek buradaki acil çalışanı doktor ve hemşirelere durumu hakkında detaylı bilgi vermelidir (Demirbaş ve Aşçı 2007, Neyhart 2009).

Hastanın nakil sonrası kontrollerine ilişkin randevulara dikkat etmesi de önemli bir noktadır. Kontrollerde laboratuvar testleri ile ilaç düzeyi, kan

biyokimyası, enfeksiyon ajanlarının varlığı yönünden değerlendirilerek, herhangi bir sorun olduğunda müdahale edilebilir (Neyhart 2009).

#### **4.4.4. Böbrek nakli sonrası olası cinsel yaşama ilişkin sorunların önlenmesinde hemşirenin sorumlulukları**

Böbrek nakli sonrası hastanın, cinsel işlevlerinde düzelme olması beklenir. Ancak bazı durumlarda cinsel işlevler düzelmek yerine bozulabilir (Ateş 2010). Geçirilen operasyona veya ilaçların yan etkilerine bağlı olarak cinsel fonksiyonlarda sıkıntılar görülmektedir. Ayrıca hasta cinsellikle ilgili sıkıntılardan dolayı kaygı ve korku yaşayabilmektedir. Hemşire, böbrek nakli olan bireye bu konuda danışmanlık vermelidir (Jolley 2002, Güvel ve ark 2005, Murphy 2007). Şahin ve ark.nın (2009) böbrek nakli olan bireyler üzerinde yapmış oldukları çalışmada böbrek nakli sonrası cinsel fonksiyonlarda düzelme olduğu, ancak bazı hastalarda düzelme olmadığı, sorunun aynen devam ettiği belirlenmiştir. Sağduyu ve ark (2006) böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası yaşadıkları sorunları inceledikleri çalışmada, böbrek nakli olan bireylerin %80 oranında cinsel fonksiyonla ilgili problemleri olduğunu saptamışlardır. Tsujimura ve ark (2002) böbrek nakli olan hastaların nakil sonrası cinsel fonksiyonlarına ilişkin değişimleri incelemişlerdir. Bu çalışmaya göre, böbrek nakli olan hastaların %35.5'inin cinsel işlevlerinde düzelme olduğu, %28.1'inin ise cinsel işlevlerinde bozulma olduğu saptanmıştır.

Cinsellikle ilgili konuşabilmek hem hasta hem de partneri için oldukça güç olabilmektedir. Bu nedenle; hemşirenin cinsellikle ilgili danışmanlık verebilmesinin ilk koşulu, hastayla güvene dayalı terapötik iletişim kurmasıdır. Hemşire, hasta ile içten ve açık iletişim kurabilirse, cinsellikle ilgili sorunlarını öğrenebilir ve destek olabilir. Hasta cinsel hayatıyla ilgili yaşadığı sorunlarda destek almazsa, sorunları giderek büyür ve aile problemiyle baş etmede yetersiz kalabilir.

#### **4.4.5. Böbrek nakli olan bireyde olası psikolojik sorunlarda hemşirenin sorumlulukları**

Organ nakli uzun, yorucu ve yıpratıcı bir süreçtir. Bu sürecin her bir hasta için anlamı ve yaşattıkları farklılıklar gösterecektir. Bununla birlikte sıklıkla hastalar yeni böbreğini kabul etmekle ilgili olumsuz algılar, organ reddine ilişkin

endişeler ve ölüm korkusu, yeni yaşama uyum güçlükleri ve sosyal rollerinde yetersizlik gibi sıkıntılar deneyimleyebilmektedir (Özçürümez ve ark 2003a).

Hemşireler, böbrek nakli sonrası bireyin yaşayabileceği uyum güçlükleriyle, stresle ve psikososyal problemlerle baş etmesi için psikososyal danışmanlık programları oluşturarak bu program çerçevesinde birey ve ailesine danışmanlık verebilirler (Zhi 2005).

Böbrek nakli olan bireyin nakil sonrası sürece uyumunda konsültasyon liyezon hemşiresinin sorumlulukları aşağıdaki biçimde özetlenebilir:

- Kişinin psikolojik durumunda değişime yol açan fiziksel sorunlarına odaklanmak,
- Hastanın yeni yaşamı ile ilgili düşünceleri, sıkıntıları ve beklentilerine ilişkin duygularını ifade etmesini sağlamak,
- Hastanın özbakımını karşılama sırasında gelişen kısıtlamaların yarattığı duygusal sıkıntıları azaltmaya yardımcı olmak,
- Duygusal stres, kriz anları ve ağrı gibi durumlarla baş etmesini sağlamak,
- Hastanın bu süreçte yaşayabileceği kaygı, öfke, gerginlik, üzüntü ve acı çekme gibi duygularını ifade etmesini sağlamak,
- Hastanın enfeksiyon korkusu ile sosyal izolasyon yaşaması ve buna bağlı olarak gelişen sorunlarına yönelik danışmanlık almasını sağlamak,
- Nakil olan hastalarda organ reddiyle ilişkili olarak sıklıkla ölüm korkusu olabilmektedir. Hastanın bu konudaki duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesini sağlamak,
- Taburculuktan sonra aile içindeki veya sosyal çevredeki rollerine uyumunu desteklemek,
- Hastanın böbrek nakli ile bağlantılı derneklere yönlendirilerek, bu kurumlarda kendisi ile aynı kaygı ve korkuları yaşayan kişilerle paylaşımlarda bulunmasını sağlamak,
- Nakil sonrası yeni yaşama uyum süreci tüm aileyi yakından etkileyebileceğinden aileye danışmanlık etmek (Varcarolis 1998, Videbeck 2001, Akyolcu 2002, McEwen and Wills 2002, Özcan 2006).

Sonuç olarak; Hemşire, böbrek nakli olan bireye ve ailesine, nakil öncesinden başlayarak gereksinim duyduğu konularda danışmanlık vermelidir.

Bu süreçte, birey ve ailesinin enfeksiyondan korunma, tedavi rejiminin yönetimi, nakil sonrası uygun beslenme, sosyal hayata uyum, böbrek reddi geliştiğinde yapılması gerekenler, cinsel yaşam, spor ve benzeri konularda dikkat edilmesi gerekenler ve nakil sonrası sürece psikososyal uyum danışmanlık sürecinde ele alınacak konulardır. Hastanın bu süreçte danışmanlık alması, olası problemleri azaltarak, yaşam kalitesinin artmasını ve yeni yaşamına psikososyal uyumunu kolaylaştıracaktır.

Bu çalışma, kronik bir rahatsızlık sonucu böbrek nakli olan bireylerin nakil süreci boyunca, hemşirenin danışmanlık verme rolünün etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, böbrek nakli olan bireylerin yeni yaşamlarına uyumlarında, yaşam kalitelerinin etkin bir şekilde artmasında, psikolojik sorunlar yaşamalarını azaltmada danışmanlık hizmeti vermenin etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen deneysel (deney-kontrol gruplu model) bir çalışmadır.

### **5.2. Araştırmanın Hipotezleri**

1. Hastaya verilen danışmanlık sonucunda deney grubunun kontrol grubuna göre 1, 3 ve 6. aydaki Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olacak,
2. Verilen danışmanlık sonucunda deney grubunda 1, 3 ve 6. aydaki Beck Depresyon Envanteri (BDE) puan ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla düşük saptanacak,
3. Verilen danışmanlık sonucunda deney grubunda 1, 3 ve 6. aydaki Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX – I, STAI FORM TX – II) sürekli puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farkla kontrol grubuna göre düşük saptanacak,
4. Verilen danışmanlık sonucunda deney grubunda 1, 3 ve 6. aydaki Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI FORM TX – I, STAI FORM TX – II) durumluk puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farkla kontrol grubuna göre düşük saptanacak,
5. Verilen danışmanlık sonucunda deney grubunun 1, 3 ve 6. aydaki Psikososyal Uyum- Özbildirim Ölçeği (PAIS-SR) ve alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farkla kontrol grubuna göre düşük olacaktır.

### **5.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Antalya ilinde bulunan bir eğitim-araştırma hastanesinin organ nakli kliniğinde ve böbrek nakli olan hastalar ile Temmuz 2009 ile Ekim 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Kliniği, hastanenin “Japon Hastanesi” olarak bilinen B bloğunda 3. kattadır. Klinikte 2 doktor (1 genel cerrahi asistanı, 1 dahiliye asistanı), 8 hemşire, 1 organ nakli koordinatörü, gündüz ve gece mesaisinde 1'er personel ve gündüz 2 tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Hastaların nakil öncesi operasyon hazırlığının organize edildiği ve nakil sonrası süreçte rutin sağlık kontrollerinin yapıldığı poliklinik hizmetleri verilen Organ Nakli Ünitesi ise Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nin B bloğunun zemin katında yer almaktadır. Poliklinikte 2 doktor (nefroloji uzmanı), 1 hemşire, 3 organ nakli koordinatörü, 3 tıbbi sekreter ve 1 personel görev yapmaktadır.

#### **5.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Ünitesinde Temmuz 2009 ile Ekim 2010 tarihleri arasında böbrek nakli olan 417 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise “Basit Rastgele Örneklem” yöntemi ile seçilen 74 (37 kontrol, 37 deney) kişi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü 0.05 yanılma düzeyi ve 0.90 güçlülük değeri temel alınarak hesaplanmıştır.

#### **5.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri**

- Böbrek nakli olmak için hastaneye başvurmuş olan,
- Daha önce (böbrek, pankreas, karaciğer) nakli olmamış olan,
- 18 Yaş ve üzeri olan,
- Okuma yazma bilen,
- Dil sorunu olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul eden hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

#### **5.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

- Hiper akut rejeksiyon gelişen hastalar,
- Nakil sonrası erken dönemde akut rejeksiyon geçiren hastalar,
- Araştırmadan kendi isteği ile ayrılmak isteyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.



\*Deney grubundan 3 kişi kontrol grubundan 2 kişi hiperakut rejeksiyon tanısı aldığı için ve kontrol grubundan 1 katılımcı hayatını kaybettiği için araştırmadan çıkartılmıştır. Çalışma 37 kontrol grubu ve 37 deney grubu olmak üzere toplam 74 örneklem sayısı ile tamamlanmıştır.

### **5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada kadavradan nakil olacak bireylerle ilk görüşme çok kısa süreye sığdırılmıştır. Kadavradan böbrek nakli olacak bireyler, operasyon hazırlıkları hızlı bir şekilde yapıldığı için kısıtlı zamanda yapılan görüşmede araştırmanın içeriği açıklanarak operasyona ilişkin duygularını ifade etmelerine fırsat verilmiştir. Bu kısıtlı sürede yapılan görüşmede kadavradan nakil olan bireylere öntest uygulanamamıştır. Araştırmanın örnekleme hem canlı vericiden, hemde kadavradan böbrek nakli olacak bireylerden oluştuğu için arada farklılık olmaması amacıyla örnekleme öntest uygulanamamıştır. Bu durum araştırmanın sınırlılığına yol açmıştır.

### **5.8. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler**

Araştırmada veri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri (STAI FORM TX – I, STAI FORM TX – II), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği (PAIS-SR) kullanılmıştır.

Kontrol grubuna ait veriler nakil öncesi süreçte organ nakli koordinatörlüğüne görüşmelere geldiklerinde araştırma içeriği açıklanarak ve aydınlatılmış onamları alınarak kişisel bilgi formlarını doldurmaları sağlanarak toplanmıştır. Kontrol grubuna nakil sonrası süreçte ise 1, 3 ve 6. ayda Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri (STAI FORM TX – I, STAI FORM TX – II), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği (PAIS-SR) uygulanmıştır.

Deney grubunun verileri nakil öncesi süreçte araştırmaya ilişkin açıklamalar yapılarak toplanmış, nakil sonrasında ise planlanan danışmanlık müdahaleleri gerçekleştirilerek Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri (STAI FORM TX – I, STAI FORM TX – II), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Yaşam Kalitesi

Ölçeği (SF-36) ve Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeğinin (PAIS-SR) kullanılmasıyla 1, 3 ve 6. ayda toplanmıştır.

**1. Kişisel Bilgi Formu (Ek1):** Araştırmada sosyodemografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan ve uzman görüşüne sunulan “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır. Bu formda, araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence, yaşadığı il/ilçe, tanı alma tarihleri, diyalize girme durumu, diyaliz çeşidi, diyalize başlama zamanı, böbrek nakli olduğu tarih, böbrek vericisi ile yakınlığı gibi sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik açık ve kapalı uçlu toplam 21 soru yer almaktadır.

**2. Yaşam Kalitesi Ölçeği (Quality of Life Scale SF-36) (Ek2):** Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Türkçeye çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez ve Memiş 1999). 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.

Değerlendirme son dört hafta göz önünde bulundurularak yapılmaktadır. Alt ölçeklerden 0-100 arasında puan alınır ve puanların yükselmesi yaşam kalitesinin yükseldiğini belirtir (Koçyiğit ve ark 1999). Tanrıverdi ve ark (2004) ve Pınar, Çınar, İşsever, Albayrak ve İlhan (1995), bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde bu ölçeğin kullanılabilceğini belirtmişlerdir.

Bu araştırmada ölçeğin alt boyutlarında iç tutarlılık katsayısı fiziksel fonksiyon 0.78, sosyal fonksiyon 0.85, rol-fiziksel fonksiyon 0.90, emosyonel rol fonksiyon 0.82, mental sağlık 0.80, zindelik 0.80, ağrı 0.88 ve genel sağlık anlayışı 0.80, tüm ölçek içinse 0.92 (Cronbach's  $\alpha=0.92$ ) olarak bulunmuştur.

**3. Psikososyal Uyum-Öz bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report- PAIS-SR) (Ek3):** Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir (Derogatis 1986). Bu ölçek bireylerin diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer. PAIS-SR 46 madde ve 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; sağlık bakımına oryantasyon, meslek/iş çevresi, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre ve psikolojik alandır. Her alan için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmaktadır. Hastalardan bu dört tanımlayıcı ifadeden kendi kişisel deneyimlerini en iyi- en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçmeleri istenmektedir. Her bir madde 0'dan 3'e kadar değişen puanlar üzerinden puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişimler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir. Ölçekten elde edilen minimum ve maksimum puan 0-138 arasındadır. Bu ölçekte alınan düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu", yüksek puanlar "kötü psikososyal uyumu" gösterir. Toplamda 35'in altındaki puanlar "iyi psikososyal uyumu", 35-51 arası "orta derecede iyi psikososyal uyumu", 51'in üzerindeki puanlar "kötü psikososyal uyumu" ifade eder (Derogatis 1986). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Adaylar (1995) tarafından yapılmıştır. Çalışmada alt boyutlar için güvenilirlik katsayısı sırasıyla 0.87, 0.85, 0.80, 0.95, 0.89, 0.93, 0.83, tüm ölçek için 0.94 olduğu belirtilmiştir.

Bu araştırmada ölçeğın alt boyutlar için iç tutarlılık katsayısı sırasıyla 0.88, 0.87, 0.83, 0.90, 0.89, 0.94, 0.86 tüm ölçek için ise 0.93 (Cronbach's  $\alpha=0.93$ ) olarak bulunmuştur.

**4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri (STAI FORM TX – I, STAI FORM TX – II) (Ek4):** Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri 1970 yılında Spielberg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Spielberg 1970). Öner ve Le Compte (1998) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Envanter likert tipindedir ve 20 soru sürekli, 20 soru durumluk kaygı düzeyini ölçmeye yönelik olmak üzere toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, hiç (1), biraz (2), çok (3), tamamıyla (4) şeklindedir. Yine aynı ölçekte tersine dönmüş 10 tane ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 9, 10, 14, 15, 19 ve 20 no'lu maddelerdir. Durumluk kaygı düzeyi değerlendirilirken doğrudan ve tersine ifadelerin toplam puanları hesaplanıp; doğrudan ifadelerin toplamından tersine ifadelerin toplam puanı çıkarılarak üzerine değışmeyen 50 sabit değeri eklenerek hesaplanır. Sürekli kaygı ölçeğinde ise dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri; hiçbir zaman (1), bazen (2), çok zaman (3) ve hemen her zaman (4) şeklinde puanlanır. Sürekli kaygı ölçeğinde de tersine dönmüş ifadeler vardır. Bu ifadeler; 21, 36, 27, 30, 33, 36 ve 39'dur. Sürekli kaygı düzeyi değerlendirilirken doğrudan ve tersine ifadelerin toplam puanları hesaplanıp; doğrudan ifadelerin toplamından tersine ifadelerin toplam puanı çıkarılacak, çıkan puana sürekli kaygı ölçeği için değışmeyen 35 sabit değeri eklenerek hesaplanır. Ölçeklerden elde edilecek puan 20 ile 80 arasında değışir.

Bu araştırmada sürekli kaygı ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı 0.93 (Cronbach's  $\alpha=0.93$ ), durumluk kaygı ölçeğinin ise iç tutarlılık katsayısı 0.93 (Cronbach's  $\alpha=0.93$ ) olarak bulunmuştur.

**5. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek5):** Ölçeğın özgün formu Beck ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır (Beck, Ward, Mendelson, Mock and Erbaugh 1961). Beck Depresyon Envanteri'nin 1961 ve 1978 tarihlerine ait iki versiyonu vardır (Beck, Steer and Garbin 1988). Her iki versiyon da Türkçe'ye

çevrilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Geçerlik güvenirlik çalışmasında kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir (Hisli 1988, 1989). Bu çalışmada Hisli tarafından uyarlanan 1978 versiyonu kullanılmıştır. Beck Depresyon Envanteri formunda 21 belirti kategorisinin her biri için dört seçenek vardır. Hastadan uygulama günü de dahil son bir hafta içinde kendini nasıl hissettiğini en iyi ifade eden cümleyi seçerek işaretlemesi istenir. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksek oluşunu gösterir. On beş yaş üzerindeki kişilere uygulanabilir.

BDE çeşitli çalışmalarda tıbbi sorunları olan hastalarda depresyonun taranması amacıyla kullanılmıştır (Craven, Rodin and Littlefield 1988, Littlefield, Rodin and Murray 1990). Ülkemizde de kronik hastalığı olan bireylerde depresyonun taranması amacıyla BDE kullanılmıştır (Şentürk, Levent ve Tamam 2000, Çelik ve Acar 2007).

Bu çalışmada envanterin iç tutarlılık katsayısı 0.93 (Cronbach's  $\alpha=0.93$ ), olarak saptanmıştır.

### **5.9. Ön Uygulama**

Tezin veri toplama araçlarından biri olan Kişisel Bilgi Formunun anlaşılabilirliğini test etmek için 5 uzmandan görüş alınmıştır (Ek 6 Görüşüne başvurulmuş uzmanlar). Araştırmacı tarafından 14 hastaya kişisel bilgi formunun ve ölçeklerin ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama yapılan hastalar araştırmaya alınmamıştır. Öneriler doğrultusunda kişisel bilgi formunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulamaya geçilmiştir.

Tezin uygulama kısmında yer alan eğitim programının anlaşılabilirliğini test etmek amacı ile 10 hastaya, araştırmacı tarafından uzman görüşü alınarak hazırlanan danışmanlık programının ön uygulaması yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda, danışmanlık programında yer alan konuların her biri için ayrı zaman planlanmasının, anlaşılabilirliği artıracağı belirlenmiştir.

### **5.10. Uygulama**

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Organ Nakli Kliniği'nde ve Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Merkezi'nde böbrek nakli olan 74 hasta (37

deney, 37 kontrol grubu) ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma öncesi Akdeniz Üniversitesi Etik Kurul'una başvurularak onay alınmıştır (Ek 9). Daha sonra Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Merkezi Müdürlüğü'nden uygulamanın yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır (Ek 10).

Araştırmanın uygulama izninin alınmasının ardından Organ nakli Ünitesindeki ve Kliniğindeki çalışanlarla araştırma konusunda bilgilendirmek amacıyla ön görüşme yapılmıştır. Organ nakli koordinatörlerinden, kadavradan nakillerin gerçekleşeceği zamanları araştırmacıya haber vermeleri istenmiştir. Kliniğin nakil günleri, nakil öncesi hastanın yatış zamanlarına ilişkin bilgi toplanmıştır. Araştırmaya alınma kriterlerine uygun hastalar belirlenerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Kontrol ve deney grubu randomize olarak seçilmiştir. Araştırmanın başladığı hafta kadavra nakilleri ile birlikte 9 hasta ile görüşülmüş, hastaların 5'i deney, 4'ü kontrol grubuna alınmıştır. İlerleyen haftalarda sayılarda farklılık olmakla beraber aynı yol izlenerek deney (37) ve kontrol (37) grubunun hasta sayıları toplam 74'e tamamlanmıştır. Deney grubundan 3 kişi, kontrol grubundan 2 kişi hiperakut rejeksiyon tanısı alarak, yine kontrol grubundan 1 kişi post-op 1 gün hayatını kaybettiği için çalışmadan çıkartılmıştır. Kontrol grubundaki bireylere araştırmanın içeriği anlatılarak gönüllülük ilkesine uygun olarak yazılı izinleri alınmıştır. Ölçeklerin uygulanabilmesi için kendilerinden iletişim adresleri, telefonları alınmıştır. Ölçeklerin uygulanma zamanına uygun olarak, hastaların polikliniğe kontrole geldikleri zamanlara randevu verilmiştir. Hastalarla poliklinikteki toplantı odasında yalnız olarak görüşülmüştür.

Kontrol grubundaki bireylere ameliyat öncesi tanışma sırasında Kişisel Bilgi Formu, ameliyat olduğu günden itibaren 1, 3 ve 6.ay'da Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri (STAI TX-I/STAI TX-II), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Psikososyal Uyum-Öz bildirim Ölçeği (PAIS-SR) uygulanmıştır.

Deney grubundaki hastalarla hastanede kaldıkları süre boyunca (Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Ünitesinde nakil olan hastalar ortalama 1 hafta hastanede kalmaktadır) ve taburculuk sonrası olmak üzere toplam 12 görüşme gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerin içeriği aşağıdaki şekildedir:

**1. Görüşme:** Birey böbrek nakli için hastaneye yattığı gün ilk görüşme yapılmıştır. İlk görüşme de hasta araştırmanın içeriği konusunda aydınlatılmıştır ve görüşme planları anlatılmıştır.

**2. Görüşme:** İkinci görüşme ameliyattan birgün önce hastanın ameliyata ilişkin hazırlıklarının yapılması öncesi yapılmıştır. Ameliyata ve nakil sonrası sürece ilişkin duygularını ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanmıştır. Ayrıca hastanın sürece ilişkin gereksinim duyduğunu ifade ettiği konularda danışmanlık verilmiştir.

**3. Görüşme:** Hasta ile 3. görüşme ameliyat sonrası ilk gün yapılmıştır.

Bu görüşme de hasta erken mobilizasyon, mobilizasyonun devamlılığı, bağırsak hareketlerini sağlayan müdahaleler ve ağrı ile başetmesi konusunda desteklenmiştir. Belirtilen konularda hasta ve ailesine danışmanlık verilmiştir. Hastanın mobilizasyonu kademeli olarak gerçekleştirmesi sağlanmıştır.

**4. Görüşme:** Bu görüşme ameliyattan sonra 2. gün yapılmıştır. Görüşmede hastanın diyetine uygun beslenmesi (zamanla rejim 1, 2 ve 3 şeklinde devam eden) konusunda eğitim planı hazırlanarak uygulanmıştır. Verilen eğitimlerin etkinliği eğitim içeriğinden oluşturulan sorularla değerlendirilmiştir ve bazı eğitimlerin etkin olmadığı belirlenerek tekrarlanmıştır.

**5. Görüşme:** Bu görüşme ameliyat sonrası 3. veya 4. gün yapılmıştır. Görüşmede hasta ve ailesinin böbrek reddine ilişkin kaygılarını ifade etmesi sağlanmıştır. Yine aynı görüşmede, hasta ve ailesine böbrek reddinin belirtilerine yönelik danışmanlık verilmiştir.

**6. Görüşme:** Görüşme ameliyat sonrası 5. gün yapılmıştır. İlaç kullanımı konusunda bilgi verilerek, yine hastanın gereksinim duyduğu alanlarda danışmanlık sağlanmıştır. Hasta ve ailesine, nakil olan bireyin kullandığı ilaçlar, kullanma saatleri ve kullanım sırasında dikkat edilecek noktaların gösterildiği bir çizelge hazırlanarak verilmiştir.

**7. Görüşme:** Görüşme taburculuğa yakın 6. günde yapılmış ve enfeksiyondan korunmaya ilişkin hasta ve ailesine danışmanlık verilmiştir.

**8. Görüşme:** Görüşmede hastanın organ reddine ilişkin düşüncelerini ve varsa kaygılarını ifade etmesi sağlanmıştır. Nakil sürecine ilişkin soruları

yanıtlanmıştır. Hastanın taburculuk sonrası dikkat etmesi gereken konular hakkında danışmanlık verilmiştir.

**9. Görüşme:** Bu görüşme ev ziyareti şeklinde yapılmıştır. Araştırmacı sosyal hayata, cinsel yaşama, spor ve günlük yaşam aktivitelerine uyum konularını kapsayan bir eğitim planı hazırlamıştır. Eğitim araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemi ile broşürler ve power- pointte hazırlanan sunumla yapılmıştır.

Hasta evinde gözlemlenerek bilgilenecek istedikleri konularda danışmanlık verilmiştir. Uyum güçlüğü, anksiyete belirtileri veya depresif duygu durumu içerisinde olduğu gözlemlenen hastalara, bireysel başatmalarını güçlendirici, ailesi ile iletişimini pekiştiren, ailesinin desteğini artırıcı, sosyal etkileşimlerini geliştirici psikiyatri hemşireliği müdahaleleri yapılmıştır.

**10. Görüşme:** Görüşme hastanın Organ Nakli Polikliniğine kontrollere geldiği gün (1.ay) yapılmıştır. Bu görüşmede hastanın yaşadığı mevcut sorunları üzerine danışmanlık verilmiştir. Ölçek formlarını doldurması sağlanmıştır.

**11. Görüşme:** Hastanın Organ Nakli Polikliniğine geldiği 3. ay da yapılmıştır. Bu görüşmede katılımcıların ölçek formlarını doldurmaları sağlanmıştır.

**12. Görüşme:** Hasta ile 12. (son) görüşme Organ Nakli Polikliniğine geldiği 6. ayda yapılmıştır. Bu görüşmede ölçek formlarını doldurması sağlanmış ve danışmanlık sürecine ilişkin geribildirimleri alınmıştır.

### **5.11. Araştırmanın Etik Yönleri**

Araştırmanın yapılabilmesi için, Akdeniz Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Ek 9) ve Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 10).

Çalışmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilerek, katılımlarının gönüllülük ilkesine dayandığı açıklanmıştır. Çalışmaya katılanlara, kimliklerinin ve verdikleri bilgilerin başkasıyla paylaşılmayacağı konusunda güvence verilmiştir.



### **5.12. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde parametrik/nonparametrik oluşunu saptamak için normal dağılıma uygunluk analizleri yapılmış ve değişkenlerin parametrik olduğu saptanmıştır. Sosyodemografik zelliklerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi, kontrol ve deney grubu arasındaki farkların ve ölçeklerin puan ortalamalarının değerlendirilmesinde Student t testi, ölçek puanlarının 1, 3 ve 6. aydaki değişimlerinin incelenmesinde Repeated Measures Anova Test kullanılmıştır.

## 6. BULGULAR

### 6.1. Nakil Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, böbrek nakli olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile deney ve kontrol gruplarının bu özellikler açısından karşılaştırmalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 1. Nakil Olan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri**

Sosyodemografik Özellikler	Deney Grubu (n=37)		Kontrol Grubu (n=37)		Anlamlılık Derecesi P	
	n	(%)	n	(%)		
<b>Cinsiyet</b>						
	Kadın	13	35.1	9	24.3	* $\chi^2=0.223$
	Erkek	24	64.9	28	75.7	p=0.446
<b>Medeni durum</b>						
	Evli	19	51.4	21	56.8	$\chi^2=0.218$
	Bekar	18	48.6	16	43.2	p=0.641
<b>Çalışma durumu</b>						
	Çalışıyor	12	32.4	14	37.8	$\chi^2=0.237$
	Çalışmıyor	25	67.6	23	62.2	p=0.626
<b>Sosyal güvence</b>						
	Var	32	86.5	34	91.9	$\chi^2=0.355$
	Yok	5	3.5	3	8.1	p=0.711
<b>Yaşadığı yer</b>						
	İl içi	9	24.3	7	18.9	$\chi^2=0.319$
	İl dışı	28	75.7	30	81.1	p=0.572
<b>Eğitim durumu</b>						
	İlköğretim/Lise	34	91.9	35	94.6	$\chi^2=0.214$
	Üniversite	3	8.1	2	5.4	p=0.100
<b>Meslek</b>						
	İşçi/Memur/Emekli	7	18.9	7	18.9	
	Serbest Meslek	14	37.8	15	40.5	$\chi^2=0.125$
	Ev Hanımı	6	16.2	6	16.2	p=0.998
	İşsiz	6	16.2	5	13.5	
	Öğrenci	4	10.9	4	10.9	
<b>Yaş</b>						
		<b>X±SD yıl</b>		<b>X±SD</b>		
		37.94±8.771		35.35±9.408		**t=1.227
						p=0.224

\* Ki-kare Testi, \*\* Student t Testi

Tablo 1’de katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımlarına bakıldığında, deney grubunun %64.9’u (n=24) erkek, %35.1’i kadın (n=13), kontrol grubunun ise %75.7’si erkek (n=28), %24.3’ü (n=9) kadındır. Deney ve kontrol grubundaki bireyler arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2 = 0.223$ ,  $p=0.446$ ).

Deney grubunun %51.4’ü (n=19) evli, %48.6’sı (n=18) bekar, kontrol grubunun %56.8’i (n=21) evli, %43.2’si ise bekar olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ( $\chi^2 = 0.218$ ,  $p=0.641$ ) (Tablo 1).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların çalışma durumları incelendiğinde, deney grubunun %32.4’ünün (n=12) gelir getiren bir işte çalıştığı, %67.6’sının (n=25) çalışmadığı, kontrol grubunun ise %37.8’inin (n=14) gelir getiren bir işte çalıştığı, %62.2’sinin (n=25) çalışmadığı belirlenmiştir. İki grup arasında çalışma yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2=0.237$ ,  $p=0.626$ ) (Tablo 1).

Deney ve kontrol grubu sosyal güvence açısından incelendiğinde, deney grubunun %86.5’inin (n=32) sosyal güvencesinin olduğu, %3.5’inin (n=5) olmadığı, kontrol grubunun %91.9’unun (n=34) sosyal güvencesinin olduğu, %8.1’inin (n=3) ise olmadığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $p=0.711$ ,  $\chi^2=0.355$ ) (Tablo 1).

Deney grubundaki bireylerin %75,7’sinin (n=28) nakil oldukları ilden farklı bir yerde, %24.3’ünün (n=9) aynı il sınırları içinde, kontrol grubundaki bireylerin ise %81.1’inin (n=30) farklı bir yerde, %18.9’unun (n=7) aynı il sınırları içinde yaşadığı belirlenmiştir. İki grup arasında nakil oldukları il veya farklı yerde yaşıyor olma özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $\chi^2=0.319$ ,  $p=0.572$ ) (Tablo 1).

Eğitim durumlarına bakıldığında, deney grubunun %91.9’unun (n=34) ilköğretim veya lise, %8.1’inin (n=3) üniversite mezunu, kontrol grubunun %94.6’sının (n=35) ilköğretim veya lise, %5.4’ünün (n=2) üniversite mezunu olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ( $\chi^2=0.214$ ,  $p=0.100$ ) (Tablo 1).

Tablo 1’de görüldüğü gibi, deney grubunun %18.9’u (n=7) memur, işçi veya emekli, %37.8’i (n=14) serbest meslek, %16.2’si (n=6) ev hanımı, %16.2’si (n=6) işsiz ve %10.9’u (n=4) öğrencidir. Kontrol grubunun %18.9’u (n=7) memur, işçi veya emekli, %40.5’i (n=15) serbest meslek, %16.2’si (n=6) ev hanımı, %13.5’i (n=5) işsiz ve %10.9’u (n=4) öğrencidir. Gruplar arasında meslekler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2=0.125$ ,  $p=0.998$ ).

Araştırmanın deney grubundaki bireylerin yaş ortalaması  $37.94\pm 8.771$ , kontrol grubundaki bireylerin yaş ortalaması ise  $35.35\pm 9.408$  olarak bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $t=1.227$ ,  $p=0.224$ ) (Tablo 1).

**Tablo 2. Nakil Olan Bireylerin Nakil Öncesi Tedavi Özellikleri**

Nakil Öncesi Tedavi Özellikleri		Deney Grubu (n=37)		Kontrol Grubu (n=37)		Anlamlılık Derecesi P
		n	(%)	n	(%)	
<b>KBY tam süresi</b>						
	0-1 yıl	13	35.1	8	21.7	$\chi^2=2.381$ $p=0.304$
	1 ↑-5 yıl	16	43.2	16	43.2	
	5 ↑	8	21.7	13	35.1	
<b>Diyaliz alma durumu</b>						
	Evet	25	67.6	29	78.4	$\chi^2=1.096$ $p=0.295$
	Hayır	12	32.4	8	21.6	
<b>Diyaliz türü</b>						
	Hemodiyaliz	17	45.9	20	54.1	$\chi^2=1.377$ $p=0.711$
	Periton diyalizi	7	18.9	7	18.9	
	Her ikisi	1	2.7	2	5.4	
	Girmeyenler	12	32.4	8	21.6	
<b>Diyaliz süresi</b>						
	0-1 yıl	3	8.2	1	2.8	$\chi^2=1.733$ $p=0.435$
	1 ↑-5 yıl	14	37.8	16	43.2	
	5 ↑	8	21.6	12	32.4	
	Girmeyenler	12	32.4	8	21.6	
<b>Donör özelliği</b>						
	Canlı	29	78.4	31	83.8	$\chi^2=0.352$ $p=0.553$
	Kadavra	8	21.6	6	16.2	
<b>Donör yakınlığı</b>						
	Eş	8	21.6	11	29.7	$\chi^2=0.784$ $p=0.676$
	Aile/akrabalar	21	56.8	20	54.1	
	Kadavra	8	21.6	6	16.2	

\*Ki-kare Testi

Araştırmaya katılan bireylerin kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısını aldıkları süreler bakımına; deney grubunun %35.1'i (n=13) 0-1 yıl, %43.2'si (n=16) 1-5 yıl arası, %21.7'si (n=8) 5 yıldan daha önce KBY tanısı almışken, kontrol grubunun %21.7'si (n=8) 0-1 yıl, %43.2'si (n=16) 1-5 yıl, %35.1'i (n=13) 5 yıldan daha önce KBY tanısı almıştır. Gruplar arasında KBY tanısını alma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $\chi^2=2.381$ ,  $p=0.304$ ) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan bireylerin nakil öncesi diyaliz tedavisi alma durumlarına göre; deney grubunun %67.6'sının (n=25) diyaliz tedavisi aldığı, %32.4'ünün (n=12) almadığı, kontrol grubunun %78.4'ünün (n=29) diyaliz tedavisi aldığı, %21.6'sının (n=9) almadığı ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=1.096$ ,  $p=0.295$ ) (Tablo 2).

Deney grubundaki bireylerin %45.9'u (n=17) hemodiyaliz, %18.9'u (n=7) periton diyalizi, %2.7'si (n=1) her iki diyaliz türünü almışken, %32.4'ü (n=12) diyalize tedavisi almamıştır. Kontrol grubundaki bireylerin ise, %54.1'i (n=20) hemodiyaliz, %18.9'u (n=7) periton diyalizi, %5.4'ü (n=2) her iki tedavi türünü kullanmışken, %21.6'sı (n=8) diyalize tedavisi almamıştır. Gruplar arasında alınan diyaliz tedavisi türü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $\chi^2=1.377$ ,  $p=0.711$ ) (Tablo 2).

Diyaliz tedavisi alan bireylerin tedavi sürelerine bakıldığında, deney grubunun %8.2'sinin (n=3) 1 yıldan daha kısa, %37.8'inin (n=14) 1 yıldan uzun süre-5 yıl arası, %21.6'sının (n=8) ise 5 yıldan uzun süre diyalize devam ettiği, %32.4'ünün (n=12) diyaliz tedavisi almadığı görülmektedir. Kontrol grubunun %2.8'i (n=1) 1 yıldan daha kısa süre, %43.2'si (n=16) 1 yıldan uzun süre-5 yıl arası, %32.4'ü (n=12) 5 yıldan uzun süre diyaliz tedavisi almışken, %21.6'sı (n=8) diyaliz tedavisi almamıştır. Gruplar arasında diyaliz tedavisi süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2=1.733$ ,  $p=0.435$ ) (Tablo 2).

Donör özellikleri incelendiğinde, deney grubunun %78.4'ünün (n=29) canlı bireyden, %21.6'sının (n=8) kadavradan, kontrol grubunun %83.8'i (n=31) canlı donörden, %16.2'sinin (n=6) kadavradan nakil olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $\chi^2=0.352$ ,  $p=0.553$ ) (Tablo 2).

Araştırmaya katılan bireylerin donör ile yakınlığı değerlendirildiğinde, deney grubunun %56.8'inin (n=21) kan bağı olan aile üyelerinden, %21.6'sının (n=8) eşinden ve %21.6'sının (n=8) kadavradan nakil olduğu, kontrol grubunun %54.1'inin (n=20) kan bağı olan aile üyelerinden, %29.7'sinin (n=11) eşinden ve %16.2'sinin (n=6) ise kadavradan nakil olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $\chi^2=0.784$ ,  $p= 0.676$ ) (Tablo 2).

Araştırma kapsamında deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik veriler açısından benzer özellikte ve grupların homojen olduğu belirlenmiştir (Tablo 1, 2).

**Tablo 3. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Nakil Öncesinde Bilgi Alma Durumları**

Nakil Öncesi Bilgi Alma Durumları	Deney Grubu (n=37)		Kontrol Grubu (n=37)		Anlamlılık Derecesi	
	n	(%)	n	(%)	* $\chi^2$	p
<b>Bilgi alma</b>						
Evet	35	94.6	31	83.8	$\chi^2=2.242$ $p=0.261$	
Hayır	2	5.4	6	16.2		
<b>Alınan bilgiyi değerlendirme</b>						
Yeterli	33	89.2	25	67.6	$\chi^2=5.103$ <b>p=0.024</b>	
Yetersiz	4	10.8	12	32.4		
<b>Bilgi Alma Kaynakları</b>						
Sağlık profesyonelleri	25	67.6	2	5.5	$\chi^2=31.705$ <b>p=0.000</b>	
Nakil olan hastalar	4	10.8	16	43.2		
Kitap/dergi /internet	3	8.1	10	27.0		
Bilgi almama	5	13.5	9	24.3		

\* Ki-kare Testi

Tablo 3'te nakil olan bireylerin nakil süreci öncesi (çalışma başlamadan önce) bilgi alma durumları değerlendirilmiştir.

Deney grubunun %94.6'sı (n=35) bilgi aldığını, %5.4'ü (n=2) almadığını, kontrol grubunun %83.8'i (n=31) bilgi aldığını, %16.2'si (n=6) almadığını ifade etmişlerdir. Bilgi alma yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2= 2.242$ ,  $p=0.261$ ) (Tablo 3).

Deney grubundaki bireylerin %89.2'si (n= 33) alınan bilginin yeterli olduğunu, %10.8'i (n=4) yetersiz olduğunu, kontrol grubunun %67.6'sı (n=25) alınan bilginin yeterli, %32.4'ü ise (n=12) yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir ( $\chi^2= 5.103$ ,  $p=0.024$ ). İki grup arasında alınan bilgilerin yeterliliğini değerlendirme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Deney grubundaki bireyler nakil öncesinde verilen bilgiyi daha yeterli bulmaktadır (Tablo 3).

Nakil öncesi bilgi alma kaynaklarına bakıldığında, deney grubunun %67.6'sı (n=25) sağlık profesyonellerinden, %10.8'i (n=4) nakil olan diğer hastalardan, %8.1'i (n=3) kitap, internet ve dergilerden bilgi aldıklarını, %13.5'i (n=5) ise herhangi bir bilgilerinin olmadığını belirtirken, kontrol grubunun %5.5'i (n=2) sağlık profesyonellerinden, %43.2'si (n=16) nakil olan diğer hastalardan, %27'si (n=10) kitap, internet ve dergilerden bilgi aldıklarını belirtirken, %24.3'ü (n=9) herhangi bir bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir ( $\chi^2= 31.705$ ,  $p=0.000$ ) Gruplar arasında bilgi alma kaynakları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Deney grubundaki bireyler bilgi kaynağı olarak sağlık profesyonellerinden yararlandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3).

## **6.2. Nakil Olan Bireylerin Danışmanlık Sonrası Ölçeklere İlişkin Bulguları**

Bu bölümde nakil olan bireylerin danışmanlık sürecinden sonraki 1, 3 ve 6. ayda Yaşam Kalitesi Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

**Tablo 4.1. Nakil Olan Bireylerin 1. Ay'da Yaşam Kalitesi Ölçeği ( SF-36) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Boyutları	Mean		Sd		Anlamlılık Derecesi	
	Deney*	Kontrol*	Deney	Kontrol	t**	P
<b>Fiziksel fonksiyon</b>	58.89	48.00	11.34	18.47	3.05	<b>0.03</b>
<b>Fiziksel-Rol fonksiyon</b>	61.35	49.67	11.28	17.76	3.37	<b>0.01</b>
<b>Bedensel ağrı</b>	62.70	45.56	12.71	21.55	4.16	<b>0.000</b>
<b>Genel sağlık</b>	63.97	49.91	10.95	19.68	3.79	<b>0.000</b>
<b>Canlılık/Zindelik</b>	62.13	49.83	10.06	17.41	3.72	<b>0.000</b>
<b>Sosyal fonksiyon</b>	59.64	44.67	13.00	17.72	4.14	<b>0.000</b>
<b>Duygusal rol</b>	63.43	46.67	9.81	19.46	4.67	<b>0.000</b>
<b>Genel ruh sağlığı</b>	63.00	43.91	9.94	20.58	5.07	<b>0.000</b>
<b>Toplam puan</b>	61.89	47.28	7.72	16.88	4.78	<b>0.000</b>

\*n=37 \*\* Independent Sample t Test

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan bireylerin deney grubuna verilen danışmanlık sürecinin tamamlandığı 1.ayda Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (SF-36) aldıkları puan ortalamalarına ilişkin karşılaştırmalar yer almaktadır.

Deney ve kontrol grubunun fiziksel fonksiyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t=3.05$ ,  $p=0.03$ ). Fiziksel fonksiyon puan ortalaması, deney grubunda ( $58.89 \pm 11.34$ ), kontrol grubundan ( $48.00 \pm 18.47$ ) daha yüksektir (Tablo 4.1).

Deney grubunun fiziksel rol fonksiyon puan ortalamaları  $61.35 \pm 11.28$ , kontrol grubunun ise  $49.67 \pm 17.76$  olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t=3.05$ ,  $p=0.03$ ) Deney grubundaki bireylerin fiziksel fonksiyon puan ortalamaları kontrol grubundaki bireylerin fiziksel fonksiyon puan ortalamalarından daha yüksektir (Tablo 4.1).

Bedensel ağrı puan ortalaması deney grubunda ( $62.70 \pm 12.71$ ), kontrol grubundan ( $45.56 \pm 21.55$ ) daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir. ( $t=4.14$ ,  $p=0.000$ ) (Tablo 4.1).



Deney grubunun genel sağlık puan ortalaması (63.97±10.95), kontrol grubundaki bireylerden (49.91±19.68) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksektir (t=3.79, p=0.000) (Tablo 4.1).

Tablo 4.1'e bakıldığında deney grubunun canlılık/zindelik puan ortalamasının (62.13±10.06), kontrol grubununkinden (49.83±17.41) daha yüksek olduğu görölmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulunmuştur (t=3.72, p=0.000).

Sosyal fonksiyon puan ortalaması deney grubunda (59.64±13.00), kontrol grubundan (44.67±17.72) daha yüksek olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (t=4.14, p=0.000) (Tablo 4.1).

Deney grubundaki bireylerin duygusal rol puan ortalamasının (63.43±9.81) kontrol grubundan (46.67±19.46'tir) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (t=4.67, p=0.000) (Tablo 4.1).

Genel ruh sağlığı puan ortalamasının deney grubunda (63.00±9.94), kontrol grubundan (43.91±20.58) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksek olduğu bulunmuştur (t=5.07, p=0.000) (Tablo 4.1).

Yaşam kalitesi ölçeğinden alınan toplam puanlara göre; deney grubunun puan ortalamasının (61.89±7.72), kontrol grubundan (47.28±16.88) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla yüksek olduğu belirlenmiştir (t=4.78, p=0.000) (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2. Nakil Olan Bireylerin 3. Ay'da Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Boyutları	Mean		Sd		Anlamlılık Derecesi	
	Deney*	Kontrol*	Deney	Kontrol	t**	P
<b>Fiziksel fonksiyon</b>	58.35	49.00	15.92	18.09	2.35	<b>0.021</b>
<b>Fiziksel-Rol fonksiyon</b>	62.00	51.27	15.57	15.58	2.96	<b>0.004</b>
<b>Bedensel ağrı</b>	64.86	49.56	17.70	19.36	3.54	<b>0.01</b>
<b>Genel sağlık</b>	66.56	52.86	17.75	18.35	3.26	<b>0.02</b>
<b>Canlılık/Zindelik</b>	65.16	52.75	18.51	15.87	3.09	<b>0.03</b>
<b>Sosyal fonksiyon</b>	64.32	49.05	17.84	17.50	3.71	<b>0.000</b>
<b>Duygusal rol</b>	67.64	50.91	16.80	18.83	4.03	<b>0.000</b>
<b>Genel ruh sağlığı</b>	67.48	48.05	16.65	20.05	4.53	<b>0.000</b>
<b>Toplam puan</b>	64.55	50.43	14.88	15.59	3.98	<b>0.000</b>

\*n=37 \*\*Independent Sample t Test

Tablo 4.2'de deney grubuna verilen danışmanlık sürecinin tamamlandığı 3.ayda deney ve kontrol grubundaki bireylerin yaşam kalitesini değerlendiren Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (SF-36) aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırmalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Deney grubunun fiziksel fonksiyon puan ortalamasının ( $58.35 \pm 15.92$ ), kontrol grubundan ( $49.00 \pm 18.09$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $t=2.35$ ,  $p=0.021$ ) (Tablo 4.2).

Deney grubunun fiziksel fonksiyon puan ortalamasının ( $62.00 \pm 15.57$ ) kontrol grubundan ( $51.27 \pm 15.58$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $t=2.96$ ,  $p=0.004$ ) (Tablo 4.2).

Bedensel ağrı puan ortalamasının deney grubunda ( $64.86 \pm 17.70$ ) kontrol grubundan ( $49.56 \pm 19.36$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $t=3.54$ ,  $p=0.01$ ) (Tablo 4.2).

Deney grubunun genel sağlık puan ortalaması (66.56±17.75) istatistiksel olarak anlamlı farkla kontrol grubundan (52.86±18.35) daha yüksek bulunmuştur (t=3.26, p=0.02) (Tablo 4.2).

Canlılık/zindelik alt boyutundan alınan puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunun puan ortalamasının 65.16±18.51 olduğu, kontrol grubunun ise 52.75±15.87 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır. Deney grubunun canlılık/zindelik puan ortalamaları kontrol grubundan daha yüksektir (t=3.09, p=0.03) (Tablo 4.2).

Deney grubunun sosyal fonksiyon puan ortalamasının (64.32±17.84) kontrol grubundan (49.05±17.50) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (t=3.71, p=0.000) (Tablo 4.2).

Deney grubunun duygusal rol puan ortalamasının (67.64±16.80), kontrol grubundan (50.91±18.83) istatistiksel olarak anlamlı bir farkla daha yüksek olduğu saptanmıştır (t=4.03, p=0.000) (Tablo 4.2).

Deney ve kontrol grubunda genel ruh sağlığı puan ortalamalarına bakıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (t=4.53, p=0.000) ve deney grubunun puan ortalamasının (67.48±16.65) kontrol grubundaki bireylerin genel ruh sağlığı puan ortalamasından (48.05±20.05) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Nakil olan bireylerin toplam yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (t=3.98, p=0.000). Deney grubunun toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları (64.55±14.88) kontrol grubundan (50.43±15.59) daha yüksektir (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3. Nakil Olan Bireylerin 6. Ay'da Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Alt Boyutları	Mean		Sd		Anlamlılık Derecesi	
	Deney*	Kontrol*	Deney	Kontrol	t**	P
<b>Fiziksel fonksiyon</b>	64.21	52.35	11.12	16.93	3.56	<b>0.001</b>
<b>Fiziksel-Rol fonksiyon</b>	67.75	55.27	11.36	16.91	3.72	<b>0.000</b>
<b>Bedensel ağrı</b>	70.18	54.91	10.90	17.93	4.42	<b>0.000</b>
<b>Genel sağlık</b>	72.54	57.97	11.54	15.73	4.54	<b>0.000</b>
<b>Canlılık/Zindelik</b>	71.40	58.56	13.85	15.03	3.82	<b>0.000</b>
<b>Sosyal fonksiyon</b>	71.21	54.78	11.26	17.41	4.81	<b>0.000</b>
<b>Duygusal rol</b>	73.24	56.91	10.87	17.45	4.82	<b>0.000</b>
<b>Genel ruh sağlığı</b>	72.40	55.83	11.01	19.21	4.55	<b>0.000</b>
<b>Toplam puan</b>	70.37	55.82	8.72	15.08	5.07	<b>0.000</b>

\*n=37 \*\*Independent Sample t Test

Tablo 4.3'de araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki bireylerin yaşam kalitesini değerlendiren Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (SF-36) danışmanlık sonrası 6. ayda aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Fiziksel fonksiyon puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t=3.56$ ,  $p=0.001$ ). Deney grubunun puan ortalaması ( $64.21 \pm 11.12$ ), kontrol grubundan ( $52.35 \pm 16.93$ ) daha yüksektir (Tablo 4.3).

Deney grubunun fiziksel rol fonksiyon puan ortalamasının ( $67.75 \pm 11.36$ ) kontrol grubundan ( $55.27 \pm 16.91$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $t=3.72$ ,  $p=0.000$ ).

Bedensel ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $t=4.42$ ,  $p=0.000$ ). Deney grubunun puan ortalaması ( $70.18 \pm 10.90$ ), kontrol grubundan daha yüksektir (Tablo 4.3).

Genel sağlık puan ortalamalarına göre, kontrol grubunun puan ortalamasının ( $57.97\pm 15.73$ ) deney grubundan ( $72.54\pm 11.54$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $t=4.54$ ,  $p=0.000$ ) (Tablo 4.3).

Deney ve kontrol gruplarının canlılık/zindelik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $t=3.82$ ,  $p=0.000$ ). Deney grubunun canlılık/zindelik puan ortalamaları ( $71.40\pm 13.85$ ) kontrol grubundan ( $58.56\pm 15.03$ ) yüksektir (Tablo 4.3).

Sosyal fonksiyon puan ortalamaları değerlendirildiğinde; deney grubunun puan ortalamasının ( $71.21\pm 11.26$ ), kontrol grubundan ( $54.78\pm 17.41$ ) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $t=4.81$ ,  $p=0.000$ ) (Tablo 4.3).

Duygusal rol puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ( $t=4.82$ ,  $p=0.000$ ). Deney grubunun puan ortalaması ( $73.24\pm 10.87$ ) kontrol grubundan ( $56.91\pm 17.45$ ) daha yüksektir (Tablo 4.3).

Genel ruh sağlığı puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t=4.55$ ,  $p=0.000$ ). Deney grubunun puan ortalamasının ( $72.40\pm 11.01$ ) kontrol grubunun puan ortalamasından ( $55.83\pm 19.21$ ) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Toplam yaşam kalitesi puanlarına göre, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu ( $t=5.07$ ,  $p=0.000$ ) ve deney grubunun puan ortalamasının ( $70.37\pm 8.72$ ) kontrol grubunun puan ortalamasından ( $55.82\pm 15.08$ ) daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

**Tablo 5. Nakil Olan Bireylerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

BDE Puan Ortalamaları	Mean		Sd		Anlamlılık Derecesi	
	Deney*	Kontro*	Deney	Kontrol	t**	P
<b>1. ay</b>	10.43	12.81	6.82	8.53	1.32	0.190
<b>3. ay</b>	10.91	14.78	7.03	9.01	2.05	<b>0.044</b>
<b>6. ay</b>	9.81	16.18	5.23	8.04	4.04	<b>0.000</b>

\*n=37 \*\*Independent Sample t Test

Tablo 5’te nakil olan bireylerin deney grubuna verilen danışmanlık sürecinin tamamlandığı 1, 3 ve 6. aydaki BDE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Deney grubunun BDE puan ortalamalarının 1. ay  $10.43 \pm 6.82$ , 3. ay  $10.918 \pm 7.03$  ve 6. ay  $9.81 \pm 5.23$  olduğu, kontrol grubunun puan ortalamalarının 1. ay  $12.81 \pm 8.53$ , 3. ay  $14.78 \pm 9.01$  ve 6. ay  $16.18 \pm 8.04$  olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun 1. aydaki BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $t=1.32$ ,  $p=0.190$ ) (Tablo 5).

Deney ve kontrol grubunun 3 ve 6. ayda BDE’den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (3.ay;  $t=2.05$ ,  $p=0.044$  ve 6. ay;  $t=4.04$ ,  $p=0.000$ ). Kontrol grubunda BDE puan ortalamalarının 3 ve 6. ayda deney grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 6. Nakil Olan Bireylerin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları	Grup	Mean	Sd	Anlamlılık Derecesi		
				t**	P	
1. ay	Durumluk	Deney*	34.45	9.30	0.36	0.713
		Kontrol*	35.21	8.29		
	Sürekli	Deney	31.89	8.58	4.57	<b>0.000</b>
		Kontrol	40.45	7.48		
3.ay	Durumluk	Deney	33.72	8.00	3.69	<b>0.000</b>
		Kontrol	40.21	7.08		
	Sürekli	Deney	31.86	9.15	6.11	<b>0.000</b>
		Kontrol	43.83	7.61		
6. ay	Durumluk	Deney	29.89	7.56	6.70	<b>0.000</b>
		Kontrol	42.02	8.00		
	Sürekli	Deney	27.97	7.22	9.29	<b>0.000</b>
		Kontrol	44.56	8.10		

\*n=37 \*\*Independent Sample t Test

Tablo 6’da deney ve kontrol grubunun danışmanlık sonrası 1, 3 ve 6. aydaki Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Grupların Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları arasında 1, 3 ve 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (1. ay;  $t=4.57$ ,  $p=0.000$ ; 3. ay;  $t=6.11$ ,  $p=0.000$  ve 6. ay;  $t=9.29$ ,  $p=0.000$ ). Kontrol grubunun Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının deney grubundan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubunun Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları arasında 1. ayda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (1. ay;  $t=0.36$ ,  $p=0.713$ ).

Deney ve kontrol grubunun 3 ve 6. aydaki Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (3. ay;  $t=3.69$ ,  $p=0.000$  ve 6. ay;  $t=6.70$ ,  $p=0.000$ ). Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamalarının kontrol grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 7.1. Nakil Olan Bireylerin 1. Ay'da Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği (PAIS-SR) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

PAIS-SR Alt Boyutları	Mean		Sd		Anlamlılık Derecesi	
	Deney*	Kontrol*	Deney	Kontrol	t**	P
Sağlık bakımı/oryantasyon	5.51	6.10	2.73	4.14	0.72	0.469
Meslek	6.70	9.89	3.26	4.00	3.75	<b>0.000</b>
Aile çevresi	6.62	8.02	3.13	4.45	1.57	0.121
Cinsel ilişki	6.45	7.97	3.52	5.77	1.36	0.178
Geniş aile ilişkisi	5.02	4.45	2.87	3.80	7.24	0.471
Sosyal çevre	6.48	8.05	3.19	4.89	1.63	0.108
Psikolojik alan	4.08	5.10	2.19	3.91	1.39	0.168
<b>Toplam puan</b>	40.75	49.45	14.88	20.16	2.11	<b>0.038</b>

\*n=37 \*\*Independent Sample t Test

Tablo 7.1.'de nakil olan bireylerin danışmanlık sonrası 1. ayda Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Ölçekten alınan toplam uyum puan ortalamalarına bakıldığında; deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $t=2.11$ ,  $p=0.038$ ) ve kontrol grubu puan ortalamasının ( $49.45\pm 20.16$ ) deney grubundan ( $40.75\pm 14.88$ ) daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

PAIS-SR Ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık bakımı/ oryantasyon ( $t=0.72$ ,  $p=0.469$ ), aile çevresi ( $t=1.57$ ,  $p=0.121$ ), cinsel ilişki ( $t=1.36$ ,  $p=0.178$ ), geniş aile ilişkisi ( $t=7.24$ ,  $p=0.471$ ), sosyal çevre ( $t=1.63$ ,  $p=0.108$ ) ve psikolojik alana ( $t=1.39$ ,  $p=0.168$ ) ilişkin alt boyut puan ortalamaları açısından kontrol ve deney grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken, sadece meslek alt boyutunda ileri derecede anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $t=3.75$ ,  $p=0.000$ ). Deney grubunun meslek alt boyutu puan ortalamasının ( $6.70\pm 3.26$ ) kontrol grubundan ( $9.89\pm 4.00$ ) daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 7.1).



**Tablo 7.2. Nakil Olan Bireylerin 3. Ay'da Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği (PAIS- SR) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

PAIS-SR Alt Boyutları	Mean		Sd		Anlamlılık Derecesi	
	Deney*	Kontrol*	Deney	Kontrol	t**	P
<b>Sağlık bakımı/oryantasyon</b>	4.64	6.94	1.88	3.59	3.43	<b>0.001</b>
<b>Meslek</b>	5.32	9.70	1.95	4.20	5.74	<b>0.000</b>
<b>Aile çevresi</b>	5.16	8.43	1.74	3.97	4.58	<b>0.000</b>
<b>Cinsel ilişki</b>	5.10	8.21	2.09	4.37	3.89	<b>0.000</b>
<b>Geniş aile ilişkisi</b>	4.08	5.40	1.67	3.11	2.27	<b>0.026</b>
<b>Sosyal çevre</b>	4.94	8.45	1.68	4.61	4.35	<b>0.000</b>
<b>Psikolojik alan</b>	3.32	6.02	1.51	3.96	3.87	<b>0.000</b>
<b>Toplam puan</b>	32.45	53.21	7.85	19.2	5.92	<b>0.000</b>

\*n=37 \*\*Independent Sample t Test

Tablo 7.2.'de grupların nakil sonrası 3. ayda PAIS-SR ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Ölçekten alınan toplam uyum puan ortalamalarına bakıldığında; deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu ( $t=5.92$ ,  $p=0.000$ ), kontrol grubu puan ortalamasının ( $53.21 \pm 19.82$ ) deney grubundan ( $32.45 \pm 7.85$ ) daha yüksek olduğu görülmektedir.

PAIS-SR alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; tüm alt boyutlarda deney ve kontrol grubu açısından anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (sağlık bakımı/oryantasyon  $t=3.43$ ,  $p=0.001$ ; aile çevresi  $t=1.57$ ,  $p=0.121$ ; meslek  $t=5.74$ ,  $p=0.000$ ; cinsel ilişki  $t=3.89$ ,  $p=0.000$ ; geniş aile ilişkisi  $t=2.27$ ,  $p=0.026$ ; sosyal çevre  $t=4.35$ ,  $p=0.000$ ; psikolojik alan  $t=3.87$ ,  $p=0.000$ ). Deney grubunun tüm alt boyutlardan aldığı puan ortalamalarının kontrol grubundan daha düşük olduğu belirlenmiştir (sağlık bakımı/oryantasyon deney (d)= $4.648 \pm 1.88$ , kontrol (k)= $6.945 \pm 3.59$ , meslek d= $5.324 \pm 1.95$ , k= $9.702 \pm 4.202$ , aile çevresi d= $5.162 \pm 1.74$ , k= $8.432 \pm 3.97$ , cinsel ilişki d= $5.108 \pm 2.09$ , k= $8.216 \pm 4.37$ , geniş

aile ilişkisi  $d=4.081\pm1.67$ ,  $k=5.405\pm3.11$ , sosyal çevre  $d=4.945\pm1.68$ ,  $k=8.459\pm4.61$  ve psikolojik alan  $d=3.324\pm1.51$ ,  $k=6.027\pm3.96$ ) (Tablo 7.2).

**Tablo 7.3. Nakil Olan Bireylerin 6. Ay'da Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği (PAIS-SR) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

PAIS-SR Alt Boyutları	Mean		Sd		Anlamlılık Derecesi	
	Deney*	Kontrol*	Deney	Kontrol	t**	P
Sağlık bakımı/oryantasyon	4.35	6.51	1.61	2.71	4.16	<b>0.000</b>
Meslek	4.86	7.64	1.49	3.25	4.72	<b>0.000</b>
Aile çevresi	4.78	6.97	1.87	2.66	4.09	<b>0.000</b>
Cinsel ilişki	4.54	6.78	2.07	3.74	3.18	<b>0.002</b>
Geniş aile ilişkisi	3.86	5.18	1.53	2.66	2.62	<b>0.011</b>
Sosyal çevre	3.86	7.27	1.31	3.46	5.59	<b>0.000</b>
Psikolojik alan	3.37	5.21	1.49	2.95	3.37	<b>0.001</b>
<b>Toplam puan</b>	<b>29.51</b>	<b>45.21</b>	<b>7.10</b>	<b>14.1</b>	<b>6.02</b>	<b>0.000</b>

\*n=37 \*\*Independent Sample t Test

Tablo 7.3.'de grupların nakil sonrası 6. ayda Psikososyal Uyum Özbildirim Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

PAIS-SR alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; tüm alt boyutlarda anlamlı fark bulunduğu (sağlık bakımı/oryantasyon  $t=4.16$ ,  $p=0.000$ ; meslek  $t=4.72$ ,  $p=0.000$ ; aile çevresi  $t=4.09$ ,  $p=0.000$ ; cinsel ilişki  $t=3.18$ ,  $p=0.002$ ; geniş aile ilişkisi  $t=2.62$ ,  $p=0.011$ ; sosyal çevre  $t=5.59$ ,  $p=0.000$ ; psikolojik alan  $t=3.37$ ,  $p=0.001$ ), deney grubunun tüm alt boyutlardan aldığı puan ortalamalarının kontrol grubundan daha düşük olduğu (sağlık bakımı/oryantasyon deney (d)= $4.351\pm1.61$ , kontrol (k)= $6.513\pm2.71$ , meslek  $d=4.864\pm1.49$ ,  $k=7.648\pm3.25$ , aile çevresi  $d=4.783\pm1.87$ ,  $k=6.973\pm2.66$ , cinsel ilişki  $d=4.540\pm2.07$ ,  $k=6.783\pm3.74$ , geniş aile ilişkisi  $d=3.864\pm1.53$ ,  $k=5.189\pm2.66$ , sosyal çevre  $d=3.864\pm1.31$ ,  $k=7.270\pm3.46$  ve psikolojik alan  $d=3.378\pm1.49$ ,  $k=5.216\pm2.95$ ) belirlenmiştir (Tablo 7.3.).

Ölçekten alınan toplam uyum puanı ortalamalarına bakıldığında; deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t=5.92$ ,  $p=0.000$ ). Kontrol grubu puan ortalaması ( $45.21\pm14.17$ ) deney grubundan ( $29.51\pm7.10$ ) daha yüksektir.

### 6.3. Yaşam Kalitesi, Depresyon, Kaygı Düzeyleri ve Psikososyal Uyum Ölçekleri Puan Ortalamalarının 1, 3 ve 6. Ay'daki Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde nakil olan bireylerin danışmanlık sonrası Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI TX-I/STAI TX-II) ve Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeğinden (PAIS-SR) aldıkları puanların 1, 3 ve 6. aydaki karşılaştırmaları yer almaktadır.

**Tablo 8.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) Puan Ortalamalarının 1, 3 ve 6. Aydaki Karşılaştırmaları**

Yaşam Kalitesi (SF-36) Puan Ortalamaları				Anlamlılık Derecesi					
Grup	Mean	Sd	F**/ p						
			1. ay-3.ay		3. ay-6.ay		1.ay-6. ay		
			Deney*	Kontrol*	Deney	Kontrol	Deney	Kontrol	
			F/p	F/p	F/p	F/p	F/p	F/p	
1. ay	Deney	61.89	7.72						
	Kontrol	47.28	16.88						
3. ay	Deney	64.55	14.88	5.178/	5.178/	7.832/	7.832/	5.678/	7.832/
	Kontrol	50.4	15.59	<b>0.004</b>	<b>0.007</b>	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.004</b>	<b>0.007</b>
6. ay	Deney	70.37	8.72						
	Kontrol	55.82	15.08						

\*n=37 \*\* Repeated Measures Anova Test

Deney grubunun yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı puan ortalamasının kontrol grubuna oranla 1, 3 ve 6. ayda giderek arttığı (1ay;  $61.89\pm7.729$ , 3.ay;  $64.55\pm14.88$ , 6. ay;  $70.37\pm8.72$ ) ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (1-3 ay;  $p=0.004$ , 3-6ay;  $p=0.000$ , 1-6ay;  $0.004$ ).

Kontrol grubunun 1, 3 ve 6. ayda yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı puan ortalamasının da giderek arttığı (1ay;  $47.28\pm16.88$ , 3.ay;  $50.43\pm15.59$ , 6.ay;  $55.82\pm15.08$ ) ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmakla birlikte (1-3 ay;  $p=0.007$ , 3-6ay;  $p=0.000$ , 1-6ay;  $0.007$ ) yaşam kalitesini puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 8.1).

**Tablo 8.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puan Ortalamalarının 1, 3 ve 6. Aydaki Karşılaştırmaları**

Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamaları				Anlamlılık Derecesi F**/p					
Grup	Mean	Sd	1. ay-3.ay		3. ay-6.ay		1.ay-6. ay		
			Deney* F/p	Kontrol* F/p	Deney F/p	Kontrol F/p	Deney F/p	Kontrol F/p	
1. ay	Deney	10.43	6.82						
	Kontrol	12.81	8.53						
3. ay	Deney	10.91	7.03	12.54/ 0.526	10.54/ <b>0.011</b>	21.14/ 0.100	12.54/ <b>0.011</b>	8.12/ 0.526	8.76/ <b>0.001</b>
	Kontrol	14.78	9.01						
6. ay	Deney	9.81	5.23						
	Kontrol	16.18	8.04						

\*n=37 \*\* Repeated Measures Anova Test

Deney grubundaki bireylerin BDE'den aldıkları puanın 1. aya göre 3. ayda arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (1-3ay; p=0.526). Deney grubunun danışmanlık sonrası 6. ayda BDE puan ortalamalarının 1 ve 3. aya oranla azaldığı (1ay; 10.43±6.82, 3.ay; 10.91±7.03, 6. ay; 9.81±5.23) ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (3-6ay; p=0.100, 1-6ay; p=0.526) saptanmıştır.

Kontrol grubunun BDE'den aldıkları puanın 1., 3. ve 6. ayda arttığı (1ay; 12.81±8.53, 3.ay; 14.78±9.01, 6. ay; 16.18±8.04); bu artışlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu (1-3ay; p=0.011, 3-6ay; p=0.011, 1-6ay; p=0.001) belirlenmiştir (Tablo 8.2).

**Tablo 8.3.1. Durumluk Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının 1, 3 ve 6. Aydaki Karşılaştırmaları**

Durumluk Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları				Anlamlılık Derecesi F**/ p					
Grup	Mean	Sd	1. ay-3.ay		3. ay-6.ay		1.ay-6. ay		
			Deney* F/p	Kontrol* F/p	Deney F/p	Kontrol F/p	Deney F/p	Kontrol F/p	
1. ay	Deney	34.45	9.30						
	Kontrol	35.21	8.29						
3. ay	Deney	33.72	8.00	6.122/ <b>0.017</b>	6.122/ <b>0.000</b>	6.122/ <b>0.017</b>	8.654/ <b>0.000</b>	6.122/ <b>0.017</b>	5.814/ <b>0.000</b>
	Kontrol	40.21	7.08						
6. ay	Deney	29.89	7.56						
	Kontrol	42.02	8.00						

\*n=37 \*\* Repeated Measures Anova Test

Deney grubunun Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamalarının 1, 3 ve 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı (1-3ay;  $p=0.017$ , 3-6ay;  $p=0.017$ , 1-6ay;  $p=0.017$ ) bulunmuştur.

Kontrol grubunun Durumluk Kaygı Envanterinden aldıkları puan ortalamalarının 1, 3 ve 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı (1-3ay;  $p=0.000$ , 3-6ay;  $p=0.000$ , 1-6ay;  $p=0.000$ ) belirlenmiştir (Tablo 8.3.1).

**Tablo 8.3.2. Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının 1, 3 ve 6. Aydaki Karşılaştırmaları**

Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları				Anlamlılık Derecesi F**/p					
Grup	Mean	Sd	1. ay-3.ay		3. ay-6.ay		1.ay-6. ay		
			Deney* F/p	Kontrol* F/p	Deney F/p	Kontrol F/p	Deney F/p	Kontrol F/p	
<b>1. ay</b>	Deney	31.89	8.58						
	Kontrol	40.45	7.48						
<b>3. ay</b>	Deney	31.86	9.15	5.334/ 0.054	5.334/ <b>0.001</b>	5.620/ 0.054	5.228/ <b>0.008</b>	5.334/ <b>0.025</b>	8.324/ <b>0.001</b>
	Kontrol	43.83	7.61						
<b>6. ay</b>	Deney	27.97	7.22						
	Kontrol	44.56	8.10						

\*n=37 \*\* Repeated Measures Anova Test

Deney grubunun Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının 1, 3 ve 6. ayda giderek azaldığı (1ay;  $31.89 \pm 8.58$ , 3.ay;  $31.86 \pm 9.15$ , 6. ay;  $27.97 \pm 7.22$ ) ve ortalamalar arasındaki farkın 1-6 ayda istatistiksel olarak anlamlı olduğu (1-6ay;  $p=0.025$ ), 1-3 ve 3-6 ayları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (1-3ay;  $p=0.054$ , 3-6ay;  $p=0.054$ ) bulunmuştur (Tablo 8.3.2).

Kontrol grubunun Sürekli Kaygı Envanterinden aldıkları puan ortalamalarının giderek arttığı (1ay;  $40.45 \pm 7.48$ , 3.ay;  $43.83 \pm 7.61$ , 6. ay;  $44.56 \pm 8.105$ ) ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (1-3ay;  $p=0.001$ , 3-6ay;  $p=0.008$ , 1-6ay;  $p=0.001$ ) saptanmıştır (Tablo 8.3.2).

**Tablo 8.4. Psikososyal Uyum-Öz bildirim Ölçeği (PAIS-SR) Puan Ortalamalarının 1, 3 ve 6. Aydaki Karşılaştırmaları**

PAIS-SR Puan Ortalamaları				Anlamlılık Derecesi F**/p					
Grup	Mean	Sd	1. ay-3.ay		3. ay-6.ay		1.ay-6. ay		
			Deney* F/p	Kontrol* F/p	Deney F/p	Kontrol F/p	Deney F/p	Kontrol F/p	
<b>1. ay</b>	Deney	40.75	14.88						
	Kontrol	49.45	20.16						
<b>3. ay</b>	Deney	32.45	7.85	7.34/ <b>0.000</b>	7.34/ <b>0.001</b>	6.124/ <b>0.000</b>	12.22/ 0.467	12.12/ <b>0.000</b>	12.34/ <b>0.001</b>
	Kontrol	53.21	19.82						
<b>6. ay</b>	Deney	29.51	7.10						
	Kontrol	45.21	14.17						

\*n=37 \*\* Repeated Measures Anova Test

Deney grubunun PAIS-SR'den aldıkları puan ortalamalarının 1, 3 ve 6. ayda giderek azaldığı (1ay; 40.75±14.88, 3.ay; 32.45±7.85, 6. ay; 29.51±7.10) ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (1-3ay; p=0.000, 3-6ay; p=0.000, 1-6ay; p=0.000) bulunmuştur (Tablo 8.4).

Kontrol grubunun PAIS-SR'den aldıkları puanlara bakıldığında; 1. ay ile 3. ay arasında puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı (p=0.001); 6. ayda 1. aya göre puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azaldığı (6. ay; 45.21±14.17); 3. ayla karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (p=0.467) belirlenmiştir (Tablo 8.4).

## 7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası süreçlerine uyumlarında verilen danışmanlık hizmetinin etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen deneysel bir çalışmadır.

Bu bölümde, böbrek nakli olan bireylere verilen danışmanlık hizmetinin nakil sonrası 1, 3 ve 6. aydaki psikososyal uyum, yaşam kalitesi, durumluk-sürekli kaygı ve depresyon düzeylerine etkilerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

### 7.1. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi ile İlgili Bulgularının Tartışılması

Bu bölümde, böbrek nakli olan bireylere verilen danışmanlık hizmetinin nakil sonrası yaşam kalitesine etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamında danışmanlık verilen deney grubunun 1. ayda SF-36 toplam puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). SF-36'dan alınan yüksek puan yaşam kalitesi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, nakil süreci boyunca danışmanlık almanın nakil sonrası erken dönemde yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Denhaeryncka ve ark (2007), böbrek nakli olan bireylerin yaşam kalitelerinin yükselebilmesi için hemşirelerden nakil süreci boyunca bilgi edinme, psikolojik ve sosyal destek almalarının önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Molnar ve ark. nın (2007), böbrek nakli olan bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirdiği çalışmada, 1. ayda toplam yaşam kalitesi puanlarının yükseldiğini bulmaları, çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Böbrek nakli olan birey organ reddi olasılığı, şiddetli yan etkileri olan ilaç tedavisine alışabilme ve düzenli kontrol zorunluluğu gibi birçok sorunla karşı karşıyadır (Hongxia, 2006). Bunların yanı sıra, enfeksiyon riski, tekrar hastaneye yatma ve beden görünümünde değişiklikler gibi endişeler de hastalar için stres oluşturabilmektedir. Bu sorunlarla mücadele edebilmek için, zihinsel ve davranışsal olarak harcanan çabalar hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Hongxia, 2006, Chen, Chen, Lee and Wang 2007). Hastanın

nakil öncesinden başlayarak tüm süreç boyunca gereksinim duyduğu desteğin sağlık profesyoneli tarafından karşılanması yaşam kalitesinin yükselmesine katkı sağlamaktadır. Üstündağ ve ark. nın (2007), böbrek nakli olan bireylerin yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, nakil olmanın yaşam kalitesini yükselttiğini ancak bu hastalara sağlık profesyonelleri tarafından psikolojik destek sağlanması ve eğitim verilmesinin yaşam kalitelerini daha da yükseltebileceği belirtilmiştir. Danışmanlık sürecinin erken dönemde yaşam kalitesini yükselttiğine ilişkin çalışma bulgusu literatürle uygunluk göstermektedir.

Çalışmada kontrol grubunun 1. ayda yaşam kalitesi puan ortalamalarının da yükseldiği ve kontrol grubunun %76.4'ünün nakil öncesinde hemodiyaliz ya da periton diyalizi aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Bulgular birlikte değerlendirildiğinde; nakil olmanın hemodiyaliz ya da periton diyalizine devam etmeye oranla yaşam kalitesini yükselttiği düşünülebilir. Çalışma bulgusu, literatürde kronik böbrek yetmezliğinin tedavi seçeneklerinden böbrek naklinin, hemodiyaliz ve periton diyalizi seçeneğine göre daha yüksek yaşam kalitesi sağladığını belirleyen çalışmalarla uygunluk göstermektedir (Johnson et al 1982, Penkower et al 2003, Acaray ve Pınar 2004, Kim, Schaubel, Jeffery and Fenton 2004, Griva et al 2006, Sağduyu ve ark 2006).

Leung (2003), böbrek nakli olan bireylere hemşireler tarafından psikososyal müdahaleler yapılmasının ve destekleyici bakım verilmesinin bireyin yaşam kalitesinin artmasına ve tedavi sürecinin daha rahat geçmesine olumlu katkı sağlayacağını belirtmiştir. Çalışmada hastaların nakil sonrası 3. ayda yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunun fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık zindelik, sosyal fonksiyon, duygusal rol ve genel ruh sağlığı alt boyutları puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer olarak toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları da deney grubunda kontrol grubuna göre yüksektir (Tablo 4.2). Çalışma bulguları, böbrek nakli olan bireylere verilen danışmanlık hizmetinin nakil sonrası 3. ayda yaşam kalitesini olumlu etkilediğini göstermektedir.

Nakil olan bireylerin ameliyat sonrası 6. ayda yaşam kalitesi (SF-36) puan ortalamalarına bakıldığında; deney grubunun hem her bir alt boyut, hem de



toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları kontrol grubuna oranla daha yüksektir (Tablo 4.3). Crone ve Wise (1999) böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası süreçlerine uyumlarında etkili olan faktörleri inceledikleri çalışmalarında, nakil ekibinin özellikle hemşirelerin hastayı nakil süreci boyunca desteklemeleri ve taburculuk sonrası ev ziyaretleri ile danışmanlık hizmeti vermelerinin yaşam kalitesinin yükselmesini sağladığını belirlemişlerdir. Fiebigger ve ark. nın (2004) böbrek nakli olan bireylerle yapmış oldukları çalışmada nakil sonrası yaşam kalitesi puan ortalamalarının operasyon sonrası giderek arttığı, profesyonel destek alanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmanın danışmanlık hizmeti alan deney grubunun kontrol grubuna oranla yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ve zamanla yaşam kalitesi puanlarının artmasına ilişkin bulguları literatürle uygunluk göstermektedir.

Yaşam kalitesi alt boyutları kendi içinde değerlendirildiğinde; deney grubunda danışmanlık sonrası son 3 aylık süreçte en yüksek puan ortalamasının duygusal rol alt boyutunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2,4.3). Danışmanlık sürecinin hastaların duygularına ilişkin farkındalığını olumlu etkilediği ve duygu ifade etmeyi kolaylaştırdığı düşünülebilir.

Danışmanlık sonrası 1, 3 ve 6. ayda yapılan kontrollerde yaşam kalitesi puan ortalamalarının deney grubunda kontrol grubuna göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 8.1). Bu bulgu, danışmanlık hizmeti vermenin yaşam kalitesini artırdığını ve bu artışın uzun süreli olarak devam ettiğini düşündürmektedir.

Deney ve kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamalarının 6. ayda en yüksek düzeye ulaştığı bulunmuştur (Tablo 4.3). Laupacis ve ark (1996) böbrek nakli olan 168 hastayı nakil sonrası 2 yıl boyunca izledikleri çalışmada, hastaların 1, 3 ve 6. ayda yaşam kalitesi puanlarının giderek arttığı ve 6. ayda en yüksek seviyeye ulaşarak sabit kaldığı belirtmişlerdir. Bu bulgu çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.

Kontrol grubunun 1, 3 ve 6. ayda yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı puan ortalamasının da giderek arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmakla birlikte, yaşam kalitesi puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 8.1). Bu bulgu, böbrek nakli olan bireyin herhangi bir

sağlık profesyonelinde nakil sürecinde destek almadan da yaşam kalitesinin zamanla artabileceğini ama ortalama düzeyde kaldığını göstermektedir. Literatürde böbrek nakli olan bireyin yaşam kalitesinin zamanla artış gösterdiğini belirleyen, bu anlamda çalışma sonuçları ile paralellik gösteren başka çalışmalar da yer almaktadır (Fujisawa et al 2000, Humar, Denny, Matas and Najarian 2003, Tanrıverdi ve ark 2004) . Öğütmen ve ark 2006).

Reimer ve ark (2002), 149 hemodiyaliz hastası ve 149 böbrek nakli olan bireyle yaptıkları çalışmada, böbrek hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin yüksek düzeye ulaşması için böbrek naklinin tek başına yeterli olmadığını, hastanın düzenli kontrollerinin sağlanması, psikososyal desteklerinin artırılması, ilaç kullanımının iyi yönetilmesi ve nakil sonrası dikkat edilmesi gereken alanlarda danışmanlık almaları ile yaşam kalitelerinin yükselebileceğini belirtmişlerdir. Çalışmada kontrol grubunun yaşam kalitesi puanının en yüksek düzeye ulaştığı 6. ayda da ortalama düzeyde kaldığının bulunması literatürle uygunluk göstermektedir (Tablo 8.1).

Araştırmanın yaşam kalitesine ilişkin bulguları ‘Hastaya verilen danışmanlık sonucunda deney grubunun kontrol grubuna göre 1, 3 ve 6. aydaki Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olacak.’ şeklindeki hipotezini doğrular özelliindedir.

Çalışmanın yaşam kalitesine ilişkin bulguları genel olarak değerlendirildiğinde verilen danışmanlığın yaşam kalitesini yükselttiği söylenebilir.

## **7.2. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Depresyon Düzeyi ile İlgili Bulgularının Tartışılması**

Bu bölümde, danışmanlık vermenin böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası depresyon düzeyine etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Crone ve Wise'nin (1999) belirttiğine göre, böbrek nakli sonrası erken dönemde, hastalarda immünoşpresif kullanımı ve böbrek reddi olasılığı nedeniyle depresyon görülebilmektedir. Arapaslan, Soykan A, Soykan C. ve Kumbasar'ın (2004) yapmış oldukları bir çalışmada, böbrek nakli olan bireylerde %50 oranında ruhsal bozukluk görüldüğünü, bunların %25'inin majör depresyon

olduğunu belirtmişlerdir. Sağduyu ve ark (2006), böbrek nakli olan bireylerin %36.7'sinin depresyon deneyimlediğini saptamıştır. Benzer olarak; Fraizer et al (1995), böbrek nakli olan bireylerde depresyon görülebileceğini ve bu durumun profesyonel destekle çözümlenebileceğini bildirmişlerdir.

Böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası 1. ayda BDE puan ortalamalarına bakıldığında, deney grubu ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve her iki grubun puan ortalamalarının 17'nin altında olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Araştırma bulgusu nakil sonrası ilk ayda hastaların hafif düzeyde depresif belirtiler gösterdiklerini ve nakil sürecinde verilen danışmanlık hizmetinin nakil sonrası erken dönemdeki depresif belirtileri azaltmakta etkin olmadığını düşündürmektedir. Penkower ve ark. nın (2003) 22 hasta ile 1 yıllık görüşmelerle yürüttükleri çalışmada; hastaların %36.4'ünde depresyon belirtilerinin olduğunu ve belirtilerin nakil sonrası erken dönemde geliştiğini bulmaları çalışma bulguları ile çelişmektedir.

Donald ve Kornfeld (2002), transplant ekibinin, nakil sonrası gelişen depresyon, kaygı ve uyum bozukluğu gibi ruhsal sorunları önlemek için, bireyin nakil öncesi psikososyal açıdan değerlendirilmesi ve nakil sonrası sürece yönelik olası riskler hakkında bilgilendirilmesinin gerekli olduğunu vurgulamıştır. Sağduyu ve Özel (2000), böbrek nakli adaylarını inceledikleri çalışmalarında; nakil adaylarının %13.8'inin depresyon ve %6.7'sinin kaygı bozukluğu gibi ruhsal sorunlar yaşayabildiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmalar ve çalışmanın erken dönemde danışmanlığın depresyondan korunmada yeterince etkili olmadığına ilişkin bulguları dikkate alındığında, nakil öncesi olabildiğinde erken dönemde nakil adaylarına danışmanlık hizmetinin verilmesi gerektiği düşünülebilir.

Deney grubuna verilen danışmanlık hizmeti sonrası 3. ayda hafif düzeyde depresif belirtiler görülmekle birlikte, kontrol grubunda BDE puan ortalamalarının artmaya devam ettiği ve deney grubunun BDE puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı biçimde düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Bulgular birlikte değerlendirildiğinde; danışmanlık hizmeti vermenin depresyondan tamamen koruyamasa da tedavi gerektirecek düzeye ulaşmamasına katkı sağladığı düşünülebilir. Denhaerynck ve ark (2007),

böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası ilerleyen dönemlerde immünosupresif kullanımının yan etkilerine bağlı olarak depresyon yaşayabildiklerini bunu önlemek için nakil öncesinden itibaren sağlık profesyonelinden destek almaları gerektiğini belirtmişlerdir.

Nakil olan bireylerin 6. aydaki BDE puan ortalamalarına bakıldığında, kontrol grubunun ileri derecede anlamlı farkla daha yüksek puan aldığı ancak 17 puanın üzerine çıkmadığı belirlenmiştir (Tablo 5). Literatürdeki bazı çalışmalar, böbrek nakli olan bireylerin, nakil sonrası geç dönemde depresyon bulguları gösterebileceğini belirtmiştir (Sensky 1989, Arapaslan ve ark 2004). Hastaların BDE puan ortalamaları 1, 3 ve 6. aylarda karşılaştırıldığında, deney grubunun 3. ayda BDE puan ortalamasının, 1. aya oranla istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir farkla arttığı, kontrol grubunun BDE puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkla arttığı saptanmıştır (Tablo 8.2). Bu bulgu, böbrek nakli olan bireye verilen danışmanlık hizmetinin depresyon düzeyleri üzerine üçüncü aydan itibaren olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir.

6. ayda deney grubundaki hastaların depresyon puan ortalamaları 10 puanın altına düşerken, kontrol grubundaki hastaların depresyon puan ortalamaları 3. aya göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla yükselmiş ve tedavi gerektiren depresyon düzeyi olarak kabul edilen 17'ye yaklaşmıştır. Bu bulgu verilen danışmanlık hizmetinin hastaların depresyon belirtilerinin azalmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Genel olarak böbrek nakli sonrası deney ve kontrol grubunun BDE puan ortalamaları erken ve geç dönem açısından incelendiğinde; deney grubunun BDE puanının 1. aya oranla 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir farkla azaldığı, kontrol grubunun BDE puanının istatistiksel olarak anlamlı bir farkla arttığı belirlenmiştir (Tablo 8.2). Bu bulgular deney grubuna verilen danışmanlık hizmetinin depresyon düzeyi üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Araştırmanın 6. aydaki bulguları ‘Verilen danışmanlık sonucu deney grubunda 1, 3 ve 6. aydaki BDE puan ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla düşük saptanacak.’ şeklindeki hipotezini doğrular niteliktedir.

### **7.3. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Durumluk ve Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Tartışılması**

Bu bölümde, danışmanlık vermenin böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası durumluk-sürekli kaygı düzeylerine etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Fukunishi ve ark. nın (1997) böbrek nakli olan bireylerle yaptıkları çalışmada, nakil sonrası erken dönemde, hastaların organ reddi olasılığı ve yoğun immünosupresif ilaç kullanımının yol açtığı yan etkiler nedeniyle kaygı düzeylerinin yükselebileceğini belirtilmiştir. Baines, Joseph ve Jindal'ın (2002), böbrek nakli olan bireylerle yaptıkları çalışmada, hastaların üçte ikisinden fazlasında nakil sonrası erken dönemde, organ reddi olasılığı nedeniyle kaygı geliştiğini saptamışlardır.

Deney ve kontrol grubunun 1. ayda Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamalarına bakıldığında, deney grubunun durumluk kaygı puan ortalaması kontrol grubuna göre düşük olmakla beraber, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 6). Durumluk kaygı düzeyinin içinde bulunan andaki kaygı düzeyini belirlediği ve envanterin hastaların genel kontrollere geldiği poliklinik randevusu sırasında uygulandığı dikkate alındığında bulgunun beklendik olduğu söylenebilir. Bu bulgu, hastaların kontrol sonuçlarına ilişkin kaygılarının durumluk kaygı düzeyinin yüksek olmasına neden olabileceği ile açıklanabilir.

Nakil olan bireylerin 1. ayda Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farkla düşük bulunmuştur (Tablo 6). Bu bulgu, deney grubuna verilen danışmanlık hizmetinin sürekli kaygı düzeyi üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir. Kleinknecht, Neuhaus ve Landolt (2009), böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası sürece ilişkin kaygı yaşayabileceğini, bu durumla başetmek için hemşirelerin hastalığa ilişkin bilgi verme, sosyal desteklerden yararlanma konusunda destekleme ve tedaviye uyum konularında eğitim vermelerinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma bulgusu literatürle paralellik göstermektedir.

Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamalarına bakıldığında, 1. ayda her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamışken, 3. ayda deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo

6). Bulgu, rutin sağlık kontrolleri 6ncesinde kontrol grubundaki bireylerin kaygı d6zeylerinde artış olduğunu g6stermektedir. Deney grubundaki bireylerin sosyal yaşama uyum, spor, beslenme, cinsel yaşam ve benzeri konulara ilişkin danışmanlık almasının, nakil sonrası ilerleyen d6nemlerde kaygı d6zeylerinin azalmasına katkıda bulunduğu d6ř6n6lebilir.

S6rekli kaygı d6zeyi 3. ayda değerlendirildiğinde; kontrol grubunun kaygı d6zeyinin deney grubuna g6re daha y6ksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Deney grubuna verilen danışmanlığın nakil sonrası s6reçte karşılaşabilecek olası sorunları ve başetmeyi kapsadığı d6ř6n6ld6đ6nde bulgunun beklendik olduğu s6ylenebilir. Ratcliffe ve ark (2002), hastaların durumluk ve s6rekli kaygı d6zeylerinin nakil s6recinde y6kselmesinin olası bir durum olduğunu, bu durumu 6nlemek için bireylerin nakil s6recine ilişkin bilgilendirilmelerinin, kaygı ile başetmeleri konusunda destekleyici hemşirelik m6dahalelerinde bulunulmasının gerekli olduğunu vurgulamışlardır. Araştırmada kaygı d6zeyi d6ř6k olarak belirlenen deney grubundaki bireylere danışmanlık hizmeti kapsamında uygulanan kaygı ile başetmelerini destekleyici m6dahalelerin etkili olduğu d6ř6n6lebilir.

Deney ve kontrol grubunun 6. aydaki s6rekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir, Kontrol grubunun, s6rekli kaygı puan ortalaması deney grubuna g6re y6ksektir. Deney grubunun s6rekli kaygı puan ortalamasının giderek azaldığı ve 6. ayda en d6ř6k seviyeye indiği belirlenmiştir (Tablo 6). B6brek nakli olan hastaların nakil s6reci boyunca sağlık profesyoneli tarafından verilen danışmanlık hizmetinden yararlanmalarının s6rekli kaygı d6zeylerinin azalmasını desteklediği s6ylenebilir.

Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları 6. ayda değerlendirildiğinde, deney grubunun durumluk kaygı envanteri puan ortalaması istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olarak d6ř6k bulunmuştur (Tablo 6).

Durumluk-S6rekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları 6 aylık s6re içinde karşılaştırıldığında, deney grubunun 1.aydaki s6rekli kaygı puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 3. ayda azalmış olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun s6rekli kaygı puan ortalaması 3. ayda 1. aya oranla istatistiksel olarak anlamlı bir farkla artış g6stermiştir. Benzer olarak

kontrol grubunun 6. aydaki sürekli kaygı puan ortalamaları ise 3. aya göre istatistiksel olarak anlamlı farkla yükselmiştir (Tablo 8.3.2). Bulgular, danışmanlık hizmeti alan hastaların genel kaygı düzeylerinin giderek azaldığını ve danışmanlık hizmeti almayan kontrol grubunun genel kaygı düzeylerinin giderek arttığını göstermektedir.

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının zamanla göstermiş olduğu değişimler çalışmanın “Verilen danışmanlık sonucunda deney grubunda 1, 3 ve 6. aydaki Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin genel kaygı düzeyini belirleyen sürekli kaygı puan ortalamaları kontrol grubuna göre düşük saptanacak” şeklindeki hipotezini doğrular niteliktedir.

#### **7.4. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Hastalığa Psikososyal Uyum ve Özbildirim ile İlgili Bulgularının Tartışılması**

Baylis ve ark. nın (2009) böbrek nakli olan bireylerin olası risklerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, nakil olan bireyin nakil sürecinde yaşayabileceği psikososyal uyum bozukluğunun nedenlerinin immünosupresif kullanımına ilişkin karışık prosedür ve hastanın psikososyal yatkınlığı olduğu açıklanmıştır. Aynı çalışmada, bu riskleri azaltmak için sağlık profesyonellerinin danışmanlık hizmetlerini önemsemeleri gerektiği vurgulanmıştır.

Psikososyal uyum ve özbildirim ölçeği (PAIS-SR)'nden 1. ayda alınan toplam uyum puan ortalamalarına bakıldığında; kontrol grubunun puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde deney grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 7.1). Deney grubunun psikososyal uyum toplam puanı 1. ayda “orta derecede iyi psikososyal uyumu” uyumu göstermektedir. Deney grubuna verilen destekleyici psikososyal müdahaleleri de içeren danışmanlık hizmetinin böbrek nakli olan bireyin yeni yaşamına uyum sürecine olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir.

Messias ve Skotzko' nun (2000), böbrek nakli olan bireylerle yaptıkları çalışmada; nakil sonrası bireylerde %20 oranında psikososyal uyum bozukluğu görülebildiğini belirtilmiştir. Aynı çalışmada, nakil sonrası hastanın ruhsal sorunlar yaşamasını önlemek ve yeni yaşamına uyumunu artırmak amaçlı hizmetlerin organ nakli ekibinin görevi olduğu vurgulanmıştır. Messias ve

Skotzko'ya göre (2000) organ nakli ekibi KLP ekibi işbirliği yaparak nakil olan bireyin başetme yöntemlerini güçlendirmeli ve bireyin gereksinim duyduğu konularda danışmanlık almasını sağlamalıdır. Danışmanlık hizmetinin erken dönem olan 1.ayda uyumu artırdığına ilişkin çalışma bulgusu literatürle uygunluk göstermektedir.

Ölçeğin alt boyutlarından; sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, cinsel ilişkiler, sosyal çevre ve psikolojik alan puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte, puan ortalamalarının deney grubunda kontrol grubuna oranla düşük olduğu bulunmuştur. PAIS-SR'nin sadece meslek/iş çevresi alt boyutunda deney grubunun istatistiksel olarak anlamlı bir farkla kontrol grubundan daha düşük puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 7.1). Deney grubunun %37.8'inin serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Bulgular birlikte değerlendirildiğinde ve nakil sonrası serbest meslek sahibi olan hastaların 1. ayda iyileşme sürecinde olmalarına rağmen iş yaşamlarına dönmek zorunda kalabilecekleri dikkate alındığında danışmanlık hizmetinin meslek/iş çevresine uyumu kolaylaştırmış olabileceği düşünülmektedir. Bununla beraber diğer alt boyutların erken dönemde önemli ölçüde değişmediğine ilişkin bulgular, nakil sonrası ilk ayda iyileşme sürecinin başında olunması, yara iyileşmesinin tamamlanmaması, enfeksiyon ve böbrek reddi olasılığının daha yüksek olması ile açıklanabilir.

PAIS-SR ölçeği puan ortalamaları 3. ayda değerlendirildiğinde, tüm alt boyut puan ortalamaları ve toplam psikososyal uyum puan ortalaması açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 7.2). Deney grubunun psikososyal uyum toplam puanı 3. ayda da "iyi psikososyal uyumu" göstermektedir. Bu bulgular, nakil sürecinde danışmanlık hizmeti alınanın nakil sonrası sürece olumlu etkilerini göstermektedir.

Sağduyu ve ark. nın (2006), böbrek nakli olan hastalarla yaptıkları çalışmada, nakil sürecine ilişkin bilgilendirilen bireylerin, nakil sonrası sürece psikososyal uyumlarının kolaylaştığını, bu anlamda bireyin sağlık profesyonelinden destek almalarının önemli olduğunu vurgulamışlardır. Araştırmada nakil sonrası sürece ilişkin bilgilendirme yapıldığı dikkate alındığında deney grubunun iyi psikososyal uyum sağladıkları bulgusu literatürle uygunluk göstermektedir.



PAIS-SR alt boyutları kendi içinde değerlendirildiğinde; deney grubunda danışmanlık sonrası 6 aylık süreçte en düşük puan ortalamasının psikolojik alan alt boyutunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 7.1,7.2.7.3). En iyi psikosozal uyumun sağlandığı alanın psikolojik alan oluşu; danışmanlık sürecinde yer alan stresle başetme, sosyal destek sağlama, psikolojik sorunlara ilişkin değerlendirme ve gerekli müdahalelerin yapılması ile açıklanabilir.

PAIS-SR 6. ayda değerlendirildiğinde; deney grubunun alt boyutlar ve genel psikosozal uyum puan ortalamalarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 7.3). Ayrıca deney grubunun psikosozal uyum toplam puanı bu ayda “iyi psikosozal uyumun” devam ettiğini göstermektedir. Nakil öncesi dönemde başlayan ve nakil süreci boyunca devam eden danışmanlık hizmetinin bireyin yeni yaşamına psikosozal uyumunu kolaylaştırıcı biçimde etkili olduğu ve bu etkinliğin uzun süreli olarak devam ettiği düşünülmektedir.

Araştırmanın PAIS-SR puan ortalamaları ‘Verilen danışmanlık sonucunda deney grubunun 1, 3 ve 6. aydaki Psikosozal Uyum- Özbildirim Ölçeği (PAIS-SR) ve alt ölçek puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farkla kontrol grubuna göre düşük olacak.’ şeklindeki hipotezi 3 ve 6. ayları doğrular niteliktedir.

Nakil sonrası süreçte genel iyilik halinden söz edebilmek için hastaların kaygı, depresyon gibi ruhsal sorunlar yaşamamaları, farklılaşan yaşamlarına psikosozal uyum sağlayabilmeleri ve yaşam kalitelerinin yükselmesi gereklidir. Çalışmada deney grubundaki hastaların depresif belirtilerinin uzun dönemde azaldığı, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin düştüğü, psikosozal uyum ve yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar; verilen danışmanlık hizmetinin etkin olduğu gösterir niteliktedir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

1. Organ nakli merkezlerinde psikiyatri hemşirelerinin de yer aldığı nakil ekiplerinin oluşturularak yaygınlaştırılması,

2. Ameliyat öncesi, böbrek nakli adaylarının sürece ilişkin danışmanlık almalarını sağlayacak programlar geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve bu uygulamaların süreklilik kazanması,
3. Ameliyat öncesi daha erken dönemde başlayan ve daha büyük örnekleme kapsayan ve daha uzun süreli danışmanlık programlarının yürütülebileceği çok merkezli çalışmalar yapılması,
4. Danışmanlık hizmetinin diğer ruhsal problemlere etkilerinin değerlendirilmesi,
5. Nakil öncesi depresif duygu durumu içerisinde olan, hastalığa psikososyal uyumda zorlanan ve kaygı düzeyi yüksek böbrek hastalarının belirlenerek, nakil süreci boyunca daha yakın takip edilmelerinin sağlanması önerilebilir.

## 8. KAYNAKLAR

1. Acaray A, Pınar R. (2004). Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 8(1): 1-11.
2. Achille MA, Ouelette A, Fournier S, Josee Hebert M, Girardin C, Paquet M. (2004). Impact of transplant-related stressors and feelings of indebtedness on psychosocial adjustment following kidney transplantation. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(1): 63-73.
3. Adaylar M. (1995). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum, Adaptasyon, Algı ve Özbakım Yönelimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B. Yürügen).
4. Akyolcu N. (2002). Patient education in renal transplantation. *The Journal of Renal Care*, 28(4): 176-179.
5. Alican F. (1993). Transplantasyon. Afa Matbaacılık, 1. Baskı, İstanbul, s. 50-62.
6. Allenbach A, Steinmiller EA. (2004). Waiting together: translating the principles of therapeutic relationships one step further. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing*, 9(1): 24-32.
7. Amerena P, Wallace P. (2009). Psychological experiences of renal transplant patients: A qualitative analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 1: 1-7.
8. Andreucci VE, Kerr DNS, Kopple JD. (2004). Rights of chronic renal failure patients undergoing chronic dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplant*, 19: 30-38.
9. Arapaslan B, Soykan A, Soykan C, Kumbasar H. (2004). Cross-sectional assessment of psychiatric disorders in renal transplantation patients in Turkey: A preliminary study. *Transplantasyon Proceedings*, 36: 1419-1421.
10. Ateş F. (2010). Kronik böbrek yetmezliği, diyaliz ve böbrek naklinin cinsel ve üreme işlevleri üzerindeki etkileri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52: 229-236.

11. Baines LS, Joseph JT, Jindal RM. (2002). Emotional issues after kidney transplantation: A prospective psychotherapeutic study. *Clinical Transplantation*, 16(6): 455- 460.
12. Baylis J, Burks R, Colletta JL, Cooley PM, Flores J, Goldstein M, Hendricks M, Peabody DD, Peters TG, Power EM, Russell CL, Sebers T, Torrence SM, Webb AW, Weimert N, Goodman C. (2009). Defining high risk in adult kidney transplantation. *Prog Transplant*, 19(3): 252-8.
13. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8: 77- 100.
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 53-63.
15. Bennett PN, Hany A. (2009). Barriers to kidney transplants in Indonesia: a literature review. *International Nursing Review*, 56: 41-49.
16. Berkoben M, Schwab S. (1999). Dialysis or transplantation: fitting the treatment to the patient. *Annual Review of Medicine*, 50: 193-205.
17. Birol L. (2007). Hemşirelik Süreci (Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım), Etki Matbaacılık, 8.Baskı, İzmir, s.62-63.
18. Bois MS, Barfield NB, Taylor CE, Dyass Ross C. (1968). Nursing care of patients having kidney transplants. *American Journal of Nursing*, 6: 1238-1247.
19. Bonner A, Walker A. (2004). Nephrology nursing: blurring the boundaries: the reality of expert practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 210–218.
20. Burton HJ, Kline SA, Lindsay RM, Heidenheim AP. (1986). The Relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Medicine*, 48, No: ¾: 261-269.
21. Butt Z, Yount SE, Caicedo JC, Abecassis MM, Cella D. (2008). Quality of life assesment in renal transplant: review and future directions. *Clinical Transplantation*, 22: 292-303.
22. Cass A, Cunningham J, Snelling P, Wang Z, Hoy W. (2003). Renal transplantation for Indigenous Australians: Identifying the barriers to equitable Access. *Ethnicity &Health*, 8(2): 111-119.

23. Chen WC, Chen CH, Lee PC, Wang WL. (2007). Quality of life, symptom distress, and social support among renal transplant recipients in Southern Taiwan: A correlational study, *Journal of Nursing Research*, 15(4): 319-329.
24. Chilcot J, Wellsted D, Da Silva-Gane M, Farrington K. (2008). Depression on Dialysis. *Nephron Clinical Practice*, 108: 256-264.
25. Craven JL, Rodin GM, Littlefield CH. (1988). The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *Int J Psychiatry Med*, 18: 373-382.
26. Crone CC, Wise T. (1999). Psychiatric aspects of transplantation III: Postoperative issues, *Critical Care Nurse*, 19(4): 28-39.
27. Crone CC, Gabriel GM. (2004). Treatment of anxiety and depression in transplant patients: pharmacokinetic considerations. *Clinical Pharmacokinetics*, (6):361-394.
28. Cukor D, Peterson RA, Cohen SD, Kimmel PL. (2006). Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. *Nature Reviews Nephrology*, 2: 678-687.
29. Çelik HC, Acar T.(2007). Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 12(1): 23-27.
30. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. (2008). Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45:78-84.
31. Derogatis LR. (1986). The Psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res*, 30(1): 77-91.
32. Demirbaş A, Aşçı B. (2007). 99 Sayfada böbrek nakli, Sena Ofset, 1. Baskı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, s: 14-17,39-43.
33. Denhaeryncka K, Steigerb J, Bockc A, Schafer-Kellera P, Oferc SK, Thannbergerb N, De Geest S. (2007). Prevalence and risk factors of non-adherence with immunosuppressive medication in kidney transplant patients. *American Journal of Transplantation*, 7: 108–116.

34. Di Martini A, Twillman R. (1994). Organ transplantation and paranoid schizophrenia. *Psychosomatics*, 35: 159-161.
35. Doğukan A, Tokgöz B, Oymak O, Taşkapan H, Sözüer E, Yılmaz Z, Patiroğlu T, Düşünsel R, Utaş C. (2003). Böbrek transplantasyonu uygulanan olgular: 5 yıllık sonuçların analizi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 25(2): 86-91.
36. Donald S, Kornfeld MD. (2002). Consultation-Liaison Psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiatry*, 159: 1964-1972.
37. Einwohner R, Bernardini J, Fried L, Piraino B. (2004). The effect of depressive symptoms on survival in peritoneal dialysis patients. *Peritoneal Dialysis International*, 24: 256-263.
38. Elliott R, Larson K. (2010). Legal Nurse Consultant: A Role for Nephrology Nurses. *Nephrology Nursing Journal*, 37(3): 297-300.
39. Erek E, Süleymanlar G, Serdengeçti K. (2002). Nephrology, dialysis and transplantation in Turkey. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 17: 2087-2093.
40. Fallon M, Gould D, Wainwright SP. (1997). Stress and quality of life in the renal transplan patient: a preliminary investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 562-570.
41. Fiebiger W, Mitterbauer C, Oberbaouer R. (2004). Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(2): 1-6.
42. Fisher R, Gould D, Wainwright SP, Fallon M. (1998). Quality of life after renal transplantation. *Journal of Clinical Nursing*, 7: 553-563.
43. Fonouni H, Golriz M, Mehrabi A, Oweira H, Schmied BM, Müller SA, Jarahian P, Tahmasbi Rad M, Esmaeilzadeh M, Tönshoff B, Weitz J, Büchler MW, Zeier M, Schmidt J. (2010). The role of an interdisciplinary transplant team on living donation kidney transplantation program *Transplantation proceedings*, 42(1): 137-40.
44. Forsberg A, Lorenzon U, Nilsson F, Backmana L. (1999). Pain and health related quality of life after heart, kidney, and liver transplantation. *Clinical Transplantation*, 13: 453-460.

45. Fortun J, Martin-Davila M, Pascual J, Cervera C, Moreno A, Gavalda J, Aguado JM, Pereira P, Gurgui M, Carratala J, Forgueda M, Montejo M, Blasco F, Bou G, Torre-Cisneros J. (2010). Immunosuppressive therapy and infection after kidney transplantation. *Transplant Infectious Disease*, ISSN 1398-2273, 1-9.
46. Fraizer PA, Davis SH, Dahl KE. (1995). Stressors, social support, and adjustment in kidney transplant patients and their spouses. *Social Work in Health Care*, 21(2): 93-108.
47. Franklin PM, Crombie AK. (2003). Live related renal transplantation: psychological, social, and cultural issues. *Transplantation*, 76(8): 1247-1251.
48. Fricchione GI. (1989). Psychiatric aspects of renal transplantation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23: 407-417.
49. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, Arakawa S, Hamami G, Matsumoto O, Kamidona S. (2000). "Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 Health Survey", *Urology*, 56: 201-206.
50. Fukuda S, Morimoto K. (2001). Lifestyle, stress and cortisol response: review I-Mental stress. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 6: 9-14.
51. Fukunishi I. (1993). Anxiety associated with kidney transplantation. *Psychopathology*, 26: 24-28.
52. Fukunishi I, Hasegawa A, Ohara, Aikawa A, Hatanaka A, Suzuki J, Kikuchi M, Amagasaki K. (1997). Kidney transplantation and liaison psychiatry, part I: Anxiety before, and the prevalence rate of psychiatric disorders before and after, transplantation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51: 301-304.
53. Gheith OA, Saadany SA, Donia SAA, Salem YM. (2008). Compliance of kidney transplant patients to the recommended lifestyle behaviours: Single centre experience. *International Journal of Nursing Practice*, 14: 398-407.
54. Ghods AJ. (2002). Renal Transplantation in Iran. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 17: 222-228.

55. Gök-Özer F, Yavuz-Karamanoğlu A, Beydağ KD, Fidancıoğlu H, Akıncı E, Şanlı İ, Tembelo H, Bozkurt L, Urak S. (2008). Sağlık yüksekokulunda öğrenim gören bir grup öğrencinin organ nakli/bağışına yönelik görüşleri ve bilgi düzeylerine eğitimin etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7 (1):39-46.
56. Griva K, Thompson D, Jayasena D, Davenport A, Harrison M, Newman SP. (2006). Cognitive functioning pre- to post-kidney transplantation, a prospective study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 21: 3275-3282.
57. Gullledge AD, Bustza C, Montague DK. (1983). Psychosocial aspects of renal transplantation. *Urologic Clinics of North America*, 10: 327-335.
58. Güler Ö, Yüksel Ş, Acartürk G, Emül HM, Özbulut Ö, Çölbay M, Uslan İ, Karaman Ö, Geçici Ö. (2007). Hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında psikososyal değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 173-178.
59. Güvel S, Çulha F, Yaşar F, Volkan Ş, Boyam F, Peşkiricioğlu L. (2005). Hemşirelerde kadın cinsel fonksiyonları konusunda bilgi düzeyinin sorgulanması. *Androloji Bülteni*, 20: 82-83.
60. Haberal M, Bilgin N, Arslan G, Büyükpamukçu N, Karamehmetoğlu M, Telatar H. (1998). Twenty two years of experience in transplantation. *Transplantation Proceedings*, 30: 683-684.
61. Haberal M. (1995). Doku ve Organ Transplantasyonları. Pelin Ofset, Ankara, s. 1-14, 143-161.
62. Hisli N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22): 118-122.
63. Hisli N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23): 3-13.
64. Hongxia L. (2006). Coping and health-related quality of life in renal transplant patients, Vanderbilt University, Thesis of Doctorate, May, Nashville, p. 22-45.
65. Humar A, Denny R, Matas AJ, Najarian JS. (2003). "Graft and quality of life outcomes in older recipients of a kidney transplant", *Experimental and Clinical Transplantation*, 2: 69-72.



66. Ilescu EA, Coe H, McMurray MH, Meers CL, Quinn MM, Singer MA, Hopman WM. (2003). Quality of sleep and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*,18: 126-132.
67. Johnson JP, McCauley CR, Copley JB. (1982). The quality of life of hemodialysis and transplant patients. *Kidney International*, 22: 286-291.
68. Jolley S. (2002). Taking a sexual history: the role of the nurse. *Nurse Times*, 98(18): 39-41.
69. Kalivas KK, Bourgeois JA. (2009). Catatonia after liver and kidney transplantation. *General Hospital Psychiatry*,31: 196-198.
70. Kızıltan M.E, Karaali-Savrun F, Uzun N, Akalın MA, Şahin Ş. (2001). Diabetlilerde kronik böbrek yetmezliği ve polinöropati (klinik ve EMG özellikleri). *Yeni Symposium*, 39 (2): 64-69.
71. Kim SJ, Schaubel DE, Jeffery JR, Fenton SSA. (2004). Centre-specific variation in renal transplant outcomes in Canada. *Nephrol Dial Transplant*, 19: 1856-1861.
72. Kimmel PL, Thamer M, Richard CM, Ray NF. (1998). Psychiatric illness in patients with end-stage renal disease. *American Journal of Medicine*, 105: 214-221.
73. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. (1999). Kısa Form-36'nın (KF-36) Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 102-106.
74. Laupacis A, Keown P, Pus N, Krueger H, Ferguson B, Wong C, Muirhead N. (1996). A study of the quality of life and cost-utility of renal transplantation. *Kidney International*, 50: 235-242.
75. Levenson JL, Olbrisch ME. (1993). Psychosocial evaluation of organ transplant candidates: a comparative survey of process, criteria and outcomes in heart, liver and kidney transplantation. *Psychosomatics*,34: 314-323.
76. Leung DKC. (2003). Psychosocial aspects in renal patients. *Peritoneal Dialysis International*, 23(2): 90-94.
77. Littlefield CH, Rodin GM, Murray MA. (1990). Influence of functional impairment and social support on depressive symptoms in persons with diabetes. *Health Psychol*, 9: 737- 749.

78. McEwen M, Wills EM. (2002). Theoretical Basis for Nursing. (Eds): M Zuccarini, L Popeck, SC Scheinin, 1<sup>st</sup> ed, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, p.258-259.
79. McPake D, Burnapp L. (2009). Caring for patients after kidney transplantation. *Nursing Standard*, 23(19): 49-57.
80. Mei SF, Krol B, Son WJ, Jong PE, Groothoff JW, Heuvel WJA. (2006). Social participation and employment status after kidney transplantation: A systematic review. *Quality of Life Research*, 15: 979-994.
81. Messias E, Skotzko CE. (2000). Psychiatric assesment in transplantation. *Revista de Saude Publica*,34(4): 415-420.
82. Min SK, Kim KH, Shin JH, Han JO, Lee KY, Kang WR. (1984). Psychiatric aspects of hemodialysis and kidney transplantation. *Yonsei Medical Journal*, 25(2): 122-132.
83. Molnar MZ, Novak M, Szeifert L, Ambrus C, Keszei A, Koczy A, Lindner A, Barotfi S, Szentkiralyi A, Rempert A, Mucsi I. (2007). Restless legs syndrome, insomnia, and quality of life after renal transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 63: 591-597.
84. Murphy F. (2007). The role of the nurse post-renal transplantation. *British Journal of Nursing*, 16(11): 667-675.
85. Neyhart CD. (2009). Patient questions about transplantation: A resource guide. *Nephrology Nursing Journal*, 36(3): 279-285.
86. Novak M, Molnar M, Ambrus C, Kovacs A, Koczy A, Rempert A, Szeifert L, Szentkiralyi A, Shapiro C, Kopp MS, Mucsi I. (2006) Chronic insomnia in kidney transplant recipients. *Journal of Kidney Diseases*, 47(4): 655-665.
87. Ögütmen B, Yıldırım A, Sever MS, Bozfakioğlu S, Ataman R, Erek, E, Çetin O, Emel A. (2006). "Heath-related quality of life after kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis and normal controls", *Transplantation Proceedings*, 38: 419-421.
88. Öner N, LeCompte A. (1998). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, s.1-26.
89. Özcan A. (2006). Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, s.4, 12-15.

90. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. (2003a). Böbrek transplantasyonu ve psikiyatri. *Klinik Psikiyatri*, 6: 225-234.
91. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. (2003b). Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(1): 72-80.
92. Özdemir İ, Balcıoğlu İ. (1989). Kronik böbrek yetmezliği tedavisinin psikososyal yönü. *Türkiye Klinikleri*, 9(5): 358-362.
93. Özkan S. (1994). Dünyadaki gelişmeler ışığında ülkemizde KLP bilim dalı kliniklerinin yapılanması. III. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, Kongre kitabı, 2-5 Kasım 1994, s:34-62.
94. Penkower L, Dew MA, Ellis D, Sereika SM, Kitutu JMM, Shapiro M. (2003). Psychological distress and adherence to the medical regimen among adolescent renal transplant recipients. *American Journal of Transplantation*, 3: 1418-1425.
95. Perez-San-Gregorio MA, Martin-Rodriguez A, Galan-Rodriguez A, Perez-Bernal J. (2005). Psychologic stages in renal transplant. *Transplantation Proceedings*, 37(3): 1449-52.
96. Pınar R, Çınar S, İşsever H, Albayrak M, İlhan S. (1995). Hemodiyalize devam eden ve transplant olan son dönem böbrek yetmezlikli hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Çınar Dergisi*, 1(3):1-5.
97. Ratcliffe J, Longworth L, Young T, Bryan S, Burroughs A, Buxton M. (2002). Assessing health-related quality of life pre- and post-liver transplantation: A prospective multicenter study. *Liver Transplantation*, 8(3): 263-270.
98. Reimer J, Franke GH, Lütke P, Kohnle M, Gerken G, Philipp T, Heemann U. (2002). Quality of life in patients before and after kidney transplantation. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 52(1): 16-23.
99. Rodrigue JR, Pavlakis M, Danovitch GM, Johnson SR, Karp SJ, Khwaja K, Hanto DW, Mandelbrot DA. (2007). Evaluating living kidney donors: relationship types, psychosocial criteria, and consent processes at US transplant programs. *American Journal of Transplantation*, 7: 2326-2332.

100. Rubin RH. (1993). Infectious disease complications of renal transplantation. *Kidney International*, 44: 221-236.
101. Rundell JR, Hall RCW. (1997) Psychiatric characteristics of consecutively evaluated outpatient renal transplant candidates and comparisons with consultation-liaison inpatients. *Psychosomatics*, 38: 269-276.
102. Sağduyu A, Şentürk, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. (2006). Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1): 22-31.
103. Sağduyu A, Özel S. (2000). Böbrek nakli adaylarında ruhsal sorunlar ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(2): 103-112.
104. Saracci R. (1997). The world health organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ*, 314: 1409
105. Savaşer S. (1999). Böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda hastane infeksiyonlarının önlenmesinde hemşirenin sorumluluğu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(1): 15-19.
106. Sayın A, Mutluay R, Sindel S. (2007). Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis and transplantation patients. *Transplantation Proceedings*, 39: 3047-3053.
107. Schardin K.E. (1995) Scope of practice for nephrology nursing. *American Nephrology Nurses' Association Journal* 22, 413-415.
108. Sensky T. (1989). Psychiatric morbidity in renal transplantation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52: 41-46.
109. Serdengeçti K. (2010). Türk nefroloji derneği ve dünya böbrek günü. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 19(1): 1-2.
110. Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altıparmak AR, Seyahi N. (2009). Türkiye'de Nefroloji-Diyaliz ve Transplantasyon. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*, Metris Matbaacılık, İstanbul, 1-85.
111. Shives LR, Isaacs A. (2002). Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing. (Eds): M Zuccarini, L Popeck, D Schiff, 5<sup>th</sup> ed, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, p. 37.

112. Sigmon HD, Grady PA. (2001). Quality of life for transplantation patients: National Institute of Nursing Research Spring Science Work Group. *Heart&Lung*, 30(1): 5-8.
113. Spielberg CD. (1970). Manual for state-trait anxiety inventory. Consulting Psychologists Press, California, p. 1-20.
114. Spital A. (2003). Should people who donate a kidney to a stranger be permitted to choose their recipients? Views of the United States Public. *Transplantation*, 76(8): 1252.
115. Şahin A, Cihan A, Akgül K, Demir Ö, Gürkan A, Çelik A, Can E, Esen AA. (2009). Erkek hastalarda böbrek nakli sonrası cinsel işlevler. *Türk Üroloji Dergisi - Turkish Journal of Urology*, 35(1): 23-27.
116. Şentürk A, Levent BA, Tamam L. (2000). Hemodiyalize giren kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda psikopatoloji. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 17(3): 163-172.
117. Talas MS, Bayraktar N. (2004). Kidney transplantation: determination of the problems encountered by Turkish patients and their knowledge and practices on healthy living. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 580-588.
118. Tanrıverdi N, Özçürümez G, Çolak T, Dürü Ç, Emiroğlu R, Zileli L, Haberal M. (2004). Quality of life and mood in renal transplantation recipients, donors, and control: Preliminary report. *Transplantation Proceedings*, 36: 117-119.
119. Tavallai SA, Einollahi B, Farahani MA, Namdari M. (2009). Socioeconomic links to health-related quality of life, anxiety, and depression in kidney transplant recipients. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 3(1): 40-44.
120. Thomas N. (2002). Renal Nursing. Elsevier Science Limited, 2<sup>nd</sup> Edition, China, p. 1-27, 337-403.
121. Tossani E, Cassano P, Fava M. (2008). Depression and renal disease. *Seminars in Dialysis*, 18(2): 73-81.

122. Tsujimura A, Matsumiya K, Tsuboniwa N, Yamanaka M, Miura H, Kitamura M, Kishikawa H, Nishimura K, Ichikawa Y, Nagano S, Kokado Y, Takahara S, Okuyama A. (2002). Effect of renal transplantation on sexual function. *Arch Androl*, 48: 467- 474.
123. Üstündağ H, Gül A, Zengin N, Aydın M. (2007). Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6): 117-126. [Electronic Journal]
124. Varcarolis EM. (1998). Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, W.B. Saunders Company, 3<sup>rd</sup> ed, USA, p.11-13,18.
125. Videbeck SL. (2001). Psychiatric Mental Health Nursing, Lippincott Williams&Wilkins, 1<sup>st</sup> ed, Philadelphia, p. 9-10, 53-54.
126. Yıldız S, Çağlar S. (2009). Hastane enfeksiyonlarını önlemek elimizde. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6(2): 22-28.
127. Yüçetin L. (2005). Böbrek Nakli Hemşireliği El Kitabı. Başak Matbaacılık,1. Basım, Ankara, s.37, 49, 93-97, 127-153, 155.
128. Zhi HLZ. (2005). Physical, psychosocial, social and spiritual issues facing kidney transplant recipients. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16088783>, (Erişim tarihi: 18.Ağustos 2010), 52(4): 65-70.

## **9. EKLER**

**EK 1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

**EK 2 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36)**

**EK 3 PSİKOSOSYAL UYUM ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)**

**EK 4.1 DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI FORM TX – I)**

**EK 4.2 SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI FORM TX – II)**

**EK 5 BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)**

**EK 6 GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLAR**

**EK 7 HASTALARA VERİLEN DANIŞMANLIĞIN İÇERİĞİ**

**EK 8 GÖRÜŞMELERDE YER ALAN HASTA İFADELERİ**

**EK 9 ETİK KURUL ONAYI**

**EK 10 KURUM İZİNİ**

## EK 1

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

#### Açıklama;

Sayın katılımcı,

Sizlerin gereksinimlerine yönelik uygulayacağımız danışmanlık programını etkileyebileceği düşünülen konulara ilişkin aşağıda bazı sorular yer almaktadır. Size uygun seçeneği belirtiniz.

Teşekkür ederim  
Öğr.Gör.Gül ERGÜN

1.Adınız-Soyadınız.....

2.Yaşınız :.....

3.Cinsiyetiniz: 1)Kadın ( ) 2)Erkek ( )

4.Eğitim durumunuz:

- 1)Okuryazar değil ( )
- 2)İlkokul ( )
- 3)Ortaokul ( )
- 4)Lise ( )
- 5)Üniversite ( )
- 6)Yüksek Lisans/Doktora ( )

5.Medeni durumunuz: 1)Bekar ( ) 2) Evli ( ) 3) Boşanmış veya dul ( )

6.Mesleğiniz:

- 1) Memur ( )
- 2) İşçi ( )
- 3) Emekli ( )
- 4) Ev kadını ( )
- 5) Serbest meslek ( )
- 6) Öğrenci ( )
- 7) İşsiz ( )

7.Sosyal güvenceniz var mı? 1)Evet ( ) 2)Hayır ( )

8.Maddi ihtiyaçlarınızı nasıl karşılıyorsunuz?

1) Çalışıyorum ( ) 2) Ailem karşılıyor ( ) 3)Diğerleri .....

9.Gelir durumunuz.....(Aylık)



10.Nerede yaşıyorsunuz? 1)Antalya içi ( ) 2)Antalya dışı ( )

11.Nakil sonrası yaşadığınız yerde bir değişiklik yaptınız mı?

- 1)İl değişikliği ( )
- 2)Semt değişikliği ( )
- 3)Ev değişikliği ( )
- 4)Değişiklik yok ( )

12.Kesin kronik böbrek yetmezliği tanısı kaç yılında konuldu?.....

13.Diyalize girdiniz mi? 1)Evet ( ) 2)Hayır ( )

14.Diyalize girdiyseniz kaç gün / ay / yıl girdiniz? .....

15.Diyalizinizin türü nedir?

- 1)Hemodiyaliz ( )
- 2)Periton diyalizi ( )
- 3)Sırayla her ikisi de ( )

16.Nakil tarihiniz nedir? .....

17.Vericiniz kim? 1)Canlı ( ) 2)Kadavra ( )

18.Vericiniz canlı ise; yakınlığınız nedir?.....

19.Nakil sürecinde ihtiyaçlarınıza yönelik bilgi verildi mi ? 1) Evet ( ) 2)Hayır( )

20.Siz verilen bilgiyi yeterli buldunuz mu? 1)Evet ( ) 2)Hayır ( )

21.Kendinizin nakille ilgili bilgi araştırma kaynaklarınız;

- 1)Sağlık profesyonellerinden ( )
- 2)Nakilli diğer hastalardan ( )
- 3)Kitaplardan ( )
- 4)İnternette ( )
- 5)Araştırmam olmadı ( )

Bugünün tarihi:.....

Size ulaşabileceğimiz telefon numaranız :.....

## EK 2 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF-36)

Hasta adı soyadı: .....

Tarih:.....

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?  
a) Mükemmel ( ) b) Çok iyi ( ) c) İyi ( ) d) Orta ( ) e) Kötü ( )
2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?  
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi ( )  
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi ( )  
c) Bir yıl öncesine hemen hemen aynı ( )  
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü ( )  
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü ( )
3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (rneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (rneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi ( )
- b) Biraz etkiledi ( )
- c) Orta derecede etkiledi ( )
- d) Oldukça etkiledi ( )
- e) Ařırđ etkiledi ( )

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ađrđnuz oldu?

- a) Hiç ( )
- b) ok hafif ( )
- c) Hafif ( )
- d) Orta ( )
- e) şiddetli ( )
- f) ok şiddetli ( )

8. Son 4 hafta boyunca ađrđnuz, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi ( )
- b) Biraz etkiledi ( )
- c) Orta derecede etkiledi ( )
- d) Oldukça etkiledi ( )
- e) Ařırđ etkiledi ( )

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sınırlı bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman ( )
- b) Çoğu zaman ( )
- c) Bazen ( )
- d) Nadiren ( )
- e) Hiçbir zaman ( )

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?  
Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

### EK 3 PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (PAIS-SR)

Hastanın Adı-soyadı:

Tarih:

#### BÖLÜM –I

1.Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- Sağlığımla çok ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
- Sağlığımla korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üzerinde durduğum bir konu değildir.

2.Şu anda mevcut hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz

- Her zaman yaptığım şeyleri yeterince yapıyorum ve hastalığım ile ilgili özellikle bir kaygı duymuyorum.
- Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum, ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- Şimdiki hastalığım ile ilgilenerek çok iyi bir iş yapıyorum.
- Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3.Genel olarak şu anki tıbbi bakımın kalitesi ve bu hizmeti veren hekimler hakkında neler düşünüyorsunuz ?

- Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat geliştirilmesi gereken bazı alanlar vardır.
- Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekiler ile aynı kalitede değil.
- Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla güvenim yok.

4.Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar, hem de diğer tıbbi personel tarafından size bir tedavi uygulandı. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir? Size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
- Uygulanan tedaviyi beğenmedim, ama sanırım bu onların yapabileceklerinin en iyisi
- Bazı problemler olmasına rağmen bir bütün olarak, uygulanan tedavi oldukça iyi idi
- Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmeldi.

5.Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyiniz?

- a) Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
- b) Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.
- c) Hastalığım hem ruhsal, hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.
- d) Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilemediğim zamanlar oluyor.

6.Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir ve bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi alamadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyiniz.

- a) Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
- b) Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama daha fazlasını bilmek isterdim.
- c) Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
- d) Hastalığım bana bir bütün olarak anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7.Sizin hastalığınız gibi hastalığı olan insanların kendilerine uygulanan tedaviden ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.

- a) Doktorumun ve tıbbi personeli tedavinin yönlendirilmesi konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
- b) Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktoruma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
- c) Tedavimin çok tatsız olan bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmem gerektiğini söylüyorlar.
- d) Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye degeceğine emin değilim.

8.Sizin hastalığınız gibi hastalığı olan hastalara tedavileri konusunda farklı oranda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz

- a) Tedavim hakkında neredeyse hiç bir açıklamaya yapılmadı ve bunun ile ilgili kendi halime bırakıldığımı hissediyorum.
- b) Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bilmeyi istediğim kadar değil.
- c) Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
- d) Tedavimle ilgili bilgimin tam ve güncel olduğunu düşünüyorum.

## BÖLÜM II

1. Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?
  - a) Mesleğimi vb. şeyleri yapmamla ilgili bir sorun yok.
  - b) Bazı sorunlar ama bunlar ufak şeyler.
  - c) Bazı ciddi sorunlar var.
  - d) Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.
2. Şu an mesleğiniz çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?
  - a) Kötü durumda
  - b) Pekiyi değil
  - c) Yeterli
  - d) Çok iyi
3. Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?
  - a) Üç gün ve daha az
  - b) Bir hafta
  - c) İki hafta
  - d) İki haftadan daha çok
4. Şu an sizin için işiniz (okulunuz) hastalanmadan önceki kadar önemli mi?
  - a) Şu an az önemli veya hiç önemi yok.
  - b) Oldukça az bir öneme sahip.
  - c) Eskiye göre biraz önemini yitirdi.
  - d) Aynı veya daha önemli.
5. Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?
  - a) Amaçlarımda değişiklik yok.
  - b) Amaçlarımda çok az bir değişiklik oldu.
  - c) Amaçlarım önemli ölçüde değişti.
  - d) Amaçlarımı tamamen değiştirdim.
6. Hasta olmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarda bir artış fark ettiniz mi?
  - a) Sorunlarda büyük artış var.
  - b) Sorunlarda orta derecede bir artış var.
  - c) Sorunlarda az ölçüde bir artış var.
  - d) Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

## BÖLÜM III

1. Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?
  - a) İyi
  - b) Fena değil
  - c) Kötü
  - d) Çok kötü



2.Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb.) ?

- a) Çok kötü                      b)Kötü                      c)Fena değil                      d) İyi

3.Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a) Bir engelleme olmadı.  
b) Bazı problemler var üstesinden kolayca gelinebilir.  
c) Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolabilecek gibi değil.  
d) Evle ilgili sorumluluklarımla ilgili son derece ciddi problemler var.

4.Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a) Ailem bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı.  
b) Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı sorunları halledemediler.  
c) Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı.  
d) Bu konuda bir sorun yok.

5. Hastalığınız aile üyeleri ile sizin aranızdaki iletişimin bir azalmasına neden oldu mu ?

- a) İletişimde bir azalma yok.  
b) Çok az ölçüde azalma oldu.  
c) İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum.  
d) İletişimimiz önemli ölçüde azaldı, kendimi çok yalnız hissediyorum.

6.Sizin gibi hastalığı olan bir insanlar günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşu, aile vb.) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri varmı?

- a) Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda bana yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.  
b) Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilebilecek ölçüde değil.  
c) Her zaman olamamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.  
d) Yardıma ihtiyacım olduğumu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.

7.Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı ?

- a) Herhangi bir fiziksel yetersizliğe yol açmadı  
b) Az ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı  
c) Orta ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı  
d) Önemli ölçüde fiziksel yetersizliğe yol açtı

8.Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

- a) Önemli ölçüde maddi sıkıntılarımla var.  
b) Orta derecede maddi problemlerim var.  
c) Çok az maddi problemim var.  
d) Para ile ilgili bir problemlerim yok.

## BÖLÜM IV

1. Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir.

Hastalığınız eşinizle olan ilişkilerinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkilerinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

- a) İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı.
- b) Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı.
- c) Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.
- d) Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesilmeler oldu.

2. Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

- a) Hasta olmanızdan bu yana kesinlikle hiç bir cinsel istek duymuyorum.
- b) Cinsel istekte belirgin azalma var.
- c) Cinsel istekte hafif bir azalma var.
- d) Cinsel istekte hiç bir azalma yok.

3. Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma oldu mu?

- a) Cinsel aktivitede bir azalma yok.
- b) Cinsel aktivitelere çok az ölçüde bir azalma var.
- c) Cinsel aktivitelere önemli ölçüde bir azalma var.
- d) Cinsel aktiviteler tamamen durdu.

4. Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

- a) Cinsel zevk ve tatmin tamamen kayboldu.
- b) Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var.
- c) Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var.
- d) Cinsel tatminde bir değişiklik yok.

5. Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

- a) Cinsel performansında bir değişiklik yok.
- b) Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var.
- c) Önemli cinsel problemlerim var.
- d) Cinsellikten tamamen koştum.

6. Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

- a) Sürekli görüş ayrılıkları mevcut.
- b) Bu konuda yoğun farklılıklar var.
- c) Bazı farklılıklar var.
- d) Bu konuda hiç bir görüş ve farklılık yok.

## BÖLÜM V

1.Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve akrabalarınız ile kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup konuştunuz mu?

- a) Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu.
- b) Görüşmeler biraz azaldı.
- c) Görüşmeler belirgin olarak azaldı.
- d) Hastalık süresince hiç görüşmedik.

2.Hastalığınız süresince aile üyeleri ve akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

- a) Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu.
- b) Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı.
- c) İlgim biraz azaldı.
- d) İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı.

3.İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyaç hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a) Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar.
- b) Bazı küçük şeyler hariç yeterince yardımcı oluyorlar.
- c) Yardım ediyorlar ama yeterince değil.
- d) Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

4.Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve akrabaları ile çok sık görüşürler. Görüşmeleriniz ne ölçüdedir, hastalığınız görüşme sıklığında bir azalmaya yol açtı mı?

- a) Görüşmeler önemli ölçüde yok oldu.
- b) Görüşmeler önemli ölçüde azaldı.
- c) Görüşmeler biraz azaldı.
- d) Görüşmeler yoktu veya çok azdı, görüşmelerimiz hastalıktan az etkilendi veya hiç etkilenmedi.

5.Genel olarak bu insanlarla aranız nasıl?

- a) İyi
- b) Fena değil
- c) Kötü
- d) Çok kötü

## BÖLÜM VI

1. Bu hastalık öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenabiliyor musunuz?

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde az
- d) Az ya da hiç ilgim kalmadı

2. Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da hiç yok.
- b) Katılımım önemli derecede azaldı.
- c) Katılımım ölçüde bir azalma gösterdi.
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

3. Ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) hasta olmadan önce olduğu kadar göre ilgi duyuyor musunuz?

- a) İlgim eskisi kadar
- b) Eskisine göre biraz daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde düşük
- d) İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı

4. Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da şu anda hiç bir katılımım yok.
- b) Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c) Katılımım biraz azaldı.
- d) Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

5. Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi ? (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema )

- a) İlgim tıpkı eskisi gibi
- b) Eskisine göre daha az
- c) Eskisine göre önemli ölçüde az
- d) İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı

6. Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a) Katılımım çok az, ya da yok
- b) Katılımım önemli derecede azaldı
- c) Katılımım biraz azaldı
- d) Katılımım herhangi bir değişiklik olmadı

## BÖLÜM VII

1.Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da huzursuzluk hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

2.Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve mutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

3.Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlü çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

4.Son zamanlarda kendiniz çok suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları kendinizden küçük gördüğünüz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

5.Son zamanlarda hastalığınız ya da başka sorunlar hakkında çok endişe duyduğunuz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

6.Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a) Aşırı derecede
- b) Oldukça fazla
- c) Çok az
- d) Olmadı

7.Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a) Olmadı
- b) Çok az
- c) Oldukça fazla
- d) Aşırı derecede

## EK 4.1 DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI FORM TX – I)

İsim:.....

Tarih:...../...../.....

**AÇIKLAMA:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

## EK 4.2 SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI FORM TX – II)

İsim:.....

Tarih:...../...../.....

**AÇIKLAMA:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

## EK 5 BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE)

Adı-Soyadı : .....

Tarih:.....

### AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Katkı ve yardımlarınız için çok teşekkür ederim.

- A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.  
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.  
1. Gelecek hakkında karamsarım.  
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.  
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.  
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.  
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.  
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.  
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.



- F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.  
1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.  
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.  
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- G- 0. Kendimden memnunum.  
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.  
2. Kendime çok kızıyorum.  
3. Kendimden nefret ediyorum.
- H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.  
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.  
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.  
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.  
2. Kendimi öldürmek isterdim.  
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.  
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
2. Çoğu zaman ağlıyorum.  
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K. 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.  
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.  
2. Şimdi hep sinirliyim.  
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L. 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.  
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.  
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.  
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M. 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.  
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.  
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.  
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.  
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.  
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

- O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
  2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
  3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
  2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
  3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
  2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
  3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- S- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
  2. İştahım çok azaldı.
  3. Artık hiç iştahım yok.
- T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
  2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
  3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
  2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
  3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
  2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
  3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

## EK 6 GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLAR

Prof. Dr. Gülten ÖZALTIN	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği ABD (Emekli)
Prof. Dr. Osman SAKA	Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı
Prof. Dr. Gültekin SÜLEYMANLAR	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Nefroloji Bilim Dalı Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Merkezi Müdürü
Doç. Dr. Kemal KUŞÇU	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD
Yrd. Doç. Dr. Özlem IŞIL	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Ebelik Bölümü
Yrd. Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği ABD
Arş. Gör. Dr. Semra KARACA	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği ABD
Arş. Gör. Özgür TOSUN	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi ABD
Arş. Gör. Dr. Nevin ONAN	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği ABD
Dr. Emine USLU KOL	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

## EK 7 HASTALARA VERİLEN DANIŞMANLIĞIN İÇERİĞİ

Günümüzde böbrek yetmezliğinin tedavisinde organ nakli en çağdaş yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Böbrek naklinin amacı, böbrek yetmezliği nedeniyle yaşamı tehdit altında olan hastanın hayatını kurtarmak, topluma kazandırmak, yaşam süresini ve kalitesini artırmaktır (Yüçetin 2005).

Kadavradan veya canlı vericiden nakil yapılan böbreğin çalışmasında, transplant ekibindeki hemşirenin rolü büyüktür. Transplant hemşiresi, ameliyat öncesi ve sonrasındaki süreçte gereksinim duydukları alanlarda nakil olan bireye eğitim ve danışmanlık vermelidir. Hemşire hasta ve ailesi için ulaşılabilir olmalıdır. Bu şekilde bireyin böbrek nakli sonrası yeni hayatına uyum sağlaması daha kolay olabilir (Lindqvist, Carlsson and Olow Sjöden 2004).

Böbrek nakli olan birey, ameliyatın başarısız olması, böbreğin vücut tarafından reddedilmesi ve genel olarak nakil sürecine ilişkin bilgi sahibi olmama gibi nedenlerle korku ve kaygı yaşayabilir. Transplant hemşiresi, böbrek nakli olan bireyin ameliyata ilişkin korkularını ifade etmesine fırsat sağlamalıdır. Bireyi nakil sonrası sürece ilişkin bilgilendirmelidir. Nakil sonrası erken dönemde bireyin mobilizasyonunu (yürümesini) sağlamalıdır. Nakil sonrası hastanın beslenmesi de çok önemlidir. Transplant hemşiresi bu konuda hastayı ve ailesini bilgilendirerek, hasta ile planlı görüşmeler yaparak, bu görüşmelerde rejimlerine uyumlarını denetlemelidir. Yine hasta ve ailesine, nakil olan bireyin enfeksiyondan korunmasının önemli olduğu, dikkat edilmediği takdirde böbrek reddine kadar varabilen tehlikeli sonuçlar doğurabilecek enfeksiyonların gelişebileceğini planlı eğitimlerle anlatmalıdır (Hoffart 2009).

Böbrek nakli sonrası, immünosupresifler başta olmak üzere birçok ilacın kullanıldığı bir tedavi rejimi uygulanır. Hastanın çok fazla sayıdaki ilacı başlangıçta doğru şekilde kullanımı zor olabilir. Hasta ve ailesi, ilaçların kullanımını öğrenmeyi karmaşık bir süreç olarak algılayabilir (Demirbaş ve Aşçı 2007, Murphy 2007). Transplant ekibindeki hemşire, nakil sonrası erken dönemde ilaçların kullanımına ilişkin hasta ve ailesine bilgi vermelidir. Hasta taburcu olduktan sonra da danışmanlık sürdürülmelidir.

Böbrek nakli olan hastanın, taburcu olunca sosyal hayatına yönelik bazı kurallara uyması gerekir. Transplant ekibindeki hemşirenin, bu kuralları, yeni yaşamdaki olası problemleri ve bunlarla baş etme yollarını uygun eğitimlerle hasta ve ailesine sunmalıdır.

Murphy (2007), böbrek nakli olan bireye nakil süreci öncesi ve sonrası ihtiyaç duyduklarında bir sağlık profesyoneli tarafından danışmanlık ve sağlık eğitimleri verilmesinin, özellikle hemşirelerden destek almalarının gerekli olduğunu; bunlar sağlandığı zaman hastanın yaşam kalitesinin arttığını, olası uyum problemlerinin azaldığını ve hastanın psikolojik problem yaşama sıklığının azaldığını belirtmiştir.

Bu danışmanlık programı, böbrek nakli olan hastanın nakil sürecine psikososyal uyumunu kolaylaştırmak, yaşam kalitesini artırmak, depresyon, anksiyete gibi olası psikolojik problemlerin gelişimini önlemek amacıyla hazırlanmıştır.

## 1. GÖRÜŞME: HAZIRLIK GÖRÜŞMESİ

Katılımcılarla ilk görüşme organ nakli merkezinin polikliniğinde yapıldı. Bu görüşmede, nakil adayı olan bireylerle (n=37) tanışılarak, araştırma sürecine ilişkin bilgi verildi. Aydınlatılmış onamları alındı. Katılımcıların kişisel bilgi formlarını eksiksiz doldurmaları sağlandı. Bu şekilde ileriki görüşmeleri planlamak için gerekli iletişim bilgileri elde edildi. Bir sonraki görüşme tarihi belirlendi. Bireyin nakil sürecine ilişkin soruları olup olmadığı soruldu. Bu görüşmede nakil adaylarından kafalarını karıştıran bazı konulara ilişkin sorular geldi. Bu sorular, yanıtları ve soruları soran hastaların araştırmaya katılma sırasına göre belirlenen numaraları ile kodlanarak bireylere verilen danışmanlık süreci içerisinde (Ek 8) belirtilmiştir.

## 2.GÖRÜŞME: AMELİYAT SÜRECİNE HAZIRLIK

**Görüşme konusu:** Ameliyata ilişkin psikolojik hazırlık yapılması ve ameliyat sürecine fiziksel hazırlık üzerine eğitim verilmesidir.

### **Görüşmenin amacı:**

Bu görüşmenin amacı, bireyin nakil sürecine ilişkin korkularını, kaygılarını ifade etmesine fırsat vermek, saptanan kaygı ve korkuları ile baş etmesini desteklemektir.

### **Görüşmenin içeriği:**

İkinci görüşme tüm katılımcılarla ameliyatlarının bir gün öncesinde gerçekleştirildi. Hastaların kliniğe yatışları, ameliyattan bir gün önce yapılıyordu. Görüşme için hasta odaları kullanıldı. Hastalar alıcı ve vericiler şeklinde iki kişilik odalarda kalıyordu. Katılımcılarla görüşme yapılırken odanın sessiz, sakin olması sağlandı. Görüşmeler kliniğin vizit, tedavi, nöbet devir-teslim ve vital bulguların takip edildiği saatler göz önünde bulundurularak planlandı. Refakatçilerden görüşme sırasında dışarıda beklemeleri istendi. Görüşme sırasında kapıya “görüşme var, girmeyiniz” yazılı bir kağıt asıldı. Bu girişimlerle bireylerin kendisini daha rahat ifade etmesi için uygun ortam sağlanması amaçlandı.

Görüşmede öncelikle bireylerin kaygılarının neler olduğu öğrenildi. Bireylerin yaşadığı kaygıların genellikle ameliyat sürecini bilmemeye bağlı olduğu gözlemlendi. Bunun üzerine ameliyat sürecine ilişkin bilgi verildi. Bireylerin soru sormalarına fırsat verildi ve soruları yanıtladı (Ek 8).

## EĞİTİM PLANI

**Eğitimin konusu:** Ameliyat sürecine hazırlık

**Eğitim verilecek kişi:** Böbrek nakli olan hasta

**Eğitimin amacı:** Bireyin ameliyat sürecine hazırlanmasıdır.

### **Eğitimin hedefleri:**

- Hastanın ameliyat sürecine ilişkin bilgi sahibi olması
- Hastanın ameliyat sürecine ilişkin kaygılarının azaldığını ifade etmesi
- Hastanın ameliyat sürecine ilişkin korkularının azaldığının ifade etmesi

- Hastanın ameliyat sürecine bağlı korkularına ilişkin fizyolojik belirtilerinin azalması
- Hastanın ameliyat sürecine hazır olduğunu ifade etmesi

**Eğitimin süresi:** 35 dakika

**Eğitim yeri:** Eğitim verilen hastanın odası

**Eğitim tarihi:** Her bir katılımcının ameliyatından bir gün önce

**Eğitimde kullanılan metot:** Sözel Anlatım, Soru-Cevap

### **Eğitimin içeriği**

#### **Ameliyat Sürecine Hazırlık**

Böbrek nakli olacak bireyin ameliyat sürecine hazırlanırken desteklenmesi, danışmanlık verilmesi bu süreci rahat bir şekilde geçirmesi açısından önemlidir (Murphy 2007). Bireyin bilinmeyene karşı oluşturduğu kaygı ve stres bilgi verme yoluyla azaltılabilir veya tamamen önlenir. Böbrek nakli olacak bireyler şu noktaları bilmelidir:

- Nakilden bir gün önce immünosupresif tedavisi başlar. Kullanacağı doz hemşireler tarafından bildirilir. İlaçların kullanımının dikkatle dinlenmesi ve uygun şekilde alınması önemlidir.
- Nakilden bir gün önce, ameliyata giderken giyilmesi için varis çorabı verilir. Bu çorabın uygun şekilde giyilmesi önemlidir. Çorabı giyerken dizin altında bırakılmaması ve kıvrılmaması gerekir. Hasta bu çorabı ameliyat sonrası süreçte etkin bir şekilde yürüyüncüye kadar çıkarmamalıdır. Klinik hemşireleri ve doktorları çorabın ne zaman çıkarılması gerektiği hakkında bilgi verecektir.
- Ameliyattan sonra kullanılması için Triball Volumetrik Spirometre (Triflo) isimindeki alet, ameliyattan birgün önce verilir. Bu aletle ameliyat günü saat başı 10'ar kez çalışılması akciğerlerin havalanması açısından son derece önemlidir (bütün katılımcılara Triflo kullanımı uygulamalı olarak anlatıldı, her hastanın Trifloyu etkin bir şekilde kullanabilmesi sağlandı).
- Ameliyattan bir gün önce bağırsakların boşaltılması için tüp şeklinde ilaç verilir. Bu ilaç hemşirenin tarif ettiği şekilde uygulanmalıdır. Tam olarak bağırsak boşaltımının sağlanması için ilacı makattan uyguladıktan sonra boşaltım ihtiyacı son derece rahatsız edici boyuta gelinceye kadar hastanın kendisini tutması önemlidir. İlacı uygulamasına rağmen boşaltım olmuyorsa klinik nöbetçi hemşiresi ile bu durum paylaşılmalıdır.
- Gece 24:00'den sonra aç kalınması ve su içilmemesi gerekir. Ancak bu saat dikkate alarak 24: 00'e doğru ağır besinler yenmesi de uygun değildir.
- Akşam saatlerinde ameliyatta kullanılmak üzere koldan damar içine bir kanül takılır. Gece 24:00'de hemşire tarafından doktorun istemine göre damar yolundan mayi takılır. Gece 24:00'den sonra aç kalınacağı için bu mayi sıvı ihtiyacını karşılar.
- Ameliyattan önceki gece duş alınması ameliyat sahasının daha temiz olması açısından önemlidir. Yine ameliyat bölgesinde varsa kılların tıraş edilmesi gerekir. Bu işlemlerin damar yoluna kanül takılmadan önce yapılması daha uygun olur.
- Eğer birey hemodiyaliz hastası ise nakilden birgün önce heparinsiz diyalize girmesi gerekir. Eğer yanlışlıkla heparinli mayi ile diyalize girerse ameliyatı mutlaka ertelenir. Bu önlem ameliyattaki olası ciddi kanamayı önlemek için gereklidir.

- Gece bireyin rahat uyuması önemlidir. Akşam saatlerinde belirtilen hazırlıklar tamamladığında hafif ılık içecekler içerek ve rahat pijamalar giyilerek uyunmalıdır.
- Operasyon saati klinik doktoru veya hemşiresi tarafında bildirilir. Planlanan ameliyat saatinde odadan ayrılmamaya dikkat edilmelidir. Bireye bir personel eşlik eder. Personel bireyi ameliyathanedeki organ nakli ekibine kadar ulaştırır. Yine operasyon sonrası görevli bireyi kliniğe getirerek hemşirelere teslim eder (Fallen 1997, Varcarolis 1998, Videbeck 2001, Carpenito Moyet 2005, Yüçetin 2005, Hoffart 2009).

### **Eğitimin değerlendirilmesi:**

Eğitimin bitiminde, katılımcıların her birine eğitim içeriğinden oluşturulan sorular sorularak eğitimin anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Hastaların genelinde 0-8 Anksiyete Skala puanları düşük bulunmuştur. Ayrıca anksiyetenin fizyolojik belirtileri azalmıştır. Bazı hastalar açısından eğitimin etkin olmadığı belirlenip eğitim uygun zamanda tekrar yapılmıştır. Bilgi verme işleminden sonra, bazı hastaların (n1, n7, n21, n23, n27, n33, n35, n37) kaygılarının devam ettiği gözlenmiştir. Bu hastaların göz temasından kaçınma, parmaklarını ovuşturma, derin nefes alma, gerginlik, sinirli olma gibi bazı anksiyete belirtilerini gösterdikleri saptanmıştır. Hastalara 0-8 Anksiyete Skalası uygulanmıştır. Değerlendirme sonucunda çıkan değerler aşağıda belirtilmiştir.

### **0-8 Anksiyete Skala puanı/Katılımcı no'su**

6	n1, n21
7	n27, n35
8	n7, n23, n33, n37

- Bireylerle kaygıları üzerine konuşularak kendilerini ifade etmeleri sağlanmıştır.
- Hastaların mevcut baş etme yöntemleri değerlendirilmiştir.
- Ortamdan uyaranlar uzaklaştırılmıştır. Bu hastaların klinikte yatan böbrek nakli olmuş ve aynı zamanda kaygı seviyesi yüksek diğer hastalarla görüşmeleri engellenmiştir.
- Bu katılımcılara empatik yaklaşımda bulunulmasına dikkat edilmiştir.
- Geçmişte yaşadıkları benzer durumları anımsamaları ve bu zamanlarında kullandıkları baş etme davranışlarını düşünceleri için cesaretlendirilmişlerdir.
- Anksiyeteyi kesme tekniklerinden bazıları (solunum kontrolü, yavaş düşünme, gevşeme egzersizleri) uygulamalı olarak öğretilmiştir.
- Baş etme yöntemlerini geliştirebilmeleri için danışmanlık verilmiştir. Görüşme sonunda hastalar kendileri için uygun baş etme yöntemleri üzerine kararlar vermişlerdir. Müzik dinleme, egzersiz, refakatçileri ile sohbet etme, telefonla yakınlarıyla görüşme, tespih çekme, hastane koridorunda yürüyüş yapma, dua etme ve gazete-dergi okuma şeklinde baş etme davranışları edinmişlerdir.
- Görüşmeler sonunda hastalardan olumlu geribildirimler alınmıştır (Ek 8).
- İki hastanın (n7, n23) anksiyete seviyelerinin azalmadığı ve kaygılı duygu durumlarının devam ettiği gözlenmiştir. Bu durum klinik nöbetçi doktoruna iletilerek psikiyatri konsültasyonu istenmesi sağlanmıştır. Psikiyatri konsültasyonunu yapan hekimin yazılı istemi ile iki hastaya da klinik nöbetçi hemşiresi tarafından oral diazem 5mg verilmiştir
- Görüşme sonunda 0-8 Anksiyete Skalası tekrar uygulandığında sonuçlar şu şekilde çıkmıştır:

### 0-8 Anksiyete Skala Puanı/Katılımcı no'su

2	n1, n7, n21
3	n27, n35, n37
4	n23, n33

### 3. GÖRÜŞME: MOBİLİZASYONUN SAĞLANMASI VE AĞRI KONTROLÜ

Hastalarla (n=37) 3.görüşme ameliyatın olduğu gün operasyondan 6-8 saat sonraya planlanarak uygulanmıştır. Bu saatlerin seçilmesinin nedeni hastanın ilk mobilizasyonu (yürüme) sırasında yanında olunarak desteklenmesidir. Bu görüşmenin amacı; böbrek nakli olan bireyin mobilizasyonunun ve ağrı kontrolünün sağlanmasıdır. Görüşme sırasında birey ve ailesinin ihtiyaç duyduğu konularda danışmanlık vermeye devam edilmiştir. Görüşmede öncelikle bireylerin mobilizasyon tekniğine uygun olarak yürütülmesi amaçlanmıştır. Nöbetçi doktor ve hemşire ile görüşülerek gerekli onaylar alınmıştır. Mobilizasyon işlemi aşağıdaki sürece uygun olarak gerçekleştirilmiştir;

- Mobilizasyon öncesi hasta ve ailesine sık mobilizasyonun bağırsakları çalıştırdığı, gaz ve gaita çıkışını kolaylaştırdığı ve yeni takılan böbreğin çalışmasında etkili olduğu anlatılır.
- Ağızdan beslenme başlayınca ılık bitki çayları (papatya, nane, rezene vb) içmesinin önemi anlatılır. Bu çaylar, mobilizasyonla birlikte bireyin bağırsak hareketinin geri gelmesini kolaylaştırır.
- İlk mobilizasyon öncesi hastaların vital bulguları (vücut ısısı, nabız, solunum, tansiyon arteriyel) alınır. Eğer tansiyon düşükse birey mobilize edilmez. Tansiyon normal sınırlarda olduğu zaman birey öncelikle yatağına oturtulur. Kendisini nasıl hissettiği, baş dönmesi olup olmadığı sorulur.
- Birey kendisini iyi hissediyorsa yavaş yavaş ayağına kaldırılır. Yürüme esnasında karşıya bakması söylenir.
- Birey yürütülürken hasta yakınının yardımı ile koltuk altından karşılıklı desteklenmesi sağlanır.
- Mobilizasyon sırasında idrar torbası mutlaka mesane (idrar kesesi) seviyesinden aşağıda tutulur. İdrarın geriye gidişi enfeksiyona yol açacağı için bu uygulamaya dikkat etmek önemlidir.
- Hastanın genel durumuna göre mobilizasyon süresi ve mesafesi koridorun bir kısmı veya tamamı şeklinde belirlenir.
- Yatak takımları kirli ise hasta mobilize olurken değiştirilmesi uygun olur.
- Mobilizasyon bitiminde hastanın uygun şekilde önce yatağın ortasına oturtulması, sonra bacaklarını yatağına paralel gelecek şekilde çevirmesi sağlanır (Çakırcalı 2000, Carpenito Moyet 2005, Yüceci 2005, Birol 2007).

Tüm katılımcıların (n=37) 3. görüşmeleri süresince mobilizasyonları etkin bir şekilde sağlanmıştır. Bazı katılımcıların (n2, n12, n32, n35) mobilizasyon sırasında baş dönmeleri ve tansiyonlarının düşmesi gibi problemler gelişmiştir. Problemler giderildikten sonra tekrar mobilizasyonları sağlanmıştır. Görüşme sonunda ailelere, hastalarının tolere edebilme düzeylerine göre ortalama 2 saat ara ile mobilizasyon işlemine devam etmeleri belirtilmiştir. Bu konuda hemşirelerin desteklerini alabilecekleri ifade edilmiştir.

Bu görüşme sırasında hastaların sıklıkla ameliyat bölgelerinde ağrı olduğu saptandı. Hastalar operasyon bölgelerinde yoğun ağrıları olduğunu ifade ettiler. Organ nakli kliniğinin prosedürüne göre uygulanan analjeziklerin bazı hastaların ağrılarını gidermede etkili olmadığı gözlemlendi. Tüm katılımcıların (n=37) 3. görüşmelerinde ağrı



konusundaki algıları değerlendirildi. 0-10 Ağrı Skalası ile değerlendirme yapıldı. Skala sonucuna göre ameliyat sonrası 8. saatte şu sonuçlar saptanmıştır:

#### 0-10 Ağrı Skalası Puanı/ Katılımcı no'su

2	n2, n6, n15, n19, n22
3	n1, n5, n13, n20, n21, n30, n31
4	n3, n4, n11, n12, n18, n32
5	n7, n23, n35, n37
6	n8, n9, n10, n14, n16, n17, n28, n29, n36
7	n24, n25, n34
8	(-)
9	n26, n27, n33
10	(-)

Skala tüm hastaların şartları benzerken uygulanmıştır. Hastaların rutin analjezik uygulamalarından 2 saat sonra değerlendirme yapılmıştır. Hastalarda puan açısından farklılıklar olmakla beraber, devamlı ağrı olduğu saptanmıştır. Ağrı skalasına göre orta ve şiddetli ağrı yaşayan hastaların baş etmeleri için desteklenmeleri sağlanmıştır. Bunun için;

- Ağrının yeri, zamanı değerlendirildi.
- Ağrının arttığı ve azaldığı zamanlar hastaya sorularak belirlendi. Bazı hastalar sürekli, bazıları yataktan kalkarken, bazıları üşüdüğünde, bazıları ise oda kalabalık olduğunda ağrılarının arttığını belirtti.
- Hastaların ağrıya karşı duygusal tepkileri belirlendi. Hastaların genelinin ağrıya öfke ve kaygı ile yanıt verdikleri görüldü.
- Ağrıya neden olan uyaranların ortadan kaldırılması sağlandı. Bunun için merkezi soğutma görevlileri ile telefonla görüşülerek hasta odalarının ısılarının 26-27 C' olması sağlandı. Klinikte yasak olan hasta ziyaretleri hakkında kat danışma görevlisi ile tekrar konuşuldu. Ayrıca hastaların yakınları da bu konuda uyarılarak içeriye kimsenin girmemesi gerektiği ve bunun önemi anlatıldı. Hastaların yataktan kalkarken kullanmaları gereken uygun pozisyon öğretildi. Kalkarken yatak içinde ayaklar yana gelecek şekilde önce oturmaları gerektiği, kalkış sırasında refakatçisinin karşılıklı birbirlerinin kollarından tutarak destek almaları gerektiği, tek başlarına kalkmaları için biraz zamana gereksinimleri oldukları anlatıldı. Hastalar ve refakatçileri ile yataktan kalkarken kullanmaları gereken pozisyon uygulamalı olarak gerçekleştirildi.
- Hastalara hapsirme veya öksürme sırasında ameliyat bölgelerinin çevresini elleri ile desteklemeleri gerektiği anlatıldı ve uygulamaları sağlandı.
- Hastanın yatak içinde gereksiz hareketlerden kaçınması sağlandı.
- Basınçla ilgili ağrısı olan bireylere ameliyat bölgesini etkilemeyecek uygun pozisyon önerileri yapıldı. Bunlar semi-fowler (yarı oturur pozisyon), supine (sırt üstü yatış pozisyonu), lateral (ameliyat bölgesinin aksi yönde ve drenle üriner kataterleri sıkıştırmayacak şekilde yan yatış pozisyonu) pozisyonlarıdır (Çakırcalı 2000).
- Ağrıyan bölgeden dikkatlerini başka yöne vermeleri için hasta ve aile üyeleri ile baş etme stratejileri tartışıldı. Hastane kantininden gazete alınması, evden kitap getirilmesi, resim yapılması, televizyon izlenmesi, müzik dinlenmesi, el işi yapılması, koridorda yapılan yürüyüşlerin daha sistemli hale getirilmesi ve benzeri

aktiviteler saptanarak hastanın kendisine uygun gördüğünü seçmesi sağlanmıştır. İlerleyen görüşmelerde bu görüşmede alınan kararları hastaların uygulayabilirlikleri değerlendirilmiştir. Bazı aktiviteleri (egzersiz) gerçekleştirirken sorun yaşayan hastalara (n26, n33) yeni tercihler yapması konusunda danışmanlık verilmiştir. Bu hastalar koridorda kısa mesafelerde sık sık yürüyüş yapmayı tercih etmişlerdir.

- Ağrı kontrolü için klinikte kullanılan bazı ilaçların dozları üzerine klinik doktorları ile konuşuldu. Klinik doktorları farmakolojik olmayan yöntemlerle ağrı kontrol altına alınamayan hastalarda, dozla ilgili yeni ayarlamalar yapabileceklerini belirttiler.

Ağrı ile baş etmek için yapılan uygulamalardan 4-6 saat sonra 0-10 Ağrı Skalası yeniden uygulanmıştır. Skalanın sonuçları bu kez şu şekilde saptanmıştır.

#### **0-10 Ağrı Skalası Puanı/ Katılımcı no'su**

1	n2, n5, n6, n12, n15, n17, n19, n21, n22, n36
2	n1, n8n, n10, n13, n20, n30, n31, n34
3	n3, n4, n11, n18, n24, n32, n33
4	n7, n23, n25, n27, n35, n37
5	n9, n14, n16, n28, n29
7	n26
8	(-)
9	(-)
10	(-)

Tüm hastaların 0-10 ağrı skalasına göre ağrı algılarında düşüş olduğu belirlenmiştir. 26 No'lu katılımcı için klinik doktoru ile görüşülerek ilave analjezik dozu istemlenmesi sağlanmıştır. Analjezik sonrası hastanın rahatladığı ve ağrı skalasına göre ağrısının 2 olduğu saptanmıştır. Katılımcılarla yapılan 3. görüşmeler hastaların ağrı ile baş edebildikleri belirlendikten sonra sonlandırılmıştır.

#### **4.GÖRÜŞME: BÖBREK NAKLİ SONRASI BESLENME**

Hastalarla 4. görüşme, ameliyattan 2 gün sonra, hastaların genel durumları iyiye, ağızdan beslenmenin başlamasından önce yapılmıştır. Bu görüşmede, hastanın böbrek naklinden sonra ağızdan beslenmeye başlamasıyla beraber dikkat etmesi gereken noktaları öğrenmesi için nakil olan birey ve hastanede yanında refakat eden, taburcu olduktan sonra birlikte yaşayacağı aile üyelerine “böbrek nakli sonrası beslenme” konulu sağlık eğitimi verilmiştir.

#### **EĞİTİM PLANI**

**Eğitimin konusu:** Böbrek Nakli Sonrası Beslenme

**Eğitim verilen kişi:** Böbrek nakli olan birey ve birlikte yaşadığı aile üyeleri

**Eğitimin amacı:** Böbrek nakli olan birey ve birlikte yaşadığı aile üyelerinin, nakil sonrası hastanın nasıl beslenmesi gerektiğini öğrenmesi

**Eğitimin hedefleri:**

- Böbrek nakli olan bireyin nakil sonrası erken dönemde neleri yemesi gerektiğini bilmesi

- Böbrek nakli olan bireyin nakil sonrası geç dönemde neleri yemesi gerektiğini bilmesi
- Böbrek nakli olan bireyin nakil sonrası yasak olan besinleri bilmesi
- Böbrek nakli olan bireyin nakil sonrası beslenmede dikkat etmesi gereken noktaları bilmesi
- Böbrek nakli olan bireyin ailesinin, böbrek naklinde beslenmeye ilişkin dikkat edilmesi gerekenleri bilmesi

**Eğitimin süresi:** 45 dakika

**Eğitim yeri:** Eğitim verilen hastanın odası

**Eğitim tarihi:** Nakilden 2 veya 3 gün sonrası (bazı hastaların genel durumuna göre eğitimleri 2 bazıları 3. gün verilmiştir)

**Eğitimde kullanılan metot:** Power-Point Sunum ve Sözel Anlatım

**Eğitimde kullanılan materyal:** Dizüstü bilgisayar, broşür

### **Eğitim içeriği**

Organ naklinin gerçekleştirilmesini takip eden süre içerisinde iyileşmenin sağlanması için beslenme önemli rol oynamaktadır. Birey ameliyat sonrası ağızdan beslenmeye geçerken öncelikle rejim-1 olarak bilinen sıvı gıdalara başlar. Bu sıvı gıdalar su, bitki çayları (papatya, rezene, yeşil çay, nane, ıhlamur ve bezeri olmalıdır) ve meyve sularıdır. Bireyin Diyabet (şeker hastalığı) varsa meyve suyunun kan-glikoz seviyesine göre yasaklanması gerekebilir. Böyle durumlarda bitki çayları tercih edilebilir. Meyve sularından vişne, kayısı tercih edilebilir. Nakil sonrası süreçte bir sonraki beslenme adımı rejim-2 olarak bilinen yumuşak gıdalardır. Doktor hastaya rejim-2 önerdiği zaman yumuşak gıdalara başlanır. Böbrek nakli olan birey, rejim-2'de yer alan aşırı yağlı ve tuzlu olmayan çorbaları içebilir, yoğurt yiyebilir. Eğer şeker hastalığı yoksa komposto, muhallebi yiyebilir. Organ nakli sonrası bireyin son olarak kullanacağı rejim 3'te ise normal gıdalar vardır. Bu rejim listesi, ilerleyen dönemlerde nakil olan bireyin kan değerlerine, tansiyon seviyesine, kan glikoz düzeyine göre doktor istemi ile değiştirilebilir.

Organ naklinde verilen ilaç tedavisi beslenme sürecini olumsuz etkilemektedir. Bazı ilaçlar besinlerle direkt etkileşime girerek kullanımlarını engelleyebilir. Bu durumda metabolizmada değişiklikler oluşabilir ve beslenme düzeni bozulabilir (Yüctin 2005).

### **Steroidlerin etkileri**

- İştahı artırarak, aşırı ve ani kilo alımına yol açar.
- Kolesterol ve trigliserid gibi kan yağlarının artışına neden olur.
- Kan şekerini artırır.
- Vücutta sodyum ve sıvı tutulumunu tetikler.
- Kemik ve kasların yıkılımını hızlandırır.
- Steroid ilaçların kullanılan dozu arttıkça yukarıdaki olumsuzluklar daha şiddetli yaşanır.

### **İmmünoşpresiflerin etkileri**

- Kan kolesterol ve trigliserid düzeyini artırır.

- Kan şekeri ve kan basıncını artırırlar.
- Potasyum, magnezyum ve fosfor gibi minerallerin dengesini bozabilirler.

### **Beden ağırlığındaki artış**

Birçok hastada nakil sonrası kilo artışı gözlenmektedir. Böbrek yetmezliği ya da diyaliz tedavisi aldıkları dönemlerde beslenmelerinde yapılan değişiklikler ve kısıtlamaların oluşturduğu baskıdan kurtulmayla birlikte iştah artışı kaçınılmaz olabilir. Ancak bu tutum yanlıştır. Aşırı yağ, şeker içeren besinler, hamur işleri, tatlılar gibi yüksek kalorili besinlerden mümkün olduğunca uzak durulmalıdır. Bu besinler yerine;

- Kalori içeriği düşük çiy sebze ve meyveler,
- Yağısız kırmızı et, derisiz kanatlı et ve balık,
- Yağ içeriği düşük ya da yağsız besinler,
- Şeker içermeyen sade soda gibi içecekler tercih edilir.
- Beden ağırlığını kontrol altında tutmak için sık sık tartılmak önemlidir.

### **Kan kolesterol ve trigliserid düzeylerini kontrol altına alma**

Kan kolesterol ve trigliserid düzeyleri bazı zamanlarda yüksek çıkabilir. Bu durum kalp hastalıklarına yol açabilir. Bunu önlemek için şunlara dikkat edilmelidir;

- Kolesterol sadece hayvansal gıdalarda bulunur. Yumurta sarısı ve beyin en zengin kolesterol kaynaklarıdır. Tereyağı, karaciğer, beyin, böbrek, dalak, dil gibi sakatatlar; karides, kalamar gibi deniz ürünleri, kırmızı et, süt ve süt ürünleri de fazla miktarda kolesterol içerirler.
- Kilo almamaya dikkat edilmeli, iştah kontrol edilmeye çalışılmalıdır. Bunun için sofralar basit ve sade hazırlanmalı, yağsız veya az yağlı salataları bolca tüketilmelidir.
- Yemekleri küçük tabaklara koymak, lokmaları uzun süre çiğnemek yararlıdır. Yemek sırasında su veya düşük kalorili içecekler seçilmelidir. Yemekler doktor aksine bir şey söylemedikçe, az tuzlu pişirilmelidir.
- Yeni uğraşlar edinmek, çeşitli el işleri ve maketler yapmak, değişik konularda kitap okumak, resim yapmak gibi faaliyetler sıkıntılı düşüncelerden uzak kalınmasına ve dolaylı da olsa iştahı frenlemeye katkıda bulunacaktır.
- Alkollü içecekler tüketilmemelidir.
- Bütün hayvansal ve bitkisel yağların tüketimin sınırlanmalıdır.
- Kırmızı et tüketirken yağsız kısımları seçilmelidir.
- Balık ve tavuk tüketimi ihmal edilmemelidir.
- Yağ içeriği yüksek hazır besinlerden kaçınılmalıdır.
- Margarin ve tereyağından kaçınılmalıdır.
- Öğünlerinizde sebze tüketimi ihmal edilmemelidir.
- Kızartma yenmemelidir.
- Etsiz sebze yemekleri ve salatalar istenildiği kadar tüketilebilir.
- Muz, üzüm gibi meyveler fazla şeker içerirler, fazla yememeye dikkat etmek gereklidir. Günde iki porsiyon meyve yenebilir. Bazı meyvelerin porsiyon değerleri şu şekildedir; orta boy bir adet elma, orta boy bir adet portakal, orta boy bir adet şeftali, orta boy bir adet armut, yarım muz, 3-4 adet kayısı, 10-12 adet kiraz, 8-10 adet çilek, 2 adet incir, 15-20 tane üzüm, bir dilim karpuz, bir dilim kavun, 2-3 adet mürdüm eriğinin her biri bir porsiyondur.
- Aşırı miktarda yağ ve şeker içeren hamur tatlıları yerine sade, meyveli veya sütlü tatlılar (muhallebi ve sütlaç) tercih edilmelidir.

- Çikolata, reçel, şekerleme ve gazlı içeceklerden uzak durulmalıdır.
- Diyetle alınan kalsiyum ve fosfor oranı önemlidir. Doktor tarafından aksi söylenmedikçe süt ve süt ürünlerini hergün tüketilmelidir.
- Nakil sonrası uygulanan tıbbi tedavilerin bazıları potasyum kan düzeyini yükseltirken bazıları düşürebilir.
- Günde 3-4 ince dilim ekmeğ tüketilebilir. Hepsini aynı günde olmamak üzere pilav, makarna, yağsız veya az sıvı yağlı yoğurt ilavesiyle mantı haşlanıp yenilebilir.
- Portakal, muz, domates salçası, patates, süt, yoğurt gibi besinler yüksek miktarda potasyum içerir. Kan potasyum düzeyi yüksek çıkarsa bu besinlerin alınımını kısıtlanmalıdır. Kan potasyum seviyesinin düştüğü durumlarda bu besinlerden bol miktarda tüketmeye dikkat edilmelidir (Yücelin 2005, International Transplant Nurses Society Böbrek Naklinde Beslenme ve Egzersiz Kılavuzu'na [http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS\\_Diet\\_Exercise\\_English.pdf](http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS_Diet_Exercise_English.pdf) adresinden ulaşılabilir, Erişim tarihi: 20 NİSAN 2011).

#### **Tuz ve sodyum alımının kısıtlanması**

- Tuz tüketiminden kaçınılması gereklidir. Steroid ilaçlar vücutta su tutulumuna yol açarken, tuzu fazla tüketmek bu durumu daha da tetikler.
- Tuz içeriği yüksek hazır çorbalar yerine mevsim sebzelerinden hazırlanmış çorbalar tercih edilmelidir.
- Tuz içeriği yüksek salçaları kullanmak yerine tuz oranı ayarlanabilen ev yapımı salçalar tercih edilmelidir.
- Turşu yapımında tuz yerine sirke kullanılmalıdır.
- Tuz içeriği yüksek işlenmiş et ürünleri yerine taze et tüketilmelidir.
- Hazır, dondurulmuş yiyecekler tüketilmemelidir.
- Salam, sosis, sucuk yenmemelidir (National Kidney Foundation böbrek nakli sonrası beslenmeye [http://www.kidney.org/atoz/pdf/nutri\\_trans.pdf](http://www.kidney.org/atoz/pdf/nutri_trans.pdf) adresinden ulaşılabilir, Erişim tarihi: 20 NİSAN 2011)

#### **Yeterli protein alımı**

Protein; dokuların, kasların yapımı ve onarımı için gereklidir. Operasyon sonrası iyileşmeye yardımcı olduğundan önemli bir besin ögesidir. Nakil sonrası protein alımı önceye göre daha fazla olmalıdır. Çünkü steroid ilaç tedavisinde doku yıkımı fazla olur. İlaç tedavisi bittikten sonra normal düzeyde protein alımı yeterlidir. Protein içeren besinler; kırmızı et, kanatlı etler (tavuk, hindi, kaz, ördek), balık, süt, yoğurt, peynir, yumurta ve kurubaklagillerdir (Demirbaş ve Aşçı 2007).

#### **Eğitimin değerlendirilmesi**

Bu eğitimin etkinliğini değerlendirmek için eğitimin içeriğine göre sorular oluşturularak hastalara sorulmaktadır. Geribildirim sonunda bazı katılımcılar için eğitimlerinin etkin olmadığı belirlenmişse eğitimleri uygun zaman planlanarak tekrarlanır ve eğitimlerinin sonunda aynı şekilde yapılan değerlendirmeyle (soru-cevap ve geribildirim) verilen sağlık eğitiminin etkinliği değerlendirilir.

Eğitimin böbrek nakli olan bireylerin aile üyeleri açısından etkinliğini değerlendirmek için araştırmacı tarafından eğitim içeriğine uygun olarak oluşturulan sorular aile üyelerine sorulmuştur. Sonuçta verilen eğitimin, nakil olan bireyin aile üyeleri açısından etkin olduğu ve tekrarlanmasına gerek olmadığı belirlenmiştir.

## 5.GÖRÜŞME: BÖBREK REJEKSİYONU (REDDİ)

Katılımcılar ile 5. görüşmeler nakil sonrası 4. gün içerisinde genel durumlarının uygun olduğu zamanlara planlanarak gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmede hasta ve ailesinin böbrek reddine ilişkin kaygılarını ifade etmesi sağlanarak soruları yanıtlanmıştır. Yine bu görüşmede hasta ve ailesinin böbrek reddinin belirtilerini öğrenmeleri için planlanan eğitim verilmiştir. Eğitim öncesi birey ve aile üyeleri ile terapötik (tedavi edici) iletişim kurularak soru sormalarına fırsat verilerek ihtiyaç duydukları konularda danışmanlık verilmiştir. Bu sorular ve araştırmacının yanıtları Ek 8'de verilmiştir.

### EĞİTİM PLANI

**Eğitimin konusu:** Böbrek Rejeksiyonu (Reddi)

**Eğitim verilecek kişi:** Böbrek nakli olan birey ve birlikte yaşadığı aile üyeleri

**Eğitimin amacı:** Bu görüşmenin amacı, bireyin nakil sonrası red ataklarının bulgularını tanıyabilmesi ve böyle durum geliştiğinde uygun yardım arayışı davranışını gösterebilmesi

#### Eğitimin hedefleri:

- Hastanın böbrek reddi belirtilerini bilmesi
- Hastanın birlikte yaşadığı aile üyelerinin böbrek reddinin belirtilerini bilmesi
- Hasta ve ailesinin böbrek reddi geliştiğinde uygun yardım alma davranışını bilmeleri

**Eğitimin süresi:** 35 dakika

**Eğitim yeri:** Eğitim verilen hastanın odası

**Eğitim tarihi:** Her bir katılımcının ameliyatından 4 gün sonra

**Eğitimde kullanılan metot:** Sözel Anlatım, Soru-cevap

**Eğitimde kullanılan materyal:** Renkli kartonlar, çizim materyalleri ve broşür

### Eğitimin içeriği

#### Böbrek rejeksiyonu (reddi)

Nakil sonrası böbrek rejeksiyonu (reddi) iki şekilde karşımıza çıkar. Bunlar akut ve kronik böbrek rejeksiyonudur. Akut böbrek rejeksiyonunun belirtileri; böbrek fonksiyonunun bozulması, serum kreatin ve BUN (blood urea nitrogen-kan üre nitrojen düzeyi) değerinin artması, idrar çıkışının azalması, grip benzeri belirtilerin görülmesi, kilo artışı olması, vücut ısısının yükselmesi, nakil bölgesinde hassasiyet ve şişlik oluşması şeklindedir. Kronik böbrek rejeksiyonunun belirtileri ise; serum kreatin ve BUN seviyesinin yavaş yavaş yükselmesi, proteinüri (idrarda protein görülmesi), idrar çıkışının azalması, idrar retansiyonu (idrarda protein boşaltım sonrası idrar kalması), kanda elektrolit seviyelerinde değişimler olması, tansiyon arteriyelin yükselmesi şeklindedir. Böbrek rejeksiyonu geliştiğinde, hastanın panik olmaması ve nakil olduğu merkezle iletişime geçerek uygun yolu izlemesi önemlidir. Organ reddi ne kadar erken fark edilirse tedavi şansı o kadar yüksek olur. Bu bakımdan nakil olan birey ve ailesi,

düzenli olarak tansiyon ve vücut ısısı takibini sağlamalı, idrar çıkışını gözlemlemeli, burun akıntısı, tıkanıklık, öksürük, halsizlik gibi bulgulara karşı dikkatli olmalıdır.

Böbrek nakli olan birey;

- 38 derecenin üzerinde ateş,
- İdrar miktarında azalma, renk değişikliği ve yanma hissi,
- Ayak ve el bileklerinde şişme,
- Birden ortaya çıkan yüksek ve düşük tansiyon,
- Tekrarlayan kusma ve ishal,
- Öksürük ve nefes darlığı geliştiğinde derhal nakil olduğu merkeze başvurmalıdır. Birey nakil olduğu merkeze uzak bir yerde yaşıyorsa ve bulunduğu yerde organ nakli merkezi yoksa en yakın sağlık kurumuna gitmelidir. Gittiği kurumdaki sağlık profesyonellerini böbrek nakli olduğu konusunda bilgilendirmelidir (Cecka,1999, Demirbaş ve Aşçı 2007, Murphy 2007, Günay ve Töz 2008).

#### **Eğitimin değerlendirilmesi:**

Bu eğitim sonunda böbrek nakli olan birey ve yanında bulunan aile üyelerine böbrek rejeksiyonunun belirtileri ve bu belirtiler görüldüğünde yapmaları gereken davranışların ne olması gerektiği sorulduğunda tamamı uygun yanıtları vermiştir. Birey ve ailesine verilen eğitimin etkin olduğu belirlendikten sonra görüşme sonlandırılmıştır.

#### **6.GÖRÜŞME: BÖBREK NAKLİNDE TEDAVİ REJİMİ**

Altıncı görüşme, tüm hastalarla nakil sonrası 5. güne planlanarak hasta odalarında gerçekleştirildi. Katılımcıların bazılarında (bir önceki görüşme 3. gün yapılan hastalarla) bu görüşme 4. gün gerçekleştirildi. Görüşmede, böbrek nakli sonrası tedavi rejimine ilişkin planlanan sağlık eğitimi yüzyüze görüşme yöntemi ile power-point sunum yoluyla verildi.

**Eğitimin konusu:** Böbrek Naklinde Tedavi Rejimi

**Eğitim verilecek kişi:** Böbrek nakli olan birey ve birlikte yaşayacağı aile üyeleri

**Eğitimin amacı:** Bu görüşmenin amacı, bireyin nakil sonrası kullanması gereken ilaçları ve kullanım şekillerini öğrenmesi

#### **Eğitimin hedefleri:**

- Hastanın nakil sonrası kullanacağı ilaçları bilmesi
- Hastanın nakil sonrası kullanacağı ilaçların özelliklerini bilmesi
- Hastanın nakil sonrası kullanacağı ilaçların kullanma zamanlarını ve özelliklerini bilmesi
- Hastanın nakil sonrası kullanacağı ilaçların yan etkilerini bilmesi
- Hastanın kontrollere geldiği günlerde ilaçlarının kullanımını aksatmaması gerektiğini bilmesi
- Hastanın birlikte yaşadığı aile üyelerinin, nakil sonrası kullanılacak ilaçları bilmesi
- Hastanın birlikte yaşadığı aile üyelerinin, nakil sonrası kullanılacak ilaçların yan etkilerini bilmesi
- Hastanın birlikte yaşadığı aile üyelerinin kullanılacak ilaçların yan etkileri geliştiğinde ne yapmaları gerektiğini bilmesi

**Eğitimin süresi:** 40 dakika

**Eğitim yeri:** Eğitim verilen hastanın odası

**Eğitim tarihi:** Her bir katılımcının nakil sonrası 4 veya 5. gün

**Eğitimde kullanılan metot:** Sözel Anlatım, Power-Point Sunum

**Eğitimde kullanılan materyal:** Lap-top, ilaç çizelgesi, ilaçların prospektüsleri ve ilaçlar

**Eğitimin içeriği**

## **İLAÇLAR**

Nakil sonrası immünosupresif ilaçlar, steroidler, vücutta gelişebilecek enfeksiyonları önlemek için verilen ilaçlar, analjezikler (ağrı kesiciler) ve immünosupresiflerin yan etkilerini önlemek için verilen ilaçlar kullanılır.

## **İMMUNOSUPRESİF İLAÇLAR**

Bağışıklık sistemini baskılayarak böbreğin vücut tarafından reddedilmesini engelleyen ilaçlardır. Bağışıklık sistemi yeni takılan böbreği vücuda ait olmadığı için düşman olarak algılar ve onu vücuttan atmaya çalışır. Bu olaya nakil sonrası en önemli problem olan organ reddi veya rejeksiyon denir. Böbrek reddi bir önceki görüşme olan 5. görüşmede sizlere anlatılmıştır.

İmmünosupresifler bağışıklık sisteminin değişik aşamalarını baskılamak amacıyla iki veya üç ilacın birlikte verilmesi şeklinde kullanılır.

## **İmmunosupresif ilaç çeşitleri**

### **Antihuman T lenfosit immunglobulin (100 mg flakon)**

#### **Kullanım amacı**

Organ ve doku nakillerinde organ reddinin tedavisinde kullanılır.

### **Koruyucu amaçlı (5mg/kg)**

Ameliyat günü 1000ml izotonik (serum) içinde 8 saatte damar yoluyla uygulanır.

### **Tedavi amaçlı olarak**

Antihuman T lenfosit immunglobulin uygulamasına başlamadan yarım saat önce bu ilacın yan etkilerine karşı önlem amacıyla bazı ilaçlar uygulanır.

Antihuman t lenfosit immunglobulin infüzyonu sırasında,

- Kızarıklık, döküntü, ateş, göğüs ağrısı ve benzeri alerjik reaksiyon görüldüğünde infüzyon durdurulur ve hekime haber verilir.
- Bu ilacın alımı sırasında ağız yoluyla alınan immünosupresif ilaçlar durdurulur. Antihuman t lenfosit immunglobulinin verilmesinden 2 saat sonra 500 ml izotonik içinde aynı dozda antiviral ilaçlar verilir. Bu ilacın verilmesi 2 saatte tamamlanır. Sıvı kısıtlaması mevcut ise tüm damar yoluyla verilen sıvı tedavileri yarı doza indirilir.
- İlacın damar yoluyla verilmesi sırasında sürekli tıbbi gözetim gereklidir.
- Tedavi sırasında aynı damar yolundan kan ve kan ürünleri verilmez.



### **Antihuman T lenfosit immunglobulin alan hastalarda görülen yan etkiler**

Bu ilaç, mide ve bağırsakta kanama ile ülserasyona (yara) yol açabilir. Yine kanama zamanının uzaması, kulakta çınlama, ciltte döküntü, astım, duyma kaybı, vertigo (baş dönmesi) gibi yan etkilere yol açabilir.

### **Prednisolone (20 mg, 40 mg, 250 mg ampul)**

Çok değişik mekanizmalarla böbrek rejeksiyonu (reddi) olayını önlediğinden ameliyat gününden itibaren kullanılmaya başlanır. 100 ml izotonik (serum) içerisinde;

- Ameliyat günü, ameliyathanede 1gr,
- 1. günde serviste 500 mg,
- 2. günde 250mg,
- 3. gün 120 mg,
- 4. gün 60 mg,
- 5. günden itibaren hekim istemine göre ağızdan tablet şeklinde kullanıma geçilir. Sabah tok karnına alınır.

### **Yan etkileri**

Vücut yağ dağılımında bozulma, böylece vücut şeklinin bozulması, karnın büyüyerek kol ve bacakların incilmesi, bufalo boyun adı verilen şekil bozukluğunun oluşması, enfeksiyonlara eğilim, yara iyileşmesinde gecikme, psikolojik açıdan dengesizlik, iştah artışı, şişmanlama, ciltte incelmeler ve cildin kolay tahriş olması, morarmalar ortaya çıkması, sivilceler, tüylenme, yüksek tansiyon, kemiklerde erime, mide ülseri, şeker hastalığı, katarakt görülebilir. Burada belirtilen yan etkiler görüldüğünde nakil sonrası takibinizi yapan sağlık merkezine başvurunuz (Dilek 2002, Yüctin 2005).

### **PULS (Prednisolone infüzyonu)**

Prednisolone ampul 100ml izotonik içinde (500mg veya 1000mg) yarım saat içerisinde damar yoluyla verilir. Kreatin seviyesi yükselen hastalarda böbrek reddini engellemek için doktor istemine göre 1-3 gün kullanılabilir. Böbrek nakli sonrası prednisolone'un PULS şeklinde kullanımı çok yaygındır.

### **Yan etkiler**

- Vücut yağ dağılımına bozulmaya bağlı olarak vücutta şekil bozukluğu
- Enfeksiyonlara eğilim
- Yara iyileşmesinde gecikme
- Psikolojik açıdan dengesizlik, iştah artışı, şişmanlama
- Ciltte incelmeler ve cildin kolay tahriş olması, morarmaların ortaya çıkması
- Şeker hastalığı, katarakt

Uzun süre kortikosteroid tedavisi sırasında hastalar düzenli olarak hipertansiyon, kan şeker seviyesinin artması, ödem, mide rahatsızlıkları ve ruhsal değişimler açısından takip edilmelidir. Bu nedenle kontrollerinizi aksatmamanız son derece önemlidir.

### **Basilixmab (20 mg flakon)**

#### **Kullanım nedeni**

Erişkin ve çocuk hastalarda akut organ reddine karşı koruyucu amaçlı kullanılır.

#### **Kullanım şekli ve dozu**

İki doz şeklinde kullanır. İlk doz ameliyattan 2 saat önce (20 mg), ikinci doz ise (20mg) ameliyattan 4 gün sonra uygulanır. İlaça karşı aşırı duyarlılık gelişirse ikinci doz kullanılmaz.

**Uygulama şekli**

Kullanımı, 20-30 dakika damar yoluyla yapılır. Bu ilaç kullanılırken başka ilaçlarla karıştırılmamalıdır.

**Uyarılar/önlemler**

Kullanım sırasında aşırı duyarlılık ve reaksiyon gelişirse kullanımı durdurulmalıdır ve tekrar kullanılmamalıdır.

**Mycophenolate Mofetil (250-500mg tablet)****Kullanım nedeni**

Organ reddini önlemek amacıyla kullanılır.

**Yan etkiler**

Mide ve bağırsaklar üzerine olan yan etkileri ön planda görülür. Şiddetli bulantı, kusma ya da ishal nedeni ile bazı hastalarda ilaç zorunlu olarak kesilebilir. Deri kanserlerinin görülme riski fazladır. Önemli bir yan etkisi de kan hücrelerini üreten kemik iliği üzerinedir. İlaç kemik iliğinde kan yapım sürecini etkileyerek kansızlığa ve beyaz kan (lökosit, akyuvar) hücrelerinde ileri derecede azalmaya neden olabilir.

Mycophenolate Mofetil, aynı zamanda enfeksiyonlara eğilimi artırır. Bu ilacı kullanan hastalarda enfeksiyon yönünden belirli aralıklarla kan tetkiki yapılması faydalıdır ve gerektiğinde ilacın dozu azaltılır (Dilek 2002).

**Kullanım şekli ve dozu**

Böbrek nakli olan hastalarda damar yoluyla, 2 saatten az olmayan süre ile günde iki kere 1'er gramlık dozlar şeklinde kullanılır. İlacın etkili olabilmesi için 12 saat ara ile mutlaka aç karna alınması (yemeklerden 35-40 dakika önce) gerekir.

**Mycophenolic acid (180mg-360 mg tablet)**

Akut red olayının önlenmesi amacıyla kullanılır.

**Kullanım şekli ve dozu**

Önerilen doz, 12 saat ara ile 2 kez 720 mg olmak üzere günde 1440mg'dır. Bu doz bazı kişilerde farklı uygulanabilir. Aç karna alınır. İlacın ağızda çiğnenmemesi doğrudan yutulması gerekir.

**Uyarılar/önlemler**

Lenfoma ve özellikle deride görülen kötü huylu tümörlerin gelişme riskinde artış, kullanılan herhangi bir immünosupresyon ilaca değil, kullanım süresine bağlıdır. Deri kanseri riskini mümkün olduğunca azaltmak için güneş ışığına uzun süre maruz kalınmaması, koruyuculuk faktörü yüksek nemlendiriciler kullanılması ve koruyucu giysiler giyilmesi gereklidir. Mycophenolic acid kullanan hastada herhangi bir enfeksiyon bulgusu, beklenmeyen kanama veya morluklar gelişirse, hemen doktora haber vermelidir. Gebelerde ve emzirme dönemindeki bayanlarda kullanılmamalıdır. İlaç kesildikten sonra 6 hafta hamile kalınmamalıdır.

**Siklosporin-A (25-100mg tablet)**

Organ reddini önlemek amacıyla kullanılır. Günde iki doz şeklinde verilmelidir. Siklosporin kan düzeyi C0 ya da C2 düzey ölçümleri ile takip edilebilir. C0 gece uygulamasından 12 saat sonra açlık kan düzeyi, C2 ise sabah uygulamasından sonra 2. saatteki kan düzeyidir.

### **Uyarılar/önlemler**

- Böbrek nakli olan hastalarda siklosporin kan düzeyleri, böbrek, karaciğer fonksiyonları ve kan basıncı yakından izlenir.
- Siklosporinin greyfurt suyuyla birlikte kullanımının ilacın vücuda etkisini artırdığının unutulmaması gerekir. Bu ilacı kullanan hastaların greyfurt yememesi konusunda uyarılması gerekir.
- Siklosporinin çok önemli yan etkileri de bulunmaktadır.

Bunları şu şekilde sıralamak mümkündür.

- \* Tansiyon yüksekliği
- \* Böbrek fonksiyon bozukluğu
- \* Karaciğer testlerinde bozukluk
- \* Diş eti büyümesi
- \* Tüylenmede artış
- \* Ellerde titreme
- \* Vücutta uyuşukluk hissi
- \* İshal
- \* Bulantı
- \* Sıcak basması
- \* Baş ağrısı
- \* Şeker hastalığı
- \* Kanda yağ oranının yükselmesi
- \* Ürik asit yüksekliği

Bu şikayetlerin tüm hastalarda olması beklenmez. Siklosporin alan hastalarda bu şikayetler geliştiğinde nakil sonrası kontrollerini yapan sağlık merkezine başvurmaları gerekir (Dilek 2002, Demirbaş ve Aşçı 2007).

### **Tacrolimus (0.5 mg, 1mg, 5mg tablet)**

Organ reddini önlemek amacıyla kullanılır. Başlangıç dozu hastanın vücut ağırlığına göre hesaplanır. Bu doz hastanın genel durumuna ve kullanmakta olduğu bağışıklık sistemini baskılayan diğer ilaçlara da bağlıdır.

- Tacrolimus laktoz içermektedir. Hastanın bazı şekerlere karşı tolere edememe durumu varsa, kullanımı sakıncalı olabilir.
- Tacrolimus soya içermektedir. Eğer hastanın fıstık ya da soyaya alerjisi varsa bu ürünü kullanmamalıdır.
- Eğer hastanın makrolid antibiyotiklerin alt grubundaki herhangi bir antibiyotiğe (eritromisin, klaritromisin gibi) karşı aşırı duyarlılığı varsa tacrolimusu kullanmamalıdır.
- Tacrolimus günde iki defa ve hergün aynı zamanda alınmalıdır.
- Eğer kazayla fazla doz alınırsa, doktora hemen bildirilmesi gerekir.
- Hasta dozu almayı unutursa unutulmuş dozları dengelemek için çift doz almamalıdır.
- Hastanın uzun seyahatlere giderken yanında yeteri kadar ilaç bulundurması önemlidir.
- Kullanım sırasında dozajı ilacın kan seviyeleri ölçülerek belirlenir. Bu nedenle doz ölçümü yapılacağı gün ilaç alınmadan önce kan alınır.

Tacrolimusla ilgili yan etkiler şu şekilde sıralanabilir;

- \* Tansiyon yüksekliği
- \* Böbrek fonksiyon bozukluğu
- \* Karaciğer testlerinde bozukluk
- \* Şeker hastalığı
- \* Enfeksiyona yatkınlık
- \* Ellerde titreme

- \* Vücutta uyuşukluk hissi
- \* Uyku bozuklukları
- \* Baş ağrısı

Bu yan etkilerin tümünün ortaya çıkması beklenmez. Nakil sonrası uzun dönemde, ilaç dozajındaki azalma ile birlikte yan etkilerin ortaya çıkma olasılığı da azalacaktır. Yan etkiler görüldüğü zaman, hastanın ilacı kendi kendine kesmemesi ve nakil sonrası kontrollerini yapan sağlık merkezine başvurması gerekir (Yüçetin 2005).

### **Sirolimus (1mg tablet)**

Böbrek nakli olan hastalarda organ reddini önlemek için kullanılır. Greyfurt suyu ilacın metabolizmasını azaltıcı etkiye sahiptir. Bu yüzden sirolimusla birlikte greyfurt yenmemelidir. Bazı ilaçlar Sirolimusun kandaki seviyesini artırır. Bu yüzden birlikte kullanılmaması önemlidir. Bu ilaç grupları; kalsiyum kanal blokerleri, antifungal ilaçlar ve antibiyotiklerdir (klaritromisin, eritromisin, telitromisin). İlaç dozu, kan seviyesi ölçümüne göre belirlenir. Bu yüzden doz ölçümü yapılacağı gün ilaç alınmadan kan alınmalıdır.

### **Yan etkileri**

Sirolimusun yan etkileri, tansiyonun yükselmesi, karın ağrısı, bulantı, kabızlık, ishal, eklem ağrısı, burun kanaması, akciğer hastalıkları, akneler, idrar yolu enfeksiyonları ve çarpıntıdır. Böbrek nakli olan birey bu belirtilerden herhangi birisi gelişirse nakil sonrası kontrollerini yapan sağlık merkezine başvurmalıdır.

### **Everolimus (0.25 mg, 0.75 mg)**

Böbrek reddine karşı kullanılan immünosupresiflerden birisidir. Günde iki kez kullanılır. Hafif veya orta şiddette karaciğer yetmezliği olan hastalarda kullanımı sırasında dikkatli olunmalıdır.

### **Yan etki/riskler**

Lenfoma, ve derideki kötü huylu tümörlerin gelişme riskini artırır. Bu nedenle hastalar düzenli aralıklarla izlenmelidir. Hastaların güneş ışığından mümkün olduğunca uzak durmaları gerekmektedir. Güneş koruyucu kremleri kullanmaları önerilir. Galaktoz intoleransı olanlarda kullanılmamalıdır. Doz ölçümü kan seviyesine göre belirlenir. Bu yüzden doz ölçümü yapılacağı gün ilaç alınmamalıdır.

## **ENFEKSİYONLARDAN KORUNMAK İÇİN KULLANILAN İLAÇLAR**

Nakil sonrası erken dönemler, organ reddi için en riskli dönemlerdir. Bu sebeple immünosupresif ilaçlar ilk 3-6 ay daha yüksek dozda verilir. Bu tedavi süreci, bağışıklık sisteminin ciddi şekilde zayıflamasına, vücudun bakteri, virüs ve mantarlar tarafından istila edilmesine yol açabilir. Bu olayı engellemek amacıyla böbrek nakli olan bireye enfeksiyonlar gelişmeden, gelişebilecekleri varsayılarak bu ilaç grubu verilir.

### **Valganciclovir (450 mg tablet)**

Bu ilaç immün yetmezlik sendromu olan hastalardaki sitomegalovirüs tedavisinde ve organ nakli olan hastalarda sitomegalovirüs (CMV) hastalığının önlenmesi amacıyla kullanılır.

### **Yan etkiler**

İshal, ateş, ağızda mantar enfeksiyonu oluşumu, bulantı, anemi gibi yan etkileri olabilir.

**Kullanım şekli**

Tabletler mümkün olduğu kadar yiyeceklerle alınmalıdır. Aç karna alınmaması önemlidir.

**Valasiklovir (500-1000mg tablet)**

Virüslere karşı etkili bir ilaçtır. Genellikle nakilden sonra 10. günde başlanır. 3-6 Ay boyunca kullanılması önerilir. Günde 3 kez 8 saat ara ile alınır.

**Yan etkileri**

Baş ağrısı, baş dönmesi, titreme, halüsinasyon, bulantı, kusma, diyare (ishal), karaciğer fonksiyon testlerinde artışlar görülebilir.

**Asiklovir (200mg,400mg, 800mg tablet)**

Bağışıklık sorunu olan hastalarda virüslere karşı etkili bir ilaçtır. Tablet ve damar içi uygulanma formları vardır. CMV başta olmak üzere, herpes, suçiçeği ve soğuk algınlığını önlemek için kullanılır. Günde 3 kez 8 saatte bir kullanılır.

**Yan etkileri**

Mide bulantısı, kusma, ishal, iştah kaybı, karın ağrısı, baş ağrısı, halsizlik gibi yan etkiler yapabilir.

- Valasiklovir ve Valganciclovir ile birlikte kullanılmaz.

**Gansiklovir Sodyum (500mg )**

İmmün uyuşmazlığı bulunan bireylerdeki yaşamı ve görmeyi tehdit eden sitomegalovirüs (CMV) hastalığının önlenmesinde, tedavisinde ve organ nakli olan hastaları bu virüsten korumak için kullanılır. Bu ilacın kullanımı sırasında diğer antiviral ilaçlar tamamen kesilir.

**Yan etkiler**

Anemi, bulantı, kusma, hazımsızlık, kabızlık, karaciğer fonksiyon testi anormalliği, ödem, ateş, göğüs ağrısı, baş ağrısı, ışığa karşı aşırı duyarlılık, hipertansiyon, migren, öksürük artışı, solunum sıkıntısı, uykusuzluk, uyuklama, göz ağrısı, sağırılık, tat almada bozulma, kan şekerinin düşmesi gibi yan etkiler görülebilir.

**YAN ETKİLERİ ÖNLEYEN İLAÇLAR**

İmmünoşpresif ilaçların yan etkilerini önlemek amacıyla verilen ilaçlardır.

**Nistatin (süspansiyon)**

Ağız ve derideki mantar enfeksiyonlarının oluşumunu engeller. Günde 4 kez yemeklerden sonra 20 damla gargara şeklinde kullanılır. Gargaranın yutulması uygun olur. Gargara sonrası ağızdan yarım saat bir şey alınmaz.

**Yan etkiler**

Bulantı, kusma, ishal, kramp tarzında karın ağrısı gibi yan etkileri görülebilir.

**Trimethoprim-Sulfamethoxazole (400mg, 80mg tablet)**

Solunum yolu enfeksiyonları, kronik bronşit, tonsillit, farenjit, sinüzit, idrar yolu enfeksiyonları, enfekte yaralarda ve orta kulak iltihaplarında tedavi amacıyla kullanılır.

**Yan etkiler**

Bulantı, kusma, ishal, deri döküntüleri, ciltte hassaslaşma ve anemi yan etkileri arasındadır.

### **Cefazolin Sodyum (250mg, 500mg, 1000mg flakon)**

Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları ile üriner sistem enfeksiyonlarını tedavi etmek amacıyla kullanılır. Nakilden bir gün önce 1 doz ve nakil sonrası ameliyat günü 2 doz (12 saat ara ile) kullanılır ve kesilir

- Bu ilacın kullanımı ameliyat öncesi hazırlık sürecinde (2. görüşme) hastaya anlatılmıştır.

### **DIÜRETİK İLAÇLAR**

#### **Furosemid (20 mg ampul)**

Böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası süreçte idrar çıkışlarını sağlamak için kullanılır. Uygulanacak doza hekim karar verir.

#### **Yan etkiler**

Aşırı idrar çıkışına bağlı olarak baş ağrısı, sersemlik hissi, ağız kuruluğu, hipotansiyon, mide ve bağırsak hassasiyeti gibi yan etkileri görülebilir.

### **MİDE KORUYUCU İLAÇLAR**

#### **Omeprazol (20mg tablet, 40 mg flakon)**

Omeprazol mide koruyucu olarak operasyondan 1 gece önce, ameliyat sonrası ise, ağızdan kapsül veya tablet şeklinde mideyi korumak amacıyla kullanılır.

#### **Yan etkiler**

Omeprazolün yan etkileri baş dönmesi, halsizlik, baş ağrısıdır. Ancak yan etkileri çok nadir görülür.

### **ANTİHIPERTANSİFLER**

#### **Metoprolol 25mg, 50mg, 100mg tablet, Amlodipin (5mg, 10 mg tablet)**

Her iki ilaçta nakil sonrası immünosupresif ilaçlara bağlı olarak hipertansiyon (yüksek tansiyon) belirtileri gözlemlendiğinde kullanılır.

#### **Gliseroltrinitrat (10mg ampul)**

İmmünosupresif ilaçlara bağlı inatçı hipertansiyonlarda kullanılır. Hastanın tansiyonu monitörle 15 dakika ara ile takip edilir. Tansiyon değerine göre dozu azaltılır veya artırılır. Birden bire kesilmez.

#### **Yan etkiler**

En sık rastlanan yan etkisi baş ağrısıdır. Bazen bulantı, kusma, kaslarda seğirme ve baş dönmesi görülebilir.

### **ANALJEZİK İLAÇLAR**

#### **Tramadol (100mg ampul), Pethidin (100mg ampul)**

Ameliyat sonu ağrıları gidermek için kullanılır. Yan etkileri; mide bulantısı, kusma, ağız kuruluğu, hipotansiyon, solunum güçlüğü ve bağımlılıktır.

#### **Parasetamol(500mg tablet)**

Ameliyat sonu geç dönemlerdeki ağrıları gidermek için ağızdan kullanılan ilaçtır.

### **DIĞER İLAÇLAR**

#### **Antifosfat**

Fosfor yüksekliğinde kullanılır. Kullanımı sırasında kanda fosfor takibi yapılmalıdır. Yemek arasında alınması önerilir.

### **Magnezyum Sulfat**

Magnezyum düşüklüğünde kullanılır. Kullanımı sırasında kanda magnezyum seviyesi takip edilmelidir.

### **Kalsiyum**

Hekim isteğine göre damar yoluyla veya oral yolla verilir. Kalsiyum düşüklüğünde kullanılır. Kullanımı sırasında kanda kalsiyum takibi yapılmalıdır.

### **Allopurinol**

Ürik asit yüksekliğinde kullanılır, kullanımı sırasında ürik asit takibi yapılmalıdır.

### **Enoksaparin**

Düşük moleküllü heparindir. Kan yoğunluğunu azaltarak olası damar tıkanıklığını önlemek için kullanılır. Dozu hastanın kilosuna göre değişir

(International Transplant Nurses Society Böbrek Naklinde Tedavi Rejimi Kılavuzu'na [http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS\\_Transplant\\_Medications\\_English.pdf](http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS_Transplant_Medications_English.pdf) adresinden ulaşılabilir, Erişim tarihi: 20 NİSAN 2011).

## **İLAÇ KULLANIMINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN GENEL İLKELER**

- İlaçlarınızı her gün aynı saatte alınız.
- Birey daha iyi hissetse bile dozu hiçbir zaman kendi başına değiştirmemeli ve kesmemelidir.
- Eğer kaza ile önerilenden daha fazla miktarda ilaç alınırsa doktora ve hemşireye bildirilir.
- Etiketle belirtilen son kullanma tarihinden sonra hiçbir ilacı kullanılmaz. Kullanılmayan ilaçlar organ nakli kliniğine bağış yapılabilir.
- İlacı alırken ortaya çıkan herhangi bir yan etkide doktora haber verilir.
- Doktorun izni olmadan reçetesiz satılan ilaçlardan alınmaz.
- İlaçlar serin, kuru, ışık almayan, çocukların ulaşamayacağı yerlerde saklanır.
- Doktor ya da eczacı aksini söylemediği takdirde ilaçlar buzdolabında saklanmaz.
- Hafta sonları veya uzun tatillere girmeden önce veya uzun seyahatlere giderken birey yanında yeteri kadar ilaç olduğundan emin olmalıdır.
- Organ naklinde kullanılan ilaçların tümü oldukça pahalı ilaçlardır. İlaçların sürekli temini için sosyal güvencenin devam etmesi son derece önemlidir. Herhangi bir nedenle sosyal güvence yitirilip ilaçlar temin edilemeyecek duruma düşülürse, bu durum organ nakli ekibine hemen bildirilmelidir (Bavinck 1996, Cecka 1999, Yüctin 2005, Demirbaş ve Aşçı 2007, Murphy 2007, Quan 2009).

## **AŞILAR**

- Nakil sonrasında hastalar için uygun aşılardan yapılması enfeksiyonlardan korunmak için önemlidir.
- Canlı aşılardan dışındaki aşılardan, böbrek nakli hastalarına uygulanabilir. Bu aşılardan içinde grip aşısı, hepatit aşısı, menenjit ve pnömokok aşısı sayılabilir.
- Canlı virüs içeren kızamık, kabakulak, çocuk felci aşısı ise uygulanmamalıdır.
- Özellikle hepatit B aşısının böbrek naklinden önce tamamlanması, sonradan hepatit B'ye bağlı ciddi karaciğer hastalıklarının gelişmesini önlemek için önemlidir.
- Grip aşısının her sene önerilen sonbahar dönemlerinde tekrarlanması faydalı olur (International Transplant Nurses Society Böbrek Naklinde Tedavi Rejimi Kılavuzu'na [http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS\\_Transplant\\_Medications\\_English.pdf](http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS_Transplant_Medications_English.pdf) adresinden ulaşılabilir, Erişim tarihi: 20 NİSAN 2011).

## İLAÇ ÇİZELGESİ

İLAÇ ADI	DOZ	VERİLİŞ SAATLERİ	UYARILAR
<b>TACROLİMUS</b>	12 saat ara ile günde iki kez alınır.	Yemeklerden 1 saat sonra alınması gerekir.	İlaç düzeyi için kan verilen günlerde ilaç, <u>kan verildikten</u> sonra alınır.
<b>SİKLOSİPORİN A</b>	12 saat ara ile günde iki kez alınır.	Yemeklerden 1 saat sonra alınması gerekir.	C0 ilaç düzeyi için kan alınır, ilacı aldıktan 2 saat sonra C2 kanı alınır.
<b>EVEROLİMUS</b>	12 saat ara ile günde iki kez alınır.	Yemeklerden önce aç karna alınır.	İlaç düzeyi için kan verilen günlerde ilaç, <u>kan verildikten</u> sonra alınır. Birey kendini mutlaka güneş ışığından korumalıdır.
<b>Mikofenolat mofetil-MMF</b>	Hekim tarafından aksi belirtilmedikçe 12 saat ara ile günde iki kez alınır.	Yemeklerden önce aç karna alınır.	Kontrol günü evde aç karna içilip gelinmelidir.
<b>Mycofenolate Sodium</b>	Hekim tarafından aksi belirtilmedikçe 12 saat ara ile günde iki kez alınır.	Yemeklerden önce aç karna alınır.	Kontrol günü evde aç karna içilip gelinmelidir.
<b>SİROLİMUS</b>	Günde 1 kez alınır.	Yemekten 1 saat sonra 14:00 gibi alınır.	Siklosporin alıyorsanız en az 4 saat ara olmalıdır.
<b>PREDNİSOLONE</b>	Hekim isteğine göre dozu ayarlanır. Günde 1 kez alınır.	Tok karna alınmalıdır. Sabah alınması önerilir.	Bu ilaca karşı mide koruyucu kullanılır. Mide üzerine yan etkileri fazladır.
<b>TRİMETHOPRİM-SULFAMETHOXAZOLE</b>	Günde 1 kez alınır.	Tok karna alınır. Sabah veya öğlen yemeğinden sonra alınır.	Kontrol günü, kan verildikten sonra alınır. 9 Ay kullanılır.
<b>OMEPRAZOL</b>	Günde 1 kez alınır.	Aç karna alınması gerekir.	Akşam saatlerinde alınması uygun olur.
<b>NİSTATİN</b>	Günde 4 kez 20 damla olarak kullanılır.	Yemeklerden sonra kullanılması gerekir.	Gargara sonrası ağızdan 30 dakika bir şey alınmaz. Yutulması önerilir.
<b>SİMVASTATİN</b>	Günde 1 kez alınır.	Akşam 22:00 gibi alınması önerilir.	
<b>ASİKLOVİR</b>	Günde 3 kez 8 saat ara ile alınır.		Diğer antiviral ilaçlarla birlikte alınmaz.
<b>VALAKSİLOVİR</b>	Günde 3 kez 8 saat ara ile kullanılır.		Ameliyattan sonra 10. günde başlanır ve 6 ay kullanılır. Diğer antiviral ilaçlarla birlikte kullanılmaz.
<b>VALGANSİCLOVİR</b>	Günde 1 kez alınır.	Akşam yemeğinden sonra tok karna alınması önerilir.	Diğer antiviral ilaçlarla birlikte kullanılmaz.



İlaç çizelgesine ilişkin tabloda organ naklinde kullanılan ilaçların tamamı verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların her biri için doktorların belirlediği tedavi rejimine uygun olarak ilaç çizelgesi oluşturulmuştur. Eğitimlerde bu çizelge, bireye özel oluşturularak ve ilaçların ticari ismi yazılarak hastaya verilmiştir.

### **Eğitimin değerlendirilmesi**

Eğitim sonunda hazırlanan sorularla eğitimin etkinliği değerlendirildi. Bazı görüşmelerde (n3, n8, n9, n29) eğitimin etkin olmadığı tespit edilerek uygun zaman planlanarak eğitim tekrarlandı.

### **7.GÖRÜŞME: BÖBREK NAKLİ SONRASI ENFEKSİYONLARDAN KORUNMA**

Bu görüşme böbrek naklinden sonra 6. gün yapılmıştır. Görüşmede hasta ve ailesinin soruları yanıtlanmıştır. Nakil sonrası sürece ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır. Böbrek nakli sonrası, enfeksiyonlardan korunma üzerine hastaya ve yanında refakat eden aile üyelerine eğitim verilmiştir. Eğitim verilirken el yıkama tekniğinin uygulamalı gösterilmesi için, odanın içerisinde yer alan lavabo kullanılmıştır. Odaya giriş çıkış olmaması için kapıya “görüşme vardır, içeri girmeyiniz” yazılı kağıt asılmıştır. Eğitimde üriner kataterin bakımı araştırmacı tarafından yapılmıştır. Hasta ve refakatçisinin dikkatle gözlemlemesi ve kafalarına takılan soruları sormaları sağlanmıştır. Katater bakımı verilirken aile üyelerinin desteği alınarak, işlemi onlarında uygulaması sağlanmıştır.

### **EĞİTİM PLANI**

**Eğitimin konusu:** Nakil Sonrası Süreçte Enfeksiyondan Korunma

**Eğitimin verileceği kişi:** Böbrek nakli olan birey ve aile üyesi

**Eğitimin amacı:** Hastanın nakil sonrası süreçte enfeksiyonlardan korunma yollarını öğrenmesi

#### **Eğitimin hedefleri:**

- Hasta ve yakınının üriner katater bakımını bilmesi ve uygulayabilmesi
- Hastanın ellerini uygun teknikle yıkayabilmesi
- Hastanın olası enfeksiyon risklerini bilmesi
- Hastanın enfeksiyondan korunmada dikkat etmesi gereken genel kuralları bilmesi
- Hasta yakınının enfeksiyondan korunma yollarını bilmesi

**Eğitimin süresi:** 45 dakika

**Eğitim yeri:** Eğitim verilen hastanın odası

**Eğitim tarihi:** Nakil sonrası 6. gün

**Eğitimde kullanılan metot:** Demonstrasyon, Power-Point Sunum, Sözel Anlatım

**Eğitimde kullanılan materyal:** Broşür, sıvı sabun, kağıt havlu, steril spanç

## Eğitim içeriği

Organ nakli sonrası, aldıkları immünosupresif ilaçların etkisi ile hastaların immün sistemi zayıfladığı için enfeksiyon riskleri artmaktadır. Nakil sonrası enfeksiyonlar erken, orta ve geç dönem olmak üzere üç dönemde görülür. Her üç dönemde de en sık bakteriyel enfeksiyonlar görülür. Bunların başında üriner sistem enfeksiyonları başlıca görülen enfeksiyonlardır (Barone, Martin Watson and Barone, 2004, Yüce'tin 2005).

Erken dönemde; cerrahi alan enfeksiyonları, üriner sistem enfeksiyonları, akciğer enfeksiyonları ve kan dolaşımına ilişkin enfeksiyonlar sıklıkla görülür.

Orta dönemde; immünosupresyonun en üst düzeyde olduğu dönemdir. Bu dönemde fırsatçı enfeksiyon ajanları bireyin kolayca hastalanmasına yol açabilir.

Geç dönemde; hastaların çoğunda organ uyumu sağlandığı için immünosupresif tedavide azaltma yapılması mümkündür. Bu dönemde görülen enfeksiyonlar toplumda yaşayan diğer kişilerde görülenlerle benzerlik gösterir.

## ENFEKSİYONLARDAN KORUNMAK İÇİN DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

- El hijyenine dikkat edilmesi önemlidir. Eller her türlü ihtiyaçların karşılanması öncesi ve sonrası mutlaka yıkanmalıdır. Yıkama işleminde tırnak içleri, parmak aralarının da sürterek yıkaması önemlidir.
- Elin yıkanması için antiseptik özelliği olan sabunların kullanılması gerekir.
- Eller en az 1 dakika süre ile yıkanmalıdır. Bu süre ne kadar kısa olursa elde kalan mikroorganizma sayısı o kadar fazla olur.
- Hastanede yattığı sürece üriner çıkışı sağlamak için takılan sondaların temiz tutulması önemlidir. Sondalar günde 3 kez sabunlu su ile silinmelidir.
- Perine bölgenizin temiz, kuru olması ve iç amaşırılarının uygun sıklıkla değiştirilmesi son derece önemlidir.
- Yürüyüş sırasında veya yatariken idrar torbasının mesane (idrar kesesi) seviyesinden aşağıda durması gerekir. Aksi takdirde geriye giden idrar, üriner enfeksiyonlara yol açabilir.
- Üriner kateter torbaları boşaltılırken yere damlarsa derhal temizlik personeline haber vererek yerlerin temizliğinin sağlanması gerekir.
- Ameliyat bölgenizin temiz ve kuru tutulması gerekir. Sağlık personeli tarafından düzenli aralıklarla yapılan pansuman sonrası bölgenin kuru ve temiz kalmasını sağlar. Ameliyat bölgesinde akıntı, kızarıklık, kaşıntı, bölgesel ısı artışı ve ödem gibi bulgular görüldüğu takdirde hemen sağlık personeline haber verilir. Eğer taburcu olduktan sonra bu belirtiler görülürse en kısa sürede nakil olunan sağlık merkezine başvurulmalıdır.
- Odanın havasının temiz olması önemlidir. Düzenli aralıklarla pencerelerin açılması ve odanın havalandırılması sağlanmalıdır.
- El ve ayak tırnakları kısa olarak kesilmelidir.
- Ameliyat sonrası süreçte immünosupresif ilaç kullanımına bağlı olarak bağışıklık sistemi normalden çok daha zayıf olur. Bu yüzden hastanede kalınan süre boyunca odada, koridorda ve taburculuk sonrası sosyal ortamlarda mutlaka maske takılmalıdır. Maske, nemlenmesini beklemeden sık sık değiştirilmelidir. Nem mikroorganizmaların üremesi için çok uygun bir ortamdır.
- Nakil olan bireye evin güneş gören, havalandırması iyi olan odasının verilmesi önemlidir.
- Banyo ve mutfağı özellikle de buzdolabını düzenli olarak temizlenmelidir. Özel dezenfektanlar gerekmez. Normal ev deterjanları ve sıvı ovma sabunları yeterlidir.

- Böbrek nakli olan hastanın yatak takımlarının uygun aralıklarla yıkanması, kullanılmadan önce ütülenmesi gerekir.
- Hastaların özbakımlarına dikkat etmeleri son derece önemli ve gereklidir.
- Taburculuk sonrası hastanın sosyal ortamlara bir süre girmemesi, toplu taşıma araçlarını mümkün olduğunca kullanmaması, kullandığı zamanlarda ise maskesini mutlaka takması gerekir.
- Organ nakli sonrası beslenme kurallarına dikkat eden hastanın yediği besinlerin temizliğini sağlaması önemlidir. Özellikle çiğ yenen sebze ve meyvelerin bol su ile yıkanması gerekir. Yeşil yapraklı sebzeler (maydanoz, marul vb.) kullanım öncesi sirkeli su da bekletilmelidir. Bu şekilde kum ve benzeri maddelerden arınması ve daha temiz olması sağlanır.
- Dışarıda yemek yerken az pişirilmiş et yenmemelidir. Yemek yenilen yerin temizlik kurallarına uygunluğuna mutlaka dikkat edilmelidir.
- Diş tedavisi, kanal tedavisi gibi vücut bütünlüğüne yönelik işlem yapılan tedavilerden önce koruyucu amaçlı antibiyotik kullanılması gerekir. Bu konuda hekime danışmak önemlidir (Barone, Martin Watson and Barone 2004, Carpenito Moyet 2005, Murphy 2007, Savaşer 1999, Yücecin 2005).

#### **Eğitimin değerlendirilmesi:**

Eğitimin bitiminde hasta ve eğitime katılan aile üyelerine eğitimin içeriği doğrultusunda hazırlanan sorular sorulmuştur. Üriner katater bakımı, el yıkama işlemleri hasta ve yakınına eğitim sonunda tekrar uygulattırılmıştır. Etkin bir şekilde yaptıkları gözleninceye kadar tekrarlar sürdürülmüştür. Bazı hasta ve yakınlarının (n1, n4, n11, n14, n22, n34 ve 1, 3, 11, 36 no'lu hastanın yakınları) eğitim sonunda yeterli bilgi seviyelerinin oluşmadığı belirlenince eğitim tekrar edilmiştir.

#### **8.GÖRÜŞME: BÖBREK NAKLİ SONRASI SOSYAL HAYATA UYUM**

Böbrek nakli olan bireylerle 8. görüşme taburcu olacağı gün, (ameliyattan sonra 7.gün) yapılmıştır. Bu görüşmede bireyin ve kendisine refakat eden aile üyesinin genel olarak nakil sürecine ilişkin soruları yanıtlanmıştır. Bireyin kontrole geliş tarihi, poliklinikten randevu almaları hatırlatılmıştır. Taburculuk sürecine hazırlığı yapılmıştır. Bir sonraki görüşme tarihi (9.görüşme) planlanmıştır. Hastanın evinde yapılacak olan o görüşme için adresi alınmıştır. Bu görüşmede bireyin sosyal hayata hazırlığına yönelik planlanan eğitim uygulanmıştır.

#### **EĞİTİM PLANI**

**Eğitimin konusu:** Sosyal Hayata Uyum

**Eğitim verilen kişi:** Böbrek nakli olan birey ve aile üyesi

**Eğitimin amacı:** Bireyin nakil sonrası süreçte sosyal hayata uyumunu kolaylaştıracak bilgileri öğrenmesi

#### **Eğitimin hedefleri:**

- Böbrek nakli olan bireyin sosyal hayatında yapması serbest olan aktiviteleri bilmesi
- Böbrek nakli olan bireyin sosyal hayatında yapması yasak olan aktiviteleri bilmesi
- Böbrek nakli olan bireyin sosyal hayata uyum sağlarken dikkat etmesi gereken noktaları bilmesi

**Eğitimin süresi:** 40 dakika

**Eğitim yeri:** Eğitim verilen hastanın odası

**Eğitim tarihi:** Ameliyattan sonra 7. gün (taburcu günü)

**Eğitimde kullanılan metot:** Sözel Anlatım, Soru-cevap

**Eğitimde kullanılan materyal:** Broşürler

### **Eğitim içeriği**

Nakil sonrası süreçte sosyal hayata uyum zor olabilir. Birey bu dönemde sağlığını korumak için bazı konulara çok dikkat etmelidir.

- Naklin ilk 3 ayında bir “Hasta Not Defteri” hazırlanması, tansiyon, ateş ve kan basıncı takibi açısından bireye bireyi takip eden ekibe kolaylık sağlar. Bu deftere;
  1. Günlük ateş takibi (sabah ve akşam)
  2. Günlük ağırlık takibi (sabah)
  3. Günlük tansiyon takibi kaydedilmelidir. Tansiyon hep aynı koldan 5 dakika istirahat ettikten sonra ölçülmelidir. Tansiyon ölçtürmeden 30 dakika önce çay, kahve ve sigara içilmemelidir. Dijital (bilekten ölçen) otomatik tansiyon aletlerinin kan basıncını yanlış ölçebileceği unutulmamalıdır. İstirahat sırasında ölçülen tansiyonun 135/85 - 125/55 mm Hg arasında olması normaldir.
- Günlük idrar takibine dikkat edilmelidir.
- İlaçları doktorun söylediği biçimde, aynı saatte alınır, kendi kendine ilaç dozu ve miktarı değiştirilmemelidir ve doktora danışmadan ilaç alınmamalıdır.
- İlk 3 ay lokanta, sinema, otobüs, tren, cami, kahvehane, tiyatro, düğün, nişan, sünnet düğünü gibi halka açık ve kalabalık yerlere gidilmemelidir.
- Birey ameliyattan 3 ay sonra işe dönebilir. Ancak yaptığı iş konusunda doktoruna bilgi vermesi gereklidir. Uygun bulunmaz ise iş değişikliği yapması gerekebilir.
- Öğrenci olan bireyler okuluna gidebilir. Ancak; okullar, fabrikalar gibi kalabalık yerlerde grip gibi enfeksiyon hastalıklarına yakalanma ihtimali fazladır. Kış mevsiminde korunmaya dikkat etmek gereklidir. Grip aşısı olunmasında fayda vardır.
- İlk 3 ayda, bir odada iki veya daha çok kişi olduğunda mutlaka maske takılmalıdır.
- Kalabalık aileye sahip bireyler tercihen ayrı odada yatmalıdır, kalabalık içinde maske kullanılmalıdır. Ev içindeki kişilerde bir enfeksiyon hastalığı varsa (boğmaca, kızamık, su çiçeği, kabakulak, tifo, viral veya bakteriyel üst solunum yolu enfeksiyonu gibi) onlardan ayrı bir yerde yaşama alanına sahip olmalıdır.
- Eller sık sık yıkanmalıdır, vücut ve diş temizliğine dikkat edilmelidir.
- Kuş beslenmemelidir, bahçe ve bitkilerle doktor izin verinceye kadar uğraşılmamalıdır.
- Beş kilogramın üzerinde ağırlık taşımamaya gayret edilmelidir.
- Böbrek üzerine bastırılmamalı veya bu bölgeye baskı oluşturan egzersizler yapılmamalıdır.
- İlk bir ay kesinlikle araba kullanılmamalıdır.
- Sigara içilmemeli ve sigara içilen ortamlara girilmemelidir.
- Alkolden uzak durulmalıdır.
- Ameliyattan sonra doktorun bir itirazı yoksa seyahat edilmesinde hiçbir sakınca yoktur. Ancak, özellikle yurtdışı seyahatlerinde dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır:

\*Kirli su ve yiyeceklerin olduğu, arıtma sistemlerinin eksik olduğu ülkelere gitmekten sakınılmalıdır.

\*Hijyenden şüphe duyulan yerlerde musluktan su içmekten, buzdan, kabuklu deniz ürünlerinden, soyulmamış yiyeceklerden ve az pişmiş etlerden kaçınılmalıdır.

\*Seyahat boyunca yetecek kadar ilaç alındığından emin olunmalıdır. Bazı ülkelerde ilacı temin etmek zor olabilir.

\*Valizin kaybolma riskini göz önünde bulundurarak ilaçlar yanına alınmalıdır.

\*Bazı ülkelere seyahat etmeden önce aşı olmanız önemle tavsiye edilir. Organ naklini gerçekleştiren merkezde kullanılması güvenli olan aşı listesi temin edilebilir.

\*Doktor her yıl grip aşısı olunmasını isteyebilir.

\*Sıtma hastalığının yoğun olarak görüldüğü ülkelere seyahat ederken bireyin yanında sıtma ilacı bulundurması gereklidir. Güvenle alabileceği, uygun bir sıtma ilacı için doktora danışılmalıdır.

- Anti-red ilaçları deride kanser geliştirme riskini de artırmaktadır. Cilt kanseri riski alınan bazı basit önlemlerle azaltılabilir.
- Yüksek koruyucu özelliği olan güneş yağları kullanılabilir. Yüz, boyun, kulakları ve eller gibi güneşe en çok maruz kalan organlar korunmalıdır.
- Gün içinde güneş yağı birkaç kez kullanılmalıdır.
- Saat 10: 00 – 15: 00 arasında güneşli yerlerde durmaktan kaçınılmalıdır.
- Uzun sürelerle güneş altında durmak gerekiyorsa uzun kollu gömlek, pantolon ve şapka giyilmelidir.
- Ciltte değişim gösteren şüpheli bir bölge varsa (örneğin, cildin bir bölgesinde renk değişimi, ya da var olan bir benin birden farklı görünmeye başlaması gibi) bir uzman hekime başvurulmalıdır (Yüçetin 2005)

International Transplant Nurses Society Böbrek Nakli Sonrası Sağlıklı Yaşam Kılavuzu'na [http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS\\_Healthy\\_Lifestyle\\_English.pdf](http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS_Healthy_Lifestyle_English.pdf) adresinden ulaşılabilir, Erişim tarihi: 20 NİSAN 2011).

### **Eğitimin değerlendirilmesi**

Eğitimin bitiminde hasta ve eğitime katılan aile üyesine eğitimin içeriği doğrultusunda hazırlanan sorular sorulmuştur. Bu geri bildirimde yeterli bilgi seviyesi oluşmayan hastaların (n3, n32, n33, n37) ve aile üyelerinin (n3, n22, n23, n28, n33 no'lu hastaların yakınlarının) eğitimleri tekrarlanmıştır. Tekrarlanan eğitim sonrası geribildirim yapılarak eğitimlerin etkin olduğu saptanınca görüşme sonlandırılmıştır.

### **9.GÖRÜŞME: BÖBREK NAKLİ SONRASI SPOR EGZERSİZ VE CİNSEL YAŞAMA UYUM**

Bu görüşme nakil olan bireylerin (n=37) evlerinde gerçekleştirilmiştir. Nakil olan birey taburcu olduktan sonra ilk hafta poliklinikte kontrolü yapılmıştır. İkinci hafta planlanan bu görüşme için bireylerin evine gidilmiştir. Görüşme saatinden yarım saat önce bireyler telefonla aranarak görüşmeyi engelleyecek bir durum olup olmadığı sorulmuştur. Bu görüşmede nakil olan bireylerin yaşadığı ortamı görme imkanı olmuştur. Bazı bireylere evlerinin kendileri için daha sağlıklı olması için önerilerde bulunulmuştur. Bu öneriler şu şekildedir;

- Nakil olan bireyin odasının güneş alan, havalandırılması kolay bir oda olması gerekir.
- Yerlere çıplak ayakla basılmaması, terlik giyilmesi önemlidir.
- Sıcak olan hava nedeniyle kullanılan klimaların oda ısısında (26-27C') ayarlanması gerekir. Çok sıcak gibi soğuk havada nakil olan birey için zararlıdır.

- Klimaların filtrelerinin temiz olması önemlidir. Temiz olmadığı takdirde üst solunum yolu enfeksiyonu kaçınılmaz olur.
- Eve ziyaretçi gelmemesi gerekir. Organ nakli olan bireyin bağışıklık sistemi ilaçlarla baskılandığı için bu konuya çok dikkat etmeleri gerekir. Zorunlu hallerde böbrek nakli olan birey maske takmalıdır.
- Nakil olan bireyin odasının temizliğinde el antiseptiği kullanılması gereksizdir. El antiseptiği sadece canlı doku üzerine etkilidir.
- Eller aşırı derecede yıkandığı zaman, üstderi zarar görebilir. Eller uygun zamanlarda (lavaboya girerken ve çıkarken, yemeklerden önce ve sonra, gece uyurken dişlerin fırçalanması sırasında gibi) yıkanmalıdır. Herhangi bir yere dokunduktan sonra ellerin tekrar tekrar yıkanması gerekmez. Elleri yıkadıktan sonra kurularak nemlendirici sürülebilir.
- Evin girişinde eğer dolap yoksa ayakkabılar gazete üzerine koyulabilir. Bu bölgeye ev terliği veya çıplak ayakla basılmaması gerekir. Ayrıca gazetenin günlük değiştirilmesi uygun olur.
- Buzdolabı olmayan aileler dışarıdan yemek sipariş etmek yerine, yemekleri öğünlerde bitebilecek şekilde pişirebilirler

(International Transplant Nurses Society Böbrek Nakli Sonrası Sağlıklı Yaşam Kılavuzu'na [http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS\\_Healthy\\_Lifestyle\\_English.pdf](http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS_Healthy_Lifestyle_English.pdf) adresinden ulaşılabilir, Erişim tarihi: 20 NİSAN 2011).

Bu görüşmede hasta için planlanan “spor ve egzersiz” ve “cinsel yaşama uyum” konulu eğitim programları uygulanmıştır.

## **EĞİTİM PLANI**

**Eğitimin konusu:** Böbrek Nakli Sonrası Spor ve Egzersiz

**Eğitim verilen kişi:** Böbrek nakli olan birey

**Eğitimin amacı:** Bireyin böbrek nakli sonrası süreçte uygun spor ve egzersizleri öğrenmesi ve uygulayabilmesi

**Eğitimin hedefleri:**

- Hastanın böbrek nakli sonrası yapabileceği spor aktivitelerini ve egzersizler bilmesi
- Hastanın böbrek nakli sonrası yapmasının uygun olmadığı spor aktiviteleri ve egzersizleri bilmesi
- Hastanın spor ve egzersizleri yaparken dikkat etmesi gerekenleri bilmesi

**Eğitimin süresi:** 35 dakika

**Eğitim yeri:** Böbrek nakli olan bireyin evi

**Eğitim tarihi:** Hasta taburcu olduktan 2 hafta sonra

**Eğitimde kullanılan metot:** Sözel Anlatım, Power-point sunum

**Eğitimde kullanılan materyal:** Broşür, Lap-top

## Eğitim içeriği

Organ naklinden sonra vücutun kuvvet kazanması iyileşme sürecinin en önemli parçalarından birisidir. Organ naklinden sonra hangi seviyede spor yapılabileceği ve nasıl başlanacağı mutlaka doktora danışılmalıdır. Düzenli bir spor planı yaparak aksatmadan uygulanmalıdır. Spor yaparken unutulmamalıdır ki, geçirilen uzun süreli rahatsızlıktan dolayı vücut zayıflamıştır ve eski kuvvetine kavuşması zaman alacaktır.

- Yürüme başlangıç için iyi bir seçenek olacaktır. Vücutun belli bir süre kuvvetini toplayacak ve koşma gibi daha zor olan sporları yapmak mümkün olacaktır.
- Spor yaparken aşırıya kaçılmamalıdır. Birey göğsünde bir ağrı, nefesinde ani bir kesilme, baş dönmesi veya kalp atışlarımızda bir düzensizlik hissederse mutlaka doktoruna danışmalıdır.
- Böbrek nakli olan bireylerde spor yapmaktaki amaç daha sağlıklı bir bedene sahip olmak ve ilaçların yaratacağı yan etkileri en aza indirmek olmalıdır.
- Egzersize başlamak için böbrek naklinden sonra en az 6 hafta beklemek gereklidir. Önceleri, kortizonlu ilaçlara bağlı olarak kas güçsüzlüğü olabilir.
- Yapılacak egzersiz kasın çalışma gücünü artıracak, tansiyonu düşürecek ve böbreklere yük bindirmeyecek şekilde olmalıdır.
- Aerobik, düz yolda bisiklet sürmek, yürüyüş, temiz bir denizde yüzmek hem kalp ve akciğer hem de kas iskelet sistemi için en iyi, en güvenilir egzersizlerdir. Haftada en az 2 veya 3 kez 30-40 dakikalık (en fazla 180 dakika /hafta) hareket uygun olur.
- Böbrek nakli olan hastaların, vücutlarına darbe gelecek futbol, voleybol, basketbol, tenis, judo vb. sporları kesinlikle yapmamaları, ağırlık kaldırarak vücut geliştirmeye çalışmamaları gerekir.
- Egzersiz yapmadan önce doktora kalp ve iskelet sisteminin egzersiz için uygun olup olmadığı danışılmalıdır.
- Yavaş yavaş başlayıp giderek egzersiz miktarı artırılabilir.
- Çok soğuk ve çok sıcak ortamlarda egzersiz yapılmamalıdır.
- Egzersiz yaparken pamuklu ve teri emecek giysileri tercih edilmelidir.
- Egzersizin bir yarış olmadığı, amacın ilaçlara bağlı ortaya çıkacak kas ve iskelet sistemini ilgilendiren yan etkileri en aza indirmek, kilo vermek, tansiyonu düşürmek, psikolojik rahatlama sağlamak için bir araç olduğu unutulmamalıdır

(International Transplant Nurses Society Böbrek Naklinde Beslenme ve Egzersiz Kılavuzu'na [http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS\\_Diet\\_Exercise\\_English.pdf](http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS_Diet_Exercise_English.pdf) adresinden ulaşılabilir, Erişim tarihi: 20 NİSAN 2011).

## EĞİTİM PLANI

**Eğitimin konusu:** Böbrek Nakli Sonrası Cinsel Hayat

**Eğitim verilen kişi:** Nakil olan birey ve/veya evliyse eşi

**Eğitimin amacı:** Böbrek nakli sonrası bireyin cinsel yaşamına uyumda sorun yaşamaması

### Eğitimin hedefleri:

- Böbrek nakli olan bireyin nakil sonrası süreçte olası cinsel problemleri bilmesi
- Böbrek nakli olan bireyin aktif cinsel yaşama başlama zamanını bilmesi

- Böbrek nakli olan bireyin cinsel yaşamında problem geliştiğinde uygun yardım arayışını bilmesi
- Nakil olan bireyin eşinin, böbrek nakli sonrası olası cinsel problemleri bilmesi
- Nakil olan bireyin eşinin, böbrek nakli sonrası aktif cinsel hayata başlama zamanını bilmesi
- Böbrek nakli olan bireyin eşinin, cinsel yaşamlarında problem geliştiğinde başvurması gereken merkezleri bilmesi

**Eğitimin süresi:** 45 dakika

**Eğitim yeri:** Eğitim verilen hastanın evi

**Eğitim tarihi:** Nakil sonrası 2. hafta

**Eğitimde kullanılan metot:** Sözel anlatım, Power-point sunum

**Eğitimde kullanılan materyal:** Lap-top

### **Eğitim içeriği**

Böbrek naklinden sonra hem kadın hem erkek hastaların çoğunda diyalize girdikleri döneme göre cinsel arzu ve cinsel güçte artma ortaya çıkar. Böbrek nakli ile vücuttaki hormonlar düzene girer; örneğin hemodiyalizde iken adet görmeyen kadın hastalar adet görmeye başlarlar. Aynı şekilde, erkek hastalarda da diyaliz dönemine göre cinsel güçte belirgin düzelmeler görülür. Ancak, yine de bazı hastalarda ilaçlara ve esas hastalıklarına bağlı olarak (örneğin şeker hastalığı) cinsel güçte azalma (iktidarsızlık) ortaya çıkabilir. Erkek hastalarda ortaya çıktığında çok rahatsız edici olan, cinsel güç azalması tedavi edilebilir. Böyle şikayeti olan hastaların, kendilerini takip eden doktorlarına bunu danışmaları halinde gerekli incelemelerden sonra yakınmalarından tamamen kurtulmaları mümkündür.

- Böbrek nakli olmuş kadınlarda ise nakilden sonra adet bozuklukları, az veya çok adet görme, düzensiz adet görme yakınmaları olabilir. Bunun için kadın-doğum doktorları ile temasa geçerek tedavi planlanır.
- İlk 6 hafta cinsel ilişkide bulunulmamalıdır. Daha sonrası için doktorla konuşarak cinsel ilişkiye başlanabilir.
- Eşlerden birinde akıntılı bir hastalık varsa, mutlaka prezervatif kullanılmalı ve tedavi için doktora beraber başvurulmalıdır.
- Çok eşi olanlarla ilişkiye girmekle ve/veya evlilik dışı ilişkilerle cinsel hastalık kapma ihtimali çok fazladır. Bu tip ilişkilerden kaçınılmalıdır.
- Önemli bir problem de nakilden sonra tekrar normale dönen yumurtalık fonksiyonu nedeniyle istenmeden hamile kalınmasıdır.
- Doğum kontrolü için doğum kontrol hapları yasak değildir; ancak kalp, damar sisteminde problemlere yol açabilirler, ayrıca hipertansiyonu olan hastalar için bu ilaçlar uygun değildir.
- Doğum kontrolü için rahim içi araç (spiral) kullanılmamalıdır.
- Takvim yöntemi güvenli bir yöntem değildir, kullanılmamalıdır.
- Doğum kontrolü için en iyi yöntem erkeklerin prezervatif kullanmasıdır.
- Böbrek nakli olduktan sonra isteyen erkek ve bayan hastalar çocuk sahibi olabilirler. Ancak bayanların böbrek naklinin üzerinden 2 yıl geçmeden hamile kalmaları uygun değildir. Hamile kalmadan önce doktora danışmak gereklidir. Eğer



hamilelik yeni böbreğe yük getirecekse hamile kalmaktan kaçınılmalıdır. Birey bu durumu eşyle beraber doktoru ile konuşmalıdır (Salvatierra, Fortmann and Belzer 1975, Şahin ve ark 2009, Tavallai et al 2009).

(International Transplant Nurses Society Böbrek Nakli Sonrası Cinsel Yaşam Kılavuzu'na [http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS\\_Sexuality\\_English\\_2010.pdf](http://www.itns.org/pdfs2009/ITNS_Sexuality_English_2010.pdf) adresinden ulaşılabilir, Erişim tarihi: 20 NİSAN 2011).

### **Eğitimin değerlendirilmesi:**

Eğitimin içeriğinden oluşturulan sorular böbrek nakli olan birey ve evli olanların eşine yöneltildiğinde eğitimin etkin olduğu belirlenmiştir. Bazı hastalar bu eğitimi planladığımız dönemlerde biraz gerildiklerini, ancak çok yararlandıklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadeler danışmanlık sürecinde yer almaktadır (Ek 8). Bu eğitimde bazı katılımcılar eğitimin eşleri ile değil yalnız olarak verilmesini istemişlerdir. Hastaların bu istekleri dikkate alınmıştır.

### **10.GÖRÜŞME: DANIŞMANLIK VE ÖLÇEK FORMLARININ DOLDURULMASI**

Hasta ile 10. görüşme, hastaneye organ nakli polikliniğine kontrollere gittiği gün (1.ay) yapılmıştır. Bu görüşmede bireylerin yaşadığı sorunlar saptanmaya çalışılmıştır. Bazı hastaların sorunlarının çözümü için danışmanlık verilmiştir. Danışmanlığa gereksinim duyulan konular ve verilen danışmanlık hizmeti aşağıda listelenmiştir.

- İki hasta (n7, n33) işlerinin olmadığını ve zor durumda kaldıklarını belirtmiştir. Bu iki hasta için sosyal hizmet uzmanı ile görüşülmüştür. Daha sonra hastalar Valiliğe yönlendirilerek iş bulmaları sağlanmıştır.
- İlaçlarını karşılamakta güçlük çeken bazı hastaların (n7, n35) ilaçları kliniğe gelen bağışlar hakkında kendilerine bilgi verilerek ordan temin etmeleri sağlanmıştır.
- Hastanede yatışı olmadan ayaktan enfeksiyon tedavisi gören 3 hastanın (n7, n9, n22) damar yollarındaki kataterin 3 günde bir değiştirilmesi gerektiği kendilerine anlatılarak, klinikte branüllerinin değişimi sağlanmıştır.
- Ev değişikliği yapması gereken hasta (n17) organ nakli hastalarının aralarında yardımlaşmak için oluşturdukları derneğe yönlendirilmiştir.
- Görüşme sırasında depresif duygu durumu içerisinde olduğu saptanan hastalar (n7, n12, n33, n35) psikiyatri polikliniğine randevu almaları için yönlendirilmiştir. Bu 4 hastanın tedavi süreci takip edilmiştir. Tedavi süreci sonunda kendilerini daha iyi hissettikleri belirlenmiştir.

Bu görüşme sonunda bireylerin eksiksiz olarak ölçek formlarını doldurmaları sağlanmıştır. Formları doldururken yakınının dışarıda beklemesi sağlanmıştır. Bu şekilde birey yerine sorulara yakınının yanıt vermesinin önüne geçilmiştir.

### **11.GÖRÜŞME: ÖLÇEK FORMLARININ DOLDURULMASI**

Hasta ile 11. görüşme organ nakli polikliniğine geldiği 3. ay da yapılmıştır. Görüşme organ nakli toplantı odasında yapılmıştır. Oda sessiz ve sakin olması açısından görüşmeye uygun bulunduğu için tercih edilmiştir. Bu görüşmede bireyin ölçek formlarını (Kişisel Bilgi Formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri (DKE), Beck

Depresyon Envanteri (BDE), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği (PAIS-SR) doldurmaları sağlanmıştır.

## **12.GÖRÜŞME: ÖLÇEK FORMLARININ DOLDURULMASI**

Hasta ile 12. (son) görüşme organ nakli polikliniğine geldiği 6. ayda yapılmıştır. Bu görüşmede son kez hastanın ölçek formlarını (Kişisel Bilgi Formu, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri (DKE), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Psikososyal Uyum-Özbildirim Ölçeği (PAIS-SR) doldurması sağlanmıştır. Görüşmenin bitiminde katılımcılarla iletişim uygun olarak sonlandırılmıştır. Katılımcıların bir kısmı araştırma sonuçlarını merak ettikleri ve öğrenmek istediklerini belirtmişlerdir. Yine araştırmaya katılan hastaların büyük bir kısmı verilen danışmanlık için teşekkür etmişlerdir. Danışmanlık süreci içerisindeki hasta ifadelerine Ek8'de yer verilmiştir.

## DANIŞMANLIK SÜRECİNDE KULLANILAN KAYNAKLAR

1. Barone CP, Martin-Watson AL, Barone GW. (2004). The postoperative care of the adult renal transplant recipient. *Med. Surg. Nursing*, 13(5): 296-302.
2. Bavinck JNB, Hardie DR, Green A, Cutmore S, MacNaught A, O'Sullivan B, Siskind V, van der Woude FJ, Hardie IR. (1996). The risk of skin cancer in renal transplant recipients in Queensland, Australia: A follow-up study 1. *The Official Journal of the Transplantation Society*, 61(5): 715-721.
3. Birol L. (2007). Hemşirelik Süreci (Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım). 8.Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir, s: 292-294.
4. Carpenito Moyet LJ. (2005). Hemşirelik Tanıları El kitabı. (Çev): F.Erdemir, 10.Baskı, Nobel Matbaacılık, İstanbul, s: 23-25,184-186, 204-205.
5. Cecka JM.(1999). The UNOS Scientific Renal Transplant Registry. *Clin Transpl*, p. 1-21.
6. Çakırcalı E. (2000). Hasta bakım ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar. E.Ü. Basımevi, 3. Baskı, İzmir, s: 41-46, 47-59, 197-205.
7. Demirbaş A, Aşçı B. (2007). 99 Sayfada böbrek nakli, Sena Ofset, 1. Baskı, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul, s: 14-17, 39-43.
8. Dilek K. (2002). Günümüzde en sık kullanılan immünsupresif ajanların özellikleri. *Ankem Dergisi*, 16(3): 199-202.
9. Fallen M. (1997). Stress and quality of life in the renal transplant patient: a preliminary investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3): 562-570.
10. Günay ES, Töz H. (2008). Böbrek transplantasyonunda rejeksiyon. *Türkiye Klinikleri*, 1(1): 95-101.
11. Hoffart N. (2009). The development of kidney transplant nursing. The development of kidney transplant nursing. *Nephrol Nurs J*, 36(2): 127-135.
12. Lindqvist R, Carlsson M, Olow Sjöden P. 2004). Coping Strategies of people with kidney transplants. *Journal of Advanced Nursing*. 45(1): 47-52.
13. Murphy F. (2007). The role of the nurse post-renal transplantation. *British Journal of Nursing*, 16(11): 667-675.
14. Quan DJ. (2009). A brief history in nephrology pharmacotherapy. *Nephrol Nurs J*, 36(2): 223-227.
15. Salvatierra O, Fortmann JL, Belzer FO. (1975). Sexual function in males before and after renal transplantation, *Official Journal of the Societe Internationale D'Urologie*, 5(1):64-65.
16. Savaşer S. (1999). Böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda hastane infeksiyonlarının önlenmesinde hemşirenin sorumluluğu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(1): 15-19.
17. Şahin A, Cihan A, Akgül K, Demir Ö, Gürkan A, Çelik A, Can E, Esen AA. (2009). Erkek hastalarda böbrek nakli sonrası cinsel işlevler. *Türk Üroloji Dergisi - Turkish Journal of Urology*, 35(1): 23-27.
18. Tavallai SA, Mirzamani M, Behzadi AH, Assari S, Vishteh HRK, Hajarizadeh B, Einollahi B. (2009). Sexual function: a comparison between male renal transplant recipients and hemodialysis patients. *The Journal Of Sexual Medicine*, 6(1): 142-148.
19. Varcarolis EM. (1998). Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, W.B. Saunders Company, 3<sup>rd</sup> ed, USA, p.11-13, 18.
20. Videbeck SL. (2001). Psychiatric Mental Health Nursing, Lippincott Williams&Wilkins, 1<sup>st</sup> ed, Philadelphia, p. 9-10, 53-54.
21. Yüçetin L. (2005). Böbrek Nakli Hemşireliği El Kitabı. Başak Matbaacılık, 1.Basım, Ankara, s: 37, 49, 93-97, 127-153, 155.

## EK 8 GÖRÜŞMELERDE YER ALAN HASTA İFADELERİ

Bu bölümde 6 ay süren danışmanlık hizmeti sırasında, bireylerin danışman ile paylaştıkları ifadelere yer verilmiştir.

Böbrek nakli olan bireylere 6 ay süre ile danışmanlık verilmiştir. Bu süre içerisinde 12 görüşme yapılmıştır. İlk görüşme birey böbrek nakli için hastaneye yattığı ilk gün yapılmıştır. Son görüşme ise böbrek nakli sonrası 6. ayda yapılmıştır. Görüşmeler ilki organ nakli koordinatörlüğü toplantı salonunda ve hastanenin B blok kafeteryasında yapılmıştır. Bu görüşmede bireyler araştırma hakkında bilgilendirilmiştir. Böbrek nakli olan bireylerle 2, 3, 4, 5, 6, 7 ve 8. görüşmeler organ nakli kliniğindeki odasında yapılmıştır. Bu görüşmelerde bireylerin ailelerinin de yer alması sağlanmıştır. Görüşme saatleri kliniğin tedavi, ziyaret ve benzeri rutinleri ile bireyin görüşleri dikkate alınarak belirlenmiştir. Görüşme saatleri bazı bireylerin fiziksel durumu müsait olmadığı için farklı saatlerde yapılmıştır. 9. Görüşme böbrek nakli olan bireyin evinde gerçekleştirilmiştir. Bireyler nakil sonrası 6 ay boyunca nakil merkezinin bulunduğu ilde yaşadıkları için görüşme ev ziyareti şeklinde yapılmıştır. Görüşme zamanı bireyle planlanmıştır. Böbrek nakli olan birey ve ailesinin görüşmelere istekli oldukları gözlenmiştir. 10, 11 ve 12. görüşme birey organ nakli polikliniğine kontrollere geldiğinde yapılmıştır.

İlk görüşmede böbrek nakli olacak bireyler nakil sürecine ilişkin bazı sorularını yöneltmişlerdir. Bu sorular ve danışmanın vermiş olduğu yanıtlar aşağıda yer almaktadır:

“Danışmanlık sürecinin başladığı ilk gün “Hastanede ne kadar kalacağım?” (n1, n3, n7, n9, n13, n34)

“Organ nakli kliniğinde de her şey yolunda gittiği takdirde ortalama 1 hafta kalmanız gerekir.”

“Nakil sonrası kreatin seviyem hemen düşecek mi?” (n5, n7, n8, n10, n17, n23, n32, n37)

“Böbrek nakli sonrası normal süreçte kreatin seviyenizin belli bir oranda düşmesi beklediğimiz bir durumdur. Ancak bu herkeste aynı şekilde

seyretmeyebilir. Bazı kişilerde ani düşüşler olurken, bazı kişilerde de çok ağır bir düşüş söz konusudur.”

“Nakilden hemen sonra ağrı kesici yapılacak mı? Benim canım çok tatlıdır, ağrıya dayanmam.” (n1, n7, n10, n15, n16, n22, n27, n33)

“Organ nakli kliniğinin kurallarına göre, ameliyat sonrası uyanma servisinde rutin ağrı kesicileriniz yapılacaktır. Kliniğe geldiğinizde de ağrınız olduğu anlarda klinik hemşiresi doktorunuzun belirttiği dozda ağrı kesicinizi uygulayacaktır.”

“Ben yıllarca sigara kullandım. Bu ameliyatımı çok mu kötü etkiler?” (n7, n23, n32)

“Sigara kullanmış olmanızın, ameliyat üzerine olumsuz etkileri olabilir. Ameliyat sonrası uyanırken, akciğerlerinizde biriken sekresyonu (balgamı) atmak için daha çok çaba göstermeniz gerekebilir. Bunun için size ameliyattan önce hemşireler tarafından verilecek olan Triflu isimindeki aleti kullanmayı etkin bir şekilde öğrenmeniz ve ameliyattan çıktıktan sonra size belirtilen sıklıkta ve şekilde kullanmaya dikkat etmeniz son derece önemlidir.”

“Ben ve vericim ameliyat olduğumuz gün yoğun bakımda mı kalacağız?” (n7, n34, n35)

“Bu üniteye yetişkin böbrek nakli hastaları, eğer herhangi bir kalp rahatsızlığı, hipertansiyon (yüksek tansiyon) ve benzeri ciddi rahatsızlığı yoksa ve ameliyat başarılı geçiyse operasyondan hemen sonra kliniğe kabul edilir.”

“Ameliyat olduğumuzda böbrek vericim ve ben aynı odada mı kalacağız?” (n1, n2, n3, n4, n5, n6, n7, n8, n22, n27, n37)

“Kliniğe yatışınızdan itibaren böbrek vericiniz ve siz aynı odada kalacaksınız. Klinikte sıra dışı çok önemli bir durum olmadığı sürece aynı odada kalabilirsiniz.”

Bireyle ikinci görüşmede ameliyata ilişkin psikolojik hazırlık yapılması ve ameliyat sürecine hazırlık üzerine eğitim verilmiştir. Bireylerle kaygıları

üzerine konuşularak kendilerini ifade etmeleri sağlanmıştır. “Ne düşündüğünüzü benimle paylaşır mısınız?” şeklinde sorulan soruya katılımcılar “Ölmekten korkuyorum”, “Ameliyat masasında kalmaktan korkuyorum”, “Ameliyat sonrası idrar gelmemesinden endişeliyim”, “kardeşimin böbreğinin boşa gitmesinden korkuyorum”, “Narkozu alınca uyanamamaktan korkuyorum” gibi ifadelerle yanıt vermişlerdir. Bu görüşmelerde anksiyete kaynakları; ameliyat masasında kalma, ameliyatın başarısız olması, ölüm korkusu, böbreğin uyum sağlayamaması, böbrek vericisinin sağlığına ilişkin endişeler ve dayanılmaz ağrı yaşama korkusu şeklinde belirlenmiştir.

Bireylere ameliyat sürecine ilişkin verilen danışmanlık sonrasında hastalardan olumlu geribildirimler alınmıştır. “Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim, kendimi yalnız hissetmiyorum.”, “Kafamda her şey artık daha net”, “Sizinle konuşunca rahatladığımı hissettim”, “Milyonlarca insan ameliyat oluyor, bende bunun üstesinden gelebilirim.”, “Ben ameliyata ne kadar rahat girersem, o kadar rahat çıkarım.”, “Bir tek ben ameliyat olmuyorum ki”, “Beni bilgilendirdiniz, kendimi daha rahat hissettim.”, “Sanırım ben nakil ameliyatını bilmediğimden korkmuştum.”, “Beni bilgilendirdiğiniz için teşekkür ederim, kendimi daha iyi hissediyorum.” şeklinde ifadeleri olmuştur. Görüşme sonunda böbrek nakli olacak bireylerin aileleri de verilen danışmanlığa ilişkin olumlu ifadeler kullanmıştır. Bunlar; “Kafamızı kurcalayan konuları aydınlattığınız için teşekkür ediyorum.”, “Ameliyat sürecini bilmek çok önemli, evladıma daha bilinçli destek olabilirim.”, “Kendimi daha güçlü hissediyorum.” şeklindedir.

Böbrek nakli olan bireylerle nakil sonrası 4. günde 5. görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede birey ve ailesinin böbrek rejeksiyonu (böbrek reddi) hakkında bilgilendirilmeleri sağlanmıştır. Aynı görüşmede birey ve ailesinin soruları yanıtlanmıştır. Sorular ve danışmanın verdiği yanıtlar aşağıda yer almaktadır.

“İdrar miktarım hergün farklı, bu normal mi?”

“İdrar miktarınız aldığınız sıvı miktarına bağlı olarak değişebilir. Terleme, solunum, dışkılama yolu ile kaybettiğiniz sıvı miktarı da idrar oranınızı etkileyebilir. Hemşireler tarafından aldığımız-çıkarığımız sıvı takipleri

yapılmaktadır. Eğer normal olmayan bir durum olursa fark edilerek gerekli girişimler yapılacaktır.”

“Kreatin seviyem düne kadar hep düşüyordu ama bugün aynı yerinde sayıyor. Acaba vücudum böbreği kabul etmediği için mi?”

“Kreatin seviyesinin nakil sonrası hergün belli oranda düşmesi beklenir, ama bazen düşüş olmayıp aynı kalabilir, bazense hafif yükselişler gösterebilir. Bu durum, böbreğinizin vücudunuza uyum sürecinde görülebilen bir durumdur.”

“Bazen idrar torbamda idrarın rengi koyu, bazense açık oluyor. Neden böyle?”

“İdrarınızın yoğunluğu aldığınız sıvı oranına göre artar veya azalır. Dikkat ederseniz az sıvı aldığınız zamanlarda çıkan idrar koyu olur. Aldığınız sıvı miktarı fazla olursa da idrarınızın rengi açılır.”

“Ameliyat bölgemden sürekli sızıntı oluyor. Doktoruma söyledim, şimdilik normal dedi. O bölgenin üstünü gazlı bezlerle iyice kapatsam olur mu?”

“Ameliyat bölgenize doktorunuzun pansuman sırasında kapattığı steril spanç dışında birşey koymamalısınız. O bölgenin nemli olmaması, kuruluşunun sağlanması gerekir. Ameliyat bölgenizde sızıntı fazla olursa doktorunuza hemen haber veriniz.”

Böbrek nakli sonrası cinsel yaşama uyum üzerine eğitimin verildiği 9. görüşmede bazı bireyler eğitim sonrası, “Bu konuyu kimseyle konuşamıyordum, gerçekten kafam çok rahatladı.”, “Ben cinsel hayatımın tamamen bittiğini düşünüyordum, yanılmışım.”, “Yaşadığım sorunu kalıcı gibi düşünmüştüm, bir daha cinsel hayatım olmayacak, karım benden ayrılacak diye korkuyordum, çok teşekkürler bilgilendirdiğiniz için.”, “Ben bu konuyu utancımdan kimseye soramamıştım, siz bu konuyu anlatacağınızı söylediğiniz zaman bile çok rahatladım, sizi dinleyince her şeyi daha net öğrendim.” şeklinde ifadelerde bulunmuşlardır.

Danışmanlık sürecinin son iki görüşmesinde (11 ve 12) bazı bireyler ve aile üyeleri “Nakil sürecimiz boyunca bizi hep desteklediniz, çok teşekkürler.”, “Ben ve ailem kendimizi hiç yalnız hissetmedik.”, “İyi ki bu çalışmada yer almışım.”, “Ben sizin gerçekleştirdiğiniz danışmanlığın süreklilik kazanmasını

istiyorum.”, “Böbreğimi nasıl korumam gerektiğini çok iyi öğrendim, teşekkürler.” şeklinde ifadeleriyle genel olarak verilen danışmanlığın kendilerine çok yarar sağladığını, böbrek nakli sonrası süreçlerine uyumlarında katkı sağladığını belirtmişlerdir.



## EK 9 ETİK KURUL ONAYI

**T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU**

Sayı: B.30.2.AKD.0.20.05.05/ Etik/  
Konu:

08/07/2009  
ANTALYA

### ETİK KURULU KARARI

**Etik Kurulunun Adı, Adresi** : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dumlupınar Bulvarı Kampüs 07070/ANTALYA

**Toplantı Tarihi** : 08.07.2009

**Araştırmanın tam adı** : “ Böbrek Hastalarının Nakil Sonrası Süreçlerine Uyumlarda Danışmanlık Vermenin Etkinliğinin Değerlendirilmesi”

**Sorumlu araştırmacının ismi** : Öğr. Gör. Gül ERGÜN

Sorumlu Araştırmacı Öğr. Gör. Gül ERGÜN tarafından yürütülecek olan “**Böbrek Hastalarının Nakil Sonrası Süreçlerine Uyumlarda Danışmanlık Vermenin Etkinliğinin Değerlendirilmesi**” adlı araştırmanın aşağıdaki öneri ışığında yapılmasında etik açısından şakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

**Öneri:** Çalışmanın gönüllülerinin yer aldığı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Organ Nakli Ünitesi'nden yazılı izin alınması.

Prof.Dr. Mehmet ARMAN  
Başkan

Prof.Dr. Ümit KARAYALÇIN  
Başkan Yardımcısı (Sınavda)

Yrd.Doç.Dr. Halize ÖZTÜRK TÜRKMEN  
Raportör

Prof.Dr. Aysel AĞAR  
Üye (Yıllık İzinde)

Prof.Dr. İclal YÜCEL  
Üye (Kongrede)

Prof.Dr. Mehmet ASAR  
Üye

Prof.Dr. M. Akif ÇİFTÇİOĞLU  
Üye (Yıllık İzinde)

Prof.Dr. İsmail ÜSTÜNEL  
Üye

Doç.Dr. Aysen BİNGÖL BOZ  
Üye

Doç.Dr. Merter ÖZENCİ  
Üye

Başeczacı Tüliz BAYSAL  
Üye

Avukat Sezgin TEKİN  
Üye – Hukukçu  
(Şehirdışında)

Bekir ÖZSOY  
Üye – Halk Temsilcisi

## EK 10 KURUM İZİNİ



AKDENİZ  
ÜNİVERSİTESİ

ORGAN NAKLİ EĞİTİM, ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ

SAYI : B.20.2.AKD.0.1P.00/00  
KONU : TEZ ÇALIŞMASI

03/11/2008

Sn ;GÜL ERGÜN

İlgili yazınıza istinaden; yazınızda belirttiğiniz isimdeki tez çalışmaları bölümümüzce uygun görülmüştür. Gereği bilgilerinize rica olunur .

Prof . Dr. Gültekin SÜLEYMANLAR  
Organ Nakli Merkezi Müdürü

## 10. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	GÜL	<b>Soyadı</b>	ERGÜN
<b>Doğum Yeri</b>	KUMLUCA	<b>Doğum Tarihi</b>	12.02.1979
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kimlik No</b>	10723676192
<b>E-mail</b>	gul_ergun07@hotmail.com	<b>Tel</b>	0248 213 35 00

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>	Marmara Üniv.Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği ABD	2011
<b>Yüksek Lisans</b>	Akdeniz Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği ABD .	2005
<b>Lisans</b>	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2002
<b>Lise</b>	Antalya Sağlık Meslek Lisesi	1996

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayım)

	<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
1.	Öğretim Görevlisi	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	Kasım 2007-devam
2.	Klinik Hemşiresi	Akdeniz Üniversitesi Hast. Organ Nakli Servisi	Ekim 2005-Kasım 2007
3.	Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	Aralık 2002-Ekim 2005
4.	Klinik Hemşiresi	Cumhuriyet Üniversitesi Hast. Üroloji Servisi	Ekim 1996-Aralık 1997

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	Çok İyi	İyi	İyi

\* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

<b>Yabancı Dil Sınav Notu #</b>								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
54.00	61.25							

# Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	68.553	72.694	76.507
<b>ALES Puanı</b>	69.678	74.679	81.237

### **Bilgisayar Bilgisi**

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Microsoft Word	Çok iyi
Microsoft Excel	Çok iyi
Microsoft PowerPoint	Çok iyi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

### **YAYINLAR**

#### **Ulusal Hakemli Dergilerde**

- 1- **Ergün G**, Demirbaş K, Öncel S, Özdemir A (2003), 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Grubu Kadınların Ev Ziyaretlerinden Beklentileri, Hemşirelik Forumu, Cilt: 6, sayı: 1, ss: 43-48.

#### **Uluslararası**

- 1- Kukul K, **Ergün G**. (2007). "Stigmatization by Nurses Against People Who Have a Diagnosis of Schizophrenia in Turkey: A Questionnaire Survey," Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14(3): 302-309.

### **BİLDİRİLER**

#### **Ulusal**

- 1- **Ergün G**, Demirbaş K, Öncel S, Özdemir A. (2003). 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Grubu Kadınların Ev Ziyaretlerinden Beklentileri, 1. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 12-14 Mayıs 2002, Sözel Bildiri, Program Kitabı, ss: 7
- 2- Kayacan Keser İ, Kukul K, **Ergün G**, Keser İ. (2004). Genetik Stigmatizasyon, VI. Ulusal Prenatal Tanı ve Tıbbi Genetik Kongresi, Poster Bildirimi, 21-24 Nisan 2004, Belek- Antalya, Program ve Bildiri Özet Kitabı, s:110.
- 3- **Ergün G.**, Kukul K., Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakış Açıları, 41. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 15-20 Kasım 2005, Erzurum, Poster Bildirimi, Program ve Bildiri Özet Kitabı, s:156.

- 4- **Ergün G**, Baharlı G, Kılavuz B, Atılgan D. (2008). Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Birinci ve Son Sınıf Öğrencilerinin Yeni Hemşirelik Yasasına İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. 7. Ulusal Öğrenci Hemşireleri Kongresi, 25-27 Haziran 2008, İstanbul, Poster Bildirimi, Program ve Bildiri Özet Kitabı, s:48
- 5- Özdemir S, **Ergün G**, Gür M. Ş, Aydın H. (2008). Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi'nde Öğrenim Gören İlk ve Son Sınıf Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi. 7. Ulusal Öğrenci Hemşireleri Kongresi, 25-27 Haziran 2008, İstanbul, Poster Bildirimi, Program ve Bildiri Özet Kitabı, s:42
- 6- Bozdemir M, Güney Ü, Göçmen S, **Ergün G**. (2009). Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi'nde Çalışan Akademik Personelin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. 8. Ulusal&Uluslar arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 4-6 Haziran 2009, Ankara, Poster Bildirimi, Kongre Kitabı, s: 67.
- 7- **Ergün G**, Yaşar G, Küçük Z, Tankız N, Şahin S. (2009). Üniversite Son Sınıf Öğrencilerinin Kişilerarası İlişkilerde Çatışma Eğilimlerinin Değerlendirilmesi, 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 20-24 Ekim 2009, Ankara, Poster Bildirimi, Kongre Özet Kitabı, s:236
- 8- Çakır C, **Ergün G**. (2010). Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlıkla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Özelliklerinin İncelenmesi. 4. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı), 24-26 Haziran 2010, Samsun, Poster Bildirimi, Kongre Özet Kitabı, s:170-171

#### **Uluslararası**

- 1- **Ergun G**, Kukul K, Stigmatization Against Schizophrenia in a Turkish Sample, Third International Stigma Conference, Oral Presentation,5-8- October 2006, İstanbul, Program and Abstract Book, p:61

#### **YAZDIĞI TEZLER**

- 1- **Gül ERGÜN**, 2005, Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Şizofreni Tanısı Almış Bireylere Bakış Açıları, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, ANTALYA

#### **KATILDIĞI KURSLAR, WORKSHOPLAR (ÇALIŞTAYLAR), VE DİĞER AKTİVİTELER SEMİNERLER**

- 1- I.Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresi, 6-7 Haziran 2001, Ankara (Sözel bildiri)
- 2- 10. Sosyal Psikiyatri Kongresi, 5-7 Haziran 2002, Ankara (Katılımcı)

- 3- Yapıcı Okul/Klinik İşbirliği Workshop, 5–6 Eylül 2002 Antalya (Katılımcı)
- 4- Hemşirelik Sürecinin Öğretimi Konulu Seminer, 17–18 Şubat 2003, Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu, Antalya (Katılımcı)
- 5- Toplam Kalite Yönetimi Konulu Seminer, Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu, 8–12 Aralık/ 12 Şubat 2004, Antalya (Katılımcı)
- 6- 11–12 Ocak 2005 “Eğitim Becerileri ve Eğitici Eğitimi Kursu” Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Antalya (Katılımcı)
- 7- 41. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 15–20 Kasım 2005, Erzurum (Poster Bildiri)
- 8- Sanat Psikoterapi Seminerleri, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Sosyal Psikiyatri Servisi, Sorumlu Eğitimi: Dr Nurhan EREN, Prof. Dr. Olcay YAZICI, (2006-2007), İstanbul, (Katılımcı)
- 9- 3. International Stigma Conference, 5–8 October 2006, İstanbul (Sözel Bildiri)
- 10- 1. Psikiyatri Hemşireliği Günleri, 27–28 Nisan 2007, Ankara (Katılımcı)
- 11- Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği, 1. Ulusal Kongresi, 28 Eylül-30 Eylül 2007 – İstanbul (Katılımcı)
- 12- Hemşirelik Yasaları,13 Mayıs 2008,Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Haftası Etkinlikleri, Sözel sunum, Burdur
- 13- SPSS (Statistical Package for Social Sciences) kullanım kursu (6 saat), Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,16-17 Haziran 2008, Burdur, (Katılımcı)
- 14- Sınav Kaygısı Yaşayan Öğrenciye Yaklaşımlar, (Sözel Sunum), Anne-Baba Eğitimi Projesi,12 Mart 2009, Osman Nuri Çınar İlköğretim Okulu, Elmalı/Antalya
- 15- 45. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 20-24 Ekim 2009, Ankara, (Poster Bildiri)
- 16- 10-19 Eylül 2009 Erasmus Programı Ders Verme Hareketliliği, (What is Cognitive and Behavioral Therapy?, Cognitive and Behavioral Therapy in Psychotherapy Nursing, Social Phobia, Anxiety Disorder, Depression), (Sözel Sunum) (12 saat), Valladolid Üniversitesi, İspanya
- 17- Sınav Kaygısı Yaşayan Öğrenciye Uygun Yaklaşımlar, (Sözel Sunum), 27 Mayıs 2010, Akçay İlköğretim Okulu, Elmalı/Antalya
- 18- Sınav Kaygısını Önleme Yolları, (Sözel Sunum), 27 Mayıs 2010, Akçay İlköğretim Okulu, Elmalı/Antalya
- 19- Sınav Kaygısı İle Başetme Yolları, (Sözel Sunum), 28 Mayıs 2010,Kumluca İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Etkinliği, Kumluca/Antalya
- 20- Sınav Kaygısı İle Başetme Yolları, (Sözel Sunum), 28 Mayıs 2010, Kumluca İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü Etkinliği, Beykonak/Antalya

**21-** Anksiyete Bozuklukları ve Depresyonun Bilişsel ve Davranışçı Terapi ile Tedavisine Yönelik Sertifika Programı (Kursun Sorumlusu: Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi, İstanbul), 2007-2010