

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TRANSPLANTASYON UYGULANAN HASTALARDA
BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hemşire Aysun YERKÖY ATEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ



İSTANBUL, 2012

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TRANSPLANTASYON UYGULANAN HASTALARDA
BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hemşire Aysun YERKÖY ATEŞ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Çavlan ÇİFTÇİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2012

BEYAN

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

Hemşire Aysun YERKÖY ATEŞ



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİNİN TANIMI VE ÖNEMİ	7
4.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri	11
4.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi	12
4.1.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Konserveatif (Non Diyalitik) Tedavisi	13
4.1.2.2. Hemodiyaliz	16
4.1.2.3. Periton Diyalizi	18
4.2. BÖBREK TRANSPLANTASYONU	19
4.2.1. Alıcı ve Verici Arasındaki Genetik İlişkilere Göre Sınıflandırılması	22
4.2.2. Canlı ve Kadavra Böbrek Bağışı	22
4.2.3. Böbrek Transplantasyonunun Komplikasyonları	26
4.2.4. Transplantasyonun Planlanması	31
4.2.4.1. Organ Alıcısının Değerlendirilmesi	31
4.2.4.2. Canlı Böbrek Vericinin Transplantasyon İçin Değerlendirilmesi	34
4.2.4.3. Kadavra Donör Vericinin Transplantasyon İçin Değerlendirilmesi	37
4.2.5. Böbrek Transplantasyonunda Hemşirelik Bakımı	39
4.2.5.1. Transplantasyon Öncesi (Pre-operatif) Bakım	40
4.2.5.2. Transplantasyon Sonrası (Post-operatif) Bakım	42
4.2.5.3. Transplantasyon Sonrası Hasta Eğitimi ve Evde Bakım	45
4.2.6. Böbrek Transplantasyonunun Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlişkisi	46
4.2.7. Böbrek Transplantasyonunda Hemşirelik Tanıları	48
4.2.8. Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi	50
5. MATERYAL VE YÖNTEM	53

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ	53
5.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	53
5.3. VERİLERİN TOPLANMA YÖNTEMİ	53
5.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	53
5.4.1. Hasta Tanılama Formu	54
5.4.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Semptom Değerlendirme Formu	54
5.4.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Bulgu Değerlendirme Formu	54
5.4.4. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (NHMÖ)	55
5.4.5. WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği	55
5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİK ÇALIŞMALARI	57
5.5.1. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (NHMÖ)	57
5.5.2. WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği	57
5.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	61
5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	62
5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	62
6. BULGULAR	63
6.1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR	63
6.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ SEMPTOM DEĞERLENDİRME FORMU BULGULARI	66
6.3. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ KLİNİK BULGU DEĞERLENDİRME FORMU BULGULARI	68
6.4. NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ VE WHOQOL-BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ, WHOQOL–BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALAN PUANLARININ DAĞILIMI	70
6.5. NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ VE WHOQOL–BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI	74
7. TARTIŞMA	89

7.1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER, HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	89
7.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ SEMPTOM DEĞERLENDİRME FORMU BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	92
7.3. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ KLİNİK BULGU DEĞERLENDİRME FORMU BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	93
7.4. NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ VE WHOQOL-BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ, WHOQOL-BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALAN PUANLARININ DAĞILIMI İLE İLGİLİ BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	94
7.5. NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ VE WHOQOL-BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU TOPLAM PUANLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ	99
8. SONUÇ	105
9. TEŞEKKÜR	109
10. KAYNAKLAR	110
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABY	: Akut Böbrek Yetmezliği
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
Anti-GBM	: Anti-Glomerular Basement Membrane
BUN	: Blood Urea Nitrogen
CMV	: Cytomegalovirüs
CREDIT	: Chronic Renal Disease In Turkey (Türkiye' de Kronik Renal Hastalıklar)
DM	: Diyabet
DOQI	: Disease Outcomes Quality Initiative
EBV	: Epstein-Barr Virüsü
EKG	: Elektrokardiyografi
EPO	: Eritropoetin
HCV	: Hepatit C Virüsü
HD	: Hemodiyaliz
HHV-6	: Human Herpes Virüs 6
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HLA	: Human Lökosit Antigen
HSV	: Herpes Simplex Virüs
HT	: Hipertansiyon
IV	: Intravenöz
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
GİS	: Gastro-İntestinal Sistem
GMP	: Good Manufacturing Practise
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NHMÖ	: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği
PD	: Periton Diyalizi

PSA	: Prostat Spesifik Antijen
PTE	: Post-transplant Eritrositoz
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
TND	: Türk Nefroloji Derneği
VLDL	: Very Low Density Lipoprotein
6-MP	: 6-mercaptopurine

Araştırma Proje Numarası: HEM/0622010

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach α Değeri	58
Tablo 2. WHOQOL-BREF (TR) Ölçeği Boyut Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach α Değeri	59
Tablo 3. Kişisel Özellikler ve Hastalıkla İlgili Özelliklere İlişkin Bulgular	63
Tablo 4. Hastaların Yaş Ortalamalarına İlişkin Bulgular	64
Tablo 5. Hastalık İle İlgili Özelliklere İlişkin Bulguların Dağılımı	65
Tablo 6. Kronik Böbrek Yetmezliği Semptom Değerlendirme Formu Bulgu Dağılımı	66
Tablo 7. Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Bulgu Değerlendirme Formu Dağılımı	68
Tablo 8. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Dağılımı	70
Tablo 9. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımı	71
Tablo 10. WHOQOL-BREF (TR) Alan Puanlarının Dağılımı	73
Tablo 11. WHOQOL-BREF (TR) Alan Puanlarının Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeğine Göre Karşılaştırılması	74
Tablo 12. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Madde-Toplam Puanı ve WHOQOL-BREF (TR) Alan Puanlarının Yaş ile Korelasyonu	74
Tablo 13. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	75
Tablo 14. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	75
Tablo 15. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	76
Tablo 16. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması	76
Tablo 17. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	77
Tablo 18. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması	77

Tablo 19. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	79
Tablo 20. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması	79
Tablo 21. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Aylık Gelir Duruma Göre Karşılaştırılması	80
Tablo 22. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Aylık Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması	80
Tablo 23. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Böbrek Hastalığı Dışında Başka Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması	81
Tablo 24. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Böbrek Hastalığı Dışında Başka Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması	82
Tablo 25. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Böbrek Hastalığı Dışındaki Diğer Hastalığına Göre Karşılaştırılması	83
Tablo 26. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Böbrek Hastalığı Dışındaki Diğer Hastalığına Göre Karşılaştırılması	83
Tablo 27. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Aile İçindeki Duruma Göre Karşılaştırılması	84
Tablo 28. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Aile İçindeki Durumuna Göre Karşılaştırılması	85
Tablo 29. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Bakımı İle İlgilenen Kişiye Göre Karşılaştırılması	86
Tablo 30. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Bakımı İle İlgilenen Kişiye Göre Karşılaştırılması	87

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evreleri ve Yaklaşım	10
Şekil 2: Renal hastalarda tedavi planlama süreci	15

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışma böbrek transplantasyonu yapılan hastaların bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

Materyal ve Yöntem: Araştırma İstanbul ilinde yer alan bir özel hastanenin böbrek transplantasyonu servis kliniğinde Şubat–Ağustos 2011 tarihlerinde gerçekleştirildi. Çalışma örneklemini böbrek transplantasyonu sonrası ameliyat sonrası dönem bakımı devam eden ve araştırmaya gönüllü katılan 80 hastadan oluştu. Veri toplama araçları olarak (1) Hasta Tanılama Formu, (2) Kronik Böbrek Yetmezliği Semptom Değerlendirme Formu, (3) Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Bulgu Değerlendirme Formu, (4) Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve (5) WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması $41,70 \pm 13,69$ olan örneklemin çoğunluğunu (%75) evli ve ilkokul mezunu (%30) bireyler oluşturmaktadır. Örneklemin sadece %16,2'si bir işte çalışmaya devam etmektedir. Hastalar, kronik böbrek yetmezliği döneminde en fazla yorgunluk (%93,8) ve anemi (%100) sorunları yaşadıklarını bildirdi. Araştırmaya katılan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puan ortalaması $83,16 \pm 10,68$, WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması $73,69 \pm 9,15$ bulundu. Örneklemin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi ve yaşam kalitesi iyi düzeyde bulundu.

Sonuç: Yaşam kalitesi puan ortalamaları ile sosyo-demografik değişkenler karşılaştırıldığında, yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, hastanın bakımı ile ilgilenen kişi varlığı, aylık gelir durumu, başka hastalık varlığı ve aile içindeki pozisyonu değişkenleri yönünden istatistiksel yönünden fark belirlendi ($p < 0,05$). NHMÖ puan ortalamaları arasında cinsiyet değişkeni yönünden istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p < 0,05$). Hemşirelerin böbrek transplantasyonu geçiren hastaların bakım gereksinimlerini değerlendirmeleri, hastaların yaşam kalitesini geliştirmek üzere hemşirelik girişimlerinin ve hasta eğitiminin sistematik bir şekilde verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Transplantasyon, hemşirelik bakımı, yaşam kalitesi

2. SUMMARY

Objective: The study aims to determine the care needs of renal transplant patients. This study adopted a descriptive research design.

Material and Method: The research was conducted at renal transplant clinic service of a private hospital in Istanbul between February and August 2011. Study sample comprised 80 patients underwent renal transplantation who were treated after transplantation surgery and those who were willing to participate into the study. Five data collection tools were used: (1) Patient Diagnostic Form, (2) Chronic Renal Failure Symptom Assessment Form, (3) Chronic Renal Failure Clinical Findings Assessment Form, (4) Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) and (5) WHOQOL-BREF (TR) Quality of Life Scale.

Results: Mean age of the sample was 41.70 ± 13.69 , majority of sample were married (75%) and primary school graduates (30%), and only 16.2% were currently employed. The common symptoms experienced by patients during the renal failure were fatigue (93.8%) and anaemia (100%). The mean score of NSNS was 83.16 ± 10.68 , and mean score of WHOQOL-BREF (TR) Quality of Life Scale was 73.69 ± 9.15 . Those scores indicated that the sample was satisfied with the nursing care, and the quality of life of renal transplant patients was good.

Conclusion: The study found that there were statistically significant differences between quality of life scale scores in relation to variables such as gender, education level, employment status, and the presence of people who help and care for the patients, income level, the presence of disease other than kidney disease and the position in the family ($p < 0.05$). There was statistically significant difference between NSNS scores in relation to the patients' gender ($p < 0.05$). Nurses working in the transplantation units are required to assess the care needs of patients who underwent renal transplantation, and to tailor care to improve the quality of life of the patients and to develop systematically education programs.

Keywords: Transplantation, Nursing care, Quality of life

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı–solüt dengesini ayarlama ve metabolik–endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanır (1). Glomerüler filtrasyon değeri 5–10 ml /dk inince son dönem böbrek yetmezliğinden (SDBY) bahsedilir. SDBY kronik diyaliz ya da transplantasyon ile tedavi gerektiren böbrek fonksiyon kaybıdır (2).

Kronik böbrek yetmezliği tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşlı nüfusun, hipertansiyon (HT) ve diyabet (DM) sıklığının artışı, tedavi altındaki hastaların yaşam süresinin uzaması, KBY prevelansının her geçen yıl daha da artmasına neden olmaktadır (3). Böbrek yetmezliğinin insidansı ve prevelansı ile ilgili veriler tüm dünyada çeşitli merkezlerce toplanmakta olup, bütün ülkelerde artan bir insidans söz konusudur (2). Ülkemizde 2009 yılı verilerine göre SDBY prevelansı milyon nüfus başına 819, insidansı ise 197 olarak hesaplanmıştır (4).

Renal replasman tedavisi (RRT) gören hastaların en önde gelen etyolojik etkeni DM (%35), HT (%27), glomerülonefrit (%7), polikistik böbrek hastalığı (%3), pyelonefrit (%3), amiloidoz (%2) ve diğer nedenler izlemektedir (4).

Kronik böbrek yetmezliği, hastanın sağlığını bozmasının yanı sıra tedavisinde de tıbbi kurumlara bir düzeyde bağımlılığı gerektirmektedir (5). 2008 verisine göre SDBY' li hastaların %87' lik çoğunluğu, çok pahalı bir tedavi olan diyaliz tedavisi ile yaşatılmak zorundadır (6). Hemodiyaliz (HD), hastanın bir hemodiyaliz merkezine ömür boyu bağlanması nedeniyle hem hastanın uyumu hem de hastanın yaşamında değişiklik meydana getirmektedir (5). HD uygulanan hastalarda depresyon sık görülmekle beraber sosyal ve cinsel yaşamı olumsuz yönde etkilemesinden dolayı kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi oldukça düşüktür (7, 8).

2009 verilerine göre kronik böbrek hastalığı (KBH) ve SDBY ülkemizin en önemli sağlık sorunlarından birisidir (4). Günümüzde dünyada yaklaşık 1.5 milyon hasta düzenli diyaliz tedavisi altındadır ve yalnızca İngiltere' de 25.000 hasta vardır (9). Ülkemizde ise RRT gören hasta sayısı hızla artmakta olup 2009 yıl sonu itibarıyla 59 443 hastanın RRT aldığı, toplam HD hasta sayısının 46 650 olduğu tespit edilmiş ve bu artışın daha da devam edeceği düşünülmektedir (4, 10).

2008 verisine göre SDBY' li hastaların %87' lik çoğunluğu, çok pahalı bir tedavi olan diyaliz tedavisi ile yaşatılmak zorundadır (6). Sağlık Bakanlığı 2007 yılı için HD seans maliyetini 138 TL olarak belirlemiştir (3). Yıllara göre ülkemizde HD merkez sayısı ve HD sayısı giderek artmaktadır fakat diyaliz tedavisindeki hastaların devlet bütçesine maliyeti bugünkü hasta sayıları ile yaklaşık 1.5 milyon doları bulmaktadır (11, 3).

En sık uygulanan RRT tipi HD %78.5 olup bunu transplantasyon %12.4 takip etmektedir, periton diyalizi (PD) ise %9.1 ile üçüncü sırada gelmektedir (4).

Böbrek transplantasyonu, hemen hemen tüm son evre böbrek hastalıklarında tercih edilen, kaybedilmiş böbrek işlevini yerine koyma tedavisidir. Böbrek transplantasyonu hasta sağ kalımı, yaşam kalitesi, etkinlik-maliyet açısından RRT arasında genellikle en optimal tedavi yöntemidir (12).

Böbrek transplantasyonunun arttırılması için üniversite, bakanlık, toplum ilişkilerinin geliştirilmesi ve etkin bir organizasyon kurulması gerekmektedir. Ülkemizde organ bulamama nedenlerine bakıldığında, hem sağlık personeli hem de toplum düzeyinde eğitim eksikliği en önemli yeri almaktadır. Organ bağışını engelleyen tüm nedenlerin perde arkasında eksik ya da yanlış bilgi sahibi olmak gelmektedir. Yakın gelecekte transplantasyon için kullanılacak organ sayısını arttırabilmek için pek çok strateji vardır. Bunlardan en uygulanabilir olanı canlıdan transplantasyon sayısını arttırmaktır (4, 12).

Ülkemizde bir çok transplantasyon merkezinin bulunmasına karşın özellikle kadavra teminindeki sıkıntılardan dolayı transplantasyon sayısının yeterli sayıya ulaşmamış olması SDBY sürecinde olan hastaların karşılaştığı önemli sorunlardan biridir ve çok yakın bir gelecekte bu durum daha da ağırlaşacaktır. 2009 yılında yapılan böbrek transplantasyonu olması gerekenin çok altındadır. Transplantasyonda en önemli kaynak olan kadavra vericilerde istenilen artışın olmaması düşündürücüdür (4).

2009 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2362, Türk Nefroloji Derneği (TND) kayıt sistemi verilerine göre 1790 hastaya böbrek transplantasyonu yapılmıştır. (aradaki fark ise bazı merkezlerin TND kayıt sistemine veri gönderememesinden kaynaklanmaktadır.) Son yıllarda eş ve akraba olmayan vericilerde artış gözlenirken, akraba ve kadavra vericilerde azalış görülmektedir. Akraba olan canlı vericiler içinde anne %41 ile ilk sırada yer aldığı, bunu sırasıyla kardeşler %23, baba %22, diğer akrabalar %9 ve çocuklar %5 olarak izlemiştir (4, 10).

Amerika'da 104 748 hasta organ transplantasyonu için beklemekte olup her ay bekleme listesine 4000 yeni hasta eklenmektedir. Her gün on sekiz kişi organ transplantasyonu beklerken hayatını kaybetmekte olup, 2008 yılında 4573 böbrek hastası, 1506 karaciğer hastası, 371 kalp ve 234 akciğer hastası organ transplantasyonu beklerken hayatını kaybetmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde SDBY hastaların %2,5'den daha azı ilk tedavi veya terapi olarak böbrek transplantasyonuna tabi tutulmaktadır (13).

Böbrek transplantasyonunun en belirgin yararı diyaliz bağımlılığından kurtulmaktır. Başarılı bir organ transplantasyonu, gündüz ya da gece birkaç kez diyaliz merkezine bağlanma gereğini veya haftada iki-üç kez birkaç saatliğine dışarıda bir merkeze gitme zorunluluğunu ortadan kaldırarak hastaya daha fazla kişisel zaman ve bağımsızlık sağlamaktadır. Ortalama olarak bir ayda HD için 40-50 saat, sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) için 60-70 saat harcanmaktadır (14).

Böbrek transplantasyonu ile organ alıcılarının yaşam biçiminde birçok değişiklikler oluşmaktadır. Hastaların aile ve çalışma yaşamlarındaki rolleri, yıllar sonra yeniden işe başladıklarında çalışma kapasiteleri değişmiş olabilir, sağlık sigortaları ve iş görememezlik geliri gibi ekonomik destekleri kaybetme riski vardır, özel ilişkilerinde sorunlar yaşayabilir. Organ transplantasyonu sonrası stres, boşanma veya ayrılıklar olabilir, seksüel işlevlerde değişiklikler olasıdır. Transplantasyon sonrası yeniden yakalanan özgürlük, kişilerin bir diyaliz hastası olarak geliştirdikleri kişiliklerini tehdit edebilir. Sağlık profesyonelleri ve ekibi bu sorunların çözümünde yardımcı olabilirler (14).

Hastaların tedaviye uyumu, greft yaşamı için önemlidir. Greft yaşamı ise yeterli ve uzun süreli farmakolojik immünbaskı uygulanmasına bağlıdır. Medikal tedaviye uyumsuzluk birçok kronik hastalığın sonucunu olumsuz etkilemektedir. Hastaların tedaviye uyumunda biz sağlık profesyonellerine büyük görevler düşmektedir (12, 14).

Hemşirenin temel işlevi, sağlıklı ya da hasta bireyin sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir (15).

Transplantasyon ünitesinde çalışan hemşireler etkili bir bakım için transplantasyon cerrahisi, kullanılan ilaçların birbirleriyle etkileşimleri ve yan etkileri, gelişebilecek acil durumlar ve komplikasyonların belirti ve bulguları ile alınması gereken önlemler konusunda yeterli bilgi sahibi olmalıdır. Ayrıca hemşirelerin uygun iletişim becerileri kullanarak, hastaların transplantasyona yönelik tutum ve davranışlarını gözleyerek

hastaların kendi kendine bakımlarının sağlanmasına, taburculuk eğitiminin verilmesine, verilen eğitimin sürekliliğinin sağlanmasına özen göstermeli, donör ve alıcılarının bakım gereksinimlerini saptama ve uygulamasında yardımcı olmalı, kişisel, profesyonel, kültürel, sosyal ve etik yönden transplantasyon konusunda duyarlı ve bilgili olmalı, doku ve organ bağışına danışmanlık ve rehberlik yapmalıdır (16, 17).

Böbrek transplantasyonu yapılan hastaların bakım gereksinimlerini saptamak, kaliteli bir bakım vermek, bakıma hastayı da katmak, komplikasyonlar açısından takip etmek, hastalığı, kullanılacak ilaçlar, beslenme, diyet, takip hakkında bilgi vermek, bakımdan memnun olmalarını sağlamak hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştıracak ve yaşam kalitesine olumlu etki sağlayacaktır.

Bu araştırma; böbrek transplantasyonu yapılan hastaların bakım gereksinimlerini saptamak, hemşirelik girişim ve uygulamaların başarılı bir transplantasyonun devamı için ne kadar önemli olduğunu vurgulamak, hemşirelik bakımının hastaların memnuniyet ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek üzere yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ TANIMI VE ÖNEMİ

Kronik böbrek yetmezliği, glomerüler filtrasyon değerinde azalma sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama, metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanır ve GFR 25 ml/dk'nın altına indiğinde ortaya çıkar (1, 18). Ülkemizde GFR 60 ml/dk'nın altında yaklaşık 2.4 milyon erişkin bulunmaktadır, yani her yirmi erişkinden birinde kritik KBY mevcuttur (19).

Kronik böbrek yetmezliği, mutlaka nefron sayısı ve nefron fonksiyonlarında azalma ile sonuçlanan ve sıklıkla SDBY'ne götüren pek çok etyolojik sebebi olan patofizyolojik bir süreçtir. SDBY ise endojen renal fonksiyonun irreversible kaybı ile karakterize, hayatı tehdit eden, üremiden korunmak için hastaya devamlı olarak diyaliz veya transplantasyon gibi RRT uygulandığı klinik bir tablodur (18).

Hastalık sıklıkla SDBY evresine ilerlemekte, yüksek sakatlık ve ölüm oranları ve kötü yaşam kalitesi ile hasta sağlığını, uygulanması gereken yüksek maliyetli diyaliz ve böbrek transplantasyonu tedavileri ile de sağlık bütçesini ciddi bir şekilde tehdit etmektedir (19).

Kronik böbrek yetmezliğinin tanı kriterleri şunlardır;

- A. Böbreğin yapısal veya fonksiyonel anormalliliği olarak tanımlanan üç ay veya daha uzun süren böbrek hasarı, GFR hızında azalma olsun veya olmasın
 1. Patolojik bozukluklar veya
 2. Böbrek hasarının göstergeleri olan kan ve idrar değişiklikleri veya böbrek görüntülemesindeki değişiklikler
- B. Böbrek hasarının eşlik ettiği veya etmediği durumlarda GFR' nin üç aydan daha uzun süreli olarak 60 ml/dk/1.73m²'den düşük olmasıdır (20).

Kronik böbrek yetmezliği, artan insidansı, prevelansı, yüksek maliyeti ve kötü klinik sonuçları açısından dünya genelinde ve ülkemizde büyük bir hızla adeta epidemi boyutunda artan önemli bir halk sağlığı sorunudur ve RRT gerektiren Evre 5 KBY' nin hem insidansı hem de prevelansın da artış eğilim vardır fakat SDBY (Evre 5) ulaşan

hastalardan 50 kat fazla sayıdaki hasta Evre 1 ve 4'te bulunmaktadır (10, 21, 22). TND verilerine göre 2001 yılında RRT gerektiren SDBY nokta prevalansı milyon nüfus başına 324 iken 2009 yılında 819 olarak saptanmıştır (4, 19). Amerikan halkında %11 oranında KBY hastalığı olduğu düşünülmektedir (22).

Türk Nefroloji Derneği, Türkiye'nin KBH ve risk faktörleri açısından haritasını çıkarmak amacıyla CREDIT çalışmasını planlamıştır ve 23 ilde 10 748 erişkin katılımı ile yapılan bu çalışmada; erişkinlerde KBH prevalansı %15,7'dir ve Türkiye'de 2 369 059 erişkin Evre 3–5 kronik böbrek hastası yani her 20 erişkinden biri kritik kronik böbrek hastasıdır ve 7 317 315 erişkin kronik böbrek hastası mevcuttur, yani bu her 6–7 erişkinden birinin böbrek hastası olduğu anlamına gelmektedir. Evrelere göre değerlendirme yapıldığında, Evre 1 KBH prevalansı %5,43, Evre 2 %5,15, Evre 3 %4,67, Evre 4 %0,27 ve Evre 5 %0,15 olarak saptanmıştır (24, 19).

Kronik böbrek yetmezliği görülme sıklığındaki yıllık %12 mertebesindeki artış nedeniyle diyalizdeki hasta sayısı da önümüzdeki altı yıl içinde 110 000'e yaklaşacak ve bütçe 2.5–3 milyar doları bulacaktır (11).

Kronik böbrek yetmezliği için risk faktörleri sıralanacak olursa, DM, metabolik sendrom, HT, hiperlipidemi, damar duvar stresinin artması, glomerüler hipertrofi, yüksek proteinli diyet, obezite, yaşlanma, ırk birçok böbrek hastalığı için risk faktörüdür ve bu durum düşük sosyoekonomik durum, yetersiz kan basıncı, glikoz kontrolü gibi bazı modifiye edilebilir risk faktörlerine bağlanabilir. Cinsiyet bazı böbrek hastalıklarının gelişmesinde ve progresyonunda kesinlikle bir risk faktörü olup genellikle SDBY insidansı erkeklerde kadınlara göre daha sıktır. Sigara, narkotik analjezik dışında ağrı kesicilerin kullanımı KBY için risk faktörü teşkil etmektedir (20, 22, 25).

2009 yılı verilerine göre KBY son evre hastalarının alta yatan etyolojik etkenlerine bakıldığında daha önceki yıllarda olduğu gibi ilk sırada DM ve bunu sırasıyla HT, glomerülo nefrit, polikistik böbrek hastalıkları, piyelonefrit, amiloidoz, renal vasküler hastalıklar ve etyolojisi bilinmeyen nedenler izlenmektedir (3, 6, 25, 26, 27, 28).

Kronik böbrek yetmezliği sıklığındaki artışın sebebi gelişen toplumlarda düzenli tedavi edilmeyen DM ve HT'deki artıştır. Nitekim son yıllarda diyalize girmekte olan hastaların %37,3'ü DM, %30'u HT hastasıdır. Oysa bu hastalıklar erken yakalanıp, iyi tedavi edilirse KBY'li hasta sayısı kendiliğinden %50'ye varan oranda azalacaktır (4, 11).

Kronik böbrek yetmezliği; yaşlılar, HT veya DM olanlar, Afrika–Karayip ve Güney Asya bölgelerinde daha sık görülmekte olup ileri evre böbrek yetmezliğinin bilinen en sık nedeni diyabettir. Kardiyovasküler risk faktörlerinin düzeltilmesi KBY progresyonunu da yavaşlatmaktadır (29).

Kronik böbrek yetmezliğinin komplikasyonları arasında en sık ölüm nedeni olan kardiyovasküler hastalıklar, malnütrisyon, aşırı sıvı yükü, perikardit, lipid anormallikleri, sol ventrikül hipertrofisi, hiperkalemi, asidoz, kötü sağkalım, morbidite ve mortalite ile ilişkili olan, diyaliz yöntemleri ile düzeltilemeyip sadece böbrek transplantasyonu ile düzeltilebilen anemi, hipertansiyon, hiperparatiroidizm ve sonucunda renal osteodistrofi yer almaktadır (2, 20, 22, 30).

Kronik böbrek yetmezliğinin ilerleyişini engellemede sistemik hipertansiyonun kontrolü, glukoz düzeyi kontrolü, sigara içilmemesi, lipid düşürücü tedavi, protein kısıtlaması ile fosfor, sodyum ve asit alımı azaltılarak üremik komplikasyonların gelişmesinin azaltılması en etkili yöntem olup, diyabetik hastalarda kötü glisemik kontrolün diyabetik nefropatide GFR'yi daha hızlı düşürdüğü, sistematik hipertansiyonun varlığında progresif nefropatinin hızlandığı, yokluğunda ise daha yavaş seyrettiği izlenmektedir. Yaşam kalitesini bozduğu ve ek hastalıklarla ilişkili olduğundan, böbrek hastalığının erken tanınması ve ilerlemesinin engellenmesi için titizlikle çalışılması zorunluluk arz etmektedir (22, 31, 32).

Toplumsal düzeydeki tıbbi, sosyal ve ekonomik yükü her geçen gün artan KBH'nin kontrolünü sağlamak için toplumda yaşam biçimi değişikliklerine yol açacak ve böbrek hastalığının tedavisinden çok önlenmesine dayalı, ulusal ölçekli bir hastalık yönetimi modelinin biran önce hayata geçirilmesi gerekmektedir (19).

Evre	Normalize beklenen GFR ml / dk / 1.73m²	İzlem	Yaklaşım
Evre 1	>90 ve diğer KBY işaretleri Normal veya artmış GFR ile böbrek hasarı	Yıllık kan basıncı, idrarda protein, serum kreatinin	Kardiyovasküler risk faktörleri için öneride bulun, lipid düşürücü ve antihipertansif tedavi, komorbid durumların tedavisi, progresyonun yavaşlatılması
Evre 2	60–89 ve diğer KBY işaretleri Hafif derecede azalmış GFR ile böbrek hasarı	Yıllık kan basıncı, idrarda protein, serum kreatinin	Yukarıdakinin aynısı
Evre 3	30–59 Orta derecede azalmış GFR	6 ayda bir kan basıncı, serum kreatinin, Hb, Ca, PO ₄ ve idrarda protein bakılır. Böbrek fonksiyonları kararlı seyrediyorsa süre 12 aya çıkabilir.	Yukarıdakinin aynısı ve komplikasyonların değerlendirilmesi ve tedavisi Renal aneminin tedavisi Hastada mesane çıkış obstrüksiyonuna ait semptom ve bulgular varsa renal ultrasonografi, influenza ve pnömokoka karşı immünizasyon, Kullanılan ilaçlar düzenli gözden geçirilip mümkün olduğunca nefrotoksik ajanlardan kaçınılması, Ca ve D vitamini desteğinin planlanması
Evre 4	15–29 İleri derecede bozulmuş GFR	3 ayda bir kan basıncı, serum kreatinin, Hb, Ca, PO ₄ , HCO ₃ , PTH	Yukarıdakiler ve Diyet ayarlaması Hepatit B immünizasyonu Varsa asidozun düzeltilmesi Ca, PO ₄ , PTH anormalliklerinin düzeltilmesi Tüm tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi Hastanın tercihlerini de göz önüne alarak transplantasyon veya diyaliz tedavisinin planlanması
Evre 5	< 15 Böbrek yetmezliği	Çoğu hasta RRT alacaktır, alamıyorsa Evre 4' teki testler daha sık uygulanmalıdır.	Yukarıdakilerin hepsi

Şekil – 1: Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evreleri ve Yaklaşım (20, 25, 29)

4.1.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Özellikleri

Böbrek yetmezliği, hastalarda kendini böbrek fonksiyon kaybına bağlı non spesifik şikayetlerle ve altta yatan hastalıklara ait bulgu, semptomlarla gösterir, bunlar;

Sıvı Elektrolit Bozuklukları: Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hipokalemi, hiperpotesemi, hipopotesemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi.

Sinir Sistemi: Stupor, koma, konuşma bozukluğu, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, baş ağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, meningism, huzursuz bacak (Restless Leg) sendromu, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar.

Gastrointestinal Sistem: Hıçkırık, parotit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatitler, mortalite bozuklukları, özafajit (kandida, herpes vb), intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit.

Hematoloji - İmmünoloji: Normokrom normositer anemi, eritrosit fragilitesinde artış, kanama, lenfopeni, enfeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşıyla sağlanan immünitede azalma, tüberkülin gibi tanısal testlerde bozulma.

Kardiyovasküler Sistem: Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış atheroskleroz, aritmi, kapak hastalığı.

Pulmoner Sistem: Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem

Cilt: Kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz.

Metabolik–Endokrin Sistem: Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi.

Kemik: Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz, D vitamini metabolizması bozukluğu, artrit.

Diğer: Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüridir (1, 2, 18, 25).

4.1.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Tedavi

Son dönem böbrek yetmezliği, RRT'den biri başlanmazsa hastayı hızla ölüme götüren bir hastalıktır ve çoğu hastada palyatif bakım önemlidir. Tümünde olmasa da hastaların çok büyük bir kısmında yaşam sonu ile ilgili sorunlar için RRT'ne başlamadan önce girişimde bulunmak gerekir (33).

Böbrek fonksiyonlarının azalması sonucu atık ürünlerinin birikerek yaşam fonksiyonlarını bozmaya başladığı noktada RRT gerekir (34).

SDBY olan hastalar için 1970 öncesinde tedavi seçenekleri sınırlıydı ve diyaliz merkezi sayısı az olması nedeniyle, düzenli diyaliz tedavisi alan hasta sayısı da azdı. Tedaviye devam edecekleri seçmek için hastalar yoğun tıbbi taramalardan geçiriliyor, böbrek yetmezlikli hastalara diyaliz, sadece üstün bir klinik tedavi olarak öneriliyordu. SDBY hastalığına eşlik eden başka sistematik hastalığı olanlar kronik diyaliz tedavisine kabul edilmiyorlardı. Geçerli bir tedavi seçeneği olan böbrek transplantasyonu ise gelişiminin ilk aşamalarındaydı ve KBY tanısı çoğu hasta için ölüme mahkum olmak anlamına geliyordu (35).

2009 yıl sonu verilerine göre ülkemizde 59 443 hastanın RRT aldığı tespit edilmiş ve önümüzdeki yıllarda bu sayı artmaya devam edecektir (10). Türkiye'de RRT insidansı 197 olarak hesaplanmış ve 2009 yıl sonu itibariyle mevcut erişkin SDBY hastalarında uygulanan RRT tipleri, hemodiyaliz (HD) %79,6, periton diyalizi (PD) %8,3 ve böbrek transplantasyonu %12,1 olup HD en çok uygulanan ve çok pahalı RRT şeklidir (4, 11).

31 Aralık 2009 verilerine göre İngiltere'de RRT tedavisi alan 49 080 erişkin hasta vardır, prevelansı 794'e denk olup, geçmiş yıllara göre %3,2'lik bir artış söz konusudur. 2008'den 2009'a büyüme oranlarına bakılacak olursa HD için %4,2'lik artış, PD için %7,2'lik düşüş, böbrek transplantasyonunda ise %4,4'lük bir artış olmuştur ve İngiltere'de RRT hastalarının ortalama yaşı 57.7 iken HD 65.9, PD 61.2, böbrek transplantasyonu ise 50.8 yaştır. 2009 yılında ülkemizde RRT tedavisine başlayan hastaların ortalama yaşı ise 64.8'dir (4, 36).

Halen tüm dünyada iki milyonu aşkın kişi diyaliz ve böbrek transplantasyonu tedavileri ile yaşamını sürdürmektedir. Gelecekteki on yıl içinde bu sayısının iki katına çıkması ve toplam tedavi maliyetinin 1.5 trilyon dolara yaklaşması beklenmektedir. Bu şekilde, yakın gelecekte gelişmiş ülkelerin sağlık bütçelerini ciddi olarak zorlayan, daha

düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde ise altından kalkılması mümkün olmayan bir ekonomik yük ortaya çıkacaktır (19).

Son dönem böbrek yetmezliği için tedavi seçenekleri üç şekildedir;

- Hemodiyaliz
- Periton diyalizi
- Böbrek transplantasyonudur.

Kronik böbrek yetmezliği tedavisinde bilgi ve becerilerdeki ilerlemelere rağmen, düzenli diyaliz sürdürülse bile son evre böbrek hastalarının rahatsızlıkları genellikle devam etmektedir. Günümüzde en etkili HD uygulamaları bile iyi işlev gören normal iki böbreğin başardığı küçük molekül ağırlıklı solüt atılımının sadece %10–12'sini sağlayabilmektedir. Böbrek transplantasyonu ise son evre böbrek hastalarının çoğuna sağlıklı ve üretken bir yaşam için en büyük fırsatı sunmaktadır (35).

4.1.2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Konservatif (Non Diyalitik) Tedavisi

Konservatif, destekleyici, yaşam sonu bakım olarak adlandırılan palyatif tedavi seçenekleri böbrek yetmezliği tedavi seçeneğinin bir parçası olmalıdır. SDBY'li çoğu hastada palyatif bakım önemlidir ve tümünde olmasa da hastaların çok büyük bir kısmında yaşam sonu ile ilgili sorunlar için renal replasman tedavisine başlamadan önce girişimde bulunmak gerekir (33).

Kronik böbrek yetmezliği sürecindeki hastaya klinik yaklaşım aşağıdaki unsurları kapsamalıdır;

- Böbreklerin fonksiyonel rezervini doğru bir şekilde saptamak
- Fonksiyonel kapasiteyi düşüren reversible (geri dönüşebilir) faktörlerin düzeltilmesi
- İlerlemenin durdurulması veya yavaşlatılması
- Üremik komplikasyonların önlenmesi ve tedavisiyle yaşam süre ve kalitesinin artırılması altta yatan hastalığın tedavisidir (1).

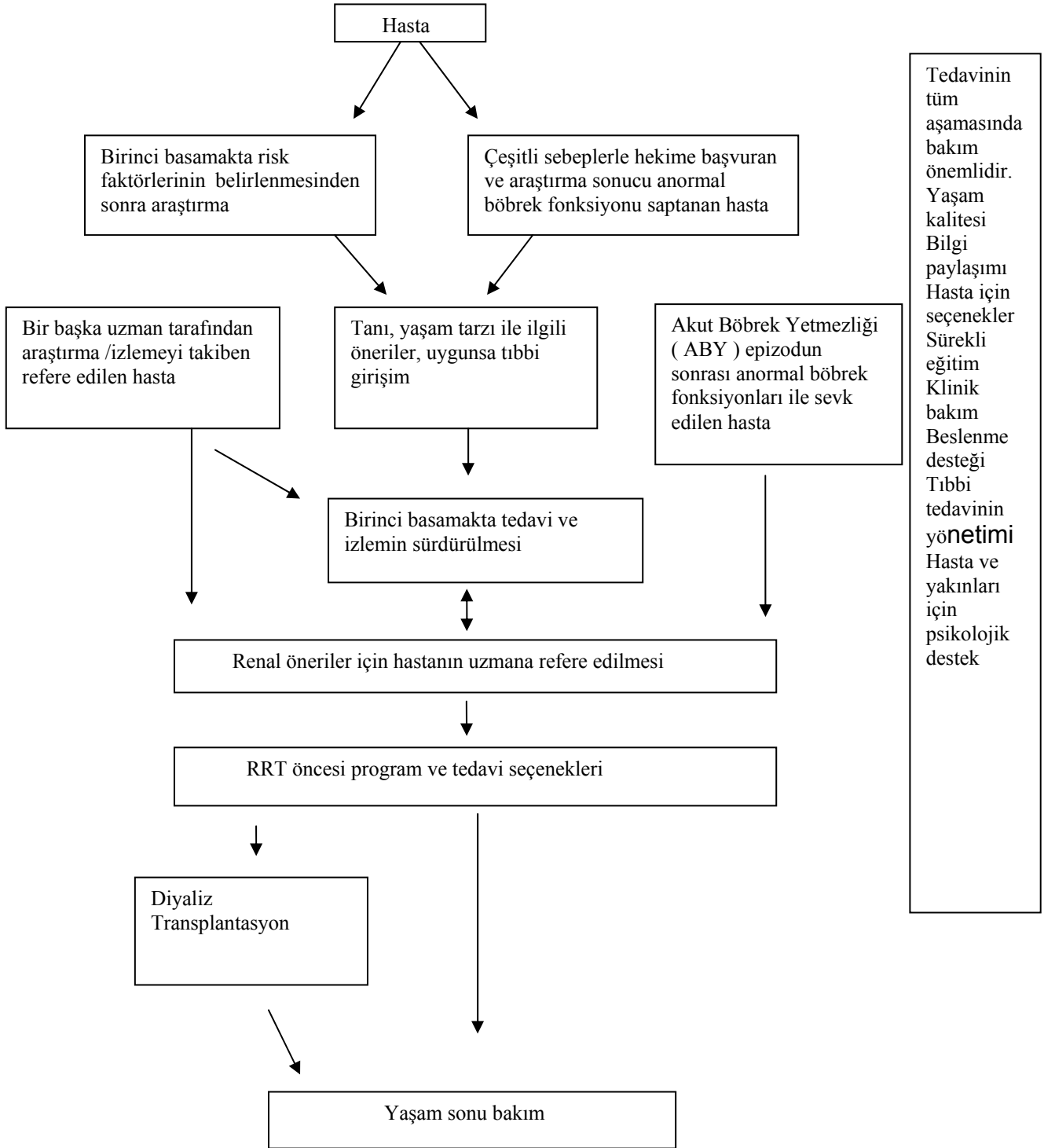
Son döneme gidişin yavaşlatılmasında yapılması gerekenler;

- Diyet tedavisi
- Hipertansiyonun tedavisi
- Proteinürinin azaltılması

- Hiperfosfateminin tedavisi
- Eritropoetinin tedavisi
- Hiperlipideminin tedavisi
- Kan glikoz kontrolü
- Sıvı dengesinin ayarlanması
- Üremik bulguların tedavisi önemlidir (2, 18, 33).

Böbrek yetmezlikli hastalarda, hastalık ilerleyip, yaşam sonu yaklaştığında palyatif bakım ihtiyacı artacaktır. Bu durum hastanın bakımı ile ilgilenen, hekim, hemşire, fizyoterapist, danışmanlık vb. hizmetleri veren multidisipliner ekibi ilgilendirmektedir (33).

Renal hastalarda tedavi planlama süreci



Şekil – 2: Renal hastalarda tedavi planlama süreci (33)

4.1.2.2. Hemodiyaliz

Hemodiyaliz, hasta kanındaki solütlerin yarı geçirgen bir membran ile diyalizata geçtiği primer olarak difüzyona dayalı bir tedavi yöntemidir (37).

Thomas Graham yüz yıldan uzun bir süre önce diyalizin prensiplerini bularak tarif etmiştir. Buna rağmen akut böbrek yetmezliği için ilk tedavi 1920'lerde yapılabilmemiş, SDBY'de kronik diyaliz tedavisi 1960'a kadar gerçekleştirilememiş, 1960'lı yılların ortalarında diyaliz teknolojisi ve damar yolunda bir seri buluş geliştirilerek kronik RRT'nin uygulaması başlamıştır. Günümüzde dünyada yaklaşık 1.5 milyon hasta düzenli diyaliz tedavisi altındadır (9).

Hemodiyaliz, diyaliz merkezinde 2.5–5 saat sürelerle, genellikle haftada üç kez uygulanmaktadır. HD sırasında solütler, ekstrakorporeal bir devre içinde dolaşan kandan, diyalizör veya yapay bir böbrek içindeki yarı geçirgen bir membran vasıtasıyla difüzyon ile arıtılırlar. Hastanın vücudunda biriken sıvı, diyaliz membranının iki tarafındaki hidrostatik basınç ayarlanarak uzaklaştırılır (35).

Yaşamı uzatan bu tedavi yöntemi SDBY'ni, organ transplantasyonu yapılmazsa, ölümlerle sonuçlanmaya yegane majör organ yetmezliği haline getirmektedir (34).

Ülkemizde HD en çok uygulanan RRT yöntemi olup, toplam HD hasta sayısı 46 650 olup, yıllık artış trendi devam etmektedir. HD tedavisi gören tüm hastaların %55,4'ü erkek, %44,6'sı kadındır, hastalarının neredeyse %80'i orta yaşlı ve yaşlıdır (4, 23). İngiltere'de RRT'ye yeni başlayan hastaların %22'si 75 yaşın üzerindedir (9). 2008 yılında HD merkezi sayısı 837 iken 2009 yılında 854'tür ve % 2,03'lük bir artış söz konusudur (38).

Diyalize başlama DOQI (ABD) nun son kriterlerine göre GFR<15 ml/dk'nın altına indiğinde, İngiltere Böbrek Derneği kriterlerine göre GFR<10 ml/dk'nın altına indiğinde diyalize başlanır (2).

Diyalize erken başlamanın avantajlarını şöyle sıralayabiliriz;

- Daha iyi rehabilitasyon
- Daha az komplikasyon
- Daha ileri renal yetmezliğin doğuracağı kötü beslenme koşullarının engellenmesi

- Acil diyaliz ihtiyacının önlenmesi (Diyalize acil başlanması hasta sağ kalımında azalma ile birlikte ve bu durum daha sonraki tedavinin en az ilk üç yılı boyunca devam eder) (2, 9).

Hemodiyaliz endikasyonları ve kontrendikasyonları ise şunlardır;

- Endikasyonlar
 - Rölatif
 - ✓ Semptomatik azotemi (ensefolapati gibi)
 - ✓ Diyalizle atılabilen toksinler (ilaç zehirlenmesi)
 - Mutlak
 - ✓ Üremik perikardit
 - ✓ Ciddi hiperpotasemi
 - ✓ Diüretığe yanıt vermiyen sıvı yüklenmesi (pulmoner emboli)
 - ✓ Tedavi edilemeyen asidoz
 - ✓ Dirençli Hiperkalemi
 - ✓ Üremik semptomlar (bulantı, kaşıntı, halsizlik)
 - ✓ Evre 5 KBY
- Kontrendikasyonlar
 - Vazopresörlere yanıt alınamayan hipotansiyon
 - Terminal hastalık
 - Organik beyin sendromudur (4, 9, 37).

Ülkemizde 2009 yılı verilerine göre HD hastalarında en sık rastlanan ölüm nedeni %52,1 ile kardiyovasküler hastalıklardır, bunu sırasıyla malignite, serebrovasküler hastalıklar ve enfeksiyonlar izlemektedir (4).

İlerleyen böbrek hastalığı tanısı hem hasta hem de aile üyeleri için yaşam değişikliği anlamına gelmektedir. Ciddi psikososyal stres diyalize eşlik eder. Hastalar kendi istediği gibi davranabilmelerinin kısıtlanması, aile ortamındaki aktivitelerinin azalması ve ekonomik güçlüklerle ek olarak makineye bağlı yaşama zorunluluğuna karşın, bağımsızlığını sürdürebilme çatışmaları ile karşı karşıyadır (39). (Yurtsever ve ark. 2003) HD hastalarının çoğu orta yada şiddetli yorgunluk deneyimlemekte fakat yorgunluğa karşılık etkili önlem almamaktadır (40).

Hemodiyaliz işlemi, hastaların öz bakım ve öz yeterlilik düzeylerini etkilemektedir (8). (Bahar ve ark. 2007) HD uygulanan hastalarda depresyon sık görülmekte, sosyal ve

cinsel yaşamı olumsuz etkilemektedir (41). (Özçetin ve ark. 2009), (Özgür ve ark. 2003) Diyaliz uygulanan SDBY'li hastaların biyolojik değerlendirilmesine koşut olarak psikiyatrik yönden de değerlendirilmesi önemlidir ve hastaların psikolojik desteğe gereksinimleri vardır (5, 42).

4.1.2.3. Periton Diyalizi

Peritonun sıvı ve solüt geçirgenlik özelliklerinin endojen bir diyaliz membranı olarak kullanıldığı periton diyalizi, hemodiyalize alternatif yaygın bir uygulamadır (35). SAPD 1980'lerin erken döneminde popüler hale gelmiştir (9).

Sürekli ayaktan periton diyalizinin mimarları, ABD Teksas (Austin)'dan tıbbi biyoloji mühendisi olan Dr. Robert P. Popovich ve tıp doktoru olan Jack W. Moncrief'tir. Dr. Popovich, diyalizatın karında uzun süreli bekletilmesiyle üremik artıkların ortamdaki yeterli derecede atılabileceğinin teorisini ortaya koymuştur (43).

Tipik olarak 1500–3000 ml arasında özel bir periton diyaliz sıvısı (steril bir elektrolit ve dekstroz solüsyonu), daha önceden yerleştirilmiş periton diyaliz kateteri aracılığıyla yerçekimi etkisinde akım ile belirli bir süre kalmak üzere karın boşluğuna verilir, artık ürünler kandan temizlenerek sıvı içerisine difüze olur, belirlenen sürenin sonunda sıvı boşaltılarak atılmak suretiyle periton diyalizi gerçekleştirilir. Periton hücreleri, difüzyonun olduğu bir semipermeable zar gibi hareket eder (9, 34, 35).

2009 yılı verilerine göre ülkemizde toplam PD hasta sayısı 5418 olup hasta sayısında 2008 yılına göre (5774) azalma dikkat çekmektedir. PD almakta olan tüm hastaların %52'si erkek, %48'i kadındır. PD'ye yeni başlayan toplam hasta sayısı 1345'tir (4, 6, 10, 38).

Periton diyalizi hastalarında en önde gelen etyolojik neden HT (%32), bunu sırasıyla DM (%30,6), Glomerülonefrit (%8), piyelonefrit (%3), polikistik böbrek hastalığı (%2,8), amiloidoz (%2,7) ve diğer nedenler izlemektedir (176). PD hastalarındaki en önemli ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklar (%46,7) olup bunu enfeksiyonlar ve serebrovasküler hastalıklar izlemektedir (4, 10).

Periton diyalizinin önde gelen komplikasyonu bakteriyel peritonittir. Ülkemizde 2009 yılı verilerine göre peritonit sıklığı 29,9 ay/episoddur, bunu sırasıyla hiperlipidemi, hipervolemi, psikolojik sorunlar, herni, iskemik kalp hastalığı, ultrafiltrasyon yetersizliği,

diyaliz yetersizliği, obesite (vücut kitle endeksi > 30), drenaj bozukluğu ve hiperglisemi takip etmektedir (4, 35).

Ülkemizde 2005 sonu verilerine göre PD hasta sayısı 3381 ve PD ağırlıklı yıllık hasta başı toplam maliyeti 25 353 990'dır, yıllara göre hasta sayısı artmış ve dolayısıyla maliyette artmıştır (3, 4, 26).

(Bakoğlu ve ark. 2009) Periton diyalizi uygulanan hastaların öz bakım gücü orta seviyededir, bu hastalarda eğitim ve danışmanlık önemli rol oynamaktadır (44).

4.2. BÖBREK TRANSPLANTASYONU

Transplantasyon, bir kişiden alınan ve greft adı verilen hücre, doku veya organın genellikle bir başka kişiye nakledilmesidir (45).

Böbrek transplantasyonu, hemen hemen tüm son evre böbrek hastalıklarında tercih edilen, kaybedilmiş böbrek işlevlerini yerine koyma tedavisidir (46).

Son yıllarda immünsupresif tedavide, enfeksiyonların kontrolünde ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmeler renal transplantasyonu son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda en fazla tercih edilen, en başarılı ve en ekonomik tedavi yöntemi haline getirmiştir. Bu gelişmelerle birlikte hastada yaşam süresi ve yaşam kalitesi artmıştır (23, 47, 48).

Modern ve süre gelmekte yanıyla transplantasyon peryodu 1950'lerin sonunda başlamıştır. 20. Yüzyılın ilk yıllarında transplantasyona duyulan ilginin nedeni, cerrahide deneysel ve klinik alanlarda görülen gelişmeler ve birçok ünlü cerrahın, cerrahinin tüm alanlarında olduğu gibi, vasküler cerrahi tekniklerine karşı duydukları ilginin artmasıdır (49).

İlk başarılı böbrek transplantasyonu 23 Aralık 1954'te ABD'nin Boston şehrinde Peter Bent Brigham hastanesinde Joseph Murray ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir (50, 51).

Böbrek transplantasyonunda dönüm noktalarına bakılacak olursa;

- 1902 ilk başarılı böbrek transplantasyonu (Ullman, 1902), İlk insan üzerindeki böbrek transplantasyonu–xenograf (Jaboulay, 1906)
- 1933 ilk insan üzerinde böbrek transplantasyonu–allograft (Vİoronay, 1936)
- 1950 deneysel böbrek transplantasyonu çalışmalarının yeniden canlanması (Simonsen 1953, Dempster 1953)

- 1950–53 immünosupresyon olmaksızın insanda allogreft nakil denemeleri (Paris’ te Küss ve ark. 1951, Servelle ve ark. 1951, Dabost ve ark. 1951, Boston’ da Hume ve ark. 1955)
- 1953 ilk canlı akraba donörden transplantasyon (Paris 1953, Michon ve ark.)
- 1954 tek yumurta ikizleri arasında ilk transplantasyon, Boston’da (Murray ve ark. 1958)
- 1958 lökosit antijeni “ MAC” ın ilk defa tanımlaması (Dausset, 1958)
- 1959–62 immünosupresyon için ışınlamanın kullanılması (Boston’da Murray ve ark. 1960, Paris’te Hamburger ve ark. 1959, Küss ve ark. 1960)
- 1960 köpek üzerinde yapılan böbrek transplantasyonlarında yapılan GMP’nin etkisi (Calne 1960, Zukoski ve ark. 1960)
- 1960 ışınlama sonrası 6–MP kullanılan bir hastada uzamış greft sağkalımı (Küss ve ark. 1962)
- 1962 donör ve alıcıyı seçerken ilk defa doku uyumuna bakılması (Hamburger 1962, Terasaki 1965, Dausset 1980)
- 1966 pozitif cross–matchın hiperakut rejeksiyona yol açığının farkına varılması (Terasaki ve ark. 1965, Kissmeyer Nielsom ve ark. 1966)
- 1967 “ Eurotransplant” ın oluşturulması (Van Rood, 1967)
- 1967 böbrek saklanması konusunda gelişmeler (Belzer ve ark. 1967)
- 1973 tranfüzyon etkisinin tanımlanması (Opelz ve ark. 1973)
- 1978 Siklosporin’in ilk klinik kullanımı (Calne ve ark. 1978)
- 1978 böbrek transplantasyonunda HLA–DR uyumunun aranması (Ting ve Morris 1978) (49).

Türkiye’de organ ve doku transplantasyonu 29/05/1979 tarihinde 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkındaki kanun çerçevesinde düzenlenmiştir. 2001 yılında yürürlüğe giren böbrek transplantasyonu yapan merkezlerin açılmasına, çalışmasına ve denetlenmesine dair usûl ve esasları belirlemek ve böbrek transplantasyonu hizmetlerinin yürütülmesi ile ilgili hususları düzenlenmiştir. Türkiye’de ilk böbrek transplantasyonunu Dr. Haberal ve ekibi 1975 yılında gerçekleştirmiştir (108, 52, 53, 54).

Ülkemizde böbrek transplantasyonu sayısı beklenenin çok altındadır. Böbrek transplantasyonu oranlarındaki sınırlamalar sıralanacak olursa; cerrahinin teknik zorlukları, immünosüpresyonun sonuçları, bağışlanan organların kısıtlı sayısı ve gerekli uzmanlığa

sahip sınırlı tıbbi, cerrahi ve hemşirelik işgücüdür. En önemli potansiyel kaynak olan kadavra vericilerde istenilen artışın olmaması düşündürücüdür (4, 10, 55, 221).

Günümüzde kadavra organlarına duyulan ihtiyacın artması bu organların alıcılar arasında eşleştirme işleminin verimli ve adil bir şekilde yapılması, dağıtım sürecinin hızlandırılması ve daha titizlikte takip edilmesi ihtiyacını doğurmuştur, böylece Sağlık Bakanlığı Bilişim Teknolojileri Koordinatörlüğü tarafından Ulusal Organ Bilgi Sistemi yazılımı için analiz ve tasarım çalışmalarını yürütülmüştür (56).

2009'da ülkemizde canlı donörlerden yapılan transplantasyonların %64,5'i kan bağı olan akraba donörlerden yapılmıştır. Geçen yıla göre kan bağı olmayan donörlerden yapılan transplantasyonlarda artış görülmektedir (4, 6, 26, 27, 28).

Ülkemizde enfeksiyonların en önemli ölüm nedeni olduğu (%37,9) saptanmıştır. Diğer önemli nedenler kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, pulmoner emboli ve malignitedir. Greft kayıplarının en sık rastlanan nedenleri (%43,7) kronik rejeksiyon ve (%39,1) ölümdür (4).

Böbrek transplantasyonu SDBY'li hasta için en iyi tedavi yöntemidir. Diyaliz yöntemleri en iyi şartlarda sağlıklı bir insanın iki böbreğinin yaptığı işin %5'ni yapabilirken, başarılı bir böbrek transplantasyonu ise bunun on katını sağlar. Transplantasyonun en büyük yararlarından biri haftanın en az üç gününü heba eden diyalizden kurtulmaktır, ortalama olarak bir ayda HD için 40–50 saat, SAPD için 60–70 saat harcanmaktadır. Ayrıca son derece sıkı sıvı ve diyet kısıtlamalarından, kan yapıcı EPO iğnelerinden, çeşitli ilaç kullanımı gibi bir çok zorluklar atlatılmış olacaktır (39, 51).

Böbrek transplantasyonunun gelecekteki stratejisi 1980 yılında Amerikan Transplantasyon Cerrahi Derneği' nin toplantısında şu şekilde bahsedilmiştir;

- Geçmişe göre canlı organ kullanımı şart olmayacaktır.
- Doku tiplene testlerinin önemi azalacaktır.
- Mevcut antikörlerin araştırılmasının önemi artacaktır.
- Sensibilizasyon giderek önem kazanacaktır.
- Diyabetik hastaların tedavisinde güçlükler azalacaktır.
- Transplantasyon adaylarının seçimindeki kriterler daha da serbestleşecektir.
- Diyaliz tedavisiyle transplantasyon arasındaki sosyal ilişki kesin olarak değişecektir.
- Yeterli sayıda organ temin edilememesi önemli bir sorun olacaktır (57).

2000'li yıllara baktığımızda bu maddelerin çoğu gerçekleşmiştir. Yakın gelecekte kullanılabilir organ sayısını arttırmak için pek çok strateji vardır. Bunlardan en uygulanabilir olanı canlıdan transplantasyon sayısını arttırmaktır. Xenotransplantasyon son on yıldır düşünülen ancak günümüzde kısmen immün uyumsuzluk nedeni ile yapılamayan fakat gelecek için akıllarda daima bulunabilecek bir yöntemdir (12).

Etkinlik-maliyet açısından en uygun tedavi olan böbrek transplantasyonunun arttırılması, geniş ve uzun vadeli önlemler alınması hasta sağlığı ve ülke ekonomisi açısından yararlı olacaktır (58, 177).

4.2.1. Transplantasyonun Alıcı ve Verici Arasındaki Genetik İlişkiye Göre Sınıflandırılması

Otogreft: Kişinin kendi dokusunun yine aynı kişinin başka bir bölgesine transplantasyonudur. Üçüncü derecede cilt yanığının gene aynı kişinin sağlam cildiyle kapatılması veya vena safena ile femoropopliteal greft uygulanması gibi.

İzogreft (İzojenik veya Sinjenik): Genetik bakımdan tam benzer olan fertler arasında transplante edilen doku veya organ olarak tanımlanmaktadır. Örneğin monozigot idantik ikizler arasında böbrek transplantı veya aynı türden fareler arasında cilt greftleri gibi.

Allogreft (Allojenik): Aynı tür içinde, birbirinde genetik bakımdan farklı iki birey arasında nakledilen doku veya organ olarak tanımlanmaktadır. Örneğin; kadaverik böbrek transplantasyonu veya farklı türden fareler arasında cilt greftlerinde olduğu gibi.

Xenograft (Xenogeneic): Farklı türler arasında doku transplantasyonudur. Örneğin; insana transplante edilen maymun böbreğinde olduğu gibi (59, 60, 90).

4.2.2. Canlı ve Kadavra Böbrek Bağışı

Böbrek bağışları olmasa böbrek transplantasyonu uygulaması devam edemezdi (61).

Donör organlarının azlığı nedeniyle birçok böbrek transplant adayı hayat kurtarıcı ve hayat kolaylaştırıcı bu fırsattan mahrum olurlar (62).

Organ teminin iki yolu vardır:

1. Canlıdan organ bağıışı
2. Kadavradan organ bağıışıdır.

Gerek canlı vericiden, gerekse kadavradan yapılan başarılı böbrek transplantasyonu diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarından bazılarını değil, tamamını yerine getirir. Ülkemizde yapılan böbrek transplantasyonlarında vericilerin yaklaşık %20'si kadavra iken, bu oran batı ülkelerinde yaklaşık %80'dir (63).

Amerika ve bazı İskandinav merkezlerinde canlı donör sayısı kadavradan fazladır. İngiltere' de de canlı donörler tüm böbrek transplantasyonlarının %25'i kadardır ve bu giderek artmaktadır (12). Örneğin; İsveç'te 1996 tarihinde organ transplantasyonu yasası değişmiştir, buna göre kişi yaşadığı süre içerisinde kararını bildirmediyse, bu tutum, organ ve dokularının organ transplantasyonu ve diğer tıbbi amaçlar için kullanılmasına rıza gösterdiği şeklinde anlaşılmaktadır. Böylelikle kadavradan organ transplantasyonu daha fazla artış göstermektedir (64).

Ülkemizde 2008 yılı verilerine göre kadavra donör oranı %29,5 iken 2009 yılı verilerine göre bu oran %21,1'e düşmüş olması dikkat çekicidir (4, 17).

Organ transplantasyonu sayısını attırmanın birinci yolu kadavradan alınan organ sayısını arttırmaktır. Bunu sağlamanın yolu da eğitimli organ transplantasyonu koordinatörlerinin çalıştığı ve ekip zihniyetinin ön planda olduğu bir organ transplantasyon koordinasyonu, eğitim programlarının arttırılması, yeni-yasal düzenlemeler, maddi ve diğer teşviklerin sağlanması ile mümkündür (51, 65).

Transplantasyon konusundaki gelişmeler ve transplantasyon için bekleyen hastaların sayısının giderek artması kadavradan organ transplantasyonunu dolayısıyla beyin ölümü ve donör bakımını çok önemli kılmaktadır (66).

Beyin ölümü kavramı, ilk defa 1959 yılında, mekanik ventilatör desteği ile yaşamakta olan bir grup hastada, Mollaret adında bir Fransız doktor tarafından 'Le Coma Deppasse' yani 'komanı ötesi' diye adlandırılmıştır (66, 67).

Ülkemizde 1979 yılında 2238 sayılı transplantasyon kanununda tıbbi ölümün varlığı ve tespiti tanımlanmıştır. Tıbbi ölüm hali; bilimin ülkedeki kuralları ve yöntemleri uygulamak sureti ile biri kardiyolog, biri nörolog, biri nöroşirujiyen ve biri de anesteziyoloji ve reaminasyon uzmanından oluşan dört kişilik hekimler kurulunca oy birliği ile saptanır denilmektedir. Beyin ölümünün tanımı 20 Ağustos 1993 gün ve 21674

sayı ile Resmi Gazete’ de yayınlanan “ Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliğine” Ek-1 ilave edilmiş ve beyin ölümü kriterleri maddeler halinde sıralanmıştır (66).

Beyin ölümü tanısının klinik kriterlerini;

Geri Dönüşsüzlük: Sedatif, paralizisi yapan ve toksik ilaç uygulamasının olmaması, ciddi elektrolit ve endokrin bozukluğunun olmaması, derinin hipotermi olmaması

Beyin İşlev Yokluğu: Konvülsiyon ve serebral pozisyon olmaması, kranial sinirler dağılım bölgelerinde ağrıya yanıt olmaması

Beyin Sapı İşlev Yokluğu: Asidoz ve hiperkapniye rağmen apne, pupillar ve korneal reflekslerin yokluğu, okülosefalik ve vestibüler reflekslerin yokluğu, trakeobronşiyal refleks yokluğu (54, 67, 86).

Günümüzde ise organ açığının her geçen gün artması canlı organ bağışını gündeme getirmiş ve canlı bağışı arttırmak için çeşitli politikalar gündeme getirmiştir.

Canlı organ bağışı oranı üç yöntemle arttırılabilir, Bunlar;

Tıbbi Yöntemler: Laparoskopik yolla organ alımı, çift böbrek değişimi, anatomik olarak anormallikleri olan greftlerin transplantasyonu (vasküler, üriner sistem füzyonu), pozitif çapraz uyumun plazmaferez ve intravenöz immunoglobulin uygulamasıyla geriye döndürülmesi.

Etik: Organ bağışı için minnettarlığı göstererek

Örgütsel: Organ bağışı için tıbbi izin ve vericinin tüm masraflarının karşılanması gibi (68).

Greft sağ kalımı kadavra böbreklerde bir yılda yaklaşık %85–90 iken, canlı donörlerde %95’ten fazladır (12, 63). Canlı donör adaylarındaki bir başka üstünlükte transplantasyonun özel olarak planlanabilmesi ve böylece diyalize bağımlı olarak geçen bekleme süresinin kısaltılabilmesidir (69).

Uzun yıllar boyunca sadece birinci derece akrabalar canlı böbrek vericisi olarak kabul edilirken, siklosporinin kullanıma sunulması ve kadavra kaynaklı böbrekler açısından sunum ve istem arasındaki giderek artan açık, bu anlayışı değiştirmektedir (61).

Canlı organ bağışının olası zararları aşağıda sıralanmıştır;

- Verici ve ailesi üstündeki psikolojik stres
- Değerlendirme sürecinin rahatsızlık ve risleri
- Transplantasyon mortalitesi
- Transplantasyon sonrası major komplikasyonlar

- Transplantasyon sonrası minör komplikasyonlar
- Uzun dönem morbidite
- Kalan böbreğe travmatik hasar verilme riski
- Tanımlanmamış subklinik kronik böbrek hastalığı riski (61, 70).

Kadavra böbreğine kıyasla canlı böbreğin olası yararları ise şunlardır;

- Daha iyi kısa dönem sonuçları
- Daha iyi uzun dönem sonuçları
- Daha tutarlı erken işlev ve kolay bakım
- Beyin ölümü huzursuzluğundan sakınma
- En düşük düzeyde gecikmiş greft işlev oranı
- Kadavra organı için uzun bekleme süresinin sona ermesi
- Tıbbi ve kişisel rahatlık için zamanın planlanabilmesi
- Daha az yoğunlukta immün baskılama
- Vericinin duygusal olarak kendini iyi hissetmesi
- Dünya çapında böbrek transplantasyon oranının artmasıdır (61, 68, 70).

Organ bağıışı İslam dinince de benimsenmiş olup, toplumun bilgilendirilmesi ve bağıışın arttırılması için gerekli çalışmalar yapılmaktadır. İslam dinine göre hayat kutsaldır, bu tanrının bir hediyesidir ve saygı gösterilmeli, korunmalıdır. Hastalık engellenmeli, sağlık desteklenmeli ve hayat eldeki tüm bilimsel imkanlar kullanılarak korunmalıdır. İslam dininin temel prensibine ters düşmediği sürece, başkalarına zarar vermeyen, insanoğlunun yararına olan, güvenli, nitelikli, iyi amaçlı her müdahale mübahtır (71, 72).

Organ bulunamama nedenlerine bakıldığında hem sağlık personeli hem de toplum düzeyinde eğitim eksikliği en önemli yeri almaktadır. Organ bağıışını engelleyen hemen hemen tüm nedenler bu konudaki eksik yada yanlış bilgi sahibi olmaktan, yani organ transplantasyonu ve organ bağıışı eğitiminin her düzeyde yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Organ transplantasyonu eğitimi gelecek nesillerin refahı ve sağlığı açısından tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de çok büyük önem taşımaktadır ve uzun vadeli yatırım olarak sabırla ve özenle devam etmesi gerekmektedir (73, 74, 75).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan halk sağlığı hemşiresinin görevlerinden biri, belki de en önemlisi toplumun sağlık sorunlarının farkına varmasını, ilgilenmesini sağlamak, konu hakkında bilgilendirmek, katılımlarını sağlamak için gerekli eğitimi

yapmaktır. Halk sağlığı hemşireleri organ bağışı konusunda çalışmaların yürütülmesinde nc olmaladırlar (75).

Yapılan araştırmalara bakılacak olursa, (zer ve ark. 2009) hemşirelik ğrencilerinin lisans eğitiminde organ bağışı konusunda yeterince bilgilendirilmedikleri, organlarını bağışlamayı düşünen ğrenci oranının düşük olduğu ve öğrencilerin organ bekleyen hastalara verici bulma konusunda aktif rol alamadıkları, (Gürcani ve ark. 2010) (Aydın ve ark. 2006) diyaliz hastalarının büyük bir çoğunluğunun kadavradan donör için bekleme listesinden haberdar olmadıkları, böbrek transplantasyonu konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğu, (Göz ve ark. 2007) hemşirelerin organ bağışı konusunda yeterince duyarlı olmadıkları, organ bağışı ile ilgili bilgilerinin artırılması gerektiği, (Naçar ve ark. 2001) son sınıf ğrencisi doktorların organ bağışı konusunda önemli ölçüde bilgi eksiği olduğu ortaya çıkmıştır (76, 77, 78, 79, 80).

4.2.3. Böbrek Transplantasyonun Komplikasyonları

1. Erken Post–transplant Dönemdeki Komplikasyonlar

Erken post-transplant dönemde allogreft disfonksiyonuna cerrahi ve medikal komplikasyonlar yol açabilmektedir (81).

a. Cerrahi komplikasyonlar: Vasküler komplikasyonlar (renal arter trombozu, stenozu, renal ven trombozu, polar arterde tıkanma, iskemi, infarkt, nekroz, A–V fistüller), üriner sistem komplikasyonları (reteroneostomi hattında striktür, üriner kaçak, hidronefroz, üreteral ve pelvik iskemi ve nekroz, üreter obstrüksiyonlar), cerrahi girişim yeri komplikasyonları (enfeksiyon, sıvı koleksiyonları, lenfotel, seroma, rinoma, hematoma, apse), transplant yatağı komplikasyonları (hemoraji, lenfotel), skrotal komplikasyonlar (hidrosel, akut bakteriyel epididimit, akut bakteriyel prostatit) ve impotans, alt ekstremitede atrofi görülebilen cerrahi komplikasyonlardır (81, 82, 83, 84, 85, 86, 87).

b. Medikal komplikasyonlar: Transplantasyon hastalarında meydana gelebilecek medikal komplikasyonlar en kısa sürede farkına varılarak müdahale edilmelidir (88). Bunlar; akut tubuler nekroz, hiperakut/akselere/akut/kronik rejeksiyon, trombotik mikroanjyopati, hipovolemi, enfeksiyon, akut ilaç toksisitesi, primer hastalığın grefte nksdr (60, 85, 81, 87).

1. Rejeksiyon: Alıcı immun cevap hücresel ve humoral yollarla allogreft rejeksiyonunu uyarır (87).

- a. Hiperakut Rejeksiyon:** Alıcının serumunda daha önceden oluşmuş olan sitotoksik antikörlerin varlığında ortaya çıkar. Saatler içerisinde olur ve çok nadirdir. Günümüzde cross match tetkiklerinin hassas bir şekilde yapılması sonucu pek görülmemektedir (12, 46, 60, 85).
- b. Akselere Rejeksiyon:** Transplantasyondan sonraki birkaç ay içinde veya transplantasyondan 2–3 gün sonra ortaya çıkar ve greft harabiyetine neden olmaktadır. Akselere rejeksiyon çoğu zaman irreversibledir (90, 89, 46, 87).
- c. Akut Rejeksiyon:** Akut rejeksiyon; genellikle transplantasyondan bir hafta sonra antikörler, T hücreleri ve makrofajlar tarafından vasküler ve parankimal yapının hasarlanması ile oluşur. Ani başlayabilir ve ateş, kırıklık, hipertansiyon, üşüme-titrete, oligüri, artan kreatinin ve düşen kreatinin klirensiyle birlikte. Steroidler, antilemfosit antikörleri ile tedavi edilebilir (45, 46, 85, 87, 90).
- d. Kronik Rejeksiyon:** Kronik rejeksiyon geç allogreft fonksiyon kaybının en sık nedeni olup transplantasyondan sonra altı ay ile yıllar sonra ortaya çıkar. Glomerüler skleroz, tübüler atrofi, glomerüler bazal membran yırtılması ve interstisiyel fibrozis ile karakterizedir. Klinik olarak, hastada böbrek fonksiyonu yavaş yavaş gerilerken proteinüri ve mikroskopik hematüri gözlenir (46, 92).

2. Geç Post–transplant Dönemdeki Komplikasyonlar

1. Allogreftte Gözlenen Komplikasyonlar

- a. Kronik Allogreft Nefropatisi:** Geç dönemde, greft disfonksiyonu yapan en sık ve en önemli sebeptir. Progresif böbrek yetmezliği, proteinüri ve hipertansiyon ile karakterize olan bir sendromdur ve etyolojisi bilinmemektedir. Nefrotoksik ilaçlardan kaçınma, HT ve hiperlipidemi tedavisi kronik allogreft nefropatisi gelişmesine yol açan sebeplerden korunmanın en önemli adımını oluşturmaktadır (81, 89, 93)..

2. Sistemik Komplikasyonlar

- a. Enfeksiyonlar:** Böbrek transplantasyonu, solid organ transplantasyonları içerisinde en düşük enfeksiyon oranına sahiptir (94). Rejeksiyonu tedavi eden veya engelleyen immunosupresif ilaçlar, cerrahi girişim, hastanın üremik kondüsyonda

olması transplant alıcısını enfeksiyonlara daha yatkın hale getirir (87, 95). Böbrek transplantasyonunda enfeksiyon etmenleri şunlardır;

- **Viral Enfeksiyonları:** Transplantasyon alıcılarını etkileyen en önemli virüs cytomegalovirüs (CMV), kronik hepatit, influenza, lenfoproliferatif bozukluklar (Epstein–Barr virüsü (EBV), kaposi sarkoma (herpes simplex virüs (HSV), varicella zoster (VZV), yassı hücreli karsinom (papillomavirüsleri), Human Herpes Virüs 6 (HHV–6), HIV, papova virüs) (94, 96, 97).
- **Bakteriyel Enfeksiyonlar:** Üriner sistem enfeksiyonları, yara enfeksiyonları, intraabdominal sepsis, sellülit, pnömoni, tüberküloz ve genitoüriner tüberkülozdur. (31, 98, 99, 100, 101).
- **Fırsatçı Enfeksiyonlar:** Pnömosistis pnömonisi, toksoplazmosis, nokjardiozis, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, rhinoserebral mucormycosis, aspergillozis, listeriozis, gastrointestinal sistem (GİS) enfeksiyonları, kandidadiiazis, kriptokokkozis, histoplazmosis, koksidiomikozis, blastomilozis (92, 102, 104).

Transplantasyon sonrası, enfeksiyonlara neden olan mikroorganizmaların enfeksiyon etkeni olarak diğerlerine göre daha sık görüldüğü üç farklı dönem tanımlanmıştır.

Post-transplant 1. Ay Görülen Enfeksiyonlar: Bu ayda görülen enfeksiyonlar ya pre-transplant dönemde kazanılmış olan enfeksiyonların klinik olarak belirgin hale gelmesi ile ortaya çıkar veya yara, kateter giriş yeri ve akciğer enfeksiyonları şeklindedir. Eğer donörde enfeksiyon varsa, allogreft ile nakledilen enfeksiyonlar da, bu dönemde ortaya çıkar.

Post-transplant 1. ve 6. Ayda Görülen Enfeksiyonlar: Bu dönemde, uygulanan immunosupresif tedavinin dozu yüksek olduğundan, maksimal immunosupresyon için yeterli zaman geçtiğinden ve sık görülen rejeksiyon atakları nedeniyle pek çok hastaya antirejeksiyon tedavileri uygulandığından dolayı oportünistik enfeksiyonlar görülebilir. En sık rastlanan etkenler, kandida, CMV, kriptokok, aspergillus, pnömosistis karni ve koliform bakterileridir.

Post-transplant 6. Aydan Sonra Görülen Enfeksiyonlar: Bu dönemde, daha önceden kazanılmış olan bazı enfeksiyonların (CMV, kronik hepatit gibi) uzayan etkileri dışında, genel popülasyonda görülenlere benzer tipte enfeksiyonlar (grip, pnömokoksik, pnömoni, üriner sistem enfeksiyonu gibi) ve oportünistik enfeksiyonlar (örneğin; kriptokok

ve listeria gibi ajanlara bağlı merkezi sinir sistemi enfeksiyonları) görülebilir (63, 105, 107).

Enfeksiyonların önlenmesi için;

- Transplantasyon öncesinde; alıcıda var olan ve donör organdan bulaşabilecek enfeksiyonlar irdelenmeli ve mümkünse transplantasyon öncesi tedavisi tamamlanmalıdır.
- Transplantasyon sırasında; uygun antibiyotik ile peri-operatif profilaksi uygulanmalıdır.
- Transplantasyon sonrasında; enfeksiyon gelişiminin önlenmesi; epidemiyolojik temastan kaçınma ve kemoprofilaksi yöntemleri ile sağlanmalı, gelişen enfeksiyonların erken ve hızlı tanısının konularak tanısı uygun ve yeterli tedavilerinin yapılması sağlanmalıdır (108).

b. Malignite: Kanser, post-transplant dönemde en sık görülen komplikasyonlar arasındadır. Böbrek transplantasyonundan sonra en sık görülen malignite Non-Hodgink Lenfoma, deri ve dudak kanserleri, kaposi sarkomu, anogenital kanserler gelmektedir (32, 48, 98, 151, 182).

3. Diğer Sistemik Komplikasyonlar

a. Kardiyovasküler Sistem Komplikasyonları: Post-transplant dönemde kardiyovasküler hastalıkların başlıca risk faktörleri; pre-transplant kardiyovasküler hastalık, anemi, homosistein, hipertansiyon, greft disfonksiyonu, hiperlipidemi, trombosit ve koagülasyon anormallikleri, hipoalbuminemi, eritrositoz, enfeksiyonlar, DM, ateroskleroz, tütün kullanımı ve immunosupresif ilaçlardır (81, 88, 89, 102, 109, 110).

Böbrek transplantasyonu sonuçlarını iyileştirmek için kardiyovasküler riskler üzerine yoğunlaşmıştır (89).

b. Pulmoner Komplikasyonlar: Pulmoner komplikasyonlar içinde en önemlisi ateş ile birlikte akciğerde infiltrasyonların görülmesi ve pnömonidir. Bu tabloya enfeksiyonlar ve nonenfeksiyöz nedenler yol açabilir (81).

c. Hematolojik Komplikasyonlar: Transplantasyondan sonra görülen hematolojik komplikasyonlar; anemi, sitopeniler, hematolojik maligniteler, siklosporine bağlı hemolitik üremik sendrom, AB0 minör uyumsuzluğu nedenli alloimmün hemolitik

anemi, tromboembolik komplikasyonlar, ve post-transplant eritrositozudur (PTE) (88, 107, 111, 112, 113).

- d. Gastrointestinal Komplikasyonlar:** Hepatitler, akut pankreatit, gastrointestinal kanal komplikasyonları arasında mukozal ülserasyonlar, kanamalar, mantar enfeksiyonları, viral ve bakteriyel enfeksiyonlar ve kanserler post-transplant dönemde sık görülür, bu yüzden transplantasyon öncesi mutlaka mevcut GİS patolojilerinin tedavisi tamamlanmalıdır (81, 88, 114).
- e. Karaciğer Komplikasyonları:** Karaciğer hastalığı, böbrek transplantasyonu yapılmış hastalarda sık görülen komplikasyonlardandır. Akut hepatosellüler hastalık (akut viral hepatitler ve toksik hepatitler), kronik hepatosellüler hastalık (kronik hepatitler ve siroz), kolestatik karaciğer hastalığı, vasküler karaciğer hastalığı, soliter hepatomegaliler, karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluklar bu komplikasyonlar arasındadır (115).
- f. Sıvı–Elektrolit, Asit–Baz Dengesi Bozuklukları:** Hiperkalsemi, hipokalsemi, hipopotasemi, Hiponatremi, hipovolemi, hipervolemi, hipofosfatemi, hipomagnezemi, asit–baz metabolizması bozuklukları post–transplant dönemde sık görülmektedir (81, 116).
- g. Metabolik-Endokrin Komplikasyonlar:** Hiperlipidemi, post-transplant diyabet, tersiyer hiperparatiroidi, hiperürisemi, malnütrisyon, obezite post-transplant dönemde sık görülen bir komplikasyondur (63, 81).
- h. Diğer Komplikasyonlar:** Osteoporoz, aseptik nekroz, idyopatik poliartraljiler, steroid miyopatisi gibi lokomotor sisteme ilişkin komplikasyonlar, depresyon, steroid psikozu gibi psikiyatrik komplikasyonlar, katarakt, az görülen ve körlükle sonuçlanan CMV retiniti gibi göz komplikasyonları ve düşük oranda görülen nörolojik komplikasyonlardır (63, 81, 85, 117, 118, 119, 120).

4.2.4. Transplantasyon Planlaması

4.2.4.1. Organ Alıcısının Değerlendirilmesi

Hastaların hazırlanması rutin hasta değerlendirilmesi ile benzerlik gösterir, sırasıyla medikal, cerrahi ve psikolojik hikayeyi içeren ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri yapılır (81, 121).

Anamnez: Anamnezde SDBY'ye yol açan primer böbrek hastalığı, geçirilmiş önemli enfeksiyonlar ve tümöral hastalıkların öğrenilmesi immunosupresif tedavinin yönlendirilmesi bakımından, kan tranfüzyonu, ailede böbrek hastalığı geçirmiş kimsenin varlığı, nakil öncesi steroid veya diğer immünosupresif tedavi kullanımı, solunum ve gastrointestinal sistem hastalıkları, daha önceden geçirilmiş transplantasyonlar, cerrahi girişimler, kadın hastalarda geçirilmiş gebelikler hem immunolojik yönden, hem de operasyonun planlanması bakımından önemlidir.

Diyaliz döneminde (varsa) rezidüel idrarın miktarı, diğer medikal problemlerin ve diyaliz komplikasyonlarının varlığı özellikle post-transplant erken dönemde hastanın izlenmesinde, soygeçmişin ve kötü alışkanlıkların öğrenilmesi de hem değerlendirme hem de ileriye yönelik tedavi planlanmasında pratik değer taşır (60, 81, 122).

Fizik Muayene: Tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Hastanın aorta–ilyak bölgesi dikkatle oksülte edilmelidir. Femoral üfürümlerin olması iliak aterosklerozun bir göstergesi olabilir. Zayıf periferik nabızlar ve kladikasyo hikayesi, düzeltilebilir periferik vasküler hastalığı düşündürmelidir. Hastaların arteriyovenöz fistülleri veya periton katateri çıkış yeri enfeksiyon için riskli bölgelerdir, bu bölgeler dikkatle muayene edilmelidir (81, 121).

Tüm hasta rutin fizik muayene yanında kulak–burun–boğaz, psikiyatri ve diş muayeneleri, kadın hastalar için jinekolojik, meme muayenesi, mamagrofi, 40 yaş üzerindeki erkek hastalar için de prostat, rektal muayenesi ve prostat spesifik antijen (PSA) düzeyleri rutin olarak kontrol edilmelidir (81, 121, 123).

Laboratuvar İnceleme: Laboratuvar incelemede, immünolojik değerlendirme; kan grubu, HLA doku tipi tayini, önceden oluşmuş anti–HLA antikor tayini, hematolojik değerlendirme; tam kan, sedimantasyon, kanama zamanı, PT, PTT, renal yönden değerlendirme; serum kreatinini, elektrolitleri, tam idrar tetkiki, 24 saatlik idrarda protein, idrar kültürü, PTH, metabolik değerlendirme; kan şekeri, HbA1c, lipid düzeyleri,

homosistein, enfeksiyonlar; hepatit markırları, HBV DNA (HBV pozitif ise), HCV RNA (HCV pozitif ise), anti-HIV antikorları, Epstein-Barr (EBV) virüs antikorları, herpes virüs (HSV) antikorları, sitomegalovirüs (CMV) antikorları, PPD deri testi, gastrointestinal değerlendirme; GGK, serum amilaz ve lipazı, transaminazlar, bilirubin, biyokimyasal incelemeler; kanda glikoz, üre, kreatinin, ürik asit, Na, K, Cl, Ca, P, Mg, asit ve alkali fosfatazlar, PTH, SGOT, SGPT, total protein, albumin, kırk yaşın üzerindeki erkek hastalarda PSA tayini bakılır (81, 121, 122, 123, 124).

Hastalar, transplantasyona istek, tedavi ve takiplere uyum konusunda psikososyal değerlendirme, nefrolojik, kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal yönden değerlendirilmelidir (14, 122, 124).

Kronik böbrek yetmezlikli bazı hastalara transplantasyon yapılması sakıncalıdır ve bu kimselerin diyalizde kalmaları durumunda beklenen morbidite ve mortalite oranları daha düşüktür.

Transplantasyon için mutlak kontrendikasyonlar şunlardır;

- Pre-transplant dönemde kanser saptanması
- Metabolik hastalıklar
- Aktif AIDS
- Aktif tüberküloz
- Aktif enfeksiyon
- Akut hepatit, ileri evre kronik hepatit veya siroz
- Ciddi vasküler hastalık
- Aktif intravenöz ilaç bağımlılığı
- Beş yıldan az yaşam beklentisi
- Yeni geçirilmiş myokard enfarktüsü
- Diğer son dönem organ yetmezlikleri (kalp, akciğer, karaciğer)
- Kanında anti-GBM antikorı bulunması
- Sürekli PD tedavisi gören ve son bir ay içinde peritonit atağı geçiren hastalarda transplantasyon ertelenmelidir.
- İleri pulmoner veya kardiyovasküler yetersizliği olan hastalarda, major bir cerrahi girişimin potansiyel riskleri tartılmalı ve düzeltilemeyecek derecede organ hasarı varsa transplantasyondan vazgeçilmelidir.

- Hastanın kanında birinci sınıf major transplantasyon antijenlerine yönelik antikor mevcutsa transplantasyon mutlaka kontrendikedir (48, 63, 125, 81, 122, 124).

Böbrek transplantasyonu için kısmi kontrendikasyonlar;

- Yaş, çok küçük ve yaşlı olmak, ileri yaşlı hastalarda ameliyat sırasında ve post-transplant dönemde, morbidite ve mortalite daha yüksektir; bu bilgiye rağmen yaşlılık böbrek transplantasyonu için kesin kontrendikasyon değildir ve diyaliz tedavisine göre avantajlı bir sağkalım sağlamaktadır.
- Primer hastalık nüksü
- Karaciğer problemleri
- Kardiyolojik problemleri
- Periferik vasküler hastalıklar
- Ciddi KOAH
- Kontrolsüz diabet
- Diyaliz tedavisine uyumsuzluk öyküsü
- İleri ateroskleroz
- Akciğer problemleri
- Nörojenik mesane
- Psikiyatrik problemler
- Yetersiz aile desteği
- Yetersiz sosyal destek
- Azalmış mental kapasite
- Obesite ve malnütrisyon (81, 91, 122, 124, 125, 126).

Organ alıcısının pre-transplantasyon hazırlığı;

Tüm cerrahi girişimlerde yapılan pre-operatif hazırlık uygulamaları böbrek transplantasyonunda da aynıdır.

- Vericinin hangi böbreğinin alınıp, alıcının hangi tarafına takılacağı mutlaka not edilmelidir.

- Hastanın ameliyata normal elektrolit değerleri ile girebilmesi için mutlaka diyaliz yapılmalıdır. Hasta HT tedavisi alıyorsa, ameliyat sırasında kanama riski yaratacağı için diyaliz heparinsiz yapılmalıdır. Heparinli diyaliz yapılması durumunda hasta dosyasına görülebilecek şekilde not yazılmalıdır.
- Diyaliz sonrası kan elektrolitleri kontrol edilmeli, sonuçlar hasta dosyasına yerleştirilmelidir.
- Kan grubu kartları, doku raporları, alıcı–verici arasındaki lenfosit cross–match raporu ve tüm tetkikler ameliyathaneye gönderilmelidir.
- Kanlar lenfosit cross–match testleri yapılmış bir şekilde serviste hazır tutulmalıdır.
- Akşam yemeğinden sonra alıcının gıda alımı yasaklanmalı, geceden itibaren de sıvı almaması söylenmelidir.
- Ameliyat sabahı, cerrahi girişimin yapılacağı bölgenin traşı kontrol edilmelidir (127).

4.2.4.2. Canlı Böbrek Donör Vericinin Transplantasyon İçin Değerlendirilmesi

Verici kısıtlılığı verici havuzunu genişletmek gerekliliğini doğurmuştur. Bu nedenle akraba olmayan canlı donörler, kalbi durmuş verici (Non–Heart Beating Donör), nefrektomi sonrası vericide herhangi bir sağlık problemi çıkarmaması koşuluyla ideal olmayan suboptimal donörler (marjinal donör) de seğilebilmektedir (86, 128, 129,130, 131, 132, 133).

Canlı böbrek transplantasyonunda en önemli unsur organ bağışlayıcılarıdır (134). Canlı böbrek bağışı insanoğlunun özverisinin en üst düzeyde anlam bulduğu bir davranıştır (14).

Ülkemiz evlilik oranının yüksek, yüksek doğum hızı nedeni ile büyük ailelerin çoğunlukta ve aile içi bağların sıkı olduğu bir ülkedir. Bu nedenle canlı verici sayısını arttırmada avantajlarımız mevcuttur (135).

Canlı vericili böbrek transplantasyonu sayısının artışının nedenleri;

- Kadavradan verici sayısının azlığı
- Vericinin karşılaştığı minimal risk
- Transplantasyonun vericiye kazandıracadı psikolojik yararlar
- Topluma ve alıcıya yararları

- Pre–emptif transplantasyon
- Kadavra vericili böbrek transplantasyonuna göre daha iyi sonuçlar (136).

Donör için risk oldukça azdır; ancak yine de canlı donöre riskler açıkça belirtilmelidir. Alıcı faktörleri, donör faktörleri ve donör–alıcı uyumu uzun dönem greft sağ kalımını etkilemektedir (89).

Canlı vericinin değerlendirilmesi; ilk tarama, non–invazif tetkikler, invazif tetkikler ve cerrahi ile devam eden bir basamak değerlendirmesidir (61).

Olası canlı vericilerde önerilen değerlendirme işlemleri;

Verici Taraması: Hasta, kadavra ve canlı verici konusunda bilgilendirilmeli, aile ve sosyal öykü alınması, olası vericilerin taranması, olası vericilerin AB0 uyumunun değerlendirilmesi, AB0 uyumu olan olası vericilerin doku tiplene ve çapraz karşılaştırmasının yapılması, lökosit çapraz karşılaştırma testi, karışık lenfosit kültürleri, seri kan basıncı ölçümleri, aile ve hasta ile birlikte olası primer adayın belirlenmesi, verici değerlendirme işlemleri ve bağış konusunda bilgilendirilmesidir (51, 60, 61, 69).

Verici Değerlendirilmesi: Tam öykü ve fizik muayene yapılır. Geniş kapsamlı tarama; tam kan sayımı, tam biyokimya testleri, HIV, VLDL, Hepatit B ve C serolojisi, CMV, diyabetiklerde glikoz tolerans testi, idrar analizi, idrar kültürü, gebelik testi, 24 saatlik idrarda protein ve kreatinin ölçülmesi, akciğer filmi, elektrokardiyogram, abdominal ve pelvik USG, renal sintigrafi, renal anjiyografi, elli yaşın üzerindeki için yürüme bandında egzersiz testi, psikososyal, cerrahi değerlendirme, transplantasyon öncesi çapraz karşılaştırmanın tekrarı yapılmalıdır (15, 60, 81, 86, 111, 136).

Canlı verici adayların böbrek transplantasyonu için kesin kontrendikasyonları aşağıda belirtilmiştir;

- Kompanse de olsa kronik böbrek hastalığı ve/veya ürolithiasis
- Primer beyin tümörleri dışında malign hastalık
- Donör adayında akut veya kronik aktif enfeksiyon varlığı geçici kontrendikasyon oluşturur.
- KOAH
- HT
- DM
- Proteinüri (>250 mg/24)
- Tekrarlayan böbrek taşı öyküsü

- Düşük GFR (<80 ml/dk)
- Mikroskopik hematüri
- Verici böbreğindeki ürolojik anormallikler (81, 136).

Canlı verici adayların böbrek transplantasyonu için tartışmalı durumları ise;

- 18 yaşında küçük veya 70 yaşından büyük olmak
- Aşikar DM olmayıp, hafif derecede glukoz intoleransı olan adaylar
- 1. evrede ve hedef organ hasarı yapmamış HT
- Asemptomatik üriner anomaliler
- Marginal böbrek fonksiyonları
- Ünilateral fibromusküler displazi ve/veya her bir böbrekte 2–3 adet renal kist varlığı
- HBsAg ve anti-HCV pozitif donörler
- Primer hastalığı sistemik lupus eritematosus olanlar antinükleer antikor ve kompleman komponentleri tayinleri olumlu çıkarsa organ bağışlayabilirler (81, 136).

Canlı böbrek vericisinin pre-transplantasyon hazırlığı;

- Canlı böbrek vericisine, böbrek transplantasyonu ameliyatına ilişkin bütün riskler anlatılmalı, bireyin soruları cevaplanmalı, düşünmesi için zaman verilmeli ve onam belgesi imzalatılmalıdır.
- İlk başvuruda, alıcının olmadığı bir ortamda verici adayı ile psikososyal görüşme formu eşliğinde görüşülerek, neden böbrek vermek istediğı, böbrek vermesi için ailesinden, çevresinden, alıcıdan herhangi bir baskıya maruz kalıp-kalmadığı değerlendirilmelidir.
- Böbrek vericisi olduğu için maddi bir karşılık gözetmemesi gerektiğı vurgulanmalıdır.
- Rutin kan ve idrar tetkikleri yapılmalıdır
- Cerrahi ve anestezi viziti gerçekleştirilmelidir.
- Vericinin antimikrobial bir sabunla duş olması sağlanmalıdır.
- Ameliyattan en az sekiz saat öncesinden itibaren oral alım yasaklanmalıdır.
- Takı, oje ve takma dişleri çıkartılmalıdır.
- Bağırsak hazırlığı yapılmalıdır.

- İntrevenöz katater takılmalıdır.
- Hekim istemine göre foley katater takılmalıdır.
- Pre-operatif medikasyon uygulanmalıdır (127).

4.2.4.3. Kadavra Donör Vericinin Transplantasyon İçin Değerlendirilmesi

Kadavradan organ transplantasyonu, olası kadavranın belirlenmesinden ameliyata kadar karmaşık bir süreçtir. Bu süreç, işbirliği içinde takım çalışmasının özünü ve kurumun birlikte çalışma geleneğini yansıtır (86).

Kadavra kaynaklı organ transplantasyonu öncesinde olayların sırası şu şekildedir;

- Olası vericinin belirlenmesi
- Organ sağlama örgütünün bilgilendirilmesi
- Uzmanlarca beyin ölümü tanısının konması, aileye bildirilmesi
- Vericinin uygunluğundan emin olunması
- Organ bağıışı için aileden izin alınması
- Verici AB0 ve doku tiplerinin belirlenmesi
- Böbreklerin çıkartılması ve saklanması
- Yerel ve ulusal bekleme listelerinin taranması
- AB0 kan grupları ve Birleşik Organ Paylaşım Ağı puanlama sistemine göre en uygun alıcıların seçilmesi
- Sınırdaki böbrek (marjinal) alacak olan hastalar için transplantasyon endikasyonunun klinik olarak değerlendirilmesi
- En uygun alıcıya haber verilmesi ve hastaneye yatırılması
- Çağırılan alıcının panel–reaktif antikorunun yüksek bulunması olasılığı için; yedek alıcının hazır tutulması
- Verici lenfositleri ile alıcı serumunun karşılaştırılması–tek yönlü çapraz karşılaştırma
- Alıcının ameliyat öncesinde öyküsünün alınması ve fizik muayenenin yapılması
- Gerekiyorsa diyaliz uygulaması
- Organ transplantasyonudur (86).

Kadavradan organ transplantasyonunun kesin kontrendikasyonları;

- Uzun süreli hipotermi
- Kollagen vasküler hastalıklar
- Konjenital, edinsel metabolik bozukluklar
- Orak hücreli anemi
- Derinin bazal hücreli karsinomu veya santral sinir sistemi primer tümörleri hariç diğer kanserler
- Yaygın viral veya bakteriyel enfeksiyonlar
- Taşıyıcı AIDS hastaları
- Kronik renal hastalık
- Vericinin intravenöz ilaç bağımlılığı
- Oligürik akut böbrek yetmezliğidir (12, 137).

Kadavradan organ transplantasyonunun kısmi kontrendikasyonları ise;

- Uzun süreli hipotansiyon
- DM
- Vericinin 5 yaşından küçük, 70 yaşından büyük olması
- Böbrek hastalığı öyküsü veya varlığı
- Kötü veya tedavi edilmemiş hipertansiyon etkisi
- Patolojik idrar analizi (ciddi proteinüri)
- Yüksek ve artan serum kreatinini
- Kreatin klirensinin 60 ml/dk veya daha az olması
- İdrar çıkışı <0.5 ml/sa
- İnotropik veya vazokonstriktör ilaç kullanımı
- Hepatit B veya C
- Uzamış soğuk iskemi süresi
- Barsak perforasyonudur (12, 69, 137).

4.2.5. Böbrek Transplantasyonunda Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir. Hemşirenin bağımsız olarak yerine getirdiği bakım, hemşireliğin temelini oluşturur ve hemşirelik uygulamaları sağlık bakımının en büyük parçasıdır (15, 138, 139).

Sağlık reformu hasta merkezli bir bakım merkezine doğru ilerlemektedir. Etkin hasta-hemşire işbirliği hasta merkezli bakım modelinde gereklidir (140). Hastanın bakımın içine katılması ile post-transplant yönetim başarılı olacaktır (90).

Organ transplantasyonu, hemşirelerin tam anlamıyla kendilerini gösterebilecekleri bir alandır (141). Nefroloji hemşireliği, sıcak, davetkar, girişimci, yetenekli, yaşam boyu öğrenen, hedeflenen hasta sonuçlarına ulaşan, inancı kuvvetli, öğrenen ve öğreten, bakım odaklı çalışan, yenilikçi, hasta otonomisini benimseyen, problem çözmede yaratıcı, esnek, öğretme konusunda tutkulu, mükemmel iletişimci gibi özellikleri taşımalıdır (140). Hemşireler, hastaların fiziksel ve emosyonel acılarını azaltmanın yollarını aramaktadır (142).

Transplantasyon bakımı, böbrek transplantasyonun kendisinden daha geniş kapsamlıdır, pre-transplantasyon ve post-transplantasyon dönemi, alıcının hazırlanması, donörün bakımı, artmış vasküler risk nedeniyle post-transplant dönemde uzun süreli bakım, yoğun bakımla uğraşanlarla yakın ilişkiyi, kronik böbrek hastalığının komplikasyonlarını ve malignansi riskindeki alışılmamış örnekleri kapsar (143).

Transplantasyon hastasının hemşirelik bakımı, ileri bilgiyi gerektiren oldukça karmaşık ancak o ölçüde de ödüllendirici hemşirelik girişimlerini içermektedir (6, 17). Böbrek transplantasyonu sonrası hasta bakımı çoğu zaman diğer organ sistemlerini içeren, kompleks ve multifaktöriyeldir (90).

Güler 2003'te yaptığı çalışmada, böbrek transplantasyonu ünitesinde çalışan hemşirelerin hastaların bakım gereksinimine yönelik bilgilerinin yeterli olmadığını saptamıştır (144).

(Erbilim ve ark. 2005) Nakil için bekleme döneminde hastaların yaşadıkları sağlık problemleri, stres ve psikolojik duruma ek olarak uzun bekleme sürelerinin olması hastaya yaklaşımda hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin önemi büyüktür (145).

Coşkun 1996 yılında yaptığı çalışmada, hemşirelerin deneysel çalışmalara katılarak, hemşirelik bakım planı yapabileceklerini, akciğer transplantasyonunda hastaya uygulanan işlemin başarılı sonuçlar verebilmesinin hemşirelik bakımının yeterli ve standart şekilde uygulanabilmesine bağlı olduğunu ifade etmiştir (146).

(Üstündağ ve ark. 2006) Hemodiyaliz uygulanan ve transplantasyon yapılan hastaların yeni yaşam biçimlerine uyum sağlamalarında bütüncül ve destekleyici hemşirelik yaklaşımları önemlidir (147).

Hastaların transplantasyon öncesi, vericilerin de ameliyata girmeden önce anksiyeteyi deneyimledikleri, ameliyat öncesi psikolojik olarak hazırlanmaları ve kapsamlı bir bakım almaları anksiyete düzeyini etkilemektedir (148).

Hemşirelik girişimleri, hasta ve ailelerinin davranışsal ve emosyonel sorunlarını kolaylaştırmak için, dinlemek, vakit geçirmek, samimi bir atmosfer yaratmaktır (142).

4.2.5.1. Transplantasyon Öncesi (Pre-transplantasyon) Bakım

Hastanın pre-transplantasyon bakımını psikolojik ve fizyolojik hazırlık olarak iki aşamalı düşünmek gerekir. Burada amaç, hastayı hem fiziksel hem de psikolojik bakımdan, anestezi ve ameliyatın etkilerine dayanabilecek şekilde hazırlamak ve hastanın metabolik dengesini olabilecek en normal duruma getirmektir. Pre-transplantasyon hastaları için stresin ana nedeni diyalize ihtiyaç duymak, sosyal izolasyon, sürekli yorgunluk gibi kronik durumdur. Hemşire ve transplantasyon ekibinin diğer üyelerinin en önemli görevi kaygı ve anksiyetenin giderilmesine yardımcı olmaktır. Pre-transplantasyon bakımında yapılması gerekenler şunlardır;

- Servise kabul edilen hasta ve ailesine ünite tanıtılmalı, izolasyon kuralları, kısıtlı ziyaret nedenleri açıklanmalıdır.
- Hasta ve ailesine transplantasyon yapılmadan önce kendisinin hastanede ne gibi hazırlıklardan geçeceği, teşhis, tedavi ve transplantasyon anlatılmalıdır.

- Verici, alıcı ve bunların aileleri transplantasyon sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar hakkında iyice aydınlatılmalı, transplantasyondan sonra böbrek fonksiyonlarının yetersiz ya da olmama olasılığı ve rejeksiyon konusunda bilgilendirilmelidir.
- Transplantasyon ve uzun bir iyileşme dönemi için hastayı hazırlayıp, sürekli emosyonel destek sunulmalıdır.
- Hastanın duygularını ifade etmesi teşvik edilmelidir.
- İmmünoşüpresif ilaçların kullanımı, bunların sonuçları hakkında bilgi verilmelidir.
- İleriye dönük kaygılarını azaltmak için de transplantasyon sonrası yaşamı hakkında bilgi verilmelidir.
- Kan, elektrolit, enzim, idrar, pıhtılaşma zamanı vb. gibi laboratuvar testlerinin yapılması sağlanmalıdır.
- Enfeksiyon varsa nedeni araştırılıp, tedavi edilmelidir.
- Transplantasyon sonrasında başarıyı engellememesi için enfeksiyon riski oluşturabilecek odaklar dikkatle incelenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.
- Kendi bakımına dikkat etmesi ve katılımı için hasta teşvik edilmelidir.
- Transplantasyondan sonra yapılması gereken öksürme, bacak kaslarını kasıp gevşetme, derin soluk alma egzersizleri, spirometri kullanımı hastaya anlatılmalı ve öğretilmelidir.
- Post-operatif dönem yoğun bakım ünitesi hakkında bilgi verilmelidir.
- Terapötik diyet, transplantasyon ve sonrası dönem hakkında bilgi verilmelidir.
- Ayrıca transplantasyondan hemen önce lavman yapılmalı, ameliyat yerinin temizliği, deri temizliği, banyo veya duş alması sağlanmalıdır.
- Hemşire hastanın pre-transplantasyon öncesi kan basıncı, vücut ısısı, antihipertansif ilaçları ile aşına olmalıdır.
- Transplantasyondan birgün önce istenmeyen sıvı ve elektrolitlerin kandan temizlenmesi için diyalize gireceği anlatılmalıdır.
- İmmünizasyon transplant alıcısını ciddi enfeksiyonlara karşı koruması ve halk sağlığı açısından enfeksiyonlara yatkın toplum oluşturmaması açısından önemlidir (16, 17, 149, 150, 151, 152).

4.2.5.2. Transplantasyon Sonrası (Post-transplantasyon) Bakım

Transplantasyon sonrası bakımın amacı; komplikasyonların önlenmesine, erken devrede tanınmasına, tedavi edilmesine ve organ fonksiyonunun en üst düzeyde sürdürülmesine, böbreğin tam olarak işlev görene kadar homeostazisin sağlanmasına yöneliktir (17). Bu dönemdeki hemşirelik girişimler şunlardır;

- Hastanın vital bulguları, santral venöz basıncı yirmi dört saat için her saat başı, hasta stabil olduğu zaman her dört saatte bir kontrol edilmelidir.
- Kan basıncı >180 veya <110 mmhg ise hekime bilgi verilmelidir.
- Sabah akciğer filmi ve Elektrokardiyografi (EKG) çekilmelidir.
- İlk yirmi dört saat her saat, daha sonra her dört saat için aldığı çıkardığı sıvı miktarı kayıt edilmelidir.
- Sıvı desteğinin sağlanması, vasküler dolum ve doku perfüzyonu için gerekli olduğundan sıvının gidiş hızı doğru ayarlanmalı ve sık sık kontrol edilmelidir.
- Hemoglobin, Htc, BUN, kreatin, elektrolitler, trombosit değerleri, karaciğer fonksiyon testleri günlük izlenmeli, normal değerlerden sapmalar olduğunda hekime bildirilmelidir.
- İlaçlar uygun şekilde, doğru doz ve saatte verilmeli
- Alerjik reaksiyonlarda, acilen ilaç kesilip, doktora bildirilmeli, hasta yatak istirahatine alınmalıdır.
- Post-transplantasyon sonrası erken kanama yönünden hasta takip edilmelidir, hastada kan kaybı belirtileri olan taşikardi, hipotansiyon, bilinç bulanıklığı, idrar çıkışında azalma izlenmelidir.
- Kalsinörin inhibitör düzeyi ölçümü her sabah yapılmalıdır.
- İdrar çıkışı dikkatle izlenmelidir. İdrarın aniden kesilmesi venöz arter trombozunu düşündürür ve acil müdahale gerektirdiğinden hasta takip edilmelidir.
- Foley katateri saatlik ölçüm torbasına bağlanmalı, gerektiğinde pıhtı tıkanıklığını temizlemek için 30 ml serum fizyolojik ile steril koşullarda irriga edilmelidir.
- Her sekiz saatte bir kataterin bakımı yapılmalıdır.
- İdrar debisi 50 ml/saat'in altına düştüğünde veya 200 ml/saat'in üstüne çıktığında hekime bilgi verilmelidir.
- Order edilen kan tranfüzyonu ve intravenöz (IV) sıvılar uygulanmalıdır.

- Hasta renal yetersizliği ve immünosüpresif tedavinin sonucu olarak gelişebilecek enfeksiyonlar açısından dikkatle gözlenmelidir.
- Hastaların günlük kilo takibi yapılmalıdır.
- Hastanın sık sık pozisyonu değiştirilip, öksürme ve derin solunum egzersizleri yaptırılmalı, uyanıkken her saat uyarıcı spirometreyi kullanması için teşvik edilmelidir.
- Ameliyat sonrası ilk gün ayağa kaldırılıp, daha sonraki günler mobilize edilmelidir.
- Yatak başı 30°'ye ayarlanmalıdır.
- Yara pansumanı ilk yirmi dört saat içinde her dört saatte bir, daha sonra her sekiz saatte bir ve gerektiğinde cerrahi aseptik tekniklere uyularak değiştirilmeli ve insizyon bölgesi kızarıklık ve morarma yönünden incelenmelidir
- Diyaliz için damar yolu açıklığı her dört saatte bir kontrol edilmelidir.
- Arteriovenöz (AV) fistül veya şantın bulunduğu ekstremitede damara girişim yapılmamalı ve tansiyon ölçülmemelidir.
- Hasta odasına giriş, çıkışlarda eller yıkanmalıdır.
- Hasta odasında gram (-) basillerin kaynağı olan çiğ sebze ve meyveler, çiçek bulundurulmasına izin verilmemelidir.
- Hasta odasında koruyucu izolasyon uygulanmalı ve ziyaretçiler kısıtlanmalıdır.
- Hasta radyolojik inceleme için başka ünitelere gönderilirken maske takılıp, gömlek giydirilmelidir.
- Pulmoner enfeksiyonların erken tanısı için sekiz saatte bir hastanın akciğer sesleri dinlenmelidir.
- Hastanın nörolojik durumu değerlendirilmelidir.
- Her gün IV ve diğer enfeksiyon giriş yerleri, mukoz membran, rektum, vagina, deride kesik, çatlak, renk değişikliği, terleme, ağrı, pürülan drenaj gibi anormallikler kontrol edilmelidir.
- Hastanın kan, idrar, yara drenaj kültürü ile enfeksiyon ajanları ve uygun antibiyotikler tespit edilerek tedaviye başlanmalıdır.
- Antibiyotik alan hastalar ilacın yan etkilerine karşı gözlenmelidir.
- Hastalar dehidretasyon belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir. (mukozanın kuruluğu, deri turgoru, Htc, idrar yoğunluğu vb.)

- İmmüsupresif alan hastalarda sıklıkla stomatit geliştiğinden ve hasta transplantasyondan sonra belli bir süre ağızdan beslenemeyeceğinden ağız bakımı önemlidir.
- Hastalar transplantasyon sonrası kullanılan ilaç tedavisinin yan etkileri konusunda bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir.
- Hastaların kilolarını kontrol altında tutmaları gerektiği, şişmanlığın transplante böbrekle beraber diğer tüm organların yükünü arttıracığı, hipertansiyon, glukoz intoleransına ve eklemlerde ağrıya neden olabileceği anlatılmalıdır.
- Steroid tedavisinin yan etkilerini önlemek amacıyla az tuzlu, az karbonhidrat içeren proteinden zengin diyet ile beslenmesi sağlanmalıdır
- Kortikosteroid tedaviyle oluşacak hiperlipideyi önlemek için yağ, enerjinin %30'u veya daha az olmalıdır.
- Kortizonlu ilaçlar akne ve cilt döküntülerine yol açabileceğinden, cilt bakımının önemi hakkında bilgi verilmelidir.
- Kortizon cildi ince ve hassas bir hale getirdiğinden, kesik ve yaralanmalardan mümkün olduğunca kaçınılmalı ve deri ve mukoza bütünlüğü korunmalıdır.
- Hastalara rejeksiyon belirtileri (yeni böbreğin üzerinde ağrı, hassasiyet, şişlik olması, ateş, yüksek tansiyon, idrar miktarının azalması, serum, üre, kreatin değerlerinin artması, halsizlik, iştahsızlık, yaygın vücut ağrıları, bulantı, kusma) öğretilmelidir.
- Katarakt açısından hastanın 6–12 haftada bir göz muayenesi yapılmalıdır.
- Kas zayıflığı açısından, hastaya merdiven çıkma, yürüme, yüzme gibi yorucu egzersizlerden kaçınması gerektiği açıklanmalıdır.
- İyileşme süreci boyunca doku reddi belirti ve semptomları izlenmelidir.
- Ağrı için hasta değerlendirilmeli ve order edilen analjezikler uygulanmalıdır.
- Emosyonel bozukluğu önlemek için hasta ile sağlıklı iletişim kurularak endişe ve korkularını açıklanması için teşvik edilmeli, hasta ve ailesine destek olunmalıdır (17, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159).

4.2.5.3. Transplantasyon Sonrası Hasta Eğitimi ve Evde Bakım

- Birkaç saat oda sıcaklığında beklemiş pişmiş yiyecekler, çiğ yiyecekler, pastörize olmayan süt ve süt ürünlerini tüketmemesi gerektiği, kaynamış yada şişe su içmesi gerektiği anlatılmalıdır.
- 1-2 günden daha fazla süren diyare, özellikle ateş, kusma ve/veya kanlı dışkı olduğunda derhal bir sağlık kuruluşuna gitmesi konusunda uyarılmalıdır.
- Solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerle yakın temas ve kalabalık ortamlardan kaçınması gerektiği anlatılmalıdır.
- Seyahat edecekleri ülkeler ile ilgili enfeksiyon riski ve aşılar konusunda bilgi verilmelidir.
- Kullanacağı ilaçlara yönelik ilaçların adları, etkileri, dozları, zamanı ve yan etkileri konusunda eğitim verilmelidir.
- Hasta ile konuşulurken ilaçların ticari isimleri söylenmelidir. Hastaların okuma yazma bilip-bilmedikleri öğrenilmeli, bilmiyorlarsa ilaçlar renk, ebat, ambalaj özellikleri ile tanıtılmalıdır.
- İmmünesüpresiflerin kandaki dozunu etkilemesinden dolayı immünesüpresif ajanlarının greyfurt suyu ile birlikte almaması gerektiği anlatılmalıdır.
- Günlük olarak ateş, nabız ve tansiyon takibi yapması gerektiği anlatılmalıdır.
- Günlük kilo takibi ve önemi anlatılmalı, ani kilo artışının transplante böbrek üzerine olumsuz etkileri ve bu gibi durumlarda doktora başvurması gerektiği anlatılmalıdır.
- Günlük olarak aldığı-çıkaracağı sıvı miktarını takip etmesi gerektiği söylenmelidir.
- İnsizyon bölgesinin iyileşmesini hızlandırmak, enfeksiyona duyarlılığın azalmasına katkı sağlamak, yüksek doz steroid alımına bağlı yıkılan kas proteinlerini yerine koymak için tuzsuz ve proteinli diyet alınması için hasta teşvik edilmelidir.
- El hijyeninin önemi anlatılmalı, enfeksiyondan korunması için gerekli önlemler konusunda bilgi verilmelidir.
- Gelişebilecek rejeksiyon ve komplikasyonların belirti bulguları ve bu durumda ne yapması gerektiği hakkında bilgi verilmelidir.

- Doktor kontrolleri, hangi durumda sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği hakkında bilgi verilmelidir.
- Steroid tedavisi nedeniyle gelişebilecek kas–iskelet sorunlarının önlenmesi için egzersiz yapmasının önemi anlatılmalıdır.
- Transplantasyon sonrası sağlıklı yaşama yönelik, ağız, diş ve cilt bakımı, tedaviye uyum, cinsel yaşam, işe başlama, kazalardan korunma, kalabalık ortamlarda bulunmama, aşılanma konusunda bilgi verilmelidir (16, 127, 144, 160, 161).

4.2.6. Böbrek Transplantasyonunun Günlük yaşam Aktiviteleri İle İlişkisi

Günlük yaşam aktiviteleri (GYA) modeli hemşirelik süreci uygulamasının özellikle tanılama aşamasında kolaylıklar sağlamaktadır. Roper ve arkadaşları, insanın günlük yaşamını sürdürürken gerekli yaşam aktivitelerini gözlemişler ve 12 tür günlük yaşam aktivitesini belirlemişlerdir. Bunlar;

1. Hastanın ve çevresinin güvenliğini sağlama ve sürdürme
2. İletişim
3. Solunum
4. Yeme ve içme alışkanlıkları
5. Boşaltım alışkanlığı
6. Kişisel temizlik ve giyim
7. Beden ısısının kontrolü
8. Hareket
9. Çalışma ve boş vakitlerini değerlendirme
10. Cinselliğini ifade etme
11. Uyku alışkanlığı
12. Ölümdür. (15, 162)

Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi: Transplantasyon sonrası hasta, idrar sondası, insizyon bölgesinde dren, santral venöz katater yolları ve immünosupresif tedaviye bağlı enfeksiyonlara açık hale gelir. Bu nedenle tüm uygulamalarda asepsi kurallarına uyulmalıdır. Hastanın mahremiyetine özen gösterilmeli, hasta anestezinin etkisinden çıkana kadar güvenliği sağlanmalı, yatak kenarları kaldırılmalı, dren kontrol

edilmeli, saatlik idrar takibi için katater saatlik ölçüm torbasına bağlanmalı ve yatak kenarına sabitlenmelidir.

İletişim: Transplantasyon öncesi ve sonrası yapılacak her uygulama gerekçeleri ile birlikte hastaya açıklanmalı. Hastanın kendini ifade etmesi için teşvik edilmeli, gerekirse aileden yardım alınmalıdır. Ameliyat sonrası oluşan ağrı iletişimi engelleyebileceğinden, ağrı yönetimi yapılmalıdır.

Solunum: Transplantasyon sonrası akciğer komplikasyonları gelişebileceğinden, hastanın hava yolu açıklığı sağlanmalı ve sürdürülmelidir. Derin solunum egzersizleri, öksürme ve spirometri uygulanmalıdır. Oda havalandırılmalı ve yeterli oksijen sağlanmalıdır.

Beslenme: Ameliyat sonrası anestezinin etkisiyle hastada bulantı oluşabileceğinden, hastanın kusmasının engellenmesi için antiemetik tedavi uygulanmalıdır. Hastalar transplantasyon sonrası katı diyetten kurtularak, her şeyi yiyip-içebilirler, fakat kilo kontrolünün önemi anlatılmalı, günlük kilo takibi yapılmalıdır. Sıvı alımı, post-operatif erken dönemde idrar çıkışı takip edilerek düzenlenmeli, aldığı-çıkarıldığı takip edilmeli, hasta grefurt suyu içmeme konusunda uyarılmalıdır, enfeksiyon riskine yönelik yiyeceklerin hijyenik koşullarda hazırlanması gerektiği hasta yakınlarına anlatılmalıdır.

Boşaltım: İlk idrar çıkışı yakından izlenmeli, idrar miktarı takip edilmeli ve bunun önemi anlatılmalıdır. Bazı ilaçlar sindirim sisteminde sorunlara neden olabileceğinden, hasta diyare açısından izlenmeli, dışkı miktarı, rengi, kokusu gözlenmeli ve kayıt edilmelidir, taburculuk sonrası gelişebilecek diyare konusunda hemen sağlık kuruluşuna başvurması konusunda hastaya bilgi verilmelidir. Post-operatif dönemde immünosupresyonun etkisiyle enfeksiyona açık hale gelen hastaların odalarında kendilerine ait lavabo ve tuvalet olmalıdır.

Bireysel Temizlik ve Giyim: Post-operatif ilk günlerde, yakınları hasta ile görüştürülemeyeceğinden hijyen sağlama ve sürdürme konusunda hastaya yardımcı olunmalıdır. İmmünesupresif ilaçlar ağızda stomatite neden olabileceğinden ağız bakımı ihmal edilmemelidir.

Vücut Sıcaklığının Kontrolü: Vücut sıcaklığının yükselmesi enfeksiyon, rejeksiyon ve dehidratasyon bulgularından biri olması nedeniyle sık aralarla kontrol edilmeli ve hastaya taburculuk sonrası oluşması halinde sağlık kuruluşuna başvurması konusunda bilgi verilmelidir.

Hareket: Hastalar post-operatif birinci günden itibaren mobilize edilmeli ve daha sonrasında egzersiz yapması önerilmelidir. Erken mobilizasyon, anestezi etkisiyle gelişebilecek komplikasyonları önleyecek ve bağırsak peristaltizminin başlamasını sağlayacaktır.

Çalışma ve Eğlenme: Transplantasyon öncesinde, hastaların büyük bir bölümü haftada üç gün hemodiyalize girdikleri için herhangi bir işte süreklilik sağlayamazlar, tatil, eğlence gibi amaçlarla uzun yolculuk yapamazlar, yaşadıkları şehirden ayrılmalar gerekiyorsa gittikleri yerde mutlaka randevusu önceden alınmış bir diyaliz merkezi bulunmalıdır. Transplantasyon sonrası hasta çalışabilir, yolculuk yapıp, tatile çıkabilir.

Cinselliğin İfadesi: Transplantasyon sonrası hem kadınlarda hem de erkeklerde artmış cinsel istek ve güç olurken, menstürasyon bozukluğu yaşayan kadınlarda düzelmeye görülür. Bazı ilaçlar, erkeklerde empotansa yol açabilmekte olup, böyle bir durumda hastanın sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği anlatılmalıdır.

Uyku: Transplantasyon sonrası hastalarda uyku düzeni normaldir (127, 151).

4.2.7. Böbrek Transplantasyonunda Hemşirelik Tanıları

- Lökosit sayısında azalma, yüksek ateş, iştahsızlık, halsizlik, kas ve eklem ağrıları semptomları ile karakterize olup, kullanılan immünosupresif ajanlar, immün sistemde değişim, insizyon bölgesi, kateter ve dren gibi invazif girişimlere bağlı **Enfeksiyon Riski.**
- Yaygın stomatit, mukozanın kurumması, vücut ısısı, yetersiz oral hijyen semptomları ile karakterize olup, immünsüpresyon ajanlarının kullanımı, enfeksiyona yatkınlığın artması, bulantı, oral hijyen yetersizliği, dehidretasyona bağlı **Oral Mukozal Membranlarda Bozulma Riski.**
- BUN, elektrolitler, kreatinin seviyelerinde yükselme, hipertansiyon, diyare, bulantı, dehidretasyon, ödem, idrar miktarının 50 ml/sa altında veya 200 ml/sa üstünde olması, hipertansiyon, raller, dispne, semptomları ile karakterize olup böbrek fonksiyonlarının tam fonksiyon görmemesi, GFR hızında azalmaya bağlı **Sıvı Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski.**

- Trombosit ve pıhtılaşma faktörleri, hemotokrit seviyesinde düşme, abdominal bölgede ağrı ve gerginlik, hematüri, dışkıda renk değişikliği, taşikardi, hipotansiyon, bilinç bulanıklığı, idrar çıkışında azalma gibi semptomlar ile karakterize olup cerrahi işleme bağlı **Kanama Riski**.
- Santral venöz basınçta artma, kan basıncında yükselme, taşikardi, solunum sıkıntısı, yüzeysel solunum, solunum hızında artma ve derinliğinde azalma, idrar çıkışında azalma, kilo artışı gibi semptomlar ile karakterize olup böbrek fonksiyonlarının sürdürülmesi için sıvı verilmesine bağlı **Sıvı Yüklenmesi (Hipervolemi) Riski**.
- Hastanın sözel ifadesi, insizyon bölgesi, kas ve eklem ağrısı, nonverbal tepkiler gibi semptomlar ile karakterize olup yapılan cerrahi işlem, immünsupresif ajanların kaslarda zayıflamaya neden olmasına bağlı **Ağrı**.
- Sözel ifade, korku, endişe ve huzursuzluk ile karakterize olup transplantasyon ve gelecek ile ilgili bilgi eksikliği, rejeksiyon ve ölüm olasılığına bağlı **Anksiyete ve Korku**.
- Pre-operatif, post-operatif ve taburculuk dönemleri, yaşam şeklinde değişiklikler, ilaç kullanımı ve ameliyata ilişkin **Bilgi Eksikliği**.
- Postoperatif koşullar, sedasyona bağlı **Düşme Riski**
- Gastrointestinal sekresyon, nazofaranjial sekresyon, trakebronşiyal hava yollarının katı ve sıvı içeriği girişine bağlı **Aspirasyon Riski**
- Transplant deneyimleme, kronik steroid kullanımına bağlı aydede yüz, kilo artışı ve rejeksiyon potansiyeline bağlı **Benlik Kavramında Rahatsızlık Riski**
- Tedavi rejiminin karışık olmasına (diyet, ilaçlar, kayıt tutma, vücut ağırlığı ve kan basıncı takibi yapma, idrar testleri yapma) ve transplantasyon sonrası öforiye bağlı **Tanımlanan Rejime Uymada Güçlük (Uyumsuzluk)**
- Enfeksiyondan korunma, aktivite geliştirme / ilerletme, diyet yönetimi, günlük kayıtları (aldığı-çıkardığı takibi, kilo, idrar testi, kan basıncı, ateş) tutma, farmakolojik tedavi, günlük olarak idrar (protein) testi yapma, rejeksiyonun ve enfeksiyonun belirti ve bulguları, gebelikten korunma, bakımın izlemi/kontroller ve toplumsal konularda bilgi eksikliğine bağlı **Terapotik Rejimi Etkisiz Yönetme Riski** (127, 162, 163, 164, 165, 166).

4.2.8. Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi

Hasta memnuniyeti, çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup, kaliteli hasta bakımının en önemli göstergesidir. Hasta memnuniyeti genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılamasıdır ve bakımın istenilen sonucudur (167, 168).

Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet ise ilk kez 1975 yılında Risser tarafından “ideal hemşirelik bakımı ile hastanın gerçekte almış olduğu hemşirelik bakımının birbiri ile uyumu” şeklinde tanımlanmıştır (169).

Ertem’in 2003’te yaptığı çalışmada, standart hemşirelik bakımının hasta memnuniyetini yükseltip, hedeflenen sonuç kriterlerine ulaşmada etkin olduğunu ortaya koymuştur. Hastalara verilen bakımın kalitesinin artırılması için her hastalığa ve her yaştaki hastaya uygun hemşirelik standartları geliştirilip, klinikte işlerliği sağlanmalıdır (170).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike tarafından, sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi şeklinde tanımlanmıştır (167).

Yaşam kalitesi, bireylerin doyumunu, sosyal ilişkilerinin kesişimi, kendi yaşamlarından doyum bulması ve mutluluk kapasitesidir. Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki önemi gittikçe artmaktadır (167).

Sağlıkta yaşam kalitesi;

- İki komponenti olan iyilik halidir; bunlardan birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik haline temsil eden gündelik faaliyetleri yürütebilme yeteneğidir, ikincisi ise işlem görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumudur.
- Yaşamın iyi ve doyum sağlayan karakterinin bir bütün olarak, öznel biçimde algılanmasıdır.
- Hastanın beklentileri ile erişebildiklerinin arasındaki uçurumun olabildiğince az olmasıdır.
- Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışıdır.
- Bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak ifadesidir.

- Hastanın, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili algısıdır (172).

Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi, bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal sağlığına yönelik görüşleridir. Yaşam kalitesinin yükseltilmesi böbrek transplantasyonundan sonra beklenen bir sonuçtur ve sağlık profesyonelleri, transplantasyondan sonra bireylerin stres düzeylerini, yaşam kalitesini düşüren etkenleri ve yaşam kalitesi algısının nasıl değiştiğini incelemelidir (173).

Transplantasyon hastalarının yaşam kalitesi genel olarak diyaliz hastalarının yaşam kalitelerinden daha iyidir (158).

Başarılı böbrek transplantasyonu ile birlikte hastaların diyalize bağımlılıkları, psikososyal stresleri sona ererken, seyahat, beslenmede esneklik ve rahatlık yaşarlar. Organ alıcıları daha güçlü ve daha zinde olduklarından, kendi sağlık sorunları dışındaki konulara daha fazla zaman ayırabilir, iş veya okullarına geri dönebilirler (39).

Birçok HD hastası yaşam kalitesini iyileştirmek ümidiyle böbrek transplantasyonunu seçmektedir. Yaşam tatmini, fiziksel ve duygusal iyilik hali ve işe dönebilme oranı, organ alıcılarında diyaliz hastalarına göre daha yüksektir (35).

Böbrek transplantasyonu sonrası hastalar, bağımlı hasta rolünü bırakmanın verdiği korku, çalışma yaşamına yeniden başlanmasıyla gereksinimi olandan çok gereksinilen olma ile ilgili endişe, ilaçların yan etkileri ile karşılaşma ve baş edememe korkusu, transplantasyon sonrası bilinmezlik duygusu, rejeksiyon atakları, organlarını kaybetme, ölümcül komplikasyonlarla karşılaşma korkusu, fiziksel ve psikolojik olarak farklı olma duygularından kaçma gereksinimi içerisindedir. Böbrek transplantasyonu sonuçlarına olumsuz etki yapan konularda hemşireler hasta grubuna danışmanlık rolleri ile yardım edebilirler (39).

Organ alıcılarının yaşam biçiminde birçok değişiklikler oluşmaktadır. Hastaların aile ve çalışma yaşamlarındaki rolleri değişebilir. Yıllar sonra yeniden işe başladıklarında çalışma kapasiteleri değişmiş olabilir. Sağlık sigortaları ve iş görmemezlik geliri gibi ekonomik desteklerini kaybetme riskleri vardır ve özel ilişkilerinde sorun yaşayabilir. Transplantasyon sonrası yeniden yakalanan özgürlük, hastaların diyaliz hastası olarak geliştirdikleri kişiliklerini tehdit edebilir, kimlik krizi oluşmasına neden olabilir ve hastalar bağımlı olmak yerine bağımsız olmak seçenekleri arasında bir çatışma ve çabalama içinde

olabilirler. Hastalara gerekli tıbbi ve hemşirelik girişimleri uygulanarak çözüm üretilebilir (39).

(Kıvrak ve ark. 2008) Diyaliz ve renal transplantasyon hastalarının beden imaj algısı kişiler arası ilişkilerini etkilemektedir (174). Ayrıca depresyon ve anksiyete yaşam kalitesinde kötüleşmeye neden olabileceğinden bu hastalara psikiyatrik destek sağlanmalı ve psikiyatrik belirtiler için önlem alınmalıdır (175).

(Üstündağ ve ark. 2007) Transplantasyon sonrası hastanın ihtiyaçlarına göre eğitim verilmeli, sosyal ve psikolojik destek sağlanmalıdır. Çünkü yaşam kalitesi yüksek olan bireylerin, medikal tedaviye uyumları daha iyidir (173).

5. MATERİYAL VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu çalışma; böbrek transplantasyonu yapılan hastaların bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

5.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde yer alan A grubu bir özel hastanenin böbrek transplantasyon servisi kliniğinde tedavi olan 80 hasta oluşturdu. Araştırmanın yürütüldüğü 8 Şubat–30 Ağustos 2011 tarihlerinde böbrek transplantasyonu yapılan, post-op takip ve tedavi döneminde olan ve araştırmaya gönüllü katılan 80 hastaya ulaşıldı. Araştırmanın örneklem grubu özelliklerine uyan 80 hasta araştırma kapsamına alındı.

5.3. VERİLERİN TOPLANMA YÖNTEMİ

Veriler 8 Şubat–30 Ağustos tarihleri arasında araştırmacı tarafından böbrek transplantasyonu kliniği servisinde yatan böbrek transplantasyonu olmuş hastalardan toplandı. Anketlerin hepsi yüz yüze görüşme yöntemiyle cevaplandı. Veriler toplanmadan önce hastalara araştırmanın amacı açıklandı.

5.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hastaların kişisel, sosyoekonomik ve demografik özelliklerinin araştırılması için araştırmacı tarafından hazırlanan “Hasta Tanılama Formu”, kronik böbrek yetmezliğinde yaşanan semptom ve klinik bulguları değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür incelemesi yapıldıktan sonra hazırlanan “Kronik Böbrek Yetmezliği Semptom Değerlendirme Formu” ve “Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Bulgu Değerlendirme Formu” ile hemşire bakım memnuniyet düzeyleri “Newcastle Hemşirelik Bakım

Memnuniyet Ölçeği (NHMÖ)” ve yaşam kalitesi “WHOQOL–Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile değerlendirildi. (Ek 1, Ek 2, Ek 3, Ek 4, Ek 5)

5.4.1. Hasta Tanılama Formu

Hastaların yaşları, cinsiyetleri, medeni durumları, yaşadıkları yer, eğitim durumları, çalışma durumları, çalışmama nedenleri, aylık gelir durumları, sosyal güvenceleri, kaç yıldır kronik böbrek yetmezliği hastalık öyküsü olduğu, ailelerinde böbrek yetmezliği hastalığı olup olmadığı, böbrek hastalığı dışında başka hastalıkları olup olmadığı, varsa ne olduğu, aile içindeki durumları, bakımları ile ilgilenen biri olup olmadığı, kimlerin ilgilendiği, ameliyat öncesi hastalıkların bakımı ile ilgili kimden bilgi aldıkları, ameliyat sonrası hastalıkları hakkında kimden bilgi aldıkları, transplantasyon üzerinden ne kadar süre geçtiği, donörün kim olduğu, donör canlı ise kimden alındığı, yaşam memnuniyetlerini transplantasyon öncesine göre nasıl değerlendirdiklerini içeren toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

5.4.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Semptom Değerlendirme Formu

Kronik böbrek yetmezliği semptom değerlendirme formu, ilgili literatürler incelenerek oluşturuldu. Sinir sistemine ait konuşma bozukluğu, şuur bozukluğu, başağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, yorgunluk, huzursuz bacak sendromu gibi semptomlar, gastrointestinal sisteme ait bulantı, iştahsızlık, kusma, ciltle ilgili kaşıntı, kuru deri ve susuzluk gibi hastalıkla ilgili semptomların var olup olmadığı değerlendirilmek üzere katılımcılara sunulmuştur. Her bir semptomda hafif, orta, şiddetli, çok şiddetli yanıt seçenekleri vardır. Semptomlara var yanıtı verilmesi ile, “hafif” için 1, “orta” için 2, “şiddetli” için 3, “çok şiddetli” için 4 puan verilir.

5.4.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Bulgu Değerlendirme Formu

Kronik böbrek yetmezliği klinik bulgu değerlendirme formu, ilgili literatürler incelenerek oluşturulmuştur. Sıvı–elektrolit bozukluklarına ait hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, gastrointestinal sisteme ait hıçkırık, gastrointestinal kanama,

hematoloji–immünoloji sistemine ait anemi, lenfopeni, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), ciltle ilgili, gecikmiş yara iyileşmesi, hiperpigmentasyon, ekimoz, ülserasyon, nekroz, kardiyovasküler sisteme ait ödem, hipertansiyon, aritmi, metabolik–endokrin sisteme ait infertilite, libido azalması, hiperürisemi, kemikle ilgili artrit, ayrıca kilo kaybı, noktüri, menstrasyon bozuklukları gibi hastalığa ait klinik bulguların var olup olmadığı değerlendirilmek üzere katılımcılara sunuldu.

5.4.4. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (NHMÖ)

NHMÖ; hasta odaları, klinikler, klinik yöneticileri ve hastaneler arasında hastaların deneyimlerini/yaşadıklarını ve memnuniyet durumlarını karşılaştırmak, standartları denetlemek ve hemşirelik bakımından sonra varsayılan gelişmeleri değerlendirmek için kullanılabilecek ölçüm aracıdır.

NHMÖ ile hastanın, hasta odasında kaldığı sürece, hemşirelik bakımından memnuniyeti değerlendirilmektedir. Hastalar hemşirelik bakımının çeşitli yönlerinden memnuniyetlerini 19 maddeden oluşan, 5 likert tipi ölçeği kullanarak tanımlarlar. Memnuniyet derecesini belirlemek için kullanılan puanlamada; 1-“Hiç memnun değildim”, 2-“Nadiren memnundum”, 3-“Memnundum”, 4-“Çok memnundum”, 5-“Tamamen memnundum” ifadeleri yer almaktadır. Puan değerlendirmesi, ölçekte bulunan tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra, 100’e dönüştürülerek 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. Toplam puanın 100 olması hemşirelik bakımının bütün yönlerinden memnun olmanın göstergesidir.

5.4.5. WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği

WHOQOL–BREF (TR) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilmiş olup kişinin iyilik halini ölçen ve kültürlerarası karşılaştırmaya olanak veren geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeğidir. WHOQOL–BREF (TR)’ nin ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Fidaner ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır.

WHOQOL–BREF (TR), birisi genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan durumun sorgulandığı iki soru ile birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe

geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL–BREF (TR) 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir.

. WHOQOL-BREF (TR) 4 Boyuttan oluşmuştur, Ayrı ayrı bölümleri yoktur. Bu ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve boyut maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Puan hesaplamasında 3, 4, 26 ve 27. sorular olumsuz sorulardır ve ters yönelimli sorular olduğunda boyut skorlarının hesaplanmasından önce bu soruların puanları ters çevrilir, daha sonra boyut skorları hesaplanır. 27 soruluk Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru çevre-tr olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre-tr alan skoru çevre skoru yerine kullanılır. WHOQOL-BREF (TR) uygulandıktan sonra 0–20 puan üzerinden hesaplanan fizik, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre (TR) alan puanlarında puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir.

Alan 1 Bedensel Alan: 7 soru alanı (3,4,10,15,16,17,18), gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü bölümünden oluşur.

Alan 2 Ruhsal Alan: 6 soru alanı (5,6,7,11,19,26) beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, benlik saygısı, olumlu duygular, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkatini toplama bölümlerinden oluşur.

Alan 3 Sosyal İlişkiler Alanı: 3 soru alanı (20,21,22) diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam bölümlerinden oluşur.

Alan 4 Çevre Alanı: 8 soru alanı (8,9,12,13,14,23,24,25) maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve yardım, ulaşılabilirlik ve nitelik, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik, trafik, gürültü, iklim) ve ulaşım bölümlerinden oluşur.

Ulusal Çevre Alanı (TR): 9 soru alanı (8,9,12,13,14,23,24,25,27) çevre alanından farklı 27. ulusal soru yakın kişilerle ilişkilerde baskı ve kontrolle ilgili zorluk sorusundan oluşmaktadır.

5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİK GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI

5.5.1. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (NHMÖ)

Hastanede hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan NHMÖ 1995 yılında Thomas ve arkadaşları tarafından, bireysel ve grup temelli görüşmeler yoluyla, İngiltere’de bir hastanede dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan 150 hastanın hemşirelik bakımını iyi veya kötü olarak nasıl algıladıkları değerlendirilerek geliştirilmiştir.

Walsh ve Walsh (1999), hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada, NHMÖ’nin uygulamadaki kullanımını sınımışlardır ve hemşirelik standartlarını oluşturmak için NHMÖ’nin kullanılmasının yararlı olabilecek bir ölçüm aracı olduğunu belirtmektedirler.

Ülkemizde, 2003 yılında Uzun tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve Cronbach’s Alpha iç tutarlılık kat sayısını 0,94 bulmuş ve NHMÖ’nün toplam puanı ortalamasını 67,74±18,53 bulmuştur. 2007 yılında Akın ve Erdoğan tarafından 200 hasta üzerinde çalışılarak ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik güvenilirliği kanıtlanmıştır.. Cronbach’s Alpha iç tutarlılık kat sayısını 0,96 ve NHMÖ’nün toplam puanı ortalamasını 55,29±22,79 bulmuşlardır.

Bu çalışmamızda ölçeğin güvenilirlik katsayısı Cronbach’s Alpha yöntemi ile değerlendirildi ve Cronbach α :0,985 olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde toplam korelasyon katsayısı 0,826-0,913 arasında bulundu. 100 üzerinden hesaplanan NHMÖ’nün toplam puanı ortalaması 83,16±10,682 olduğu belirlendi.

5.5.2. WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) çalışması, 1992 yılında o güne dek geliştirilen kişinin iyilik halini, genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeklerinin batı kaynaklı olması ve ancak batılı kültürler arasında karşılaştırma yapmaya olanak tanımaları gerekçesi ile, dünyadaki çeşitli kültürler arasında karşılaştırma yapmayı olanaklı kılmak amacıyla başlatılmıştır. Halen kırkdan fazla dil ve kültürde geçerli olan

WHOQOL ölçeği geliştirme projesine Türkiye ekibi 1995 yılında katılmıştır. İlk proje ekibinde Sultan Yalçın Eser, Erhan Eser, Hüray Fidaner, Caner Fidaner, Hayriye Elbi ve Erdem Göker yer almışlardır. Türkiye çalışmasında Dünya Sağlık Örgütü'nün öngördüğü standart yöntem izlenmiştir.

WHOQOL-BREF Türkiye sürümü 27 soru ve 4 alandan oluşmaktadır. Her bir alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Puanın yüksek olması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu gösterir.

Bu çalışmamızda ölçeğin güvenirlik katsayısı Cronbach's Alpha yöntemi ile değerlendirildi ve bedensel alanda 0,704, ruhsal alanda 0,776, sosyal ilişkiler alanında 0,504, çevresel alanda 0,684, ulusal çevre alanında (TR) 0,623 olarak saptandı. Ölçeğin madde toplam korelasyon sayısı bedensel alanda 0,505–0,702, ruhsal alanda 0,572–0,815, sosyal ilişkiler alanı 0,643–0,786, çevre alanı 0,298–0,690, ulusal çevre alanında (TR) 0,278–0,643 arasında bulundu. Elde edilen değerler doğrultusunda WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği çalışmamız için güvenilir bir ölçme aracıdır.

Tablo 1. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach α Değeri (N=80)

	Madde Toplam Puan Korelasyonu	
	r_s	p
1. Hemşirelerin size ayırdığı süreden	0,867	0,001
2. Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	0,862	0,001
3. Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	0,855	0,001
4. Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	0,883	0,001
5. Hemşirelerin çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	0,866	0,001
6. Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	0,890	0,001
7. Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	0,896	0,001
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	0,888	0,001
9. Hemşirelerin yardımseverliğinden	0,913	0,001
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	0,831	0,001

	Madde Toplam Puan Korelasyonu	
	r_s	p
11. Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	0,825	0,001
12. Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	0,861	0,001
13. Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	0,870	0,001
14. Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	0,889	0,001
15. Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi	0,826	0,001
16. Serviste size sağlanan özgürlükten	0,853	0,001
17. Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	0,884	0,001
18. Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	0,892	0,001
19. Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	0,875	0,001
Cronbach α: 0,985		

Tablo 2. WHOQOL-BREF(TR) Ölçeği Boyut Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach α Değeri (N=80)

		Boyut Puanı	
		r_s	p
Bedensel Alan	3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	0,610	0,001
	4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	0,505	0,001
	10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	0,702	0,001
	15. Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	0,523	0,001
	16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	0,607	0,001
	17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar	0,616	0,001
	18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	0,571	0,001
Cronbach α: 0,704			

		Boyut Puanı	
		r_s	p
Ruhsal Alan	5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	0,815	0,001
	6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	0,742	0,001
	7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	0,689	0,001
	11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	0,643	0,001
	19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	0,739	0,001
	26. Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	0,572	0,001
	Cronbach α: 0,776		
Sosyal İlişkiler Alanı	20. Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	0,643	0,001
	21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	0,786	0,001
	22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	0,679	0,001
	Cronbach α: 0,504		
Çevre Alanı	8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	0,690	0,001
	9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	0,603	0,001
	12. Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	0,419	0,001
	13. Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	0,435	0,001
	14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	0,298	0,007
	23. Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	0,674	0,001
	24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	0,599	0,001
	25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	0,654	0,001
	Cronbach α: 0,684		

		Boyut Puanı	
		r _s	p
Ulusal Çevre Alanı (TR)	8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	0,643	0,001
	9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	0,515	0,001
	12. Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	0,457	0,001
	13. Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	0,387	0,001
	14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	0,278	0,012
	23. Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	0,640	0,001
	24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	0,576	0,001
	25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	0,587	0,001
	27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	0,360	0,001
	Cronbach α: 0,623		
		Genel Cronbach α: 0,885	

5.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Çalışmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapılacağı kurumların yöneticilerine yazılı olarak başvurularak gerekli izinler alındı (Ek 6). Araştırmada kullanılan ölçeklerin kullanım izinleri ve araştırmaya katılan hastalardan sözlü izinler alındı (Ek 7–Ek 8). Araştırmaya katılan hastaların isim bilgileri alınmayarak gizliliğe dikkat edildi.

5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırmada elde edilen veriler kodlanarak bilgisayara aktarıldı ve SPSS 16,0 (Statistical Package for Social Science for Windows 16,0) paket programı kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel analizde Hasta Tanılama Formu, Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Bulgu Değerlendirme Formu ve Kronik Böbrek Yetmezliği Semptom Değerlendirme Formunun değerlendirmesinde sayı ve yüzde dağılımı yapıldı. NHM ile WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi lçeği puan dağılımı ortalamaları ve standart sapmaları alınarak elde edildi. NHM puanı, Hasta Tanılama Formu ile WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi korelasyon (Spearman’s) analizi ile yapıldı. Parametrik olmayan (Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis H) yöntemler kullanıldı. Tüm testlerde anlamlılık seviyesi 0,05 olarak kabul edildi. Ölçek güvenirliliği genel ve alt ölçek bazında iç tutarlılık kat sayısı (cronbach alpha) ile incelendi.

5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu alışma A grubu bir özel hastanenin; böbrek transplantasyonu kliniği servisinde böbrek transplantasyonu yapılmış hastaları ile yapıldı.

Araştırma verilerinin toplandığı tarihler arasında evreni oluşturan hastanede böbrek transplantasyonu yapılmış hastalarla sınırlıdır.

Araştırmanın veri toplama araçları, Hasta Tanılama Formu, Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Bulgu ve Semptom Değerlendirme Formu, NHM, WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi leği ile sınırlıdır.

6. BULGULAR

Bu bölümde; böbrek transplantasyonu yapılan hastaların bakım gereksinimlerini değerlendirdiğimiz çalışmamızın sonucunda elde edilen bulgular 5 ana başlık altında değerlendirildi.

6.1. Kişisel özellikler ve hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin bulgular

6.2. Kronik böbrek yetmezliği semptom değerlendirme formu bulguları

6.3. Kronik böbrek yetmezliği klinik bulgu değerlendirme formu bulguları

6.4. NHMÖ ve WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının, WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği alan puanlarının dağılımı

6.5. NHMÖ ve WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının değişkenlere göre karşılaştırılması

6.1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER VE HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 3. Kişisel Özellikler ve Hastalıkla İlgili Özelliklere İlişkin Bulgular

Sosyo-Demografik Özellikler	Kategori	N	%
Cinsiyet	Kadın	36	45
	Erkek	44	55
	Toplam	80	100
Medeni Durum	Bekar	13	16,2
	Dul	7	8,8
	Evli	60	75
	Toplam	80	100
Yaşanılan Yer	Köy	1	1,2
	Kasaba	5	6,2
	Şehir	74	92,5
	Toplam	80	100
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	8	10
	İlkokul	24	30
	Ortaokul	15	18,8
	Lise	18	22,5
	Üniversite	15	18,8
	Toplam	80	100

Sosyo-Demografik Özellikler	Kategori	N	%
Çalışma Durumu	Çalışıyor	13	16,2
	Ev kadını	27	33,8
	İşsiz	6	7,5
	Emekli	27	33,8
	Öğrenci	7	8,8
	Toplam	80	100
Çalışmama Nedeni	Hastalık	24	30
	Diğer	3	3,8
	Toplam	27	33,8
Aylık Gelir Durumu	Çok iyi	2	2,5
	İyi	9	11,2
	Orta	64	80,0
	Kötü	5	6,2
	Toplam	80	100
Sosyal Güvence	Yeşil Kart	1	1,2
	Bağ-Kur	14	17,5
	SSK	50	62,5
	Emekli Sandığı	10	12,5
	Özel Sigorta	5	6,2
	Toplam	80	100

Tablo 3’de hastaların sosyo–demografik özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasını (%55) erkekler oluşturmaktadır. Örneklemi oluşturan hastaların büyük çoğunluğu %75’i (n:60) evli ve %92,5’u (n:74) şehirde yaşamaktadır. Bununla birlikte eğitim durumları %30’u (n:24) ilkokul mezunu ve %33,8’i (n:27) ev kadını ve emeklidir. Hastaların %30’unun (n:24) çalışmama nedeni hastalıktır. Hastaların büyük çoğunluğunun %80’inin (n:64) aylık geliri orta düzeyde tarif edilirken, %62,5’nin (n:50) sosyal güvencesi SSK olduğu bulundu.

Tablo 4. Hastaların Yaş Ortalamalarına İlişkin Bulgular (N=80)

Kişisel Özellik	N	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Max
Yaş	80	41,70	13,690	20	66

Tablo 4’de araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $41,70 \pm 13,690$ olarak saptandı.

Tablo 5. Hastalık İle İlgili Özelliklere İlişkin Bulguların Dağılımı

Hastalık İle İlgili Özellikler	Kategori	n	%
Ailede Böbrek Yetmezliği Hastalığı Olan Kişi	Anne	1	1,2
	Baba	2	2,5
	Kardeşler	10	12,5
	Çocuklar	1	1,2
	Diğer	7	8,8
	Yok	59	73,8
	Toplam	80	100
Böbrek Hastalığı Dışında Başka Hastalık Durumu	Var	54	67,5
	Yok	26	32,5
	Toplam	80	100
Böbrek Hastalığı Dışındaki Diğer Hastalığı	Hipertansiyon	9	11,2
	Diyabet	38	47,5
	Kalp	1	1,2
	Diyabet &	10	12,5
	Toplam	58	72,5
Aile İçindeki Durum	Anne	23	28,8
	Baba	33	41,2
	Çocuk	16	20
	Diğer	8	10
	Toplam	80	100
Bakımı İle İlgilenen Kişi Varlığı	Evet	79	98,8
	Hayır	1	1,2
	Toplam	80	100
Bakımı İle İlgilenen Kişi	Eş	46	57,5
	Anne-Baba	18	22,5
	Çocuklar	11	13,8
	Bakıcı	2	2,5
	Diğer	2	2,5
	Toplam	79	98,8
Ameliyat Öncesi Hastalık Bakımı Hakkında Bilgi Alınan Kişi	Hemşire	11	13,8
	Hekim	22	27,5
	Almadım	1	1,2
	Hemşire ve Hekim	46	57,5
	Toplam	80	100

Hastalık İle İlgili Özellikler	Kategori	n	%
Ameliyat Sonrası Hastalık Bakımı Hakkında Bilgi Alınan Kişi	Hemşire	7	8,8
	Hekim	9	11,2
	Almadım	1	1,2
	Hemşire ve Hekim	63	78,8
	Toplam	80	100

Tablo 5’de hastalık ile ilgili özelliklere ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların %73,8 (n:59) gibi büyük bir çoğunluğunun ailelerinde böbrek yetmezliği hastalığı olan kişi yoktur, hastaların %67,5’inin (n:54) böbrek hastalığı dışında başka hastalıkları vardır, %47,5’u (n:38) DM hastalığına sahiptir ve %41,2’si (n:33) aile içindeki konumu babadır. Ayrıca hastaların neredeyse tamamı %98,8’nin (n:79) bakımı ile ilgilenen birileri mevcut olup bakımları ile ilgilenen kişi %57,5 (n:46) ile eşlerdir. Hastalar ameliyat öncesi hastalıkları hakkındaki bakımı ile ilgili bilgiyi %57,5 (n:46) ile hemşire ve hekimden aldığı, aynı zamanda ameliyat sonrası hastalıklarının bakımı hakkındaki bilgiyi ise %78,8 (n:63) ile yine hemşire ve hekimden aldıklarını ifade etmektedirler.

6.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ SEMPTOM DEĞERLENDİRME FORM BULGULARI

Tablo 6. Kronik Böbrek Yetmezliği Semptom Değerlendirme Formu Bulgu Dağılımı

Kronik Böbrek Yetmezliği	Kategori		n	%
Sinir Sistemi	Konuşma bozuklukları	Evet	48	60
		Hayır	32	40
	Şuur bozukluğu	Evet	40	50
		Hayır	40	50
	Baş ağrısı	Evet	69	86,2
		Hayır	11	13,8
	Sersemlik	Evet	61	76,2
		Hayır	19	23,8
	İrritabilite	Evet	66	82,5
		Hayır	14	17,5
	Kramp	Evet	67	83,8
		Hayır	13	16,2
	Yorgunluk	Evet	75	93,8
		Hayır	5	6,2
	Huzursuz bacak sendromu	Evet	68	85
		Hayır	12	15

Kronik Böbrek Yetmezliği	Kategori		n	%
Gastrointestinal Sistem	Bulantı	Evet	63	78,8
		Hayır	17	21,2
	İştahsızlık	Evet	64	80
		Hayır	16	20
	Kusma	Evet	50	62,5
		Hayır	30	37,5
Cilt	Kaşıntı	Evet	66	82,5
		Hayır	14	17,5
	Kuru deri	Evet	70	88,5
		Hayır	10	12,5
Diğer	Susuzluk	Evet	65	81,2
		Hayır	15	18,8

Tablo 6'ya göre hastaların kronik böbrek yetmezliğinde sinir sistemine ait bulgularda %60'ının (n:48) konuşma bozukluğu yaşadığı, hastaların yarısının %50'sinin (n:40) şuur bozukluğu, %86,2'sinin (n:69) başağrısı, %76,2'sinin (n:61) sersemlik, %82,5'nin (n:66) irritabilite, %83,8'inin (n:67) kramp, %93,8 (n:75) gibi büyük çoğunluğun yorgunluk, %85'inin (n:68) huzursuz bacak sendromu yaşadığı, gastrointestinal sistemine ait bulgularda hastaların %78,8'nin (n:63) bulantı, %80'inin (n:64) iştahsızlık, %62,5'inin (n:50) kusma semptomları yaşadığı, cilt ve diğer semptomlardan hastaların %82,5'inin (n:66) kaşıntı, %88,5 gibi büyük çoğunluğunun (n:70) kuru deri, %81,2'nin (n:65) susuzluk sorunu yaşadıklarını ifade ettiler .

6.3. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ KLİNİK BULGU DEĞERLENDİRME FORMU BULGULARI

Tablo 7. Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Bulgu Değerlendirme Formu Dağılımı

	Kategori		n	%	
Sıvı-Elektrolit Bozuklukları	Hipernatremi	Var	10	12,5	
		Yok	70	87,5	
	Hiponatremi	Var	30	37,5	
		Yok	50	62,5	
	Hipokalsemi	Var	71	88,8	
		Yok	9	11,2	
	Hiperpotasemi	Var	41	51,2	
		Yok	39	48,8	
	Gastrointestinal Sistem	Hıçkırık	Var	34	42,5
			Yok	46	57,5
Gastrointestinal kanama		Var	3	3,8	
		Yok	77	96,2	
Hematoloji-İmmünoloji	Anemi	Var	80	100	
		Yok	0	0	
	Lenfopeni	Var	51	63,8	
		Yok	29	36,2	
	Mikrositik anemi	Var	21	26,2	
		Yok	59	73,8	
Cilt	Gecikmiş yara iyileşmesi	Var	45	56,2	
		Yok	35	43,8	
	Hiperpigmentasyon	Var	39	48,8	
		Yok	41	51,2	
	Ekimoz	Var	40	50	
		Yok	40	50	
	Ülserasyon	Var	0	0	
		Yok	80	100	
	Nekroz	Var	1	1,2	
		Yok	79	98,8	
Kardiyovasküler Sistem	Ödem	Var	67	83,8	
		Yok	13	16,2	
	Hipertansiyon	Var	55	68,8	
		Yok	25	31,2	
	Aritmi	Var	13	16,2	

	Kategori		N	%
Metabolik-Endokrin Sistem	İnfertilite	Var	21	26,2
		Yok	59	73,8
	Libido azalması	Var	69	86,2
		Yok	11	13,8
	Hiperürisemi	Var	79	98,8
		Yok	1	1,2
Eklem bağdokusu	Artrit	Var	3	3,8
		Yok	77	96,2
Diğer	Kilo kaybı	Var	68	85
		Yok	12	15
	Noktüri	Var	78	97,5
		Yok	2	2,5
	Menstrüasyon bozuklukları	Var	32	40
		Yok	48	60

Tablo 7’de hastalarda kronik böbrek yetmezliği sürecine görülen klinik bulgulara bakacak olursak, hastaların büyük çoğunluğu %88,8’inde (n:71) hipokalsemi, %51,2’sinde (n:41) hiperpotasemi bulguları, yine hastaların tamamı %100’ünde (n:80) anemi, %63,8’inde (n:51) lenfopeni, %56,2’sinde (n:45) gecikmiş yara iyileşmesi, hastaların yarısında %50’sinde (n:50) ekimoz, %83,8’inde (n:67) ödem, %68,8’inde (n:55) HT, %86,2’sinin (n:69) libido azalması, %98,8’inde (n:79) hiperürisemi, %85’inde (n:68) kilo kaybı, %97,5’inde (n:78) noktüri yaşadığı ortaya çıktı.

**6.4. NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ
VE WHOQOL–BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA
FORMU WHOQOL–BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
ALAN PUANLARININ DAĞILIMI**

**Tablo 8. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Dağılımı
(N=80)**

	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Max
1. Hemşirelerin size ayırdığı süreden	4,28	0,616	3	5
2. Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	4,29	0,620	3	5
3. Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	4,34	0,615	3	5
4. Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	4,34	0,635	2	5
5. Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	4,41	0,630	3	5
6. Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	4,40	0,668	2	5
7. Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	4,38	0,663	2	5
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	4,40	0,628	3	5
9. Hemşirelerin yardımseverliğinden	4,43	0,632	3	5
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	4,41	0,650	3	5
11. Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	4,30	0,664	2	5
12. Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	4,41	0,610	3	5
13. Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	4,40	0,648	2	5
14. Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	4,43	0,632	3	5

	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Max
15. Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	4,36	0,641	3	5
16. Serviste size sağlanan özgürlükten	4,29	0,660	3	5
17. Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	4,41	0,610	3	5
18. Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	4,45	0,593	3	5
19. Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	4,45	0,593	3	5
Genel	83,16	10,682	55	95

Tablo 8’de araştırmaya katılan hastaların NHMÖ puan dağılımları yer almaktadır. Bu bulgular incelendiğinde; 100 üzerinden hesaplanan NHMÖ’nün toplam puanı ortalaması $83,16 \pm 10,682$ olduğu belirlendi. Hiç memnun değilim “1”, tamamen memnunum “5” olarak puanlandığından en yüksek ($4,45 \pm 0,593$) memnuniyet oranının **“Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel) saygı göstermesinden”** ve **“Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından”** buna karşın en düşük ($4,28 \pm 0,616$) memnuniyet oranının **“Hemşirelerin size ayırdığı süreden”** olduğu belirlendi.

Tablo 9. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımı (N=80)

	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Max
1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	3,97	0,675	3	5
2. Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,93	0,759	1	5
3. Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	3,12	1,048	1	5
4. Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	3,01	0,606	2	4
5. Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	4,16	0,754	1	5
6. Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	4,20	0,644	3	5
7. Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	3,43	0,965	2	5

	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Max
8. Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	3,94	0,643	3	5
9. Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	3,98	0,527	3	5
10. Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	3,54	0,693	2	5
11. Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	4,01	0,684	2	5
12. Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	3,09	0,679	1	5
13. Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	3,65	0,597	3	5
14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	2,38	0,603	1	3
15. Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	3,85	0,677	2	5
16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,85	0,781	1	5
17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,90	0,648	2	5
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,88	0,736	1	5
19. Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	4,03	0,746	1	5
20. Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	3,94	0,785	1	5
21. Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	2,92	1,111	1	5
22. Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	3,95	0,710	2	5
23. Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	4,05	0,634	2	5
24. Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	4,15	0,553	3	5
25. Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	3,96	0,737	1	5
26. Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	3,31	0,756	2	5
27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	4,30	0,947	1	5

Tablo 9’da araştırmaya katılan hastaların WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeğinin puan dağılımları her bir bölüm ve boyut için maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor almaktadır. Bu bulgular incelendiğinde; hastaların en yüksek yaşam kalitesi puanını **“27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?”** (4,30±0,947) olumsuz sorudan alırlarken; en düşük yaşam kalitesi puanını ise **“14. Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?”**sorudan (2,38±0,603) olumlu sorudan aldıkları saptandı.

Tablo 10. WHOQOL-BREF (TR) Alan Puanlarının Dağılımı (N=80)

	\bar{x}	$\pm ss$	Min	Max
Bedensel Alan	14,37	1,810	9,14	17,71
Ruhsal Alan	15,43	2,102	10	20
Sosyal İlişkiler Alanı	14,42	2,511	9,33	20
Çevre Alanı	14,59	1,394	11	18
Ulusal Çevre Alanı (TR)	14,88	1,334	11	18

Tablo 10’da detaylı olarak, WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedensel Alan puan ortalaması 14,37±1,810 puan olarak değerlendirildi. Ölçekten alınan en küçük değer 9,14; en yüksek değer 17,71 olarak belirlendi. Aynı şekilde, WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal Alan puan ortalaması 15,43±2,102 puan olarak belirlendi, en küçük değer 10; en yüksek değer ise 20 olarak tespit edildi. Sosyal ilişkiler Alanı puan ortalaması 14,42±2,511, en küçük değer 9,33; en yüksek değer 20 olarak belirlendi. Çevre Alanı puan ortalaması 14,59±1,394 olarak belirlenmiş ve en küçük değer 11 olarak; en yüksek değer ise 18 olarak bulundu. Son alt grup olan Ulusal Çevre Alan puan ortalaması ise 14,88±1,334 olarak belirlendi ve en küçük değer 11; en yüksek değer ise 18 olarak bulundu.

Çalışmada hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek puanı (15,43±2,102) Ruhsal Alandan, en düşük puanı (14,37±1,810) ise Bedensel Alandan aldıkları saptandı.

6.5. NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ VE WHOQOL–BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ TOPLAM PUANLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 11. WHOQOL-BREF (TR) Alan Puanlarının Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeğine Göre Karşılaştırılması (N=80)

	Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Toplam Puanı	
	r_p	P
Bedensel Alan	0,041	0,718
Ruhsal Alan	0,209	0,062
Sosyal İlişkiler Alanı	0,184	0,102
Çevre Alanı	0,182	0,106
Ulusal Çevre Alanı (TR)	0,126	0,266

Tablo 11’de WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği alan puanları ve NHMÖ toplam puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 12. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanları ve WHOQOL-BREF (TR) Alan Puanlarının Yaş ile Korelasyonu (N=80)

	Yaş	
	r_p	P
Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet	0,181	0,107
Bedensel Alan	-0,354**	0,001
Ruhsal Alan	-0,264*	0,018
Sosyal İlişkiler Alanı	-0,251*	0,024
Çevre Alanı	-0,193	0,086
Ulusal Çevre Alanı (TR)	-0,168	0,136

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Tablo 12’de NHMÖ madde–toplam puanı ile yaş arasındaki ilişki (r_p : 0,181, $p>0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedensel Alan puanı ile yaş arasında anlamlı derecede doğrusal ve negatif yönlü (r_p :0,354,

$p<0,05$) ilişki, Ruhsal Alan puanı ile yaş arasında anlamlı derecede doğrusal ve negatif yönlü ($r_p:-0,264$, $p<0,05$) ilişki, Sosyal İlişkiler Alanı ile yaş arasında anlamlı derecede doğrusal ve negatif yönlü ($r_p:-0,251$, $p<0,05$) ilişki vardır. Yaş arttıkça hastaların Bedensel, Ruhsal ve Sosyal İlişkiler Alanında yaşam kaliteleri düşmüştür. Çevre Alanı ve Ulusal Çevre Alanı (TR) ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p<0,05$).

Tablo 13. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=80)

Cinsiyet	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Kadın	36	80,64	10,981	-2,073*	0,038
Erkek	44	85,23	10,090		

* $p<0,05$

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre NHMÖ puan ortalamaları; kadın hastalarda $80,64\pm 10,981$, erkek hastalarda $85,23\pm 10,090$ olarak bulundu. Hastaların cinsiyetlerine göre NHMÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) ve erkeklerde daha yüksek bulundu.

Tablo 14. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (N=80)

	Cinsiyet	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	p
Bedensel Alan	Kadın	36	14,17	1,983	-0,857	0,391
	Erkek	44	14,53	1,660		
Ruhsal Alan	Kadın	36	14,78	1,902	-2,838**	0,005
	Erkek	44	15,95	2,130		
Sosyal İlişkiler Alanı	Kadın	36	13,52	2,189	-3,060**	0,002
	Erkek	44	15,15	2,541		
Çevre Alanı	Kadın	36	14,28	1,174	-1,780	0,075
	Erkek	44	14,85	1,516		
Ulusal Çevre Alanı (TR)	Kadın	36	14,60	1,145	-1,696	0,090
	Erkek	44	15,11	1,444		

** $p<0,01$

Tablo 14’de WHOQOL-BREF (TR) Ölçeği Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları cinsiyete göre karşılaştırıldı. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedensel Alan, Çevre Alanı ve Ulusal Çevre Alanı (TR) puan ortalamaları kadın ve erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,01$). Buna karşın Ruhsal Alan ve Sosyal İlişkiler Alanı puan ortalamaları erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$). Erkek hastaların Ruhsal Alan ve Sosyal İlişkiler Alanında yaşam kalitelerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 15. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması (N=80)

Medeni Durum	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Evli	60	83,63	9,704	-0,029	0,977
Bekar	20	81,75	13,388		

Tablo 15’de araştırmaya katılan hastaların NHMÖ puanları medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,01$).

Tablo 16. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması (N=80)

	Medeni durum	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Bedensel Alan	Evli	60	14,33	1,558	-0,980	0,327
	Bekar	20	14,49	2,461		
Ruhsal Alan	Evli	60	15,41	1,837	-0,196	0,845
	Bekar	20	15,47	2,809		
Sosyal İlişkiler Alanı	Evli	60	14,69	2,374	-1,334	0,182
	Bekar	20	13,60	2,790		
Çevre Alanı	Evli	60	14,74	1,342	-1,658	0,097
	Bekar	20	14,15	1,488		
Ulusal Çevre Alanı (TR)	Evli	60	15,01	1,226	-1,103	0,270
	Bekar	20	14,51	1,594		

** $p<0,01$

Tablo 16’da araştırmaya katılan hastaların WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedensel Alan, Ruhsal Alan, Sosyal İlişkiler Alanı, Çevre Alanı ve Ulusal Çevre Alanı (TR) puanları medeni duruma göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,01$).

Tablo 17. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

Eğitim Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	P
Okur-yazar değil	8	85,25	10,444	3,698	0,448
İlkokul	24	85,92	10,425		
Ortaokul	15	81,60	7,953		
Lise	18	81,61	11,986		
Üniversite	15	81,07	12,133		

Tablo 17’de araştırmaya katılan hastaların NHMÖ puanları eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 18. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

	Eğitim Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	p	Anlamlı Fark
Bedensel Alan	A. Okur-yazar değil	8	13,00	1,580	10,782*	0,029	A-C A-D A-E
	B. İlkokul	24	14,05	1,667			
	C. Ortaokul	15	14,63	1,843			
	D. Lise	18	14,79	1,816			
	E. Üniversite	15	14,86	1,858			
Ruhsal Alan	A. Okur-yazar değil	8	14,33	0,617	9,988*	0,041	A-D
	B. İlkokul	24	15,17	2,074			
	C. Ortaokul	15	15,11	2,177			
	D. Lise	18	16,19	2,429			
	E. Üniversite	15	15,82	1,992			
Sosyal İlişkiler Alanı	A. Okur-yazar değil	8	14,00	2,364	5,708	0,222	
	B. İlkokul	24	13,94	2,455			
	C. Ortaokul	15	14,04	2,612			
	D. Lise	18	14,59	2,762			
	E. Üniversite	15	15,56	2,177			

	Eğitim Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kv}	p	Anlamlı Fark
Çevre Alanı	A. Okur-yazar değil	8	14,31	0,704	9,096	0,059	
	B. İlkokul	24	14,48	1,306			
	C. Ortaokul	15	14,20	1,307			
	D. Lise	18	14,56	1,608			
	E. Üniversite	15	15,37	1,482			
Ulusal Çevre Alanı (TR)	A. Okur-yazar	8	14,67	0,751	10,189*	0,037	C-E
	B. İlkokul	24	14,85	1,222			
	C. Ortaokul	15	14,40	1,185			
	D. Lise	18	14,84	1,593			
	E. Üniversite	15	15,59	1,420			

* $p < 0,05$

Tablo 18’de hastaların WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği alan puanları eğitim durumlarına göre karşılaştırıldı. Bedensel Alan puanı hastaların eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde okur yazar olmayanlar ile ortaokul, lise, üniversite mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).

Ruhsal Alan puanı hastaların eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde okur yazar olmayanlar ile lise mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).

Sosyal İlişkiler ve Çevre Alanı puanları eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Ulusal Çevre Alanı (TR) puanı eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde ortaokul mezunu ile üniversite mezunu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).

Buna göre; üniversite mezunu hastaların puan ortalamaları, okur yazar olmayan, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu hastaların puan ortalamaları ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulundu. Hastalarda eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitelerinin de arttığı görüldü.

Tablo 19. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

Çalışma Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Çalışıyor	13	85,85	7,712	-0,825	0,409
Çalışmıyor	67	82,64	11,139		

Tablo 19’da NHMÖ puanları çalışma durumuna göre karşılaştırıldı. Hastaların NHMÖ puanları, çalışıp çalışmama durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 20. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

	Çalışma Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Bedensel Alan	Çalışıyor	13	14,77	1,115	-0,664	0,507
	Çalışmıyor	67	14,29	1,912		
Ruhsal Alan	Çalışıyor	13	16,41	1,576	-2,061*	0,039
	Çalışmıyor	67	15,23	2,147		
Sosyal İlişkiler Alanı	Çalışıyor	13	16,21	2,025	-2,819**	0,005
	Çalışmıyor	67	14,07	2,459		
Çevre Alanı	Çalışıyor	13	15,85	0,944	-3,616***	0,000
	Çalışmıyor	67	14,35	1,340		
Ulusal Çevre Alanı (TR)	Çalışıyor	13	15,93	0,922	-3,115**	0,002
	Çalışmıyor	67	14,68	1,311		

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tablo 20’de hastaların WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği alan puanları çalışma durumlarına göre karşılaştırıldı. Bedensel Alan puanı, çalışıp çalışmama durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Ruhsal Alan puanı, hastaların çalışıp çalışmama durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Sosyal İlişkiler Alan puanı, hastaların çalışıp çalışmama durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$).

Çevre Alanı puanı, hastaların çalışıp çalışmama durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$).

Ulusal Çevre Alanı (TR) puanı, hastaların çalışıp çalışmama durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$).

Buna göre, çalışan hastaların WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal, Sosyal İlişkiler, Çevre ve Ulusal Çevre (TR) Alanları puan ortalamaları çalışmayan hastalara göre karşılaştırıldığında daha yüksek bulundu. Çalışan hastaların yaşam kaliteleri çalışmayan hastalara göre daha yüksektir.

Tablo 21. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Aylık Gelir Duruma Göre Karşılaştırılması (N=80)

Aylık Gelir Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	p
Çok iyi	2	84,00	11,314	4,798	0,187
İyi	9	84,11	8,418		
Orta	64	84,19	9,669		
Kötü	5	68,00	17,349		

Tablo 21’de NHMÖ puanları aylık gelir duruma göre değerlendirildi ve sonuç olarak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$)

Tablo 22. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Aylık Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

	Aylık Gelir	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	p	Anlamlı Fark
Bedensel Alan	A. Çok iyi	2	14,00	0,404	4,482	0,214	
	B. İyi	9	14,92	0,780			
	C. Orta	64	14,46	1,775			
	D. Kötü	5	12,34	2,788			
Ruhsal Alan	A. Çok iyi	2	15,67	2,357	8,133*	0,043	B-D C-D
	B. İyi	9	16,15	1,444			
	C. Orta	64	15,55	2,002			
	D. Kötü	5	12,40	2,385			
Sosyal İlişkiler Alanı	A. Çok iyi	2	15,33	2,828	6,661	0,084	
	B. İyi	9	15,56	1,886			
	C. Orta	64	14,42	2,524			
	D. Kötü	5	12,00	2,108			

	Aylık Gelir	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	p	Anlamlı Fark
Çevre Alanı	A. Çok iyi	2	15,50	0,000	16,732**	0,001	A-D B-D C-D
	B. İyi	9	15,44	0,846			
	C. Orta	64	14,63	1,307			
	D. Kötü	5	12,20	0,908			
Ulusal Çevre Alanı (TR)	A. Çok iyi	2	15,56	0,000	14,411**	0,002	A-D B-D C-D
	B. İyi	9	15,70	0,737			
	C. Orta	64	14,91	1,274			
	D. Kötü	5	12,80	1,150			

* p < 0,05 ** p < 0,01

Tablo 22’de WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puanları aylık gelir durumuna göre karşılaştırıldı. Hastaların Bedensel Alan ve Sosyal İlişkiler Alan puanları, aylık gelir durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Buna karşın Ruhsal Alan puanı, aylık gelir durumuna göre karşılaştırıldığında, gelir durumu iyi ve kötü olanlar ile gelir durumu orta ve kötü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05).

Çevre Alan ve Ulusal Çevre Alanı (TR) puanları, aylık gelir durumuna göre karşılaştırıldığında, gelir durumu çok iyi ve orta olanlar, gelir durumu iyi ve kötü olanlar ve gelir durumu orta ve kötü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,01).

Tablo 23. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Böbrek Hastalığı Dışında Başka Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

Böbrek Hastalığı Dışında Başka Hastalık Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Var	54	83,35	10,211	-0,206	0,837
Yok	26	82,77	11,803		

Tablo 23’de NHMÖ puanları ile böbrek hastalığı dışında başka hastalığa sahip olma durumları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. ($p>0,05$).

Tablo 24. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Böbrek Hastalığı Dışında Başka Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

	Böbrek Hastalığı Dışında Başka Hastalık Durumu	N	\bar{x}	$\pm ss$	Z_{mwu}	P
Bedensel Alan	Var	54	14,15	1,779	-1,884	0,060
	Yok	26	14,84	1,818		
Ruhsal Alan	Var	54	15,12	2,018	-2,420*	0,016
	Yok	26	16,05	2,174		
Sosyal İlişkiler Alanı	Var	54	14,07	2,560	-2,163*	0,031
	Yok	26	15,13	2,292		
Çevre Alanı	Var	54	14,35	1,416	-2,439*	0,015
	Yok	26	15,10	1,225		
Ulusal Çevre Alanı (TR)	Var	54	14,68	1,332	-2,210*	0,027
	Yok	26	15,30	1,264		

* $p < 0,05$

Tablo 24’de WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği alan puanlarının böbrek hastalığı dışında başka hastalığa sahip olup olmama durumları karşılaştırıldı. Bedensel Alan puanı ile böbrek hastalığı dışında başka hastalığa sahip olup olmama durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Buna karşın Ruhsal Alan, Sosyal İlişkiler Alanı, Çevre Alanı ve Ulusal Çevre Alan (TR) puanları ile böbrek hastalığı dışında başka hastalığa sahip olup olmama durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) ve başka hastalığı olmayanların, olanlara göre yaşam kalitesi puanları daha yüksek bulundu.

Tablo 25. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Böbrek Hastalığı Dışındaki Diğer Hastalığına Göre Karşılaştırılması (N=58)

Düğer Hastalık	N	x	±ss	X ² _{kw}	p
Hipertansiyon	9	83,56	14,301	2,349	0,503
Diyabet	38	82,61	10,281		
Diyabet & Hipertansiyon	10	80,00	7,930		
Kalp	1	95,00	-		

Tablo 25’de hastaların NHMÖ puanları böbrek hastalığı dışındaki diğer hastalıkların puanları ile karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 26. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Böbrek Hastalığı Dışındaki Diğer Hastalığına Göre Karşılaştırılması (N=58)

	Düğer Hastalık	N	x	±ss	X ² _{kw}	p	Anlamlı Fark
Bedensel Alan	A. Hipertansiyon	9	12,44	2,172	8,569*	0,036	A-B A-C
	B. Diyabet	38	14,65	1,358			
	C. Diyabet & Hipertansiyon	10	14,57	2,108			
	D. Kalp	1	13,71	-			
Ruhsal Alan	A. Hipertansiyon	9	14,07	2,146	4,035	0,258	
	B. Diyabet	38	15,56	1,881			
	C. Diyabet & Hipertansiyon	10	15,13	2,245			
	D. Kalp	1	14,67	-			
Sosyal İlişkiler Alanı	A. Hipertansiyon	9	12,74	3,341	5,818	0,121	
	B. Diyabet	38	14,60	2,319			
	C. Diyabet & Hipertansiyon	10	13,33	1,778			
	D. Kalp	1	14,67	-			
Çevre Alanı	A. Hipertansiyon	9	14,11	1,673	2,507	0,474	
	B. Diyabet	38	14,63	1,483			
	C. Diyabet & Hipertansiyon	10	14,10	0,843			
	D. Kalp	1	13,50	-			

	Diğer Hastalık	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	p	Anlamlı Fark
Ulusal Çevre Alanı (TR)	A. Hipertansiyon	9	14,57	1,775	1,554	0,670	
	B. Diyabet	38	14,88	1,385			
	C. Diyabet & Hipertansiyon	10	14,62	0,677			
	D. Kalp	1	13,78	-			

* p < 0,05

Tablo 26'da hastaları WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği alan puanları böbrek hastalığı dışındaki diğer hastalıklara göre karşılaştırıldı ve Ruhsal Alan, Sosyal İlişkiler Alanı, Çevre alanı ve Ulusal Çevre Alanı (TR) puanları böbrek hastalığı dışındaki diğer hastalıklara göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Bedensel Alan puanı böbrek hastalığı dışındaki diğer hastalıklara göre değerlendirildiğinde hipertansiyon ve diyabet arasında anlamlı fark bulundu (p<0,05).

Tablo 27. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Aile İçindeki Duruma Göre Karşılaştırılması (N=80)

Aile İçindeki Durum	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	P
Anne	23	80,83	9,976	3,486	0,323
Baba	33	85,39	9,727		
Çocuk	16	80,50	13,900		
Diğer	8	86,00	7,856		

Tablo 27'de hastaların NHMÖ puanları aile içindeki durumlarına göre değerlendirildiğinde ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 28. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Aile İçindeki Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=80)

	Aile İçindeki Durum	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	p	Anlamlı Fark
Bedensel Alan	A. Anne	23	13,64	1,734	10,386*	0,016	A-B A-C
	B. Baba	33	14,48	1,510			
	C. Çocuk	16	14,93	2,387			
	D. Diğer	8	14,93	1,414			
Ruhsal Alan	A. Anne	23	14,29	1,433	13,926**	0,003	A-B A-C A-D
	B. Baba	33	15,74	1,771			
	C. Çocuk	16	16,00	3,001			
	D. Diğer	8	16,25	1,884			
Sosyal İlişkiler Alanı	A. Anne	23	13,22	1,924	10,761*	0,013	A-B A-D
	B. Baba	33	14,83	2,444			
	C. Çocuk	16	14,42	2,889			
	D. Diğer	8	16,17	2,303			
Çevre Alanı	A. Anne	23	14,13	1,130	7,373	0,061	
	B. Baba	33	14,77	1,341			
	C. Çocuk	16	14,44	1,815			
	D. Diğer	8	15,50	0,886			
Ulusal Çevre Alanı (TR)	A. Anne	23	14,53	1,059	6,629	0,085	
	B. Baba	33	15,06	1,231			
	C. Çocuk	16	14,61	1,871			
	D. Diğer	8	15,72	0,786			

* p<0,05 ** p<0,01

Tablo 28’de WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği alan puanları hastaların aile içindeki durumlarına göre karşılaştırıldı ve hastaların Bedensel Alan puanı ile aile içindeki durumları karşılaştırıldığında, anne ile baba arasında ve anne ile çocuk arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Buna göre aile içindeki durumu çocuk olanların WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedensel Alan puan ortalamaları, baba ve anneye göre yüksek olduğu görüldü.

Ruhsal Alan puanı ile hastaların aile içindeki durumları karşılaştırıldığında, anne ile baba arasında, anne ile çocuk arasında ve anne ile diğer kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Buna göre aile içindeki durumu eş gibi diğer kişilerin WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Ruhsal Alan puan ortalamaları, baba, çocuk ve anneye göre yüksek olduğu görüldü

Sosyal İlişkiler Alan puanı ile hastaların aile içindeki durumları karşılaştırıldığında, anne ile baba arasında ve anne ile diğer kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Buna göre aile içindeki durumu baba olanların WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedensel Alan puan ortalamaları, anne, çocuk ve diğer kişilere göre yüksek olduğu görüldü. Buna karşın hastaların Çevre Alan ve Ulusal Çevre Alanı (TR) puanları ile hastaların aile içindeki durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 29. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği Puanlarının Bakımı İle İlgilenen Kişiye Göre Karşılaştırılması (N=80)

Bakımı İle İlgilenen Kişi	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	p
Eş	46	83,96	10,241	2,952	0,566
Anne-Baba	18	80,56	11,131		
Çocuklar	11	83,73	9,676		
Bakıcı	2	93,50	2,121		
Diğer	2	73,50	26,163		

Tablo 29’da hastaların NHMÖ puanları kendi bakımları ile ilgilenen kişilere göre karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 30. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Bakımı İle İlgilenen Kişiye Göre Karşılaştırılması (N=80)

	Bakımı İle İlgilenen Kişi	N	\bar{x}	$\pm ss$	X^2_{kw}	p	Anlamlı Fark
Bedensel Alan	A. Eş	46	14,16	1,634	9,564*	0,048	A-B B-E
	B. Anne-Baba	18	15,27	1,794			
	C. Çocuklar	11	14,08	1,917			
	D. Bakıcı	2	14,29	0,000			
	E. Diğer	2	12,29	4,445			
Ruhsal Alan	A. Eş	46	15,19	1,744	3,189	0,527	
	B. Anne-Baba	18	16,15	2,479			
	C. Çocuklar	11	15,21	2,146			
	D. Bakıcı	2	15,67	2,357			
	E. Diğer	2	14,33	6,128			
Sosyal İlişkiler Alanı	A. Eş	46	14,43	2,146	7,608	0,107	
	B. Anne-Baba	18	14,52	2,778			
	C. Çocuklar	11	12,97	2,157			
	D. Bakıcı	2	18,00	0,943			
	E. Diğer	2	15,33	6,600			
Çevre Alanı	A. Eş	46	14,61	1,358	2,632	0,621	
	B. Anne-Baba	18	14,61	1,577			
	C. Çocuklar	11	14,32	0,751			
	D. Bakıcı	2	15,50	0,000			
	E. Diğer	2	13,75	3,889			
Ulusal Çevre Alanı (TR)	A. Eş	46	14,91	1,266	2,663	0,616	
	B. Anne-Baba	18	14,89	1,637			
	C. Çocuklar	11	14,79	0,719			
	D. Bakıcı	2	15,78	0,314			
	E. Diğer	2	13,33	3,143			

* p < 0,05

Tablo 30’da WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği alan puanları hastanın bakımı ile ilgilenen kişilere göre karşılaştırıldı ve hastaların Bedensel Alan puanı ile bakımı ile ilgilenen kişiler karşılaştırıldığında, eş ile anne-baba arasında ve anne-baba ile diğer kişiler arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Buna göre

hastanın bakımı ile ilgilenen anne–babanın WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedensel Alan puan ortalamaları $15,27\pm 1,794$ ile eş, çocuklar, bakıcı ve diğer kişilere göre yüksek olduğu görüldü.

Hastaların Ruhsal Alan, Sosyal İlişkiler Alanı, Çevre Alanı ve Ulusal Çevre Alanı (TR) puan ortalamaları, bakımı ile ilgilenen kişilere göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

7. TARTIŞMA

Hemşirelik mesleğinin odağı insandır. Sağlıklı/hasta bireylerin hastalık ve benzeri nedenlerle kendi temel gereksinimleri karşılayamadıkları durumlarda, onların adına bu gereksinimi karşılama sorumluluğunu hemşireler üstlenir. Araştırma böbrek transplantasyonu yapılan hastaların bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır. Elde edilen bulgular 5 ana başlık altında incelenmiştir ve ilgili literatürler ışığında tartışılacaktır.

- 7.1. Hastalarda kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin bulguların değerlendirilmesi
- 7.2. Kronik Böbrek Yetmezliği Semptom Değerlendirme Formu bulgularının değerlendirilmesi
- 7.3. Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Bulgu Değerlendirme Formu bulgularının değerlendirilmesi
- 7.4. NHMÖ ve WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının, WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alanpuanlarının dağılımı ile ilgili bulguların değerlendirilmesi
- 7.5. NHMÖ ve WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının değişkenlere göre değerlendirilmesi

7.1. KİŞİSEL ÖZELLİKLER, HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Örnekleme oluşturan hastaların sosyo–demografik özelliklerine bakıldığında, hastaların büyük bir çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Hastaların %55'i (n:44) erkek, %45'i (n:36) kadındır. Üstündağ ve ark.'nın (2007) böbrek nakli yapılan hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında hastaların %68'ini (n:34) erkekler oluşturmaktadır (173). Gürcani'nin (2008) böbrek transplantasyonu yapılmış hastalara verilen eğitimin hastaların yaşam kalitesi, tedaviye uyumları ve yaşadıkları ruhsal sorunlar üzerine etkisini incelediği çalışmasında hastaların %59,5'i (n:25) erkektir (178). Galan ve ark.'nın (2009) son dönem böbrek yetmezlikli ve böbrek transplantasyonu olmuş adelösanların yaşam kalitesini incelediği çalışmalarında hastaların %60'ı (n:41) erkek, %40'ı (n:27) kadındır

(179). Zarifian'nın (2006) böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların %68'ini erkek hastalar oluşturmaktadır (180). Haeciearek ve ark.'nın (2009) böbrek transplantasyonlu hastalarda yaptıkları araştırmada, hastaların %77,3'ü erkektir (181). Çalışmamızın bulgusu literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların yaş ortalaması $41,70 \pm 13,690$ (yaş aralığı: 20–66) olarak bulundu. Harciarek ve ark.'nın (2009) böbrek transplantasyonlu hastalarda yaptıkları araştırmada, hastaların yaş ortalaması $47,1 \pm 11,4$ 'tür (181). Üstündağ ve ark.'nın (2007) böbrek nakli yapılan hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında hastaların %50'sinin (n:25) 18–32 yaş arasında olduğu tespit edilmiştir (173). Talas ve ark.'nın (2004) böbrek transplantasyonu yapılan hastalar üzerinde yaptığı çalışmalarında hastaların %40'ının (n:50) yaş ortalaması 17–30, %60'nın (n:75) yaş ortalaması ≥ 31 bulunmuştur (182). Gökçe'nin (2010) renal replasman tedavisi alan hastalarda yaşam kalitesini incelediği çalışmasında böbrek transplantasyonu yapılmış hastaların yaş ortalaması 33,58 (n:31) bulunmuştur (183). Çalışmamızın bulgusu literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların eğitim düzeylerine bakıldığında %30' unun (n:24) ilkokul mezunu oldukları, %22,5'inin (n:18) lise, %15'inin (n:15) ortaokul ve üniversite, %8'inin (n:10) okuma yazma bilmediği bulundu. Talas ve ark.'nın (2004) böbrek transplantasyonu yapılan hastalar üzerinde yaptığı çalışmalarında hastaların %60,8'inin (n:76) ilköğretim mezunu, %36,8'inin (n:46) ise lise ve yüksek okul mezunudur (182). Gül ve ark.'nın (2010) böbrek nakli yapılan hastalarda öz bakım gücünün değerlendirildiği çalışmalarında hastaların büyük çoğunluğunu, %50'sini (n:25) ilköğretim mezunları oluşturmuştur (184). Van Der Mei ve ark.'nın (2006) böbrek transplantasyonlu hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların eğitim seviyelerinin düşük olduğu bulunmuştur (185). Çalışmamızın bulgusu literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Sonuçlar böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda eğitimin ne kadar önemli ve kapsamlı yapılması gerektiğini göstermekte olup, profesyonel hemşirelerin eğitici rollerinin önemini vurgulamaktadır.

Hastaların çalışma durumlarına bakıldığında %16,2' sinin (n:13) çalıştığı, %83,8' inin (n:67) ev kadını, işsizlik, emeklilik ve öğrencilik gibi nedenlerle çalışmadığı bulundu. Hastaların çalışmama nedenin ise %30' unun (n:24) hastalıktan kaynaklandığı bulundu. Gül ve ark.'nın (2010) böbrek nakli yapılan hastalarda öz bakım gücünün değerlendirildiği çalışmalarında hastaların %32'sinin (n:16) çalıştığı, %68'inin (n:34) ise çalışmadığı bulunmuştur (184). Gürcani'nin (2008) böbrek transplantasyonu hastalarına verilen

eğitimin yaşam kalitesi, tedaviye uyum ve ruhsal sorunlar üzerine etkisini incelediği tez çalışmasında hastaların %42,9'unun (n:18) çalıştığı, %57,1'inin (n:24) ev kadını, işsizlik, emeklilik ve öğrencilik gibi nedenlerle çalışmadığı bulunmuştur (178). Özşaker'in (2002) böbrek transplantasyonu olan hasta ve yakınlarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği tez çalışmasında hastaların %66,7'sini (n:26) işsizler oluşturmaktadır (186). Van Der Mei ve ark.'nın (2007) böbrek transplantasyonlu hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların daha çok part time işlerde çalıştığı bulunmuştur (185). Çalışmamızın bulgusu literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Böbrek transplantasyonu olan hastaların çalışmaları, diyaliz süresince bırakmış oldukları işlerine dönebilmeleri, para kazanmaları özgüven ve yaşam kalitesi açısından büyük öneme sahiptir

Hastaların %67,5'inin (n:54) böbrek hastalığı dışında başka hastalıkları vardır, hastaların %47,5'i (n:38) DM hastalığına, %11,2'si (n:9) HT, %12,5'i (n:10) ise HT ve DM hastalığına sahiptir. Walraven ve ark.'nın (2010) kronik böbrek hastalıklı hastalarda transplantasyonun yararlarını konu aldığı çalışmasında, hastaların tıbbi hikayesinde DM ve HT hastalığı olduğu belirlenmiştir (187). Çalışmamızın bulgusu literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir. Böbrek yetmezliğinde önemli risk faktörleri olan kontrolsüz kan basıncı, diyabet ve sağlıksız yaşam tarzı faktörleri konusunda hedef grupların eğitimi önem kazanmaktadır.

Hastaların ameliyat öncesi bakımları hakkında kimden bilgi aldıklarına baktığımızda %57,5'inin (n:46) hemşire ve hekimden aldıkları, %13,8 (n:11) sadece hemşireden, %27,5 (n:22) sadece hekimden bilgi aldığı, %1,2'sinin (n:1) ise bilgi almadığı bulundu. Gül ve ark.'nın (2010) böbrek nakli yapılan hastalarda öz bakım gücünün değerlendirildiği çalışmalarında hastaların %78'inin (n:39) nakil öncesi bilgi aldığı bulunmuştur (184). Özşaker'in (2002) böbrek transplantasyonu olan hasta ve hasta yakınlarını yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği tez çalışmasında hastaların %65'inin (n:26) pre-op hastalık hakkında bilgi aldıkları bulunmuştur (186). Sağduyu ve ark.'nın (2006) hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumu incelediği çalışmada hastaların %73,4'ünün (n:21) nakil öncesi yeterli bilgilendirildiği bulunmuştur (188). Talas'ın (2002) böbrek transplantasyonu olan hastaların yaşadıkları güçlükleri belirlenmesi ile ilgili yaptığı tez çalışmasında, transplantasyona yönelik eğitim alanların %39,5'i hekimden, %60,5'i ise hemşireden

eğitim aldığını ifade etmiştir (189). Çalışmamızın bulgusu literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Bu durum transplantasyonda çalışan hemşirelerin eğitici rollerinde etkin olduklarını göstermektedir.

Hastaların ameliyat sonrası bakımları hakkında kimden bilgi aldıklarına baktığımızda %78,8'inin (n:63) hemşire ve hekimden aldıkları, %8,8 (n:7) sadece hemşireden, %11,2 (n:9) sadece hekimden bilgi aldığı, %1,2'sinin (n:1) ise bilgi almadığı bulundu. Özşaker'in (2002) böbrek transplantasyonu olan hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği tez çalışmasında hastaların %82,5'inin (n:33) post-op hastalık hakkında bilgi aldıkları bulunmuştur (186). Çalışmamızın bulgusu literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Hemşirenin en önemli görevi bakım ve takiptir, hasta merkezli çalışmada multidisipliner ekip içerisinde hemşirenin yeri ve önemi büyüktür.

7.2. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ SEMPTOM DEĞERLENDİRME FORMU BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Örnekleme oluşturan hastaların kronik böbrek yetmezliği hastalığı döneminde görülen semptomlara ilişkin değerlendirmede, hastaların büyük çoğunluğu %93,8'i (n:75) yorgunluk, %83,8'i (n:67) kramp, %78,8'i (n:63) bulantı, %80'i (n:64) iştahsızlık, %62,5'i (n:50) kusma, %82,5'i (n:66) kaşıntı, %81,2'si (n:65) susuzluk, %85'i (n:68) huzursuz bacak sendromu yaşadığını ifade etmektedir.

Erol'un (2010) diyaliz tedavisine başlamayan kronik böbrek yetmezliği hastaları ve hemodiyaliz tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması ile ilgili yaptığı tez çalışmasında, KBY ve HD hastalarında bazen aşırı yorgunluk ve nadiren kaşıntı, kramp semptomları, iştahsızlık, bulantı-kusma semptomları KBY hastalarında bazen; HD hastalarında nadiren görülmekte olduğunu vurgulamışlardır (190).

Uçan ve ark.'nın (2008) hemodiyaliz hastalarının yaşadıkları semptomlar ve yaptıkları girişimler ile ilgili çalışmalarında hastaların büyük bir çoğunluğu %69,1'inin susuzluk hissi, %42,6'sının yorgunluk, %20,6'sının kaşıntı, %7,4'ünün iştahsızlık, %23,5'inin eklem ağrısı, %5,9'unun bulantı yaşadığını saptamışlardır (191). Çalışmamızın bulgusu literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

Şahin'in (2009) kronik böbrek yetmezlikli hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, yorgunluğun hastalığa ilişkin özelliklerden hemodiyaliz tedavisi, böbrek yetmezliği 5.

Evresinde olma, başka bir kronik hastalık varlığı, hipertansiyon, düzensiz uyku, hastalıkla ilgili diyetle dikkat etmeme, günlük tüketilen sıvı miktarı, üre, hemoglobin, hematokrit miktarının yorgunluğu etkilediği bulunmuş ve hemşireler tarafından KBY'li hastalarda yorgunluk düzeyinin geçerli ve güvenilir ölçeklerle düzenli olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (192).

Molnar ve ark. (2007) diyaliz tedavisi alan hastalarda huzursuz bacak sendromu varlığı ile mortalite arasında ilişkinin var olduğunu saptamışlardır (193). Bağ ve ark.'nın (2008) hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmalarında, huzursuz bacak sendromunun yaşam kalitesi üzerine etkisi tespit edilmemiş, diyaliz hastalarında huzursuz bacak sendromunun sorgulanması ve tedavisinin yapılması alışlagelmiş bir uygulama haline gelmesi gerektiğini vurgulamışlardır (194). Çalışmamızın bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

7.3. KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ KLİNİK BULGU DEĞERLENDİRME FORMU BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Örnekleme oluşturan hastaların kronik böbrek yetmezliği hastalığı döneminde görülen klinik bulguya ilişkin değerlendirmede, hastaların büyük çoğunluğu %88,8'inin (n:71) hipokalsemi, %100'ü (n:80) anemi, hastaların yarısının %63,8'inin (n:51) lenfopeni, %83,8'inin (n:67) ödem, %68,8'inin (n:55) hipertansiyon, %86,2'sinin (n:69) libido azalması, %98,8'inin (n:79) hiperürisemi, %85'inin (n:68) kilo kaybı, %97,5'inin (n:78) noktüri, %26,2'sinin (n:21) infertilite yaşadığı bulundu.

(Süer 2011) Böbrek transplantasyonunun yaygınlaşması ile çocuk ve genç yaştaki hastalarda başarılı böbrek transplant uygulamaları sonrasında, fertil yaştaki transplante hasta grubunda gebelik istekleri ön plana çıkmıştır (195). (Kayacan ve ark. 1998) Klinik ve laboratuvar verileri uygun olan hastaların transplantasyondan sonra evlenmeleri, hamile kalmaları ve baba olmaları psikososyal rehabilitasyonlarına olumlu yönde katkıda bulunmakta ve kadın hastalarda böbrek fonksiyonları hamileliklerden olumsuz yönde etkilenmemektedir (196).

Akan (2003) transplantasyon sonrası dönemde normal hayatına devam etmek zorunda olan kadınların beden imgelerinin korunması ve aile hayatlarını sürdürebilmeleri açısından üreme fonksiyonlarını devam ettirmelerini desteklemesi hemşirelerin ekip

çalışması ve bütüncül bir yaklaşım anlayışı çerçevesinde gebelik planlayan kadınları bir sağlık ekibinin kontrolüne yönlendirmesi ve gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde anne, fetus ve yenidoğan sağlığının optimal düzeyde sürdürülmesi için gerekli desteği sağlaması gerektiğini vurgulamıştır (197).

Hipertansiyon kronik böbrek yetmezliğinde sık görülen klinik bulgudur ve böbrek yetmezliğinin altta yatan nedenlerinden birisidir. Seeman (2009) hipertansiyonun, renal transplantasyon sonrası çocuk hastalar ve yetişkinlerde ciddi ve yaygın komplikasyon olduğunu ve post-transplantasyon hipertansiyon prevalansının %60 ile %90 arasında olduğunu belirtmektedir (176).

Şahin ve ark.'nın (2009) böbrek transplantasyonu olmuş erkek hastalarda yaptığı çalışmalarında, hastaların %47,8'inin (n:22) erektil disfonksiyon yaşadığını, böbrek transplantasyonu sonrasında cinsel işlevlerde düzelme görüldüğünü ve transplantasyon öncesi hemodiyaliz süresinin uzun olması erektil disfonksiyon gelişimi açısından risk oluşturduğunu vurgulamışlardır (198).

Walraven ve ark.'nın (2010) kronik böbrek yetmezlikli hastalarda böbrek transplantasyonunun yararları üzerinde yaptıkları araştırmalarında, böbrek hastalığının temelinde DM ve HT geldiğini bulmuşlardır (187). Çalışmamızın bulguları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

7.4. NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ VE WHOQOL-BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLARININ, WHOQOL-BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALAN PUANLARININ DAĞILIMI İLE İLGİLİ BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmaya katılan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamaları 100 üzerinde $83,16 \pm 10,682$ olarak iyi seviyelerde saptanmış ve hastaların NHMÖ'nün alan puanları dağılımına baktığımızda en yüksek ($4,45 \pm 0,593$) memnuniyet oranının “**Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden**” ve “**Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından**” buna karşın

en düşük ($4,28 \pm 0,616$) memnuniyet oranının **“Hemşirelerin size ayırdığı süreden”** önermesi olduğu belirlendi.

Koç ve ark.’nın (2011) hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında, hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet puanı ortalaması $67,76 \pm 16,07$ ’dir. En yüksek memnuniyet **“Hemşirelerin mahrumiyetlerine gösterdikleri saygı”**, en düşük memnuniyet ise **“Hemşirelerin dinleme becerileri”** cevapları olmuştur (199).

Yürümezoğlu’nun (2007) yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin iş doyumları ve hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti üzerine yaptığı tez çalışmasında, hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamaları $108,76 \pm 33,37$ olarak saptanmıştır. Hastaların hemşirelik bakımından en çok memnun oldukları üç madde **“Hemşirelerin tedaviyi zamanında uygulamaları, mahremiyete saygı göstermeleri ve ağrıyı gidermeye çalışma olmuştur”** ve en az memnun olunan üç madde ise **“Bana ve aileme evde bakım ile ilgili bilgi vermeleri, sıkıntılı olduğunda konuşarak rahatlatmalarıdır”** cevapları olmuştur (200).

Geçkil ve ark.’nın (2008) hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada, hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamaları $68,11 \pm 16,26$ olarak saptanmıştır ve hemşirelik bakımına yönelik en yüksek düzeyde memnuniyet ifade ettikleri alanların, **“hemşirelerin mahremiyete gösterdikleri saygı, işlerindeki becerileri ve serviste hastalara tanınan serbestlik miktarı”** olduğu, bakımdan en düşük düzeyde memnuniyet ifade ettikleri alanların ise **“hemşirelerin hastaların endişe ve korkularını dinleme biçimi, hastaları evlerindeymiş gibi hissettirme ve hastaların akraba ve arkadaşlarını rahatlatma biçimi”** olduğu görülmüştür (201).

Tan’ın (2006) cerrahi hastalar üzerinde yaptığı tez çalışmasında, hastaların memnuniyet düzeyi ortalamasının $87,77 \pm 12,96$ olduğu belirlenmiş ve en yüksek ($4,54 \pm 0,66$) memnuniyet oranının **“hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan”**, buna karşın en düşük ($4,25 \pm 0,80$) memnuniyet oranının **“hemşirelerin size durumunuz ve tedavinizle ilgili yeterli bilgi vermelerinden”** olduğu bulunmuştur (202). Çalışmamızdaki sonuçlar diğer sonuçlar ile paralellik göstermektedir.

Buna karşın, Büyükyörük ve ark.’nın (2010) hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet ortalamalarının $67,96 \pm 12,57$ olduğu, hemşirelik bakım parametreleri değerlendirildiğinde en yüksek puanı $3,84 \pm 0,890$ **“hemşirelerin kendilerine ayırdıkları zaman miktarından”**. en düşük puanı ise

3,45±0,925 “**hemşirelerin akraba ve arkadaşlarını rahatlatma biçiminden**” aldıkları belirlenmiştir (203). Uzun’un (2009) mastektomi ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamaları 55,18±15,14 olarak saptanmış ve hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeğinde; en yüksek puanın (3,63±0.901) “**serviste size tanınan serbestliğin miktarından**”, en düşük puanın “**Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliği**” önermesi olduğu belirlenmiş olup çalışmamızın sonuçları ile uyuşmamaktadır (204).

Hasta memnuniyeti, hemşirelik hizmetlerinin kalitesi hakkında fikir veren önemli bir göstergedir. Küçük’ün (2008) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu ve hizmet doyumunu sağlayamadıkları yani memnuniyetsiz oldukları, sunulan hizmetlerden doyumunun sağlanabilmesi için hemodiyaliz hemşirelerine yönelik hizmet içi eğitimin verilmesi gerektiği, hastaların da hemodiyaliz işlemi hakkında yeterli bilgilendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (169).

Pehlivan ve ark.’nın (2007) hemodiyaliz hastalarının verilen bakımdan memnun olma durumları üzerinde yaptığı çalışmada özel kurumda tedavi görenlerin daha memnun olduğu bulunmuştur (167).

Aksakal ve ark.’nın (2008) jinekoloji servisinde hemşirelik hizmetlerinde memnuniyetin değerlendirilmesi ile ilgili yaptıkları çalışmada hastaların bakımda sürekliliğin sağlanması, güven ortamı oluşturulması, yakınlarına yaklaşım ile ilgili hemşirelik hizmetlerinden memnun oldukları, hastaların eğitim durumunun memnuniyeti etkilediği belirtilmiştir (205).

Yılmaz (2001), hasta memnuniyetinin, genel anlamda verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılama olduğunu vurgulamıştır (168).

Geçkil ve ark. (2008), hasta memnuniyeti düzeyinin yükseltilmesi için, tüm memnuniyet konularının hemşirelerle tartışılması, hemşirelik bilgi ve becerilerinin geliştirilmesine yönelik hizmet içi eğitim programlarının planlanması gerektiğini vurgulamıştır (201).

Hacıhasanoğlu ve ark. (2011), hastanede yatan hastaların bazı sosyodemografik özelliklerinin hasta memnuniyetini etkilediği, hemşirelerin hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin farkında olması ile hemşirelik bakımını ve bakım kalitesini olumlu yönde geliştirebileceğini ifade etmişlerdir (206).

Ertem ve ark. (2007), standart hemşirelik bakımının hasta memnuniyetini yükselttiği ve hedeflenen sonuç kriterlere ulaşmada etkin olduğunu saptamışlardır (207).

Böbrek transplantasyonu, son dönem böbrek yetmezliklerinde hastaların yaşam sürelerinin uzaması, yaşam kalitesinin yükselmesi ve tedavi maliyetinin azalması bakımından hemodiyalizden üstün bir tedavi yöntemidir.

Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek puanı **(15,43±2,102) Ruhsal Alandan**, en düşük puanı **(14,37±1,810) ise Bedensel Alandan** aldıkları saptandı..

Karabilgin'nin (2001) 15–49 yaş arası kadınlarda yaptığı tez çalışmasında, hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek puanı **(10,48±2,41) Ruhsal Alandan**, en düşük puanı **(8,5±2,45) ile Ulusal Çevre Alanından (TR)** aldıkları saptanmıştır (208). Çalışmamızdaki bulgu yapılan araştırmalara paralellik göstermektedir.

Ateş'in (2009) ev kadınları üzerinde yaptığı tez çalışmasında, yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde en yüksek puanı **(15,18±2,17) Bedensel Alandan**, en düşük puanı **(10,5±2,51) ile Sosyal Alandan** aldıkları saptanmıştır (209). Çalışmamızdan elde edilen bulgular ile uyuşmamaktadır.

Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi, bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal sağlığına yönelik görüşleridir. Başarılı bir böbrek transplantasyonu yaşam kalitesini arttırmaktadır. Transplantasyondan sonra yaşam kalitesini düşüren etkenler belirlenebilirse, sağlık profesyonelleri yaşam kalitesini iyileştirmek için gerekli stratejileri belirleyebilir ve gerekli girişimlerde bulunabilir. Gökçe'nin (2010) RRT alan hastalarda yaptığı çalışmasında; sağlık hizmetleri sağlayıcılarının RRT tedavisi alan hastalarda yaşam kalitesini iyileştirecek önlemler alması gerektiğini vurgulamıştır (183). Akyol (1992), hemodiyaliz hastalarının fiziksel ve psikolojik iyilik halinin bozulmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmektedir (210). Galan ve ark. (2009), böbrek transplantasyonlu hastaların sağlıktan memnuniyetlerinin diyaliz hastalarına göre daha iyi olduğunu vurgulamaktadır (179).

Acaray ve ark.'nın (2004) kronik hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların yaşam kalitelerini oldukça düşük algıladıkları, hastalık ve diyaliz süresi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğünü belirtmişlerdir (7).

Kıvrak'ın (2008) diyaliz ve renal transplantasyon hastaları üzerinde yaptığı tez çalışmasında, hastaların beden imaj algısının kişilerarası ilişkilerini etkilediği, sosyal fizik kaygısı en az olan grubun diyaliz hastaları olduğu, renal transplantasyon hastalarının beden imaj algısının güçlü olduğu tespit edilmiş ve hastalara tedaviye alınmadan önce olası beden imaj değişiklikleri hakkında bilgilendirici bir eğitim verilmesi gerektiğini vurgulamıştır (211).

Erol'un (2010) diyaliz tedavisine başlanmayan kronik böbrek yetmezliği hastaları ve hemodiyaliz tedavisi olan hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması ile ilgili yaptığı tez çalışmasında, diyaliz tedavisinde olmayan KBY ve HD tedavisinde olan hastalarda yaşam kalitelerinin düşük olarak tespit edilmiştir. Ancak aralarında karşılaştırma yapıldığında KBY hastaların yaşam kalitesi diğer gruba göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (190).

Koçer'in (2006) hemodiyaliz ve periton diyaliz tedavisi gören kronik böbrek yetmezlikli hastalar üzerinde yaptığı tez çalışmasında, her iki hasta grubunun yaşam kaliteleri arasında fark olmadığı bulunmuş ve HD ve PD hastalarının her yaş grubunda özellikle ileri yaşlarda yaşam kalitesini yükseltmek için hemşirelik bakımının artırılması gerektiği vurgulanmıştır (212).

Gürcani'nin (2008) böbrek transplantasyonu yapılmış hastalarda yaptığı tez çalışmasında, hastalara verilen eğitim sonrasında hastaların yaşam kalitesi ve tedaviye uyumlarında artma olduğu bulunmuş ve sağlık ekibi tarafından hastalara sürekli eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmesi gerektiğini vurgulamıştır (178).

7.5. NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ VE WHOQOL-BREF (TR) YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KISA FORMU TOPLAM PUANLARININ DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmamıza katılan hastaların NHMÖ madde-toplam puanı ve WHOQOL-BREF (TR) Alan puanlarının yaş ile korelasyonunda, NHMÖ madde-toplam puanı ile yaş arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Geçkil ve ark.'nın (2008) hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin yaşa göre istatistiksel olarak önemli bir farklılık göstermediği saptanmıştır (201). Büyükyörük ve ark.'nın (2010) hastalar üzerinde yaptıkları araştırmada, hastaların yaşlarına göre hemşirelik bakımından memnuniyetleri istatistiksel olarak değerlendirildiğinde aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır (203). Özlü'nün (2006) hastalar üzerinde yaptığı tez çalışmasında, hastaların yaş gruplarına göre hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması istatistiksel olarak çok önemli bulunmuştur (213). Tan'nın (2006) hastalar üzerinde yaptığı tez çalışmasında, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (202). Turan'nın (2006) kemoterapi uygulayan hemşireler ve kemoterapi alan hastalar üzerinde yaptığı tez çalışmasında, hemşirelerin yaşlarına göre hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (214). Çalışmamızın bulguları, literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedensel Alan, Ruhsal Alan, Sosyal İlişkiler Alanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p<0,05$), Çevre Alanı ve Ulusal Çevre Alanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Duran'ın (2009) çocuk hemotoloji hastaları ve anneleri üzerinde yaptığı tez çalışmasında, annelerin yaş grupları arasında WHOQL-BREF skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (215). Acaray ve ark.'nın (2004) kronik hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı araştırmada, yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş arttıkça tüm yaşam kalitesi alan puanlarının düştüğü, yaş ile fonksiyonel durum anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (7). Tüzün'ün (2006) çalışmasında ise yaş grubu ilerledikçe, Fiziksel Sağlık Alan puanları azalmıştır (216). Perim'in (2007)

tez çalışmasında yaş ortalaması azaldıkça, Fiziksel Alan ve Psikolojik Alanın daha iyi olarak değerlendirildiği, Sosyal İlişkiler ve Çevresel Alan değerlendirilmesinde ise fark olmadığı ortaya çıkmıştır (217). Özşaker'in (2002) böbrek transplantasyonu olan hastalarının ve yakınlarının yaşam kalitesini değerlendirdiği tez çalışmasında, hasta, hasta yakını ve kontrol grubunun, yaş grupları ile WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (186). Çalışmamızın bulguları, literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların NHMÖ puan ortalamaları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, kadın hastalarda $80,64 \pm 10,981$, erkek hastalarda $85,23 \pm 10,090$ olarak bulundu. Hastaların cinsiyetlere göre NHMÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) ve erkeklerde daha yüksek bulundu. Yürümezoğlu'nun (2007) tez çalışmasında, hastaların cinsiyetlerine göre hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (200). Çalışmamız bulguları, literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir. Diğer taraftan; Geçkil ve ark. (2008), Uzun (2009), Turan (2006), Büyükyörük ve ark. (2010), Özlü (2006), Tan (2006) çalışmalarında ise cinsiyete göre hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (201, 204, 214, 203, 213, 202).

Hastaların WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puan ortalamaları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan hastaların Bedensel Alan, Çevre Alanı ve Ulusal Çevre Alanı (TR) puan ortalamaları arasındaki fark kadın ve erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p > 0,01$), Ruhsal Alan ve Sosyal İlişkiler Alanı puan ortalamaları cinsiyete göre değerlendirildiğinde fark istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,01$) ve erkeklerde daha yüksek bulundu. Özşaker'in (2002) böbrek transplantasyonu olan hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi üzerine yaptığı tez çalışmasında, hasta yakını grubunda WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puan ortalamaları cinsiyete göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (186). Tüzün'ün (2006) tez çalışmasında, kadınlarda Fiziksel Sağlık Alanı ve Çevre Alanı puanları erkeklerle göre daha düşük, Ruhsal Alanda ise daha yüksektir. Cinsiyet ile bu üç alan arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (216).

Hastaların NHMÖ puan ortalamaları medeni duruma göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,01$). Literatüre bakıldığında; Tan (2006), Turan (2006), Büyükyörük ve ark. (2010), Uzun (2009)' un yaptıkları çalışmalarda medeni

durum ile NHMÖ düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığına dair sonuçlara ulaşılmıştır (202, 214, 203, 204). Çalışmamızın bulguları bu sonuçlara benzerlik göstermektedir.

WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puanları medeni duruma göre değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,01$). Perim'in (2007) hemşireler üzerinde yaptığı tez çalışmasında, medeni durumu bekar olan hemşirelerin, Sosyal İlişkiler ve Çevresel Alanda daha iyi olduğu, Fiziksel Alan ve Psikolojik Alan değerlendirilmesinde ise evli ve bekar hemşireler arasında fark olmadığı ortaya çıkmıştır. (217). Çalışmamızın bulguları, literatür bulguları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların NHMÖ puan ortalamaları eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). İçyeroğlu ve ark.'nın (2011) hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi ile ilgili yaptıkları çalışmada, hastaların eğitim durumu ile hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı tespit edilmiştir (218). Uzun'un (2009) hastalar üzerinde yaptığı tez çalışmasında, hastaların eğitim durumunun hemşirelik bakımında memnuniyetine etkisi incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (204). Tan'nın (2006) cerrahi hastalar üzerinde yaptığı tez çalışmasında, eğitim durumu ile hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı fark görülmemiştir (202). Çalışmamızın bulguları literatür sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Diğer taraftan; Yürümezoğlu (2007), Özlü (2006), Büyükyörük (2010), Geçkil ve ark. (2008)'nin yaptığı çalışmalarda ise hastaların eğitim durumları ile hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (200, 213, 203, 201).

Hastaların WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puan ortalamaları eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde Sosyal İlişkiler Alanı ve Çevre Alanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Buna karşın Bedensel Alanda okur yazar olmayanlar ile ortaokul, lise, üniversite mezunları arasında, Ruhsal Alanda okur yazar olmayanlar ile lise mezunları arasında, Ulusal Çevre Alanında (TR) ortaokul ile üniversite mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Buna göre eğitim seviyesi yüksek hastaların yaşam kalitesi daha yüksek bulundu. Perim'in (2007) hemşireler üzerinde yaptığı tez çalışmasında, eğitim seviyesi yükseldikçe, Fiziksel ve Ruhsal Alan daha iyi olarak değerlendirilmiş, Sosyal İlişkiler ve Çevresel Alanda ise fark

olmadığı ortaya çıkmıştır ve çalışmamız sonucunu desteklemektedir. Karabilgin'in (2001) 15–49 yaş kadınlarda depresyon prevalansı ve yaşam kalitesini değerlendirdiği tez çalışmasında, araştırmaya katılan kadınların eğitim durumları WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedensel Alan ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, Ruhsal Alan, Sosyal İlişkiler Alanı, Çevre Alanı ve Ulusal Çevre (TR) Alanı ortalama puanları eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (208). Çalışmamızın sonuçları literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların çalışma durumları ile NHMÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Uzun'un (2009) hastalar üzerinde yaptığı tez çalışmasında, hastaların mesleki durumlarının hemşirelik bakımında memnuniyetine etkisi incelendiğinde istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (204). Çalışmamızın bulguları literatür sonuçlarına benzerlik göstermektedir.

Hastaların çalışma durumlarına göre WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puan ortalamalarına bakıldığında, Bedensel Alan ile çalışma durumu arasındaki istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) buna karşın Ruhsal Alan, Sosyal İlişkiler Alanı, Çevre Alanı ve Ulusal Çevre Alanı (TR) ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) ve çalışan hastaların yaşam kalitesi Ruhsal, Sosyal İlişkiler, Çevre ve Ulusal Çevre (TR) Alanında çalışmayan hastalara göre daha yüksek bulundu. Özşaker'in (2002) böbrek transplantasyonu olan hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi üzerine yaptığı tez çalışmasında, hasta grubunda WHOQOL-BREF (TR) yaşam kalitesi ölçeği alan puan ortalamaları ile çalışma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Karabilgin'in (2001) 15–49 yaş kadınlarda depresyon prevalansı ve yaşam kalitesini değerlendirdiği tez çalışmasında, araştırmaya katılan hastaların WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştı (208). Çalışmamızın bulguları literatür sonuçlarına paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların aylık gelir durumu ile NHMÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Özlü'nün (2006) cerrahi hastaları üzerinde yaptığı tez çalışmasında, hastaların ekonomik durumunun hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini etkilemediği saptanmıştır (213). Çalışmamızın bulguları literatür sonuçlarına benzerlik göstermektedir.

Hastaların aylık gelir durumuna göre WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puan ortalamalarına bakıldığında, Bedensel Alan, Sosyal İlişkiler Alanı ile aylık gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), buna karşın Ruhsal Alanda aylık gelir durumu iyi ile kötü, orta ile kötü olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p>0,05$) ve aylık gelir durumu iyi olanların yaşam kalitesi daha yüksek bulundu. Çevre Alanı ve Ulusal Çevre (TR) Alanında gelir durumu çok iyi ve kötü, iyi ve kötü, orta ve kötü olanlar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulundu ve gelir durumu çok iyi olan hastaların yaşam kalitesi daha yüksek bulundu. Karabilgin'in (2001) 15–49 yaş kadınlarda depresyon prevalansı ve yaşam kalitesini değerlendirdiği tez çalışmasında, araştırmaya katılan kadınların aylık net gelir ortalamaları ile WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alanlarında aldıkları ortalama puanlar açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır (208).

Hastaların NHMÖ puanları böbrek hastalığı dışındaki diğer hastalıkların puanları ile karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). İçyeroğlu ve ark.'nın (2011) hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi ile ilgili yaptıkları çalışmada, hastaların kronik hastalık varlığı durumu hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamıştır (218).

WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puanlarının böbrek hastalığı dışında başka hastalığa sahip olma durumları karşılaştırıldı. Bedensel Alan puanı ile böbrek hastalığı dışında başka hastalığa sahip olma durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Buna karşın Ruhsal Alan, Sosyal İlişkiler Alanı, Çevre Alanı ve Ulusal Çevre Alan (TR) puanları ile böbrek hastalığı dışında başka hastalığa sahip olma durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) ve başka hastalığı olmayanlar, olanlar ile karşılaştırıldığında yaşam kalitesi daha yüksek bulundu. Özşaker'in (2002) böbrek transplantasyonu olan hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi üzerine yaptığı tez çalışmasında, hasta grubunda WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puan ortalamaları ile hastalık görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (186). Tüzün'ün (2006) tez çalışmasında, kronik hastalık varlığının tüm alanda anlamlı farklılık gösterdiğini bulmuştur (216). Ören'in (2010) hemodiyaliz ve periton diyalizi olan hastalar üzerinde yaptığı tez çalışmasında, yaşam kalitesi ek hastalığa sahip olanlarda daha fazla etkilenmiştir (219).

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bilgiler ışığında böbrek transplantasyonu yapılan hastaların büyük bir kısmının böbrek hastalığı dışında kronik hastalığa sahip oldukları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği, çalışmada nedenlerine bakıldığında hastalık varlığının ön planda olduğu ve çalışan, iş ve mesleğinde aktif olan hastaların yaşam kaliteleri daha yüksek olduğu görüldü.

8. SONUÇ

Böbrek transplantasyonu yapılan hastaların bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla İstanbul ilinde yer alan A grubu bir özel hastanenin transplantasyon cerrahi servis kliniğinde yatan 80 hastanın katılımıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Tanılama Formu, Kronik Böbrek Yetmezliği Semptom Değerlendirme Formu, Kronik Böbrek Yetmezliği Klinik Bulgu Değerlendirme Formu, DSÖ tarafından geliştirilen, Fidaner ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilip, geçerlilik, güvenirlik çalışması yapılan WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği, Akın ve Erdoğan tarafından Türk toplumu için geçerlilik, güvenirlik çalışması yapılan Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (NHMÖ) kullanıldı.

- Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $41,70 \pm 13,690$ (yaş aralığı:20–66) bulundu.
- Hastaların büyük çoğunluğunu erkekler (%55) oluşturmaktadır.
- Hastaların büyük çoğunluğu (%75) evli ve aile içindeki durumu ebeveynidir (anne ve baba %70).
- Hastaların büyük çoğunluğu neredeyse tamamı (%92,5) şehirde yaşamaktadır.
- Hastaların yarısından fazlası (%64) ekonomik durumlarını orta düzey olarak tarif ederken; sadece %2,5' i çok iyi olarak tarif etmektedir.
- Hastaların öğrenim düzeylerine bakıldığında en fazla ilkokul mezunu (%30) olduğu bulundu.
- Hastaların çalışma durumlarına baktığımızda çok az (%16,2) kişinin çalıştığı, %83,8'inin ise ev kadını, öğrenci, emekli, iş bulamama gibi nedenlerden dolayı çalışmadıkları, çalışmama sebebinin ise %30'unun hastalık etmenine bağlı olduğu bulundu.
- Hastaların çoğunluğu (%73,8) ailelerinde böbrek yetmezliği hastalığı olan kişi olmadığını ifade ettiler.
- Hastaların çoğunluğunun (%72,5) böbrek hastalığı dışında başka hastalığa sahip olduğu, hastaların %71,2'sinde DM ve HT hastalığı mevcut olduğu bulundu.
- Hastaların neredeyse tamamının (%98,8) bakımı ile ilgilenen kişilerin olduğu, en çok eşlerin (%57,5) bakımdan sorumlu oldukları bulundu.

- Hastaların yarısından fazlası (%57,5) ameliyat öncesi, büyük çoğunluğu da (%78,8) ameliyat sonrası bakımları hakkındaki bilgiyi hekim ve hemşireden aldıklarını ifade ettiler.
- Hastalar kronik böbrek yetmezliği hastalığı boyunca; konuşma bozukluğu (%60), baş ağrısı (%86,2), sersemlik (%76,2), irritabilite (%82,5), kramp (%83,8), yorgunluk (%93,8), huzursuz bacak sendromu (%85), bulantı (%78,8), iştahsızlık (%80), kusma (%62,5), kaşıntı (%82,5), kuru deri (%88,5), susuzluk (%81,2) semptomları yaşadıklarını ifade ettiler.
- Hastalarda kronik böbrek yetmezliği hastalığı boyunca; hipokalsemi (%88,8), hiperpotasemi (%51,2), anemi (%100), lenfopeni (%63,8), gecikmiş yara iyileşmesi (%56,2), yarısında ekimoz (%50), ödem (%83,8), hipertansiyon (%68,8), libido azalması (%86,2), neredeyse tamamı hiperürisemi (%98,8), kilo kaybı (% 85), noktüri (% 97,5) klinik bulgusu mevcuttur.
- Hastaların NHMÖ toplam puan ortalaması $83,16 \pm 10,682$ ve en yüksek ($4,45 \pm 0,593$) memnuniyet oranının “**Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden**” ve “**Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından**” buna karşın en düşük ($4,28 \pm 0,616$) memnuniyet oranının “**Hemşirelerin size ayırdığı süreden**” önermesi olduğu belirlendi.
- Hastaların WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan toplam puan ortalaması $73,69 \pm 9,151$, hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puanların ortalamaları ve standart sapmaları incelendiğinde ise en yüksek puanı ($15,43 \pm 2,102$) **Ruhsal Alandan**, en düşük puanı ($14,37 \pm 1,810$) ise **Bedensel Alandan** aldıkları bulundu ve hastaların en yüksek yaşam kalitesi puanını 27. sorudan ($4,30 \pm 0,947$); en düşük yaşam kalitesi puanını ise 14. sorudan ($2,38 \pm 0,603$) aldıkları saptandı.
- NHMÖ puan ortalamalarını; cinsiyet etkilerken ($p < 0,05$); diğer değişkenlerin (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu, böbrek hastalığı dışında başka hastalık varlığı, aile içindeki durumu, bakımı ile ilgilenen kişi varlığı) etkilemediği belirlendi ($p > 0,05$).
- WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puanlarının ve NHMÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

- WHOQOL–BREF (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Alan puan ortalamaları değişkenlere göre değerlendirildiğinde, **yaş**; Bedensel Alan, Ruhsal Alan, Sosyal İlişkiler Alanını etkilerken ($p<0,05$), Çevresel Alan ve Ulusal Çevre (TR) Alanını ise etkilememektedir ($p>0,05$). **Cinsiyet**; Ruhsal Alan ve Sosyal İlişkiler Alanını etkilerken ($p<0,05$), Bedensel Alan, Çevresel Alan, Ulusal Çevre (TR) Alanını ise etkilememektedir ($p>0,05$). **Medeni durum**; hiçbir alanı etkilememektedir ($p>0,05$). **Eğitim durumu**; Bedensel Alan, Ruhsal Alan ve Ulusal Çevre (TR) Alanını etkilerken ($p<0,05$), Sosyal İlişkiler Alanı ve Çevre Alanını ise etkilememektedir ($p>0,05$). **Çalışma durumu, Bakım ile ilgilenen kişi varlığı**; Bedensel Alanı etkilerken ($p<0,05$), diğer alanları etkilememektedir ($p>0,05$). **Aylık gelir durumu**; Ruhsal Alan, Çevre Alanı ve Ulusal Çevre (TR) Alanını etkilerken ($p<0,05$), Bedensel Alan ve Sosyal İlişkiler Alanını etkilememektedir ($p>0,05$). **Başka hastalık varlığı durumu**; Bedensel Alanı etkilemezken ($p>0,05$), diğer alanları etkilemektedir ($p<0,05$). **Aile içindeki durumu**; Bedensel Alan, Ruhsal Alan, Sosyal İlişkiler Alanını etkilerken ($p<0,05$), Çevre Alanı ve Ulusal Çevre (TR) Alanını etkilemediği ($p>0,05$) belirlendi.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir;

- Birimde çalışan hemşirelerin; transplante hastaların bakım gereksinimlerinin farkında olmaları, hastaların sağlıklarına kavuşmasında ve bu sağlığı devam ettirmesinde hemşirelik girişimlerini sistematik bir şekilde uygulamaları önerilmektedir.
- Çalışmamızın sonuçlarına göre; hastaların eğitim durumu yaşam kalitelerini etkilemektedir. Bu nedenle, sağlık ekibi tarafından hastalara sürekli eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmesi, bu amaçla transplantasyon ünitesinde görev yapacak eğitim hemşirelerinin yetiştirilmesi önerilmektedir.
- Hastaların böbrek hastalığı dışında başka bir kronik hastalığa sahip olmaları yaşam kalitelerini etkilemektedir. Bu nedenle toplumumuzda kronik hastalıklarda tedaviye uyum değerlendirmeleri ve gerektiği şekilde desteklenmelidir.
- Çalışan hastaların yaşam kaliteleri daha iyi bulunmuştur. Bu nedenle böbrek transplantasyonu sayesinde diyaliz tedavisi ve ağır zorluklardan kurtulan hastalara sosyal güvenlik kurumları tıbbi engeli olmayanların işgücüne katılmaları ve işe yerleştirilmeleri için desteklenmelidir.

- Çalışmamızda hastaların hemşirelerin kendilerine verdikleri bakımdan memnun oldukları sonucu çıkmıştır. En düşük puanın hemşirelerin kendilerine ayırdıkları zaman miktarından olduğu bulundu. Bu nedenle daha kaliteli hasta bakımı için kurumların kliniklerdeki hemşire sayılarını ideal olan hemşire/hasta oranına göre belirlemesi ve uygulaması.
- Çalışmamızda hastaların kronik böbrek yetmezliği hastalığı boyunca birçok semptom ve zorluk yaşadıkları bulundu. Bu nedenle, KBY'li hastalara hastalıkları süresince yaşayacakları semptom ve bulgular konusunda eğitim verilmesi ve tedavi edilmesi önerilebilir.

9. TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca her aşamada bana rehberlik eden ve her türlü desteğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Çavlan ÇİFTÇİ'ye, bana kıymetli zamanını ayıran, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, desteğini esirgemeyen, kişisel ve mesleki gelişimime büyük katkısı olan, örnek aldığım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Zehra DURNA'ya ve istatistiksel çalışmalarında önemli katkıları olan Sayın Onur MENDİ'ye saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

Tez çalışmam boyunca bana her konuda destek, yardım ve özverisini esirgemeyen canım anneme, babama, aileme, çalışma hayatımda bana yardımcı olan ve sabır gösteren iş arkadaşlarıma, Nefroloji ile ilgili tüm konularda bana yardımcı olan Nefrolog Dr. Oktay ÖZKAN'a, araştırmamı yürüttüğüm hastanenin Başhekimisi Prof. Dr. Selim AKSÖYEK'e, Böbrek Transplantasyonu Kliniğinde engin bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve yardımcı olan Prof. Dr. Alaattin YILDIZ ve Prof. Dr. Muzaffer SARIYAR ve Hemşire meslektaşlarıma, Başhemşirem Uzm. Hemş. Gülay YEŞİLTEPE KAÇAR'a ve yaşamımdaki tüm zorlukları sabırla üstlenerek hayatıma destek olan ve anlam katan sevgili eşim Mehmet Murat ATEŞ'e sonsuz teşekkür ederim.

10. KAYNAKLAR

1. Yalçın AU. ve Akpolat T. Kronik Böbrek Yetmezliği. www.tsn.org.tr. Erişim Tarihi: 14. 02.2011.
2. Levy J. Morgan J ve Brown E. Oxford Diyaliz El Kitabı. Çev. Ed.: İ. Uslan. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2004.
3. Utaş C. Diyaliz Uygulamalarında Maaliyet Analizi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2007, 16 (2): 73–76.
4. Serdengeçti K. Süleymanlar G. Altıparmak MR. ve Seyahi N. Türkiye’ de Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon. Registry 2009. İstanbul, Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2010. www.tsn.org.tr. Erişim Tarihi: 01.03.2011.
5. Özgür B. Kürşat S. Ve Aydemir Ö. Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergis/Official Journal of the Turkish Society of Nephrology*. 2003, 12 (2): 113–116.
6. Serdengeçti K. Süleymanlar G. Altıparmak MR. ve Seyahi N. Türkiye’ de Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon. Registry 2008. İstanbul, Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2009. www.tsn.org.tr. Erişim Tarihi: 01.03.2011.
7. Acaray A. ve Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2004, 8 (1): 1-11.
8. Bağ E. “Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Öz Yeterliliğin Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Sivas, 2007.
9. McIntyre, C. W. Ve Burton, J. O. Diyaliz. ABC Serisi Böbrek Hastalıkları. Ed.: D. Goldsmith, S. Jayawardene ve P. Ackland. Çev. Ed.: MD. Aylı, MN. İlman. Çev.: B. Canbakan. Ankara, Atlas Kitapçılık, 2009.
10. Süleymanlar G, Seyahi N, Altıparmak MR ve Serdengeçti K. Türkiye’ de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 Yılı Rapor Özeti. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2011, 20 (1): 1-6.
11. Serdengeçti K. Türk Nefroloji Derneği ve Dünya Böbrek Günü. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2010, 19 (1): 1–2.

12. He M ve Taylor J. Renal Transplantasyon. ABC Serisi Böbrek Hastalıkları. Ed.: D. Goldsmith, S. Jayawardene ve P. Ackland. Çev. Ed.: MD. Aylı, MN. İlman. Çev.: B. Canbakan. Ankara, Atlas Kitapçılık, 2009.
13. 25 Facts About Organ Donation and Transplantation, www.kidney.org/news/newsroom/fs_new/25factsorgdon&trans.cfm. 15.09.2011. Erişim Tarihi: 19.09.2011.
14. Murphy K. Böbrek Naklinin Psikiyatrik Boyutları. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: GM. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: S. İpekçi ve S. Birsöz. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
15. Birol L. Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2007.
16. Gürkan A. Organ Transplantasyonu ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelik Forumu*. 1998, 4 (1): 178–182.
17. Şelimen D. Böbrek Naklinde Bakım Yaklaşımları. www.denselimen.com.tr. Erişim Tarihi: 29.09.2011.
18. Tanrıverdi MH, Karadağ K ve Hatipoğlu EŞ. Kronik Böbrek Yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2010, 2 (2): 27-32.
19. Türkiye’ de Kronik Böbrek Hastalığı ve Diyabet Sorunlarının Boyutu. *Renaliz*. Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı. 2010, 12 (36): 4–5. www.anadolubv.org.tr. Erişim Tarihi: 10.05.2011.
20. Conchol M ve Spiegel DM. Kronik Böbrek Yetmezlikli Hasta. Nefroloji El Kitabı. Ed.: R. W. Schrier, Çev. Ed.: G. Süleymanlar. Çev.: A. Yavuz. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007.
21. Kadiroğlu AK, Şit D, Yılmaz ME. Kronik Böbrek Hastalığında Tanı ve Tedavi İle Kardiyovasküler Hastalık ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2008, 17 (1): 1–9.
22. Kossi ME, Bello AK, Hamer R ve Nahas AME. Kronik Böbrek Hastalığı – İlerlemenin ve Kardiyovasküler Komplikasyonların Önlenmesi ABC Serisi Böbrek Hastalıkları. Ed.: D. Goldsmith, S. Jayawardene ve P. Ackland. Çev. Ed.: MD. Aylı, MN. İlman. Çev.: A. Azak, M. D. Aylı. Ankara, Atlas Kitapçılık, 2009.
23. Sever MŞ. Türkiye’ de Böbrek Transplantasyonu Sorunları ve Çözüm Önerileri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2008, 17 (1): 3–8.

24. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, Ecder T, Yılmaz ME, Çamsarı T, Başçı A, Odabaş AR ve Serdengeçti K. A Population–Based Survey Of Chronic Renal Disease in Turkey–The CREDIT Study. *Nephrol Dial Transplant*. 2011, 26: 1862–1871.
25. Llach D. Kronik Böbrek Yetmezliği. Nefroloji ve Hipertansiyon El Kitabı. Ed: C. Craig Tisher. Çev.: D. Çukran, Wilcox, C. S. ve Tisher, C. C. Çev. Ed.: R. Kazancıoğlu. Türk Nefroloji Derneği. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2008.
26. Ereğ E, Süleymanlar G, Serdengeçti K, Altıparmak MR ve Seyahi N. Türkiye’ de Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon. Registry 2005. İstanbul, Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2006. www.tsn.org.tr. Erişim Tarihi: 01.03.2011.
27. Ereğ E, Süleymanlar G, Serdengeçti K, Altıparmak MR, Sifil A ve Seyahi N. Türkiye’ de Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon. Registry 2006. İstanbul, Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2007. www.tsn.org.tr. Erişim Tarihi: 01.03.2011.
28. Ereğ E, Süleymanlar G, Serdengeçti K, Altıparmak MR, Seyahi N ve Sifil A. Türkiye’ de Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon. Registry 2007. İstanbul, Türk Nefroloji Derneği Yayınları. 2008. www.tsn.org.tr. Erişim Tarihi: 01.03.2011.
29. Burden R ve Tomson C. Kronik Böbrek Hastalığının Taranması ve Erken Müdahalesi. ABC Serisi Böbrek Hastalıkları. Ed.: D. Goldsmith, S. Jayawardene, P. Ackland. Çev. Ed.: MD. Aylı, MN. İlman. Çev.: A. Azak, M. D. Aylı. Ankara, Atlas Kitapçılık, 2009
30. Yenicesu M, Eyileten T, Yılmaz İ. Kronik Böbrek Hastalığı Anemisi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2005, 14 (2): 51–56.
31. Demir E, Erken U. Böbrek Nakli Alıcılarında Görülen İstenmeyen Ürolojik Yan Etkiler ve Hastalıkların Tedavisi. *Türk Üroloji Dergisi*. 2005, 31 (3): 427-431.
32. Sezer S, Külah E, Özdemir FN. Hipertansiyonun Renal Komplikasyonlar ve Böbrek Hastalığının Progresyonundaki Rolü. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2003, 12 (2): 67–73.
33. Coldstream F ve Sheerin NS. Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastaların Konservatif (‘ Nondiyalitik’) Tedavisi. ABC Serisi Böbrek Hastalıkları. Ed.: D. Goldsmith, S. Jayawardene, P. Ackland. Çev. Ed.: MD. Aylı, MN. İlman. Çev.: B. Canbakan, Ankara, Atlas Kitapçılık, 2009.
34. Spiegel DM. Böbrek Replasman Tedavisi: Diyaliz. Nefroloji El Kitabı. Ed.: R. W. Schrier. Çev. Ed.: G. Süleymanlar. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007.

35. Goodman WG ve Danovitch GM. Son Evre Böbrek Hastalarında Seçenekler. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: G. M. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: A. Ersoy, M. Yurtkuran. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
36. UK Renal Registry (2010). UK Renal Registry December 2010. <http://www.renalreg.com>. Erişim Tarihi: 10.05.2011.
37. Ross EA ve Caruso JM. Hemodiyaliz ve Sürekli Tedaviler. Nefroloji ve Hipertansiyon El Kitabı, Çev.: V. Çelik, Wilcox, C. S. ve Tisher, C. C. Çev. Ed.: R. Kazancıoğlu. Türk Nefroloji Derneği. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2008.
38. Sağlık Bakanlığı 2009 Yılı Diyaliz ve Böbrek Transplantasyonu Kayıtları. *Renaliz*. Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı. 2010, 11 (37): 3. www.anadolubv.org.tr. Erişim Tarihi: 10.05.2011.
39. Gitlin MH, Sayama TH ve Gaston RS. Böbrek Naklinin Psikososyal ve Ekonomik Boyutları. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: G. M. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: Ögüş, M., M. Yurtkuran. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
40. Yurtsever S. Kronik Hastalıklarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000, 4 (1): 16-20.
41. Bahar A, Savaş AH, Yıldızgördü E ve Barlıoğlu H. Hemodiyaliz Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Yaşam. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007, 8:287-292.
42. Özçetin A, Bahçebaşı ZB, Bahçebaşı T, Cinemre H ve Ataoğlu A. Diyaliz Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Psikiyatrik Belirti Dağılımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009, 10: 142-150.
43. Karatan O. SAPD' ın Dünyadaki ve Türkiye' deki durumu ve Tarihsel Gelişimi. www.tsn.org.tr. Erişim Tarihi: 14.02.2011.
44. Bakoğlu E, Şekerci K, Yaman S ve Çevik M. Periton Diyalizli Hastalarda Öz Bakım Gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2009, 11 (4): 65-78.
45. Baştürk B ve Haberal M. Transplantasyon İmmünolojisi. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*. 2004, 15 (3): 120-125.
46. Helderman HJ ve Garol S. Organ nakli İmmünobiyolojisi. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: G. M. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: T. Karpuzoğlu. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.

47. Eriklioğlu M, Süleyman ŐT, Tonbul Z, Güney İ, Yeksan M. İlk Böbrek Nakli Deneyimlerimiz. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*. 2005 16 (2): 49-56.
48. Akpolat T ve Utaş C. Renal Transplantasyon ve Hasta Seçimi. www.tsn.org.tr. Erişim Tarihi: 14.02.2011.
49. Hamilton D. Böbrek Transplantasyonu, Bir Tarih. Böbrek Transplantasyonu, Temel Bilgiler ve Uygulama. Çev. Ed.: E. Ere. Çev.: K. Önen, C. Ar. Türk Nefroloji Derneği Yayını. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.
50. Akçiçek F, Atabay G, Başcı A, Evert J ve Dorhout M. Organ Nakli ve Tıbbi Ahlak. *Türk Nefroloji Dializ ve Transplantasyon Dergisi*. 1994: 3: 33-35.
51. Tuncer M. Diyaliz ve Nakil Hastaları İçin Soru ve Cevaplarla Böbrek Nakli. murattuncer.org. Erişim Tarihi: 16. 01.11.
52. Ere E. Ere Nefroloji. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005.
53. Organ Nakli Merkezleri Yönergesi, 28.05.2008 <http://www.saglik.gov.tr>, September, 2010. Erişim Tarihi: 10.05.2011.
54. Tokalak İ. Organ Naklinin Etik ve Kanuni Boyutu. Organ Nakli Koordinasyon El Kitabı. Ed: Levent Yüce. Eczacıbaşı İlaç Pazarlama, 2001.
55. Sağlık Bakanlığı 2007 Diyaliz ve Transplantasyon Verileri. *Renaliz*. Anadolu Böbrek Vakfı Yayın Organı. 2008, 8 (28): 1. www.anadolubv.org.tr. Erişim Tarihi: 10.05.2011.
56. Çaylan AK, Tüleylioğlu M, Hülür Ü ve İkinci S. Ulusal Organ Bilgi Sistemi, Türkiye, TURKMIA□10 Proceedings 99 VII. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi Bildirileri. www.turkmia.org.tr. Erişim Tarihi: 10. 05.2011.
57. Starzl TE. The Development of Whole Organ Transplantation: Organ Transplantasyonunda Gelişmeler. Çeviri Editörü: E. Göksoy. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1993.
58. Sağıroğlu T, Yıldırım M, Meydan B ve Çobanoğlu M. Böbrek Transplantasyonu Hastalarının Retrospektif Analizi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2009, 36 (2): 75–79.
59. Dalman MJ ve Morris P. Rejeksiyon İmmunolojisi. Böbrek Transplantasyonu, Temel Bilgiler ve Uygulama. Çev. Ed.: E. Ere. Çev.: S. Dalmak. Türk Nefroloji Derneği Yayını. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.
60. Ok E. Böbrek Yetmezliğinin Tedavisinde Transplantasyon. İç Hastalıkları. Ed: Ç. Erol. Ankara, MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevi, 2008.

61. Girtsch HA, Rosenthal T ve Danovitch GM. Canlı ve Kadavra Böbrek Bağıışı. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: GM. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: U. Eldegez. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
62. Franklin MP. Böbrek Transplantasyonu ve Organ Bağıışında Psikolojik Durumlar. Böbrek Transplantasyonu, Temel Bilgiler ve Uygulama. Çev. Ed.: E. Ereğ. Çev.: S. Postalcıoğlu. Türk Nefroloji Derneği Yayını. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.
63. Eçder T. Renal Replasman Tedavisi, Renal Transplantasyon. Nefroloji El Kitabı. Ed.: T. Akpolat, C. Utaş ve G. Süleymanlar, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000.
64. Gül N. İsveç' in Güney Bölgesinde Organ Bağıışı Organizasyonu, Doku ve Organ Transplantasyonunda Son Gelişmeler. Türkiye Organ Nakli Derneği. Ankara, Başkent Üniversitesi, Program ve Özet Kitabı, 1999.
65. Rothenberg LS. Böbrek Naklinde Etik ve Yasal Boyutları. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: GM. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: H. Bilgel. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
66. Döşemeci L, Yılmaz M ve Ramazanoğlu A. Beyin Ölümü Tanısının Konması. Organ Nakli Koordinasyon El Kitabı. Ed: Levent Yüçetin. Eczacıbaşı İlaç Pazarlama, 2001.
67. Pallis C. Beyin Sapı Ölümü: Bir Kavramın Gelişimi. Böbrek Transplantasyonu, Temel Bilgiler ve Uygulama. Çev. Ed.: E. Ereğ. Çev.: M. R. Altıparmak. Türk Nefroloji Derneği Yayını. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.
68. Kälble T, Lucan M, Nicita G, Sells R, Revilla FJB ve Wiesel M. Böbrek Transplantasyonu Kılavuzu. European Association of Urology. 2006. www.uroturk.org.tr. Erişim Tarihi: 20.07.2011.
69. Cosimi AB. Donör ve Donör Nefrektomisi. Böbrek Transplantasyonu, Temel Bilgiler ve Uygulama. Çev. Ed.: E. Ereğ. Çev.: E. Göksoy. Türk Nefroloji Derneği Yayını. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.
70. Erdoğan O. Organ Transplantasyonu ve Cerrahi. Organ Nakli Koordinasyon El Kitabı. Ed: Levent Yüçetin. Eczacıbaşı İlaç Pazarlama, 2001.
71. Dontlu AÇ. Organ Bağıışı ve Naklinde Etik, Dinsel ve Yasal Yaklaşımlar. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*, 2004 15 (2): 69-76.
72. Daar AS. Gelişmekte Olan Ülkelerde Transplantasyon. Böbrek Transplantasyonu, Temel Bilgiler ve Uygulama. Çev. Ed.: E. Ereğ. Çev.: M. Ayaz. Türk Nefroloji Derneği Yayını. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.

73. Keçecioglu NB. Organ Bağışısı Sayısını Arttırmak için Uzun Vadeli Yatırım: Toplum Eğitimi. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*. 2003, 14 (3): 163–166.
74. Keçecioglu N. Halkın ve Sağlık Personelinin Eğitimi. Organ Nakli Koordinasyon El Kitabı. Ed: Levent Yüçetin. Eczacıbaşı İlaç Pazarlama, 2001.
75. Özdağ N. Organ Nakli ve Bağışısına Toplumun Bakışı. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2001, 5 (2): 46–55.
76. Aydın N, Baycar N, Aktürk A, Vergili M, İzgi C, Can N, Vardar Y, Ceylan İ, Yılmaz M ve Ünsal A. Diyaliz Hastaları Böbrek Naklini İstiyor mu? *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2006, 15 (4-2): 136.
77. Göz F ve Gürelli ŞŞ. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Organ Bağışısı İle İlgili Düşünceleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007, 2 (5): 77- 88.
78. Gürçani M ve Tan M. Diyaliz Hastalarının Böbrek Nakli Konusundaki Bilgi ve Tutumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010, 13(4): 59-64.
79. Naçar M, Çetinkaya F, Kanyılmaz D, Tokgöz B ve Utaş C. Hekim Adaylarının Organ Nakline Bakış Açıkları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2001, 10 (2): 123-128.
80. Özer N, Sarıtaş S ve Özlü KZ. Hemşirelik Öğrencilerinin Organ Bağışısı Konusundaki Bilgi ve Düşüncelerinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010, 13(2): 1–11.
81. Sever MŞ. Böbrek Transplantasyonu Protokolü. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Transplantasyon Programı, İstanbul, 2007.
82. Öner K ve Güleç B. Böbrek Naklinde Cerrahi Komplikasyonlar ve Tedavisi. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*. 2004, 15 (2): 49–61.
83. Güverce N. Renal Transplantasyon Sonrası Görülen Cerrahi Komplikasyonlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2008;17 (1): 17-21.
84. Gray DWR. Renal Transplantasyon Sonrası Vasküler ve Lenfatik Komplikasyonlar. Böbrek Transplantasyonu, Temel Bilgiler ve Uygulama. Çev. Ed.: E. Ereğ. Çev.: H. Kalafat. Türk Nefroloji Derneği Yayını. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.
85. Çağlar Ş. Klinik Nefroloji. Ankara, Medial Yayınları, 1986.

86. Girtsch HA ve Rosenthal JT. Organ Nakli Ameliyatı ve Cerrahi Komplikasyonları. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: GM. Danovitch. Çev. Ed.: Tuncer Karpuzoğlu. Çev.: N. Oygür. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
87. Rawn JD ve Tilney NL. Böbrek Nakli Olan Bir Hastada Erken Dönem. Böbrek Transplantasyonu, Temel Bilgiler ve Uygulama. Çev. Ed.: E. Erek. Çev.: S. Dalmak. Türk Nefroloji Derneği Yayını. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.
88. Demirağ A. Böbrek Nakli Sonrası Medikal Problemler. Böbrek Nakli Sonrası Medikal Problemler. Ed: A. Demirağ. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi ve Organ Nakli Anabilim Dalı, 2009.
89. Gibney E, Parikh C. ve Jani A. Renal Transplantasyon Yapılan Hasta. Nefroloji El Kitabı. Ed.: RW. Schrier. Çev. Ed.: G. Süleymanlar. Çev.: A. Yavuz ve P. Türkmen. Türk Nefroloji Derneği. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2007.
90. Ding D. Post-Kidney Transplant Rejection and Infection Complications. *Nephrology Nursing Journal*. 2010, 37 (4): 419-426.
91. Katznelson S, Takemoto SK ve Cecka JM. Doku Uyum Testleri ve Kadavra Kaynaklı Böbrek Paylaşımı. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: GM. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: F. S. Oğuz, A. S. Diler ve M. Çarın, Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
92. Cohen J, Hopkin J ve Kurtz J. Böbrek Transplantasyonundan Sonra Gelişen Enfeksiyon Komplikasyonları. Böbrek Transplantasyonu, Temel Bilgiler ve Uygulama. Çev. Ed.: E. Erek. Çev.: S. Apaydın. Türk Nefroloji Derneği Yayını. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.
93. Gürkan A. Renal Transplantasyonda Kronik Allogreft Disfonksiyonu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2008, 17 (1): 39-46.
94. Kubak BM, Pegues DA ve Holt CD. Böbrek Naklinin İnfeksiyöz Komplikasyonları ve Yönetimi. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: GM. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: T. Ecdar. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
95. Apaydın SG. Böbrek Transplantasyonu Sonrası İnfeksiyonlar. Klimik 2003 XI. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi Kitabı, s: 197–198.
96. Mir S, Özkayın N ve Akalın T. Renal Transplantasyon Sonrası Human Papillom Virüs Olgusu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi I Official Journal of the Turkish Society of Nephrology*. 2003, 12 (4): 236-238.

97. Tabak F. Enfeksiyon Hastalıkları El Kitabı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2005.
98. Aytutuldu A. “Transplantasyon Sonrası Erken Dönemde Görülen Üriner Sistem Enfeksiyonlarının Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri”, Uzmanlık Tezi, T. C Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana, 2010.
99. Bal Z, Uyar ME ve Karakayalı H. Posttransplant Genitoüriner Tüberküloz. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2011, 20 (3): 299–300.
100. Sav T. Ünal A. Sipahioğlu M. H. Tokgöz B. Akcakaya M. Oymak O. Düşünsel R. Patiroğlu T. Yılmaz Z. Sözüer E. Ve Utaş C. Böbrek Transplantasyonundan Sonra On Yıllık Sonuçların Değerlendirilmesi. *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)*. 2007, 29 (2): 120–127.
101. Yıldız A, Sever MŞ, Türkmen A, Ecdar ST, Beşışık F, Tabak L, Ece T, Kılıçarslan I ve Ark E. Böbrek Transplantasyonu Sonrası Tüberküloz Enfeksiyonu. *Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi/Official Journal of the Turkish Nephrology, Association*. 1997, (1–2): 53–56.
102. Kasiske BL. Organ Nakli Sonrası Uzun Dönem Yönetimi ve Komplikasyonları. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: GM. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: G. Süleymanlar, Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
103. Ünal A, Ünal D, Aybal A, Karaca H, Sipahioğlu MH, Tokgöz B, Oymak O ve Utaş C. Böbrek Naklinden Sonra Malignite Gelişimi: Tek Merkez Deneyim. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2008, 17 (3): 113-118.
104. Şen S, Duman S, Zekioğlu O, Töz H, Zeytinoğlu A ve Başdemir G. Renal Transplantasyon Olgusunda Viral Tübülointerstisyel Nefrit (Olgu Sunumu) *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi/Official Journal of the Turkish Society of Nephrology*. 2002; 1(İ): 177–181.
105. Şahin G ve Ahmet UY. Renal Transplant Hastalarında Geç Gelişen CMV Enfeksiyonu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2007, 16 (4): 198–200.
106. Timurkaynak F. Böbrek Nakli Sonrası Enfeksiyon. Böbrek Nakli Sonrası Medikal Problemler. Ed: A. Demirağ. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi ve Organ Nakli Anabilim Dalı, 2009.
107. Töz H, Ok E ve Başçı A. Posttransplant Hematolojik Komplikasyonlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 1996, 3: 97-100.

108. Arslan H. İmmünyetmezlikli Hastalarda Aşılama: Solid Organ Transplantasyonu. EKMUD Bilimsel Platformu, Ankara, 2006, s: 51–54.
109. Sever MŞ. Böbrek Transplantasyonunun Geç Dönem Komplikasyonları. *Türkiye Klinikleri Nefroloji Özel Dergisi*. 2008, 1 (1): 86–94.
110. Raine AEG. Böbrek Nakli Sonrası Kardiyovasküler Komplikasyonlar. Böbrek Transplantasyonu, Temel Bilgiler ve Uygulamalar. Çev. Ed.: E. Ereğ. Çev.: V. A. Vural. Türk Nefroloji Derneği Yayını. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.
111. Erdem E, Karataş A, Kaya C, Ceylan L, Yakupoğlu YK, Cengiz K, Arık N, Akpolat T. Posttransplant Eritrositoz ve Risk Faktörleri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2011, 20 (3): 260–264.
112. Lorenz M, Winkelmayr WC, Hörl WH ve Plassmann GS. Anaemia After Renal Transplantation. *European Journal of Clinical Investigatio*. 2005, 35 (3): 89–94.
113. Karakuş S. Böbrek Nakli Sonrası Hematolojik ve Tromboembolik Sorunlar. Böbrek Nakli Sonrası Medikal Problemler. Ed: A. Demirağ. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi ve Organ Nakli Anabilim Dalı, 2009.
114. İlkova F, Gürsu RU, Güntürk A, Dobrucalı A, Bal K, Tuncer MM ve Oktay E. Böbrek Transplantasyonlu Hastalarda Gastrointestinal Sisteme Ait Komplikasyonlar. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*. 2001, 32 (3): 156–162.
115. Beşışık F. Böbrek Transplantasyonu Sonrasında Karaciğer Komplikasyonları. *Türk Nefroloji Dializ ve Transplantasyon Dergisi*. 1997, 1–6.
116. Türkmen A. Renal Posttransplantasyonlu Hastalarda Sıvı–Elektrolit Denge Bozuklukları. Böbrek Nakli Sonrası Medikal Problemler. Ed: A. Demirağ. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi ve Organ Nakli Anabilim Dalı, 2009.
117. Çileker G, Benli S, Kılınç M. Ve Zileli T. Organ Transplantasyonu ve Nörolojik Komplikasyonlar. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*. 2006, 17 (2): 145-155.
118. Donaghy M. Nörolojik Komplikasyonlar. Böbrek Transplantasyonu, Temel Bilgiler ve Uygulama. Çev. Ed: E. Ereğ. Çev.: N. Karaağaç. Türk Nefroloji Derneği Yayını. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1997.
119. Ertörer ME ve Güvener N. Renal Transplantasyon Sonrası Osteoporoz:Güncel Yaklaşımlar. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*. 2003, 14 (2): 98-104.

120. Özçürümez G, Tanrıverdi N ve Zileli L. Böbrek Transplantasyonu ve Psikiyatri. *Klinik Psikiyatri*. 2003, 6: 225–234.
121. Yavuz D, Sezer S. Böbrek Nakli Öncesi Alıcı Adayının Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi /Official Journal of the Turkish Society of Nephrology*. 2008, 17 (1): 9–16
122. Tuncer M. Böbrek Nakli Endikasyonları–Kontraendikasyonları ve Alıcının Seçimi. Organ Nakli Koordinasyon El Kitabı. Ed: Levent Yüçetin. Eczacıbaşı İlaç Pazarlama, 2001
123. Kendrich E. Organ Alıcısının Değerlendirilmesi. Böbrek Nakli El Kitabı. Ed.: GM. Danovitch. Çev. Ed.: T. Karpuzoğlu. Çev.: K. Keven ve B. Erbay. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
124. Tuncer M. Böbrek Naklinde Hasta Hazırlığı ve Seçimi. Organ Nakli Koordinasyon El Kitabı. Ed: Levent Yüçetin. Eczacıbaşı İlaç Pazarlama, 2001.
125. Braunwold E, Fauci AS, Kasper DL, Havser SL, Lono DL, Jamesen JL. Harrison İç Hastalıkları El Kitabı. Çev. Ed.: FM. Velibeyoğlu, M. Velet. Çev.: P. Çelik. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2006.
126. Heldal K, Hartmann A, Grootendorst DC, Jager DJ, Leivestad T, Foss A ve Midtvedt K. Benefit Of Kidney Transplantation Beyond 70 Years Of Age. *Nephrol Dial Transplant*. 2010, 25: 1680–1687.
127. Harmancı AK. Böbrek Transplantasyonu, Hasta Takip ve Bakımı. Klinik Beceriler. Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakımı ve Takibi. Ed.: N. Sabuncu, F. A. Ay. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2010.
128. Altaca G. Akraba Olmayan Canlı Vericili Böbrek Nakli. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*. 2004, 15 (1): 16-22.
129. Ateş E, Erkasap S, İhtiyar E, Yılmaz S ve Kiper H. Böbrek Transplantasyonu İçin Donör Havuzunun Genişletilmesinde Bir Kavram: Non–Heart Beating Donör Bir Yıllık Retrospektif İnceleme. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 1998, 1: 32-34.
130. Moray G. Marjinal Donörler. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*. 2004, 15 (1): 11–15.
131. Paydaş S. Marjinal Canlı Donör Kullanımı. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*. 2004, 15 (2): 77–86.
132. Sever M. Ş. Akraba Olmayan Canlı Donörlerden Böbrek Transplantasyonu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 1995, 1: 1-5.

133. Yıldırım L. Renal Transplantasyonda Donör Seçenek ve Sayısının Arttırılması Seçenekleri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2008, 17–3 (2): 100.
134. Steiger J, Dickenmann M ve Mayr M. Canlı Böbrek Bağışı Hakkında Başlıca Veriler. Ed: G. Thiel. Canlı böbrek bağışı hakkında İsviçre broşürü 2. Baskı, Sonbahar, 2004, www.lebensspende.ch. Erişim Tarihi: 10.04.2011.
135. Ersoy FF. Canlı Organ Vericili Böbrek Transplantasyonlarında Etik Sorunlar. *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns*. 2004, 15 (3): 116-119.
136. Tuncer M. Canlı Vericili Böbrek Nakli. Organ Nakli Koordinasyon El Kitabı. Ed: Levent Yüctin. Eczacıbaşı İlaç Pazarlama, 2001.
137. Tuncer M. Kadavradan Böbrek Nakli. Organ Nakli Koordinasyon El Kitabı. Ed: Levent Yüctin. Eczacıbaşı İlaç Pazarlama, 2001.
138. Ay F. Uluslararası Alanda Kullanılan Hemşirelik Tanıları ve Uygulamaları Sınıflandırma Sistemler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2008, 28: 555-561.
139. Şahin OA. “Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi İle ilgili Bir Çalışma”, Doktora Tezi, T. C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, 2006.
140. Doss S, DePascal P ve Hadley K. Patient–Nurse Partnerships. *Nephrology Nursing Journal*. 2011, 38 (2): 115–124.
141. Wainwright SP, Fallon M, Gould D. Psychosocial Recovery From Adult Kidney Ttransplantation: A Literature Review. *Journal of Clinical Nursing*. 1999, 8: 233–245.
142. Hoffart N. The Development Of Kidney Transplant Nursing. *Nephrology Nursing Journal*. 2009, 36 (2): 127–138.
143. O’ Donoghue D ve Feehally J. Kronik Böbrek Yetmezlikli İnsanlar İçin Verilen Hizmetlerin Organizasyonu–Bir 21. Yüzyıl Atılımı. ABC Serisi Böbrek Hastalıkları. Çev.: B. Canbakan. Ankara, Atlas Kitapçılık, 2009.
144. Güler S. “Böbrek Transplantasyonu Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hastaların Bakım Gereksinimine Yönelik Bilgileri”, Bilim Uzmanlığı Tezi, T. C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara, 2003 .
145. Erbilim S, Canikli İC ve Titiz İ. Nakil Sürecinde Uzun Bekleme Süresi ve Hemşirenin Rolü. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2005, 14 (1): 140.

146. Coşkun E. “Akciğer Transplantasyonunda Hemşirelik Bakımı”, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu, Cerrahi Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Hemşirelik Bilim Dalı Başkanlığı, Ankara, 1996.
147. Üstündağ H, Aydın M ve Yıldız FU. Transplantasyon ve Hemodiyaliz Hastalarının Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2006, 15–4 (2): 134.
148. Çavdar İ, Aksoy G, Kamber A, Akyolcu N. Böbrek Transplantasyonu Olacak Hasta ve Donörlerin Uygulama Öncesi Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Verilen Eğitimin Anksiyeteye Etkisinin Araştırılması. *Hemşirelik Bülteni*. 11 (43-44), 1999.
149. Dizer U. Transplant Alıcılarında Bağışıklama. Klimik 2005 XII. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi Kitabı: 163–166.
150. Neyhart CD. Patient Questions About Transplantation: A Resource Guide. *Nephrology Nursing Journal*. 2009, 36 (3): 279–285.
151. Nursing Interventions for Kidney Transplant. <http://nursingfile.com/Nursing-care-plan/Nursinginterventions/Nursing-interventions-for-kidney-transplant.html>. Erişim Tarihi: 10.12.2011.
152. Barone, P. C., Martin, A. L. Ve Barone, G. W. The Postoperative Care Of The Adult Renal Transplant Recipient. 2004, Medserg Nursing. FindArticles.com. Erişim Tarihi: 15.01.2012.
153. Fisher R, Gould D, Wainwright S ve Fallon M. Quality of Life After Renal Transplantation. *Journal of Clinical Nursing*. 1998, 7: 553–563.
154. Karaca A. “Böbrek Transplantasyonu Yapılmış İmmünosupresif İlaç Kullanan Hastalara Verilen İlaç Eğitiminin Önemi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 1992.
155. Sachs BL. Renal Transplantation A Nursing Perspective. Medical Examination Publishing Company, Printed in The USA, April, 1977.
156. Savaşer S. Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Hemşirenin Sorumluluğu. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1999, 3 (1): 15–19.
157. Söyük S ve Gül A. Böbrek Transplantasyonu Sonrası Enfeksiyonları Önlemede Hasta Eğitiminin Önemi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2005, 14 (1): 144.

158. William JC, Amend J, Vincenti F ve Tomlanovich SJ. Organ Nakli Sonrası İlk İki Ay. Böbrek Nakli El Kitabı. Çev.: A. Başçı. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
159. Böbrek Nakli Bakım Rehberi, Eylül 2008, www.erasmusmc.nl. Erişim Tarihi: 10.04.2011.
160. Guichard SW. Böbrek Alıcılarında Beslenme. Böbrek Nakli El Kitabı. Çev.: Tuncer Karpuzoğlu. Ankara, Güneş Kitabevi, 2003.
161. Gül A ve Söyük S. Organ Naklinden Sonra Seyahat Enfeksiyonlarının Önlenmesi ve Yapılması Gereken Aşılar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006, 1 (1): 44–52.
162. Büyükyılmaz F ve Aştı T. Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2009, 12 (2): 84–93.
163. Carperito JL. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çev: F. Erdemir, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005.
164. Durna Z, Akın S, Özdilli K. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. İstanbul, Cinius Yayınları, 2009.
165. Luvisotto MM, Carvalho R ve Galdeano LE. Renal Transplantation: Diagnosis and Nursing Intervention In Patients During Immediate Postoperative Period. *einstein*. 2007; 5(2):117-122.
166. Öz G, Bayer A, Yalçın N, Yıldırım F. Dahiliye Hastalıkları ve Bakımı. Ankara, Songür Eğitim Hizmetleri, Eylül 2008.
167. Pehlivan S, Ovayolu N, Uçan Ö ve Karadağ G. Hemodiyaliz Hastalarının Verilen Bakımdan Memnun Olma Durumları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007, 2 (4): 50–56
168. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2001, 5 (2): 69–74.
169. Küçük M. “Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kaliteleri, Hasta Özellikleri ve Hemşirelik Hizmetleri İle İlgili Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı, Afyonkarahisar, 2008.
170. Ertem G. “Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkisinin İncelenmesi”, Doktora Tezi, T. C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, 2003.

171. Öksüz E ve Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Başkent Üniversitesi, Ankara, 2005.
172. Fidaner C. Sağlıkta Yaşam Kalitesi (SYK) Kavramı: Bir Giriş Denemesi. http://www.bayar.edu.tr/saykad/g_fidaner1.html. Erişim Tarihi: 15.01.2012.
173. Üstündağ H, Gül A, Zengin N, ve Aydın M. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2007, 2 (6): 117–126.
174. Kıvrak B, Ecdar SA ve Karadayı HE. Diyaliz ve Renal Transplantasyon Hastalarında Beden İmaj Algısının Kişilerarası İlişkiler açısından İncelenmesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2008, 17 (3–2): 87.
175. Ceyhun HA. “Son Dönem Böbrek Yetmezliği Nedeniyle Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Psikiyatrik Belirti ve Tanı Dağılımı”, Uzmanlık Tezi, T. C. Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri anabilim Dalı, Erzurum, 2009.
176. Seeman T. Hypertension After Renal Transplantation. *Pediatr Nephrol*. 2009, 24: 959-972.
177. Englesbe MJ, Dimick JB, Fan Z, Baser O ve Birkmeyer JD. Case Mix, Quality and High-Cost Kidney Transplant Patients. *Am J Transplant*. 2009, 9(5): 1108–1114.
178. Gürcani M. “Böbrek Transplantasyonu Yapılmış Hastalara Verilen Hastaların Yaşam Kalitesi, Tedaviye Uyumluları ve Yaşadıkları Ruhsal Sorunların Üzerine Etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, 2008.
179. Galán IR, Málaga S, Rajmil L, Ariceta G, Navarro M, Loris C ve Vallo A. Quality of Life of Adolescents With End-Stage Renal Disease and Kidney Transplant. *Pediatr Nephrol*. 2009, 24:1561–1568.
180. Zarifian A. Symptom Occurrence, Symptom Distress, and Quality Of Life in Renal Transplant Recipients. *Nephrology Nursing Journal*. 2006, 33 (6): 609–618.
181. Haeciearek M, Biedunkiewicz B, Lichodziejewska–Niemierko M, Debska–Slizien A ve Rutkowski B. Cognitive Performance Before And After Kidney Transplantation: A Prospective Controlled Study Of Adequately Dialyzed Patients With End-Stage Renal Disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2009, 15: 684–694.
182. Talas MS, Bayraktar N. Kidney Transplantation: Determination Of The Problems Encountered by Turkish patients and Their Knowledge and Practices On Healthy Living. *Journal of Clinical Nursing*. 2004, 13: 580–588.

183. Gökçe S. “Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Yaşam Kalitesi”, Uzmanlık Tezi, T. C. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 2010.
184. Gül A, Üstündağ H ve Zengin N. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2010, 20(1): 7-11.
185. Van Der Mei SF, Van Sonderen ELP, Van Son WJ, De Jong PE, Groothoff JF ve Van Den Heuvel WJA. Social Participation After Successful Kidney Transplantation. *Informa Healthcare, Disability and Rehabilitation*. 2007, 29 (6): 473–483.
186. Özşaker E. “Böbrek Transplantasyonu Olan Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İzmir, 2002.
187. Walraven CV, Austin PC, Knoll G. Predicting Potential Survival Benefit Of Renal Transplantation In Patients With Chronic Kidney Disease. *CMAJ (2010 Canadian Medical Association or its licensors)*. 2010, 182 (7): 666–672.
188. Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R ve Özel S. Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006, 17 (1): 22–31.
189. Talas MS. “Böbrek Transplantasyonu Olan Hastaların Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi”, Doktora Tezi, T. C, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara, 2002.
190. Erol N. “Diyaliz Tedavisine Başlanmayan Kronik Böbrek Yetmezliği Hastaları İle Hemodiyaliz Tedavisi Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2010.
191. Uçan Ö. Hemodiyaliz Hastalarının Yaşadıkları Semptomlar ve Yaptıkları Girişimler. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2008, 17-3 (2): 96.
192. Şahin Z. “Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yorgunluğun Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Programı, Edirne , 2009.

193. Molnar MZ, Szentkiralyi A, Lindner A, Czira ME, Szeifert L, Kovacs AZ, Fornadi K, Szabo A, Rosivall L, Mucsi S ve Novak M. Restless Legs Syndrome and Mortality in Kidney Transplant Recipients. *American Journal of Kidney Diseases*. 2007, 50 (5): 813-820.
194. Bağ E, Akkaya L, ınar Z, Candan F ve Kayataş M. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Uygulanan Hastalarda Huzursuz Bacak Sendromunun Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2008, 17 (3)–2: 84.
195. Sür N, Durukan B ve Arslan E. Bir Olgu Dolayısıyla Renal Transplante Hastalarda Gebelik. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2011, 26 (1): 42–45.
196. Kayacan SM, Sever MŞ, Türkmen A, elik AV, Yıldız A, Ecdar ST ve Ermiş H. Posttransplant Dönemde Evlilik, Hamilelik ve Fertilizasyon. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 1998, 2: 67-70.
197. Akan N. Renal Transplantasyon Sonrası Gebeliklerde Tedavi ve Hemşirelik Bakımı: Bir Vaka. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003, 6 (3): 29–37.
198. Şahin AF, Cihan A, Akgül K, Demir Ö, Gürkan A, elik A, Can E ve Esen AA. Erkek Hastalarda Böbrek Nakli Sonrası Cinsel İşlevler. *Türk Üroloji Dergisi-Turkish Journal of Urology*. 2009, 35 (1): 23–27.
199. Koç Z, Sağlam Z ve Şenol M. Hastanede Hemşirelik Bakımı İle İlgili Hasta Memnuniyeti. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2011, 31 (3): 629–640.
200. Yürümezoğlu AH. “Yataklı Tedavi Kurumlarında alışan Hemşirelerin İş Doyumları ve Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007.
201. Geçkil E, Dündar Ö ve Şahin T. Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2008: 41-51.
202. Tan NU. “Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, İstanbul, 2006.
203. Büyükyörük N, Dilmen B ve Bayram M. Burdur Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların İntörn Hemşirelerden Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 2010, 17 (3): 1–6.

204. Uzun G. “Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti Ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, Edirne, 2009.
205. Aksakal T ve Bilgili N. Hemşirelik Hizmetlerinde Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinokoloji Servisi Örneği. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2008, 30 (4): 242–249.
206. Hacıhasanoğlu R ve Yıldırım A. Erzincan Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri, Journal of Nursing*. 2011, 3 (2): 55–62.
207. Ertem G ve Sevil Ü. Geliştirilen Standartlar Doğrultusunda Verilen Hemşirelik Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2007, 4: 1-13.
208. Karabilgin ÖS. “Balatçık Sağlık Ocağı Bölgesinde 15–49 Yaş Kadınlarda Depresyon Prevalansı Ve WHOQOL–BREF Ölçeği İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, Doktora Tezi, T. C Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Programı, İzmir, 2001.
209. Ateş B. “Ev Hanımlarında Fiziksel Kapasite Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rekreasyon Anabilim Dalı, Muğla, 2009.
210. Akyol AD. “Hemodiyalize Giren Hastaların Yaşam Kalitesinin Saptanması ve Bilgilendirici Hemşirelik Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1992.
211. Kıvrak B. “Diyaliz Ve Renal Transplantasyon Hastalarında Beden İmaj Algısının Kişiler İlişkiler Açısından İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. İstanbul Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji, İnsan Bilimleri Ve Felsefe Yüksek Lisans Programı, İstanbul, 2008.
212. Koçer ZM. “Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Tedavisi Gören Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 2006.
213. Özlü Z. “Erzurum İlinde Farklı Hastanelerde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyinin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2006.

214. Turan NY. “Kemoterapi Uygulayan Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin Kemoterapi Alan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerine Etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Eskişehir, 2006.
215. Duran S. “Ankara’ da Bir Üniversite Hastanesi’ nde Takip Edilen Çocuk Hematoloji Onkoloji Hastalarında Ve Annelerinde Depresyon Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2009.
216. Tüzün H. “Ankara Merkezindeki Bazı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranların Sağlık ve Sosyal Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması”, Uzmanlık Tezi, T. C. Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2006.
217. Perim A. “Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, 2007.
218. İçyeroğlu G ve Karabulutoglu E. Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2011, 17 (6): 67–81.
219. Ören BG. “Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Olan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Öz-bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, Doktora Tezi, T. C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, İstanbul, 2010.
220. Akın S ve Erdoğan S. The Turkish Version of The Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale: Used on Medical and Surgical Patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2007, 16 (4): 646–653.
221. Garcia GG, Harden P ve Chapman J. Böbrek Naklinin Global Rolü. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2012, 21 (1): 1-6.
222. Psikiyatri’ de Kullanılan Ölçekler. Ed.: E. Köroğlu ve Ö. Aydemir. Ankara, Medicographics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, 2006.

223. Skevington SM, Lotfy M ve O' Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*. 2004, 13: 299–310.
224. Eser E, Eser SY, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H ve Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *3P Dergisi*. 1999, 7(2): 23-40.
225. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY ve Eser E. WHOQOL Türkçe versiyonu çalışmaları odak grup görüşmeleri ve ulusal sorunların değerlendirilmesi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1999, 7 (2): 48-54.
226. Walsh M ve Walsh A. Measuring patient satisfaction with Nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, 29 (2): 307–315.
227. Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S and Boys JR. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*. 1996, 5: 67–72.

EK 1

HASTA TANILAMA FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma böbrek nakli yapılan hastaların bakım gereksinimlerinin ve hemşirelik uygulamalarının memnuniyetinin saptanması amacıyla yapılmaktadır. Bu araştırmadan elde edilecek bilgiler yalnızca bilimsel bir çalışma için kullanılacaktır.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Hemşire Aysun Yerköy
T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Soru Form No:

A. SOSYO – DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaş :

2. Cinsiyet:

Kadın

Erkek

3. Medeni durum:

Bekar

Dul

Ayrı yaşıyor

Evli

Boşanmış

4. Yaşadığınız yer:

Köy

Kasaba

Şehir

5. Eğitim durumu:

Okur – yazar değil

Ortaokul

Okur – yazar

Lise

İlkokul

Üniversite

6. Çalışma durumu:

Çalışıyor

Ev kadını

İşsiz

Emekli

Öğrenci

7. Çalışmama nedeniniz:

Hastalık

Diğer

8. Aylık gelir durumunuz:

Çok iyi

İyi

Orta

Kötü

Çok kötü

9. Sosyal Güvenceniz:

- Yok Yeşil kart Bağ – kur Emekli Sandığı Özel Sigorta

10. Kaç yıldır kronik böbrek yetmezliği hastalığınız var ?

..... ay

11. Ailenizde böbrek yetmezliği hastalığı olan var mı ?

- Yok Anne Baba Kardeşler Çocuklar Diğer...

12. Böbrek hastalığınızı dışında başka hastalığınız var mı ?

- Var

13. Varsa nedir ?

- Hipertansiyon Diğer Diyabet
 Diyabet ve Hipertansiyon Kalp

14. Aile içindeki durumunuz nedir ?

- Anne Baba Çocuk Diğer

15. Sizin bakımınız ile ilgilenen biri var mı ?

- Evet Hayır

16. Kimler ilgileniyor ?

- Eş Anne – baba Çocuklar Bakıcı Diğer...

17. Ameliyat öncesi hastalığınızın bakımı hakkında kimden bilgi aldınız ?

- Hemşire Hekim Almadım Hemşire ve Hekim

18. Ameliyat sonrası hastalığınızın bakımı hakkında kimden bilgi aldınız ?

- Hemşire Hekim Almadım Hemşire ve Hekim

19. Transplantasyon olmanızın üzerinden ne kadar süre geçti ?

Aşağıda ameliyat ile ilgili bilgiler ver almaktadır. Lütfen size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

20. Donör :

- Ölü kişi Kadavra

21. Canlı :

- Anne Baba Eş Kardeş Diğer

22. Yaşam memnuniyetinizi transplantasyon öncesine göre nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Çok iyi İyi Orta Kötü

EK 2

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ SEMPTOM DEĞERLENDİRME FORMU

Hastalığın tanı aşamasında aşağıda yer alan sorunlardan herhangi birini yaşıyor musunuz?				Cevabınız EVET ise, genellikle ŞİDDETİ nasıldı?			
		Evet	Hayır	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
Sinir Sistemi	Konuşma bozuklukları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Şuur bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Baş ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Sersemlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	İrritabilite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Kramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Yorgunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Huzursuz bacak sendromu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Diğer:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
Gastrointestinal Sistem	Bulantı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	İştahsızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Kusma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Diğer:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
Cilt	Kaşınıtı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Kuru deri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Diğer:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
Diğer	Susuzluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4
	Diğer:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4

EK 3

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ KLİNİK BULGU DEĞERLENDİRME FORMU

Hastalığın tanı aşamasında aşağıda yer alan klinik bulgulardan herhangi biri var mı ?

		VAR	YOK			VAR	YOK
Sıvı – Elektrolit Bozuklukları	Hipernatremi			Kardiyovasküler Sistem	Ödem		
	Hiponatremi				Hipertansiyon		
	Hipokalsemi				Aritmi		
	Hiperpotasemi				Diğer...		
Gastrointestinal Sistem	Hıçkırık			Metabolik – Endokrin Sistem	İnfertilite		
	Gastrointestinal kanama				Libido azalması		
Hematoloji – İmmünoloji	Anemi				Hiperürisemi		
	Lenfopeni			Diğer...			
	Mikrositik anemi (alüminyuma bağlı)			Kemik	Artrit		
	Diğer....				Diğer...		
Cilt	Gecikmiş yara iyileşmesi			Diğer	Kilo kaybı		
	Hiperpigmentasyon				Noktüri		
	Ekimoz				Menstrüasyon		
	Ülserasyon				Bozuklukları		
	Nekroz				Diğer...		
	Diğer...						

EK 4

NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Bu araştırma, sizin hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımına ait düşüncelerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alınız. **Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. Formlar üzerinize isminizi veya herhangi bir kimlik bilgisi belirtmeyiniz.** Gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

	<i>Hiç Memnun Değilim</i>	<i>Biraz Memnunum</i>	<i>Oldukça Memnunum</i>	<i>Çok Memnunum</i>	<i>Fazlasıyla Memnunum</i>
1. Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2. Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3. Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4. Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5. Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6. Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7. Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9. Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11. Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12. Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	1	2	3	4	5
13. Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14. Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15. Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	1	2	3	4	5
16. Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17. Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18. Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19. Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

EK 5

WHOQOL-BREF(TR)

Ulusal Sürüm - Şubat 1999

RUH SAĞLIĞI PROGRAMI
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
CENEVRE

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
 İlkokul-ortaokul
 Lise veya eşdeğeri
 Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş ayrı yaşıyor
 evli boşanmış
 evli gibi yaşıyor eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17. 3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.

EK 6



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.İBÜ.042.00.00/35
KONU: Anket hk.

TARİH :02/02/2011

MEDICANA INTERNATIONAL İSTANBUL HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Aysun YERKÖY'ün, Prof. Dr. Zehra DURNA'nın tez danışmanlığını yürüttüğü "Transplantasyon Uygulanan Hastalarda Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilâşikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica edirim.

Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

Adres: Büyükdere Cad. No: 120 34394 Esentepe-Şişli / İSTANBUL. Tel: 0212 213 64 86 Faks: 0212 272 34 61

S.2/2

Kime:02127892371

07-MAY-2012 16:49 K:md.

EK 6



ÖZEL MEDICANA INTERNATIONAL İSTANBUL HASTANESİ
BEYLİKDÜZÜ CADDESİ NO:3 BEYLİKDÜZÜ / İSTANBUL
TEL: 0212 867 75 00 FAKS: 0212 867 76 77
www.medicana.com.tr

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı:348/2011
Konu:Sağlık Kurulu raporu hk.

08.02.2011

İlgi:02.02.2011 tarih ve B.30.2.İBÜ.042.00.00/35 sayılı yazınız;

İlgi sayılı yazınıza istinaden Yüksek Lisans Programı öğrencisi Aysun YERKÖY'ün 'Transplantasyon Uygulanan Hastalarda Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi başlıklı tez çalışmasını hastanemizde gerçekleştirebilmesi için gerekli izin tarafımızca verilmiş olup gereğini bilgilerinize rica ederim.



EK 7

azdır

K

Re: Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kimden: **erhan eser** (e.eser@bayar.edu.tr)

Gönderme tarihi: 04 Kasım 2010 Perşembe 12:26:38

Kime: aysun yerköy (i_sun66@hotmail.com)

Bilgi: erhan eser (erhanese@gmail.com)

6 ek

whoqolbref.TR.pdf (88,6 KB) , whoqol.bref.bilgi.doc (47,0 KB) , WHOQOL.PSIKOMETRIC.2004.pdf (126,8 KB) , WHOQOL.PSIKOMETRIK.turkce.pdf (249,0 KB) , whoqol.tr.odakgrup.pdf (181,0 KB) , WHOQOL.TR.sozlesme.2006.doc (32,5 KB)

Sayın kullanıcı,

Bu iletinin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) 'ün Türkçe sürümlerini, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanızın ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) sosyoekonomik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 5 gün) içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1,q2,q3....q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Erhan Eser

WHOQOL Türkiye Merkezi

0 236 231 83 73

0 236 232 00 58 (faks)

e.eser@bayar.edu.tr

www.savkad.org

----- Original Message -----

From: aysun yerköy

To: e.eser@bayar.edu.tr

Sent: Thursday, November 04, 2010 10:20 AM

Subject: FW: Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK 7

Yazdır

Kapat

RE: Yaşam Kalitesi Ölçeği

Kimden: **aysun yerköy** (i_sun66@hotmail.com)
Gönderme tarihi: 07 Aralık 2011 Çarşamba 14:01:08
Kime: e.eser@bayar.edu.tr

Sayın Eser Bey, öncelikle yardımlarınız için size çok teşekkür ederim, ekteki dosyada böbrek transplantasyonu yapılan hastalara uygulanan WHOQOL Bref (TR) Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formunun ve diğer ölçeklerin ham verileri bulunmaktadır. Saygılarımla

İstanbul Bilim Üniversitesi
Yüksek Lisan Öğrencisi
Aysun Yerköy Ateş

From: e.eser@bayar.edu.tr
To: i_sun66@hotmail.com
CC: erhanese@gmail.com
Subject: Re: Yaşam Kalitesi Ölçeği
Date: Thu, 3 Nov 2011 12:27:11 +0200

Sayın Ateş,
Ölçekle ilgili olarak istediğiniz puanlama bilgisi ekli dosyadadır. Bunun dışında ham skorları içeren SPSS veri dosyanız merkezimize ulaştırıldığında boyut skorlarınızın hesaplanarak size gönderilir. WHOQOL Türkiye merkezinin katkısı bununla sınırlıdır.
Başarı dileklerimizle

Prof. Dr. Erhan Eser
WHOQOL Türkiye Merkezi
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD
45020 Manisa
0 236 233 19 20

----- Original Message -----

EK 8

Yazdır

Kapat

Re: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği

Kimden: **semiha akin** (semihaakin@yahoo.com)

Gönderme tarihi: 21 Şubat 2012 Salı 20:39:10

Kime: aysun yerköy (i_sun66@hotmail.com)

Sayın Yerköy,

Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Başarılar diliyorum.

Yard. Doç. Dr. Semiha Akın

İstanbul Bilim Üniversitesi
Florence Nightingale Hastanesi Hemşirelik Yüksekokulu

Vefabey Sok. No:17 34349 Gayrettepe / Beşiktaş / İstanbul

İş tel no: 0212 275 75 82 iç hat 130