

**T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**BÖBREK TRANSPLANTASYONU YAPILMIŞ HASTALARA
VERİLEN EĞİTİMİN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ,
TEDAVİYE UYUMLARI VE YAŞADIKLARI RUHSAL
SORUNLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

Mehtap CÜRCANİ

Tez Yöneticisi

Doç. Dr. Mehtap TAN

**Yüksek Lisans Tezi
Erzurum – 2008**

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

BÖBREK TRANSPLANTASYONU YAPILMIŞ HASTALARA VERİLEN
EĞİTİMİN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ, TEDAVİYE UYUMLARI VE
YAŞADIKLARI RUHSAL SORUNLAR ÜZERİNE ETKİSİ

Mehtap CÜRCANİ

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 25.08.2008
Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 01.09.2008

Tez Danışmanı

: Doç. Dr. Mehtap TAN

Jüri Üyesi

: Doç. Dr. Behice ERÇİ

Jüri Üyesi

: Doç. Dr. Ramazan ÇETİNKAYA

Jüri Üyesi

: Yrd. Doç. Dr. Seher ERGÜNEY

Jüri Üyesi

: Yrd. Doç. Dr. Mine EKİNCİ

Enstitü Müdürü

: Prof. Dr. Adnan TEZEL

Tez Yöneticisi

Doç.Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi
2008-Erzurum

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	IV
TABLolar DİZİNİ.....	V
ÖZET	VI
SUMMARY	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Transplantasyon	5
2.1.1. Transplantasyonun Sınıflandırılması.....	6
2.1.1.1. Alıcı ve verici arasındaki genetik ilişkilere göre sınıflandırma	6
2.1.1.2. Transplantasyonun yapıldığı yere göre sınıflandırılması	6
2.2. Böbrek Transplantasyonu	7
2.2.1. Transplantasyon Uygulanacak Alıcının Seçimi.....	8
2.2.2. Transplantasyon İçin Canlı Vericinin Seçimi	9
2.2.3. Transplantasyon İçin Kadavra Vericinin Seçimi	9
2.2.4. Kadavra Vericiden Alınan Böbreğin Korunması.....	11
2.2.5. Beyin Ölümü Kriterleri	11
2.2.6. Transplantasyon İmmünolojisi	12
2.2.7. Böbrek Transplantasyonunun Komplikasyonları	13
2.2.8. Ümmunosupresyon	18
2.2.9. Böbrek Transplantasyonunda Hemşirelik Bakımı	19
2.2.10. Transplantasyon Sonrası Hasta Eğitimi	20
2.2.11. Tedaviye Uyum.....	22
2.2.12. Böbrek Transplantasyonunun Psikolojik Yönleri.....	24

2.2.13. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Tarihsel Gelişimi	25
2.2.13.1. Böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda yaşam kalitesi	26
3. METARYAL VE METOT	29
3.1. Araştırmanın Şekli	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	29
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.5. Veri Toplama Araçları	31
3.6. Hemşirelik Girişimi	35
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	36
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	36
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	37
4. BULGULAR	38
5. TARTIŞMA	41
SONUÇ VE ÖNERİLER	45
KAYNAKLAR	46
EKLER	59
Ek – 1 Anket Formu	
Ek – 2 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
Ek – 3 Böbrek Nakli Uyum Değerlendirme Skalası	
Ek – 4 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	
Ek - 5 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puanlaması	
Çizelge 1. Fiziksel Fonksiyon Başlıkları Ve Puanlaması	

Çizelge 2. Sosyal Fonksiyon Başlıkları ve Puanlaması

Çizelge 3. Fiziksel İşlev (Rol) Başlıkları ve Puanlaması

Çizelge 4. Mental İşlev (Rol) Başlıkları ve Puanlaması

Çizelge 5. Mental Sağlık Başlıkları ve Puanlaması

Çizelge 6. Enerji (Zindelik)/Yorgunluk Başlıkları ve Puanlaması

Çizelge 7. Ağrı Başlıkları ve Puanlaması

Çizelge 8. Genel Sağlık Anlayışı ve Puanlaması

Çizelge 9. Geçen 6 Hafta Süresince Sağlıktaki Değişmeler ve Puanlaması

Çizelge 10. Yeniden Kodlanmış Değerlerin Kaydedilmesinden Sonra

Sf-36'nın Her Bir Alt Başlığının Son Puanlaması ve Değerlendirilmesi

Ek-6 İzin Belgeleri

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında bana rehberlik eden ve her türlü desteğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. Mehtap TAN' a, yardım ve katkılarından dolayı hocam Sayın Doç. Dr. Behice ERCİ' ye , bu araştırmaya sağladığı desteklerden dolayı Atatürk üniversitesi rektörlüğüne ve tez dönemim boyunca her türlü desteği veren aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ediyorum. Ayrıca bu araştırmanın sonuçlanmasında büyük katkılarından dolayı Nefroloji Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Ramazan ÇETİNKAYA' ya, Nefroloji Servisi ve Polikliniği çalışanlarına, veri toplama ve eğitim süresince sabır gösteren böbrek transplantasyonu hastalarına teşekkür ediyorum.

Bu araştırma 2007/232 nolu proje olarak Atatürk Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından desteklenmiştir.

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Transplantasyona Ait Özellikleri	30
Tablo 2. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	38
Tablo 3. Hastaların Böbrek Nakli Uyum Değerlendirme Yüzdelерinin Öntest-Sontest Dağılımı.....	39
Tablo 4. Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Eşiğı Geçen Hasta Oranları	40

ÖZET

Böbrek transplantasyonu yapılmış hastalara verilen eğitimin hastaların yaşam kalitesi, tedaviye uyumları ve yaşadıkları ruhsal sorunlar üzerine etkisi

Araştırma, böbrek nakli yapılmış hastalara verilen bireysel eğitimin hastaların, yaşam kalitelerine, tedaviye uyumlarına ve yaşadıkları ruhsal sorunlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla tek grup ön test son test deneme öncesi modeli olarak planlanmış ve yapılmıştır.

Araştırma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Nefroloji polikliniğinde 20/10/2007- 30/07/2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini ilgili hastanenin Nefroloji Polikliniği'ne kayıtlı böbrek transplantasyonu yapılmış hastalar oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise veri toplama süresince (Aralık-Mart 2008) ilgili hastanenin Nefroloji Polikliniği'ne kontrol amaçlı başvuran 18 yaş üzerinde, en az ilkokul mezunu, görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmayan, iletişime ve işbirliğine açık, psikiyatrik bir hikayesi olmayan ve transplantasyon üzerinden bir ay geçmiş böbrek transplantasyonu yapılmış hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde nefroloji polikliniğinde kayıtlı bulunan böbrek transplantasyonu yapılmış 46 hastadan 42'si araştırmanın evren ve örneklem özelliğine uygun olduğu için araştırmaya alınmıştır.

Verilerin toplanmasında; hastaların sosyo-demografik ve transplantasyona ait özelliklerini belirlemeye yönelik anket formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Böbrek Nakli Uyum Değerlendirme Skalası (BNUDS) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır.

Hastaların yaşam kalitesi bütün alt boyutlarından ve global yaşam kalitesinden aldıkları ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, son test puanlarının yükseldiği bulunmuştur.($p<0.001$)

Hasta ve hasta yakınlarının eğitim sonrası böbrek nakli uyum değerlendirme skalasında tedaviye uyum durumlarının arttığı belirlenmiştir.

Hastaların ön test ve son test depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu, depresyon ve anksiyete puanının düştüğü yani hastaların depresyon ve anksiyetelerinin azaldığı bulunmuştur.($p<0.001$)

Anahtar kelimeler: Böbrek transplantasyonu, yaşam kalitesi, tedaviye uyum, anksiyete, depresyon

SUMMARY

The effect of the education given to the patients undergone kidney transplantation on the life quality and adaptation to the treatment and mental problems the patients experienced.

The study was planned and carried out as one group pretest-posttest preexperimental design with the aim of determining the impact of individual education given the patients in whom kidney transplantation was applied on patients life qualities and adaptations to the treatment and mental problems they experienced.

The study was carried out in Nephrology Polyclinic of Yakutiye Research Hospital of School of Medicine in Atatürk University between the dates 20 October 2007 and 30 July 2008.

The study context is made up of the patients in whom kidney transplantation was applied to and were registered in Nephrology Polyclinic of related hospital.

The sampling of the study in the process of data collection (December-March 2008) is made up of the patients the transplantations of which have gone over a month, and kidney transplantation was applied, and dont have any psychiatric story, and being open to cooperation and communication, and dont have any hearing loss or loss of vision, and being at least primary school graduate, and being over 18 years of age, and applying for the purpose of controlling to Nephrology Polyclinic of related hospital.

In the dates, when the research was carried out, 42 of patients enrolled in Nephrology Polyclinic undergone to kidney transplantation were included in the study because they are suitable for the context and sampling of the research.

In the data collection, questionnaires form orienting to determining the features of the patients belonging to transplantation an sociodemographic, and SF-36 Life Quality Scale, Kidney Transplantation Adaptation Assessment Scale and Hospital Anxiety and Depression Scale were used.

It was found out that the distinction between pre-test and post-test score averages of the patients took from global life quality and all subdimensions of life quality was statistically significant, and scores of post-test were high. ($p < 0.001$)

It was detected that the adaptation situations to the treatment of patient and patient's relatives increased in kidney transplantation adaptation assessment scale after education.

It was found out that the distinction between pre test and post test depression and anxiety score averages of the patients was statistically significant, and that the score of anxiety and depression decreased, that is, the score of depression and anxiety of the patients decreased. ($p < 0.001$)

Key words: Kidney transplantation, life quality, adaptation to the treatment, anxiety, depression

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik böbrek yetmezliği glomerüler filtrasyon değerinde azalmanın sonucu böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanır. Glomeruler filtrasyon değeri 10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliğinden bahsedilir ve hastalar diyaliz, böbrek transplantasyonu gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar.¹⁻⁴

Kronik böbrek yetmezliği hem dünyada hem de ülkemizde oldukça fazla görülen bir sağlık sorunudur.⁵ 2006 verilerine göre ülkemizde renal replasman tedavisi gerektiren son dönem böbrek yetmezliği olan hastaların nokta prevelansı milyon nüfus başına 578 olarak saptanmıştır. 2006 yılında yapılan böbrek transplantasyonu sayısı ise 830 olarak bildirilmiştir.⁶ Renal replasman tedavilerindeki artan bilgi ve teknolojiye rağmen, son dönem böbrek yetmezliği hastalarının morbidite ve mortalitesi hala çok yüksektir. SDBY olan hastalarda yaşam kalitesi ile morbidite ve mortalite arasında çok yakın ilişki saptanmıştır. Bundan dolayı hastaların yaşam kalitesini artıracak tedavi yöntemleri üzerinde yoğunlaşılması gerekmektedir.⁷

Diyaliz, böbrek hastalarının yaşam süresini uzatan önemli bir tedavi metodudur. Bununla birlikte çalışma kapasitesinin bozulması, fiziksel aktivitenin azalması, aile içi sorunlar ve cinsel sorunlar gibi bazı psikososyal güçlükler tedavinin sürdürülmesini güçleştirmekte ve hastalık sürecini, tedaviyi olumsuz etkilemektedir.^{8,9} Hemodiyaliz hastasının bir hemodiyaliz merkezine ömür boyu bağlanması nedeniyle hem hastanın uyumu hem de hastanın yaşamında meydana getirdiği değişiklikler yönünden hastanın yaşam kalitesi önemli ölçüde etkilenir.¹⁰ Hemodiyaliz programına alınan hastalarda, organik rahatsızlıklara pek çok ruhsal ve sosyal sorununda eşlik ettiği görülmektedir.¹¹ Kronik böbrek yetmezliği nedeni ile hemodiyaliz ve periton diyalizi alan hastalarda

normal sağlıklı bireylere göre depresyon ve anksiyetenin daha sık görüldüğünü bildiren birçok çalışma vardır. Ayrıca bu hastalarda hemodiyaliz tedavisi görenlerde daha fazla olmak üzere, yaşam kalitesi düzeyinde azalma saptanmıştır.¹²

Son yıllarda immünsüpresif ve antimikrobiyal tedavide, infeksiyonların kontrolü ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmeler böbrek transplantasyonunu en fazla tercih edilen, en başarılı tedavi yöntemi haline getirmiştir. Böbrek transplantasyonu canlı veya kadavra donörlerden yapılır. Gelişmiş ülkelerde transplantasyon için organ gereksinimleri çoğunlukla güçlü organizasyonlar tarafından sağlanan kadavra organları ile karşılanırken, ülkemizin de içinde bulunduğu bir çok ülkede doku ve organ nakillerinin çoğu canlı ve yakın akrabalarından elde edilen organlarla gerçekleşmektedir.^{13,14} Ancak yeterli sayıda böbrek vericisi bulunamadığından hastaların çoğu diyaliz tedavisine devam etmektedir.¹⁵

Başarılı böbrek transplantasyonlarından sonra diyaliz tedavisinin olumsuz yanları ortadan kalkar, hasta bağımsız bir hale gelir.¹⁶ Sağlıklı bir böbreğin tüm fonksiyonları yerine getirildiğinden, yaşam kalitesi artar ve diyalize göre çok daha uzun bir yaşam süresi sağladığı için fiziksel ve psikolojik olarak da birey kendini daha iyi hisseder ve topluma olan katkısı artar.^{17,18} ğtmen ve arkadaşlarının kronik böbrek yetmezliğinde farklı yerine koyma tedavileri alan hastalarda yaptıkları çalışmada sonuçlar yaşam kalitesi açısından karşılaştırıldığında böbrek transplantasyonu olan hastaların yaşam kalitesi anlamlı olarak daha iyi bulunmuştur.¹⁹ Ancak böbrek transplantasyonunun hastalar için kökten çözüm olmaması ve iyi bir izlem ve bakım sağlanmaması nedenleriyle hastalar psikolojik, fizyolojik, sosyoekonomik güçlükler yaşayabilmektedirler ve uzun süre immünosupresif tedavinin kullanımının yol açtığı komplikasyonlar nedeni ile yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir.^{16,20}

Böbrek transplantasyonu olan hastalarda görülebilen psikolojik, sosyoekonomik ve fizyolojik sorunlar nedeniyle, hastaların fizyolojik ve psikolojik bakımını içeren rehabilitasyonu son derece önemlidir ve sağlık ekibinin en temel amacıdır.²¹

Böbrek transplantasyonu olan hastalardaki en önemli psikolojik stres kaynakları bilinmeyen korkusu, rejeksiyon ve yeni böbreğin zedelenme korkusu, immünosupresif ilaçların maliyetini sigortasının karşılamaması kaygısı, boşanma olasılığı, cinsel fonksiyon kaybı yada bozukluğu, rollerini yerine getirememe endişesi, sosyal aktivitede değişiklikler, kendi bakım gereksinimini karşılamada güçlük, depresyon ve özgüven azlığıdır. Böbrek transplantasyonu olan hastalar ayrıca, tedaviye uyumsuzluk, kendi bakımına ilişkin bilgi eksikliğine bağlı stres ve toplumu kendi sağlığı ile ilgili eğitime zorunluluğu gibi stresleri de yaşayabilmektedirler.²¹

Hastaların tedaviye uyumu ve nakil sonrası prognoz için hastanın transplantasyon sonrası yaşamının nasıl olacağı konusunda bilgilendirilmesi önem kazanmaktadır.²² Bu noktada hemşireliğin amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır. Hasta eğitimi profesyonel hemşirenin sorumluluğudur. Hemşireler, hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik halinin devamından sorumlu olan, hastalara bilgi sağlamada ve danışmanlık yapmada anahtar kişilerdir. Sağlık eğitiminin amacı; hastayı en sağlıklı biçimde hayatını yaşaması için eğitmek ve böylece hastanın maksimum sağlık potansiyelini kurması için çabalamasını sağlamaktır.⁸

Ülkemizde böbrek transplantasyonu ünitelerinde genellikle ameliyat öncesi danışmanlık hizmetlerinin sistemli bir şekilde yürütülmediği, ameliyat sonrası bakımın sadece fiziksel bakımı kapsadığı, taburculuk eğitiminin verilmediği ya da hastalara bir

kerede ve taburcu olmadan bir gün önce bilgilendirme yapıldığı; hastaların bakım ve tedavilerine ilişkin eğitim broşürleri verildiği; ancak taburculuk sonrası hastaların izlenerek uyumunun yeterince değerlendirilmediği belirlenmiştir.²³

Böbrek transplantasyonu yapılan hastalar hastalıkları hakkında yeterli bilgi sahibi olduklarında, ortaya çıkabilecek sorunlarla kolay baş edebilmelerinin yanı sıra komplikasyonların gelişmesini önleyebilecek, tedaviye uyumu kolaylaşacak ve hasta psikolojik yönden kendini daha iyi hissedecektir.

Bu araştırma, böbrek transplantasyonu yapılmış hastalara verilecek eğitimin hastaların yaşam kalitelerine, tedaviye uyumlarına ve yaşadıkları ruhsal sorunlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.1. Araştırmanın Hipotezleri

Böbrek transplantasyonu yapılmış hastalara verilecek eğitim;

- 1- Hastaların yaşam kalitesini arttırır,
- 2- Hastaların tedaviye uyumlarını arttırır,
- 3- Hastaların anksiyete ve depresyon seviyelerini azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Transplantasyon

Tedavisi mümkün olmayan hastalıklar nedeniyle görev yapamayacak derecede hasar gören organların yerine, canlı veya ölüden alınan yeni, sağlam organın konularak hastanın tedavi edilmesine organ nakli ya da organ transplantasyonu denir.²⁴⁻²⁶

Milattan önceki dönemlerden beri, insanın zayıf ya da yetersiz olan organlarının değiştirilmesi fikri vardır.²⁷ Çinli yazar Lieh Tzu, tıp doktoru Pien Chiao'nun iki erkeğin ruhsal dengesizliklerini gidermek için onlara kalp transplantasyonu yaptığını yazmıştır. Milattan sonra dördüncü yüzyılda, aynı zamanda hekim olan ikiz kardeşler Cosmos ve Damien'in, yeni ölmüş Etiyopya'lı bir gladyatörün bacağına, savaşta bacağı gangrene olan bir askere transplante ettikleri anlatılmaktadır. Bu olay “siyah bacak mucizesi” olarak bilinmektedir. Milattan sonra altıncı yüzyılda İtalyan cerrah Tagliacozzi çeşitli nedenlerle kaybedilen burunları otograft olarak rekonstrükte etmiştir.²⁸

Transplantasyon konusundaki deneysel çalışmalar, İskoç cerrah John Hunter'in (1728-1793) öncülük etmesi ile başlar ve giderek kliniğe yansır. Alexis Carrel'in 1902 yılında geliştirdiği yeni vasküler anastamoz tekniği organ transplantasyonu konusunda bir devrim başlatmış ve deneysel çalışmalarda çeşitli organların transplantasyonu mümkün olabilmıştır. Modern anlamda organ transplantasyonu 20. yüzyılın başarısıdır. Böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas, bağırsak gibi vasküler organların transplantasyonu, ancak bu yüzyılın ikinci yarısında itibaren klinik uygulamaya girmeye başlamıştır.²⁹

2.1.1. Transplantasyonun Sınıflandırılması

Doku ve organ transplantasyonları, verici ile alıcı arasındaki genetik ilişkilere, ayrıca transplantasyonun yapıldığı yere göre sınıflandırılmaktadır.

2.1.1.1. Alıcı ve verici arasındaki genetik ilişkilere göre sınıflandırma

1. Ototransplantasyon: Bir canlıdan alınan bir doku veya organın aynı canlının başka bir bölgesine transplantasyonudur. Ototransplantasyonda kullanılan organ veya dokuya, otogreft denir.

2. İzotransplantasyon (Syngenetik transplantasyon): Genetik yapıları birbirinin aynısı olan tek yumurta ikizleri arasında yapılan transplantasyon türüdür. Burada kullanılan organ veya dokuya, izogreft denir.

3. Allotransplantasyon (Homotransplantasyon): Aynı türden iki ayrı canlı arasında yapılan doku yada organ transplantasyonudur ve burada kullanılan organ veya dokuya, allogreft veya homogreft adı verilir.

4. Heterotransplantasyon (Xenotransplantasyon): Farklı türler arasında yapılan doku yada organ transplantasyonudur. Burada kullanılan organ yada dokuya, heterogreft veya xenogreft adı verilir.²⁹⁻³¹

2.1.1.2. Transplantasyonun yapıldığı yere göre sınıflandırılması

1. Ortotopik transplantasyon: Doku ve organların anatomik olarak normalde bulunmaları gereken yere transplante edilmesidir.

2. Heterotopik transplantasyon: Doku ve organların normalde bulunmaları gereken yerden başka bir yere transplante edilmesidir.²⁹

2.2. Böbrek Transplantasyonu

Son dönem böbrek yetersizliği olan hastalar için üç tedavi seçeneği vardır. Tıbbi tedavi, diyaliz, transplantasyon. Bu üç başlık altında topladığımız tedavi yöntemlerinin hepsinin başlıca amacı; hastanın hayat süresinin uzatılması olmakla birlikte, aynı zamanda hayat standartlarının da optimal düzeyde tutulmasıdır.^{32,33}

Geriye dönüşümsüz son dönem böbrek yetersizlikli hastaların tedavisi için, canlı ve sağlam kişilerden alınan bir böbreğin üremik hastaya nakline böbrek transplantasyonu denir.³⁴ Transplantasyon son dönem böbrek yetersizliğinin seçkin tedavi şeklidir. Çünkü gerek canlı vericiden, gerekse kadavradan yapılan başarılı böbrek transplantasyonlarında diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarında bazıları değil, tamamı yerine getirilir. Buna ek olarak, hem tüm böbrek fonksiyonları yerine getirildiğinden, hem de hastalar için sürekli diyaliz işlemlerinin oluşturduğu fiziksel ve psikolojik zorluklar ortadan kalktığından dolayı yaşam kalitesi daha iyidir.^{35,36}

İnsanda kadavradan ilk böbrek transplantasyonu 1933 yılında Kiev’de Voronoy tarafından yapılmıştır.

1947 yılında canlı vericiden ilk böbrek transplantasyonu akut böbrek yetmezliği gelişmiş bir hastaya annesinden alınarak yapılmıştır. Böbrek, hastanın brakial damarlarına bağlanmış ve 9 gün süreyle çalışmış, bu arada böbrek yetmezliği düzelen hasta sağlığına kavuşmuştur.²⁸

Türkiye’de ilk başarılı böbrek nakli 1975 yılında Hacettepe hastanesinde Dr. Mehmet Haberal ve ekibi tarafından yapılmıştır. Canlıdan canlıya yapılan bu ilk nakilden sonra 1979 yılında, organ ve doku alınması, saklanması ve nakli hakkında 2238 sayılı kanun çıkarılmış ve bu yasa 1982 yılında yeniden düzenlenerek ölüden

organ alınmasını yasal tedbirlere bağlamıştır.³⁷ İlk Türk kadavrasından kadaverik renal transplantasyon ise Prof. Dr. M. Haberal tarafından 27 temmuz 1979 tarihinde Ankara Hacettepe Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir. 1 Haziran 2000'de organ ve doku sağlanması ve transplantasyon kuralları Sağlık Bakanlığı'nca "Organ ve doku nakli hizmetleri" yönetmeliği ile hazırlanmış, 30.01.2001 tarihinde de "Ulusal organ ve doku nakli koordinasyon sistemi" yönergesi yürürlüğe girmiştir.³⁸Bugün ülke genelinde 36 böbrek nakli merkezi bulunmaktadır.³⁹

Böbrek transplantasyonu canlı ve kadavra vericilerden yapılır.¹⁶ Dünyada her geçen gün artan transplantasyon sayısına rağmen donör organ azlığı temel problem olarak ortaya çıkmaktadır. Birçok ülkenin donör ihtiyacı beyin ölümlü kalbi çarpan kadavradan sağlanmaktayken ülkemizin de içinde bulunduğu diğer ülkelerde ise canlı donörler, organ transplantasyonu için ana kaynak görevi görmektedir.⁴⁰

2.2.1. Transplantasyon Uygulanacak Alıcının Seçimi

Transplantasyon uygulanacak hasta seçiminde hasta bireyin tıbbi, immünolojik, psikolojik ve sosyal durumu dikkate alınır. Hastanın iyi bir değerlendirmesi yapılır ve transplantasyona hasta, hasta yakını ve hekim işbirliği ile karar verilir. Böbrek transplantasyonu için ideal aday; genç veya orta yaşlı, böbrek yetmezliği sistemik bir hastalığa bağlı olmayan, aşağı üriner sistemi normal olan ve kendilerine böbrek vermeye istekli doku antijenleri iyi uyum gösteren birinci derece akrabası olan kimsedir. Ancak, kronik böbrek hastaları içinde bu özellikleri taşıyan grup çok düşük sayıdadır. Bugün organ transplantasyonlarında temel amaç organa ihtiyacı olan herkese transplantasyon yapmanın uygun bir yolunu bulmak ve mümkün olduğu kadar çok hastaya daha kaliteli yaşam sağlamaktır.^{41,42}

2.2.2. Transplantasyon İçin Canlı Vericinin Seçimi

Organ bulmanın güçlükleri ve getirdiği kötü sonuçları ortadan kaldırmak amacı ile böbrek transplantasyonu gereken hastaların böbrek bağışı için gönüllü olan yakınları incelenir ve adaya en uygun olandan alınan böbrek hastaya takılır. Yaşayan akraba vericiler tüm böbrek donörlerinin yaklaşık 1/3'ünü oluşturur. Hasta için gerekli olan organın, hastanın akrabasından alınmasının önemli bir avantajı, vericinin akraba olması ve bu nedenle iyi doku uyuşmasının elde edilmesidir. Ayrıca birbirinden bağımsız olarak çalışan iki böbrek bulunması ve tek böbrekle yaşamanın mümkün olabilmesidir.^{29,31} Yaşayan akraba vericinin öyküsü ve fiziksel incelemesi normal olmalı ve 18-60 yaş arasında olmalıdır. Vericide kronik ve akut hastalıklar ve özellikle enfeksiyon, malignite, diabetes mellitus, hipertansiyon, psikiyatrik bozukluk ve önemli bir kalp, akciğer, böbrek ve karaciğer hastalığı olmamalı, verici ve alıcı arasında histokompatibilite (doku uygunluğu) uygun olmalı, üriner sistem fonksiyonları değerlendirilmiş olmalıdır.⁴²

Canlı donörden renal transplantasyon, hastaya transplantasyonun zamanlanması konusunda ek bir fayda sağlarken, henüz kronik diyaliz tedavisi uygulaması başlamadan önce renal transplantasyon yapılabilmesine imkan sağlayabilecektir. Yine canlı vericiden yapılan transplantasyon daha az rejeksiyon olasılığı ile daha iyi doku tiplemesi, immüsupresyon için daha küçük dozda ilaçlar, daha erken graft fonksiyonu ile daha kısa hastanede yatma ve elektif cerrahi girişim olanağı sağlamaktadır.⁴³

2.2.3. Transplantasyon İçin Kadavra Vericinin Seçimi

Kadavra vericiler tüm böbrek vericilerinin yaklaşık 2/3'ünü oluşturur. Ancak bizim ülkemizde transplantasyonların %90'ı canlı vericilerle gerçekleşmektedir. Beyin travması, subaraknoid kanama yada ani gelişen bir nedenle ölen, daha önceden sağlıklı

olan kişiler kadavra verici olarak kabul edilebilir. Donörler, organlarının transplantasyonunu engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu yönünden incelenir. Beyin ölümü saptandıktan sonra resmi işlemlerin tamamlanmasını takiben böbrekler çıkarılarak uygun bir şekilde korunurken, ameliyat sırasında çıkarılan lenf nodlarından elde edilen lenfositler kullanılarak histokompatibilite (doku karşılaştırılması) laboratuvarlarında, bilgisayar analiz sistemi ile önceden bekleme sırasına giren en uygun alıcı saptanır.

Kadavra donörü olabilmek için kriterler şunlardır:

1. 3-65 yaş arasında olmalı
2. Böbrek fonksiyonu normal olmalı
3. İrreversible beyin sapı hasarı yani beyin ölümü olmalı
4. Beyin sapı refleksleri kaybolmalı
 - Total apne,
 - Pupil ve kornea reflekslerinin kaybı,
 - Vestibüler reflekslerin kaybı,
 - Trakea bronkial reflekslerin kaybı
5. Hipotermi, metabolik ve endokrin bozukluk, ilaç entoksikasyonu bulunmamalıdır.
6. Dört uzmandan (nörolog, nöroşirolog, anestilog ve kardiyolog) kurulu ekibin ölümü onaylaması gerekir. Ekip kararında sonra ölünün yakınları ile görüşülür, eğer organ bağışı gerçekleşir ise transplantasyon ekibine haber verilip operasyon gerçekleştirilir.^{35,42,44}

Bu kaynakların artan greft ihtiyacını karşılayamadığı açıktır. Artan bu ihtiyaçlar klinisyenleri havuzu genişletmek için yeni arayışlara götürmüş kalbi durmuş hastalardan böbrek temini (non-heart beating donör) kavramını ortaya çıkarmıştır. Bu yöntemle

hastaneye başvurusundan kısa bir süre önce yada hastanede ex olan hastalardan uygun olanlar femoral yolla kateterize edilerek soğuk böbrek perfüzyonu sağlanmakta ve bu esnada gerekli izinler alınarak nefrektomi gerçekleştirilmektedir.⁴⁵

2.2.4. Kadavra Vericiden Alınan Böbreğin Korunması

Doku ve organlar bazıları hariç, oksijensizliğe karşı değişik derecede duyarlılık gösterirler. Genelde çok kısa süren oksijensizlik tolere edilebilmesine rağmen, birkaç dakikadan fazla sürmesi doku ve organların işe yaramaz hale gelmesine neden olabilir. Greftin yapısal bütünlüğü ve canlılığının çıkarıldığı andan yerine takılana dek korunabilmesi şarttır. Bunun için temelde iki yöntem kullanılır.

- 1- Oksijen ve diğer metabolik gereksinimleri minimale indirmek
- 2- Bazı maddeler ile aktif metabolizmayı desteklemek

Denenmiş çeşitli yöntemler içinde bugün de yaygın olarak kullanılan hipotermi ve organın perfüzyonudur.²⁹

2.2.5. Beyin Ölümü Kriterleri

Yüzyıllardır yaşamın doğumla başlayıp kalbin durmasıyla sona erdiğine inanılırdı. Ancak günümüzde kişinin ölümünün, kalbin durmasıyla değil beyin ölümü ile gerçekleştiği kesin olarak bilinmektedir. Burada kritik olan “beyin ölümü” kavramı ile “kalıcı bitkisel hayat” kavramlarının birbirine karıştırılmamasıdır.⁴⁴ Beyin ölümü beyin sapı da dahil olmak üzere beynin tüm fonksiyonlarının irreversibl olarak ortadan kalkması olarak tarif edilmektedir. Beyin ölümü tanısının konulması hem iyileşme ümidi olmayan hastaların uzun süre yoğun bakım ünitelerinde kalmasını engelleyecek ve maliyeti azaltacak hem de organ transplantasyonu için donör şansını artıracaktır.⁴⁶

Beyin ölümü geri dönüşümsüzdür ve ölçütleri kesindir. Bu ölçütler ülkemizde de konuyla ilgili yönetmeliklere girmiştir.⁴⁷

2.2.6. Transplantasyon İmmünolojisi

İnsan lökosit antijenindeki (human leukocyte antigen; HLA) aşırı polimorfizm başarılı transplantasyona karşı büyük bir engel olduğu ve HLA'lar transplantın akibetini belirleyen hücresel ve humoral immün yanıtlarda kritik bir rol oynadığı için doku uygunluk testleri ve hasta serumunun transplante edilecek donör dokuları ile etkileşen antikorlar için analiz edilmesi başarılı bir böbrek transplantasyonu için temel unsurlardır.⁴⁸ Bu amaçla bazı histokompatibilite (doku uygunluğu) testleri yapılmaktadır.

- ABO kan grubu: Kan transfüzyonlarında olduğu gibi alıcı ve verici arasında uygunluk aranır. Yakın akraba vericileri arasında yapılan nakillerde;

O Kan grubundan A kan grubuna

O Kan grubundan B kan grubuna

A Kan grubundan AB kan grubuna

B Kan grubundan AB kan grubuna olacak şekilde tercih edilir.

Kadavra nakillerinde O grubundan A grubuna takılması önerilmez. Diğer kan grupları canlı nakillerinde olduğu şekilde kabul edilir.

- HLA (Human Lökosit Antijenler): Periferik lenfositler, renal tübüler hücreler ve deri fibroblastları yüzeylerinde saptanabilen “dokular arasında benzerlik” antijenleridir. Mikrolenfositotoksitesite testi HLA tayini, çapraz reaksiyon ve antikor taraması için kullanılan bir testtir. Küçük hacimdeki anti serum ile kan, lenf bezi veya dalaktan hazırlanan lenfosit süspansiyonu inkübe edilir. Ortama komplemen (genellikle

tavşan serumundan) eklenmesi ile hassaslaşmış hücrelerde lizis meydana gelir. Reaksiyonun şekline bakılarak hücrelerin HLA tipi belirlenmiş olur.

- MLC (Miks Lenfosit Kültürleri): İki farklı bireyin lenfositleri kültüre yerleştirildikleri zaman birbirlerindeki antijenleri saptayıp reaksiyon verirler. MCL ve HLA dan farklı bir antijen dizisi saptanır. Bu iş için 5-6 gün gerektiğinden kadavra transplantasyonları için uygun değildir.

- Sitotoksinler: Lenfositleri yok edebilen antikorlardır. Eğer alıcıda sitotoksinler varsa vericinin antijenlerine karşı sitotoksik bir etki sonucu greft süratle harap olur. Bunu önlemek için transplantasyondan önce rutin olarak alıcı serumunun, verici lenfositleri ile karşılaştırılması yapılmalıdır.^{29,31,42,44}

2.2.7. Böbrek Transplantasyonunun Komplikasyonları

1. Cerrahi komplikasyonlar: Oluştığında hastanın ve greftin yaşamını tehdit eder. Bu yüzden acil tanı ve tedavi gereklidir.⁴⁹

a) Arteriyal komplikasyonlar: Trombüs, rüptür, erken obstrüksiyon renal arter komplikasyonlarıdır. Renal arter komplikasyonları böbrek perfüzyon ve fonksiyonu önemli oranda etkiliyorsa cerrahi onarım gereklidir. İdrar miktarının azalması en önemli belirtisi olup, böbrek nakli ünitesine başvurulduğunda greft kaybını önlemek için gerekli tedavi yapılabilmektedir.⁵⁰

b) Lenfatik komplikasyonlar: Genellikle cerrahi girişim sırasında lenfatiklerin bağlanması ihmal edilmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Tedavilerinde perkütan drenajın kullanılması halinde genellikle nüks görülür. Seçkin tedavisi peritona drenajdır.⁵¹

c) Ürolojik komplikasyonlar: Bu komplikasyon, enfeksiyon açısından yüksek risk taşıyan immünosupresyonlu hastalarda çok ciddi problemlere yol açabilmektedir. Üreter adventisyası içindeki damarların zedelenmesi veya kanlandığı ana damarla ilişkilerinin kesilmesi sonucu oluşan iskemi, üreter komplikasyonlarının en önemli nedenidir. Bu komplikasyonların tedavisinde benimsenen farklı stratejiler mevcuttur.⁵²

d) Renal allograft rüptürü: Genellikle akut rejeksiyon sırasında gelişir. Tam nedeni bilinmemektedir.⁴⁹

2. Medikal komplikasyonlar: Yoğun immünosupresif tedavinin getirdiği sorunlar medikal komplikasyonların çoğuna zemin hazırlamaktadır. Bu ilaçlar direk toksik etkileri yanında, bağışıklık sistemini bozarak enfeksiyon ve malignite riskini arttırmaktadırlar.⁵¹

a) Rejeksiyon: Rejeksiyon alıcının donör dokusuna karşı göstermiş olduğu immünolojik bir yanıttır. En sık olarak transplantasyonun ilk üç ayı içinde gelişir. Günümüzdeki potent immünosupresif ilaçlara rağmen greft kayıplarının primer nedeni rejeksiyonlardır. Mekanizmalarına ve başlama zamanına göre üç tip rejeksiyon tanımlanmıştır.⁴¹

1- Hiperakut rejeksiyon: Hastanın kanında, donörün 1. sınıf major transplantasyon antijenlerine karşı sitotoksik antikorların mevcudiyeti durumunda ortaya çıkar. Söz konusu antijenler ile, hastanın kanında pretransplant dönemde gelişmiş antikorlar, transplantasyon operasyonu sırasında, renal arter ve venin anastomozu bittikten ve deklampaj yapıldıktan hemen sonra, hızla rejeksiyona girer. Kompleman sistemi ve pıhtılaşma kaskadı aktifleşir; allogreftte ileri doku hasarı meydana gelir. Tedavisi yoktur. Allogreft aynı seansta çıkarılıp atılır. Ameliyat öncesi dönemde

yapılan lenfosit “cross-match” testi bu komplikasyonu önceden belirlemede büyük önem taşır.³⁵

2- Akut rejeksiyon: En sık görülen rejeksiyon tipidir. 1. haftadan sonra görülür. Primer hücresel bir immün tepkidir. Serum kreatinini ve BUN yükselir., oligoüri, kilo artışı, greftin büyümesi ve ağrılı olması, ateş, lökositoz ve proteinüri görülür. Tedavi olarak yüksek dozda prednisone verilir.⁴²

3- Kronik rejeksiyon: 3-4. aydan sonra görülür. Kronik vasküler tiptedir. Renal fonksiyon bozuklukları ile tanınır ve sıklıkla hipertansiyon vardır. Kronik böbrek yetmezliğini taklit eder. Tedaviye genellikle yanıt vermez.⁴¹

3. Sistemik komplikasyonlar:

a) Enfeksiyon: Transplant alıcılarında enfeksiyon gelişim riskini etkileyen birincil faktörler potansiyel patojenlere maruziyetin yoğunluğu (epidemiyolojik maruziyet) ve hastanın enfeksiyona duyarlılığıdır (immünsüpresyonun derecesi). Transplantasyon sonrası, enfeksiyonlara neden olan mikroorganizmaların enfeksiyon etkeni olarak diğerlerine göre daha sık görüldüğü 3 farklı dönem tanımlanmıştır.

Transplantasyon sonrası ilk ay içerisinde görülen enfeksiyonlar: Transplantasyon sonrası 1. ayda (erken perioperatif dönem) görülen enfeksiyonlar daha çok cerrahi komplikasyonlar ile ilişkilidir. Bu enfeksiyonlar bakteriyel ve Candida spp.’ye bağlı cerrahi alan enfeksiyonları, pnömoni, üriner sistem enfeksiyonları, kateterle ilişkili enfeksiyonlardır ve cerrahi operasyon geçirmiş olan diğer hastalarda da görülebilen hastane enfeksiyonlarından farklı değildir.

Transplantasyon sonrası 1-6 ay arasında görülme olasılığı olan enfeksiyonlar: Bu dönemde immünsüpresyon en üst düzeydedir (immünsüpresif dönem) ve bu dönemde daha çok CMV, Pneumocystis jirovecii, Aspergillus türleri,

Nocardia türleri, Toxoplasma gondii ve Listeria monocytogenes gibi fırsatçı etkenlerle oluşan enfeksiyonlarla karşılaşılır.

Transplantasyondan 6 ay ve daha sonra görülen enfeksiyonlar: 6. aydan sonraki dönemde ise hastaların büyük çoğunda allograftın fonksiyonu yeteri kadar stabildir ve bu nedenle immünsüpresif tedavide azaltma yapmak mümkün olur. Bu dönemde görülen enfeksiyonlar toplumda yaşayan diğer kişilerde görülenlerle benzerlik gösterir.^{53,54}

b) Malignite: İmmünsüpresif tedavi altındaki hastalarda tümör insidansı %5-6 veya aynı yaş grubunda genel popülasyona göre yaklaşık 100 kat daha sıktır. En sık lezyonlar cilt ve dudak kanseri ile insitu serviks karsinomu ve non-Hodgkin lenfoma gibi lenfomalardır. Riskler yüklenen toplam immünsüpresif miktarına ve transplantasyondan sonra geçen süreye bağlıdır.^{55,56}

c) Kardiyovasküler komplikasyonlar: Diyaliz hastalarında olduğu gibi transplantasyon hastalarında da başta gelen morbidite ve mortalite nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Dolayısıyla transplantasyon öncesi bu hastalar kardiyovasküler sistem yönüyle ayrıntılı değerlendirilmeli ve risk faktörleri yönüyle de yakında izlenmeli.

Hipertansiyon: Hipertansiyon posttransplant dönemde en sık görülen komplikasyondur. Bu hasta grubunda %70'ler civarında hipertansiyon ortaya çıkmaktadır. Bilindiği gibi hipertansiyon sol ventrikül hipertrofisine yol açar. Sol ventrikül hipertrofisi ise nedeni tam bilinmekle birlikte kardiyovasküler komplikasyonları önemli ölçüde artırır.

Transplantasyon sonrası erken dönemde gelişen hipertansiyonun en sık görülen nedeni graft fonksiyon bozukluğudur. Bu da çoğunlukla rejeksiyon, iskemi veya

kalsinörin inhibitörleri CsA ve FK506'nın sonucudur. Bu nedenledir ki rejeksiyonun düzeltilmesi, diyaliz ve diüretikler çoğu kez kan basıncını düşürür. Postransplant geç dönemde ise hipertansiyonun en sık görülen nedeni kronik allograft fonksiyon bozukluğudur. Burada da nefron kaybının ve kalsinörin inhibitörlerinin rolü vardır. Steroidlerin özellikle yüksek dozlarda hipertansiyona neden oldukları ise uzun zamandır bilinmektedir.⁵⁴

Hiperlipidemi: Hiperlipidemi böbrek transplant hastalarında sık görülmekte ve aterosklerozun önemli risk faktörü olarak, kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Transplantasyon sonrası hiperlipideminin gelişmesinde tedavide kullanılan steroid, beta bloker ve “loop” diüretikler, yetersiz greft fonksiyonu, proteinüri, şişmanlık gibi nedenlerin rolü vardır. Ayrıca yüksek oranda rastlanan hipertansiyon ve glukoz intoleransı da nedenler arasında önemli bir yer almaktadır.⁵⁶

Transplantasyon sonrası gelişen hiperlipideminin önlenmesi için kortikosteroid dozunun gün aşırı verilmesi, beta bloker ve “loop” diüretiklerden kaçınılması, aşırı kilo alınmaması ve antihiperlipidemik ajanlar önerilmektedir.⁵⁷

d) Gastrointestinal komplikasyonlar: Böbrek transplantasyonu sonrası erken yada geç gastrointestinal komplikasyonlar düşük immün sistem nedeni ile normal popülasyona göre daha sık görülmekte ve mortalite ve morbiditeyi belirgin olarak arttırmaktadır. Bu komplikasyonlar; verilen immünosupresif tedaviyle gelişebilen sepsisle, rejeksiyon gelişmesiyle, hipertansiyonla, transplantasyon sonrası gelişebilen malignite ile ilişkilidir. Gastrointestinal komplikasyonların başlangıç yakınmaları olarak batında hassasiyet ve ağrı görülmektedir. Gastrointestinal sistemde enfeksiyon gelişebilir, özellikle ağız ve özefagusta gelişir. Karaciğer için toksik olan azothioprine gibi ilaçların kullanılması nedeni ile hepatit ve siroz gelişebilir. Prednisone tedavisi

nedeniyle peptik ülser görülebilir. Gastrointestinal komplikasyon olarak kolit ve pankreatit de görülebilir. Pankreatit; böbrek transplantasyonunun nadir görülen, ancak ağır ve öldürücü bir komplikasyondur. Hepatit de böbrek transplantasyonunun oldukça tehlikeli bir komplikasyondur. Özellikle gastrointestinal kanama ile görülen hepatit hemen hemen daima öldürücüdür.^{42,58}

e) Solunum komplikasyonları: Bakteri ve mantarların neden olduğu pnömoni en sık rastlanılan solunum komplikasyonudur. Diğer komplikasyonlar pulmoner ödem, pulmoner emboli ve reaktif olmuş tüberkülozdu.⁴²

f) Deri komplikasyonları: Böbrek nakli sonrası görülen komplikasyonların temelinde kullanılan ilaçlar bulunmaktadır. Bu ilaçların immünosupresif etkilerine bağlı enfeksiyöz, prekanseröz ve kanseröz lezyonlar ortaya çıkabilmektedir. Diğer dermatolojik sorunlar enfeksiyon, purpura, akne ve alopesidir. Steroidlerin kullanılması nedeniyle yara iyileşmesi önemli derecede yavaşlamıştır.⁵⁴

g) Diğer komplikasyonlar: Latent diyabetli olan hastalarda diyabetes mellitus gelişebilir. Kas iskelet sistemine ilişkin olarak osteoporoz ve miyopati görülebilir. Steroid tedavisi, aseptik kemik nekrozuna, katarakt ve glokoma neden olabilir. Erkek hastalarda sıklıkla hidrosel testis atrofisi ve vasküler erektil disfonksiyon görülebilir.^{59,60}

2.2.8. Ümmunosupresyon

Ümmünsüpresif ilaç kullanımı öncesinde organ naklinde karşılaşılan başarısızlık bu grup ilaçlarda elde edilen gelişmeler sayesinde yerini giderek artan başarılarla bırakmıştır. 1980'li yılların başlangıcında siklosporinin kullanılması transplantasyonda bir çığır açmış ve belkide böbrek transplantasyonunun yoğun bir şekilde yapılmasına zemin hazırlayan en büyük faktör olmuştur. Çünkü allograft yaşam süresini anlamlı ölçüde yükseltmektedir. Ancak ne yazık ki yeterli dozda da olsa siklosporin kalıcı bir

graft başarısını sağlamaya yetmemektedir. Öte yanda akut ve kronik nefrotoksisite önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır.⁶¹

İdeal immünosupresif ilaç, alıcının donör antijenlerine cevabını zayıflatan ancak greft dışı antijenlere cevabı etkilemeyen tedavi rejimidir. Bunlar spesifik immünosupresif ilaçlardır ve antigreft cevabı, enfeksiyonlara duyarlılık artışına yol açmadan sağlarlar. Ancak, günümüzde kullanılan immünosupresif ilaçlar genellikle nonspesifik olduğundan bu ilaçların yararlarının yanında bir çok yan etkileri ve hastanın yaşamına getirdiği kısıtlamalar vardır. Bu nedenle immünosupresif ilaçlar ve yan etkileri konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetleri önemlidir.^{62,63}

2.2.9. Böbrek Transplantasyonunda Hemşirelik Bakımı

Cerrahi tekniklerin gelişmesi ve etkin immünosupresif tedavilerin kullanıma girmesiyle başarı grafiğini hızla yükselen böbrek transplantasyonunun hastada değişik fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları ortaya çıkardığı bilinmektedir. Hemşirelik bakımının amacı ise, hayatı bir bütün olarak ele almayı ve hastanın hastalığı nedeniyle yerine getiremediği günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeyi, bir an önce kendi kendine yeterli duruma getirerek eski sağlıklı, mutlu ve üretken yaşamına döndürmeyi sağlamaktır.⁶⁴

Transplantasyon hatasının hemşirelik bakımı, ileri bilgiyi gerektiren oldukça karmaşık ancak o ölçüde de ödüllendirici hemşirelik girişimlerini içerir. Donörden alınan organ yada dokunun başarılı bir biçimde alıcıya transplante edilmesi ve rehabilitasyonu, dikkatli bir hemşirelik tanınması, gereksinimlerin öncelik sırası göz önüne alınarak belirlenmesi, tedavi bakım gereksinimlerinin nitelikli bir biçimde uygulanması ve ameliyat sonrasının uygun koşullarda sürdürülmesi ile mümkündür.^{31,65}

Transplantasyon sonrası hemşirelik bakımı komplikasyonların önlenmesine, erken devrede tanınmasına, tedavi edilmesine ve böbrek fonksiyonunun en üst düzeyde sürdürülmesine yöneliktir. Hastaya uygulanacak bakım genel ameliyat sonrası bakıma ek olarak transplantasyon sonrası gelişebilecek komplikasyonlara yönelik bakımı kapsar. Hemşire komplikasyonların belirti ve bulgularını bilmeli ve hastayı bu belirti ve bulgulara yönelik olarak yakından izlemelidir.⁴²

2.2.10. Transplantasyon Sonrası Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi, her hastalıkta olduğu gibi transplantasyon hastalarında, transplantasyon öncesi ve sonrası yaşamsal değeri olan, hastanın öz bakım sorumluluğunu üstlenmesini sağlayan ve hasta bireyin yaşam kalitesini arttıran önemli bir süreçtir. Hasta eğitimi mutlak hekim, hemşire ve diğer ekip üyelerinin işbirliği yanında, hasta merkezli yaklaşımı gerektirir. Ancak hasta eğitimi şüphesiz diğer sağlık çalışanlarına oranla hasta ile direk ve daha uzun süreli, ilişkide olan hemşirelerin sorumluluğudur.⁶⁶ Transplantasyonlu hastanın bakım planının en önemli konularından biri olan hasta eğitimi, transplantasyon öncesi dönemde başlatılmalı, hastanede kalış süresince devam etmeli ve hasta taburcu edildikten sonrada takip edilmelidir.⁶⁷

Hemşirelerin, hastanın tedaviye uyumunu sağlamak için sağlık eğitimi vermesi kaçınılmazdır. Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulatmaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacı ile birey olarak veya topluca karar aldırmaaktır. Yapılan araştırmalarda hastaların kendi bilgi gereksinimlerini nasıl algıladıkları ve sağlık sorunlarını çözmede hangi tür bilgilere gereksinme duydukları incelenmiş ve tanı, hastalığın nedeni, hastalığın yaşam

şekli üzerine etkisi, evde bakımlarının nasıl olacağı, hastalığın nedeni, hastalığın günlük yaşam aktivitelerini nasıl etkileyeceği ve yaşamlarını bundan sonra nasıl düzenleyecekleri konusunda bilgi istedikleri saptanmıştır.⁶⁸ Ancak literatür incelendiğinde, sağlık bakım sisteminde hemşirenin rolleri arasında bu kadar önemli bir yere sahip olan hasta eğitiminin istenilen düzeyde yapılmadığı vurgulanmaktadır. Ülkemizde hasta eğitimi konusunda yapılan çalışmalarda bu durumu desteklemektedir.⁶⁹⁻⁷¹ Profesyonel hemşirenin eğitici rolü kapsamında yer alan planlı hasta eğitiminde hemşirenin belirli ilkelere mutlak uyması gerekir. Bunlar;

- Öncelikle hastanın bilgi gereksinimlerinin saptanması, çünkü eksik bilgi kadar fazla bilgide hasta ve ailesinde anksiyeteye yol açabilir,
- Hasta birey ve ailesinin anlayabileceği terimlerin kullanılması,
- Hasta eğitimine hastaneye yatıştan itibaren başlanması,
- Hasta bireye kısa aralıklarla tekrar tekrar bilgi verilmesi,
- Hasta birey ve ailesinin soru sormasına fırsat verilmesi,
- Bu eğitimlerde görsel, işitsel araçlardan yararlanılması,
- Hasta eğitimi süresince mutlak sürekli hekim-hemşire ilişkisinin sürdürülmesi.⁷²

Transplantasyon sonrası hasta bakımı yaşam boyu sürebilir. Bu nedenle hastanın fiziksel ve psikolojik desteğe ihtiyacı olacaktır. Önerilen tıbbi tedavi ve bakımı kesinlikle uygulaması ve planlandığı şekilde kontrollerinin yapılmasının önemi, hasta ve yakınlarına açıklanmalıdır. Hastaya verilen eğitim şunları kapsamalıdır:

- Hasta aldığı ilaçların adını, dozunu, saatlerini bilmeli daha önce kendisine belirtilen tarihlerde dozunda değişiklik yapabilmelidir.

- Hasta aldığı ilaçların yan etkilerini bilmeli, gerektiği durumlarda böbrek nakli olduğu üniteye başvurabilmelidir.
- Hasta aldığı sıvı ile çıkardığı idrar miktarını izleyebilmelidir.
- Hasta kilo takibinin önemini bilmeli ve bunun idrar miktarı ile ilişkisini kurabilmelidir.
- Hasta vital belirtilerine (ateş, nabız, kan basıncı) bakabilme ve değerlendirebilme becerisine sahip olmalıdır.
- Hasta rejeksiyon belirtilerini bilmeli, değerlendirebilmeli ve bu belirtileri gördüğünde üniteye başvurabilmelidir.
- Hasta enfeksiyonlardan nasıl korunacağını bilmelidir
- Hasta diyetini ve bu diyetle neden uyması gerektiğini bilmelidir.
- Hasta kontrollere gelmenin önemini ve ne gibi hazırlıklar yaparak geleceğini bilmelidir.^{13,16,17,30,31}

2.2.11. Tedaviye Uyum

Transplantasyon hastalarına hizmet veren sağlık ekibinin en önemli üyelerinden biri olan hemşirenin amacı, bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmalarını sağlamak ve buna yönelik çalışmalar yapmaktır. Böbrek transplantasyonu olan hastalar ömür boyu tedavilerini ve bakımlarını evlerinde sürdürdüklerinden, sorumluluk büyük ölçüde kendilerine verilmektedir. Bu nedenle tedavi ve bakımın etkin olmasında hastanın uyumu önemlidir.⁷³

Uyum; sağlık görevlisi tarafından verilen öneri ve tedavilerin hasta tarafından kabullenip, uygulanmasına denir. Önerilere uymayan hastalar, tedaviye uyumsuz olarak

kabul edilir. Uyumsuzluk; başlangıçta uyum niyeti gösterdikten sonra, bakım planının yürütülmesine katılmada başarısızlık olarak nitelendirilir.⁷⁴

Hastanın tedaviye uyumunun sağlanmasında sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan ve hastalarla hastalıklarının her aşamasında iletişimde bulunan hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir ve hemşirelerin hastanın tedaviye uyumunu sağlamak için sağlık eğitimi vermesi kaçınılmazdır. Hastanın kısa sürede ve sorunlardan en az düzeyde etkilenecek normal yaşamına dönmesi için gerekli olan eğitimi planlamak ve hastanede yattığı süre içinde ve taburculuk sonrasında gerçekleştirmek, hastanın hem fizyolojik hem de psikososyal yönlerden yaşadıkları güçlüklerle baş etmesinde ve uyumunda yardımcı olmak, hemşirelik bakımının temel amacıdır.⁷³

Hemşireliği bütünleyici bir işlevi olan hasta eğitimi, bireyin yalnızca fizyopatolojik sorununun tedavisi değil, aynı zamanda bireyin tepkileri, duygu ve düşünceleri, gereksinimleri, çevresel ve kişisel özelliklerini de dikkate almayı ve yaşamını daha anlamlı geçirmesi için çabalamasını sağlamaktır. Hastada uyumsuzluk varsa buna yol açan etmenleri araştırmak hemşirenin görevidir.⁷⁵

Böbrek transplantasyonu hastasına bakım veren hemşire, hasta ve ailesinin pozitif sağlık alışkanlıkları ve bakım davranışları geliştirmesine yardım eder. Hemşire, böbrek transplantasyonu olan hastanın aldığı ilaçları, alınan sıvı ve çıkarılan idrar arasındaki ilişkiyi anlamasına; kilo takibinin önemini öğrenmesine ve hayati belirtilerine bakabilmesine; rejeksiyon belirtilerini bilmesine ve izlemesine; sağlığını korumak için gerekli önlemleri almasına; diyetine uyumuna ve kontrollere uymanın önemini kavramasına hemşirelik bakımı sırasında yardım eder.⁷⁶

2.2.12. Böbrek Transplantasyonunun Psikolojik Yönleri

Böbrek naklini takiben yüksek oranda psikiyatrik morbidite görüldüğü bildirilmektedir. Bazı araştırmacılar alıcıların %50'sinden fazlasının transplantasyondan yıllar sonra bile anksiyete yaşadıklarını, depresyon, hipokondriyazis ve organik beyin sendromu tanı sıklıklarının da yüksek olduğunu belirlemişlerdir.^{22,77}

Hastalarda sık karşılaşılan ruhsal bozukluklardan depresyonun hastanın tedaviye uyumunu zorlaştırdığı, rejeksiyon riskini artırdığı ve yaşam kalitesini bozduğu belirlenmiştir.^{78,79}

Ülkemizde yapılan ve alıcılarda transplantasyon sonrası erken ve geç dönemde psikiyatrik bozuklukları saptamayı amaçlayan bir çalışmada ilk bir ay içinde en sık görülen tanının %33,3'lük bir oranla anksiyeteli uyum güçlüğü olduğu bildirilmiştir. Transplantasyon sonrası süre uzadıkça psikiyatrik morbidite oranının belirgin bir biçimde azaldığı saptanmıştır.⁸⁰

Böbrek transplantasyonu sonrası erken dönemde en önemli kaygı nedenleri arasında greft böbreğinin ve drenlerin çalışıp çalışmadığı, yapılan kan testlerinin sonuçlarının nasıl olacağı yer almaktadır. Böbrek transplantasyonu sonrası hasta taburcu olduktan sonra ise eforiktir, mutludur ve kendini “yeniden doğmuş” gibi hisseder. Bu dönemde istenilen normal fonksiyonlarına dönen organla birlikte, hastanın yaşamının ve duygusal dengesinin de normale dönmesidir. Bunun için hastanın tedavisine uyum sağlaması ve bulunduğu durumla fiziksel ve psişik denge kurması, yani yaşamını yönetme becerisi kazanması gerekmektedir.⁸¹

Frey 'in (1990) transplantasyon olan hastalar için geliştirilmiş bir stresör skalası ile yaptığı çalışmada, böbrek transplantasyonu olan hastaların en çok yaşadıkları beş stresörü sırasıyla “hastaneye tekrar yatma olasılığı, rejeksiyon olasılığı, tıbbi tedavinin

maliyeti, geleceğin belirsizliği ve enfeksiyon olasılığı” olduğu belirlenmiştir.⁸² Bunlar arasında rejeksiyon olasılığı hastanın, ailesinin ve transplantasyon ekibinin en büyük stres kaynağıdır. Rejeksiyon korkusu ne yazık ki transplantasyondan yıllar sonra bile devam eder.⁸³ Fallon ve arkadaşları Kidney Transplantation Recipient Stres Scale (KTRSS) ile yaptıkları çalışmada, hastaları ilk 6 ayda olanlar, 1-5 yıllık olanlar ve 5 yıldan uzun süre olanlar ve beş yıldan uzun süre olanlar olarak üç gruba ayırarak, stresörleri incelemişlerdir. 5 yıldan uzun süre olan grupta en önemli iki stresörün rejeksiyon korkusu ve bilgi eksikliği olduğu belirlenmiştir.⁸⁴

Yukarıda belirtildiği gibi hastalar transplantasyon sonrası bir çok psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları hastaları yalnızca fizyolojik gereksinimlerine göre ele almamalı; psikolojik sorunların sözel ya da davranışsal tepkilerini gözlemeli ve ele almalıdır.²¹

2.2.13. Yaşam Kalitesi Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Günümüzde sağlık bakımının amacı; yaşamı uzatmak değil; bireyin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirmek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini, bilgi ve becerilerini artırmak ve geliştirmektir.

Yaşam kalitesi; çok yönlü olması, sürekli değişim ve gelişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilen, yaşamda nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğin ifade etmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir kavramdır.

Yakın geçmişte öne sürülen her geçen gün, gittikçe önem kazanan ve insan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olan yaşam kalitesi; insan istek ve gereksinimlerinin tatmin edici bir biçimde karşılanması olarak tanımlanabilir.^{85,86}

Yaşam kalitesi için birçok fikir bulunmakla birlikte; kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu olarak tanımlanmaktadır. Burada kişinin içinde bulunduğu durum ve bu durumla ilgili beklentileri önem taşımaktadır. Bu ikisinin arasındaki farkın kişinin yaşam kalitesini gösterdiği düşünülmektedir. Yaşam kalitesi bir çok değişkene bağlı ve karmaşık bir kavram olup, önemli belirleyicilerinden birisi ise sağlıktır. Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili belirleyicileri; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi olarak incelenmektedir.⁸⁷

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, geniş kapsamlı bir kavramdır. Sağlığın kişiye olan yansımaya yönelmiştir. Kişinin yaşamının sağlık durumundan ne kadar etkilendiğini, neleri yapamaz olduğunu, neleri yapmak zorunda kaldıklarını açıklar.⁸⁸

Farklı bilimler, yaşam kalitesinin, kendi disiplinlerini vurgulayan yönlerine odaklanmışlardır. Sosyoloji yaşam kalitesinin refahla ilişkisine odaklanırken fizyoloji temel olarak kişinin büyüme ve gelişmelerine olan ilgisine odaklanmıştır. Tıp ve hemşirelik ise sağlık çalışanlarının ilgilendikleri alanlar olan sağlığın, semptomların, hastalıkların ve tedavilerin yaşam kalitesi ile olan ilişkisine odaklanmıştır. Son yıllarda yaşam kalitesi çalışmaları sosyal bilimlerde de yapılmış ve farklı hastalık gruplarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi; alternatif kaynak kullanımının yararlarının ölçülmesi, hastaların tedavilerine karar verme ve klinik çalışmalarda girişimlerin etkinliğinin karşılaştırılması amacıyla kullanılmıştır. Yani hasta için gerekli tedavi yaşam kalitesine olan etkisine göre seçilmektedir.^{89,90}

2.2.13.1. Böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda yaşam kalitesi

Teknolojik gelişmelerle birlikte tanı, değerlendirme ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, primer sağlık hizmetlerine verilen önemin artmasına ve erken yaşta

ölümlerin azalmasına, yaşam süresinin uzamasına ve beraberinde kronik hastalıkların insidans ve prevalansının da artmasına yol açmıştır. Bu nedenlerden dolayı, geçmişte, eğitim, araştırma ve sağlık bakım uygulamaları genellikle akut hastalıklar üzerine odaklanmakta iken, son yıllarda kronik hastalıklara doğru giderek artan bir ilgi ve yönelim gözlenmektedir. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşam kalitesi de sorgulanmaya ve yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmıştır.⁹¹

Başarılı bir böbrek transplantasyonundan sonra KBY'li hastaların yaşamlarının tekrar eskisine benzer bir yaşam şekline dönmesi, fizyolojik fonksiyonların normale yakın olması, rahat bir şekilde toplum içine girebilme ve sosyal yaşamın bir parçası olabilme, diyaliz makinesi ve onun çevresindeki hayata tahammül etme zorunluluğunun ortadan kalkması gibi olumlu değişiklikler olmaktadır. Ancak transplantasyon sonrasında oldukça disiplinli ve sürekli kontrol altında bir yaşam; sıkı hekim-hasta ilişkisi, immünosupresif ilaçların yaşam boyu kullanılması zorunluluğu ve bunların komplikasyonları olan enfeksiyon, tümör gelişmesine eğilimin artması; akut ve kronik rejeksiyon nedeniyle tekrar hemodiyalize dönme olasılığı vardır.⁶³

Böbrek transplantasyonu olan hastalarda özellikle ilk üç aylık dönemde geçici ve zorunlu izolasyon ve sosyal aktivitelerde azalma, transplantasyon merkezlerine yakın olmak için yaşadığı ortamı değiştirme ve bunlara bağlı desteğin azalması gibi sosyal sorunlar da görülebilmektedir.¹⁶

Hemşirelerin yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukları yerine getirirken önce yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi gerekir. Yaşam kalitesini etkileyen faktörler, bireyin yaşam süresince fiziksel, entelektüel ve ekonomik olanak ya da sınırlılıklarında ki değişikliklere bağlı olarak sürekli değişmektedir. İnsanların sağlıklarında herhangi bir

sapma olduğunda yaşamdan doyum bulmaları bozulabilir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı, hastaya yardımcı olmak, en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini sağlamak ve bu süreç içerisinde de yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır.⁹⁰

3. METARYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, tek grup ön test son test deneme öncesi modeli olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Nefroloji polikliniğinde 20/10/2007- 30/07/2008 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniği'ne kayıtlı böbrek transplantasyonu yapılmış hastalar oluşturmuştur.

Araştırma örneklemini ise veri toplama süresince (Aralık-Mart 2008) ilgili hastanenin Nefroloji Polikliniği'ne kontrol amaçlı başvuran 18 yaş üzerinde, en az ilkokul mezunu, görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmayan, iletişime ve işbirliğine açık, psikiyatrik bir hikayesi olmayan ve transplantasyon üzerinden bir ay geçmiş böbrek transplantasyonu yapılmış hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde nefroloji polikliniğinde kayıtlı bulunan böbrek transplantasyonu yapılmış 46 hastadan evren ve örneklem özelliğine uyan 42' si araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demorafik ve transplantasyona ait özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Transplantasyona Ait Özellikleri

Tanıtıcı özellikler	Sayı	%
Yaş		
18-23	7	16.7
24-29	9	21.4
30-35	12	28.6
36 ve üstü	14	33.3
Cinsiyet		
Erkek	25	40.5
Kadın	17	59.5
Medeni Durum		
Evli	28	66.7
Bekar	14	33.3
İş-mesleki Durum		
Çalışıyor	18	42.9
Ev hanımı	10	23.8
Emekli	8	19.0
Öğrenci	4	9.5
İşsiz	2	4.8
Eğitim Durumu		
İlkokul mezunu	14	33.3
Ortaokul/lise mezunu	20	47.6
Üniversite mezunu	8	19.0
Transplantasyona Ait Özellikler		
Transplantasyon Üzerinden Geçen Süre		
1-3 ay	6	14.3
4 -6 ay	9	21.4
7 ay -1 yıl	5	12.0
2- 5 yıl	14	33.3
6 yıl ve üzeri	8	19.0
Nakil Türü		
Canlı	35	83.3
Kadavra	7	16.7
Böbrek Nakli Sonrası Bilgilendirilme Durumu		
Bilgilendirildim	3	7.1
Bilgilendirilmedim	19	45.3
Bilgilendirildim ama yetersizdi	20	47.6

3.4. Verilerin Toplanması

Ön-testte; Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniği'ne Aralık-Mart 2008 tarihlerinde başvuran ve

örneklem özelliğine uyan 42 hastaya araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu (Ek-1), SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği (Ek-2), Böbrek nakli uyum değerlendirme skalası (BNUDS) (Ek-3) ve Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD) (Ek-4) uygulanmıştır.

Hastalara planlanan eğitim yapıp, eğitim kitapçığı verildikten 3 ay sonra son test olarak 42 hastaya ikinci kez SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği, BNUDS ve HAD uygulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Böbrek nakli uyum değerlendirme skalasında hasta yakını tarafından doldurulması istenen bölüm, evli hastalarda eşler tarafından, bekar hastalarda anne yada diğer akrabalar tarafından doldurulmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

- 1- Anket formu
- 2- SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği
- 3- Böbrek nakli uyum değerlendirme skalası (BNUDS)
- 4- Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD)

Anket formu:

Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelemesi yapıldıktan sonra hazırlanan anket formu hastaların sosyo-demografik ve transplantasyona ait özellikleri belirlemeye yönelik soruları içermektedir.⁹²⁻⁹⁴

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği:

Hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacıyla SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır.

Ölçek klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının belirlenmesinde ve genel popölasyon incelemelerinde kullanılmak üzere Ware ve Sherbourne (1992) tarafından Short-Form Health Survey (SF-36) adıyla geliştirilmiştir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, genel sağlık durumu ölçme alanlarındandır. Ölçek, Amerika’da alternatif sağlık yatırımlarının sağlık durumu üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla, RAND Corperation tarafından yapılmış olan araştırma sonucu elde edilmiştir.⁹⁵

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği Türkiye’de Pınar tarafından (1995) Türkçe dil geçerliliği, ölçüm geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak, diyabetli hastalarda kullanılmıştır. Ölçeğin ön test-son test güvenilirliği 0.94, iç tutarlılığı 0.92’dir.⁹⁰

Bu araştırmada toplam Cronbach alfa katsayısı 0.86, alt boyut Cronbach alfa katsayıları ise fonksiyonel durum için 0.82, esenlik için 0.85, genel sağlık anlayışı için 0.88 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin bu hastalar için uygun güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçek klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde genel popölasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir ve 36 ifade içerir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi aştırmalarında yaygın olarak kullanılan bir ölçektir, 14 yaş ve daha büyüklerin kendi kendilerine veya bu konuda bilgilendirilmiş bir bireyin eşliğinde, hatta telefon aracılığıyla da uygulanacak şekilde hazırlanmıştır ve uygulaması 10-12 dakika sürmektedir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği; fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı olmak üzere üç majör sağlık alanı ve bunların belirleyicisi olan 9 sağlık kavramından oluşmaktadır.⁹⁰

Bunlar;

1. Fonksiyonel Durum:

Sağlık problemlerine bağlı olarak fiziksel aktivitelerin kısıtlanması,

Emosyonel ve sosyal problemlere bağlı sosyal aktivitelerin kısıtlanması,

Fiziksel sağlık problemlerine bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin yapılmasının engellenmesi,

Emosyonel sağlık problemlerine bağlı günlük yaşam aktivitelerini yapılmasının engellenmesi.

2. Esenlik:

Mental sağlık (emosyonel distress ve esenlik)

Beden ağrıları

Canlılık (zindelik/yorgunluk)

3. Genel Sağlık Anlayışı:

Bir bütün olarak sağlığın değerlendirilmesi,

Geçen yıl süresince yapılan değişiklikler.

Bu üç majör yaşam kalitesi skalalarının her birinin ve global yaşam kalitesi skalasının puanları 0-100 arasında değişmektedir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, her sağlık alanının puanı yükseldikçe, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır.⁹⁰

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin değerlendirilmesi:

Ölçek iki aşamada değerlendirilip çözülebilir. 1. aşama, bazı başlıkların yeniden kodlanmasını ve 2. aşama yeniden kodlanan başlıkların kombine edilmesi, böylece 9 sağlık alanı için özet puanların belirlenmesini içerir. Karşılaştırmaları kolaylaştırmak için; ölçekteki sağlık skalalarının (sağlıkla ilgili yaşam alanlarının) skala puanları dönüştürülmüştür. Skala puanları en düşük puandan, en yüksek puana kadar 0 ile 100 arasında değerler alır. (Çizelge 10), böylece SF-36 Yaşam Kalitesi Skalası'nın da puanı 0 ile 100 arasında değişir.

SF-36 ile yapılacak yaşam kalitesi araştırmalarında her bir alt skala puanlamasının nasıl yapılacağı Çizelge 1 ve Çizelge 9 arasında gösterilmiştir. (Ek-5) bütün başlıkların sözel içerikleri ve her bir başlıkta kullanılan yanıt seçenekleri çizelgelerde ifade edilmiştir, böylece hangi başlık ve yanıt seçeneklerinin katıldığına ilişkin şüphe bırakılmamıştır. Her bir çizelgenin 2. bölümü, eğer gerekliyse, başlıkların yeniden kodlanmasından sonraki skala puanının nasıl bilgisayara aktarılacağına ilişkin bilgi verir.⁹⁰

Böbrek Nakli Uyum Değerlendirme Skalası (BNUDS)

BNUDS, Sağduyu ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, hasta ve yakınları tarafından doldurulması istenen, 5 sorudan oluşan yapılandırılmış bir form olup; her bir soruda nakil ameliyatı yapılan hasta ve yakınlarından, diyet/ilaç/randevulara uyum/sağlık tutum önerilerine uyum/uyumun genel değerlendirilmesi maddelerini için, kötü/orta/iyi/çok iyi/mükemmel/fikrim yok seçeneklerinden birisini işaretlemesi istenmiştir.⁹⁶

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD):

HAD ölçeği Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.⁹⁷ Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini içeren toplam 14 maddeden oluşmaktadır. 1,3,5,7,9,11,13 nolu sorular anksiyeteyi ölçer skor 10 ve üzerinde ise pozitif kabul edilir, 2,4,6,8,10,12,14 nolu sorular depresyonu ölçer skor 7 ve üzerinde ise pozitif kabul edilir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Aydemir tarafından yapılmış olup kesme noktaları anksiyete için 10, depresyon için 7 olarak saptanmıştır. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete için 0.85, depresyon için 0.77 olarak bulunmuştur.⁹⁸ Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı anksiyete için 0.65, depresyon için 0.67 olarak tespit edilmiştir.

3.6. Hemşirelik Girişimi

Ön test aşamasında hastaların tümüne anket formu, SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği, Böbrek Nakli Uyum Değerlendirme Skalası (BNUDS) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulanmıştır.

Hemşirelik girişiminde girişim materyali olarak hastalar için hazırlanan eğitim kitapçığı kullanılmıştır. Kitapçık; böbrekler ve görevleri, son dönem böbrek yetersizliği, nedenleri ve tedavi seçenekleri, böbrek nakli hakkında genel bilgiler, böbrek nakli sonrası eve dönüş, böbrek nakli sonrası ilaç kullanımı, böbrek nakli sonrası enfeksiyondan korunma, böbrek nakli sonrası beslenme ve diyet, böbrek nakli sonrası sosyal yaşam, böbrek nakli sonrası cinsel yaşam ve hamilelik konularını içermektedir.^{13,16,99-103} Eğitim; hastanın muayene yada kontrole geldiği gün nefroloji polikliniğinde muayenesi ve kontrolü tamamlandıktan sonra nefroloji kliniğinde seminer

salonunda uygulanmıştır. Eğitime başlamadan önce hastalara ön testler uygulanmış ve daha sonra eğitim yapılmıştır. Eğitim hastalara birebir uygulanmış ve her bir hasta için ortalama 45 dakika sürmüştür. Seminer salonunda hastayla karşılıklı oturulmuştur. Araştırmacı tarafından görsel/sözel, soru-cevap şeklindeki öğretim yöntemleri kullanılarak yapılmıştır, eğitim sonunda hastaya kitapçık verilmiştir.

Eğitim tamamlandıktan 3 ay sonra hastalara son testler uygulanmıştır. Son test aşamasında hastalara tekrar SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği, BNUDS ve HAD uygulanmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Hastaların yaşam kalitesi, tedaviye uyumları ve yaşadıkları ruhsal sorunlar bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Hastalara verilen eğitim bağımsız değişkeni oluşturmaktadır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri bilgisayarlarda, SPSS 15.0 paket programında yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde yüzdelik hesaplamalar ve t testi kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yakutiye Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniği'nde yapılabilmesi için resmi izin alınmıştır. (Ek-6)

Hastalara araştırmanın amacı açıklanmıştır. Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi”, “Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirilmiştir.¹⁰⁴

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın evreni Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Yakutiye Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniği’ne kayıtlı böbrek transplantasyonu yapılmış hastalarla sınırlandırılmıştır. Örneklem grubunun küçük olması ve kontrol grubunun olmaması nedeniyle araştırmanın sonuçları bu araştırma grubuna genellenebilir niteliktedir.

4. BULGULAR

Bu bölümde böbrek transplantasyonu yapılmış hastalara verilen eğitimin hastaların yaşam kalitelerine, tedaviye uyumlarına ve yaşadıkları ruhsal sorunlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları tablolar ve istatistiksel analizleri ile verilmiştir.

Tablo 2’de hastaların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ön test ve son test puan ortalamaları verilmiştir. Hastaların ön test fonksiyonel durum puan ortalaması 53.24 ± 21.19 ve son test puan ortalaması 74.02 ± 13.67 olarak, esenlik ön test puan ortalaması 66.02 ± 11.67 ve son test puan ortalaması 75.92 ± 12.54 olarak, genel sağlık anlayışı ön test puan ortalaması 64.02 ± 18.18 ve son test puan ortalaması 74.09 ± 12.15 olarak bulunmuştur. Hastaların eğitim öncesi global yaşam kalitesi puan ortalaması 61.07 ± 12.63 , eğitim sonrası 74.76 ± 9.11 olarak belirlenmiştir. Hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alanlarından aldıkları puan ortalamaları ve global yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, son test puanlarının yükseldiği görülmektedir ($p < 0.001$) (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=42)

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Öntest		Sontest		t p
	Min-max	X $\pm$ SS	Min-max	X $\pm$ SS	
Fonksiyonel durum	14-93	53.24 $\pm$ 21.19	37-93	74.02 $\pm$ 13.67	5.521 p<0.001
Esenlik	38-95	66.02 $\pm$ 11.67	44-95	75.92 $\pm$ 12.54	3.996 p<0.001
Genel sağlık anlayışı	33-95	64.02 $\pm$ 18.18	50-95	74.09 $\pm$ 12.15	3.186 p<0.001
Global yaşam kalitesi	38-83	61.07 $\pm$ 12.63	47-90	74.76 $\pm$ 9.11	5.521 p<0.001

Tablo 3’de hasta ve hasta yakınlarından böbrek nakli uyum değerlendirme skalasında tedaviye uyum özelliklerinden iyi-çok iyi-mükemmel seçeneklerini işaretleyenlerin ön test ve son test sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Hastalardan tedaviye uyum düzeyini iyi-çok iyi-mükemmel olarak değerlendirenlerin yüzde dağılımı, diyet kısıtlamasına uyumda ön testte %33.4 ve son testte %95.3, ilaç tedavisine uyumda ön testte %57.2 ve son testte %95.2, doktor randevularına uyumda ön testte %62 ve son testte %97.6, sağlık tutum önerilerine uyumda ön testte %52.4 ve son testte % 97.7 olarak belirlenmiştir. Hastaların genel uyum düzeyini iyi- çok iyi-mükemmel olarak değerlendirme yüzdeleri; ön testte %45.2, son testte %95.3 olarak belirlenmiştir. Son testte hasta ve hasta yakınlarından tedaviye uyum özelliklerinden iyi-çok iyi-mükemmel seçeneklerini işaretleyenlerin sayı ve yüzde dağılımlarında önemli bir artış olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Hastaların böbrek nakli uyum değerlendirme yüzdelerinin öntest-son test dağılımı

Uyum özellikleri	Ön Test		Son Test	
	S	%	S	%
Diyet kısıtlamasına				
Hastaya göre	14	33.4	40	95.3
Yakınına göre	12	28.6	40	95.3
İlaç tedavisine				
Hastaya göre	24	57.2	40	95.2
Yakınına göre	20	47.6	40	95.2
Doktor randevularına				
Hastaya göre	26	62.0	41	97.6
Yakınına göre	23	54.8	41	97.6
Sağlık tutum önerilerine				
Hastaya göre	22	52.4	41	97.7
Yakınına göre	20	47.7	41	97.7
Genel değerlendirme				
Hastaya göre	19	45.2	40	95.3
Yakınına göre	18	42.9	40	95.3

Tablo 4’de hastaların hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinden aldıkları ön test son test puan ortalamaları ve eşiği geçen hasta oranları görülmektedir. Depresyon alt ölçeğinde eşiği geçen hastaların oranı ön testte %28.6, son testte %9.5 ve anksiyete alt ölçeğinde eşiği geçen hastaların oranı ön testte %16.7, son testte %2.4 olarak bulunmuştur. Hastaların ön test depresyon puan ortalaması 4.85 ± 3.14 , anksiyete puan ortalaması 5.95 ± 2.84 ve son test depresyon puan ortalaması 2.28 ± 2.42 , anksiyete puan ortalaması 2.52 ± 2.83 olarak belirlenmiştir. Hastaların ön test ve son test depresyon ve anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu, son test puan ortalamalarının düştüğü yani hastaların depresyon ve anksiyetelerinin azaldığı görülmektedir. ($p < 0.001$) (Tablo 4)

Tablo 4. Hastaların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Öntest-Sontest Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Eşiği Geçen Hasta Oranları (n=42)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	Ön Test			Son Test			t	p
	Eşik Üstü S	%	X $\pm$ SS	Eşik Üstü S	%	X $\pm$ SS		
Depresyon	12	28.6	4.85 ± 3.14	4	9.5	2.28 ± 2.42	4.370	$p < 0.001$
Anksiyete	7	16.7	5.95 ± 2.84	1	2.4	2.52 ± 2.83	6.110	$p < 0.001$

5. TARTIŞMA

Böbrek transplantasyonu yapılmış hastalara verilen eğitimin hastaların yaşam kalitelerine, tedaviye uyumlarına ve yaşadıkları ruhsal sorunlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular ilgili literatürler ışığında tartışılmıştır.

Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda böbrek fonksiyonlarını düzeltmek için böbrek transplantasyonu tercih edilen en iyi tedavi yöntemidir.¹⁰⁵ Fakat böbrek transplantasyonlu birey, sürekli bir rejeksiyon riski, belirgin yan etkileri olan ilaç tedavisine alışabilme ve düzenli kontrol zorunluluğu gibi birçok sorunla karşı karşıyadır.¹⁰⁶ Bu streslerle mücadele edebilmek için, zihinsel ve davranışsal olarak yapılan çabalar hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir.¹⁰⁷ Sağlık personeli tarafından, hastalara verilen eğitim kişilerin yaşam kalitelerini anlamlı derecede etkilediği bilinmektedir.⁸⁹

Tablo 2’de hastaların yaşam kalitesi bütün alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Hastaların eğitim sonrası fonksiyonel durum alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları 53.24 ± 21.18 ’ den 74.02 ± 13.67 ’ ye, esenlik alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 66.02 ± 11.65 ’ den 75.92 ± 12.54 ’ e, genel sağlık anlayışı alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 64.02 ± 18.17 ’ den 74.09 ± 12.15 ’ e ve global yaşam kalitesi alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 61.07 ± 12.63 ’ den 74.76 ± 9.10 ’ a yükselmiştir. Hastaların yaşam kalitesi bütün alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, son test puanlarının yükseldiği görülmektedir.

Açaray ve Pınar yaptıkları çalışmada hastalığa ilişkin eğitim alan hastaların yaşam kalitesini eğitim almayan hastalara göre her alanda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterecek şekilde yüksek bulmuştur.⁵

Taşçı' nın yaptığı çalışmada eğitim alan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu, ancak eğitim alma durumunun istatistiksel olarak yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır.¹⁰⁸

Özşaker böbrek transplantasyonlu hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgi alan hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamış fakat bilgi alan hastaların yaşam kalitesi puanlarının yükseldiğini belirlemiştir.⁹³

Üstün ve Karadeniz çalışmalarında hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir.⁸

Ülkemizde hemodiyaliz hastalarına verilen eğitimin etkisini araştıran bazı çalışmalarda ise verilen eğitimin hastaların yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır.^{68,109}

Araştırmadan elde edilen bulgular diğer araştırma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre hastalara verilen eğitim hastaların yaşam kalitesini arttırmıştır. Bu araştırma bulgusu araştırmanın 1. hipotezini desteklemektedir.

Tablo 3'de hasta ve hasta yakınlarının böbrek nakli uyum değerlendirme skalasında tedaviye uyum özelliklerinin eğitim öncesi ve sonrasına ait yüzde dağılımları verilmiştir. Son testte böbrek nakli uyum değerlendirme skalasının bütün alt başlıklarında hasta ve hasta yakınlarından tedaviye uyum özelliklerinden iyi-çok iyi-mükemmel seçeneklerini işaretleyenlerin sayı ve yüzde dağılımlarında önemli bir artış olduğu görülmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, böbrek nakli adaylarının dörtte üçünün operasyon hakkında bilgilendirilmedikleri saptanmıştır.¹¹⁰ Hastanın tedaviye uyumunun nakil sonrası prognozu etkileyen önemli bir etken olduğu, hastayı bilgilendirme konusunda daha özenli olunması gereği birçok literatürde vurgulanmaktadır.¹¹¹

Yapılan çeşitli çalışmalarda böbrek transplantasyonu yapılmış hastalarda tedavilerine ilişkin yetersiz bilgilendirilmenin tedaviye uyumu olumsuz etkilediği, eğitim alan hastaların tedaviye uyumlarının arttığı saptanmıştır¹¹²⁻¹¹⁶

Araştırma sonuçlarına göre hastalara verilen eğitim hastaların tedaviye uyumlarını arttırmıştır. Bu araştırma bulgusu araştırmanın 2. hipotezini desteklemektedir.

Transplant hastalarında beden algısının bozulması, cinsel işlevlerde bozulma, öfke, eyleme vuruk davranışlar, bağımlılık, edilgen saldırgan davranışlar, anksiyete ve depresyon sık görülebilir. Ortaya çıkan psikiyatrik belirtiler hastanın sağlık ekibiyle iletişimini ve tedavinin başarısını etkileyebilir.¹¹⁷

Yapılan araştırmalarda transplantasyon yapılan hastalarda görülen ruhsal sorunların büyük oranda rejeksiyon olasılığı ve immünosupresif tedavinin yan etkilerinden kaynaklandığı tespit edilmiştir.^{82,118} Hastaların rejeksiyon ile ilgili duygularını ifade edememeleri, kaygı ve korkularını sözleştirememeleri ve etkili baş etme yöntemlerini kullanamamalarının, bakım ve tedaviyi zorlaştırdığı; öfke, düşmanlık, suçluluk, güçsüzlük, ümitsizlik duygularına yol açtığı bir gerçektir.¹¹⁹

Tablo 4’de hastaların eğitim sonrası depresyon puanının 4.85 ± 3.14 ’den 2.28 ± 2.42 ’ye, anksiyete puanının 5.95 ± 2.84 ’den 2.52 ± 2.83 ’e düştüğü yani hastaların depresyon ve anksiyetelerinin azaldığı görülmektedir.

Tsay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hastalara verilen eğitimin anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerine olumlu etkisi olduğu bulunmuştur.¹²⁰

Karabulutlu yaptığı çalışmasında hemodiyaliz hastalarına hastalık ve stresle baş etmeye yönelik eğitim vermiş ve eğitim sonrası hastaların anksiyete ve depresyon puanlarının düştüğünü tespit etmiştir.¹²¹

Araştırma sonuçlarına göre hastalara verilen eğitim hastaların depresyon ve anksiyetelerini azaltmıştır. Bu araştırma bulgusu araştırmanın 3. hipotezini desteklemektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Böbrek transplantasyonu yapılmış hastalara verilen eğitimin hastaların yaşam kalitelerine, tedaviye uyumlarına ve yaşadıkları ruhsal sorunlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada bulguların incelenmesi sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Hastaların eğitim öncesi ve sonrası SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve eğitim sonrasında hastaların yaşam kalitesinde artma olduğu tespit edilmiştir.

2. Hasta ve hasta yakınlarının eğitim sonrası böbrek nakli uyum değerlendirme skalasında tedaviye uyum durumlarının arttığı belirlenmiştir.

3. Hastaların eğitim öncesi ve sonrasında aldıkları anksiyete ve depresyon puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, verilen eğitimin hastaların anksiyete ve depresyon durumlarını azalttığı tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda

- Sağlık ekibi tarafından hastalara sürekli eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmesi, bu amaçla transplantasyon ünitesinde görev yapacak eğitim danışmanı veya eğitim hemşiresinin yetiştirilmesi,

- Bu hastalar ömür boyu sürecek tedavilerini kendileri sürdüreceklerinden, belli aralarla eğitimin yenilenmesi,

- Verilen eğitim sonrası hasta ve hasta yakınlarının büyük bir yüzdesinin tedaviye uyumu iyi-çok iyi-mükemmel seçenekleri ile değerlendirdiği tesbit edilmiş olsada, tedaviye uyumun sağlıklı dosya kayıtları, kan biyokimyası, kilo takipleri gibi objektif ölçütlerle değerlendirildiği araştırmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Çelik HC, Acar T. Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Fırat Tıp Dergisi, 2007; 1: 23-27
- 2- Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003; 14 (1):72-80
- 3- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ankara, Sistem Ofset, 2005:541-599
- 4- Nadir I, Topçu S, Gültekin F, Yöner Ö. Kronik böbrek yetmezliğinde etyolojik değerlendirme. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2002; 24 (2): 62-64
- 5- Acaray A, Pınar R. Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004;8(1):1-11
- 6- Türk Nefroloji Derneği, 2006 yılı registry raporu
(Çevrimiçi), <http://www.tsn.org.tr/> 04.09.2008
- 7- Altıntepe L, Güney İ, Türk S, Tonbul HZ, Yeksan M. Hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2005;14(2):85-89
- 8- Üstün ME, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006;1:34-43
- 9- Ünal G, Bilge A, Pektaş İ. Hemodiyalizin, son dönem böbrek yetmezliği olan bireylerin ruhsal durumlarına ve yaşam kalitelerine etkisini değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, 2004

- 10- Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. Hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2003;12(2):113-116
- 11- Küçük L. Diyaliz hastalarında sık karşılaşılan ruhsal sorunlar. Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi, 2005;14(4):166-170
- 12- Keçecioğlu N, Özcan E, Yılmaz H, Sezer T. Hemodiyaliz ve kronik ambulator periton diyalizi tedavisi gören hastalar ve bu hasta yakınlarının depresyon anksiyete ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 1995; 3: 172-176
- 13- Böbrek Transplantasyonuna Hazırlık, İstanbul Üniversitesi Hasta Okulu Yayınları
- 14- Tokalak İ. Transplantasyon koordinatörünün görev tanımı: organ bağışi ve transplantasyonundaki yeri. Diyaliz, Transplantasyon ve Yanık, 2004;15(1):1-6
- 15- Tokgöz B. Kronik Böbrek Yetmezliğinde Renal Replasman Tedavileri, Türkiye Klinikleri Journal International of Medical Sciences, 2005;1(21):82-87
- 16- Sever MŞ. Yeni bir böbrek yeni bir yaşam. Transplantasyon Hastaları El Kitabı. Novartis ürünleri
- 17- Karabulut N, Kavurmacı M, Koç A. Böbrek nakli ve hasta eğitimi. Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi, 2006;18(8):72-76
- 18- Doğukan A, Tokgöz B, Oymak O. et al. Böbrek transplantasyonu yapılan olgular: 5 yıllık sonuçların analizi. Erciyes Tıp Dergisi, 2003;25(2):86-91
- 19- Ogutmen B, Yıldırım A. et al. Kronik böbrek yetmezliğinde farklı yerine koyma tedavileri alan hastalarda yaşam kalitesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, İzmir, 2004: 33

- 20- Chen CW, Chen CH, Lee PC, Wang WL. Quality of life, symptom distress, and social support among renal transplant recipients in southern Taiwan: a correlation study. *Journal of Nursing Research*, 2007; 15: 319-329
- 21- Voepel LT. Stress, coping, and quality of life in family members of kidney transplant recipients. *ANNA Journal*, 1990;17(6): 427-431
- 22- Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Böbrek transplantasyonu ve psikiyatri. *Klinik Psikiyatri*, 2003;6: 225-234
- 23- Binik YM, Devins GM, Barre PE, et al. Live and learn: patient education delays the need to initiate renal replacement therapy in end-stage renal disease. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1993;181 (6):371-376
- 24- Erdil F. Cerrahi ve Üroloji Hemşireliği. Ankara, Aydoğdu Ofset, 1994
- 25- Dianne B, Edgar L, Mohamed H. Clinical aspects of renal transplantation. In Barry M, Brenner MD, eds. *The Kidney*. Philadelphia, W.B. saunders company, 1996: 2602-2653
- 26- Haberal M, Emiroğlu R. Böbrek transplantasyonu. In Gülay H, ed. *Temel ve Sistematik Cerrahi*. İzmir, İzmir Güven Kitabevi, 2005:647-711
- 27- Oktay B. Renal transplantasyonun tarihçesi. *Türkiye klinikleri Journal Surgery Medical Sciences*, 2006;2(21):1-2
- 28- Bali M. Böbrek transplantasyonunun tarihçesi. In Sert Ş, ed. *Böbrek Transplantasyonu El Kitabı*. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2001: 11-15
- 29- Acarlı KS. Organ transplantasyonları. In Değerli Ü, Bozfakıoğlu Y, eds. *Genel Cerrahi*. İstanbul, Nobel tıp kitapçıları, 2002: 277-290
- 30- Çavdar İ, Öztekin D. Böbrek transplantasyonu yapılan hastaların rejeksiyon konusunda bilgilendirilmeleri. *Hemşirelik Bülteni*, 1994;8(31):81-83

- 31- Gürkan A. Organ transplantasyonu ve hemşirelik bakımı. Hemşirelik Forumu, 1999;1(4):178-182
- 32- Aydın Z. Renal replasman tedavi seçenekleri. Nefroloji Hemşireleri Derneği Dergisi, 2004; 1(1): 16-20
- 33- Küçük H. Ülkemizde periton diyalizi, transplantasyon ve hemodiyaliz. Çınar Dergisi, 1996;2(3):87-90
- 34- Ekizler H, Çınar S. Böbrek transplantasyonundan sonra gelişebilecek komplikasyonlara yönelik hemşirelik bakım planı. Çınar Dergisi, 1996;2(3):74-78
- 35- Ecder T. Renal replasman tedavisi, renal transplantasyon. İn Akpolat T, Utaş Ç, Süleymanlar G, eds. Nefroloji El Kitabı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000:328-339
- 36- Burra P, Bona MD. Quality of life following organ transplantation. Transplant International, 2006; 20(5): 397-409
- 37- Yardımcı A, Hadimioğlu N. Böbrek Naklinde Santral Venöz Basınç Kontrolü, Biyomedikal Mühendisliği Toplantısı, İstanbul-Türkiye, Biyomut 2004
- 38- San A. Türk Nefroloji Tarihi, Ankara, 2002:395-396
- 39- “Türkiye’deki doku ve organ nakli merkezleri”
(Çevrimiçi), <http://www.saglik.gov.tr/> 04.09.2008
- 40- Kordan Y, Yavaşcağlu İ. Canlı verici adayının hazırlanması ve nefrektomi, Türkiye Klinikleri Journal International of Medical Sciences 2006; 2(21):21-25
- 41- Haberal M, Gülay H. Böbrek transplantasyonu. İn Sayek İ, ed. Temel Cerrahi Cilt 1, Ankara, Güneş Kitabevi, 1991: 389-412
- 42- Erdil F, Elbaş Ö. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Aydoğdu Ofset, 2001:422-428

- 43- Esen S, Keven K, Ersöz S. Böbrek transplantasyonunda canlı donör değerlendirmesi. Cerrahi Dergisi, 2001;6(1):1-3
- 44- Çayırılı M. Transplantasyonda genel prensipler. İn Kalaycı G ed. Genel Cerrahi Cilt 1, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2002:633-644
- 45- Ateş E, Erkasap S, İhtiyar E, Yılmaz S, Kiper H. Böbrek transplantasyonu için donör havuzunun genişletilmesinde bir kavram: non-heart beating donör bir yıllık retrospektif inceleme. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 1998; 7(1): 32-34
- 46- Bora İ. Beyin Ölümü. Türkiye Klinikleri Journal Surgery Medical Sciences, 2006; 2(21): 13-17
- 47- Tokçaeer AB. Beyin ölümü: tanım ve klinik tanı ölçütleri. İn Sert Ş ed. Böbrek Transplantasyonu El Kitabı. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2001: 45-61
- 48- Oral HB. Doku grupları ve doku tiplendirmesi. Türkiye Klinikleri Journal Surgery Medical Sciences, 2006; 2(21): 3-6
- 49- İhtiyar E. Böbrek transplantasyonunda cerrahi komplikasyonlar. Türkiye Klinikleri Journal Surgery Medical Sciences, 2006; 2(21): 57-63
- 50- Duranay M, Güvence N, Oğuz Y, İnan A. Renal transplantasyon sonrası erken dönem. İn Sert Ş ed. Böbrek Transplantasyonu El Kitabı. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2001: 147-162
- 51- Sert Ş, Onaran M. Böbrek transplantasyonunda cerrahi komplikasyonlar. İn Sert Ş ed. Böbrek Transplantasyonu El Kitabı. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2001: 109-119

- 52- Kaçar S, Gürkan A, Varılsüha C, Karaca C, Karaoğlu M, Peker A, Divrik T. Renal transplantasyon sonrası üreter komplikasyonları. SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi 2003;13(3):143-148
- 53- Akal H. Böbrek Transplantasyonunda Enfeksiyon Komplikasyonları. Türkiye Klinikleri Journal Surgery Medical Sciences, 2006; 2(21):70-78
- 54- Duranay M, Oğuz Y, Güler S, Bali M. Renal transplantasyonda medikal komplikasyonlar. İn Sert Ş ed. Böbrek Transplantasyonu El Kitabı. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2001:182-217
- 55- Haberal M, Demirbaş A, Erdoğan H, Turan M, Koç M, Bilgin N. Malignant diseases following kidney transplantation. İn Haberal M, ed. Transplantasyon ve Sorunları. Ankara, Haberal Eğitim Vakfı, 1993: 77-79
- 56- Charles B, Edgar L, Mohamed H. Böbrek yetmezliği tedavisinde transplantasyon. İn Sağlıker Y, ed. İç Hastalıkları Prensipleri Cilt 2. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004: 1567-1572
- 57- Boran M, Özdemir C, Gönenç F, Çetin S. Böbrek transplantasyonu sonrası gelişen hiperlipidemide carnitene tedavisi. İn Heberal M, ed. Transplantasyon, Ankara, 1994: 17-27
- 58- İlkova F, Gürsu RU, Güntürk A, Dobrucalı A, Bal K, Tuncer MM, Oktay E. Böbrek transplantasyonlu hastalarda gastrointestinal sisteme ait komplikasyonlar. Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 2001;32: 156-162
- 59- Kahvecioğlu S, Akdağ İ, Arabul M, et al. Diyaliz ve erektil disfonksiyon. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 31(1): 1-4
- 60- Kadioğlu A. Diyaliz ve organ nakilli hastaların cinsellik, fertilite sorunları ve çözüm yolları. (Çevrimiçi), www.Bohak.orgfertilite.pdf, 03.07.2007

- 61- Duranay M, İnan A, Oğuz Y, Güvence N. Renal transplantasyonda immünsüpresif ilaçlar. İn Sert Ş, ed. Böbrek Transplantasyonu El Kitabı. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2001:120-137
- 62- Alison H. Renal transplant: long term effect of immunosuppression. Professional Nurse, 1999; 14(11): 771-776
- 63- Titiz Mİ. Transplant böbrek disfonksiyonu. İn. Titiz Mİ, ed. Renal transplantasyona pratik yaklaşım, Eczacıbaşı pazarlama, 2000: 251-252
- 64- Şelimen D, Aslan FE, Candan S, Berberoğlu A, Özkan N. Böbrek transplantasyonlu hastanın bakım gereksinimlerinin günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda değerlendirilmesi. Çınar Dergisi, 1995; 1(4): 23-26
- 65- Aksoy G. Transplantasyon hemşireliği. Hemşirelik Bülteni, 1993; 6(28): 17-22
- 66- Köşgeroğlu N, İlhan H. Transplantasyonda hasta eğitiminin önemi. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2000; 3(2): 25-27
- 67- Çavdar İ, Öztekin D. Böbrek transplantasyonu yapılan hastaların rejeksiyon konusunda bilgilendirilmeleri. Hemşirelik Bülteni, 1994; 8(31): 81-83
- 68- Akyol A. Hemodiyalize giren hastalarda yaşam kalitesinin saptanması ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının etkisinin karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi İzmir, 1992
- 69- Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;15(59): 100-106
- 70- Akçin E. Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Progrmı, Yüksek lisans tezi İstanbul, 2000

- 71- Kayış A. Hemşirelerin hasta eğitimine verdikleri önem ve eğitim verirken karşılaştıkları güçlüklerin saptanması. I. Uluslararası ve V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Bildiri Kitabı, 2003; 245-248
- 72- Taşocak G. Hasta Eğitimi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 2003: 3-93
- 73- Dinwiddie LC. The role of nephrology nurse in organ recovery. Transplantation proceedings, 1991; 23(2): 1802-1803
- 74- Kara B. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum: çok yönlü bir yaklaşım. Gülhane Tıp Dergisi, 2007;49:132-136
- 75- Özcan A. Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim, İzmir, Saray Tıp Kitabevleri, 1996: 35-41
- 76- Patel MG. The effect of dietary intvention on weight gains after renal transplantation. Journal of Nutrition, 1998;8(3):137-141
- 77- Muthny FA. Postoperative course of patients during hospitalizasyon following renal transplantation. Psychother Psychosom, 1984; 42: 133-142
- 78- Kiley D, Lam CS, Pollak R. A study of treatmant compliance following kidney transplantation. Transplantation, 1993; 55: 51-56
- 79- Cameron JI, Whiteside C, Katz J, Devins GM. Differences in quality of life across renal replacement therapies. A meta-analytic comparasion. American Journal of Kidney Disease, 2000;35(4):629-637
- 80- Enderer M, Turgay M, Özkan S. Böbrek transplantasyonu yapılmış hastalarda psikiyatrik morbidite. XXX. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 1994:188
- 81- Sacks CR. Perception of illness and depression in chronic renal disease. American Journal of Kidney Disease, 1990;15(1):31-39

- 82- Frey GM. Stressors in renal transplant recipients at six weeks after transplant. ANNA Journal, 1990; 17(6): 443-450
- 83- Frauman AC. Rehabilitation and adaptive development of young renal transplant recipients. ANNA Journal, 1996; 23(5): 467-484
- 84- Fallon M, Gould D, Wainwright Sp. Stress and quality of life in the renal transplant patient: a preliminary investigation. Journal of Advanced Nursing, 1997; 25(3): 562-570
- 85- Tüzün EH, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum, 2003;13(2): 3-8
- 86- Ware JE. SF- 36 health survey update. Spine; 25(24):3130--3139
- 87- Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 2004; 7(3): 162-165
- 88- Saçaklıoğlu F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 1. Ege Dahili Tıp Günleri Özet Kitabı, İzmir 2002:177
- 89- Şahin H. Eski bir kavram, yeni bir ölçüt: yaşam kalitesi. Toplum ve Hekim, 1997; 12(77): 40-46
- 90- Pınar R. Diabetes mellitus'lu hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi İstanbul, 1994
- 91- Pınar R, Çınar S, İşsever H, et al. Hemodiyalize giren ve transplant olan son dönem böbrek yetmezlikli hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Çınar Dergisi, 1995; 1(3): 1-5

- 92- Talas MS. Böbrek transplantasyonu yapılan hastaların tedavi ve bakımlarına ilişkin bilgileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Bilim uzmanlığı tezi Ankara, 1995
- 93- Özşaker E. Böbrek transplantasyonu olan hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesinin saptanması ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek lisans tezi, İzmir, 2002
- 94- Talas MS. Böbrek transplantasyonu olan hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, Ankara, 2002
- 95- Tüzün EH, Eker L. Sağlık değerlendirmede ölçütler ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 20003;13:3-8
- 96- Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. Türk Psikiyatri Dergisi, 2006;17(1):22-31
- 97- Zigmond AS, Snaith PR. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavia, 1983; 67: 361-370
- 98- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 1997;8: 280-287
- 99- Böbrek transplantasyonu sonrası sosyal yaşam. İstanbul Üniversitesi Hasta Okulu Yayınları
- 100- Smeltzer Sc, Bare Bg. Management of Patient With Urinary and Renal Dysfunction. Philadelphia, 2000:1155-1160

- 101- Talaş SM, Bayraktar N. Böbrek transplantasyonunda hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003; 10: 70-83
- 102- Şelimen D. Transplantasyonda hemşirelik yaklaşımları. İn Titiz Mİ, ed. Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım, Eczacıbaşı Pazarlama, 2000: 351-372
- 103- Sever MS, Koç Z. Böbrek nakilli hastalarda beslenme. Hasta Eğitimi Yayınları
- 104- Bayık A. Hemşirelik aştırmalarında etik. İn Erefe İ, ed. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri. İstanbul, Ofset Baskı, 2002: 27-48
- 105- Öğütmen B, Yıldırım MS, Sever S, et al. Health-related quality of life after kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis, and normal controls. Transplantation Proceedings, 2006; 38: 419-421
- 106- Üstündağ H. Renal transplantasyon uygulanan hastaların taburculuk eğitimi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2006 Temmuz-Ekim, 36-40
- 107- Sayın A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. Transplantation Proceedings, 2007; 39: 3047-3058
- 108- Taşçı S. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda yaşam kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Doktora tezi Ankara, 1998
- 109- Kaçar YG. Düzenli hemodiyaliz tedavisinde olan hastalarda uygulanan eğitimin yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi İstanbul, 1995
- 110- Sağduyu A, Özer S. Böbrek nakli adaylarında ruhsal sorunlar ve yetiyitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 2000; 11: 103-112

- 111- Strouse TB, Skotzke CE, Wolcott DL, et al. Organ Transpalntation. İn Rundell JR, Wise MG, eds. Textbook of Consultation-Liasion Psychiatri, Washington, American Psychiatric Press, 1996: 668-672
- 112- Degeest S, Borgermans L, Gemoets H, et al. İncidance, determinants, and consequences of subclinical noncompliance with immunosuppressive therapy in renal transplant recipients. Transplantation, 1995; 59: 340-347
- 113- Blowey DL, Hebert D, Arbus GS, Pool R, Korus M, Koren G. Compliance with cyclosporine in adolescent renal transplant recipients. Pediatr Nephroloji, 1997; 11: 547-551
- 114- Meyers KEC. Noncompliance in children and adolescents after renal transplantation. Transplantation, 1996;62: 186-189
- 115- Chisholm MA, Vollenweider LJ, Mulloy LL, et al. Renal transplant patient compliance with free immunosuppressive medications. Transplantation, 2000; 70: 1240-1244
- 116- Jindel RM, Joseph JT, Morris MC, Santella RN, Baines LS. Noncompliance after kidney transplantation: a systematic review. Transplantation Proceedings, 2003; 35(8): 2868-2872
- 117- Özpoyraz N. Organ transplantasyonunun psikiyatrik yönleri. Türk psikiyatri dergisi 1990; 1(4): 283-285
- 118- Koch U, Muthny FA. Quality of life in patients with end stage renal disease in relation in the method of treatment. Psychother Psychosom 1990;54: 161-171
- 119- Fukunishi I. Psychosomatic problems surrounding kidney transplantation. Psychother Psychosom 1992;57: 42-49

- 120- Tsay SL, Lee YC, Lee YC. Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(1): 39-46
- 121- Karabulutlu E, Ergüney S. Hemodiyaliz hastalarında uygulanan hastalık ve stresle baş etme bilinçlendirmesinin depresyon eğilimi ve anksiyete düzeyine etkisi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Mart-Haziran 2006: 36-41

EK - 1

ANKET FORMU

1- Adınız/soy adınız:

2- Tlf numaranız:

3- Adresiniz:

4- Yaşınız:

5- Cinsiyetiniz:

a) Kadın b) Erkek

6- Medeni durumunuz:

a) Bekar b) Evli c) Boşanmış d) Dul

7- Eğitim durumunuz:

a) İlk okul

b) Orta okul/ lise

c) Üniversite

8- Çalışma durumunuz:

a) Çalışıyorum

b) İşsizim

c) Ev hanımıyım

d) Emekliyim

e) Öğrenciyim

9- Böbrek nakli yaptıralı kaç yıl oldu?

10- Nakil türünüz

a) Canlı

b) Kadavra

11- Böbrek nakli yapılmadan önce konuyla ilgili bilgilendirildiniz mi?

a) Evet

b) Hayır

c) Bilgilendirildim ama yetersizdi

EK - 2

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığını hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruya, uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun sol tarafındaki boşluğa bir açıklama yapın.

1- Genel olarak sağlığını

Mükemmel	1
çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2- Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığını genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELERİNİZ

3- Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır.

Sağlığını aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok engelliyor	Evet biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
	1	2	3
a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi orta/hafif aktivitelerde	1	2	3
c. Paket veya çanta taşırken Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
d. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
f. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
g. Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
h. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
i. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

4- Geçen dört hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet yada Hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.)

	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan daha az</u> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi <u>zahmetsiz (kolay) olanlarla</u> sınırladınız mı?	1	2
d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken <u>zorluk çektiniz mi?</u> (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5- Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet yada hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak cevabınızı işaretleyiniz.)

	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık 1 2 sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan daha az</u> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden <u>daha az</u> dikkatlimi yaptınız?	1	2

6- Geçen dört hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?(sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

7- Geçen dört hafta boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?(sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8- Geçen dört hafta boyunca, ne kadar ağrı işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi?(evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alınız.

NE KADAR SÜRE GEÇEN AY BOYUNCA		Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Biraz az	Çok	Hiç
a.	Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b.	Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c.	Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d.	Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e.	Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f.	Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
g.	Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h.	Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i.	Yorgun hissttiniz	1	2	3	4	5	6
j.	Sağlığınız akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10- Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-3

BÖBREK NAKLİ UYUM DEĞERLENDİRME SKALASI

Her soruda, a şıkkı için hasta, b şıkkı için hasta yakını, en uygun seçeneği yuvarlak içine almalıdır. B şıkkını dolduracak hasta yakını, hasta evli ise eşi, değil ise anne yada babası, anne yada babası da yoksa başka en yakın akrabası olmalıdır.

Sorulara ait b şıklarını dolduran kişinin hasta ile yakınlık derecesine karşılık gelen uygun seçeneği işaretleyiniz.

2- Eş 2) Anne yada baba 3) Diğer

Aşağıda belirtilen özellikleri nasıl tanımlarsınız? Uygun seçeneği işaretleyiniz.

1: Kötü, 2: Orta, 3: İyi, 4: Çok iyi, 5: Mükemmel, 0: Bilinmiyor

1. Diyet kısıtlamasına uyum:

a) Hastaya göre	1	2	3	4	5	0
b) Yakınına göre	1	2	3	4	5	0

2. İlaç tedavisine uyum:

a) Hastaya göre	1	2	3	4	5	0
b) Yakınına göre	1	2	3	4	5	0

3. Doktor randevularına uyum:

a) Hastaya göre	1	2	3	4	5	0
b) Yakınına göre	1	2	3	4	5	0

4. Sağlık tutum önerilerine uyum:

a) Hastaya göre	1	2	3	4	5	0
b) Yakınına göre	1	2	3	4	5	0

5. Uyumun genel değerlendirmesi:

a) Hastaya göre	1	2	3	4	5	0
b) Yakınına göre	1	2	3	4	5	0

EK-4

HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

A 1. Kendimi gergin ya da huzursuz hissediyorum

3 () Çoğu zaman

2 () Sıklıkla

1 () Bazen

0 () Hiçbir zaman

D 2. Daha önceden zevk aldığım hoşlandığım şeylerden hala zevk alıyorum

0 () Tamamen eskisi gibi

1 () Pek o kadar değil

2 () Yalnızca biraz

3 () Hemen hemen hiç

A 3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir duyguya kapılıyorum

3 () Çok belirgin ve oldukça kötü

2 () Evet fakat çok şiddetli değil

1 () Biraz, fakat beni endişelendirmiyor

0 () Böyle bir korku hiç olmuyor

D 4. Gülebiliyor olayların iyi yanlarını görebiliyorum

0 () Eskisi gibi

1 () Şu sıralar eskisi gibi değil

2 () Eskisine göre çok az

3 () Artık gülemiyorum bile

A 5. Aklımdan endişeli düşünceler geçiyor

3 () Zamanın büyük kısmında

2 () Sık olarak

1 () Zaman zaman ama sık değil

0 () Nadiren

D 6. Kendimi iyi hissediyorum

- 0 () Çoğu zaman
- 1 () Sık değil
- 2 () Bazen
- 3 () Hiçbir zaman

A 7. Sakin oturabiliyor ve kendimi rahat hissediyorum

- 0 () Her zaman
- 1 () Genellikle
- 2 () Bazen
- 3 () Hiçbir zaman

D 8. Üzerimde bir durgunluk var

- 3 () Hemen her zaman
- 2 () Sıklıkla
- 1 () Ara sıra
- 0 () Hiçbir zaman

A 9. Yüreğim pır pır ediyor huzursuzum

- 3 () Çok sık
- 2 () Sıklıkla
- 1 () Bazen
- 0 () Hiçbir zaman

D 10. Görünümüme ilgimi kaybettim

- 3 () Kesinlikle
- 2 () Kendime gerektiği kadar ilgi duymuyorum
- 1 () Kendime eskisi kadar ilgi gösterecek durumda değilim
- 0 () Görünüşüme her zaman ki gibi dikkat ediyorum

A 11. Huzursuzum, yerimde duramıyorum

- 3 () Gerçekten çok fazla
- 2 () Oldukça fazla
- 1 () Fazla değil
- 0 () Hiç

D 12. Her şeye neşe ile yaklaşıyorum

- 0 () Her zamanki gibi
- 1 () Eskisinden biraz daha az
- 2 () Eskisinden kesinlikle daha az
- 3 () Artık hiçbir zaman

A13. Birden paniğe kapılıyorum

- 3 () Çok sık, her zaman
- 2 () Oldukça sık
- 1 () Pek sık değil, nadiren
- 0 () Hiçbir zaman

D14. İyi bir kitap veya radyo-televizyon programından hoşlanıyorum

- 0 () Her zaman
- 1 () Ara sıra, eskisinden biraz daha az
- 2 () Pek sık değil, nadiren
- 3 () Oldukça seyrek

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİN PUANLAMASI

ÇİZELGE 1. Fiziksel Fonksiyon Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

- 3a Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde
- 3b Masayı, elektrik süpürGESİNİ İTMEK gibi hafif/orta aktivitelerde
- 3c Paket veya çanta taşırken
- 3d Birkaç kat merdiven çıkarken
- 3e Bir kat merdiven çıkarken
- 3f Eğilirken, çömelirken
- 3g Bir kilometreden fazla yürürken
- 3h Birkaç yüz metre yürürken
- 3i Yüz metrelik mesafeyi yürürken
- 3j Giyinirken veya yıkanırken

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet çok engelliyor	1	1
Evet biraz engelliyor	2	2
Hayır hiç engellemiyor	3	3

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanlarının hesaplanmasında, ilk değerlendirme puanlarının yeniden kodlanması gerekmez.

ÇİZELGE 2. Sosyal Fonksiyon Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

9j Geçen altı hafta boyunca sağlığını, akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitenizi ne dereceye kadar sınırladı?

6 Geçen altı hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığını ailenizle, arkadaşlarıyla, komşularıyla ilişkilerini ne dereceye kadar etkiledi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
9j		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6
6		
Pek etkilemedi	1	5
Çok az	2	4
Orta	3	3
Oldukça	4	2
Aşırı	5	1

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu ölçek pozitif puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanması, bir başlığın yeniden kodlanmasını gerektirir.

ÇİZELGE 3. Fiziksel İşlev (Rol) Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

4a İşinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?

4b İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?

4c İş veya diğer aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?

4d İş veya diğer aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin; ekstra çaba harcadınız mı?)

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu ölçek pozitif puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanmasını gerektirir.

ÇİZELGE 4. Mental İşlev (Rol) Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

5a Sağlık sorunları yüzünden işinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?

5b İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?

5c İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu ölçek pozitif puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanmasını gerektirir.

ÇİZELGE 5. Mental Sağlık Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

9b Çok sinirli biriydiniz

9c Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı

9d Sakin ve huzurluydunuz

9f Moralsiz ve kederli hissettiniz

9h Hiç mutlu oldunuz mu?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
9d ve 9h		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
9b, 9c, 9f		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu ölçek pozitif puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, 5 başlıktan ikisinin yeniden kodlanmasını gerekir.

ÇİZELGE 6. Enerji (Zindelik)/Yorgunluk Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

9a Tam enerjik (zinde) hissettiniz.

9e Fazla enerjiniz vardı.

9g Çok yorgun (bitkin) hissettiniz.

9i Yorgun hissettiniz.

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
9a ve 9e		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
9g ve 9i		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu ölçek pozitif puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, 4 başlıktan ikisinin yeniden kodlanmasını gerekir.

ÇİZELGE 7. Ağrı Başlıkları ve Puanlaması

Başlıklar

7 Geçen altı hafta boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

8 Geçen altı hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza (ev ve ev dışındaki işleriniz dahil) olumsuz etki gösterdi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
7		
Hiç	1	6
Çok hafif	2	5
Hafif	3	4
Orta	4	3
Fazla	5	2
Çok fazla	6	1
8		
Çok değil	1	5
Az	2	4
Orta	3	3
Oldukça fazla	4	2
Aşırı	5	1

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu ölçek pozitif puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, her iki başlığın yeniden kodlanmasını gerekir.

ÇİZELGE 8. Genel Sağlık Anlayışı ve Puanlaması

Başlıklar

- 1 Genelde sağlığını için ne söyleyebilirsiniz
10a Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim
10b Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım
10c Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum
10d Sağlığım mükemmel

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
1		
Mükemmel	1	5
Çok iyi	2	4
İyi	3	3
Orta	4	2
Kötü	5	1
10a ve 10c		
Kesinlikle doğru	1	1
Çoğunlukla doğru	2	2
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	4
Kesinlikle yanlış	5	5
10b ve 10d		
Kesinlikle doğru	1	5
Çoğunlukla doğru	2	4
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	2
Kesinlikle yanlış	5	1

Ölçek Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu ölçek pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, beş başlıktan üçünün yeniden kodlanması gerekir.

ÇİZELGE 9. Geçen 6 Hafta Süresince Sağlıktaki Değişmeler ve Puanlaması

Başlıklar

2 geçen altı hafta ile karşılaştırdığınızda şimdiki sağlığını nasıl buluyorsunuz?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Geçen altı haftadan çok daha iyi	1	5
Geçen altı haftadan biraz daha iyi	2	4
Hemen hemen aynı	3	3
Geçen altı haftadan biraz daha kötü	4	2
Geçen altı haftadan çok daha kötü	5	1

Ölçek Puanlaması: Bu ölçek tek başlıklıdır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu ölçek pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Ölçek puanının hesaplanmasından önce, tek başlığın yeniden kodlanması gerekir..

ÇİZELGE 10. Yeniden Kodlanmış Değerlerin Kaydedilmesinden Sonra SF-36'nın Her Bir Alt Başlığının Son Puanlaması ve Değerlendirilmesi

Ölçek Adı	Toplam Başlık Puanı (Tablo 2 Ve Tablo 9'daki Puanlamadan Sonra)	Beklenen (Olası) En Düşük ve En Yüksek Puan	
Fiziksel Fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10-30	20
Sosyal Fonksiyon	6+9j	2-11	9
Rol Fonksiyonu			
(Fiziksel)	4a+4b+4c+4d	0-4	4
Rol Fonksiyonu			
(Emosyonel)	5a+5b+5c	0-3	3
Mental Sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25
Zindelik/Yorgunluk	9a+9e+9g+9i	4-24	20
Ağrı	7+8	2-11	9
Genel Sağlık Anlayışı	1+10a+10b+10c+10d	5-25	20
Geçen Altı Hafta Süresince			
Sağlıktaki Değişiklik	2	1-5	4

EK-6



T.C. -
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

ERZURUM

Servisi : Öğrenci İşleri

Sayı : B.30.2.ATA.0.Aİ.00.01/03/

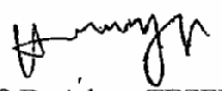
Konu : İzin Alınması

31.07.07*-50690

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim dalınız lisansüstü öğrencisi Mehtap CÜRCANİ tez çalışmasına izin verildiğine ilişkin Rektörlük Makamının 25.07.2007 tarih ve 009886 sayılı yazıları ektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

EKİ : 3 Ad. Yazı


Prof..Dr.Adnan TEZEL
MÜDÜR V.

Personel Şefliği
31.07.2007

Dahili TLF : 0-442-236 12 12'den 1065 - 1066 - 2209 - 2046 - 2238 - 2351

HARİCİ TLF : 0 442 - 236 09 70

FAX : 0-442 - 236 09 69

E-mail:sagbilenst@atauni.edu.tr

Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Kat : 3 25240 ERZURUM

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Süleyman Demirel Tıp Merkezi
SAĞLIK-ARAŞTIRMA ve UYGULAMA
MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.ATA.0.1H.02.03/ 4598
Konu : Tez Çalışması

Erzurum : 12.07.2007

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına

İ L G : 03.07.2007 tarih ve 891-8747 sayılı yazınız.

Hastanemiz İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının 10.07.2007 tarih ve 26 sayılı lisans öğrencisi Mehtap CÜRCANİ'nin tez çalışması ile ilgili yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Akın AKTAŞ

BAŞHEKİM



Eki : 1 adet yazı



T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

25.07.2007*009886

Sayı : B.30.2.ATA.0.70.72.00/00-
Konu : Anket Çalışması

1011

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Yüksek Lisans öğrencisi Mehtap CÜRCANİ'nin tez çalışması ile ilgili Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Sağlık-Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünden alınan 12.07.2007 tarih ve 14598 sayılı yazı ve eki ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim..

N. Akbulut

Prof.Dr.Nihat AKBULUT
Rektör Yardımcısı

Eki: 2

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
EV KAYIT
Tarih: 26.07.2007
Sayı: 457
İmza: Nihat Akbulut

Tlf : (0442) 2311601
: (0442) 2311343 (Büro)

E-Posta: odaire@atauni.edu.tr
Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi
25240 ERZURUM



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ
ERZURUM

Bölümü :

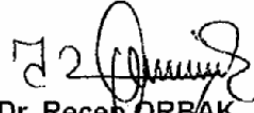
Servisi :

Sayı : B.30.2.ATA.0.A1.00.01/06/ 26 EKİM 2007 / 523

Konu : Etik Kurul kararı.

Sayın Mehtap CÜRCANİ

Enstitü Etik Kurulumuz'un hakkınızda almış olduğu 24.10.2007 tarih ve "2007 3.1/ 16" nolu Karar yazımız ekinde sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Recep ORBAK
BAŞKAN

E K : 1

Dahili TLF : 0-442-236 12 12'den 1065 - 1066 - 2209 - 2046 - 2238 - 2351

Harici TLF : 0 442 - 236 09 70

FAX : 0-442 - 236 09 69

E-Mail : sagbilenst@atauni.edu.tr

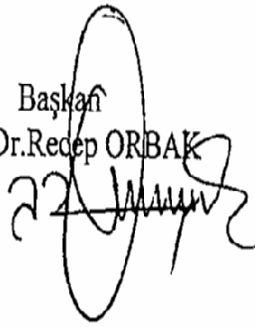
Adres : Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Kat : 3 25240 ERZURUM

"2007.3.1/ 16 "SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 24.10.2007

3-1/ 16-Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisan öğrencisi Mehtap CÜRCANİ'nin (Böbrek Transplantasyonu Yapılmış Hastalar Verilen Eğitimin Hasataların Yaşam Kalitesi , Teviye uyumları ve Yaşadıkları Ruhsal Sorunlar Üzerine Etkisi) tez konusu görüldü.

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğuna mevcudun oy birliği ile

Başkan
Prof.Dr.Recep ORBAK



Başkan Yardımcısı
ProfDr. Türkan PASİNLİOĞLU

Üye
Prof.Dr.Asüman GÜRÜKSİN

Üye
Prof.Dr.Semih DİYARBAKIRLI

Üye
Prof.Dr.Armağan ÇOLAK
(katılmadı)

Üye
Prof.Dr.Nuran YANIKOĞLU
(Katılmadı)

Üye
Doç.Dr.Adnan TEZEL.

Üye
Prof.Dr.Sebahat GÖZÜM

Üye (Raportör)
Yrd.Doç.Dr. Recep GÜRSOY