



**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN VE BÖBREK
TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARA BAKIM
VERENLERİN BAKIM YÜKÜNÜN KARŞILAŞTIRILMASI**

İdris YILDIZ
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç.Dr. Mehtap KAVURMACI

Yüksek Lisans Tezi-2020

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN VE BÖBREK
TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARA BAKIM
VERENLERİN BAKIM YÜKÜNÜN KARŞILAŞTIRILMASI**

İdris YILDIZ

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç.Dr. Mehtap KAVURMACI**

**ERZURUM
2020**

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

**HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN VE BÖBREK
TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARA BAKIM
VERENLERİN BAKIM YÜKÜNÜN KARŞILAŞTIRILMASI**

İdris YILDIZ

Tez Savunma Tarihi : 26.06.2020

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI (Aslı Islak İmzalıdır)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mehtap TAN (Aslı Islak İmzalıdır)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Zümrüt AKGÜN ŞAHİN (Aslı Islak İmzalıdır)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki Jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM- 2020

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	10
2. GENEL BİLGİLER.....	13
2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tanımı	13
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi	13
2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi	14
2.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Fizyopatolojisi	14
2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi	15
2.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Belirti ve Bulguları	15
2.7. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavi Seçenekleri.....	18
2.7.1. Periton Diyalizi	18
2.7.2. Hemodiyaliz Tedavisi	19
2.7.3. Hemodiyalizin Endikasyonları	21
2.7.4. Hemodiyalizin Kontrendikasyonları	22
2.7.5. Hemodiyalizin Komplikasyonları	22
2.7.6. Hemodiyalizde Hemşirelik Bakımı	24
2.8. Böbrek Transplantasyonu	26
2.8.1. Nakil İmmünolojisi	26

2.8.2. Böbrek Transplantasyonu Oranları	27
2.8.3. Böbrek Transplantasyonu Endikasyonları	27
2.8.4. Böbrek Transplantasyonu Kontrendikasyonları	28
2.8.5. Böbrek Transplantasyonu Komplikasyonları	28
2.8.6. Böbrek Transplantasyonu Uygulanacak Alıcının Seçimi	30
2.8.7. Böbrek Transplantasyonu İçin Canlı Vericinin Seçimi	31
2.8.8. Böbrek Transplantasyonu İçin Kadavra Vericinin Seçimi	31
2.8.9. Kadavra Vericiden Alınan Böbreğin Korunması.....	32
2.8.10. Beyin Ölümü Kriterleri	32
2.8.11. İmmunosupresyon.....	33
2.8.12. Böbrek Transplantasyonunda Hemşirelik Bakımı	33
2.9. Bakım Yüğü	35
2.9.1. Subjektif (Öznel) Bakım Yüğü	35
2.9.2. Objektif (Nesnel) Bakım Yüğü	35
2.9.3. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler	35
2.9.3.1. Fiziksel Güçlükler	36
2.9.3.2. Emosyonel Güçlükler	36
2.9.3.3. Sosyal Güçlükler	36
2.9.3.4. Ekonomik Güçlükler	36
2.10. Bakım Yüğünde Hemşirenin Rolü	37
3. MATERYAL VE METOT	38
3.1. Araştırmanın amacı	38
3.2. Araştırmanın Tipi	38
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	38
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	38

3.5. Veri Toplama Araçları	39
3.6. Verilerin Toplanması	40
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	40
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	40
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	52
KAYNAKLAR	53
EKLER	64
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	64
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	65
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	66
EK-4. KURUM İZNİ	67
EK-5. HASTA TANITIM FORMU	68
EK-6. ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ	69

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince en iyi şekilde yetişebilmem için her türlü bilgi, tecrübe ve anlayışıyla yanımda olan, destek ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, her daim minnet ve saygı duyacağım değerli Hocam Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI'ya

Bilgi ve tecrübeleri ile eğitimimde önemli katkıları olan İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine, Tez Savunma sınavıma giren jüri üyeleri sayın Prof. Dr. Mehtap TAN'a, Doç. Dr. Zümrüt AKGÜN ŞAHİN'e, hemodiyaliz ve nefroloji servislerinde çalışan hemşire arkadaşlarıma, araştırmaya gönüllü olarak katılan veya çeşitli nedenlerle katılamayan tüm diyaliz ve nakilli hastalar ve ailelerine, her zaman yanımda olduklarını hissettiren özellikle Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül SARIOĞLU KEMER'e ve Arş. Gör. Gülnaz ATA'ya, desteklerini esirgemeyen tüm akademisyen arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. İdris YILDIZ

ÖZET

Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastalara

Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Karşılaştırılması

Amaç: Bu araştırmanın amacı hemodiyaliz tedavisi alan ve böbrek transplantasyonu yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin karşılaştırılmasıdır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı türde olan araştırma 10.07.2019-26.06.2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ilgili tarihler arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi ve Transplantasyon Polikliniğine kayıtlı hastalar ve bu hastaların primer bakım veren yakınları oluşturmuştur. Araştırma örneklemini araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan 142 kişi alınmıştır. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtım Formu, Bakım Veren Tanıtım Formu ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, Independent Samples *t* test, One-Way Anova analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonucunda HD tedavisi alan ve BT yapılan hastaların yaş ve başka hastalık varlığı parametreleri dışında tanıtıcı özellikleri açısından benzer olduğu saptanmıştır. HD alan bireylerin bakım yükü puan ortalamaları, BT olan bireylerin bakım yükü puan ortalamalarından yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. HD alan hastaların ve bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri ile Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. BT olan bireylere bakım verenlerden evli ve 36-50 yaş arasında bulunanların bakım yükü puanı diğer gruplara göre daha yüksektir.

Sonuç: Araştırma sonucunda HD tedavisi alan bireylere bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamalarının BT olan bireylere bakım verenlerden yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım yükü HD hastalarının bakımında hemşirelerin ele alması gereken önemli bir konudur.

Anahtar Kelimeler: Bakım veren, bakım yükü, böbrek transplantasyonu, hemodiyaliz

ABSTRACT

Comparison of the Care Burden of Caregivers of Patients Undergoing Hemodialysis and Renal Transplantation

Aim: The aim of this study is to compare the care burden of those who receive hemodialysis treatment and care for patients who undergo kidney transplantation.

Material and method: This descriptive study was conducted between 10.07.2019-26.06.2020. The population of the study was composed of the patients enrolled in the Atatürk University Research Hospital Hemodialysis Unit and Transplantation Outpatient Clinic and their primary care relatives. 142 people who met the research sample for the criteria of being included in the research were taken. The Patient Data Form, The Caregiver Data Form and Zarit Caregiver Burden Scale were used as data collection tools. The data were analyzed using SPSS 22.0 program. Descriptive statistics, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, Independent Samples *t* test, One-Way Anova analyzes were used to evaluate the research data.

Results: As a result of the research, it was found that patients who received HD treatment and who underwent CT were similar in terms of their introductory characteristics, except for age and other disease parameters. Care burden score averages of individuals receiving HD are higher than the care burden average of individuals with CT, and the difference is statistically significant. There is no statistically significant difference between the diagnostic characteristics of HD patients and caregivers and the Zarit Caregiver Burden Scale averages. The care burden score of those who care for individuals with CT, who are married and who are 36-50 years old, is higher than other groups.

Conclusion: It was determined that caregivers were high in CT. It is an important issue that nurses should address in the care of HD patients.

Key Words: Caregiver, care burden, kidney transplantation, hemodialysis

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AV	:	Arteriyovenöz
ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
BT	:	Böbrek Transplantasyonu
BUN	:	Blood Urea Nitrogen
CREDIT	:	Chronic Renal Disease in Turkey
GFH	:	Glomerüler Filtrasyon Hızı
GGF	:	Gecikmiş Greft Fonksiyonu
HD	:	Hemodiyaliz (Hemodialysis)
HLA	:	Human Loukocyte Antigens
KBY	:	Kronik Böbrek Yetmezliği
KT	:	Kidney Transplantation
PD	:	Periton Diyalizi
RRT	:	Renal Replasman Tedavisi
TND	:	Türk Nefroloji Derneği
SDBY	:	Son Dönem Böbrek Yetmezliği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 4.1. HD ve BT Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Puan Ortalamaları... 45



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 2.1. Ulusal Böbrek Vakfına Göre Kronik Böbrek Yetmezliğinin

Evrelendirilmesi 15

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı 42

Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı..... 43

Tablo 4.3. Hemodiyaliz ve Böbrek Transplantasyonu Hastalarına Bakım Veren

Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının

Karşılaştırılması 46

1. GİRİŞ

Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), değişik etiyolojilere bağlı olarak böbrek parankiminde kronik, inflamatuvar ve dejeneratif değişikliklerin ortaya çıktığı, böbrek işlevlerinde ilerleyici bozulmalar sonucu glomerüler filtrasyon hızının (GFH) azalmaya başladığı ve GFH 5-10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) evresine ilerleyen¹⁻⁴, dünyada ve ülkemizde çok yaygın görülen bir sağlık sorunudur.⁵⁻⁷

Dünyada her yıl bir milyon kişiden yaklaşık 1000' inde SDBY ortaya çıkmakta ve önümüzdeki 10 yıl içinde bu oranın iki kattan fazla artacağı tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) renal replasman tedavisi (RRT) gerektiren SDBY prevalansı milyon nüfus başına 2196'dır.⁸ Türkiye de 2008 yılındaki (RRT) gerektiren SDBY nokta prevalansı milyon nüfus başına 756 iken 2018 yılında 988.4' e yükselmiştir. SDBY tanısı alan hastalara yaşamı koruyucu hemodiyaliz (HD), periton diyalizi (PD) ve transplantasyon gibi çeşitli RRT uygulanmaktadır.¹ Bu tedavi yöntemlerinin hepsinin başlıca amacı; hastanın hayat süresinin uzatılması olmakla birlikte, aynı zamanda hayat standartlarının da optimal düzeyde tutulmasıdır.^{9, 10}

HD, hastadan alınan kanın HD makinesi aracılığı ile sıvı ve metabolik atıklardan temizlenerek tekrar hastaya verilmesi işlemidir.^{6, 7} SDBY hasta sayısının dramatik bir şekilde artış gösterdiği ülkemizde Türk Nefroloji Derneği'nin (TND) 2018 yılı kayıtlarına göre 81.055 SDBY hastanın 60.643'ü HD tedavisi almaktadır.¹

HD tedavisi, bireylerin yaşam süresini uzatırken, haftanın belirli gün ve saatlerinde HD makinesine ve hastaneye bağımlı hale gelen bireylerde fiziksel aktivitelerde azalma, tedavi programından etkilenmeye bağlı iş gücünde ve ekonomik alanda kayıplar, aile bağlarında çözülme, boşanma ya da anne-baba ilişkilerinde değişme, sosyal aktivitelerde azalma ve tedavinin getirdiği yetersizlikler nedeniyle fiziksel ve psiko-sosyal sorunlara da neden olabilmektedir.^{1, 11-13}

Transplantasyon tedavisi ise son dönem böbrek yetmezliğinin en seçkin tedavi şeklidir. Türk Nefroloji Derneği'nin 2018 yılı kayıtlarına göre 81.055 SDBY hastanın 17.220'si böbrek transplantasyonu (BT) tedavisi almaktadır.¹ Yapılan nakillerin %69.66'sı (2.416) canlı vericiden %30.34'ü, (1053) ise kadavra vericiden yapılmıştır.¹ Başarılı böbrek transplantasyonlarında diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarında bazıları değil, tamamı yerine getirilir. Bununla beraber BT olan hastalarda rejeksiyon ve yeni böbreğin zedelenme korkusu, immünosupresif ilaçların maliyetini sigortasının karşılamaması kaygısı, boşanma olasılığı, cinsel fonksiyon kaybı ya da bozukluğu, rollerini yerine getirememe endişesi, sosyal aktivitede değişiklikler, kendi bakım gereksinimini karşılamada güçlük, depresyon gibi pek çok sorun da ortaya çıkabilmektedir.^{14, 15}

Gerek HD tedavisi alan gerekse BT yapılan hastaların kendileri ile birlikte yakınları da tedavi ve bakım sürecine katılmakta ve bu yaşanan sıkıntıları hastasıyla paylaşmaktadırlar.^{16, 17} Bakım verme kavramı, bakım sunma aktiviteleri ve getirdiği sorumlulukları üstlenme sürecidir.¹⁶ Bakım verenlerin, hastalığın tanı evresinden, taburculuk ve evde bakımın sürdürülmesine kadar, her noktada rol ve sorumlulukları oldukları için bakım verme yükleri artmaktadır.¹⁸ Bakım yükleri artan ve buna bağlı yaşam kaliteleri bozulan bakım verenlerin yasadıkları sıkıntılar, tedavi alan bireyin hastalığına uyumunu güçleştirmektedir.¹⁶⁻¹⁹ Bu nedenle hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin bilinmesinin, hastanın sağlığının sürdürülmesinde, tedavi ve bakım sürecinde ve hemşirelik hizmetlerinin planlanmasında önemi büyüktür.

Hemşirelerin, bakım verenlerin yasadıkları güçlüklerin farkında olması, bakım verme rollerini tanımlaması, değişen duruma uyum sağlama becerilerini geliştirmesi, hastaya verilen bakımın kalitesini artıracaktır. Bu araştırma ile HD ve BT yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi

amaçlanmıştır. Bu araştırma sonuçlarının hastaların bakım yükünü belirleyerek hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tanımı

KBY, “Glomerüler filtrasyon değerinde azalma sonucunda böbreğin, sıvı-elektrolit dengesini düzenleme işlevinin ve metabolik endokrin fonksiyonlarının irreversibl (geri dönüşümsüz) olarak bozulması” şeklinde tanımlanmaktadır.^{3, 11, 20}

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Epidemiyolojisi

KBY Ülkemizde ve dünyada önemli bir halk sağlığı problemidir. KBY erken ve orta düzeyde asemptomatik olduğundan toplumdaki düzeyini belirlemek için topluma yönelik insidans ve prevalans çalışmaları yapılması gerekmektedir. Dünyada yetişkin popülasyonunda kronik böbrek hastalığının oranı %13.4’dür. Günümüzde 600 milyondan fazla bireyin kronik böbrek hastalığının olduğu tahmin edilmektedir.²¹ Yapılan dünya geneli bir çalışmada kronik böbrek hastalığı sıklığı erkeklerde %12.8 kadınlarda ise %14.6 olarak bulunmuştur.²²

TND’nin CREDIT (Chronic Renal Disease in Turkey) çalışmasına göre Türk erişkin nüfusunda KBY prevalansı 15.7’dir. Bu sonuca göre ülkemizde her 6-7 yetişkinin birinde değişik evrelerde kronik böbrek hastalığı bulunmaktadır. Kronik böbrek hastalığının sıklığını bölgelere göre incelediğimizde Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde en yüksek Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinde ise en düşük olarak bulunmuştur.²¹ Türkiye geneli SDBY insidansı 149.2 mnb/ppm, prevalansı ise 988.4 mnb/ppm olarak saptanmıştır. TND sonuçlarına göre 2018 yılı itibarıyla RRT alan hastaların; %74.82’i HD, %21.24’ü BT ve %3.94’ü ise periton diyalizi (PD) tedavisi almaktadır.¹

2.3. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Etiyolojisi

KBY'nin etiyojisinde rol oynayan pek çok etmen vardır. Bu etmenler ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, ırka yaşa, cinsiyete ve risk faktörlerine göre değişebilmektedir. TND 2018 verilerine göre KBY olan hastaların etiyojileri arasında diyabet (%38.5) ve hipertansiyon (%24.6) ilk sırada yer almaktadırlar. Diğer etiyojileri ise glomerülonefrit (%6.3), tübülointerstisyel nefrit (%0.9), kistik böbrek hastalıkları (%4.2), bilinen diğer nedenler (%8.6) ve Nedeni bilinmeyenler (%16.9) oluşturmaktadır.²¹

2.4. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Fizyopatolojisi

Akut veya KBY nedeniyle nefronların büyük bir kısmı hasar gördüğünde böbrek yetmezliği meydana gelmektedir. Zarar gören nefronların görevini zarar görmeyen sağlıklı nefronlar daha fazla çalışarak durumu kompanse etmektedirler. Bu yüzden belirtilerin çoğu ilerleyen böbrek hasarında ortaya çıkmaktadır. KBY ilerleyici bir hastalık sürecidir. Hastalık, erken ikinci ve üçüncü aşama olmak üzere üç aşamadan oluşur.²³ Erken evrede nefronların kaybı %50'nin üzerine kadar çıkabilmekte ve genellikle semptomsuz seyredebilmektedir. Bu evre genellikle teşhis edilememektedir. BUN (Blood Urea Nitrogen) değeri 2-5 mg/ml ve Glomerüler filtrasyon hızı azalmıştır.²⁴

İkinci aşamada nefron fonksiyonları %75 oranında kaybolmuş ve böbrek yetmezliğine dair bazı bulgular mevcuttur. Anemi ve idrarı konsantre edememe gibi belirtiler meydana gelebilir. BUN 10 mg/ml ve kreatinin 0.4 mg/ml üzerindedir. Bu evredeki hastalar enfeksiyonların neden olduğu yıkım, dehidratasyon, ilaçlar, kalp yetmezliği ve tanı amaçlı X-ray kontrast madde kullanımı yönünden daha fazla risk altındadır. Amaç daha fazla yıkımın oluşmasını engellemek, mümkünse kan basıncını ve kan glikoz düzeyini kontrol altında tutmaktır.²⁵

Üçüncü aşamada ise nefron kaybı %90'ının üzerindedir. Anormal böbrek fonksiyonlarının devam ettiği, BUN 20 mg/ml ve kreatinin 0.5 mg/ml'nin üzerinde

olduğu evredir. Bu evrede idrar içeriği yeterince süzülemez veya hiç idrar üretimi yoktur. Glomerüler filtrasyon hızı önemli ölçüde azalmış ve diyaliz ya da böbrek nakli gerekmektedir. Daha sonra inflamatuvar yanıt tetiklenir sağlıklı glomerüllere yüklenince glomerüler skleroz ve nekroz gelişir.²⁴

2.5. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi

Kronik böbrek yetmezliğinin evrelendirilmesinde Ulusal Böbrek Vakfı Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi (The National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative-NKF KDOQI) tarafından önerilen sınıflama sistemi kullanılmaktadır. GFH'na göre düzenlenen bu sınıflama Tablo 2.1.'de verilmiştir.^{3, 20, 26}

Tablo 2.1. Ulusal Böbrek Vakfına Göre Kronik Böbrek Yetmezliğinin Evrelendirilmesi

EVRE	TANIM	GFH(ml/dk/1.73m ²)
1	Normal ya da artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥90
2	GFH' de hafif azalma ile birlikte böbrek hasarı	60-89
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30-59
4	Şiddetli böbrek yetmezliği	15-29
5	Son dönem böbrek yetmezliği	<15(veya diyaliz)

2.6. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Klinik Belirti ve Bulguları

KBY'de BUN değerinin kanda artması sonucunda pek çok sistem etkilenmektedir. Belirti ve bulguların şiddeti böbrek işlevinin ne düzeyde bozulduğuna, neden olan temel soruna, etiyolojisine ve hastanın yaşına bağlı olarak değişmektedir. KBY pek çok vücut sistemini etkilediğinden belirti ve bulguları sistemlere göre ele alınmıştır.^{3, 27}

Sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesizliğine ilişkin bulgular: GFH azalmasına bağlı olarak sodyum ve suyun böbreklerde tutulması sonucunda ani kilo artışı gerçekleşmektedir. Ani kilo artışı hipervolemi, hipertansiyon, akciğer ödemi ve konjestif kalp yetersizliğine neden olmaktadır. Bulantı, kusma, diyareden dolayı dehidratasyon ve

hiponatremi görülebilmektedir. Başlangıçta serum fosfat düzeyi normal iken GFH'nın azalmasına bağlı olarak hiperfosfatemi oluşur. Kalsiyum emiliminin ve mobilizasyonunun azalması sonucu hiperfosfatemi hiperkalsemiye neden olur. Hipokalsemi belirtisi olarak ebe eli görünümü, trousseau ve chovestek bulguları pozitiftir. Hiponatremiye bağlı olarak kas krampları görülür.²⁰ Hidrojen iyonlarının böbreklerden atılımının bozulmasına bağlı olarak metabolik asidoz ortaya çıkar.^{3, 25, 27, 28}

Kardiyovasküler sisteme ilişkin bulgular: KBY'nin en yaygın ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Miyokard infarktüsü, iskemik kalp hastalığı, kalp yetmezliği, inme, periferik arter hastalığı ve kardiyomiyopati ölüm nedenleri arasındadır. Hatta GFH'nda hafif azalma bile yüksek koroner arter hastalığı ile ilişkilendirilmiştir.²⁷ ²⁹ Kardiyovasküler hastalıklar ile KBY birbiri ile yakın ilişki içerisinde olduğundan KBY gelişen bireylerde kardiyovasküler hastalık muayenesi yapılması gerekmektedir. KBY hastalarında hipertansiyon oldukça yaygındır. Çünkü hipertansiyon KBY'nin hem nedeni hem de sonucudur. Hipertansiyon sodyum retansiyonu ve hücre dışı sıvı hacminin artması ile şiddetlenir.^{26, 27} Uzun süreli hipertansiyon hücre dışı sıvı hacmi artışı ve anemi, sonunda kardiyomiyopati ve kalp yetmezliğine yol açabilecek sol ventrikül yetersizliğine neden olmaktadır. Diyaliz alan hastaların yaklaşık %75'inde sol ventrikül hipertrofisi mevcuttur. KBY hastaları hiperkalemi ve kardiyak aritmilere duyarlıdır. Üremik perikardit ve periardiyal efüzyon görülebilir. Hipertansiyon retinopati, ensefalopati ve nefropatiye neden olabilir. KBY'de en önemli koruyucu önlem kan basıncının kontrol altında tutulmasıdır.²⁷

Nörolojik bulgular: BUN düzeyinin artması, nitrojen yıkım ürünlerinin artması ve metabolik asidoz nedeniyle nörolojik belirtiler görülmektedir. Güçsüzlük, yorgunluk, konfüzyon, konsantrasyon güçlüğü, oryantasyon bozukluğu, unutkanlık, karar verme

güçlüğü, uyku bozukluğu, tremor, nöbet geçirme, uyum bozukluğu, huzursuzluk, ayak parmaklarında yanma ve karıncalanma ve kişilik değişiklikleri görülebilmektedir.^{3, 28}

Dermatolojik bulgular: Vücuttan atılamayan üre kristallerinin deri üzerinde birikmesine bağlı olarak deride gri-bronz bir renk ve biriken kristaller sonucu üremik kırağı vardır. Ter bezlerinin işlevinin bozulmasına bağlı olarak deri kuru, kırmızı ve kaşıntılıdır. Ekimoz, purpura, tırnakların ince ve kolay kırılması, saçların incilmesi ve ciltte kaşıntı gibi dermatolojik belirtiler vardır.²⁸

Solunum sistemine ilişkin bulgular: Şiddetli asidoz ile artan soluk alıp verme durumu kusma ve solunum ile telafi edilir. Dispne, aşırı sıvı yüklenmesi, pulmoner ödem, üremik plörit (plörezi), plevral efüzyonlar ve solunum yolu enfeksiyonları bir belirti olarak ortaya çıkabilir.²⁷

Gastrointestinal sisteme ilişkin bulgular: Oralfrenksten kolona karaciğerden safraya kadar tüm gastrointestinal sistem üremiden etkilenmektedir. Ağızda metalik tat, üremik ağız kokusu ve paroritis sık karşılaşılan durumlardır. Gastrointestinal sistemin mukozasının bozulmasına bağlı olarak gis kanaması, hıçkırık, diyare ya da konstipasyon, bulantı, kusma özellikle diyaliz hastalarında viral hepatit sıklığının arttığı görülmektedir.^{3, 28}

Hematolojik sisteme ilişkin bulgular: Kandaki üre düzeyinin yükselmesine bağlı olarak ürenin kemik iliğine baskısı sonucu eritropoetin salgısı azalmaktadır. Eritrositlerin yaşam süresinin azalması, beslenme yetersizliği ve kanamaya eğilimin artmasına bağlı anemi gelişir. Anemiye bağlı bulgular olan yorgunluk, güçsüzlük, solukluk görülür.³

Kemik iliğinin baskılanması sonucu sadece eritrositlerin değil, trombosit ve lökositlerin üretimi de bozulur. Trombosit üretiminin bozulması sonucu kanama bozuklukları, kanamaya eğilimde artış ve gis kanama görülebilir. Lökosit üretiminin

bozulmasına bağı olarak immün sistem işlevi yeterince yapılamadığından enfeksiyonlara eğilim artar.²⁷

Genitoüriner sisteme ilişkin bulgular: Hem erkeklerde hem kadınlarda kısırlık ve libido azalması görülmekle birlikte erkeklerde sperm sayısında azalma, testis atrofi ve sperm hareketliliğinde azalma ön plandadır.²⁸

Kas-iskelet sistemine ilişkin bulgular: KBY'nin ilerlemesine bağı olarak mineral ve kemik metabolizmasına ait birtakım problemler ortaya çıkmaktadır. Böbreğin önemli fonksiyonlarından birisi olan D vitamininin aktifleşmesi KBY'nin evresine bağı olarak azalmaktadır. Aktif D vitamini gastrointestinal kanaldan kalsiyum emilimini sağladığından eksikliğinde serum kalsiyum seviyesinin düşmesine neden olmaktadır. Bunun sonucunda vücutta kalsiyum eksikliğine dair belirtiler görülmektedir.^{3, 28, 30}

2.7. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Tedavi Seçenekleri

KBY'nin tedavisinde en önemli amaç morbiditeyi ve mortaliteyi azaltmaktır. Hastalığın ilerlemesini engellemeye yönelik girişimler uygulamanın yanında böbrek sağlığını koruyucu önlemlerde almak gerekmektedir. Koruyucu tedavinin yeterli olmadığı durumlarda RRT uygulanmalıdır.³¹

KBY gelişen hastalarda yaşamın devam edebilmesi için HD, PD ve BT tedavileri uygulanması gerekir.^{32, 33}

2.7.1. Periton Diyalizi

PD hastanın periton boşluğuna belirli aralıklarla diyaliz sıvısı verip toksik ve metabolik ürünlerin bu sıvıya geçip elektrolit dengesinin sağlanması için bir süre bekllettikten sonra geri alınması ilkesine dayanan bir yöntemdir. PD hastanın karnına yerleştirilen kateter aracılığıyla periton boşluğuna verilen diyaliz sıvısının difüzyon ve ozmoz ilkelerine göre üre ve kreatinin gibi atık ürünlerin yüksek yoğunlukta olan

bölgeden düşük yoğunlukta olan periton boşluğuna yarı geçirgen zar aracılığı ile temizlenmesi ilkesine dayanır.²⁸

2.7.2. Hemodiyaliz Tedavisi

HD, KBY’de kullanılan en yaygın tedavi yöntemidir. “Vücutta birikmiş olan üre, kreatinin, potasyum, fosfor gibi zararlı ürünlerin ve fazla sıvının vücut dışında yer alan yarı geçirgen bir membranın bulunduğu makine ile temizlenmesi işlemine HD denir.”^{3, 23} HD tedavisinin fizyolojik ilkelerinde ise yarı geçirgen bir zardan solüt difüzyonu vardır. Atık ürünlerin hareketi yoğunluk farkı nedeniyle dolaşımdan diyalizata doğru olmaktadır.

Difüzyona bağlı geçiş hızı çeşitli faktörlerin etkisi ile artmaktadır. Konsantrasyon gradiyenti, membran yüzey alanı ve membranın kitle transfer katsayısı etkilemektedir.³⁴

Kitle transfer katsayısı, membranın kalınlığı ve geçirgenliği, membranın her iki tarafındaki akım durumu olmasının bir işlevidir.

Diffüzyon kuralları gereği molekül ne kadar büyükse membrandan geçiş hızı da o derece yavaştır. Üre gibi küçük bir molekül iyi temizlenirken kreatinin gibi büyük bir molekül daha az temizlenmektedir.³⁴

HD tedavisinin kabul edilen ortalama süresi haftada 12 saattir. Haftalık seans sayısı seansın süresi, diyaliz sırasında kullanılacak filtre, diyaliz sıvısı hastanın bireysel özelliklerine göre tedavi ekibi tarafından ayarlanır. Hastanın böbrek yetmezliğinin şiddetine, yaptığı idrar miktarına bağlı olmak üzere haftada 2-3 kez 4-6 saatlik seanslar şeklinde uygulanırdı uygulanması için yeterli kan akımını sağlayan bir damar yolu, diyaliz membranını içeren diyalizör, diyalizat sıvısı ve diyaliz cihazı gereklidir. Damar giriş yolu arteriyovenöz (AV), greft veya diyaliz kateterleri ile sağlanmaktadır.^{35, 36}

HD için en kalıcı HD yolu cerrahi olarak üst ekstremitede oluşturulan AV fistülleridir. AV fistüllerin mümkün olmadığı durumlarda ise ikinci tercih AV greftlerdir. AV fistül bir arter ve bir ven arasında cilt altında yapılan anastomoz işlemidir. Uzun süre

HD alan hastalarda fistül açılması en sağlıklı yöntemdir. AV fistül için en çok kullanılan ve en sık tercih edilen bölge el bileği seviyesinde radyal arter ile sefalik ven arasındadır. Yeni açılmış olan bir AV fistülün kullanılmadan önce en az 1 ay idealde ise üç dört ay olgunlaşması beklenmelidir.^{35, 37}

Fistülü korumak için dikkat edilecek noktalar şunlardır:

- Fistül oluşturulan koldan damar yolu açılmamalı, kan alınmamalı, tedavi yapılmamalı ve Kan basıncı ölçülmemelidir.
- Kanamayı önlemek için fistül travmalardan korunmalıdır.
- Enfeksiyonu önlemek için bölge antiseptik solüsyonla temizlenip steril gazlı bezle kapatılmalıdır.
- Fistüllü kolun temizliğine dikkat edilmelidir.
- Fistüllü kolun üzerine yatılmamalı, bu kolla ağır yük taşınmamalıdır.
- Fistüllü kol soğuk ve sıcaktan korunmalıdır.
- Fistüllü kolu sıkan giysiler giyilmemeli, saat ve diğer takılar takılmamalıdır.
- Diyalize gelmeden önce fistüllü kol ılık su ve sabunla yıkanmalıdır.
- Fistül bacakta ise uzun süre ayakta kalınmamalıdır.
- Fistülün olduğu yerde ağrı, şişlik, kızarıklık, hassasiyet vb. gibi belirtiler olduğunda mutlaka diyaliz ekibine bildirilmelidir.^{35, 37}
- Ven yapısı uygun olmayan hastalarda (örn: damar harabiyeti gelişen diyabetli hastalar) AV fistül açılması mümkün olmayabilir. Bu gibi durumlarda AV greft uygulanır.³⁸ AV greft için diyaliz iğnelerinin kolayca yerleştirileceği şekilde politetraf-luoroethilen yapıdaki kateterler cilt altına yerleştirilir. Kateterin bir ucu artere diğer ucu ise vene bağlanır. AV fistülden farklı diyaliz iğnelerinin yerleştirilebileceği bir köprü oluşturmaktır. Greftlerin açık kalma süresi AV fistülden daha kısadır. Greftlerin açık kalma süresi 3.yılda %30 iken

AV fistülde %70 oranındadır. Greftlerde enfeksiyon riski %5-20 civarındadır.

Bu nedenle greftler diğer yöntemlerin uygun olmadığı durumlar dışında fazla tercih edilmez. Damar greftleri için üst kol veya ön kol tercih edilir. İki hafta içinde greft cilt altı dokusu ile kaynaşır ve kullanıma hazır hale gelir.^{28, 37}

2.7.3. Hemodiyalizin Endikasyonları

Akut diyaliz endikasyonları:

- Akut böbrek yetmezliği
- Hiperpotasemi
- Metabolik asidoz
- Hiperkalsemi
- Hiperürisemi
- Hiperfosfatemi
- Metabolik alkaloz
- Hiponatremi
- Yüksek doz ilaç alımı ve zehirlenmeler
- KBY’de kronik diyaliz tedavisine geçmeden üremik akciğer, ensefalopati vb. komplikasyonların gelişmesi durumunda konservatif tedavi ile düzelmediği durumlar^{3, 28}

Kronik diyaliz endikasyonları:

- Üremik perikardit
- Üremik ensefalopati ya da nöropati (Konvülsiyon, oryantasyon bozukluğu, konfüzyon)
- Pulmoner ödem ve tıbbi tedaviye yanıt vermeyen hipervolemi
- Kontrol altına alınamayan hipertansiyon
- Üremik kanamalar

- Sık bulantı, kusma ve halsizlik
- >12mg/dl kreatinin ve >100 mg/dl BUN düzeyi
- Akut psikoz
- Malnütrisyon^{3, 28}

2.7.4. Hemodiyalizin Kontrendikasyonları

HD tedavisinin mutlak bir kontrendikasyonu yoktur. Böbrek yetmezliğine eşlik eden bazı hastalıkların yanında göreceli bir kontrendikasyon vardır.

- Alzheimer hastalığı
- Multi-infarkt demans
- Hepatorenal sendrom
- Ensefalopati ile birlikte ilerlemiş siroz
- İlerlemiş kanser³²

2.7.5. Hemodiyalizin Komplikasyonları

Hemodiyalizin akut komplikasyonları:

- Hipotansiyon
- Kas krampları
- Bulantı-Kusma
- Baş ağrısı
- Göğüs ve sırt ağrısı
- Kaşıntı
- Ateş-titreme
- Sistemdeki kanın pıhtılaşması
- Disequilibrium sendromu
- Diyalizer reaksiyonları
- Aritmi

- Kalp tamponadı
- Kanama
- Konvülsiyon
- Hemoliz
- Hava embolisi
- Hipoksemi
- Sıvı-elektrolit bozuklukları ^{3, 28, 39}

Damar giriş yolu komplikasyonları:

- Tromboz
- Stenoz
- Enfeksiyon
- Anevrizma
- Kardiyak out-putta artış^{3, 28}

Hemodiyalizin kronik komplikasyonları:

- Hipertansiyon
- Kardiyovasküler sorunlar
- Nörolojik sorunlar
- Üremik ensefalopati
- Diyaliz demansı
- Diyaliz dengesizlik sendromu
- Nöropati
- Konvülsiyon
- Subdural hematom
- Baş ağrısı
- Diyaliz amiloidozu

- Karpal tünel sendromu
- Periferik eklemlerde osteoartropati
- Spondilartropati
- Anemi/kanamaya eğilim
- Enfeksiyonlar
- Pnömoni
- İdrar yolu enfeksiyonu
- Hepatit B ve C
- HIV
- Üremik kemik hastalığı^{3, 28}

2.7.6. Hemodiyalizde Hemşirelik Bakımı

Uzun süreli HD tedavisi hastanın yaşamında getirdiği kısıtlamalar nedeniyle g bir tedavidir. Çoğunlukla ekonomik sorunlar, olası iş kaybı, işini yürütmedeki glkler, cinsel istekte azalma, impotans, kronik bir hastalığa bağlı depresyon ve ölüm korkusu sıklıkla karşılaşılan sorunlardır. Genç hastalarda ise aileye yk olma, ocuk sahibi olma ve evlenme gibi problemler görülebilmektedir. Diyaliz tedavisinin sıklığı, süresi ve beslenme ile ilgili kısıtlamaları olması hem hasta hem de ailesi için birçok sıkıntılara neden olmaktadır.^{3, 11, 28}

Diyaliz tedavisinin getirmiş olduğu yaşam değişikliği gerek ailenin gerek hastanın gerek bakım veren kişinin pek çok duruma alışmalarının yanında komplikasyonlarla baş etmek gibi problemlere de neden olmaktadır. Hasta ve ailesinde sulluk, depresyon, çatışma, gerginlik olabilmektedir. Hemşireler bu gibi durumlarda hasta ve ailesi için problemlerini konuşabilecekleri bir ortam hazırlamalı, gerginliklerini azaltarak konuşmaya cesaretlendirmelidir. Gerginlik ve problemlerini ifade edemeyen HD

hastalarında intihar eğilimi artar. Hemşire psikolojik destek görmesi gerektiğini düşündüğü hasta ve ailesine danışmanlık ve destek sağlanması için yönlendirmelidir.²⁸

HD tedavisi ile hastanın baş edebilmesi için eğitim verilmesi gerekir. Hastaların hangi konularda eksiği olduğu, nereleri anlamadığı veya ne bilip bilmediği konusunda yine belirleyici olan kişiler hemşirelerdir. Hemşireler bu gibi durumları uygun ortam sağlandığında tespit edebilir ve ona göre eğitim programı hazırlayabilir. Hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirleyici bir değerlendirme hazırlanacak eğitimi planlamaya yardımcı olacaktır. Hazırlanacak eğitim KBY ve diyaliz kesinlikle olması gereken konulardır. KBY olan hastalarda dikkat, algı ve konsantrasyon azaldığı için eğitimler uzun süreli olmamalıdır. 10-15 dakika süreli eğitimler olmalı açık, anlaşılır ve sade olmalı eğitim sonrasında geri bildirimler alınmalı anlaşılmayan yerler tespit edilmeli ve açıklığa kavuşturulmalıdır. Eğitim öncesi, sırası ve sonrası profesyonel davranılmalı yargılayıcı ifadelerden kaçınılmalı, duygularını ifade etmelerine izin verilmelidir.²⁸

Hemodiyaliz tedavisi alan hasta ve ailesi için eğitim konuları:

- Böbrek yetmezliği ve organizmaya etkileri
- Böbrek yetmezliğinin nedenleri ve HD tedavisin gerekliliği
- HD temel ilkelerini tanımlanması
- HD tedavisi sırasında oluşabilecek yaygın sorunlar önlenmesi ve yönetimi
- Önerilen ilaç tedavisini kullanma yöntemi, yan etkileri, hangi durumda hekime başvuracağı, diyaliz uygulanan ve uygulanmayan günlerde ilaç tedavisinin nasıl olacağı
- Diyet ve sıvı kısıtlaması nedenleri, kısıtlamaya uyulmadığı durumlarda yaşanacak sorunlar
- Sıklıkla yapılan laboratuvar testleri, sonuçları ve uygulanma yöntemleri

- Sıvı yüklenmesini belirlemek ve önlemek için yöntemler, kuru ağırlık kavramı ve kilo kontrolünün nasıl yapılacağı
- Damar girişim yolunun bakımı yeterliliğinin nasıl kontrol edileceği, enfeksiyon belirti bulgularının neler olduğu ve komplikasyonların nasıl önleneceği
- Kaşıntı, nöropati ve böbrek yetmezliğine bağlı gelişebilecek diğer komplikasyonların belirlenmesi, yönetimi ve önlenmesi için stratejiler
- Anksiyeteyi azaltma ve bağımsızlığı sürdürme yöntemleri
- Diyaliz tedavisi için mali olanak ve kaynakların belirlenmesidir.²⁸

2.8. Böbrek Transplantasyonu

KBY gelişen hastaya sağlam ve sağlıklı bir bireyden alınan böbreğin nakline BT denir.⁴⁰ BT, SDBY gelişen hastalarda en etkin tedavi yöntemidir.^{41, 42}

2.8.1. Nakil İmmünolojisi

Zararlı faktörlerin hücumuna karşı vücudun vermiş olduğu tepki ve direnç immün denir. Organ naklinin gerçekleşmesinde etkisi en fazla olan unsur alıcının immün yanıtıdır.^{40, 43} Nakledilen organın vücutta görevini yapabilmesi için organın vücut tarafından kabul edilmesi gerekir. Her birey tüm çekirdekli hücrelerin yüzeylerinde tanımlayıcı protein dizilerine sahiptir. Bu proteinlere Human Loukocyte Antigens (HLA) denir. HLA proteinleri hücrelerin kendine ait olup olmadığı, doku ve proteinleri ayırt etmesini sağlamaktadır. Bu proteinler kalıtımla geçmektedir ve birey, yakınları veya kardeşleriyle bu proteinleri paylaşmaktadır.²⁸

Böbrek naklinde HLA antijenlerinin uyumu uygun alıcıların seçiminde önemli bir belirleyicidir. HLA uyumunun genetik aktarımına en önemli kanıt akrabalarından yapılan böbrek nakillerinin daha başarılı olduğudur.¹³ Nakledilen dokunun tutması alıcı ve verici arasındaki doku antijenlerine ya da nakil antijenlerinin uygun olup olmamalarına bağlıdır.

Başarılı bir organ nakli için alıcı ve verici arasındaki doku uyumunun benzer olması gerekmektedir.²⁸

2.8.2. Böbrek Transplantasyonu Oranları

Böbrek naklini yıllara göre incelediğimizde 2011 yılında 2952, 2012 yılında 2909, 2013 yılında 2946, 2014 yılında 2925, 2015 yılında 3204, 2016 yılında 3420, 2017 yılında 3344 ve 2018 yılında ise 3871 böbrek nakli gerçekleşmiştir.¹

TND'a ya göre 2018 yılında böbrek nakli yapılan hastaların sayısı 3871'dir. 2017 yılına (3342) göre %16 artış göstermiştir. Bu nakillerin %77.81'i (3012) canlı vericiden, %22.19'u (859) kadavra vericiden sağlanmıştır. Bir önceki yıl ise kadavradan nakil oranı %20.7'dir. 2018 yılında canlıdan böbrek nakillerinin %62.8'i akraba vericilerden, %21.8'i eşlerden yapılmıştır. Çapraz nakil oranı ise %6'dır. Verici profili 2017 yılı ile benzerdir.¹

2018 yılı içinde BT yapılan hastaların %93.85'i sağlıklı bir şekilde devam etmekte, %1.19'u diyalize dönmekte, %0.65'ine retransplantasyon yapılmış ve %4.31'i ise hayatını kaybetmiştir. TND verilerine göre böbrek nakli olan hastaların ölüm nedenlerine bakıldığında %41.31'i enfeksiyon, %27.54'ü kardiyovasküler problemler, %6.59'u serebrovasküler problemler, %5.99'u akciğer yetmezliği, %1.80'i karaciğer yetmezliği, %1.80'i gastrointestinal kanama, %1.20'si malignite ve %13.77'si ise diğer nedenlerdir.¹

2.8.3. Böbrek Transplantasyonu Endikasyonları

Böbrek nakli endikasyonları:

- Glomerülonefritler
- Obstrüktif üropati
- Toksik nefropati
- Sistemik hastalıklar

- Kronik piyelonefrit
- Genetik böbrek hastalıkları
- Metabolik hastalıklar
- Travma
- Hemolitik üremik sendrom
- Tümörler²⁸

2.8.4. Böbrek Transplantasyonu Kontrendikasyonları

- Progresif karaciğer hastalığı
- Malignite
- Kardiyomiyopatiler
- Kronik solunum yetmezliği
- Yaygın vasküler hastalık
- Kontrolü güç kronik enfeksiyon
- Aktif ve kontrol edilemeyen viral enfeksiyon
- Koagülasyon bozukluğu
- Düzeltmesi olanaksız alt üriner sistem anatomik veya işlev bozuklukları
- Ciddi mental gerilik
- Kontrol altına alınamayan psikoz
- Alkolizm
- İlaç alışkanlıkları²⁸

2.8.5. Böbrek Transplantasyonu Komplikasyonları

Böbrek naklinin komplikasyonları:

Hiperakut rejeksiyon: Patolojinde kompleman sistemini aktifleştiren anti-HLA antikorları, Anti-A ve Anti-B antikorları (Kan grubu uyumsuz nakil), anti-endothelial

antikorlar aktif rol oynamaktadır. Bu antikorlar böbrek perfüzyonu sağlandıktan hemen sonra damar endoteline bağlanarak kompleman sistemini aktive etmekte mikrovasküler tromboza ve nekroza neden olmaktadır. Hiperakut rejeksiyonda böbreğin hemen geri alınması gerekmektedir.⁴⁴

Primer nonfonksiyone böbrek: Böbreğin (graft) nakil ameliyatından sonra hiç çalışmamasıdır. Primer nonfonksiyone böbrek, nadir görülen bir komplikasyon olmasına rağmen önemli bir morbidite nedenidir.⁴⁴

Gecikmiş graft fonksiyonu: Nakilden sonraki ilk haftada hastanın diyalize alınması ihtiyacının doğmasıdır. İskemi reperfüzyon hasarı, hipovolemi, marjinal böbrek kullanımı, nefrotoksisite Gecikmiş Graft Fonksiyonu (GGF) nedenleri arasında yer almaktadır.⁴⁴

Akut graft disfonksiyonu: Serum kreatininin 0.3 mg/dl veya bazal serum kreatinin %20-50' lik artış olmasıdır. Akut graft disfonksiyonunda akut böbrek hasarında olduğu gibi nedene yönelik araştırma yapılmalıdır.⁴⁴

Akut rejeksiyon: Nakilli hastanın immün sisteminin böbreğe karşı immün yanıt oluşturmada sonucunda oluşur. Akut rejeksiyonda hücrel immünite (T lenfosit), humoral immünite (B lenfosit) ve innate immün sistem (dendritik hücre, makrofaj) rol oynamaktadır.⁴⁴

Asit-baz, sıvı-elektrolit denge bozukluğu: Böbrek naklinden sonra her türlü elektrolit dengesizliği görülebilmesine rağmen özellikle hiponatremi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hipofosfatemi ve hiperkalsemi görülmektedir.⁴⁴

Hiponatremi hastaların öncesinde hipervolemik olmasından dolayı ve nakilden sonra hastaya çıkardığından daha fazla sıvı verilmesi sonucu hipervolemiye bağlı hiponatremi görülmektedir.⁴⁴

Hiperpotasemi, hastanın idrar çıkarmaması, trimetoprim ve kalsinörin inhibitörlerinin kullanımı, metabolik asidoza bağlı olarak gelişmektedir.⁴⁴

Hipopotasemi hastanın diürezini artırmak için loop diüretiklerin sık kullanılması ve hasta oral beslenmiyorken sıvılarına günlük ihtiyacı olan potasyumun eklenmemesi sonucunda gelişmektedir.⁴⁴

Hiperkalsemi hastalarda diyaliz döneminde hiperparatiroidi gelişmesi sonucunda mevcut olup, nakilden sonra 1 yıla kadar eğer tersiyer hiperparatiroidi yok ise düzelebilmektedir.⁴⁴

Metabolik asidoz böbreğin tam fonksiyonel çalışmaması, doku perfüzyonun bozulması ve diyabetik hastalarda ketaosidoz gelişimi veya distal renal tubuler asidoz gelişiminde oluşmaktadır.⁴⁴

Enfeksiyonlar: Nakilden sonra ilk bir ay içerisinde enfeksiyon nedeni; hastada nakilden önce var olup tanı konulmayan sessiz enfeksiyonun nakilden sonra immünsüpresyon ile birlikte ortaya çıkmasıdır. Nakilden sonra 1-6.ay arası; toplumsal veya nazokomiyal enfeksiyonlar, başta CMV enfeksiyonu olmak üzere Herpes, Hepatit, HIV viral enfeksiyonları ve Aspergillus ve Pnomocystis gibi fırsatçı enfeksiyonlar görülmektedir.⁴⁴

2.8.6. Böbrek Transplantasyonu Uygulanacak Alıcının Seçimi

Transplantasyon uygulanacak hasta seçiminde hasta her yönüyle değerlendirilmelidir. Özellikle bireyin tıbbi, immünolojik, psikolojik ve sosyal durumu dikkate alınmalıdır. Hastanın iyi bir değerlendirmesi yapılır ve transplantasyona hasta, hasta yakını ve hekim iş birliği ile karar verilir. Nakil ekibi tarafından değerlendirilerek ameliyata engel bir durumun olup olmadığı araştırılır. BT 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.^{28, 40}

2.8.7. Böbrek Transplantasyonu İçin Canlı Vericinin Seçimi

Ülkemizde böbrek nakillerinin büyük bölümü canlı vericiden yapılmaktadır. Organ nakilleri içerisinde bir tek böbrek naklinde canlı verici kullanılmaktadır. Nakil için en önemli şartlardan birisi doku uyumu olması durumudur. Doku uyumunu sağlayan ve uyumun en yüksek olduğu kişiler yakın akrabalar ve eşlerdir. Canlı vericinin verici olmaya uygunluğuna, herhangi bir potansiyel risklerin tespiti öncesinde yapılmaktadır. Canlı verici 18-60 yaş arasında, psikolojik açıdan hazır, doku uyumu iyi konumda olan kişiler olmalıdır. Verici ile alıcı arasındaki genetik benzerliğin artması doku uyumunu ve dolayısıyla nakil başarısını arttırmaktadır.^{28, 45}

Canlı vericinin seçiminde mutlak kontrendikasyonlar arasında aktif enfeksiyon, kan uyumsuzluğu, bulaşıcı hastalık, aktif malignite, alkol veya uyuşturucu madde kullanımı, böbrek yetmezliği, tedaviye uyum sağlamama, kronik bir hastalığının ve saldırgan bir rekürren hastalığının olmaması gerekmektedir.^{28, 45}

2.8.8. Böbrek Transplantasyonu İçin Kadavra Vericinin Seçimi

Değişik nedenlerle geri dönüşümsüz olarak beyin sapı ölümü gelişmiş, spontan solunumu olmayan yaşamsal işlevleri medikal destek ile sürdürülebilen tıbben ölmüş kişiler kadavra verici olarak kullanılmaktadır.

Kadavra vericinin taşıması gereken özellikler;

- 65 yaşının üzerinde olmamalı
- Ciddi hipertansiyon öyküsü olmamalı
- Primer böbrek hastalığı öyküsü ve bulguları olmamalı
- HBsAg ve Anti HTLVIII pozitifliği olmamalı
- Uzun süreli komplikasyonlu diabetes mellitusu olmamalı

- MSS'nin primer maligniteleri ve bazal hücreli cilt kanserleri dışında malignitesi olmamalı
- Kontrolü güç akut ve kronik enfeksiyonu olmamalı
- Böbreğe özgü patolojiler olmamalıdır.^{21, 28, 45}

2.8.9. Kadavra Vericiden Alınan Böbreğin Korunması

Kadavra vericiden alınan böbreğin korunması çok önemlidir. Özellikle iskemik hasardan korumak gerekir. Çıkarılan organ soğuk koruyucu solüsyonla (+4) damardan yıkanır ve steril bir naylon torbaya yerleştirilir. Bu torbanın içinde buz parçacıkları bulunan ikincil bir torba içine konur. Böbreğin nakledilecek yere veya ülkedeki alıcıya ulaşana kadar emin ve güvenli bir şekilde korunması gerekir. Önerilen böbreğin nakil süresi 40-50 saattir.⁴⁶

2.8.10. Beyin Ölümü Kriterleri

Beyin ölümü; tüm beyin, beyincik ve hayati merkezlerin yer aldığı beyin sapı bölgesinin fonksiyonlarının geri dönülmez şekilde kaybolduğu ve mutlak ölümle sonuçlanan bir süreçtir. Beyin ölümü resmi kurumlarca da güvence altına alınmış olup yasa ve yönetmelikler çıkarılmıştır.

Ülkemizde de sağlık bakanlığı beyin ölümü tanı kriterlerini belirlemiştir. Beyin ölümü için aranacak hususlar;

- Derin koma ve tam yanıtsızlık hali,
- Ağrılı uyaranlara motor cevap alınamaması,
- Spontan solunum çabasının bulunmaması ve apne testinin pozitif olması.
- Beyin sapı reflekslerinin (okülosefalik, vestibulo-oküler, kornea, faringeal ve trakeal) alınmaması, pupiller orta hatta ve dilate olup parlak ışığa yanıt alınamaması gerekir. Derin tendon ve yüzeysel reflekslerin, Babinski işareti, spinal refleks ve otomatizmaların olması, terleme-kızarma- ateş ve taşikardi

bulunması, diabetes insipitus olmaması beyin ölümü tanısına engel
oluşturmaz.⁴⁷

2.8.11. İmmunosupresyon

Nakledilen böbreğin vücutta canlı kalabilmesi için öncelikle vücudun immün sisteminin yanıtının baskılanmasıyla mümkündür. Vücudun yeni böbreğe karşı vereceği tepkinin en aza indirilmesi rejeksiyon oluşma ihtimalini de azaltacaktır. Bu amaçla yapılan immunosupresif tedavide azathioprine (imuran), kortikosteroid (prednizon), cyclosporine-(sandimmun), monoklonal antikorlar (orthoclone-OKT-3), methylprednisolone (Prednol-L), Antitimosit globülin (ATG) gibi ilaçlar kullanılmaktadır.^{28, 45, 48}

2.8.12. Böbrek Transplantasyonunda Hemşirelik Bakımı

Böbrek transplantasyonunda hemşirelik bakımı hem nakil öncesi hem de nakil sonrası olarak çok önemlidir.

Nakil öncesi hemşirelik bakımında;

- Hastanın hastaneye kabulünden itibaren ortama ve ameliyat sürecine uyum sağlanması
- Hastaya, transplantasyon sonrası dönemdeki tedaviler ve immünsupresif ilaç programı, egzersizler, diyet ve oluşabilecek önemli komplikasyonlar (rejeksiyon, enfeksiyon, malignite gibi) hakkında eğitim verilmesi
- Hastanın onamının alınıp alınmadığının kontrolü
- Hastaya psikolojik olarak destek olmak ve gerekli konularda bilgilendirerek mental hazırlığını da sağlamak gibi unsurlar bulunmaktadır.⁴⁹

Nakil sonrası hemşirelik bakımında;

- Yaşam bulgularının sık takibi
- Sıvı dengesi ve sıvı-elektrolit takibi

- Yara yeri ve drenaj takibi
- Kardiyovasküler sistem fonksiyonlarının takibi
- Nörolojik sistem fonksiyonlarının takibi
- Solunum sistemi fonksiyonlarının takibi
- Gastrointestinal sistem fonksiyonlarının takibi
- Psikososyal durum takibi
- İmmüsupresif ilaçların uygulanması
- Komplikasyonların (akut tübüler nekroz, rejeksiyon, enfeksiyon ve cerrahiye bağlı komplikasyonlar) takibi
- Taburculuk Eğitimi gibi unsurları içermektedir.⁴⁹

Hemşire hemostazisin sürdürülmesinde bakım vermenin yanısıra taburculuk eğitiminde vermektedir. Özellikle nakil sonrası taburculuk eğitiminde;

- Transplantasyon sonrası kullanılan tüm ilaçların kullanım amacı, dozu, uygulama yolu ve yan etkileri, reçete edilmeyen ilaçları kullanılmama,
- İmmüsupresif tedavinin amacı, bu ilaçları düzenli kullanmanın önemi, ilaçların yan etkileri,
- Herhangi bir zamanda ortaya çıkabilecek rejeksiyon durumu, rejeksiyon belirti ve bulguları ve bu durumda hemen hastaneye başvurma,
- Enfeksiyonlardan korunma, enfeksiyon belirti ve bulguları ve enfeksiyon şüphesi durumunda hastaneye başvurma
- El yıkamanın önemi ve ameliyattan sonra en az 3 ay kalabalık yerlerde mümkün olduğunca az bulunma,
- En az 3 hafta aldığı çıkardığı ve kilo takibi yapma, ağır kaldırmama, en az 2 hafta araba kullanmama,
- Düzenli ve dengeli beslenme,

- Sakin bir yaşam şeklini benimseme,
- Hastane randevularına düzenli şekilde devam etme gibi konulara yer vermelidir.⁴⁹⁻⁵²

2.9. Bakım Yüğü

Bakım yüğü kavramı bakım veren kişilerin bakım verme sırasında yaşadığı zorluk ve sıkıntılar olarak adlandırılmıştır.^{53, 54} Bakım yüğü bakım veren kişilerde pek çok problemi de beraberinde getirmiştir. Aile ilişkilerinde bozulma, bel ağrıları, sosyal yönden kısıtlanma, kaygı, maddi imkân yetersizliği ve kontrolün kendisinde olmadığı hissine kapılma gibi pek çok olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Bakım yüğü objektif bakım yüğü ve subjektif bakım yüğü olarak ikiye ayrılarak incelenmektedir.^{55, 56}

2.9.1. Subjektif (Öznel) Bakım Yüğü

Subjektif bakım yüğü hastadan kaynaklı olarak yaşanan duygusal problemler veya hastanın bakımında yaşanan zorlukların aile üyelerini rahatsız etme düzeyi olarak tanımlanmaktadır.⁵⁷

2.9.2. Objektif (Nesnel) Bakım Yüğü

Bakım veren bireyin yaşamında bakım verme kaynaklı yaşanan değişimlerdir. Bunlar; aile rutinlerinin bozulması, sosyal aktivite yetersizliği, hastalık kaynaklı ekonomik problemler, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin karşılanamaması ve uygun bir bakım ortamının sağlanamamasıdır.^{58, 59}

2.9.3. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler

Bakım veren bireylerin yaşadığı zorluklar bakım verdiği bireyin durumuna göre değişmektedir. Yaşadığı zorluklar yüksek düzeyde ise sağlığı da bakım vermeden dolayı olumsuz etkilenebilir. Bakım verme sürekli bir iş olduğundan bakım veren kişi kendisine vakit ayıramayabilir, ailesini ihmal edebilir, sorumluluklarını yerine getiremeyebilir ve birçok açıdan sorun yaşayabilir.^{60, 61}

Bakım veren bireyler fiziksel, emosyonel, sosyal, ekonomik ve iş ile ilgili güçlükler yaşamaktadır.⁶²

2.9.3.1. Fiziksel Güçlükler

Bakım veren bireyler bakım sürecinde düzensiz beslenme, iştahta değişim, hazımsızlık ve baş ağrısı gibi sorunlar yaşayabilmektedir. Ayrıca yorgunluk, uyku düzeninde bozulma ve öz bakım eksikliği yaşayabilmektedirler. Bakım veren bireylerin bu tarz problemlerinin olduğu ve bunların sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.^{60, 61}

2.9.3.2. Emosyonel Güçlükler

Bakım veren bireylerde anksiyete, depresyon, mutsuzluk, stres artışı, uykusuzluk ve problemlerle baş etmede yetersizlikler görülmektedir. Bakım verenler kendilerinden beklenileni yapamadıkları için suçluluk duygusu, kendi yaşamlarının kontrolünü sağlayamadıkları düşüncesi ile de güçsüzlük duygusu yaşayabilmektedirler.⁶³ Bakım verenlerin bulunduğu duruma isyan etmesi, ikilemler yaşaması, sosyal aktivitelerden uzak kalması, hastalığa odaklanıp diğer şeylere ilgisiz kalması gibi durumlarda görülmektedir.⁶⁴

2.9.3.3. Sosyal Güçlükler

Bakım veren bireylerin bakımını sağladığı hastanın ihtiyaçlarını karşılamaya odaklandığı için kendisini ihmal etmekte dolayısıyla kendi ailesi ve yakın çevresi ile ilişkileri bozulmaktadır. Aile ve yakın çevreden destek alamayan bakım vericiler ise stres, depresyon ve buna benzer problemlerle karşılaşmaktadırlar. Sosyal güçlükler ile baş etmede yakın çevrenin önemi yani destek sistemlerinin olması çok önemlidir.^{65, 66}

2.9.3.4. Ekonomik Güçlükler

İnformal bakım veren bireylerde giderlerden dolayı bakım yükleri arttığı için bakımın ekonomik yükü oldukça önemlidir.⁶⁷ Bakım verenlerin en fazla yaşadıkları

ekonomik problemler sağlık güvencesi olmasına karşın ek harcamaların karşılanamaması, bakım vermeden dolayı iş saatlerinin azalması, işten ayrılma, vardiya ayarlanmasında yaşanan güçlükler sayılabilir. Özellikle hastalığın tedavisinin süresiz olması, tedavinin tam olarak sağlanamaması, hastaneye yatışların uzun süreli ve tekrarlı olması ekonomik yükü daha da arttırmaktadır.⁶⁸

2.10. Bakım Yükünde Hemşirenin Rolü

Hemşire hem sağlıklı bireye hem de hasta bireye yaşamın tüm dönemlerinde bakım vermektedir. Bakım gereksinimin en çok arttığı dönemler arasında yaşlılık veya kronik hastalık varlığının olması gibi durumlar sayılabilir. Hemşirenin bakım verme rolünü gerçekleştirmesi aşamasında bütüncül bir bakış açısına sahip olması gerekir. Bakım verdiği bireyi ele alırken onu aile ve çevresi ile ele almalı ve toplumla birlikte değerlendirmelidir. Hemşirelerin bakım vermede rolü olduğu gibi bakım veren bireyleri ele almada da rolleri bulunmaktadır.⁶⁹ Bu aşamada hemşireler, hasta ve bakım verenleri ile işbirliği yaparak, bilgi, güç ve umudu paylaşmalıdır. Daha güvenli ve kaliteli bir bakım için bakımverenlere aile danışmanlığı yapma, stresle baş etme eğitimi verme, bakım konusunda ve eğitim konularında yardımcı olmalıdır. Bakım verenlerin kendi fiziksel ve psikolojik sağlığını tehlikeye atmamaları, ihtiyaç duyulan bakımı sağlamaları ve bu rol nedeni ile tükenmişlik yaşamamaları için tüm aile üyelerinin bakım yeteneklerinin artırılması gerekmektedir⁷⁰⁻⁷²

Hemşireler bu gibi durumları yerine getirirken her hasta ve ailesinin kendine özgü olduğunu unutmamalıdır. Hasta ve ailesi ile dürüst ve saygıya dayalı bir iletişim kurarak güven duygusu oluşturacak şekilde hareket etmelidir. Bu aşamada hemşirenin bakım vericilerin gereksinim duyduklarında gerekli yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda yapacağı eğitim, açıklayıcı bilgiler bakım verenin yardım arama çabasını destekleyip ailelere yardımcı olacaktır.⁷³

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın amacı

Araştırma HD tedavisi alan ve BT yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yükünün karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı türdedir.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi HD Ünitesi ve Transplantasyon Polikliniğinde 10.07.2019-26.06.2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, ilgili tarihler arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinin HD ünitesine ve transplantasyon polikliniğine kayıtlı hastalar ve bu hastaların primer bakım veren yakınları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemine araştırmaya alınma kriterlerine uyan 142 kişi alınmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde ve en az ilkokul mezunu olan,
- HD hastaları için en az 6 aydır HD tedavisi alıyor olan,
- BT yapılan hastalar için transplantasyon üzerinden en az 6 ay geçmiş olan,
- Bakım veren bireyler için en az 6 aydır hastaya bakım veriyor olan,
- Araştırmaya katılmaya engel herhangi bir ruhsal ve psikiyatrik soruna sahip olmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda^{74, 75} bakım verene ve hastaya yönelik sosyo-demografik vb. özellikleri belirlemeye yönelik hazırlanan Tanıtım Formu ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği kullanılmıştır.

Soru Formu (EK-5): Soru formu iki kısımdan oluşmaktadır. İlk bölümde hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde ise hastalara bakım verenlerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (EK-6): Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği, Zarit, Reeve ve Bach-Peterson⁷⁶ tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği İnci⁷⁷ tarafından yapılmıştır. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı sıkıntıyı değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek “asla”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık” ya da “hemen her zaman” şeklinde 0’den 4’e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test tekrar test güvenirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Elde edilen puanlar; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir.⁷⁷⁻⁷⁹ Bu çalışmada ölçeğin Cronbach’s alpha değeri 0.84 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından hastalar ve bakım verenlerin uygun olduğu gün ve saatlerde, hemodiyaliz ünitesinde belirlenen uygun bir odada yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Bakım verenlere veri toplama formları doldurulurken hastaların bakım verenlerin yanında olmamasına özen gösterilmiştir. Her bir görüşme ortalama 25-35 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22 paket programında analiz edilmiştir. Analizde tanımlayıcı (yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma, min-max), Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, Independent Samples t test, One-Way Anova testler yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (2019-4/7) ve araştırmanın yapılacağı merkezden yazılı izin alınmıştır (EK-3). Araştırmaya katılan kişilere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmak isteyen kişilerden sözlü onay alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanması esnasında bireylere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan bireylere bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece ilgili tarihlerde ve ilgili hastanede kayıtlı olan hastalarla yapılmış olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği puan ortalamaları

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Hastaların ve bakım verenlerin sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleri



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

	HD (n:71)		BT (n:71)		P
Yaş	%	n	%	n	
44 yaş ve altı	22.5	16	39.4	28	0.000
45-60 yaş	32.4	23	49.3	35	
61 yaş ve üzeri	45.1	32	11.3	8	
Cinsiyet					
Kadın	49.3	35	35.2	25	0.089
Erkek	50.7	36	64.8	46	
Medeni durum					
Evli	77.5	55	77.5	55	1.000
Bekar	22.5	16	22.5	16	
Hasta birlikte yaşadığı kişiler					
Eşi	64.8	46	67.6	48	0.723
Ailesi(gelini/çocukları)	35.2	25	32.4	23	
Çalışma durumu					
İşsiz/ev hanımı	45.1	32	42.3	30	0.929
Memur/işçi	22.5	16	22.5	16	
Emekli	32.4	23	35.2	25	
Ekonomik durum					
İyi	83.1	59	81.7	58	0.826
Kötü	16.9	12	18.3	13	
Eğitim durumu					
Okuryazar değil	12.7	9	8.5	6	0.235
Okuryazar/İlköğretim	54.9	39	42.3	30	
Okuryazar/Lise	23.9	17	36.6	26	
Önlisans/lisans-lisansüstü	8.5	6	12.7	9	
Tedavi üzerinden geçen süre					
6-35 ay	54.9	39	66.2	47	0.170
36 ay ve üzeri	45.1	32	33.8	24	
İlaç tedavi uyumu					
Evet	93.0	66	95.8	68	0.716
Hayır	7.0	5	4.2	3	
Sigara ve alkol kullanma durumu					
Evet	9.9	7	12.7	9	0.596
Hayır	90.1	64	87.3	62	
Başka hastalık varlığı					
Evet	77.5	55	49.3	35	0.000
Hayır	22.5	16	50.7	36	

HD ve BT tedavisi alan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de verilmiştir. HD ve BT tedavisi alan hastalar arasında yaş ve başka hastalık varlığı dışındaki tanıtıcı özelliklerin dağılımı homojendir (Tablo 4.1.).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda HD tedavisi alan hastaların %45.1'inin 61 yaş ve üzerinde, %50.7'sinin erkek, %77.5'inin evli, %64.8'inin eşi ile birlikte yaşadığı, %45.1'inin ev hanımı olduğu, %83.1'inin ekonomik durumunun iyi olduğu bulunmuştur. HD hastalarının %54.9'unun eğitim seviyesinin okuryazar/ ilköğretim, %54.9'unun tedavisi üzerinden geçen sürenin 6 ile 35 ay arasında olduğu, %93'ünün ilaç tedavisine uyduğu, %90.1'inin sigara ve alkol kullanmadığı, %77.5'inin başka hastalık varlığının olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).

BT olan hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde %49.3'ünün 45-60 yaş arasında, %64.8'inin erkek, %77.5'inin evli olduğu, %67.6'sının eşi ile birlikte yaşadığı, %42.3'ünün ev hanımı olduğu ve %81.7'sinin ekonomik durumunun iyi olduğu bulunmuştur. BT hastalarının %42.3'ünün eğitim seviyesinin okuryazar/ilköğretim olduğu, %66.2'sinin tedavisi üzerinden geçen sürenin 6 ile 35 ay arasında olduğu, %95.8'inin ilaç tedavisine uyduğu, %87.3'ünün sigara ve alkol kullanmadığı ve %50.7'sinin başka hastalık varlığının olmadığı bulunmuştur. (Tablo 4.1.)

Tablo 4.2. Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

	HD (n:71)		BT (n:71)		p
Yaş	%	n	%	n	
35 yaş ve altı	35.2	25	28.2	20	0.646
36-50 yaş	35.2	25	40.8	29	
51 yaş ve üzeri	29.6	21	31.0	22	
Cinsiyet					
Kadın	47.9	34	67.6	48	0.017
Erkek	52.1	37	32.4	23	
Medeni durum					
Evli	71.8	51	85.9	61	0.040
Bekar	28.2	20	14.1	10	

Tablo 4.2. (Devamı)

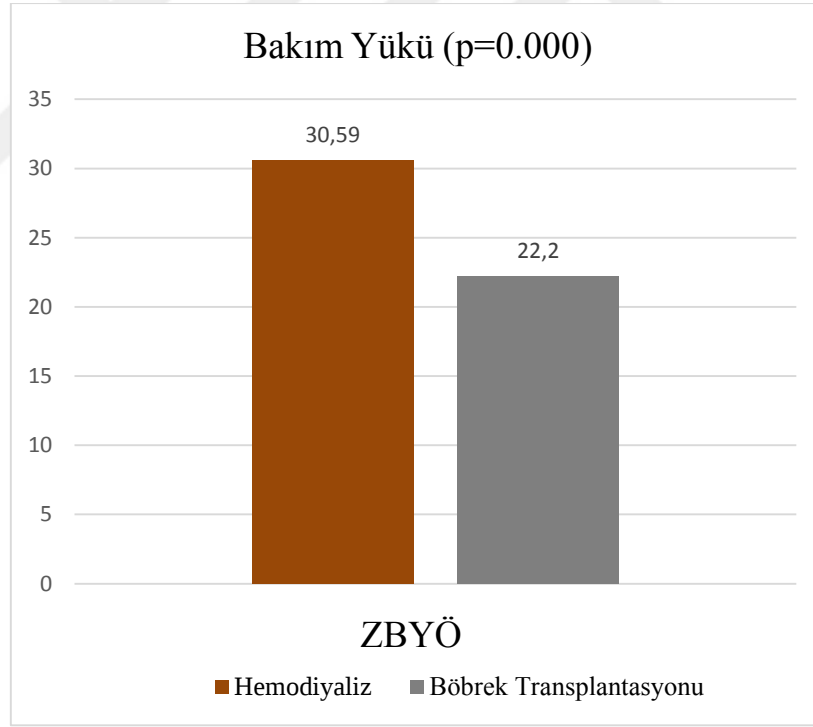
	HD (n:71)		BT (n:71)		P
Çalışma durumu	%	n	%	n	
İşsiz	16.9	12	8.5	6	0.449
Memur/İşçi	22.5	16	23.9	17	
Serbest meslek	12.7	9	8.5	6	
Emekli	11.3	8	11.3	8	
Ev hanımı	36.6	26	47.9	34	
Ekonomik durum					
İyi	83.1	59	78.9	56	0.521
Kötü	16.9	12	21.1	15	
Eğitim durumu					
Okuryazar değil	1.4	1	8.5	6	0.262
Okuryazar/İlköğretim	40.8	29	40.8	29	
Okuryazar/Lise	31.0	22	25.4	18	
Önlisans/lisans/Lisansüstü	26.8	19	25.4	18	
Hasta ile yakınlık derecesi					
Eşi	64.8	46	67.6	48	0.723
Ailesi(gelini/çocukları)	35.2	25	32.4	23	
Bakım verme süresi					
6-12 ay	8.5	12	10.6	15	0.033
13 ay-5 yıl	24.6	35	14.1	20	
6 yıl ve üzeri	16.9	24	25.4	36	
Bakım için ücret alma durumu					
Evet	8.5	6	7.0	5	0.754
Hayır	91.5	65	93.0	66	
Bakım verene yardımcı kişi					
Anne/Baba	11.3	8	8.5	6	0.065
Eş	1.4	1	7.0	5	
Çocuk	11.3	8	9.9	7	
Kardeş	11.3	8	1.4	1	
Yok	64.8	46	73.2	52	

HD ve BT tedavisi alan hastaların bakım verenlerinin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir. HD ve BT tedavisi alan hastaların bakım verenleri arasında cinsiyet, medeni durum ve bakım verme süresi dışındaki tanıtıcı özelliklerin dağılımı homojendir (Tablo 4.2.).

HD tedavisi alan hastalara bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında %35.2'sinin 36-50 yaş arasında olduğu, %52.1'inin erkek, %71.8'inin evli, %36.6'sının ev hanımı, %83.1'inin ekonomik durumunun iyi olduğu bulunmuştur. Bakım

veren bireylerin %40.8'inin okuryazar/ ilköğretim seviyesinde olduğu, %64.8'inin hastaların eşi olduğu, %24.6'sının 13 ay-5 yıl arasında bakım verdiği, %91.5'inin bakım için herhangi bir ücret almadığı, %64.8'inin ise yardımcı herhangi bir kişinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.2.).

BT olan hastalara bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında %40.8'inin 36-50 yaş arasında olduğu, %67.6'sının kadın, %85.9'unun evli, %47.9'unun ev hanımı, %78.9'unun ekonomik durumunun iyi olduğu bulunmuştur. Bakım veren bireylerin %40.8'inin okuryazar/ ilköğretim seviyesinde olduğu, %67.6'sının hastaların eşi olduğu, %25.4'ünün 6 yıl ve üzerinde bakım verdiği, %93'ünün bakım için herhangi bir ücret almadığı, %73.2'sinin ise yardımcı herhangi bir kişinin olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.2.).



Şekil 4.1. HD ve BT Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Puan Ortalamaları

Araştırma sonucunda HD tedavisi alan bireylerin bakım yükü puan ortalamalarının BT olan bireylerin bakım yükü puan ortalamalarından yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.000$) (Şekil 4.1.).

Tablo 4.3. Hemodiyaliz ve Böbrek Transplantasyonu Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı özellikler	HD Bakım yükü	BT Bakım yükü
Yaş	Ort±SS	Ort±SS
35 yaş ve altı	30.00±14.60	17.05±15.12
36-50 yaş	31.76±13.16	24.97±12.45
51 yaş ve üzeri	29.90±12.16	23.23±14.07
	KW:1.002	KW:6.257
	p:0.606	p:0.044
		Post Hoc:2>1,3
Cinsiyet	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	31.56±13.70	22.29±14.34
Erkek	29.70±12.94	22.00±13.41
	t:0.587	MWU:547.000
	p:0.559	p:0.951
Medeni durum	Ort±SS	Ort±SS
Evli	31.04±12.10	24.11±13.78
Bekar	29.45±16.11	10.50±8.41
	MWU:426.500	MWU:115.000
	p:0.285	p:0.002
Çalışma durumu	Ort±SS	Ort±SS
İşsiz	31.50±14.33	20.83±12.96
Memur/İşçi	28.19±16.49	20.12±15.25
Serbest meslek	33.22±9.56	24.33±5.88
Emekli	29.38±20.24	32.13±15.70
Ev hanımı	31.12±9.31	20.76±13.69
	KW:1.729	KW:5.003
	p:0.785	p:0.287
Ekonomik durum	Ort±SS	Ort±SS
İyi	29.92±13.56	21.70±13.24
Kötü	33.92±11.53	24.07±16.70
	MWU:285.500	MWU:390.500
	p:0.293	p:0.678
Eğitim durumu	Ort±SS	Ort±SS
Okuryazardeğil	39.00±00	27.83±12.64
Okuryazar/İlköğretim	32.62±9.75	25.72±12.35
Okuryazar/Lise	27.55±13.21	19.06±14.96
Önlisans/lisans/Lisansüstü	30.58±17.58	17.78±14.69
	KW:3.074	KW:7.824
	p:0.380	p:0.050

Tablo 4.3. (devamı)

Tanımlayıcı özellikler	HD Bakım yükü	BT Bakım yükü
Hasta ile yakınlık derecesi	Ort±SS	Ort±SS
Eşi	31.15±12.22	22.25±14.13
Ailesi(gelini/çocukları)	29.56±15.18	22.09±13.86
	MWU:512.000	MWU:548.000
	p:0.448	p:0.961
Bakım verme süresi	Ort±SS	Ort±SS
6-12 ay	34.17±18.20	22.67±18.26
13 ay-5 yıl	30.94±11.10	21.20±13.24
6 yıl ve üzeri	28.29±13.47	22.56±12.64
	KW:0.417	KW:0.298
	p:0.812	p:0.861
Bakım için ücret alma durumu	Ort±SS	Ort±SS
Evet	34.67±15.64	25.00±16.12
Hayır	30.22±13.08	21.98±13.89
	MWU:174.500	MWU:148.000
	p:0.671	p:0.702
Bakım verene yardımcı kişi	Ort±SS	Ort±SS
Anne/Baba	20.63±13.72	23.67±14.66
Eş	16.00±00	22.60±12.30
Çocuk	30.63±6.32	25.29±17.04
Kardeş	40.63±18.70	32.00±00
Yok	30.89±11.95	21.38±13.99
	KW:7.217	KW:1.141
	p:0.125	p:0.888

HD tedavisi alan hastalara bakım veren bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum, eğitim durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi, bakım için ücret alma durumu ve bakım verene yardımcı kişi ile Zarit Bakıcı Yüklü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3, $p>0.05$).

BT olan bireylere bakım veren bireylerin yaşı ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. 36-50 yaş arasında bakım veren bireylerin 35 yaş ve altı gruba göre ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3, $p<0.05$).

BT olan bireylere bakım veren bireylerin medeni durumu ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bu anlamlı fark evli

bireylerden kaynaklanmaktadır. Evli olan bakım verenlerin puan ortalamaları bekar olan bakım verenlerden yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3., $p<0.05$).

BT olan bireylere bakım veren bireylerin cinsiyet, çalışma durumu, ekonomik durum, eğitim durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi, bakım için ücret alma durumu ve bakım verene yardımcı kişi ile Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3, $p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Araştırma sonucunda HD tedavisi alan ve BT yapılan hastaların yaş ve başka hastalık varlığı parametreleri dışında tanıtıcı özellikleri açısından benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1., $p>0.05$). Sonuçlara göre HD tedavisi alan hastaların %45.1'i 61 yaş ve üzerinde iken BT olan hastaların %49.3'ü 45-60 yaş arasındadır (Tablo 4.1., $p<0.05$). Literatür incelendiğinde HD tedavisi alan hasta popülasyonunun genel olarak 60 yaş üzerinde olduğu görülmektedir.^{4, 80-82} Türk Nefroloji Derneği'nin 2018 yılı raporunda HD tedavisi alan hastaların %54.21'inin 65 yaş ve üstünde olduğu ve her geçen yıl HD tedavisi alan yaşlı hasta sayısının arttığı belirtilmektedir. Aynı raporda BT alan hastaların %42.56'ının 45-65 yaş aralığında olduğu, BT yapılan yaşlı hasta oranının sadece %3.9 olduğu belirtilmiştir. BT tedavisi 50 yaşın üzerinde olan hastalar için risk oluşturmaktadır. Bu nedenlerle yaşlı popülasyonda BT yapılma oranı oldukça azdır ve sonuçlarımız literatürle uyumludur.^{1, 45}

Araştırma sonucunda, HD hastalarının %77.5'inde, BT hastalarının ise %49.3'ünde KBY'ye ek başka hastalık olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1., $p<0.05$). Kardiyovasküler hastalık ve diyabet gibi kronik hastalığı olan veya çok sayıda risk faktörü taşıyan hastalar için BT uygulanması yüksek risk taşımaktadır. Bu nedenle BT literatürde HD hastalarında tüm sistem ve organlarda uzun süreli tedavi ve diyaliz işleminin kendisine bağlı olarak sorunlar ortaya çıkabildiği belirtilmektedir. Diyaliz hastalarında özellikle kardiyovasküler hastalıklar, DM ve HT çok sık görülmektedir.⁸³⁻⁸⁵ Sağduyu ve ark.⁷⁴ da yaptıkları çalışmada sonuçlarımızla uyumlu şekilde HD giren hastalarda başka kronik hastalık görülme oranının BT yapılan hastalardan yüksek olduğunu saptamışlardır.

Araştırma sonucunda HD ve BT tedavisi alan hastaların bakım verenlerinin tanıtıcı özelliklerinin cinsiyet, medeni durum ve bakım verme süresi dışında benzer

olduğu saptanmıştır. Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı sonuçlarımıza benzer şekilde bulunmuştur.⁸⁶⁻⁸⁹

Araştırma sonucunda HD ve BT olan hastaların orta düzeyde bakım yüküne sahip olduğu, HD alan bireylerin bakım yükü puan ortalamalarının BT olan bireylerin bakım yükü puan ortalamalarından yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Şekil 4.1. $p=0.000$). HD tedavisi ile böbrek fonksiyonları tam olarak yerine konulmadığı için hastalar günlük yaşamlarını etkileyen üremik semptomlara daha çok maruz kalmakta, yaşam kaliteleri azalmakta ve buna bağlı olarak daha fazla bakım alma gereksinimi duymaktadırlar.^{90, 91} BT tedavisinde ise diyaliz tedavilerinde olduğu gibi böbrek fonksiyonlarından bazıları değil tamamı yerine getirilmekte, hastaların yaşam kalitesi ve yaşam süresi artmakta, hastalar üretken yaşamlarına geri dönmekte ve bakım gereksinimleri azalmaktadır.⁹² Literatürde farklı renal replasman tedavisi uygulanan hasta gruplarının karşılaştırıldığı bakım yükü araştırmalarında en yüksek bakım yükü oranın HD hastalarına ait olduğu ve bunu sırasıyla PD ve BT'nin takip ettiği belirlenmiştir.^{86, 87} Bu araştırma sonuçları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.^{86, 87}

Nagarathnam ve ark.⁸⁹ çalışmalarında HD, PD ve BT yapılan hastaların bakım yüklerini karşılaştırmış ve HD tedavisi alan hastaların bakım yükünün BT yapılan hastalardan yüksek olduğunu saptamışlardır. Avşar ve ark.⁹³ da HD tedavisi alan ve BT yapılan hastaların bakım yüklerini karşılaştırdıkları çalışmalarında sonuçlarımıza benzer şekilde HD tedavisi alan hastaların bakım yükünün BT yapılan hastalardan yüksek olduğunu saptamışlardır.

Araştırma sonucunda HD alan hastalara bakım veren bireylerin tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3., $p>0.05$). Bardak ve ark.⁸⁷ da çalışmalarında bakım verenlerin

cinsiyet, yaşı, meslek, medeni durum, eğitim düzeyi gibi tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır.

Araştırma sonucunda BT olan bireylere bakım veren bireylerin yaşı, medeni durumu ve ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. 36-50 yaş arasında ve evli olan ve bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Konu ile ilgili daha önce yapılan çalışmalarda bakım verenin yaşı arttıkça bakım yükünde arttığı belirlenmiştir.^{81, 89} Einollahi ve ark.⁹⁴ çalışmasında evli olan bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamalarının bekar olan bakım verenlerden daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu araştırma sonuçları literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.^{81, 89, 94}

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

HD tedavisi alan ve BT yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- HD tedavisi alan hastalara bakım verenlerin bakım yükünün, BT olan hastalara bakım verenlerin bakım yükünden yüksek olduğu,
- BT olan hastalara bakım verenlerden yaşı 36-50 olanların ve evli olanların bakım yükü puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Bakım verenin tükenmesini önlemek için bakım verenin kişisel ihtiyacına göre desteklenmesi,
- Sosyal destek sistemleri yetersiz olan bakım verenlere yönelik uygun destek sistemlerinin saptanması ve harekete geçirilmesi,
- Özellikle bakım yükü daha yüksek olan HD hastalarının öz bakım düzeylerini arttırmak amacıyla kendi bakımları ile ilgili karar vermeleri ve bakım sürecine katılmaları için desteklenmesi, üretkenliklerinin arttırılmasına yönelik girişimlerin yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Türk Nefroloji Derneği. Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon,T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu, 1. Baskı, 2018:1-128.
2. Durmaz Akyol A, Karadakovan A. Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 2002, 41:97-102.
3. Karaca A, Yeşiltepe G. Üriner sistem hastalıkları ve bakım. İçinde:Durna Z (editör). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013:441-496.
4. Kurbun H, Metin Akten İ. Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2018, 27:277-287.
5. Süleymanlar G. Hekimler için hemodiyaliz. İçinde:Arık N, Ateş K, Süleymanlar G, Tonbul H, Türk S, Yıldız A (editörler). *Kronik Böbrek Hastalığı ve Yetmezliği*, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2009:1-25.
6. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G. *Temel İç Hastalıkları*. Baskı. İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri, 2010:1550-1582.
7. Tanrıverdi MH, Karadağ A, Hatipoğlu E. Kronik böbrek yetmezliği. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2010, 2:27-32.
8. United States Renal Data System (USRDS). Transplantasyon, USRDS Annual Data Report Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States, 1st ed., 2012:283-292.
9. Aydın Z. Renal replasman tedavi seçenekleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2004:16-20.

10. Küçüker H. Ülkemizde periton diyalizi, transplantasyon ve hemodiyaliz. *Çınar Hemşire Dergisi*, 1996, 2:87-90.
11. Birol L. Böbrek hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde:Akdemir N, Birol L (editörler). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Güncellenmiş 5.Baskı. Ankara, Akademisyen Yayınevi, 2019:541-599.
12. Daugirdas J, Blake P, Ing T. *Handbook of Dialysis*. 5th ed. US, Lippincott Williams and Wilkins, 2014:1-66.
13. Harris D, Elder G, Kairaitis L, Rangan G. *Basic Principles of Clinical Dialysis*. 1st ed. Australia, McGraw-Hill Education, 2005:80-170.
14. Burra P, De Bona M. Quality of life following organ transplantation. *Transplant International*, 2007, 20:397-409.
15. Ecder T. Renal replasman tedavisi:renal transplantasyon. İçinde:Akpolat T, Utaş C, Süleymanlar G (editörler). *Nefroloji El Kitabı*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000:328-339.
16. Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Erol G, Tüzer V. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. *Kriz Dergisi*, 2002, 10:29-39.
17. Evgin D, Erdem E. Kronik böbrek yetmezliği olan çocukların ebeveynlerinin depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları. *Bozok Tıp Dergisi*, 2018, 8:38-46.
18. Gayomali C, Sutherland S, Finkelstein FO. The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. *Nephrol Dial Transplant*, 2008, 23:3749–3751.
19. Güler Ö, Yüksel Ş, Acartürk G, Emül HM, Özbulut Ö, Çölbay M, Uslan I, Karaman Ö, Geçici Ö. Hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında psikososyal değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8:173-178.

20. Enç N, Öz Alkan H. Üriner sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İçinde:Enç N (editör). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:227-256.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2018-2023). 1. Baskı, 2018:1-59.
22. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, Hobbs FR. Global prevalence of chronic kidney disease-a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 2016, 11:1-18.
23. Ovayolu N. Sistem fizyopatolojisi, renal sistem ile ilişkili bozukluklar. İçinde:Eti Aslan F, Olgun N (editörler). *Fizyopatoloji*,1.Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2017:297-320.
24. Nair M. The renal system and associated disorders. In:Nair M, Peate I (eds). *Fundamentals of Applied Pathophysiology:An Essential Guide for Nursing & Healthcare Students*, 2nd ed. UK, Wiley- Blackwell, 2013:210-239.
25. McDonald M, Bradford J. Urinary system function, assessment, and therapeutic measures. In:Williams L, Hopper P (eds). *Understanding Medical Surgical Nursing*, 3rd ed. United States America, F.A. Davis Company, 2007:750-780.
26. National Kidney Foundation. High Blood Pressure and Chronic Kidney Disease, 1st ed. 2010:1-24.
27. Czarapata B. Problems of urinary function. In:Lewis S, Dirksen S, Heitkemper M, Bucher L (eds). *Medical Surgical Nursing:Assessment Mangement of Clinical Problems*, 9th ed. Canada, John Wiley & Sons, 2014:1046-1101.
28. Karadakovan A, Kaymakçı Ş. Üriner sistem. İçinde:Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 4. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2017:841-910.

29. Towler D. Chronic Kidney Disease:The “perfect storm” of cardiometabolic risk illuminates genetic diathesis in cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*, 2013, 62 799-801.
30. Brancaccio D, Cozzolino M. CKD-MBD:an endless story. *Journal of Nephrology*, 2011, 24:42-48.
31. Varol E, Sivrikaya S. Kronik böbrek yetmezliğinde yaşam kalitesi ve hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018, 8:89-96.
32. Akpolat T, Utaş C. Türk Nefroloji Derneği. Böbrek Yetmezliği:Genel Bilgiler. http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/bobrek_yetmezligi.pdf. 20 Mayıs 2020.
33. Lang F. Kidney, salt and water balance. In:Silbernagl S, Lang F (eds). *Color Atlas of Pathophysiology*,3rd ed. Germany, Thieme Medical Publishers, 2016:110-150.
34. Liu K, Chertow G. Disorders of the kidney and urinary tract. In:Fauci A, Kasper D, Longo D, Loscalzo J, Braunwald E, Hauser S, Jameson J (eds). *Harrison's Principles of Internal Medicine* USA, McGraw-Hill Education/Medical, 2015:1822-1825.
35. T.C Milli Eğitim Bakanlığı. Hemşirelik, Üriner Sistem Hastalıkları ve Bakım. 1.Baskı. Ankara, 2013:18-50.
36. Kolbakır F. Türk Nefroloji Derneği. Vasküler Girişim Yolu. http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/vaskuler_girisim_yolu.pdf. 15 Nisan 2020.
37. Ovayolu N. Üriner sistem hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. İçinde:Ovayolu N, Ovayolu Ö (editörler). *Temel İç Hastalıkları Hemşirliği ve Farklı Boyutları İle Kronik Hastalıklar*, Genişletilmiş 2. Baskı. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2017:213-236.

38. Tordoir J, Canaud B, Haage P, Konner K, Basci A, Fouque D, Kooman J, Martin-Malo A, Pedrini L, Pizzarelli F. EBPG on vascular access. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2007, 22:88-117.
39. Akpolat T, Utaş C. Türk Nefroloji Derneği. Hemodiyalizin Akut Komplikasyonları. http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/hemodiyalizin_akut_komplikasyonlari.pdf. 20 Mayıs 2020.
40. Curcani M, Tan M. The factors affecting the quality of life of patients who have undergone kidney transplants. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 2011, 27:1092-1097.
41. Johnson RJ, Bradbury LL, Martin K, Neuberger J. Organ donation and transplantation in the UK-the last decade:a report from the UK national transplant registry. *Transplantation*, 2014, 97:1-27.
42. Ertugrul G. Böbrek nakli yapılan hastaların retrospektif analizi. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 2019, 2:84-87.
43. Baştürk B, Haberal M. Transplantasyon immünolojisi. *Diyaliz, Transplantasyon ve Yanık (Dialysis, Transplantation and Burns)*, 2004, 15:120-125.
44. Koçak H. Posttransplant erken dönem medikal komplikasyonlar İçinde:Türkmen A (editör). *Transplantasyon Nefrolojisi Pratik Uygulama Önerileri* 1. Baskı. Ankara, Buluş Tasarım ve Matbaacılık, 2016:59-64.
45. Töz H. Transplantasyona hazırlık alıcı. İçinde:Türkmen A (editör). *Transplantasyon Nefrolojisi Pratik Uygulama Önerileri*, 1. Baskı. Ankara, Buluş Tasarım ve Matbaacılık, 2016:1-8.
46. Yalın A, Keskinöz E, Kızaran A. Organ korunması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 2:1-4.

47. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı:28191, 01 Şubat 2012.
48. Güngör Ö, Alp A, Pembegül İ, Tokgöz B. New immunosuppressive drugs used in renal transplantation. *Turk Neph Dial Transpl*, 2017, 26:239-245.
49. Trevitt R, Dunsmore V, Murphy F, Piso L, Perriss C, Englebright B, Chamney M. Pre-and post-transplant care:nursing management of the renal transplant recipient:part 2. *Journal of Renal Care*, 2012, 38:107-114.
50. Akyolcu N. Patient education in renal transplantation. *EDTNA-ERCA Journal*, 2002, 28:176-179.
51. Murphy F, Trevitt R, Chamney M, McCann M. Patient health and well-being while waiting for renal transplantation:part 1. *Journal of Renal Care*, 2011, 37:224-231.
52. Whittaker C, Dunsmore V, Murphy F, Rolfe C, Trevitt R. Long-term care and nursing management of a patient who is the recipient of a renal transplant. *Journal of Renal Care*, 2012, 38:233-240.
53. Thompson N. *Understanding Social Work:Preparing for Practice Paperback*. 3rd ed. London, Palgrave, 2009:1-256.
54. Özer N, Yurttaş A, Akyıl ÇR. Psychometric evaluation of the Turkish version of the zarit burden interview (ZBI) in family caregivers of inpatients in medical and surgical clinics. *Journal of Transcultural Nursing*, 2012, 23:65-66.
55. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3:513-552.
56. Bekdemir A, İlhan N. Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. *The Journal of Nursing Research*, 2019, 27:1-9.
57. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3:251-277.

58. Honea NJ, Brintnall R, Given B, Sherwood P, Colao DB, Somers SC, Northouse LL. Putting evidence into practice®:nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2008, 12:507-516.
59. Lidell E. Family support—a burden to patient and caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2002, 1:149-152.
60. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara:Gazi Üniversitesi. 2007.
61. Koyuncu Yaşar E. Yaşlıya Evde Veren Aile Bireylerinin Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir:Ege Üniversitesi. 2009.
62. Malak AT, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yüğü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 2008, 18:118-121.
63. Bilgili N, Kubilay G. Yaşlı bireye bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2003, 13:35-43.
64. Pasacreta JV, Barg F, Nuamah I, McCorkle R. Participant characteristics before and 4 months after attendance at a family caregiver cancer education program. *Cancer Nursing*, 2000, 23:295-303.
65. Gülseren L. Şizofreni ve aile:güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13:143-151.
66. Lee JE, Shin DW, Cho J, Yang HK, Kim SY, Yoo HS, Jho HJ, Shin JY, Cho B, Park K. Caregiver burden, patients' self-perceived burden, and preference for

- palliative care among cancer patients and caregivers. *Psycho-Oncology*, 2015, 24:1545-1551.
67. Toseland R, Smith G, Mccallion P. Family caregivers of the frail elderly. In:Gitterman A (ed). *Handbook of Social Work Practice With Vulnerable and Resilient Populations*, 2nd ed. USA, Columbia University Press, 2001.
68. Ugur O, Fadiloglu C. Assesment of the reactions of caregivers of a cancer patients:validity and reliability of the scale of" your reactions helping your family member" in Turkish society. *Indian Journal of Cancer*, 2013, 50:219-226.
69. Yıldız S. Profesyonel hemşirenin rol ve görevleri. *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, 2003, 7:35-40.
70. Costello K, Halper J, Harris C. Nursing practice in MS.A core cirriculum. *International MS journal*, 2003, 11:36-42.
71. Brodaty H, Franzcp F, Alice Green B, Hons KA. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of American Geriatrics Society*, 2003, 51:657-664.
72. Dundar GY, Cavdar I. Evaluating the care burden of caregivers of colon cancer patients. *International Journal of Caring Sciences*, 2020, 13:224-230.
73. Çavdarlı İ. Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2011, 26:142-147.
74. Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006, 17:22-31.
75. Sarıtaş SÇ, Bayır K, Sarıtaş S, Ucuzal M. Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2014, 2:17-25.

76. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 1980, 20:649-655.
77. İnci F, Erdem M. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008, 11:85-95.
78. Zarit SH, Zarit JM. *The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview*. 1st ed. USA, Gerontology Center, The Pennsylvania State University, 1990.
79. Martin M, Salvadó I, Nadal S, Miji L, Rico J, Lanz P, Taussig M. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*, 1996, 6:338-346.
80. Akça N, Doğan A. Hemodiyaliz hastalarının diyaliz sonrası yaşadığı sorunlar ve evde bakım gereksinimleri. *Bozok Tıp Dergisi*, 2011, 1:15-22.
81. Gülpak M, Kocaöz S. Hemodiyaliz tedavisi alanlara bakım veren bireylerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014, 13:99-108.
82. Singh P, Germain MJ, Cohen L, Unruh M. The elderly patient on dialysis: geriatric considerations. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2014, 29:990-996.
83. Claxton RN, Blackhall L, Weisbord SD, Holley JL. Undertreatment of symptoms in patients on maintenance hemodialysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2010, 39:211-218.
84. Hindistan S, Deniz A. Hemodiyaliz tedavisi alan hastalarda semptom değerlendirmesi. *Bezmialem Science*, 2018, 6:112-118.
85. Yürügen B, Gökdoğan F, Nural N. *Diyaliz Teknikerleri için Nefroloji Kitabı*. 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2015:1-182.
86. Avsar U, Avsar U, Cansever Z, Set T, Cankaya E, Kaya A, Gozübüyük H, Saatci F, Keles M. Psychological and emotional status, and caregiver burden in caregivers

- of patients with peritoneal dialysis compared with caregivers of patients with renal transplantation. *Transplantation Proceedings*, 2013, 45:883-886.
87. Bardak S, Demir S, Aslan E, Turgutalp K, Celikcan HD, Dolarslan ME, Kılıcarslan C, Karasu F, Gunes AJ, Kurt C. The other side of the coin in renal replacement therapies:the burden on caregivers. *International Urology and Nephrology*, 2019, 51:343-349.
88. Mashayekhi F, Pilevarzadeh M, Rafati F. The assessment of caregiver burden in caregivers of hemodialysis patients. *Materia Socio-Medica*, 2015, 27:333-336.
89. Nagarathnam M, Sivakumar V, Latheef S. Burden, coping mechanisms, and quality of life among caregivers of hemodialysis and peritoneal dialysis undergoing and renal transplant patients. *Indian Journal of Psychiatry*, 2019, 61:380-388.
90. Cantekin I, Kavurmacı M, Tan M. An analysis of caregiver burden of patients with hemodialysis and peritoneal dialysis. *Hemodialysis International*, 2016, 20:94-97.
91. Ogutmen B, Yildirim A, Sever M, Bozfakioglu S, Ataman R, Erek E, Cetin O, Emel A. Health-related quality of life after kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis, and normal controls. *Transplantation Proceedings*, 2006, 38:419-421.
92. Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. *Transplantation Proceedings*, 2007, 39:3047-3053.
93. Avşar U, Avşar U, Cansever Z, Yucel A, Cankaya E, Certez H, Keles M, Aydınli B, Yucelf N. Caregiver burden, anxiety, depression, and sleep quality differences in caregivers of hemodialysis patients compared with renal transplant patients. *Transplantation Proceeding*, 2015, 47:1388-1391.

94. Einollahi B, Taheri S, Nemati E, Abbaszadeh S, Pourfarziani V, Nourbala MH.
Burden among care-givers of kidney transplant recipients and its associated factors.
Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation, 2009, 20:30-34.



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	İdris Yıldız
Doğum tarihi:	10 Temmuz 1992
Doğum Yeri:	Alanya/Antalya
Medeni Hali:	Bekâr
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi oda no:32
Tel:	0442 231 27 47/ 0538 442 37 96
Faks:	-
E-mail:	idris.yildiz@atauni.edu.tr
Eğitim	
Lise:	Açıköğretim Lisesi (2010)
Lisans:	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi (2015)
Yüksek lisans:	Atatürk Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2020)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	YÖKDİL (57,5 puan)
İlgi Alanları ve Hobiler	
Futbol, Yazılım ve Araştırma Doğa ve Kültürel Geziler	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

İç Hastalıkları Hemşireliği ana bilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak *Doç. Dr. Mehtap KAYURMACI* danışmanlığında sunulan “Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Karşılaştırılması” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	15	15
Genel Bilgiler	20	30
Materyal ve Metod	20	35
Bulgular	4	10
Tartışma	15	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 27 / 05/ 2020

Öğrenci Adı-Soyadı
İmza

İdris YILDIZ

Danışman Adı-Soyadı
İmza

Doç.Dr. Mehtap KAYURMACI

* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun/....../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun/....../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı: 2019-4/7

Tarih: 10.07.2019

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu Mehtap KAVURMACI, İdris YILDIZ isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan "Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Karşılaştırılması" başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Üye


Prof. Dr. Magfiret KAŞIKÇI
Başkan

Prof. Dr. Nezih KARABULUT
Üye

Prof. Dr. Resa KALCI AKPINAR
Üye

Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜTEKCI
Üye

EK-4. KURUM İZNİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 42190979-300-E.1900226617
Konu : Uygulama İzni (İdris YILDIZ)

02.08.2019

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 01.08.2019 tarihli ve 45361945-300-E.1900224093 sayılı belge.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden İdris YILDIZ'ın "Hemodiyaliz Tedavisi Alan ve Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Karşılaştırılması" konulu tez çalışması yapması uygundur.

Bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr. Abdullah UYANIK
Akademisyen

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Erzurum
Tel: +90 442 3446501
Elektronik Ağı: <http://www.atauni.edu.tr/birim=tip-fakultesi>
Kop Adres: atauni@ho1.kap.tr

İlgi: Abdullah UYANIK
Faks: +90 442 3446528
E-Posta: tipfak@atauni.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
<https://ubys.atauni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=0C3e1FAAFA>

EK-5. HASTA TANITIM FORMU

HASTA TANITIM FORMU

Yaş: 44 yaş ve altı () 45-60 yaş () 61 yaş ve üzeri ()

Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

Medeni Durum: Evli () Bekar ()

Birlikte Yaşadığı Kişiler: Eşi () Ailesi(Çocukları/gelini) ()

Çalışma Durumu: İşsiz/ Ev hanımı () Memur/işçi () Emekli ()

Ekonomik Durum: Gelir durumu iyi () Gelir durumu kötü ()

Eğitim Durumu:

Okuryazar değil () Okuryazar /İlköğretim () Ortaöğretim/lise () Önlisans/Lisans/ Lisansüstü ()

Tedavi Üzerinden Geçen Süre: 6-35 ay () 36 ay ve üzeri ()

İlaç Tedavisine Uyumu: Evet () Hayır()

Sigara Ve Alkol Kullanma Durumu: Evet () Hayır()

Başka Hastalık Varlığı : Evet () Hayır()

BAKIM VEREN KİŞİNİN ÖZELLİKLERİ

Yaş: 35 yaş ve altı () 36-50 yaş () 51 yaş ve üzeri ()

Cinsiyet : Kadın() Erkek()

Medeni Durum : Evli () Bekâr()

Çalışma Durumu: İşsiz () Memur/işçi () Serbest Meslek () Emekli () Ev hanımı ()

Ekonomik Durum : Gelir durumu iyi () Gelir durumu kötü ()

Eğitim Durumu:

Okuryazar değil() Okuryazar /İlköğretim () Ortaöğretim/Lise () Önlisans/Lisans/Lisansüstü ()

Hasta ile Yakınlık Derecesi : Eşi () Ailesi(Çocukları/gelini) ()

Bakım Verme Süresi: 6-12 ay () 13 ay-5 yıl () 6 yıl ve üzeri ()

Hastaya Bakım İçin Ücret Alma Durumu: Evet () Hayır()

Hastanın Bakımında Yardımcı Birey: Anne/Baba () Eş () Çocuk () Kardeş () Yok ()

EK-6. ZARİT BAKICI YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Size en yakın olduğunu düşündüğünüz şıkkı işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman (0)	Nadiren (1)	Bazen (2)	Oldukça Sık (3)	Hemen Her Zaman (4)
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?	0	1	2	3	4
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?	0	1	2	3	4
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?	0	1	2	3	4
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?	0	1	2	3	4
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?	0	1	2	3	4
22. Yakınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	0	1	2	3	4