



T.C.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**BÖBREK TRANSPLANTASYONU YAPILAN ALICILARIN
DANIŞMANLIK GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**TEZ TİPİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

BETÜL ÖZTÜRK

**DANIŞMAN
PROF. DR. NEDİME KÖŞGEROĞLU**

2019



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**BÖBREK TRANSPLANTASYONU YAPILAN ALICILARIN
DANIŞMANLIK GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**TEZ TİPİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

BETÜL ÖZTÜRK

**DANIŞMAN
PROF. DR. NEDİME KÖŞGEROĞLU**

KABUL VE ONAY SAYFASI

Betül Öztürk 'ün Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “Böbrek Transplantasyonu Yapılan Alıcıların Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi” başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirerek “**KABUL**” edilmiştir.

30.04.2019

Üye : Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

Üye : Prof. Dr. İter ÖZER

Üye : Doç. Dr. Ayfer AÇIKGÖZ

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Özlem BİLİK

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Nazike DURUK

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
.../.../ tarih ve/..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof Dr. Özkan ALATAŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Amaç: Araştırmamız böbrek transplantasyonu yapılan alıcıların danışmanlık gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı nitel bir araştırmadır. Çalışma Aralık 2018-Nisan 2019 tarihlerinde arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Böbrek Nakil Ünitesinde yürütülmüştür. Veriler böbrek transplantasyonu olan 10 alıcı ile derinlemesine görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi ve tümevarımcı yaklaşım kullanılmıştır.

Bulgular: Alıcıların danışmanlık gereksinimleri 'transplantasyon öncesi döneme ilişkin danışmanlık gereksinimleri' ve 'transplantasyon sonrası döneme ilişkin danışmanlık gereksinimleri' olmak üzere iki ana temadan ve tanımlanan dokuz alt temadan oluşmaktadır. Birinci ana temanın üç alt teması (ameliyat süreci, postoperatif dönem, verici riskleri); ikinci ana temanın ise altı alt teması (immünsupresif ilaçlar, komplikasyonlar, cinsellik ve kontrasepsiyon, çocuk sahibi olma ve aile kurma, ekonomik durum, sosyal destekler) bulunmaktadır.

Sonuç: Canlıdan böbrek transplantasyonu olan alıcıların transplantasyondan önce ve sonrasında bilgilerinin yetersiz olduğu ve danışmanlık gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Danışmanlık gereksinimi, böbrek transplantasyonu alıcısı, nitel araştırma, hemşirelik.

SUMMARY

Purpose: The aim of the study was to describe the counselling needs of kidney transplant recipients.

Method: A descriptive qualitative research design was used. The study was conducted between December 2018 and April 2019 in Eskişehir Osmangazi University Health Application and Research Hospital Kidney Transplant Unit. In-depth interviews were performed with ten participants who had experiences of kidney transplantation. Data were analyzed with inductive content analysis.

Results: The kidney transplant recipients' counselling needs were categorized into two main themes: "pre- transplantation period counselling needs" and "post- transplant period counselling needs". Subthemes were also identified and described. The first main theme had three subthemes (operative process, postoperative period, donor risks) and the second main theme had six subthemes (immunosuppressive drugs, complications, sexuality and contraception, having children and family building, economic status, socialsupport).

Conclusions: The results indicate that the kidney transplant recipients' currently have insufficient knowledge about transplantation periods and they need counselling.

Key words: Counselling, kidney transplant recipient, qualitative research, nursing.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
ÖZET	v
SUMMARY	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
SİMGE VE KISALTMALAR.....	xii
1- GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2- GENEL BİLGİLER.....	3
2.1- Böbrek Transplantasyonu Tarihçesi	3
2.2- Böbrek Transplantasyonu Tanımı ve Epidemiyolojisi	4
2.3- Böbrek Transplantasyonu Endikasyonları	6
2.4- Böbrek Transplantasyonunun Kesin Kontrendikasyonları.....	7
2.5- Böbrek Transplantasyonunun Göreceli Kontrendikasyonları	7
2.6- Böbrek Transplantasyonu Öncesi Hazırlık ve Bakım	7
2.7- Transplantasyon Öncesi Hemşirelik Yönetimi	10
2.8- Böbrek Transplantasyonu Cerrahisi	10
2.8.1- Greft böbreğin alıcıya yerleştirilmesi	11
2.9- Böbrek Transplantasyonu Sonrası Bakım	12
2.9.1- Sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesi.....	12
2.9.2- Kardiyovasküler sistem fonksiyonlarının sürdürülmesi	13
2.9.3- Nörolojik sistem fonksiyonlarının sürdürülmesi	14
2.9.4- Solunum sistemi fonksiyonlarının sürdürülmesi.....	15
2.9.5- Gastrointestinal sistem fonksiyonlarının sürdürülmesi	15
2.9.6- İmmüsupresif ilaç uygulanması ve uyum.....	16
2.9.7- İmmüsupresif ilaçlar	16
2.9.8- İmmüsupresif ilaçlar ile etkileşime geçen ilaçlar	19
2.9.9- Komplikasyonların takibi	19
2.9.9.1-Rejeksiyon.....	20
2.9.9.2- Enfeksiyon.....	20
2.9.9.3- Akut tübüler nekroz	21

2.9.9.4- Cerrahiye bağlı komplikasyonlar	21
2.10- Böbrek Transplantasyonunda Gebelik	22
2.11- Böbrek Transplantasyonunda Kontrasepsiyon	22
2.12- Böbrek Transplantasyonunda Cinsellik	22
2.13- Böbrek Transplantasyonunda Psikososyal Durum Takibi	23
2.14- Taburculuk Eğitimi	24
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	25
3.1- Araştırmanın Amacı ve Tipi	25
3.2- Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3- Araştırmanın Evren ve Örnekleme	25
3.4- Araştırma Verilerinin Toplanması	25
3.5- Veri Toplama Araçları	26
3.6- Verilerin Analizi	26
3.7- Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği	27
3.8- Araştırmanın Etik Onayı	28
4- BULGULAR	30
4.1- Araştırma Örnekleme Alınan Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre Tanımlayıcı Özellikleri	30
4.2- .. Alıcıların Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi Amacıyla Yapılan İçerik Analizi Sonuçları	31
4.2.1- . Ana tema I: Alıcıların transplantasyon öncesi döneme ilişkin danışmanlık gereksinimleri	32
4.2.1.1- Alt Tema 1: Ameliyat sürecine ilişkin danışmanlık gereksinimleri	32
4.2.1.2- Alt Tema 2: Postoperatif döneme ilişkin danışmanlık gereksinimleri	32
4.2.1.3- Alt Tema 3: Verici risklerine ilişkin danışmanlık gereksinimleri	33
4.2.2- Ana tema II: Alıcıların transplantasyon sonrası döneme ilişkin danışmanlık gereksinimleri	33
4.2.2.1- Alt Tema 1: İmmünüpresif ilaçlara ilişkin danışmanlık gereksinimleri	33
4.2.2.3- Alt Tema 3: Cinsellik ve kontrasepsiyona ilişkin danışmanlık gereksinimleri	34

4.2.2.4-. Alt Tema 4: Çocuk sahibi olmaya ve aile kurmaya ilişkin danışmanlık gereksinimleri.....	35
4.2.2.5- Alt Tema 5: Ekonomik durumlara ilişkin danışmanlık gereksinimleri	35
4.2.2.6- Alt Tema 6: Sosyal desteğe ilişkin danışmanlık gereksinimleri	35
5. TARTIŞMA.....	39
5.1-I. Ana Tema Alıcıların Transplantasyon Öncesi Döneme İlişkin Danışmanlık Gereksinimlerinin Tartışılması	39
5.2- . II. Ana Tema Alıcıların Transplantasyon Sonrası Döneme İlişkin Danışmanlık Gereksinimlerinin Tartışılması	42
SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR DİZİNİ.....	50
EKLER DİZİNİ.....	61
EK-1: HASTA TANILAMA FORMU	61
EK-2: NAKİL SONRASI GÖRÜŞME FORMU	62
EK-3: <i>Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu</i>	63
EK-4: ETİK KURUL İZİNİ.....	64
EK-5: KURUM İZİNİ.....	65
ÖZGEÇMİŞ	66

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.3.1. 2017 yılı içinde böbrek transplantasyonu yapılan hastaların etyolojik nedenlere göre dağılımı.....	6
Tablo 2.9.2.1. 2017 yılı içinde böbrek transplantasyonu yapılan hastaların ölüm nedenlerine göre dağılımı.....	14
Tablo 4.1.1 BT alıcılarının sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı özellikleri.....	30

ŞEKİLLER DİZİNİ

SİMGE VE KISALTMALAR

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

BUN: Blood Urea Nitrogen

CMV: Cytomegalovirus

BKV: BK Virüs

DBT: Difteri-Boğmaca-Tetanoz

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak

BCG: Bacillus Calmette-Guerin

PCV-13 : Pneumococcal Conjugate Vaccine

PPSV-23: Pneumococcal Polysaccharide Vaccine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik Böbrek Yetmezliği(KBY) yıpratıcı bir hastalık olup hem hasta hem ailesi hem de ülke ekonomisine kadar etkileyen boyutları vardır. Türk Nefroloji Derneği(TND) tarafından ülkemizde 23 ilde 10.748 yetişkin bireyin katılımı ile gerçekleştirilen Chronic Renal Disease In Turkey (CREDIT) çalışması, Türkiye'de yetişkinlerin %15.7'sinde kronik böbrek hastalığının varlığını göstermiştir(Süleymanlar vd., 2011). Bu sonuçlar ülkemizde her 6-7 yetişkin bireyden birinin kronik böbrek hastası olduğuna işaret etmekte ve buz dağının su altında kalan kısmını gözler önüne sermektedir. Varolan hasta sayısının büyük miktarda olması ve sayının giderek artması KBY'nin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine hız kazandırmıştır. Dünyada ve ülkemizde KBY tedavisinde diyaliz ve organ transplantasyonu seçenekleri bulunmaktadır(Aksoy & Demet, 2018; Varol & Sivrikaya; 2018).

Böbrek transplantasyonu, kronik ve son dönem böbrek yetmezliği gelişen bireyler için yeniden doğuş anlamındadır. Yeni immünosupresan tedavi rejimlerinin kullanıma girmesi ve cerrahi tekniklerin gelişmesi sayesinde gerçekleştirilen başarılı bir transplantasyon, alıcının sağ kalım oranını arttırmaktadır ve daha iyi bir yaşam sürmesine olanak sağlamaktadır(Dolgun, Giersbergen, Özdemir, Aydınli & Ordu, 2017; Gül, Üstündağ & Zengin, 2010). 2017 yılında yapılan 3206 böbrek transplantasyonundan %95.3'ü fonksiyonel greftle izlenmektedir, %1.11'i diyaliz tedavisine geri dönmüştür ve %2.96'sı hayatını kaybetmiştir(Süleymanlar, Ateş & Seyahi, 2018).

Dünya da ve ülkemizde böbrek nakli bekleyenlerin sayısı giderek artmaktadır(Seyahi, Altıparmak, Ateş, Trabulus & Süleymanlar, 2015). Türkiye'de toplam 69 böbrek transplantasyonu uygulanan transplantasyon merkezi vardır. Bu merkezlerde 2018 yılında Sağlık Bakanlığı verilerine göre 3871 bireye böbrek nakli yapılmıştır ve 2987 aday böbrek bekleyen hastalar arasına katılmıştır(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Böbrek transplantasyonu operasyonlarında hastaya nakledilen organ/organlar canlıdan veya kadavradan sağlanmaktadır(Gülen & Karaca, 2018). Böbrek transplantasyonu yalnızca basit cerrahi bir girişim değildir. Bu süreç, alıcı ve alıcı yakınları üzerinde fiziksel ve psikososyal altyapılı stres kaynaklarının ortaya çıktığı karmaşık bir yapıya sahiptir. Böbrek transplantasyonu alıcıları transplantasyon öncesi ve sonrası süreçte rejeksiyon, enfeksiyon, immünosupresif tedaviye uyumsuzluk, kilo artışı, anksiyete, depresyon gibi yaşamı tehdit eden fiziksel ve psikolojik problemler yaşamaktadırlar(Yaman & Yılmaz, 2014; Pazar, Yava & Genç, 2013).

Böbrek transplantasyonu, alıcılarda tam bir iyileşme sağlamaz. Transplantasyon sonrasında alıcılar, tamamen iyileşeceklerini, yaşamlarının normale döneceğini ve daha aktif bir yaşam sürececeklerini düşünmektedirler. Gerçekte, transplantasyon olan alıcının yaşamı kronik bir hastalıkla sürmeye devam eder. Böbrek transplantasyonunun yapıldığı zaman diliminden, alıcının rehabilitasyonunun yapıldığı döneme kadar her süreçte alıcıda gelişen bu fizyolojik ve psikososyal sorunlar alıcının uyumunu bozmakta ve iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir(Ekşi vd., 2016; Pfeifer, Ruschel & Bordignon, 2013). Bu nedenle alıcıların transplantasyon öncesi ve sonrası süreçteki bu problemlerle baş edebilmesi açısından danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması, yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi oldukça önemlidir(Gül vd., 2010; Bia vd., 2010; Ergün, 2017).

Ayrıca danışmanlık, Enhanced Recovery After Surgery(ERAS) protokolünün ana unsurlarındandır. ERAS protokolü hemşireyi, hastanın sağlık merkezinde kalış süresi kıaldığından dolayı hemşirelik uygulamalarının yerine hasta eğitimine ağırlık vermeye yöneltilmektedir. ERAS transplantasyon sürecindeki hastaya perioperatif danışmanlığı öneren kanıta dayalı yaklaşımlardan biridir(Kruszyna, Niekowal, Krasnicka & Sadowski, 2016; Çilingir & Candaş, 2017).

Transplantasyon sürecinde holistik hemşirelik bakımının sağlanması ve hasta eğitimi açısından bir rehber oluşturması açısından danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesinin önemi bilimsel çalışmalarda vurgulanmıştır(Köşgeroğlu & İlhan, 2000; Crawford, Low, Manias & Williams, 2017; Ergün, 2017; Aksoy & Demet, 2018; Gülen & Karaca, 2018). Cürcani ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada böbrek transplantasyonu geçiren alıcıların tedavi ve bakım sürecine ilişkin bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı ve alıcıların transplantasyon sonrası yeni yaşamlarında dikkat etmeleri gereken hususlar hakkında bilgi almak istedikleri bildirilmiştir(Cürcani & Tan, 2013; Jamieson vd., 2016; Crawford vd., 2017). Benzer şekilde, Soyer ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmada cerrahi girişim geçiren hastaların danışmanlığında hemşirelerin aktif rolü olmasına rağmen bilgi gereksinimlerinin fazla olduğu ortaya konmuştur. % 33.6 ile ilaçlar en fazla bilgi gereksinimi duyulan konu olduğu bildirilmiştir(Soyer, Dönmez & Giersbergen, 2018). Böbrek transplantasyonu alıcıları ile yapılan başka bir nitel çalışma da alıcıların organ reddine ilişkin kaygıları ve bilgi gereksinimleri olduğu bulunmuş ve yapılan danışmanlık ile kaygı düzeylerinin azaldığı görülmüştür(Ergün, 2017).

Araştırmamızda amaç böbrek transplantasyonu yapılan alıcıların danışmanlık gereksinimlerini belirlemektir.

1- GENEL BİLGİLER

2.1- Böbrek Transplantasyonu Tarihçesi

1902	<p>Avusturya Viyana Tıp Okulu: Hayvanlarda böbrek nakli</p> <ul style="list-style-type: none">• Dr. Emerich Ullman: Bir köpekte ototransplant, normal pozisyondan boyundaki damarlara• Alfred von Decastello: Köpekden köpeğe böbrek nakli• Dr. Ullman: Köpekden keçiye böbrek nakli
1906	<p>Lyon, Fransa: Ksenogreft nakli</p> <ul style="list-style-type: none">• Mathieu Jaboulay: İki ksenogreft böbrek nakli (insan alıcılara donör olarak domuz ve keçi)• 1 saat çalıştı
1909	<p>Lyon, Fransa: Hayvan / insan böbrek nakli deneyleri</p> <ul style="list-style-type: none">• Dr. Ernst Unger:<ul style="list-style-type: none">- Çocukdan habesh maymununa: Böbrek fonksiyonu yok- İnsandan maymuna: Böbrek fonksiyonu yok• Başarılı transplantasyonu engelleyen "biyokimyasal bariyer" in tanınmasıyla sonuçlanmıştır.
1933	<p>Ukrayna, Sovyetler Birliği: İlk insan-insan böbrek nakli</p> <ul style="list-style-type: none">• Yu Yu Voronoy: 0 kan grubuna alıcı ve kan grubu B olan verici: Böbrek fonksiyonu yok• (1949'a kadar) Deneklerin hiçbirinde böbrek fonksiyonu olmayan altı tane nakil
1940'lar	<p>Londra Üniversitesi: Organ naklinin immünolojik temelleri ve immunsupresyonun üzerine ilk deneyler</p> <ul style="list-style-type: none">• Sir Peter Medawar
1946	<p>Peter Bent Brigham Hastanesi, Boston</p> <ul style="list-style-type: none">• Dr Hufnagel, Hume ve Landsteiner: Lokal anestezi altında kol damarlarına insan allogreft böbrek nakli; kısa fonksiyon süresi• Transplantasyona yeniden ilgi artışı
1950	<ul style="list-style-type: none">• Deneysel ve klinik böbrek transplantasyonunda artış• İmmünoloji ve greft yetersizliği / rejeksiyonun tanınması• Dr. Simonsen, böbrek reddi mekanizması hakkında

başları	<p>rapor verdi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Dempster radyasyonun reddedilmeyi geciktirdiğini keşfetti • Dr. Hume, greft ve donörün kan grubunun eşleşmesinin gerekli olabileceğini gözlemledi. İmmun baskılamada erken denemeler • Yüksek doz steroid kullanımı
1954	<ul style="list-style-type: none"> • Boston: Bir böbreğin bir ikizden diğer bir ikize nakli, şimdiye kadar yapılan ilk başarılı böbrek nakli.
1960 başları	<ul style="list-style-type: none"> • Azathioprine, 6-mercaptopurine, and methotrexate kullanıma girmesi
1960 ortası	<ul style="list-style-type: none"> • Graft organın soğuk iskemisi bulundu
Geç 1960'dan 1970'lere	<ul style="list-style-type: none"> • HLA çapraz eşleşmesinde gelişme ve ilerlemeler
1975	<p>Hacettepe Üniversitesi Türkiye</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Haberal ve ekibi: Anneden oğluna böbrek nakli • Canlıdan canlıya
1978	<p>Hacettepe Üniversitesi Türkiye</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dr. Haberal ve ekibi: kadavradan böbrek nakli
1980'den günümüze	<p>Devam eden gelişmeler ve gelişmeler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siklosporin, takrolimus, mikofenolat mofetil ve diğer immünsüpresif ajanlar • Organ alım ve muhafaza tekniklerinde iyileştirme

Kaynak: Subramaniam & Sakai, 2017; Nadig & Wertheim, 2017; MacPhee & Fronek, 2012; Morris & Knechtle, 2014; Schlich, 2010; Clatworthy, Watson, Allison & Dark; 2012.

2.2- Böbrek Transplantasyonu Tanımı Ve Epidemiyolojisi

Böbrek transplantasyonu, kronik ve son dönem böbrek yetmezliği olan bireye, canlı veya kadavra vericiden sağlanan fonksiyonel böbreğin nakledilmesidir. Transplantasyon işleminde donörden alınan böbrek, alıcı

bireyde iliyak fossaya retroperitoneal bölgeye yerleştirilir(Saclarides, Millikan & Myers, 2015; Karadakovan & Aslan, 2017). Böbrek transplantasyonunun hedefi, alıcının sağkalım süresini arttırmak, greft böbreğin fonksiyonlarını sürdürmek, morbidite oranını azaltmak ve daha iyi, konforlu bir yaşam sürmesine olanak sağlamaktır(Karadağ & Bulut, 2019; Ramirez & McCauley, 2018). US Renal Data System verilerine göre KBY sonrası 10 yıllık sağkalım süresi %40 iken, bu oran böbrek transplantasyonu uygulanan hastalarda %75 olarak bildirilmiştir(Kaplan & Meier, 2002). Kanada organ replasman kayıtları verilerine göre transplante edilen böbreğin kaybı bireyin mortalite oranında 3 kat artışa neden olmaktadır(Knoll, Muirhead, Trpeski, Zhu & Badovinac, 2005).Ülkemizde bir yıllık greft sağkalım oranı %95.3'dür(Süleymanlar vd., 2018).

Dünya'da organ transplantasyonunun sistemli ve yasal bir çerçevede yürütülebilmesi için organ nakil koordinasyon merkezleri kurulmuştur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından Transplantasyon Koordinasyon Birimi aracılığıyla yürütülmektedir. UNOS Amerika'da ve ELTR ise Avrupa ülkelerinde bulunan organ nakil koordinasyon merkezleridir. Ayrıca ülkemizde, Türkiye Organ Nakli Derneği(TOND) ve Organ Nakli Koordinatörleri Derneği(ONKOD) bulunmaktadır. Dünya çapında ve ülkemizde zamanla bu transplantasyon merkezlerinin sayısında artış olmaktadır. Türkiye'de toplam 101 transplantasyon merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerden 77'si böbrek, 43'ü karaciğer, 14'ü kalp ve 9'u akciğer transplantasyonu merkezidir. 2018 yılında bu merkezlerde, toplam 5597 organ transplantasyonu yapılmış olup, 3871'i böbrek, 1588'i karaciğer, 91'i kalp transplantasyonudur(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Dünyada ve ülkemizde böbrek transplantasyonu yapılan hasta sayısı hızla artmaktadır. Renal replasman tedavileri içerisinde %78.5 ile hemodiyaliz en çok kullanılan yöntem olup, bu oranı %12.4 ile transplantasyon ve %9.1 ile periton diyalizi takip etmektedir(Süleymanlar, Seyahi, Altıparmak & Serdengeçti, 2010). Günümüzde, Türkiyede böbrek transplantasyonu sayısı yılda 4.000'e ulaşmıştır(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Fakat bu yükselişin yetersiz olduğu açıktır. Hali hazırda son dönem ve kronik böbrek yetmezliği olan bireylerin, yalnızca %13'üne böbrek trasplantasyonu yapılmıştır, %87'lik büyük çoğunluk diyaliz tedavisi ile hayata devam etmektedir(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Etkinlik ve maliyet açısından uygunluğu düşünüldüğünde böbrek transplantasyonunu artması hem ülke ekonomisi hem de hastaların sağlığı açısından önemlidir. Öte yandan, ülkemizde yapılan böbrek transplantasyonlarının büyük çoğunluğu canlı vericiden gerçekleştirilmektedir. Kadavra vericiden transplantasyon oranı %20.7'dir, bir önceki yıl bu oran %22.8 olarak bildirilmiştir. Kadaverik nakil düzeyinde anlamlı bir yükseliş olmadığı görülmektedir(Süleymanlar vd., 2018). 2018 yılında yapılan böbrek

transplantasyonlarının 3012'si canlı, 859'u kadavra donörlerden yapılmıştır(T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Buna sebep olan faktörler; organ transplantasyonu konusundaki yanlış dini inançlar, yetersiz eğitim ve bilgisizlik, ilgisizlik, toplumsal duyarsızlıktır(Sever, 2008). 2011 yılı içerisinde ülkemizde bildirilen toplam 1.319 beyin ölümünü vakasının yalnızca %25'inden organ transplantasyonu için izin alınmıştır(Süleymanlar vd., 2010). Nüfusu 80 milyonu geçen ülkemizde organ bağıışı oranı batı kesiminin oldukça gerisindedir. Avrupa ülkelerinde, kadavra donör sayısı milyon nüfus başına ortalama 20-25 iken, bu oran ülkemizde 5,3'tür. Kadavra vericiden transplantasyon oranını artırmak için devlet tarafından makro düzeyde düzenlemeler yapılması önemlidir.

2.3- Böbrek Transplantasyonu Endikasyonları

BT, son dönem kronik böbrek yetmezliği tanısı almış, glomerüler filtrasyon hızı<30 ml/dak/1.73 m² olan, immünosupresyon ve major cerrahiye engel durumu olmayan her hastaya uygulanabilir(Saclarides vd., 2015; Torpey, Moghal, Watson & Talbot, 2010; Pinna& Ercolani, 2015; Andrés, 2010)

BT için endikasyonlar kronik ve son dönem böbrek yetmezliğine neden olan tüm hastalıkları içermektedir. BT'nin endikasyonları Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 2.3.1. 2017 yılı içinde böbrek transplantasyonu yapılan hastaların etyolojik nedenlere göre dağılımı (20 merkezden elde edilen verilere göre)

	n	%
Hipertansiyon	108	17.36
Diyabetes mellitus	75	12.06
Tip 1 DM	22	3.54
Tip 2 DM	53	8.52
Glomerulonefrit	73	11.74
Polikistik böbrek hastalıkları	24	3.86
Tübülointerstisyel nefrit	17	2.73
Obstrüktif nefropati	12	1.93
Amiloidoz	10	1.61
Renal vasküler hastalık	6	0.96
Diğer	120	19.29
Etyolojisi bilinmeyen	177	28.46
Toplam	622	100.00

2.4- Böbrek Transplantasyonunun Kesin Kontrendikasyonları

- Yüksek perioperatif risk varlığı
- Son dönem karaciğer hastalığı
- Uzun süreli ve tedavisi mümkün olmayan enfeksiyonlar
- Beklenen yaşam süresini bir yıldan az olması
- Yeni oluşan maligniteler
- Aktif madde bağımlılığı
- Yakın zaman içerisinde akut miyokard infarktüsü varlığı
- Glomerulonefrit ve akut vaskülit varlığı
- Pozitif cross-match(Dunn & Horslen, 2018; Klein, Lewis & Madsen,2011).

2.5- Böbrek Transplantasyonunun Göreceli Kontrendikasyonları

- Serebrovasküler hastalık
- İleri düzey periferik arter hastalığı
- Morbid obezite
- Kronik aktif hepatit
- Uyumun düşük düzeyde olduğu mental retardasyon durumları
- Kontrol altında olmayan hipertansiyon ve diyabetes mellitus varlığı
- Aktif durumdaki peptik ülser
- Koroner arter hastalığı
- Alıcının sosyal destek azlığı
- Kronik ve tekrarlayan üriner enfeksiyonlar
- Alt üriner sistem hastalığı
- İleri düzey amiloidoz(Chandraker, Sayegh, Singh, 2012; Karadağ & Bulut, 2019; Subramaniam & Sakai, 2017)

2.6- Böbrek Transplantasyonu Öncesi Hazırlık Ve Bakım

BT öncesi alıcı, ruhsal durumunu kapsamak üzere bütün organ sistemleri ile ilgili değerlendirilir ve cerrahi girişim, teknik ve immünsüpresif risk düzeyi belirlenir. Cerrahi girişim ve sonrası döneme ilişkin danışmanlık sağlanarak onamı alınır. Bu süreçte alıcının holistik bir yaklaşımla değerlendirilmesi için disiplinlerarası bir ekip gerekmektedir (Saclarides vd., 2015)

Alıcının transplantasyon için sağlık merkezine kabulünün ardından, hemşire aracılığıyla hastane ortamına ve cerrahi girişime uyumunun sağlanması gerekmektedir. Öncelikle alıcının tıbbi öyküsü alınmalı ve

ayrıntılı bir fizik muayenesi yapılmalıdır. Alıcının özgeçmişindeki kronik hastalıkları sorgulanmalıdır(Köken & Sezer, 2018). Böbrek hastalığının etyolojisi transplantasyon sonrası nüks oluşması açısından önemlidir. Bu sebeple varsa böbrek biyopsi sonucu değerlendirilir. Özellikle böbrek hastalığı hipertansiyon, diyabet mellitus varlığı açısından aile öyküsü sorgulanır(Yılmaz & Karakoç, 2015).

Radyolojik inceleme: Manyetik rezonansla görüntüleme, abdominal bilgisayarlı tomografi, voiding sistoüretrografi yapılmalıdır(Fananapazir & Lamba, 2018).

Laboratuvar değerlendirme: Kan grubu, tam kan sayımı, protrombin zamanı, HLA doku tipi ve ayrıntılı metabolik panel, VDRL, CMV serolojisi ve panel reaktif antikor, HIV, EBV, HSV, VZV, hepatit serolojisi, parsiyel tromboplastin zamanı, karaciğer fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki, idrar kültürü, proetin ve kreatinin düzeyleri(24 saatlik idrar), PPD testi(tüberküloz anamnezi olanlarda), fertil kadınlarda gebelik tayini, Hb A1C(diyabetik hastalarda), prostat spesifik antijen(yaş 50> erkek hastalar), pap smear(Lerma & Rosner, 2013).

Kardiyak değerlendirme: Koroner kalp hastalığı, kalp kapak hastalıkları, kalp yetmezliği yönünden değerlendirmelidir. Ayrıntılı fizik muayene, anamnez, elektrokardiyografi ve telekardiyografi yapılır.Ekokardiyografi ve efor testi gerekir(50> kardiyovasküler hastalık öyküsü, hipertansiyonu ve diyabeti olan hastalarda).Bu değerlendirmede patoloji gözlenmez ise daha ileri tetkikler yapılması gerekli değildir(Tabaković, Salkić, Baraković & Trnačević, 2012; Torpey vd., 2010).

Pulmoner değerlendirme: PPD testi, göğüs röntgeni, akciğer fonksiyon testi, arteriyel kan gazı değerlendirmesi ve pulmoner konsültasyon gereklidir(Chandraker vd., 2012).

Nörolojik değerlendirme: Karotid doppler(yaş 60>) ve nörolojik konsültasyon(anemnezde nörolojik hastalık öyküsü varsa) gerekir(Yılmaz & Karakoç, 2015).

Malignite açısından değerlendirme: Böbrek transplantasyonu sonrasında kullanılan immunsupresif tedavinin etkisiyle malignite olasılığında artış vardır. Bu sebeple klinik rehberlerin birçoğu malignite öyküsü olan alıcılarda iki ile beş yıllık süre ile beklemeyi önerir.Bu nedenle transplantasyon öncesi dönemde görüntüleme önemlidir. Kolonoskopi(50 yaş ve üzerindeki hastalar), mamografi(40 yaş ve üzeri kadın hastalar)(Kirk vd., 2014; Lerma & Rosner, 2013).

Enfeksiyon açısından değerlendirme: Böbrek transplantasyonu öncesi bütün enfeksiyonlar dışlanmalıdır. Enfeksiyonların bazıları için alıcıya profilaksi verilmelidir. Alıcılar antikör negatif ise influenza , hepatit B, varisella ve pnömokoka karşı aşılmalıdır(Saclarides vd., 2015).

Beslenmenin değerlendirilmesi: Vücut kitle indeksi 35'in üzerinde olan alıcılara böbrek transplantasyonu yapılmakta, fakat bu alıcılarda graft fonksiyonu gecikmesi, yara yerinde enfeksiyon, geç yara iyileşmesi ve diyabet riskinde anlamlı artış olmaktadır. Bu nedenle alıcının beslenme öyküsü ayrıntılı bir şekilde alınmalı, gerekirse diyetisyen konsültasyonu istenmelidir ve alıcıların transplantasyon öncesi dönemde kilo vermeleri sağlanmalıdır(Hricik, 2011).

Dental değerlendirme: Alıcının diş sağlığı durumu diş hekimi tarafından kontrol edilmeli ve transplantasyon öncesinde gerekli tedavinin yapılması sağlanmalıdır. Çünkü transplantasyon sonrası dönemde alıcının immünosupresyon nedeniyle enfeksiyon riski yüksektir ve invaziv dental girişimler risk oluşturabilir(Sayek, 2009).

Psikososyal değerlendirme: Alıcının aktif alkol ve madde bağımlılığı, sosyal destek sistemleri, alıcının transplantasyon sonrası yaşam değişikliklerine ve tedaviye uyumunu etkileyecek psikiyatrik bozukluklar değerlendirilmelidir. Gerekli ise psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Alıcı psikiyatri uzmanı, nefrolog,organ nakil koordinatörü ve hemşirenin olduğu multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmelidir. Alıcının transplantasyon sonrası döneme ve tedaviye uyum sağlaması greft fonksiyonlarının sürdürülmesi ve yaşam süresinin uzatılması açısından önemlidir(Lai, 2009; Chandraker vd., 2012).

Ekonomik değerlendirme: Sağlık güvencesinin varlığı, transplantasyon sonrası dönemde kontrollere gelebilme durumu veya transplantasyonun erken dönemde alıcı uzakta oturuyorsa böbrek nakli merkezinin yakınında ikamet edebilmeleri için ekonomik imkanlarının varlığı değerlendirilmelidir(Ekşi vd., 2016).

Böbrek transplantasyonu öncesi dönemde alıcını aydınlatılmış onamının alınması yasal açıdan gereklidir. Cerrahi girişimi gerçekleştirecek cerrah alıcıya operasyonun yararları ve riskleri, transplantasyondan sonra kullanılacak ilaçlar ve komplikasyonlar ile ilgili bilgi vererek alıcının onamını alması gerekir. Operasyondan önce onamın varlığı hemşire tarafından kontrol edilir(Köken & Sezer, 2018).

2.7- Transplantasyon Öncesi Hemşirelik Yönetimi

Transplantasyon öncesi dönemde hemşirelik yönetiminin amacı, alıcının metabolik durumunu optimum düzeyde olması, enfeksiyonun önlenmesi ve alıcının cerrahi girişim ve sonrası durumuna hazırlamasıdır.

Transplantasyon öncesi dönemde hemşirelik girişimi olarak standart ameliyat öncesi hazırlık yapılır. Hasta eğitimi cerrahi girişim sonrası;

- Ağrı yönetimi
- Pulmoner hijyen
- İntravenöz ve arteriyel kateterler
- Drenler ve tüpler
- Erken ambulasyona
- Cerrahi girişim, anestezi riskleri, yoğun bakım ortamı
- Ameliyathane ortamı
- Verici riskleri ve çalışma durumu
- Baş etme mekanizmaları
- İmmünsüpresif ilaç rejimi ve komplikasyonlar
- Sosyal güvence ve çalışma durumu ilgili danışmanlığı içermelidir(Karadakovan & Aslan, 2017; Morris & Knechtle, 2014).

2.8- Böbrek Transplantasyonu Cerrahisi

Transplantasyon operasyonunda temel hedef, greft organın yapısal ve fonksiyonel bütünlüğünü maksimum düzeyde koruyarak alıcıya nakledilmesidir(Torpey vd., 2010). Kadavra veya canlı donör nefrektomisi ve transplante edilecek böbreğin alıcıya nakledilmesi cerrahi ekibin sorumluluğundadır.

Böbrek transplantasyonunda nefrektomi, kadavra ve canlı donörden olmak üzere iki çeşittir(Humar & Sturdevant, 2015).

Kadavra vericilerin biyolojik ölümü öncesinde transplante edilecek organların minimum oranda hasar görmesi için çaba harcanır. Sonraki aşamada organ koordinatörlüğünün yönlendirmesi sayesinde organ paylaşımı ve cerrahi girişim için organizasyon sağlanır sağlanmaz kadavra donör operasyona alınır. En önemli hedef, greft böbreği sıcak iskemiden korumaktır(Karadağ & Bulut, 2019). Sıcak iskemi süresi kan dolaşımının durmasını takiben 30-60 dk içerisinde, greft böbreğin nefrektomisinin yapılması ve +4 derecede soğutulmuş solüsyonlar ile perfüzyonu arasında geçen süredir. Soğuk iskemi ise greft böbreğin hipertonic olan Euro Collins, University of Wisconsin solüsyonları ile perfüzyonunun yapılması ile damar anastomozunu takiben klemplerin kaldırılması arasında geçen

süredir(Sayek, 2009). Genellikle kadavra donörlerin birden çok organı kullanılır. Buna multiorgan harvesting denir. Kadavranın orta hattında substernal noktadan simfisis pubise kadar açılır. Yalnızca böbrekler alınacaksa toraksın açılmasına gerek kalmadan ksifoidden simfisis pubise insizyon yeterlidir.Sonrasında internal ve eksternal soğutma özel solüsyonlarla yapılır. Sırasıyla kalp, akciğer, karaciğer, pankreas ve son olarak böbrekler çıkarılır. Açıldıktan sonra bütün organlar enfeksiyon, apse ve malignite açısından kontrol edilmelidir(Türkmen, 2016; Aseni, Grande & Carlis, 2016).

Canlı verici nefrektomisinde ise böbreğin arter ve venleri, etraftaki lenfatiklerden temizlenmesini takiben üreter iliyak çapraz hattında anastomoz edilerek kesilir. Sonrasında greft böbrek +4 derecede solüsyonlarla perfüze edilir(Humar & Sturdevant, 2015; Hakim, 2010).

2.8.1- Greft böbreğin alıcıya yerleştirilmesi

İnsizyon

Sol veya sağ alt kadranda gibson insizyonu yapılır. Greft böbreğin iliak fossaya retroperitoneal olarak yerleştirilmesi cerrahın tercihinine bağlıdır. Sağ böbrek sol iliyak fossaya sol böbrek sağ iliyak fossaya yerleştirilebilir. Greft böbreğin yönüne bakılmasızın sağa yerleştirilebilir. Greft böbrek verici böbreği ile aynı yöne yerleştirilebilir(Sarıkaya & Kadioğlu, 2017; Himmelfarb & Sayegh, 2010).

Ven ve arter anastomozu

Eksternal iliyak ven uç yan olarak vericinin renal venine anastomoz edilir. 5-0 polipropilen suture kullanılır. Eksternal iliyak arter uç yan olarak vericinin renal arterine anastomoz edilir. Aynı şekilde 5-0 polipropilen suture kullanılır(Srinivas & Shoskes, 2011; Fananapazir & Lamba, 2018).

Üretereneosistostomi(Üreter Anastomozu)

Üretereneosistostomi, idrar akımının mesaneye ulaşması için yapılır. Greft böbreğin üreteri, ekstra vezikal Lich-Gregoir tekniği kullanılarak mesaneye anastomoz edilir. Greft böbreğin aynı taraftaki üreteri ile üreteropiyeleostomi yöntemide uygulanabilir. Ancak cerrahları çoğunluğu üretereneosistostomi yöntemini tercih etmektedir(Orlando, Remuzzi & Williams, 2017). İdrar kaçağı, darlık gibi üriner komplikasyon riskini azaltmak için anastomoz hattına double J kateter yerleştirilebilir. Bu kateterler kanama, enfeksiyon, taş gibi yeni komplikasyonları oluşumuna neden olabilir ve ek girişim gerektirir. Transplantasyon sonrası 4 haftayı geçmeden alınması gereklidir(Ortiz & Andre, 2011; Hricik, 2011; Keven, Türkmen & Süleymanlar, 2016).

Drenler

Farklı bir insizyon açılarak kan, idrar ve lenf sıvısını boşaltmak için dren yerleştirilir. Kapalı drenler olan Jackson-Prett ve hemovac tercih edilebilir. Dren, drenaj miktarı <100 ml/gün olunca alınabilir(Sarıkaya & Kadioğlu, 2017).

2.9- Böbrek Transplantasyonu Sonrası Bakım

2.9.1- Sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesi

Böbrek transplantasyonu sonrası dönemde hastanın hemodinamik stabilitesinin sağlanması son derece önemlidir. Hemodinamik durum greft fonksiyonlarının en önemli göstergesidir. Erken postoperatif dönemde saatlik kan basıncı, aldığı çıkardığı, günlük kilo, nabız, periferal ödem takibinin yapılması gereklidir(MacPhee & Fronek, 2012). Hastanın posttransplant volüm durumunun takibi önemlidir. Canlı vericiden yapılan tranplantasyonda donör üreterinin mesaneye bağlanmasını takiben revaskülarizasyondan hemen sonra idrar atımı başlar(Çelik & Yeşilbakan, 2015). Alıcının poliüriye girmesi beklenmelidir. Genel olarak saatlik 500-1000 ml ye kadar ulaşabilir.Hastada poliüri gelişmesinin nedenleri, vücuttaki azotlu madde retansiyonun eliminasyonu ve greft böbreğin transplantasyon operasyonu sırasında soğuk iskemi nedeniyle tübüler fonksiyonunun bozulmasıdır(Demirbağ, 2009). Bu durumda kaybın yerine konması, renal perfüzyonun sağlanması ve greft böbrekten yeterince idrar çıkışının olması açısından önemlidir. Saatlik idrar akımı 100-150 ml ise aynen, 150-200 ml olması durumunda %90'ı, 250-500 ml olması durumunda %70'i ve 500 ml'den yüksek ise %50 si karşılanır. Kadavradan yapılan transplanasyonlarda 2 günden maksimum 2 hafta süresince anüri beklenebilir. Alıcı bu süre zarfında diyalize girmek zorunda kalabilir(Sayek, 2009). Kadavra vericilerde greft böbreğin maruz kaldığı iskemik koşullara göre akut tübüler nekroz görülme oranı %10-40'dır. Bu durumda sadece hissedilmeyen kayıp yerine konur. İdrar kateteri çoğunlukla 48-72 saat yerinde kalır. İlk günlerde idrar hematürik olabilir(Hricik, 2011).

Hasta hipervolemi ve hipovolemi açısından takip edilmelidir. Hipovolemi osmotik diüretikler, cerrahi insizyon alanında kanama, dehidratasyona bağlı olarak gelişebilir. Ciddi hipovolemi greft böbreğin fonksiyonlarını başlamasında gecikmeye ve akut tübüler nekroz gelişmesine neden olabilir(Trevitt vd., 2012). Hemşire cilt ve mukoza kuruluşu, hipotansiyon belirtilerini gözlemlemelidir. CVP monitarizasyonu ile CVP değerinin 4-8 cm/H₂O aralığında tutulması hipovolemi gelişimini önleyecektir(Aref, Zayan, Sharma & Halawa, 2018; Trevitt vd., 2012). Hipervolemi özellikle geriatrik popülasyonda konjestif kalp yetmezliğine neden olabileceğinden dikkatle izlenmelidir. Greft fonksiyonlarında bozulma, kardiyovasküler fonksiyonlarda bozulma ve üriner akışın

engellenmesi hipervolemiye neden olabilir. Hemşire hipertansiyon, ödem ve akciğer sesleri açısından takibini yapmalıdır. CVP ölçümleri dikkatle izlenmelidir(Çelik & Yeşilbakan, 2015; Trevitt vd., 2012; Türkmen, 2016).

Hasta hipotansiyon ve hipertansiyon yönünden izlenmelidir. Hipotansiyon böbreğin yetersiz perfüzyonuna sebep olarak gret böbreğin fonksiyonlarının gecikmesine ve akut tübüler nekroza neden olabilir. Bu nedenle sistolik kan basıncı >110 mmHg olmalıdır. Hipertansiyon greft böbreğin fonksiyonlarının zarar görmesine, anastomoz hattından sızıntıya ve serebrovasküler olay oluşumuna neden olabilir. Bu nedenle sistolik kan basıncı <180 mmHg olmalıdır(Baker, Mark, Patel, Stevens & Palmer, 2017; Schaefer, 2012).

Böbrek transplantasyonunda postoperatif dönemde elektrolit ve asit-baz dengesinin sağlanması önemlidir. Hemşire hastayı hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperkalsemi, hiponatremi, metabolik asidoz belirtileri yönünden izlemelidir(Köken & Sezer, 2018; Himmelfarb & İkişler, 2018). Hiponatermi, fazla sıvı replasmanına bağlı ortaya çıkar. Sıvı dengesi sağlanmalıdır. Hiperpotasemi, idrar çıkışını az olması, kalsinörün inhibitörü kullanımına bağlı ortaya çıkar. Metabolik asidoz, doku perfüzyonunun azalması ve greft böbreğin ilevinin bozulması sonucu ortaya çıkar, Elektrolit dengesizlikleri greft fonksiyonlarında bozulmanın, akut tübüler nekrozun habercisi olabileceği gibi kullanılan immünsupresif ilaçların yan etkisinde olabilir(Türkmen, 2016). Hastanın biyokimya ve klinik değerleri(serum kreatinin, BUN, elektrolitler) dikkatle izlenmelidir. Açlık kan şekeri takibi ve kan cylosporin-A düzeyi, takrolimus düzeyi haftada 2 sefer, tüm biyokimyasal tetkikler haftada bir sefer yapılır. Hastanın oral beslenmesi 6-8 saat sonra açılabilir. Diyabeti olan hastalarda 4-6 saatlik aralıklarla takip yapılır ve insülin dozu buna göre ayarlanır(Sayek, 2009).

2.9.2- Kardiyovasküler sistem fonksiyonlarının sürdürülmesi

Böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda postoperatif dönemde ölümlerin en önemli nedeni kardiyovasküler hastalıklardır(Tablo 2). Hastanın erken dönemde kardiyak açıdan takibinde EKG, kan basıncı, CVP ve periferel nabız ölçümü yapılmalıdır. KDIGO kılavuzunda posttransplant kan basıncı hedefi <130/80 mmHg, LDL hedefi <100 mg/dl, kardiyovasküler hastalık ve diyabet öyküsü olan hastalarda LDL hedefi <70 mg/dl'dir(Khwaja, 2010). CVP değerinin 12-14 mm/Hg düzeyinde olması greft böbreğin yeterli perfüzyonunu sağlanması ve etkin sıvı replasmanı açısından önemlidir(Ortiz & Andre, 2011). Elektrolit dengesizliklerinin kardiyak ileti sistemi üzerine negatif etkileri nedeniyle EKG izlemi yapılmalıdır. Beden kitle indeksi < 30 olabilir. Fakat bu değerinin 20-25 arasında olması daha çok tercih edilir. Obez hastalarda kardiyovasküler

hastalık risk artığından hata diyet ve egzersiden oluşan kilo kontrolü programlarına yönlendirilmelidir(Türkmen, 2016). KDIGO kılavuzunda HbA1c hedefi %7-7.5 düzeyinde bildirilmiştir. KDIGO kılavuzuna göre kontrendike durumu olmayan ve kardiyovasküler hastalığı bulunan bütün böbrek transplantasyonu hastaları günde 65-100 mg aspirin almalıdır. Sigara içme öyküsü olan hastalar bırakması yönünde tedavi önerilmelidir(Khwaja, 2010).

Tablo 2.9.2.1. 2017 yılı içinde böbrek transplantasyonu yapılan hastaların ölüm nedenlerine göre dağılımı (20 merkezden elde edilen verilere göre)

	n	%
Kardiyovasküler	9	33.33
Enfeksiyon	8	29.63
Malignite	4	14.81
Serebrovasküler	2	7.41
Diğer	4	14.81
Toplam	27	100.00

2.9.3- Nörolojik sistem fonksiyonlarının sürdürülmesi

Böbrek transplantasyonunda postoperatif dönemde nörolojik fonksiyonların takibi özellikle immunsupresif ilaçların nörotoksik etkilerinin belirlenmesi açısından önemlidir. Hemşire hastanın yere ve zamana oryantasyonunu, bilinç düzeyini bilişsel ve motor fonksiyonlarını nörolojik muayene ile değerlendirmelidir(Çelik & Yeşilbakan, 2015). Santral sinir sisteminde en çok görülen komplikasyon tremordur. Ayrıca hastalarda ensefalopati, tonik-klonik nöbetler ve jeneralize epileptikus görülebilir. Deliryum, ajite depresyon başağrısı, demans oluşabilir. Periferik sinir sistemi tutulumuda olabilir. Amiloidoz, hipoglisemi, septik emboli nörolojik komplikasyonların etyolojisi olabilir. Ayrıca immünsüpresif ilaç tedavisine bağlı gelişebilecek enfeksiyonlar nörolojik fonksiyonları etkileyebilecek diğer etyolojik faktörlerdir(Cengiz, Adıbelli, Yakupoğlu & Türker, 2015; Ponticelli & Campise, 2005). Kullanılan immünsüpresif ilaçların yan etkileri gözlenmelidir. Komplikasyon oluşması durumunda immünsüpresif ilaç dozu azaltılabilir yada değiştirilebilir. Transplantasyon sonrası dönemde en çok karşılaşılan nörolojik komplikasyon olan nöbet, tacrolimus gibi ilaçların toksisitesine bağlı olabileceği gibi elektrolit dengesi bozuklukları, santral sinir sistemi enfeksiyonuna bağlı olarak da gelişebilir(Demirbağ, 2009).

2.9.4- Solunum sistemi fonksiyonlarının sürdürülmesi

Böbrek transplantasyonu sonrasında immünosupresyona bağlı gelişebilecek solunum yolu enfeksiyonları açısından hastanın izlenmesi önemlidir(Karam vd., 2009).Hemşire solunum özelliklerini, derinliğini, sayısını, tipini, oksijen saturasyonunu, solunum sistemi enfeksiyonu ve solunum depresyonu belirtilerini takip etmelidir. Hastanın oksijen saturasyonu>%92 olmalıdır. Hastaya preoperatif dönemde öğretilen öksürük ve derin solunum egzersizleri postoperatif dönemde yaptırılmalı, aldığı çıkardığı takibi yapılarak yeterli hidrasyonu, sık pozisyon değişikliği ve erken mobilizasyonu sağlanmalıdır(Pazar vd., 2013).

2.9.5- Gastrointestinal sistem fonksiyonlarının sürdürülmesi

Böbrek transplantasyonu sonrası gastrointestinal komplikasyonlar sık görülür ve bütün gastrointestinal organlar etkilenebilir. Varolan komplikasyonların çoğu hafif seyirli olup alıcı tarafından hekime ifade edilmeyebilir. Fakat minör gastrointestinal komplikasyonlar bile alıcının iyi olma halini negatif yönde etkileyebilir. Yaklaşık %10 kadar alıcıda majör gastrointestinal komplikasyonlar gelişebilir ve greft kaybı ile alıcının ölümüne yol açabilir(Sarıkaya, Sarı & Çetinkaya, 2010). En çok görülen gastrointestinal komplikasyonlar, peptik ülser, bakteriyel diyare, özofajit, kolon hemorajisi, perforasyon, bulantı, kusma ve konstipasyondur. İmmünsupresif ilaçlar, transplantasyon öncesi dönemde var olan gastrointestinal patolojiler, enfeksiyonlar gibi farklı faktörler bu komplikasyonların ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir. Özellikle yüksek doz kortikosteroid ve mikofenolat mofetil tedavisi peptik ülser ve diyare ortaya çıkmasına neden olur(Himmelfarb & Sayegh, 2010). Bu durumun ortadan kalkması için immünsupresif ilaç dozu azaltılabilir veya farklı bir ilaca geçilebilir. Cytomegalovirüs(CMV) enfeksiyonu immünsupresif ajanların kullanımına bağlı olarak ortaya çıkabilmekte ve gastrointestinal sistemde kanama, ülserasyon ve perforasyona neden olmaktadır(Demirbağ, 2009).

Bulantı, kusma, konstipasyon narkotik analjezik kullanma ve anesteziye bağlı olarak gelişebilir. Bulantı kusmaya yönelik antiemetik verilebilir. Konstipasyona yönelik diyet düzenlenmeli ve gerekirse kontrollü bir şekilde laktatif ilaç tedavisi önerilebilir. Enfeksiyon etkeninin tespiti için gaita kültürü yapılmalıdır. H2 reseptör blokerleri ve proton pompa inhibitörü ilaçlar koruma amaçlı kullanılmalıdır(Köken & Sezer, 2018).

Ülkemizde böbrek transplantasyonu alıcılarında yüksek doz gastroprotektif ilaç tedavisine rağmen gastroözofageal reflü hastalığı sıklığı yüksek bulunmuştur. Retrosternal yanma ve regürjitasyon, sık görülen gastrointestinal semptomlardır ve gastroözofageal reflünün habercisi olabilir(Özkurt, Sağlan & Mengüş, 2018).

2.9.6- İmmüsupresif ilaç uygulanması ve uyum

Böbrek transplantasyonu alıcıları , greft böbreğin sağlığının sürdürülmesi için ömür boyu immüsupresif ilaç tedavisine ihtiyaç duymaktadır(Taşkıran, Erbaş & Akar, 2016). İmmüsupresif ilaç tedavisine uyumun sağlanması ve hemşire tarafından izlenmesi büyük önem taşımaktadır. İlaça uyum, doğru doz ve doğru zamanda doğru ilacın alınması olarak tanımlanmaktadır. İmmüsupresif tedaviye uyumsuzluk her ay en az bir kez ilacın unutulmasıdır. İlaç uyumunu etkileyen faktörler; yaş, eğitim durumu, sosyoekonomik faktörler, kültürel farklılıklardır(Tuncer & Khorshid, 2018; Low, Crawford, Manias & Williams, 2015).

Hemşirelik bakımı, alıcının immüsupresif ilaç tedavisine uyumunu artırmaya yönelik girişimleri kapsayacak şekilde planlanmalıdır. Hemşire;

İlaçların uygulanmasından, komplikasyonlarının ve kan ilaç düzeylerini takibinden, ilaç uyumsuzluklarının tanımlanmasından ve uyumu sağlayacak uygulamaların yürütülmesinden sorumludur(Demian, Shapiro & Thornton, 2016).

Hastanın ve bakım sağlayıcılarının ilaçları kullanım şekilleri, etkileri, yan etkileri ve yaşam kalitesi üzerine etkileri hakkında eğitiminden sorumludur(Aston vd., 2015).

Eğitim verirken kısa, net, açık ifadelerle yer vermeli, özetleme tekniğini kullanmalıdır(Rosaasen vd., 2018)

Hastaların birbirleriyle görüşme ortamı oluşturularak, uyumsuz hastaların uyumlu hastayı rol model alması ve hastalar arasında sosyal destek oluşması sağlanabilir(Yılmaz & Candan, 2016).

Günlük doz rejiminin günde bir doz şeklinde ayarlanması uyumu artıran bir başka etkidir. Bu ayarlamaların yapılmasını sağlayabilir. İlaç kutusu kullanma, alarm kurma ve hatırlatıcı notlar uyumu artıracığından hastaya önerir(Tuncer & Khorshid, 2018).

2.9.7- İmmüsupresif ilaçlar

Transplantasyon sonrası immüsupresif tedavide kullanılan ilaçlar altı grupta sınıflandırılmaktadır.

- Kortikosteroidler
- Kalsinörin inhibitörleri
- M-TOR inhibitörleri

- Antimetabolitler
- IL-2 reseptör antikorları
- Poliklonal antikorlar (Parajuli & Aziz, 2019).

Günümüzde en çok kabul gören yöntem ilaçların kombine kullanımudur. Dünyada bir çok merkez tarafından tercih edilen tedavi yöntemi üçlü tedavidir. Üçlü tedavi mikofenolat mofetil, takrolimus veya siklosporin ve prednizolondur(Karadağ & Bulut,2019).

Kalsinörin inhibitörleri

Başlıca kalsinörin inhibitörleri, siklosporin(Neoral, Sandimmune, Gengraf)ve takrolimus(Advagraf, Prograf) dur.

Bunlar hücre içi kalsiyum kullanımını ve kalsinörin enzimini bloke ederler. Böylece interlökin 2 sekresyonunu inhibe eder. Sonuçta T hücre maturasyonunu ve aktivasyonunu durdurur. Siklosporin, farmokokinetik özellikleri nedeniyle bireyden bireye farklılık gösterir. Kan düzeyi takibi yapılmalıdır. En sık yan etkileri, nefrotoksisite, hepatoksisite, hipertansiyon, hirsutizm, nörotoksisite, hiperlipidemi, hipertansiyon, malignitedir. Siklosporinle kıyaslandığında takrolimus BK virüs nefropatisine daha çok neden olur(Danovitch, 2009; Morris & Knechtle, 2014; Clatworthy vd., 2012).

Antimetabolitler

Başlıca antimetabolitler, mikofenolat mofetil(Mofecept,Cellcept) ve azatiyoprinidir.

Mikofenolat mofetil, T ve B lenfositlerin proliferasyonun bloke ederler. Sitotoksik T hücrelerin oluşumunu inhibe ederler. Diyare, lökopeni ,enfeksiyon en sık görülen yan etkileridir. Yüksek dozda verimesi sitomegalovirüs enfeksiyonu görülme riskini artırır(Hricik, 2011)

Azatiyoprin, adenzin monofosfat sentezini inhibe eder ve DNA sentezini bozar. Kemik iliği baskılanmasına neden olur. Hipersensitivite, karaciğer yetmezliği, cilt kanseri gelişimi, kolestatik hepatit diğer yan etkileri arasındadır. Yan etki görülmesi durumunda doz ayarlaması yapılabilir. Allopurinolle kullanılması kontrendikedir. Çünkü kemik iliği baskılanmasını etkisini artırır(Ayna, Çiftçi, Tozkır, Gürtekin & Çarin, 2009; Clatworthy vd., 2012).

mTOR inhibitörleri

Başlıca mTOR inhibitörleri sirolimus(Rapamune) ve everolimusdur(Certican). Bu ilaçlar interlökin 2, interlökin 4 ve interlökin 6 oluşumunu bloke ederler(Hricik, 2011).

Sirolimus, mTOR aktivasyonunu durdurup T hücre proliferasyonunu inhibe eder. Diyare, trombositopeni, lökopeni, hiperlipidemi, yara iyileşmesinde gecikme sık görülen yan etkileridir(Morris & Knechtle, 2014; Clatworthy vd., 2012).

Everolimus, T lenfositlerin aktivasyonunu durdurur. Sirolimus ile benzer yan etkilere sahiptir(Kirk vd., 2014).

Kortikosteroidler

Sitotoksik T hücre proliferasyonunu inhibe ederek, interlökin 2 üretimini, kemotaksisi ve nötrofilleri oluşumunu engeller. En sık görülen yan etkileri iatrojenik cushing, iştah artışı, kilo artışı, huzursuzluk, öfori, yaraların geç iyileşmesi, ödem, menstrüel düzensizlikler, diabetes mellitus, psikoz ve enfeksiyon riskinde artıştır(Danovitch, 2009; Parajuli & Aziz, 2019).

2.9.8- İmmünsüpresif ilaçlar ile etkileşime geçen ilaçlar

İlaç	İmmünsüpresif ilaç	Oluşan risk
Allopurinol	<ul style="list-style-type: none">• Azatiyoprin	<ul style="list-style-type: none">• İlaç toksisitesi• Kemik iliği supresyonu
Makrolid Antibiyotik	<ul style="list-style-type: none">• Siklosporin,Takrolimus• Sirolimus, Everolimus	<ul style="list-style-type: none">• İlaç toksitesi• Akut böbrek hasarı
Azol Antifungal	<ul style="list-style-type: none">• Siklosporin,Takrolimus• Sirolimus, Everolimus	<ul style="list-style-type: none">• İlaç toksitesi• Akut böbrek hasarı
Diltiazem	<ul style="list-style-type: none">• Siklosporin,Takrolimus• Sirolimus, Everolimus	<ul style="list-style-type: none">• İlaç toksitesi• Akut böbrek hasarı
Antiepileptik	<ul style="list-style-type: none">• Siklosporin,Takrolimus• Sirolimus, Everolimus	<ul style="list-style-type: none">• Subterapötik ilaç düzeyi• akut rejeksiyon
Rifampin	<ul style="list-style-type: none">• Siklosporin,Takrolimus• Sirolimus, Everolimus	<ul style="list-style-type: none">• Subterapötik ilaç düzeyi• akut rejeksiyon
Statin	<ul style="list-style-type: none">• Siklosporin	Miyozit, ilaç toksisitesi, akut böbrek hasarı
Greyfurt Ve Nar	<ul style="list-style-type: none">• Siklosporin,Takrolimus• Sirolimus, Everolimus	<ul style="list-style-type: none">• İlaç toksitesi• Akut böbrek hasarı

Kaynak: Türkmen, 2016

2.9.9- Komplikasyonların takibi

Böbrek transplantasyonu sonrası en çok görülen komplikasyonlar rejeksiyon, akut tübüler nekroz, enfeksiyon ve cerrahiye bağlı komplikasyonlardır. Transplantasyon sonrası dönemde komplikasyonların yönetimi önemlidir(Saclarides vd., 2015).

2.9.9.1- Rejeksiyon

Rejeksiyon alıcının greft organa karşı immun yanıt oluştuması sonucu organın reddedilmesidir. Hiperakut, akut ve kronik olmak üzere üç rejeksiyon tipi vardır(Sayek, 2009).

Hiperakut rejeksiyon, transplantasyon ameliyatını takiben ilk 24 saate olur. Böbrek damarlarında nekroz ile ortaya çıkar ve nefrektomi yapılması gerekir(Himmerfarb & İkizler, 2018).

Akut rejeksiyon, ilk ikiyda görülür. T hücre aktivasyonu gelişmesi sonucu oluşur. Akut inflamasyon semptomları belirgindir. Tedavisi mümkün olan bir rejeksiyon tipidir(Clatworthy vd., 2012).

Kronik rejeksiyon, 6. Aydan itibaren yıllar içinde görülebilir. Hücre düzeyinde immün reaksiyon gelişir. Akut rejeksiyon ataklarının gelişmesini takiben böbrek işlevlerinde meydana gelen bozulmalar sonucu ortaya çıkar. Son dönem böbrek yetmezliği ile sonlanır. Ateş, hipertansiyon, vücut ağırlığında artış, greft böbreğin büyüklüğünde artma, abdominal alanda duyarlılık ve ağrı, BUN ve kraeatinin değeri artışı, idrar çıkışında azalma, kreatinin klirensinde azalma belirti ve bulguları görülür(Saclarides vd., 2015; Clatworthy vd., 2012; Sayek, 2009).

2.9.9.2- Enfeksiyon

Böbrek transplantasyonu sonrası dönemde enfeksiyonlar en önemli ikinci ölüm nedenleridir. Bu dönemde enfeksiyonun anlaşılabilmesi güçtür. İmmunosupresyon belirtlerin farkedilmesini zorlaştırır. İmmüsupresif ilaçlar, çevresel faktörler, hastada tedavi edilmemiş enfeksiyonlar, cerrahi girişim enfeksiyon oluşmasına neden olabilir(Türkmen, 2016).

Transplantasyon sonrası dönemde ilk ay, üriner sistem enfeksiyonları, nazokomiyal enfeksiyonlar, cerrahi alan enfeksiyonları, solunum sistemi enfeksiyonları görülür. Transplantasyon sonrası ilk 1-6 aylık dönemde CMV, hepatit B, ebstein bar virüs enfeksiyonları sık görülür(Sayek; 2009)Transplantasyon sonrası 6 ay ve sonrası dönemde dermal mantar enfeksiyonları, tüberküloz ve pnömoni görülebilir. Hemşire hastayı vücut ısısında artış, dispne, öksürük, ikter, bulantı, yorgunluk, laboratuvar bulgularında lökositoz gibi enfeksiyon belirtileri yönünden gözlemelidir(McKay & Steinberg, 2010). Diabetes mellitus, malnütrisyon, hipertansiyon gibi enfeksiyonlara yatkınlığı artıran metabolik hastalıkların kontrolü önemlidir. CMV enfeksiyonunu önlenmesi için ilk 1-4 aylık sürede antiviral tedavi uygulanmalıdır(Khwaja, 2010). BKV enfeksiyonu greft kaybına neden olabilen tehlikeli posttransplant bir enfeksiyondur. İlk 6 ay ayda bir kez, sonrasında ise 9. ay, 12. ay, 18. ay ve 24. aylarda kontrolü önemlidir(Danovitch, 2009; Türkmen vd., 2013; Kaya vd., 2015).

Hasta ve bakım vericilerine enfeksiyonlardan korunma ile ilgili eğitim verilmelidir(temiz su ve gıda tüketimi, maske takma, vücut ısısının izlenmesi, kalabalık ortamlardan kaçınma, hijyen kuralları, evcil hayvan beslemekten kaçınma, aşular, yurt dışı yolculukların kararını vermeden önce nakil ekibine danışma)(Pazar vd., 2013).

Bütün aşulamaların transplantasyon öncesi dönemde yapılması idealdir. Ancak bazı aşular 6-12 aydan sonra, yani immünsupresif ilaç tedavisinin en düşük dozda olduğu dönemde uygulanabilir. Transplantasyon sonrası dönemde uygulanabilecek aşular HPV, HBV, inaktive influenza, inaktive polio, DBT, PCV-13, PPSV-23, neisseria meningitidisdir. Transplantasyon sonrasında kontrendike olan aşular oral polio, suçiçeği, sarı humma, KKK, BCG aşısıdır(Himmelfarb & Sayegh, 2010).

2.9.9.3- Akut tübüler nekroz

Greft böbreğin transplantasyon ameliyatı sırasında maruz kaldığı uzamı sıcak-soğuk iskemi, hipoperfüzyon nedenleri ile gelişebilir. Hastada BUN ve serum kreatinin değerinde artış, hipermagnezemi, hiperfosfatemi, hiperpotasemi, anüri yönünden izlenmelidir. Pulmoner ödem belirti ve bulguları, ödem yönünden hasta takip edilmelidir(Himmerfarb & İvizler, 2018; Clatworthy vd., 2012).

2.9.9.4- Cerrahiye bağlı komplikasyonlar

Başlıca posttransplant cerrahi komplikasyonlar kanama, renal arter stenozu, üreter darlığı, renal arter ven trombozu, idrar kaçağı ve lenfoseldir(Himmerfarb & İvizler, 2018).

Kanama, ameliyat sonrası dönemde ilk 24-40 saat arasında olabilir . Hasta kanama belirti ve bulguları yönünden izlenmelidir(Torpey vd., 2010).

Renal arter trombozu, ilk 24 saatte görülebilir. Üriner kateterde tıkanıklık olmaksızın idrar çıkışında ani kesilme yada azalma renal arter trombozunu düşündürür. Renal ven trombozu, transplantasyon sonrası ilk bir hafta içinde görülür, çoğunlukla greftin kaybına sebep olur. Ağrı, hassasiyet, hematüri, oligüri renal ven trombozuna işaret eder (Fananapazir & Lamba, 2018).

Renal arter stenozu, posttransplant 6-12 ay içinde görülür. İlaç tedavisine dirençli hipertansiyon renal arter stenozuna işaret eder(Srinivas & Shoskes, 2011).

İdrar kaçağı, ilk 3 ayda görülür. Ateş, greft alanında şişlik, insizyon yerinden berrak sıvı drenajı üriner kaçağın klinik belirtileridir(Himmerfarb & İkizler, 2018).

Lenfösel, transplantasyon sonrası dönemde transplante edilen böbreğin etrafında sıvı birikmesine neden olur. Asemptomatik seyrederek ve genellikle kendiliğinden kaybolur(Klein vd., 2011).

2.10- Böbrek Transplantasyonunda Gebelik

Böbrek transplantasyonu sonrası alıcılar gebe kalabilirler. Birçok transplantlı hastada başarılı gebelikler bildirilmiştir. Fakat bu hastaların çoğunun bebekleri düşük doğum ağırlıklıdır ve prematürdür(Giray vd., 2016).

Transplantasyon sonrası başarılı bir gebelik için aşağıdaki şartların bulunması gerekir:

- Gebelik ve transplantasyon arasındaki süre en az iki yıl olmalı
- Greft böbreğin fonksiyonunun iyi olması
- Hipertansiyon olmaması(Demirağ, 2009).

2.11- Böbrek Transplantasyonunda Kontrasepsiyon

Transplantasyon sonrası dönemde hasta ve partnerine kontraseptif yöntemler hakkında bireyselleştirilmiş danışmanlık sağlanmalıdır. Oral kontraseptifler, immünsüpresif bir ajan olan siklosporin-A ile etkileşime girebilir. Alıcının böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri düzenli olarak istenmelidir. RİA(Rahim İçi Araç) uygulaması enfeksiyon riskini artırdığından pek tercih edilememektedir. Ayrıca kullanılan immünsüpresif ilaçlar RİA'nın etkinliğini azaltabilir. Çünkü RİA endometriyumda meydana getirdiği inflamasyonla implantasyonun oluşumunu engelleyerek koruma sağlar(McKay & Steinberg, 2010; Ordin & Karayurt, 2015).

2.12- Böbrek Transplantasyonunda Cinsellik

Transplantasyon sonrası dönemde cinsel sorunlar kullanılan immünsüpresif ajanların yan etkileri sonucu ortaya çıkmaktadır.Hemşire;

- Hasta ve partnerine eğitim ve danışmanlık hizmeti sunulmalıdır.
- Hastayı cinsel sorunları konusunda konuşmaya cesaretlendirmelidir.
- Hastaya ilk bir ayda cinsel işlev bozuklukları yaşayabileceği ve bu durumun zamanla ortadan kalkacağı ile ilgili bilgi vermelidir.
- Alıcıya partneri ile aynı yatağı paylaşmaya devam etmesi durumunu devam ettirmesinin önemini anlatmalıdır.

- Cinsellik ile ilgili duygularını partneri ile paylaşmasının, ele ele tutuşma, sarılma gibi sevgi göstergelerini uygulamasının cinsel yaşam üzerinde kolaylık sağlayacağını belirtmelidir(Aksoy & Demet, 2018; Raiz, Davies & Ferguson, 2003; Hegarty & Olsburgh, 2012).

2.13- Böbrek Transplantasyonunda Psikososyal Durum Takibi

Böbrek transplantasyonu tam bir iyileştirme girişimi değildir, alıcının üzerinde birtakım psikososyal streslerin ortaya çıkmasına sebep olan karmaşık bir süreçtir. Bunlar depresyon, anksiyete, immünsupresif tedaviye uyumsuzluk, beden imajında bozulma, çalışmaya geri dönme, aile içi sorumluluklarla ilgili çatışmalar, rejeksiyon olasılığı ve sosyal izolasyon gibi psikososyal sorunlardır(Mancuso, 2006; Danovitch, 2009).
Hemşire:

- Hasta ile güvene dayalı terapötik iletişim kurmalıdır.
- Anksiyeteye neden olan durumları belirler. Bu duruma yönelik hasta ve ailesine danışmanlık sağlar. Danışmanlık bireysel veya odak-grup görüşmeleri şeklinde sağlanabilir. Peritransplantasyon süreci ile ilgili etkili eğitimlerin(cerrahi girişim, yoğun bakım, anestezi riskleri, immünsupresif ilaçlar, yan etkileri, sosyal güvence, emeklilik, destek sistemleri ile ilgili eğitim) düzenlenmesi anksiyete ve depresyonu azlatır(Ergün, 2017).
- Hastalara gerekli tedavi ve bakımın etkili ve düzenli uygulanması, bakımında sorumluluk almasının, sağlık kontrollerinin zamanında yapılmasının önemi açıklanmalıdır(Yaman & Yılmaz, 2015)
- Hastanın duygularını olduğu gibi ifade etmesine izin vermeli ve yargılamamalıdır. Başa çıkma yöntemlerinden hastaya uygun yöntemi seçmesine yardımcı olur. Stresten uzak bir yaşam ortamı oluşturmaya yardımcı olmaktır(Ekşi vd., 2016).
- Hastaya boş zaman aktiviteleri edinmesi için yardım etmelidir.
- Hastayı psikososyal ve sosyoekonomik destek sağlayan gönüllü kuruluşlara yönlendirmelidir.
- Hastaların birbirleriyle etkileşim halinde bulunacakları sosyal bir ortam oluşturabilir. Bu dijital sosyal ağlar(facebook, twitter, instagram, whatsapp) şeklinde olabilir yada yüz yüze grup toplantıları yapılabilir. Bu uygulamalar hastaların deneyimlerini paylaşması, birbirlerini rol model almaları, sorularına cevap bulmaları, sosyal izolasyonun önlenmesi açısından önemlidir(Yılmaz & Candan, 2016).
- Hasta beden imajında oluşacak değişikliklere önceden hazırlanmalıdır, oluşan değişikliklerle ilgili konuşmaya cesaretlendirmelidir, gerçek algıları ortaya konmalıdır(Yaman & Yılmaz, 2015).

- Hasta psikososyal durumu açısından multiposyonel bir ekip tarafından değerlendirilmelidir. Ekip, psikiyatri uzmanı hekimi, psikiyatri hemşiresini, nefroloğu kapsamalıdır(Ergün, 2017).

2.14- Taburculuk Eğitimi

Hasta eğitimi içeriği transplantasyon sonrası döneme holistik bir yaklaşımı benimsemelidir. Eğitimin amacı, bireyi transplantasyon sonrası yaşama hazırlamak, yaşam tarzı değişikliklerine uyumunu güçlendirmek, yaşam kalitesini iyileştirmek ve anksiyetesini azaltmaktır. Taburculuk eğitiminin başarısını artırmada bireyselleştirilmiş danışmanlık, interaktif eğitim materyallerinin kullanımı(video, mobil uygulama), odak-grup görüşmeleri, taburculuk sonrası izlem önemli yer tutar(Rosaasen vd., 2018; Urstad, Wahl, Andersen, Qyen & Hagen, 2013).

- Hastalar diğer hastalarla etkileşim halinde oldukları sosyal platformlar oluşturmalıdır. Yüzyüze görüşebilecekleri toplantılar olabilir, facebook, twitter, instagram gibi dijital sosyal platformlar kullanılabilir.bu platformlarda uzmanlarda yer almalıdır(Mouelhi, Alessandrini, Pauly, Dussol & Gentile, 2017).
- Hasta eğitimi bireyselleştirilmelidir.
- İçsel motivasyonu artırmayı amaçlayan uygulamalar(hedef belirleme gibi), uyumu artıracağı için mümkün olduğunca kullanılmalıdır(Yıldız, 2015).
- Hastaların hatırlamalarını kolaylaştırmak için kontrol listeleri sürece eklenmelidir(Ponticelli & Graziani, 2012).
- Eğitim düşük sağlık okuryazarlığı olan hastalar için anlaşılır olmalıdır(Gordon & Wolf, 2009).
- Eğitim hastaların içsel yükünü yönetmelerine ve bilgi üzerinde kontrol sağlamalarına izin verecek şekilde parçalara bölünerek sunulmalıdır(Hsiao vd., 2016).
- Eğitim yetişkin öğrenme ilkelerini içermelidir. Yetişkinlerin eğitim planlaması ve etkinliğinin değerlendirilmesinde yer alması gerekir. Deneyimler(hatalar dahil) öğrenme etkinliklerine temel oluşturmalıdır. Yetişkinler yaşamları ve işleriyle alakalı olan öğrenme konularıyla daha çok ilgilenirler(Rosaasen vd., 2018).
- Yetişkin öğrenmesi, içerik odaklı olmaktansa problem çözme odaklı olmalıdır(Xie vd., 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1- Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, böbrek transplantasyonu yapılan alıcıların danışmanlık gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı niteliksel araştırma yöntemine ve fenomenoloji (olgu bilim) desenine uygun olarak planlanmıştır.

3.2- Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Böbrek Nakil Ünitesinde 1 Aralık 2018-1 Nisan 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3- Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 1 Aralık 2018-1 Nisan 2019 tarihleri arasında böbrek transplantasyonu sonrası izlenen tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırmamızda örneklem seçiminde amaçlı örnekleme yöntemlerinden biri olan ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmada belirlenen ölçütler literatür verilerinden yararlanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Nitel çalışmalarda örneklemin büyüklüğünü çalışma öncesinde belirlemek güç olup, fazla sayıda örneklem grubuyla çalışma yürütmek çok mümkün değildir. İdeal olan ise, örneklemin büyüklüğünün 10 gönüllüyü geçmemesidir (Yıldırım & Şimşek, 2018). Çalışmamıza örneklem seçim ölçütlerine uygun böbrek transplantasyonu sonrası izlenen 10 hasta alınmıştır.

Örneklem seçim ölçütleri:

- İlk kez böbrek transplantasyonu yapılan,
- Konuşma ve işitme problemi olmayan,
- 18 yaş üzerinde,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- başlangıçta araştırmaya katılmayı kabul edip, sonradan ayrılmak isteyen hastalar,
- veri toplama sürecinde rahatsızlanıp görüşmenin sonlandırılması gereken durumlardır.

3.4- Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler, derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu ile toplanmıştır ve tüm görüşmeler ses

kaydı altına alınmıştır. Görüşme esnasında elektronik kayıtlara ek olarak araştırmacı katılımcı ile ilgili gözlem notları almıştır. Derinlemesine görüşmeler düzenlenmesi önceden yapılmış olan, yalnızca araştırmacı ve katılımcının bulunduğu, katılımcının rahat ve güvende olacağı bir odada gerçekleştirilmiştir. Görüşmeye başlamadan önce katılımcıya görüşmenin amacı, görüşmenin yaklaşık süresinin 30-45 dakika olduğu, araştırmacı ve katılımcı açısından araştırmanın kazanımları ve yapılan görüşmeler için ses kaydı yapılacağı bildirilmiştir. Ayrıca katılımcının görüşme sırasında ulaşılan tüm verilerin gizliliğinin korunacağı ile ilgili bilgiler hem sözlü ve hem de gönüllü katılımcı bilgilendirme formu kullanılarak yazılı şekilde izinleri alınmıştır. Hastaya isteği doğrultusunda görüşmeye geçici süreyle ara verilebileceği ve çalışmadan çekilebileceği bilgisi verilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce yarı yapılandırılmış görüşme formunun anlaşılabilirliği yapılan 2 pilot görüşmeyle test edilmiştir.

3.5- Veri Toplama Araçları

Veriler "Hasta Tanılama Formu" ve "Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu" kullanılarak toplanmıştır.

Hasta Tanılama Formu(EK I): Hastaların, sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, meslek) ve klinik özelliklerini (böbrek yetmezliğinin etiyolojisi, donör tipi, canlı verici ile yakınlık derecesi) içeren bir formdur.

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu(EK II): Böbrek transplantasyonu yapılan alıcıların bilgi ve destek gereksinimlerini belirlemek amacıyla literatüre göre şekillendirilen soru formudur. Görüşme formu üzerinde hastanın ismi yer verilmemiştir. Hastanın mahremiyetinin korunması için doğrudan alıntılarda 'K1, K2, ... , K10' gibi kodlar kullanılmıştır. Görüşme Formu dört açık uçlu sorudan oluşturulmuştur.

Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK III): Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllüye, çalışmayla ilgili tüm bilgilere ek olarak uygulanacak müdahale ve karşılaşılabilecek riskler konusunda bilgiler verilmekte olup form gönüllünün herhangi bir zorlama olmaksızın kendi özgür seçimine dayanarak çalışmaya katılmayı kabul ettiğini göstermektedir.

3.6- Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde tematik içerik analizi ve tümevarımcı yaklaşım kullanılmıştır. İçerik analizi, benzerlikleri olan verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde toplamak ve bunları anlaşılır bir biçimde düzenleyerek yorumlamaktır (Karataş, 2017). Analiz sürecinde önce yapılan derinlemesine görüşmelerin kelimesi kelimesine dökümü

yapılmıştır. Dökümler incelenerek, kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan bölümler, araştırmacı tarafından isimlendirilmiştir, diğer bir deyişle kodlanmıştır. Kodlamalar bağımsız kodlayıcılar tarafından kodlanıp sonra kodlayıcılar arasında uzlaşma sağlanmıştır. Kodların benzerlik ve farklılıkları saptanarak ve buna göre birbiriyle ilişkili olan kodları bir araya getirebilecek türden alt temalar belirlenmiştir. Temalar ve temaları oluşturan alt temaların birbiriyle olan ilişkisi belirlendikten sonra bir bütünlük sağlanmıştır ve ana temalar belirlenmiştir. Ardından verilerin raporlanmasına geçilmiştir. Bulgular bölümünde ortaya koyduğumuz temalar doğrultusunda katılımcıların araştırma konusuna ilişkin doğrudan alıntılarına yer verilmiştir.

3.7- Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Bilimsel araştırmalarda, elde edilen sonuçların inandırıcılığı en önem verilen hususlardandır. Bu nedenle geçerlik ve güvenilirlik bilimsel araştırmalarda en sık başvurulan iki ölçüttür. Geçerlik, araştırma sonucu ulaştığımız bulguların doğruluğunu yansıtırken, güvenilirlik ise tekrar edilebilirliğini konu edinir(Yıldırım & Şimşek, 2018).

Geçerlik, nitel araştırma deseninde araştırmacının, olguyu mümkün olabildiğince yansız ve olduğu gibi gözlemesi şeklinde tanımlanmaktadır. Araştırmamızda geçerlik için, nitel araştırmanın doğasına daha uygun olduğu için Lincoln ve Guba'nın geliştirdiği ölçütler kullanılmıştır. Bu çerçevede iç geçerlik ölçütü yerine inandırıcılık, dış geçerlik ölçütü yerine aktarılabirlik kullanılmıştır(Yıldırım & Şimşek, 2018).

İnandırıcılık: Gerçeğin doğru temsilidir. Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçların açık, benzer ortamlarda elde edilen sonuçlarla tutarlı ve uzmanlar tarafından teyit edilebilir olması anlamına gelir. Lincoln ve Guba inandırıcılığın sağlanabilmesi için çeşitleme, derinlik odaklı veri toplama, katılımcı teyidi, uzman incelemesi, uzun süreli etkileşim stratejilerini önerirler(Yıldırım & Şimşek, 2018). Araştırmamızda inandırıcılığı sağlamak için uzman incelemesi ve uzun süreli etkileşim, derinlik odaklı veri toplama ölçütleri kullanılmıştır. Görüşme süresi uzadıkça katılımcı ile araştırmacı arasında güven ortamı oluşur ve katılımcı verdiği cevaplarda daha samimi olabilir. Bu amaçla araştırmamızda yapılan derinlemesine görüşmeler 30-60 dakika arasında sürmüştür. İki uzman araştırmanın tasarımı, veri toplama aşaması, verilerin analizi ve sonuçların yorumlanması süreçlerinde eleştirel bir şekilde katkıda bulunmuş ve süreçlerle ilgili geri bildirim vermiştir. Araştırmacı nitel araştırma yöntemleri ve veri analizi ile ilgili bir kursa katılmıştır. Araştırma veri doygunluğuna ulaşıncaya kadar devam ettirilmiş olup, ses kayıtlarının yanında katılımcıların mimikleri, vücut hareketleri not alınmıştır.

Aktarılabirlik: Nitel araştırmada genelleme ölçütü yerine aktarılabirlik kavramının kullanılmasının nedeni, sonuçların benzer durumlara genellenemeyecek olmasıdır. Ancak nitel araştırmalarda bulgular benzer durumlara aktarılabir ve bu durumlara ilgili anlayış oluşturulabilir ve diğer araştırmacılar kendi durumlarıyla ilgili olaylara deneyimli ve bilinçli yaklaşabilirler. Nitel araştırmada, aktarılabirliğin sağlanabilmesi ayrıntılı betimleme ve amaçlı örnekleme önemlidir. Ayrıntılı betimleme, elde edilen verilerin yeterli ölçüde betimlenmesine bağlıdır(Yıldırım & Şimşek, 2018). Araştırmamızda, elde ettiğimiz ham veriler, belirlediğimiz kavram ve temalara göre revize edilmiş bir şekilde okuyucuya nesnel ve ham verinin doğasına olabildiğince sadık kalınarak aktarılmıştır.

Güvenirlik, nitel araştırmalarda, araştırmanın tüm süreçlerinde tutarlık ve teyit edilebilirliğin uygulanması ile mümkündür. Çünkü nitel araştırmalarda, olgular zaman ve ortama bağlı olarak oluşur ve ve aynen tekrarı mümkün değildir. Araştırmamızda güvenirlik için, nitel araştırma tasarımıının doğasına en uygun olan Lincoln ve Guba'nın geliştirdiği stratejiler kullanılmıştır. Bu çerçevede iç güvenirlik ölçütü yerine tutarlık, dış geçerlik ölçütü yerine teyit edilebilirlik kullanılmıştır(Yıldırım & Şimşek, 2018).

Tutarlık: Nitel araştırmalarda, olguların değişken olduğunun kabul edilmesi ve bu durumun araştırmaya tutarlı bir şekilde yansıtılmasıdır. Amaç araştırmanın tüm aşamalarına dışarıdan bir gözün kontrolü ve tutarlığın denetlenmesidir. Bunun için tutarlılık incelemesi yapılmalıdır(Yıldırım & Şimşek, 2018). Araştırmamızda, verilerin toplanmasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmış olup, verilerin analizinde konu hakkında deneyimli iki uzmandan destek alınmıştır.

Teyit edilebilirlik: Araştırmacının elde ettiği sonuçların, dökümünü yaptığı ham verilerle uyumlu olması anlamına gelir. Teyit edilebilirliğin sağlanabilmesi için bir uzman tarafından teyit incelemesi yapılması gereklidir(Yıldırım & Şimşek, 2018). Bu araştırmada sonuçlar okuyucuyla paylaşılmış, tüm ham veriler, ortaya konulan kavram ve temaların dökümleri, gözlem notları teyit incelemesi için saklanmıştır.

3.8- Araştırmanın Etik Onayı

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Genel Cerrahi Anabilim Dalından, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Giriřimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izinler alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilerek sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Yapılan görüşmelerle ilgili yazılı kayıtlar araştırmacının kilitli dolabında saklanacaktır.

Görüşmelerle ilgili tüm yazılı kayıtlarda hiçbir katılımcının ismi yazılmamış katılımcıların kimlik bilgilerinin gizliliğinin korunması için kodlar kullanılmıştır.

Araştırmanın Zayıf Yönleri

Araştırma, Türkiye’de Eskişehir ve çevre illerde yaşayan canlıdan böbrek transplantasyonu yapılmış alıcıların oluşturduğu bir örnekleme nitel olarak yapılmıştır. Bu nedenle araştırmamızın sonuçları tüm böbrek transplantasyonu yapılan alıcılara genellenemez.

4- BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde sunulmuştur. Birinci bölümde katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine yer verilmiştir. İkinci bölümde ise böbrek transplantasyonu yapılan alıcılar ile yapılan derinlemesine görüşmelerin içerik analizi sonuçları sunulmuştur.

4.1- Araştırma Örneklemine Alınan Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine Göre Tanımlayıcı Özellikleri

Örneklem grubuna dahil edilen alıcıların yaşları 30 ile 57 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması 46.70 ± 8.47 'dir. Alıcıların %90'ı ilkokul mezunudur, %50'si emeklidir ve hiçbiri şu anda çalışmamaktadır. Canlı vericilerin ise %75 oranında alıcıların eşleri olduğu saptanmıştır. Araştırma örnekleminde yer alan alıcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin bilgileri Tablo 4.1.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1.1: BT alıcılarının sosyodemografik ve klinik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı özellikleri

Özellikler	Alıcı (n:10)
Yaş	X±SS 46.70±8.47 (Min:30-Max:57)
Cinsiyet	Sayı(%)
Kadın	3 (%30)
Erkek	7 (%70)
Eğitim Durumu	
İlkokul	9 (%90)
Lise	1 (%10)
Meslek	
Ev hanımı	3 (%30)
İşçi	2 (%20)
Emekli	5 (%50)
Medeni Durum	
Evli	9 (%90)
Bekar	1 (%10)
Çalışma Durumu	
Şu an çalışıyor	0
Şu an çalışmıyor	10 (%100)

Transplantasyondan sonra geçen zaman

6 ay-1 yıl
2-3 yıl

9 (%90)
1 (%10)

Verici Tipi

Canlı
Kadavra

4 (%40)
6 (%60)

Canlı verici
(n:4)**Canlı verici ise yakınlık derecesi**

Birinci derece akraba (anne,baba,kardeş vb)
Eş

1 (%25)
3 (%75)

4.2- Alıcıların Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi Amacıyla Yapılan İçerik Analizi Sonuçları

Bu bölümde böbrek transplantasyonu yapılan alıcıların danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan içerik analizinden elde ettiğimiz sonuçlar sunulmuştur. Böbrek transplantasyonu yapılan alıcıların danışmanlık gereksinimlerini belirlemeye ilişkin 2 ana tema ve 9 alt tema elde edilmiştir. Bu temalar;

➤ **Alıcıların Transplantasyon Öncesi Döneme İlişkin Danışmanlık Gereksinimleri**

Ameliyat süreci
Postoperatif dönem
Verici riskleri

➤ **Alıcıların Transplantasyon Sonrası Döneme İlişkin Danışmanlık Gereksinimleri**

İmmünsüpresif ilaçlar
Komplikasyonlar
Cinsellik ve Kontrasepsiyon
Çocuk Sahibi Olma Ve Aile Kurma
Ekonomik Durum
Sosyal Destekler

4.2.1- Ana Tema I: Alıcıların Transplantasyon Öncesi Döneme İlişkin Danışmanlık Gereksinimleri

4.2.1.1- Alt Tema 1: Ameliyat sürecine ilişkin danışmanlık gereksinimleri

Alıcılar ameliyat sürecine ilişkin ameliyat süresi, anestezi riskleri, ameliyatın nasıl yapıldığı , ölüm tehlikesi , ameliyathane ortamı, ameliyat kesisinin büyüklüğü, ameliyat kesinin yeri, ameliyathanede bekletilme süresi, , uyandığında nasıl bir ortamda bulunacağı ile ilgili olarak danışmanlık gereksinimleri olduğunu ifade etmişlerdir.

`...Beni ameliyathaneye götürdüler, orada bekledim. Aklımdan hep ölüm geçti.' {K8; 57 Y, erkek, vericisi: kadavra}

`...Ya ameliyattan sağ çıkamazsam, çocuklarımların hali ne olur. Eksikte olsam en azından başlarımdayım diye düşündüm (gözleri doluyor).' {K4; 40 Y, kadın, vericisi: oğlu }.

`...Anesteziden uyanamazsam diye çok korkmuştum. Beni ameliyatla ilgili en çok endişelendiren şey buydu. Ama şükürler olsunki ameliyatım sorunsuz geçti.' {K2; 53 Y, erkek, vericisi: eşi }.

`...Uyandığında ortamda çok fazla ışık vardı, rahatsız ediciydi. Üniformalı çalışanlar vardı. Galiba hemşireydi. Benimle ilgilendi. Ne kadar kaldığımı sordum.' {K7; 46 Y, erkek, vericisi: kadavra }

`...Ameliyattan önce koca böbreği takacaklar, yaram büyük olur diye düşündüm.' {K3; 43 Y, erkek, vericisi: kadavra }.

4.2.1.2- Alt Tema 2: Postoperatif döneme ilişkin danışmanlık gereksinimleri

Alıcılar postoperatif döneme ilişkin, vücudunda bulunan drenlere, yoğun bakım ortamına, yoğun bakımda kalış süresi, yoğun bakım aile ziyaretleri, derin solunum egzersizleri, öksürük egzersizleri ilişkin danışmanlık gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir.

`...Yoğun bakımda çok kalırsam, ailemi göremezsem diye üzıldüm (sesi titiriyor).' {K1; 56 Y, kadın, vericisi: kadavra}

`...Uyandığında vücudumda borular, tüpler vardı. Ben ne olduğunu anlamam zaten bunların.' {K2; 53 Y, erkek, vericisi: eşi }.

`...Derin solunum öksürük egzersizinin ne olduğunu bilmem ben.' {K7; 46 Y, erkek, vericisi: kadavra }.

`...Yoğun bakımın böyle olduğunu bilmezdim. Karışıkta. Ama benimle çok ilgilendiler orada. ...Ailem bana el salladı karşıdan. Çok iyi geldi(gülüyor).' {K8; 57 Y, erkek, vericisi: kadavra}

4.2.1.3- Alt Tema 3: Verici risklerine ilişkin danışmanlık gereksinimleri

Alicılar verici risklerini, transplantasyondan sonra vericilerin çalışma durumlarını, vericilerin güvenliğini, yaşam kalitelerinin nasıl etkileneceğini bilmediklerini ifade etmişlerdir.

`...Oğlumun böbreğini almak istemedim. Sonuna kadar direndim. Ama durumum ağırlaşınca onun böbreğini almak zorunda kaldım. ...Oğlum çalışabilir mi, çocuğu olur mu diye korktum.' {K4; 40 Y, kadın, vericisi: oğlu }.

`...Eşim benim yüzümden eksik kaldı, ölebilirdi.' {K2; 53 Y, erkek, vericisi: eşi }.

4.2.2- Ana Tema II: Alicıların Transplantasyon Sonrası Döneme İlişkin Danışmanlık Gereksinimleri

4.2.2.1- Alt Tema 1: İmmüsupresif ilaçlara ilişkin danışmanlık gereksinimleri

Çalışmamızda alıcılar ilaçların yan etkileri, etki mekanizmaları, besin-ilaç etkileşimleri, ilaç etkileşimlerine ilişkin bilgi gereksinimlerinin olduğunu belirtmişlerdir.

`...Limon sıkтым içtim. Ama limon ilacımın etkisini azaltıyormuş bunu bilmiyordum. Doktorum kontrolümde ilacımın dozunu artırdı. Bunu siz hastalara söyleyin.' {K7; 46 Y, erkek, vericisi: kadavra}.

`...Doktorumun verdiği ilaçlarımdan başka ilaç almıyorum, böbreğime zarar gelir diye korkarım.' {K1; 56 Y, kadın, vericisi: kadavra}.

`...İlaçların yan etkileri, etki mekanizmalarını bilmiyorum.' {K2; 53 Y, erkek, vericisi: eşi }.

4.2.2.2- Alt Tema 2: Komplikasyonlara ilişkin danışmanlık gereksinimleri

Alicılar, organ reddi, enfeksiyon komplikasyonlarına ilişkin danışmanlık gereksinimleri olduklarını ifade etmişlerdir. Alicılar organ reddi yaşama olasılıklarını ve belirtilerini, organ reddinden nasıl korunması gerektiğini, organın ne kadar yaşayacağını bilmediklerini, greft organın başına her an olumsuz bir şey gelişebileceği düşüncesi içinde olduklarını ifade etmişlerdir. Alicılar enfeksiyonlardan korunma yolları, belirtilerini bilmediklerini ifade etmişlerdir.

`..Organ reddi olursa bulantı, kusma olur herhalde.' {K7; 46 Y, erkek, vericisi: kadavra }

`...Şimdi çok iyiyim, ama her an böbreğime zarar gelir diye çok korkuyorum. Bol su içiyorum korumak için.' {K8; 57 Y, erkek, vericisi: kadavra }

`...Kimseyle öpüşmüyorum, sarılmıyorum, kalabalık ortamlara girmiyorum. Enfeksiyonlardan korunmak için dışarı çok çıkmıyorum.' {K3; 43 Y, erkek, vericisi: kadavra }.

`...Böbreğe zarar gelir diye torunumu kucağıma almıyorum.' {K1; 56 Y, kadın, vericisi: kadavra }.

`...Başlarda çok hastaneye yattım enfeksiyondan. Koruyamadım kendimi.' {K4; 40 Y, kadın, vericisi: oğlu }.

4.2.2.3- Alt Tema 3: Cinsellik ve kontrasepsiyona ilişkin danışmanlık gereksinimleri

Çalışmamızda alıcılar cinsel istekde azalma yaşadıklarını bildirmiş ve cinselliğin greft böbreğe zarar verebileceği, aktif cinsel yaşama başlama zamanı konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmamızda alıcılar, transplantasyondan sonra kullanacakları kontraseptif yöntemleri bilmediklerini belirtmişlerdir.

`...İsteksizim ama başında bir erkek olunca cinsellik devam ediyor. ...Öncesinde korunduğumuz gibi korunmaya devam ediyoruz.' {K4; 40 Y, kadın, vericisi: oğlu }.

`...Zararı olur diye korkuyorum, ne zaman yaparsak zarar gelmez.' {K1; 56 Y, kadın, vericisi: kadavra }.

4.2.2.4- Alt Tema 4: Çocuk sahibi olmaya ve aile kurmaya ilişkin danışmanlık gereksinimleri

Çalışmamızda, alıcılar, böbrek transplantasyonunun gebe kalmalarına engel olup olmadığı, kullandıkları ilaçların gebelik olursa bu durumu ve emzirmeyi nasıl etkileyeceği konusunda bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

`...Gebe kalabilecek miyim tekrar? Ama çok ilaç içiyorum bundan dolayı gebe kalmaktadır korkuyorum. Bebeğe zarar verir kesin ilaçlar. Zaten nasıl emziririm bebeği bu ilaçlarla.' {K4; 40 Y, kadın, vericisi: oğlu }.

`...Biraz toparlandıktan sonra evlenmeyi düşünüyorum.' {K3; 43 Y, erkek, vericisi: kadavra }.

4.2.2.5- Alt Tema 5: Ekonomik durumlara İlişkin danışmanlık gereksinimleri

Alıcılar çalışma durumu, sosyal güvence, emeklilik, ekonomik duruma ilişkin danışmanlık gereksinimleri ve kaygıları olduğunu belirtmişlerdir.

`...Malulen emekli oldum. Tabi maaşım düştü. Geçinmek zor.' {K8; 57 Y, erkek, vericisi: kadavra}.

`...Diyaliz tedavisi görürken malulen emekli oldum. Maddi sıkıntılar var.' {K7; 46 Y, erkek, vericisi: kadavra }.

4.2.2.6- Alt Tema 6: Sosyal desteğe ilişkin danışmanlık gereksinimleri

Çalışmamızda alıcılar enfeksiyonlardan korunmak için sosyal yaşamdan uzaklaştıklarını ifade etmişlerdir. Alıcılar en çok desteği ailelerinden aldıklarını belirtmişlerdir.

`...Arkadaş günlerime gitmeyi bıraktım. Enfeksiyondan böbreğime zarar gelir diye. Ama insan destek arıyor. Sizinle konuşmak bile iyi geldi (gülüyor).' {K4; 40 Y, kadın, vericisi: oğlu }.

'...Herkesten geri çektim kendimi.' {K3; 43 Y, erkek, vericisi: kadavra}.

'...Eşim ve çocuklarım çok destek oluyor. Ama tabii onların da evleri, yuvaları, çocukları var nereye kadar.' {K1; 56 Y, kadın, vericisi: kadavra }.

'...Ailem en büyük desteğim.' {K2; 53 Y, erkek, vericisi: eşi }.

	KATEGORİ	ALT TEMA	ANA TEMA
'Anesteziye uyanamazsam diye çok korkmuştum. Beni ameliyatla ilgili en çok endişelendiren şey buydu. Ama şükürler olsunki ameliyatım sorunsuz geçti.'	Anesteziye bağlı ölüm korkusu	Ameliyat	
'Ameliyattan önce koca böbreği takacaklar, yaram büyük olur diye düşündüm... Ne tarafa takarlar acaba''	Ameliyat kesisinin yeri ve büyüklüğüne dair endişe		
'Nasıl bir ameliyata gireceğimi bilmek isterdim''	Ameliyatın nasıl yapılacağına dair endişe		
'Uyandığımda ortamda çok fazla ışık vardı, rahatsız ediciydi. Üniformalı çalışanlar vardı. Galiba hemşireydi. Benimle ilgilendi. Ne kadar kaldığımı sordum.'	Ameliyathane ortamı	Postoperatif dönem	Transplantasyon öncesi döneme ilişkin danışmanlık gereksinimleri
'Uyandığımda vücudumda borular, tüpler vardı. Ben ne olduğunu anlamam zaten bunların.'	Drenler		
Yoğun bakımın böyle olduğunu bilmezdim. Karıştı. Ama benimle çok ilgilendiler orada. ...Ailem bana el salladı karşıdan. Çok iyi geldi	Yoğun bakım		
'Oğlumun böbreğini almak istemedim. Sonuna kadar direndim. Ama durumum ağırlaşınca onun böbreğini almak	Vericinin yaşamına dair endişe	Canlı verici	

zorunda kaldım. ...Oğlum çalışabilir mi, çocuğu olur mu diye korktum.”			
“Limon sıktım içtim. Ama limon ilacımın etkisini azaltıyormuş bunu bilmiyordum. Doktorum kontrolümde ilacımın dozunu artırdı. Bunu siz hastalara söyleyin.”	Besin-ilaç etkileşimleri	İmmünsupresif ilaçlar	Transplantasyon sonrası döneme ilişkin danışmanlık gereksinimleri
“...Doktorumun verdiği ilaçlarımdan başka ilaç almıyorum, böbreğime zarar gelir diye korkarım.”	İlaç etkileşimlerine dair endişe		
“...İlaçların yan etkileri, mekanizmalarını bilmiyorum’.”	İlaç yan etkileri		
Organ reddi olursa bulantı, kusma olur herhalde.	Rejeksiyon	Olası komplikasyonlar	
“Başlarda çok hastaneye yattım enfeksiyondan. Koruyamadım kendimi.”	Enfeksiyon		
İsteksizim ama başında bir erkek olunca cinsellik devam ediyor. ...Öncesinde korunduğumuz gibi korunmaya devam ediyoruz.’ Zararı olur diye korkuyorum, ne zaman yaparsak zarar gelmez.	Cinselliği Sürdürmede Zorlanma	Cinsellik ve kontrasepsiyon	
“Gebe kalabilecek miyim tekrar. Ama çok ilaç içiyorum bundan dolayı gebe kalmaktan da korkuyorum. Bebeğe zarar verir kesin ilaçlar. Zaten nasıl emziririm bebeği bu ilaçlarla.”	Gebelik Umudu	Çocuk sahibi olma ve aile kurma	
“Biraz toparlandıktan sonra evlenmeyi düşünüyorum.”	Evlenme Umudu		
Malulen emekli oldum. Tabi maaşım düştü. Geçinmek zor.’	Geçim Zorluğu Sosyal güvence Çalışma durumu	Ekonomik durumlar	

<p>“...Diyaliz tedavisi görürken malulen emekli oldum. Maddi sıkıntılar var.</p> <p>“Beni bu yarım halimle hangi işe kabul ederler ki Keşke sosyal güvencem tüm masraflarımı karşılasa acaba bir yolu var mı bunun”</p>			
<p>“Arkadaş günlerime gitmeyi bıraktım. Enfeksiyondan böbreğime zarar gelir diye. Ama insan destek arıyor. Sizinle konuşmak bile iyi geldi.”</p> <p>“...Herkesten geri çektim kendimi.”</p> <p>“Eşim ve çocuklarım çok destek oluyor.” Ama tabii onların evleri, yuvaları, çocukları var nereye kadar.”</p> <p>“Ailem en büyük desteğim.”</p>	Sosyal İzolasyon	Sosyal Destek	

5. TARTIŞMA

5.1- I. Ana Tema Alıcıların Transplantasyon Öncesi Döneme İlişkin Danışmanlık Gereksinimlerinin Tartışılması

Alıcılar transplantasyonla ilgili olarak anestezi riskleri, ölüm tehlikesi ile ilgili kaygı yaşadıklarını, ameliyat kesisinin büyüklüğü ve yeri, ameliyatın nasıl yapıldığı, ameliyat süresi, ameliyathanede bekletilme, ameliyathane ortamı, uyandığında bulunacağı ortam, öksürük ve derin solunum egzersizlerine ilişkin danışmanlık gereksinimlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların ameliyat öncesi dönemde ameliyat öncesi dönemde anestezi ve cerrahiye bağlı bilgi gereksinimlerinin karşılanması anksiyete düzeylerinin azalması ve pozitif hasta sonuçları açısından önemlidir(Taşdemir, Erakgün, Deniz & Çertuğ, 2013).

Literatürde bulunan bazı araştırmaların sonuçları, araştırmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Yoldaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada preanestezik ziyaret sırasında anestezi uygulamaları ve olası komplikasyonlar ile ilgili bilgilendirmenin, hastaların anksiyetelerini azalttığı ve memnuniyetlerini artırdığı saptanmıştır. Hastaların %89.6'sı anestezi uzmanı tarafından, anestezi ve riskleri hakkında bilgilendirilmek istediğini bildirmiştir. Aynı çalışmada anesteziye ilişkin korkular arasında, ölüm korkusu(%29.3) ve anestezi uyanamama(%25.3) ilk sıralarda yer almaktadır(Yoldaş, Yoldaş, Karagöz, Güven & Çelik, 2016). Benzer olarak Osinaike ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptığı çalışmada da preoperatif dönemde hastaların korku ifadeleri arasında ölüm korkusu (%82) ilk sırada yer almıştır(Osinaike, Dairo, Oyebamiji, Odesanya & Tanimowo, 2007).

Çalışma sonuçlarımızla benzer şekilde Dolgun ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada hastaların % 43.5'inin ameliyat sonrası dönemde alınacağı yer, %55.1'inin anestezi ve %33.3'ünün ameliyat, %68.1'inin solunum ve öksürük egzersizleri ve %66.7'inin ise hastaneye getirilmesi gereken malzemeler ile ilgili bilgi almadığı ve bu konularla ilgili bilgi gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır(Dolgun & Dönmez, 2015). Literatürle uyumlu olarak, Bayraktar ve Bulut'un yaptığı çalışmada ise hastaların %72'sinin cerrahi girişim ve anestezi ile ilgili bilgi almadığı bildirilmiştir(Bayraktar & Bulut, 2000).

Ameliyathaneler, sağlık merkezlerinde üst düzey karmaşık ve multiprofesyonel işbirliğinin olduğu çalışma ortamlarından biridir. Özbayır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalar ameliyathane ortamını korkunç(%21.58) olarak tanımlamışlar, ameliyathane ortamı(ses, ışık, ameliyathane trafiği durumu ile ilgili) hakkında yeterli bilgiye sahip

olmadıklarını ve çalışanların meslek alanlarını ayıramadıklarını(%54.37) ifade etmişlerdir(Özbayır, Demir, Candan, Coşkun & Dramalı, 2003). Bu durum yetersiz eğitim alan hastalarda bilinmezlik korkusunun oluşmasına neden olur. Çalışmamızla benzer şekilde, Yeşilyaprak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ameliyathane ortamı ile ilgili bilgi alan hastaların oranı yalnızca %20.1 olarak bildirilmiştir. Hastaların %20.1'i ameliyathanede bekletilme durumunun ve ameliyat süresinin kendilerinde korku oluşturduğunu ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada ameliyat öncesi dönemde eğitim alma ile hastaların kendilerini güvende hissetmeleri arasında istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur(Yeşilyaprak & Özşaker, 2018).

Ameliyathanede farklı disiplinlerden sağlık profesyonelleriyle karşılaşacağı, soğuk bir ortam olduğunu,kullanılan maskeler sebebiyle çalışanlarının seslerini farklı duyabileceği, kendilerini güvende hissetmeleri hakkında bilgi vermesi kaygı düzeyini azaltacaktır. Yapılan bir çalışmada, hastaların ameliyat öncesi dönemde hemşirelerden bilgi alma oranı %48.7 olarak bildirilmiştir(Yeşilyaprak & Özşaker, 2018). Bu sonuçlar hemşirelerin danışmanlık görevini yerine getiremediğinin göstergesidir. Hemşireler, hastaların cerrahi girişim sürecine uyumlarını artırmak için, bakıma ilişkin girişimlerini planlarken eğitim ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmalıdır. Ancak ülkemizde hemşirelerin, tranplantasyon ile ilgili hizmet içi eğitimlerini sağlayacak eğitim programları bulunmamaktadır. Bu durum hemşirelerin bu alandaki bilgilerinin sınırlı kalmasına ve hastaya verilen eğitimin yetersiz olmasına neden olmaktadır. Ayrıca hemşirelerin zaman sınırlılığı ve sayıca yetersiz olması planladıkları eğitim etkinliklerinin yerine getirilmesi açısından bir engel oluşturmaktadır.

Postoperatif dönemde ise alıcılar yoğun bakım ortamına, yoğun bakımda kalış süresi, yoğun bakım aile ziyaretleri, vücudunda bulunan drenlere ilişkin bilgi gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. Yoğun bakım üniteleri, üst düzey tıbbi bakım gerektiren hastalığı olan ve cerrahi girişim geçiren hastalara mutiprofesyonel bakım veren birimlerdir. Bu karmaşık birimde, hastalar birçok psikososyal ve fiziksel stresöre maruz kalmaktadır. Yapılan çalışmalar hastaların yoğun bakım ünitelerinde uyku bozukluğu, ajitasyon, bilinmezlik korkusu, anksiyete gibi olumsuz deneyimler yaşayacaklarını göstermiştir(Dedeli & Akyol, 2008; Hintistan, Nural & Öztürk, 2009). Adsay ve Dedeli'nin 2015 yılında yaptığı çalışmada hastaların yaklaşık olarak %50'si bilinmezlik korkusu ve kabus yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmanın yapıldığı kurumda yoğun bakım çalışanlarının hastalara yeterli açıklamaları yaptığı, ailelere durum ile ilgili geri bildirim verildiği, belirli zaman dilimlerinde aile ziyaretlerine izin verildiği belirtilmiş, bu durumun ise hasta memnuniyetini artırdığı saptanmıştır(Adsay & Dedeli, 2015).

Literatürle uyumlu olarak, White ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yoğun bakım ünitesinde aile ziyaretlerine izin verildiği ve ailenin bakıma katıldığı bir merkezde , hastanede kalış süresinin aile merkezli bakım modelinde(6.7 gün) standart bakıma(7.4 gün) göre daha kısa olduğu ve hasta menuniyetinin arttığı ortaya konmuştur. Yapılan bir çalışmada çalışmamızla benzer şekilde hastaların %69.6'sının ameliyat sonrası dönemde vücudunda bulunan drenler ve tüpler ile ilgili bilgi gereksinimi olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak yoğun bakım ortamı, drenler, aile ziyaretleri hakkında açıklayıcı bilgi verilmesinin gerekliliği ortaya konmuştur(White vd., 2018).

Çalışmamızda alıcılar verici risklerini, vericilerin güvenliğini, yaşam kalitelerinin nasıl etkileneceğini, transplantasyondan sonra çalışma durumlarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Canlı vericiden organ transplantasyonu sağlıklı olan vericilerin güvenliği için risk oluşturmaktadır. Ancak kadaverik donör sayısındaki yetersizlik canlı vericinin tercih edilmesine sebep olmaktadır. Bildirilen ölümlere göre, böbrek vericileri için ölüm riski %0.013dür(Gülen & Karaca, 2018). Araştırmamızda canlı vericilerin alıcıyla kuvvaetli duygusal bağı bulunan kişiler olması, alıcı bireyin verici risklerini bilmek istemesini, suçluluk duygusunu ve hassasiyetini açıklamaktadır. Alanla ilgili çalışmalar incelendiğinde, çalışmamızla benzer olarak alıcıların vericiye zarar verme korkusu, vericinin sağlığını riske atma ve sonuç olarak çalışma durumu ve aile hayatını olumsuz yönde etkileme endişesi açıkça ortaya konmuştur(Taşkıntuna & Özçürümez, 2011; Noyan, Sertöz, Elbi & Çetin; Özçürümez, Tanrıverdi & Zileli, 2003).

Literatür incelendiğinde, böbrek bağışlamanın vericinin ruhsal sağlığını olumlu yönde etkilediği ortaya çıkmaktadır. Bu araştırma sonuçlarının alıcılar ile paylaşılması bilgi gereksinimlerinin karşılanması, suçluluk duygusu ve hassasiyeti açısından oldukça önemlidir. Sadler ve arkadaşlarının 1971 yılında yaptığı nitel çalışmada 18 verici ile görüşülmüş ve transplantasyon sonrası dönemde kendilik değerlerinde artış olduğu sonucu ortaya konmuştur(Sadler vd., 1971)Yapılan başka bir çalışmada verici ve alıcı arasındaki ilişkinin pozitif yönde değiştiği, duygusal bağın güçlendiği bildirilmiştir. Çinde böbrek transplantasyonu yapılan, 234 verici ve alıcı ile yapılan çalışmada vericilerin yaşam kalitesi SF-36 ile ölçülmüş ve vericilerin normal poplasyona göre yaşam kalitelerinin yüksek olduğu ortaya konmuştur(Zheng vd., 2014). Mansour ve arkadaşlarını yaptığı çalışmada açık donör nefrektomisi uygulanan vericilerin ortalama iyileşme ve normal aktivitelere, işe dönme süresi yaklaşık 42 gün olarak gösterilmiştir(Mansour vd., 2017).

5.2- II. Ana Tema Alıcıların Transplantasyon Sonrası Döneme İlişkin Danışmanlık Gereksinimlerinin Tartışılması

Böbrek transplantasyonu yapılan hastalar, greft böbreğin sağlığını sürdürülmesi ve rejeksiyonun önlenmesi için yaşam boyu immünsüpresif ilaç tedavisine ihtiyaç duymaktadırlar. Ancak immünsüpresif ilaç tedavisi alan alıcılarda birçok yan etki ve tedaviye uyum sorunu ortaya çıkmaktadır. İmmünsüpresif ilaç tedavisine uyumsuzluk alıcılarda mortalite ve morbidite artışı, yaşam kalitelerinin azalması ve diyaliz tedavisine geri dönüş gibi sorunlara sebep olmaktadır(Özdemir & Talas, 2017; Chandler, Sox, Gunsollley, Treiber & McGilicuddy, 2017).Çalışmamızda alıcılar ilaçların yan etkileri, etki mekanizmaları, ilaç etkileşimleri, besin-ilaç etkileşimlerine ilişkin danışmanlık gereksinimlerinin olduğunu belirtmişlerdir.

Alıcılar immünsüpresif ilaçların dışındaki ilaçları(ağrı kesici vb.) kullanırken, bu ilaçların öncesinde ve sonrasında besin alırken kaygılı olduklarını ifade etmişlerdir. Alıcıların ifade ettikleri bu kaygı durumu ve bilgi gereksinimi alıcıların immünsüpresif ilaçlar hakkında aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu göstermektedir.Tielen ve arkadaşlarının böbrek transplantasyonu alıcıları ile yaptığı çalışmada, alıcıların %40'ı immünsüpresif ilaçları almayı unutma durumunun birtakım ciddi sonuçlar doğurabileceğini bilmediklerini ifade etmişlerdir(Tielen, Jedeloo, van Staa, Weimar, 2008). Bu ifadeler sonuçlarımıza paralel olarak alıcılara verilen yetersiz eğitimin bir göstergesidir. Pfeifer ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada immünsüpresif tedaviye uyumsuzluğun sebepleri arasında süreçle ilgili yetersiz eğitim, kaygı, sağlık profesyonelleriye iletişim zayıflığı, düşük sosyal destek gösterilmiştir. Fakat alan çalışmaları incelendiğinde immünsüpresif tedaviye uyumun sağlanmasında eğitim programları ve danışmanlığın önemi vurgulanmıştır(Pfeifer, Ruschel & Bordignon, 2013).

İmmünsüpresif tedavi rejimine uyumsuzluk, greft organın kaybedilmesinin en önemli sebeplerindendir. Böbrek transplantasyonu alıcılarında ilaç uyumsuzluğu oranı %23.7 olarak saptanmıştır(Schmid-Mohler, Thut, Wüthrich, Denhaerynck, De Geest, 2010). İmmünsüpresif tedavi rejimine uyumsuz hastalarda greft kaybı ise yaklaşık olarak % 36 oranında bildirilmiştir(Prendergast & Gaston, 2010). Bu sonuçlarla paralel olarak sistematik bir incelemede tedaviye uyumsuz olan alıcıların uyumlu alıcılara kıyasla, greft kaybı riskinin yedi kat arttığı ortaya konmuştur. Germani ve arkadaşlarının 50 böbrek transplantasyonu, 103 karaciğer transplantasyonu, 52 kalp transplantasyonu ve 13 akciğer

transplantasyonu alıcısıyla yaptığı çalışmada en yüksek ilaç uyumsuzluğu oranı %38.8 ile böbrek transplantasyonu alıcılarında saptanmıştır(Germani vd., 2011). Çalışmamızda ilaç uyumsuzluğunun temelinde önemli bir yeri olan ilaç ve etkileri, yan etkileri, besin ve diğer ilaçlarla etkileşimleri gibi konulardaki bilgi eksikliklerinin olduğu saptanmıştır. Bu durum ilerleyen zamanlarda alıcıyı ilaç uyumsuzluğuna götürebilir.

Alıcılar enfeksiyon, organ reddi komplikasyonlarına ilişkin eğitim gereksinimleri olduklarını ifade etmişlerdir. Ülkemizde 2014 yılında kaybedilen böbrek transplantasyonu alıcılarının ölümüne sebep olan etkenler arasında %43,24 oran ile enfeksiyon ilk sıradadır(Çoban vd., 2016). Böbrek transplantasyonu sonrası ilk bir aylık süre içerisinde çoğunlukla pnömoni, üriner sistem enfeksiyonu, yara yeri enfeksiyonu ve katater enfeksiyonu sık görülür. 1-6 aylık dönemde CMV, pnömosistis jirovecii, kriptokok gibi fırsatçı mikroorganizmaların neden olduğu enfeksiyonlar ön plandadır. 6 aydan sonraki periyotta geç fırsatçı enfeksiyonlar sık görülmektedir(Hepatit B, C, CMV, tbc, BK virüs)(Fishman, 2007). Türkmen ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada böbrek transplantasyonu sonrası erken ve geç dönemde alıcılarda idrar yolları enfeksiyonunun en sık karşılaşılan enfeksiyon olduğu belirtilmiştir(Türkmen vd., 2012). Benzer şekilde Kaya ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada ise böbrek transplantasyonu sonrası ilk 6 aylık dönemde alıcılarda idrar yolları enfeksiyonu gelişme oranı %31 olarak saptanmıştır(Kaya vd., 2015).

Alıcılar enfeksiyonların belirtilerini, korunma yollarını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Dolgun ve arkadaşlarının 2016 yılında böbrek transplantasyonu yapılan alıcılarla yaptığı çalışmada evde uyulması gereken hijyen kuralları hakkında eğitim verilmiştir. Bunun sonucunda alıcıların %97.7'sinin el hijyenine önem verdiği, %90.8'inin günlük aktivitelerini yaparken hijyen kurallarına uyduğu saptanmıştır. Alıcıların %82,8(72)'inin üriner sistem enfeksiyonu görülmediği, %93,1(81)'inin yara yeri enfeksiyonu oluşmadığı, %80,5(70)'inin solunum yollarına ilişkin enfeksiyon yaşamadığı ortaya konmuştur(Dolgun, Giersbergen, Özdemir, Aydınli & Ordu, 2016). Bu sonuçlar etkili bir eğitimin enfeksiyonların görülme olasılığını azalttığını göstermektedir.

Alıcılar korunma yollarını bilmedikleri için enfeksiyon riskini en aza indirmek amacıyla bocalayarak kaygı duyarlar. Kendilerini toplumdan soyutlarlar ve bu durum sosyal desteklerinin azalmasına neden olur. Sonuç olarak da sosyal izolasyona sebep olur(Ekşi vd., 2016). Transplantasyon yapılan hastalarla yapılmış olan bir çalışmada alıcıların enfeksiyon riskinden korkmaları nedeniyle yakın çevresinden soyutlanması ve aile ilişkilerini sınırlaması sosyal izolasyon gelişmesine neden olan bir faktör olarak belirtilmiştir(Özşaker, 2014). Çalışmamızda da alıcılar

enfeksiyonlardan korunmak için sosyal çevreden uzaklaştıklarını ifade etmişlerdir.

Alıcılar greft organın başına her an olumsuz bir şey gelebileceği düşüncesi içinde olduklarını, organ reddi yaşama oranlarını ve belirtilerini, organ reddi yaşama durumundan nasıl korunması gerektiğini, greft organın ne kadar süre yaşayacağını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Literatür incelendiğinde, organ alıcılarının organ reddi yaşayıp yaşamayacağı ve greft organın ne süre fonksiyon göstereceği konusunda kaygı yaşadıkları pekçok araştırmada gösterilmiştir. Orr ve arkadaşlarının yaptığı nitel bir çalışmada, alıcılar organı koruma adına daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını ve sürekli tetikte olduklarını belirtmişlerdir(Orr, Willis, Holmes, Britton & Orr, 2007). Benzer şekilde, böbrek transplantasyonu olan alıcılarla yapılan çalışmada, alıcıların organ reddi ile ilgili kaygı yaşadığı ortaya konmuştur(Ekşi vd., 2016). Baines ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada böbrek alıcılarının üçte ikisinden fazlasının organ reddi ile ilgili kaygı yaşadığı bildirilmiştir(Baines, Joseph ve Jindal, 2002). Çalışma sonuçları araştırmamızın bulguları ile uyum göstermektedir.

Ayrıca literatürde kaygı ve depresyonun organ reddi ile ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar vardır. Viederman yaptığı çalışmada, alıcıların organlarını psikolojik olarak red ettiklerini belirtirken, Eisendrath 11 hasta ile yaptığı çalışmada hayatını kaybeden 8 hastanın nakil ile ilgili kaygı ve panik yaşadığını bildirmiştir(Viederman,1974; Eisendrath, 1969). Benzer şekilde psikolojik etkenlerin organ reddine etkisini inceleyen başka bir çalışmada ise organ reddi yaşamayan alıcıların umutsuzluk düzeyi, organ reddi yaşayan alıcılara kıyasla daha düşük, içsel sağlık kontrol kontrol durumunun ise daha yüksek belirtilmiştir(Burke, 2006). Bu çalışmalarla ilgili sonuçların alıcılarla paylaşılması, onların psikolojik durumlarını pozitif yönde tutmaları gerekliliğini bilmeleri açısından önemlidir.

Alan çalışmaları incelendiğinde ve böbrek transplantasyonu maliyetleri göz önüne alındığında, alıcıların organ reddine ilişkin bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması oldukça önemlidir. Ergün'ün 2017 yılında 74 böbrek alıcısı ile yaptığı deneysel çalışmada hastaların organ reddine ilişkin bilgi gereksinimlerinin olduğu, kaygı yaşadığı bildirilmiş ve danışmanlık hizmeti verilen alıcıların depresif durumlarının azaldığı, sürekli ve durumluluk kaygı skorlarının düştüğü belirtilmiştir(Ergün, 2017).

Böbrek transplantasyonunun amacı, sadece greft fonksiyonlarının sürdürülmesi ve alıcının yaşam süresini uzatmak değil, aynı zamanda alıcının bireysel özgürlüğünü kazanmasını ve yaşam kalitesinin

yükselmesini sağlamaktır. Yapılan bir çalışmada böbrek transplantasyonu yapılan erkek alıcılarda cinsel disfoksiyon oranı %56.9, kadınlarda ise bu oran %93.9 olarak belirtilmiştir(Özdemir, Eryılmaz, Yurtman & Karaman, 2007) Cinsel sağlık nakil sonrası dönemde göz ardı edilmektedir. van Ek ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada böbrek transplantasyonu cerrahlarının cinsel sağlık ile ilgili perspektifleri araştırılmış ve bu konuyu nadiren tartıştıkları bildirilmiştir. Cerrahların %60'ı cinsel sağlık konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, %91.7'si cinsel sağlığın tartışılmasından sorumlu olan sağlık profesyonellerinin nefrologlar olduğunu belirtmişlerdir(van Ek vd., 2017) Yapılan başka bir çalışma ise cinsel disfonksiyon sorununu nefrologların çoğunluğunun(%96.4) tartışmadığını ortaya koymuştur. Nefrologlar bunun sebebi olarak yetersiz zamanı(%46.9), yetersiz bilgi(%65) ve tıp eğitimi sürecinde konuya yeterince değinilmemesi(%85) faktörlerini göstermişlerdir(van Ek vd., 2015). Bu nedenle hemşire cinsel sağlığı nakil öncesi ve sonrası dönemde alıcı ile tartışmalı ve danışmanlık gereksinimlerini karşılamalıdır. Fakat sağlık profesyonellerinin iş yoğunluğu bazı konuların yeteince tartışılmamasına nedend olmaktadır.

Kadın alıcılarda menstrüel siklusda değişiklikler ve cinsel istek azlığı, erkeklerde testosteron hormonu ve sperm yapımında azalma, her iki grupta da endokrin değişiklikler ve greft böbreğe zarar verme kagısı, kullanılan immünnsüpresif ilaçlar, beden imajında bozulma gibi faktörlerin cinsel sağlığın bozulmasına yol açtığı bilinmektedir(Aksoy & Demet, 2018). Sağduyu ve arkadaşlarının böbrek transplantasyonu yapılan alıcılarda yaptığı çalışmada, alıcıların %80 oranında cinsel işlev sorunu olduğu bildirmiştir(Sağduyu, Şentürk, Sezer & Emiroğlu, 2006). Raiz ve arkadaşlarının böbrek transplantasyonu sonrası izlenen 347 alıcı ile yaptığı çalışmada alıcıların %88'i cinsel istek azlığı yaşadıklarını belirtmişlerdir(Raiz, Davies & Ferguson, 2003). Ayrıca Chu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alıcıların seks yapma sıklıklarının(%37.8) azaldığı bildirilmiştir(Chu vd., 1998). Çalışmamızda alıcılar literatür ile uyumlu şekilde cinsel istekde azalma sorunu yaşadıklarını bildirmiş ve aktif cinsel yaşama ne zaman başlayacakları, cinselliğin greft böbreğe zarar verip vermeyeceği konusunda yeterince bilgiye sahibi olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Transplantasyon sonrası dönemde istenmeyen gebeliklerin oluşmasını önlemek açısından kontraseptif yöntemler hakkında danışmanlık verilmesi önemlidir. 98 böbrek transplantasyonu alıcısı ile yapılan bir çalışmada 133 istem dışı gebelik yaşandığı bildirilmiştir. Ayrıca organ transplantasyonu alıcılarında istem dışı gebelik oranı %93 olarak saptanmıştır(Guazzelli, Torloni, Sanches, Barbieri & Pestana, 2008). Bu sonuçlar alıcıların, transplantasyon sonrası dönemde kullanacakları kontraseptif yöntemler hakkında yetersiz bilgiye sahip olduklarını gösterir.

Araştırmamızda alıcılar, benzer şekilde kontraseptif yöntemleri bilmediklerini belirtmişlerdir.

Başarılı bir böbrek transplantasyonu sonrasında alıcıların geleceğe dair umutlarının arttığı görülmüştür. Ekşi ve arkadaşlarının 2014 yılında 11 böbrek alıcısı ile yaptığı nitel çalışmada bekar alıcılarda evlenme umudu, bazı alıcılarda ise bebek sahibi olma ve gebeliğini greft böbreği zarar görmeden tamamlama umudu bildirilmiştir(Ekşi vd., 2016). Çalışmamızda benzer şekilde alıcılar, aile kurma umutlarını, böbrek transplantasyonunun gebe kalmalarına engel olup olmadığı, kullandıkları immüsupresif ilaçların gebe kalırlarsa bu durumu ve emzirme durumunu nasıl etkileyeceği konusunda danışmanlık almak istediklerini belirtmişlerdir.

Böbrek transplantasyonu sonrası gebelik için greft fonksiyonunun yeterli olması, immüsupresif ilaçların miktarı ve sayısının en aza indirilmesi ve teratojenik etkili ilaçların olmaması, son bir yıl içinde rejeksiyon olmaması, fetüse aktarılabilecek enfeksiyon olmaması gerekir. Bu durumlar sağlanırsa canlı vericili transplantasyonlarda 1 yıl sonra, kadavra vericili transplantasyonlarda 2 yıl sonra gebeliğe izin verilir(Ordin & Karayurt, 2015). Böbrek transplantasyonu alıcılarında canlı doğum oranı yaklaşık olarak %83 oranında bildirilmiştir. Böbrek transplantasyonu alıcılarında hipertansiyon, preeklamsi ve gestasyonel diyabet normal popülasyondan daha çok görülmektedir. Gebeliğin greft yaşamını tehdit etmediği, bu oranın sadece %6-9 oranında olduğu belirtilir(Deshpande vd., 2011). Ayrıca gebelik döneminde alıcılar çok yakından takip edildiğinden rejeksiyon görülmesinde düşüş beklenen bir durumdur. Bu araştırma sonuçlarının gebelik düşünen alıcılarla paylaşılması bilgi eksiklerini giderecektir.

Böbrek transplantasyonu alıcılarında emzirme ile yapılan çok az çalışma bulunmaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi ve Hebert ve arkadaşlarının yaptığı çalışma emzirmenin faydası göz önüne alındığında yan etkisinden fazla olduğu için emzirmeyi önermektedir. Ordin ve Karayurt'un yaptığı metaanalizde alıcılara bu konuda gerekli danışmanlığın verilebilmesi için her merkezin kendi değerlendirmesini yapıp yeni kanıtlar oluşturması önerilmektedir(Ordin & Karayurt, 2015).

Alıcılar çalışma durumu, emeklilik, sosyal güvence, ekonomik duruma ilişkin bilgi gereksinimleri ve kaygıları olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızla uyumlu şekilde, Avrupa ve Amerika'da yapılan yaşam kalitesi çalışmalarının çoğunda transplantasyon alıcılarının kaygılarının, transplantasyon süreci ve sonrasında masraflar olduğu belirtilmiştir(Franke, Yüctin, Yaman, Reimer & Demirbaş, 2006).

Böbrek transplantasyonu yapılan bir alıcının yıllık maliyetinin 217.259 TL olduğu bildirilmiştir(Yiğit & erdem, 2015). Bu rakam naklin üst düzeyde

finansal yatırım gerektirdiğini açıkça gösterir. Ülkemizde 2010 yılından sonra yapılan birtakım yasal düzenlemeler sayesinde masraflar devlet tarafından karşılanmaktadır. Ancak hastalar iş kaybı nedeniyle oluşan emeklilik durumunda aldıkları maaşı yetersiz bulmaktadır. Ekşi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkek katılımcılar, transplantasyon sonrası dönemde işlerinden malulen emekli olduklarını bildirmiş ve emekli maaşıyla hayatlarını sürdürmekte zorlandıklarını ifade etmişlerdir(Ekşi vd., 2016).

Özşaker'in yaptığı metaanalizde, işe dönmenin yaşamı olumlu algılamada etkili olduğu bildirilmiştir. Ancak ülkemizde organ transplantasyonu sonucunda çalışmaya geri dönen alıcıların sınırlı olduğu, çoğu alıcının malulen emekli olduğu gösterilmiştir. Bu durum verimli olma ve işe yarama duygusunun alıcıda oluşturacağı yaşam kalitesi düzeyindeki artışı önlemektedir(Özşaker, 2014).Çalışmamızın sonuçları alan çalışmalarıyla benzer şekildedir.

Ayrıca alıcılar transplantasyon sonrası erken dönemde transplantasyonun yapıldığı merkeze yakın olmak için kısa süreliğine evini taşımakta ve geç dönemde ise kontrol zamanları geldiğinde birkaç günlüğüne sağlık merkezine yakın bir yerde konaklamaktadır. Ancak alıcıların sosyal güvenceleri ulaşım masrafları, kalacak yer, yeme içme gibi giderleri karşılamadığı için ekonomik zorluklar yaşanmaktadır. Transplantasyon sürecindeki ekonomik problemler alıcılarda emosyonel sıkıntılara yol açabilir yaşam kalitesini düşürür. Muehrer ve Becker'in 2005 yılında yaptığı çalışmada, devlet güvencesinin alıcıların yüksek yaşam kalitesiyle ilişkisi olduğu bildirilmiştir(Muehrer & Becker, 2005). Bu nedenle sosyoekonomik sorunların giderilmesi için politikalar geliştirilmeli ve sosyal hizmet uzmanlarının bu süreçte danışmanlık ihtiyaçlarını karşılaması gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada, hastaların %70'inin tedavi süreçlerine ilişkin en yararlı danışmanlığı sosyal hizmet uzmanından aldıkları bildirilmiştir. Ancak ülkemizde Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre 750 sosyal hizmet uzmanı bulunmakta ve bunların 650'si hastanelerde görev yapmaktadır(Zengin, 2015). Bu rakamlar sayının yetersiz olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin ise sosyal hizmet alanında yeterli bilgiye sahip olmaması yetersiz danışmanlığa sebep olmaktadır.

Sosyal destek , gerekli durumlarda emosyonel, fiziksel , maddi destek, aile, komşu, arkadaş ve toplumun üyelerinden oluşan ağ olarak tanımlanır(Ekşi vd., 2016). Transplantasyon hastaları süreçle başedebilmek için sosyal destek arayışı içindedir. Alanla ilgili yayınlar incelendiğinde, alıcıların enfeksiyon riski nedeniyle hayattan izole olduğu görülmektedir(Dolgun vd. 2017; Ekşi vd., 2016). Çalışmamızda da benzer şekilde alıcılar enfeksiyonlardan korunmak için sosyal ortamlardan uzaklaştıklarını ifade etmişlerdir. Ancak araştırmalar transplantasyon

sürecinde sosyal desteğin, tedavi uyumunu ve yaşam kalitesini attırdığını göstermektedir.

Yılmaz ve Candan'ın 2016 yılında yaptığı çalışmada "Böbrekle Hayat Bulunlar" adlı bir Facebook çevrimiçi destek topluluğu oluşturulmuş. Grup üyelerinin etkileşimiyle birbirlerine umut aşıladığı, deneyimlerini paylaştığı, bilgi alışverişi yaptığı ve sosyal destek sağladığı ortaya konmuştur. Grupta yapılan yorumların tematik içerik analizi yapılmış. Bilgi aktarımı(%47) le grubun en önemli işlevleri arasındadır. Umut aşılama ise %37 ile ikinci sıradadır. Bilgi aktarmanın en yüksek düzeyde olduğu konu %74.84 oranla çalışma yaşamı ve sosyal haklardır. Sonuç olarak sağlık profesyonellerinin öncülüğünde çevrimiçi grupların yaygınlaşması ve alıcıların bilgi, sosyal destek ihtiyaçlarını böyle dijital sosyal platformlardan karşılaması sağlanabilir(Yılmaz & Candan, 2016).

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sonuçlar

- Böbrek transplantasyonu yapılan alıcıların transplantasyon öncesi dönemde danışmanlık gereksinimlerinin olduğu ortaya konmuştur. Bu dönemde alıcıların ameliyat süreci, postoperatif dönem ve canlı vericiler konusunda danışmanlık gereksinimleri olduğu belirlenmiştir.
- Böbrek transplantasyonu yapılan alıcıların transplantasyon sonrası dönemde danışmanlık gereksinimlerinin olduğu ortaya konmuştur. Bu dönemde alıcıların immünsupresif ilaçlar, komplikasyonlara, cinsellik ve kontrasepsiyon, çocuk sahibi olma, aile kurma , ekonomik durumlar, sosyal destekler konusunda danışmanlık gereksinimleri olduğu belirlenmiştir.

Öneriler

Transplantasyon öncesi dönemde alıcılar, ameliyat süresi, ameliyatın nasıl yapıldığı , ölüm tehlikesi, anestezi riskleri, uyandığında bulunacağı ortam, ameliyathane ortamı, ameliyat kesisinin büyüklüğü, ameliyathanede bekletilme süresi, ameliyat kesinin yeri, yoğun bakım ortamı, drenler ve tüpler, yoğun bakımda kalış süresi, aile ziyaretleri, verici riskleri konularında bilgilendirilmelidir.

Transplantasyon sonrası dönemde alıcılar, immünsüpresif ilaçların etki mekanizmaları, yan etkileri, ilaç etkileşimleri, ilaç-besin etkileşimleri, enfeksiyonlar, enfeksiyonlardan korunma yolları ve belirtileri, organ reddi ve belirtileri, gebelik, emzirme,cinsellik, kontrasepsiyon,aile kurma, ekonomik durumlar, emeklilik, devlet desteği, sosyal hizmetler ve sosyal destekler konularında bilgilendirilmelidir.

Transplantasyon öncesi ve sonrası dönemde hasta bakımı holistik bir yaklaşım gerektirir. Bu nedenle alıcıların tüm süreçlerde multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilmesi önemlidir. Hemşire bu ekibin, hastayla hem en yakın hem de en uzun süreli etkileşimi olan bir üyesidir. Hemşire hastanın öğrenim gereksinimlerini belirlemeli ve bireysel danışmanlık sağlamalıdır.

Hemşirelerin etkili ve kaliteli danışmanlık hizmeti sağlayabilmeleri açısından, transplantasyon ile ilgili hizmetiçi eğitim programları düzenlenmeli, lisansüstü eğitim programları ile hemşirelerin bu alanda uzmanlaşmaları sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR DİZİNİ

- Adsay, E., & Dedeli, Ö. (2015). Yogun Bakım Ünitesinden Taburcu olan Hastaların Yogun Bakım Deneyimlerini Değerlendirilmesi/Assessment of Experiences of Patients Discharged from Intensive Care Units. *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakım Dergisi*, 6(3), 90.
- Akbay, E. (2017). Böbrek Nakli. S. Sarıkaya, & A. Kadioğlu içinde, *TÜAK/Türkiye ESRU Asistan El Kitabı* (s. 277-295). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Aksoy, N., & Demet, D. (2018). Böbrek Nakli Uygulanan Hastaların Yaşadıkları Cinsel Sorunlar Ve Danışmanlık Gereksinimleri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 13 (2), 85-90.
- Andrés, A. (2010). Indications and contraindications of living-donor kidney transplantation. *Nefrología (English Edition)*, 30, 30-38.
- Aseni, P., Grande, A., & Carlis, L. (2016). *Multiorgan Procurement for Transplantation*. New York: Springer International Publishing
- Aston, R., Durkin, A., Harris, K., Mace, A., Moore, S., Smith, B., ... & Horzempa, J. (2015). Considerations for a Primary Care Physician Assistant in Treating Kidney Transplant Recipients. *Quality in primary care*, 23(1), 39.
- Aref, A., Zayan, T., Sharma, A., & Halawa, A. (2018). Utility of central venous pressure measurement in renal transplantation: Is it evidence based?. *World journal of transplantation*, 8(3), 61.
- Ayna, T. K., Çiftçi, H. Ş., Tozkır, H., Gürtekin, M., & Çarın, M. (2009). İmmüsupresif ilaçların etki mekanizmaları. *Gaziantep Medical Journal*, 15(3), 42-47.
- Baines, L.S., Joseph, J.T., & Jindal, R.M. (2002) Emotional issues after kidney transplantation: A prospective psychotherapeutic study. *Clin Transpl* 16(6): 455- 460.
- Baker, R., Mark, P., Patel, R., Stevens, K., & Palmer, N. (2017) Clinical Practice Guideline Post-Operative Care İn The Kidney Transplant Recipient The Renal Association.
- Bayraktar N, Bulut HD (2000). Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3(6): 34-38.
- Bia, M., Adey, D. B., Bloom, R. D., Chan, L., Kulkarni, S., & Tomlanovich, S. (2010). KDOQI US Commentary On The 2009 KDIGO Clinical Practice Guideline For The Care Of Kidney Transplant Recipients. *American Journal Of Kidney Diseases*, 56(2), 189-218.
- Burke, A. (2008). Could anxiety, hopelessness and health locus of control contribute to the outcome of a kidney transplant?. *South African Journal of Psychology*, 38(3), 527-540.
- Cengiz, N., Adibelli, Z., Yakupoğlu, Y. K., & Türker, H. (2015). Neurological complications after renal transplantation: a retrospective clinical study. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(4), 331.

KAYNAKLAR DİZİNİ(Devam ediyor)

- Chandler, J. L., Sox, L. R., Gunsolley, J. R., Treiber, F. A., & McGillicuddy, J. W. (2017). Associations Between Medication Nonadherence and Perceived Stress Among Kidney Transplant Recipients. *Progress in Transplantation*, 27(4), 396-397.
- Chandraker, A., Sayegh, M., & Singh, A. (2012). *Core Concepts in Renal Transplantation*. New York: Springer
- Clatworthy, M., Watson, C., Allison, M., & Dark, J. (2012) *Transplantation at a glance*. Oxford: Wiley-Blackwell
- Chu, S.H., Tay, S.K., & Chiang, Y.J. (1998) Male sexual performance and hormonal studies in uremic patients and renal transplant recipients. *Transplant Proc* 30:3062,
- Crawford, K., Low, J. K., Manias, E., & Williams, A. (2017). Healthcare Professionals Can Assist Patients With Managing Post-Kidney Transplant Expectations. *Research In Social And Administrative Pharmacy*, 13(6),1204-1207.
- Cürçani M., & Tan, M. (2013) Böbrek Transplantasyonu Yapılmış Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 102-110.
- Çelik, S., & Usta Yeşilbakan, Ö. (2015). Böbrek Ve Üriner Sistem Hastalıkları. A. Akyol, & S. Koçuşlu içinde, *Dahili Ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği* (s. 180-216). Ankara: Nobel Akademik.
- Çilingir, D., Candaş, B., (2017). Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolü Ve Hemşirenin Rolü. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences*, (2) 0-0.
- Danovitch, G. M. (2009) *Handbook of Kidney Transplantation*-Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, A Wolters Kluwer
- Dedeli, Ö., & Durmaz, A. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2008;12:26-32.
- Demian, M. N., Shapiro, R. J., & Thornton, W. L. (2016). An observational study of health literacy and medication adherence in adult kidney transplant recipients. *NDT Plus*, 9(6), 858-865.
- Demirağ, A. (2009). *Böbrek Nakli Sonrası Medikal Problemler*. İstanbul.
- Deshpande, N.A., James, N.T., Kucirka, L.M., Boyarsky, B.J., Garonzik-Wang, J.M., Montgomery, R.A., & Segev, D.L. (2011). Pregnancy outcomes in kidney transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. *Am J Transplant*. 11: 2388-2404.
- Dolgun, E., & Candan Dönmez, Y. (2010). Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 3(3), 10-5.

KAYNAKLAR DİZİNİ(Devam ediyor)

- Dolgun, E., Özdemir, N., Aydınli, Y., & Ordu, G. (2017) Böbrek Nakli Sonrası Hastaların Evde Kendilerini Koruma Konusundaki Girişimlerinin İncelenmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz Ve Transplantasyon Dergisi*. 26 (3): 271-274
- Dunn, S., & Horslen, S. (2018). *Solid Organ Transplantation in Infants and Children*. New York: Springer International Publishing
- Eisendrath, R.M. (1969) Some notes on the psychological significance of urination. *J Nerv Ment Dis*; 148, 615.
- Ekşi, H., Hatun, O., Birben, F., Yeni, G., Türk, T., Güldal, Ş., & Ulaş, E. (2016). *Yeniden Doğmak Böbrek Nakli Olan Hastaların Psikososyal Süreçleri* (Cilt 1). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ergün, G. (2017). Böbrek Nakli Sürecindeki Bireylere Peplau'nun Danışmanlık Yaklaşımıyla Verilen Destekleyici Sağlık Hizmetinin Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*; 19(2): 41-56
- Fananapazir, G., & Lamba, R. (2018). *Transplantation Imaging- New York*:Springer International Publishing
- Fishman JA (2007) Infection in renal transplant recipients. *Semin Nephrol*; 27: 445-461
- European Association of Urology (2014) EAU-Guidelines-Renal-Transplantation Erişim Adresi: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Renal-Transplantation-2017-pocket.pdf> Erişim Tarihi: 05.02.2019
- Franke, G.H., Yüçetin, L., Yaman, H., Reimer, J., & Demirbaş, A. (2006) Disease –Specific Quality of Life in Turkish Patients After Successful Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings* 38: 457-459.
- Germani, G., Lazzaro, S., Gnoato, F., Senzolo, M., & Borella, V.(2011) Nonadherent behaviors after solid organ transplantation. In *Transplantation Proceedings*; 43(1): 318-323.
- Giray, B., Karşıdağ, A., Büyükbayrak, E., Parmaksız, E., Özdil, M., & Bahçebaşı, Z. (2016). Pregnancy after renal transplantation: five cases. *Perinatal Journal*, 24(1), 20-25.
- Guazzelli, C.A., Torloni, M.R., Sanches, T.F., Barbieri, M., & Pestana, J.O. (2008). Contraceptive counseling and use among 197 female kidney transplant recipients. *Transplantation*, 86:669–72.
- Gül, A., Üstündağ, H., & Zengin, N. (2010). Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(1), 7-11.

KAYNAKLAR DİZİNİ(Devam ediyor)

- Gülen, H., & Karaca, A. (2018) Donor Training and Nursing Care in Transplantation Process. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 83-88.
- Gordon, E. J., & Wolf, M. S. (2009). Health literacy skills of kidney transplant recipients. *Progress in Transplantation*, 19(1), 25-34.
- Haberal, M., Moray, G., & Gülay, H. (2009). Transplantasyon. İ. Sayek içinde, *Temel Cerrahi El kitabı* (s. 225-230). Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Hakim, N. (2012). *Introduction To Organ Transplantation*. London: Imperial College Press
- Hegarty, P. K., & Olsburgh, J. (2012). Renal replacement and male sexuality. In *Transplantation proceedings* (Vol. 44, No. 6, pp. 1804-1805). Elsevier.
- Himmelfarb, J., & Ikizler, T. A. (2018) *Chronic Kidney Disease, Dialysis, and Transplantation_ A Companion to Brenner and Rector's The Kidney-* Philadelphia: Elsevier
- Himmelfarb J., & Sayegh, M. (2005) *Chronic Kidney Disease, Dialysis, and Transplantation_ A Companion to Brenner and Rector's The Kidney - Expert Consult Online*. USA: Elsevier
- Hintistan, S., Nural, N., & Öztürk, H. (2009) Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*;13:40-6.
- Hricik, D. (2011) *Primer on Transplantation, Third edition*. Oxford:Wiley-Blackwell
- Hsiao, C. Y., Lin, L. W., Su, Y. W., Yeh, S. H., Lee, L. N., & Tsai, F. M. (2016). The effects of an empowerment intervention on renal transplant recipients: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Research*, 24(3), 201-210.
- Humar, A., & Sturdevant, M. (2015). *Atlas of Organ Transplantation*. Verlag London: Springer
- İşeri, Ö. (2019). Transplantasyon Hastasının Bakımı. M. Karadağ, & H. Bulut içinde, *Kavram Haritası ve Akış Şemalı Cerrahi Hemşireliği* (s. 1009-1037). Ankara: Vize Yayıncılık.
- Jamieson, N. J., Hanson, C. S., Josephson, M. A., Gordon, E. J., Craig, J. C., Halleck, F., ... & Tong, A. (2016). Motivations, Challenges, And Attitudes To Self-Management In Kidney Transplant Recipients: A Systematic Review Of Qualitative Studies. *American Journal Of Kidney Diseases*, 67(3), 461-478.

KAYNAKLAR DİZİNİ(Devam ediyor)

- Karadakovan, A., & Kaymakçı, Ş. (2017). Üriner Sistem Hastalıkları. A. Karadakovan, & F. Aslan içinde, *Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (s. 857-893). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Kaplan B, Meier-Kriesche, HU. (2002). Death after graft loss: an important late study endpoint in kidney transplantation. *Am Transplant.*;2(10):970-974.
- Karataş, Z., (2017). Sosyal Bilim Araştırmalarında Paradigma Değişimi: Nitel Yaklaşımın Yükselişi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* 1(1).
- Kar-neng Lai – A. (2009) *Practical Manual of Renal Medicine_ Nephrology, Dialysis and Transplantation*. London: World Scientific Publishing
- Kaya, Ş., Ay, N., Alp, V., Beyazıt, Ü., Anıl, M., Kaya, S., ... & Danış, R. (2015). Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda İdrar Yolu Enfeksiyonları: Sıklığı, Etkenler ve Risk Faktörleri. *Firat Tıp Dergisi*, 20(3).
- Keven, K., Türkmen, A., & Süleymanlar, G. Böbrek Vericisi ve Alıcısı Değerlendirme ve Perioperatif Bakıma. İlişkin Avrupa En İyi Klinik Uygulama Kılavuzu. *Turk Neph Dial Transpl* 2016; 25 (1): 32-40
- Kirk, A., Knechtle, S., Larsen, C., Madsen, J., Pearson, T., & Webber, S. (2014). *Textbook of Organ Transplantation Set*. Oxford: Wiley-Blackwell
- Klein, A., Lewis, C., & Madsen, J. (2011). *Organ Transplantation_ A Clinical Guide*. New York: Cambridge University Press
- Köşgeroğlu, N., & İlhan, H. (2000) Transplantasyonda Hasta Eğitiminin Önemi, *Hemşirelik Forum Dergisi*. 3, (2)
- Kruszyna, T., Niekowal, B., Kraśnicka, M., & Sadowski, J. (2016). Enhanced Recovery After Kidney Transplantation Surgery. *In Transplantation Proceedings Elsevier*.48, (5), 1461-1465.
- Khwaja, A. (2010). KDIGO guidelines for care of the kidney transplant recipient. *Nephron Clin Pract* 116(1), c27.
- Knoll, G., Muirhead, N., Trpeski, L., Zhu, N., Badovinac, K. (2005) Patient survival following renal transplant failure in Canada. *Am J Transplant.*;5(7):1719-1724
- Köken, Z. Ö., & Sezer, R. E. (2018). Böbrek Transplantasyonunda Bakım. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics*, 4(2), 149-156.
- Lerma, E., & Rosner, M. (2013). *Clinical Decisions in Nephrology, Hypertension and Kidney Transplantation*. New York: Springer
- Low, J. K., Crawford, K., Manias, E., & Williams, A. (2016). A compilation of consumers' stories: the development of a video to enhance medication adherence in newly transplanted kidney recipients. *Journal of advanced nursing*, 72(4), 813-824.

KAYNAKLAR DİZİNİ(Devam ediyor)

- MacPhee, I., & Fronek, (2012) *Handbook of Renal and Pancreatic Transplantation*. Oxford: Wiley-Blackwell
- Mancuso, D. W. (2006) *Progress in Kidney Transplantation*-New York: Nova Science Pub Inc
- Mansour, A. M., El-Nahas, A. R., Ali-El-Dein, B., Denewar, A. A., Abbas, M. A., Abdel-Rahman, A., ... & Shokeir, A. A. (2017). Enhanced recovery open vs laparoscopic left donor nephrectomy: a randomized controlled trial. *Urology*, 110, 98-103.
- McKay, D., & Steinberg, S. (2010) *Kidney Transplantation_ A Guide to the Care of Kidney Transplant Recipients*. London:Springer
- Mouelhi, Y., Alessandrini, M., Pauly, V., Dussol, B., & Gentile, S. (2017). Internet and social network users' profiles in Renal Transplant Recipients in France. *BMC nephrology*, 18(1), 259.
- Morris, P., & Knechtel, S. (2014). *Kidney Transplantation–Principles and Practice*. China: Saunders Elsevier
- Nadig, S., & Wertheim, J. (2017). *Technological Advances in Organ Transplantation*. New York:Springer International Publishing
- Noyan, M. A., Sertöz, Ö. Ö., Elbi, H., & Çetin, Ö. (2011). Canlıdan organ naklinde ruhsal değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 84-89.
- Ordin, Y. S., & Karayurt, Ö. (2015). Organ Nakli Sonrası Doğum Kontrol Yöntemleri, Gebelik ve Emzirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4).
- Orlando, G., Remuzzi, G., & Williams, D. (2017) *Kidney Transplantation, Bioengineering and Regeneration. Kidney Transplantation in the Regenerative Medicine Era*. Oxford: Academic Press
- Orr, A., Willis, S., Holmes, M., Britton, P., & Orr, D. (2007) Living with a kidney transplant: a qualitative investigation of quality of life. *Journal of Health Psychology* 12: 653-662.
- Ortiz, J., & Andre, J. (2011) *Understanding the Complexities of Kidney Transplantation*. Croatia: InTech
- Osinaike, B.B., Dairo, M.D., Oyebamiji, E.O., Odesanya, J.O., & Tanimowo, A. (2007) Attitude of general public to risks associated with anaesthesia. *East Afr J Public Health*;4(1):40-2.
- Özbayır, T., Demir, F., Candan, Y., Coşkun, İ., & Dramalı, A. (2003). Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 14-23.
- Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., & Zileli, L. (2003). Böbrek transplantasyonu ve psikiyatri. *Klinik Psikiyatri*, 6(4), 225-34.
- Özdemir, C., Eryılmaz, M., Yurtman, F., & Karaman, T. (2007). Sexual functioning after renal transplantation. In *Transplantation proceedings* (Vol. 39, No. 5, pp. 1451-1454). Elsevier.

KAYNAKLAR DİZİNİ(Devam ediyor)

- Özdemir, Z., & Talas, M. S.(2016) Solid Organ Transplantasyonu Sonrası İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(4), 304-310.
- Özkurt, S., Sağlan, Y., & Mengüş, Ç (2018). Renal Transplant Alıcılarında Gastroözefageal Reflü Hastalığı Belirtilerinin Değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. Doi: 10.20515/otd.464077
- Özşaker E. (2014) Organ Nakli ve Yaşam Kalitesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 3(3): 166-173.
- Parajuli, S. & Aziz, F. (2019) *Kidney Transplant Management A Guide to Evaluation and Comorbidities*. Switzerland: Springer
- Pazar, B., Yava, A., & Genç, H. (2013). Eşler arası renal transplantasyonda hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(1), 150-155.
- Pfeifer, P. M., Ruschel, P. P., & Bordignon, S. (2013). Coping strategies after heart transplantation: psychological implications. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 28(1), 61-68.
- Pinna, A., & Ercolani, G. (2015). *Abdominal Solid Organ Transplantation_ Immunology, Indications, Techniques, and Early Complications*. New York: Springer International Publishing
- Ponticelli, C., & Campise, M.R. (2005) Neurological complications in kidney transplant recipients. *J Nephrol*; 18:521-528.
- Prendergast, M.B., & Gaston, R.S. (2010)Optimizing medication adherence: an ongoing opportunity to improve outcomes after kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol* 5:1305-11.
- Ramirez, C., & McCauley, R. (2018). *Contemporary Kidney Transplantation*. New York: Springer International Publishing
- Raiz, L., Davies, E.A., & Ferguson, R.M. (2003) Sexual functioning following renal transplantation. *Health Soc Work*, 28(4): 264-272.
- Rosaasen, N., Mainra, R., Kukha-Bryson, A., Nhin, V., Trivedi, P., Shoker, A., ... & Mansell, H. (2018). Development of a patient-centered video series to improve education before kidney transplantation. *Patient education and counseling*, 101(9), 1624-1629.
- Saclarides, T., Myers, J., Millikan, K. (2015) *Common Surgical Diseases_ An Algorithmic Approach to Problem Solving*. New York: Springer

KAYNAKLAR DİZİNİ(Devam ediyor)

- Sadler, H.H., Davison, L., & Carroll, C.(1971) The living, genetically unrelated kidney donor. *Psychiatric Aspects of Organ Transplantation*, P Castelnovo-Tedesco (Ed), New York, Grune & Stratton, s.354-357.
- Sağduyu, A., Şentürk, V., Sezer, S., & Emiroğlu R. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviyeuyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006; 17: 22-31.
- Sarıkaya, M., Sarı, F., & Çetinkaya, R. (2010). Böbrek Transplantasyonunda Karaciğer ve Gastrointestinal Sistem Hastalıklarının Medikal Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nephrology Special Topics*, 3(2), 94-99.
- Schaefer, H. M. (2012). Long-term management of the kidney transplant recipient. *Blood purification*, 33(1-3), 205-211.
- Schlich, T. (2010). *The Origins of Organ Transplantation Surgery and Laboratory Science, 1880-1930*. New York: University of Rochester Press
- Schmid-Mohler, G., Thut, M.P., Wüthrich, R.P., Denhaerynck, K, & De Geest, S. (2010) Non-adherence to immunosuppressive medication in renal transplant recipients within the scope of the integrative model of behavioral prediction: a cross-sectional study. *Clinical Transplantation* 24(2): 213-222.
- Sever, M. Ş. (2008). Türkiye’de böbrek transplantasyonu sorunları ve çözüm önerileri. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 17(1), 3-8.
- Seyahi, N., Altıparmak, M.R., Ateş, K., Trabulus, S., & Süleymanlar, G. (2015) Türkiye’de renal replasman tedavilerinin güncel durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*; 24(1): 10-16.
- Srinivas, T. R., & Shoskes, D.(2011) *Kidney and Pancreas Transplantation_ A Practical Guide*. London:Humana Press
- Subramaniam, K., & Sakai T. (2017) *Anesthesia and Perioperative Care For Organ Transplantation*. New York: Springer
- Süleymanlar, G., Ateş, K., & Seyahi, N. (2018) Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu 2015. Ankara: *Türk Nefroloji Derneği Yayınları*; s.1-6 ,70
- Süleymanlar, G., Utaş, C., Arinsoy, T., Ateş, K., Altun, B., Altıparmak, M. R., Ecdar, T., Yılmaz, M. E., Çamsarı, T., Başçi, A., Odabas, A.R., & Serdengeçti, K. (2011). A population-based survey of Chronic Renal Disease In Turkey--the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant* ; 26:1862-1871.

KAYNAKLAR DİZİNİ(Devam ediyor)

- Süleymanlar, G., Seyahi, N., Altıparmak. M.R., & Serdengeçti, K. (2011) Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu. Türk Nefroloji Derneğinin Kayıt Sistemi 2009 Yılı Rapor Özeti, 20(1): 1-6.
- Tabaković, M., Salkić, N., Baraković, F., & Trnačević, S. (2012). *Current Concepts in Kidney Transplantation*. Croatia: InTech
- Taşdemir, A., Erakgün, A., Deniz, M. N., & Çertuğ, A. (2013). Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası AnksiyeteDüzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*, 41(2).
- Taskintuna, N., & Özçürümez, G. (2011). End-Stage Renal Disease and Psychological Trauma: Shame and Guilt in Hemodialysis Patients, Transplantation Recipient and Donor Candidates, and Controls/Bir Travma Modeli Olarak Son Evre Böbrek Hastalığı: Hemodiyaliz Hastalarında, Böbrek Transplantasyonu Alıcı ve Verici Adaylarında Utanç ve Suçluluk. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 48(4), 249.
- Taşkıran, E., Erbaş, O., & Akar, H. (2016). Böbrek naklinde kullanılan immünsüpresif tedaviler.FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi ;1(1):48-52
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). *Organ Nakil İstatistikleri*. Erişim adresi: https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor.aspx?q=ORGANNA_KLI Erişim Tarihi: 05.02.2019
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018) *Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2014-2017* Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı
- Tielen, M., Jedeloo, S., van Staa, A.L., & Weimar, W. (2008) Immunosuppressive drugs and young adults: a difficult combination. In: Weimar W, ed. *Organ Transplantation: Ethical, Legal and Psychosocial Aspects towards a Common European Policy*. 1st ed. Rotterdam: 563-569.
- Torpey, N., Moghal, N., Watson, e., & Talbot, D. (2010). *Renal Transplantation*. Oxford: Oxford University Press
- Tuncer, M., & Khorshid, L. Böbrek Nakli Hastalarında İmmünosüpresan Tedaviye Uyum ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 26-31.
- Türkmen, A. (2016). *Transplantasyon Nefrolojisi Pratik Uygulama Önerileri*. Ankara: Buluş Tasarım ve Matbaacılık
- Türkmen, K., Erdur, F. M., Erikoğlu, M., Gaipov, A., Çolak, B., Tekin, A., ... & Tonbul, H. Z. (2013). 2003-2011 Yillari Arasında Meram Tıp Fakültesi Organ Nakli Merkezinde Yapılan Böbrek Nakli Olgularinin Sonuçları. *Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal*, 22(1), 34-44.

KAYNAKLAR DİZİNİ(Devam ediyor)

- Urstad, K. H., Wahl, A. K., Andersen, M. H., Øyen, O., & Hagen, K. B. (2013). Limited evidence for the effectiveness of educational interventions for renal transplant recipients. Results from a systematic review of controlled clinical trials. *Patient education and counseling, 90*(2), 147-154.
- Van Ek, G. F., Krouwel, E. M., Van Der Veen, E., Nicolai, M. P., Ringers, J., Den Oudsten, B. L., ... & Elzevier, H. W. (2017). The discussion of sexual dysfunction before and after kidney transplantation from the perspective of the renal transplant surgeon. *Progress in Transplantation, 27*(4), 354-359.
- Viederman, M. (1974) The search for meaning in renal transplantation. *Psychiatry 37*, 283.
- Varol, E., & Sivrikaya, S. K. (2018). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi; 8*(2): 89-96
- White, D. B., Angus, D. C., Shields, A. M., Buddadhumaruk, P., Pidro, C., Paner, C., ... & Kahn, J. M. (2018). A randomized trial of a family-support intervention in intensive care units. *New England Journal of Medicine, 378*(25), 2365-2375.
- Xie, J., Ming, Y., Ding, S., Wu, X., Liu, J., Liu, L., & Zhou, J. (2017). Rising need for health education among renal transplant patients and caregiving competence in care providers. *Progress in Transplantation, 27*(2), 180-186.
- Yaman, Z., & Yılmaz, M. (2015) Böbrek Nakli Sonrası Bireylerde Görülen Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 18*(1), 22-28.
- Yeşilyaprak, T., & Özşaker, E. (2018). Hastaların Ameliyathane Ortamına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11*(4).
- Yıldız, T. (2015). Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences, 5*(2).
- Yıldırım , A., & Şimşek, H. (2018). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, M., & Candan, F. (2016) Sağlık İletişimi Çerçevesinde Çevrimiçi Destek Grubu İşlevi: "Böbrekle Hayat Bulanlar". *ODÜ Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi (ODÜSOBİAD), 6*(3), 803-820.

KAYNAKLAR DİZİNİ(Devam ediyor)

- Yılmaz, M., & Karakoç, A. (2015))Böbrek Naklinde Alıcı ve Donörlerin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 31-38.
- Yılmaz, E. (2016). Böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda yaşam kalitesi ve kanıt temelli uygulamalar. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 11(2), 26-39.
- Yiğit, V., & Erdem, R. (2015). Türkiye’de Diyaliz ve Böbrek Transplantasyonu Tedavisinin Maliyet Etkililik Analizi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(13), 182-205.
- Yoldaş, T. K., Yoldaş, M., Karagöz, S., Güven, A. Ç., Çelik, Y., Kızılkaya, M., ... & Güngör, H. (2016). Preanesteziik değerlendirilmede hastaların anestezi uygulamalarına ilişkin bilgi, deneyim ve kaygıları ile ilgili anket çalışması. *Ege Tıp Dergisi*, 55(3), 109-116.
- Zengin, O. (2016). Nefrolojik sosyal hizmet: Kronik böbrek yetmezliğinde sosyal hizmet müdahalesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 1-6.

EKLER DİZİNİ

EK-1: HASTA TANILAMA FORMU

A: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ TANILAMA

Yaş:

Cinsiyet:

0. Kadın () 1. Erkek ()

Çalışma durumu:

0. Şuan çalışıyor () 1. Şuan çalışmıyor()

Meslek :

0. Memur () 1. İşçi ()
2. Serbest meslek ()
3. Ev hanımı () 4. Emekli ()
5. Diğer ()

Medeni Durum :

0. Bekar() 1. Evli ()

Eğitim Durumu:

0. Okuryazar değil () 1. Okuryazar () 2. İlkokul () 3.
Ortaokul () 4. Lise ()
5. Ön lisans () 6. Lisans () 7. Yüksek lisans () 8.
Doktora ()

B: HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

1. BöbrekTransplantasyonu Etyolojisi :
2. Böbrek Transplantasyonu Zamanı :
3. Donör Tipi:
4. Canlı verici ise yakınlık derecesi:

EK-2: NAKİL SONRASI GÖRÜŞME FORMU

Böbrek nakli sonrası nelere dikkat etmeniz gerektiğini biliyor musunuz?

Böbrek nakli sonrası hangi konularda kendinizi yetersiz hissediyorsunuz?

Sondaj sorular: İlaçlar, Günlük yaşam aktivitesi, Kontroller, Karaciğer reddi, Enfeksiyon, Oluşabilecek istenmeyen durumlar (komplikasyonlar), Beslenme, Gebelik, Cinsellik.

Sağlık çalışanlarından (hemşire ve doktor) neler bekliyorsunuz?

EK-3: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Böbrek Transplantasyonu Yapılan Alıcıların Danışmanlık Gereksinimleri başlıklı çalışma bir araştırmadır. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanı Prof. Dr. Nedime Köşgeroğlu ve Arş. Gör. Betül Öztürk tarafından yürütülecektir.

Bu çalışmanın amacı, böbrek transplantasyonu (nakli) yapılan alıcıların yaşadıkları sorunları, bilgi ve destek gereksinimlerini belirlemektir.

Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı 10'dur.

Bu araştırmada bireysel görüşme yöntemi kullanılacaktır. Sizlerin bilgi ve destek gereksinimlerinizi belirleyebilmek için bireysel görüşmelere yol gösterecek yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılacaktır. Görüşme esnasında yapılan konuşmalar ses kayıt cihazına alınacaktır. Yapılan ses kayıtlarındaki konuşmalar araştırmacı tarafından yazıya dökülecek sonrasında ses kayıtları silinecektir. Sizin istemeniz durumunda görüşmeye geçici süreyle ara verilebilecektir. Ses kayıtları araştırma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır. Bu görüşmenin yaklaşık 30-45 dakika sürmesi planlanmaktadır.

Siz bu çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Gönüllünün araştırmaya devam etmek istememesi durumunda araştırma kriterlerine uygun yeni bir gönüllü araştırmaya dahil edilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih :

Hastanın

Adı Soyadı:

Telefon Numarası :

İmza :


Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı Soyadı :

Telefon Numarası :

İmza:

EK-4: ETİK KURUL İZİNİ

 ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI	
KARAR FORMU	
Prof.Dr.Ömür SAYLIĞIL (Başkan) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Başvuru Tarihi: 13.11.2018
Doç.Dr.Ömer KILIÇ (Başkan Yardımcısı) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı / Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı	Çalışmanın Başlığı: "Böbrek Transplantasyonu Yapılan Alıcıların Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi"
Doç.Dr.Özlem ÖRSAL (Raportör) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağ. Hemşireliği Anabilim Dalı	Çalışmacılar: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı - Prof.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Arş.Gör.Betül ÖZTÜRK (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
Doç.Dr.Uğur BİLGE Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 27.11.2018
Prof.Dr.Setenay DİNÇER ÖNER Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik Anabilim Dalı	Sonuç: 1. Araştırma sırasında ses kaydı alınacağı ifade edilmektedir. Ses kayıtlarının nerede, nasıl bir ortamda nereye kaydedileceği, ne kadar süre saklanacağı konusu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formuna ayrıntılı olarak eklenmelidir. 2. Hasta haklarına uyum zorunludur. 3. Gönüllülerin sağlığı, hakları ve güvenliği dikkate alınması gereken en önemli hususlardır. Bu hususlar bilimin ve toplumun çıkarlarından daha önde gelir. 4. Bilgi gizliliğinin sağlanması gereken en önemli durumlardan biri görüşmeler esnasındaki gizliliklerdir. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar ilgili mevzuat hükümlerine göre özel hayat ve gizlilik kurallarına saygı gösterecek şekilde korunmalıdır. 5. Gönüllülerin sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınmalıdır. 6. Araştırmacılar İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2015), Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (2013)'ni imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir. 7. Araştırmacıların yetkin ve bu araştırma için yeterli oldukları anlaşılmaktadır.
Prof.Dr.Hilmi ÖZDEN Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	Karar Tarihi: 27.11.2018
Prof.Dr.Varol SAHİNTÜRK Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Karar No: 27
Prof.Dr.Timuçin KASİFOĞLU Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı / Rorntoloji Bilim Dalı	Karar İçeriği: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Prof.Dr.Nedime KÖŞGEROĞLU (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) sorumluluğunda yürütülen "Böbrek Transplantasyonu Yapılan Alıcıların Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmacılara başarılar dileriz.
Doç.Dr.Batur Can YAMAN Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diyetisyenliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
Prof.Dr.Bekir YAŞAR Genel Cerrahi Uzmanı	
Av. Önder CAN Avukat	
Etik Kurulü Sekreterliği Tel: 0 222 239 29 79 / 4690	

EK-5: KURUM İZİNİ



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 32569332-663.09-E.18329
Konu : Araştırma İzni Betül ÖZTÜRK hk.

11/02/2019

SAĞLIK, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 11/09/2018 tarihli ve 93143 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Betül ÖZTÜRK'ün "**Böbrek Transplantasyonu Yapılan Alıcıların Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi**" adlı tez çalışmasının gelişimi için araştırma uygulamasını, Hastanemiz Organ Nakli Biriminde, gönüllülük esası üzerine çalışmaya katılmayı kabul edecek, araştırma kriterlerine uygun organ nakli yapılan hastalar üzerinde yapma talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Adnan ŞAHİN
Anabilim Dalı Başkanı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır. Evrak doğrulama adresi:
<https://ebysnetm.ogu.edu.tr/Home/Dogrulama/234b0fe2-d8bc-43fc-8bc8-d5f881239449>

Adres : Meselik Kampüsü PK:26480 Odunpazarı

Ayrıntılı Bilgi : Nural TURGUT - Sürekli İşçi

Telefon : 0222 2392979-2600

Fax : 222 239 37 72

E-Posta : nturgut@ogu.edu.tr

Elektronik Ağ : www.ogu.edu.tr

KEP Adresi : esk.osmangaziunirek@hs01.kep.tr



ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI: DOĞUM TARİHİ ve YERİ:	Betül Öztürk 19.07.1991/Kütahya
HALEN GÖREVİ: Araştırma görevlisi YAZIŞMA ADRESİ: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilimdalı E-MAIL: betul.ozturk@dpu.edu.tr	

2. EĞİTİM

YILI	DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
2009-2013	Lisans	Balıkesir Üniversitesi	Hemşirelik

3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	ÜNİVERSİTE
2016-	Araştırma Görevlisi	Hemşirelik	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

4. ÇALIŞMA ALANLARI

ÇALIŞMA ALANI	ANAHTAR SÖZCÜKLER
Cerrahi Hastalıkları	Cerrahi

5. SON BEŞ YILDAKİ ÖNEMLİ YAYINLAR