



**BÖBREK VE KARACİĞER NAKLİ ALICILARINDA  
ANKSİYETE, DEPRESYON, SOSYAL DESTEK VE  
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN UMUT  
DÜZEYİNE ETKİSİ**

**ESRA ŞEKER**

Yüksek Lisans Tezi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İzmir Ekonomi Üniversitesi

İzmir

2021

**BÖBREK VE KARACİĞER NAKLİ ALICILARINDA  
ANKSİYETE, DEPRESYON, SOSYAL DESTEK VE  
SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN UMUT  
DÜZEYİNE ETKİSİ**

**ESRA ŞEKER**

İzmir Ekonomi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı'na  
Yüksek Lisans Tezi  
olarak sunulmuştur.

İzmir  
2021

## ÖZET

# BÖBREK VE KARACİĞER NAKLİ ALICILARINDA ANKSİYETE, DEPRESYON, SOSYAL DESTEK VE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN UMUT DÜZEYİNE ETKİSİ

ŞEKER, Esra

Cerrahi Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Özgül KARAYURT

İkinci Tez Danışmanı: Doç. Dr. Gülsüm Nihal ÇÜRÜK

Kasım, 2021

Bu çalışma böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında anksiyete, depresyon, sosyal destek, sosyodemografik ve klinik özelliklerin umut düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda olup, örnekleme böbrek (n=100) ve karaciğer (n=92) nakli yapılmış toplam 192 alıcı oluşturmuştur. Veriler, Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği ve Herth Umud İndeksi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, yüzyüze görüşme yöntemi ve hastaların dosya kayıtlarından faydalanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışmamızda alıcıların Herth Umud İndeksi puanını Hastane Depresyon Ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde

( $\beta=-0,390$ ;  $p<0,001$ ), Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği puanı ise anlamlı ve pozitif yönde ( $\beta= 0,386$ ;  $p<0,001$ ) yordamaktadır. Nakil sonrası geçen sürenin ve kadavra verici türünün alıcıların umut düzeyini istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde yordadığı saptanmıştır sırasıyla ( $\beta=-0,219$ ,  $p=0,006$ ;  $\beta=-0,201$ ,  $p=0,004$ ). Sosyo demografik özellikler ve diğer değişkenlerin alıcıların Herth Umut İndeksi puanlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordamadıkları tespit edilmiştir. Böbrek ve karaciğer nakli sonrası alıcıların önemli bir kısmının anksiyete ve depresyon riski altında olduğu ve orta düzeyde sosyal desteğe sahip oldukları belirlenmiştir. Alıcıların anksiyetesinin umut düzeyini etkilemediği, umut düzeyi azaldıkça depresyon düzeyinin arttığı saptanmıştır. Alıcıların sosyal destek düzeylerinin artmasının umut düzeylerini artırdığı tespit edilmiştir. Nakilden sonra geçen sürenin artması ve kadavra vericinin kullanılması hastaların umut düzeyini azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek ve Karaciğer Transplantasyonu, Anksiyete, Depresyon, Sosyal Destek, Umut, Hemşire.

## ABSTRACT

# THE EFFECT OF ANXIETY, DEPRESSION, SOCIAL SUPPORT AND SOCIODEMOGRAPHIC FEATURES ON HOPE IN KIDNEY AND LIVER TRANSPLANT RECIPIENTS

ŞEKER, Esra

Surgical Nursing Graduate Program

Advisor: Prof. Dr. Özgül KARAYURT

Co-Advisor: Assoc. Prof. Dr. Gülsüm Nihal ÇÜRÜK

November, 2021

This study, together with social support, depression and anxiety in kidney and liver transplant recipients; The aim of this study was to examine the effects of sociodemographic and clinical characteristics such as gender, marital status, employment status, health insurance, age, education status, monthly income, donor type, chronic disease, type of transplant and the time elapsed since the date of organ transplant on the level of hope. The study is of descriptive and cross-sectional design, and the sample consisted of 192 recipients with kidney and liver transplantation. Sociodemographic and Clinical Characteristics Form, Hospital Anxiety Depression Scale, Perceived Available Support Scale (PASS) and Herth Hope Index were used to collect data. Data were collected using face-to-face interview method and patient file

records. Number, percentage, mean and multiple regression analysis were used to evaluate the data. Hospital Depression Scale score was statistically significant and negative ( $\beta = -0,390$ ;  $p < 0,001$ ) and Perceived Available Support Scale score significantly and positively ( $\beta = 0,386$ ;  $p < 0,001$ ) predicts Herth Hope Index score. The effect of the elapsed time after the transplant on the hope level of the recipients was statistically significant and negative ( $\beta = -0,219$ ;  $p = 0,006$ ). It was determined that the effect of cadaver donor type on the hope level of the recipients was statistically significant and negative ( $\beta = -0,201$ ;  $p = 0,004$ ). Other variables do not predict the Herth Hope Index score. When the Hospital Depression Scale score increases, the Herth Hope Index score decreases by an average of 0,605 points. When the Perceived Available Support Scale score increases, the Herth Hope Index score increases by an average of 0,385 points. As the time passed after the transplant increased, the recipients' Herth Hope Index score averages decreased by 2,570 points. Herth Hope Index score averages of transplant recipients from a cadaveric donor are 2,570 points lower than those who received organ transplant from a living donor. It was determined that socio-demographic characteristics and other variables did not predict Herth Hope Index scores in a statistically significant way.

Keywords: Kidney and Liver Transplantation, Anxiety, Depression, Social Support, Hope, Nurse.



Bu tezi Sevgili Annem Ratibe Çelik'e ithaf ediyorum...

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni değerli fikirleriyle yönlendiren her türlü konuda katkıları ve desteklerini esirgemeyen, güler yüzünü ve sabrını hiç eksik etmeyen her zaman cesaretlendiren kıymetli danışmanlarım Sayın Prof. Dr. Özgül KARAYURT' a ve Sayın Doç. Dr. Gülsüm Nihal ÇÜRÜK'e,

Tezimin veri toplama sürecinde yardım sağlayan Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'ne, Kent Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne ve Kent Hastanesi Organ Nakli Birimi Sorumlusu Prof Dr. Murat Kılıç'a, araştırmaya gönüllü katılan tüm hastalara,

Tezimin analiz sürecinde yardım ve önerileriyle büyük destek veren Sayın Araş.Gör. İsa ÇELİK'e,

Tezim boyunca en büyük destekçim olan eşim Özgür ŞEKER'e, biricik kızım Elif ŞEKER' e, emeklerini unutamayacağım annem ve babam Nebahat ve İhsan ŞEKER'e, kalben her zaman yanımda olan abim Engin AYDIN ve ablam Esen AYDINŞAKİR'e sonsuz sevgi ve saygılarımla teşekkür ederim.

Esra ŞEKER  
İzmir, 2021



# İÇİNDEKİLER TABLOSU

ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	v
İTHAF.....	vii
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER TABLOSU .....	ix
TABLO LİSTESİ .....	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ .....	xiv
BÖLÜM 1: GİRİŞ .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	4
1.3. Araştırma Soruları .....	4
BÖLÜM 2: LİTERATÜR TARAMASI .....	6
2.1. Organ Nakli ve Tarihsel Gelişimi .....	6
2.2. Donör Özelliklerine Göre Böbrek Nakli.....	7
2.2.1. Canlı Donör .....	7
2.2.2. Kadavra Donör .....	8
2.3. Nakledilen Organ ve Dokular .....	9
2.4. Karaciğerin Yapı ve Fonksiyonları .....	9
2.5. Akut Karaciğer Yetmezliği .....	10
2.6. Kronik Karaciğer Yetmezliği .....	10
2.7. Karaciğer Nakli Endikasyonları .....	11
2.7.1. Karaciğer Nakil Bekleme Sırasında Skoring Sistemi .....	11
2.7.1.1. Meld Skoring Sistemi .....	11
2.7.1.2. Child-Pugh Skoring Sistemi .....	12
2.8. Karaciğer Nakli Kontrendikasyonları .....	12
2.8.1. Kesin Kontrendikasyonlar .....	12
2.8.2. Olası Kontrendikasyonlar.....	13
2.9. Karaciğer Nakli Komplikasyonları .....	13
2.10. Böbreğin Yapı ve Fonksiyonları .....	14
2.11. Kronik Böbrek Yetmezliği .....	14
2.12. Böbrek Nakli Endikasyonları .....	14
2.13. Böbrek Nakli Kontrendikasyonları .....	15

2.14. Böbrek Nakli Komplikasyonları .....	15
2.14.1 Medikal Komplikasyonlar .....	15
2.14.1.1 Rejeksiyon .....	16
2.14.1.2. Hiperakut Rejeksiyon.....	16
2.14.1.3. Akut Rejeksiyon .....	16
2.14.1.4.Kronik Rejeksiyon .....	17
2.14.1.5. Rejeksiyonda Hemşirelik Girişimleri.....	17
2.14.2. Cerrahi Komplikasyonlar.....	17
2.15. İmmünesupresif İlaçlar .....	18
2.15.1. İndüksiyon Tedavi .....	18
2.15.1.1. Mumonab-Cd 3 .....	18
2.15.1.2. Lenfoglobülinler (Antilenfosit Globülin ve Antitimosit Globülin) .....	19
2.15.1.3. Basiliximab (Simulect) ve Dacluzimab (Zenapax).....	19
2.15.2. İdame Tedavi .....	19
2.15.2.1. Takrolimus.....	19
2.15.2.2. Siklosporin A.....	19
2.15.2.3. Mikofenolat Mofetil (Mmf).....	20
2.15.2.4. Azatioprin.....	20
2.15.2.5. Kortikosteroidler.....	20
2.15.2.6. Sirolimus.....	20
2.15.2.7. Everolimus.....	20
2.15.3. İmmünesupresif İlaçların Yan Etkilerinin Önlenmesinde Hemşirelik Girişimleri.....	21
2.15.3.1.Takrolimus-Siklosporin.....	21
2.15.3.2. Kortikosteroid- Siklosporin- Daclizumab.....	21
2.15.3.3. Kortikosteroid- Siklosporin- Takrolimus.....	21
2.15.3.4. Rapamisin- Evorilumus.....	21
2.15.3.5. Siklosporin- Takrolimus.....	21
2.15.3.6. Kortikosteroid.....	22
2.15.3.7. Kortikosteroid- Takrolimus-Siklosporin.....	22
2.15.3.8. Sirolimus- Mikofenolat Mofetil- Azathoprine- Antitimosit Globülin (Atg).....	22

2.16. Karaciğer ve Böbrek Naklinde Ameliyat Öncesi Hemşirelik Girişimleri.....	23
2.17. Karaciğer ve Böbrek Naklinde Ameliyat Sonrası Hemşirelik Girişimleri.....	23
2.18. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Depresyon.....	25
2.19. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Anksiyete.....	27
2.20. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Algılanan Elde Edilebilir Destek ve Önemi.....	28
2.21. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Umut .....	29
<b>BÖLÜM 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>32</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	32
3.4. Çalışma Materyali .....	33
3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....	33
3.6. Veri Toplama Araçları .....	33
3.7. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu (Ek-2) .....	34
3.8. Herth Umut İndeksi (Ek- 3) .....	34
3.9. Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği-(Aed) (Ek-4) .....	35
3.10. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (Ek-5) .....	35
3.11. Tezin Yaklaşık Toplam Maliyeti ve Bu Maliyetin Nasıl Karşılandığı .....	37
3.12. Tez Sürecindeki İşlerin Zamansal Plan Çizelgesi .....	38
3.13. Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
3.14. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	40
3.15. Araştırmanın Etiği .....	40
<b>BÖLÜM 4. BULGULAR.....</b>	<b>42</b>
4.1. Böbrek Ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	42
4.2. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Hearth Umut İndeksi, Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları.....	44
4.3. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Algılanan Elde Edilebilir	

<i>Desteğin Anksiyete ve Depresyonun Umud Üzerindeki Etkisi.....</i>	<i>45</i>
<i>4.4. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Umud Üzerindeki Etkisi.....</i>	<i>46</i>
<i>4.5. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Klinik Özelliklerin Umud Üzerindeki Etkisi.....</i>	<i>47</i>
<b>BÖLÜM 5. TARTIŞMA VE SONUÇLAR.....</b>	<b>49</b>
<i>5.1. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Anksiyete ve Depresyonun Umud Düzeyine Etkisi.....</i>	<i>49</i>
<i>5.2. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Algılanan Sosyal Desteğin Umud Düzeyine Etkisi.....</i>	<i>52</i>
<i>5.3. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Umud Düzeyine Etkisi.....</i>	<i>53</i>
<b>BÖLÜM 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>55</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>57</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>72</b>
<i>Ek-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....</i>	<i>72</i>
<i>Ek-2 Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu.....</i>	<i>73</i>
<i>Ek-3 Herth Umud İndeksi.....</i>	<i>74</i>
<i>Ek -4 Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği.....</i>	<i>75</i>
<i>Ek -5 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....</i>	<i>76</i>
<i>Ek-6 Etik Kurul Onayı.....</i>	<i>79</i>
<i>Ek-7 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Kent Hastanesi Kurum İzinleri.....</i>	<i>80</i>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>82</b>

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Child-Turcotte-Pugh Skorlaması.....	12
Tablo 2. Tez Süresindeki İşlerin Zamansal Plan Çizelgesi.....	38
Tablo 3. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n = 192) .....	42
Tablo 4. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Klinik Özelliklerin Dağılımı (n = 192) .....	43
Tablo 5. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=192) .....	44
Tablo 6. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Anksiyete ve Depresyon Riski Oranı (n=192) .....	44
Tablo 7. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Herth Umut İndeksi, Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n = 192) .....	45
Tablo 8. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Algılanan Desteğin Hastane Anksiyete ve Depresyonun Umut Üzerindeki Etkisi.....	45
Tablo 9. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Sosyo-demografik Özelliklerin Umut Üzerindeki Etkisi.....	46
Tablo 10. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Klinik Özelliklerinin Umut Üzerindeki Etkisi.....	47

## KISALTMALAR LİSTESİ

GODT: Global Observatory on Donation and Transplantation-Global Bağış ve Transplantasyon Merkezi

HADÖ: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

HAD-A: Hastane Anksiyete Depresyon- Anksiyete Alt Ölçeği

HAD-D: Hastane Anksiyete Depresyon- Depresyon Alt Ölçeği

EASL: European Association for the Study of the Liver-Karaciğer Çalışmaları İçin Avrupa Birliği

ELTR: European Liver Transplant Registry-Avrupa Karaciğer Nakli Sicili

MELD: Model for End-Stage Liver Disease-Son Dönem Karaciğer Hastalığı Modeli

CTP Score: Child-Turcotte Pugh Skoru

INR: International Normalized Ratio-Uluslararası Normalleştirilmiş Oran

GFR: Glomerüler Filtrasyon Rate-Glomerüler Filtrasyon Hızı

USRDS: United States Renal Data System-Amerika Birleşik Devletleri Renal Veri Sistemi

NKF-KDOQI: National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative-Ulusal Böbrek Vakfı Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi

HLA: Human Leucocyte Antigen-İnsan Lökosit Antijeni

ALG: Antilenfosit Globülin

ATG: Antitimosit Globülin

MMF: Mikofenolat Mofetil

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

EKG: Elektrokardiogram

ALT: Alanin Aminotransferaz

AST: Aspartat Transaminaz

BUN: Blood Urea Nitrogen-Kan Üre Azotu

AEDÖ: Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

SKE: Sürekli Kaygı Envanteri

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences-Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi

COVID 19: Coronavirus Disease-Yeni Koronavirüs Hastalığı

# BÖLÜM 1: GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Böbrek ve karaciğer nakli, son dönem böbrek ve karaciğer yetmezliği olan hastalarda yaşam süresini ve kalitesini artıran, önemli bir tedavi seçeneğidir (Yatkın, 2009). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre böbrek ve karaciğer nakilleri en sık yapılan organ nakilleri olup nakledilen organlardan %40,2'si böbrek, %19,8'i karaciğerdir (Dünya Sağlık Örgütü, 2016). Global Bağış ve Transplantasyon Merkezi (GODT) tarafından hazırlanan 2019 yılı faaliyet raporuna göre dünya genelinde 105.234 böbrek nakli, 39.007 karaciğer nakli olmak üzere toplam 163.141 organ nakli yapılmış olup, sayının giderek arttığı bildirilmiştir. Avrupa'da 2019 yılında 28.329 böbrek nakli, 10.818 karaciğer nakli olmak üzere toplam 45.195 organ nakli yapılmıştır (GODT, 2021). Amerika'da ise 2018 yılında, 20.608 böbrek nakli, 8.082 karaciğer nakli olmak üzere toplam 33.506 organ nakli yapılmıştır (Newsletter Transplant, 2018). Ülkemizde 2019 yılında toplam 5.763 organ nakli gerçekleşmiştir. Bu nakillerin 3.863'ünü böbrek, 1.776'sını ise karaciğer nakli oluşturmuştur (GODT, 2021).

Organ naklinin greft sağkalımı ve yaşam kalitesinde artma, mortalite ve morbiditede azalma olmak üzere dört önemli sonucu vardır (Murray, 2005). Nakil sürecinde hastalar cerrahi girişime, ameliyatın başarısına, nakledilen organın uyum sağlayıp sağlayamayacağına ilişkin kaygılar yaşar (Arslan, 2020). Organ nakli alıcılarının %63'ünün nakil sonrası ilk beş yıl içinde anksiyete yaşadığı ve mortalite riskini iki katına çıkardığı raporlanmıştır (Dew, 2005; Dew, 2015; Eftekar, 2016). Nakil sonrası dönemde hastaneye tekrar yatma, yaşamın tehdit altında olması, rejeksiyon riski, immunosupresif tedaviye uyum ve enfeksiyon riski organ nakli alıcılarında anksiyeteye neden olabilmektedir. Ayrıca, aile içi rol değişiklikleri, fiziksel fonksiyon kaybı ve iş gücü kaybının günlük aktivitelerde yarattığı zorluklar, düzenli kontrol zorunluluğu ve tedavi masrafları da anksiyete oluşumunda rol oynamaktadır (Aras, 2006; Perdeci vd., 2012; Akbulut, 2020).

Depresyon nakil sonrası alıcılarda görülen psikolojik rahatsızlıklardan biridir (Aras, 2006). Yeni organın rejeksiyon riski alıcılarda depresyona sebep olabilmektedir (Rocha vd., 2011; Latos vd., 2016; Rocha, 2020). Nakil sonrası depresyonun komplikasyonlar ve kardiyovasküler hastalıklar ya da tedavide kullanılan immunosupresif ilaçlardan kaynaklandığı bildirilmektedir (Zelle vd., 2012; Talas ve

Bayraktar, 2004). Yapılan çalışmalarda, tedaviye uyum sürecinde depresyonun nakil sonrası tedavi güçlüğüne yol açtığı ve mortalite riskini iki kat fazla etkilediği bildirilmiştir (Myaskovsky vd., 2006; DiMartini vd., 2011; Fardeazar vd., 2018; Rocha vd., 2020).

Organ nakli sonrası yapılan çalışmalarda alıcıların anksiyete ve depresyon yaşadıkları raporlanmıştır (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Yatkın, 2009). Anksiyete ve depresyon böbrek naklinden sonra %25 ve %50 oranında artmakta ve karaciğer nakli sonrası depresyon oranları %5 ile %46 arasında değişmektedir (Russel, 2008). Perez ve arkadaşları alıcı anksiyetesinin, hastanın nakil sonrası hastaneden taburcu olduğu sırada arttığını belirtmiştir (Perez vd., 2008). Holscher ve arkadaşlarının 825 canlı böbrek nakli alıcısıyla yaptıkları çalışmada, alıcıların %5,5'inin yüksek düzey anksiyete yaşadığı bildirilmiştir (Holscher vd., 2018). Bir başka çalışmada böbrek transplantasyonu sonrası alıcılarda yüksek düzeyde depresyon olduğu bildirilmiştir (De Pasquale vd., 2019). De Pasquale ve arkadaşları tarafından böbrek nakli alıcılarıyla yapılan sistematik derlemede 32 çalışma incelenmiş ve hastaların %37,5'inin anksiyete yaşadığı bildirilmiştir (De Pasquale vd., 2019). Karaciğer nakli yapılmış hastaların incelendiği bir çalışmada alıcıların %29,7'sinde anksiyete, %57,8'inde ise depresyon görüldüğü saptanmıştır (Pelgur vd., 2009). Karaciğer nakli alıcılarıyla yapılan bir diğer çalışmada örneklemin %28'inde sadece depresyon, %8'inde depresyon ve anksiyete saptanmıştır (Rogal vd., 2013).

Son dönem böbrek ve karaciğer yetmezliği olan hastalar için nakil bir umuttur. Maikranz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, böbrek ve karaciğer nakil hastalarında, hastalıkla ilgili belirsizliğin umut ve depresif belirtilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Maikranz, 2016). Umut, ruh sağlığını destekleyen, iyilik halini güçlendiren, rahatlatıcı etkisi olan ve hastaların baş etmesinde yardımcı olan bir kavramdır (Bloch, 2007; Zournazi, 2004). Organ nakli sonrası umutsuzluk belirtileri genellikle nakilden 3-6 ay sonra görülmektedir (Rzeszut, 2021). Böbrek transplantasyonu alıcılarıyla yapılan bir çalışmada, alıcıların %72'si nakilden sonra kendilerini umutsuz hissettiklerini belirtmişlerdir (Yang vd., 2020). Bir başka çalışmada alıcıların böbrek nakli sonrası umut puan ortalaması (min- max: 20-34) üzerinden  $29,93 \pm 3,55$  puan olarak bulunmuş ve kaygının umut üzerinde negatif etkisi olduğu belirtilmiştir (Zegarow vd., 2014). Özdaş ve arkadaşlarının böbrek nakli sonrası yaptığı çalışmaya göre, alıcıların umutsuzluk düzeyinin, Beck Umutsuzluk Ölçeğine göre, min-max: 4-20 puan üzerinden  $3,69 \pm 0,33$  puan olduğu ve alıcıların



umutsuz olmadığı bulunmuştur (Özdaş vd., 2019). Morbidite ve mortaliteyi azaltmak ve nakil alıcılarına yardımcı olmak için umutsuzluğu saptamak, tedavi etmek ve semptomları doğru yönetmek önemlidir (Robinson, 2014). Organ nakli alıcılarının psikolojik dayanıklılığının yüksek olmasının ve manevi olarak yüksek motivasyona sahip olmalarının, tedavi sürecinin olumlu seyri ve yüksek umut düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Gültekin vd., 2019; Güner, 2020).

Sosyodemografik ve klinik özelliklerin böbrek ve karaciğer nakli alıcılarının psikososyal uyumları üzerinde etkili olduğu, umut, depresyon ve anksiyete kavramlarının birbiriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Rzeszut ve Assael, 2020). Nakil alıcılarının anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyen yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, verici tipi gibi özelliklerin hastaların umut düzeylerini dolaylı yoldan etkilediği bildirilmiştir (Zhao vd., 2018; Özdaş vd., 2019). Karaciğer nakli yapılmış kadın alıcıların, yaşları arttıkça anksiyete riskinin arttığı ve psikososyal uyumlarının azaldığı belirtilmiştir (Yıldız vd., 2017). Bekar olan ve sosyo ekonomik düzeyi orta olan alıcıların psikososyal uyumları daha düşük bulunmuştur (Yıldız vd., 2017). Farklı çalışmalarda alıcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumunun alıcıların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkileri incelenmiştir (Nickel vd., 2002; Pelgur ve Atak, 2009). Ortalama 46 yaşında evli ve eğitim düzeyi yüksek erkek alıcıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Nickel vd., 2002; Cürçani ve Tan, 2008; Pelgur ve Atak, 2009)

Organ nakli sonrası alıcılar ve aileleri fiziksel iyileşme olsa bile, korku ve kaygıları ile baş edebilmek için sosyal desteğe gereksinim duyarlar (Bozkurt ve Tuna, 2020; Kaçmaz, 2011; Sarıgül, 2008; Taylor, 2005). Sosyal destek, nakil ile ilgili kaygı ve depresyonun hafifletilmesinde hayati bir rol oynar (Dong, 2019; Liu, 2020). Yang ve arkadaşları böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında sosyal desteğin düşük düzeyde olduğunu saptamış ve tüm dünyayı etkisi altına alan Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisinin yarattığı olumsuz psikolojik duygulardan korunmak için organ nakli alıcılarında sosyal desteğin çok önemli olduğunu belirtmiştir (Yang vd., 2021). Literatürde, nakil sonrası alıcıların aile üyelerinden, arkadaşlardan, din adamlarından, iş yerindeki tanıdıklardan ve sağlık personelinden aldığı sosyal desteğin, iyileşme ve mental sağlık üzerinde olumlu etkisinin olduğu gösterilmiştir (Christensen vd., 2005; Gökçay vd., 2009). Yeterli sosyal destek alan hastalar olaylara daha umutlu ve olumlu bakabilirler (Canpolat, 2018; Bozdağ 2018). Sosyal destek, kişide problem çözme becerilerinin gelişmesine yardım eder (Özgüven, 2003). Bireyin

algıladığı destek pozitif sağlık davranışı geliştirmesinde, özsaygısını artırmasında ve tedaviye uyumunda önemli bir etkiye sahiptir (Yaman, 2016). Tedavi süresindeki belirsizlikten kaynaklı umutsuzluk sosyal destek ile dengelenebilmektedir (Çetingök, 2005). Sosyal desteğin yetersizliği, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Akbulut, 2020).

Organ nakli sürecinde hastalarda gelişebilecek olan sorunların önlenmesi, erken dönemde saptanması ve kontrol altına alınmasında hemşireler önemli rol oynarlar (Saltiel, 2015; Özdemir, 2018). Bu süreçte hemşire hasta ve ailesinin bilgi gereksinimlerini değerlendirmeli, kaygılarını saptamalı, bireylerin yaşadığı psikososyal değişimleri takip etmeli ve yaşanan sorunları erken dönemde saptamalıdır. Bu bağlamda hemşire hasta ve aileyi gereksinim duydukları konularda bilgilendirme, duygularını ifade etme konusunda cesaretlendirme, yeni yaşamlarını yönetebilme becerisi kazanmalarında psikolojik, fiziksel ve sosyal yönden destek sağlama ve var olan destek kaynaklarını harekete geçirme gibi umut düzeyini artıracak girişimlerde bulunmalıdır (Topbaş, 2017).

### ***1.2. Araştırmanın Amacı***

Literatürde böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında depresyon, anksiyete, sosyal destek, sosyodemografik ve klinik özelliklerin umut düzeyine etkisini inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında sosyal destek, depresyon, anksiyete düzeyleri, sosyodemografik ve klinik özelliklerin umut düzeyine etkisini inceleyen çalışmalara gereksinim vardır. Bu saptamadan yola çıkarak böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında sosyal destek, depresyon, anksiyete düzeyleri, sosyodemografik ve klinik özelliklerin umut düzeyine etkisini inceleyen çalışmalara gereksinim olduğunu söyleyebiliriz. Bu çalışma sonuçlarının, karaciğer ve böbrek nakli alıcılarında hemşirelik girişimlerinin planlanmasına ve hasta bakım kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

### ***1.3. Araştırma Soruları***

1. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında umut düzeyi nasıldır?
2. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında anksiyete düzeyi nasıldır?
3. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında depresyon düzeyi nasıldır?
4. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında sosyal destek düzeyi nasıldır?
5. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında anksiyete umut düzeyini etkiler mi?

6. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında depresyon umut düzeyini etkiler mi?
7. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında sosyal destek umut düzeyini etkiler mi?
8. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında yaş umut düzeyini etkiler mi?
9. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında cinsiyet umut düzeyini etkiler mi?
10. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında eğitim düzeyi umut düzeyini etkiler mi?
11. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında medeni durum umut düzeyini etkiler mi?
12. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında çalışma durumu umut düzeyini etkiler mi?
13. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında gelir durumu umut düzeyini etkiler mi?
14. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında sağlık güvencesi umut düzeyini etkiler mi?
15. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında verici tipi (kadavra/canlı) umut düzeyini etkiler mi?
16. Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında kronik hastalık varlığı umut düzeyini etkiler mi?
17. Böbrek ve karaciğer nakli sonrası geçen süre umut düzeyini etkiler mi?

## BÖLÜM 2: LİTERATÜR TARAMASI

### 2.1. Organ Nakli ve Tarihsel Gelişimi

Organ nakli, hastanın yaşamını tehdit eden son dönem organ yetmezliklerinde, kadavradan veya canlı vericiden alınan sağlam organ ve yapıların, tedavi amacıyla canlıya nakledilmesi işlemidir (Akbulut, 2020). Organ nakli, hastaların genel sağ kalım oranlarını ve yaşam kalitesini arttırdığı için hastalar için bir umut kaynağıdır (Black, 2018). Son yıllarda hasta bakımı, tedavi, komplikasyon yönetimi ve cerrahi tekniklerdeki gelişmeler nakil sayısını önemli ölçüde artırmıştır (Diniz vd., 2019).

Dünyada ilk allogreft böbrek nakli 1954 yılında tek yumurta ikizlerinde yapılmıştır. İmmüsupresif ilaçların kullandığı akraba dışı ilk böbrek nakli 1962 yılında, ilk başarılı karaciğer nakli ve kalp nakli 1967 yılında, ilk pankreas nakli 1966 yılında, ilk başarılı akciğer nakli 1983 yılında ve ilk başarılı uterus nakli 2011 yılında yapılmıştır (Black, 2018). Türkiye’de ilk kez canlı vericiden böbrek nakli 1975’te, ilk kadavra vericili nakil 1978’de, ilk canlıdan kısmi karaciğer nakli 1990’da ilk yerli kaynaklı kadavradan böbrek nakli ise 1979’da gerçekleştirilmiştir. İlk canlı vericiden eş zamanlı karaciğer-böbrek nakli ise 1992’de yapılmıştır (Diniz vd., 2019).

Organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli hakkında kanun 1979’da çıkarılmıştır. Türkiye’de 1990’da “Türkiye Organ Nakli Derneği kurulmuş ve bu dernek 1997’de Avrupa’daki “Transplantasyon Derneği”ne üye olmuştur. “Ulusal Koordinasyon Merkezi” 2001’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde faaliyete başlamıştır. Şu anda organ nakli ile ilgili tüm merkez ve yapılan işlemlerin denetimi Sağlık Bakanlığı’na bağlı organ nakil koordinasyon merkezinin kontrolündedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Sağlık Bakanlığı Kan, Doku ve Organ Nakli Hizmetleri Daire Başkanlığı verilerine göre Türkiye’de toplam 73 böbrek nakil merkezi bulunmaktadır (Akbulut, 2020). Türkiye, canlı vericiden böbrek naklinde milyon nüfus başına düşen nakil sayısında dünyada birinci sıradadır. Ayrıca, ülkemizde milyon nüfus başına düşen böbrek nakli gerçekleştirme sayısı 3.342 olup dünya genelinde altıncı sırada yer almaktadır (Dominguez-Gil, 2019). Ancak bekleme listesindeki hasta sayısının artması ve sisteme sunulan organların bekleme listesindeki hastaların ihtiyaçlarını karşılayamaması önemli bir sorundur (Akbulut, 2020).

Böbrek ve karaciğer nakilleri en sık yapılan organ nakilleri olup nakledilen organlardan %40,2'si böbrek, %19,8'i karaciğerdir. Türkiye'de, 2021 yılında 2.715 böbrek, 1.228 karaciğer nakli gerçekleştirildiği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021). Bugüne kadar Türkiye'de toplam 34.092 böbrek nakli, 13.675 karaciğer nakli yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021). Organ bekleme listesinde 229.807 böbrek, 20.565 karaciğer hastası yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Global Bağış ve Transplantasyon Merkezi tarafından hazırlanan 2017 faaliyet raporuna göre dünya genelinde toplam 139.024 solid organ nakli yapılmıştır (GODT, 2018). Avrupa'da 2018 yılında 21.102 böbrek nakli, 7.894 karaciğer nakli olmak üzere toplam 34.824 organ nakli yapılmıştır (GODT, 2019). Amerika'da ise 2018 yılında, 20.608 böbrek nakli, 8.082 karaciğer nakli olmak üzere toplam 33.506 organ nakli yapılmıştır (Black, 2018).

## **2.2. Donör Özelliklerine Göre Böbrek Nakli**

Böbrek nakli için donör sayısının yetersiz olması aşılammış bir sorundur. Bu durum hem canlı hem kadavra donör kullanılmasına sebep olmaktadır (De Pasquale vd., 2020).

### **2.2.1. Canlı Donör**

Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı 28.06.2004 tarih ve 4690 sayılı onay ile yürürlüğe giren yönetmeliğe göre; canlıdan organ ve doku nakli alıcının dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılır. Buna göre; kan hısımlığında kişinin akrabalık derecelerine göre,

- 1.derece akrabaları: Annesi-babası çocuğu
- 2.derece akrabaları: Kardeşi-dedesi-ninesi-torunu
- 3.derece akrabaları: Amcası-halası-dayısı-teyzesi-yeğeni (kardeş çocuğu)
- 4. derece akrabaları: 3. derecedekilerin çocuklarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Donör seçimi böbrek ve karaciğer greftinin uzun vadeli başarısı için önemlidir. Canlı donörün kullanıldığı böbrek nakilleri, operasyon zamanlanmasının planlanabilmesi, greft fonksiyonunun ve sağ kalımının daha iyi olması, kısa ve uzun dönem sonuçlarının daha iyi olması gibi avantajlar sunmaktadır (Okumi vd., 2017;

Mogulla vd., 2019). Ülkemizde çoğunlukla birinci derece akrabalar ve eşler canlı donördür (Kaya vd., 2019).

Canlı Donör Seçim Ölçütleri;

- 8-60 yaş arası olması,
- Primer böbrek ve karaciğer hastalığının ve bulgularının bulunmaması,
- ABO kan uyumsuzluğunun olmaması,
- Akut ve kronik enfeksiyonun olmaması,
- Mental durum bozukluğunun olmaması,
- Organı verme konusunda gönüllü olmasıdır (Erdil vd., 2016; Karadakovan vd., 2017).

Ölçütleri sağlayan canlı donörlere idrar analizi, kan testleri, kardiyovasküler sistem, böbrek ve karaciğer anatomisi ve fonksiyonunu gösteren tetkikler ve psikolojik değerlendirme yapılır (O'Keeffe vd., 2018; Kaya vd., 2019).

### **2.2.2. Kadavra Donör**

Kadavradan organ nakli kavramı, hayatını kaybetmiş bir bireyden alınan organın nakledilmesi işlemidir. İstenilen ve ideal organ nakli kadavradan yapılan nakildir. Kadavradan organ nakli ile bir insanın hayatı kurtulurken diğer bir insanın yaşamı tehlikeye atılmamış. Birçok ülkenin donör ihtiyacı kadavra donörden temin edilmektedir (Lee vd., 2019). Organ ve dokuların dağıtımı “Kadavra Vericiden Organ ve Doku Dağıtım İlkeleri”ne göre Ulusal Koordinasyon Merkezi aracılığı ile Türkiye Organ Doku Bilgi Sistemi üzerinden sağlanmaktadır. Ulusal Koordinasyon Sistemi'nin amacı; ülke genelinde organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve kuruluşlar arasında gerekli koordinasyonu sağlamak, çalışmaların verimliliğini arttırmak, adaletli organ ve doku dağıtımını sağlamaktır (Diniz vd., 2019). Kadavra donör böbrek nakli cerrahi komplikasyon riski daha yüksek olmasına rağmen, canlı donör böbrek nakli kadar güvenlidir (Vidya vd., 2019).

Kadavra Donör Seçim Kriterleri;

- Beyin ölümünün gerçekleşmiş olması,
- Kadavra yaşının 1-65 yaş arasında olması,
- Diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi hastalıkların olmaması,

- Primer böbrek hastalığının olmaması,
- HBsAg ve Anti HTLVIII pozitifliğinin olmaması,
- Merkezi sinir sistemi ve bazal hücreli cilt kanseri haricinde malignitenin olmaması,
- Akut ve kronik enfeksiyonun olmaması,
- Böbrek ameliyathanede çıkarılıncaya kadar, hastanın solunum ve kardiyak fonksiyonun normal düzeyde olmasıdır (Karadakovan vd., 2017).

Kadavra donör böbrek nakli oranı, Avrupa ülkelerinde %71,98, dünya geneline ise %65,22 iken Türkiye’de bu oran %22,19 dur (GODT, 2018). Son güncel veriye göre, dünyada, böbrek nakilleri 0,46 (milyon kişi başına) oranında kadavra donör ile, 1,81 (milyon kişi başına) oranında canlı donör ile gerçekleşmiştir (GODT, 2019). Son güncel veriye göre karaciğer nakilleri Avrupa’da 0,09 (milyon kişi başına) oranında kadavra donör ile, dünyada 0,39 (milyon kişi başına) canlı donör ile gerçekleşmiştir (GODT, 2019). Kadavradan organ nakilleri günümüzde başarılı bir şekilde gerçekleştirilse de bağış sayıları organ ihtiyacının çok gerisindedir (Süleymanlar, 2018).

### **2.3. Nakledilen Organ ve Dokular**

Günümüzde son dönem organ yetmezliğinin en etkili tedavi seçeneği olan organ naklinde kadaverik ya da canlı verici organ kaynağı olabilir (Black, 2018). Ülkemizde organ ve doku transplantasyonu 29/05/1979 tarihinde 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkındaki kanun ile yasal güvence altına alınmıştır. İsteyen kişiler prosedüre uygun olarak istedikleri organ ve dokuları bağışlayabilmektedir (Özadlı, 2019). Sağlık Bakanlığı 2013 yılında Türkiye Organ Doku Bilgi Sistemi’ni kurmuştur. Bu sisteme göre bağışlanabilen organlar: kıkırdak, uterus, akciğer, üst sindirim yolları, kemik, kalp kapağı, sol-sağ kol, sol-sağ bacak, kalp, deri, kas dokusu, yüz ile saçlı deri, kornea, karaciğer, ince bağırsak, pankreas ve böbrektir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

### **2.4. Karaciğerin Yapı ve Fonksiyonları**

Karaciğer ortalama 1500 gram ağırlığında, dört lobdan oluşan parankimal organ olup %70’i hepatositlerden oluşur. Hepatik arter ve portal ven kan akımı ve

oksijen ihtiyacını sağlar. Karaciğer enerji metabolizmasını düzenlemek için sindirilen besinleri işler ve diğer dokulara dağılımını dengeler. Vücut için gerekli esansiyel proteinlerin, enzimlerin ve kofaktörlerin sentezlenmesini sağlar. Detoksifikasyon ve eliminasyonda görevlidir. Aminoasitlerin amonyağa sonrasında üreye dönüşümünü sağlar. Plazma proteinlerinden albümin, alfa ve beta globulinleri sentezler. Glikoneogeneze, glikojenoliz ve glikojenezde rol alır. Kolesterol ve fosfolipid üretiminde, pıhtılaşma faktörlerinin sentezlenmesinde, eritrositlerin yapım ve yıkımında, bilirubin ve demir metabolizmasında, vücut ısı regülasyonunun sağlanmasında, safra yapımında ve A, D, E, K vitaminlerinin emiliminde görevlidir (Özkardeşler, 2015).

### **2.5. Akut Karaciğer Yetmezliği**

Akut karaciğer yetmezliği beklenmedik şekilde karaciğer fonksiyonlarında pıhtılaşma bozukluğu ve mental durumda değişikliği ile kendini gösteren durumdur (Adair vd., 2014). Günümüzde karaciğer yetmezliği başlangıç aşamasında hepatik ensefalopati gelişinceye kadar 3 döneme ayrılır: Hiperakut (7 gün), akut (7-28 gün) ve subakut (4-24 hafta) dönem. Hastalığın prognozu, hastaya uygulanması gereken ideal tedavinin belirlenmesinde yol göstericidir. Etyolojisinde toksinler, ilaç zehirlenmeleri, kardiyovasküler rahatsızlıklar ve viral hepatitler etkilidir. Bölgesel olarak görülme sebepleri farklılıklar gösterir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ilaç reaksiyonları; Türkiye, Hindistan, Fransa ve Japonya'da ise hepatit B virüsü enfeksiyonları görülme sebepleri arasında yer alır (Özkardeşler, 2015; Saruhan, 2016).

### **2.6. Kronik Karaciğer Yetmezliği**

Karaciğer fonksiyonlarının akut ya da kronik, yavaş ve ilerleyici bir şekilde bozulmasıyla ortaya çıkan klinik durumdur. Avrupa Karaciğer Çalışmaları Birliği'ne (EASL) göre, kronik karaciğer yetmezliği, 45-64 yaş grubundaki hastalarda, ölüm nedenleri arasında global olarak ciddi bir orana sahiptir (EASL, 2019). Etyolojisinde hepatit A, B, C, D, E virüsleri, biliyer atrezi, neonatal hepatit, hepatotoksisite, wilson hastalığı, hemokromatozis gibi pek çok hastalık yer alabilir. Tedaviye cevap vermeyen ve çoklu organ yetmezliğine kadar ilerleyebilen son dönem karaciğer yetmezliklerinde organ nakli tercih edilir (Demirel, 2016).



## **2.7. Karaciğer Nakli Endikasyonları**

Hastayı ölüme götürebilecek akut karaciğer hasarı ve kronik karaciğer yetmezliği endikasyon sebebidir. Avrupa Karaciğer Nakli Sicili'ne (ELTR) göre, ülkemizde Hepatit B kaynaklı karaciğer yetmezlikleriyle daha sık karşılaşılır (ELTR, 2019). Bundan başka; portal hipertansiyona ve bozulmuş hepatik fonksiyona bağlı gelişen varis kanaması, asit ve ensefalopati, hepatorenal sendrom, sirozlu hastaların Son Dönem Karaciğer Hastalığı Modeli (MELD) skorunun 15 ve üzerinde olması endikasyon sebebidir (Tazegül, 2020).

MELD skorunun 15'i geçmesi beklenmeden nakil yapılabilecek diğer durumlar ise şunlardır: Hepatosellüler karsinom, hepatopulmoner sendrom, portal basıncın <35 mmHg olması, polinöropati, kistik fibrozis, hiler kolanjiokarsinom ve nakilden 14 gün önce başlayan hepatik arter trombozudur (Tazegül, 2020). Yaşam kalitesini ciddi olarak bozan ancak MELD skoruna yansımayıp nakil yapılma durumunu güçlendiren diğer durumlar reküren primer sklerozan kolanjit, refrakter asit, refrakter hepatik ensefalopati, refrakter varis kanaması ve kan kaybına neden olan portal gastropatidir (Tezcan, 2020; Tazegül, 2020).

### **2.7.1. Karaciğer Nakil Bekleme Sırasında Skorlama Sistemi**

Hastalar, karaciğer nakli için Child-Turcotte Pugh (CTP) sınıflaması ve son dönem hastalıklar için MELD skorlamasına göre objektif olarak değerlendirilirler (Tazegül, 2020).

#### **2.7.1.1. MELD Skorlama Sistemi**

Erişkin ve 12 yaş üstü hastalarda, 3 aylık mortalite riski hesaplanarak elde edilen MELD skoruna göre hastanın prognozu takip edilir (Urden, 2006).

MELD skoru=  $9,57 \times \log e$  (kreatinin [mg/dL]) +  $3,78 \times \log e$  (total bilirubin [mg/dL]) +  $11,2 \times \log e$  (INR) + 6,43 şeklinde hesaplanır. Skor arttıkça mortalite riski artar (Ergün, 2012).

### 2.7.1.2. Child-Turcotte-Pugh (CTP) Skorlama Sistemi

CTP skorlaması sirozu olan hastalarda kısa dönem prognozu tahmin etmek için objektif bir skorlama olarak kullanılmaktadır (Özkardeşler, 2015; Urden, 2006).

Tablo 1. Child-Turcotte-Pugh Skorlaması (Kaynak: Özkardeşler, 2015)

Kriter	1 Puan	2 Puan	3 Puan
Total Bilirubin (mg/dL)	< 2	2-3	>3
Albumin (g/dL)	>3,5	3,5-2,8	< 2,8
INR (Uluslararası Normalleştirilmiş Oran)	<1,7	1,7-2,2	>2,2
Assit	Yok	Hafif	Şiddetli
Ensefelopati	Yok	Evre I-II	Evre III-IV
Nutrisyon	Mükemmel	İyi	Yetersiz
<b>Puanlama</b>	<b>5-6 Puan</b>	<b>7-9 Puan</b>	<b>10-15 Puan</b>
1 yıllık sağkalım	%100	%81	%45
2 yıllık sağkalım	%85	%57	%35

## 2.8. Karaciğer Nakli Kontrendikasyonları

### 2.8.1. Kesin Kontrendikasyonlar

Cerrahi işleme engel olabilecek hepatik malignite, multi organ yetmezliği, ağır pulmoner hipertansiyon, ileri kardiyopulmoner hastalık, akut respiratuvar distres sendromu, kontrol edilemeyen sepsis, beyin ölümünün gerçekleşmesi, mental retardasyon, major psikoz, aktif alkol ve madde bağımlılığı gibi durumlarda karaciğer nakli düşünülmez (Tezcan, 2020; Tazegül, 2020).

### **2.8.2. Olası Kontraendikasyonlar**

Beden kitle indeksinin 40 ve üzeri olduğu obezite, ileri yaş, portal ven trombozu, kolanjiokarsinoma, alkol kullanımının sonlandırılmasının üzerinden 6 ayın geçmediği vakalarda organ nakli kontrendikedir (Tezcan, 2020; Tazegül, 2020).

### **2.9. Karaciğer Nakli Komplikasyonları**

Nakil sonrası gelişebilecek komplikasyonlar;

- Akut-kronik rejeksiyon,
- Ani meydana gelen kanama,
- Greft non-fonksiyonu,
- Akut böbrek yetmezliğidir (Yücel, 2020).

Erken dönemde gelişebilecek komplikasyonlar;

- Enfeksiyon,
- Maligniteler,
- Portal ven ve hepatik arter trombozu,
- Safra kaçağı,
- Pulmoner- biliyer komplikasyonlar,
- Nörolojik komplikasyonlardır (Yavuz, 2017).

Geç dönemde gelişebilecek komplikasyonlar;

- İmmünyüpresyon tedavisine uyumsuzluğa bağlı gelişen viral hepatit,
- Osteoporoz,
- Hiperlipidemi,
- Hipertansiyon,
- Ağrı,
- Fiziksel yorgunluk,
- Psikolojik problemlerdir (Yücel, 2020).

Canlı verici nakilleri %0,2 mortalite, %25 morbidite riski taşır. Karaciğer nakli ile yaşama tutunma olasılığı %90 düzeyindedir (Nicolau-Raducu, R., 2019; Tazegül, 2020).

### **2.10. Böbreğin Yapı ve Fonksiyonları**

Ortalama 120-150 gr ağırlığında olan böbrekler vücudun retroperitoneal bölgesinde, kolumna vertebralisin iki yanında, 12. torakal vertebra ile 3. lomber vertebra aralığında bulunan organlardır. Böbreklerin temel fonksiyonu, vücuttaki normal fizyolojik dengenin elektrolitlerin ve suyun selektif tutulumu veya idrar yolu ile atılımının sağlanmasıdır. Böbreğin diğer fonksiyonları kan basıncı ve asit-baz dengesini, eritrosit, D vitamini üretimi ve glikoneojenezi sağlamaktır. (Altınören vd., 2016).

### **2.11. Kronik Böbrek Yetmezliği**

Glomerüler filtrasyon hızının (GFR) üç aydan uzun süre 25 ml/dk'nın altında olmasıyla nefronların geri dönüşsüz bir şekilde kaybedilmesi ve metabolik dengenin bozulmasıdır (Ketteler vd., 2018). Sağlıklı erişkin bir kadında GFR 95-120 ml/dk ve erişkin erkekte ise 105-140 ml/dk'dır. Amerika Birleşik Devletleri renal veri sistemi raporunda (USRDS), Türkiye 2003-2016 yılları arasında, son dönem böbrek yetmezliği prevalansında en fazla artış gösteren on ülke arasında olup yetişkin her altı kişiden birinde son dönem böbrek yetmezliği vardır (USRDS, 2019; Topbaş 2017). Son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde replasman tedavisi olarak hemodiyaliz, periton diyalizi ve böbrek nakli uygulanmaktadır (Dziubek vd., 2015; Süleymanlar, 2018; Güzel vd., 2019). Ülkemizde 2018 yılı sonu verilerine göre 81.055 hasta replasman tedavisi almakta ve bu sayı her yıl artmaktadır (Süleymanlar, 2018; Aslan, 2020). Böbrek nakli alıcılarının nakilden sonra sağkalım yüzdeleri birinci yılda %97, beşinci yılda %89 ve 10. yılda %73 olarak bildirilmektedir (Kinnunen vd., 2018).

### **2.12. Böbrek Nakli Endikasyonları**

Böbrek nakli yapılabilmesi için Ulusal Böbrek Vakfı Böbrek Hastalığı Sonuçları Kalite Girişimi'ne (NKF-KDOQI) göre GFR <15 olması ve evre 5 kronik böbrek yetmezliği tanısı almış olmak esastır (NKF-KDOQI, 2017).

### **2.13. Böbrek Nakli Kontrendikasyonları**

Uygun yaş aralığında (8-60 yaş arası) olmama, beden kitle indeksi değerinin 40 ve üzeri olması, aktif enfeksiyon varlığı, kanser tanısı, önemli periferel vasküler hastalık, organ yetmezliği, aktif inflamatuvar hastalık, aktif peptik ülser hastalığı, devam eden madde kullanımını ve tedaviyi olumsuz etkileyecek psikiyatrik hastalık varlığı kontraendikasyonlardır. Bazı retransplant, kardiyovasküler hastalık, diyabet vakaları ise göreceli kontraendikasyonlar arasında yer alır (Escobedo ve Searight, 2017; Köken ve Sezer, 2018).

### **2.14. Böbrek Nakli Komplikasyonları**

Nakil sonrası görülen komplikasyonlar medikal ve cerrahi komplikasyonlar olarak ikiye ayrılır (Vidya, 2019).

#### **2.14.1. Medikal Komplikasyonlar**

Hipofosfatemi, hiperkalsemi, hiponatremi ve hipo/hiperpotasemi gibi sıvı elektrolit dengesizlikleri sık görülen medikal komplikasyonlardır. Alınan ve çıkarılan sıvı miktarına bağlı hipervolemi, metabolik asidoz gelişimine bağlı da hiperpotasemi görülebilir. Doku perfüzyonun bozulması, distal renal tübüler asidoz gelişmesi ve diyabetik hastalarda ketoasidoz sonucu metabolik asidoz oluşmaktadır. Hiperkalsemi diyaliz döneminde hiperparatiroidiye bağlı görülebilen bir durumdur ancak tersiyer hiperparatiroidi gelişmezse tedavisi mümkündür (Knechtle, 2019).

Postoperatif dönemde nefrotoksistite, hipovolemi ve reperfüzyon hasarı nedeniyle primer nonfonksiyon böbrek ve gecikmiş greft fonksiyonu gelişebilir (Düğer, 2017). Nakil sonrası işlevi olmayan böbrek çıkarılır (McCalmont vd., 2017). Gecikmiş greft fonksiyonunda ise immunsupresyon tedavisine ek olarak diyaliz gerekebilir. Bazal serum kreatinin düzeyindeki %20 üzerindeki artışlar akut greft disfonksiyonuna sebebiyet verebilir. Sıcak ve soğuk iskemik sürenin artması, alıcı yaşı, İnsan Lökosit Antijeni (HLA) uyum sayısı, nakil öncesinde geçen diyaliz süresi, beden kitle indeksi, ayılmada geçen süre, cerrahi sırasında verilen sıvı miktarı, eritrosit transfüzyonu yapılmış olması medikal komplikasyon gelişiminde etkilidir. Gelişebilecek komplikasyonları erken dönemde tespit edebilmek için laboratuvar

testleri, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri yapılmalı, tedavi planı tetkikler sonrasında düzenlenmelidir (Düger, 2017).

#### **2.14.1.1. Rejeksiyon**

Böbrek nakli sonrasında oluşabilecek en ciddi komplikasyon rejeksiyon yani nakledilen böbreğin reddidir. Rejeksiyon; alıcının immün sisteminin nakledilen organ veya dokuya tepki göstermesi sonucunda meydana gelir. Günümüzde immünespresif etkisiyle akut rejeksiyon oranı %15'e gerilemiş, greft sağ kalımı %95'in üzerine çıkmıştır. Ancak kronik rejeksiyon greft yetmezliği için ana unsur olmaya devam etmektedir. Rejeksiyonlar hiperakut (dakikalar), akut (günler, haftalar) ve kronik (aylar, yıllar sonra) olarak sınıflandırılır. Patofizyolojik mekanizmaya göre rejeksiyonlar, T hücre aracılı (hücrenel, interstisyel) ve B hücre aracılı (antikor aracılı, humoral) olarak adlandırılır (Büyükdemirci, 2019).

#### **2.14.1.2.Hiperakut Rejeksiyon**

Anti-HLA antikolar ve ABO izoaglutininleri sebebiyle nakil sonrası en erken dönemde ortaya çıkar. Crossmatch ve ABO uyumlu nakillerde görülmesi nadirdir. Alloantikolar, solid organın endoteline yapışarak saatler içerisinde greft damarlarının trombozuna yol açar (Yılmaz, 2016; Yücel, 2020).

#### **2.14.1.3. Akut Rejeksiyon**

Akut rejeksiyon yaygın olarak nakil sonrası 1.gün- 3 ay arası erken dönem, 3.ay-1 yıl arası geç dönem olarak kabul edilir. Humoral, hücrenel, erken-geç, subklinik-klinik olarak sınıflanabilir. Hastanın kreatinin değerinin yükselmesi ile kuşulanılır. Tanıda altın standart histopatolojidir. Biyopsi ile hem rejeksiyonun tipi ve özellikleri hem de rejeksiyon dışı patolojileri ayırt etme olanağı vardır. Hücrenel rejeksiyonda T lenfositleri aktif rol oynarken, akut humoral rejeksiyonda ise hastada nakil öncesi var olan veya nakil sonrasında gelişen donöre spesifik antikolar aktif rol oynamaktadır. Akut rejeksiyonun gelişmesinde rol alan mekanizmaların, aynı zamanda viral antijenlere, mantarlara, bazı bakterilere ve tümörlere karşı savunmada da çok önemli rolleri bulunmaktadır (Ohler, 2008; Yücel, 2020).

#### **2.14.1.4. Kronik Rejeksiyon**

Böbrek naklinden aylar veya yıllar sonra ortaya çıkan, anti-greft lenfositlerini ve antikorlarını kontrol altında tutmak amacıyla uygulanan immünosüpresif tedavinin devam edilmemesinden kaynaklanan rejeksiyon tipidir. Greft yetmezliğinin en önemli nedenidir. Hücresel reaksiyon, antikor birikimi ve antijen-antikor komplekslerinin greft hasarına yol açmasıdır (Darbaş, 2020).

#### **2.14.1.5. Rejeksiyonda Hemşirelik Girişimleri**

Hastalar risk grupları ve alınacak immünsüpresif tedavi şekli açısından değerlendirilmelidir. Bu risk grupları içerisinde alıcı ve verici yaşı, canlı ya da kadavradan nakil olması, daha önce gebelik öyküsünün olup olmadığı, daha önce nakil ya da kan transfüzyonu olup olmadığı, gecikmiş greft fonksiyonu gibi parametreler yer almaktadır (Pratschke vd., 2016).

Nakil sonrası rejeksiyonun erken dönemde tespit edilmesi için risk grupları greft fonksiyonları dikkate alınarak takip edilir. Alınan immünsüpresif tedaviye, alıcı verici yaşı, alıcının rejeksiyon öyküsü olup olmaması göz önünde bulundurularak devam edilir. Alıcıya erken tanı ve tedaviyi sağlamak ameliyat bölgesinde ağrı, hassasiyet ve şişlik, ateş, kan basıncında artış, idrar miktarında azalma, ekstremitelerde şişlik, halsizlik, iştahsızlık, hızlı kilo alımı gibi rejeksiyonun belirtileri konusunda eğitim verilmelidir (Özbaş, 2016; Thomas, 2016).

#### **2.14.2. Cerrahi Komplikasyonlar**

Post operatif dönemde hastalarda, üretral kateter, nefrostomi, stent ve cerrahi drenaj bölgelerinde kanama ve hematoma görülebilir. Sebebi antikoagülan/ antiagregan tedavi ve üremi olabilir. Renal arter/ven trombozu, yanlış anastomozlar, renal arter/ven intima disseksiyonu ya da arterde greft kaybı buna sebep olabilir. Komplikasyon azalmış idrar çıkışı, yan ağrısı, taşikardi ve hipotansiyon ile belirti verebilir. Renal trombozların altı ay-1 yıl sonra görülmesi ise renal stenoz olarak adlandırılır. Üreter darlığı, idrar kaçağı, venöz tromboembolizm, anevrizma, akut miyokardial infarktüs, lenfösel, ateş, birinci yılda alıcılarda görülen enfeksiyon, obstrüksiyon ve ölüm diğer cerrahi komplikasyonlardır. Nakil sonrası cerrahi komplikasyonların takibinde böbrek fonksiyonlarının yakından izlenmesi önemlidir. Bunun için hastalara laboratuvar

testleri, fizik muayene, ultrason, antegrad pyelografi ve sistogram yapılabilir (McCalmont vd., 2017; Knechtle, 2019).

### **2.15. İmmüsupresif İlaçlar**

İmmüsupresyon, lenfosit yanıt mekanizmalarının inhibe edilmesi ya da lenfosit sayısının azaltılması ile sağlanabilir. Bunun için immüsupresif ilaç tedavileri kullanılır. Bu tedavide amaç, organ reddini azaltmak, hasta ve nakledilen organın sağ kalımını arttırmak ve istenmeyen yan etkileri en aza indirmektedir. Tedavi, ameliyat sonrası üç- altı ay ya da altı aydan daha fazla devam eder. Kullanılan ilaç yan etkilerini en aza indirmek için çeşitli ilaç kombinasyonları kullanılır (Tsapepas vd., 2014; Thomas, 2016).

Böbrek ve karaciğer nakli sonrasında kullanılan immüsupresif ilaçlar kullanım amaçlarına göre indüksiyon tedavi, idame tedavi ve akut rejeksiyon tedavi ilaçları olmak üzere üçe ayrılır (Ensor vd., 2017; Tanrikulu, 2021).

#### **2.15.1. İndüksiyon Tedavi**

İndüksiyon tedavisi akut rejeksiyon ataklarından korunmak amaçlı perioperatif olarak kullanılan, güçlü ve profilaktik tedavidir. İndüksiyon tedavide kullanılan ilaç grupları Antilenfosit Antikorlar ve İnterlökin-2 Reseptör Antagonistleridir. Antilenfosit Antikorlar arasında Monoklonal Antikorlar (Mumonab-CD3, Alemtuzumab) ve Lenfoglobulinler (Antilenfosit Globülin ve Antitimosit Globülin) yer alırken, İnterlökin-2 Reseptör Antagonistleri arasında Basiliximab ve Daklizumab yer alır (Tsapepas vd., 2014).

##### **2.15.1.1. Mumonab-CD 3**

Post operatif beş-14 gün içinde, günde bir kez intravenöz olarak verilir. Nefes darlığı, bulantı, kusma, diyare, ateş, titreme, kalp hızında artış, baş ağrısı, menenjit, akciğerde ödem gibi yan etkiler görülebilir. Steroid, antihistaminik ilaçlar ve parasetamol verilerek mumonab yan etkileri azaltılabilir. Monoklonal antikor T-hücre fonksiyonunu bloke eder (Ensor vd., 2017; Tanrikulu, 2021).



### **2.15.1.2. Lenfoglobülinler (*Antilenfosit Globülin ve Antitimosit Globülin*)**

Antilenfosit Globülin (ALG) ve Antitimosit Globülin (ATG) lökositlere bağlanarak bunları yok eden poliklonal antikordur. Çok güçlü etkileri olduğu için kısa süreli olarak rejeksiyon düşünülen durumlarda kullanılırlar. Damardan verilerek dört-10 gün süreyle kullanılır. Alerjik reaksiyon nedeniyle öncesinde antihistaminik ilaç uygulanır. T lenfositlere etki eder. İlk 1-2 haftalık süreçte kullanılan ilaçlardır. Anti-timosit globülinler intraoperatif süreçte alıcı uyutulduktan sonra başlar ve dört saat sonra durdurulur (Ensor vd., 2017; Tanrıkulu, 2021).

### **2.15.1.3. Basiliximab ve Dacluzimab**

İnterlökin-2'yi inhibe ederek T lenfosit aktivasyonunu önler. Akut rejeksiyonun tedavisinde değil önlenmesinde kullanılırlar. Yarı ömürleri yedi günden uzundur. Ameliyattan hemen önce ve ameliyattan sonraki dördüncü gün olmak üzere toplamda iki doz halinde verilir (Ensor vd., 2017; Tanrıkulu, 2021).

### **2.15.2. İdame Tedavi**

İdame tedavi, akut rejeksiyonun önlenmesi ve greft fonksiyonelliğinin korunması amacıyla verilen uzun süreli immünsupresif tedavi olarak tanımlanabilir (Russell, 2011; Tsapepas, 2014).

İndüksiyon tedavisi sonrası idame tedavi olarak genellikle üçlü ilaç kombinasyonları kullanılır. Bu süreçte hem erken hem geç dönemde tercih edilen üçlü kombinasyon takrolimus, mikofenoloik asit ve prednizolondur. Takrolimus verilemediğinde siklosporin; mikofenoloik asit verilemediğinde azatioprin idame tedavi olarak verilebilir (Ruppar, 2009; Tanrıkulu, 2021).

#### **2.15.2.1. Takrolimus**

T lenfosit aktivasyonu ve interlökin-2 sentezinin inhibe eder. Kalsinörin inhibitörüdür (Ensor vd., 2017; Tanrıkulu, 2021).

#### **2.15.2.2. Siklosporin A**

Kalsinörin inhibitörüdür. T-hücre farklılaşması ve çoğalmasını engeller (Nevins vd., 2014; Ensor vd., 2017; Tanrıkulu, 2021).

### **2.15.2.3. Mikofenolat Mofetil (MMF)**

Antiproliferatif ajanlardan biridir. Rejeksiyon sürecinde T ve B lenfositlerin proliferasyonu üzerinde etkili olan pürin nükleidi sentezini engeller (Russell, 2011; Nevins vd., 2014).

### **2.15.2.4. Azatioprin**

Adenozin monofosfat ve DNA (Deoksiribo nükleik asit) sentezini bozar. Ayrıca doza bağımlı olarak kemik iliğini baskılar. Rejeksiyon sürecinde T ve B lenfositlerin proliferasyonu üzerinde etkili olan pürin nükleidi sentezini engeller Kan düzeyi takibi yapılmadığı için doz ayarlaması yan etki gelişimine göre yapılır Rejeksiyon sürecinde T ve B lenfositlerin proliferasyonu üzerinde etkili olan pürin nükleidi sentezini engeller (Ensor vd., 2017; Tanrıkulu, 2021).

### **2.15.2.5. Kortikosteroidler**

Kortikosteroidler indüksiyon, idame ve rejeksiyon tedavisinde önemli yer tutmaktadır. İnflamatuvar yanıtın baskılanmasını sağlarlar, lenfositleri azaltır, makrofajları engeller, T-hücre aktivasyonunu etkiler. Nakilden sonra erken dönemde intravenöz yolla veya ağız yoluyla yüksek dozlarda verilirken zaman ilerledikçe doz düşürülüp, sabit bir dozdan tedavi planı belirlenir (Ensor vd, 2017; Tanrıkulu, 2021).

### **2.15.2.6. Sirolimus**

Rapamisin inhibitörleri, hücre siklusunu etkileyerek sitokin genlerinin kopyalanması için gerekli olan sinyali kesintiye uğratarak, İnterlökin-2, 4 ve 6'nın başlattığı T hücre sentezini inhibe eder. Günde tek doz olarak kullanılan ilacın dozu kan düzeyine göre ayarlanır (Russell, 2011).

### **2.15.2.7. Everolimus**

Etki olarak sirolimus ile aynı işlevlere sahip olmasının yanı sıra fibroblast büyüme faktörünü inhibe eder. Sirolimustan farklı olarak günde iki doz (12 saat arayla) şeklinde kullanılır ve doz ayarlaması kan düzeyine bakılarak planlanır (Ensor vd., 2017; Tanrıkulu, 2021).

### ***2.15.3. İmmünoşüpresif İlaçların Yan Etkilerinin Önlenmesinde Hemşirelik Girişimleri***

#### ***2.15.3.1. Takrolimus-Siklosporin***

Sikloporin ve takrolimus kan plazma düzeyi takip edilir. Doktor istemine göre ilaç dozu düzenlenir. Hasta yan etkiler ve belirtileri konusunda bilgilendirilir. Nefrotoksite, nörotoksite, diyare, diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon yan etkileri vardır. Ellerde titreme ve kaslarda kasılma nörotoksite belirtisi olarak izlenir. Bu ilaçların anti-inflamatuar ilaçlar greyfurt ve grefyfurt suyu ile alınmaması konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Serum kreatinin, kan üre nitrojen ve potasyum değerleri izlenir (Ensor vd., 2017; Lasmar vd., 2019; Tanrıkulu, 2021).

#### ***2.15.3.2. Kortikosteroid- Siklosporin- Daclizumab***

Hastada yan etki olarak hipertansiyon gelişebilir. Bu yüzden kan basıncı kontrol edilir. Doktor antihipertansif tedaviyi gerekli görürse hasta ilaç tedavisi konusunda bilgilendirilir (Nevins vd., 2014).

#### ***2.15.3.3. Kortikosteroid- Siklosporin- Takrolimus***

Hastada yan etki olarak hiperglisemi gelişebileceği için kan glikoz düzeyi izlenir. İnsulin ya da oral diabetik ilaçlar reçete edilirse, hasta ilaçların kullanımı konusunda bilgilendirilir. Hastanın aldığı çıkardığı takibi yapılabilir (Ensor vd., 2017; Lasmar vd., 2019).

#### ***2.15.3.4. Rapamisin- Evorilumus***

Yan etki olarak hastada ödem, konstipasyon, hipertansiyon, bulantı, anemi ve hiperlipidemi görülebilir. Hasta kontrollerinde kan lipid düzeyi kontrol edilir. Hasta kolesterol içeren yiyeceklerin az tüketilmesi ve ilaçları konusunda bilgilendirilir (Ensor vd., 2017; Lasmar vd., 2019).

#### ***2.15.3.5. Siklosporin- Takrolimus***

Hasta, hiperkalemi belirtileri olan kaslarda kasılma, seğirme, konfüzyon ve çarpıntı yönünden izlenir. Kan plazma potasyum düzeyi izlenir. Hastaların

elektrokardiogram (EKG) monitorizasyonu yapılır. Anti-potasyum order edilmişse ilacın hipokalemiye de sebep olabileceği konusunda hasta bilgilendirilir. Hastanın diyetisyen iş birliği ile diyet düzenlemesi yapılır ve kayısı, muz, domates gibi yüksek potasyum, magnezyum değeri olan besinler konusunda bilgilendirilme yapılır. Hipomagnezemi gelişebileceği için hastalarda magnezyum düzeyi takip edilir. Magnezyum desteği gereken hastalara magnezyum verilir (Ensor vd., 2017; Lasmar vd., 2019).

#### **2.15.3.6. Kortikosteroid**

Hastada sodyum ve su tutulumuna bağlı ödem gelişebilir. Bu yüzden aldığı çıkardığı sıvı, kan basıncı ve böbrek fonksiyonu takibi yapılmalıdır. Hasta, diyetinin sodyumdan fakir olması gerektiği konusunda bilgilendirilir (Ensor vd., 2017; Lasmar vd., 2019).

#### **2.15.3.7. Kortikosteroid- Takrolimus- Siklosporin**

Hastada yan etki olarak rahatsız edecek boyutta kılınma olabilir. Bu nedenle kıl dökücü kremler kullanılabilir ya da ilaç değişikliğine gidilebilir (Ensor vd., 2017; Lasmar vd., 2019).

#### **2.15.3.8. Sirolimus- Mikofenolat Mofetil- Azathoprine- Antitimosit Globülin (ATG)**

Yan etkileri diyare, bulantı, kusma, nötropeni, lökopeni trombositopeni, enfeksiyon riskinde artış ve malignite insidansında artıştır. Hasta morarma, kanama, gastrointestinal kanamalar açısından izlenir, bu konuda bilgilendirilir. Özellikle timoglobulin veya ATG tedavisi sırasında her gün lökosit değerleri takip edilir. Gerekli görülürse tedaviye ara verilebilir ya da ilaç dozu azaltılabilir. Hasta ve ailesine enfeksiyondan korunma yöntemleri konusunda bilgi verilir. Gerekli görüldüğü takdirde tedaviye ara verilebilir ya da ilaç dozu azaltılabilir (Nevins vd., 2014; Tanrıkulu, 2021)

## **2.16. Karaciğer ve Böbrek Naklinde Ameliyat Öncesi Hemşirelik Girişimleri**

Hastaya pre-operatif dönemden itibaren bütüncül yaklaşılmalıdır. Hemşire alıcı ve yakınlarına bilgi verme, emosyonel destek sağlama ve fiziksel bakım verme konularından sorumludur. Koordinatör hemşire hastayı nakile hazırlar ve diğer hemşirelere destek verir. Hastanın bakım ve tedavisinin doğru planlanması için ayrıntılı öyküsünün alınması önemlidir. Böylece ameliyat için kontrendike bir durum varsa tespit edilebilir. Hastadan yazılı ameliyat onayı alınmalıdır. Hem alıcı hem de donörden rutin tetkikler olan; kan tahlili (hemogram, pıhtılaşma zamanı, sodyum, potasyum, alanin aminotransferaz (ALT), aspartat transaminaz (AST), kan üre azotu (BUN), kreatin, klor, kalsiyum, seroloji ve idrar tahlili takibi yapılmalıdır. Alıcı ve donörün akciğer röntgeni ve EKG'si de çekilmelidir (Köken vd., 2018).

Transplantasyonun başarı şansını ve optimizasyonu arttırmak için alıcının beslenme durumu, aldığı çıkardığı takibi, kan sıvı elektrolitlerinin takibini yapmak önemlidir. Metabolizma kontrol altında tutulur, enfeksiyon önlenmeye çalışılır (Ergün, 2017). Alıcının alkol ve madde kullanımı, mental durumu, tedaviye uyum sağlama yetileri, algılanan elde edilebilir desteğinin olup olmadığı irdelenmelidir. Alıcının nakil sonrası kendi bakımına katılıp nakledilen böbreği ya da karaciğeri koruması için özgüveni ve algılanan elde edilebilir destek mekanizmaları güçlendirilmelidir. Hasta duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir (Ergün, 2017).

Alıcının nakil sonrası yaşayabilecekleri hakkında merak ettikleri giderilmelidir. Naklin başarı oranı/riskleri ve immünosüpresif tedaviyi içeren eğitimler yapılmalıdır. Derin solunum/öksürük egzersizleri pre-op dönemde öğretilmelidir. Alıcı ve ailesi ameliyat gecesi 24.00'dan sonra aç kalma, traş olma ve duş alma, post-op dönemde kullanılacak olan uygun korse, triflow ve varis çorabının hazır bulundurulması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca post-op ağrı yönetimi, diyet kısıtlamaları, intravenöz ve arteriyel kanüller, drenler ve hijyene yönelik de bilgilendirilme yapılmalıdır (Köken vd., 2018).

## **2.17. Karaciğer ve Böbrek Naklinde Ameliyat Sonrası Hemşirelik Girişimleri**

- Karaciğer ve böbrek nakli alıcılarının izlem ve tedavileri çoğunlukla yoğun bakım ünitesinde sürdürülür. Hemşire nakil sonrası alıcılar monitörize etmeli ve nakledilen organın etkinliğini izlemelidir (Kallwitz vd., 2008; Amaral, 2019).

- Alıcıda kanamaya ve diüretiklerin kullanımına bağlı dehidratasyon ve hipotansiyon gelişebilir. Dehidratasyon ve hipotansiyon için hastanın nabız, santral venöz basınç, ortalama kan basıncı, pulmoner arter basıncı ve aldığı-çıkardığı izlemi, drenlere gelen sıvı miktarı ve günlük kilo takibinin düzenli yapılması gerekir (Stiavetti, 2013; Amaral, 2019).
- Kadavra nakilli böbreklerde iki günden 15 güne kadar idrar çıkışı olmayabilir ya da rejeksiyon gelişebilir. Alıcının, akut tübüler nekroz ve primer greft disfonksiyonun belirtileri olan üre, kreatinin artışı, hiperkalemi, hipermagnezemi ya da hiperfosfatemi gelişmesine bağlı hemodiyaliz ihtiyacı olabilir. Bu laboratuvar belirtileri açısından hasta yakın izlenmelidir (Amaral, 2019).
- Anestezi kaynaklı atalektaziyi önlemek için postoperatif dönemde mortalite ve morbiditedeki etkisi nedeniyle pulmoner rehabilitasyonu ve pulmoner sekresyonların etkili temizliğini sağlamak, solunumu kısıtlayan ağrıyı önlemek önemlidir (Stiavetti, 2013; Lui, 2018).
- Alıcının pozisyon değiştirmesi desteklenmelidir. Erken mobilizasyon, analjezik tedavisi, hipervoleminin ve enfeksiyonların önlenmesi önemli yer tutmaktadır (Stiavetti, 2013; Song, 2018).
- Periferik ödem ve nabız takibinin sepsis, derin ven trombozu ya da lenfösel belirtisini gösterebileceği bilinmelidir (Kallwitz vd., 2008; Song, 2018).
- Yara yeri enfeksiyon belirtileri yönünden hergün takip edilmeli, bakımı yapılmalı ve antibiyotiklerin, immünespresörlerin düzenli kullanılması sağlanmalıdır (Song, 2018).
- Kanda lökosit ve platelet düzeyleri de yakından takip edilmelidir (Kallwitz vd., 2008; Amaral, 2019).
- Takrilimus toksisitesinin hastada bilinç değişikliği yapabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Ruppar, 2009; Amaral, 2019).
- Narkotik ilaçların ve hareketsizliğin alıcıyı konstipe etme riskine karşı, sıvı ve yüksek lifli gıdaların alımı artırılmalıdır. İhtiyaç halinde laksatifler kullanılmalıdır (Amaral, 2019).
- Mikotil fenatin diyareye sebep olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Hoffman vd., 2006; Amaral, 2019).

- İmmünespresif ilaçlarının doğru kullanımının takibi oldukça önemlidir (Ruppar, 2009; Amaral, 2019).
- Alıcı eğitiminde, karaciğerin ve böbreğin yapı ve fonksiyonundaki olası bozukluk belirtileri açısından; drenlerin, düzenli kan şekeri/ kilo takibinin, dengeli besin alımının ve yara bakımının önemi, ilaçların olası yan etkileri, rejeksiyon ve enfeksiyon belirti bulgularının takibi anlatılmalıdır (Amaral, 2019).
- Alıcı gerekli görülürse psikoterapist ve fizyoterapi uzmanına yönlendirilmelidir (Hoffman vd., 2006; Akbulut, 2020).
- Hemşire, alıcının tedaviye olan uyumunu ve psikososyal durumunu değerlendirmelidir (Ruppar, 2009; Akbulut, 2020).
- Alıcının ve ailesinin algılanan elde edilebilir destek, anksiyete düzeyleri değerlendirilmeli, psikolog ve sosyal çalışmacı yardımıyla ihtiyacı karşılanmalıdır (Özdemir, 2018).

### **2.18. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Depresyon**

Depresyon, ruhsal ya da ruhsal olmayan hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkabilen; kişinin üzüntülü ve bunalımlı duygusal halinin sosyal yaşantı, düşünce ve fizyolojik işlevlerine etki ettiği; buna bağlı olarak kişiyi umutsuz duygu ve düşüncelerle intihar girişimine kadar sürekleyebilecek bir ruh sağlığı problemidir. Birincil çökkünlük olarak da adlandırılan depresyonun; majör depresyon, distimi, uyum bozuklukları ve iki uçlu bozukluklar olarak isimlendirilen türleri vardır (Kadıoğlu vd., 2012).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin geliştirmiş olduğu Mental Bozukluklukları Sınıflandırma Sistemi'ne göre depresyon tanısı koymak için:

- Yorgunluk, içsel gücün azalması, çökkünlük ve keder duyguları, uyku bozukluğu, yavaşlamış veya huzursuz hareketler, belirgin kilo kaybı veya kilo alma, cinsel istek kaybı, düşünme bozukluğu, benlik saygısında azalma ve iş gücü kaybı, uyku, beslenme alışkanlıklarında değişiklikler, ciddi fiziksel ve psikososyal yeti kaybı yaşayabilirler duygularından en az beşinin belirti olarak kişide görülmesi,
- Bu belirtilerin günlük sosyal yaşantısını ve mesleki becerilerini etkileyecek

boyutta olması,

- En az 14 gün çökkünlük duygusunun devam etmesi gerekmektedir (Kadıoğlu vd., 2012).

Organ nakli sonrası cerrahi işleme özgü bazı özellikler bir stres kaynağı olarak kabul edilir. Bu aşamada organ reddi, immünoşüpresif tedavinin başlaması, enfeksiyonlar ve çeşitli safra yolu komplikasyonları ile ilgili artan depresyon yaşanabilir (Baghernezhad vd., 2018; Grover vd., 2012; Heo vd., 2018).

Organ nakli sonrası hastaların birçoğunun depresyon deneyimledikleri belirtilmiştir (Bayraktar, 2013; Köroğlu, 2012; Yatkın, 2009). Alıcıların nakil sonrası depresyon belirtileri ilk iki yılda ilerleyen yıllara göre daha yaygın olduğu saptanmış olup psikiyatrik problemlerin daha çok immünoşüpresif tedavi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Annema vd., 2015). Yapılan çalışmalarda böbrek nakli alıcılarının %13,8'inin yüksek düzeyde depresyon, %6,6'sının anksiyete belirtisi yaşadığı belirtilmiştir (Suzuki vd., 2019; Lai vd., 2020). Özellikle kadavra donör olan nakillerde depresyon görülme olasılığı daha yüksek olarak bildirilmiştir (Srifuengfung vd., 2017).

Anksiyete ve depresyon sonucu olarak tedaviye uyumsuzluk riski, yaşam kalitesinin azalması, hastaneye yatış ve ölüm oranlarında artış görülebilir. Gregorio ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, organ nakli alıcılarında görülen depresyonun alıcının sosyal, duygusal, fiziksel ve maddi açıdan olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (Gregorio vd., 2006). Yapılan çalışmalarda, depresyonun nakil sonrası tedavi güçlüğüne yol açtığı ve mortalite riskini iki kat fazla etkilediği bildirilmiştir (Myaskovsky vd., 2006; DiMartini vd., 2011; Fardeazar vd., 2018; Temiz, 2017; Rocha vd., 2020; Hennemann vd., 2021). Depresyondaki bireyler fiziksel bakımlarını ihmal edebilmektedirler. Bu yüzden alıcılar ile güven ve empatiye dayalı iletişim kurularak depresyonun alıcı üzerindeki olumsuz etkilerini önlemek önemlidir (Szeifert vd., 2010; Pascazio vd., 2010).

Nakil yapılan hastalar depresyona yatkın oldukları için psikolojik açıdan desteklenmelidir (Ergün, 2017). Depresyon belirtisi gösteren hastaların erken teşhis ve tedavisi yaşam kalitesini büyük ölçüde artırabilir (Rogal, 2013; Saltiel, 2015). Organ nakli alıcılarında var olan depresyonun tedavisi için alıcıların detaylı bir şekilde değerlendirilmesi gereklidir. Yapılandırılmış iyi bir hasta eğitimi hastaların anksiyete,



depresyon düzeylerini azaltabilir. Karaciğer nakli alıcılarıyla yapılan bir çalışmada, iyi tasarlanan broşür, video, online eğitimler verilen hastaların anksiyete depresyon puanlarının, nakilden bir ay sonra azaldığı belirtilmiştir (Bozkurt vd., 2020). Taburculuk sonrası hastaların sosyal güvence ve organ reddine ilişkin kaygılarını paylaşmanın, algılanan anksiyete ve depresyonu azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir. Hemşireler nakil alıcılarını duygularının ifade etme konusunda cesaretlendirmeli ve alıcılara danışmanlık sağlamalıdır (Ergün, 2017; De Pasquale vd., 2020).

### **2.19. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Anksiyete**

Anksiyete, bireyin üstesinden gelemeyeceği çevresel ve psikolojik etkenlerle yaşadığı çatışma sonrası, birtakım ruhsal belirtilerle ortaya çıkan bir tepkidir. Anksiyete yaşanmasında; beklenmeyen olaylar, fiziksel ya da psikolojik hastalıklar, sakatlıklar, tıbbi tedavi değişikliği, sağlığın tehdit edilmesi, yerleşim yeri değişiklikleri, çalışma yaşamındaki değişiklikler, sosyo-ekonomik değişiklikler ve gelecekle ilgili belirsizlikler etkili olabilir (Gönene vd., 2019; Arslan, 2020). Anksiyetede kötü birşeyler olacakmış gibi bir huzursuzluk vardır. Nakil alıcılarının hastalık nedeniyle fiziksel olarak başkalarına bağımlı olmaları, geleceğe yönelik bilinmezlik ve umutsuzluk duyguları alıcıların anksiyete yaşamasına neden olmaktadır. Buna suçluluk duygusu da eklenebilir. Aynı zamanda kendilerini aileleri için yük olarak görürler (Perdeci vd, 2012). Nakil sonrası rejeksiyon riski, belirgin yan etkileri olan ilaç tedavisine alışabilme, enfeksiyon riski, tekrar hastaneye yatma korkusu, beden imajına ilişkin kaygılar, sosyal izolasyon, rol ve performansta değişim gibi faktörler anksiyeteye zemin hazırlamaktadır (Talas vd., 2004; Aras, 2006; Yatkın, 2009; Özşaker, 2014).

Normal düzeyde anksiyete bireyi güdüleyip bireye fayda sağlarken, kontrol altında alınamayan anksiyete bireyde semptomlar oluşturmaktadır. Bu semptomlar; bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik olarak dört grupta incelenir (Beck vd., 2019). Nabızda yükselme, kan basıncında değişim, solunumda zorlanma, göğüs ve boğazda hissedilen basınç, avuç içinde terleme, bulantı, kusma, titreme gibi tepkiler fizyolojik tepkilere örnek olarak gösterilebilir. Anksiyete düzeyi birtakım davranış

bozukluklarına da sebebiyet verebilir (Mert vd, 2019). Sigara-alkol kullanımı, hareketsiz yaşam gibi sağlıksız davranışlara da yol açabilir (Vancampfort vd., 2017).

Transplantasyon alıcılarının %63'ünün nakil sonrası ilk altı ay içinde anksiyete yaşadığı ve mortalite riskinin iki katına çıktığı bildirilmektedir (Dew, 2005; Dew, 2015; Benzing, 2015; Cannavo vd., 2019; Chang vd., 2021). Çalışmalar karaciğer ve böbrek nakli sonrası hastaların psikososyal açıdan zorlandığını ve nakil sonrası alıcıların %12-70'inde psikiyatrik rahatsızlıkların görüldüğünü bildirmiştir (Eftekar, 2016; Corruble vd., 2011) Perez ve arkadaşları alıcı anksiyetesinin taburculuk sonrasında arttığını bildirmiştir (Perez, 2008). Tıbbi açıdan daha güvenli bulunan hastaneden ayrılma ve taburculuk sonrası tedaviye uyum sağlama gücü anksiyete sebebidir (Perez, 2008). Farklı bir çalışmada nakil yapılan bekar, orta sosyoekonomik düzeye sahip ve çalışmakta olan kadın hastaların uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Bu alıcıların anksiyete riskleri arttıkça aile içi ve psikolojik çevrelerine uyumları olumsuz yönde etkilenmiştir (Yıldız vd., 2017).

Pazar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise böbrek nakli alıcılarının anksiyete ile başedebilmeleri için, duygularını ifade etmelerinin sağlanması ve bilgi eksikliği yaşadıkları konularda eğitim verilmesi gerektiği belirtilmiştir (Pazar vd, 2013). Böbrek nakli alıcıları problem odaklı başa çıkma stratejilerini kullanarak ve tedaviye katılımları sağlanarak kaygılarını azaltabilirler (Craig vd., 2017). Hemşire, güven verici bir iletişim kurarak alıcının kendini ifade etmesini desteklemeli, alıcının sosyal destek kaynaklarını bilmeli, anksiyetenin belirtileri ve baş etme yöntemlerini (gevşeme teknikleri, derin nefes alma egzersizleri, fiziksel egzersiz, meditasyon gibi) alıcıya öğretilmelidir (Noohi vd., 2010; Perdecı, 2012).

## ***2.20. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Sosyal Destek ve Önemi***

Sosyal destek, bireylerin psikososyal uyumunu, psikolojik ve fiziksel gereksinimlerini başka bireyler yardımıyla (aile, arkadaşlar, akrabalar, komşu vb.) karşılayan, sağlığını yükseltecek şekilde düzenleyen, başetme sürecini ve tedaviye uyumu kolaylaştıran bir mekanizmadır (Topbaş vd., 2017; Canpolat, 2018). Ailede kronik bir hastalık varlığında, hasta ve ailesi, sosyal ve ekonomik açıdan bu durumdan olumsuz etkilenir. Birçok sıkıntı ve kısıtlamaya maruz kalır. Bu aşamada aile ve arkadaşların desteği hasta için çok önemlidir. Hastaların yakınları tarafından

desteklenmesi, kişiler arası duyguların paylaşılmasına, ihtiyaçları karşılayarak kişilerin kendini değerli hissetmesine, benlik saygısının gelişmesine, depresyon ve anksiyete düzeyinin azalmasına, sosyal fonksiyonlarının yerine getirilmesine katkı sağlamaktadır (Liu, 2010; Tanış, 2019). Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında sosyal desteğin düşük seviyede olduğu rapor edilmiştir (Yang vd., 2021). Alıcılar aileden, sosyal gruplardan ve resmi kuruluşlardan kendilerine sunulan ekonomik, maddi ve duygusal desteği tamamen kabul edip kullanmamaktadırlar. Sağlık personeli klinik uygulamalarda alıcıların destekten yararlanabilmeleri için uygun girişimleri yapmalıdır (Yang vd., 2021). Sosyal destek, nakil ile ilgili kaygı ve depresyonun hafifletilmesinde hayati bir rol oynar (Dong, 2019; Liu, 2020). Alıcılar, hastalıklarını unutarak topluma daha iyi entegre olabilir ve sonunda sağlıklı böbrek ve karaciğer nakli alıcıları haline gelebilirler (Tao vd., 2009; Dong, 2019; Liu, 2020).

Yapılan bir çalışmada meslek, kişi başına düşen aylık gelir, kişinin medeni durumu ve sağlık hizmetini ücretsiz alması gibi faktörlerin sosyal destek bağlantıları kurmakta etkili olduğu saptanmıştır (Zhao vd., 2018). Bir başka çalışmada kadın alıcılarda sosyal desteğin erkek alıcılara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yaman, 2014). Literatürde, genç karaciğer nakli alıcılarında sosyal desteğin yaşlı alıcılara göre daha fazla olduğu bildirilmektedir. Hastalar değişen yaşam koşullarına sosyal destek ile uyum sağlayıp problemlerin üstesinden gelebilirler (Bozdağ, 2018).

Hemşire, aileye ve alıcıya, psikolojik, fiziksel ve sosyal yönde destek sağlamalı, bilgi vermeli, var olan destek kaynaklarını harekete geçirmeli ve bakım verenlerin eğitim gereksinimlerini karşımalıdır. Bu kapsamda benzer durumdaki alıcı aileleri bir araya gelerek duygu ve düşüncelerini paylaşarak var olan problemlere farklı çözüm üretebilirler. Bu durum ailelerin olumsuzluklarla başetmesine, krize karşı daha güçlü olmasına yardım etmektedir (Topbaş, 2017). Bireyin sahip olduğu sosyal destek kaynakları olumlu sağlık davranışının geliştirilmesinde, özsaygısının ve tedaviye uyumunun arttırılmasında önemli bir etkiye sahiptir (Canpolat, 2018; Bozdağ, 2018).

### **2.21. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Umut**

Umut, insanın geleceğe dair olumlu beklentilere sahip olmasını sağlayan güven duygusu olarak tanımlanır (Türk Dil Kurumu, 2019). Umudun fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (Krause vd., 2015). Umudun azalması, çoğu

zaman hastalık sürecini olumsuz yönde tetikleyen bir tepki ve deneyim olabilir. Umutsuzluk depresyonla benzer ya da birlikte görülebilen bir durum olmakla birlikte çaresizlik ve kaçınma duygusuyla depresyondan ayrılır (Rzeszut vd., 2020). Kronik hastalıklar bireyin fiziksel ve psikososyal değişimler karşısında hastalıkla başetme gücünü azaltarak umut düzeyini düşürebilmektedir (Czyżewski vd., 2018). Umudun düzeyi düşük olan alıcılar pes etme, yıpranmış hissetme, ilgisizlik gibi duygulara sahip olabilirler. Tıbbi açıdan alıcılar somatizasyon, psikolojik ıstırap, inkâr ve yaşam kalitesinde azalma gibi umutsuzluk belirtilerine sahip olabilir (Tecuta, 2015). Organ nakli sonrası, umutsuzluk belirtileri, genellikle nakilden 3-6 sonra görülmektedir (Rzeszut, 2021). Umutsuzluk tedaviye uyumsuzluk riski ve intihar riskini artırmaktadır (Robinson, 2014). Morbidite ve mortaliteyi azaltmak ve nakil alıcılarına yardımcı olmak için hastanın umut düzeyini saptamak, tedavi etmek ve semptomlarını doğru yönetmek önemlidir.

Organ nakli alıcılarının psikolojik sorunlarının daha etkili bir şekilde ele alınması için umut düzeylerinin değerlendirilmesi önemlidir (Rzeszut vd., 2020). Umutsuzluk, nakil alıcısını depresyona sürükleyen ve psikososyal problemlere yol açan en büyük etkidir. Organ nakli alıcılarında umut eksikliğinin depresyon ve anksiyeteye neden olabileceği belirtilmiştir (Güner, 2020). Umudun hem anksiyete hem de depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (Xiang, 2020).

Bireyin destek aldığı kişilerin umutlu olması, dini inancın güçlü olması, bir iş ile meşgul olması umut duygusunu besler. Sağlık sorunu yaşayan bireylerin, umut düzeyleri yüksek olduğu takdirde, sorunlarla etkili baş etme yolları bulabileceği, sorun odaklı baş etme stratejilerini daha fazla kullanabilecekleri belirtilmiştir (Lopez vd., 2019). Organ nakli alıcılarının, psikolojik dayanıklılığının yüksek olmasının ve manevi olarak yüksek motivasyona sahip olmalarının, tedavi sürecinin olumlu seyri ve yüksek umut düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Gültekin vd., 2019).

Umudun düzeyi alıcıların tedavi planına uyumlarını ve motivasyonlarını etkilediği için hemşirelik bakımının planlanmasında önemli bir veridir. Hemşire umutsuzluk yaşayan alıcıya bakım verirken alıcının özelliklerini, sosyal desteklerini, umut kaynaklarını belirlemeli ve girişimlerini bunlara göre planlamalıdır (Arslan, 2020).

Psikiyatri hemşireleri, çeşitli ekip çalışmaları ile alıcının moralini, kişisel bütünlüğünü ve umudunu geri kazandırabilir. Kişinin hayatında yeni keşfedilen bir

amaç ve anlam duygusu ortaya çıkarabilir (Griffth, 2018). Empatik ve tedavi edici bir hasta ilişkisi geliştirmek hastanın umutsuzluk duygularını azaltabilir. Kendini izole hisseden veya destekten yoksun hastaları uygun kaynaklara yönlendirmek (gönüllü kuruluşlar ve destek grupları vb.) alıcının umut düzeyini yükseltmede faydalı olabilir. Bu hastalarda terapötik müdahaleler ve bilişsel davranışçı teknikleri içeren psikoterapi tedavide ilk basamak olabilir (Behan, 2019). Alıcılar umuda yönelik tutumlarını, içsel dayanıklılıklarını keşfetmeye teşvik edilmelidir. Sağlık ekibi alıcının umutsuzluğunu farkedip, alıcının endişelerine yönelik empati kurarak, bütüncül ve bireysel farklılıklarına saygı duyarak iletişim kurarsa, alıcının umut düzeyi olumlu yönde etkilenecektir (Griffth, 2018; Behan, 2019).



## **BÖLÜM 3: GEREÇ VE YÖNTEM**

### ***3.1. Araştırmanın Tipi***

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tasarıma uygun olarak yapılmıştır.

### ***3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı***

Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi organ nakli ve genel cerrahi polikliniği, İzmir Kent Hastanesi böbrek ve karaciğer nakli polikliniklerinde yürütülmüştür. Veriler 15 Ağustos-30 Aralık 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi rutin kontrollere gelen böbrek nakli hastalarının takipleri salı ve perşembe günleri organ nakli polikliniğinde yapılmaktadır. Poliklinikte bir hemşire ve bir doktor görev yapmaktadır. Karaciğer nakilleri 2019 yılı içerisinde yapılmaya başlanmış olup nakil sonrası hasta takipleri genel cerrahi polikliniğinde yürütülmektedir. Poliklinikte karaciğer nakli sonrası hastaların kontrolleri pazartesi ve çarşamba günleri bir hemşire ve bir doktor tarafından 09.00-17.00 saatleri arasında yürütülmektedir.

İzmir Kent Hastane'sinde nakil hastalarının rutin takipleri karaciğer ve böbrek nakli polikliniklerinde pazartesi, çarşamba ve perşembe günleri 09.00-12.00 saatleri arasında yapılmaktadır. Poliklinikte bir hemşire ve bir doktor hizmet vermektedir.

### ***3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi***

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi organ nakli ve genel cerrahi polikliniğinde ve İzmir Kent Hastanesi böbrek ve karaciğer nakli polikliniklerinde izlenen böbrek ve karaciğer nakli olan tüm hastalar oluşturmuştur. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi organ nakli polikliniklerinde yılda ortalama 2500, İzmir Kent Hastanesi'nde organ nakli polikliniklerinde yılda 2000 yetişkin hasta izlenmektedir. Araştırmanın örneklemi, örneklem ölçütlerini karşılayan 192 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın gücü, bu araştırmanın verileri üzerinden G\*Power 3.1.9.6 programı kullanılarak hesaplanmış olup araştırmanın gücü %98,7 (1- $\beta$ ) olarak bulunmuştur.

Araştırmanın gücü literatürde istenen en alt sınırın (%80) üzerindedir (Cohen, 1988; Faul vd., 2009).

*Araştırmaya kabul edilme ölçütleri;*

- 18 yaşından büyük olmak
- Türkçe okur-yazar olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak
- Nakil sonrası en az 3 ay geçmiş olması

*Araştırmadan dışlanma ölçütleri;*

- Psikiyatrik tanı almak
- Retransplantasyon olmak
- Multiple organ transplantasyonu olmak
- Hastanede yatıyor olmak

#### **3.4. Çalışma Materyali**

Çalışmada herhangi bir materyal kullanılmamıştır.

#### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

Bu çalışmanın bağımlı değişkeni; umut düzeyi, bağımsız değişkenleri; anksiyete, depresyon, algılanan elde edilebilir destek, sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi varlığı) ve klinik (verici tipi, kronik hastalık varlığı, nakil yapılan organ tipi, nakil sonrası geçen süre,) özelliklerdir.

#### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında, sosyo-demografik ve klinik özellikler formu, Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği (AEDÖ), Herth Umut İndeksi ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ve hastaların dosya kayıtlarından faydalanılarak toplanmıştır. Verilerin toplanması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

### **3.7. Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler Formu (EK-2)**

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form, hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi medeni durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, böbrek nakli etiyojisi, karaciğer nakli etiyojisi, verici tipi, canlı vericiyle yakınlık durumu, kronik hastalık varlığı, kullanılan immunsupresif ilaçlar, nakil yapılan organ tipi ve nakil sonrası geçen süre olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

### **3.8. Herth Umut İndeksi (EK- 3)**

Erişkinlerin genel umut düzeyini değerlendiren Herth Umut İndeksi, Dr. Herth tarafından 1992’de klinik ortamlardaki yetişkinlerde umut düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Index, İsveççe, Japonca, Norveççe, İspanyolca ve Almancaya uyarlanmıştır (Herth, 1992). Dörtlü likert tipinde olan bu indeks 12 maddeden oluşmaktadır. Her madde (1) “hiç uygun değil”, (2) “nadiren uygun”, (3) “bazen uygun” ve (4) “her zaman uygun” olarak değerlendirilmektedir. İndeksin 3 ve 6. maddeleri olumsuz ifadeler içermekte olup puanlama sırasında ters çevrilmiştir. Her maddeye verilen puanlar toplanarak toplam puan hesaplanmaktadır. İndeksin “geçici olma ve gelecek”, “olumlu hazır oluşluk ve beklenti” ve “kendisi ve çevresindekiler arasındaki ilişkiler” olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Her bir alt boyutta dört madde bulunmaktadır. Toplam puan 12-48 arasında, değişmektedir. İndeksten alınan puan ne kadar yüksekse umut düzeyi de o kadar yüksektir (Herth, 1992). Orjinal indeksin yapı geçerliliği faktör analiziyle sınıanmış olup faktör yükü 0.40’ın üzerindedir. İndeksin değişmezliği test re-test analiziyle değerlendirilmiş olup korelasyon katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır. Total ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur. İndeksin kriter geçerliliğinde Ölçeğin Varoluşsal İyi Oluş Ölçeği ile korelasyonu  $r=0,84$ , Nowotny Umut Ölçeği ile korelasyonu  $r=0,81$  olarak bulunmuştur. İndeks’in Cronbach alpha güvenirlik katsayıları akut hastalığı olanlarda 0,98 ( $n=70$ ), kronik hastalığı olanlarda 0,96 ( $n=71$ ), terminal dönemdeki hastalarda 0,94 ( $n=31$ ) olarak bulunmuştur (Herth, 1992).

İndeksin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Aslan ve arkadaşları (2003) tarafından yapılmıştır. İndeksin geçerliği dil ve içerik geçerliği ile sınıanmış olup, Cronbach Alpha katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur (Aslan vd., 2003). Bu çalışmanın



örnekleminde ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,81 olarak tespit edilmiştir.

### **3.9. Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği (AEDÖ) (EK-4)**

Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği (AEDÖ), Schulz ve Schwarzer tarafından 2003 yılında geliştirilen Berlin Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeklerinin (BSDÖ) bir boyutudur. BSDÖ, Algılanan Elde Edilebilir Destek, Destek Arama, Destek Gereksinimi, Gerçek Alınan Destek (sağlayıcı), Gerçek Alınan Destek (alıcı) ve Koruyucu Tampon Ölçeği olmak üzere 6 ölçekten oluşmaktadır. Ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliği Almanya'da normal kişiler ve hasta grupları üzerinde yapılmıştır. Bu ölçeklerin her biri ayrı ayrı puanlandırılmakta olup her biri ayrı bir ölçek olarak değerlendirilmektedir. AEDÖ, 8 maddeli, duygusal ve araçsal olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek hiç uygun değil (1) ile tamamen uygun (4) arasında değişen 4'lü likert tipi bir ölçektir. AEDÖ için cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Ölçekten edilen en düşük puan 8 en yüksek puan 32 olup, yüksek puan, yüksek elde edilebilir destek anlamına gelmektedir (Schulz vd., 2003).

Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kapıkıran ve Acun Kapıkıran tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçekğin geçerliği; dil, içerik ve yapı geçerliği ile sınanmıştır. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinde iki alt boyutun uyum indekslerinin 0,95 ve üstü olduğu, madde toplam korelasyonlarının 0,40-0,73 arasında olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin ayırt ediciliğinin, Beck Anksiyete Ölçeği ( $r = -0,19, p < 0,01$ ) ve Kısa Semptom Evanteri ( $r = 0,31, p < 0,01$ ) ile analiz edildiğinde yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Ölçek madde toplam puan korelasyonu 0,40 ile 0,74 arasında değişmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,88, test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,77 olarak bulunmuştur (Kapıkıran ve Acun, 2010). Bu çalışmanın örnekleminde ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,94 olarak hesaplanmıştır.

### **3.10. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (EK-5)**

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında anksiyete ve depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Anksiyete ölçeğinin madde toplam puan korelasyonları +0,76 ile +0,41 arasında değişmektedir. Depresyon ölçeğinin madde toplam puan korelasyonları +0,60 ile +0,30 arasında değişmektedir. Ölçek bir öz bildirim ölçeği olup, 7'si depresyon, 7'si

anksiyete belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar dörtlü likert biçiminde 0-3 arasında puanlandırılmaktadır. Zigmond ve Snaith her iki alt ölçek için ‘7 ve aşağısı’ hasta olmayan, ‘8-10 arası’ sınırdaki hasta ve ‘11 ve yukarısı’ için belirgin hasta tanımlarını uygun görmüşlerdir. Ölçeğin amacı tanı koymak değil bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. (Zigmond ve Snaith, 1983). Ölçekten elde edilen puanın bedensel hastalığın varlığından etkilenmediği gösterilmiştir (Clark vd., 1994). HAD leğinin güvenirliği madde analizi ve yarıya bölme teknikleri ile incelenmiştir. Depresyon alt leği için Beck Depresyon leği (BD) ve anksiyete alt leği için Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) ile ilişkisine bakılmıştır. Yapı geçerliği için faktör analizi yapılmış olup anksiyete ve depresyon olmak üzere iki faktör elde edilmiştir (Moorley, 1991).

Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik alışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılmıştır. Toplam 14 sorudan oluşan ölçeğin yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedisi (ift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekte her maddenin puanlandırılması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11., 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt leği için 1., 3., 5., 7., 9., 11., 13. maddeler toplanırken; depresyon alt leği için ise 2., 4., 6., 8., 10., 12., 14. maddeler toplanır (Aydemir, 1997).

Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. HAD’nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt leği (HAD-A) için 10, depresyon alt leği (HAD-D) için 7 olarak hesaplanmıştır. Güvenilirlik alışmasında, Cronbach Alpha katsayısı anksiyete alt leği için 0,85, depresyon alt leği için 0,77 olarak bulunmuştur ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları anksiyete alt ölçeğinde 0,81- 0,85 arasında, depresyon alt ölçeğinde ise 0,73- 0,77 arasında değişmektedir. Yarıya bölme güvenilirliğinde, anksiyete alt leği için  $r=0,85$ , depresyon alt leği için  $r=0,80$  bulunmuştur. Birlikte geçerlilik yönteminde, (HAD-A) ve (SKE) arasındaki korelasyon katsayısı 0,75 ve (HAD-D) ile (BD) arasındaki korelasyon katsayısı 0,72 olarak bulunmuştur. Yapı geçerliliği için faktör analizi sınınmış olup iki faktör elde edilmiştir. Birinci faktörde anksiyete belirtileri,

ikinci faktörde depresyon belirtileri yer almaktadır (Aydemir, 1997). Bu çalışmanın örnekleminde HAD-A Cronbach Alpha katsayısı 0,78, HAD-D Cronbach Alpha katsayısı 0,75 olarak hesaplanmıştır.

### ***3.11. Tezin Yaklaşık Toplam Maliyeti ve Bu Maliyetin Nasıl Karşılandığı***

Tezin maliyeti araştırmacı tarafından karşılanmıştır.



Tablo 2. Tez Sürecindeki İşlerin Zamansal Plan Çizelgesi

İŞ NO	İŞ ADI, TANIMI	2018						2019											
		TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK	OCAK	ŞUBAT	MART	NISAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK
1	Literatür tarama	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Tez önerisi															X	X	X	X
3	Etik kurul ve kurum izni alınması																		
4	Veri toplama																		
5	Verilerin analizi ve rapor yazımı																		
6	Tez savunma																		



### **3.13. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verileri SPSS 25,0 programı (Statistical Package for Social Sciences) kullanılarak analiz edilmiştir. Kadınların ve erkeklerin sosyo-demografik ve klinik özellikleri tanımlayıcı analizler (yüzde, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) ile değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğu diklik (Kurtosis) ve çarpıklık (Skewness) değerleri kullanılarak test edilmiştir. Normal dağılıma sahip veriler için istatistik değerlendirmelerde parametrik testler kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik değerleri için Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Alıcıların AEDÖ ve HAD-A ve HAD-D puanlarının, sosyodemografik ve klinik özelliklerinin Herth Umut İndeksi puanlarını yordama düzeyi çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizinden önce çoklu bağlantı ve veri normalliği kontrol edilmiştir. Çoklu bağlantı için tüm regresyon modellerinde VIF değeri 10'un altında ve Tolerans değeri 0,2'nin üstünde bulunmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde hata (yanılma) payı 0,05 olarak alınmıştır ( $p < 0,05$ ).

### **3.14. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma verilerinden böbrek nakli alıcılarının verilerinin kamu hastanesinden, karaciğer nakli alıcıların verilerinin özel hastaneden toplanması nedeniyle böbrek ve karaciğer nakli alıcı popülasyonlarının farklı sosyokültürel özelliklere sahip olması bu araştırmanın sınırlılığdır. Ayrıca, araştırmanın verileri COVID-19 pandemisi döneminde toplandığı için böbrek ve karaciğer nakli alıcılarının kontrole gelme sayısının azalması nedeniyle veriler planlanandan uzun sürede toplanmıştır. Pandemi sürecinde sosyokültürel ve sosyoekonomik kısıtlamalar yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon risk oranları olumsuz olarak etkilendiği ön görüldüğünden araştırmanın COVID-19 pandemisi sürecinde yapılması araştırmanın en büyük sınırlılığı olmuştur.

### **3.15. Araştırmanın Etiği**

Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırmaları Etik Kurulundan izin (07.04.2020 tarihli B.30.2.İ.E.Ü.S.B.0.05.05-20-063 sayılı) (EK-7) ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma

Hastanesi ve Kent Hastanesi başhekimliğinden kurum izni alınmıştır. Hastalara araştırmanın amacı açıklanıp araştırma hakkında bilgi verilmiş, kimliklerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı belirtilerek yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmiş gönüllü onamları (EK-1) alınmıştır.



## BÖLÜM 4: BULGULAR

### 4.1. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Araştırma örnekleminde yer alan böbrek ve karaciğer nakli alıcılarının sosyodemografik özellikleri Tablo 3’de gösterilmiştir. Alıcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalamaları  $48,30 \pm 12,83$  olarak bulunmuştur. Alıcıların %60,9’u erkek, %85,4’ü evli, %64,1’i ilk ve ortaokul mezunu, %49,5’i emekli, %47,4’ünün geliri giderine eşit ve %89,1’inin sağlık güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 3. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=192)

Sosyodemografik Özellikler	$\bar{X} \pm Ss(\text{min-max})$
<b>Yaş</b>	48,30 ± 12,83(18-73)
<b>Cinsiyet</b>	<b>n (%)</b>
Erkek	117 (60,9)
Kadın	75 (39,1)
<b>Medeni Durum</b>	
Evli	164 (85,4)
Bekar	28 (14,6)
<b>Eğitim Düzeyi</b>	
İlk ve Ortaokul	123 (64,1)
Lise	50 (26,0)
Üniversite	19 (9,9)
<b>Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyor	32 (16,7)
Emekli	95 (49,5)
Çalışmıyor	65 (33,9)
<b>Gelir Durumu</b>	
Gelir Giderden Az	62 (3,3)
Gelir Gidere Eşit	91 (47,4)
Gelir Giderden Fazla	39 (20,3)
<b>Sağlık Güvencesi</b>	
Var	171 (89,1)
Yok	21 (10,9)



Alıcıların klinik özellikleri incelendiğinde organ nakli tarihi üzerinden geçen süre ortalaması (ay)  $75,22 \pm 56,46$  olarak bulunmuştur. Alıcıların %52,1'i böbrek nakli olmuştur ve %49,0'ının kronik hastalığı vardır. Verici tipinde %65,1'i canlı vericidir. Canlı vericilerin %34,4'ü 1. derece akrabadır. Organ nakli etiyojileri incelendiğinde; karaciğer nakilli hastalarda akut karaciğer yetmezliği (%0,5), kronik karaciğer yetmezliği (%14,1), metabolik hastalıklar (%27,1) ve malignensi (%2,6) sık görülmektedir. Böbrek nakilli hastalarda diyabetik nefropati (%4,7) hipertansiyon (%11,4) ve ürolojik hastalıklara (%10,4) daha sık rastlanmaktadır. Araştırmaya katılan böbrek ve karaciğer nakli alıcılarının immunsupresif ilaç olarak, kortikosteroid-siklosporin-mikofenolat mofetil %4,7 oranında, kortikosteroid-takrolimus-mikofenolat mofetil %67,1 oranında, kortikosteroid -everolimus-mikofenolat mofetil %19,3 oranında ve siklosporin-kortikosteroid %8,9 oranında kullanıldığı görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4. Alıcıların Klinik Özelliklerinin Dağılımı (n= 192)

<b>Klinik Özellikler</b>	<b><math>\bar{X} \pm SS</math> (min-max)</b>
<b>Orhan Nakli Sonrası Geçen Süre (Ay)</b>	75,22 ± 56,46 (5-316)
<b>Organ Nakli Türü</b>	<b>n(%)</b>
Böbrek	100 (52,1)
Karaciğer	92 (47,9)
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>	
Var	94 (49,0)
Yok	98 (51,0)
<b>Verici Tipi</b>	
Canlı	125 (65,1)
Kadavra	67 (34,9)
<b>Vericiye Yakınlık Durumu</b>	
Kadavra	67 (34,9)
1.derece akraba	66 (34,4)
Diğer (2.derece, akraba dışı)	59 (30,7)
<b>Kullanılan İmmunsupresif İlaç</b>	
Kortikosteroid -siklosporin-mikofenolat mofetil	9 (4,7)
Kortikosteroid-takrolimus-mikofenolat mofetil	129 (67,1)
Kortikosteroid -everolimus-mikofenolat mofetil	37 (19,3)
Siklosporin- kortikosteroid	17(8,9)

#### 4.2. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği, Herth Umut İndeksi Puan Ortalamaları

Tablo 5. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=192)

	HAD-A	HAD-D
	$\bar{X}\pm SS$ (min-max)	$\bar{X}\pm SS$ (min-max)
Böbrek Nakli (n=100)	7,78±3,99 (0,00-17,00)	6,33 ± 3,80 (0,00-15,00)
Karaciğer Nakli (n=92)	5,53±3,92 (0,00-17,00)	3,97 ± 3,71(0,00-17,00)
Toplam (n=192)	6,70±4,10 (0,00-17,00)	5,20 ± 3,93 (0,00-17,00)

Çalışmamızda böbrek naki alıcılarının HAD-A puan ortalamaları 7,78±3,99 (min-max=0,00-17,00), HAD-D puan ortalamaları 6,33±3,80 (min-max=0,00-15,00), karaciğer naki alıcılarının HAD-A puan ortalamaları 5,53±3,92 (min-max=0,00-17,00), HAD-D puan ortalamaları 3,97±3,71 (min-max=0,00-17,00) olarak saptanmıştır. Hastaların tümünün HAD-A puan ortalaması 5,20±3,93 (min-max=0,00-17,00), HAD-D puan ortalaması 6,70±4,10 (min-max=0,00-17,00) olarak tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Anksiyete ve Depresyon Riski Oranı (n=192)

	Anksiyete Riski		Depresyon Riski	
	Var	Yok	Var	Yok
	n/%	n/%	n/%	n/%
<b>Böbrek Nakli (n=100)</b>	30/30,0	70/70,0	36/36,0	64/64,0
<b>Karaciğer Nakli (n=92)</b>	13/14,1	79/85,9	14/15,2	78/84,8
<b>Toplam (n=192)</b>	36/18,8	156/81,2	50/26,0	142/74,0

HADÖ'nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7 olarak hesaplanmıştır. Bu nedenle çalışmamıza katılan böbrek ve karaciğer nakli alıcıları kesme puanlarına göre iki gruba ayrılmıştır. Depresyon riski olan alıcılar 7 puan ve üzerinde, anksiyete riski olan alıcılar ise 10 puanın üstünde değerler almışlardır. Çalışmamızda böbrek nakli alıcılarının %30,0'ında anksiyete riski, %36,0'ında depresyon riski, karaciğer nakli

alıcılarının %14,1'inde anksiyete riski, %15,2'sinde depresyon riski, Hastaların tümünün %18,8'inde aksiyete, %26,0'ında ise depresyon riski saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo7. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Herth Umut İndeksi, Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (n = 192)

	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)
<b>Herth Umut İndeksi</b>	39,20 $\pm$ 6,09 (20,00-48,00)
<b>Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği</b>	21,88 $\pm$ 6,11 (10,00-32,00)

Alıcıların “Herth Umut İndeksi” (min-max: 12-48) üzerinden puan ortalamaları 39,20  $\pm$  6,09 (min-max= 20,00-48,00), “Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği” (min-max 8-32) üzerinden puan ortalamaları 21,88 $\pm$ 6,11 (min-max10,00-32,00) olarak saptanmıştır (Tablo 7).

#### 4.3. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Algılanan Elde Edilebilir Desteğin Anksiyete ve Depresyonun Umut Üzerindeki Etkisi

Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarının AEDÖ ve HAD puanlarının Herth umut indeksi puanlarını yordadıkları, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu (F=60,056, p< 0,001) ve Herth Umut İndeksi puanındaki varyansın %48,9'unu açıkladığı saptanmıştır. (R Square = 0,489). Çalışmamızda HAD ölçeği puanı istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ( $\beta = -0,390$ ; p < 0,001) ve AEDÖ puanı anlamlı ve pozitif yönde ( $\beta=0,386$ ; p<0,001) Herth Umut İndeksi puanını yordamaktadır. HAD puanı arttığında Herth Umut İndeksi puanı ortalama 0,605 puan azalmaktadır. AEDÖ puanı arttığında Herth Umut İndeksi puanı ortalama 0,385 puan artmaktadır. Hastane Anksiyete ölçeği Herth Umut İndeksi puanını yordamamaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Sosyal Desteğin Hastane Anksiyete ve Depresyonun Umut Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişkenler	Standardize		T	P
	Olmayan Katsayı	Katsayı		
	B	SH	B	

Sabit	34,804	1,538		22,627	<0,001
Depresyon	-0,605	0,115	-0,390	-5,280	<0,001
Anksiyete	-0,130	0,105	-0,087	-1,239	0,217
Algılanan Elde Edilebilir Destek	0,385	0,056	0,386	6,819	<0,001

Bağımlı değişken: Herth Umut İndeksi  
Durbin-Watson = 1,920; F = 60,056, p < 0,001; R = 0,700; R<sup>2</sup> = 0,489; Adjusted R<sup>2</sup> = %48,1

SE standart hata; β: standardize regresyon katsayısı

#### 4.4. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Umut Üzerindeki Etkisi

Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarının sosyo demografik özellikleri Herth Umut İndeksi puanlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yordamadıkları, modelin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (F=1,112, p>0,05) (Tablo 9). Model anlamlı olmadığı için Durbin-Watson, R 2 gibi değerler verilmemiş ve model için yorum yapılmamıştır.

Tablo 9. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Umut Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişkenler	Standardize Olmayan Katsayı		Standardize Katsayı	t	P
	B	SH	B		
Sabit	34,461	3,270		10,539	<0,001
Yaş	0,005	0,043	0,011	0,119	0,906
Cinsiyet	0,597	1,239	0,048	0,482	0,631
Medeni Durum	-0,753	1,396	-0,044	-0,539	0,590
Eğitim Durumu	1,022	0,720	0,112	1,419	0,157
Çalışma Durumu	-0,162	1,648	-0,010	-0,098	0,922
Gelir Durumu	1,160	0,645	0,136	1,799	0,074
Sağlık Güvencesi	-1,502	1,568	-0,077	-0,958	0,339

SE standart hata;  $\beta$ : standardize regresyon katsayısı

#### 4.5. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Klinik Özelliklerinin Umut Üzerindeki Etkisi

Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarının klinik özelliklerinin Herth Umut İndeksi puanlarını yordadıkları model istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $F=6.078$ ,  $p<0.001$ ) ve Herth Umut İndeksi puanındaki varyansın %11.5'ini açıkladığı saptanmıştır (R Square = 0.115). Organ nakli tarihi üzerinden geçen sürenin ve verici tipinin (kadavra) alıcıların umut düzeyine etkisinin anlamlı ve negatif yönde olduğu tespit edilmiştir. sırasıyla ( $\beta=-0.219$ ,  $p=0.006$ ;  $\beta=-0.201$ ,  $p=0.004$ ). Organ nakli tarihi üzerinden geçen süre arttıkça alıcıların Herth Umut İndeksi puan ortalamaları 2.570 puan daha düşmüştür. Kadavra vericiden nakil yapılan alıcıların Herth Umut İndeksi puan ortalamaları canlı vericiden organ nakli yapılanlara göre 2.570 puan daha düşüktür. Diğer değişkenlerin Herth Umut İndeksi puanını yordamadıkları saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarının Klinik Özelliklerinin Umut Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişkenler	Standardize Olmayan Katsayı		Standardize Katsayı	T	P
	$\beta$	SH	$\beta$		
Sabit	41,647	1,174		35,466	<0,001
Verici Tipi					
Kadavra	-2,570	0,886	-0,201	-2,900	0,004
Kronik Hastalık Varlığı					
Yok	-0,722	0,867	-0,059	-0,833	0,406
Nakil yapılan organ tipi					
Karaciğer	1,257	0,979	0,103	1,284	0,201
Nakil Sonrası Geçen Süre					
Nakil Sonrası	-0,024	0,009	-0,219	-2,781	0,006

Bağımlı değişken: Herth Umut İndeksi

---

Durbin-Watson = 1,567; F=6,078,  $p < 0,001$ ; R= 0,339;  $R^2 = 0,115$ ; Adjusted  $R^2 =$   
%9,6

---

SE standart hata;  $\beta$ : standardize regresyon katsayısı



## BÖLÜM 5. TARTIŞMA

Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında anksiyete, depresyon, sosyal destek, sosyodemografik ve klinik özelliklerin umut düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları;

- ✓ Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Anksiyete ve Depresyonun Umut Düzeyine Etkisi
- ✓ Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Sosyal Desteğin Umut Düzeyine Etkisi
- ✓ Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Umut Düzeyine Etkisi olmak üzere üç alt başlık altında tartışılmıştır.

### 5.1. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Anksiyete ve Depresyonun Umut Düzeyine Etkisi

Anksiyete ve depresyon, organ nakli alıcıları arasında yaygın bir problemdir. Nakil sonrası rejeksiyon riski, ilaç tedavisine alışabilme, enfeksiyon riski, tekrar hastaneye yatma korkusu, anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. Ayrıca, beden imajına ilişkin kaygılar, sosyal izolasyon, rol ve performansta değişim gibi faktörler, anksiyete ve depresyona zemin hazırlamaktadır (Talas vd., 2004; Aras, 2006; Yatkın, 2009; Özşaker, 2014). Organ naklinden sonraki altı ay içinde rejeksiyon ve komplikasyon yaşayan alıcıların yüksek anksiyete ve depresyon yaşadıkları bildirilmektedir (Chang vd., 2021). Anksiyete ve depresyon nakil sonrası dönemde hastaların tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkilemekte, rejeksiyon ve mortalite riskini artırmaktadır (Hennemann vd., 2021; Temiz, 2017; DiMartini vd., 2011; Myaskovsky vd., 2006; Dew, 2015; Özşaker, 2014).

Böbrek nakli alıcıları ile ilgili yapılan çalışmalarda; Müller ve arkadaşları HAD ölçeği kullanarak yapmış oldukları çalışmada hastaların (n=151) anksiyete puan ortalamalarını  $5,01 \pm 4,04$  olarak saptamış, %25,0'nın ölçekten 8 ve üzeri puan aldıklarını bildirmiştir (Müller vd., 2015). Silva ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, HAD ölçeği kullanılmış ve hastaların (n=60) anksiyeteleri transplantasyondan 3-6 ay sonra ve 12-15 ay sonra olmak üzere iki ayrı zaman diliminde değerlendirilmiştir. Hastaların anksiyete puan ortalamaları transplantasyondan 3-6 ay sonra  $4,9 \pm 3,2$ , 12-15 ay sonra ise  $5,8 \pm 3,7$  olarak tespit

edilmiş, 3-6 ay sonra %10,0'ının, 12-15 ay sonra ise %15,0'ının ölçekten 8 üzeri puan aldıkları saptanmıştır (Silva vd., 2012). Weng ve arkadaşlarının HAD ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada hastaların (n=251) anksiyete puan ortancaları 4 (2-7) olup, %17,9'unun ölçekten 8 ve üzeri puan aldıkları belirlenmiştir (Weng vd., 2013). Lai ve arkadaşları Depresyon Anksiyete Skalası-21 ölçeğini kullanarak yapmış oldukları çalışmada hastaların (n=182) anksiyete puan ortalamasını (min-max: 0-21 puan üzerinden)  $6,36\pm 5,88$  olarak saptamışlar ve %15,9'unun orta düzeyde, %25,2'sinin şiddetli düzeyde anksiyete yaşadığını tespit etmişlerdir (Lai vd., 2020). Czyzewski ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (n=118) Depresyon, Anksiyete ve Stres ölçeği kullanılmış ve hastaların %11,3'ünde orta düzeyde anksiyete saptanmıştır (Czyzewski vd., 2018). Çalışmamızda, böbrek nakli olan hastalarının anksiyete puan ortalamaları  $7,78\pm 3,99$  olarak saptanmış, %30,0'ında anksiyete riski saptanmıştır.

Karaciğer nakli alıcıları ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Benzing ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da (n=235) HAD ölçeği kullanmış ve nakil sonrası hastaların çalışmamızla ( $5,53\pm 3,92$ ) benzer olarak anksiyete puan ortalamaları orta düzeyde ( $5,60\pm 4,20$ ) saptanmıştır (Benzing vd., 2015). Cannavo ve arkadaşlarının Ruh Hali Profili Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada ise bizim sonucumuzdan farklı olarak karaciğer nakli alıcılarında (n=75), anksiyete puan ortalaması (min-max: 0-29 puan) üzerinden 8,3 ile düşük düzeyde bulunmuştur (Cannavo vd., 2019). Pelgur ve arkadaşlarının karaciğer nakli yapılan hastalarla (n=64), HADS ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada hastaların %29,7'sinin anksiyete yaşadığı belirtilirken, anksiyete riski çalışmamızda %14 bulunmuştur (Pelgur ve Atak, 2009). Çalışma sonuçlarındaki bu farklılıklar örneklemin kültürel özellikleri ve sosyal destek alma durumları ile açıklanabilir.

Böbrek nakli alıcıları ile ilgili yapılan çalışmalarda; Müller ve arkadaşları HAD ölçeği kullanarak yapmış oldukları çalışmada alıcıların (n=151) depresyon puan ortalamaları  $4,48 \pm 2,96$  olarak saptamış, %21,6'sının ölçekten 8 ve üzeri puan aldığını bildirilmiştir (Müller vd., 2015). Silva ve arkadaşlarının HAD ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada hastaların depresyon düzeyleri. Transplantasyondan 3-6 ay sonra ve 12-15 ay sonra olmak üzere iki ayrı zaman diliminde değerlendirilmiştir. Hastaların depresyon puan ortalamaları transplantasyondan 3-6 ay sonra  $3,1\pm 3,4$ , 12-15 ay sonra ise  $3,6\pm 3,6$  olarak tespit edilmiş, 3-6 ay ve 12-15 ay sonra %10,0'ının, ölçekten 8 üzeri puan aldıkları saptanmıştır (Silva vd., 2012). Weng ve arkadaşlarının HAD kullanarak



yaptığı çalışmada hastaların (n=249) depresyon puan ortancaları 1 (1-3) ve %6,8'inin ölçekten 8 ve üzeri puan aldıkları belirlenmiştir (Weng vd., 2013). Lai ve arkadaşları Depresyon Anksiyete Skalası-21 ölçeğini kullanarak yapmış oldukları çalışmada hastaların (n=182) depresyon puan ortalamasını (min-max: 0-21 puan üzerinden)  $6,14 \pm 6,47$  olarak saptamışlar ve %13,2'sinin orta düzeyde, %13,6'sının şiddetli düzeyde depresyon yaşadığını tespit etmişlerdir (Lai vd., 2020). Czyżewski ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (n=118) Depresyon, Anksiyete ve Stres ölçeği kullanılmış ve hastaların depresyon puan ortalaması (min-max: 0-27 puan üzerinden)  $11,9 \pm 11,2$  saptanmıştır (Czyżewski vd., 2018). Akman ve arkadaşları böbrek nakli sonrası hastaların (n=27) depresyon oranının %10'unun şiddetli, %20'sinin orta, %10'unun hafif olduğunu saptamış, Arapaslan ve arkadaşları ise hastaların (n=40) %25,0'ında majör depresyon gözlendiğini bildirmiştir (Akman, 2004, Arapaslan vd., 2004). Suzuki ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada böbrek nakli alıcılarının (n=109) %13,8'inin yüksek düzey depresyon belirtisi yaşadığı belirlenmiştir (Suzuki vd., 2019). Çalışmamızda böbrek nakli olan hastaların depresyon riskinin diğer çalışmalara göre yüksek olması (%34), verilerin Covid-19 pandemi döneminde toplanması ile açıklanabilir.

Karaciğer nakli alıcıları ile ilgili yapılan çalışmalarda; Benzing ve arkadaşlarının (n=235) karaciğer nakli alıcısıyla yaptıkları çalışmada HAD ölçeği kullanılmış ve nakil sonrası hastaların depresyon puan ortalamaları,  $(13,6 \pm 8,2)$  çalışmamızla benzer  $(3,97 \pm 3,71)$  bulunmuştur (Benzing vd., 2015). Cannavo ve arkadaşlarının karaciğer nakli alıcılarında (n=75) depresyon puan ortalaması (min-max: 0-44 puan üzerinden) 5,5 ile düşük düzeyde bulunmuştur (Cannavo vd., 2019). Pelgur ve arkadaşlarının karaciğer nakli yapılan hastalarla (n=186) HADS ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada, bizim sonucumuzdan farklı olarak (%15,2), hastaların %57,8'inin depresyon yaşadığı belirtilmiştir (Pelgur vd., 2009). Çalışma sonuçlarındaki bu farklılık, verilerin toplandığı hastanelerin nakil sonrası uzun dönem izlemde verdikleri destek düzeyi, kültürel özellikleri ile ilişkili olabilir.

Son zamanlarda umut kavramı sıkça tartışılmakta ve alıcıların hastalıklarına ve tedaviye uyumunda önemli yeri olduğu vurgulanmaktadır. Hemşirelerin alıcılar için umudun ne anlama geldiğini, alıcıların umut düzeylerini, umudu etkileyen faktörleri bilmeleri ve bu bilgileri kullanarak hastaların umut düzeyini artıracak etkili hemşirelik girişimleri geliştirmekle ilgili sorumlulukları vardır (Herth, K. vd., 2002; Kelleci, 2005). Çalışmamızda, hastaların depresyon puanlarının umut puanları üzerinde negatif etkisi

olduğu belirlenmiştir. Depresyon puanı yüksek olanların umut puanı daha düşük bulunmuştur. Literatürde umut ile kaygı-depresyon arasında çift yönlü bir ilişki olduğu dolayısıyla umudun artmasının kaygı ve depresyonu azalttığı, buna bağlı olarak kaygı ve depresyondaki artışın ise umudu azalttığı bildirilmektedir (Yücens, 2019). Çalışma bulgumuz bu literatür bilgisini destekler niteliktedir.

## **5.2. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Algılanan Elde Edilebilir Sosyal Desteğin Umut Düzeyine Etkisi**

Organ nakli stresli ve zorlu bir süreçtir. Nakil bireyin yaşam tarzında ömür boyu sürdüreceği büyük değişiklikler gerektirir. Nakil sonrası hastalar, yaşam boyu immün sistemlerini baskılayan birçok ilaca uyum sağlamalı ve yaşam tarzında değişiklik yapmalıdır. Bu nedenle nakil sonrası hastanın emosyonel desteğe, iyi bir hemşirelik bakımına, tedaviye uyumuna ve düzenli takiplere gereksinimi vardır. Tüm bu süreç, bir desteğin varlığı ile kolaylaştırılır. Bu nedenle nakil sonrası alıcılarda fiziksel iyileşme olsa bile alıcıların sosyal ve psikolojik açıdan tedaviye uyumunu desteklemek için psikososyal desteğe gereksinimleri vardır (Kaçmaz, 2011; Sarıgl, 2008; Jones, 2005). Literatürde, organ nakli hastalarının yetersiz psikolojik ve sosyal destek aldıkları belirtilmektedir (Dew vd., 2001).

Çalışmamızda hastaların AED puan ortalaması  $21,88\pm 6,11$  olarak saptanmıştır (min-max: 10-32). Ölçekten edilecek en düşük puan 8 en yüksek puan 32 olup yüksek puan, yüksek elde edilebilir destek anlamına geldiğinden çalışmamızdaki böbrek ve karaciğer nakli yapılmış alıcıların orta düzeyde desteğe sahip oldukları söylenebilir. Yatkın'ın çalışmasında, çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği kullanılarak 33 böbrek nakli alıcısı incelenmiş ve hastaların ölçek puan ortalaması  $59,84\pm 17,01$  (min-max:12-84) ile orta düzeyde bulunmuştur (Yatkın, 2009). Rosenberger ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada böbrek nakli sonrası alıcıların (n=139) sosyal destek düzeyi 5 puanlık bir ölçek kullanılarak değerlendirilmiş ve hastaların sosyal destek puan ortalaması  $1,66\pm 0,8$  olarak tespit edilmiş, sosyal desteği düşük olan hastaların tedavi uyumunun da düşük olduğu saptanmıştır (Rosenberger vd., 2005). Garcia ve arkadaşları, karaciğer nakli olan hastalarda (n=119) sosyal destek düzeylerini "Sosyal Destek Ağı Envanteri" ile incelemiş ve hastaların sosyal destek düzeylerinin düşük olduğunu saptamıştır (Garcia vd., 2018). Langenbach ve arkadaşlarının çalışmasında kalp ve karaciğer nakli olan hastaların (155 karaciğer nakli ve 78 kalp nakli, n= 233) sosyal destek düzeyleri 14 maddelik Algılanan Sosyal Destek

Ölçeği ile incelenmiş ve hastaların sosyal destek puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır (Langenbach vd., 2008). Bülbüloğlu ve Demir tarafından yapılan çalışmada karaciğer nakli olan hastaların (n=290) sosyal destek düzeyleri Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak incelenmiş ve hastaların sosyal destek düzeylerinin min-max:12-84 puan üzerinden  $46,07 \pm 4,91$  düşük olduğu tespit edilmiştir (Bülbüloğlu vd, 2021). Zhao ve arkadaşları Sosyal Destek Derecelendirme Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada böbrek nakli sonrası hastaların (n=253) sosyal destek puanlarının genel popülasyondan daha düşük olduğunu saptamışlardır (Zhao vd., 2018).

Literatürde nakil sonrası sosyal desteğin umut düzeyine etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Nakil öncesi yapılan çalışmalarda ise sosyal desteğin yetersiz olması umutsuzluğa yol açtığı belirtilmiştir (Yücens, 2019; Göktaş vd., 2019). Göktaş ve arkadaşlarının böbrek nakli bekleyen alıcılara yaptığı çalışmada sosyal desteğin umudun alt boyutları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Göktaş vd., 2019). Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarla yapılan bir başka çalışmada, organ nakli prosedürleri başladıktan sonra alıcılara (n=71) verilen sosyal destek artırıldığında, umut düzeyinin de arttığı görülmüştür (Yücens, 2019). Çalışmamızda da nakil öncesi çalışmalara paralel olarak böbrek ve karaciğer nakli alıcılarının algılanan elde edilebilir destek düzeyleri arttıkça hastaların umut düzeyleri de artmıştır.

### **5.3. Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Umut Düzeyine Etkisi**

Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarına psikososyal açıdan destek olmak, hastalıkla baş etme mekanizmalarını harekete geçirmek için alıcıların umut düzeylerinin farkında olmak önemlidir (Rzeszut vd., 2020). Bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimleri ile hastaların umut düzeylerinin geliştirilmesinde hemşirelerin önemli bir rolü vardır. Hemşirelerin hemşirelik bakım sürecini uygularken hastaların umutlarını etkileyen faktörleri/değişkenleri bilerek hemşirelik girişimlerini planlamaları ve uygulamaları hastalara kaliteli bakım verilmesini sağlayacaktır (Demir ve Demir, 2021).

Demir ve Demir tarafından yapılan çalışmada (n=120) karaciğer nakli sonrası Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılmış ve hastaların umutsuzluk düzeyinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Demir vd, 2021). Özdaş ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada böbrek nakli olmuş hastalara (n=51) Beck Umutsuzluk Ölçeği uygulanmış

ve hastaların umutsuzluk puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu) ve hastalık özellikleri (nakil süresi, eşlik eden hastalık) ile umutsuzluk puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmezken, ilköğretim mezunu olan hastaların umutsuzluk düzeyi lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Özdaş vd., 2019). Böbrek nakli alıcılarıyla (n=253) yapılmış bir başka çalışmada; meslek, kişi başına düşen aylık gelir, medeni durum ve ücretsiz sağlık hizmeti almanın daha iyi sosyal destek bağlantıları kurarak umut düzeyine katkı sunacağı belirtilmiştir (Zhao vd., 2018). Zhao ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak, bizim çalışmamızda bu değişkenler hastaların umut düzeyini yordamamıştır.

Çalışmamızda organ nakli üzerinden geçen süre arttıkça hastaların umut düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Nakil sonrası geçen süre hastaların mortalitesini olumsuz etkilediği için çalışmamızda nakil süresi üzerinden geçen sürenin artması hastaların umutsuzluğunu artırmış olabilir. Organ nakillerinde canlı verici sağ kalım analiz sonuçlarının kadavradan yapılan böbrek nakline göre daha iyi olduğu bildirilmektedir (OPTN, 2017; Eghtesad vd., 2021). Çalışmamızda, kadavra vericiden nakil yapılan hastalarda umut düzeyinin düştüğü saptanmıştır. Canlıdan yapılan nakillerde vericiye karşı duygusal bağ kurulması, minnet duyulması hastaların umut düzeyini olumlu etkilemiş olabilir.

## BÖLÜM 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamız sonucunda, karaciğer ve böbrek nakli sonrası alıcıların önemli bir kısmının anksiyete ve depresyon riski altında olduğu ve orta düzeyde algılanan sosyal desteğe sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışmamızda, alıcıların anksiyetesinin umut düzeyini etkilemediği, umut düzeyi azaldıkça depresyon düzeyinin arttığı saptanmıştır. Alıcıların sosyal destek düzeylerinin artmasının umut düzeylerini artırdığı belirlenmiştir. Nakilden sonra geçen sürenin artması ve kadavra vericinin kullanılması hastaların umut düzeyini azaltmaktadır.

Sonuçlarımızdan yola çıkarak;

- Böbrek ve karaciğer nakli sonrası alıcıların anksiyete, depresyon, sosyal destek ve umut düzeylerinin değerlendirilmesinin önemli olduğunu, düzenli aralıklarla değerlendirilmesi gerektiğini ve elde edilen sonuçlara göre girişimlerin planlanması ve uygulanması gerektiği,
- Klinik uygulamalarda, sağlık profesyonelleri ve özellikle konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri böbrek ve karaciğer nakli alıcıları için depresyon, algılanan sosyal destek ve umudun birbiriyle ilişkili olduğunun ve nakil sonrası bir risk faktörü olduğunun farkında olması,
- Böbrek ve karaciğer nakli sonrası alıcıların umut düzeylerini yükseltmek için depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler planlanması ve uygulanması,
- Böbrek ve karaciğer naklinden sonra alıcıların psikiyatri alanındaki uzmanlar tarafından (psikiyatr, psikiyatri hemşiresi) bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmesi, psikososyal yönden desteklenmesi ve buna yönelik girişimler geliştirilmesi,
- Özellikle algılanan destek düzeyi düşük olan hastalar belirlenerek destek düzeylerini artırmaya yönelik girişimlerin uygulanması,
- Benzer çalışmaların farklı coğrafyalarda ve farklı kültüre sahip bölgelerde de yapılarak böbrek ve karaciğer nakli alıcılarının umut düzeyinin değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi,
- Çalışmamız tanımlayıcı bir çalışma olması nedeniyle, çalışmadan elde ettiğimiz bulgular göz önünde bulundurularak böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında bu verilere yönelik hemşirelik girişimlerinin etkinliğini

değerlendiren çalışmaların yapılması önerilmektedir. COVID-19 pandemisi nedeniyle böbrek ve karaciğer nakli alıcılarının depresyon ve anksiyete düzeyleri ve pandemide sosyal desteğe ulaşmada yaşadıkları zorluklar çalışma bulgularımızı etkilemiş olabilir. Bu yüzden farklı zaman diliminde yapılan çalışmalara da gereksinim vardır.

Bilimsel literatürde bu araştırma, incelediğimiz değişkenler arasındaki ilişkiye odaklanan ilk çalışmadır. Bu nedenle, çalışmamızın literatüre katkı sağlayarak literatürdeki boşluğu dolduracağı ve bu alanda yapılacak çalışmalara temel oluşturacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, araştırmanın ele alınması gereken sınırlamaları vardır. İlk olarak, araştırma sadece iki kurumda poliklinik takiplerine gelen alıcılarla yapıldığı için elde edilen bulguların genellenebilirliği düşüktür. Son olarak, bu veriler tanımlayıcıdır ve analizlerin doğası ilişki bulma üzerinedir. Nedensellik doğrudan çıkarılamaz.

## KAYNAKLAR

- Akbulut, S., Ozer A, Firinci B, Saritas H, Demyati K ve Yilmaz S. (2020). *Clinical cases*, *Psicoterapia e Scienze Umane*, 8960(3), ss. 481-489
- Akbulut, A.S. (2020). *Karaciğer Nakli Yapılan Hastaların Anksiyete, Depresyon Ve Öz Bakım Yetileri Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi.
- Akgül, A. (2005). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri- SPSS Uygulamaları 3*. Basım, Emek Ofset (Ankara), ss. 180-396.
- Akman, B., Özdemir FN., Sezer, S., Miçozkadioğlu, H. ve Haberal, MA. (2004). *Depression Levels Before and After Renal Transplantation*. *Transplantation Proceedings*. 36(1), ss. 111-113.
- Alpar, R. (2003). *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemlere Giriş 1*. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, ss. 380-383.
- Altınören, O., Aydın, G. ve Güngör, Ö. (2017). *Böbrek Anatomisi*. In: Arınsoy T, Güngör Ö, Koçyiğit Ğ, Der. *Böbrek Fizyopatolojisi*, ss. 1-6.
- Amaral, B., Vicente M, Pereira CSM, Araújo T, Ribeiro A, Pereira R, Perdigoto R ve Marcelino P. (2019). *Approach To The Liver Transplant Early Postoperative Period: An Institutional Standpoint*. *Rev Bras Ter Intensiva*. 31, ss. 70- 561.
- Arapaslan, B., Soykan, A., Soykan, C. ve Kumbasar, H. (2004). *Cross-Sectional Assessment of Psychiatric Disorders in Renal Transplantation Patients in Turkey: A Preliminary Study* *Transplantation Proceedings*. 36(5), ss. 1419–1421.
- Aras, G. (2006). *Karaciğer Transplantasyonunda Hastaların ve Ailelerin Sorunları, Gereksinimleri Ve Bakıma Katılım Düzeylerinin İncelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, Ş. ve Özet, A., (2007). *Kanserli Hastalarda Umut*, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2), ss. 18-24.
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Kuey, L. ve Kültür, S. (1997). *Validity and Reliability of Turkish Version of Hospital Anxiety and Depression Scale*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), ss. 280-287.
- Bayraktar, S. (2013). *Organ Nakli ve Psikolojik Yaşam*. Nobel Matbaacılık, İstanbul.

- Behan, D. (2019). *Demoralization During Medical İllness: A Case of Common Factors Treatment*. Clin Soc Work J.47(3), ss. 266-275.
- Benzing, C., Krezdorn, N. ve Hinz, A. vd. (2015). *Mental Status in Patients Before and After Liver Transplantation*. Annals of Transplantation: Quarterly of The Polish Transplantation Society 20, ss. 683-693.
- Black, CK., Termanini, KM., Aguirre, O., Hawksworth, JS. ve Sosin, M. (2018). *Solid Organ Transplantation in the 21<sup>st</sup> Century*. Ann Transl Med. 6(20), ss. 409.
- Bozdağ, F. (2018). *Kardiyak Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Çocuğu Olan Annelerde Anksiyete, Depresyon, Algılanan Algılanan Elde Edilebilir Destek Ve Yaşam Doyumu*. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Bozkurt, E. ve Tuna, A. (2020). *Karaciğer Nakli Olacak Hastalara Verilen Video Eğitiminin Anksiyete, Depresyon Ve Uyku Düzenine Etkisi*, Cukurova Medical Journal. 45 (3), ss. 940-953.
- Bülbüloğlu, S. ve Demir, B. (2021). *The Effect of Perceived Social Support on Psychological Resilience in Liver Transplant Patients Receiving İmmunosuppression Therapy* *Transplant Immunology*; 69, ss. 101-475.
- Cannavò, A., Passamonti, S. M., Vincenti, D., Aurelio, M. T., Torelli, R., Poli, F. ve Cardillo, M. (2019). *Quality of Life Before and After Transplantation in Solid Organ Recipients Referred to the North Italy Transplant program (NITp): A Cross-sectional Study*. Transplantation Proceedings.
- Canpolat, M. (2018). *Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Algılanan Elde Edilebilir Destek İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 55 Sayfa, Malatya, (Dr. Öğr. Üyesi Seyhan Çıtlık Sarıtaş).
- Clark, D. A., Steer, R. A. ve Beck, A. T. (1994). *Common and Specific Dimensions of Self-Reported Anxiety and Depression: Implications for The Cognitive and Tripartite Models*. Journal of Abnormal Psychology, 103(4), ss. 645–654.
- Çetingök, M., Hathaway D. ve Winsett R. (2005). *Differences in Quality of Life Before Transplantation Among Transplant Recipients With Respect to Selected Socioeconomic Variables*. Progress in Transplantation, 15 (4), ss. 338-344 38.
- Chang, Y., Lai, Y., Po-Huang, RN., Lee, MD., Tsai, M., ve Shun, RN. (2021). *Unmet Care Needs and Related Factors of Spouses of Liver or Kidney Transplant Recipients*.



Clinical Nursing Research.1–9.Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions. (Erişim Tarihi: 27 Mart 2021)

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd Edition, Hillsdale, NJ: Erlbaum, Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for The Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods* 2007; 39, ss.175-191.

Corruble, E., Barry, C., Varescon, I., Falissard, B., Castaing, D. ve Samuel, D. (2011). *Depressive Symptoms Predict Long-Term Mortality After Liver Transplantation*. *J Psychosom Res*;71(1), ss. 32–37.

Craig, JA., Miner, D., Remtulla, T., Miller, J. ve Zanussi, LW. (2017). *Piloting A Coping Skills Group Intervention to Reduce Depression and Anxiety Symptoms in Patients Awaiting Kidney or Liver Transplant*. *Health & Social Work*, 42(1), ss. 44-52.

Cürçani, M. (2008). *Böbrek Transplantasyonu Yapılmış Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Yaşam Kalitesi, Tedaviye Uyumları Ve Yasadıkları Ruhsal Sorunlar Üzerine Etkisi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Czyżewski, Ł., Frelik, P., Wyzgał, J. ve Szarpak, Ł. (2018). *Evaluation of the Quality of Life, Severity of Depression, Anxiety and Stress in Patients After Kidney Transplantation*, *Transplantation Proceedings*.

Darbaş, ř. (2020) *Böbrek Nakli Hastalarında Akut ve Kronik Rejeksiyon ile Hla-G Geni 3' Utr 14 Baz Çiftlik Polimorfizminin Ve Shla-G Seviyesinin İlişkisi*, T.C. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Biyoloji Ve Genetik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, (Danışman: Prof. Dr. Fahri Uçar).

Demir, B. ve Demir, İ. (2021). *Effects of Illness Perception on Self-Care Agency and Hopelessness Levels in Liver Transplant Patients: A Descriptive Cross-Sectional Study*, *Clinical Nursing Research*; Cilt No. 1–8. Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions. (Erişim Tarihi 14 Eylül 2021)

De Pasquale, C., Pistorio, ML., Veroux, M., Indelicato, L., Biffa, G. ve Bennardi, N. (2020). *Psychological and Psychopathological Aspects of Kidney Transplantation: A Systematic Review*. *Frontiers in Psychiatry*, 11(106), ss. 1-25.

Dew MA, Kormos RL, Winowich S, Stanford E, Carozza L ve Griffith BP. (2001). *Long-Term Post-Transplant Quality of Life Outcomes in Patients Bridged to*

- Transplant with Ventricular Assist Devices*. J Heart Lung Transplant. Feb;20(2), ss. 203.
- Dew, MA, DiMartini, AF., ve Dabbs, ADV, vd. (2007). *Rates and Risk Factors for Nonadherence to The Medical Regimen After Adult Solid Organ Transplantation*. Transplantation;83(7), ss. 858–873.
- Dew, MA., Rosenberger, EM., Myaskovsky, L., DiMartini, AF., DeVito Dabbs, AJ., Posluszny, DM., Steel, J., Switzer, GE., Shellmer DA. ve Greenhouse, JB. (2015). *Depression and Anxiety as Risk Factors for Morbidity and Mortality After Organ Transplantation: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Transplantation. 100(5), ss. 988-1003.
- Diniz, G., Tugmen C. ve Sert İ. (2019). *Türkiye’de Ve Dünyada Organ Transplantasyonu, Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*, 29(1), ss. 1-10.
- DiMartini, A. (2011). *Early Trajectories of Depressive Symptoms After Liver Transplantation for Alcoholic Liver Disease Predict Long-Term Survival*, 11(6), ss. 1287.
- Dominguez-Gil, B. (2019). *Newsletter Transplant International Figures on Donation and Transplantation 2018*, EDQM 24, ss. 1-95.
- Dong, Y., Li, Y., Zeng, Z. ve Chen, L.P. (2019). *Application of Social Support and Psychological Intervention in The Nursing for Heart Transplant Patients During The Waiting Period*, *Chinese Nursing Research*, 33(13), ss. 2217–2221.
- Düğer, H. (2017). *Böbrek Nakli Alıcılarında İntra- ve Post-Operatif Medikal Ve Cerrahi Komplikasyonların Erken Donem Hasta Ve Graft Sonuçları Üzerine Etkisi*. (Uzmanlık Tezi), Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Eftekar, M. ve Pun, P. (2016). *Psychiatric Risk Factors Predicting Post-Liver Transplant Physical and Psychiatric Complications: A Literature Review*. *Australasian Psychiatry*. 2016;24(4), ss. 385–392.
- Eghtesad, B., Hashimoto, K. and Fung, J. (2021). *Liver Transplantation in Children*, Editor(s): Robert Wyllie, Jeffrey S. Hyams, Marsha Kay, Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease (Sixth Edition), Elsevier, ss. 872-884. e5. ISBN 9780323672931.
- ELTR. List of Participating Centers and Centers Specific Data Analysis, <http://www.eltr.org/spip.php?page=centers-tous> (Erişim Tarihi: 29 Kasım 2020).
- Ensor, CR. ve McCalmont V. (2017). *Transplant Pharmacology*, Cupples S., Lerret S., McCalmont V., Ohler L. (Ed.), *Core Curriculum for Transplant Nurses*, Second Edition, Wolters Kluwer, Second Edition, USA, ss. 86-129.

Erdil, F. (2016). *Böbrek Transplantasyonu ve Hemşirelik Bakımı*. İçinde: Erdil F, Elbaş Özhan N. editör. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 7. Baskı, Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık; ss. 22-430.

Ergün, G. (2017). *Böbrek Nakli Olan Bireylerin Nakil Sonrası Süreçte En Sık Yaşadığı Psikolojik Sorunlar Ve Bu Sorunlarla Başetmede Konsültasyon Liyazon Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini*. Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs. Cilt No. 3, ss. 32-6.

Ergün, O. ve Sözbilen, M. (2012). *Çocuklarda Karaciğer Nakli*. Çocuk Cerrahisi Dergisi, 26(2), ss. 4-19.

European Association for the Study of the Liver (2019). *EASL Clinical Practice Guidelines: Liver transplantation*. J Hepatol; 64. ss. 433-85.

Escobedo, W. (2017). *Kidney Transplantation*. In: Cupples S, Lerret S, McCalmont V, Ohler L, eds. Core Curriculum for Transplant Nurses. 2. Der. China: Wolters Kluwer, ss. 617-659.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, AG. ve Buchner, A. (2007). *G\*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for The Social, Behavioral and Biomedical Sciences*. Behavior Research Methods. 39, ss. 175-191.

Fardeazar, FE., Solhi, M., Soola, AH. ve Amani, F. (2018). *Depressive Symptoms and Associated Factors Among Kidney Transplant Recipients*. Population. 1(5): ss. 1-8.

Frelik, P. ve Wyzgał, J. (2018). *Evaluation of Quality of Life and Severity of Depression, Anxiety and Stress In Patients After Kidney Transplantation*. Transplantation Proceedings. 50: ss. 1733-1737.

Frieson, T.C. ve Frieson, C.W. (1997). *Relationship Between Hope and Self-Esteem in Renal Transplant Recipients* Transplantation Proceedings, 29, ss. 3739-3740.

Garcia, C.S. vd. (2018). *Social Support for Patients Undergoing Liver Transplantation in A Public University Hospital, Health and Quality of Life Outcomes*, 16: ss.35.

Global Observatory on Donation and Transplantation (2021). *International Report On Organ Donation And Transplantation Activities*. Executive Summary of 2019. <http://www.transplant-observatory.org> . (Erişim Tarihi: 6 Haziran 2021).

Gökçay, S. ve Cengiz, K. (2009). *Böbrek Nakil Hastalarında Yaşam Kalitesi*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

- Gönene, M. ve Güçlü, M. (2019). *The Effect of Coach-Athlete Relationship upon State-Anxiety Levels of The Athletes*. International Journal of Sport Culture and Science,7(1), ss. 63-74.
- Göktaş, S., Köroğlu Çamdeviren, E., Gezginci, E. ve Nargız Koşucu, S. (2019). *Social Support Perceptions and Hope Levels of Patients Waiting For Organ Transplantation*. Transplantation Proceedings, 51(7), ss. 2245-2249.
- Gregorio, PS., Rodriguez, AM., Dominguez, RD. ve Bernal, JP. (2006). *The Influence of Posttransplant Anxiety on The Long-Term Health of Patients*. Transplantation Proceedings. 38; ss. 2406-2408.
- Griffith, JL. (2018). *Hope Modules: Brief Psychotherapeutic Interventions to Counter Demoralization from Daily Stressors of Chronic İllness*. Acad Psychiatry; 42(1): ss. 135-145.
- Grover, S. ve Sarkar, S. (2012). *Liver Transplant-Psychiatric and Psychosocial Aspects*. J Clin Exp Hepatol. 2012;2(4), ss. 382–392.
- Güzel, H. ve Korkmaz, M. (2019). *Life Quality and Compliance After Transplant: The Case of Turkey*. Transplantation Proceedings. 51; ss. 1029-1237.
- Hennemann, K., Bauer-Hohmann, M., Klewitz, F., Tegtbur, U., Pape, L., Schiffer, L., Schiffer, M., de Zwaan, M. ve Nöhre M. (2021). *Organ Integration in Kidney Transplant Patients-Results of a KTx360° Substudy*. J Psychosom Res. Jun; 145: ss. 110-464.
- Herth, K. (1992) *Abreviated Instrument to Measure Hope: Development and Psychometric Evaluation*. J Adv Nurs, 17: ss. 1251-1259.
- Herth, KA. ve Cutcliffe, JR. (2002). *The Concept of Hope in Nursing 3: Hope and Palliative Care Nursing*. Br J Nurs, Jul 25-Aug 7;11(14): ss. 977-83.
- Hoffman, F., Nelson, BJ., Drangstveit, VMB., Flynn, BM., Watercott, EA. ve Zirbes JM. (2006). *Caring for Transplant Recipients in A Nontransplant Setting*. Crit Care Nurse; 26: ss. 53-71.
- Jones, J.B. (2005). *Liver Transplant Recipients' First Year of Posttransplant Recovery: A Longitudinal Study*. Progress in Transplantation; 15(4): ss. 345-352
- Kaçmaz, N. (2011). *Karaciğer Nakli Yapılan Hasta Ve Hasta Yakınlarının Psikososyal Durumlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kallwitz, ER. ve Cotler SJ. (2008). *Care of The Liver Transplant Patient*. Dis Mon.54: ss. 486-507.

- Kapıkıran, Ş. ve Acun, N.K., (2010). *Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlilik Çalışması*. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, 43(2), ss. 51-73.
- Karadakovan, A., ve Kaymakçı, Ş. (2017). *Üriner Sistem Hastalıkları İçinde: A. Karadakovan F. Aslan eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 4. Basım. İstanbul: Akademisyen Kitabevi, ss. 887-889.
- Kaya, B., Erturk, D., Paydas, S., Demir, E., Balal, M. ve Gocum, H. (2019). *Evaluation of Living Kidney Donor and Recipient Candidates: The Experience of Our Center*. Transplantation Proceedings, 51; ss. 2205-2209.
- Kelleci, M. (2005). *Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Cilt No. 6, ss. 41-47.
- Ketteler, M., Block, GA., Evenepoel, P., Fukagawa, M., Herzog, CA. ve McCann, L. (2018). *Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder: Synopsis of The Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2017 Clinical Practice Guideline Update*. Annals of Internal Medicine 168(6): ss. 422-430.
- Knechtle, SJ., Marson, LP. ve Morris, PJ. (2019). *Kidney Transplantation-Principles and Practice*. Elsevier Health Sciences.
- Köken, ZÖ. ve Sezer, RE. (2018). *Böbrek Transplantasyonunda Bakım*. Türkiye Klinikleri J SurgNurs-Special Topics, 4(2); ss. 149-156
- Kinnunen, S., Karhapää, P., Juutilainen, A., Finne, P., Helanterä, I. (2018). *Secular Trends in Infection-Related Mortality After Kidney Transplantation*. Clinical Journal of The American Society of Nephrology, 13(5); ss. 755-762.
- Krause, N., Emmons RA, Ironson G. (2015). *Benevolent Images of God, Gratitude, and Physical Health Status*. J. Relig. Health. 54(4); ss. 1503–19.
- Lai, YL., Neo, HLM., Vathsala, A. ve Griva, K. (2020). *Comparing Emotional Adjustment of Living-donor and Deceased-donor Kidney Transplant Patients*. Transplantation Direct, 6(2); ss. 1-6.
- Langenbach, M., Schmeisser, N., Albus, C. ve Decker, O. (2008). *Comparison of Social Support and Psychosocial Stress After Heart and Liver Transplantation*. Transplantation Proceedings, 40, ss. 938–939.
- Liu, X. ve Huang, T. (2010). *Social support and Its Mechanism on Mental Health*. Psychological Research,01: ss. 3-8.

- Liu, S.X., Sun, Y. ve Du, X.P. (2020). *Social Support and Life Satisfaction in The Elderly: Mediating Role of The Sense of Meaning in Life and Physical and Psychological Health*. Chinese Journal of Clinical Psychology, 6; ss. 1265–1269+1273.
- Lui, JK., Spaho, L., Holzwanger, E., Bui, R., Daly, JS., Bozorgzadeh, A. Ve Kopec, SE. (2018). *Intensive Care of Pulmonary Complications Following Liver Transplantation*. J Intensive Care Med. 33; ss. 595-608.
- McCalmont, V. ve Ortiz, K. (2017). *Transplant Complications: Noninfectious Diseases*, Cupples S., Lerret S., McCalmont V., Ohler L. (Ed.), *Core Curriculum for Transplant Nurses*. Wolters Kluwer, Second Edition, USA, ss. 196-266.
- Mogulla, MR., Bhattacharjya, S. ve Clayton, PA. (2019). *Risk Factors for and Outcomes of Delayed Graft Function in Live Donor Kidney Transplantation-A Retrospective Study*. Transplant International, 32(11): ss. 1151-1160.
- Murray, K. ve Carithers, RL. (2005). *Practice Guidelines: Evaluation of The Patient for Liver Transplantation*. Hepatology, 41(6): ss. 1407-32.
- Müller, HH., Englbrecht, M., Wiesener, MS., Titze, S., Heller, K., Groemer, TW., vd. (2015). *Depression, Anxiety, Resilience and Coping Pre and Post Kidney Transplantation-Initial Findings from The Psychiatric Impairments in Kidney Transplantation (PI-KT)-Study*. PLoS ONE 10(11): e0140706.
- Myaskovsky, L., Dew, MA., McNulty, ML., Switzer, GE., DiMartini, AF., Kormos, RL. ve McCurry, KR. (2006). *Trajectories of Change in Quality of Life in 12-Month Survivors of Lung or Heart Transplant*. Am J Transplant. Aug;6(8): ss. 1939-47.
- National Kidney Foundation (NKF). *K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification*. (2017)
- Nevins, TE., Robiner, WN. ve Thomas, W. (2014). *Predictive Patterns of Early Medication Adherence in Renal Transplantation*. Transplantation; 98: ss. 878–84.
- Nickel, R., Wunsch, A. ve Egle, UT. (2002). *The Relevance of Anxiety, Depression and Coping in Patients After Liver Transplantation*. Liver Transpl 8: ss. 63.
- Nicolau-Raducu, R., Beduschi, T., Vianna, R., Diez, C., Sleem, M. ve Singh, B.P. (2019). *Fibrinolytic Shutdown Is Associated with Thrombotic and Hemorrhagic Complications and Poorer Outcomes After Liver Transplantation*. Liver Transplantation, 25(3): ss. 380-387.

Ohler, L. ve Cupples, S. (2008). *Core Curriculum for Transplant Nurses*. Philadelphia, Mosby.

Okumi, M., Unagami, K., Kakuta, Y., Ochi, A., Takagi, T. ve Ishida, H. (2017). *Elderly Living Donor Kidney Transplantation Allows Worthwhile Outcomes: The Japan Academic Consortium Of Kidney Transplantation Study*. International Journal of Urology, 24(12): ss. 833-840.

O'Keefe, LM., Ramond, A., Oliver-Williams, C., Willeit, P., Paige, E. ve Trotter, P. (2018). *Mid-And Long-Term Health Risks in Living Kidney Donors: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Annals of Internal Medicine, 168(4): ss. 276-284.

Organ Procurement and Transplantation Network-OPTN (2017). Data Report. <https://optn.transplant.hrsa.gov/data/viewdata-reports/national-data/#>. (Erişim Tarihi: 15.10.2021)

Özadlı, C. (2019). *Böbrek Transplantasyonunda Alıcı Ve Vericilerin Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi*, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 96 Sayfa, İstanbul.

Özbaş, A. (2016). *Cerrahi Hemşireliği II Akyolcu, N., Kanan, N. Ve Aksoy, G. (Ed), Organ Naklinde Bakım İçinde*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. ss. 673-175.

Özdaş, T., Çamurtaşı, I., Akgüre, S., Özaydın, K.B., Çelik, M., Yıldız, G. ve Gürkan, A. (2019). *Renal Transplantasyon Yapılan Hastalarda Umut-Umitsuzluk Ve Depresyon Düzeyi*, 36. Ulusal Nefroloji Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul Okan Üniversitesi Hastanesi, İstanbul.

Özdemir, Z. ve Talas, MS. (2018). *Solid Organ Transplantasyonu Sonrası İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum*. Anadolu Hem Sağ Bil Derg; 20(4): ss. 304-10.

Özkardeşler, S. (2015). *Karaciğer Transplantasyonu*. Ven Kitap, İzmir; ss. 123-130.

Özşaker, E. (2014). *Organ Nakli Ve Yaşam Kalitesi*, Balıkesir Sağlık Bil Derg Sayı:3.

Pascasio, L., Nardone, IB., Clarici, A., Enzmann, G., Grignetti, M., Panzetta, GO. ve Vecchiet, C. (2010). *Anxiety, Depression and Emotional Profile in Renal Transplant Recipients and Healthy Subjects: A Comparative Study*. Transplantation Proceedings. 42: ss. 3586–3590.

Patel, S., Benken, J., Thielke, P.W., Akkina, S., Benedetti, E. ve Thielke, J. (2018). *Three Year Outcomes Following Positive Cross Match Renal Transplantation Despite Failure to Convert to Negative Flow Cross Match After Desensitization*. J Clin Nephrol, 2; ss. 29-38.

- Pazar, B., Yava, A. ve Genç, H. (2013). *Eşler Arası Renal Transplantasyonda Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu*. Gülhane Tıp Dergisi. 55(1); ss. 150-155.
- Pelgur, H., Atak, N. ve Kose, K. (2009). *Anxiety and Depression Levels of Patients Undergoing Liver Transplantation and Their Need for Training*. Transplantation Proceedings;41(5): ss.1743-8.
- Perdeci, Z., Ateş, M. ve Algül, A. (2012). *Transplantasyon Ve Psikiyatri*, Nobel Med. 8(1), ss.16-23.
- Pérez San Gregorio, MA., Martín Rodríguez, A. ve Pérez Bernal, J. (2008). *Psychological Differences of Patients And Relatives According to Posttransplantation Anxiety*. Span J Psychol Cilt No. 11, ss. 250-258.
- Pratschke, J., Dragun, D., Hauser, I., Horn, S., Mueller, T., Schemmer, P. ve Thaiss, F. (2016). *Immunological Risk Assessment: The Key to Individualized Immunosuppression After Kidney Transplantation*, Transplant Rev (Orlando), 30(2); ss. 77-84.
- Rzeszut, M. ve Assael, R. (2020). *Differentiating Depression From Demoralization in Organ Transplantation Recipients*. Prog Transplant. 2021 Mar; 31(1); ss. 88-90.
- Robinson, S., Kissane, DW., Brooker, J. ve Burney, SA. (2014). *Systematic Review of The Demoralization Syndrome in Individuals with Progressive Disease and Cancer: A Decade Of Research*. J Pain Symptom Manage. 2015; 49(3); ss. 595-610.
- Rocha, FLD., Echevarría-Guanilo, ME., Silva, D., Gonçalves, N., Lopes, SGR. ve Boell, JEW. (2020). *Relationship Between Quality of Life, Self-Esteem and Depression in People After Kidney Transplantation*. Revista Brasileira de Enfermagem. 73(1); ss. 1-7.
- Rosenberger, J., Madarasova Geckova, A., van Dijk, j.P., Nagyova, Ľ., Roland, R., Van Den Heuvel, A. ve Groothoft, J. W. (2005). *Prevalance and Characteristics of Noncompliant Behaviour and Its Risk Factors in Kidney Transplant Recipient*. Transplant International; 18; ss. 1072-1078.
- Rogal, SS., Dew, MA., Fontes, P ve DiMartini, AF. (2013). *Early Treatment of Depressive Symptoms and Long-Term Survival After Liver Transplantation*. Am J Transplant.13; ss. 928–35.
- Ruppar, TM. ve Russell, CL. (2009). *Medication Adherence in Successful Kidney Transplant Recipient*. Prog Transplant; 19; ss. 167-72.
- Russell, RT. vd. (2008). *The Effects of Physical Quality of Life, Time, and Gender on Change in Symptoms of Anxiety and Depression After Liver Transplantation*,



Journal of Gastrointestinal Surgery. 12; ss. 138–144.

Russell, C., Conn, V., Ashbaugh, C., Madsen, R., Wakefield, M., Webb, A., vd. (2011). *Taking Immunosuppressive Medications Effectively (TIMELink): A Pilot Randomized Controlled Trial in Adult Kidney Transplant Recipients*. Clin Transplant. 25; ss. 864–70.

Saltiel, PF. ve Silvershein, DI. (2015). *Major Depressive Disorder: Mechanism-Based Prescribing for Personalized Medicine*. Neuropsychiatr Dis Treat. 11; ss. 875–88.

Sarıgül, S. (2008). *Karaciğer Transplantasyonu Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesinin İncelenmesi*. Dokuz Eylül Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

Saruhan, F. (2016). *Ratlarda Deneysel Akut Karaciğer Yetmezliği Modelinde Serebral Glutamat Düzeylerinin İn-Vivo Voltametrik Metotla İncelenmesi Ve Minosiklin'in Bu Düzeyler Üzerine Etkisi*, Atatürk Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, (Danışman: Yard. Doç. Dr. A. Dicle).

Silva, DS., Elias, RM. ve David-Neto, E. (2012). *The Perception of Sleep Quality in Kidney Transplant Patients During The First Year of Transplantation*, Clinics; 67(12); ss. 1365-137.

Song, JH., Park, JE., Lee, SC., Kim, S., Lee, DH., Kim, EK., Kim, SY., Shin, JC., Lee, JG., Paik, HC. ve Park, MS. (2018). *Feasibility of Immediate in-Intensive Care Unit Pulmonary Rehabilitation after Lung Transplantation: A Single Center Experience*. Acute Crit Care. 33; ss. 146-53.

Stiavetti, E., Ghinolfi, D., Pasetti, P., Bocchi, F. ve Filipponi, F. (2013). *Analysis of Patients' Needs After Liver Transplantation in Tuscany: A Prevalence Study*. Transplant Proc.45; ss. 1276-8.

Süleymanlar, G., Ateş, K. ve Seyahi, N. (2018). *Türkiye'de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Registry 2018*. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. İstanbul: Türk Nefroloji Derneği.

Schulz, U. ve Schwarzer, R. (2003). *Soziale Unterstützung Bei Der Krankheitsbewältigung. Die Berliner Social Support Skalen (BSSS) [Social Support in Coping with Illness: The Berlin Social Support Scales (BSSS)]*. Diagnostica, 49; ss. 73-82.

Suzuki, R., Nakamiya, Y., Watanabe, M., Ando, E., Tanichi, M. ve Koga, M. (2019). *Relationship Between Stress Coping Mechanisms and Depression in Kidney Transplant Recipients*. Transplantation Proceedings, 51(3); ss. 761-67.

- Srifuengfung, M., Noppakun, K. ve Srisurapanont, M. (2017). *Depression in Kidney Transplant Recipients: Prevalence, Risk Factors, and Association with Functional Disabilities*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 205(10); ss. 788-792.
- Szeifert, L., Molnar, MZ., Ambrus, C., Koczy, AB., Kovacs, AZ., Vamos, EP., Keszei, A., Mucsi, I. ve Novak, M. (2010). *Symptoms of Depression in Kidney Transplant Recipients: A Cross-Sectional Study*. American Journal of Kidney Diseases, 55(1); ss. 132-140.
- Tabachnick, BG. ve Fidell, US. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Pearson Publication. 6. Baskı, Boston.
- Talas, S. ve Bayraktar, M. (2004). *Kidney Transplantation: Determination of The Problems Encountered by Turkish Patients and Their Knowledge and Practices on Healthy Living*, Journal of Clinical Nursing.13(5); ss. 580–588.
- Tanış, B. (2019). *Depresyon ve Algılanan Elde Edilebilir Destek İlişisinde Sosyal Beceri ve Duygusal Farkındalığın Aracı Rolünün İncelenmesi*. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Tao, X.Q., Huang, L.T. ve Zhuang, G.M. (2009). *A Survey of The Status Quo of Self-Management in Kidney Transplant Recipients*, Journal of Fuzhou General Hospital, 16(2); ss. 180-181.
- Taylor, R, Franck, LS., Gibson F ve Dhawan, A. (2005). *A Critical Review of The Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents After Liver Transplantation*. Liver Transplant. 2005, 11(1); ss. 51–60.
- Tazegül, H. (2020). *Karaciğer Nakli Yapılan Hastalarda Perioperatif Hemoreolojik Parametrelerin Değerlendirilmesi*, Uzmanlık Tezi, T.C. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Antalya.
- T.C Sağlık Bakanlığı Kan, Doku ve Organ Nakli Hizmetleri Daire Başkanlığı Resmi İnternet Sayfası (2019). *Organ ve Doku Nakli İstatistikleri*, Erişim Adresi: <https://organkds.saglik.gov.tr/dss/PUBLIC/PublicDefault2.aspx> (Erişim Tarihi: 16.09.2019)
- Tecuta, L., Tomba, E., Grandi, S. ve Fava, GA. (2015). *Demoralization: A Systematic Review on İts Clinical Characterization*. Psychol Med. 2015, 45(4); ss. 673-691.
- Temiz, G. ve Kaya, A. (2017). *Böbrek Nakli Sonrası Bireylerde Görülen Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı*. Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Cilt No.12(2).

- Tezcan, H. (2020). *Karaciğer Nakli Olan Hastalarda Enfeksiyon Gelişmesine Etki Eden Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara. (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Adalet Aypak)
- Thomas, N. (2016). *Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı*. A. Karadakovan (Cev.) Ankara: Nobel Yayınevi.
- Topbaş, E. ve Bingöl, G. (2017). *Psikososyal Boyutu ile Diyaliz Tedavisi Ve Uyum Sürecine Yönelik Hemşirelik Girişimleri*. Türk Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Cilt No. 1(12).
- Tsapepas, D., Langone, A., Chan, L., Wiland, A., McCague, K. ve Chisholm-Burns, M. (2014). *A Longitudinal Assessment of Adherence with Immunosuppressive Therapy Following Kidney Transplantation from The Mycophenolic Acid Observational Renal Transplant (MORE) Study*. Ann Transplant, 19; ss. 174–81.
- Urden, T. (2006). *Liver Transplantation, Critical Care Nursing: Diagnosis and Management*, 5. Der, USA: Mosby, 2006.
- United States Renal Data System. (2019). *USRDS Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in The United States*. National Institutes Of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Bethesda, MD.
- Vancampfort, D., Koyanagi, A., Hallgren, M., Probst, M. ve Stubbs, B. (2017). *The Relationship Between Chronic Physical Conditions, Multimorbidity and Anxiety in The General Population: A Global Perspective Across 42 Countries*. General Hospital Psychiatry, 45; ss. 1-6.
- Vidya Sagar, S., Kumar, K., CH, RR. ve Ramachandraiah, G. (2019). *Surgical Complications: Live vs Deceased Donor Renal Transplantation at A Tertiary Care Hospital*. Retrieved from South India International Journal of Surgery, 3(3); ss. 38-39.
- Weng, F., Chandwani, S., Kurtyka, K., Zacker, C., Chisholm-Burns, M. ve Demissie, K. (2013). *Prevalence and Correlates of Medication Non-Adherence Among Kidney Transplant Recipients More Than Six Months Post-Transplant: A Cross-Sectional Study*, BMC Nephrology, Cilt No. 14; ss. 261.
- Yaman, Z. ve Yılmaz, M. (2014). *Böbrek Nakli Sonrası Bireylerde Görülen Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı*. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 18 (1); 22-28. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/ybhd/issue/26494/278806>. (Erişim Tarihi: 20 Temmuz 2021)

- Yang, F., Chenc, H., Pongd, S., Chene, C., Wangh, S. ve Chenj, C. (2020). *Difficulties and Coping Strategies of Kidney-transplant Recipients During Their Dark Postoperative Recovery Stage After Returning Home*, Transplantation Proceedings.
- Yatkın, I. (2009). *Renal Transplantasyon Hastalarında ve Vericilerde Transplantasyon Öncesi ve Sonrasında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Algılanan Elde Edilebilir Destek*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Yavuz, B. ve Veizi, G. (2017). *Böbrek Nakli Sonrasında Ortaya Çıkan Metabolik ve İmmunolojik Komplikasyonlar*, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Kenan Keven).
- Yıldız, E. ve Kılınç, G. (2017). *The Relationship Between Anxiety-Depression Status and Psychosocial Adjustments in The Patients Undergoing Liver Transplantation*. Perspectives in Psychiatric Care, 54(2); ss. 221-229.
- Yücel, M.H. (2020). *Böbrek Naklinde Akut Rejeksiyon (Red) ve Akut Rejeksiyonun Tedavi Edilebilme Düzeyinin Allogreft Sağkalımı ve Fonksiyonuna Etkisi*, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul.
- Yücens, B., Kotan, V.O., Özkayar, N., Kotan, Z. vd. (2019). *The Association Between Hope, Anxiety, Depression, Coping Strategies and Perceived Social Support in Patients with Chronic Kidney Disease* Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 1(32); ss. 43-51.
- Zegarow, P., Jankowska, M., Sanko-Resme, J., Durluk, M., Grzeszczyk, M. ve L. Paçzek (2014). *Kidney Transplantation Does Not Increase the Level of Basic Hope or Life Satisfaction Compared With Hemodialysis in Patients With Chronic Kidney Disease* Institute of Psychology, Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw, Poland; Immunology, Transplantation, and Internal Medicine Clinic, Infant Jesus Clinical Hospital, 59 Nowogrodzka, Warsaw, Poland.
- Zeng, X. J. (2019). *Correlation Between Mental Elasticity, Self-Efficacy and Coping Style of Kidney Transplant Recipients and Social Support*, Nursing Journal of Chinese People's Liberation Army, 36(5); ss. 25–28.

Zhao, S.M. vd. (2018). *Quality of Life, Adherence Behavior, and Social Support Among Renal Transplant Recipients in China: A Descriptive Correlational Study*, *Transplantation Proceedings*, 50; ss. 3329-3337.

Zigmond, AS. ve Snaith, RP. (1983). *The Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Acta Psychiatr Scand*.

Türk Dil Kurumu (1969). *Türkçe Sözlük (Genişletilmiş Baskı)*. Ankara:

TDK. <http://tdkterim.gov.tr/bts/> (Erişim Tarihi: 20.06.2019).



## **EKLER**

### **EK-1**

#### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sayın katılımcı;

Bu araştırma; böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında algılanan elde edilebilir destek, depresyon, anksiyete ve sosyo demografik özelliklerin umut düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır.

Çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler kurumun Yerel Etik Komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma kapsamında sizlere hiçbir girişim yapılmayacaktır. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek sizlere ulaşılmayacaktır.

Katılmam istenen çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluğu anladım. Söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcının Adı Soyadı:**

**Telefon numarası:**

**İmza:**

**Araştırmacının Adı Soyadı:**

**Telefon numarası:**

**İmza:**

**Varsa Tanık Adı Soyadı:**

**Telefon numarası:**

**İmza:**

## EK-2

### SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER FORMU

**1. Yaşınız:**

**2. Cinsiyet:** 1. Erkek 2. Kadın

**3. Sağlık Güvenceniz:** 1. Var 2. Yok

**4. Aktif Olarak Çalışıyor musunuz? Belirtiniz:**

1. Tam Zamanlı 2. Yarı Zamanlı 3. Emekli 4. Çalışmıyor

**5. Eğitim Durumunuz:**

1. Okuryazar
2. İlk ve ortaokul
3. Lise
4. Üniversite ve üstü

**6. Medeni Durumunuz:** 1. Evli 2. Bekar

**7. Aylık Gelir Durumunuz TL Olarak:** 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk  
3. Gelir giderden çok

**8. Organ Nakli Yapılma Tarihi:**

**9. Organ Nakli Türü:** 1. Böbrek 2. Karaciğer

**10. Böbrek Nakli Etiyolojisi:**

**11. Karaciğer Nakli Etiyolojisi:**

**12. Verici Tipi:** 1. Canlı 2. Ölü

**13. Canlı Vericiyle Yakınlık Durumu:**

**14. Kullanılan İmmünespresif İlaçlar:**

**15. Kronik Hastalık Varlığı:** 1. Var 2. Yok

**EK-3****HERTH UMUT İNDEKSİ**

Lütfen, aşağıdaki maddelere size en uygun olan kutucuğa X işareti koyarak yanıt veriniz.

<b>NO</b>	<b>MADDELER</b>	<b>Hiç uygun değil</b>	<b>Nadiren uygun</b>	<b>Bazen uygun</b>	<b>Her zaman Uygun</b>
1	Geleceğe umutla bakıyorum				
2	Önümüzdeki 3-6 ay için hedeflerim var.				
3	Kendimi hep yalnız hissediyorum				
4	Çoğu durumda olayların olumlu yönünü görebiliyorum.				
5	Bana huzur veren bir inanca sahibim.				
6	Geleceğim ile ilgili korkularım var.				
7	Mutlu ve neşeli anılarımı hatırlayabiliyorum.				
8	İçimde derin bir manevi güç var.				
9	Başkalarından yardım isteyebiliyor ve başkalarına yardım edebiliyorum.				
10	Kendi yolumu bulmaya kararlıyım.				
11	Her günün yeni umutlar taşıdığına inanıyorum.				
12	Yaşamımın anlamı ve amacı olduğunu biliyorum.				



#### EK -4

### ALGILANAN ELDE EDİLEBİLİR DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 8 cümle ve her bir cümle yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1-Hiç, 2-Az, 3-Çok ve 4-Pek çok seçenekleri verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanında yer alan kutudan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

		Hiç	Az	Çok	Pek Çok
	<b><i>Duyusal Algılanan elde edilebilir destek</i></b>				
1	Gerçekte benden hoşlanan insanlar var	1	2	3	4
2	Ne zaman kendimi kötü hissetsem, başka insanlar şefkat gösterir.	1	2	3	4
3	Ne zaman üzgün olsam, beni neşelendirecek insanlar olur.	1	2	3	4
4	Rahatlamaya ihtiyaç duyduğumda, beni rahatlatacak her zaman birileri vardır.	1	2	3	4
	<b><i>Araçsal Algılanan elde edilebilir destek</i></b>				
5	Daima güvenebileceğim birkaç insan vardır.	1	2	3	4
6	Endişelendiğim zaman, bana yardım edecek birileri vardır.	1	2	3	4
7	İhtiyaç duyduğumda, bana yardım öneren insanlar vardır.	1	2	3	4
8	Üstesinden geleceğim çok şey olduğunda, bana yardım edecek birileri vardır.	1	2	3	4

## EK -5

### HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

#### **1.Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.**

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

#### **2.Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.**

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

#### **3.Sanki kötü bir şeyler olacaktı gibi korkuya kapılıyorum.**

- Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
- Evet, ama çok şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor
- Hayır, hiç öyle değil

#### **4.Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

#### **5.Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
  - Yalnızca bazen

**6.Kendimi neşeli hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

**7.Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum**

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

**8.Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

**9.Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

**10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum.
- Pek o kadar özen göstermiyorum.
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

**11.Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla
- Hiç değil

**12.Olacakları zevkle bekliyorum.**

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az

- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

**13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum**

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

**14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

**EK-6**

**ETİK KURUL ONAYI**



**SAYI:** B.30.2.İEÜSB.0.05.05-20-063


07.04.2020

**KONU:** 06.04.2020 tarih ve 25 numaralı Etik Kurul toplantı kararı hk.

**Sayın Prof. Dr. Özgül KARAYURT ve Doç. Dr. Gülsüm Nihal ÇÜRÜK,**

Yöneticisi olduğunuz, İzmir Ekonomi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hemşireliği Bölümü öğrencisi Esra ŞEKER'in araştırmacı olarak görev aldığı "**Böbrek ve Karaciğer Nakli Alıcılarında Anksiyete, Depresyon, Sosyal Destek ve Sosyodemografik Özelliklerin Umut Düzeyine Etkisi**" konulu projeniz Etik Kurul üyeleri tarafından görüşülmüş, başvurunuzun etik açıdan uygun olduğuna üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.

Gereği için bilgilerinize sunarız.

  
Sağlık Bilimleri Araştırmaları  
Etik Kurulu Başkanı  
Prof. Dr. M. İlgi ŞEMİN


EK-7

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ VE KENT HASTANESİ KURUM İZİNLERİ

 **BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARINI ÖN İZİN FORMU**

S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine;  
Aşağıda bilgileri bulunan araştırma çalışmasını Kurumunuzda yürütmek için gerekli  
ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

**Ad Soyad**  
Esra ŞEKER

Tarih 29.7.20  
İmza 

**Araştırmanın;**

<b>Adı:</b>	Böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında anksiyete, depresyon, sosyal destek ve sosyodemografik özelliklerin umut düzeyine etkisi
<b>Türü:</b>	Yüksek Lisans Tezi
<b>Amacı:</b>	Bu çalışma, böbrek ve karaciğer nakli alıcılarında anksiyete, depresyon, sosyal destek ve sosyo demografik özelliklerin umut düzeyine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.
<b>Yöntemi:</b>	<p>Çalışma tanımlayıcı korelasyonel tipte bir araştırmadır. Veriler araştırmacı tarafından, sosyo-demografik ve klinik özellikler formu, Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeği-(AED), Herth umut indeksi, ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanılarak elde edilecektir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ve hastaların dosya kayıtlarından faydalanılarak doldurulacaktır. Verilerin toplanması yaklaşık 20-30 dakika sürmesi öngörülmektedir.</p> <p>Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler çalışma öncesi konu ile ilgili bilgilendirilecek ve tüm katılımcılardan yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş olur alınacaktır. Çalışmamızda etik sorun yaratacak herhangi bir durum yaşanması öngörülmemektedir.</p>
<b>Uygulanacağı Yerler:</b>	Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Organ Nakli ve Kent Hastanesi Böbrek ve Karaciğer Nakli Polikliniklerinde yürütülecektir.
<b>Planlanan Başlangıç - Bitiş Tarihi</b>	<b>Başlangıç:</b> Ağustos 2020 <b>Bitiş:</b> Haziran 2021
<b>Tez Çalışması ise Danışman</b>	Prof.Dr.Özgül KARAYURT Doç.Dr.Gülsüm Nihal ÇÜRÜK

Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	
Etik Kurul Kararı	Var
Varsa Destekleyen Kurum/kuruluş Adı:	

Klinik / Birim Eğitim Sorumlusu

İmza

İZMİR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
TEPEKÖY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
Doç. Dr. NURCAN GÜLTER  
Dış Hastalıkları ve İç Hastalıkları Uzmanı

Ar-Ge ve Projeler Birim Sorumlusu

İmza

İZMİR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
TEPEKÖY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
Doç. Dr. NURCAN GÜLTER  
Dış Hastalıkları ve İç Hastalıkları Uzmanı

BAŞHEKİM  
İmza

...../20...

SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
TEPEKÖY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
Op.Dr. NURCAN GÜLTER  
Başhekim Yardımcısı  
DİP No: 3431T09c 37160

 **Tangül Pekey** <Tangul.Pekey@kenthospital.com>

 Alıcı: ben ▾

Merhaba Esra Hanım ,

Başhekimlik ve yönetimle görüşülmüş, çalışmanız onaylanmıştır. Bilgilerinize..

**Tangül PEKEY**



Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

TEL : (0232) 3981100 Dahil : (1768)

 **444 53 68**  
DANIŞMA HATTI

KENT HASTANESİ  
8229/1 Sokak No:56 35580 ÇİĞLI-İZMİR  
Tel: (0232) 386 70 70 Pbx  
Faks: (0232) 386 70 71

[www.kenthospital.com](http://www.kenthospital.com)

 /KentSağlıkGrubu  
 /kentsağlıkgrubu



## ÖZGEÇMİŞ

### ÖĞRENİM DURUMU

- Şubat 2019- • **Yüksek Lisans:** İzmir Ekonomi Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Tezli Yüksek Lisansı- İZMİR
- 2007-2013 • **Lisans:** Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ANKARA-2013
- 2001-2005 • **Orta Öğrenim:** Yunus Emre Anadolu Lisesi Bornova\ İZMİR-2006
- 1995-2001 • **İlköğretim:** Özgiller Dalan İlköğretim Okulu Karşıyaka\ İZMİR-2001

### ÇALIŞILAN KURUMLAR VE GÖREVLERİ

- 2021-2020 • Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesi/2021/HEMŞİRE-
- 2020-2019 • Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bornova Cerrahi Onkoloji Servisi/2020/HEMŞİRE
- 2019-2018 • Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi/Temmuz 2018/HEMŞİRE  
*3.Basamak yoğun bakım hastalarının bakım takip ve kemoterapi uygulamalarından sorumluyum.*
- 2018-2016 • İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Üroloji Servisi/ Eylül 2016-Temmuz 2018/HEMŞİRE  
*Preop ve Post op hasta bakımı ve kemoterapi uygulamalarından sorumluydum.*
- 2016-2015 • İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi-Özel Kat Servisi/Temmuz 2015-Haziran 2016/HEMŞİRE
- 2015-2014 • Ankara Hacettepe Üniversitesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi/Ekim 2014-Temmuz 2015/HEMŞİRE

### KATILIM, BAŞARI BELGELERİ, SERTİFİKALAR

- 2015 • Hemşire Oryantasyon Eğitimi/ 9 Eylül Üniversitesi Hastanesi
- 2015 • Erişkin ve Pediatrik Temel Yaşam Desteği/ 9 Eylül Üniversitesi Hastanesi
- 2011 • Erasmus Programı Yaz Dönemi Staj Hareketliliği/ YUNANİSTAN
- 2008 • Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı Çocuk Ruh Sağlığı Topuluğu Çocuğun Ruhsal



- Gelişimi ve Hasta Çocuğa Yaklaşım' Konulu Eğitim Seminerleri
- 2006 • Alman Dil Diploması/ İZMİR

### **BİLDİĞİ YABANCI DİL VE SEVİYESİ/PUANI**

- 2013 • İngilizce: Üniversite Not Ortalaması\A2\85-90(*Üniversite Hazırlık sınıfındaki 1 yıllık eğitim sonundaki not ortalamasıdır*)
- 2006 • Almanca: Alman Dil Diploması/2. Seviye

### **YETKİNLİKLER**

#### **Bilgisayar Bilgileri**

- Word, Excel, Powerpoint: Orta Seviye
- SPSS: Orta Seviye

#### **Sınav Bilgileri**

Akademik Lisansüstü Eğitim Sınavı (ALES) / Puan: 69/ 2019

### **AKTARILABİLİR BECERİLER**

- 2010 Mart • Liderlik ve Takım Çalışması Sertifikası/ Gazi Üniversitesi Liderlik Okulu/ANKARA
- 2010 Mart • Proje Yönetimi Sertifikası Gazi Üniversitesi Liderlik Okulu
- 2010 Mart • Kriz Yönetimi Sertifikası Gazi Üniversitesi Liderlik Okulu

### **KATILDIĞI DİĞER SEMPOZYUM/ KONGRE/ KONFERANS/ WORKSHOP**

- 2019 Ocak • Nöroşirürji Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu- İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 2019 Nisan • Yara Bakımı Hemşireliği “Kanıttan Uygulamaya Sempozyumu–İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 2011 Mart • 10. Ulusal Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi/ Gaziantep Üniversitesi