



Online Adres <http://www.hemarge.org.tr/>  
Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği-HEMAR-G  
yayın organıdır

ISSN:1307- 9557 (Basılı), ISSN: 1307- 9549 (Online)  
Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2017; 19(2): 41-56

Hemşirelikte  
Araştırma  
Geliştirme  
Dergisi

## Böbrek Nakli Sürecindeki Bireylere Peplau'nun Danışmanlık Yaklaşımıyla Verilen Destekleyici Sağlık Hizmetinin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

### Evaluation the Depression and Anxiety Levels of Individuals in The Process of Kidney Transplantation Provided By Peplau's Supportive Health Counseling Service

Gül ERGÜN<sup>a1</sup>,

<sup>a</sup> Yard. Doç. Dr., Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi- Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü, BURDUR

Özgün Araştırma

#### Öz

**Amaç:** Bu araştırma; böbrek nakli sürecindeki bireylere verilen danışmanlık hizmetinin nakil sonrası süreçlerindeki depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin organ nakli ünitesindeki böbrek nakli olan 417 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise "Basit Rastgele Örnekleme" yöntemi ile seçilen 74 (37 kontrol, 37 deney) kişi oluşturmuştur. Araştırmada deney grubu ile nakil öncesinden başlayan, taburculuk sonrası 6. ayı da kapsayan 12 görüşme yapılmıştır. Araştırma verileri, böbrek nakli sonrası 3 ve 6. ayda Kişisel Bilgi Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Beck Depresyon Envanteri kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS-19 programında değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi, deney ve kontrol grubu arasındaki farkların ve ölçeklerin puan ortalamalarının değerlendirilmesinde ise Student t testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; 3 ve 6. ayda deney grubundaki bireylerin depresyon envanter puanları, sürekli kaygı ve durumluk kaygı envanter puanları istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

<sup>1</sup>E-mail adres: [ergun@mehmetakif.edu.tr](mailto:ergun@mehmetakif.edu.tr)

Geliş Tarihi: 3 Mayıs 2017 / Kabul Tarihi: 24 Ekim 2017

**Sonuç:** Çalışmada deney grubunda danışmanlık hizmeti verilen hastaların depresif belirtilerinin azaldığı, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Böbrek nakli, Depresyon, Anksiyete, Danışmanlık, Hemşirelik yaklaşımı.

## Abstract

**Objective:** This research was conducted experimentally to determine the effect of counseling services given to individuals with kidney transplantation on depression and anxiety levels during post-transplant periods.

**Method:** The population was constituted of the 417 patients of a university hospital's transplantation unit who had kidney transplant. The sample was 74 persons (37 control, 37 experiment) chosen by using "Simple Random Sampling" method. In this research, 12 interviews, beginning in the pre-operation and including the post-operation process, have been done with the experiment group. Survey data were collected by using Personal Information Form, State-Trait Anxiety Inventory and Beck Depression Inventory in the 3rd and 6th months of post-operation. Survey data were evaluated by SPSS 19 computer software. In the evaluation of sociodemographic variables, Chi-Square Test, point average of scales, Student t test were used in the evaluation of differences between experiment and control groups.

**Results:** According to the results from the study, 3rd and 6th months the scores of the individuals in the experimental group compared to the control group, a statistically significant difference were revealed with lower depression inventory, trait anxiety inventory, state anxiety inventory scores of the experimental group.

**Conclusion:** Counseling decreased depression, timely and chronic anxiety levels.

**Keywords:** Kidney transplant, Depression, Anxiety, Consultancy, Nursing approach.

## Giriş

Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda ve Sağlık Bakanlığının verilerine göre de kronik böbrek yetmezliği hastalığı giderek artmaktadır. Türkiye’de 60592 kişi, kronik böbrek yetmezliği tedavisi almaktadır. Mevcut hasta sayısının ciddi düzeyde olması ve giderek artması bu rahatsızlığın tedavi seçeneklerinin geliştirilmesini hızlandırmıştır. Dünyada ve ülkemizde kronik böbrek yetmezliğinin tedavisinde diyaliz ve organ nakli seçenekleri bulunmaktadır.<sup>1,2,3,4,5</sup> Bu tedavi modellerinden; organ naklinin daha kabul edilir, daha etkin ve geçerli tedavi şekli olduğu bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır.<sup>6,7,8</sup> Nakil olmak kronik böbrek yetmezliğinde en kabul edilen tedavi yöntemidir. Ancak böbrek hastası birey, nakil öncesi ve sonrası süreçte birtakım problemler yaşayabilmektedir. Güler ve ark.<sup>19</sup>, ameliyat öncesi son dönem böbrek yetmezliği hastası olan bireylerde özellikle depresyon ve anksiyete seviyelerinde artış saptamışlardır. Literatürde böbrek nakli sonrası gelişen depresyon, anksiyete ve psikososyal uyum güçlüğü gibi problemlerin sağlık profesyoneli tarafından danışmanlık verilmesi yoluyla azaltılabileceğini saptayan çalışmalar yer almaktadır.<sup>10,11,12</sup> Türkiye’de ise, böbrek nakli olan bireylerin yaşayabileceği psikososyal problemleri önlemeye yönelik oluşturulan herhangi bir danışmanlık programının etkinliğini belirlemeye yönelik araştırma yer almamaktadır. Araştırma bu yönüyle halen Türkiye’deki ilk ve tek çalışmadır.

Dünyada özellikle Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Ülkelerinde organ nakli olan bireyin nakil öncesi psikososyal destek alması ve nakil sonrası sürecine uyum sağlaması amacıyla organ nakli ekiplerinin bulunduğu ve bu ekibin sistematik olarak sağlık hizmeti verdiği görülmektedir.<sup>2</sup> Dünyada ve ülkemizde nakiller arasında sayı bakımından ilk sırada böbrek nakli yer almaktadır. Bu bakımdan

organ nakli ekipleri özellikle böbrek nakli olan bireye sağlık hizmeti sağlamaktadır. Organ nakli ekibinde; psikiyatrist, diyaliz hemşiresi, organ naklini gerçekleştiren cerrahi ekip, nefrolog, sosyal hizmet uzmanı veya organ nakli hemşiresi yer almaktadır. Bu ekip nakil olan bireyi nakil öncesi süreçten başlayarak takip etmekte, nakil süreci ve sonrasında ise sağlık profesyonellerinin uzmanlık alanları doğrultusunda, bireyin yaşamına uyumunu kolaylaştırıcı hizmetler sunmaktadır. Ekipteki organ nakli hemşiresi, böbrek hastasının nakil öncesi ve sonrası sürecinde danışmanlık hizmeti vermekten sorumludur.<sup>13,14,15</sup> Bu danışmanlık hizmeti içerisinde; eğitim verme, fiziksel bakım ve tedavi sürecinde destekleyici yaklaşım ve psikososyal bakım yer almaktadır.<sup>14,16</sup> Larsen, Edey ve Lemay'ın<sup>17</sup> belirttiğine göre Peplau hemşiresinin rolleri arasında danışmanlığa yer vermektedir. O danışmanlığı, bireyin hastalık süreci boyunca fiziksel bakımının sağlanması, hastalığıyla ilgili ihtiyaç duyduğu bilgilerin verilmesi ve sürekli psikososyal destek verilmesi olarak açıklamıştır.<sup>18,19,20,21</sup> Elliott ve Larson'un<sup>22</sup> belirttiğine göre, Amerikan Nefroloji Hemşireleri Birliği, organ nakli ekibinde yer alan hemşirelerin böbrek hastası ve ailelerine nakil süreci boyunca danışmanlık vermesinin önemli olduğunu ve bu danışmanlık hizmetinin bilgi verme, psikolojik destek sağlama ve fiziksel bakım vermeden oluştuğunu açıklamışlardır.

Ülkemizde sağlık sistemi içerisinde, böbrek nakli adayının operasyon sonrası süreçte rahatlıkla ulaşabileceği ve danışmanlık alabileceği bir organ nakli ekibi yoktur<sup>23,24</sup>. Ancak bazı görsel ve yazılı basında veya literatürde nakli gerçekleştiren genel cerrah, nefrolog, organ nakli koordinatörü ve hastanın hastanede yattığı süreç boyunca tedavi hizmetlerini gerçekleştiren hemşireden organ nakli ekibi olarak söz edilebilmektedir. Oysa böbrek nakli sonrası birey, günlük yaşam aktivitelerine yönelik birçok konuda desteğe ihtiyaç duyabilir. Bu bireyler operasyon öncesi ameliyata yönelik korkularını azaltmak amacıyla psikolojik desteğe, nakil sonrası döneme ilişkin bilgilendirilmeye, ameliyat sonrası erken dönemde böbrek reddine ilişkin kaygılarıyla baş etmesi için desteklenmeye; beslenme alışkanlıkları, enfeksiyonlardan korunma, cinsel yaşamdaki değişimler, ilaç kullanımının önemi, evde yaşam şekli ve genel anlamda sosyal hayata uyumlarında danışmanlık almaya gereksinim duyarlar.<sup>23,24</sup>

Gerçekleştirilen organ nakli sayılarında artış ve beklenen hasta sonuçlarının iyileştirilmesi için organ nakli alanında özelleşmiş sağlık profesyonellerine gereksinim vardır. Ülkemizde ilk organ nakli hemşirelerinin, 1975 yılında yapılan ilk başarılı böbrek naklinde alıcı ve vericinin bakımında yer alan Sevgi Hatipoğlu ve arkadaşlarının olduğu belirlenmiştir. Sonrasında organ nakli hemşireliğine ilişkin bilimsel kongre, eğitimler ve konferansların düzenlenmesi gibi gelişmeler olmuştur.<sup>25,26</sup> Ancak hala istenen düzeyde değildir. Organ nakli hemşireliği, ülkemizde yeni bir kavram olsa da Dünya'da hemşirelikte önemli bir uzmanlık alanıdır. Organ nakli alanında yaşanan gelişmeler ile bu alanda özelleşmiş hemşirelere gereksinim olduğu ortaya çıkmıştır. Ülkemizde bu alanda çalışmalara gereksinim vardır.<sup>26</sup>

Bu çalışma, böbrek nakli olan bireylere uzman hemşire tarafından verilen danışmanlık hizmetinin nakil sonrası anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunların azaltılması üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntemler

### *Araştırmanın Amacı*

Araştırma, böbrek nakli sürecindeki bireylerin yeni yaşamlarına uyumlarında, psikolojik sorunlar yaşamalarını azaltmada danışmanlık hizmeti vermenin etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen deneysel (deney-kontrol gruplu model) bir çalışmadır.

### *Araştırma Soruları*

1. Hemşire tarafından böbrek nakli olan bireye verilen danışmanlık hizmetinin 3 ve 6. Aydaki sürekli ve durumluk kaygı seviyeleri üzerine etkisi var mıdır?
2. Hemşire tarafından böbrek nakli olan bireye verilen danışmanlık hizmetinin 3 ve 6. Ayda depresif duygu durumu üzerine etkisi var mıdır?

### *Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman*

Araştırma, Antalya ilinde bulunan bir Eğitim-Araştırma hastanesinin organ nakli kliniğinde böbrek nakli olan hastalar ile Temmuz 2009 ile Ekim 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### *Araştırmanın Evren ve Örneklemi*

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Ünitesinde Temmuz 2009 ile Ekim 2010 tarihleri arasında böbrek nakli olan 417 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise "Basit Rastgele Örnekleme" yöntemi ile seçilen 74 (37 kontrol, 37 deney) kişi oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü 0,05 yanılma düzeyi ve 0,90 güçlülük değeri temel alınarak hesaplanmıştır. Araştırmanın daha önce benzeri yapılmadığı için, ön uygulama gerçekleştirilmiş ve bu uygulama sonrası etki büyüklüğü 0,5 olarak belirlenmiştir ve deney grubu için 25, kontrol grubu için 25 örneklemin uygun olacağı saptanmıştır. Ancak araştırmadan ayrılma, rejeksiyon ve ex gibi nedenlerle örneklem grubunun sayısının azalma olasılığı göz önünde bulundurularak örneklem sayısı yüksek tutulmuştur ve 74 (37 kontrol, 37 deney) olarak tamamlanmıştır.

### *Araştırmaya Alınma Kriterleri*

Böbrek nakli olmak için hastaneye başvurmuş olan, daha önce (böbrek, pankreas, karaciğer) nakli olmamış olan, 18 yaş ve üzeri olan, okuma yazma bilen, dil sorunu olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul eden hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

### *Araştırmadan Dışlanma Kriterleri*

Hiper akut rejeksiyon gelişen hastalar (geri dönüşümsüz bir hadise olup hiperakut rejeksiyonda böbreğin hemen geri alınması gerektiği için<sup>27</sup>), nakil sonrası erken dönemde akut rejeksiyon (yoğun immünosupresif tedavi alarak hastanede yatış süreleri uzadığı için<sup>27</sup>) geçiren hastalar tıbbi durumları nedeniyle ve araştırmadan kendi isteği ile ayrılmak isteyen hastalar araştırmadan ayrılmıştır. .

### *Araştırmanın Sınırlılıkları*

Araştırmada kadavradan nakil olacak bireylerle ilk görüşme çok kısa süreye sığdırılmıştır. Kadavradan böbrek nakli olacak bireyler, operasyon hazırlıkları hızlı bir şekilde yapıldığı için kısıtlı zamanda yapılan görüşmede araştırmanın içeriği açıklanarak operasyona ilişkin duygularını ifade etmelerine fırsat verilmiştir. Bu kısıtlı sürede yapılan görüşmede öntest uygulanamamıştır. Araştırmanın örneklemini hem canlı vericiden, hemde kadavradan böbrek nakli olacak bireylerden oluştuğu için arada farklılık olmaması amacıyla örnekleme öntest uygulanamamıştır. Bu durum araştırmanın sınırlılığına yol açmıştır. Deney grubundan 3 kişi kontrol grubundan 2 kişi hiperakut rejeksiyon tanısı aldığı için ve kontrol grubundan 1 katılımcı hayatını kaybettiği için araştırmadan

çıkartılmıştır. bu yüzden yeterli örneklem sayısı için gerekli zamanın uzaması araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.

### ***Verilerin Toplanması Kullanılan Araç ve Gereçler***

Araştırmada kontrol grubuna ait veriler nakil öncesi süreçte organ nakli koordinatörlüğüne görüşmelere geldiklerinde araştırma içeriği açıklanarak ve yazılı olarak aydınlatılmış onamları alınarak kişisel bilgi formlarını doldurmaları sağlanarak toplanmıştır. Verilerin toplanması araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubunun nakil sonrası süreçte 3 ve 6. ayda, deney grubunun ise planlanan danışmanlık müdahaleleri gerçekleştirilerek 3 ve 6. ayda STAI FORM TX – I, STAI FORM TX – II ve BDE aracılığıyla toplanmıştır.

1. *Kişisel Bilgi Formu* Araştırmada sosyodemografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır. Bu formda, 21 soru yer almaktadır.

2. *Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri (STAI FORM TX-I, STAI FORM TX-II)*: Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanterleri Spielberg ve ark<sup>28</sup> tarafından geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte<sup>29</sup> tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Envanter likert tipindedir ve 20 soru sürekli, 20 soru durumluk kaygı düzeyini ölçmeye yönelik olmak üzere toplam 40 sorudan oluşmaktadır. Yine aynı ölçekte tersine dönmüş 10 tane ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 9, 10, 14, 15, 19 ve 20 no'lu maddelerdir. Durumluk kaygı düzeyi değerlendirilirken doğrudan ve tersine ifadelerin toplam puanları hesaplanıp; doğrudan ifadelerin toplamından tersine ifadelerin toplam puanı çıkarılarak üzerine değişmeyen 50 sabit değeri eklenerek hesaplanır. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadeler 21, 36, 27, 30, 33, 36 ve 39'dur. Sürekli kaygı düzeyi değerlendirilirken doğrudan ve tersine ifadelerin toplam puanları hesaplanıp; doğrudan ifadelerin toplamından tersine ifadelerin toplam puanı çıkarılacak, çıkan puana sürekli kaygı ölçeği için değişmeyen 35 sabit değeri eklenerek hesaplanır. Ölçeklerden elde edilecek puan 20 ile 80 arasında değişir.

Bu araştırmada sürekli kaygı ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı 0,93 (Cronbach's  $\alpha=0,93$ ), durumluk kaygı ölçeğinin ise iç tutarlılık katsayısı 0,93 (Cronbach's  $\alpha=0,93$ ) olarak bulunmuştur.

3. *Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)*: Beck ve ark.<sup>30</sup> tarafından bireylerin depresif düzeylerini belirlemek amacıyla tasarlanmış 21 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan 0-9 puan minimal depresyonu, 10-16 puan hafif depresyonu, 17-29 puan orta depresyonu ve 30-63 puan şiddetli depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Hisli tarafından yapılmıştır.<sup>31,32</sup> Bu araştırmada envanterin iç tutarlılık katsayısı 0,93 (Cronbach's  $\alpha=0,93$ ), olarak saptanmıştır.

### ***Ön Uygulama***

Araştırmacı tarafından 14 hastaya kişisel bilgi formunun ve ölçeklerin ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama yapılan hastalar araştırmaya alınmamıştır. Öneriler doğrultusunda kişisel bilgi formunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulamaya geçilmiştir. Eğitim programının anlaşılabilirliğini test etmek amacı ile 10 hastaya, araştırmacı tarafından uzman görüşü alınarak hazırlanan danışmanlık programının ön uygulaması yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda, danışmanlık programında yer alan konuların her biri için ayrı zaman planlanmasının, eğitimin anlaşılabilirliği artıracağı belirlenmiştir.

### ***Uygulama***

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Organ Nakli Kliniği'nde ve Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Merkezi'nde böbrek nakli olan 74 hasta (37 deney, 37 kontrol grubu) ile



gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın uygulama izninin alınmasının ardından organ nakli ünitesindeki ve kliniğindeki çalışanlarla araştırma konusunda bilgilendirme yapmak amacıyla ön görüşme yapılmıştır. Organ nakli koordinatörlerinden, kadavradan nakillerin gerçekleşeceği zamanları araştırmacıya haber vermeleri istenmiştir. Kliniğin nakil günleri, nakil öncesi hastanın yatış zamanlarına ilişkin bilgi toplanmıştır. Araştırmaya alınma kriterlerine uygun hastalar belirlenerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Kontrol ve deney grubu randomize olarak seçilmiştir. Araştırmanın başladığı hafta kadavra nakilleri ile birlikte 9 hasta ile görüşülmüş, hastaların 5'i deney, 4'ü kontrol grubuna alınmıştır. İlerleyen haftalarda sayılarda farklılık olmakla beraber aynı yol izlenerek deney (37) ve kontrol (37) grubunun hasta sayıları toplam 74'e tamamlanmıştır. Kontrol grubundaki bireylere araştırmanın içeriği anlatılarak gönüllülük ilkesine uygun olarak yazılı izinleri ve ölçeklerin uygulanabilmesi (3 ve 6.ayda) için kendilerinden iletişim adresleri, telefonları alınmıştır. Ölçeklerin uygulanma zamanına uygun olarak, hastaların polikliniğe kontrole geldikleri zamanlara randevu verilmiştir. Hastalarla poliklinikteki toplantı odasında yalnız olarak görüşülmüştür.

Kontrol grubundaki bireylere ameliyat öncesi tanışma sırasında Kişisel Bilgi Formu, ameliyat olduğu günden itibaren 3 ve 6.ay'da STAI-I/STAI-II ve BDE uygulanmıştır.

Deney grubundaki hastalarla hastanede kaldıkları süre boyunca (ortalama 1 hafta) ve taburculuk sonrası olmak üzere toplam 12 görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin ilki bireyle tanışmak, son ikisi ise 3 ve 6. ayda veri toplamak içindir. 9 görüşme müdahale içeriğine sahiptir. Görüşmeleri Psikiyatri hemşireliği doktora eğitiminin tez aşamasında olan uzman hemşire olan araştırmacı (GE) gerçekleştirmiştir. Bu görüşmelerin içeriği aşağıdaki şekildedir:

1. *Görüşme:* Birey böbrek nakli için hastaneye yattığı gün ilk görüşme yapılmıştır. İlk görüşme de hasta araştırmanın içeriği konusunda aydınlatılmıştır ve görüşme planları anlatılmıştır.

2. *Görüşme:* İkinci görüşme ameliyattan birgün önce hastanın ameliyata ilişkin hazırlıklarının yapılmasından öncesi gerçekleştirilmiştir. Ameliyata ve nakil sonrası sürece ilişkin duygularını ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanmıştır. Ayrıca hastanın sürece ilişkin gereksinim duyduğunu ifade ettiği konularda danışmanlık verilmiştir.

3. *Görüşme:* Hasta ile 3. görüşme ameliyat sonrası ilk gün yapılmıştır.

Bu görüşme de hasta erken mobilizasyon, mobilizasyonun devamlılığı, bağırsak hareketlerini sağlayan müdahaleler ve ağrı ile başetmesi konusunda desteklenmiştir. Belirtilen konularda hasta ve ailesine danışmanlık verilmiştir. Hastanın mobilizasyonu kademeli olarak gerçekleştirmesi sağlanmıştır.

4. *Görüşme:* Bu görüşme ameliyattan sonra 2. gün yapılmıştır. Görüşmede hastanın diyetine uygun beslenmesi (zamanla rejim 1, 2 ve 3 şeklinde devam eden) konusunda eğitim planı hazırlanarak uygulanmıştır. Verilen eğitimlerin etkinliği eğitim içeriğinden oluşturulan sorularla değerlendirilmiştir ve bazı eğitimlerin etkin olmadığı belirlenerek tekrarlanmıştır.

5. *Görüşme:* Bu görüşme ameliyat sonrası 3. veya 4. gün yapılmıştır. Görüşmede hasta ve ailesinin böbrek reddine ilişkin kaygılarını ifade etmesi sağlanmıştır. Yine aynı görüşmede, hasta ve ailesine böbrek reddinin belirtilerine yönelik danışmanlık verilmiştir.

6. *Görüşme:* Görüşme ameliyat sonrası 5. gün yapılmıştır. İlaç kullanımı konusunda bilgi verilerek, yine hastanın gereksinim duyduğu alanlarda danışmanlık sağlanmıştır. Hasta ve ailesine, nakil olan bireyin kullandığı ilaçlar, kullanma saatleri ve kullanım sırasında dikkat edilecek noktaların gösterildiği bir çizelge hazırlanarak verilmiştir.

7. *Görüşme:* Görüşme taburculuğa yakın 6. günde yapılmış ve enfeksiyondan korunmaya ilişkin hasta ve ailesine danışmanlık verilmiştir.

8. *Görüşme:* Görüşmede hastanın organ reddine ilişkin düşüncelerini ve varsa kaygılarını ifade etmesi sağlanmıştır. 5. Görüşmede böbrek reddine ilişkin kaygılarını ifade eden bireylerin görüşmelerde spontan olarak böbrek reddine ilişkin sorular sorması, aynı konunun taburcu olmadan önce de ele alınması gerekliliğini doğurmuştur. Bu gerekçeyle nakil sürecine ilişkin soruları yanıtlanmıştır. Hastanın taburculuk sonrası dikkat etmesi gereken konular hakkında danışmanlık verilmiştir.

9. *Görüşme:* Bu görüşme ev ziyareti şeklinde yapılmıştır. Araştırmacı sosyal hayata, cinsel yaşama, spor ve günlük yaşam aktivitelerine uyum konularını kapsayan bir eğitim planı hazırlamıştır. Eğitim araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemi ile broşürler ve bilgisayarda görsel sunumla yapılmıştır. Uyum güçlüğü, anksiyete belirtileri veya depresif duygu durumu içerisinde olduğu gözlemlenen hastalara, bireysel başetmelerini güçlendirici, ailesi ile iletişimini pekiştiren, ailesinin desteğini artırıcı, sosyal etkileşimlerini geliştirici psikiyatri hemşireliği müdahaleleri yapılmıştır. Ev ziyareti şeklindeki görüşme ortalama 55 dakika sürmüştür.

10. *Görüşme:* Görüşme hastanın Organ Nakli Polikliniğine kontrollere geldiği gün (1.ay) yapılmıştır. Bu görüşmede hastanın yaşadığı mevcut sorunları üzerine danışmanlık verilmiştir.

11. *Görüşme:* Hastanın Organ Nakli Polikliniğine geldiği 3. ay da yapılmıştır. Bu görüşmede katılımcıların ölçek formlarını doldurmaları sağlanmıştır.

12. *Görüşme:* Hasta ile 12. (son) görüşme Organ Nakli Polikliniğine geldiği 6. ayda yapılmıştır. Bu görüşmede ölçek formlarını doldurması sağlanmıştır.

#### ***Araştırmanın Etik Yönü***

Araştırmanın yapılabilmesi için, Akdeniz Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ve Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (Sayı B.30.2.AKD.0.20.05.05/Etik/). Çalışmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilerek, katılımlarının gönüllülük ilkesine dayandığı açıklanmıştır. Çalışmaya katılanlara, kimliklerinin ve verdikleri bilgilerin başkasıyla paylaşılmayacağı konusunda güvence verilmiştir.

#### ***Verilerin Değerlendirilmesi***

Araştırmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS programı 11 versiyonu ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın amacına uygun olarak parametrik test koşullarının sağlandığı belirlenmiş, kontrol ve deney grubu arasındaki farkların ve ölçeklerin puan ortalamaları Student t testi (Student's t test ile değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi kullanılmıştır.

### **Bulgular**

#### ***Nakil Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular***

Bu bölümde, böbrek nakli olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile deney ve kontrol gruplarının bu özellikler açısından karşılaştırmalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1'de katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımları verilmiştir. Deney ve kontrol grupları arasında; cinsiyet, çalışma durumu, sosyal güvence, yaşadıkları yer özellikleri, eğitim durumları, meslekleri ve yaş grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 1. Nakil Olan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri (n=37)

Sosyodemografik Özellikler		Deney Grubu (n=37)		Kontrol Grubu (n=37)		P
		N	(%)	n	(%)	
Cinsiyet	Kadın	13	35,1	9	24,3	* $\chi^2=0,223$
	Erkek	24	64,9	28	75,7	p=0,446
Medeni durum	Evli	19	51,4	21	56,8	$\chi^2=0,218$
	Bekar	18	48,6	16	43,2	p=0,641
Çalışma durumu	Çalışıyor	12	32,4	14	37,8	$\chi^2=0,237$
	Çalışmıyor	25	67,6	23	62,2	p=0,626
Sosyal güvence	Var	32	86,5	34	91,9	$\chi^2=0,355$
	Yok	5	3,5	3	8,1	p=0,711
Yaşadığı yer	İl içi	9	24,3	7	18,9	$\chi^2=0,319$
	İl dışı	28	75,7	30	81,1	p=0,572
Eğitim durumu	İlköğretim/Lise	34	91,9	35	94,6	$\chi^2=0,214$
	Üniversite	3	8,1	2	5,4	p=0,100
Meslek	İşçi/Memur/Emekli	7	18,9	7	18,9	
	Serbest Meslek	14	37,8	15	40,5	$\chi^2=0,125$
	Ev Hanımı	6	16,2	6	16,2	p=0,998
	İşsiz	6	16,2	5	13,5	
	Öğrenci	4	10,9	4	10,9	
Yaş		X±SD yıl		X±SD		**t=1,227
		37.94±8.771		35.35±9.408		p=0,224

\* Ki-kare Testi, \*\* Student t Testi

Araştırmaya katılan bireylerin kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısını aldıkları sürelerle bakıldığında; deney grubunun %35,1'i (n=13) 0-1 yıl, %43,2'si (n=16) 1-5 yıl arası, %21,7'si (n=8) 5 yıldan daha önce KBY tanısı almışken, kontrol grubunun %21,7'si (n=8) 0-1 yıl, %43,2'si (n=16) 1-5 yıl, %35,1'i (n=13) 5 yıldan daha önce KBY tanısı almıştır. Gruplar arasında KBY tanısını alma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $\chi^2=2,381$ , p=0,304) (Tablo 2). Araştırmaya katılan bireylerin nakil öncesi diyaliz tedavisi alma durumlarına göre; deney grubunun %67,6'sının (n=25) diyaliz tedavisi aldığı, %32,4'ünün (n=12) almadığı, kontrol grubunun %78,4'ünün (n=29) diyaliz tedavisi aldığı, %21,6'sının (n=9) almadığı ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2=1,096$ , p= 0,295) (Tablo 2). Deney grubundaki bireylerin %45,9'u (n=17) hemodiyaliz, %18,9'u (n=7) periton diyalizi, %2,7'si (n=1) her iki diyaliz türünü almışken, %32,4'ü (n=12) diyalize tedavisi almamıştır. Kontrol grubundaki bireylerin ise, %54,1'i (n=20) hemodiyaliz, %18,9'u (n=7) periton diyalizi, %5,4'ü (n=2) her iki tedavi türünü kullanmışken, %21,6'sı (n=8) diyalize tedavisi almamıştır. Gruplar arasında alınan diyaliz tedavisi türü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $\chi^2=1,377$ , p= 0,711) (Tablo 2). Diyaliz tedavisi alan bireylerin tedavi sürelerine bakıldığında, deney grubunun %8,2'sinin (n=3) 1 yıldan daha kısa, %37,8'inin (n=14) 1 yıldan uzun süre-5 yıl arası, %21,6'sının (n=8) ise 5 yıldan uzun süre diyalize devam ettiği, %32,4'ünün (n=12) diyaliz tedavisi almadığı görülmektedir. Kontrol grubunun %2,8'i (n=1) 1 yıldan



Tablo 2. Nakil Olan Bireylerin Nakil Öncesi Tedavi Özellikleri (n=37)

Nakil Öncesi Tedavi Özellikleri	Deney Grubu (n=37)		Kontrol Grubu (n=37)		p
	n	(%)	n	(%)	
<b>KBY tanı süresi</b>					
0-1 yıl	13	35,1	8	21,7	* $\chi^2=2,381$
1 ↑-5 yıl	16	43,2	16	43,2	p=0,304
5 ↑	8	21,7	13	35,1	
<b>Diyaliz alma durumu</b>					
Evet	25	67,6	29	78,4	$\chi^2=1,096$
Hayır	12	32,4	8	21,6	p=0,295
<b>Diyaliz türü</b>					
Hemodiyaliz	17	45,9	20	54,1	$\chi^2=1,377$
Periton diyalizi	7	18,9	7	18,9	p=0,711
Her ikisi	1	2,7	2	5,4	
Girmeyenler	12	32,4	8	21,6	
<b>Diyaliz süresi</b>					
0-1 yıl	3	8,2	1	2,8	$\chi^2=1,733$
1 ↑-5 yıl	14	37,8	16	43,2	p=0,435
5 ↑	8	21,6	12	32,4	
Girmeyenler	12	32,4	8	21,6	
<b>Donör özelliği</b>					
Canlı	29	78,4	31	83,8	$\chi^2=0,352$
Kadavra	8	21,6	6	16,2	p=0,553
<b>Donör yakınlığı</b>					
Eş	8	21,6	11	29,7	$\chi^2=0,784$
Aile/akrabalar	21	56,8	20	54,1	p=0,676
Kadavra	8	21,6	6	16,2	

\*Ki-kare Testi

daha kısa süre, %43,2'si (n=16) 1 yıldan uzun süre-5 yıl arası, %32,4'ü (n=12) 5 yıldan uzun süre diyaliz tedavisi almışken, %21,6'sı (n=8) diyaliz tedavisi almamıştır. Gruplar arasında diyaliz tedavisi süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2=1,733$ , p= 0,435) (Tablo 2). Donör özellikleri incelendiğinde, deney grubunun %78,4'ünün (n=29) canlı bireyden, %21,6'sının (n= 8) kadavradan, kontrol grubunun %83,8'inin (n=31) canlı donörden, %16,2'sinin (n=6) kadavradan nakil olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $\chi^2=0,352$ , p= 0,553) (Tablo 2). Araştırmaya katılan bireylerin donör ile yakınlığı değerlendirildiğinde, deney grubunun %56,8'inin (n=21) kan bağı olan aile üyelerinden, %21,6'sının (n=8) eşinden ve %21,6'sının (n=8) kadavradan nakil olduğu, kontrol grubunun %54,1'inin (n=20) kan bağı olan aile üyelerinden, %29,7'sinin (n=11) eşinden ve %16,2'sinin (n=6) ise kadavradan nakil olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $\chi^2=0,784$ , p= 0,676) (Tablo 2).

Araştırma kapsamında deney ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik veriler açısından benzer özellikte ve grupların homojen olduğu belirlenmiştir (Tablo 1, 2).

Tablo 3'te nakil olan bireylerin nakil süreci öncesi (çalışma başlamadan önce) bilgi (nakil sürecine ilişkin genel bilgilendirme) alma durumları değerlendirilmiştir. Deney grubunun %94,6'sı (n=35) bilgi aldığını, %5,4'ü (n=2) almadığını, kontrol grubunun %83,8'i (n=31) bilgi aldığını, %16,2'si (n=6) almadığını ifade etmişlerdir. Bilgi alma yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2= 2,242$ , p=0,261) (Tablo 3). Deney grubundaki bireylerin %89,2'si (n= 33) alınan

bilginin yeterli olduğunu, %10,8'i (n=4) yetersiz olduğunu, kontrol grubunun %67,6'sı (n=25) alınan bilginin yeterli, %32,4'ü ise (n=12) yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir ( $\chi^2= 5,103$ ,  $p=0,024$ ). İki grup arasında alınan bilgilerin yeterliliğini değerlendirme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Deney grubundaki bireyler nakil öncesinde verilen bilgiyi daha yeterli bulmaktadır (Tablo3). Nakil öncesi bilgi alma kaynaklarına bakıldığında, deney grubunun %67,6'sı (n=25) sağlık profesyonellerinden, %10,8'i (n=4) nakil olan diğer hastalardan, %8,1'i (n=3) kitap, internet ve dergilerden bilgi aldıklarını, %13,5'i (n=5) ise herhangi bir bilgilerinin olmadığını belirtirken, kontrol grubunun %5,5'i (n=2) sağlık profesyonellerinden, %43,2'si (n=16) nakil olan diğer hastalardan, %27'si (n=10) kitap, internet ve dergilerden bilgi aldıklarını belirtirken, %24,3'ü (n=9) herhangi bir bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir ( $\chi^2= 31,705$ ,  $p=0,000$ ) Gruplar arasında bilgi alma kaynakları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Deney grubundaki bireyler bilgi kaynağı olarak sağlık profesyonellerinden yararlandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3). Bireylerin nakil öncesi ölçüklere ilişkin değerlendirilmeleri özellikle kadavra nakillerinin sürecinin hızlı olması nedeniyle gerçekleştirilememiştir. Ancak ülkemizdeki ameliyat öncesi hazırlık sürecinde Hastane-Yataklı Kurumlar Yönetmeliğine göre<sup>33</sup> hastalar konsültasyonlarda psikolojik açıdan da değerlendirilerek depresyon veya panik düzeyinde kaygı olması durumunda ameliyata alınmamaktadır. Bundan yola çıkarak deney ve kontrol grubundaki bireylerin preop dönemde patolojik düzeyde kaygı ve depresyonlarının olmadığını belirtebiliriz.

**Tablo 3. Böbrek Nakli Olan Bireylerin Nakil Öncesinde Bilgi Alma Durumları (n=37)**

Nakil Öncesi Bilgi Alma Durumları	Deney Grubu (n=37)		Kontrol Grubu (n=37)		* $\chi^2$	p
	n	(%)	n	(%)		
<b>Bilgi alma</b>						
Evet	35	94,6	31	83,8	$\chi^2=2,242$	
Hayır	2	5,4	6	16,2	$p=0,261$	
<b>Alınan bilgiyi değerlendirme</b>						
Yeterli	33	89,2	25	67,6	$\chi^2=5,103$	
Yetersiz	4	10,8	12	32,4	$p=0,024$	
<b>Bilgi alma kaynakları</b>						
Sağlık profesyonelleri	25	67,6	2	5,5		
Nakil olan hastalar	4	10,8	16	43,2	$\chi^2=31,705$	
Kitap/dergi /internet	3	8,1	10	27,0	$p=0,000$	
Bilgi almama	5	13,5	9	24,3		

\* Ki-kare Testi

#### **Nakil Olan Bireylerin Danışmanlık Sonrası Ölçüklere İlişkin Bulguları**

Tablo 4'te nakil olan bireylerin deney grubuna verilen danışmanlık sürecinin tamamlandığı 3 ve 6. aydaki BDE puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Deney grubunun BDE puan ortalamalarının 3. ay  $10,918\pm7,03$  ve 6. ay  $9,81\pm5,23$  olduğu, kontrol grubunun puan ortalamalarının 3. ay  $14,78\pm9,01$  ve 6. ay  $16,18\pm8,04$  olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun 3 ve 6. ayda BDE'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmuştur (3.ay;  $t=2,05$ ,  $p=0,044$  ve 6. ay;  $t=4,04$ ,  $p=0,000$ ). Kontrol grubunda BDE puan ortalamalarının 3 ve 6. ayda deney grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4. Nakil Olan Bireylerin Beck Depresyon Envanteri (BDE) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=37)**

BDE Puan Ortalamaları	Mean		Sd		t**	P
	Deney*	Kontrol*	Deney	Kontrol		
3. ay	10,91	14,78	7,03	9,01	2,05	<b>0,044</b>
6. ay	9,81	16,18	5,23	8,04	4,04	<b>0,000</b>

Tablo 5'de deney ve kontrol grubunun danışmanlık sonrası 3 ve 6. aydaki Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Grupların Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları arasında 3 ve 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (3. ay;  $t=6,11$ ,  $p=0,000$  ve 6. ay;  $t=9,29$ ,  $p=0,000$ ). Kontrol grubunun Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamalarının deney grubundan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun 3 ve 6. aydaki Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (3. ay;  $t=3,69$ ,  $p=0,000$  ve 6. ay;  $t=6,70$ ,  $p=0,000$ ). Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamalarının kontrol grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 5. Nakil Olan Bireylerin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=37)**

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamaları		Grup	Mean	Sd	t	p
3.ay	Durumluk	Deney	33,72	8,00	3,69	<b>0,000</b>
		Kontrol	40,21	7,08		
6. ay	Sürekli	Deney	31,86	9,15	6,11	<b>0,000</b>
		Kontrol	43,83	7,61		
	Durumluk	Deney	29,89	7,56	6,70	<b>0,000</b>
		Kontrol	42,02	8,00		
Sürekli	Deney	27,97	7,22	9,29	<b>0,000</b>	
	Kontrol	44,56	8,10			

BDE'den aldıkları puan ortalamasının danışmanlık sonrası 6. ayda 3. aya oranla azaldığı ( 3.ay;  $10,91\pm7,03$ , 6. ay;  $9,81\pm5,23$ ) ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (3-6ay;  $p=0,100$ ) saptanmıştır. Kontrol grubunun BDE'den aldıkları puanın 3. ve 6. ayda arttığı (3.ay;  $14,78\pm9,01$ , 6. ay;  $16,18\pm8,04$ ); bu artışlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu (3-6ay;  $p=0,011$ ) belirlenmiştir.

## Tartışma

Böbrek nakli olan bireylere verilen danışmanlık hizmetinin nakil sonrası 3 ve 6. aydaki durumluk-sürekli kaygı ve depresyon düzeylerine etkilerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

### ***Böbrek Nakli Olan Bireylerin Depresyon Düzeyi ile İlgili Bulgularının Tartışılması***

Bu bölümde, danışmanlık vermenin böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası depresyon düzeyine etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Deney grubuna verilen danışmanlık hizmeti sonrası 3. ayda hafif düzeyde depresif belirtiler görülmekle birlikte, kontrol grubunda BDE puan ortalamalarının artmaya devam ettiği ve deney grubunun BDE puan ortalamalarının kontrol grubuna oranla anlamlı biçimde düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Bulgular birlikte değerlendirildiğinde; danışmanlık hizmeti vermenin depresyondan tamamen koruyamasa da tedavi gerektirecek düzeye ulaşmamasına katkı sağladığı düşünülebilir. Denhaerynck ve ark<sup>34</sup>, böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası ilerleyen dönemlerde immünosupresif kullanımının yan etkilerine bağlı olarak depresyon yaşayabildiklerini bunu önlemek için nakil öncesinden itibaren sağlık profesyonelinin destek almaları gerektiğini belirtmişlerdir. Crone ve Wise'nin<sup>35</sup> böbrek nakli sonrası erken dönemde, hastalarda immünosupresif kullanımı ve böbrek reddi olasılığı nedeniyle depresyon görülebildiğini belirtmiştir. Arapaslan ve ark<sup>36</sup> yapmış oldukları bir çalışmada, böbrek nakli olan bireylerde %50 oranında ruhsal bozukluk görüldüğünü, bunların %25'inin majör depresyon olduğunu belirtmişlerdir. Sağduyu ve ark<sup>37</sup>, böbrek nakli olan bireylerin %36,7'sinin depresyon deneyimlediğini saptamıştır. Benzer olarak; Fraizer et al<sup>38</sup> böbrek nakli olan bireylerde depresyon görülebileceğini ve bu durumun profesyonel destekle çözümlenebileceğini bildirmişlerdir. Bu çalışmaların ortak noktaları; böbrek nakli sonrası yeni yaşamına uyumda hastanın immünosupresif ilaç tedavilerine, beslenme, uyku, cinsel yaşam ve diğer günlük yaşam aktivitelerine uyum sağlamaya çabalama ve enfeksiyon riski gibi durumlardan korunma ile mücadele etme gibi durumlarda bocalayarak depresif duygu durumu deneyimlemeleridir. Bu çalışmanın sonuçları da destekler niteliktedir. Özellikle nakil sonrası yeni yaşamına uyum sürecinde danışmanlık alabilen deney grubundaki bireylerin depresif duygu durumunu hafif düzeyde yaşamışlardır. Oysa kontrol grubunda giderek artan depresyon düzeyi mevcuttur.

Donald ve Kornfeld<sup>11</sup>, transplant ekibinin, nakil sonrası gelişen depresyon, kaygı ve uyum bozukluğu gibi ruhsal sorunları önlemek için, bireyin nakil öncesi psikososyal açıdan değerlendirilmesi ve nakil sonrası sürece yönelik olası riskler hakkında bilgilendirilmesinin gerekli olduğunu vurgulamıştır. Sağduyu ve Özel<sup>39</sup>, böbrek nakli adaylarını inceledikleri çalışmalarında; nakil adaylarının %13,8'inin depresyon ve %6,7'sinin kaygı bozukluğu gibi ruhsal sorunlar yaşayabildiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmalar ve çalışmanın erken dönemde danışmanlığın depresyondan korunmada yeterince etkili olmadığına ilişkin bulguları dikkate alındığında, nakil öncesi olabildiğinde erken dönemde nakil adaylarına danışmanlık hizmetinin verilmesi gerektiği düşünülebilir. Hastaların tedavi, diyet ve yeni yaşamına olan motivasyonu düzenli olarak danışmanlık alması ile sağlanabilir<sup>40</sup>. Organ Nakli Merkezlerinde yalnızca danışmanlık hizmeti verebilecek birimlerin olması ve düzenli olarak danışmanlık alabileceği bir sağlık profesyonelinin varlığı hastanın psikolojik olarak rahatlamasını sağlayabilir ve depresyonu deneyimlemesinin önüne geçebilir.

Nakil olan bireylerin 6. aydaki BDE puan ortalamalarına bakıldığında, kontrol grubunun anlamlı farkla daha yüksek puan aldığı ancak 17 puanın üzerine çıkmadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Literatürdeki bazı çalışmalar, böbrek nakli olan bireylerin, nakil sonrası geç dönemde depresyon bulguları gösterebileceğini belirtmiştir.<sup>36,41</sup> Hastaların BDE puan ortalamaları 3 ve 6. aylarda karşılaştırıldığında; 6. ayda deney grubundaki hastaların depresyon puan ortalamaları Beck ve

ark.nun<sup>30</sup> "hafif depresyon" kabul ettiği 10 puanın altına düşerken, kontrol grubundaki hastaların depresyon puan ortalamaları 3. aya göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkla yükselmiş ve tedavi gerektiren depresyon düzeyi olarak kabul edilen 17'yeyaklaşmıştır. Bu bulgu verilen danışmanlık hizmetinin hastaların depresyon belirtilerinin azalmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

#### ***Böbrek Nakli Olan Bireylerin Durumluk ve Sürekli Kaygı ile İlgili Bulgularının Tartışılması***

Bu bölümde, danışmanlık vermenin böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası durumluk-sürekli kaygı düzeylerine etkisine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamalarına bakıldığında, 3. ayda deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 5). Bulgu, rutin sağlık kontrolleri öncesinde kontrol grubundaki bireylerin kaygı düzeylerinde artış olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki bireylerin sosyal yaşama uyum, spor, beslenme, cinsel yaşam ve benzeri konulara ilişkin danışmanlık almasının, nakil sonrası ilerleyen dönemlerde kaygı düzeylerinin azalmasına katkıda bulunduğu düşünülebilir. Fukunishi ve ark.nun<sup>42</sup> böbrek nakli olan bireylerle yaptıkları çalışmada, nakil sonrası erken dönemde, hastaların organ reddi olasılığı ve yoğun immüno-supresif ilaç kullanımının yol açtığı yan etkiler nedeniyle kaygı düzeylerinin yükselebileceğini belirtilmiştir. Baines, Joseph ve Jindal'ın<sup>43</sup>, böbrek nakli olan bireylerle yaptıkları çalışmada, hastaların üçte ikisinden fazlasında nakil sonrası erken dönemde, organ reddi olasılığı nedeniyle kaygı geliştiğini saptamışlardır.

Kleinknecht, Neuhaus ve Landolt<sup>44</sup>, böbrek nakli olan bireylerin nakil sonrası sürece ilişkin kaygı yaşayabileceğini, bu durumla başetmek için hemşirelerin hastalığa ilişkin bilgi verme, sosyal desteklerden yararlanma konusunda destekleme ve tedaviye uyum konularında eğitim vermelerinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Çalışma bulgusu literatürle uyumluluk göstermektedir.

Sürekli kaygı düzeyi 3. ayda değerlendirildiğinde; kontrol grubunun kaygı düzeyinin deney grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Deney grubuna verilen danışmanlığın nakil sonrası süreçte karşılaşılabilecek olası sorunları ve başetmeyi kapsadığı düşünüldüğünde bulgunun beklenen bir durum olduğu söylenebilir. Ratcliffe ve ark<sup>12</sup>, hastaların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin nakil sürecinde yükselmesinin olası bir durum olduğunu, bu durumu önlemek için bireylerin nakil sürecine ilişkin bilgilendirilmelerinin, kaygı ile başetmeleri konusunda destekleyici hemşirelik müdahalelerinde bulunulmasının gerekli olduğunu vurgulamışlardır. Araştırmada kaygı düzeyi düşük olarak belirlenen deney grubundaki bireylere danışmanlık hizmeti kapsamında uygulanan kaygı ile baş etmelerini destekleyici müdahalelerin etkili olduğu düşünülebilir.

Deney ve kontrol grubunun 6. aydaki sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir. Kontrol grubunun, sürekli kaygı puan ortalaması deney grubuna göre yüksektir. Ayrıca deney grubunun sürekli kaygı puan ortalamasının giderek azaldığı ve 6. ayda en düşük seviyeye indiği belirlenmiştir (Tablo 5). Böbrek nakli olan hastaların nakil süreci boyunca sağlık profesyoneli tarafından verilen danışmanlık hizmetinden yararlanmalarının sürekli kaygı düzeylerinin azalmasını desteklediği söylenebilir. Durumluk Kaygı Envanteri puan ortalamaları 6. ayda değerlendirildiğinde, deney grubunun durumluk kaygı envanteri puan ortalaması istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Tablo5). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri puan ortalamaları 6 aylık süreç içinde karşılaştırıldığında, kontrol grubunun 6. aydaki sürekli kaygı puan ortalamaları 3. aya göre istatistiksel olarak anlamlı farkla yükselmiştir (Tablo 5). Bulgular, danışmanlık hizmeti alan hastaların genel kaygı düzeylerinin giderek azaldığını ve danışmanlık



hizmeti almayan kontrol grubunun genel kaygı düzeylerinin giderek arttığını göstermektedir. Kontrol grubunda 6.ayda 3 aya göre kaygı düzeyinin artması; organ nakli merkezlerinde bireyin nakil sonrası süreçte polikliniklerde belirlenen randevularla kontrole gelmesi, herhangi bir danışmanlık hizmeti almaması ve nakil sonrası süreç ilerledikçe sağlık kontrollerinin giderek seyrekleşmesi ile açıklanabilir. Arapoğlu ve ark.nın<sup>44</sup> böbrek nakilleri sonrasında ilerleyen aylarda kaygı düzeyinin arttığını saptayan araştırmalar mevcuttur. Kontrol grubunun kaygı düzeyinin zamanla artmasının bir diğer nedeni; organ nakillerinde nakilin başarısından söz edilebilmesi için nakil sonrası özellikle ilk 1 yıl böbrek fonksiyonlarının korunmasının önemli olması<sup>45,46</sup> ve bu bilginin hasta ile polikliniklerde paylaşılması olabilir.

### **Sonuç**

Çalışma sonucunda; deney grubundaki hastaların depresif belirtilerinin uzun dönemde azaldığı, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir. Verilen danışmanlık hizmetinin böbrek nakli olan bireyin kaygı düzeyinin düşmesini sağladığı, depresyon gelişimini tam olarak önleyemese de azalttığı saptanmıştır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

1. Organ nakli merkezlerinde psikiyatri hemşirelerinin de yer aldığı nakil ekiplerinin oluşturularak yaygınlaştırılması,
2. Ameliyat öncesi, böbrek nakli adaylarının sürece ilişkin danışmanlık almalarını sağlayacak programlar geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve bu uygulamaların süreklilik kazanması,
3. Ameliyat öncesi daha erken dönemde başlayan ve daha büyük örnekleme kapsayan ve daha uzun süreli danışmanlık programlarının yürütülebileceği çok merkezli çalışmalar yapılması,
4. Danışmanlık hizmetinin diğer ruhsal problemlere etkilerinin değerlendirilmesi,
5. Nakil öncesi depresif duygu durumu içerisinde olan ve kaygı düzeyi yüksek böbrek hastalarının belirlenerek, nakil süreci boyunca daha yakın takip edilmelerinin sağlanması önerilebilir.

### **Yazarların Katkıları**

**Çalışma tasarımı:** GE

**Veri toplama ve analizi:** GE

**Makalenin hazırlanması:** GE

### **Kaynaklar**

1. Cass A, Cunningham J, Snelling P, Wang Z, Hoy W. Renal transplantation for Indigenous Australians: Identifying the barriers to equitable Access. *Ethn Health* 2003; 8(2): 111-119.
2. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Kronik böbrek yetmezliğinin psikiyatrik ve psikososyal yönleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2003; 14(1): 72-80.
3. Achille MA, Ouelette A, Fournier S, Josee Hebert M, Girardin C, Paquet M. Impact of transplant-related stressors and feelings of indebtedness on psychosocial adjustment following kidney transplantation. *J Clin Psychol in Med Settings* 2004; 11(1): 63-73.
4. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D. Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arş* 2008; 45: 78-84.
5. Ereğ E, Serdengeçti K, Süleymanlar G, Altıparmak AR, Seyahi N. Türkiye’de nefroloji-diyaliz ve transplantasyon. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları, Metris Matbaacılık, İstanbul* 2009; s: 1-85.
6. Mei SF, Krol B, Son WJ, Jong PE, Groothoff JW, Heuvel WJA. Social participation and employment status after kidney transplantation: A systematic review. *Qual Life Res* 2006; 15: 979-994

7. Bennett PN, Hany A. Barriers to kidney transplants in Indonesia: a literature review. *Int Nurs Rev* 2009; 56: 41-49.
8. Neyhart CD. Patient questions about transplantation: A resource guide. *Nephrol Nurs J* 2009; 36(3): 279-285.
9. Güler Ö, Yüksel Ş, Acartürk G, Emül HM, Özbulut Ö, Çölbay M, Geçici Ö. Hemodiyaliz tedavisi alan son dönem böbrek yetmezliği hastalarında psikososyal değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2007; 8(3), 173-178.
10. Messias E, Skotzko CE. Psychiatric assesment in transplantation. *Rev Saude Publica* 2000; 34(4): 415-420.
11. Donald S, Kornfeld MD. Consultation-Liaison Psychiatry: contributions to medical practice. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1964-1972.
12. Ratcliffe J, Longworth L, Young T, Bryan S, Burroughs A, Buxton M. Assessing health-related quality of life pre- and post-liver transplantation: A prospective multicenter study. *Liver Transpl Surg* 2002; 8(3): 263-270.
13. Levenson JL, Olbrisch ME. Psychosocial evaluation of organ transplant candidates: a comparative survey of process, criteria and outcomes in heart, liver and kidney transplantation. *Psychosomatics* 1993; 34: 314-323.
14. Bonner A, Walker A. Nephrology nursing: blurring the boundaries: the reality of expert practice. *J Clin Nurs* 2004; 13: 210-218.
15. McPake D, Burnapp L. Caring for patients after kidney transplantation. *Nurs Stand* 2009; 23(19): 49-57.
16. Schardin KE. Scope of practice for nephrology nursing. *Am Nephrol Nurse' Ass J* 1995; 22, 413-415.
17. Larsen D, Edey W, Lemay L. Understanding the role of hope in counselling: Exploring the intentional uses of hope. *Counsell Psychol Q* 2007; 20(4): 401-416.
18. Varcarolis EM. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, W.B. Saunders Company, 7th ed, USA, 2004; p:11-13,18.
19. Videbeck SL. Psychiatric Mental Health Nursing, Lippincott Williams&Wilkins, 1st ed, Philadelphia 2001; 9-10, 53-54.
20. Shives LR, Isaacs A. Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing. (Eds): M Zuccarini, L Popeck, D Schiff, 5th ed, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia 2002; p. 37-47.
21. Birol L. Hemşirelik Süreci (Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım), Etki Matbaacılık, 8.Baskı, İzmir, 2007; 62-63.
22. Elliott R, Larson K. Legal nurse consultant: A role for nephrology nurses. *Nephrol Nurs J* 2010; 37(3): 297-300.
23. Talas MS, Bayraktar N. Kidney transplantation: determination of the problems encountered by Turkish patients and their knowledge and practices on healthy living. *J Clin Nurs* 2004; 13: 580-588
24. Üstündağ H, Gül A, Zengin N, Aydın M. Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi. *Fırat Sag Hizm Derg* 2007; 2(6): 117-126.
25. Türk Nefroloji Derneği. 2008-2011 Dönemi Faaliyet Raporu, Erişim adresi: [http://www.tsn.org.tr/folders/file/turk\\_nefroloji\\_dernegi\\_faaliyet\\_raporu\\_son\\_sekli\\_30\\_kasim2011.pdf](http://www.tsn.org.tr/folders/file/turk_nefroloji_dernegi_faaliyet_raporu_son_sekli_30_kasim2011.pdf) (Ulaşım tarihi: 03.03.2017).
26. Hatipoğlu S, Karayurt Ö, Ordin YS, & İşeri ÖP. Türkiye'de organ nakli hemşireliğinin, dünü, bugünü ve yarını. *F N Hem Derg* 2017; 25(1), 49-58.
27. Koçak, H. Posttransplant erken dönem medikal komplikasyonlar. *Transplantasyon Nefrolojisi*, Editör Prof.Dr.Aydın Türkmen, Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara 2016, 59-64..
28. Spielberg CD. Manual for state-trait anxiety inventory. Consulting Psychologists Press, California 1970; 1-20.
29. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul 1998; 1-26.
30. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 53-63.
31. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Derg* 1988; 6(22): 118-122.
32. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenilirliği. *Psikoloji Derg* 1989; 7(23): 3-13.
33. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, G. S. S. İ. (2008). Resmi. Gazete'de Yayımlandığı Tarih, (26981).Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/14724.pdf> Erişim tarihi: 15.10.2017
34. Denhaeryncka K, Steigerb J, Bockc A, Schafer-Kellera P, Oferc SK, Thannbergerb N, De Geest S. Prevalence and risk factors of non-adherence with immunosuppressive medication in kidney transplant patients. *AJT* 2007; 7: 108-116.
35. Crone CC, Wise T. Psychiatric aspects of transplantation III: Postoperative issues, *Crit Care Nurs* 1999; 19(4): 28
36. Arapaslan B, Soykan A, Soykan C, Kumbasar H. Cross-sectional assessment of psychiatric disorders in renal transplantation patients in Turkey: A preliminary study. *Transplant Proc* 2004; 36: 1419-1421
37. Sağduyu A, Şentürk Sezer S, Emiroğlu R, Özel S. Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Derg* 2006; 17(1): 22-31.
38. Fraizer PA, Davis SH, Dahl KE. Stressors, social support, and adjustment in kidney transplant patients and their spouses. *Soc Work Health Care*1995; 21(2): 93-108.
39. Sağduyu A, Özel S. Böbrek nakli adaylarında ruhsal sorunlar ve yeti yitimi, *Türk Psikiyatri Derg* 2000; 11(2): 103-112.
40. Cukor, D. Adherence in Kidney Transplant Recipients. *American Journal of Nephrology*, 2017; 45(1), 89-90.
41. Sensky T. Psychiatric morbidity in renal transplantation. *Psychother Psychosom* 2009; 52: 41-46.
42. Fukunishi I. Anxiety associated with kidney transplantation. *Psychopathology* 1997; 26: 24-28.
43. Baines LS, Joseph JT, Jindal RM. Emotional issues after kidney transplantation: A prospective psychotherapeutic study. *Clin Transpl* 2002; 16(6): 455- 460.
44. Kleinknecht M, Neuhaus TJ, Gehring TM, & Landolt MA. Renal transplanted adolescents' perception of the relationship to the interdisciplinary health care team. *Pflege* 2009; 22(4), 287-296.
45. Arapaslan, B., Soykan, A., Soykan, C., & Kumbasar, H. Cross-sectional assessment of psychiatric disorders in renal transplantation patients in Turkey: a preliminary study. In *Transplantation proceedings*, 2004; 36(5), 1419-1421.

46. Hariharan, S., McBride, M. A., Cherikh, W. S., Tolleris, C. B., Bresnahan, B. A., & Johnson, C. P. Post-transplant renal function in the first year predicts long-term kidney transplant survival. *Kidney international*, 2002; 62(1), 311-318.

