

Eşler arası renal transplantasyonda hemşirelik bakımı: olgu sunumu

Berrin Pazar (*), Ayla Yava (**), Hatice Genç (***)

ÖZET

Renal transplantasyon, son dönem böbrek yetmezliği hastalarının yaşam kalitesinde önemli olumlu değişiklikler sağlayan en seçkin tedavi yöntemidir. Transplantasyon hastaları, geçirdiği ameliyat ve ortam nedeniyle birçok strese maruz kalır. Böbrek alıcıları rejeksiyon gelişmesi riski ve vericinin durumu hakkında endişe yaşarlar. İyi iletişim kurulan, cerrahi öncesinde bilgi verilen ve gereksinimleri karşılanan hastaların kendi bakımlarına katılma ve taburculuk sonrasında bakımlarını yönetme konusunda istekli olduğu saptanmıştır. Bu olgu sunumu, bir üniversite hastanesinde yatan, eşinden renal transplantasyon yapılan alıcının ve vericinin bakımına yönelik geliştirilen hemşirelik bakım planı uygulamalarını ve değerlendirilmesini içermektedir. Olgu sunumundaki amacımız; böbrek transplantasyonunda alıcı ve vericiye ait standart bakım planı hazırlamak, hasta için verilecek bakımın kalitesini arttırmak ve hemşire için de sistematik yaklaşımı sağlayarak harcanan iş yükü ve zamanı azaltmaktır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik bakımı, renal transplantasyon

ABSTRACT

Nursing care for renal transplantation between mates: case presentation

Kidney transplantation is one of the best treatment methods for significantly improving the quality of life for patients suffering from kidney disease. Transplantation patients expose to many stress because of operation and hospital environment. Patients who had kidney transplantation, concern about emerging of rejection risk and health status of donor. It was determined that patients with whom had good communication, given information before the surgery and care needs fulfilled, were willing to participate in their care and care management after discharging. This case presentation includes implementations and evaluations of a nursing care plan which improved for caring for a patient who had kidney transplantation from his wife/husband and being hospitalized at a university hospital. Our case presentation aims to prepare standard care plan for donor and recipient, to increase patient care quality and, to reduce the nurse's work load with the systematic approach.

Key words: Nursing care, kidney transplantation

Giriş

Böbreğin görevlerini dönüşümsüz bir şekilde yitirmesi ile ortaya çıkan hastalık tablosuna son dönem böbrek yetmezliği ya da üremi denir. Bu tabloda kanda üre ve kreatin gibi maddeler yükselir. Hastalarda hipertansiyon, anemi, yorgunluk, kemik ağrıları, ödem, kilo artışı gibi semptomlar ortaya çıkar (1,2). Transplantasyon, son dönem böbrek yetmezliğinin (SDBY) tedavisinde en seçkin tedavi yöntemi olup, hastaların yaşam kalitesini ve süresini artırmayı hedeflemektedir (3). Transplantasyon başarısındaki en önemli faktörlerden birisi, alıcının verici dokusuna karşı immün cevabıdır (4,5). Alıcı ve verici arasındaki doku uyumsuzluğu, rejeksiyon riskini artırmaktadır (2,6). Rejeksiyon, plazma kreatinin konsantrasyonunun yükselmesi, proteinüri ve hipertansiyonun ortaya çıkması ile seyreden, greft fonksiyonlarının giderek bozulması ile kendini gösteren bir komplikasyondur (7,8). Rejeksiyon, enfeksiyon belirtilerinin ve yaşam bulgularının takibi, sıvı elektrolit dengesinin takibi, immünsüpresif tedavinin uygulanması ve etkilerinin izlenmesinde, psikolojik destek sağlamada, hasta ve ailesinin perioperatif eğitiminde hemşirenin önemli görevleri vardır (9-11). Bu olgu sunumunda eşler arası gerçekleştirilen renal transplantasyona yönelik geliştirilen planlı hemşirelik uygulamalarının aşamaları ve sonuçları tartışılmıştır. Bakım planı kullanmak; bakımın niteliğini yükseltme, bireyin sağlık düzeyini koruma ve yükseltme, hemşirenin karar verme (otonomi) yeteneğini geliştirme, hemşirelik bakımında bağımsız işlevleri artırma ve mesleklerde gerekli olan sistematik yaklaşım ölçütünü geçerli kılmayı (bilimsel yaklaşım) sağlar. Tüm bunların yanı sıra hemşirelik bakım planının kullanılması hemşirelerin sağlıklı/hasta bireye, bireysel ve bütüncül bir çerçevede bakım vermelerini

* GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Bilim Dalı

** Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Gaziantep

***GATF Nefroloji Anabilim Dalı

Bu olgu 17. Ulusal Cerrahi Kongresinde (Ankara, 26-29 Mayıs 2010) e-poster olarak sunulmuştur

Aynı basım isteği: Berrin Pazar, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Bilim Dalı, Etlik-06018, Ankara

E-posta: berrin.pazar34@gmail.com

Makalenin geliş tarihi: 03.06.2010 • Kabul tarihi: 02.03.2011 • Çevrim içi basım tarihi: 27.06.2013

sağlarken, kendi bilimsel bilgilerini artırma, uygulamalarını geliştirme ve diğer sağlık disiplinleri ile arasındaki iletişim ve işbirliğini artırma ile yasal ve etik dokümanlara ulaşmasında da rehberlik edebilir. Böylelikle hemşireler bakım planı kullanarak bu alandaki maliyetin, harcanan zaman ve işgücünü azaltmasına da katkı sağlayabilirler (12). Bu olgu sunumunda yer alan bakım planı alıcı ve verici için ayrı ayrı hazırlanmış hemşirelik problemleri, uygulamalar ve belirlenen hedeflere ulaşılma durumu açısından her gün yeniden değerlendirilmiştir. Bakım planı hemşirelik tanısı, hedefler, girişimler ve değerlendirme kısımlarını içermektedir. Hastada mevcut olan hemşirelik problemleri ve gelişebilecek olan olası komplikasyonlar ele alınmış, bunlara yönelik hedefler ve girişimler belirlenmiş, değerlendirme kısmında da girişimlerin sonuçları değerlendirilmiştir. Belirlenen hemşirelik problemi devam ediyorsa aynı problem tekrar ele alınmıştır. Alıcıya yönelik bakım planı on, vericiye yönelik bakım planı ise yedi hemşirelik tanısından oluşmuştur.

Olgu Sunumu

Alıcı: Şubat 1996 tarihinde, primeri bilinmeyen böbrek yetmezliği tanısı konulan 1969 doğumlu erkek hasta H.Y.'nin son dönem böbrek yetmezliğinde olduğu kabul edilmiş ve Mart 1997 tarihinde renal transplantasyon (annesinden alınan böbrek ile) operasyonu uygulanmıştır. 2007'de hastanın üç aylık kontrolleri sırasında kreatinin değerinin yüksek olması nedeniyle yapılan tetkikler sonucu kronik rejeksiyon geliştiği tespit edilmiş ve hastaya tekrar böbrek transplantasyonu gerektiği söylenmiştir. Eşi G.Y. transplantasyona uygun olması durumunda böbreğini eşine verebileceğini ifade edince; G.Y. ile H.Y.'nin yapılan doku uygunluk testleri sonucunda renal transplantasyon için immunolojik açıdan sakınca olmadığı saptanmıştır. Ameliyat öncesi dönemde H.Y.'nin kan grubu, doku grubu, kan testleri (rutin, tam kan, sedimentasyon, aPTT-Parsiyel Tromboplastin Zamanı /PTZ-Protrombin Zamanı), TİT (Tam İdrar Tahlili), hepatit belirteçleri, C3, C4, 24 saatlik idrar proteini, idrar miktarı, idrar kültürü, idrarda AARB (Aside Alkole Rezistan Basil), CRP (C-Reaktif Protein), TORCHES (Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes simplex, Syphilis), abdominal USG, renal sintigrafi, iliak pelvik doppler US, soğuk aglütinasyon gibi laboratuvar tetkikleri yapılmıştır. Ayrıca kardiyoloji, diş, sosyal

hizmet, psikiyatri, immunoloji konsültasyonları tamamlanmıştır. Kan basıncı, nabız, boy ve kilo ölçümü yapılarak kayıt edilmiştir.

Verici: 1972 doğumlu bayan hasta G.Y.'nin ameliyat öncesi dönemde kan grubu, doku grubu, kan testleri (rutin, tam kan, sedimentasyon, aPTT/PTZ), TİT, kanama zamanı, pıhtılaşma zamanı, periferik yayma, hepatit belirteçleri, 24 saatlik idrar proteini, idrar miktarı, kreatinin klirensi, idrar kültürü, idrarda AARB, CRP, soğuk aglütinasyon, anti nükleer antikor (ANA), C3, C4, CMV IgG, IgM, TORCHES, TELE-Akciğer grafi, EKG, abdominal ultrasonografi, tomografi, renal anjiyografi, renal sintigrafi gibi tetkik işlemleri tamamlanmıştır. Ayrıca sosyal hizmet, psikiyatri, immünoloji, kadın hastalıkları ve doğum konsültasyonları da yapılmıştır. Kan basıncı, nabız, boy ve kilo ölçümü yapılarak kayıt edilmiştir.

Ameliyattan önceki gün hazırlığı: Klinik protokolüne uygun olarak H.Y. ve eşi G.Y. ameliyattan bir gün önce hastaneye yatırıldı. H.Y. kreatininin yüksek olması nedeniyle hemodiyalize alındı. Ameliyattan önceki gece cilt hazırlığı yapılarak hastanın fistülü rejeksiyon gelişmesi durumunda hemodiyalize devam edilmesi gerekebileceği düşünülerek korundu, bağırsak hazırlığı yapıldı. Hastanın sakin ve rahat bir gece geçirebilmesi için istemde yer alan sedatif etkili ilaç (Xanax® 0.5 mg) oral olarak 1 tb. verildi. Hastanın 21:00'den sonra oral alımı durduruldu. Ameliyat öncesi tekrar kilosu ölçüldü ve kayıt edildi. H.Y.'nin ameliyat öncesi immünsüpresif ilaç protokolüne uygun olarak ilaçlarını alması sağlandı. G.Y.'ye istemde yer alan 3000cc mayı verildi (IV olarak ameliyattan önceki gece başlanarak ameliyathaneye gitme zamanına kadar devam edildi), bağırsak hazırlığı yapıldı, Hastanın sakin ve rahat bir gece geçirebilmesi için istemde yer alan sedatif etkili ilaç (Xanax® 0.5 mg) oral olarak 1 tb. verildi. Hastanın 21:00'den sonra oral alımı durduruldu. Ameliyat öncesi tekrar kilosu ölçüldü ve kayıt edildi. Alıcı ve verici ile etkili iletişim yöntemleri kullanılarak bilgi ve eğitim verildi. Bu amaçla hemşire tarafından alıcı ve verici bir arada olacak şekilde hasta odasında görüşme düzenlendi. Her iki hastaya da ameliyat süreci ve ameliyat sonrası dönem hakkında bilgi verildi. Bilgi kapsamında ameliyathaneye nasıl gönderileceği, anestezi şekli, ameliyattaki pozisyonu, ameliyattan çıkınca nereye alınacağı, ameliyat sonrası vücudunda

ameliyatla ilgili nelerin bulunacağı (pansumanlar, kateterler vs), ameliyat sonrası pozisyonu (sırtüstü), ameliyat sürecinde diğer aile üyelerinin nerede bulunabileceği ve ameliyat sonrası genel bakım ilkeleri konuları yer aldı. Her iki hastanın ameliyata ilişkin soruları değerlendirilerek uygun cevaplar verildi. Hastalar ameliyatla ilgili duygularını ifade etmeleri konusunda cesaretlendirildi. Derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretildi ve uygulandı. Ameliyat öncesi gece yeterli ve rahat uyuyabilmeleri için sessiz ve uygun bir ortam sağlandı.

Ameliyat günü, alıcı ve verici bir saat arayla ameliyata alındı. Alıcı altı saat ameliyathanede, 35dk. uyandırma ünitesinde verici ise üç saat ameliyathanede, 30dk. uyandırma ünitesinde kalmıştır. Alıcı ve verici genel anestezi ile ameliyat olmuş, ameliyat esnasında ve uyanma ünitesinde komplikasyon gelişmemiştir. Ameliyat esnasında genel anestezi protokolüne göre Diprivan®, Sevoflurane®, Norcuran® kullanılmıştır (Bilgi ameliyat notundan alınmıştır). Alıcının uyandırma ünitesindeki kan basıncı: 165/85-150/85mmHg aralığında, nabızı: 100-95/dk. aralığında iken vericinin uyandırma ünitesindeki kan basıncı: 100/70-90-65mmHg aralığında, nabızı: 98-90/dk. aralığındadır.

Tartışma

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı uyandırma ünitesinden Nefroloji Anabilim Dalı transplantasyon ünitesine alınan alıcı ve verici için geliştirilen planının ameliyat sonrası bakım planı bölümü uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Bakım planı ortak tanı (sağlık bakım ekibi tarafından değerlendirilmesi gereken), hemşirelik tanısı (mevcut ve olası problemler) şeklinde oluşturulmuştur.

Ameliyat sonrası dönemde hemşirelik bakım planı uygulamaları ve değerlendirme ortak tanı ve hemşirelik tanıları; mevcut ve olası problemler:

1. *Rejeksiyon riski (ortak tanı/olası problem)*: Rejeksiyon organ transplantasyonunu olumsuz yönde etkileyen, sınırlayıcı bir faktördür (1,13).

- Hiperakut rejeksiyon (HAR): Transplantasyondan sonraki dakikalar içinde ya da ilk 2-3 gün içerisinde görülür (1,2,10).

- Akut sellüler rejeksiyon (ASR): Transplantasyondan 5 gün veya daha sonrasında görülebilir, ilk 3 ay içinde oluşma olasılığı daha yüksektir (1,2,13).

- Kronik rejeksiyon: Bu durum yavaşça ilerleyen

greft yıkımı, fibroz ve arterioskleroz nedeniyle oluşur ve etiyojisi bilinmemektedir (2,10,13).

Bizim olgumuz (alıcı) rejeksiyon belirtileri açısından takip edilmiş ve klinik protokolüne uygun immunsupresif tedavi uygulanmıştır. Alıcıya taburcu olduktan sonra karşılaşılabileceği rejeksiyon belirtileri (kilo artışı, idrar miktarında ani azalma, ameliyat yerinde hassasiyet ve ağrı olması, ateş) öğretilmiş ve bu belirtileri gözlediğinde derhal sağlık kurumuna başvurması gerektiği söylenmiştir. Alıcıda transplantasyon ünitesinden taburcu olana kadar geçen sürede (on gün) HAR ve ASR belirtileri gözlenmemiştir.

2. *Ameliyat sonrası dönemde ağrı (mevcut problem)*: Renal transplantasyon sonrasında alıcı ve vericide cerrahi yaraya, foley kateterin tıkanmasına bağlı mesane distansiyonu ve abdominal distansiyon sonucu ağrı gelişebilir (9,14).

Bizim olgumuzda alıcı ve vericide postoperatif 1. günde sayısal ağrı ölçeği (0-10) ile ağrı saptanan ağrı yoğunluğu alıcıda 8, vericide ise 9'du. İstemde yer alan analjezikler (Dolantin®, Morfin 10 mg) IV olarak uygulandı. Ağrıyı azaltmada ilaç dışı yöntemler de kullanıldı (yatak istirahati, uygun pozisyon verme, gürültüden uzak, sakin bir ortam hazırlama). Alıcıda ağrı ikinci gün kontrol altına alınmıştır (ağrı skoru 3). Daha sonraki günlerde sayısal ağrı ölçeği ile ağrısı kontrolü sürdürülmüştür. Vericide ise ağrı daha uzun sürmüş olup (abdominal distansiyona, gaz çıkışı olmamasına ve konstipasyona bağlı olarak) analjezik (Dolantin®), Metsil Fort® 80 mg, Magnesie Calcine® toz, lavman uygulanmış ve hasta mobilize edilmiştir. Vericinin ağrısı üçüncü gün kontrol altına alınmıştır (ağrı skoru 3).

3. *Sıvı elektrolit dengesizliği/sıvı yüklenmesi/sıvı eksikliği riski (olası problem)*: Alıcıda ve vericide poliüri, dehidratasyon, hipokalemi, konjestif kalp yetmezliği, pulmoner ödem, hiperkalemi, hiperglisemi, hemoraji, böbrek transportunun uzun olması nedeniyle akut tübüler nekroz, rejeksiyon ve cerrahi insizyon alanında kanamaya bağlı sıvı elektrolit dengesizliği gelişebilir (9,14).

Bizim olgumuzdaki alıcının postoperatif birinci gün takibinde kan basıncı: 130/70mmHg, nabız: 80/dk., vücut ısısı: 36,4°C, kilo: 67,5kg, aldığı: 9300cc (%0.9 serum fizyolojik), çıkardığı: 7.180cc idrar+ 245cc drenaj, vericinin ise postoperatif birinci gün takibinde kan basıncı: 130/60mmHg, nabız: 92, vücut ısısı: 37,8°C, kilo: 48,8kg, aldığı: 1.750cc (%0.9

serum fizyolojik), çıkardığı: 2.570cc idrar+ 95cc drenaj olarak kayıt edilmiştir. Alıcının diğer günlerde yapılan takiplerde yaşam bulgularının normal sınırlar içerisinde olduğu vericinin ise vücut ısısı dışında yaşam bulgularının normal sınırlar içerisinde olduğu saptanmıştır.

4. *İmmünsüpresyona, insizyona ve drenlere bağlı enfeksiyon gelişme riski (olası problem):* Böbrek transplantlı hastalar, kullanılan immunsupresif ilaçlar nedeniyle normalde bağışıklığı güçlü bireylerde ağır hastalık oluşturmeyen çeşitli viral, fungal ve diğer fırsatçı enfeksiyonlara daha yatkındır (1,14).

Bizim olgumuzda alıcı enfeksiyon belirtileri açısından gözlenmiş ve transplantasyon ünitesinden taburcu olana kadar geçen sürede enfeksiyon belirtileri gözlenmemiştir. Bunun yanı sıra alıcıya immunsupresif tedavinin yan etkileri, enfeksiyon belirtileri öğretilmiştir. Vericide ikinci ve üçüncü gün vücut ısısı yüksek (37.8°C) seyrettiğinden enfeksiyon gelişme riskine karşı istemde yer alan profilaktik antibiyotik (Cipro®) ve ateş düşürücü (Parol® tb.) başlanmıştır. Üçüncü günden sonra vücut ısısının düşmesi (36.5°C) nedeniyle tedavi sonlandırılmıştır. Diğer günlerde vücut ısısında yükselme gözlenmemiştir.

5.a. *Solunum depresyonu (morfin kullanımına bağlı) gelişme riski (olası problem):* Solunum merkezi morfin tarafından inhibe edilir. Morfin solunumun hem hızını hem de derinliğini azaltır (15).

Olgumuza SC Morfin® uygulanmasından sonra 90dk. solunum depresyon belirtileri açısından 10 dakika aralıklarla takip edilmiştir. Solunumun derinliği, hızı ve ritmi değerlendirilmiştir (solunum sayısı 19).

5.b. *Solunum sistemi enfeksiyonu (İmmunsupresif kullanımına bağlı) gelişme riski (olası problem):* Böbrek nakli sonrasında kullanılan immünsüpresif tedaviye bağlı olarak çok basit sayılabilecek bir üst solunum yolu enfeksiyonu çok ciddi problemlere neden olabilmektedir (16).

Olgumuza derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılmıştır (postoperatif birinci gün anestezinin etkisi nedeniyle egzersizler yaptırılmamış, ikinci gün itibariyle egzersizlere başlanmıştır). Aldığı/çıkardığı izlemi yapılarak yeterli hidrasyonu sağlanmıştır. Hastanın yanında aynı anda bir kişiden fazla ziyaretçi bulunmaması ve ziyaretçilerin de maske kullanması sağlanmıştır. Alıcıda solunum depresyonu, solunum sistemi enfeksiyonu belirtileri (vücut ısısında artış,

öksürük, solunum seslerinde değişme) gözlenmemiştir.

6.a. *Alıcıda foley kateter obstrüksiyonu, anastomoz alanından sızıntıya bağlı üriner retansiyon riski, foley kateter çekilmesinden sonra üriner retansiyon gelişme riski (olası problem):* Alıcıda foley kateter bulunduğu sürece idrarın rengi, kokusu, miktarı, tortu olup olmadığı, kateter tıkanıklığı ya da anastomoz hattından kaçığa bağlı abdominal ya da mesane distansiyonu olup olmadığı değerlendirilmiştir. Aldığı çıkardığı idrar miktarı takip edilmiştir (veriler 3.hemşirelik tanısında yer almıştır). Suprapubik bölge mesane globu açısından gözlenmiştir. Alıcıda üriner retansiyon belirtileri gözlenmemiştir.

6.b. *Vericinin pelvik ameliyat geçirme ve anesteziye bağlı idrar retansiyonu gelişmesi (mevcut problem):* Vericinin idrar yapmasını kolaylaştırmak amacıyla oral olarak sıvı alması sağlanmış, tuvalette iken su sesi dinletilmiş, perine bölgesine ılık su dökülmüştür. Uygulanan hemşirelik girişimlerine rağmen idrar çıkışı olmayınca isteme göre nelaton sondayla idrar boşaltılmıştır (900cc). Daha sonrasında hasta idrarını tuvalette yapabildiğini bildirmiştir.

7. *Kan transfüzyonu komplikasyonları gelişme riski (olası problem):* Kan transfüzyonu öncesinde, sırasında ve sonrasında birçok komplikasyon (yanlış kan transfüzyonu, alerjik reaksiyonlar, pirojen reaksiyonlar, bakteriyel sepsis, hava embolisi, tromboflebit, dolaşım yüklenmesi) meydana gelebilmektedir (17).

Alıcı transfüzyon sırasında komplikasyonlar açısından takip edilmiş, komplikasyon gelişmediği tespit edilmiştir.

8. *Alıcıda operasyon sonrası rejeksiyon yaşayıp yaşamayacağını beklemeye bağlı anksiyete (olası problem):* Transplantasyon sonrası rejeksiyon yaşayıp yaşamayacağını beklemek alıcılar için anksiyete nedenidir. Alıcının transplantasyonla ilgili umudu ne kadar fazlaysa anksiyetesinin de o kadar belirgin olduğu saptanmıştır (10,11,18).

Bizim olgumuzdaki alıcının anksiyete durumu gözlenmiş duygularını ifade etmesine olanak sağlanmış, rejeksiyon hakkında bilgi verilmiş (rejeksiyon belirtileri ve önlemede kullanılan immün supresif ilaçların etkisi ve kullanımında dikkat edilmesi gerekenler) ve anksiyetenin gelişmediği saptanmıştır.

9. *Vericide operasyon sonrası dönemde depresyon, incinme ve öfke duyguları gelişme riski (olası problem):* Vericinin kendini feda etme duygu ve motivasyonu

transplantasyon kararı almasının, operasyon sonrasında, depresyon, incinme ve öfkeye yol açtığı bildirilmiştir (10,18).

Bizim olgumuzdaki vericinin, preoperatif dönemde organ reddi olasılığı hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadığı, transplantasyonla ilgili beklentilerinin gerçekçi olup olmadığı, üzerinde herhangi bir baskı unsuru bulunup bulunmadığı, karar verme yetisi, aile dinamikleri ve transplantasyon sonrası alıcı-verici ilişkisinin zedeleneyeceğine işaret eden belirtiler (sözel ifadeleri, davranışları) gözden geçirilmiş, konuya ilişkin duygularını ifade etmesine olanak sağlanmıştır. Postoperatif dönemde de transplantasyona dair düşünceleri hakkında konuşulmuş ve gözlenmiştir. Vericinin depresyon, incinme ve öfke duygularına ilişkin ifadelerde bulunmadığı ve davranışlarında da bu yönde bir tutum olmadığı değerlendirilmiştir.

10. Yaşam boyu sürecek olan immunsupresif tedavisiyle ilgili bilgi gereksinimi (mevcut problem): Alıcı Mart 1997 tarihinde renal transplantasyon ameliyatı olduğu için yaşam boyu tedavisiyle ilgili görüşülerek neler bildiği saptanmıştır. Hasta eğitimin tekrar edilmesine ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Bunun üzerine ameliyat sonrası dönemde kullanılan ilaçlar, yan etkileri ve uygun kullanım prosedürleri, enfeksiyon belirtileri, enfeksiyonlardan korunmada ilk üç aylık dönemde kalabalık ortamlarda bulunmaması evde toprak, canlı bitki bulundurulmaması, altı hafta süreyle çalışmaya başlamaması hakkında konuşularak eksik bilgileri tamamlanmıştır.

11. Taburculuk eğitimi: Hasta eğitimi hastanın öz bakım sorumluluğunu üstlenmesini sağlayan ve hasta bireyin yaşam kalitesini arttıran önemli bir süreçtir (1,10,11).

Bizim olgumuzda alıcıya verilen taburculuk eğitiminde şu bilgiler yer almıştır. Rejeksiyon belirtileri öğretilmiş, düzenli egzersiz programı önerilmiştir. Doktoruna danışmadan ilaç kullanmaması gerektiği (özellikle Non steroidal antienflamatuar ilaçlar, Gentamisin vs.), herhangi bir nedenle hastaneye gittiğinde transplantasyon hastası olduğunu sağlık personeline söylemesi tekrarlanmıştır. İshal, bulantı, kusma, ateşli hastalık halinde hemen sağlık kuruluşuna başvurması, herhangi bir sağlık probleminde arayacağı numaralarla ilgili bilgi verilerek bir hafta sonra kontrole gelmesi söylenmiştir. Diyetisyenle görüşülerek taburculuk sonrası diyetiyle ilgili dikkat etmesi gerekenler hususunda bilgi alması sağlanmıştır. Daha önceki transplantasyonda olduğu gibi her gün aynı saatte ve koşulda tartılarak kilosunu,

tahmini olarak aldığı ve çıkardığı sıvı miktarını kayıt etmesi ve kontrollere geldiğinde yazdığı değerleri yanında getirmesi tekrar hatırlatılmıştır. Kan basıncını ve ateşini ölçerek nabzını sayması istenerek işlemleri doğru olarak yaptığı gözlemlenmiştir. Güneş ışınlarından kaçınması tekrar anlatılmıştır. Altı aylık periyodlarla göz ve diş muayenesi yaptırması gerektiği tekrar hatırlatılmıştır. Alıcının eksik bilgileri tamamlanmıştır.

Vericiye verilen taburculuk eğitiminde ise ameliyattan altı hafta süreyle beş kilodan ağır eşya kaldırmaması gerektiği, diyetle posalı gıdalar alması, bol su içmesi ve hareket etmesi gerektiği, 38°C'nin üzerinde ateş, ameliyat yerinde ağrı, kızarıklık, akıntı, idrar yaparken yanma veya ağrı olduğu takdirde doktora başvurması gerektiği, taburculuktan sonra 7-14.gün sonra dikişlerin alınması ve genel kontrol için hastaneye gelmesi ve dokuz haftadan sonra egzersize başlaması gerektiği anlatılmıştır.

Sonuç olarak, uygulanan bakım planı sonrasında alıcıda komplikasyon gelişmediği, vericide ise postoperatif dönemde enfeksiyon belirtileri başladığı, enfeksiyon belirtilerine karşı uygun hemşirelik girişimleri ve uygulamalarıyla enfeksiyon gelişiminin kontrol altına alındığı, eşler arası iletişimin iyi olduğu ve sağlık personeli ile iletişimde problem yaşamadıkları saptanmıştır. Transplantasyon alıcı ve verici için önemli bir süreçtir. Hemşirenin bu süreçte planlı bakım vermesi gelişebilecek komplikasyonların azaltılmasında etkin bir role sahiptir. Bu olguda renal transplantasyon için geliştirilen bakım planı kullanılarak hasta takibi yapılmıştır. Geliştirilen bakım planı hemşirelik uygulamalarında rehber olmuştur. Hastanın yazılı takibi, hemşirelik bakımının etkinliği ve hastalardaki değişikliklerin gözlenmesi açısından planlı hemşirelik uygulamalarının yararlı olduğu saptanmış olup kullanımı önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Talas S. Böbrek Transplantasyonu olan hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi, Doktora Tezi, Ankara, 2002.
2. Kalble T, Alcaraz A, Budde K, et all. Böbrek Transplantasyon Kılavuzu. <http://www.uroweb.org/gls/pockets/turkish/Renal%20Transplantation.pdf> (Son Erişim Tarihi: 08.10.2009).
3. Erdil F, Elbaş NÖ. Böbrek transplantasyonu. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 4. baskı. Ankara: Tasarım Ofset, 2001: 422-428.
4. Tayyareci G, Tayyareci A. Transplantasyon Cerrahisi. Genel Cerrahi. 1inci baskı. İstanbul: Nobel Matbaacılık, 2005: 368-373.

5. Andrews PA. Renal Transplantation. British Medical Journal 2002; 2: 530-534.
6. Sağıroğlu T, Yıldırım M, Meydan B, Çobanoğlu M. Böbrek transplantasyonu hastalarının retrospektif analizi. Dicle Tıp Dergisi 2009; 36(2): 75-79.
7. Doğukan A, Tokgöz B, Oymak O ve ark. Böbrek transplantasyonu uygulanan olgular: 5 yıllık sonuçların analizi. Erciyes Tıp Dergisi 2003; 25 (2): 86-91.
8. Barry MJ, Jordan ML, Conlin MJ. Renal Transplantation. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan DE, Wein AJ (eds). Campbell's urology. 7th. ed. Vol 1, 2002; 14: 505-529.
9. Talas MS. Böbrek Transplantasyonu. In: Akbayrak N, Erkal-İlhan S, Ançel G, Albayrak SA (eds). Hemşirelik Bakım Planları. 1. baskı. Ankara: Birlik Matbaası, 2007: 1035-1046.
10. Köşgeroğlu N, İlhan H. Transplantasyonda Hasta Eğitimini Önemi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2000; 3(2): 25-27.
11. Talas S. Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgileri. Hemşirelik Forumu Dergisi 2002; 5(6): 48-50.
12. Daş Z. Vaka Yönetimi ve Bakım Protokolü. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 3(2): 11-17.
13. Seyhun Y. Transplantasyon İmmünolojisi ve Doku Laboratuvarı. In: Titiz İ (ed.). Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım. 2. baskı. İstanbul: Dilek Ofset, 2004: 25-33.
14. Hoşçoşkun C. Böbrek Transplantasyonu. Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, 4-8 Eylül 2007, Gaziantep. Kongre Özet Kitabı, 171-174.
15. Arıcıoğlu F. Opioid analjezikler. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Farmakoloji ABD. <http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciodasiyayinlari/aneljezikle/5.pdf> (Son Erişim Tarihi: 10.10.2009).
16. Yörük Ö, Keleş M, Uyanık A ve ark. Böbrek Nakli Olan Hastalarda Kulak Burun Boğaz Bulguları. Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi 2007; 39(1): 8-10.
17. Ördekçi S. Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu. Bakırköy Tıp Dergisi 2006; 2: 113-122.
18. Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L. Böbrek Transplantasyonu ve Psikiyatri. Klinik Psikiyatri 2003; 6: 225-234.