



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BÖBREK TRANSPLANTASYONU SONRASI
HASTALARDA SEMPTOM OLUŞMA VE RAHATSIZLIK
DURUMU, YAŞAM KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Durdu OK

**Ocak 2023
DENİZLİ**

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BÖBREK TRANSPLANTASYONU SONRASI HASTALARDA
SEMPTOM OLUŞMA VE RAHATSIZLIK DURUMU, YAŞAM
KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Durdu OK

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ayla YAVUZ KARAMANOĞLU

DENİZLİ, 2023

Bu tezin araştırılması, tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi ve sonuçlarının analizinde bilimsel etik ve akademik kurallara uyulduğunu, çalışma bulguları, verileri ve materyallerinin yazımında bilimsel etik kuralları doğrultusunda kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan her çalışmaya atıf yapıldığını beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Durdu OK

İmza :

ÖZET

BÖBREK TRANSPLANTASYONU SONRASI HASTALARDA SEMPTOM OLUŞMA VE RAHATSIZLIK DURUMU, YAŞAM KALİTESİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Durdu OK
Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Esasları AD
Tez Yöneticisi: Dr. Öğr. Üyesi Ayla YAVUZ KARAMANOĞLU

Ocak 2023, 107 sayfa

Bu araştırma böbrek transplantasyonu sonrası hastalarda semptom oluşma ve rahatsızlık durumu, yaşam kalitesi ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışma, Nefroloji Polikliniğinde yürütülmüş, verileri Mart 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini böbrek nakli uygulanan 170 hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri Sosyodemografik ve Klinik Bilgiler Formu, Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği^{TR} (MTSORD-58^{TR}) ve Kısa Form – SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde Anova testi, t-testi, ridit analizi, regresyon analizi, lineer regresyon analizi, korelasyon analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 45,92±13,40 yıl olup, %37,1'inin nakil sonrası geçen süresinin 1-5 yıl, %74,7'sinin canlı vericiden nakil olduğu ve %82,4'ünün üçlü immunosupresif ilaç kullandığı belirlenmiştir. Hastaların MTSORD-58^{TR} Ölçeğinin Semptom Oluşma puan ortalamaları (41,60±21,46) ve Semptom Rahatsızlık puan ortalamaları (37,69±23,80) bulunmuştur. Hastaların nakil sonrası immunosupresif kullanımı ile semptom oluşma ve rahatsızlık toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p<0.05). Hastalarda semptom oluşma durumu en fazla yorgunluk, saçlarda incelme/dökülme, kaslarda güçsüzlük, mide yanması ve ağrı; rahatsızlık olarak ise kaslarda güçsüzlük, cinsel organ etrafında yara/siğil, eklemlerde ağrı, yorgunluk ve yüzde/sırtta leke görülmektedir. Hastalara üçlü immunosupresif tedavi uygulanması ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Emosyonel rol kısıtlılığı alt boyutu toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p<0.05). Hastaların Semptom Oluşma ve Rahatsızlık puanlarındaki artış yaşam kalitelerini olumsuz olarak etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Transplantasyonu, İmmunosupresif Tedavi, Yaşam Kalitesi, MTSORD-58^{TR}, Semptom, Rahatsızlık

ABSTRACT

SYMPTOMS FORMATION AND DISCOMFORT, QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN PATIENTS AFTER RENAL TRANSPLANTATION

OK, Durdu

M.Sc. Thesis in Nursing

Supervisor: Assistant Professor Ayla YAVUZ KARAMANOĞLU (RN, PhD)

January 2023, 107 Pages

This study was conducted to determine symptom formation and discomfort, quality of life and related factors in patients after kidney transplantation. It is a descriptive and cross-sectional study. The study was carried out in the Nephrology Outpatient Clinic and the data were collected between March 2021 and February 2022. The sample of the study consisted of 170 patients who underwent kidney transplantation. Research data were collected with the Sociodemographic and Clinical Information Form, the Modified Post-Transplantation Symptom Occurrence and Discomfort 58 Item ScaleTR (MTSORD-58TR), and the Short Form – SF 36 Quality of Life Scale. Anova test, t-test, ridit analysis, regression analysis, linear regression analysis, correlation analysis and Pearson correlation analysis were used in the analysis of the data. The mean age of the patients participating in the study was 45.92 ± 13.40 years, 37.1% of them had 1 to 5 years after transplantation, 74.7% of them were transplanted from a living donor and 82.4% of them used triple immunosuppressive drugs. The mean Symptom Occurrence score of the MTSORD-58TR scale (41.60 ± 21.46) and Symptom Discomfort mean score (37.69 ± 23.80) of the patients were found. Statistically significant differences were found between patients' post-transplant immunosuppressive use and Symptom Occurrence and Discomfort total scores ($p < 0.05$). The most common symptoms in patients are fatigue, hair thinning/shedding, muscle weakness, heartburn and pain; as discomfort, weakness in the muscles, wounds / warts around the genitals, pain in the joints, fatigue and spots on the face and on the back are seen. Statistically significant differences were found between the triple immunosuppressive treatment and the emotional role sub-dimension total scores of the quality of life scale ($p < 0.05$). The increase in the symptom occurrence and discomfort scores of the patients negatively affects their quality of life.

Keywords: Kidney Transplantation, Immunosuppressive Therapy, Quality of Life, MTSORD-58TR, Symptom, Discomfort

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecim boyunca akademik gelişimime yardımcı olan, destek ve deneyimlerini esirgemeyen, bana yol gösteren başta çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayla Yavuz Karamanoğlu'na ve saygıdeğer hocalarıma,

Çalışma alanımı aile sıcaklığına dönüştüren, her zaman bana yol gösteren, yardımcı olan ve tüm bitmek bilmeyen sorularıma cevap verip akademik olarak ilerleme katkı sağlayan, projelerimi destekleyen Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nın çok kıymetli üyelerine,

Tez jürimde bulunan, destek, ilgi, alaka ve tecrübeleriyle beni yalnız bırakmayan sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye ARSLAN'a ve bu çalışmada bize yol gösteren sayın Doç. Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN'e,

Veri toplama sürecinde bana destek olan nefroloji polikliniğini sekreterine ve çalışmaya katılan hastalara,

Yaşamım boyunca maddi manevi tüm desteğini, sevgisini ve güvenini her daim yanımda hissettiğim, beni ben yapan değerleri sağlayan annem Ummahan OK'a, babam Musa OK'a ve kardeşlerim Fatma-Yağmur-İrmak OK'a,

Çalışma hayatımda bu yol için her türlü kolaylığı sağlayan değerli meslektaşım, sorumlum, ablam Rabia ÜSTÜN'e

Bu stresli süreci benimle birlikte yaşayan, ilgi ve alakalarını her zaman hissettiğim, her türlü halime katlanan başta Nur YARŞI ve Emine TEKİN olmak üzere tüm dostlarıma teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
2. KURUMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	3
2.1. Türkiye’de Organ Nakline Yönelik Yasal Düzenlemeler.....	4
2.2. Organ Nakline Yönelik Politikalar	6
2.3. Böbrek Transplantasyonu Epidemiyolojisi	6
2.4. Böbrek Nakli Endikasyonları	7
2.5. Böbrek Naklinin Kontrendike Olduğu Durumlar	7
2.6. Canlıdan Organ Transplantasyonu.....	8
2.7. Organ Naklinde Etik	8
2.8. Organ Naklinde Ekip	8
2.9. Organ Naklinde İmmünolojik Uygulamalar	9
2.10. Böbrek Transplantasyonunda Ameliyat Öncesi Fizyolojik Hazırlık.....	9
2.11. Böbrek Transplantasyonunda Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlık	11
2.12. Böbrek Transplantasyonunda Ameliyat Sırasında Bakım	12
2.13. Böbrek Transplantasyonunda Ameliyat Sonrası Erken Dönem Bakım	12
2.14. Böbrek Transplantasyonunda Ameliyat Sonrası Geç Dönem Bakım	14
2.15. İmmünsupresif Tedavi.....	15
2.15.1. Böbrek Naklinde Kullanılan Yeni İmmünosupresif İlaçlar	18
2.16. İmmünosupresif Tedaviye Bağlı Ortaya Çıkan Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı	18
2.16.1. Metabolik Sendrom.....	20
2.16.2. Enfeksiyon.....	22
2.16.3. Nörolojik Bozukluklar	25
2.16.4. İmmünosupresif Tedaviye Uyumsuzluk	26
2.16.5. Cinsel Sorunlar	28
2.17. Nakil Olan Hastalara Psikososyal Yaklaşım	30

2.18. Böbrek Nakli Hastasının Bakım Yönetimi	31
2.19. Nakil Olan Hastalarda Taburculuk Eğitimi	31
2.20. Yaşam Kalitesi	34
2.21. Araştırma Soruları.....	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Tipi.....	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	38
3.5. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	38
3.6. Veri Toplama Yöntemi.....	38
3.7. Veri Toplama Araçları	39
3.7.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgiler Formu (Ek 1).....	39
3.7.2. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği ^{TR} (MTSORD-58 ^{TR}) (Ek 2).....	40
3.7.3. Kısa Form - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36/SF 36)	42
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	42
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	43
3.10. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	43
3.11. Süre ve Olanaklar	44
4. BULGULAR	45
5. TARTIŞMA.....	84
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	94
6.1. Sonuçlar.....	94
6.2. Öneriler	96
7. KAYNAKLAR	97
8. ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
9. EKLER	
Ek 1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgiler Formu	
Ek 2. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği ^{TR} (MTSORD-58 ^{TR})	
Ek 3. Kısa Form - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36/SF 36)	
Ek 4. Etik Kurul İzni	
Ek 5. Kurum İzni	
Ek 6-7. Ölçek Kullanım İzinleri	
Ek 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu	

TABLOLAR VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Tablo 2.1 Kalsinörin İnhibitörleri (CNI'ler): Takrolimus (Panalimus, Prograf, Advagraf)/ Siklosporin A(CsA) (Sandium, Gengraf, Neoral).....	16
Tablo 2.2 Pürin Sentez İntihitörleri: Azatioprin/ Mikofenolat Mofetil (Imuran/ Cellcept, Mofecept).....	17
Tablo 2.3 Glukokortikoidler: Prednizolon / Metilprednizol (Prednol /Deltacortil).....	17
Tablo 2.4 mTOR (Mammalian Target Of Rapamycin) İnhibitörleri Sirolimus/ Evirolimus.....	17
Tablo 2.5 Diğer İmmunosupresif Ajanlar.....	18
Tablo 2.6 Böbrek naklinde kullanılan yeni immünosupresif ilaçlar.....	19
Tablo 2.7 Obezite, NODAT, dislipidemi ve HT'nin hemşirelik bakımı.....	21
Tablo 2.8 CNI'lerin merkezi ve periferik sinir sistemine etkileri.....	25
Tablo 4.1 Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	45
Tablo 4.2 Hastaların kliniğe ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	47
Tablo 4.3 Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği ^{TR} (MTSORD-58 ^{TR}) semptom puanlarının dağılımı.....	48
Tablo 4.4 Hastaların sosyodemografik özelliklerinin MTSORD-58 ^{TR} semptom Oluşturma ve Rahatsızlık Durumu puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.5 Hastaların klinik özelliklerine göre MTSORD-58 ^{TR} semptom oluşturma ve rahatsızlık durumu puan ortalamalarının karşılaştırılması	52
Tablo 4.6 MTSORD-58 ^{TR} üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi	56
Tablo 4.7 Hastaların SF-36 (Kısa Form) Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı.....	62
Tablo 4.8 Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.9 Hastaların kliniğe ilişkin özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması	66
Tablo 4.10 Yaşam kalitesi üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi.....	70
Tablo 4.11 MTSORD-58 ^{TR} semptom ve yaşam kalitesi puanları arasında korelasyon analizi.....	73
Tablo 4.12 Semptom oluşmasının yaşam kalitesi üzerine etkisi.....	75
Tablo 4.13 Semptom varlığı alt boyutlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi.....	77
Tablo 4.14 Semptom rahatsızlığının yaşam kalitesi üzerine etkisi.....	79

Tablo 4. 15 Semptom rahatsızlığı alt boyutlarının Yaşam Kalitesi üzerine etkisi.....	81
Tablo 4. 16 Yaş, BKİ, ameliyat sonrası geçen süre, nakil sonrası immunosupresif kullanım süresi, MTSORD-58 ^{TR} semptom ve yaşam kalitesi arasında korelasyon analizi.....	83
Şekil 2.1 Börek Anatomisi.....	3
Şekil 2.2 Nefron Anatomisi.....	3
Şekil 2.3 Böbrek transplantasyonu ameliyatı öncesinde uygulanması gereken testler ve taramalar.....	10
Şekil 2.4 Kalsinörin inhibitörlerine (CNI'lere) bağlı önerilen nöral toksisite mekanizmaları.....	25
Şekil 3.1 Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	44
Şekil 4.1 Semptomların, Semptom Oluşma alt boyutu ridit değerlerinin dağılımı.....	60
Şekil 4.2 Semptomların, Semptom Rahatsızlık alt boyutu ridit değerlerinin dağılımı.....	61

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÇT	Aldığı Çıkardığı Takibi
ATG	Antitimosit Globulin
BAASIS	Bağışıklık Baskılayıcı İlaçlara Uyumlu Temel Değerlendirme Ölçeği
BKİ	Beden Kütle İndeksi
CDC	Kompleman Bağımlı Sitotoksiste
CMV	Sitomegalo Virüs
CNI	Kalsinörin İnhibitörü
CROSS MATCH-XM	Pretransplant çapraz reaksiyon testleri
CsA	Sikloporin A
DM	Diabetes Mellitus
DSA	Donöre Spesifik Antikor
DVT	Derin Ven Trombozu
E.coli	Escherichia Coli
EBV	Epstein-Barr Virüs
ED	Eretil Disfonksiyon
EKG	Elektrokaryografi
EKMUD	Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği
Ex	Exitus
GBS	Guillain-Barre Sendromu
GİS	Gastrointestinal Sistem
GFR	Glomerüler Filtrasyon Hızı
GKS	Gaskow Koma Skalası
HAV	Hepatit A Virüsü
HBV	Hepatit B Virüsü
HCV	Hepatit C Virüsü
HIV	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
HgbA1C	Glikozillenmiş Hemoglobin
HLA	İnsan Lökosit Antijeni
HQoL	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
HSV	Herpes Simpleks Virüsü
HT	Hipertansiyon
INR	International Normalized Ratio
IV	İntravenöz
İİP	İlaca bağlı problem
İT	İmmünesupresif Tedavi
İYE	İdrar Yolu Enfeksiyonu
JAK	Janus Kinaz
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
MetS	Metabolik Sendrom
MG	Myastenia Gravis
MHC	Doku Uyumluluk Kompleks Molekülü
MPA	Mikofenolik Asit
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
mTOR	Mammalian Target Of Rapamycin
MTSORD-58	Modifiye Trasplantasyon Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu-58

NODAT.....	Nakil Sonrası Gelişen Diyabet
PAÜ.....	Pamukkale Üniversitesi
PCR.....	Polimeraz Zincir Reaksiyonu
PML.....	Lökoensefalopati
PRA.....	Panel Reaktif Antikorları
PRES.....	Posterior Tersinir Ensefalopati Sendromu
PROMIS.....	Hasta Tarafından Raporlanan Sonuçlar Ölçümü Bilgi Sistemi
PT.....	Protrombin Zaman
PTDM.....	Trasnplantasyon Sonrası Diabetes Mellitus
PTLD.....	Malignite Lenfoproliferatif Bozukluklar
PTT.....	Parsiyel Tromboplastin Zaman
QOL.....	Yaşam Kalitelesi
RRT.....	Renal Replasman Tedavisi
SAB.....	Donör Spesifik Antikor Tanımlama
SDBY.....	Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SYBD.....	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SLE.....	Sistemik Lupus Eritematozus
SYBD.....	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
TAC.....	Takrolimus
ÜSE.....	Üriner Sistem Enfeksiyonu
VDRL.....	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Araştırma Testi
VZV.....	Varisella Zoster Virüsü

1. GİRİŞ

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), hastanın fiziksel fonksiyonunu ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta mortalite ve morbidite oranını arttırmaktadır (Akyol Güner vd 2018, Bektaş Akpınar vd 2019). KBY'nin tedavi yöntemlerinden en iyi tedavi yöntemi böbrek transplantasyonudur. Böbrek transplantasyonu, başarılı bir şekilde uygulandığında diyalize göre daha az morbidite ve uzun sağkalım (mortalite) sunmaktadır (Kovacs vd 2011 Akyol Güner vd 2018, Bektaş Akpınar vd 2019, Pehlivan vd 2020, Ören ve Sucu Dağ 2020, Karadeniz vd 2020, Akıncı ve Özbaş 2021). Ayrıca böbrek nakli, tedavi bakım maliyetlerinin düşmesine, hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmesine, yaşam kalitesinin ve doyumunun artmasına olanak sağlamaktadır (Özdemir Köken ve Sezer 2018, Sevinç vd 2019).

Transplantasyon sonrası hastalar sürekli immün sistemi baskılayan ilaçlara maruz kalmaktadırlar. Hastalarda ilaçlara bağlı semptom ve rahatsızlıklar görülmekte ve bunlar hastaların günlük yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (Kovacs vd 2011, Akyol Güner vd 2018, Pehlivan vd 2020, Ören ve Sucu Dağ 2020, Karadeniz vd 2020, Akıncı ve Özbaş 2021). Nakil sonrasında hastalar psikolojik, fiziksel ve sosyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar (Faravelli vd 2021). Hastalar kullanılan immünosupresif ilaçlara (İT) bağlı olarak enfeksiyona ve nörotoksik etkilere açık hale gelmektedirler. Ayrıca nakil sonrası hastalarda hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet gibi ek hastalıklar gelişebilmektedir (Özdemir Köken ve Sezer 2018, Jenssen ve Hartmann 2019, Faravelli vd 2021). Nefrotoksisite, elektrolit dengesizliği, yara iyileşmesinde gecikme, pnömoni, anemi, trombositopeni, lökopeni, yorgunluk, osteoporoz, üst gastrointestinal sistem (GİS) problemleri, diyare, cilt problemleri, kaşıntı, cilt kanserlerinde artma, duygu durum ve davranışlarda değişiklikler İT kullanımına bağlı gelişebilen diğer yan etkilerdir (Özdemir Köken ve Sezer 2018). Ayrıca yaşanan bu semptom ve rahatsızlıkların süreklilik göstermesi, rejeksiyon riski ile karşı karşıya kalmaları, özel hasta grubu içerisinde yer almaları, bakım desteğine ihtiyaç duymaları hastaların psikolojilerini olumsuz olarak etkilemektedir. Bu nedenle endişe ve kaygıları artmakta depresyon gibi

psikiyatrik problemlerle karşı karşıya kalabilmektedirler (Battaglia vd 2021). Nakil sonrası kullanılan immünosupresif ilaçların yan etkisi, anksiyete, yorgunluk vb. durumlar hastaların aile ilişkilerini, yaşam biçimlerini dolayısıyla da yaşam kalitelerini etkilemektedir (Kovacs vd 2011, Akyol Güner vd 2018). IT kullanımının hastaların yaşam kalitesini azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Pehlivan vd 2020, Kim ve Jang 2020). İT kullanımına bağlı gelişebilecek olası yan etkileri azaltmak için hastalar yaşantılarını düzenlemek durumunda kalmaktadırlar. Hastalar yaşamları süresince düzenli olarak sağlık kontrollerini yaptırmaya, enfeksiyon kontrol önlemleri almaya, egzersiz yapmaya ve tedavi sürecine uygun beslenmeye özen göstermek durumundadırlar (Doğan ve Dönmez 2019).

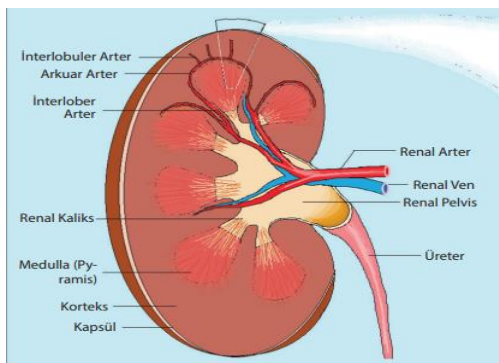
Böbrek transplantasyonu sonrası semptom oluşma ve rahatsızlık durumunun hastaların yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi literatüre katkı sağlayacak oldukça önemli bir konudur.

1.1. Araştırmanın Amacı

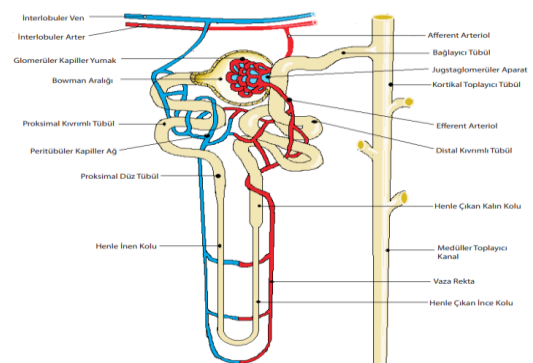
Bu araştırma, böbrek transplantasyonu sonrası semptom oluşma ve rahatsızlık durumunun hastaların yaşam kalitesine etkisini ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. KURUMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

Böbrekler, çift olup, retroperitoneal bölgede ve torakal 12 ve lomber 4 vertebralar hizasında yer alan, yaklaşık 11-13 cm. uzunluğunda ve 150 gr. ağırlığında olan organlardır (Altunören vd 2017, Koçaşlı 2018). Sağ böbrek diyafragmanın hemen altında karaciğerin arkasında, sol böbrek ise diyafragmanın altında dalağın arkasında bulunur (Özbaş ve Çavdar 2017, Koçaşlı 2018). Böbrekler dıştan içe korteks, medulla ve pelvis bölümlerinden oluşmaktadır. Korteks, piramitleri örten, onların arasına uzanarak renal kolonları oluşturan, fibröz kapsülün altında yer alan bölümdür. Medulla, çizgili görünümülü olup 8-18 adet piramitten oluşmaktadır. Piramitlerin tepeleri böbreğin iç yüzündeki alana (renal pelvis) doğru uzanır ve buna papilla denir. Taban kısmı ise kortekse dönüktür (Şekil1). Böbreğin fonksiyonlarını nefronlar görür ve her bir böbrekte bir milyondan fazla bulunurlar (Erdil ve Özhan Elbaş 2016, Altunören vd 2017). Her nefron Bowman kapsülü, glomeruler yumak, proksimal ve distal tüp, henle kulpu ve toplayıcı kanallardan oluşmaktadır (Şekil 2). İdrar oluşumundan sorumlu olan nefronlarda filtrasyon, reabsorbsiyon ve sekresyon olmak üzere üç süreç yaşanmaktadır (Erdil ve Özhan Elbaş 2016).



Şekil 2.1 Böbrek Anatomisi (Altunören vd 2017).



Şekil 2.2 Nefron Anatomisi (Altunören vd 2017).

Böbrek, birçok işlevi olan karmaşık bir organdır. Vücuttaki tuz, su, asit dengesini ve metabolizma atıklarının vücuttan uzaklaştırılmasını sağlar. Ayrıca birçok prostaglandin ve hormonun sentez ve salınmasından da böbrekler sorumludurlar (Ülger Öztürk ve Nergiz-Unal 2018). Böbreğin görevini yerine getiremediği durumda yetmezlik

tablosu oluşmakta ve bu tablo akut ya da kronik olabilmektedir (Temiz ve Kaya 2017). KBY, farklı hastalıklara sekonder gelişen, ilerleyici, geri dönüşsüz nefron kaybıyla karakterize, uzun süreli kontrol ve bakım gerektiren bir hastalıktır (Akyol Güner vd 2018, Bektaş Akpınar vd 2019). KBY, hastanın fiziksel fonksiyonu ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamakta mortalite ve morbidite oranını etkilemektedir (Akyol Güner vd 2018, Bektaş Akpınar vd 2019). KBY'nin tedavisinde periton diyalizi, hemodiyaliz ve böbrek transplantasyonundan yararlanılmaktadır (Bektaş Akpınar vd 2019). Son dönem böbrek yetmezliğinin (SDBY) en başarılı tedavi yöntemi böbrek transplantasyonudur (McPherson vd 2019, Blake-Pophama vd 2021, Akıncı ve Özbaş 2021, Battaglia vd 2021, Gupta vd 2021, Bülbüloğlu vd 2022). Böbrek transplantasyonu, canlı ya da ölü vericiden alınan böbreğin, işlevini getiremeyen böbreğin yerine nakledilmesi işlemidir (Sevinç vd 2019). Başarılı bir transplantasyon diyalize göre az morbidite ve daha uzun sağkalım sağlamaktadır (Kovacs vd 2011). Ayrıca bu işlem ile bakım maliyetlerini düşürmek, hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmesine destek olmak, yaşam kalitesi ve doyumunu arttırmak amaçlanmaktadır (Doğan ve Dönmez 2019, Özdemir Köken ve Sezer 2018, Sevinç vd 2019).

2.1. Türkiye’de Organ Nakline Yönelik Yasal Düzenlemeler

Organ nakli işlemlerine yönelik ülkemizdeki yasal düzenleme ilk 1979 yılında yapılmış olup “2238 Sayılı, Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun”dur (Harabel 1989). Bu kanunun 3. ve 5. maddelerinde organın/dokunun herhangi bir bedel karşılığında alınıp satılmayacağı, naklin gerçekleştirilmesi için kişinin 18 yaşını doldurmuş olması gerektiği ve akli durumunun herhangi bir karara engel olmaması (mümeyyiz olması) gerektiği belirtilmiştir. Yine bu kanunun 7. maddesinde verici evli ise eşinin rızasının alınması gerektiği ve kişisel yakın ilişkilerin söz konusu olduğu durumlarda vericinin açıklanmaması gerektiği belirtilmiştir. Organın alınması, saklanması ve taşınmasına ilişkin bilgiler 9. ve 10. maddelerde açıklanmaktadır. Ölü vericiden organ ve doku alınması durumunda ölüm halinin saptanması (beyin ölümü kriterlerini karşılaması), tutanağın düzenlenmesi ve bilimsel araştırma için muhafaza edilmesi gerektiğinden bahsedilmiştir (Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun 1979). Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki 2238 sayılı Kanun’da 10,11 ve 14. maddelerinde 6514 numaralı karar ile 18 Ocak 2014 yılında düzenlenmeye gidilmiş, 15. maddeye ise 7151 numaralı karar ile 5 Aralık 2018 tarihinde iki ek madde eklenmiştir. Ek 2’de Canlıdan organ nakli; alıcının en az iki yıldan beri evli olduğu eşi ile dördüncü

dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabilir. Organ nakli gereken hastalığın evlilikten sonra teşhis edildiği durumlarda eşlerin en az iki yıllık evli olması şartı aranmaz. Bunun dışındaki kalan canlıların nakillerinin yapılabilmesi için Organ Nakli Değerlendirme Etik Komisyonları başvurunun yapıldığı tarihten en geç on beş gün içerisinde toplanıp (acil durumlarda hemen) oy çokluğu karara ile naklin başlanabileceği belirtilmiştir (Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun 2018). Günümüzde bu yasanın 17587 sayılı 27 Ocak 1982 tarihli 2594 sayılı kanunla değişikliğe uğramış hali uygulanmaktadır (Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun 1982).

Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, 29/5/1979 tarihli ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanuna, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesi ile 9 uncu maddesinin (c) bendi ve ek 11 inci maddesine, 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355 inci maddesinin birinci fıkrasının (b) ve (c) bentleri ile 508 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır. Amacı, organ nakli hizmetlerinin düzenlenmesi, organ nakli merkezlerinin ve organ kaynağı merkezlerinin tesis, hizmet ve personel standartlarının belirlenmesi, bunların açılması, eğitim vermeleri, denetlenmeleri, kapanmaları ve organ nakli ve bağıışı ile ilgili diğer bütün faaliyetlerin yürütülmesinde uyulması gereken usul ve esasları düzenlemektir.

Bu yönetmelikte;

- Bilimsel dayanışma komisyonlarının ve koordinatörler komisyonunun belirlenmesi, görevleri ve çalışma usulü
- Beyin ölümü, organ dağıtım hizmetleri ve esasları, ölü vericiden organ bağıışı ve nakli, ulusal koordinasyon merkezi ve bölge koordinasyon merkezleri
- Canlı vericiden organ bağıışı ve nakli, organ nakli değerlendirme etik komisyonu ve ulusal organ nakli etik kurulunun yapısı, görevleri ve çalışma usul ve esasları ile canlı verici hakları koruyucusu
- Organ nakli merkezlerinin planlanması ve ruhsatlandırma, faaliyet, fiziki mekân, tıbbi cihaz ve personel standartları
- Organ kaynağı merkezleri ve sorumlu uzman hekim eğitimi
- Nakil sayıları ve diğer hükümler, organ nakli merkezlerinin denetimi, izlenmesi ve değerlendirilmesi, yasaklar ve müeyyideler ile merkezlerin yükümlülükleri
- Gönüllü kuruluşlara, yürürlükten kaldıran yönetmeliğe, uyum zorunluluğuna, ulusal organ nakli ve bağıışı koordinasyon sistemi uygulama rehberinin yayınlanmasına, çapraz nakil uygulamalarına ve yürürlüğe yer verilmiştir (Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği 2022).

2.2. Organ Nakline Yönelik Politikalar

Dünyada organ bağış ile ilgili uygulanan dört yöntem bağış sayılarını ve politikalarını doğrudan etkilemektedir (Dalen ve Henkes 2014). Bu yöntemler şu şekildedir: İtiraz yöntemi, gönüllülük yöntemi, genişletilmiş itiraz yöntemi ve genişletilmiş gönüllülük yöntemi (Durur ve Akbulut 2017). Ülkemiz bu yöntemlerin içinden bağışçının ailesine ölümünden sonra bağış için onay verebilme hakkı tanınarak organının bağışlandığı genişletilmiş gönüllülük yöntemini kullanmaktadır (Yeter ve Demirtaş 2010). Genişletilmiş itiraz yöntemini kullanan İspanya, organ bağış ve nakli hususunda politika üretme, ürettiği politikayı uygulama açısından dünyadaki örnek ülkelerden birisidir (Manzano ve Pawson 2014). İspanya ölü vericide dünyada ilk sıradadır (Demir Korkmaz ve Öden 2021). 1989 yılında %0,0014 olan ölü verici sayısını 10 yıl içinde %130 arttırarak %0,0030 seviyelerine getirmiş ve kadavra donör sayısında birinci sırayı almıştır (Altınanahtar 2016, IRODaT 2016). Ülkemizde yapılan organ nakillerinin yaklaşık %75'inin canlı donörden, Avrupa ülkelerinde ise %80'ninden fazlasının ölü verici donörden yapıldığı belirtilmektedir (Cillimoğlu vd 2016). Ülkemizde ölü vericinin sağlanamamasının en büyük etkilerinden biri ailelerin bağış taleplerini geri çevirmeleridir.

Ülkemizde Ulusal Koordinasyon Kurulu, hastanelerde bulunan nakil merkezleri ve bölge koordinasyon merkezleriyle birlikte çalışmaktadır. Otuz bir ile dağılmış ve dokuz koordinasyon merkezine bağlı ruhsatlı resmi ve özel organ nakil merkezi (99) ve doku tipleme laboratuvarı (58) mevcuttur. Dokuz bölge merkezleri: İzmir, İstanbul, Ankara, Bursa, Antalya, Samsun, Adana, Diyarbakır ve Erzurum'dur. Ulusal koordinasyon sisteminin yaptığı dağıtımlarda ırk, din, cinsiyet, dil, zengin, fakir ayırımı gözetilmeksizin nakil bekleyen tüm hastalar taranır ve doku ve kan grubu uygun olan en acil hastaya nakil sağlanır (Sezek vd 2015).

2.3. Böbrek Transplantasyonu Epidemiyolojisi

Türkiye 2020 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu'na göre; 2020 yılında renal replasman tedavisi (RRT) olarak ilk transplantasyon seçilip uygulanan hasta oranı %1.34'tür. RRT'de yaş ve cinsiyete bakıldığında en fazla %50.15 ile 20-44 yaş aralığındaki ve %65.37 ile erkek hastalarda transplantasyonun ilk tercih edildiği belirtilmektedir. Böbrek nakli yapılma oranının %2.49 olduğu, %65.79'u ile çoğunluğunun erkek, %1.14 ile 20-44 yaş aralığında ve %42.26'sını canlı verici olduğu belirtilmektedir. Toplamda 2499 hastadan 2250' sinin transplantasyonu canlı donörden

sağlanmıştır. Canlı vericilerin %33.96'sını birinci derece akrabalar, %22'sini ikinci derece yakınlar ve %21.73'ünü eşler oluşturmaktadır. Canlı vericilerden yapılan transplantasyonlara bakıldığında %54.40'ının Human Lökosit Antijeni (HLA) uyumu olmayan canlı vericilerden uygulandığı görülmektedir. Böbrek transplantasyonu uygulanan hastaların 2.317'sinin greftinin fonksiyonel olduğu, 32 hastanın diyalize geri döndüğü ve 150 hastanın da exitus (ex) olduğu belirtilmektedir. Transplantasyon etiyojilerine bakıldığında yirmi merkezden elde edilen verilere göre en sık görülen üç neden şu şekildedir: %19.20 glomerülonefrit, %18.91 diabetes mellitus ve %16.90 ile hipertansiyon (Türkiye 2020 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu).

2.4. Böbrek Nakli Endikasyonları

Glomerüler filtrasyon hızının 15'in altında olması, evre 5 KBY tanıya sahip, uzun dönem immünespresif tedaviye ve majör cerrahiye uygun olma böbrek nakli endikasyonlarıdır (Özdemir Köken ve Sezer 2018).

2.5. Böbrek Naklinin Kontrendike Olduğu Durumlar

Böbrek naklinin kontrendike olduğu durumlar kesin ve göreceli olarak sınıflandırılmaktadır.

Böbrek naklinin kesin kontrendike olduğu durumlar: Aktif malignite, aktif enfeksiyon, aktif madde bağımlılığı, kontrolsüz psikiyatrik hastalık, reversible böbrek yetmezliği, ciddi kardiyak veya pulmoner hastalık, aktif ve devam eden tedaviye uyumsuzluktur (Yavuz ve Sezer 2008, Yılmaz ve Karakoç 2015, Abramyan ve Hanlon 2022).

Böbrek naklinin göreceli olduğu kontrendike durumlar: Aktif hepatit veya kronik karaciğer hastalığı, ileri ve düzeltilemeyen koroner arter hastalığı veya kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık, ciddi periferik vasküler hastalık, klodikasyon, insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) enfeksiyonu, aktif peptik ülser, primer okzalosis, morbit obezite, potansiyel takip ya da tedaviye uyumsuzluk, önceki malignite ve psikiyatrik problemlerdir (Yavuz ve Sezer 2008, Thiruchelvam vd 2011, Yılmaz ve Karakoç 2015, Abramyan ve Hanlon 2022).

2.6. Canlıdan Organ Transplantasyonu

Canlı bir vericiden organ ve doku alınabilmesi için öncelikle canlının akli dengesinin yerinde olması ve 18 yaşını doldurmuş olması gerekmektedir. Organ ve dokuyu verecek kişi, tüm etkilerden uzak, bilinçli şekilde en az iki tanığın önünde yazılı ve imzalı bir şekilde kararını açıklamalı ve bu durum tutanakla tespit edilmelidir. Nakil işlemi hekim tarafından da onaylanmalıdır (Gülen ve Karaca 2018).

Canlı vericiler:

- Ebeveyn, kardeş, yeğen, amca vs. gibi kan bağı olan kişiler ya da yakın akrabalar
- Eş gibi kan bağı olmayan yakın kişiler
- Arkadaş gibi kan bağı olmamasına rağmen duygusal olarak yakınlığı olan kişiler
- Duygusal ya da fiziksel hiçbir şekilde yakınlığı bulunmayan yabancı kişiler
- Çapraz nakil dediğimiz nadir uygulanan programlardan olabilmektedir (Gülen ve Karaca 2018).

2.7. Organ Naklinde Etik

Organ nakli için vericiler canlı ya da ölü olabilmektedir. Naklin olabilmesi için öncelikle organ ya da dokunun bağışlanması gerekmektedir. Organ bağıışı “kişinin ölmeden önce kendi iradesiyle hiçbir baskı altında olmadan, beyin ölümü gerçekleşikten sonra başka hastaların tedavisi için kullanılmak üzere doku ya da organlarının kullanılmasına izin vermesi ve bunu belgelendirmesidir.” (Sağlık Bakanlığı 2016, Acaroğlu ve Çulha 2021). Bağış yapılırken hiçbir maddi çıkar beklememesi gerekmektedir. Organ nakli yapılırken, yarar sağlama-zarar vermeme, özerkliğe saygı, gizlilik ve organ dağıtımı (adalet ve eşitlik) gibi etik ilkeler dikkate alınmalıdır (Acaroğlu ve Çulha 2021).

2.8. Organ Naklinde Ekip

Nakil hangi organda ya da dokuda yapılacaksa o organla ya da dokuyla (böbrek, kalp, kalp kapağı, kornea, karaciğer, akciğer, kemik iliği vs.) ilgili ayrı Bilimsel Danışma Kurulları oluşturulmaktadır. Bu kurulda İmmünoloji ve Yoğun Bakım Bilim Dalı da yer almaktadır. Her kurul üyeleri en fazla altı üyeden oluşur. Ekipte transplantasyonu gerçekleştirecek olan cerrahlar, bu konuda uzmanlaşan plastik cerrahi, nefroloji, patoloji, hepatoloji, anestezi, radyoloji, gastroenteroloji, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, enfeksiyon

hastalıkları ve psikiyatri uzmanları ve hemşireler bulunmaktadır (Gülen ve Karaca 2018). Hastanelerin doku ve organ kaynağı merkezlerinin, beyin ölümü gerçekleşen hastayı, Bölge Koordinasyon Merkezine bildirmeleri zorunludur (Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği 2000 Sayı)

2.9. Organ Naklinde İmmünolojik Uygulamalar

Transplantasyonlarda en uygun vericinin seçilmesi, transplantasyon sonrası rejeksiyonun önlenmesi, greft sağ kalımın uzaması immünoloji ile sağlanmaktadır. Transplantasyonun yapılabilmesi ve rejeksiyonun önlenmesi için kan grubu tayini, cross match-XM (pretransplant çapraz reaksiyon testleri) ve insan lökosit antijeni (HLA) uyumu gerekmektedir (Akıncı ve Akıncı 2021). Organ reddi (rejeksiyonu), hiperakut, akut, subklinik ve kronik olmak üzere dört grupta sınıflandırılır. İlk birkaç dakika ya da saatte oluşan hiperakut, birkaç gün ya da ayda gelişen semptomun görüldüğü akut ve semptomun görülmediği subklinik, gelişimi aylar ya da yıllar süren kronik rejeksiyon olarak ifade edilmektedir (Diniz vd 2019). Transplantasyon uzmanları tarafınca 2013'de klinik değerlendirmeler ve HLA ve non-HLA antikor testleriyle ilgili konsensus kılavuzu oluşturulmuş ve klinisyenler için önerilere yer verilerek yayınlanmıştır (Akıncı ve Akıncı 2021).

Doku gruplarının belirlenmesi, SAB (donör spesifik antikor tanımlama) testleri, panel reaktif antikor tarama ve tanımlama testleri, solid faz yöntemleri, elisa ve luminex boncuk teknolojisi transplantasyon öncesi yapılan diğer immünolojik değerlendirilmelerdir (Akıncı ve Akıncı 2021).

2.10. Böbrek Transplantasyonunda Ameliyat Öncesi Fizyolojik Hazırlık

Hastaların transplantasyon öncesi hazırlığından ve transplantasyon sonrası bakımında hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır (Sevinç vd 2019).

Transplantasyon öncesi süreç hastanın fiziksel ve psikososyal hazırlığının yapılması, ameliyata ve ameliyat sonrası döneme ilişkin bilgilendirmeyi ve onamların alınmasını kapsamaktadır. Öncelikle detaylı bir öykü alınmalı, yaşam bulguları izlenmeli, ameliyatı ve immünsupresif ilaç kullanımını engelleyecek herhangi bir durumun varlığı değerlendirilmelidir (Özdemir Köken ve Sezer 2018). Ayrıca aktif bir enfeksiyon varlığı ve yakın dönemde ameliyat olma durumu sorgulanmalıdır (Özdemir Köken ve Sezer

2018). Böbrek transplantasyonu öncesinde bazı doku tipi ve rutin kan testlerinin uygulanması gerekmektedir. Nakil öncesi gerekli olan testler Şekil 2.3' de belirtilmiştir (Bunnapradist ve Danovitch 2010).

Hastanın doku tipi ve uyumunun belirlenmesi amacıyla kan grubu, panel reaktif antikorları (panel reactive antibodies-PRA), insan lökosit antijenleri (Human Leukocyte Antigens-HLA) tiplemesi ve çapraz uyum (crossmatch) testi sonuçları değerlendirilmelidir (Bunnapradist ve Danovitch 2010, Trevitt vd 2012). Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde uygulanacak olan immünsupresif tedavinin planlanmasında bu sonuçlar dikkate alınmaktadır (Özdemir Köken ve Sezer 2018). Örneğin; crossmatch testinin negatif olması donörler arasında bir immünolojik reaksiyonun olmadığı ve böbrek transplantasyonunun yapılabileceği anlamını taşımaktadır. Crossmatch testinin pozitif olması transplantasyona engel oluşturmakla birlikte bazı durumlarda hastaya ek bir immünsupresif (antitimosit globülin) ilaç başlanarak transplantasyon gerçekleştirilebilmektedir (Bunnapradist ve Danovitch 2010).

Şekil 2.3 Böbrek transplantasyonu ameliyatı öncesinde uygulanması gereken testler ve taramalar



PT: Protrombin zamanı, INR: International normalized ratio, PTT: Parsiyel tromboplastin zamanı, PCR: Polimeraz Zincir Reaksiyonu, CMV: Sitomegalovirüs, EBV: Epstein-Barr virüs, HSV: Herpes simpleks virüsü, VZV: Varisella zoster virüsü, HIV: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü, VDRL: Cinsel yolla bulaşan hastalık araştırma testi, PRA: Panel reaktif antikorları.

2.11. Böbrek Transplantasyonunda Ameliyat Öncesi Psikolojik Hazırlık

Transplantasyonun başarısı açısından hastanın psikososyal yönden değerlendirilmesi ve hazırlanması oldukça önemlidir (Özdemir Köken ve Sezer 2018). Hastaya yapılacak işlem konusunda gerekli bilgilendirmelerin yapılması, nakli ve nakil sonrası süreci etkilemektedir. Nakil öncesi dönemde hastanın bilgi düzeyini ölçmede yararlanılan ölçekler (Renal Transplantation Bilgi Değerlendirmesi, KART Ölçeği gibi) olmakla birlikte bazen bu ölçekler yetersiz kalmakta ve hekimi yanlış yönlendirebilmektedir (McPherson vd 2019). Ameliyat öncesi dönemde hasta eğitimi, transplantasyon sonrası dönemdeki tedaviler, immünsupresiflerin kullanımı, diyet, egzersiz ve oluşabilecek kritik komplikasyonları (enfeksiyon, rejeksiyon, malignite) gibi konuları içermelidir. Hekim, ameliyatın nasıl yapılacağı, riskleri ve yararı, muhtemel komplikasyonları, sonraki yaşantısı ve kullanılacak ilaçlarla ilgili hastaya bilgilendirme yapmalı ve onamını almalıdır (Özdemir Köken ve Sezer 2018). Hemşire onamın alınıp alınmadığını kontrol etmelidir (Trevitt vd 2012). Donörleri bilgilendirmede farklı fikirler bulunmaktadır (Gülen ve Karaca 2018). Vancouver Forum Etnik Grubu'na göre donörün bilgilendirilmesi gereken konular şunlardır:

- Dünya genelindeki ve naklin yapılacağı merkezdeki ölüm riski
- Organ bağışlamanın ve bağışlamamanın psikolojik olarak ne tür etkileri olabileceği
- Sağlığındaki ve organ fonksiyonlarındaki değişiklikler
- Alıcı donör için tahmini olumlu ve olumsuz transplantasyon sonucu
- Aile hayatı ve sosyal hayatını nasıl etkileyebileceği
- Sigortadan yararlanma ve işte çalışıp çalışamayacağı, çalıştığında ne gibi etkilerinin olabileceği
- Alıcının izni olmadan olası donöre hiçbir şekilde bilgi aktarımı yapılamaz
- Alıcı donör için ölü verici transplantasyonu dahil tüm alternatif tedavi seçenekleri Alıcının bağış kararına etki edecek herhangi durumun varlığı
- Değerlendirme aşamasında karşılaşılan yeni tıbbi durumların (tüberküloz, HIV vb. bulaşıcı hastalıklar) olması halinde donörün bireysel, sosyal ve sağlık sorumluluğunun neler olduğu (Gülen ve Karaca 2018).

Gerekli durumlarda ameliyat öncesi dönemde hastaya hemodiyaliz ya da peritoneal diyaliz uygulaması yapılmalıdır (Özdemir Köken ve Sezer 2018). Rejeksiyon riski bulunan hastalara ameliyat öncesi ya da ameliyat sırasında immünsupresif ilaçlar gerektiği şekilde uygulanmalıdır (Özdemir Köken ve Sezer 2018).

2.12. Böbrek Transplantasyonunda Ameliyat Sırasında Bakım

Hemşireler ameliyat süresi boyunca hastanın mahremiyetinden, güvenliğinden, konforundan, onurundan, doğru pozisyonun verilmesinden, ekibin fizyolojik ve psikolojik durumlarından, koordinasyonundan, sterilizasyondan ve değişimden sorumludurlar (Yılmaz vd 2018). Ayrıca hastanın organ fonksiyonlarının sürdürülmesi, iç dengenin sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi hemşirenin görevleri arasındadır. Hastanın bu konuda daha önceden olumsuz bir deneyiminin olup olmadığı sorgulanmalıdır (Köseoğlu ve Seki 2020). Ameliyat sırasında organların uzun süre açıkta kalması ve ortam sıcaklığının düşük olması nedeniyle hastalarda hipotermi gelişebilmektedir. Hemşire bu süreçte hastanın vücut sıcaklığını yakından takip ederek kayıt altına almalıdır. Normotermiye ulaşıncaya kadar hastanın vücut ısısı 15 dakikada bir, ulaştıktan sonra saatte bir değerlendirilmelidir. Hemşire, hastada oluşabilecek olası kayıpları ön görebilmeli, kayıplara yönelik aktif ya da pasif yöntemler kullanarak hastanın sıcaklığını koruyabilmelidir. Ameliyat öncesinde hastalara ön ısıtma uygulanmalıdır. Ameliyathane hemşiresi hastanın üzerini örtülerle örttükten sonra aktif ısıtmayı başlatmalıdır. Hastalarda kullanacak yıkama solüsyonlarını ısıtmalıdır (38-40 derece). Herhangi bir sakıncası yoksa ortam, verilecekse kan ve kan ürünleri ısıtmalıdır. Bilinci açık olan hastaların üzeri monitörizasyonunu engellemeyecek şekilde örtülmelidir. Hasta ve yakınlarına hastane ortamının ve ameliyathanenin eve oranla soğuk bir ortam olduğu, evden çorap, battaniye gibi hastayı sıcak tutacak eşyaları getirebilecekleri hatırlatılmalıdır (Keskin 2021). Ameliyat sırasında oluşabilecek önemli bir risk faktörü de derin ven trombozudur (DVT). Bu riskin oluşmaması için elastik basınçlı çorap kontrolü, ameliyat bölgesine basıyı önleyecek destek araçlarının kullanımı, dolaşım kontrolü ve pnömotik turnike kullanılacaksa turnike ile hasta cildinin arasına ped yerleşimi hemşirenin sorumluluğundadır (Gürsoy ve Çilingir 2018).

2.13. Böbrek Transplantasyonunda Ameliyat Sonrası Erken Dönem Bakım

Transplantasyon sonrası hasta izlemi transplantasyon veya yoğun bakım ünitelerinde devam etmektedir (Özdemir Köken ve Sezer 2018). Ameliyat sonrası hasta bakımı hemodinamik durumun ve yaşam bulgularının izlemine, ağrı değerlendirmesini, sıvı ve elektrolit dengesinin, nörolojik, kardiyovasküler, pulmoner, hematolojik ve gastrointestinal sistem fonksiyonlarının, drenaj miktarının ve yara yerinin takibini içermelidir. Ayrıca kullanılan immünsupresif ilaçların uygulanmasını, transplantasyona

ilişkin komplikasyonların izlenmesini ve psikososyal durumun değerlendirilmesini kapsamalıdır (Trevitt vd 2012, Pazar vd 2013, Gürel ve Koçaşlı 2022).

Aspirasyon riskini azaltmak için bilinci kapalı ya da yarı açık olan hastalara sol lateral pozisyon verilmeli, hastanın bilinci açıksa ve hasta için kontrendike bir durum yoksa yatak başı 15-30 derece yükseltilmelidir. Solunumla ilgili komplikasyonların çoğu ameliyat sonrası ilk 12-24 saat içerisinde görülmektedir (Gürel ve Koçaşlı 2022). Hastanın oksijen saturasyonu, solunum hızı ve derinliği gözlenmeli, solunum sesleri dinlenmeli ve hasta derin solunum ve öksürük egzersizleri, sık pozisyon değişimi ve erken mobilizasyona teşvik edilmelidir. Transplantasyon sonrası hastanın yaşam bulgularının takibi çoğu komplikasyonun bulguları olması açısından önemlidir. Transplantasyon sonrası yaşam bulguları takibi ilk 12 saatte saatlik, sonraki 8 saatte 3 saatte bir ve sonrası için 4 saatte bir şeklindedir. Rejeksiyonun en belirgin bulgusu vücut ısısındaki artış yani ateştir, bu nedenle de izlemi oldukça önemlidir. Ayrıca ateş, vücuttaki dehidratasyonun, herhangi bir enfeksiyonun ya da atelettazinin de bulgusu olabilmektedir. Yara yeri, enfeksiyon, drenaj miktarı ve özelliği, yara ayrılması ve açılması yönünden izlenmelidir. Yara yerinin aseptik koşullara uygun olarak pansumanı yapılmalı ve gerekli görüldüğü durumlarda kan kültürü alınmalıdır (Özdemir Köken ve Sezer 2018, Gürel ve Koçaşlı 2022).

Ameliyat sonrasında çeşitli nedenlerden (kanama, adrenal yetmezlik, sepsis, nöropati, dehidratasyon ya da ilaca bağlı) dolayı hastada hipotansiyon ve yetersiz perfüzyon oluşabileceği gibi artan kan volümü ve kullanılan immünosupresiflerden kaynaklı hipertansiyon da gelişebilmektedir. Greftte zarara, vasküler anastomozda sızıntıya ve serebrovasküler olaylara neden olabileceğinden hipertansiyon istenmeyen bir tablodur. Bu nedenle hastanın sistolik kan basıncının 110 mmHg – 180 mmHg aralığında tutulması gerekmektedir (Özdemir Köken ve Sezer 2018). Ciddi hipotansiyon gelişen hastaların vazopressör ya da inotrop grubu ilaçlarla desteklenmesi gerekmektedir (Gürel ve Koçaşlı 2022). Ayrıca hastanın elektrokardiyografi (EKG)'si izlenmeli ve santral venöz basıncı 6-12 cmH₂O aralığında olmalıdır (Özdemir Köken ve Sezer 2018, Gürel ve Koçaşlı 2022). Transplantasyon sonrası 8 saatte bir hastanın bağırsak sesleri dinlenmeli, abdominal distansiyon ve gaz çıkarma durumu değerlendirilmelidir. Anestezik ajanların ve narkotik analjeziklerin kullanımı hastada bulantı ve kusmaya neden olabilmektedir. Buna yönelik olarak hastaya uygun antiemetik ilaçlar verilmelidir. Hastada konstipasyon gelişmesi durumunda narkotik analjezik kullanımı azaltılmalı, yüksek lifli gıda ve sıvı alımı artırılmalı, gerekli durumda laksatif ilaçlarla desteklenmelidir. Mikofenolat mofetille beraber oral fosfat ve magnezyum kullanımı hastada diyareye, mikofenolat mofetil kullanımı gastrointestinal sistemde irritasyonlara

neden olmaktadır. Bu nedenle transplantasyon sonrası hastaya mutlaka H₂ reseptör blokörü veya proton pompa inhibitörü başlanmalıdır (Özdemir Köken ve Sezer 2018).

Transplantasyonu yapılan hastanın ameliyat öncesinde olduğu gibi ameliyat sonrasında da diyaliz ihtiyacı oluşabilmektedir, bunun için de hastanın laboratuvar bulguları ve aldığı çıkartığı takibi (AÇT) oldukça önemlidir. Hastanın idrar miktarı, hipo/hipervolemi, hiponatremi, hipermagnezemi/kalemi/fosfatemi, serum kreatin ve kan üre nitrojen değeri yakından izlenmelidir. Transplantasyon canlı bir donörden yapıldıysa revaskülarizasyondan hemen sonra, ölü vericiden yapıldıysa 2 gün/hafta arasında hastada idrar çıkışının olması beklenir. Greftin fonksiyonlarını değerlendirebilmek için AÇT, kilo (günlük), santral venöz basınç ve periferel ödem takibinin 8 saatte bir yapılması gerekmektedir (Özdemir Köken ve Sezer 2018).

Hemşireler transplantasyonun tüm aşamalarında immünosupresif ilaçların uygulanmasından, kan ilaç düzeyleri, ilaçların yan etki ve toksisitelerinin takibinden, hasta ve bakım vericisine ilaca yönelik gerekli bilgilendirmelerin yapılmasından sorumludurlar. Ayrıca transplantasyon sonrası cerrahiye bağlı gelişebilecek komplikasyonların (üriner sızıntı, renal arter ya da ven trombozu, lenfosel, renal arter stenozu ve üretral obstrüksiyon) izlenmesi de hemşirelerin sorumluluğudur. Takrolimus ya da toksisitesine bağlı olarak hastada nörolojik bulgular gelişebileceğinden hasta bu yönden yakından izlenmelidir. Transplantasyonun yapıldığı taraftaki ödem bizlere DVT ya da lenfosel hakkında bilgi verebilmektedir (Özdemir Köken ve Sezer 2018). Hastaneye yatan tüm hastalar DVT riski taşımakla birlikte ameliyat sonrası dönemdeki prevalansı %15-40'dır. Ameliyat sonrası ilk 24 saatte ayağa kaldırma, heparin, basınçlı kompresyon çorapları ve aralıklı pnömotik kompresyon gibi yöntemlerin uygulanması ile DVT gelişimi önlenmektedir. Ödem, alt ekstremitede ağrı, ağırlık hissi, ayak bileğinde dolgunluk, fonksiyonlarda azalma, bacak çevresi ölçümünde artma, bacaklarda ısı artışı ve hassasiyet gibi DVT belirti ve bulguları yönünden hasta izlenmelidir. Ayrıca tromboprolaksi uygulanan hastada kanama takibinin yapılması, ayak bacak egzersizleri ve erken mobilizasyona teşvik ve oral alım başladığında yeterli sıvı alımının sağlanması hemşirenin sorumluluğundadır (Gürsoy ve Çilingir 2018).

2.14. Böbrek Transplantasyonunda Ameliyat Sonrası Geç Dönem Bakım

Hastalarda renal arter stenozu, venöz tromboembolik komplikasyonlar (DVT ve pulmonerembolizm), obstrüksiyon, lenfosel, GİS (kanama ve perforasyon) ve yara komplikasyonu geç dönemde görülen komplikasyonlardır. Yaralar, hastanın tekrardan hastaneye yatmasına ya da hastanede yatış süresinin artmasına neden olabilmektedir

(Çimen ve Çimen 2018). Uzun süreli hastane yatışları, sıvı-elektrolit dengesizliği, kognitif bozukluklar, ilaçlar ve fonksiyonlarda azalma hastada deliryum tablosuna neden olabilmektedir. Hemşireler hastanın bilinç düzeyini, uyku ve uyanıklık durumunu takip etmelidir. Ameliyat sonrası erken dönemde hastada ağrı yönetiminin iyi yapılmaması, ağrının kronikleşmesine neden olabilmektedir (Gürel ve Koçaşlı 2022).

Böbrek transplantasyonundan sonra hastalarda aterosklerotik serebrovasküler olay, peptik ülser, kolon, kolelitiazis gibi hastalıklar ve maligniteler daha sık görülmektedir (Yavuz ve Sezer 2008, Karabulut ve Yaman Aktaş 2012). İmmünoşpresif ilaçlar hipertansiyon (HT), hiperlipidemi, diabetes mellitus (DM) ve obezite gelişiminde etkili olmaktadır (Yavuz ve Sezer 2008, Karabulut ve Yaman Aktaş 2012, Jenssen ve Hartmann 2019).

Ameliyat sonrasında hastanın yaşam değişiklikleri, bu değişikliklere uyum sağlamaları, kullanılan ilaçların sürekliliği gibi konular hastaların psikososyal durumunu ve ilaç uyumunu etkilemektedir. Aynı zamanda rejeksiyon, greft kaybı korkusu ve diyalize geri dönme ihtimali hastaları anksiyeteye sokabilmektedir. Hemşireler bu konuda hastaya ve yakınlarına destek vermeli, destek sistemleri sorgulanmalı, taburculuğa hazır hale gelmeleri sağlanmalı, taburculuk sonrası dönemde hastada gelişebilecek komplikasyonlara ve belirtilerine yönelik eğitim vermelidir (Özdemir Köken ve Sezer 2018).

Hastanın bilinci açık, yaşam bulguları stabil, dolaşımı yeterli, mobilize, herhangi bir bölgede kanama-akıntı yoksa, bulantı-kusması olmuyorsa ve hasta idrara çıkabiliyorsa taburculuğu planlanmalıdır (Gürel ve Koçaşlı 2022).

2.15. İmmünoşpresif Tedavi

İmmünoşpresif Tedavide (İT) amaç nakil olan hastalarda greft sağ kalımı arttırmak ve rejeksiyon riskini azaltmaktır (Oruç vd 2015). İT, nakil sonrası organın sağ kalımını %90'a kadar yükseltmekte olup indüksiyon, idame ve rejeksiyon immünoşpresyon şeklinde hastaya uygulanmaktadır (Güngör vd 2017, Ünver ve Yıldız 2021). Nakilden hemen sonra rejeksiyon riski yüksek olduğundan, bu dönemde uygulanan indüksiyon immünoşpresif tedavinin dozu da fazladır (Ünver ve Yıldız 2021). Zamanla yan etkiler de gözetilerek doz hesaplaması yapılmakta ve dozlar düşürülmektedir (Tuncer ve Khorshid 2018, Ünver ve Yıldız 2021). İndüksiyon tedavisi ile immün yanıt baskılanmakta ve vücut nakil yapılan organı yabancı olarak algılamamaktadır (Cajanding 2018, Ünver ve Yıldız 2021). Transplant programları

arasında immünosupresif rejim seçimi büyük farklılıklar göstermekle birlikte en sık benimsenen program, takrolimus (TAC) veya siklosporin (CsA) gibi bir kalsinörin inhibitörü (CNI), mikofenolat veya azatioprin gibi bir pürin sentezi inhibitörü ve glukokortikoidler içeren üçlü immünosupresyonlardır (İsrafilov 2019, Faravelli vd 2021). Dünyada indüksiyon tedavisi için en sık Antitimosit globulin (ATG), idame tedavisi için ise antimetabolit-CNI-kortikosteroid ilaç kombinasyonu tercih edilmektedir (Güngör vd 2017). ATG'nin yanı sıra anti-CD25/IL-2R (basiliximab), anti-CD52 (alemtuzumab) ve anti-CD20 (rituksimab) monoklonal antikoları da indüksiyon tedavisi veya reddetme epizodlarının tedavisi için sıklıkla kullanılan tedavilerdir. Bazı merkezler mTOR inhibitörleri (rapamisin) ve belatasepti de tercih edebilmektedir (Faravelli vd 2021). Nakil öncesinde, nakil sırasında (hiperakut) ya da nakil sonrasındaki 2.- 4. haftalarda organ rejeksiyonunu önlemek adına uygulanan rejeksiyon immünosupresifler yüksek dozda steroidler ve akut ve kronik rejeksiyon gelişmesi durumunda T hücre antikoları içeren ilaçlarla birlikte kullanılmaktadır (Ünver ve Yıldız 2021).

Tablo 2.1 Kalsinörin inhibitörleri (CNI'ler): takrolimus (panalimus, prograf, advagraf)/ siklosporin A(CsA) (sandium, gengraf, neoral)

Kalsinörin İnhibitörleri (CNI'ler): <i>Takrolimus (Panalimus, Prograf, Advagraf) / Siklosporin A (CsA) (Sandium, Gengraf, Neoral)</i>	
☞	İnterkölin-2'yi ve yardımcı T hüresinin (CD4) aktifleşmesini engellerler.
☞	Siklosporin, hücre çoğalması fazlarında lenfositlerin iletilmesini engeller. T lenfositlerden (aktif) lenfokin salınımını engellerler.
☞	Özellikle iskemik ve travmatik yaralanmaya karşı merkezi sinir sisteminde kalsinörin hassas nöronlarda yüksek oranda eksprese edilir.
☞	CNI'ler, renin-anjiyotensin ve endotelin sistemlerinin aktivasyonuna ve sempatik sistem aktivitesinin artmasına da neden olabilirler.
☞	Bağışıklığı baskırlar.
☞	Günlük doz takrolimus için 0.10-0.30, siklosporin için 2-6 mg/kg/gün şeklindedir.
☞	Sabah akşam olmak üzere 12 saat ara ile verilir.
☞	Belirli aralıklarla ilaç düzeyi kontrolleri yapılmalıdır.
☞	CNI'lerin endotel bütünlüğünün bozulması nefrotoksisiteye ve nörotoksisiteye neden olabilir.
☞	Hirşütizm (erkek tipi kıllanma), gingival hiperplazi (diş eti büyümesi), kan şekerinde yükselme, hiperpotasemi ve hipomagnezemi en sık görülen yan etkileridir. Ayrıca sistemik hipertansiyona, lokal iskemiye ve serebral ödeme neden olabilirler.

(Sarıgöl Ordin 2013, Ünver ve Yıldız 2021, Faravelli vd 2021).

Tablo 2.2 Pürin sentez inhibitörleri: azatioprin/ mikofenolat mofetil (imuran/ cellcept, mofecept)

Pürin Sentez İnhibitörleri: <i>Azatioprin / Mikofenolat Mofetil (Imuran / Cellcept, Mofecept)</i>	
☞	Replike olan DNA'da kromozomlarını kırıp hücrelerin proliferasyonunu engelleyerek bağışıklığı baskırlar. Bağışıklık hücrelerinin proliferasyonunu baskırlar.
☞	Sitokin üretimini engellerler.
☞	Lenfosit yıkımını artırırlar.
☞	İnterkölin-2'yi engellerler.
☞	İmmün sistemi baskırlarlar.
☞	Azatioprin ve mikofenolat, farklı mekanizmalarla nükleotid sentezine müdahale eder.
☞	Azatioprin, lenfosit proliferasyonunu engellemekle birlikte B hücrelerine oranla T hücreleri üzerinde daha etkilidirler.
☞	Mikofenolat tuzları, aktif mikofenolik asit (MPA) salan ön ilaçlar olarak bilinirler.
☞	İnosin monofosfat dehidrojenazı geri dönüşümlü olarak inhibe ederler, DNA sentezi azalır.
☞	Genelde depresyon ve baş ağrısı semptomları ile karşımıza çıkan bu grubun semptomları hafif ve nadirdir.

(Ünver ve Yıldız 2021, Faravelli vd 2021).

Tablo 2.3 Glukokortikoidler: prednizolon / metilprednizol (prednol /deltacortil)

Glukokortikoidler: <i>Prednizolon / Metilprednizol (Prednol / Deltacortil)</i>	
☞	Lenfositleri yıkarak ve stokin üretimini engelleyerek bağışıklığı baskırlarlar.
☞	İmmün sistemin yanı sıra inflamasyonlu bölgeye immün hücrelerin geçişini engelleyerek inflamatuvar süreci de baskılamakla görevlidirler.
☞	İlaç dozları rejeksiyon riskine göre düzenlenmektedir.
☞	Deltacortil, intraoperatif dönemde 250-1000 mg şeklinde uygulanmaktadır.
☞	Prednolün normal şartlarda 0-10 mg/gün, rejeksiyon tedavisinde 1 gr IV bolus şeklinde verilmesi önerilmektedir.
☞	Kilo artışı, aydede yüzü, kan şekesinde yükselme, enfeksiyon, mide ile ilgili şikayetler, bufalo sırt oluşumu, cilt ve duyu durum değişiklikleri en sık görülen yan etkilerdir.
☞	Uzun süre kullanımda kolesterol düzeyinde artış, kan basıncında artış, kemik erimeleri, kaslarda güçsüzlük, katarakt ve yara yeri iyileşmesinde gecikmeler görülebilmektedir.
☞	Antienflamatuvar, antioksidan ve immünosupresif etki gösterirler.
☞	Küçük yaş grubundaki hastalarda yüksek doz glukokortikoid kullanımı dikkat gerektirmektedir.

(Sargöl Ordin 2013, Ünver ve Yıldız 2021, Faravelli vd 2021).

Tablo2.4 mTOR (Mammalian Target Of Rapamycin) inhibitörleri: sirolimus/ evirolimus

mTOR (Mammalian Target Of Rapamycin) İnhibitörleri <i>Sirolimus/ Evirolimus</i>	
☞	Hücre büyümesinin ve metabolizmasının ana düzenleyicisini inhibe ederek T hücresi proliferasyonuna etki ederler.
☞	İlaç dozu hastanın kliniğine göre 5-10 ng/L şeklinde değişir.
☞	Rapamisin protein kompleksinin memeli hedef (mTOR) sinyallesinin kronik aktivasyonu, dejeneratif nörolojik hastalıklarda nöroinflamasyon ve otofaji disfonksiyonuna katkıda bulunabilir
☞	Testesteron konsantrasyonunda azalma, cilt lezyonları, trombositopeni, ishal, pnömoni, hiperlipidemi en sık görülen yan etkileridir.
☞	Vasküler yaşlanmayı ve iskemik hasarı ağırlaştırabilirler.
☞	Alzheimer, inme ve amyotrofik lateral skleroz gibi çeşitli nöronal bozukluklarla bağlantılıdır.

(Voora ve Adey 2019, Faravelli vd 2021).

Tablo 2.5 Diğer immunosupresif ajanlar

Diğer İmmünosupresif Ajanlar	
☞	Rituksimab tedavisi alan hastalarda çok odaklı lökoensefalopati (PML) vakalarının fazla olduğu görülmüştür.
☞	Alemtuzumab ve diğer T hücre tüketen ilaçlar, immün sistem üzerinde daha etkili olduğundan enfeksiyona ve nörolojik komplikasyona yatkınlık artmaktadır. Bortezomib, nörotrofinlerin düzensizliği ve nöronal sağkalımın blokajı yoluyla nörotoksik etkilere yol açabilmektedir.
☞	Atipik hemolitik üremik sendrom tanısı olan böbrek nakli alıcılarında kullanılan eculizumab, kapsüllü bakterilerin oluşturduğu enfeksiyon riskini arttırmakta olup bu ilacı kullananlarda aşılama etkilidir.

(Faravelli vd 2021).

2.15.1. Böbrek Naklinde Kullanılan Yeni İmmünosupresif İlaçlar

Uzun süreli İT kullanımında ilaçlar toksik etki yapabildiklerinden özellikle son on yıl içerisinde böbrek nakli olanlar için yeni ajanlara gereksinim olmuştur (Güngör vd 2017). Böbrek naklinde kullanılan yeni immünosupresif ajanlara yönelik bilgiler Tablo 2.8'de yer almaktadır.

İmmünosupresifler diğer ilaçlarla farmakokinetik ve farmakodinamik açısından etkileşim halinde olup farmakoterapiyi etkilemektedir (Raichani vd 2019). Yaşamları boyunca bu ilaç gruplarından birini ya da birkaçını kullanmak durumunda kalan kişilerde farklı semptomlar görülmektedir (Wang vd 2020).

Nakil olan hastalarda ilaca bağlı problem (İİP) gelişme riski yüksektir ve bu İİP'ler on kategoride sınıflandırılmıştır: İmmünosupresan tedavinin yan etkileri, ilaç etkileşimleri (immünosupresan tedavi ve diğerleri), tedaviye uyumsuzluk, uygun olmayan kan basıncı, diyabet, sigara içme durumu, fosfokalsik bozukluklar, reçetesiz satılan ilaçlar/doğal ürünler, böbrek yetmezliğini düzeltme ve diğer İİP'ler (Raichani vd 2019).

2.16. İmmünosupresif Tedaviye Bağlı Ortaya Çıkan Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı

Transplantasyon sonrası hastalarda fizyolojik ve psikolojik pek çok semptom ortaya çıkmaktadır. En fazla ortaya çıkan semptomlar arasında yorgunluk, ağrı, uykusuzluk, İT'ye uyumsuzluk, enfeksiyon, cinsel fonksiyon bozukluğu/kaybı, bakımını karşılamada güçlük, sosyal yaşamda değişiklik, rollerini kaybetme/yerine getirememe kaygısı, rejeksiyon ve tümör gelişme riskine karşı duyulan anksiyete, korku ve depresyon, geçici ve zorunlu izolasyon yer almaktadır (Aksoy ve Demet 2018, Wang vd 2020).

- **Sistemik Yan Etkiler:** Böbrek nakli alıcılarında sıklıkla kardiyovasküler, metabolik, onkolojik, enfeksiyöz ve nörolojik komplikasyonlar görülmektedir (Cohen-Bucay vd 2019). İmmüno-supresif ilaçların hepsi tümörlerin veya fırsatçı enfeksiyonların gelişmesine zemin hazırlayacağı gibi bazıları da doğrudan nörotoksik etkiler yoluyla nörolojik belirti ve semptomlara yol açabilir. Bunlar; titreme, baş dönmesi ve paresteziden yaşamı tehdit eden klinik durumlara kadar değişebilmektedir.
- **İlaç kullanımına uyumsuzluk, enfeksiyon, kanser ve fetal risk diğer gelişebilecek durumlardır** (Faravelli vd 2021).

Tablo 2.6 Böbrek naklinde kullanılan yeni immüno-supresif ilaçlar

İlaç	Etki Mekanizması	Dozu	İlaç Düzeyi	Yan Etkileri	Bilinmesi Gerekenler
*Soliris (Eculizumab) (Güngör vd, 2017).	*İnsanlaştırılmış bir monoklonal antikordur. * Kompleman C5a ve C5b nin yıkımını önleyerek etki eder.	* Genellikle ilk dört hafta 900 mg, sonraki hafta 1200 mg ve sonrasındaki her iki haftada bir 1200 mg uygulanır.	*Böbrek yetmezliğinde ve 40 kg'nin üzerindeki kişilerde doz ayarlanmasına gereksinim yoktur.	*Halsizlik *Miyalji *Yorgunluk *Baş ve sırt ağrıları *Öksürük *İnfluenza	* İlacın çok pahalı olması sınırlılığdır. * Neisseria meningitidis, Haemophilus influenza ve pnömokok aşılması yapılmalıdır.
*Nulojix (Belatacept) (Güngör vd 2017, Noble vd 2019).	* Antijen stimüle edici hücelere bağlanarak T hücreleri bloke eder.	* Böbrek nakli alıcılarında ilk aşamada 10 mg/kg uygulanırken bakım aşamasında 5 mg/kg şeklinde uygulanır.	* Hastanın vücut ağırlığına göre doz ayarı yapılır; ancak karaciğer ve böbrek yetmezliği durumlarında doz ayarlaması gerektirmez.	*Hipokalemi *Hiperkalemi *Hipertansiyon *Böbrek/ mesane enfeksiyonu *Bulantı-kusma *İshal-kabızlık *Baş ağrısı *Ateş *Öksürük *Ödem	* Seyreltilerek sadece intravenöz (IV) yolla 30 dk'de sabit bir hızda uygulanır. *Böbrek nakli sonrasında idame İT olarak CNI'lerin yerine kullanılırlar. * Diğer İTlerle geçimlidir.
*Xeljanz (Tofacitinib) (Güngör vd 2017, Busque vd 2018).	*Janus kinaz (JAK) enzim inhibitörüdür. * JAK inhibasyonu sitokin salınımını inhibe ederek T, B, NK hücrelerinin de apoptoza yatkınlığını artırmaktadır.				*Canlı aşılarla uygulanmaz. *Ciddi karaciğer yetmezliğinde kontrendikedir. *Aktif enfeksiyonu olan hastalarda başlanmaz. *Latent tüberküloz, hepatit B ve C açısından hastalar taranmalı ve izlemi yapılmalıdır.
* Benlysta (Belimumab) (Güngör vd 2017)	*B hücre aktive edici faktör sitokindir. *B hücre reseptörlerine bağlanarak B hücrelerin plazma hücrelerine dönüşmesini engellerler.	*İlk 14 gün, 28.gün ve sonrası için dört haftalık aralarla 10 mg/kg şeklinde uygulanır.	* Böbrek ve karaciğer yetmezliği tedavisinde yeterli kanıt olmamakla beraber doz ayarı gerekmez.	*Anafilaksi *Dispne *Hipotansiyon *Bradikardi *Anjiyoödem *Hipersensitivite *Miyalji *Deri ile ilgili sıkıntılar (döküntüler vb.) *Bulantı *Baş Ağrısı *Depresyon *Anksiyete	*Bu tedaviyi alan hastalara canlı aşı uygulanmaz. *% 0,9 salin ile seyreltilerek uygulanır. *Bir saatte IV olarak gönderilir, bolus şeklinde uygulanmaz! *Sistemik lupus eritematozus (SLE) tedavisi alan hastalarda progresif multifokal lökoensefalopati gelişimi olabilmektedir.

2.16.1. Metabolik Sendrom

Metabolik sendrom (MetS), obezite, düşük HDL kolesterol, hiperglisemi, yüksek tansiyon, dislipidemi gibi bulguların birbirini etkilediği bir durumdur ve nakil sonrasında görülme oranı %60-70'dir (Soylu vd 2019). Normalde olan MetS ile böbrek naklinden sonra gelişen MetS farklıdır. Nakil sonrası gelişen MetS'in nedeni steroid kullanımı kaynaklı insülin direncidir (Soylu vd 2019, Sevinç vd 2019). Enfeksiyon, CNI toksisitesi, rejeksiyon, MetS gibi immünolojik riskler, nakil sonrası gelişen diyabet (new-onset diabetes mellitus after transplantation, NODAT/ Post-Transplant Diabetes Mellitus, PTDM) ve hipertansiyonun mortalite, greft böbreğin fonksiyonunun bozulması ve sağ kalımı üzerine etkilidir (Tainio vd 2014, Litwin ve Niemirska 2014, Soylu vd 2019, Sevinç vd 2019). Transplantasyon sonrası oluşan DM farklı olduğundan 2014 yılında bir uzlaşma raporunda transplantasyon sonrası diabetes mellitus (PTDM) terimi literatüre girmiştir (Jenssen ve Hartmann 2019). Böbrek nakli alıcılarında sık karşılaşılan bir komplikasyon olan PTDM, renal allogreft disfonksiyonu, kardiyovasküler riski ve de mortaliteyi etkilemekte; obeziteyle dolayısıyla da hipertrigliseridemi, adiposit kaynaklı sitokin salınımı ve düşük dereceli inflamasyonla ve takrolimus ile ilişkilendirilmektedir (Jenssen ve Hartmann 2019, Sevinç vd 2019). Nakil sonrasında kullanılan steroidler, lipit ve glikoz metabolizmasını olumsuz etkilediğinden hastalarda iştah artımı ve kilo alımı olmakta, bu da enfeksiyon riskini artırmakta, doku onarımı ve yara yeri iyileşmesini geciktirmektedir (Soylu vd 2019). Fabrizi ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir meta analiz çalışmasında siklosporin kullanımının hiperlipidemi ve hipertansiyonu etkilediği görülmüştür (Fabrizi vd 2005).

MetS gelişimini önleyebilmek için nakil öncesinde risk faktörleri belirlenmeli, tansiyon ve glikoz takipleri yapılmalı, beslenme, kilo kontrolü ve egzersiz gibi konularda hemşireler, hastaları bilgilendirmeli ve danışmanlık yapmalıdır (Soylu vd 2019).

MetS gelişiminde önemli yer tutan obezite, NODAT, dislipidemi ve HT'nin hemşirelik bakımı Tablo 2.9'da verilmiştir.

Tablo 2.7 Obezite, NODAT, dislipidemi ve HT'nin hemşirelik bakımı

<i>Obeziteye Hemşirelik Bakımı:</i>	<i>Yönelik</i>	Yaşam tarzı değişikliği, farmakolojik ve cerrahi girişimler, boy kilo insidansının hesaplanması ve buna göre ideal kilonun sağlanması/korunması, diyet ve egzersiz programları, kan glikoz ölçümü ve kan basıncı ölçümleri yapılmalı; genel olarak sağlık eğitimi ve danışmanlık sağlanmalıdır (Hricik 2011, Soylu vd 2019). Kilo verme ve kilonun korunması ile ilgili Alıcı ve Pınar'ın 2008 yılında yapmış oldukları çalışmada diyet ve egzersiz programlarının obeziteyi azaltmada etkili olduğu görülmüştür (Alıcı ve Pınar 2008).
<i>NODAT'a Hemşirelik Bakımı:</i>	<i>Yönelik</i>	Nakil öncesinde ve sonrasında risk faktörleri belirlenmeli, glikoz toleransı saptanmalı, nakil sonrasında glisemik seviye izlenmeli, İT kullanımı düzenlenmeli, enfeksiyon açısından gözlenmeli (CMV, NODAT riskini arttırmakta), öz yönetim eğitimi verilmeli, belirli aralıklarla (nakil sonrası ilk ayda haftalık, daha sonra 3-6-12 ay) tarama yapılmalıdır (Soylu vd 2019). 2002 yılında Norris ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir meta analiz çalışmasında öz yönetim eğitimi verilen hastaların HgbA1C seviyelerinin düştüğü, görüşmelerle birlikte yararın arttığı görülmüştür (Norris vd 2002). Nakil sonrasında kullanılan takrolimus, kan şekerini yükselttiğinden özellikle tokluk 2. Saatte hastaların kan şekerleri izlemelidir (Özyardımcı Ersoy ve Ersoy 2013).
<i>Dislipidemiye Yönelik Hemşirelik Bakımı:</i>	<i>Yönelik</i>	Böbrek fonksiyonu, donör faktörleri, İTler (özellikle siklosporin kullanımı serum lipid konsantrasyonunu etkilemekte), genetik yatkınlık, beslenme, kilo, glisemik kontrol vb. dislipidemi gelişimini etkilemektedir (Barnard vd 2016, Soylu vd 2019). Nakil sonrası hastaların kan ilaç düzeyleri yakından takip edilmeli, kontrollere düzenli gelinmesi sağlanmalı, kardiyovasküler risk faktörleri değerlendirilmeli; sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma, stresten uzak durabilmeyi öğrenme gibi yaşam değişiklikleri sağlanmalı; eğitim ve danışmanlık yapılmalıdır (Çoban vd 2017, Soylu vd 2019). Aeorobik egzersizler aşırı kilolu ve obez hastalarda visseral yağlanmayı ve insülin direncini azaltmaktadır (Slentz vd 2011).
<i>HT'ye Hemşirelik Bakımı:</i>	<i>Yönelik</i>	Amacımız; HT'yi önleyerek greft sağ kalımı uzatmak ve kardiyovasküler riski en aza indirmektir (Soylu vd 2019). İlk önceliğimiz terapötik yaşam değişikliğine gitmek olup bunu hastaya özgü diyeti, spor, egzersiz, sigarayı bırakma, stresle başa çıkabilmesini, farmakolojik tedavi ve hastanın kendi kendine tansiyon ölçümünü yapabilmesini sağlamaktır. Bu konularda hastalara eğitim verilmeli ve danışmanlık yapılmalıdır (Soylu vd 2019).

2.16.2. Enfeksiyon

İmmünoşüpresif tedavi greft sağ kalımı artırıp rejeksiyon riskini azaltırken enfeksiyon, malignite, kardiyovasküler hastalık riskini artırmakta dolayısıyla da mortalite ve morbiditeyi etkilemektedir (Söyük ve Gül 2006, Oruç vd 2015, Dolgun vd 2017, Aldemir ve Gürkan 2018, Karadeniz vd 2020). Alıcıların %30'undan fazlasında, nakil sonrası ilk üç ayda enfeksiyon daha sık görülmekte, yeni immünoşüpresiflerin kullanımı ile enfeksiyonların spektrumunda da değişiklikler olabilmektedir (Söyük ve Gül 2006, Karadeniz vd 2020). Ölü vericiden nakil yapılan hastaların enfeksiyon oranları canlı donörden organ alan hastalara göre daha fazladır. Bu hastaların tedavisinde uzun süre geniş spekturumlu antibiyotikler, canlıdan nakil yapılan hastaların tedavisinde ise sefalosporin grubu antibiyotikler kullanılmaktadır. Transplantasyon sonrası oluşan enfeksiyonların gelişiminde cerrahi faktörler, immünoşüpresif düzeyi ve çevresel temas etkili olmaktadır. İlk aylarda cerrahi girişime, vericiden taşınan allogreftle (herpesviruslar, HAV, HBV, HCV, HIV) ve immünoşüpresyon alevlenmesine bağlı enfeksiyonlar görülürken 1-6 ay arası immünoşüpresif düzeyinin yüksekliğinden kaynaklı fırsatçı patojenler (en fazla görülen enfeksiyonlardır) ve 6 aydan sonrasında toplum kaynaklı enfeksiyonlar sık görülmektedir (Karadeniz vd 2020). Böbrek nakli alıcı ve vericilerinde en önemli enfeksiyon etkeni (%40-100) sitomegalo virüstür (CMV). Bu, 1-6 ayda görülen fırsatçı enfeksiyonlardan olup seropozitifliği sıktır, böbrek nakli alıcılarında profilaksi ve preemtif yaklaşım gerektirir (Oruç vd 2015, Karadeniz vd 2020). Genellikle profilaksi kesildikten ya da akut rejeksiyon tedavilerinden sonra gelişen CMV'nin standart tedavisi intravenöz gansiklovir verilmesidir ve tedavi 2-3 hafta sürer (Oruç vd 2015, Faravelli vd 2021). Bazen intravenöz gansiklovir yerine oral valgansiklovir de uygulanabilmektedir; bu durumda ilacın uygulama süresi nakilden sonra 100-200 gün arasında değişmektedir (Oruç vd 2015). Profilaksi uygulanan hastalarda CMV enfeksiyonu geç dönemde olabilmektedir ancak geç dönem de olsa erken dönem de olsa ateş ve halsizlik en sık bulgularıdır, takip ve tedavi gerektirir (Oruç vd 2015).

Böbrek nakli yapılan hastalarda en sık karşılaşılan enfeksiyonlar sırasıyla üriner sistem (ÜSE), pnömoni (özellikle 1-6 ay arasında) ve cerrahi alan enfeksiyonlarıdır (Aldemir ve Gürkan 2018, Karadeniz vd 2020). ÜSE'ler greft fonksiyonunda bozulmaya, greft kaybına, rejeksiyona, tekrarladığında ise sepsis ve ölüme neden olabilmektedir. Cinsiyet, yaş, verici tipi, kateterizasyon süresi, stent kullanımı, komorbid hastalık ve gecikmiş greft fonksiyonu varlığı ÜSE sıklığını etkileyen faktörlerdir. Böbrek nakli sonrası meydana gelen ÜSE'ler, asemptomatik bakteriüri (en sık), sistit ve pyelonefrit olarak karşımıza çıkmakta; intraoperatif ve postoperatif dönemdeki risk faktörleri görülme

sıklığını etkilemektedir (Aldemir ve Gürkan 2018). Transplantasyon sonrası asemptomatik bakteriüri gelişmesi durumunda 5-7 gün; sistitte 5-7 gün; greft pyelonefritte dar spektrumlu 14 gün, ciddi enfeksiyon, yapısal bozukluk ve stent koyma durumlarında 21 gün antibiyotik tedavisi önerilmektedir (Türkmen 2016, Aldemir ve Gürkan 2018). Bu hastalarda nakilden 6-12 ay idrar yolu enfeksiyonu (İYE) görülebilmekte, enfeksiyon etkeni genellikle gram negatif mikroorganizmalar, Escherichia coli (E. coli) ve Klebsiella olmaktadır (Aldemir ve Gürkan 2018).

Nakil öncesi dönemde hastalara enfeksiyon, rejeksiyon, ilaçların yan etkileri, maske kullanımı, beslenme, sosyal yaşam ve hijyen hakkında eğitim verilmesi enfeksiyon gelişimini önlemek açısından önemlidir (Söyük ve Gül 2006, Dolgun vd 2017). Dolgun ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada 87 hastadan %97.7'sinin el hijyenine dikkat ettiği, %90,8'inin günlük yaşam aktiviteleri sırasında hijyen kurallarına uyduğu, %37,9'unun evde her zaman ve %74,7'sinin ise evden dışarı çıktıklarında maske kullandığı gözlemlenmiş ve bu durumun enfeksiyon oranlarını azaltmada etkili olduğu düşünülmüştür (Dolgun vd 2017). Hastaları enfeksiyondan koruma, enfeksiyonun tedavisinin ve tekrarının önlenmesinin sağlanması konusunda hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşire alıcı ve vericiye yönelik bu konuda gerekli girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır (Aldemir ve Gürkan 2018).

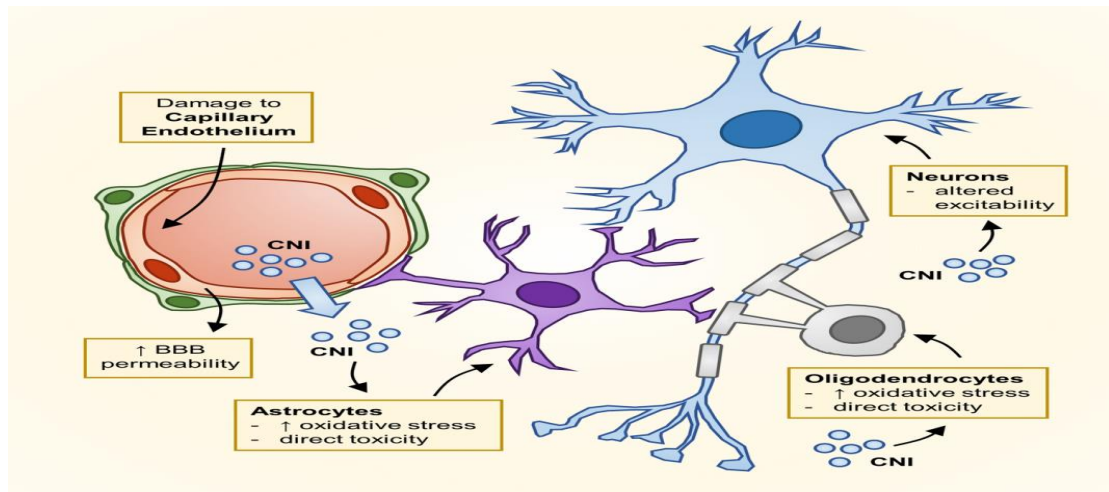
Organ nakli alıcılarında enfeksiyon gelişiminde influenza virüsünün oldukça etkili (alt solunum yolunda %42, üst solunum yolunda %48) olduğu görülmekte ve bu virüs rejeksiyon riskini arttırmaktadır. Ayrıca bu hastalarda bakteriyel pnömomi ve bakteriyemi gelişiminde Streptococ Pneumoniae virüsünün etkili olduğu görülmektedir. Amerikan Transplantasyon Cemiyeti 2013 yılında bir aşılama rehberi yayınlamış, transplant öncesi ve sonrasında bu virüslere karşı hastaların aşılama oranları (influenza ve pnömokok aşılı) gerektiğini belirtmiştir. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) uzlaşma raporunda da bu durum desteklenmiştir. Bıyık'ın (2019) yapmış olduğu çalışmada influenza aşılama oranı %26.4 ve pnömokok aşılama oranı ise %2.5 olarak bulunmuş olup; aşılama oranının düşük olduğu görülmektedir (Bıyık 2019).

Enfeksiyona yönelik hemşirelik bakımı: Enfeksiyondan korunmayı, var olan enfeksiyonların tedavisini ve tekrarını önlemeyi içermektedir (Aldemir ve Gürkan 2018). Hemşire hastanın kişisel hijyenini sağlamasından ve sürdürmesinden sorumludur (Karabulut ve Yaman Aktaş 2012). Hastaya yapılan her türlü bakım, tanı ve tedavi girişiminden öncesi ve sonra ellerin yıkanması enfeksiyonun önlenmesinde oldukça önemlidir (Karabulut ve Yaman Aktaş 2012, Aldemir ve Gürkan 2018, Rızalar 2019). İnvaziv girişimlerden olabildiğince kaçınılmalıdır (Rızalar 2019). Yara ve katater

bakımında asepsiye dikkat edilmesi gerekmektedir (Karabulut ve Yaman Aktaş 2012, Aldemir ve Gürkan 2018). En az sekiz saatte bir yara yeri enfeksiyon açısından (kızarıklık, ödem, drenaj) gözlenmelidir (Rızalar 2019). Hastaların günlük oral mukoz membranları değerlendirilmeli ve uygun solüsyonlarla ağız bakımları yapılmalıdır (Karabulut ve Yaman Aktaş 2012, Rızalar 2019). Hastanın enfeksiyon göstergesi olan laboratuvar bulguları (lökosit, CRP, sedimantasyon vb.) ve vücut sıcaklığı takip edilmelidir. Vücut sıcaklığı 38°C'nin üzerine çıkması durumunda, hastadan kan, idrar ve balgam kültür örneği alınmalıdır. Hasta ziyaretleri yasaklanmalıdır (Karabulut ve Yaman Aktaş 2012, Rızalar 2019). Hastaların transplantasyon sonrası mümkün olduğunca erken mobilizasyonu sağlanmalıdır. Pnömoni gelişimini önlemek için hastaya derin solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılmalıdır (Karabulut ve Yaman Aktaş 2012, Rızalar 2019). Hastaların yeterli, dengeli beslenmesi ve gıdaların hijyenik ortamda hazırlanması sağlanmalıdır (Karabulut ve Yaman Aktaş 2012, Rızalar 2019). Hastaların beslenmesi gerektiği kadar protein ve vitamin içermelidir. Sıvı alımı arttırılmalı ve aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır. Üriner sistemi olumsuz etkileyen besinlerden (asitli içecekler, alkol, çay, kahve, baharatlı besinler) uzak durmaları konusunda hastalar bilgilendirilmelidir (Aldemir ve Gürkan 2018). Eğer endikasyon yoksa üriner kateterler ameliyattan 24 saat sonra çıkartılmalıdır. Ördek, sürgü vb. gereçler kişiye özgü olmalı ve sonrasında hastanın perine hijyeni sağlanmalıdır. Kadın hastalar her dışkılamadan sonra perianal bölgeyi önden arkaya doğru temizlemeleri konusunda bilgilendirilmelidirler. Gergin ve dar olmayan pamuklu iç çamaşırlarını tercih etmelidirler. Cinsel ilişki sonrasında mutlaka mesanelerini boşaltmaları ve spermid içermeyen kontraseptif yöntemleri kullanmaları konusunda hastalar bilgilendirilmelidirler. Banyoyu duş şeklinde ayakta yapması ve havuz gibi toplu kullanım alanlarına girmekten kaçınması gerektiği hastaya anlatılmalıdır (Aldemir ve Gürkan 2018). Enfeksiyonun gelişmesi durumunda uygun olan antibiyotik tedavisi başlanmasının ve tedavi programına uyumun önemi açıklanmalıdır. Tedaviye rağmen şikayetlerinin geçmemesi durumunda mutlaka sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği hastaya söylenmelidir (Aldemir ve Gürkan 2018, Rızalar 2019). Enfeksiyondan korunma yöntemleri, enfeksiyonun belirti ve bulguları, özbakım stratejileri ve maske kullanımının önemi vurgulanmalıdır. Ayrıca gün ışığına çıkmaktan, toprakla uğraşmaktan ve evcil hayvanlarla temastan kaçınması gerektiği konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir (Rızalar 2019, Kara ve Arıkan 2021). Hastanın ve ailesinin bilgi ve beceri düzeyi belirlenmeli, yetersizlik durumunda engel olan durumlar belirlenip eğitim verilmelidir (Rızalar 2019). Pnömokok ve influenza aşılarının yaptırılmalarının gerekliliği vurgulanmalıdır (Kara ve Arıkan 2021).

2.16.3. Nörolojik Bozukluklar

Nakil sonrası immüno-supresif tedavilerin uygulanması tümör ya da enfeksiyonlara neden olabilen nörotoksik etkiler oluşturabilmekte ve nörolojik bozukluklar gelişebilmektedir. Nakilden sonraki birkaç hafta içinde böbrek nakli alıcılarında çoğunluğu enfeksiyon kaynaklı olmakla birlikte nörolojik komplikasyonlar da görülmektedir. Bunlar: Merkezi sinir sistemine ilişkin, nöbet, felç ve posterior geri dönüşümlü ensefalopati sendromu, enfeksiyon, psikolojik bozukluklar, malignite ve optik nöropatidir. Periferik sistemine ilişkin ise guillian-barre sendromu, myastenia gravis, titreme, işitme problemleri, toksik nöropati, otonom nöropati ve miyopatidir. Birçok nörolojik komplikasyon komorbidite ile ilişkili olduğundan hastada hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), dislipidemi vb. hastalıkların erken tanı ve tedavisi oldukça önemlidir (Faravelli vd 2021). CNI'lerin merkezi ve periferik sinir sistemine etkileri Tablo 2.9'da verilmiştir.



Şekil 2.4 CNI'lere bağlı önerilen nöral toksisite mekanizmaları (Faravelli vd 2021).

Tablo 2.8 CNI'lerin merkezi ve periferik sinir sistemine etkileri

MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ	PERİFERİK SİNİR SİSTEMİ
<p>Akut klinik tablolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nöbet • Felç • Posterior Tersinir Ensefalopati Sendromu 	<p>Akut klinik tablolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guillain-Barré sendromu • Miyastenia gravis
<p>Akut ve subakut klinik tablolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfeksiyon • Psikolojik bozukluklar 	<p>Kronik klinik tablolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Titreme • İşitme problemleri • Toksik nöropati • Otonom nöropati • Miyopati
<p>Kronik klinik tablolar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malignite • Optik nöropati 	

(Faravelli vd 2021).

Nörolojik bozukluklara yönelik hemşirelik bakımı: Transplantasyon sonrası nörolojik işlev bozuklukların yönetiminde etkenleri belirlemek ve ortadan kaldırmak önemlidir. Hastanın mekanik ventilatörde kalma süresi kısaldıkça nörolojik iyileşme daha hızlı olmaktadır (Kırtıl vd 2018). Hastanın mental ve nörolojik durumu değerlendirilmesinde Glasgow Koma Skalası'ndan (GKS) yararlanılır. Ameliyat sonrası dönemde etkili ağrı yönetimi sağlanmalıdır (Kırtıl vd 2018, Demir Korkmaz ve Öden 2021). Ameliyat sonrası kullanılan bazı ilaçlar (sedatif, analjezik, hipnotik) hastada hepatik ensefalopatiye neden olabilmektedir, bu yönden hastalar izlenmelidir. Kan amanyok düzeyi izlenmelidir. Amanyok düzeyinin yüksek görüldüğü durumlarda hastada protein kısıtlamasına (hekim istemi doğrultusunda) gidilmelidir (Demir Korkmaz ve Öden 2021). Hastalarda ameliyat sonrası opioid kullanımı nörolojik değerlendirmeyi güçleştirmektedir. Hasta ekstübe edildikten ve sedasyona neden olan ilaçların etkileri ortadan kalktıktan sonra nörolojik değerlendirme yapılmalıdır (Kırtıl vd 2018). Ameliyat sonrası erken dönemde nörolojik bulguları normal olup sonrasında hızla bozulma gösteren hastalar intrakraniyal kanama yönünden izlenmelidir (Demir Korkmaz ve Öden 2021). Hastada bilinç, kanama ve kafa içi basınç takibi yapılmalı, hemodinami stabil tutulmalıdır (Kırtıl vd 2018). Hasta güvenliği açısından yatak kenarları kaldırılması ve yalnız kalmaması sağlanmalıdır (Kırtıl vd 2018, Demir Korkmaz ve Öden 2021).

2.16.4. İmmunosupresif Tedaviye Uyumsuzluk

Böbrek nakli uygulanan hastaların sağlıklarını sürdürebilmeleri ve organ rejeksiyonunun önlenmesi için immünosupresif ilaçları ömür boyu kullanmaları ve bu terapötik rejime uymaları beklenmektedir (de Oliveira Marsicano vd 2013, Tuncer ve Khorshid 2018). Bu durum hastaların tedaviye uyumunu da etkilemekte; hemşireler uyumu sağlamaya yönelik girişimleri planlama, uygulama ve değerlendirmede etkin rol oynamaktadır (Tuncer ve Khorshid 2018). İT'ye uyumsuzluk; morbidite ve mortaliteyi, yaşam kalitesini, rejeksiyonları, organ kayıplarını ve diyalize geri dönüşü etkilemektedir (Tuncer ve Khorshid 2018). Böbrek nakli alıcılarının immünosupresif tedaviye uyum göstermemesi genellikle allogreft kaybı ile sonuçlanmaktadır (Weng vd 2013). Yapılan çalışmalarda böbrek nakli alıcılarının diğer nakil alıcılarına göre immünosupresif tedaviye uyumsuzluğu daha yüksek bulunmuştur (Dew vd 2007, Germani vd 2011, de Oliveira Marsicano vd 2013). Schmid-Mohler ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada böbrek nakilli hastaların ilaçların kullanım durumu incelenmiş ve kullanım yılı arttıkça tedaviye uyumsuzluğun da arttığı görülmüştür (Schmid-Mohler vd 2010). İT'ye uyumsuzluğu etkileyen faktörleri durum, hasta ve tedavi ile ilişkili, sosyoekonomik ve kültürel faktörler olmak üzere dört başlık altında toplanabilir (Gonçalves 2016, Tuncer ve

Khorshtd 2018). Durumla ilişkili olan faktörlerle ilişkili olarak, diyalizden yeni kurtulmanın verdiği rahatlıkla ilk yıllarda hastaların tedaviye uyumunun yüksek olduğu düşünülmektedir. Sonraki süreçlerde nakil yapılan organın uyum sağladığı ve böbreği vücudun reddetmeyeceği düşüncesi, yıllar içinde kullanılan ilacın tüm yaşam boyunca koruyuculuk sağlayacağı inancı ve nakil tekrarı olasılığı gibi durumlar hastaların zaman içinde tedaviye olan uyumunu azaltmaktadır. Hastayla ilişkili faktörlerde, immünosupresif tedaviye uyumsuz davranışları kişinin kasıtlı yapıp yapmadığını bilmek önemlidir. Bu konuda hastaların inanışları, inançları, unutkanlıkları, bilgi eksiklikleri ve depresif bir duygu durumunda olup olmadığı sorgulanmalıdır (Tuncer ve Khorshtd 2018). Hastaların acil durum planları, rutinleri, kişisel programları, ilaç ve eczaneye ulaşmaları, ilaçların özellikleri, uygulama programları, dozajları ve maliyetleri onların tedaviye olan uyumlarını etkilemektedir (Weng vd 2013). İlaçların yan etkileri ve karmaşık ilaç rejimi tedaviye ilişkin faktörlerdendir. Sosyoekonomik ve kültürel faktörlerde ise yaş grubu, cinsiyet, medeni durum ve coğrafi özelliklerin etkili olduğu görülmektedir. En fazla adölesan ikinci sırada da yaşlı hastaların, Avrupa ülkelerine göre Kuzey Amerika'daki hastaların tedaviye uyumsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Cinsiyet ve medeni durumda ise kesin bir sonuç olmamakla birlikte farklılıkların olduğu ifade edilmiştir (Tuncer ve Khorshtd 2018).

İmmünosupresif ilaçlara uyumu değerlendirmede Bağışıklık Baskılayıcı İlaçlara Uyumu Temel Değerlendirme Ölçeği'nden (BAASIS) yararlanılmaktadır. Ölçek, son dört hafta süresince immünosupresiflere karşı uyumsuzluğu ölçen dört maddelik bir anketten oluşmaktadır. İlaçların tek dozlarının veya ardışık dozlarının atlanma durumu, ilaç kullanımında iki saatin üzerindeki gecikmeler ve doz azaltmanın önemli boyutlarını değerlendirmektedir. BAASIS gibi tedaviye uyumsuzluğu değerlendirmede kullanılan başka öz bildirim ölçekleri de bulunmaktadır (de Oliveira Marsicano vd 2013).

Weng ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmada İT'ye uyumsuzluk anksiyete, depresyon ve stresle ilişkilendirilmiş, hastanın günlük rutinlerinin unutkanlığa neden olabildiği, dolayısıyla da uyumsuzluğu etkilediği ifade edilmiştir. Transplant uygulanan hastalarda koruyucu ve tedavi edici girişimleri planlayabilmek için öncelikle tedaviye uyumsuzluk riski olan hastalar belirlenmelidir (De Geest vd 2010, De Geest vd 2011). Bu doğrultuda hemşirenin eğitim, danışmanlık ve destekleyici rolleri bulunmaktadır. Hasta eğitiminde açık ve net bir ifade kullanılmalı ve hastadan durumu veya konuyu özetlemesi istenmelidir. Ayrıca hastalara gerektiğinde telefonla bilgilendirmeler ve kontrol günlerine ilişkin hatırlatmalar yapılmalıdır (Tuncer ve Khorshtd 2018).

Tedaviye uyumsuzluğa yönelik hemşirelik bakımı: Bağışıklık sistemini baskılayan ilaçları kullanmalarının önemi ve bu ilaçların yaşamları üzerindeki etkilerinin hastalara açıklanması, onların tedaviye uyumunu sağlamada etkilidir (Karabulut ve Yaman Aktaş 2012, Tuncer ve Khorshid 2018). İlaçların kullanımını ve dikkat edilmesi gereken noktaları belirten eğitimler planlanmalı ve danışmanlık verilmelidir. Verilen bilgiler açık, kısa ve net olmalıdır. Mutlak bilinmesi gereken noktalar vurgulanmalı, özetleme tekniği kullanılmalıdır (Tuncer ve Khorshid 2018). Tedaviye uyum ile naklin başarısı ve greft sağ kalım arasındaki ilişkinin önemi hastaya anlatılmalıdır (Karabulut ve Yaman Aktaş 2012). Hemşireler transplantasyon sonrası hastaların tedaviye uyumunu yakından izlemeli, uyumsuzluk durumunda nedenini belirleyerek etkili çözüm yolu geliştirmelidir. Unutmadan kaynaklı uyumsuzluk yaşıyorsa hastalara hatırlatıcı yöntemler (alarm, hatırlatıcı not, ilaç kutusu vb.) önerilebilir. Tedaviye uyumu arttırmada hastaların rutin kontrollerine gelmesi ve gerektiğinde sağlık personeli ile yapılan görüşmeler etkili olmaktadır. Hastalara yeterli sosyal destek sağlanması ve tedaviye uyumlu rol modellerinin olması da tedaviye uyumu arttırmaktadır (Tuncer ve Khorshid 2018).

2.16.5. Cinsel Sorunlar

Cinsellik, doğumdan ölüme kadar süren, yaşamın devamlılığı için gerekli olan doğal bir süreçtir. Bu süreçte kişi cinsel yönden aktif olmasa da cinsellik, duygu ve düşüncelerle yaşamında yer tutmaktadır (Aksoy ve Demet 2018).

SDBY'de sık görülen cinsel disfonksiyonlar erkeklerde libido azalması, ereksiyon problemleri, ejakülasyon problemleri ve infertilite; kadınlarda libido azalması, vajinal lubrikasyonda yetersizlik, orgazm bozukluğu, vajinusmus veya disparanoya ve infertilitedir (Göriş ve Bilgi 2015). Nakil sonrasında bu disfonksiyonların düzelmesi beklenmekle birlikte bazı hastalarda yetersizlik devam edebilmektedir. Uygulanan cerrahi girişim, kullanılan ilaçlar ve bu ilaçların kullanımına bağlı gelişen fiziki değişimler (ay dede yüzü, kilo artışı, kalçalarda ve karın bölgesinde yağlanma vb.) hastanın cinsel yaşamını olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Yaman ve Yılmaz 2014, Aksoy ve Demet 2018). Van Ek ve arkadaşları 2017'de yapmış oldukları çalışmada nakil sonrası cinsel işlev bozukluğu prevalansının %46 olduğunu ifade etmişlerdir (van Ek vd 2017). Eretil disfonksiyon (ED) ve cinsel dürtüde azalma nakil hastalarında görülebilen sorunlardır ve genellikle nakil sonrasında bu bulguların iyileştiği görülmektedir (Aksoy ve Demet 2018).

Kadın hastalarda nakilden sonra beklenmeyen gebelik, hem anneyi hem de fetüsü riske atacağından özellikle kadın hastaların kontraseptif kullanımına ilişkin danışmanlık almaları önerilmektedir. Sağlık personelleri hastaların endişelerini anlayabilmeli, anksiyetelerini giderebilmeli, sorunlarıyla başa çıkma yöntemleri konusunda yönlendirici ve cesaretlendirici olmalı, bilgi ve eğitim eksikliğini giderebilmelidir (Aksoy ve Demet 2018).

Klinik fenotipi, hastanede kalış süresinin uzunluğu, gecikmiş greft fonksiyonu, yaşam kalitesinin düşmesi, tekrar hastanede yatmak ve immünosupresyon intoleransı hastaları olumsuz olarak etkilemekte ve bu depresyona girmelerine neden olabilmektedir (Konel vd 2018). Gelişmesi olası semptomlar konusunda hastalar transplantasyon öncesi bilgilendirilmeli, eğitim verilmeli ve risk azaltılmalıdır. Organ transplantasyonu uygulanan hastalarının semptom deneyimlerinin, geçerli ve standardize bir ölçüm aracı kullanılarak belirlenmesi önemlidir. Bu sayede, onların semptomlarla baş etmelerinde gereksinim duydukları desteğin sağlanabilmesi mümkün olabilecektir. Bu desteğin sağlanmasında hemşirelerin önemli rolleri bulunmaktadır (Kotagiri vd 2017).

Cinsel sorunlara yönelik hemşirelik bakımı: Hastalar cinsel yaşamları açısından değerlendirilmeli, ayrıntılı fizik muayenesi yapılmalı ve öykü alınmalıdır (Yaman ve Yılmaz 2014, Görüş ve Bilgi 2015, Temiz ve Kaya 2017). Hemşireler cinsel sağlığın korunmasından, geliştirilmesinden ve sürdürülmesinden, cinsel sağlığa yönelik sorunun belirlenip çözüme kavuşturulmasından sorumludur (Görüş ve Bilgi 2015). Hemşireler hastanın cinsel sağlığını değerlendirirken hastaları soru sormaları için cesaretlendirmelidir. Sürece partneri de dahil edilmeli, yaşamıyla ilgili duygu ve düşüncelerini partneri ile paylaşmasının önemi açıklanmalıdır (Yaman ve Yılmaz 2014, Görüş ve Bilgi 2015, Temiz ve Kaya 2017, Kara ve Arıkan 2021). Hasta ile cinsel durumu, immünosupresif ilaçların cinsel yaşantısı üzerindeki etkileri, yaşadığı anksiyete ve korkuları tartışılmalıdır. (Yaman ve Yılmaz 2014, Temiz ve Kaya 2017). Hastaların partneriyle olan ilişkisinin güçlü yönlerini desteklenmesi, cinsel yaşama uyum, cinsel yardım, ilişkide rahat konumlandırma, özel anlar sunma, ağrı-semptom-doğum kontrolü ve tıbbi tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirme hemşirenin sorumluluklarıdır (Yaman ve Yılmaz 2014, Kara ve Arıkan 2021). Masaj terapisi, aromaterapi, gevşeme gibi tedavi yöntemlerinden yararlanılabilir (Kara ve Arıkan 2021).

2.17. Nakil Olan Hastalara Psikososyal Yaklaşım

Böbrek yetmezliği tanısı alan hastalar tanının konulduğu andan itibaren psikolojik olarak korku, endişe, öfke, kızgınlık gibi duyguları içeren süreçlerden geçmektedirler. Bu süreç, hasta ve ailesini psikososyal açıdan olumsuz olarak etkilemektedir. Hasta nakil öncesi ve sonrası psikolojik yönden değerlendirilmeli ve gerektiğinde bu yönden desteklenmelidir. Bu doğrultuda nakil yapacak ekip üyeleri içerisinde mutlaka bir psikolog da yer almalıdır (Barutçu Ataş vd 2017, Temiz ve Kaya 2017).

Nakil sonrası morbiditeye neden olan durumlar arasında duygusal stres ve psikiyatrik problemler sık görülmektedir (Temiz ve Kaya 2017). Nakil sonrası erken dönemde hastalarda huzursuzluk, ajitasyon, anksiyete, korku ve depresyon görülebilmekte, bunların en başında da depresyon ve anksiyete gelmektedir (Barutçu Ataş vd 2017, Temiz ve Kaya 2017). Depresyon sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin bozulmasıyla doğrudan ilişkilidir (Kovacs vd 2011). Böbrek rahatsızlığı olan hastalarda hastaneye yatma sıklığı daha çok psikososyal sıkıntıdan kaynaklanmaktadır. Depresyon en sık görülen yatma nedeni olmakla birlikte kadınlarda daha çok görülmektedir (Barutçu Ataş vd 2017). Vücudunun nakil olan böbreği reddebileceği ihtimalinden duyduğu kaygı, tedavinin sürecinin uzun soluklu olması ve özellikle enfeksiyon kapma korkusu gibi kullanılan ilaçların ciddi yan etkileri ve özellikle enfeksiyon kapma korkusu bu hastalarda anksiyete görülmesinin en sık nedenleridir. Ayrıca beden imajında bozulma kaygısı, cinsel istekte azalma, evli ise boşanma ihtimali, işe dönme ile ilgili sorunlar, aile içi rollerde ve ilişkilerde değişiklik anksiyeteye neden olabilmektedir. Hastalar bu konuda bilgilendirilmeli, destek sistemleri belirlenmeli ve belirtilerle baş etme yöntemleri hastaya öğretilmelidir. Hastalara cinsellik konusu dahil olmak üzere tüm konularda açıkça sorular sorabileceği cesaretlendirici ve destekleyici ortam hazırlanmalıdır. Hastaların fiziksel bakım gereksinimleri karşılanmalı, bilgi eksiklikleri giderilmeli, gerektiğinde seminerler düzenlenmeli, diğer hastalarla deneyimlerini paylaşmalarına olanak sağlanmalı, korkuları küçümsenmemeli ve onlara empatik yaklaşılmalıdır (Temiz ve Kaya 2017).

Böbrek hastalığı bulunan kişilerde anksiyete belirtileri olarak kişilerde nefes alamama hissi, çarpıntı, terleme ve ölüm korkusu vb. şeklinde görülebilmektedir (Esen vd 2015, Barutçu Ataş vd 2017). Nakil sonrası erken dönemde hastalarda rejeksiyon korkusu, anksiyete, huzursuzluk ve ajitasyon vb. sık görülmektedir (De Pasquale vd 2014).

Barutçu Ataş ve arkadaşlarının 2017 yılında yapmış oldukları çalışmada transplantasyondan sonra geçen süresi artıkça hastaların depresyon ve anksiyete

düzeylerinin azaldığı görülmüştür (Barutçu Ataş vd 2017). Tedavi sürecindeki belirsizlik hastanın tedaviye uyumunu etkileyebilir, hastalarda umutsuzluğa ve kişilik bozukluklarına neden olabilir (Temiz ve Kaya 2017).

2.18. Böbrek Nakli Hastasının Bakım Yönetimi

Böbrek nakli yapılan hastalarda yatak istirahatinin uzun olması, hareketsiz kalma ve immunsuppresiflerin kullanımı kasların kondisyonlarında kayıp ve güçsüzlük, kilo kaybına, aerobik kapasitede ve egzersiz toleransında azalmaya neden olmaktadır (Didsbury vd 2013). Nakil başarılı olsa bile immunosupressif ilaç kullanımına bağlı gelişen semptomlar, iş kapasitesindeki azalma ve yaşam kalitesindeki değişim tamamen düzelmeyebilir (Tıǧlı vd 2017). Hastaların eğitim düzeyleri nakil başvurusunda bulunma durum, nakil sonrası yönetim ve tedaviye uyumlarını etkilemektedir. Hastaların, nakil yapılan organa ve tedavilerine uyum sağlamaları hastaneden çıktıktan sonraki 6 ay ile 1 yıllık süreyi kapsamaktadır (De Pasquale vd 2014).

Günümüzde sağlık anlayışı sadece kişiye yönelik olmayıp aile ve toplumu da ele alan; hepsinin sağlığını koruyan, devam ettiren ve geliştiren, sağlık merkezli bakım odaklıdır. Bu anlayışla kişiler yeni davranışlar kazanmakta, doğru kararlar alabilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) olarak adlandırılan bu yeni davranışlar sağlığı sürdürmek ve hastalıklardan korunmak için yapılan ve inanılan her şeydir. Kendini geliştirme, kendi sağlık sorumluluklarını alma, sağlık kontrollerini yaptırma, hijyenini sağlama, stresi yönetebilme, dengeli beslenme, sigara kullanmama, düzenli ve yeterli egzersiz yapabilme sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır (Doğan ve Dönmez 2019).

Nakil sonrası bakım sadece hastayı değil bakım vericileri de etkilemektedir. Bakım vericilerin biyo-psiko-sosyal durumu verdikleri bakımı dolayısıyla da hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir (Soylu ve Ortabağ 2017).

2.19. Nakil Olan Hastalarda Taburculuk Eğitimi

Transplantasyon sürecinde alıcı ve vericilerin öz bakım sorumluluklarını alabilmelerinde ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde hasta eğitiminin önemi büyüktür (Pazar vd 2013). Nakil sonrası hastaların gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu konuda gereken desteğin sağlanması, yaşam kalitelerini yükseltebilmeleri, hastalık ve sağlıklarını iyi yönetebilmeleri konusunda eğitim verilmesi hemşirelerin sorumluluğudur

(Soylu ve Ortabağ 2017). Hemşireler, bu süreçte gelişebilecek komplikasyonları takip etmeli, gerekli olan bakımı planlamalı ve uygulamalıdır (Pazar vd 2013). Nakil sonrasında diyet ve egzersiz programları ile hastaların kilo almaları önlenmeli, gerektiğinde sosyal destek ve rehabilitasyon sağlanmalıdır (Soylu ve Ortabağ 2017). Nakil yapılan hastalarda uygulanan egzersiz programları kardiyovasküler risk faktörlerini, ilaçların olumsuz etkilerini ve enflamatuvar belirleyici seviyeleri azaltmakta; greft fonksiyonunu, çalışma performansını, aerobik kapasiteyi, kas kuvvetini ve yaşam kalitesini artırmaktadır (Romano vd 2010, Tıǧlı vd 2017). Literatürde nakil sonrası dirençli ve aerobik egzersiz yöntemlerine yönelik çalışmalar az da olsa bulunmaktadır. Bu süreçte hastalara kalistenik egzersizleri yapması önerilmektedir. Kalistenik egzersizler hastaya uyarlanabilen, tempolu, farklı yoğunlukta yapılabilen, kullanışlı ve yararlı bir egzersiz türüdür. Egzersiz eğitiminin egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, özellikle böbrek hastalığı olanlarda kalistenik egzersizlerin etkili olduğu ifade edilmiştir. Bir çalışmada böbrek nakli sonrası uygulanan egzersiz eğitiminin hastaların fonksiyonel kapasitelerine ve yaşam kalitelerine olan etkisi 8 haftanın sonunda değerlendirilmiş ve etkili olduğu görülmüştür (Tıǧlı vd 2017). Romano ve arkadaşlarının böbrek nakli olan hastalarda yapmış oldukları bir çalışmada haftada 3 gün 40-45 dakika yapılan aerobik egzersizin yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiştir (Romano vd 2010). Wang ve arkadaşları (2020), böbrek transplantasyonu sonrası hastalara 8 hafta, haftada 3 gün, 30 dakika aerobik egzersizi içeren aktif video oyunlu bir çalışma yapmışlar. Çalışma öncesi ve sonrası yürüme mesafesi arasında ortalama 14 metrelik bir artış gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Bu durum Tıǧlı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Egzersiz yapmanın sadece hastanede kaldıkları süre boyunca değil de hastaneden ayrıldıktan sonra da önemli olduğu vurgulanmalı ve egzersiz yapmaları için cesaretlendirilmelidirler. Egzersiz eğitiminin egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisine bakıldığı çalışmada özellikle böbrek hastalığı olanlarda kalistenik egzersizlerin etkili olduğu görülmüştür (Tıǧlı vd 2017).

Taburculuk eğitiminde verilmesi gereken bilgiler:

Alıcı için:

- ✓ Rejeksiyon belirti ve bulguları
- ✓ Kullanılan tüm ilaçların hangi amaç, doz ve yol ile uygulandığı ve yan etkilerinin neler olduğu
- ✓ İmmünoşpresif ilaçların kullanımının düzenli olması gerektiği
- ✓ Düzenli egzersiz programı

- ✓ Reçetesiz ilaç kullanmaması gerektiği ve ilaç kullanması gerektiğinde doktoruna danışması gerektiği (başta non steroidal antiinflamatuvar ilaçlar ve antibiyotikler)
- ✓ Hastaneye her ne nedenle giderse gitsin sağlık personeline transplantasyon hastası olduğunu ifade etmesi
- ✓ Enfeksiyondan korunma yolları, enfeksiyon belirti ve bulgularının (ateş, bulantı, kusma, ishal vb.) neler olduğu ve böyle durumlarında sağlık kuruluşuna hemen başvurması gerektiği
- ✓ Herhangi bir sağlık probleminde arayacağı numaralarla ilgili bilgi
- ✓ El hijyeninin ve izolasyon önlemlerinin önemi (özellikle ameliyattan sonraki ilk 3 ay mümkün olduğunca kalabalık yerlerden uzak durması gerektiği)
- ✓ Kontrole gelme zamanları
- ✓ Taburcu olduktan sonra diyetisyeniyle görüşerek diyetine yönelik nelere dikkat etmesi gerektiği konusunda bilgilenmesi
- ✓ Aynı koşulda ve saatte her gün tartılması ve kilosunu kaydetmesi gerektiği
- ✓ Aldığı ve çıkardığı sıvı miktarını kaydetmesi (en az üç hafta)
- ✓ İlk iki hafta araba kullanmaması
- ✓ Kontrollere düzenli olarak gelmesi gerektiği ve gelirken kaydettiği değerleri yanında getirmesi
- ✓ Hastanın kendi yaşam bulgularını nasıl ölçmesi ve kaydetmesi
- ✓ Güneş ışınlarından kaçınması gerektiği
- ✓ 6 aylık aralıklarla göz ve diş muayenesi yaptırması
- ✓ Sakin bir yaşam sürdürmeyi benimsemesi (Pazar vd 2013, Özdemir Köken ve Sezer 2018).

Verici (canlı ise) için:

- ✓ Ameliyattan itibaren altı hafta beş kilodan ağır herhangi bir şey kaldırmaması
- ✓ Posalı diyet uygulaması
- ✓ Su alımını arttırması
- ✓ Hareket etmesi
- ✓ Olası bir enfeksiyon bulgusundan (38°C'nin üzerinde ateş, idrar yaparken yanma ya da ağrı, ameliyat yerinde kızarıklık, ağrı, akıntı vb.) şüphelendiğinde doktora başvurması
- ✓ Taburculuktan sonra dikişlerini ne zaman aldırması (7-14.gün sonrası)
- ✓ Egzersize ne zaman başlaması (9 hafta sonra)
- ✓ Genel kontroller için hastaneye gelmesi gerektiği söylenmelidir (Pazar vd 2013).

İleri yaş grubundaki hastaların bakım ve danışmanlık gereksinimlerinin fazla olduğu unutulmamalıdır (Soylu ve Ortabağ 2017).

2.20. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü 1974’de sağlığı “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde (Doğan ve Dönmez 2019); yaşam kalitesini ise, kişilerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, kişisel yeterliliği, sosyal ilişkileri ve çevresi ile olan etkileşimleri kapsayan bir kavram olarak tanımlamaktadır. Literatürde, transplantasyonun kişinin hayatta kalma oranını arttırdığı gibi yaşam kalitesini de iyileştirdiği ifade edilmektedir (Aldemir ve Gürkan 2018, Wang vd 2020). Yaşam kalitesi kavramının, 1960’lı yıllardan sonra oldukça yaygın olarak kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Bu, tıp alanında 1970-1980’li yıllarda, hemşirelikte ise 1980-1990’lı yıllarda üzerinde durulan bir kavram olmuştur. Tedavi etkinliğinin, verilen sağlık hizmetlerinin, tıbbi ve hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde yaşam kalitesi kavramı kullanımının giderek arttığı görülmektedir (Sarigöl Ordin 2013). Birden fazla boyutu içeren yaşam kalitesi, kullanılan ölçütlerle hastalık ve hastalığın şiddetinden etkilenmektedir (Yılmaz 2016).

Yaşam kalitesindeki asıl amaç hastanın yaşamından memnun olma ya da rahatsız olma durumunu belirlemek olduğundan değerlendirmede hastanın görüşlerine başvurulmaktadır (Barutçu Ataş vd 2017). Hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirilirken holistik yaklaşımdan yararlanılmalıdır (Doğan ve Dönmez 2019). Yaşam kalitesi, fiziksel fonksiyon (fiziksel sağlık, fiziksel yıpranma, uyku kalitesi, beslenme, yorgunluk, günlük yaşam aktiviteleri etkileyen durumlar), psikolojik fonksiyon (stres, üzüntü, anksiyete, umutsuzluk, çaresizlik, tükenmişlik, depresyon, iyilik halini etkileyen durumlar) ve sosyal fonksiyon (sosyal aktiviteler, yaşam tarzı, aile ilişkileri vb. durumlar) olmak üzere üç boyutta ele alınmaktadır (Akyol Güner vd 2018). İlaçların yan etkileri, anksiyete, istihdam sorunu, psiko-sosyal problemler ve mevcut olan böbrek hastalığı hastaların deneyimlerini dolayısıyla da yaşam kalitesini etkilemektedir (Kovacs vd 2011).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (Health-Related Quality of Life-HQoL); böbrek nakli alıcılarında klinik, sosyal, demografik ve çevresel faktörlerden etkilenebilmekte ve değişkenlik gösterebilmektedir (Chisholm-Burns vd 2011). Sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim, gelir) faktörler, klinik parametreler (böbrek hastalığı süresi, komorbid

durumlar, hemoglobın, serum albümin vb.), psikolojik faktörler (kişilik özellikleri, depresyon, anksiyete vb.) ve uyku bozuklukları HRQoL ile ilişkilidir (Kovacs vd 2011).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde yararlanılan birçok ölçek olmakla birlikte en çok tercih edilen SF-36'dır (Yılmaz 2016). Bu amaçla kullanılan ölçeklerden biri de Hasta Tarafından Raporlanan Sonuçlar Ölçümü Bilgi Sistemi (PROMIS), PROMIS-57 ve PROMIS-29'dur. Bu evrensel bir ölçme aracıdır ancak SF-36 gibi KBY hastalarında doğruluğu kanıtlanmamıştır (Tang vd 2019). Böbrek nakli uygulanan hastalar çeşitli semptomlarla başetmek durumunda kalmaktadırlar ve semptom yönetimi, yaşam kalitesini (Quality of Life-QOL) iyileştirmede çok önemlidir (Wang vd 2020). Böbrek nakli ile sadece yaşamı uzatmak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek değil; yaşam kalitesini artırmak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak ve yaşam doyumunu arttırmak amaçlanmaktadır (Chisholm-Burns vd 2011, Doğan ve Dönmez 2019).

Nakilden sonra eski sağlığına ve yaşamına kavuşacağı düşüncesi hastaları motive etmekle birlikte karmaşık ilaç tedavisi, ilaç yan etkileri, rejeksiyon ve enfeksiyon riski, düzenli poliklinik kontrollerine gelme zorunluluğu ve tekrarlı hastane yatışları gibi durumlar hastaları strese sokmaktadır. Bu durumları deneyimlemeleri ve başetmek durumunda kalmaları hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Üstündağ vd 2007, Soylu ve Ortabağ 2017, Tıgılı vd 2017). Bu nedenle hastaların stres düzeyleri ve yaşam kalitesi, sağlık profesyonellerinin nakil sonrası ele alması gereken önemli konular arasında yer almaktadır (Üstündağ vd 2007). Hastaların, nakil sonrası yaşamlarına 6 ay ile 1 yıl arasında uyum sağladıkları görülmektedir ve bu süre depresyon ve anksiyete ile ilişkilidir (De Pasquale vd 2014).

Yaşam kalitesi hastadan hastaya farklılar gösterebilmekte ve bazı durumlardan etkilendiği görülmektedir. Genç yaştaki hasta gruplarının ileri yaştakilere göre uygulanan tedaviden daha fazla yarar sağladıkları ve yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Özşaker 2014, Soylu ve Ortabağ 2017). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesini arttıracığından hastaların bu davranışları kazanmaları önemlidir (Doğan ve Dönmez 2019).

Öz yönetimle yaşam kalitesi arasında doğrudan bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Öz yönetimi daha iyi olan hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi ve dolayısıyla da yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Weng vd 2010). Kişinin günlük aktivitesi için kendine ve sağlığına en uygun olan programları, davranışları seçmesi ve kendi sağlığını etkileyebilecek tüm davranışları kontrol edebilmesi sağlıklı yaşam biçimi olarak tanımlanır ve sürdürülmesi önemlidir (Doğan ve Dönmez 2019). Böbrek nakli ile sadece yaşamı uzatmak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek değil yaşam kalitesini de

arttırmak amaçlanmaktadır (Chisholm-Burns vd 2011). Son yıllarda gelişen bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler son dönem yetmezlik yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin artmasında ve yaşam sürelerinin uzamasındaki tek etkili yöntemin nakil olduğunu göstermektedir (Karadeniz vd 2020, Akyolcu ve Kula Şahin 2021).

2.21. Araştırma Soruları

- 1. Böbrek transplantasyonu sonrası hastaların semptom oluşma ve rahatsızlık durumunu etkiler mi?
- 2. Böbrek transplantasyonu sonrası hastaların yaşam kalitesini etkiler mi?
- 3. Böbrek transplantasyonu sonrası semptom oluşma ve rahatsızlık durumunu hastaların yaşam kalitesini etkiler mi?
- 4. Böbrek transplantasyonu sonrası hastaların semptom oluşma ve rahatsızlık durumunu etkileyen ilişkili faktörler nelerdir?
- 5. Böbrek transplantasyonu sonrası hastaların yaşam kalitesini etkileyen ilişkili faktörler nelerdir?

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri, Pamukkale Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi nefroloji polikliniğine kontrole gelen hastalardan Mart 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Pamukkale Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Nefroloji Polikliniği'nde böbrek transplantasyonu nedeniyle takip edilen 411 hasta oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar (n=170) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Ancak rejeksiyon gelişen ve hemodiyalize dönen 71, Ex olan 43, takiplerini başka merkezlerde devam ettiren 36, takiplere gelmeyen 4, iletişim problemi yaşanan 18, veri toplama araçlarını eksik dolduran 10 ve çalışmayı kabul etmeyen 59 hasta olmak üzere toplam 241 hasta çalışma dışı bırakılmıştır.

Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü Cohen (1988) tarafından belirlenen çoklu regresyon analizine göre orta düzeyde olarak 0.15 alınmıştır (Cohen 1988). Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.15 etki büyüklüğünde 107 kişiye ulaşılması gerekmektedir (df=2; F=3,086).

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişkenler: Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu, Kısa Form - 36 Yaşam Kalitesi araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, beden kütle indeksi, çocuk varlığı ve sayısı, eğitim durumu, yaşadığı yer ve kişiler, mesleği, şu anda ve ameliyat öncesi çalışma durumu, aylık gelir, ameliyat sonrası geçen süre, ameliyatın yapıldığı merkez, böbrek nakli nedeni, verici tipi ve yakınlığı, ek operasyon ve hastalıklar, ilaç, sigara ve alkol kullanımı, ameliyat sonrası bakımı sağlamada destek durumu ve bunu kimin sağladığı araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.5. Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri: Nefroloji Polikliniği'nde böbrek transplantasyonu nedeniyle takip edilen, Türkçe konuşabilen ve anlayabilen, iletişim engeli bulunmayan, karar verme yeteneğine sahip olan/karar vermesine engel bir hastalığı (Alzheimer ve demans vb.) bulunmayan, böbrek transplantasyonu ameliyatının üzerinden en az üç ay geçmiş olan, 18 yaş ve üzerinde ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Dışlanma Kriterleri: Böbrek transplantasyonu sonrası rejeksiyon gelişen, 18 yaşından küçük olan, ameliyat sonrası takiplerine başka bir merkezde devam eden, genel durumu kötü ve sorulara cevap veremeyecek durumda olan, düzenli kontrole gelmeyen, veri toplama araçlarını eksik dolduran, iletişim problemi yaşanan, nakil ameliyatının üzerinden 3 ay geçmemiş olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Çalışma verileri, dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalardan (Nefroloji Polikliniği'nde böbrek transplantasyonu nedeniyle takip edilen) yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Veriler toplanmaya başlamadan önce hastalara çalışmanın amacı

ve önemi açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alındı. Hastaların kontrolleri ile ilgili işlemlerine engel olmamak ve verilerin daha rahat toplanabilmesi için hastaların muayene ve kontrollerini tamamlamaları beklendi. Hastaların verileri nefroloji polikliniğinde toplandı. Veri toplama sürecinde ortamın olabildiğince sessiz olması sağlandı. İhtiyacı olan kişilerin yakınlarının yanında (bir kişi) kalmasına izin verildi. Fakat pandemi sürecinin devam etmesi nedeniyle çok zorunlu kalınmadıkça hastalarla birebir görüşme yapılmasına özen gösterildi. Veri formlarının tamamını doldurmak istemeyen hastalar çalışmadan dışlandı.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Sosyodemografik ve Klinik Bilgiler Formu, Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği^{TR} (MTSORD-58^{TR}) ve Kısa Form - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36/SF 36) ile toplanmıştır.

3.7.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgiler Formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmış olan bu form (Ek 1) sosyodemografik ve klinik bilgiler olmak üzere iki bölümden ve toplam 37 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik özellikler bölümünde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, boy kilo (beden kütle indeksi), medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu ve sıklığı, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişi(ler), mesleği, ameliyat öncesi ve sonrası çalışma durumu, aylık gelir durumu ve sosyal güvencesinin olup-olmama durumu, böbrek nakline yönelik bilgi alma durumu ve bu bilgiyi kimden aldığı ile ilgili 18 soru yer almaktadır. Klinik özellikler bölümünde ise; kronik böbrek yetmezliğinin dışında ek hastalık varlığı, hastalığın adı, ek hastalık nedeniyle sürekli kullanılan ilaç(lar), daha önce başka nedenle ameliyat öyküsünün olup-olmadığı, böbrek hastası olma nedeni, daha önce böbrek nakli ameliyatı olma durumu, son nakil ameliyatının yapıldığı merkez, son böbrek nakli ameliyatından sonra geçen süre, ameliyattaki verici tipi, canlı vericinin hastaya yakınlığı, nakil sonrası kullanılan immünosupresif ilaçlar ve süresi, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumu, gelişen komplikasyonların ne olduğu, komplikasyonlara yönelik alınan önlemler, ameliyat sonrası kontrole gelme sıklığı, ameliyat sonrası bakımda destek alma durumu ve desteği kimden aldığı ile ilgili bilgileri içeren 19 soru bulunmaktadır (Afshar 2012, Sarıgöl Ordin 2013, Kim ve Jang 2020, Akıncı ve Akıncı 2022, Güvenç ve Tuna 2022, Bülbüloğlu vd 2022).

3.7.2. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği^{TR} (MTSORD-58^{TR}) (Ek 2)

Bu ölçek, 1985 yılında Laugh ve arkadaşları tarafından kalp nakli sonrası kullanılan immünosupresif ajanların semptom ve rahatsızlık durumu üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Ek 2). Nakil olan hastaların klinik deneyimlerinden, hemşirelik ve tıp literatüründen yararlanılarak geliştirilen bu ölçek 27 maddeden oluşmuştur. Daha sonra yeni immünosupresif ajanların kullanımına girmesi ile, ölçeğin yeniden düzenlenmesi gündeme gelmiştir. Ölçek, Moons ve arkadaşları tarafından 2001'de yeniden düzenlenmiştir (Moons 2001). Bu düzenleme ile, ölçeğin orjinalinde yer alan solunum güçlükleri, unutkanlık, iştme güçlüğü, iştahsızlık ve tat alma sorunlarını içeren maddeler dışlanmış; dişeti hiperplazisi ve kas zayıflığı maddeleri eklenmiştir. Ayrıca bu düzenleme sırasında enfeksiyonu içeren maddeler; sırasıyla genel, solunum, idrar ve cilt enfeksiyonlarına ilişkin semptomları kapsayacak şekilde ateş, öksürük, ağrılı işeme ve deri döküntüsü olarak detaylandırılmıştır. Mide bulantısına ilişkin madde mide şikayetleri olarak; ağrılı adet görme maddesi ağrılı adet görme/aşırı adet kanaması olarak; değişen yüz görünümü ay dede yüz olarak ve ağrı maddesi de sırt ağrısı olarak değiştirilmiştir (Moons vd 2001). Erkekler ve kadınlar için versiyonlar yalnızca tek bir öğede farklılık gösterir: Sertleşme ve adet sorunları (Moons vd 2001, Kim ve Jang 2020). Ölçek, yeni İT ajanlarının kullanılmaya başlanması ile birlikte 2008'de Dobbels ve arkadaşları tarafından 59 maddelik olan son halini almıştır (Dobbels vs 2008).

Modifiye Transplantasyon Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu – 58 Maddelik Ölçeği (MTSORD-58) immünosupresif ilaçların uzun süre kullanımına bağlı oluşabilecek yan etkileri ve bunların rahatsızlık durumunun değerlendirilebileceği uluslararası bir ölçüm aracıdır ve hastaların ifadelerine dayanmaktadır (Dobbels vd 2008). Diğer ölçüm araçlarına göre daha kapsamlıdır. Tüm immunosupressiflerin yan etkilerine odaklanır ve yan etkileri iki boyutta değerlendirir (Dobbels vd 2008, Sarıgöl Ordin 2013). Ölçeğin her maddesi, immunosupresif ilaçların bir yan etkisini değerlendirmektedir (Sarıgöl Ordin 2013, Kim ve Jang 2020). Hastaların son dört hafta içindeki belirtileri göz önüne alarak formu doldurmaları istenmektedir. Form, semptom oluşma boyutu (semptomun oluşma sıklığı ya da yoğunluğu) ve semptom varlığında semptomun kişide oluşturduğu rahatsızlık durumunu değerlendirmeye izin vermektedir. Semptom oluşumu, semptom deneyiminin bilişsel bileşenini temsil etmektedir. Bu sayede belirli bir semptomun sıklığı, şiddeti ve süresi ölçülebilmektedir. Semptom sıkıntısı, bir semptomun neden olduğu duygusal yükü ifade eder (Kim ve Jang 2020).

Ölçeğin, Türk kültürüne uyumu, geçerlik ve güvenirlik çalışması 2013 yılında Sarıgöl Ordin ve arkadaşları tarafından karaciğer nakilli hastalar üzerinde yapılmıştır. Türkçe geçerliliği yapılırken anlaşılabilirliğini sağlamak amacıyla ifadelerin şekli değiştirilmiş, birbiri ile ilişkili olduğu düşünülen sistem semptomlarının peşi sıra gelmesi sağlanmış ve orijinal versiyondaki yerleri değiştirilmiştir. Türkçe versiyona getirilirken orijinal versiyondan benzer olan semptomlar (nefessiz kaldım ve nefes darlığı yaşadım) tek madde haline getirilmiş, tek maddede birden fazla semptom gösterilen maddeler (mide problemi yaşadım, bulantım ve kusmam oldu) iki farklı madde olarak yazılmış, anlaşılabilirliği güç olan bir madde çıkartılmış ve sonuçta ölçekteki madde sayısı 58'e düşmüştür. Ölçeğin Türkçe versiyonu, Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsız Durumu 58 Maddelik Ölçeği-TR (MTSORD-58^{TR}) şeklinde adlandırılmıştır. Her insanda aynı belirti ve bulgular görülmediğinde, kişilerde formdakilerden ayrı gözlenen yan etkiler ve bu etkilerin sıklığını belirlenmesi için formun altına ek olarak boş alanlar bırakılmıştır (Sarıgöl Ordin 2013). Sarıgöl Ordin ve arkadaşları (2013) ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yaparken ölçeği, fiziksel ve psikolojik boyut olarak iki kategoriye ayrılmıştır. Fiziksel boyuttaki maddeler 1-48. ve 57. maddeyi, psikolojik boyutları ise 49-56. ve 58. maddeyi kapsamaktadır (Sarıgöl Ordin 2013). Biz de ölçeği, Sarıgöl Ordin'in çalışmasında yer verdiği şekilde alt boyutları dikkate alarak kullandık.

Ölçekteki ifadeler verilen tepkiler beş basamaklı likert skalası ile değerlendirilmektedir. Semptom oluşma durumu 0'dan (hiç olmadı) 4'e (her zaman oldu/çok fazla oldu) kadar ve Semptom Rahatsızlık durumu 0'dan (hiç sıkıntı vermedi) 4'e (aşırı derecede sıkıntı verdi) kadar değerlendirilmektedir. Semptom oluşma sıklığı "0" olan hastaların Semptom Rahatsızlık verme durumu değerlendirilmeye alınmamakta ve "0" olarak değerlendirilmektedir (Moons vd 2001; Sarıgöl Ordin 2013, Kim ve Jang 2020). MTSORD-58^{TR} semptom oluşma toplam puanı ve rahatsızlık toplam puanı en az sıfır (0), en fazla 232 olabilmektedir. Her madde (örneğin, uyku güçlükleri, iştahsızlık, ayak bileklerinde şişme), hem semptom oluşumu hem de sıkıntı açısından puanlanır. Ölçeğin düzeni, her bir faktöre ilişkin bağımsız yanıtları geliştirecek şekilde oluşturulmuştur. Semptom oluşumu dikey bir ölçekleme yöntemi kullanılarak ölçülürken semptom sıkıntısı yatay bir ölçekleme yöntemi kullanılarak puanlanır (Sarıgöl Ordin vd 2013).

Ölçeğin genel bir puanını hesaplamanın yolu hassas bir istatistiksel teknik olan ridit analizidir. Her hasta için semptomlar oluşum ve rahatsızlık şeklinde ayrı ayrı değerlendirilir, ridit puanı hesaplanır (Dobbels vd 2008). Ridit değeri 0 ile 1 arasındadır. Semptom ya da rahatsızlık durumlarını karşılaştırılabilmesi için referans gruba ihtiyaç vardır (Bilgin 2003, Dobbels vd 2008, Sarıgöl Ordin vd 2013, Kim ve Jang 2020).

Analizde referans grubunun ridit değeri 0.5 olarak hesaplanması gerekmekte; ridit değeri 0.5'ten küçük ise kişinin daha az semptom yaşadığı, 0.5'ten büyük ise daha çok semptom yaşadığını ifade etmektedir (Sarigöl Ordin 2013). Araştırmamızın referans grubu için Sarigöl Ordin'in çalışmasında (2013) referans grubu olarak kullandığı verilerden (izni doğrultusunda) yararlanılmıştır.

3.7.3. Kısa Form - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36/SF 36)

Bu ölçek genel popülasyonu ve sağlık politikalarını değerlendirmek, klinik uygulama ve araştırma yapmak amacıyla 1987'de Ware tarafından (Ek 3) geliştirilmiştir (Ware vd 1992). Ölçek, belli bir yaş ve hastalık grubuna odaklanmaksızın sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal bileşenlerine ağırlık vererek yaşam kalitesini değerlendirir. Ölçeğin doldurulma süresinin kısa olması (5dk), kişinin sağlık durumunun hem olumsuz hem de olumlu yönlerini değerlendirmeye ve en ufak değişimleri dahi saptamaya izin vermesi nedeniyle diğer ölçeklere göre daha duyarlıdır (Koçyiğit vd 1999). Ölçeğin, Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından romatizmal hastalığa sahip hastalar üzerinde yapılmış ve cronbach alfa değeri 0.7324-0.7612 aralığında bulunmuştur (Koçyiğit vd 1999). Bu çalışmadaki cronbach alfa değeri 0.661 olarak bulunmuştur.

Ölçek; 36 madde ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), vitalite/enerji (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde)'dir (Koçyiğit ve vd 1999;). Ölçek, son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Soruların değerlendirilmesinde 4. ve 5. maddeler dışında Likert skalası (üçlü, beşli, altılı) kullanılmaktadır. Ölçeğin 4. ve 5. maddeleri evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (Koçyiğit vd 1999).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.02.2021 tarih ve 03 sayılı etik kurul onayı (Ek 4) ve araştırmanın yürütüldüğü hastaneden kurum izni alındı (Ek 5). Modifiye Transplantasyon

Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği^{TR} (MTSORD-58^{TR}) ve Kısa Form - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36/SF 36)'nin geçerlik ve güvenilirliği yapmış olan yazarlardan ölçek kullanım izinleri alındı (Ek 6-7). Araştırmaya katılan hastaların yazılı ve sözlü onamları alındı (Ek 8). Hastalara çalışmanın amacı, içeriği ve yöntemi anlatıldı. İstedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ve verdikleri bilgilerin kimseyle paylaşılmayacağı konusunda gerekli açıklama yapıldı. Araştırma Helsinki Deklerasyonu doğrultusunda yürütüldü.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tek merkezli (Pamukkale Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi nefroloji polikliniği) olarak yürütülmüştür. Farklı nedenlerden dolayı (pandemi nedeniyle takiplerini başka merkezlerde devam ettiren ya da gelmeyen, ex olan, rejeksiyon gelişmesi sonrası hemodiyalize dönen, iletişim problemi yaşanan ve veri toplama araçlarını eksik dolduran) takip edilen hastaların yarıdan fazlası (n=241;%58.60) araştırma dışı bırakılmak zorunda kalmıştır. Verilerin yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış olması, toplanan verilerin görüşmecinin verdiği bilgiler ile sınırlı kalmasına neden olmuştur. Bunların yanında transplantasyon öncesi hastaların yaşam kalitesi, semptom ve rahatsızlık durumları değerlendirilemediği için nakil sonrası ile karşılaştırma yapılamaması, araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Dolayısıyla sonuçlar sadece bu çalışmaya özgüdür, genellenemez.

3.10. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. Bu sonuca göre (skewness= 0, kurtosis= ± 2) normal dağılım kabul edilmiştir (George ve Mallery 2010, Tabachnick ve Fidell 2013).

Hastaların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon ve lineer regresyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir (Kalaycı 2006).

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır. Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır (Büyüköztürk vd 2018).

Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsız Durumu 58 Maddelik Ölçeği (MTSORD-58TR) değerlendirmesi Ridit analizi ile yapılmıştır.

3.11. Süre ve Olanaklar

Konuya ilişkin literatür taraması ve tez konusuna karar verilmesi işlemleri Eylül 2020- Ocak 2021 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Ocak 2021 - Mart 2021 tarihleri arasında araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmış ve Mart 2021 - Şubat 2022 tarihleri arasında araştırmanın verileri toplanmıştır. Araştırma verilerinin analiz edilmesi Mart 2022 - Haziran 2022 ve Araştırma verilerinin rapor edilmesi Temmuz 2022 - Aralık 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (Şekil 3.1).



Şekil 3.1 Araştırmanın Zaman Çizelgesi

4. BULGULAR

Hastaların sosyodemografik özelliklerine yönelik bulgular Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1 Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=170)

Değişkenler	X ± SD	min-max
Yaş	45,92 ± 13,40	18,00 ± 77,00
Beden Kütle İndeksi (BKİ)	26,48 ± 5,00	16,60 ± 44,00
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	94	55,3
Kadın	76	44,7
Medeni Durum		
Bekar	52	30,6
Evli	118	69,4
Çocuk Varlığı		
Yok	50	29,4
Var	120	70,6
Çocuk Sayısı		
1	24	20,0
2	70	58,3
3 ve üzeri	26	21,7
Eğitim Durumu		
Okuryazar ve okuryazar olmayan	21	12,4
İlköğretim	64	37,6
Ortaöğretim	21	12,4
Lise	31	18,2
Yükseköğretim	33	19,4
Yaşanılan Yer		
İl	81	47,6
İlçe	64	37,7
Kasaba / Köy	25	14,7
Birlikte Yaşanılan Kişi		
Yalnız	13	7,6
Eş	53	31,2
Ebeveyn	27	15,9
Eş ve çocuk	55	32,4
Aile üyelerinden bir ya da birkaçı (çocuk, eş kardeş, ebeveyn)	22	12,9
Meslek		
İşçi	11	6,4
Emekli	57	33,5
Memur	20	11,8
Serbest meslek	21	12,4
Ev hanımı	61	35,9

Tablo 4.1 Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (N=170) (devamı)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışma Durumu		
Hayır	121	71,2
Evet	49	28,8
Nakil Öncesi Çalışma Durumu		
Hayır	91	53,5
Evet	79	46,5
Aylık Gelir		
500-1000 TL	17	10,0
1001-1500 TL	18	10,6
1501-3000 TL	63	37,0
3001 TL ve üzeri	72	42,4

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının $45,92 \pm 13,40$ yıl, BKİ ortalamasının $26,48 \pm 5,00$ (kg/m²) olduğu saptanmıştır. Hastaların %55,3'ü (n=94) erkek ve %69,4'ü (n=118) evlidir. Hastaların %70,6'sının (n=120) çocuk sahibi ve %58,3'ünün (n=70) çocuk sayısının iki olduğu, %37,6'sının (n=64) ilköğretim mezunu, %47,6'sının (n=82) ilde ve %32,4'ünün (n=55) eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %35,9'unun (n=61) ev hanımı olduğu saptanmıştır. Hastaların %71,2'sinin (n=121) şu anda bir işte çalışmadığı, %53,5'inin (n=91) nakil olmadan önce de çalışmadığı, %42,4'ünün (n=72) aylık gelirinin 3001 TL ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Hastaların kliniğe ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %37,1'inin (n=63) nakil sonrası geçen sürelerinin 1-5 yıl olduğu, %95,3'üne (n=162) daha önce bir nakil girişimi yapılmadığı, %74,7'sinin (n=127) nakil işleminin ve izleminin aynı yerde yapıldığı, %55,9'unun (n=95) nakil nedeninin hipertansiyon, glomerülonefrit, infeksiyon ve toksisite dışındaki diğer durumlar olduğu görülmüştür. Hastaların %66,5'inin (n=113) transplantasyon yapılan organı canlı vericiden aldığı ve %41,6'sının (n=47) vericilerinin ebeveyni olduğu saptanmıştır. Hastaların %51,2'sinin (n=87) nakil dışında bir ameliyat olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %76,5'inin (n=130) ek bir hastalığının olduğu ve hastalıkların %44,6'sının (n=58) HT, DM ve kalp hastalığı oluşturduğu, %96,2'sinin (n=125) de bu hastalıklara yönelik ilaç kullandığı görülmüştür. Nakil sonrası kullanılan immünosupresif ilaçlara bakıldığında %82,4'ünün (n=140) kortikosteroid + CNI + pürin sentez inhibitörü kullandığı ve hastaların %34,7'sinin (n=59) bu ilaçları 1-5 yıldır kullandığı saptanmıştır. Hastaların %92,9'unun (n=158) sigara ve %99,4'ünün (n=169) ise alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Nakil yapılan hastaların %55,3'ünün (n=94) üç ayda bir olacak şekilde kontrole geldiği saptanmıştır. Hastaların %52,9'unun (n=90) ameliyat sonrasında desteğe ihtiyaç duydukları ve %30'unun (n=27) bu desteği eşinden aldığı görülmüştür. Hastaların %71,8'inin (n=122) nakil öncesi dönemde böbrek nakline yönelik bilgilendirildiği ve bu

bilgilendirmenin %36,9'unun (n=45) doktorlar tarafından yapıldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Hastaların kliniğe ilişkin özelliklerinin dağılımı (N=170)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Nakil Sonrası Geçen Süre		
3-12 Ay	16	9,4
1-5 Yıl	63	37,1
6-10 Yıl	50	29,4
11 Yıl ve üzeri	41	24,1
Daha Önce Nakil Olma Durumu		
Re transplant	8	4,7
İlk transplant	162	95,3
Nakil Merkezi		
Nakil ve izlem aynı merkez	127	74,7
Nakil ve izlem farklı merkez	43	25,3
Nakil Nedeni		
Hipertansiyon	56	32,9
Glomerülonefrit	12	7,1
Enfeksiyon	4	2,4
Toksisite	3	1,7
Diğer	95	55,9
Verici Tipi		
Ölü verici	57	33,5
Canlı	113	66,5
Canlı Verici İle Yakınlık Derecesi		
Kardeş	20	17,7
Eş	32	28,3
Çocuk	4	3,5
Ebeveyn	47	41,6
Akraba veya arkadaş	10	8,9
Nakil Dışı Ameliyat Olma Durumu		
Hayır	87	51,2
Evet	83	48,8
Ek Hastalık Varlığı		
Hayır	42	23,5
Evet	128	76,5
Ek Hastalıklar		
HT	30	23,1
DM	22	16,9
HT ve/veya Kalp Hastalığı	18	13,9
HT, DM ve Kalp Hastalığı	58	44,6
Ek Hastalıkta İlaç Kullanma		
Var	123	96,2
Yok	5	3,8
Nakil Sonrası Kullanılan İmmunosupresifler		
Kortikosteroid + CNI + Pürin Sentez İnhibitörleri	140	82,4
Pürin Sentez İnhibitörleri + Kortikosteroid	15	8,8
CNI + Kortikosteroid veya Pürin Sentez İnhibitörleri	15	8,8
İT Kullanım Süresi		
3-12 Ay	14	8,2
1-5 Yıl	59	34,7
6-10 Yıl	50	29,4
11 Yıl ve Üzeri	47	27,6

Tablo 4.2 Hastaların kliniğe ilişkin özelliklerinin dağılımı (N=170) (Devamı)

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Alkol Kullanımı		
Evet	1	0,6
Hayır	169	99,4
Taburculuk Sonrası Sosyal Desteğe İhtiyaç Duyma		
Evet	90	52,9
Hayır	80	47,1
Taburculuk Sonrasında Sosyal Destek Sağlayan Kişi		
Eş	27	30,0
Ebeveyn/kardeş	25	27,7
Eş ve çocuk	24	26,7
Aile üyelerinden biri ya da birkaçı	14	15,6
Önceden Böbrek Nakline Yönelik Bilgi Alma Durumu		
Evet	122	71,8
Hayır	48	28,2
Böbrek Nakline Yönelik Bilgi Veren Kişi		
Doktor	45	36,9
Hemşire	21	17,2
Doktor ve hemşire	30	24,6
Sağlık personeli/sosyal çevre/sosyal medya	26	21,3

HT: Hipertansiyon DM: Diabetes Mellitus CNI: Kalsinörin İnhibitörü

Tablo 4.3 Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ölçeği (MTSORD-58^{TR}) puan ortalamalarının dağılımı (N=170)

	Ort	Ss	Min.	Max.	Ölçek Min-Max
MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma Toplam	41,60	21,46	0,10	146,00	0-232
Fiziksel Semptom Oluşma	33,08	18,12	0,10	123,00	0-196
Psikolojik Semptom Oluşma	8,52	5,59	0,00	27,00	0-36
MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık Toplam	37,69	23,80	0,00	146,00	0-232
Fiziksel Rahatsızlık	29,77	19,72	0,00	123,00	0-196
Psikolojik Rahatsızlık	7,92	6,32	0,00	27,00	0-36

Hastaların MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların MTSORD-58^{TR} Ölçeği puan ortalamaları; Semptom Oluşma Toplam 41,60±21,46, Fiziksel Semptom Oluşma 33,08±18,12, Psikolojik Semptom Oluşma 8,52±5,59, Semptom Rahatsızlık Toplam 37,69±23,80, Fiziksel Rahatsızlık 29,77±19,72 ve Psikolojik Rahatsızlık 7,92±6,32'dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4 Hastaların sosyodemografik özelliklere göre MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=170)

Demografik Özellikler	n	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma Toplam	Fiziksel Semptom Oluşma	Psikolojik Semptom Oluşma	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık Toplam	Fiziksel Rahatsızlık	Psikolojik Rahatsızlık
		(Ort ± SS)	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Cinsiyet							
Erkek	94	41,92±21,26	33,78±18,06	8,13±5,76	37,03±22,29	29,41±18,59	7,61±6,32
Kadın	76	41,21±21,83	32,21±18,28	9,00±5,37	38,51±25,67	30,21±21,15	8,30±6,35
		t=0,214 p=0,830	t=0,562 p=0,575	t=-0,998 p=0,320	t=-0,402 p=0,688	t=-0,261 p=0,795	t=-0,701 p=0,484
		t; p					
Medeni Durum							
Bekar	52	41,78±20,87	32,05±16,54	9,73±6,22	37,48±24,96	28,48±19,44	9,00±7,47
Evli	118	41,52±21,80	33,53±18,82	7,99±5,23	37,78±23,38	30,33±19,89	7,44±5,72
		t=0,071 p=0,943	t=-0,491 p=0,624	t=1,882 p=0,062	t=-0,077 p=0,938	t=-0,565 p=0,573	t=1,477 p=0,186
		t; p					
Çocuk Varlığı							
Yok	50	39,29±19,42	29,97±15,17	9,32±5,86	33,94±22,64	25,62±17,47	8,32±7,04
Var	120	42,56±22,26	34,37±19,13	8,19±5,47	39,25±24,19	31,50±20,40	7,75±6,03
		t=-0,905 p=0,367	t=-1,447 p=0,150	t=1,200 p=0,232	t=-1,330 p=0,185	t=-1,783 p=0,076	t=0,526 p=0,600
		t; p					
Çocuk Sayısı							
1	24	35,95±18,40	28,65±15,43	7,29±5,19	32,16±20,33	25,37±16,77	6,79±5,61
2	70	42,21±23,52	34,08±20,58	8,12±5,45	39,21±25,74	31,62±21,98	7,58±6,30
3 ve üzeri	26	49,63±20,63	40,44±16,85	9,19±5,81	45,92±21,94	36,80±17,97	9,11±5,62
		F=2,437 p=0,092	F=2,445 p=0,091	F=0,761 p=0,469	F=2,054 p=0,133	F=1,995 p=0,141	F=0,995 p=0,373
		F; p					
Eğitim Durumu							
Okuryazar ve okuryazar olmayan	21	47,91±20,47	38,72±16,18	9,19±5,75	47,47±25,38	38,38±20,48	9,09±6,64
İlköğretim	64	41,03±24,15	33,20±20,60	7,82±5,49	36,39±25,61	29,04±21,38	7,34±5,92
Ortaöğretim	21	38,71±14,50	27,94±11,88	10,76±4,80	35,14±16,64	25,23±12,71	9,90±5,86
Lise	31	38,67±19,15	31,31±16,60	7,35±5,39	33,48±18,81	27,09±16,40	6,38±6,00
Yüksekokul	33	43,28±22,43	34,16±18,62	9,12±6,09	39,57±26,49	31,09±21,58	8,48±7,26
		F=0,752 p=0,558	F=1,035 p=0,391	F=1,618 p=0,172	F=1,298 p=0,273	F=1,496 p=0,206	F=1,362 p=0,249
		F; p					
Yaşanılan Yer							
İl	81	42,13±19,95	33,48±16,62	8,64±5,79	37,44±22,37	29,54±18,21	7,90±6,71
İlçe	64	42,10±23,69	32,99±20,42	9,10±5,34	39,76±25,83	31,12±21,94	8,64±5,99
Kasaba / Köy	25	38,63±20,75	31,99±17,18	6,64±5,36	33,20±23,16	27,04±18,84	6,16±5,73
		F=0,279 p=0,757	F=0,066 p=0,937	F=1,803 p=0,168	F=0,690 p=0,503	F=0,393 p=0,676	F=1,388 p=0,252
		F; p					

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.4 Hastaların sosyodemografik özelliklere göre MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=170) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	MTSORD-58 ^{TR}	Fiziksel Semptom	Psikolojik	MTSORD-58 ^{TR}	Fiziksel	Psikolojik
		Semptom Oluşma	Semptom Oluşma	Semptom Oluşma	Semptom Rahatsızlık	Rahatsızlık	Rahatsızlık
		Toplam	Oluşma	Oluşma	Toplam		
		(Ort ± SS)	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Birlikte Yaşanılan Kişi							
Yalnız	13	48,98±27,20	38,44±21,01	10,53±8,17	46,30±27,66	35,69±20,95	10,61±8,96
Eş	53	38,54±18,45	30,90±16,19	7,64±4,96	33,98±19,93	27,00±16,79	6,98±5,54
Ebeveyn	27	40,28±17,24	30,99±13,51	9,29±5,21	34,70±20,86	26,70±16,45	8,00±5,97
Eş ve Çocuk	55	43,48±25,24	35,28±21,86	8,20±5,36	40,65±26,85	32,89±23,17	7,76±5,88
Aile üyelerinden bir ya da birkaçı	22	41,53±19,09	32,21±15,42	9,31±6,23	37,81±25,11	28,90±19,62	8,90±7,69
	F; p	F=0,780 p=0,540	F=0,777 p=0,542	F=1,037 p=0,390	F=1,069 p=0,374	F=1,074 p=0,371	F=1,025 p=0,396
Meslek							
İşçi	11	38,34±15,80	30,52±14,39	7,81±5,51	34,00±15,46	27,09±14,30	6,90±5,02
Emekli	57	42,50±26,48	35,42±23,01	7,08±5,43	37,89±26,98	31,19±23,17	6,70±5,53
Memur	20	44,26±24,72	33,96±19,66	10,30±6,98	40,80±25,71	30,45±20,08	10,35±8,25
Serbest meslek	21	38,99±13,10	31,03±9,95	7,95±4,82	34,61±16,57	27,52±12,35	7,09±5,93
Ev hanımı	61	41,37±18,51	31,76±15,20	9,60±5,28	38,21±23,80	29,47±19,40	8,73±6,50
	F; p	F=0,240 p=0,915	F=0,445 p=0,776	F=2,171 p=0,074	F=0,243 p=0,914	F=0,199 p=0,939	F=1,707 p=0,151
Çalışma Durumu							
Hayır	121	42,22±21,79	33,76±18,74	8,46±5,32	38,29±24,47	30,48±20,59	7,81±5,96
Evet	49	40,07±20,75	31,39±16,56	8,67±6,26	36,20±22,24	28,00±17,44	8,20±7,20
	t; p	t=0,591 p=0,555	t=0,769 p=0,443	t=-0,222 p=0,825	t=0,518 p=0,605	t=0,744 p=0,458	t=-0,367 p=0,736
Nakil Öncesi Çalışma Durumu							
Hayır	91	40,67±21,55	32,16±18,26	8,50±5,55	36,69±24,80	28,80±20,61	7,89±6,37
Evet	79	42,67±21,44	34,13±18,02	8,54±5,67	38,84±22,70	30,88±18,71	7,96±6,31
	t; p	t=-0,606 p=0,546	t=-0,703 p=0,483	t=-0,045 p=0,964	t=-0,588 p=0,557	t=-0,686 p=0,494	t=-0,074 p=0,941
Aylık Gelir							
500-1000 TL	17	39,01±15,45	30,71±13,08	8,29±4,38	32,00±17,79	25,52±14,26	6,47±5,12
1001-1500 TL	18	37,73±18,33	29,73±14,85	8,00±5,65	31,22±19,00	24,11±15,00	7,11±5,83
1501-3000 TL	63	40,26±21,35	31,72±17,41	8,54±5,73	36,15±23,01	28,38±18,51	7,77±6,14
3001 TL ve Üzeri	72	44,35±23,43	35,66±20,33	8,69±5,80	42,00±26,24	33,40±22,34	8,59±6,87
	F; p	F=0,750 p=0,524	F=0,903 p=0,441	F=0,083 p=0,969	F=1,660 p=0,178	F=1,695 p=0,170	F=0,677 p=0,568

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Hastaların sosyodemografik özelliklere göre MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Sosyodemografik özellikler ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma (toplam ve alt boyutlar) ve Rahatsızlık (toplam ve alt boyutlar) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların kliniğe ilişkin özellikleri ile MTSORD-58^{TR} Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.5'te karşılaştırılmıştır. Nakil sonrası geçen süre, daha önce nakil olma durumu ve nakil merkezi ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma (toplam ve alt boyutlar) ve Rahatsızlık (toplam ve alt boyutlar) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların verici tipleri ile MTSORD-58^{TR} Ölçeği Rahatsızlık (toplam ve alt boyutlar) ve fiziksel semptom oluşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak verici tipi ölü verici olan hastaların psikolojik semptom oluşma puan ortalamaları ($7,28\pm4,34$), verici tipi canlı olan hastaların puan ortalamalarından ($9,15\pm6,05$) düşük bulunmuştur ($t=-2,077$; $p=0.022$). Hastaların böbrek nakli dışında ameliyat olma ve ek hastalık varlığı durumları ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma (toplam ve alt boyutlar) ve Rahatsızlık (toplam ve alt boyutlar) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Hastaların ek hastalık varlığı ile psikolojik semptom oluşma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F=3,432$; $p=0.019$). Farkın HT, DM ve kalp hastalığı olan hastaların psikolojik semptom oluşma puanlarının sadece HT'si olan hastaların psikolojik semptom oluşma puanlarından yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların ek hastalık varlığı ile psikolojik rahatsızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($F=3,622$; $p=0.015$). Fark HT, DM ve kalp hastalığı olan hastaların psikolojik rahatsızlık puanlarının sadece HT ve sadece DM'si olan hastaların psikolojik rahatsızlık puanlarından yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($p<0.05$). Hastaların ek hastalık varlığı ile MTSORD-58^{TR} Ölçeği Semptom Oluşma toplam ve fiziksel semptom oluşma puan ortalamaları ile, rahatsızlık toplam ve fiziksel rahatsızlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.5)

Tablo 4.5 Hastaların klinik özelliklerine göre MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=170)

Kliniğe İlişkin Özellikler	n	MTSORD-58 ^{TR}	Fiziksel Semptom	Psikolojik Semptom	MTSORD-58 ^{TR}	Fiziksel	Psikolojik
		Semptom Oluşma Toplam	Oluşma	Oluşma	Semptom Rahatsızlık Toplam	Rahatsızlık	Rahatsızlık
		(Ort ± SS)	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Nakil Sonrası Geçen Süre							
3-12 Ay	16	43,11±23,63	35,61±19,29	7,50±5,59	39,50±26,04	33,06±21,53	6,43±5,92
1-5 Yıl	63	40,90±23,47	32,48±19,69	8,41±5,95	35,74±25,45	28,15±20,68	7,58±6,65
6-10 Yıl	50	43,79±19,83	34,41±16,44	9,38±5,74	40,44±22,99	31,44±18,75	9,00±6,69
11 Yıl ve Üzeri	41	39,42±19,69	31,38±17,53	8,04±4,85	36,63±21,66	28,92±19,04	7,70±5,48
		F=0,358 p=0,783	F=0,333 p=0,802	F=0,672 p=0,571	F=0,416 p=0,742	F=0,429 p=0,733	F=0,849 p=0,469
Daha Önce Nakil Olma Durumu							
İlk transplant	162	41,56±21,37	33,09±17,94	8,46±5,62	37,60±23,88	29,77±19,68	7,83±6,36
Re transplant	8	42,32±24,67	32,70±23,00	9,62±5,09	39,50±23,53	29,75±21,87	9,75±5,57
		t=-0,097 p=0,923	t=0,061 p=0,952	t=-0,569 p=0,570	t=-0,219 p=0,827	t=0,003 p=0,998	t=-0,835 p=0,405
Nakil Merkezi							
Nakil ve izlem aynı merkez	127	41,43±22,29	32,94±18,81	8,48±5,65	37,49±24,75	29,66±20,47	7,82±6,36
Nakil ve izlem farklı merkez	43	42,11±19,03	33,48±16,10	8,62±5,48	38,27±21,01	30,07±17,52	8,20±6,28
		t=-0,181 p=0,857	t=-0,170 p=0,865	t=-0,141 p=0,888	t=-0,186 p=0,853	t=-0,115 p=0,909	t=-0,342 p=0,733
Verici Tipi							
Ölü verici	57	38,03±19,26	30,75±17,01	7,28±4,34	33,29±21,77	26,54±18,54	6,75±5,06
Canlı	113	43,40±22,35	34,25±18,62	9,15±6,05	39,91±24,55	31,39±20,17	8,51±6,82
		t=-1,546 p=0,124	t=-1,189 p=0,236	t=-2,077 p=0,022 d=0,337 η ² =0,025	t=-1,720 p=0,087	t=-1,521 p=0,130	t=-1,720 p=0,060
Nakil Dışı Ameliyat Olma Durumu							
Hayır	87	39,07±19,25	30,71±16,14	8,36±5,69	34,82±22,22	27,26±18,29	7,56±6,68
Evet	83	44,25±23,37	35,56±19,79	8,68±5,52	40,69±25,13	32,39±20,90	8,30±5,95
		t=-1,578 p=0,116	t=-1,756 p=0,081	t=-0,371 p=0,711	t=-1,615 p=0,108	t=-1,706 p=0,090	t=-0,759 p=0,449
Ek Hastalık Varlığı							
Hayır	42	36,32±18,80	28,63±15,35	7,69±5,92	33,57±22,31	26,42±18,42	7,14±6,85
Evet	128	43,33±22,05	34,54±18,77	8,79±5,47	39,04±24,20	30,86±20,07	8,18±6,15
		t=-1,852 p=0,066	t=-1,846 p=0,067	t=-1,113 p=0,267	t=-1,296 p=0,197	t=-1,268 p=0,207	t=-0,921 p=0,358
Ek Hastalıklar							
HT ⁽¹⁾	30	36,75±18,08	30,05±15,32	6,70±4,81	32,36±18,37	26,36±14,92	6,00±4,87
DM ⁽²⁾	22	41,06±22,66	33,20±20,16	7,86±4,79	34,72±23,31	27,72±20,12	7,00±5,33
HT ve/veya Kalp Hastalığı ⁽³⁾	18	40,58±20,66	32,13±16,85	8,44±6,13	34,66±20,87	27,38±16,90	7,27±6,59
HT, DM ve Kalp Hastalığı ⁽⁴⁾	58	48,46±23,39	38,11±20,12	10,34±5,50	45,50±26,91	35,46±22,59	10,03±6,47
		F=2,164 p=0,096	F=1,423 p=0,239	F=3,432 p=0,019 η ² =0,077 4>1 (p<0.05)	F=2,667 p=0,051	F=1,917 p=0,130	F=3,622 p=0,015 η ² =0,081 4>1, 4>2 (p<0.05)

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey, LSD

Tablo 4.5 Hastaların klinik özelliklerine göre MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=170) (Devamı)

Kliniğe İlişkin Özellikler	n	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma Toplam	Fiziksel Semptom Oluşma	Psikolojik Semptom Oluşma	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık Toplam	Fiziksel Rahatsızlık	Psikolojik Rahatsızlık
		(Ort ± SS)	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Nakil Sonrası Kullanılan İmmunosupresifler							
Kortikosteroid + CNI + Pürin Sentez İnhibitörleri ⁽¹⁾	140	43,23±21,18	34,19±17,86	9,03±5,72	39,53±23,93	31,03±19,72	8,50±6,54
Pürin Sentez İnhibitörleri + Kortikosteroid ⁽²⁾	15	40,59±24,76	34,19±21,09	6,40±5,13	34,73±25,55	29,33±21,99	5,40±5,51
CNI + Kortikosteroid veya Pürin Sentez İnhibitörleri ⁽³⁾	15	27,42±15,74	21,55±14,06	5,86±3,33	23,46±15,44	18,40±13,87	5,06±3,01
F; p; η^2 ; PostHoc=		F=3,819 p= 0,024 $\eta^2=0,044$ 1>3 (p<0.05)	F=3,422 p= 0,035 $\eta^2=0,039$ 1>3 (p<0.05)	F=3,456 p= 0,034 $\eta^2=0,040$ 1>3 (p<0.05)	F=3,302 p= 0,039 $\eta^2=0,038$ 1>3 (p<0.05)	F=2,846 p=0,061	F=3,395 p= 0,036 $\eta^2=0,039$ 1>3 (p<0.05)
İT Kullanım Süresi							
3-12 Ay	14	46,26±23,38	38,33±18,90	7,92±5,85	42,42±26,47	35,71±21,67	6,71±6,28
1-5 Yıl	59	42,05±24,15	33,66±20,21	8,39±5,98	36,71±26,50	29,17±21,51	7,54±6,68
6-10 Yıl	50	42,35±18,85	33,25±15,58	9,10±5,70	39,08±22,03	30,46±17,87	8,62±6,63
11 Yıl ve Üzeri	47	38,85±20,20	30,59±17,80	8,25±4,99	36,04±21,62	28,02±18,89	8,02±5,62
F; p		F=0,502 p=0,681	F=0,704 p=0,551	F=0,273 p=0,845	F=0,346 p=0,792	F=0,581 p=0,628	F=0,443 p=0,723
Sigara Kullanımı							
Hayır	158	40,25±20,90	32,02±17,66	8,22±5,52	36,42±23,15	28,79±19,17	7,62±6,26
Evet	12	59,39±21,70	46,97±19,22	12,41±5,26	54,41±26,98	42,58±23,16	11,83±6,07
t; p; d; η^2		t=-3,050 p= 0,003 d=0,913 $\eta^2=0,052$	t=-2,810 p= 0,006 d=0,841 $\eta^2=0,045$	t=-2,540 p= 0,012 d=0,761 $\eta^2=0,037$	t=-2,566 p= 0,011 d=0,768 $\eta^2=0,038$	t=-2,366 p= 0,019 d=0,708 $\eta^2=0,032$	t=-2,246 p= 0,026 d=0,673 $\eta^2=0,029$
Taburculuk Sonrası Sosyal Desteğe İhtiyaç Duyma							
Hayır	80	36,53±18,03	28,45±14,74	8,08±5,55	32,11±21,32	24,80±16,87	7,31±6,39
Evet	90	46,10±23,28	37,19±19,86	8,91±5,63	42,66±24,88	34,18±21,06	8,46±6,25
t; p; d; η^2		t=-2,968 p= 0,003 d=0,456 $\eta^2=0,050$	t=-3,226 p= 0,001 d=0,496 $\eta^2=0,058$	t=-0,958 p=0,340	t=-2,947 p= 0,004 d=0,453 $\eta^2=0,049$	t=-3,181 p= 0,002 d=0,489 $\eta^2=0,057$	t=-1,188 p=0,236
Taburculuk Sonrasında Sosyal Destek Sağlayan Kişi							
Eş	27	49,79±24,20	41,79±20,59	8,00±5,21	47,18±28,61	39,66±24,26	7,51±6,04
Ebeveyn/kardeş	25	46,33±26,51	36,45±22,54	9,88±5,52	42,12±27,16	33,04±22,91	9,08±6,37
Eş ve Çocuk	24	42,36±18,87	33,99±16,77	8,37±5,70	38,58±18,26	30,54±16,06	8,04±6,13
Aile üyelerinden bir ya da birkaçı	14	45,00±23,61	35,14±18,67	9,85±6,62	41,85±24,01	31,92±18,41	9,92±6,91
F; p		F=0,435 p=0,728	F=0,746 p=0,528	F=0,679 p=0,567	F=0,512 p=0,675	F=0,924 p=0,433	F=0,571 p=0,636
Önceden Böbrek Nakline Yönelik Bilgi Alma Durumu							
Hayır	48	46,32±23,64	36,59±20,89	9,72±5,16	42,64±25,13	33,47±21,71	9,16±5,87
Evet	122	39,74±20,34	31,69±16,80	8,04±5,70	35,74±23,07	28,31±18,77	7,43±6,45
t; p		t=1,809 p=0,072	t=1,591 p=0,113	t=1,773 p=0,078	t=1,711 p=0,089	t=1,544 p=0,124	t=1,614 p=0,108
Böbrek Nakline Yönelik Bilgi Veren Kişi							
Doktor	45	37,80±22,69	30,14±18,25	7,66±6,36	33,48±25,00	26,22±19,61	7,26±6,89
Hemşire	21	46,63±16,94	36,58±14,37	10,04±5,95	42,28±18,69	32,33±15,51	9,95±6,75
Doktor ve Hemşire	30	37,67±20,95	30,70±17,59	6,96±4,82	34,46±23,38	28,23±20,00	6,23±5,18
Sağlık personeli/sosyal çevre/ sosyal medya	26	39,94±17,50	31,60±15,19	8,34±5,08	35,84±22,72	28,76±18,72	7,07±6,56
F; p		F=1,044 p=0,376	F=0,752 p=0,524	F=1,320 p=0,271	F=0,732 p=0,535	F=0,506 p=0,679	F=1,465 p=0,228

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.5'te hastaların kliniğe ilişkin özellikleri ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Hastaların nakil sonrası kullandıkları immunosupresifler ile semptom oluşma (toplam ve alt boyutlar) ve Rahatsızlık (toplam ve psikolojik rahatsızlık) puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farkın kortikosteroid, CNI ve pürin sentez inhibitörlerinin üçünü birlikte kullanan hastaların, semptom oluşma toplam puanlarının CNI, kortikosteroid veya pürin sentez inhibitörleri kullanan hastaların semptom toplam oluşma puanlarından yüksek olmasından kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların nakil sonrası kullandıkları immunosupresifler ile MTSORD-58^{TR} Ölçeğinin fiziksel rahatsızlık alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların immunosupresif kullanma süreleri ile MTSORD-58^{TR} Ölçeği'nin Semptom Oluşma (toplam ve alt boyutları) ve Semptom Rahatsızlık (toplam ve alt boyutları) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sigara kullanma durumu ile MTSORD-58^{TR} Ölçeği karşılaştırılmış ve sigara kullanmayan hastaların MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma Ölçeği toplam puan ortalamalarının ($40,25\pm 20,90$), kullanan hastaların toplam puan ortalamalarından ($59,39\pm 21,70$) daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($t=-3,050$; $p=0.003$). Sigara kullanmayan hastaların fiziksel semptom oluşma puan ortalamaları ($32,02\pm 17,66$), sigara kullanan hastaların ortalamalarından ($46,97\pm 19,22$) düşük olduğu saptanmıştır ($t=-2,810$; $p=0.006$). Sigara kullanmayan hastaların ($8,22\pm 5,52$) psikolojik semptom oluşma puanının kullananlara göre ($12,41\pm 5,26$) daha düşük olduğu belirlenmiştir ($t=-2,540$; $p=0.012$). Sigara kullanmayan hastaların MTSORD-58^{TR} Ölçeği Semptom Rahatsızlık toplam puanlarının ($36,42\pm 23,15$), sigara kullanan hastaların aldığı toplam puandan ($54,41\pm 26,98$) daha düşük bulunmuştur ($t=-2,566$; $p=0.011$). Ölçeğin fiziksel rahatsızlık alt boyutundan sigara kullanmayan hastaların aldıkları puanın ($28,79\pm 19,17$), sigara kullanan hastaların aldığı puandan ($42,58\pm 23,16$) düşük olduğu saptanmıştır ($t=-2,366$; $p=0.019$). Ölçeğin psikolojik rahatsızlık alt boyutundan sigara kullanmayan hastaların aldıkları puanın ($7,62\pm 6,26$), sigara kullanan hastaların aldığı puandan ($11,83\pm 6,07$) daha düşük olduğu bulunmuştur ($t=-2,246$; $p=0.026$).

Hastaların taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duymayan hastaların semptom oluşma toplam puan ortalamalarının ($36,53\pm 18,03$), desteğe ihtiyaç duyan hastaların toplam puan ortalamalarından ($46,10\pm 23,28$) düşük olduğu görülmüştür ($t=-2,968$; $p=0.003$).

Taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duymayan hastaların fiziksel semptom oluşma puanlarının ($28,45 \pm 14,74$), desteğe ihtiyaç duyan hastaların puan ortalamalarından ($37,19 \pm 19,86$) daha düşük olduğu saptanmıştır ($t=-3,226$; $p=0.001$). Taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duymayan hastaların Semptom Rahatsızlık toplam puan ortalamalarının ($32,11 \pm 21,32$), desteğe ihtiyaç duyan hastaların puan ortalamalarından ($42,66 \pm 24,88$) daha düşük olduğu belirlenmiştir ($t=-2,947$; $p=0.004$). Taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duymayan hastaların fiziksel rahatsızlık puan ortalamalarının ($24,80 \pm 16,87$), desteğe ihtiyaç duyan hastaların puan ortalamalarından ($34,18 \pm 21,06$) daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($t=-3,181$; $p=0.0027$).

Hastaların psikolojik semptom oluşma ve rahatsızlık puanları taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Ölçeğin Semptom Oluşma ve Rahatsızlık puanları (toplam ve alt boyutlar) ile ameliyat sonrası bakımda taburculuk sonrasında sosyal destek sağlayan kişi, önceden böbrek nakline yönelik bilgi alma durumları ve bilgiyi veren kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6 MTSORD-58^{TR} üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma Toplam	Sabit	23,463	5,462	0,000	8,661	0,000	0,153
	Nakil Sonrası Kullanılan İT (Kortikosteroid+CNI+Pürin Sentez İnhibitörleri olması)	0,136	1,906	0,058			
	Sigara Kullanımı	0,221	3,022	0,003			
	Taburculuk Sonrası Sosyal Desteğe İhtiyaç Duyma	0,217	2,964	0,003			
MTSORD-58 ^{TR} Fiziksel Semptom Oluşma	Sabit	26,992	4,513	0,000	6,898	0,000	0,149
	Nakil Sonrası Kullanılan İT (Kortikosteroid+CNI+Pürin Sentez İnhibitörleri olması)	0,086	1,181	0,239			
	Sigara Kullanımı	0,205	2,779	0,006			
MTSORD-58 ^{TR} Psikolojik Semptom Oluşma	Sabit	-0,311	-0,184	0,854	7,471	0,000	0,203
	Verici Tipi (Canlı olması)	0,183	2,260	0,026			
	Ek Hastalık Varlığı	0,329	3,808	0,000			
	Nakil Sonrası Kullanılan İT (Kortikosteroid+CNI+Pürin Sentez İnhibitörleri olması)	0,241	2,908	0,004			
MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık Toplam	Sabit	17,754	3,687	0,000	7,611	0,000	0,135
	Nakil Sonrası Kullanılan İT (Kortikosteroid+CNI+Pürin Sentez İnhibitörleri olması)	0,142	1,972	0,050			
	Sigara Kullanımı	0,185	2,503	0,013			
	Taburculuk Sonrası Sosyal Desteğe İhtiyaç Duyma	0,210	2,835	0,005			
MTSORD-58 ^{TR} Fiziksel Rahatsızlık	Sabit	19,392	7,209	0,000	8,271	0,000	0,114
	Sigara Kullanımı	0,191	2,560	0,011			
	Taburculuk Sonrası Sosyal Desteğe İhtiyaç Duyma	0,244	3,287	0,001			
MTSORD-58 ^{TR} Psikolojik Rahatsızlık	Sabit	-1,201	-0,643	0,522	7,772	0,000	0,176
	Ek Hastalık Varlığı	0,318	3,623	0,000			
	Nakil Sonrası Kullanılan İT (Kortikosteroid+CNI+Pürin Sentez İnhibitörleri olması)	0,281	3,379	0,001			
	Sigara Kullanımı	0,173	2,109	0,037			

Lineer Regresyon Analizi

Nakil sonrası kullanılan İT, sigara kullanımı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=8,661; p=0,000<0.05). MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam düzeyindeki toplam değişim %15.3 oranında nakil sonrası kullanılan İT, sigara kullanımı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma tarafından açıklanmaktadır (R²=0,153). Nakil sonrası kullanılan İT, MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam düzeyini etkilememektedir (p=0.058>0.05). Sigara kullanımı MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam düzeyini arttırmaktadır (β=0,221). MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam düzeyinin artması taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyacı duymayı arttırmaktadır (β=0,217).

Nakil sonrası kullanılan İT, sigara kullanımı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ile fiziksel semptom oluşma arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=6,898$; $p=0,000<0.05$). Fiziksel semptom oluşma düzeyindeki toplam değişim %14.9 oranında nakil sonrası kullanılan İT, sigara kullanımı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,149$). Nakil sonrası kullanılan İT fiziksel semptom oluşma düzeyini etkilememektedir ($p=0.239>0.05$). Sigara kullanımı fiziksel semptom oluşma düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,205$). Fiziksel semptom oluşma düzeyinin artması taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duymayı arttırmaktadır ($\beta=0,229$).

Verici tipi, ek hastalık varlığı, nakil sonrası kullanılan İT, sigara kullanımı ile psikolojik semptom oluşma arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=7,471$; $p=0,000<0.05$). Psikolojik semptom oluşma düzeyindeki toplam değişim %20.3 oranında verici tipi, ek hastalık varlığı, nakil sonrası kullanılan İT, sigara kullanımı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,203$). Verici tipinin canlı olması psikolojik semptom oluşma düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,183$). Ek hastalık varlığı psikolojik semptom oluşma düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,329$). Nakil sonrası kullanılan İT psikolojik semptom oluşma düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,241$). Sigara kullanımı psikolojik semptom oluşma düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,188$).

Nakil sonrası kullanılan İT, sigara kullanımı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ile MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık toplam arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=7,611$; $p=0,000<0.05$). MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık toplam düzeyindeki toplam değişim %13.5 oranında nakil sonrası kullanılan İT, sigara kullanımı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,135$). Nakil sonrası kullanılan İT, MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık toplam düzeyini etkilememektedir ($p=0.050>0.05$). Sigara kullanımı MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık toplam düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,185$). MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık toplam düzeyi artması taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duymayı arttırmaktadır ($\beta=0,210$).

Sigara kullanımı ve taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ile fiziksel rahatsızlık arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=8,271$; $p=0,000<0.05$). Fiziksel rahatsızlık düzeyindeki toplam değişim %11.4 oranında sigara kullanımı ve taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,114$). Sigara kullanımı fiziksel rahatsızlık düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,191$). Fiziksel rahatsızlık düzeyinin artması taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duymayı arttırmaktadır ($\beta=0,244$).

Ek hastalık varlığı, nakil sonrası kullanılan İT, sigara kullanımı ile psikolojik rahatsızlık arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=7,772$; $p=0,000<0.05$). Psikolojik rahatsızlık düzeyindeki toplam değişim %17.6 oranında ek hastalık varlığı, nakil sonrası kullanılan İT, sigara kullanımı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,176$). Ek hastalık psikolojik rahatsızlık düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,318$). Nakil sonrası kullanılan İT psikolojik rahatsızlık düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,281$). Sigara kullanımı psikolojik rahatsızlık düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,173$).

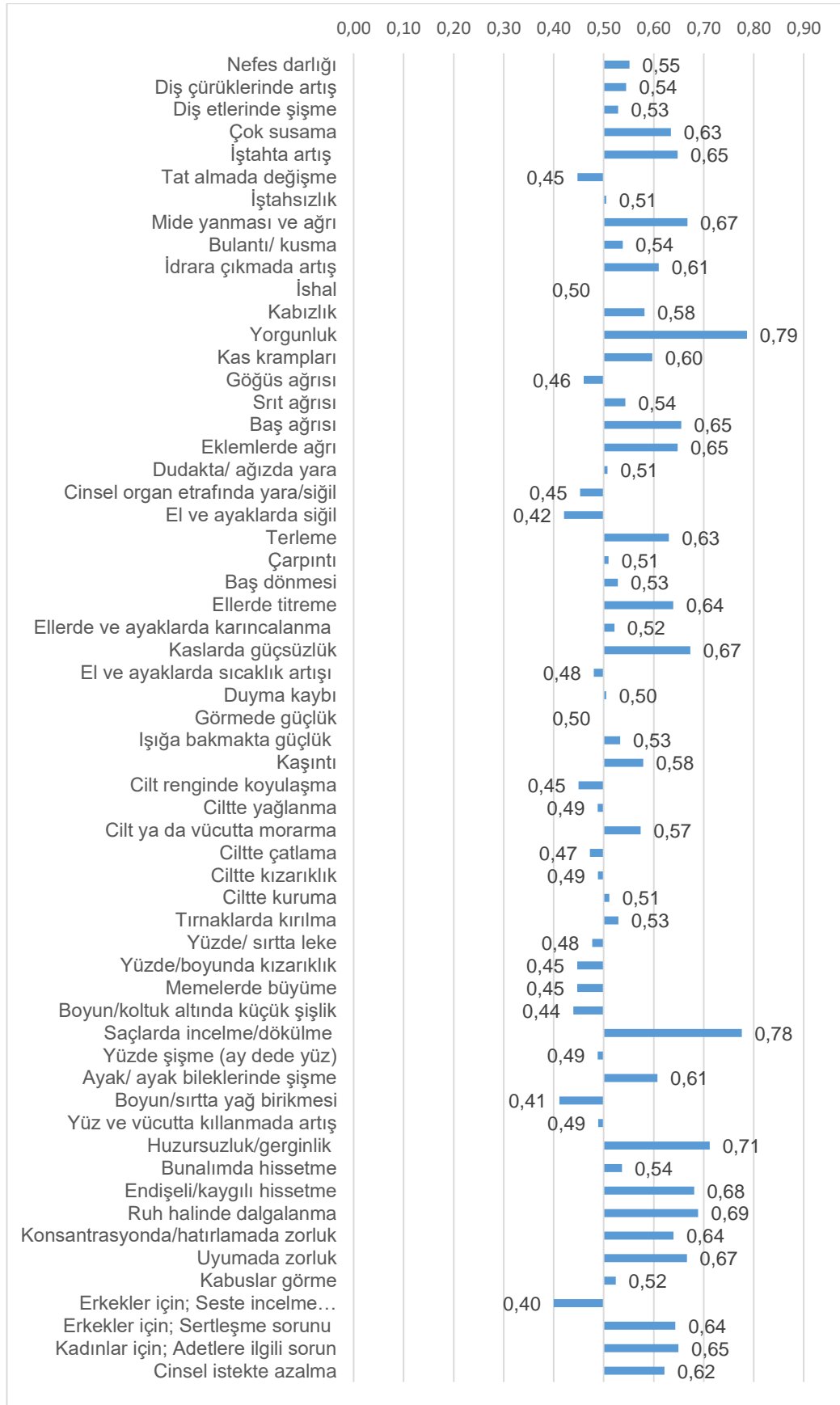
Hastalarda Semptom Oluşma ve Rahatsızlık görülme durumunu belirlemede ridit analizi yapılmıştır. MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu Ölçeğindeki semptomların, semptom oluşma boyutu ridit değerlerinin dağılımı Şekil 4.1'de ve Semptom Rahatsızlık Boyutu ridit değerlerinin dağılımı Şekil 4.2'de verilmiştir. Kontrol grubunun ridit değeri 0.50 alınmıştır.

Ridit analizine göre ölçeğin semptom oluşma alt boyutunda en fazla görülen on semptomun sırasıyla yorgunluk, saçlarda incelme/dökülme, huzursuzluk/gerginlik, ruh halinde dalgalanma, endişeli/kaygılı hissetme, uyumada zorluk, kaslarda güçsüzlük, mide yanması ve ağrı, adetlerle ilgili sorun ve eklem ağrısı olduğu saptanmıştır.

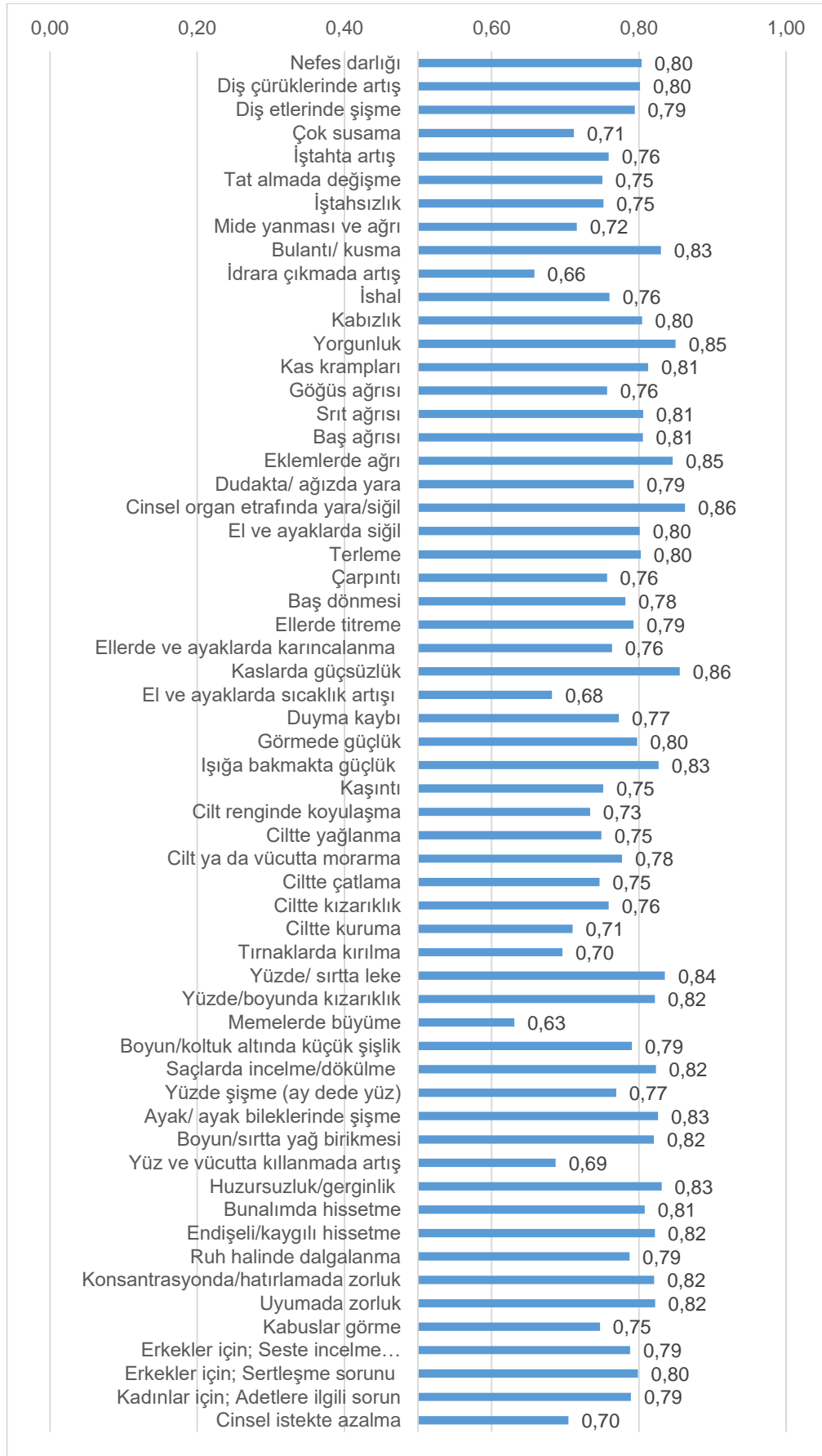
Semptom oluşma alt boyutunda en az görülen (en düşük ridit değeri olan) ilk on fiziksel semptom sırasıyla boyun/sırtta yağ birikmesi (0,40), el ve ayaklarda siğil (0,42), boyun/koltuk altında küçük şişlikler (0,44), tat almada değişme (0,45), cinsel organ etrafında yara/siğil (0,45), cilt renginde koyulaşma (0,45), yüzde/boyunda kızarıklık (0,45), memelerde büyüme (0,45), göğüs ağrısı (0,46) ve ciltte çatlama (0,47). En fazla görülen (en yüksek ridit değeri olan) ilk on fiziksel semptom ise sırasıyla yorgunluk (0,79), saçlarda incelme/dökülme (0,78), kaslarda güçsüzlük (0,67), mide yanması ve ağrı (0,67), kadınlarda adetler ile ilgili sorunlar (0,65), eklemlerde ağrı (0,65), baş ağrısı (0,65), iştahta artış (0,65), erkeklerde sertleşme sorunu (0,64) ve ellerde titremedir (0,64). Psikolojik semptom oluşma alt boyutunda sırasıyla en fazla görülen (en yüksek ridit değeri olan) semptomlar huzursuzluk/gerginlik (0,71), ruh halinde dalgalanma (0,69), endişeli/kaygılı hissetme (0,68), uyumada zorluk (0,67), konsantrasyonda/hatırlamada zorluk (0,64), cinsel istekte azalma (0,62), bunalımda hissetme (0,54), kabuslar görme (0,52) ve ses değişiklikleridir (erkekler için seste incelme, kadınlar için kalınlaşma) (0,40). (Şekil 4.1)

Ölçeğin Semptom Rahatsızlık alt boyutunda ridit değeri genel olarak en yüksek olan semptomlar ise sırasıyla cinsel organ etrafında yara/siğil (0,86), kaslarda güçsüzlük (0,86), yorgunluk (0,85), eklemlerde ağrı (0,85), yüzde/ sırtta leke (0,84), bulantı/ kusma

(0,83), ışığa bakmakta güçlük (0,83), ayak/ ayak bileklerinde şişme (0,83), huzursuzluk/gerginlik (0,83) ve yüzde/boyunda kızarıklık (0,82), saçlarda incelme/dökülme (0,82), boyun/sırtta yağ birikmesi, endişeli/kaygılı hissetme, konsantrasyonda/hatırlamada zorluk ve uyumada zorluk (0,82) olarak saptanmıştır. Rahatsızlık alt boyutunda en fazla görülen fiziksel semptomlar sırasıyla cinsel organ etrafında yara/siğil (0,86), kaslarda güçsüzlük (0,86), yorgunluk (0,85), eklemlerde ağrı (0,85), yüzde/ sırtta leke (0,84), bulantı/ kusma (0,83), ışığa bakmakta güçlük (0,83), ayak/ ayak bileklerinde şişme (0,83), yüzde/boyunda kızarıklık (0,82) ve saçlarda incelme/dökülme (0,82), boyun/sırtta yağ birikmesi, endişeli/kaygılı hissetme, konsantrasyonda/hatırlamada zorluk ve uyumada zorluktur (0,82). Rahatsızlık alt boyutunda en fazla görülen psikolojik semptomlar ise sırasıyla /gerginlik (0,83), endişeli/kaygılı hissetme (0,82), konsantrasyonda/hatırlamada zorluk (0,82), uyumada zorluk (0,82), bunalımda hissetme (0,82), ruh halinde dalgalanma (0,79), seslerde incelme/kalınlaşma (0,79), kabuslar görme (0,75) ve cinsel istekte azalmadır (0,70). (Şekil 4.2)



Şekil 4.1 Semptomların, Semptom Oluşma alt boyutu ridit değerlerinin dağılımı (referans grubu ridit değeri= 0,50).



Şekil 4.2 Semptomların, Semptom Rahatsızlık alt boyutu ridit değerlerinin dağılımı (referans grubu ridit değeri= 0,50).

Tablo 4.7 Hastaların SF-36 (Kısa Form) Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımı (N=170)

	Ort	Ss	Min.	Max.	Ölçek Min-Max
Fiziksel Fonksiyon	75,20	22,39	0,00	100,00	0-100
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	42,20	40,08	0,00	100,00	0-100
Ağrı	61,73	22,97	0,00	90,00	0-100
Genel Sağlık Algısı	57,63	23,56	0,00	100,00	0-100
Vitalite (Enerji)	54,97	20,70	0,00	100,00	0-100
Sosyal Fonksiyon	67,72	21,05	25,00	100,00	0-100
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	45,49	40,97	0,00	100,00	0-100
Mental Sağlık	70,56	21,05	16,00	264,00	0-100

Hastaların SF-36 (Kısa Form) Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına ilişkin tanımlayıcı bulgular Tablo 4.7'de verilmiştir. Hastaların ölçek alt boyut puan ortalamalarının fiziksel fonksiyon puan ortalaması $75,20 \pm 22,39$, fiziksel rol kısıtlılığı puan ortalaması $42,20 \pm 40,08$, ağrı puan ortalaması $61,73 \pm 22,97$, genel sağlık algısı puan ortalaması $57,63 \pm 23,56$, vitalite (enerji) puan ortalaması $54,97 \pm 20,70$, sosyal fonksiyon puan ortalaması $67,72 \pm 21,05$, emosyonel rol kısıtlılığı puan ortalaması $45,49 \pm 40,97$ ve mental sağlık puan ortalamasının $70,56 \pm 21$ olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.8'de hastaların sosyodemografik özellikleri ile Yaşam Kalitesi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tabloda görüldüğü gibi hastaların cinsiyetleri ile yaşam kalitesinin sadece vitalite (enerji) alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Erkeklerin vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların medeni durumu ile Yaşam Kalitesi karşılaştırıldığında, hastaların medeni durumları ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı ve sosyal fonksiyon alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Bekar hastaların ölçeğin bu alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları evli olan hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Hastaların ölçeğin diğer alt boyutlarından aldıkları puanlar ile medeni durum arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$).

Hastaların çocuk varlığı ile yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Çocuk varlığı ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, vitalite (enerji) ve sosyal fonksiyon alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Çocuk sahibi olmayan hastaların ölçeğin bu alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları çocuk sahibi olan hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Hastaların eğitim durumu ile yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır. Hastaların eğitim durumu ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, genel sağlık algısı ve vitalite (enerji) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Hastaların öğrenim düzeyi arttıkça ölçeğin fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, genel sağlık algısı ve vitalite (enerji) alt boyutlarından

Tablo 4.8 Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=170)

Demografik Özellikler	n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Mental Sağlık
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Cinsiyet									
Erkek	94	76,75±21,46	42,02±39,86	62,89±21,12	60,57±22,17	58,03±20,00	68,21±21,11	44,68±41,92	72,68±24,87
Kadın	76	73,29±23,50	42,43±40,62	60,30±25,13	54,00±24,84	51,18±21,06	67,10±21,09	46,49±40,02	67,94±14,80
t; p; d; η^2		t=1,003 p=0,317	t=-0,067 p=0,947	t=0,730 p=0,475	t=1,821 p=0,070	t=2,167 p=0,032 d=0,334 $\eta^2=0,027$	t=0,342 p=0,733	t=-0,286 p=0,776	t=1,462 p=0,146
Medeni Durum									
Bekar	52	80,57±21,04	55,28±38,13	69,78±20,86	61,32±24,84	57,69±20,99	73,31±19,17	46,15±40,77	68,46±15,23
Evlü	118	72,83±22,65	36,44±39,71	58,18±23,04	56,00±22,89	53,77±20,55	65,25±21,44	45,19±41,23	71,49±23,16
t; p; d; η^2		t=2,096 p=0,038 d=0,349 $\eta^2=0,025$	t=2,885 p=0,004 d=0,480 $\eta^2=0,047$	t=3,111 p=0,002 d=0,518 $\eta^2=0,054$	t=1,359 p=0,176	t=1,139 p=0,257	t=2,331 p=0,021 d=0,388 $\eta^2=0,031$	t=0,140 p=0,889	t=-0,864 p=0,389
Çocuk Varlığı									
Yok	50	83,90±16,79	63,00±37,53	73,06±18,77	63,04±22,87	62,80±18,24	77,50±16,94	54,00±40,34	71,76±12,60
Var	120	71,58±23,47	33,54±38,00	57,01±22,97	55,38±23,57	51,70±20,86	63,64±21,31	41,94±40,88	70,06±23,73
t; p; d; η^2		t=3,366 p=0,000 d=0,567 $\eta^2=0,063$	t=4,621 p=0,000 d=0,778 $\eta^2=0,113$	t=4,365 p=0,000 d=0,735 $\eta^2=0,102$	t=1,946 p=0,053	t=3,272 p=0,001 d=0,551 $\eta^2=0,060$	t=4,087 p=0,000 d=0,688 $\eta^2=0,090$	t=1,759 p=0,080	t=0,477 p=0,634
Çocuk Sayısı									
1	24	73,75±20,96	34,37±39,57	58,91±22,87	60,87±22,15	53,75±14,54	66,14±20,01	40,27±43,93	61,66±15,82
2	70	72,71±21,29	34,28±39,96	57,14±22,98	52,00±25,01	51,42±22,54	63,21±22,51	44,76±41,27	72,22±28,12
3 ve üzeri	26	66,53±30,55	30,76±31,86	54,92±23,79	59,42±19,70	50,57±21,69	62,50±19,68	35,89±37,62	72,00±13,52
F; p		F=0,781 p=0,460	F=0,087 p=0,917	F=0,188 p=0,829	F=1,777 p=0,174	F=0,157 p=0,855	F=0,214 p=0,808	F=0,466 p=0,628	F=1,908 p=0,153
Eğitim Durumu									
Okuryazar ve okuryazar olmayan ⁽¹⁾	21	68,81±23,87	36,90±38,42	50,42±22,61	52,38±24,44	43,81±20,85	57,73±22,52	55,55±41,27	68,57±12,54
İlköğretim ⁽²⁾	64	69,45±24,93	32,42±36,37	56,75±22,16	52,75±22,87	53,51±20,86	65,82±19,95	35,93±39,08	71,81±28,61
Ortaöğretim ⁽³⁾	21	80,71±13,44	36,90±43,02	60,38±21,37	50,76±20,37	47,61±17,86	69,64±19,98	46,03±41,46	63,42±14,76
Lise ⁽⁴⁾	31	79,19±18,39	49,19±38,45	69,03±21,56	68,45±18,21	62,41±16,06	72,58±17,50	52,68±44,53	72,64±13,50
Yükseköğretim ⁽⁵⁾	33	83,18±21,09	61,36±41,96	72,60±21,68	64,66±26,40	62,57±21,43	71,97±24,21	50,50±39,19	72,00±16,67
F; p; η^2		F=3,259 p=0,013 $\eta^2=0,073$	F=3,445 p=0,010 $\eta^2=0,077$	F=5,129 p=0,001 $\eta^2=0,111$	F=4,033 p=0,004 $\eta^2=0,089$	F=4,772 p=0,00 $\eta^2=0,104$	F=2,162 p=0,076	F=1,571 p=0,184	F=0,817 p=0,516
PostHoc=		5>1, 3>2, 4>2, 5>2 (p<0.05)	5>1, 5>2, 5>3 (p<0.05)	4>1, 5>1, 4>2, 5>2, 5>3 (p<0.05)	4>1, 4>2, 5>2, 4>3, 5>3 (p<0.05)	4>1, 5>1, 4>2, 5>2, 4>3, 5>3 (p<0.05)			
Yaşanılan Yer									
İl	81	76,35±25,48	46,60±39,48	65,06±23,24	59,76±24,39	56,42±20,51	67,90±20,43	46,91±42,74	68,54±15,52
İlçe	64	75,00±19,21	40,23±41,69	60,28±22,29	54,60±23,11	52,34±20,50	65,43±22,13	46,87±39,27	69,87±14,50
Köy / Kasaba	25	72,00±19,57	33,00±37,30	54,68±22,70	58,48±21,99	57,00±21,98	73,00±19,98	37,33±40,04	78,88±40,98
F; p		F=0,363 p=0,696	F=1,228 p=0,296	F=2,187 p=0,116	F=0,873 p=0,419	F=0,832 p=0,437	F=1,170 p=0,313	F=0,578 p=0,562	F=2,396 p=0,094

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

aldıkları puan artmaktadır. Hastaların sadece ölçeğin fiziksel fonksiyon alt boyutundan aldıkları puan ortalamasında farklılık görülmektedir. Ortaokul mezunu olan hastaların yaşam kalitesine ilişkin fiziksel fonksiyon puan ortalaması $80,71 \pm 13,44$ iken, lise mezunu olan hastaların puan ortalaması $69,45 \pm 24,93$ 'dür. Hastaların yaşam kalitesi ile yaşadıkları yerler arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8'de hastaların sosyodemografik özellikleri ile Yaşam Kalitesi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hastaların birlikte yaşadıkları kişi, meslek ve nakil öncesi çalışma durumu ile Yaşam Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamda bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Çalışma durumu yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algısı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Çalışan hastaların fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algısı alt boyut puan ortalamalarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aylık gelir ile yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Fark, aylık geliri 3001 TL ve üzeri olanların hastaların fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının diğer gelir grubundaki hastaların puan ortalamalarından yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($p < 0.05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9'da hastaların kliniğe ilişkin özellikleri ile Yaşam Kalitesi puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hastaların nakil sonrası geçen süre ve verici tipleri ile Yaşam Kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Daha önce nakil olma durumu, nakil merkezi, nakil dışı ameliyat olma durumu, ek hastalık varlığı ve ek hastalıklar ile Yaşam Kalitesi alt puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir farklılık vardır ($p < 0.05$). Daha önce nakil olmayan hastaların yaşam kalitesi vitalite (enerji) alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları ($55,58 \pm 20,97$) nakil olan hastalardan yüksek bulunmuştur. Nakil ve izlemi aynı merkezde olan hastaların vitalite (enerji) alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları ($57,20 \pm 19,69$) nakil ve izlemi farklı merkez olan hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Nakil dışı ameliyat olan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, genel sağlık algısı ve vitalite (enerji) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları nakil dışında ameliyat olmayan hastaların puan ortalamalarından yüksek saptanmıştır. Ek hastalığı bulunan hastaların fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, genel sağlık algısı, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon ve emosyonel rol kısıtlılığı alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ek hastalığı bulunmayan hastaların puan ortalamalarından düşüktür. Bir ek hastalığa sahip olan hastaların fiziksel rol kısıtlılığı alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları iki veya daha fazla ek hastalığa sahip hastaların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.8 Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=170) (Devamı)

Demografik Özellikler	n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Mental Sağlık
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Birlikte Yaşanılan Kişi									
Yalnız	13	76,92±27,12	50,00±46,77	63,92±22,24	54,46±23,48	51,15±20,32	64,42±16,01	25,64±33,75	64,00±9,23
Eş	53	73,49±22,96	36,32±39,39	58,41±22,80	56,41±21,54	53,30±21,96	67,21±22,76	48,42±41,63	70,71±15,38
Ebeveyn	27	81,482±19,405	53,704±37,148	71,704±17,110	64,926±22,968	63,333±19,952	76,389±18,125	51,852±40,650	74,370±13,325
Eş Ve Çocuk	55	76,45±17,12	39,54±40,45	60,34±22,97	58,92±23,70	55,90±18,80	64,54±21,21	43,63±42,00	73,60±30,00
Aile üyelerinden biri ya da birkaçı	22	67,500±31,043	44,318±40,039	59,682±28,094	50,273±27,689	48,636±21,612	68,182±21,033	46,970±40,707	61,818±15,747
F; p		F=1,331 p=0,261	F=1,041 p=0,388	F=1,699 p=0,153	F=1,329 p=0,261	F=1,878 p=0,117	F=1,568 p=0,185	F=1,029 p=0,394	F=1,806 p=0,130
Meslek									
İşçi	11	85,45±13,86	50,00±46,09	65,90±21,68	60,63±19,45	56,81±16,47	67,04±17,02	45,45±37,33	69,45±14,45
Emekli	57	70,08±26,26	33,33±37,59	61,50±22,90	55,07±21,74	55,17±21,27	64,69±22,67	42,10±41,08	69,75±16,75
Memur	20	85,00±15,04	60,00±38,38	70,60±17,23	70,35±23,56	59,75±18,81	73,12±18,70	55,00±42,26	72,00±12,64
Serbest meslek	21	73,81±18,22	41,66±37,36	56,61±24,46	55,14±25,28	56,19±25,63	60,71±22,46	46,03±47,69	70,66±13,34
Ev hanımı	61	75,41±21,85	43,44±41,55	60,04±24,15	56,18±24,59	52,45±19,84	71,31±19,81	45,35±39,45	71,01±28,98
F; p		F=2,373 p=0,054	F=1,839 p=0,124	F=1,184 p=0,320	F=1,821 p=0,127	F=0,526 p=0,717	F=1,679 p=0,157	F=0,362 p=0,835	F=0,058 p=0,994
Çalışma Durumu									
Hayır	121	72,06±24,15	37,19±38,74	60,17±23,80	55,29±23,33	53,67±20,70	65,80±21,21	42,14±40,31	68,76±15,41
Evet	49	82,95±14,85	54,59±41,03	65,59±20,51	63,40±23,36	58,16±20,58	72,44±20,08	53,74±41,84	75,02±30,63
t; p; d; η^2		t=-2,936 p= 0,000 d=0,497 $\eta^2=0,049$	t=-2,607 p= 0,010 d=0,442 $\eta^2=0,039$	t=-1,397 p=0,164	t=-2,052 p= 0,042 d=0,347 $\eta^2=0,024$	t=-1,282 p=0,202	t=-1,877 p=0,062	t=-1,680 p=0,095	t=-1,7670,079
Nakil Öncesi Çalışma Durumu									
Hayır	91	74,28±22,77	42,85±41,54	61,22±23,57	57,20±24,22	54,83±19,74	67,03±21,04	43,22±40,82	68,79±15,44
Evet	79	76,26±22,05	41,45±38,58	62,32±22,39	58,12±22,92	55,12±21,89	68,51±21,17	48,10±41,25	72,60±26,02
t; p		t=-0,574 p=0,567	t=0,227 p=0,821	t=-0,313 p=0,755	t=-0,253 p=0,801	t=-0,091 p=0,927	t=-0,456 p=0,649	t=-0,773 p=0,441	t=-1,180 p=0,240
Aylık Gelir									
500-1000 TL ⁽¹⁾	17	66,76±26,74	52,94±41,34	66,35±27,30	49,76±22,62	60,58±17,21	73,52±20,19	58,82±44,92	62,11±17,26
1001-1500 TL ⁽²⁾	18	74,44±24,96	44,44±37,92	61,50±24,32	52,22±23,57	54,44±22,02	70,83±22,27	46,29±38,15	69,33±14,12
1501-3000 TL ⁽³⁾	63	71,58±23,77	37,69±39,36	60,81±23,48	57,96±23,56	54,60±20,83	67,26±20,50	40,21±41,54	74,73±27,81
3001 TL ve Üzeri ⁽⁴⁾	72	80,55±18,22	43,05±41,15	61,51±21,42	60,55±23,60	54,09±21,21	65,97±21,52	46,75±40,21	69,22±15,17
F; p; η^2 ; PostHoc=		F=2,818 p= 0,041 $\eta^2=0,048$ 4>1, 4>3, 4>1, 4>3 (p<0.05)	F=0,698 p=0,555	F=0,262 p=0,852	F=1,329 p=0,267	F=0,466 p=0,707	F=0,735 p=0,533	F=0,973 p=0,407	F=1,881 p=0,135

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey,

Tablo 4.9 Hastaların kliniğe ilişkin özelliklerine göre Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=170)

Kliniğe İlişkin Özellikler	n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Mental Sağlık
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Nakil Sonrası Geçen Süre									
3-12 Ay	16	72,81±23,37	37,50±38,73	67,06±19,05	66,81±21,35	66,56±14,34	64,84±19,48	39,58±40,76	71,50±15,72
1-5 Yıl	63	76,19±22,87	40,47±39,51	61,65±24,44	58,09±23,72	55,07±21,69	66,86±23,34	40,74±40,80	69,77±14,84
6-10 Yıl	50	73,10±21,06	41,50±40,91	60,08±22,08	54,18±21,75	51,00±18,97	68,50±19,60	48,00±42,67	72,24±31,40
11 Yıl ve üzeri	41	77,19±23,37	47,56±41,38	61,80±23,55	57,56±25,96	55,12±22,15	69,20±20,17	52,03±39,47	69,36±14,98
F; p		F=0,353 p=0,787	F=0,358 p=0,784	F=0,370 p=0,775	F=1,179 p=0,319	F=2,339 p=0,075	F=0,222 p=0,881	F=0,801 p=0,495	F=0,187 p=0,905
Daha Önce Nakil Olma Durumu									
İlk transplant	162	74,90±22,55	43,05±40,21	62,10±23,08	57,75±23,94	55,58±20,97	67,97±21,40	45,47±40,99	70,61±21,52
Re transplant	8	81,25±19,22	25,00±35,35	54,25±20,45	55,25±14,70	42,50±7,07	62,50±11,57	45,83±43,41	69,50±6,74
t; p; d; n ²		t=-0,781 p=0,436	t=1,246 p=0,215	t=0,944 p=0,347	t=0,292 p=0,770	t=1,756 p=0,001 d=0,636 η ² =0,018	t=0,717 p=0,474	t=-0,024 p=0,981	t=0,146 p=0,884
Nakil Merkezi									
Nakil ve izlem aynı merkez	127	75,43±22,35	42,32±39,78	62,65±23,02	59,165±23,04	57,20±19,69	68,99±21,41	45,40±41,71	71,71±22,64
Nakil ve izlem farklı merkez	43	74,53±22,77	41,86±41,44	59,02±22,88	53,11±24,77	48,37±22,40	63,95±19,70	45,73±39,18	67,16±15,18
t; p; d; n ²		t=0,227 p=0,821	t=0,065 p=0,948	t=0,895 p=0,372	t=1,460 p=0,146	t=2,453 p=0,015 d=0,433 η ² =0,035	t=1,361 p=0,175	t=-0,045 p=0,964	t=1,228 p=0,221
Verici Tipi									
Ölü verici	57	79,12±19,22	44,73±40,29	62,29±21,42	59,79±22,97	54,12±19,36	68,64±22,42	52,63±41,28	73,05±30,06
Canlı	113	73,23±23,66	40,92±40,09	61,45±23,80	56,54±23,88	55,39±21,42	67,25±20,41	41,88±40,52	69,31±14,57
t; p		t=1,627 p=0,084	t=0,584 p=0,560	t=0,226 p=0,821	t=0,846 p=0,399	t=-0,378 p=0,706	t=0,404 p=0,687	t=1,622 p=0,107	t=1,095 p=0,275
Nakil Dışı Ameliyat Olma Durumu									
Hayır	87	78,90±18,46	50,00±40,52	63,90±21,40	62,50±22,26	59,36±17,76	70,25±20,46	50,19±42,18	72,78±24,97
Evet	83	71,32±25,42	34,03±38,17	59,45±24,43	52,53±23,93	50,36±22,60	65,06±21,45	40,56±39,31	68,24±15,77
t; p; d; n ²		t=2,232 p=0,028 d=0,343 η ² =0,029	t=2,641 p=0,009 d=0,405 η ² =0,040	t=1,265 p=0,208	t=2,815 p=0,005 d=0,432 η ² =0,045	t=2,896 p=0,005 d=0,444 η ² =0,048	t=1,617 p=0,108	t=1,538 p=0,126	t=1,410 p=0,161
Ek Hastalık Varlığı									
Hayır	40	79,12±18,18	59,37±40,30	71,30±19,76	68,00±20,24	63,87±17,30	74,68±20,11	62,50±43,48	77,60±34,91
Evet	130	74,00±23,47	36,92±38,65	58,79±23,15	54,44±23,66	52,23±20,95	65,57±20,94	40,25±38,86	68,40±13,86
t; p; d; n ²		t=1,268 p=0,207	t=3,180 p=0,002 d=0,569 η ² =0,057	t=3,086 p=0,002 d=0,542 η ² =0,052	t=3,271 p=0,001 d=0,614 η ² =0,066	t=3,193 p=0,002 d=0,583 η ² =0,060	t=2,428 p=0,016 d=0,428 η ² =0,033	t=3,077 p=0,002 d=0,490 η ² =0,043	t=2,452 p=0,111
Ek Hastalık									
HT ⁽¹⁾	30	79,16±22,44	50,00±38,84	62,63±23,86	60,13±23,02	58,00±20,78	69,58±21,19	46,66±39,73	68,93±12,67
DM ⁽²⁾	22	77,04±19,43	50,00±43,64	62,50±25,95	56,45±23,88	56,36±18,00	71,02±20,18	50,00±36,73	70,18±10,81
HT ve/veya Kalp Hastalığı ⁽³⁾	18	74,16±27,34	44,44±39,81	62,16±20,24	55,83±26,43	53,61±23,69	64,58±20,67	46,29±42,99	69,77±13,87
HT, DM ve Kalp Hastalığı ⁽⁴⁾	58	69,74±24,08	22,41±30,95	54,22±22,32	49,70±22,86	46,89±20,68	61,63±21,18	32,18±37,44	67,17±15,74
F; p; n ² ; PostHoc=		F=1,242 p=0,297	F=5,530 p=0,001 1>4, 2>4, 3>4 (p<0.05)	F=1,351 p=0,261	F=1,429 p=0,238	F=2,371 p=0,074	F=1,558 p=0,203	F=1,725 p=0,165	F=0,336 p=0,799

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.9 Hastaların kliniğe ilişkin özelliklerine göre Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=170) (Devamı)

Kliniğe İlişkin Özellikler	n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Mental Sağlık
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Nakil Sonrası Kullanılan İmmünosupresifler									
Kortikosteroid + CNI + Pürin Sentez İnhibitörleri ⁽¹⁾	140	75,50±21,94	40,71±39,02	60,99±23,04	58,14±23,31	54,64±19,71	66,42±20,50	42,61±40,78	70,85±21,66
Pürin Sentez İnhibitörleri + Kortikosteroid ⁽²⁾	15	68,00±29,98	46,66±46,16	58,46±23,71	54,06±29,61	50,66±26,31	70,00±23,04	46,66±39,44	66,93±20,36
CNI + Kortikosteroid veya Pürin Sentez İnhibitörleri ⁽³⁾	15	79,66±17,16	51,66±44,78	71,93±20,23	56,46±20,25	62,33±23,36	77,50±22,75	71,11±37,51	71,46±16,13
F; p; n ² ; PostHoc=		F=1,087 p=0,340	F=0,605 p=0,547	F=1,717 p=0,183	F=0,221 p=0,802	F=1,294 p=0,277	F=1,993 p=0,139	F=3,374 p=0,037 η ² =0,039 3>1 (p<0.05)	F=0,248 p=0,781
İT Kullanım Süresi									
3-12 Ay	14	68,92±22,37	35,71±40,08	64,21±18,64	65,35±22,19	66,78±15,26	65,17±20,32	35,71±40,22	70,00±16,28
1-5 Yıl	59	76,52±23,08	42,79±39,40	63,50±24,56	59,67±24,28	56,27±21,88	67,58±24,13	42,37±40,98	70,71±15,23
6-10 Yıl	50	73,50±21,09	40,50±40,68	60,08±22,08	53,64±21,88	51,00±18,97	67,75±19,41	49,33±42,18	72,40±31,38
11 Yıl ve üzeri	47	77,23±23,09	45,21±41,25	60,53±23,44	57,02±24,62	54,04±21,43	68,61±19,30	48,22±40,41	68,59±14,30
F; p		F=0,656 p=0,580	F=0,242 p=0,867	F=0,297 p=0,827	F=1,141 p=0,334	F=2,292 p=0,080	F=0,096 p=0,962	F=0,592 p=0,621	F=0,264 p=0,851
Sigara Kullanımı									
Hayır	158	75,06±22,60	42,72±40,23	62,30±23,29	57,92±23,53	55,69±20,76	67,95±21,37	45,99±41,14	70,86±21,60
Evet	12	77,08±20,27	35,41±39,10	54,25±17,30	53,83±24,72	45,41±18,02	64,58±16,71	38,88±39,78	66,66±11,48
t; p		t=-0,300 p=0,764	t=0,607 p=0,544	t=1,172 p=0,243	t=0,579 p=0,564	t=1,666 p=0,097	t=0,534 p=0,594	t=0,578 p=0,564	t=0,664 p=0,508

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Hastaların Yaşam Kalitesi ile İT kullanım süreleri ve sigara kullanımları karşılaştırılmış ve anlamsal bir fark görülmemiştir ($p>0.05$). Nakil sonrası kullanılan immunosupresifler ile yaşam kalitesi alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). CNI + kortikosteroid veya pürin sentez inhibitörleri kullanan hastaların Emosyonel rol kısıtlılığı alt boyut puan ortalamaları ($71,11\pm 37,51$) daha yüksektir.

Hastaların kliniğe ilişkin özellikleri ile Yaşam Kalitesi puan ortalamaları Tablo 4.9'da karşılaştırılmıştır. Hastaların yaşam kaliteleri alt boyut puan ortalamaları ile taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma, taburculuk sonrasında sosyal destek sağlayan kişi ve önceden böbrek nakline yönelik bilgi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlam farklılığı görülmüştür ($p<0.05$). Taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duymayan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol kısıtlılığı alt boyut puan ortalamaları ameliyat sonrası bakımda desteğe ihtiyaç duyan hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Ameliyat sonrası bakımda desteğin ebeveyn/kardeş tarafından sağlanan hastaların puan ortalamaları mental sağlık alt boyutu haricindeki alt boyutlarda diğer taburculuk sonrasında sosyal destek sağlayan kişilerin puan ortalamalarından yüksek olduğu saptanmıştır. Mental sağlık alt boyut puan ortalamasında ise anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Önceden böbrek nakline yönelik bilgi alan hastaların puan ortalamaları fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı ve vitalite (enerji) alt boyut puan ortalamaları önceden böbrek nakline yönelik bilgi almayan hastaların puan ortalamalarından yüksektir. Önceden böbrek nakline yönelik bilgi veren kişi ile yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Yaşam kalitesi üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisini belirlemek üzere regresyon analizi yapılmıştır. Yaşam kalitesi alt boyutları ile arasında farklılık bulunan sosyodemografik ve klinik özellikler regresyon analizine dahil edilmiştir. Kategorik değişkenler kukla (dummy) değişkene dönüştürülmüştür.

Tablo 4.9 Hastaların kliniğe ilişkin özelliklerine göre Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=170) (Devamı)

Kliniğe İlişkin Özellikler	n	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Vitalite (Enerji)	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Mental Sağlık
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Taburculuk Sonrası Sosyal Desteğe İhtiyaç Duyma									
Hayır	80	79,43±17,80	49,68±40,66	65,82±23,06	57,41±21,98	55,75±20,17	71,87±21,92	52,91±41,65	70,10±14,08
Evet	90	71,44±25,31	35,55±38,58	58,10±22,39	57,83±25,00	54,27±21,26	64,02±19,63	38,88±39,42	70,97±25,79
t; p; d; n ²		t=2,354 p=0,017 d=0,362 η ² =0,032	t=2,324 p=0,021 d=0,357 η ² =0,031	p=0,028 d=0,340 η ² =0,028	t=-0,116 p=0,908	t=0,462 p=0,645	t=2,462 p=0,015 d=0,378 η ² =0,035	t=2,255 p=0,025 d=0,346 η ² =0,029	t=-0,271 p=0,787
Taburculuk Sonrasında Sosyal Destek Sağlayan Kişi									
Eş	27	66,48±22,13	29,63±41,04	54,55±23,31	50,88±26,96	56,11±23,67	65,27±17,45	23,45±37,91	74,37±41,60
Ebeveyn/kardeş	25	81,40±23,56	61,00±33,91	69,00±18,06	73,08±20,37	64,60±13,53	72,50±16,13	56,00±35,64	74,72±9,64
Eş Ve Çocuk	24	71,66±26,89	21,87±30,67	55,83±19,03	57,87±20,47	50,62±20,23	59,37±23,09	40,27±40,50	68,50±17,58
Aile üyelerinden biri ya da birkaçı	14	62,85±27,92	25,00±35,35	49,35±27,53	43,92±23,74	38,57±20,23	54,46±18,08	35,71±38,03	62,00±15,02
F; p; d; n ² ; PostHoc=		F=2,266 p=0,087	F=6,082 p=0,001 η ² =0,175 2>2, 2>3, 2>4 (p<0.05)	F=3,215 p=0,027 η ² =0,101 2>1, 2>3, 2>4 (p<0.05)	F=6,141 p=0,001 η ² =0,176 2>1, 2>3, 2>4 (p<0.05)	F=5,553 p=0,002 η ² =0,162 2>3, 1>4, 2>4 (p<0.05)	F=3,398 p=0,021 η ² =0,106 2>3, 2>4 (p<0.05)	F=3,212 p=0,027 η ² =0,101 2>1 (p<0.05)	F=0,969 p=0,411
Önceden Böbrek Nakline Yönelik Bilgi Alma Durumu									
Hayır	48	69,27±26,21	29,16±37,30	49,56±23,11	52,25±23,56	48,12±19,25	63,02±20,13	36,80±38,43	71,16±31,21
Evet	122	77,54±20,35	47,33±40,12	66,52±21,15	59,75±23,32	57,66±20,71	69,57±21,19	48,90±41,59	70,32±15,51
t; p; d; n ²		t=-2,192 p=0,053	t=-2,710 p=0,007 d=0,462; η ² =0,042	p=0,000 d=0,781 η ² =0,111	t=-1,883 p=0,061	t=-2,756 p=0,007 d=0,470 η ² =0,043	t=-1,839 p=0,068	t=-1,744 p=0,083	t=0,233 p=0,816
Önceden Böbrek Nakline Yönelik Bilgi Veren Kişi									
Doktor	45	77,22±20,27	46,66±38,65	68,55±23,21	57,13±21,40	59,22±23,74	68,88±23,48	44,44±43,80	70,84±15,00
Hemşire	21	78,33±18,73	55,95±38,65	65,52±20,28	64,33±21,39	54,76±19,52	69,64±18,78	39,68±34,35	65,71±16,07
Doktor Ve Hemşire	30	75,00±19,02	34,16±37,99	62,76±18,37	55,96±27,42	56,50±21,97	70,00±20,65	52,22±42,60	71,60±14,56
Sağlık personeli/ sosyal çevre/ sosyal medya	26	80,38±23,74	56,73±43,90	68,15±21,66	64,96±22,62	58,65±14,32	70,19±20,63	60,25±41,11	71,69±17,11
F;p		F=0,334 p=0,801	F=1,923 p=0,130	F=0,515 p=0,673	F=1,160 p=0,328	F=0,269 p=0,848	F=0,026 p=0,994	F=1,233 p=0,301	F=0,766 p=0,515

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Tablo 4.10 Yaşam Kalitesi üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi (N=170)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	B	t	p	F	Model (p)	R ²
Vitalite (Enerji)	Sabit	65,683	6,282	0,000	5,661	0,000	0,216
	Yaş	0,083	0,807	0,421			
	Cinsiyet	-0,203	-2,692	0,008			
	Çocuk Varlığı	-0,139	-1,468	0,144			
	Eğitim Durumu	0,158	1,910	0,058			
	Daha Önce Nakil Olma Durumu	-0,065	-0,916	0,361			
	Nakil Merkezi	-0,153	-2,187	0,030			
	Nakil Dışı Ameliyat Olma Durumu	-0,122	-1,660	0,099			
	Ek Hastalık Varlığı	-0,210	-2,748	0,007			
Önceden Böbrek Nakline Yönelik Bilgi Alma Durumu	0,152	2,113	0,036				
Fiziksel Fonksiyon	Sabit	93,217	7,713	0,000	5,440	0,000	0,191
	Yaş	-0,245	-2,473	0,014			
	BKİ	-0,135	-1,847	0,067			
	Medeni Durum	0,016	0,171	0,864			
	Çocuk Varlığı	-0,067	-0,595	0,553			
	Eğitim Durumu	0,040	0,480	0,632			
	Çalışma Durumu	0,048	0,630	0,530			
	Aylık Gelir	0,285	3,664	0,000			
	Nakil Dışı Ameliyat Olma Durumu	-0,114	-1,559	0,121			
Taburculuk Sonrası Sosyal Desteğe İhtiyaç Duyma	-0,123	-1,705	0,090				
Fiziksel Kısıtlılığı	Sabit	78,773	3,685	0,000	5,493	0,000	0,226
	Yaş	0,067	0,643	0,521			
	BKİ	-0,139	-1,930	0,055			
	Medeni Durum	-0,034	-0,360	0,719			
	Çocuk Varlığı	-0,180	-1,639	0,103			
	Eğitim Durumu	0,069	0,852	0,396			
	Çalışma Durumu	0,180	2,440	0,016			
	Nakil Dışı Ameliyat Olma Durumu	-0,107	-1,491	0,138			
	Ek Hastalık Varlığı	-0,166	-2,179	0,031			
Taburculuk Sonrası Sosyal Desteğe İhtiyaç Duyma	-0,110	-1,524	0,130				
Önceden Böbrek Nakline Yönelik Bilgi Alma Durumu	0,190	2,675	0,008				
Ağrı	Sabit	54,545	5,688	0,000	8,270	0,000	0,256
	Yaş	0,039	0,395	0,693			
	Medeni Durum	-0,099	-1,073	0,285			
	Çocuk Varlığı	-0,110	-1,024	0,307			
	Eğitim Durumu	0,212	2,732	0,007			
	Ek Hastalık Varlığı	-0,157	-2,108	0,037			
	Taburculuk Sonrası Sosyal Desteğe İhtiyaç Duyma	-0,121	-1,743	0,083			
	Önceden Böbrek Nakline Yönelik Bilgi Alma Durumu	0,282	4,109	0,000			
Sosyal Fonksiyon	Sabit	84,489	14,601	0,000	5,091	0,000	0,127
	Yaş	0,069	0,661	0,510			
	Medeni Durum	0,025	0,249	0,803			
	Çocuk Varlığı	-0,312	-2,770	0,006			
	Ek Hastalık Varlığı	-0,143	-1,796	0,074			
	Taburculuk Sonrası Sosyal Desteğe İhtiyaç Duyma	-0,107	-1,443	0,151			
Genel Algısı	Sabit	57,164	5,547	0,000	5,669	0,000	0,121
	Yaş	-0,022	-0,248	0,805			
	Eğitim Durumu	0,192	2,329	0,021			
	Çalışma Durumu	0,084	1,115	0,267			
	Nakil Dışı Ameliyat Olma Durumu	-0,142	-1,873	0,063			
	Ek Hastalık Varlığı	-0,211	-2,756	0,007			
Emosyonel Kısıtlılığı	Sabit	69,816	9,960	0,000	7,490	0,001	0,071
	Ek Hastalık Varlığı	-0,230	-3,104	0,002			
	Taburculuk Sonrası Sosyal Desteğe İhtiyaç Duyma	-0,170	-2,297	0,023			

Lineer Regresyon Analizi

Tablo 4.10' da yaşam kalitesi üzerinde bağımsız değişkenlerin etkisi gösterilmiştir.

Yaş, cinsiyet, çocuk varlığı, eğitim durumu, daha önce nakil olma durumu, nakil merkezi, nakil dışı ameliyat olma durumu, ek hastalık varlığı, önceden böbrek nakline yönelik bilgi alma durumu ile vitalite (enerji) alt boyutu arasındaki neden sonuç ilişkisini

belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=5,661$; $p<0,001$). vitalite (enerji) düzeyindeki toplam değişim %21.6 oranında yaş, cinsiyet, çocuk varlığı, eğitim durumu, daha önce nakil olma durumu, nakil merkezi, nakil dışı ameliyat olma durumu, ek hastalık varlığı, önceden böbrek nakline yönelik bilgi alma durumu tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,216$). Önceden böbrek nakline yönelik bilgi alma durumu vitalite (enerji) düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,152$). Yaş ($p=0.421$), çocuk varlığı ($p=0.144$), eğitim durumu ($p=0.058$), daha önce nakil olma durumu ($p=0.361$) ve nakil dışı ameliyat olma durumu ($p=0.099$) vitalite (enerji) düzeyini etkilememektedir. Kadın olmak ($\beta=-0,203$), ek hastalık varlığı ($\beta=-0,210$), ameliyat ve hasta izleminin farklı merkezlerde yapılması ($\beta=-0,153$) Vitalite (Enerji) düzeyini azaltmaktadır.

Yaş, BKİ, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim ve çalışma durumu, aylık gelir, nakil dışı ameliyat olma durumu, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ile fiziksel fonksiyon alt boyutu arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=5,440$; $p<0,001$). Fiziksel fonksiyon düzeyindeki toplam değişim %19,10 oranında Yaş, BKİ, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim ve çalışma durumu, aylık gelir, nakil dışı ameliyat olma durumu, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,191$).

Yaş, fiziksel fonksiyon düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,245$). BKİ ($p=0.067$), medeni durum ($p=0.864$), çocuk varlığı ($p=0.553$), eğitim durumu ($p=0.632$) ve çalışma durumu ($p=0.530$), nakil dışı ameliyat olma durumu ($p=0.121$) ve taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ($p=0.090$) Fiziksel fonksiyon düzeyini etkilememektedir. Aylık gelir fiziksel fonksiyon düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,285$).

Yaş, BKİ, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, çalışma durumu, nakil dışı ameliyat olma durumu, ek hastalık varlığı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma, önceden böbrek nakline yönelik bilgi alma durumu ile fiziksel rol kısıtlılığı alt boyutu arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=5,493$; $p=0.001$). Fiziksel rol kısıtlılığı düzeyindeki toplam değişim %22.6 oranında yaş, BKİ, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, çalışma durumu, nakil dışı ameliyat olma durumu, ek hastalık varlığı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma, önceden böbrek nakline yönelik bilgi alma durumu tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,226$). Yaş ($p=0.521$), BKİ ($p=0.055$), medeni durum ($p=0.719$), çocuk varlığı ($p=0.103$), eğitim durumu ($p=0.396$), Nakil dışı ameliyat olma durumu ($p=0.138$), Taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ($p=0.130$) Fiziksel Rol düzeyini etkilememektedir. Çalışma durumu ($\beta=0,180$) ve önceden böbrek nakline yönelik bilgi alma durumu fiziksel rol kısıtlılığı düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,190$). Ek hastalık varlığı fiziksel rol kısıtlılığı düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,166$).

Yaş, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, ek hastalık varlığı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma, önceden böbrek nakline yönelik bilgi alma durumu ile ağrı alt boyutu arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=8,270$; $p=0.001$). Ağrı düzeyindeki toplam değişim %25.6 oranında yaş, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, ek hastalık varlığı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma, önceden böbrek nakline yönelik bilgi alma durumu tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,256$). Yaş ($p=0.693$), medeni durum ($p=0.285$), çocuk varlığı ($p=0.307$) ve taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ($p=0.083$) ağrı düzeyini etkilememektedir. Eğitim durumu ($\beta=0,212$) ve önceden böbrek nakline yönelik bilgi alma durumu ağrı düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,282$). Ek hastalık varlığı ağrı düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,157$).

Yaş, medeni durum, çocuk varlığı, ek hastalık varlığı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ile sosyal fonksiyon alt boyutu arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=5,091$; $p=0,000$). Sosyal fonksiyon düzeyindeki toplam değişim %12.7 oranında yaş, medeni durum, çocuk varlığı, ek hastalık varlığı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,127$). Yaş ($p=0.510$), medeni durum ($p=0.803$), ek hastalık varlığı ($p=0.074$) ve taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ($p=0.151$) sosyal fonksiyon düzeyini etkilememektedir. Çocuk varlığı ($\beta=-0,312$) Sosyal fonksiyon düzeyini azaltmaktadır.

Yaş, eğitim, çalışma ve nakil dışı ameliyat olma durumu, ek hastalık varlığı ile genel sağlık algısı alt boyutu arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=5,669$; $p=0.001$). Genel sağlık algısı düzeyindeki toplam değişim %12.1 oranında yaş, eğitim, çalışma ve nakil dışı ameliyat olma durumu, ek hastalık varlığı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,121$). Yaş ($p=0.805$), çalışma durumu ($p=0.267$) ve nakil dışı ameliyat olma durumu ($p=0.063$) Genel sağlık algısı düzeyini etkilememektedir. Eğitim durumu genel sağlık algısı düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0,192$). Ek hastalık varlığı genel sağlık algısı düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,211$).

Ek hastalık varlığı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ile emosyonel rol kısıtlılığı alt boyutu arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=7,490$; $p=0.001$). Emosyonel rol kısıtlılığı düzeyindeki toplam değişim %7.1 oranında ek hastalık varlığı, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,071$). Ek hastalık varlığı ($\beta=-0,230$) ve taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma ($\beta=-$

0,170) emosyonel rol kısıtlılığı düzeyini azaltmaktadır.

Tablo 4.11 MTSORD-58^{TR} Semptom ve Yaşam Kalitesi puan ortalamaları arasında korelasyon analizi (N=170)

		MTSORD-58 ^{TR} Semptom Toplam	Oluşma	Fiziksel Oluşma	Semptom	Psikolojik Oluşma	Semptom
MTSORD-58^{TR} Rahatsızlık Toplam	r	0,947**		0,913**		0,675**	
	p	0,000		0,000		0,000	
Fiziksel Rahatsızlık	r	0,935**		0,948**		0,516**	
	p	0,000		0,000		0,000	
Psikolojik Rahatsızlık	r	0,649**		0,482**		0,931**	
	p	0,000		0,000		0,000	
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,354**		-0,369**		-0,162*	
	p	0,000		0,000		0,034	
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	r	-0,393**		-0,386**		-0,257**	
	p	0,000		0,000		0,001	
Ağrı	r	-0,413**		-0,388**		-0,327**	
	p	0,000		0,000		0,000	
Genel Sağlık Algısı	r	-0,399**		-0,353**		-0,388**	
	p	0,000		0,000		0,000	
Vitalite (Enerji)	r	-0,442**		-0,366**		-0,509**	
	p	0,000		0,000		0,000	
Sosyal Fonksiyon	r	-0,474**		-0,456**		-0,339**	
	p	0,000		0,000		0,000	
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	r	-0,404**		-0,329**		-0,483**	
	p	0,000		0,000		0,000	
Mental Sağlık	r	-0,296**		-0,258**		-0,298**	
	p	0,000		0,001		0,000	

*<0,05; **<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.11' de MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma (toplam ve alt boyutları) ve Rahatsızlık (toplam ve alt boyutları) ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir. MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam $r=0.947$ ve fiziksel semptom oluşma arasında $r=0.913$ pozitif çok yüksek ($p=0.001$), psikolojik semptom oluşma arasında $r=0.675$ pozitif orta ($p=0.001$) düzeyde korelasyon tespit edilmiştir. Hastaların MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık puanı arttıkça MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam puanı ve psikolojik semptom oluşma puanında da artış olmaktadır.

Fiziksel rahatsızlık ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam arasında $r=0.935$ ve fiziksel semptom oluşma arasında $r=0.948$ pozitif çok yüksek ($p=0.001$), Psikolojik Semptom Oluşma arasında $r=0.516$ pozitif orta ($p=0.001$) ve Rahatsızlık toplam arasında $r=0.975$ pozitif çok yüksek ($p=0.001$) düzeyde korelasyon tespit edilmiştir.

Psikolojik Rahatsızlık ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam arasında $r=0.649$ pozitif orta ($p=0.001$), fiziksel semptom oluşma arasında $r=0.482$ pozitif zayıf ($p=0.001$), psikolojik semptom oluşma arasında $r=0.931$ pozitif çok yüksek ($p=0.001$), ve MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık toplam arasında $r=0.723$ pozitif yüksek ($p=0.001$) düzeyde korelasyon bulunmuştur.

Fiziksel fonksiyon ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam arasında $r=-0.354$ ve fiziksel semptom oluşma arasında $r=-0.369$ negatif zayıf ($p=0.001$), psikolojik semptom oluşma arasında $r=-0.162$ negatif çok zayıf ($p=0.034$) ve rahatsızlık toplam arasında $r=-0.289$ negatif zayıf ($p=0.001$) korelasyon elde edilmiştir.

Fiziksel rol kısıtlılığı ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam arasında $r=-0.393$, fiziksel semptom oluşma ile $r=-0.386$, psikolojik semptom oluşma arasında $r=-0.257$ ve MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık toplam arasında $r=-0.414$ negatif zayıf ($p=0.001$) düzeyinde korelasyon saptanmıştır.

Ağrı ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam arasında $r=-0.413$, fiziksel semptom oluşma arasında $r=-0.388$, psikolojik semptom oluşma arasında $r=-0.327$ ve MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık toplam arasında $r=-0.442$ negatif zayıf ($p=0.001$) korelasyon bulunmuştur.

Genel sağlık algısı ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam arasında $r=-0.399$, fiziksel semptom oluşma arasında $r=-0.353$, psikolojik semptom oluşma arasında $r=-0.388$ ve MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık toplam arasında $r=-0.413$ negatif zayıf ($p=0.001$) düzeyde anlamlı bulunmuştur. MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam puan arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, genel sağlık algısı, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı ve mental sağlık alt boyut puanları azalmaktadır.

Vitalite (enerji) ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam arasında $r=-0.442$, fiziksel semptom oluşma arasında $r=-0.366$ ve MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık toplam arasında $r=-0.477$ negatif zayıf ($p=0.001$), psikolojik semptom oluşma arasında $r=-0.509$ negatif orta ($p=0.001$) düzeyde anlam saptanmıştır.

Sosyal fonksiyon ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam $r=-0.474$, fiziksel $r=-0.456$, psikolojik $r=-0.339$ ve rahatsızlık toplam arasında $r=-0.497$ negatif zayıf ($p=0.001$) düzeyde korelasyon tespit edilmiştir.

Emosyonel rol kısıtlılığı ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam $r=-0.404$, fiziksel $r=-0.329$ psikolojik semptom Oluşma $r=-0.483$ ve Rahatsızlık toplam arasında $r=-0.416$ negatif zayıf ($p=0.001$) düzeyde anlamlılık vardır.

Ruh Sağlığı ile MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam $r=-0.296$, fiziksel $r=-0.258$, psikolojik semptom oluşma $r=-0.298$ ve Semptom Rahatsızlık toplam arasında $r=-0.299$ negatif zayıf ($p=0.001$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.12 Semptom Oluşmanın Yaşam Kalitesi üzerine etkisi (N=170)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Fiziksel Fonksiyon	Sabit	90,557	25,702	0,000	24,004	0,000	0,120
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma	-0,354	-4,899	0,000			
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Sabit	72,754	11,737	0,000	30,711	0,000	0,150
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma	-0,393	-5,542	0,000			
Ağrı	Sabit	80,118	22,766	0,000	34,506	0,000	0,165
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma	-0,413	-5,874	0,000			
Genel Sağlık Algısı	Sabit	75,857	20,873	0,000	31,791	0,000	0,154
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma	-0,399	-5,638	0,000			
Vitalite (Enerji)	Sabit	72,711	23,273	0,000	40,770	0,000	0,190
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma	-0,442	-6,385	0,000			
Sosyal Fonksiyon	Sabit	87,044	27,912	0,000	48,552	0,000	0,220
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma	-0,474	-6,968	0,000			
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Sabit	77,596	12,310	0,000	32,805	0,000	0,158
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma	-0,404	-5,728	0,000			
Mental Sağlık	Sabit	82,637	24,428	0,000	16,104	0,000	0,082
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Oluşma	-0,296	-4,013	0,000			

Lineer Regresyon Analizi

MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ile fiziksel fonksiyon arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=24,004; p=0.001). Fiziksel fonksiyon düzeyindeki toplam değişim %12 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma tarafından açıklanmaktadır (R²=0,120). MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma fiziksel fonksiyon düzeyini azaltmaktadır (β =-0,354).

MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ile fiziksel rol kısıtlılığı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=30,711; p=0.001). Fiziksel rol kısıtlılığı düzeyindeki toplam değişim %15 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma tarafından açıklanmaktadır (R²=0,150). MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma fiziksel rol kısıtlılığı düzeyini azaltmaktadır (β =-0,393).

MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ile ağrı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=34,506; p=0.001). Ağrı düzeyindeki toplam değişim %16.5 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma tarafından açıklanmaktadır (R²=0,165). MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ağrı düzeyini azaltmaktadır (β =-0,413).

MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ile genel sağlık algısı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=31,791; p=0.001). Genel sağlık algısı düzeyindeki toplam değişim %15.4 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma tarafından açıklanmaktadır (R²=0,154). MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma genel sağlık algısı düzeyini azaltmaktadır (β =-0,399).

MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ile vitalite (enerji) arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=40,770$; $p=0.001$). Vitalite (enerji) düzeyindeki toplam değişim %19 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,190$). MTSORD-58^{TR} Semptom oluşma vitalite (enerji) düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,442$).

MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ile sosyal fonksiyon arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=48,552$; $p=0.001$). Sosyal fonksiyon düzeyindeki toplam değişim %22 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,220$). MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma sosyal fonksiyon düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,474$).

MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ile emosyonel rol kısıtlılığı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=32,805$; $p=0.001$). Emosyonel rol kısıtlılığı düzeyindeki toplam değişim %15.8 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,158$). MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma emosyonel rol kısıtlılığı düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,404$).

MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ile mental sağlık arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=16,104$; $p=0.001$). Mental sağlık düzeyindeki toplam değişim %8.2 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,082$). MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma mental sağlık düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,296$).

Tablo 4.13' de Semptom varlığı alt boyutlarının Yaşam Kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir. Fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma ile fiziksel fonksiyonellik arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=13,187$; $p=0.001$). Fiziksel fonksiyon düzeyindeki toplam değişim %12.6 oranında fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,126$). Fiziksel semptom oluşma fiziksel fonksiyon düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,382$). Psikolojik semptom oluşma fiziksel fonksiyon düzeyini etkilememektedir ($p=0.740$).

Tablo 4.13 Semptom varlığı alt boyutlarının Yaşam Kalitesi üzerine etkisi (N=170)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Fiziksel Fonksiyon	Sabit	89,889	25,396	0,000	13,187	0,000	0,126
	Fiziksel Semptom Oluşma	-0,382	-4,613	0,000			
	Psikolojik Semptom Oluşma	0,028	0,332	0,740			
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Sabit	72,591	11,582	0,000	15,289	0,000	0,145
	Fiziksel Semptom Oluşma	-0,343	-4,190	0,000			
	Psikolojik Semptom Oluşma	-0,086	-1,051	0,295			
Ağrı	Sabit	80,519	22,681	0,000	17,626	0,000	0,164
	Fiziksel Semptom Oluşma	-0,300	-3,698	0,000			
	Psikolojik Semptom Oluşma	-0,178	-2,194	0,030			
Genel sağlık algısı	Sabit	76,901	21,246	0,000	18,863	0,000	0,175
	Fiziksel Semptom Oluşma	-0,213	-2,640	0,009			
	Psikolojik Semptom Oluşma	-0,282	-3,502	0,001			
Vitalite (Enerji)	Sabit	74,351	24,807	0,000	31,790	0,000	0,267
	Fiziksel Semptom Oluşma	-0,151	-1,989	0,048			
	Psikolojik Semptom Oluşma	-0,434	-5,714	0,000			
Sosyal Fonksiyon	Sabit	87,181	27,656	0,000	24,207	0,000	0,215
	Fiziksel Semptom Oluşma	-0,382	-4,861	0,000			
	Psikolojik Semptom Oluşma	-0,150	-1,906	0,058			
Emosyonel Kısıtlılığı	Sabit	80,845	13,342	0,000	26,943	0,000	0,235
	Fiziksel Semptom Oluşma	-0,119	-1,533	0,127			
	Psikolojik Semptom Oluşma	-0,424	-5,469	0,000			
Mental Sağlık	Sabit	83,412	24,619	0,000	9,778	0,000	0,094
	Fiziksel Semptom Oluşma	-0,147	-1,737	0,084			
	Psikolojik Semptom Oluşma	-0,225	-2,667	0,008			

Lineer Regresyon Analizi

Fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma ile fiziksel rol kısıtlılığı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=15,289; p=0.001). Fiziksel rol kısıtlılığı düzeyindeki toplam değişim %14.5 oranında fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma tarafından açıklanmaktadır (R²=0,145). Fiziksel semptom oluşma fiziksel rol kısıtlılığı düzeyini azaltmaktadır (β =-0,343). Psikolojik semptom oluşma fiziksel rol kısıtlılığı düzeyini etkilememektedir (p=0.295).

Fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma ile ağrı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=17,626; p=0.001). Ağrı düzeyindeki toplam değişim %16.4 oranında fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma tarafından açıklanmaktadır (r²=0,164). Fiziksel semptom oluşma ağrı düzeyini azaltmaktadır (β =-0,300). Psikolojik semptom oluşma ağrı düzeyini azaltmaktadır (β =-0,178).

Fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma ile genel sağlık algısı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=18,863; p=0.001). Genel sağlık algısı düzeyindeki toplam değişim

%17.5 oranında fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,175$). Fiziksel semptom oluşma genel sağlık algısı düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,213$). Psikolojik semptom oluşma genel sağlık algısı düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,282$).

Fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma ile vitalite (enerji) arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=31,790$; $p=0.001$). Vitalite (enerji) düzeyindeki toplam değişim %26.7 oranında fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,267$). Fiziksel semptom oluşma vitalite (enerji) düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,151$). Psikolojik semptom oluşma vitalite (enerji) düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,434$).

Fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma ile sosyal fonksiyon arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=24,207$; $p=0.001$). Sosyal fonksiyon düzeyindeki toplam değişim %21.5 oranında fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,215$). Fiziksel semptom oluşma sosyal fonksiyon düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,382$). Psikolojik semptom oluşma sosyal fonksiyon düzeyini etkilememektedir ($p=0.058$).

Fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma ile emosyonel rol kısıtlılığı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=26,943$; $p=0.001$). Emosyonel rol kısıtlılığı düzeyindeki toplam değişim %23.5 oranında fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,235$). Fiziksel semptom oluşma emosyonel rol kısıtlılığı düzeyini etkilememektedir ($p=0.127$). Psikolojik semptom oluşma emosyonel rol kısıtlılığı düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,424$).

Fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma ile mental sağlık arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=9,778$; $p=0.001$). Mental sağlık düzeyindeki toplam değişim %9.4 oranında fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,094$). Fiziksel semptom oluşma mental sağlık düzeyini etkilememektedir ($p=0.084$). Psikolojik semptom oluşma mental sağlık düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,225$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14' te semptom rahatsızlığının Yaşam Kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir. MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık ile fiziksel fonksiyon arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=13,473; p=0.001). Fiziksel fonksiyon düzeyindeki toplam değişim %6.9 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır (R²=0,069). MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık fiziksel fonksiyon düzeyini azaltmaktadır (β =-0,274).

Tablo 4.14 Semptom Rahatsızlığının Yaşam Kalitesi üzerine etkisi (N=170)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R ²
Fiziksel Fonksiyon	Sabit	84,821	26,743	0,000	13,473	0,000	0,069
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık	-0,274	-3,671	0,000			
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Sabit	67,140	12,463	0,000	31,219	0,000	0,153
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık	-0,398	-5,587	0,000			
Ağrı	Sabit	77,409	25,353	0,000	37,776	0,000	0,180
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık	-0,431	-6,146	0,000			
Genel Sağlık Algısı	Sabit	73,192	23,008	0,000	33,605	0,000	0,163
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık	-0,410	-5,797	0,000			
Vitalite (Enerji)	Sabit	70,630	26,344	0,000	48,161	0,000	0,220
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık	-0,474	-6,940	0,000			
Sosyal Fonksiyon	Sabit	84,139	31,135	0,000	52,413	0,000	0,235
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık	-0,490	-7,240	0,000			
Emosyonel Kısıtlılığı	Sabit	71,290	12,940	0,000	31,808	0,000	0,156
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık	-0,401	-5,640	0,000			
Mental Sağlık	Sabit	81,332	27,431	0,000	17,856	0,000	0,092
	MTSORD-58 ^{TR} Semptom Rahatsızlık	-0,312	-4,226	0,000			

Lineer Regresyon Analizi

MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık ile fiziksel rol kısıtlılığı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=31,219; p=0.001). Fiziksel rol kısıtlılığı düzeyindeki toplam değişim %15.3 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır (R²=0,153). MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık fiziksel rol kısıtlılığı düzeyini azaltmaktadır (β =-0,398).

MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık ile ağrı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=37,776; p=0.001). Ağrı düzeyindeki toplam değişim %18 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır (R²=0,180). MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık ağrı düzeyini azaltmaktadır (β =-0,431).

MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık ile genel sağlık algısı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=33,605; p=0.001). Genel sağlık algısı düzeyindeki toplam değişim %16.3 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır (R²=0,163). MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık genel sağlık algısı düzeyini azaltmaktadır (β=-0,410).

MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık ile vitalite (enerji) arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=48,161; p=0.001). Vitalite (enerji) düzeyindeki toplam değişim %22 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır (R²=0,220). MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık vitalite (enerji) düzeyini azaltmaktadır (β=-0,474).

MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık ile sosyal fonksiyon arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=52,413; p=0.001). Sosyal fonksiyon düzeyindeki toplam değişim %23.5 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır (R²=0,235). MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık sosyal fonksiyon düzeyini azaltmaktadır (β=-0,490).

MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık ile emosyonel rol kısıtlılığı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=31,808; p=0.001). Emosyonel rol kısıtlılığı düzeyindeki toplam değişim %15.6 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır (R²=0,156). MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık emosyonel rol kısıtlılığı düzeyini azaltmaktadır (β=-0,401).

MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık ile mental sağlık arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=17,856; p=0.001). Mental sağlık düzeyindeki toplam değişim %9.2 oranında MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır (R²=0,092). MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık mental sağlık düzeyini azaltmaktadır (β=-0,312) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15' te Semptom Rahatsızlığı alt boyutlarının Yaşam Kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir. Fiziksel ve psikolojik rahatsızlık ile fiziksel fonksiyon arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=9,968; p=0.001). Fiziksel fonksiyon düzeyindeki toplam değişim %9.6 oranında Fiziksel rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır (R²=0,096). Fiziksel rahatsızlık, fiziksel fonksiyon düzeyini azaltmaktadır (β=-0,371). Psikolojik rahatsızlık fiziksel fonksiyon düzeyini etkilememektedir (p=0.250).

Fiziksel ve psikolojik rahatsızlık ile fiziksel rol kısıtlılığı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=17,503$; $p=0.001$). Fiziksel rol kısıtlılığı düzeyindeki toplam değişim %16.3 oranında fiziksel rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,163$). Fiziksel rahatsızlık fiziksel rol kısıtlılığı düzeyini azaltmakta ($\beta=-0,379$), psikolojik rahatsızlık etkilememektedir ($p=0.460$).

Tablo 4.15 Semptom Rahatsızlığı Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi üzerine etkisi (N=170)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	t	p	F	Model (p)	R^2
Fiziksel Fonksiyon	Sabit	84,919	27,609	0,000	9,968	0,000	0,096
	Fiziksel Rahatsızlık	-0,371	-4,235	0,000			
	Psikolojik Rahatsızlık	0,101	1,155	0,250			
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	Sabit	68,247	12,887	0,000	17,503	0,000	0,163
	Fiziksel Rahatsızlık	-0,379	-4,489	0,000			
	Psikolojik Rahatsızlık	-0,062	-0,740	0,460			
Ağrı	Sabit	77,938	26,048	0,000	20,423	0,000	0,187
	Fiziksel Rahatsızlık	-0,334	-4,019	0,000			
	Psikolojik Rahatsızlık	-0,161	-1,931	0,055			
Genel Sağlık Algısı	Sabit	73,525	23,830	0,000	19,332	0,000	0,178
	Fiziksel Rahatsızlık	-0,227	-2,718	0,007			
	Psikolojik Rahatsızlık	-0,265	-3,168	0,002			
Vitalite (Enerji)	Sabit	71,398	28,121	0,000	33,782	0,000	0,280
	Fiziksel Rahatsızlık	-0,181	-2,319	0,022			
	Psikolojik Rahatsızlık	-0,415	-5,301	0,000			
Sosyal Fonksiyon	Sabit	84,394	31,815	0,000	27,532	0,000	0,239
	Fiziksel Rahatsızlık	-0,381	-4,736	0,000			
	Psikolojik Rahatsızlık	-0,173	-2,155	0,033			
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	Sabit	74,417	14,581	0,000	30,143	0,000	0,256
	Fiziksel Rahatsızlık	-0,082	-1,026	0,306			
	Psikolojik Rahatsızlık	-0,466	-5,855	0,000			
Mental Sağlık	Sabit	81,017	28,090	0,000	10,463	0,000	0,101
	Fiziksel Rahatsızlık	-0,119	-1,362	0,175			
	Psikolojik Rahatsızlık	-0,253	-2,892	0,004			

Lineer Regresyon Analizi

Fiziksel ve psikolojik rahatsızlık ile ağrı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=20,423$; $p=0.001$). Ağrı düzeyindeki toplam değişim %18.7 oranında fiziksel rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,187$). Fiziksel rahatsızlık ağrı düzeyini azaltmakta ($\beta=-0,334$), psikolojik rahatsızlık ağrı düzeyini etkilememektedir ($p=0.055$).

Fiziksel ve psikolojik rahatsızlık ile genel sağlık algısı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=19,332$; $p=0.001$). Genel sağlık algısı düzeyindeki toplam değişim %17.8 oranında fiziksel

rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,178$). Fiziksel rahatsızlık ($\beta=-0,227$) ve psikolojik rahatsızlık ($\beta=-0,265$) genel sağlık algısı düzeyini azaltmaktadır.

Fiziksel rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık ile vitalite (enerji) arasındaki regresyon analizinde negatif anlamlı ilişki bulunmuştur ($F=33,782$; $p=0.001$). Vitalite (enerji) düzeyindeki toplam değişim %28 oranında fiziksel rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,280$). Fiziksel rahatsızlık ($\beta=-0,181$) ve psikolojik rahatsızlık ($\beta=-0,415$) vitalite (enerji) düzeyini azaltmaktadır.

Fiziksel ve psikolojik rahatsızlık ile sosyal fonksiyon arasındaki regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=27,532$; $p=0.001$). Sosyal fonksiyon düzeyindeki toplam değişim %23.9 oranında fiziksel rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,239$). Fiziksel rahatsızlık ($\beta=-0,381$) ve psikolojik rahatsızlık ($\beta=-0,173$) sosyal fonksiyon düzeyini azaltmaktadır.

Fiziksel ve psikolojik rahatsızlık ile emosyonel rol kısıtlılığı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=30,143$; $p=0.001$). Emosyonel rol kısıtlılığı düzeyindeki toplam değişim %25.6 oranında fiziksel rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,256$). Fiziksel rahatsızlık emosyonel rol kısıtlılığı düzeyini etkilememekte ($p=0.306$), Psikolojik Rahatsızlık ise azaltmaktadır ($\beta=-0,466$).

Fiziksel rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık ile mental sağlık arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=10,463$; $p=0.001$). Mental sağlık düzeyindeki toplam değişim %10.1 oranında fiziksel rahatsızlık, psikolojik rahatsızlık tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0,101$). Fiziksel rahatsızlık mental sağlık düzeyini etkilememektedir ($p=0.175$). Psikolojik rahatsızlık mental sağlık düzeyini azaltmaktadır ($\beta=-0,253$) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16' da hastaların yaş, BKİ, ameliyat sonrası geçen süre, nakil sonrası immunosupressif kullanım süresi ile MTSORD-58^{TR} Semptom ve Yaşam Kalitesi düzeylerini belirleyen alt boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Fiziksel fonksiyon ile yaş arasında $r=-0.332$ negatif zayıf ($p=0.001$), fiziksel fonksiyon ile BKİ arasında $r=-0.169$ negatif çok zayıf ($p=0,028$), fiziksel rol kısıtlılığı ile yaş arasında $r=-0.319$ negatif zayıf ($p=0.001$), fiziksel rol kısıtlılığı ile BKİ arasında $r=-0.212$ negatif çok zayıf ($p=0,006$), ağrı ile yaş arasında $r=-0.297$ negatif zayıf ($p=0.001$), genel sağlık algısı ile yaş arasında $r=-0.228$ negatif çok zayıf ($p=0,003$), vitalite (enerji) ile yaş arasında $r=-0.213$ negatif çok zayıf ($p=0,005$), sosyal fonksiyon ile yaş arasında

$r=-0.221$ negatif çok zayıf ($p=0,004$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.16 Yaş, BKİ, ameliyat sonrası geçen süre, nakil sonrası immunosupresif kullanım süresi, MTSORD-58^{TR} Semptom ve Yaşam Kalitesi arasında korelasyon analizi (N=170)

		Yaş	BKİ	Ameliyat Sonrası Geçen Süre	Nakil İmmunosupresif Kullanım Süresi
MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma	r	0,012	0,028	-0,025	-0,078
	p	0,875	0,716	0,747	0,313
MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık	r	-0,012	0,026	0,003	-0,042
	p	0,874	0,733	0,971	0,589
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,332**	-0,169*	-0,031	-0,011
	p	0,000	0,028	0,689	0,888
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	r	-0,319**	-0,212**	0,080	0,016
	p	0,000	0,006	0,301	0,840
Ağrı	r	-0,297**	-0,145	-0,049	-0,089
	p	0,000	0,060	0,522	0,249
Genel Sağlık Algısı	r	-0,228**	-0,014	-0,082	-0,091
	p	0,003	0,859	0,286	0,238
Vitalite (Enerji)	r	-0,213**	-0,053	-0,117	-0,148
	p	0,005	0,492	0,130	0,054
Sosyal Fonksiyon	r	-0,221**	-0,139	0,019	0,008
	p	0,004	0,070	0,810	0,920
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	r	-0,109	0,013	0,061	0,011
	p	0,155	0,863	0,431	0,889
Mental Sağlık	r	0,001	-0,009	-0,031	-0,050
	p	0,992	0,906	0,688	0,513

* $<0,05$; ** $<0,01$; Pearson Korelasyon Analizi

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada böbrek transplantasyonu uygulanan hastaların semptom oluşma ve rahatsızlık durumunun yaşam kaliteleri üzerine etkisi incelenmiştir. MTSORD-58^{TR} ile Kısa Form (SF)–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında, ölçeğin tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Hastaların MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma ve Rahatsızlık puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı görülmüştür.

Türkiye 2020 yılı ulusal nefroloji, diyaliz ve transplantasyon kayıt sistemi raporuna göre böbrek nakli yapılan hastaların çoğunluğunu 20-44 yaş, erkek (%65.79) ve canlı vericiler (%42.26) oluşturmaktadır (Türkiye 2020 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu). Literatürde nakil yapılan hastaların çoğunluğunu erkek hastaların oluşturduğu bulgusunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Liu vd 2015, Ayar vd 2015, Doğan ve Dönmez 2019, De Pasquale vd 2014, Fırat 2020, Ören ve Sucu Dağ 2020). Bu çalışmada da hastaların çoğunluğunu erkekler (%55,3) oluşturmaktadır. Böbrek nakline ilişkin yapılan farklı çalışmalarda hastaların yaş ve beden kütle indeksi puan ortalamaları verilmiştir. Doğan ve Dönmez'in çalışmasında yaş ortalamasının (36,44±10,24) yıl, Fırat'ın yaptığı çalışmada yaş ortalamasının (46,10±11,52) yıl, BKİ ortalamasının ise (27,00±6,00) kg/m², Ören ve Sucu Dağ'ın yaptığı çalışmada yaş ortalamasının (51-60) ve BKİ ortalamasının (26,06±5,53) ve Pehlivan ve arkadaşlarının çalışmasında ise BKİ ortalamasının (26,06±5,53) kg/m² olduğu belirtilmektedir (Doğan ve Dönmez 2019, Fırat 2020, Ören ve Sucu Dağ 2020, Pehlivan vd 2020). Bu çalışmada da literatür bilgilerine benzer şekilde hastaların yaş ortalaması (45,92±13,40) yıl ve BKİ ortalaması (26,48±5,00) kg/m² olarak tespit edilmiştir.

Hastalarda DM veya DM ile birlikte başka ek hastalık varlığı nakil sonrası semptom ve rahatsızlık gelişme durumunu etkilemektedir. HT, transplantasyon yapılan hastalarda kardiyovasküler hastalık ve kronik allogreft nefropatisi için majör risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Mallamaci vd 2019). Bu çalışmada HT, DM ve kalp hastalığı olan hastaların MTSORD-58^{TR} ölçeğinin psikolojik semptom oluşma ve psikolojik rahatsızlık alt boyutundan yüksek puan aldıkları görülmüştür. Bu durumun süreklilik

arzetmesi hastaları psikolojik açıdan olumsuz olarak etkilemektedir. Gelecek kaygısı, kendine yetememe, özbakım gereksinimlerini karşılamada yaşadıkları güçlükler, sürekli destek gereksinimi duymaları hastaların psikolojik semptom oluşma ve rahatsızlık puan ortalamalarının yükselmesine neden olduğu düşünülmektedir. Ek hastalık varlığı hastaların günlük yaşantılarında değişikliklere (fiziksel aktivite, bakım, beslenme vb.) gitmelerine neden olmaktadır.

Nakil sonrası geçen süre ile semptom oluşma, semptom rahatsızlık ve yaşam kalitelerini inceleyen çalışmalar literatürde yer almaktadır. Afshar ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada nakilden sonra geçen süre arttıkça özellikle psikolojik semptom yükünün (endişe, depresif duygular, uyuma güçlüğü, huzursuz bacak vb.) azaldığını ifade etmişlerdir (Afshar vd 2012). Uygulanan İT'ler hastaya özel olup zaman içerisinde hastanın durumuna göre doz azaltılmasına gidilmektedir. Ayrıca bu durum nakil sonrası geçen süre arttıkça hastaların tedaviye uyumlarının da arttığı şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmada nakil sonrası geçen süre ile hastaların semptom oluşma ve rahatsızlık durumları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu durumun, nakil öncesi dönemde hastaların tedavi sürecine ilişkin bilgi gereksinimlerinin karşılanmış olmasından ve semptom gelişimini önlemeye yönelik profilaktik ilaçların kullanımından kaynaklandığı düşünülebilir. Nakil sonrası geçen süre ile hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında da anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Nakilden sonra geçen süre uzadıkça hastaların yaşam kalitelerinin artması beklenirken, uzun süreli immünosupresif kullanımı ve semptomların süreklilik göstermesi nedeniyle yaşam kalitelerinde bu beklenen değişikliğin görülmediği şeklinde yorumlanabilir.

Literatürde semptom oluşma ve rahatsızlık durumlarının cinsiyetle olan ilişkilerini inceleyen çalışmalara rastlanmıştır (Afshar vd 2012, Sarıgöl Ordin 2013, Kim ve Jang 2020). Sarıgöl Ordin ile Kim ve Jang'ın çalışmalarında transplantasyon sonrası semptom ve rahatsızlıklar oluşma durumunun kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir (Sarıgöl Ordin 2013, Kim ve Jang 2020). Kim ve Jang (2020) çalışmasında erkek hastaların semptom oluşma puan ortalamalarının $52,14 \pm 22,00$ kadın hastaların $72,18 \pm 25,59$; Semptom Rahatsızlık puan ortalamalarının ise erkeklerin $48,98 \pm 23,11$ kadınların $75,77 \pm 25,29$ olduğunu ifade etmişlerdir. Sarıgöl Ordin (2013) çalışmasında hastaların Semptom Oluşma toplam puan ortalamasının $88,78 \pm 20,51$ ve Semptom Rahatsızlık toplam puan ortalamasının ise $84,75 \pm 19,23$ olarak belirtmiştir. Bu çalışmada Semptom Oluşma toplam puan ortalamasının $41,60 \pm 21,46$ ve Semptom Rahatsızlık toplam puan ortalamasının ise $37,69 \pm 23,80$ olduğu tespit edilmiş, cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Afshar ve arkadaşlarının (2012) çalışması da bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (Afshar vd 2012). Bu durum her iki cinsiyet için transplantasyon öncesi bilgilendirilmenin etkin yapılması ve bu doğrultuda

transplantasyon sonrası semptom yönetiminin iyi yapıldığı şeklinde açıklanabilir. Sarıgöl Ordin'in çalışmasıyla olan farklılığın nedeninin farklı organ nakli olduğu şeklinde düşünülebilir. Sarıgöl Ordin' in çalışmasında hastaların %71,4'ünün beş yıldır İT kullandığı ifade edilmiştir. Bu çalışmada ise beş yıldır İT kullanan hastaların oranı %46,5 olduğu tespit edilmiştir. Hastaların transplantasyon sonrası ilk yıllarda ilaç sayı ve dozlarının yüksek olmasının semptom gelişimi üzerine etkili olduğu düşünülmektedir. Kadınların fiziki yapılarının ve hormonal dengelerinin ilaç yan etkilerine yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir.

Literatürde organ nakli alıcılarına uygulanan İT tedavisine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. Fırat (2020) çalışmasında hastaların indüksiyon tedavisi (antitimosit globülin) ve idame tedavi (steroid+kalsinorin inhibitörü+antiproliferatif ajan) aldığını belirtmiştir (Fırat 2020). Literatürde organ nakli sonrası hastaların çoğunun üçlü immünosupresif ilaçlar kullandığını ifade eden çalışmalar bulunmaktadır. Mallamaci ve arkadaşları (2019) hastaların (%67)'sinin ve Sarıgöl Ordin (2013) ise %42'sinin üçlü İT kullandığını belirtmiştir (Mallamaci vd 2019, Sarıgöl Ordin 2013). Bu çalışmada da hastaların %82,4'ünün üçlü İT kullandığı tespit edilmiştir. Çalışmada üçlü immünosupresif kullanımı ile hastaların MTSORD-58^{TR} Semptom Oluşma toplam, fiziksel semptom oluşma, psikolojik semptom oluşma, MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık toplam ve psikolojik rahatsızlık puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır. Hastaların kullandığı immünosupresif ilaç sayısı arttıkça vücutta daha çok sistem bundan olumsuz olarak etkilenmekte bu nedenle semptomların ve rahatsızlığı arttığı düşünülmektedir.

Afshar ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada, böbrek nakli alıcılarında en fazla görülen semptomların halsizlik, nefes darlığı, endişe, kas güçsüzlüğü, beden imajından memnuniyetsizlik, kilo alımı, halsizlik, uyku güçlüğü, vücut imajından memnuniyetsizlik, nefes darlığı ve uyuşukluk olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada semptomların şiddetlerinin orta derecede olduğu ifade edilmiştir. Hastaların %30'unun halsizlik, %24'ünün uyku güçlüğü, %20'sinin beden imajından memnuniyetsizlik, %18'inin dispne ve %17'sinin ise orta ila şiddetli düzeyde uyuşukluk bildirdiklerini belirtmişlerdir (Afshar vd 2012). Böbrek transplantasyonu yapılan hastalar üzerindeki başka bir çalışmada İT kullanımına bağlı gelişen sorunlar şu şekilde sıralanmıştır: Bulantı/kusma (%61.4), el ve ayaklarda karıncalanma (%46.4), uyku bozukluğu (%43.2), yorgunluk (%43.2), kas krampları (%37.3), baş dönmesi (%29.5), yüzde şişme (%21.4), çarpıntı (%12.7), tat almada değişiklik (%7.3) ve diyabet (%0.5) (Dursun 2022). Sarıgöl Ordin (2013) karaciğer transplantasyonu uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada en fazla oluşan on semptomun sırasıyla terlemede artış, yorgunluk, yüzde şişme (ay dede yüz), ellerde titreme, saçlarda incelme, anksiyete, ruh halinde dalgalanmalar, iştahta

artış, kaslarda güçsüzlük, yüz ve vücutta kıllanmada artış olduğunu ifade etmiştir. Aynı çalışmada rahatsızlık düzeyi en yüksek olarak belirlenen on semptomun ise sırasıyla terlemede artış, yüzde şişme (ay dede yüz), ellerde titreme, iştahta artış, anksiyete, saçlarda inceleme veya dökülme, yorgunluk, ruh halinde dalgalanma, kaslarda güçsüzlük, yüz ve vücutta kıllanmada artış olduğu belirtilmiştir (Sarigöl Ordin 2013). Karaciğer transplantasyonu olan hastalar üzerinde yapılan başka bir çalışmada en fazla görülen on semptomun sırasıyla yorgunluk, huzursuzluk/gerginlik, bunalımda hissetme, endişeli/kaygılı hissetme, ruh halinde dalgalanma, terleme, bulantı/kusma, mide yanması ve ağrı, tat almada değişiklik ve kaşıntı olarak belirlendiği ifade edilmiştir (Güvenç ve Tuna 2022). Aynı çalışmada semptom rahatsızlığına da bakılmış ve en rahatsız olunan semptomların sırasıyla yorgunluk, huzursuzluk/gerginlik, bunalımda hissetme, endişeli/kaygılı hissetme, ruh halinde dalgalanma, bulantı/kusma, iştahsızlık, kaşıntı, kas güçsüzlüğü ve uyku güçlüğü olduğu belirtilmiştir (Güvenç ve Tuna 2022). Başka bir çalışmada rahatsız edici semptomlar olarak en sık yorgunluk, enerji eksikliği, saç incilmesi/dökülmesi ve erkek hastalarda sertleşme sorunlarının görüldüğü ifade edilmiştir (Kim ve Jang 2020). Bu çalışmada en fazla görülen on semptomun sırasıyla yorgunluk, saçlarda incelme/dökülme, huzursuzluk/gerginlik, ruh halinde dalgalanma, endişeli/kaygılı hissetme, uyumada zorluk, kaslarda güçsüzlük, mide yanması ve ağrı, adet kanaması ile ilgili sorunlar ve eklem ağrısı olduğu saptanmıştır. Rahatsızlık boyutundaki en fazla görülen on semptom ise sırasıyla cinsel organ etrafında yara/siğil, kaslarda güçsüzlük, yorgunluk, eklemlerde ağrı, yüzde/ sırtta leke, bulantı/ kusma, işğa bakmakta güçlük, ayak/ ayak bileklerinde şişme, huzursuzluk/gerginlik ve yüzde/boyunda kızarıklık olarak tespit edilmiştir. Hastaların üçlü İT kullanımının vücuttaki sistemleri olumsuz etkilediği, semptomlarının ve rahatsızlıklarının bundan dolayı daha sık olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yaşanan bu semptom ve rahatsızlıkların hastaları psikolojik olarak etkilediği, endişe ve kaygılarının arttığı, buna bağlı olarak da uyku problemleri ve yorgunluk yaşadıkları düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastalarda tespit edilen GİS sorunları; mide yanması ve ağrı (0,67), iştahta artış (0,65), kabızlık (0,58) ve bulantı/kusma (0,54)'dir. Literatürde bunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Afshar ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında mide ağrısının, Bülbüloğlu ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında ise hazımsızlık, ishal, kabızlık, karın ağrısı ve reflünün en sık görülen GİS semptomları olduğu belirtilmiştir (Afshar vd 2012, Bülbüloğlu vd 2022). Literatürde pürin sentez inhibitörü (mikofelanat grubu) ve CNI grubu ilaç kullanımının hastalarda GIS semptomlarının gelişiminde etkili olduğu belirtilmektedir (Sarigöl Ordin 2013, Bülbüloğlu vd 2022). Mikofelanat grubu ilaçların bulantı/kusma ve ishal, CNI'lerin ise daha çok hazımsızlık ve kabızlık üzerine etki ettiklerini gösteren çalışmalar literatürde yer almaktadır (Sarigöl Ordin 2013, Shad

vd 2019, Sekmek vd 2021, Bülbüloğlu vd 2022). Bu çalışmada da hastaların GIS semptomu oluşma puanlarının yüksek olması, sözü edilen ilaç gruplarından mutlaka en az birini kullanıyor olması ile açıklanabilir.

Kullanılan immunosupresiflerin dış eti hiperplazisi vb., ağız içi problemlerine neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Afshar vd 2012, Voora ve Adey 2019). Bu çalışmada görülen dudakta/ağızda yara (0,51), diş çürüklerinde artış (0,54) ve diş etlerinde şişme (0,53) çalışmaları desteklemektedir. Fazla doz, sayı ve sürede İT ilaç kullanımının hastalarda bu semptomların sık ve devamlı görülmesine neden olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca hastaların ağız sağlığına yeterince özen göstermemelerinin de bu semptom ve rahatsızlıkların gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Voora ve Adey yapmış oldukları çalışmada CNI kullanımının hastalarda baş ağrısını tetikleyebildiğini ifade etmişlerdir (Voora ve Adey 2019). Bu çalışmada da benzer şekilde hastalarda baş ağrısı (0,65) görüldüğü tespit edilmiştir. Bu durum CNI'lerin nörotoksositeye sebep olmalarıyla açıklanabilmektedir. Yapılan çalışmalarda böbrek transplantasyonu uygulanan hastaların uyku sorunları yaşadığı belirtilmiştir (Afshar vd 2012, Liu vd 2015, Xie vd 2018, Pehlivan vd 2020). Bu çalışma da, hastalar uyumada güçlük çekiyor (0,62) ve bundan rahatsızlık duyuyorlar (0,82) sonuçları ile literatürle benzerlik göstermektedir. Hastaların içinde bulunduğu rejeksiyon ve ölüm korkusu, beden imajı değişikliği, ekonomik problemler, kendine/çevresine yetememe durumu ve destek gereksinimi duyması gibi durumların uyku sorunlarına yol açtığı düşünülmektedir.

Literatürde transplantasyon sonrası dönemde hastaların cinsel sorunlar yaşadıklarını ifade eden çalışmalar bulunmaktadır (Afshar vd 2012, Sarıgöl Ordin 2013, Pehlivan vd 2020, Kim ve Jang 2020, Güvenç ve Tuna 2022). Bu çalışmanın sonuçları da literatürü desteklemektedir. Hastalardaki oluşan semptom puanlarına bakıldığında sırasıyla kadınlarda adetlerle ilgili sorunların (0,65), erkeklerde sertleşme sorununun (0,64) ve her iki cinsiyet için cinsel istekte azalmanın (0,62) fazla olduğu görülmektedir. Bu durumun, İT kullanımının hastaların fizyolojileri (vücutta yağlanmanın ve kilo alımının artması, osteoporoz ve akne oluşumu, kılınma) ve psikolojileri (enfeksiyon riski, greft organa zarar verme korkusu, sosyal yaşantıda değişiklikler, eşe yetememe ya da ayrılma korkusu, anksiyete ve depresyonda artış) üzerindeki olumsuz etkilerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

İmmünosupresif kullanımının hastaların yaşam kalitesini azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Pehlivan vd 2020, Kim ve Jang 2020). Literatüre bakıldığında Afshar ve arkadaşları (2012) çalışmalarında fiziksel semptom gelişimi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulduklarını ifade etmişlerdir. Kim ve Jang (2020) çalışmalarında fiziksel semptomların hastaların yaşam kalitesinde anlamlı bir farklılık yaratmadığını,

farklılığının psikolojik semptomlar ve erkeklerde sertleşme sorunu arasında görüldüğünü belirtmişlerdir. Psikolojik semptomu fazla olan ve depresif hastaların yaşam kaliteleri düşüktür. Bu çalışma literatürle benzerlik göstermektedir. Hastaların semptom oluşma toplam ve rahatsızlık toplam puan ortalamalarından aldıkları puan arttıkça yaşam kalitesi ölçeğinin Ruh Sağlığı alt boyutundan aldıkları puan düşmektedir. Bu durum, semptomlar arttıkça hastaların rahatsızlığı ve kaygılarının arttığı, yaşam kalitelerinin azaldığı şeklinde yorumlanabilir. İT'nin neden olduğu semptom oluşma, sıklığı ve şeklinin hastalarda farklılık gösterdiği düşünülmektedir. Semptomlar arttıkça hastalar bu durumu yönetmekte zorlanmakta, ruh sağlıkları olumsuz olarak etkilenmekte ve depresyona yatkınlıkları artabilmektedir.

Soylu ve Ortabağ çalışmalarında hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar en yüksekten düşüğe sırasıyla fiziksel fonksiyonellik, bedensel ağrı, sosyal fonksiyonellik, fiziksel rol, vitalite (enerji), genel sağlık algısı, emosyonel rol kısıtlılığı ve ruh sağlığı olarak bulduklarını ifade etmişlerdir (Soylu ve Ortabağ 2017). Bu çalışmada da sırasıyla hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların en yüksekten düşüğe sırasıyla fiziksel fonksiyonellik, ruh sağlığı, sosyal fonksiyonellik, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, vitalite (enerji), emosyonel rol kısıtlılığı ve fiziksel rol olduğu saptanmıştır. Fonksiyonellik alt boyut puan ortalamalarının diğerlerinden yüksek olarak bulunması hastaların zaman içinde tedaviye ve yaşam değişikliklerine uyum sağladıkları şeklinde yorumlanabilir. Genel sağlık algısı, vitalite (enerji) ve rol alt boyut puan ortalamalarının düşük bulunmasının nedeni, İT'nin vücuttaki sistemler üzerindeki ciddi yan etkileri şeklinde açıklanabilir.

Literatüre bakıldığında cinsiyetin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmalar olduğu görülmektedir (Üstündağ vd 2007, Ayar vd 2015, Junchotikul vd 2015, Kostro vd 2016, Soylu ve Ortabağ 2017, Kim ve Jang 2020, Dursun 2022). Cinsiyetle yaşam kalitesi arasında anlamlı farkın bulunmadığını belirten çalışmalar (Üstündağ vd 2007, Ayar vd 2015, Junchotikul vd 2015, Kostro vd 2016, Dursun 2022) olduğu gibi, farkın olduğunu vurgulayan çalışmalar da bulunmaktadır. Soylu ve Ortabağ çalışmalarında erkek hastaların vitalite (enerji) alt boyutu puan ortalamalarının kadın hastalarından yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (Soylu ve Ortabağ 2017). Bu çalışmada da hastaların vitalite (enerji) alt boyutu puan ortalamalarından aldıkları puanlar benzerlik göstermektedir. Kim ve Jang da çalışmalarında kadınların yaşam kalitelerinin erkeklerinkinden daha düşük olarak tespit ettiklerini belirtmişlerdir (Kim ve Jang 2020). Bu farklılığının kadınların aile içi rol ve sorumluluklarının (ev işleri, çocuk bakımı, ebeveyn bakımı, vb.) fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde medeni durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farkın bulunmadığını belirten çalışmalar (Üstündağ vd 2007, Junchotikul vd 2015) olduğu gibi evli olan hastaların yaşam kalitelerinin diğerlerinden yüksek olarak saptadıklarını ifade eden çalışmalarda (Bek ve Cengiz 2020, Pehlivan vd 2020, Dursun 2022) bulunmaktadır. Bu çalışmada ise farklı olarak bekar hastaların ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik, rol, bedensel ağrı ve sosyal fonksiyonellik alt boyut puan ortalamalarının

evli olanlarınkinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun, bekar hastaların aile içi rol ve sorumluluklarının daha az olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatürde evde birlikte yaşanan kişinin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Bek ve Cengiz çalışmalarında evde birden fazla kişiyle yaşayan kişilerin Bedensel Ağrı, Ruh Sağlığı ve Vitalite (Enerji) alt boyutu puan ortalamalarının yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (Bek ve Cengiz 2020) Dursun'un çalışmasında ise ailesiyle yaşayanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Dursun 2022). Sosyal desteğin hastaların yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada birlikte yaşanan kişilerle yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Literatürde nakil sürecine yönelik bilgi alma durumunun hastaların yaşam kalitesini etkilemediğini gösteren çalışma (Soylu ve Ortabağ 2017) olduğu gibi etkilediğini gösteren çalışmalar da (Dursun 2022, Üstündağ vd 2007) mevcuttur. Dursun yapmış olduğu çalışmada hemşirelerden eğitim alan hastaların (%82.7) yaşam kalitelerini daha yüksek olarak tespit ettiğini ifade etmiştir (Dursun 2022). Başka bir çalışmada da eğitim alan hastaların sadece bedensel ağrı alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu belirtilmiştir (Üstündağ vd 2007). Bu çalışmada böbrek nakline yönelik bilgi alan hastaların fiziksel rol, bedensel ağrı ve vitalite (enerji) yaşam kalitesi alt puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Sürece yönelik bilgi almaları, hastaların neyle karşılaşacağını önceden bilmelerinin hem onları psikolojik olarak rahatlattığı hem de yaşamlarını önceden ona göre planladığı düşünülmekte, yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarının yüksek olması da bundan kaynaklanmaktadır.

Literatürde eğitim düzeyi düşük olan hastaların Yaşam Kalitesi toplam puan ortalamasının da düşük olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Junchotikul vd 2015, Pehlivan vd 2020). Hastaların eğitim düzeyinin yaşam kalitesinin alt boyutları üzerindeki etkisini gösteren farklı çalışmalar bulunmaktadır (Ayar vd 2015, Junchotikul vd 2015, Soylu ve Ortabağ 2017, Pehlivan vd 2020). Ayar ve arkadaşları çalışmalarında eğitim düzeyi düşük olan hastaların emosyonel rol kısıtlılığı alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğunu ifade etmişlerdir (Ayar vd 2015). Soylu ve Ortabağ yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşük olan hastaların fiziksel sağlık alt boyut puan ortalamalarını düşük, ruh sağlığı alt boyut puan ortalamalarını ise yüksek olarak tespit ettiklerini belirtmişlerdir (Soylu ve Ortabağ 2017). Bu çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastaların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık algısı ve vitalite (enerji) alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyinin artması teknolojiyi daha iyi takip edebilmeye ve kullanabilmeye olanak sağlamaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan hastalar sağlık alanındaki yenilikleri daha iyi takip edebilmekte ve etkin kullanabilmektedirler. Sağlık çalışanlarının tedavi sürecine

ilişkin eğitimlerini daha iyi kavrayabilmekte ve uygulayabilmektedirler. Ayrıca eğitim düzeyinin artması ile hastaların sosyoekonomik düzeyi, dolayısıyla da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini de arttırmaktadır.

Hastaların çalışma durumları yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir. Pehlivan ve arkadaşlarının çalışmasında herhangi bir işte çalışmayan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Pehlivan vd 2020). Dursun'un yapmış olduğu çalışmada böbrek transplantasyonu sonrası çalışmaya devam eden hastaların yaşam kalitesi ölçeği mental alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Dursun 2022). Soylu ve Ortabağ çalışmalarında çalışan hastaların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol ve genel sağlık algısı alt boyutu puan ortalamalarını çalışmayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olarak tespit ettiklerini belirtmişlerdir (Pehlivan vd 2020). Bu çalışmada da benzer şekilde, çalışan hastaların genel sağlık algısı, fiziksel fonksiyonellik ve fiziksel rol alt boyutu puan ortalamalarının çalışmayanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Fiziksel olarak kendini iyi hisseden hastaların aktif çalışma hayatı içinde oldukları, o nedenle genel ve fiziksel alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların yaşam kaliteleri gelir durumlarından etkilenebilmektedir. Soylu ve Ortabağ'ın çalışmalarında hastaların aylık gelirlerinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı farklılık göstermediğini belirtmişlerdir (Soylu ve Ortabağ 2017). Hastaların aylık gelirlerinin yaşam kalitesini veya alt boyutlarını pozitif yönde etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Ayar vd 2015, Junchotikul vd 2015, Dursun 2022). Bu çalışmada da benzer şekilde yaşam kalitesi ölçeğinin sadece fiziksel fonksiyonellik alt boyutunda pozitif etki gösterdiği saptanmıştır. Hastaların ekonomik gelir durumunun artmasının beslenme, egzersiz yapma ve sağlık kontrollerini düzenli yaptırma durumlarını olumlu etkilediği, bu nedenle de Fiziksel Fonksiyonellik puan ortalamalarını arttırdığı düşünülmektedir.

Hastaların yaşam kalitesi alt boyutları ile daha önce nakil olma durumlarının karşılaştırıldığı çalışmada daha önce nakil olma öyküsü olanların vitalite (enerji) ve sosyal fonksiyonellik puan ortalamalarının düşük olduğuna değinilmiştir (Soylu ve Ortabağ 2017). Çalışma Soylu ve Ortabağ'ın (2017) çalışmasıyla benzerlik göstermekte, nakil olma geçmişi bulunan hastaların vitalite (enerji) puan ortalamalarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Nakil konusunda olumsuz deneyimlerinin olmasının puan ortalamalarını düşürdüğü düşünülmektedir.

Ek hastalığı varlığı ile yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı birçok çalışmaya rastlanmaktadır (Afshar vd 2012, Kostro vd 2016, Soylu ve Ortabağ 2017). Yapılan çalışmalarda ek hastalık varlığının yaşam kalitesi ile istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Afshar vd 2012, Kostro vd 2016, Soylu ve Ortabağ

2017). Bu çalışmada ek hastalığı olan hastaların Fiziksel Fonksiyonellik ve Ruh Sağlığı dışındaki tüm alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır. Ek hastalığın hastalarda yarattığı duygusal yük, hastalığa bağlı eklenen ilaçların varlığı, kullanımı, ek hastalığın ne olduğu ve sürecini nasıl etkileyeceği konusundaki streslerin bu sonucu doğurduğu düşünülmektedir.

Nakil sonrası geçen süre ile yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı çalışmalarda farklılıklar olduğu görülmektedir. Nakil sonrası geçen süre arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin arttığını ifade eden çalışmalar (Üstündağ vd 2007, Yılmaz 2016) olduğu gibi, yaşam kalitelerinin değişmediğini ifade eden çalışmalar (Soylu ve Ortabağ 2017) da bulunmaktadır. Bu çalışmada nakil sonrası geçen süre ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Beklenen sonuç, ameliyattan sonra geçen süre arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin artması şeklindedir. Bu sonuca IT'nin ömür boyu sürmesi ve zamanla dozunun azaltılmaması nedeniyle ulaşılamadığı düşünülmektedir.

Meslek, yaşanılan yer ve birlikte yaşanılan kişi ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında Dursun'un yaptığı çalışmada emekli olanların, ilde ve ailesiyle yaşayanların yaşam kalitesi puan ortalamalarını daha yüksek olarak saptadığını ifade etmiştir (Dursun 2022). Bu çalışmada meslek, yaşanılan yer ve birlikte yaşanılan kişi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Literatürde hastaların ameliyat sonrasında destek alma durumları ile yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı çalışma mevcuttur (Dursun 2022). Dursun'un çalışmasında hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamalarının $62,46 \pm 20,88$, SF-12 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel özel alt boyutu puan ortalamalarının $48,24 \pm 10,71$ ve mental özel alt boyutu puan ortalamalarının $46,72 \pm 10,50$ olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada SF-12 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında destek alması pozitif yönde yüksek düzeyde ilişki olduğu belirtilmiştir (Dursun 2022). Bu çalışmada da benzer olarak desteğe ihtiyaç duyanların fiziksel fonksiyonellik ($71,44 \pm 25,31$), fiziksel rol ($35,55 \pm 38,58$), bedensel ağrı ($58,10 \pm 22,39$), sosyal fonksiyonellik ($64,02 \pm 19,63$) ve emosyonel rol kısıtlılığı ($38,88 \pm 39,42$) alt boyut puan ortalamaları desteğe ihtiyaç duymayan hastaların puan ortalamalarından düşük bulunmuştur. Bu durum fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden kısıtlılıkları olan hastaların desteklenme gereksinimi duydukları şeklinde açıklanabilir.

Bu çalışma da psikolojik semptom oluşma toplam puan ortalaması $8,52 \pm 5,59$ 'dur. Verici tipleri ile karşılaştırıldığında canlı vericilerden transplantasyon uygulanan hastaların psikolojik semptom oluşma puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Sarıgöl Ordin'in çalışmasında hastaların depresyon ölçeği puan ortalamaları arttıkça semptom oluşma ve rahatsızlık puan ortalamalarının arttığı belirtilmiştir (Sarıgöl Ordin 2013). İT

nedeniyle hastaların yaşamları boyunca rejeksiyon riski ile karşı karşıya kalmaları, özel hasta grubu içerisinde yer almaları, bakım desteğine ihtiyaç duymaları, psikolojilerini olumsuz olarak etkilemektedir (Battaglia vd 2021). Bu nedenle hastaların psikolojik semptom oluşma ve rahatsızlık puan ortalamalarının ya da depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Literatürde hastaların semptom puanları ile yaşam kaliteleri arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Güvenç ve Tuna çalışmalarında hastaların semptom puanları azaldıkça yaşam kalitelerinin arttığını ifade etmişlerdir (Güvenç ve Tuna 2022). Kim ve Jang'ın çalışmasında da hastaların semptom oluşma ve rahatsızlık puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi alt boyutu (psikolojik, sosyal ve çevresel) puan ortalamalarının düştüğünü ve depresyon ölçeği puan ortalamalarının arttığını ifade etmişlerdir (Kim ve Jang 2020). Bu çalışmada da benzer şekilde hastaların MTSORD-58^{TR} ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarından aldıkları puan arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı görülmektedir İT hastalarda vücuttaki tüm sistemleri etkileyen ciddi semptom ve rahatsızlıklara neden olmaktadır. Bu, semptomların hastaları fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilediği ve yaşam kalitelerinin azaldığı şeklinde yorumlanabilir.

Transplantasyon sonrası hastalarda tedaviye uyumsuzluk sık görülmesine rağmen böbrek transplantasyonu uygulanan hastalarda tedaviye uyumun yüksek olduğu görülmektedir (Weng 2013, Ören ve Sucu Dağ 2020, Akıncı ve Akıncı 2022). Hatırlatıcı yöntemlerin uyumu arttırdığı görülmektedir (Tuncer ve Khorshid 2018, Ören ve Sucu Dağ 2020).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Hastaların yaş ortalamasının $45,92 \pm 13,40$ yıl, ve BKİ ortalamasının $26,48 \pm 5,00$ (kg/m^2) olduğu saptanmıştır.
Hastaların çoğunluğunun
- Erkek, evli, ikiden fazla çocuğa sahip olduğu, ilköğretim mezunu, il merkezinde, eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı ve ev hanımı olduğu
- Şu anda ve nakil öncesinde de bir işte çalışmadığı, aylık gelirin 3001 TL ve üzerinde olduğu
- Nakil sonrası geçen süresinin 1-5 yıl olduğu, daha önce bir nakil girişimi yapılmadığı, nakil ve izlemin aynı merkezde ve nakil nedenin diğer durumlar olduğu
- Nakli yapılan organı, canlı vericiden aldığı ve vericinin ebeveyni olduğu
- Hastaların nakil dışında bir ameliyat olmadığı
- Ek bir hastalığının olduğu ve bunları HT, DM ve kalp hastalığının oluşturduğu ve bu hastalıklara yönelik ilaç kullandığı
- İT olarak kortikosteroid, CNI ve pürin sentez inhibitörü kullandığı ve bu ilaçları 1-5 yıldır kullandıkları
- Sigara ve alkol kullanmadığı
- Taburculuk sonrası sosyaal desteğe ihtiyaç duyduğu ve bu desteği eşinden aldığı
- Nakil öncesi dönemde böbrek nakline yönelik bilgi aldığı ve bu bilgiyi doktorlardan aldığı tespit edilmiştir.
- Hastaların MTSORD-58^{TR} Ölçeği'nden Semptom Oluşma Toplam puan ortalamaları $41,60 \pm 21,46$ 'dir. Ölçek alt boyut puan ortalamaları Fiziksel Semptom Oluşma ortalaması $33,08 \pm 18,12$ ve psikolojik $8,52 \pm 5,59$ 'dir.
- Hastaların MTSORD-58^{TR} Semptom Rahatsızlık Toplam ortalaması $37,69 \pm 23,80$, Fiziksel $29,77 \pm 19,72$ Ve Psikolojik $7,92 \pm 6,322$ dir.
- Hastaların sosyodemografik özellikleri ile MTSORD-58^{TR} karşılaştırıldığında

anlamli bir fark bulunmamıştır.

- Hastaların klinik özellikleri ile MTSORD-58^{TR} karşılaştırıldığında verici tipi, ek hastalık varlığı, nakil sonrası kullanılan İT'ler, sigara kullanımı ve taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.
- MTSORD-58^{TR} Ölçeği'ndeki ridit analizinin sonucunda semptom oluşma boyutunda en fazla görülen on semptom sırasıyla yorgunluk, saçlarda incelme/dökülme, huzursuzluk/gerginlik, ruh halinde dalgalanma, endişeli/kaygılı hissetme, uyumada zorluk, kaslarda güçsüzlük, mide yanması ve ağrı, adetlerle ilgili sorun ve eklem ağrısı olarak tespit edilmiştir.
- Ridit analizine göre en fazla rahatsızlık duyulan semptomlar sırasıyla cinsel organ etrafında yara/siğil, kaslarda güçsüzlük, yorgunluk, eklemlerde ağrı, yüzde/ sırtta leke, bulantı/ kusma, ışığa bakmakta güçlük, ayak/ ayak bileklerinde şişme, huzursuzluk/gerginlik, yüzde/boyunda kızarıklık, saçlarda incelme/dökülme, boyun/sırtta yağ birikmesi, endişeli/kaygılı hissetme, konsantrasyonda/hatırlamada zorluk ve uyumada zorluk olarak belirlenmiştir.

Böbrek transplantasyonu sonrası semptom oluşma ve rahatsızlık durumunun hastaların yaşam kalitesine etkisinin araştırıldığı bu çalışmanın Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne yönelik sonuçları şu şekildedir:

- Hastaların sosyodemografik özellikleri ve yaşam kalitelerinin alt boyutları karşılaştırıldığında cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim ve çalışma durumunda anlamlı farklılıklar bulunmuştur.
- Hastaların klinik özellikleri ve yaşam kalitelerinin alt boyutları karşılaştırıldığında daha önce nakil olma durumu, nakil merkezi, nakil dışı ameliyat olma durumu, ek hastalık varlığı, nakil sonrası kullanılan İT, taburculuk sonrası sosyal desteğe ihtiyaç duyma, taburculuk sonrasında sosyal destek sağlayan kişi ve önceden nakle yönelik bilgi alma durumu arasında farklılıklar saptanmıştır.
- MTSORD-58^{TR} Kısa Form (SF) – 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında, ölçeğin tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir.
- Hastaların MTSORD-58^{TR} semptom Oluşma ve Rahatsızlık puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı görülmüştür.

6.2. Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Nakil süreci konusunda (ameliyat sonrası bakım ve ilaç kullanımı) ameliyat öncesi dönemde hasta ve yakınlarına anlatılması ve onların sorularının cevaplanması
- Hastaların immünosupresif kullanımına bağlı karşılaşılabileceği en sık semptomların neler olduğu ve semptom yönetimi konusunda önceden bilgilendirilmesi, gerektiği durumda sağlık profesyonellerinden yardım almasının sağlanması
- Sigara kullanımının semptom oluşum ve rahatsızlık durumunun etkisini belirten eğitimlerin verilmesi
- Aile ve diğer sosyal destek sağlayabilecek kişilerin desteklerinin olumlu yönde kullanımının sağlanması
- Benzer problem yaşayan hastaların bir araya getirilmesi ve destek grupların oluşturulması, hastaların bu grupların varlığından haberdar edilmesi
- İT kullanımının ek hastalık oluşumu üzerindeki etkileri ve bu etkilerin azaltılmasına yönelik hastaların uygulaması gereken yaşam değişikliklerinin neler olduğu konusunda hastaların bilgilendirilmesi
- Hastaların mümkün olduğunca taburculuk sonrası transplantasyonunun gerçekleştirildiği merkezde izlemlerinin devam ettirilmesi
- Ameliyat sonrası hastaların hastanedeki kontrolleri sırasında yaşam kalitesindeki değişikliklerin belirlenerek, hasta ve yakınına gerekli önerilerde bulunulması
- Ameliyat öncesi dönemde yaşam kalitesi ve diğer parametreleri inceleyen çalışmaların yapılması
- Yeni tip immunosupresif ilaç kullanan hastalarda görülen semptomların farklı olup olmadığını belirlemek amacıyla retrospektif çalışmaların yapılması
- Konunun daha derinlemesine incelenebilmesi adına nitel çalışmaların yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

Abramyan S, Hanlon M. Kidney Transplantation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): **StatPearls Publishing**; 2022 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567755/#:~:text=Absolute%20contraindications%20for%20kidney%20transplantation,abuse%2C%20and%20uncontrolled%20psychiatric%20disease> (son güncelleme tarihi: 09.05.2022 alındığı tarih: 12.01.2023)

Acaroğlu R, Çulha Y. “Organ Naklinde Etik”, Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı, Eds. Özbaş A, **Türkiye Klinikleri**, Ankara, 2021, s.6-11.

Afshar M, Rebollo-Mesa I, Murphy E, Murtagh FEM, Mamode N. Symptom burden and associated factors in renal transplant patients in the U.K. **J Pain Symptom Manage** 2012; 44(2):229-238.

Akıncı N, Akıncı S. Böbrek nakli yapılan hastalarda sosyo-demografik ve klinik özelliklerin immünosupresif uyumuna etkisinin değerlendirilmesi: Tek merkezli çalışma. **Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi** 2022;7(2):188-195

Akıncı N, Özbaş A. Böbrek nakli yapılan hastaların immünosupresif ilaç uyumunu arttırmaya yönelik yapılan uygulamaların etkinliği: Sistemik derleme. **Sağ Aka Derg** 2021; 8(3): 257-264.

Akıncı S, Akıncı N. “Organ Naklinde İmmünolojik Uygulamalar”, Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı, Eds. Özbaş A, **Türkiye Klinikleri**, Ankara, 2021, s.17-23.

Aksoy N, Demet D. Böbrek nakli uygulanan hastaların yaşadıkları cinsel sorunlar ve danışmanlık gereksinimleri. **Türk Neph Dial Transpl** 2018; 2 (13): 85-90

Akyol Güner T, Erdoğan Z, Özdemir B, Çoban G, Aksu N. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının bakım vericilerinin yaşam kalitesi. **Türk Neph Dial Transpl** 2018; 2(13): 91-97.

Akyolcu N, Kula Şahin S. “Organ Naklinin Tarihsel Gelişimi”, Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı, Eds. Özbaş A, **Türkiye Klinikleri**, Ankara, 2021, s.1-5.

Aldemir K, Gürkan A. Böbrek Transplantasyonu sonrası üriner sistem infeksiyonları ve hemşirelik bakımı. **Türk Neph Dial Transpl** 2018; 2(13): 71-76.

Alıcı M, Pınar R. Obez hastalara verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi** 2008; 2: 32-4723.

Altınanahtar A. Dünya’da ve Türkiye’de organ tedariki ve nakli: iktisadi perspektifler, sorunlar ve çözüm önerileri. **Sosyoekonomi** 2016; 24(28): 11-30.

Altunören O, Aydın G, Gungör Ö. “Böbrek Anatomisi”, Böbrek Fizyopatolojisi, Eds. Arınsoy T, Gungör Ö, Koçyiğit İ, **Reaktif**, 2017, s.1-3 <https://nefroloji.org.tr/uploads/folders/file/bobrek-fizyopatolojisi-kitabi.pdf>

Ayar Y, Ersoy A, Işıktaş Sayılar E, Yılmaz A, Aydın MF. Böbrek alıcılarında depresyon, kaygı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. **Turk Neph Dial Transpl** 2015; 24 (1): 98-105

Barnard A, Kohyn P, Saab S. Medical management of metabolic complications of liver transplant recipients. **Gastroenterol Hepatol** 2016; 12: 601-8.

Barutçu Ataş D, Arıkan H, Alışır Ecde S, Çiftçi H. Hemodiyaliz ve böbrek nakli hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. **Turk Neph Dial Transpl** 2017; 26 (2): 171-176.

Battaglia Y, Zerbinati L, Belvederi Murri M, Provenzano M, Esposito P, Andreucci M, Storari A, Grassi L. Exploring the level of post traumatic growth in kidney transplant recipients via network analysis. **J. Clin. Med.** 2021; 10: 4747. <https://doi.org/10.3390/jcm10204747>

Bek S, Cengiz K. Böbrek naklinde sağlık ilişkili yaşam kalitesi ve ilgili parametreler. **Kocaeli Med J** 2020; 9; 3:14-21

Bektaş Akpınar N, Ceran MA, Şafak Ş, Özkalp B. Hemodiyaliz hastalarının öz yeterlilik durumu, bakım gereksinimi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme düzeyleri. **Hemşirelik Bilimi Dergisi** 2019; 2(1): 05–10.

Bıyık Z. Renal transplant hastalarında influenza ve pnömokok aşısı farkındalığı. **Genel Tıp Derg** 2019; 29(1): 19-23.

Bilgin ÖC. Ridit analizi ve uygulanması. **Atatürk Üniv. Ziraat Fak. Derg.** 2003; 34 (2), 135-138

Blake-Popham TL, Vakayil V, Kutzler H, Rochon CL, Sheiner PA, Serrano OK. Donor-recipient matching to optimize the utility of high kidney donor profile index kidneys. **Transplant Proc** 2021; 53: 865-871.

Bunnapradist S, Danovitch GM. Kidney transplants for the elderly hope or hype? **Clin J Am Soc Nephrol.** 2010; 5(11): 1910-1911.

Busque S, Vincenti FG, Tedesco Silva H, O'Connell PJ, Yoshida A, Friedewald JJ, Steinberg SM, Budde K, Broeders EN, Su Kim Y, Hahn CM, Li H, Chan G. Efficacy and safety of a tofacitinib-based immunosuppressive regimen after kidney transplantation: results from a long-term extension trial. **Transplant Direct.** 2018; 4(9): e380.

Bülbüloğlu S, Güneş H, Sarıtaş S. The effect of long-term immunosuppressive therapy on gastrointestinal symptoms after kidney transplantation. **Transpl Immunol.** 2022; 70:101515.

Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö, Köklü N. Sosyal bilimler için istatistik. **Pegem Akademi** Ankara, 2018, s.75.

Cajanding R. Immunosuppression following organ transplantation. part 1: mechanisms and immunosuppressive agents. **Br J Nurs** 2018; 27(16): 920-7

Chisholm-Burns MA, Erickson SR, Spivey CA, Gruessner RWG, Kaplan B. Concurrent validity of kidney transplant questionnaire in US renal transplant recipients. **Patient Prefer Adherence** 2011; 5: 517–522.

Cillimoğlu AÖ, Yılmaz S, Oğurlu M. Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi personelinin organ-doku bağıışı ve nakli hakkındaki bilgi ve düşünceleri. **Turk Neph Dial Transpl** 2016; 25 (3): 254-262.

Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Ed.) **Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates**, 1988, Mahwah, s.413-414.

Cohen-Bucay A, Gorden CE, Francis JM. Non-immunological complications following kidney transplantation [Version 1; Referees: 3 Approved]. **F1000Res** 2019; 8 (194):1-16.

Çimen S, Çimen S. "Böbrek Naklinin Cerrahi Komplikasyonları ve Komplikasyonların Yönetimi", Güncel Üroloji, Eds. Yaman MÖ, Kadioğlu A, Taşçı Aİ, **Nobel Matbaacılık San. tik. Ltd. Şti.**, İstanbul, 2018, s.1051-1059.
[https://www.researchgate.net/publication/342773777 Bobrek Naklinin Komplikasyonlari](https://www.researchgate.net/publication/342773777_Bobrek_Naklinin_Komplikasyonlari)

Çoban Ş, Yıldız S, Bozyaka E, Derici ZS, Ünlü M, Çelik A, Sifil A, Çavdar C, Çamsarı T. Böbrek nakli alıcılarının morbidite, hasta ve greft sağkalımı yönünden değerlendirilmesi: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Deneyimi. **Turk Neph Dial Transpl** 2017; 26 (1): 41-47.

Dalen HP, Henkens K. Comparing the effects of defaults in organ donation systems. **Soc Sci Med.** 2014; 106: 137-142.

De Geest S, Burkhalter H, De Bleser L, Horne R, Mason JC. Non-adherence to immunosuppressive drugs in transplantation: What can clinicians do? **Journal of Renal Nursing** 2010; 2: 58–63.

De Geest S, Denhaerynck K, Dobbels F. "Clinical and economic consequences of non-adherence to immunosuppressive drugs in adult solid organ transplantation", Compliance in solid organ transplantation, Eds. Oppenheimer F, **Permanyer Publications**, Barcelona, 2011, p:63–81.

de Oliveira Marsicano E, da Silva Fernandes N, Colugnati F, dos Santos Grincenkov FR, da Silva Fernandes NM, De Geest S, Sanders-Pinheiro H. Transcultural adaptation and initial validation of Brazilian-Portuguese version of the Basel assessment of adherence to immunosuppressive medications scale (BAASIS) in kidney transplants. **BMC Nephrology** 2013, 14:108.

De Pasquale C, Veroux M, Indelicato L, Sinagra N, Giaquinta A, Fornaro M, Veroux P, Pistorio ML. Psychopathological aspects of kidney transplantation: Efficacy of a multidisciplinary team. **World J Transplant** 2014; 4: 267-275.

Demir Korkmaz F, Öden TN. Karaciğer nakli yapılan hastanın yoğun bakım süreci. **J Nurs Sci.** 2021;13(1):139-51

Dew MA, DiMartini AF, Dabbs ADV, Myaskovsky L, Steel J, Unruh M, Switzer GE, Zomak R, Kormos RL, Greenhouse JB. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. **Transplantation.** 2007; 83(7): 858-873.

Didsbury M, McGee RG, Tong A, Craig JC, Chapman JR, Chadban S, Wong G. Exercise training in solid organ transplant recipients a systematic review and meta-analysis. **Transplantation.** 2013; 95(5): 679-687.

Diniz G, Tuğmen C, Sert İ. Türkiye ve dünyada organ transplantasyonu. **Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi** 2019; 29(1): 1-10.

Dobbels F, Moons P, Abraham I, Larsen CP, Dupont L, De Geest S. Measuring symptom experience of side-effects of immunosuppressive drugs: The modified transplant symptom occurrence and distress scale. **Transpl Int.** 2008; 21: 764–773.

Doğan B, Dönmez YC. Böbrek nakli olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumlarının belirlenmesi. **Sdü Sağlık Bilimleri Dergisi** 2019; 10(2): 147-151.

Dolgun E, Yavuz Van Giersbergen M, Özdemir N, Aydın Y, Ordu G. Böbrek nakli sonrası hastaların evde kendilerini koruma konusundaki girişimlerinin incelenmesi. **Turk Neph Dial Transpl** 2017; 26 (3): 271-274.

Dursun N. Böbrek nakli olan hastalarda ilaç uyumu ve sosyal desteğin yaşam kalitesi ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, **Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Manisa, 2022. s: 37-55

Durur F, Akbulut Y. Türkiye’de organ nakline yönelik politikaların değerlendirilmesi. **BMIJ** 2017; 5(3): 570-585.

Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Aydoğdu Ofset, 7. Baskı, 2016, s.369-431.

Esen B, Sağlam Gökmen E, Atay AE, Sarı H, Karakoç A, Kahvecioğlu S, Kayabaşı H, Şit D. Son dönem böbrek yetmezliğinde renal replasman tedavilerine göre anksiyete ve depresyonun varlığı ve etkileyen faktörler. **Turk Neph Dial Transpl** 2015; 24: 270-277.

Fabrizi F, Martin P, Dixit V, Bunnapradist S, Kanwal F, Dulai G. Post-transplant diabetes mellitus and HCV seropositive status after renal transplantation: Meta-analysis of clinical studies. **Am J Transplant** 2005; 5: 2433-40.

Faravelli I, Velardo D, Podestà MA, Ponticelli C. Immunosuppression-related neurological disorders in kidney transplantation. **J Nephrol.** 2021; 34: 539–555

Firat N, Dheir H, Akın E, Sipahi S, Altıntoprak F, Çelebi F, Akçay M. Canlı donörden böbrek nakli: İlk deneyimlerimiz. **Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi** 2020; 5(2):356-363.

George D, Mallery M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.). **Pearson**, Boston, 2010, s.44.

Germani G, Lazzaro S, Gnoato F, Senzolo M, Borella V, Rupolo G, Cillo U, Rigotti P, Feltrin G, Loy M, Martin A, Sturniolo GC, Burra P. Nonadherent behaviors after solid organ transplantation. **In Transplant Proc** 2011; 43(1): 318-323.

Gonçalves PRC, Reveles AF, Martins HIF, Rodrigues IL, Rodrigues SMM. Adherence to immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: Integrative literature review/a adesão à terapêutica imunossupressora na pessoa transplantada renal: revisão integrativa da literatura/la adhesión a la terapia inmunosupresora en el paciente con trasplante renal. **Revista de Enfermagem Referência** 2016; 4(8): 121.

Göriş S, Bilgi N. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı. **Nefroloji Hemşireliği Dergisi** 2015; 10(1): 68-74

Gupta P, Bhargava V, Gupta A, Kumar Bhalla A, Gupta A, Malik M, Tiwari V, Singh Rana D, Lal Sapra R. Renal Biopsy and clinical outcomes in patients with abo-incompatible renal transplant: Experience from a tertiary care hospital. **Exp Clin Transplant** 2021; 6: 527-533.

Gülen H, Karaca A. Organ transplantasyonu sürecinde donör eğitimi ve hemşirelik bakımı. **DÜ Sağlık Bil Enst Derg** 2018; 8(2): 83-88.

Güngör Ö, Alp A, Pembegül İ, Tokgöz B. Böbrek naklinde kullanılan yeni immünsupresif ilaçlar. *Turk Neph Dial Transpl* 2017; 26 (3): 239-245

Gürel B, Koçaşlı S. Ameliyat sonrası hastaların derlenme kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 2022; 5(1), 12-30

Gürsoy A, Çilingir D. Cerrahi hastaları için sessiz tehlike: Derin ven trombozu risk azaltıcı hemşirelik bakımı. *ACU Sağlık Bil Dergisi* 2018; 9(3):213-219.

Güvenç E, Tuna A. Investigation of the effect of video-assisted training on symptom management in patients undergoing liver transplantation. *Medicine Science* 2022;11(1):102-10

Harabel M. Transplantasyonun dünü, bugünü, yarını. *J Med Sci.* 1989; 9(4): 239-42.

IRODAT (2016). Preliminary Numbers 2015. [NEWSLETTER2016_SecondEdition.pdf \(irodat.org\)](https://www.irodat.org/NEWSLETTER2016_SecondEdition.pdf) (erişim tarihi: 05.07.2021)

İsrafilov S. mTOR inhibitörü kullanan renal transplantasyon hastalarında ilaç yan etkilerinin retrospektif değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı* Ankara, 2019. s:15

Jenssen T, Hartmann A. Post-transplant diabetes mellitus in patients with solid organ transplants. *Nat Rev Endocrinol* 2019; 15 (3): 172-188.

Junchotikul P, Charoenthanakit C, Saiyud A, Parapiboon W, Ingsathit A, Jirasiritham S, Sumethkul V. Assessment of the changes in health-related quality of life after kidney transplantation in a cohort of 232 thai patients. *Transplant Proc* 2015; 47: 1732-1735

Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. *Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti*, Ankara, 2006, s.116.

Kara H, Arıkan F. Hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrası yaşam: hemşirenin bakım rolü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2021; 47 (1):133-140

Karabulut N, Yaman Aktaş Y. Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların yaşadığı sorunlar ve hemşirelik girişimleri. *Balikesir Sağlık Bil Derg* 2012; 1(1): 37-42

Karadeniz A, Eraksoy H, Çağatay AA, Yazıcı H, Özsüt H, Eldegez U, Sever MŞ. Böbrek transplantı alıcılarında görülen infeksiyonların sıklığı ve özellikleri böbrek transplantasyonunda infeksiyonlar. *Maltepe Tıp Dergisi* 2020; 12(2): 34-40.

Keskin HG. Postoperatif hipotermi ve hemşirelik bakımı. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2021; 4 (1): 20- 24.

Kırtıl İ, Ongün P, Öztekin D. Karaciğer transplantasyonu sonrası nörolojik işlev bozuklukları ve hemşirelik bakımı. *Tıp Fakültesi Klinikleri* 2018; 1(2):53-59

Kim J, Jang I. Validation and adaptation of the "Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale" for kidney transplant recipients. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17: 7348

Koçaşlı S. "Üriner Sistem Hastalıkları", Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Eds. Çelik, S, *Çukorova Nobel Tıp Kitabevi*, 2018, s.439-460.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. **İlaç ve Tedavi Dergisi** 1999; 2(2): 102-106.

Konel JM, Savaş F, Ying H, Haugen CE, Mountford A, Chu NM, Ekipleri DC, Desai NM, Garonzik-Wang JM, Walston JD. Depressive symptoms, frailty, and adverse outcomes among kidney transplant recipients. **Clin Transplant**. 2018; 32(10): e13391.

Kostro JZ, Hellmann A, Kobiela J, Skóra I, Lichodziejewska-Niemierko M, Dębska-Slizien A, Sledzinski Z. Quality of life after kidney transplantation: A prospective study. **Transplant Proc**. 2016; 48: 50-54.

Kotagiri P, Chembolli D, Ryan J, Hughes PD, Toussaint ND. Urinary Tract infections in the first year postkidney transplantation: Potential benefits of treating asymptomatic bacteriuria. **Transplant Proc**. 2017; 49: 2070-2075.

Kovacs AZ, Molnar MZ, Szeifert L, Ambrus C, Molnar-Varga M, Szentkiralyi A, Mucsi I, Novak M. Sleep disorders, depressive symptoms and health-related quality of life—a cross-sectional comparison between kidney transplant recipients and waitlisted patients on maintenance dialysis. **Nephrol Dial Transplant** 2011; 26: 1058–1065

Köseoğlu Ş, Seki Z. Genel cerrahi servisinde yatan hastaların batın ameliyatı sonrası hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. **Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi** 2020; 24(2): 121-133.

Litwin M, Niemirska A. Metabolic syndrome in children with chronic kidney disease and after renal transplantation. **Pediatr Nephrol**. 2014; 29: 203-16.

Liu HX, Lin J, Lin XH, Wallace L, Teng S, Zhang SP, Hao YF. Quality of sleep and health-related quality of life in renal transplant recipients. **Int J Clin Exp Med** 2015; 8(9): 16191-16198.

Mallamaci F, Tripepi R, D'Arrigo G, Porto G, Versace MC, Marino C, Sanguedolce MC, Testa A, Tripepi G, Zoccali C. Long-term blood pressure monitoring by office and 24-h ambulatory blood pressure in renal transplant patients: a longitudinal study. **Nephrol Dial Transplant** 2019; 34: 1558–1564.

Manzano A, Pawson R. Evaluating deceased organ donation: a programme theory approach. **J Health Organ Manag**. 2014; 28(3): 366-85.

McPherson LJ, Hamoda RE, Patzer RE. Measuring patient knowledge of kidney transplantation: An initial step to close the knowledge Gap. **Transplantation**. 2019; 103(3): 459–460.

Moons P, De Geest S, Versteven K, Abraham I, Vlamincck H, Moens G, Waer M. Psychometric properties of the " Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale". **J Nurs Meas**. 2001; 9(2): 115-34

Noble J, Jouve T, Janbon B, Malvezzi P. Belatacept in kidney transplantation and its limitations. **Expert Rev Clin Immunol**. 2019; 15(4): 359-367.

Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Selfmanagement education for adults with type 2 diabetes: A metaanalysis of the effect on glycemic control. **Diabetes Care**. 2002; 25 (7): 1159-71.

Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, 32038 Sayılı Resmi Gazete. 9 Aralık 2022. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/12/20221209-3.htm> (erişim tarihi: 12.01.2023)

Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun (Kanun no: 2238; Tarih: 29.05.1979). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2238.pdf> (erişim tarihi: 12.01.2023)

Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun (Kanun no: 2238; Tarih: 29.05.1979). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2238.pdf> (erişim tarihi: 12.01.2023)

Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 30616 Sayılı Resmi Gazete. 5 Aralık 2018. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181205-8.htm> (erişim tarihi: 12.01.2023)

Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 16655 Sayılı Resmi Gazete. 3 Haziran 1979. <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/16655.pdf> (erişim tarihi: 12.01.2023)

Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 17587 Sayılı Resmi Gazete. 27 Ocak 1982. <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17587.pdf> (erişim tarihi: 12.01.2023)

Organ ve doku nakli hizmetleri yönetmeliği. (Resmi Gazete Tarih: 01.06.2000 Sayı: 24066) <https://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/organvedokunakli.pdf> (son güncelleme tarihi: 07.03.2005 alındığı tarih:23.11.2022)

Oruç A, Bayındır M, Akan M, Sönmez A, Ayar Y, Yıldız A, Ersoy A. Böbrek nakli alıcılarında bir yıllık CMV enfeksiyonu deneyimi. **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 2015; 41(2): 79-82.

Öden TN, Demir Korkmaz F. Kadavra donörden organ nakli oranlarını arttırmada hemşirenin sorumlukları: Sahada neler yapabiliriz? **CBU-SBED** 2021; 8(3): 558-565

Ören E, Sucu Dağ G. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde böbrek nakli yapılmış hastaların immunsupresif tedaviye uyum düzeylerinin belirlenmesi. **Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi** 2020;17(Ek sayı):1-9.

Özbaş A, Çavdar İ. "Üriner Sistem Cerrahisinde Bakım" Cerrahi Bakım Vaka Analizleri İle Birlikte Eds. Eti Aslan F, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2017, s. 813-870.

Özdemir Köken Z, Sezer RE. Böbrek transplantasyonunda bakım. **J Surg Nurs-Special Topics** 2018; 4(2): 149-56.

Özşaker E. Organ nakli ve yaşam kalitesi. **Balikesir Sağlık Bil Derg** 2014; 3(3): 166-173.

Özyardımcı Ersoy C, Ersoy A. Recent diagnostic and treatment approaches in dyslipidemia. **Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 2013; 39: 205-9.

Pazar B, Yava A, Genç H. Eşler arası renal transplantasyonda hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. **Gülhane Tıp Derg** 2013; 55: 150-155.

Pehlivan S, Vatansever N, Arslan İ, Yıldız A, Ersoy A. Level of daily life activities and learning needs in renal transplant patients. **Exp Clin Transplant.** 2020; 18 (4) : 498-504.

Raichani LE, Du Q, Mathieu A, Almassy S, Lalonde L, Berbiche D, Gélinas-Lemay E, Boudreau N, Cardinal H. Development and validation of PART (Pharmacotherapy Assessment in Renal Transplant Patients) criteria to assess drug-related problems

in an outpatient renal transplant population: A cross-sectional study. *Pharmacol Res Perspect.* 2019; 7(1): e00453.

Rızalar S. Akciğer transplantasyonu uygulanan bireyin hemşirelik bakımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2019;16 (2): 144-151

Romano G, Simonella R, Falletti E, Bortolotti N, Deiuri E, Antonutto G, De Vita S, Ferraccioli GF, Montanaro D. Physical training effects in renal transplant recipients. *Clin Transplant.* 2010; 24: 510–514.

Sağlık Bakanlığı. (2016). Organ Nakli ve Bağışı Hizmetlerinin Geliştirilmesi. http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/cok_paydasli_saglik_sorumlugu/dokumanlar/cok_paydasli_saglik_sorumluluğu/tedavi/Organ_Bagisi_ve_nakil_Hizmetlerinin_Gelistirilmesi.pdf

Sarıgöl Ordin Y. Karaciğer transplantasyonu sonrası destek grup girişiminin hastaların bilgi, semptom ve yaşam kalitesi düzeyine etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, 2013. s:1-131

Sarıgöl Ordin Y, Karayurt Ö, Vupa Çilengiroğlu Ö. Validation and adaptation of the Modified Transplant Symptom Occurrence and Symptom Distress Scale-59 items revised into Turkish. *Prog Transplant* 2013; 23 (4): 392-400

Schmid-Mohler G, Thut MP, Wüthrich RP, Denhaerynck K, De Geest S. Non-adherence to immunosuppressive medication in renal transplant recipients within the scope of the integrative model of behavioral prediction: A cross-sectional study. *Clin Transplant.* 2010; 24(2): 213-222.

Sekmek S, Yıldırım T, Koç NS, Onal C, Jabrayilov J, Yılmaz R, Arıcı M, Altun B, Erdem Y. Efficacy and safety of switching to azathioprine for mycophenolate-induced diarrhea in renal transplant recipients. *Transplant Proc.* 2021; 53: 1951-1956.

Sevinç M, Hasbal NB, Ünsal A. “Transplantasyon ve periton diyalizi”, Periton Diyalizi, Eds. Ünsal A, *Türkiye Klinikleri*, Ankara, 2019, s.21-5.

Sezek F, Kaya E, Akman Z, Erbil B, Özgen R, Aslan B, Keleş Ö. Üniversite öğrencilerinin öğrenim gördükleri alana göre organ nakli ve bağışı ile ilgili görüşleri. *EKEV Akademi Dergisi* 2015; 19 (62): 471-487.

Shad S, Hanif F, ul Haq M, Luck NH, Aziz T, Mubarak M. Frequencies of common infectious organisms causing chronic diarrhea in renal transplant patients. *Exp ClinTransplant.* 2019; 17(1): 212-215.

Slentz CA, Bateman LA, Willis LH, Shields AT, Tanner CJ, Piner LW, Hawk VH, Muehlbauer MJ, Samsa GP, Nelson RC, Huffman KM, Bales CW, Houmard JA, Kraus WE. Effects of aerobic vs. resistance training on visceral and liver fat stores, liver enzymes, and insulin resistance by HOMA in overweight adults from STRRIDE AT/RT. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2011; 301: 1033–9.

Soylu D, Ceylan Ö, Tekinsoy Kartın P. Böbrek nakli sonrası metabolik sendrom risk faktörlerinin yönetiminde hemşirelik bakımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2019; 28(1): 60-65.

Soylu D, Ortabağ T. Böbrek transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Turk Neph Dial Transpl* 2017; 26 (2): 215-221

Söyük S, Gül A. Böbrek Transplantasyonu sonrası enfeksiyonları önlemede hasta eğitiminin önemi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2006; 2: 32-35.

Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics (sixth ed.). **Pearson**, Boston, 2013, s.80.

Tainio J, Qvist E, Hölttä T, Pakarinen M, Jahnukainen T, Jalanko H. Metabolic risk factors and long-term graft function after paediatric renal transplantation. **Transpl Int**. 2014; 27 (6): 583-92.

Tang E, Ekundayo O, Peipert JD, Edwards N, Bansal A, Richardson C, Bartlett SJ, Howell-Cella D, Li M, Novak- Istvan M. Validation of the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS)-57 and -29 item short forms among kidney transplant recipients. **Qual Life Res**. 2019; 28 (3): 815–827.

Temiz G, Kaya A. Böbrek nakli sonrası bireylerde görülen psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. **Turk Neph Dial Transpl** 2017; 2(12): 78-83.

Thiruchelvam PTR, Willicombe M, Hakim N, Taube D, Papalois V. Renal transplantation. **BMJ** 2011; 343:d7300. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d7300>

Tiğlı A, Yakut Y, Çolak T. Böbrek transplantasyonu sonrası kalistenik egzersiz eğitiminin yaşam kalitesi ve egzersiz kapasitesine etkisi. **J Exerc Ther Rehabil**. 2017;4(3): 91-96

Trevitt R, Dunsmore V, Murphy F, Piso L, Perriss C, Englebright B, Chamney M. Pre- and post-transplant care: nursing management of the renal transplant recipient: part 2. **J Ren Care**. 2012; 38 (2): 107–114.

Tuncer M, Khorshid L. Böbrek nakli hastalarında immünoşüpresan tedaviye uyum ve hemşirenin sorumlulukları. **Turk Neph Dial Transpl** 2018; 1(13): 26-31.

Türkiye 2019 Yılı Ulusal Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Kayıt Sistemi Raporu. http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/registry_2019.pdf (erişim tarihi: 28.01.2021)

Türkmen A. Transplantasyon Nefrolojisi Pratik Uygulama Öneriler. **Türk Nefroloji Derneği, BULUŞ Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri** 2016. s.112-114 (erişim tarihi03.10.2021)

Ülger Öztürk N, Nergiz-Unal R. Kronik böbrek hastalığında renal inflamasyon ve bazı güncel diyet bileşenleri ilişkisi. **Turk Neph Dial Transpl** 2018; 27 (1): 14-25

Ünver S, Yıldız Fındık Ü. "Organ Naklinde İmmünoşüpresif Tedavi ve Bakımı", Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı, Eds. Özbaş A, **Türkiye Klinikleri**, Ankara, 2021, s.24-30.

Üstündağ H, Gül A, Zengin N, Aydın M. Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi. **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi** 2007; 2(6): 117-126.

van Ek GF, Krouwel EM, van der Veen E, Nicolai MPJ, Ringers J, Den Oudsten BL, Putter H, Pelger RCM, Elzevier HW. The discussion of sexual dysfunction before and after kidney transplantation from the perspective of the renal transplant surgeon. **Prog Transplant**. 2017; 27 (4):354-359.

Voora S, Adey DB. Management of kidney transplant recipients by general nephrologists: Core curriculum 2019. **Am J Kidney Dis**. 2019; 73(6):866-879.

Wang H, Du C, Liu H, Zhang S, Wu S, Fu Y, Zhao J. Exploration of symptom experience in kidney transplant recipients based on symptoms experience model. **Qual Life Res**. 2020; 29 (5): 1281–1290.

Ware JE, Sherbourne D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Med Care*. 1992; 30 (6): 473-483.

Weng FL, Chandwani S, Kurtyka KM, Zacker C, Chisholm-Burns MA, Demissie K. Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months post-transplant: a cross-sectional study. *BMC Nephrol*. 2013; 14: 261

Weng LC, Dai YT, Huang HL, Chiang YJ. Self-efficacy, selfcare behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. *J Adv Nurs*. 2010; 66 (4): 828–838.

Xie J, Wang L, Tang X, Yi Y, Ding S, Yan J, Wu X, Liu J. Sleep quality and related psychosocial variables among renal transplant patients. *Transplant Proc* 2018; 50 (10): 3426-3433.

Yaman Z, Yılmaz M. Böbrek nakli sonrası bireylerde görülen psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2014;18(1)

Yavuz D, Sezer S. Böbrek nakli öncesi alıcı adayının değerlendirilmesi. *Türk Neph Dial Transpl* 2008; 17(1): 9-16

Yeter E, Demirtaş S. Organ nakilleri ve organ bağışının önemi. 2010. <https://silo.tips/download/organ-nakiller-ve-organ-baışinin-nem-zet> (erişim tarihi: 12.01.2023)

Yılmaz E, Çeçen D, Kızıl Toğaç H, Mutlu S, Kara H, Aslan A. Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. *CBU-SBED* 2018; 5(1):3-9

Yılmaz E. Böbrek transplantasyonu yapılan hastalarda yaşam kalitesi ve kanıt temelli uygulamalar. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2016; 11 (2): 26-39

8. EKLER

Ek 1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgiler Formu

SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK BİLGİLER FORMU

Bu çalışma "Böbrek Transplantasyonu Sonrası Hastalarda Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumunun Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi" amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanmış bir çalışmadır. Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Size sorulan soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

İlgi ve Katkılarınız İçin Teşekkür Ederiz.

Yüksek Lisans Tez öğrencisi Hemşire **Durdu OK**

Danışman Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi **Ayla Yavuz KARAMANOĞLU**

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz
 Kadın Erkek
3. Medeni Durumunuz
 Evli Bekar Dul Boşanmış
4. Boy..... cm, Kilo..... kg
5. Beden kütle indeksi
6. Çocuğunuz var mı?
 Evet ise sayısı Hayır
7. Eğitim durumunuz?
 Okur Yazar Olmayan Okur yazar İlköğretim
 Orta Öğretim Lise Yüksek Okul
8. Şu anda nerede yaşamaktasınız?
 İl İlçe Kasaba Köy
9. Birlikte yaşadığınız kişiler
 Yalnız Eş Çocuk Ebeveyn Kardeş Diğer
10. Mesleğiniz
 İşçi Emekli Memur Serbest Meslek Diğer (Belirtiniz)
11. Şu an herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 Evet Hayır
12. Ameliyat olmadan önce çalışıyor muydunuz?

- () Evet () Hayır
13. Sağlık güvenceniz var mı?
() Evet () Hayır
14. Aylık geliriniz kaç Türk Lirasıdır? (TL)
() 500-1000TL () 1001-1500 TL () 1501-3000 TL () 3001 ve üzeri TL
15. Böbrek nakli ameliyatını ne kadar süre önce oldunuz?
16. Daha önce böbrek nakli ameliyatı oldunuz mu?
() Evet (Lütfen sayısını belirtiniz) () Hayır
17. Böbrek nakli ameliyatınızın yapıldığı merkez: () PAU Hastanesi () Diğer
18. Böbrek nakli nedeniniz:
() Hipertansiyon () Glomerülonefrit () Enfeksiyon () Toksikite () Diğer
19. Böbrek nakli ameliyatınızdaki verici tipi: () Canlı () Ölü Verici (Kadavra)
20. Canlı verici ile yakınlık durumunuz:
() Kardeş () Eş () Çocuk () Ebeveyn () Diğer
21. Böbrek nakli ameliyatı dışında başka bir ameliyat oldunuzmu?
() Evet ise hangisi () Hayır
22. Başka bir hastalığınız var mı?
() Evet () Hayır
23. Hastalığınızın adı
() Hipertansiyon () Kalp hastalığı () Diyabetes Mellitus () Diğer (Belirtiniz)
24. Bu hastalıklar nedeniyle sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
() Evet () Hayır
25. Bu hastalıklar nedeniyle kullandığınız ilaçlar
.....
26. Böbrek transplantasyonu sonrası kullandığınız immunosupressif ilaçlar
(bağışıklık sisteminizi baskılayıcı ilaçlar)
.....
27. Böbrek transplantasyonu sonrası immunosupressif ilaçları (bağışıklık sisteminizi baskılayıcı ilaçlar) kullanım süreniz
.....
28. Sigara kullanıyor musunuz?
() Evet (Lütfen sıklığını belirtiniz).....
() Hayır
29. Alkol kullanıyor musunuz?

- () Evet (Lütfen sıklığını belirtiniz)..... () Hayır
30. Ameliyat sonrası ameliyatınıza bağlı sorun (yan etki) gelişti mi?
() Evet () Hayır
31. Ameliyat sonrası gelişen bu sorunlar (yan etki) nelerdir?
() Enfeksiyon
() Obezite
() Tansiyon yükselmesi
() Koroner kalp hastalığı
() Diyabetes Mellitus
() Kan yağlarında yükselme
() Sıvı elektrolit dengesizliği
() Asit baz dengesizliği
() Görme problemleri
() Cilt sorunları
() Psikolojik sorunlar () Diğer
32. Ameliyat sonrası gelişen yan etkileri çözümlenmeye yönelik neler yapıyorsunuz?
() Yeterli ve dengeli beslenme
() Yeterli sıvı alımı
() Düzenli egzersiz yapma
() Vücut hijyeninin sağlanmasına özen gösterme
() İzolasyon önlemleri
() Düzenli kontroller
() Diğer
33. Ameliyat sonrası kontrole gelme sıklığınız nedir?.....
34. Ameliyat sonrası bakımınızı sağlamada desteğe ihtiyaç duyduunuzmu?
() Evet
() hayır
35. Bu desteği size kim/ kimler sağladı?
() Eşi () Çocuğu () Kardeş () Ebeveyn () Diğer
36. Daha önce böbrek nakline yönelik (tedaviler, bakım, semptomlar gibi) bilgi aldınız mı?
() Evet () Hayır
37. Cevabınız "Evet" ise bu eğitimi kimden aldınız?
() Doktor () Hemşire () Aynı ameliyatı olan diğer bir hasta
() İnternet () Hasta Bakıcı () Akraba/Arkadaş

Ek 2. Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumu 58 Maddelik Ölçeği^{TR} (MTSORD-58^{TR})

MODİFİYE TRANSPLANTASYON SONRASI SEMPTOM OLUŞMA VE RAHATSIZ DURUMU 58 MADDELIK ÖLÇEĞİ^{TR}

Sayın katılımcı, organ naklinden sonra alınan ilaç tedavisinin, size sıkıntı verebilecek yan etkiler olabilir veya olmayabilir. Sizin semptom oluşma ve rahatsızlık durumunuzu değerlendirebilmemiz için bu soru formunu sonuna kadar tamamlamanızı istiyoruz.

Bu soru formunda ki her soru aşağıdaki örnekte gösterildiği şekilde iki bölüme ayrılmıştır.

Örnek:

1a	Nefes darlığı yaşadım	Hiç olması	Çok az oldu	Biraz yoldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
1b	Nefesimde daralma olması	Hiç sıkıntı vermedi derecede sıkıntı vericiydi Aşırı 0 _____ 1 _____ 2 _____ _____ 3 _____ 4				

Üst bölümde (a) sizde var olan yan etkinin görülme sıklığı veya şiddeti sorulmaktadır. Lütfen listede yer alan ve **son dört hafta içinde** yaşadığınız belirtilerin hangi sıklıkta veya şiddette oluştuğunu **carpı işareti** koyarak belirtiniz.

Alt bölümde (b) bu belirtilerin sizi rahatsız edip etmediğini soran sorular bulunmaktadır. Bu belirtilerin sizi ne kadar rahatsız ettiğini gösteren rakamı **yuvarlak içine** alınız.

Eğer belirti gerçekleşmiyorsa; sol bölümde ki "hiçbir zaman" cevabını veriniz ve doğrudan diğer soruya geçiniz.

Bu soru formunun sonuna son dört hafta içinde yaşadığınız farklı bir yan etki varsa ekleyebilirsiniz.

Lütfen her bir soruyu ve tüm sayfaları tamamlayıp tamamladığınızı kontrol ediniz. Ayrıca, lütfen soru formunun her iki bölümünü tamamlayıp tamamladığınızdan emin olunuz.

Son dört hafta içinde (bugün dahil)

1a	Nefes darlığı yaşadım	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
1b	Nefesimde daralma olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
2a	Diş çürüklerimde artış oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
2b.	Diş çürüklerimde artış olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
3a.	Diş etlerimde şişme oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
3b.	Diş etlerimde şişme olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
4a.	Çok susadım	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
4b.	Çok susamış olmam	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
5a.	İştahım aşırı derecede arttı.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
5b.	İştahımda aşırı derecede artışı olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
6a.	Tat almamda değişme oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
6b.	Tat almamda değişme olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
7a.	İştahsızlığım oldu	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
7b.	İştahsızlığım olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
8a.	Mide yanmam ve ağrım oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
8b.	Mide yakmam ve ağrımın olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
9a.	Bulantı ve/veya kusmam oldu	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle	Her zaman oldu
9b.	Bulantı ve/veya kusmam olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
10a	İdrara çıkmamda artış oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
10b	İdrara çıkmamda artış olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
11a	İshalim oldu	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
11b	İshalimin olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
12a	Kabızlık yaşadım.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
12b	Kabızlık yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
13a	Kendimi yorgun hissettim.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
13b	Yorgunluğumun olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
14a	Kas kramplarım (kasılma) oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
14b	Kas kramplarım olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	

		0	1	2	3	4	
15a	Göğüs ağrım oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu	
15b	Göğüs ağrım	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
16a	Sırt ağrım oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu	
16b	Sırt ağrımın olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
17a	Baş ağrılarım oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu	
17b	Baş ağrımın olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
18a	Eklemlerimde ağrı oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle	Her zaman oldu	
18b	Eklemlerimde ağrı olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
19a	Dudaklarımda ve/veya ağzımda yaralar oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu	
19b	Dudaklarımda ve/veya ağzımda yaralar olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
20a	Cinsel organımın etrafında yara ya da siğil oluştu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu	
20b	Cinsel organımın etrafında yara ya da siğillerimin olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
21a	El ve ayaklarımda siğiller oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu	
21b	El ve ayaklarımda siğil olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
22a	Terlememde artış oldu	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu	
22b	Terlememde artış olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
23a	Çarpıntılarım oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu	
23b	Çarpıntılarımın olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
24a	Baş dönmelerim oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu	
24b	Baş dönmelerimin olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
25a	Ellerimde titremeler oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu	
25b	Ellerimde titreme olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
26a	Ellerimde ve ayaklarımda karıncalanma ve hissizlik oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle	Her zaman oldu	
26b	El ve ayaklarımda karıncalanma ve hissizlik olması	Hiç sıkıntı vermedi				Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4	
27a	Kaslarımda güçsüzlük oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu	

27b	Kaslarımda güçsüzlük olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
28a	El ve ayaklarımda sıcaklık artışı oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
28b	El ve ayaklarımda sıcaklık artışı olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
29a	Duyuma kaybım oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
29b	Duyuma kaybımın olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
30a	Görmede güçlük yaşadım.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
30b	Görmede güçlük yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
31a	İşğe bakmakta güçlük yaşıyorum.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
31b	İşğe bakmakta güçlük yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
32a	Kaşınıtlarım oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
32b	Kaşınıtlarımın olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
33a	Cilt rengimde koyulaşma oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
33b	Cilt rengimde normal olmayan değişiklik	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
34a	Cildimde yağlanma oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
34b	Cildimde yağlanma olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
35a	Cildimde ya da vücudumda kolayca morarmalar oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
35b	Cildimde ya da vücudumda kolayca morarmalar olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
36a	Cildimde çatlama oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
36b	Cildimde çatlama olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
37a	Cildimde kızarıklık (döküntü) oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
37b	Cildimde döküntü olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
38a	Cildimde kuruma oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
38b	Cildimde kuruma olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
39a	Tırnaklarımın kırılmaya yatkınlığı arttı.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
39b	Tırnaklarımın kırılmaya yatkınlığının artması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
40a	Yüzümde ve/veya sırtımda lekeler oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
40b	Yüzümde ve/veya sırtımda lekeler olması	Hiç sıkıntı vermedi			Aşırı derecede sıkıntı vericiydi	
		0	1	2	3	4
41a	Yüzümde ve boynumda kızarıklıklar oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu

41b	Yüzümde ve boynumda kızarıklıklar olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
42a	Memelerimde büyüme oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
42b	Memelerimde büyüme olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
43a	Boyun, koltuk altı veya kasıklarımda küçük şişlikler oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
43b	Boyun, koltuk altı ve kasıklarımda küçük şişlikler olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
44a	Saçlarımda incelme veya dökülme oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
44b	Saçlarımda incelme veya dökülme olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
45a	Yüzümde şişme oldu (Aydede yüz)	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
45b	Yüzümde şişme olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
46a	Ayaklarımda ve ayak bileklerimde şişme oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
46b	Ayaklarımda ve ayak bileklerimde şişme olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
47a	Boyun ve sırtımda yağ birikmeleri oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
47b	Boyun ve sırt yağ birikmesi	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
48a	Yüz ve vücudumda kıllanmada artış oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
48b	Yüz ve vücudumda kıllanmada artış olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
49a	Huzursuzluk veya gerginlik yaşadım.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
49b	Huzursuzluk veya gerginlik yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
50a	Kendini bunalımda hissettim.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
50b	Kendimi bunalımda hissetmem	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
51a	Kendimi endişeli/kaygılı hissettim.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
51b	Kendimi endişeli/kaygılı hissetmem	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
52a	Ruh halimde dalgalanmalar oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
52b	Ruh halimde değişiklik	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
53a	Konsantrasyonda ve/veya hatırlamada	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
53b	Konsantrasyon ve/veya hatırlamada zorluk yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
54a	Uyumada zorluk yaşadım.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu

54b	Uyumada zorluk yaşamam	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
55a	Kabuslar görüyordum.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
55b	Kabus görmem	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
56a	Erkekler için; Sesimde incelme oldu	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
56b	Sesimim incelməsi	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
56a	Kadınlar için; Sesimde kalınlaşma oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
56b	Sesimim kalınlaşması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
57a	Erkekler için; Sertleşme sorunum oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
57b	Sertleşme sorunumun olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
57a	Kadınlar için; Adetlerimle ilgili sorunlarım oldu.	Hiç olmadı	Çok az oldu	Biraz oldu	Çok oldu	Çok fazla oldu
57b	Adetlerimle ilgili sorun olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
58a	Cinsel isteğimde azalma oldu.	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
58b	Cinsel isteğimde azalma olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
<u>Bu bölümde farklı sorunlarınız varsa yazınız.</u>						
59a	Aşağıda belirttiğim yan etkiyi;	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
59b	Bu yan etkinin olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
60a	Aşağıda belirttiğim yan etkiyi;	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
60b	Bu yan etkinin olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				
61a	Aşağıda belirttiğim yan etkiyi;	Hiç olmadı	Nadiren oldu	Bazen oldu	Genellikle oldu	Her zaman oldu
61b	Bu yan etkinin olması	Hiç sıkıntı vermedi Aşırı derecede sıkıntı vericiydi 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4				

İLGİNİZ İÇİN ÇOK TEŞEKKÜRLER

LÜTFEN TÜM MADDELERİ YANITLADIĞINIZI KONTROL EDİNİZ...

Ek 3. Kısa Form - 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36/SF 36)

KISA FORM - 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SHORT FORM 36/SF 36)

Sayın katılımcı, sizin mevcut olan yaşam kalitenizi değerlendirebilmemiz için bu formu doldurmanız gerekmektedir. Böbrek nakli olduktan sonra yaşamınızı etkilediğini düşündüğümüz aşağıdaki soruları lütfen size en uygun olduğunu düşündüğünüz şıkları ve tüm formu eksiksiz tamamlayınız. Çoktan seçmeli olan soruları yuvarlak (O) içine alınız. Çoktan seçmeli olmayan değerlendirme sorularında kendinize en uygun olan kutucuğu çarpı (X) içine alınız.

Teşekkür ederiz.

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) şiddetli f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi dışununuz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi zgn hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman b)oğu zaman c) Bazen d)Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini dışunuyorum.					
Sağlığım mkemmел.					

Ek 4. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.02.2021-E.14630



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-14630
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ayla YAVUZ KARAMANOĞLU

İlgi : 28/01/2021 tarihli dilekçeniz. *178.233.40.96*
356

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz *5.02.2021* "**Böbrek Transplantasyonu Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumunun Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi**" konulu çalışmanız **02.02.2021 tarih ve 03 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan



Ek 5. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 04.03.2021-E.26664



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



Sayı : E-76351742-600-26664
Konu : Durdu OK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALINA

10.186.1.205

Anabilim Dalınız Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Durdu OK' un anket izin yazısına cevap ilgili kurumdan gelmiş olup; cevap yazısı ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Erhan UĞURLU
Enstitü Müdürü



Evrak Tarih ve Sayısı: 01.03.2021-E.25237



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



Sayı : E-65124556-600-25237
Konu : Durdu OK Araştırma İzni hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

İlgi : 17.02.2021 tarihli ve 19596 sayılı yazı *3.03.2021*

İlgi yazı ile, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Durdu OK "Böbrek Transplantasyonu Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumunun Hastaların yaşam kalitesine etkisi" konulu tez araştırmasını hastanemizde yapmak için gerekli iznin verilmesi talep edilmektedir.

Konu ile ilgili araştırmayı hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Genel Cerrahisi (Organ Nakli) ve Nefroloji bölümlerince yapması Merkez Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Selçuk YÜKSEL
Merkez Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSC6C7RBNL Pin Kodu :61182 Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>
Adres:Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri
20070 Kınıklı, DENİZLİ
Telefon:0 (258) 296 60 00 Faks:0 (258) 296 60 01
e-Posta:infohastane@pau.edu.tr Elektronik Ağ:infohastane@pau.edu.tr
Kep Adresi: paurektorluk@hs01.kep.tr

Bilgi için: Meral KAPLAN
Unvanı: Büro Personeli



Tel No: 2966000-4879

Ek 6-7. Ölçek Kullanım İzinleri

Gelen Kutusu

Durdu Ok < >

24 Oca 2021 23:59

Alıcı: yapraksarigol, yaprak.sarigol

Merhaba hocam. Ben, Dokuz Eylül Hemşirelik Fakültesi 2017 mezun öğrencilerinizden Durdu Ok. Şu an Pamukkale Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksekisans yapmaktayım. Yüksek lisans tezimde 'böbrek transplantasyonu sonrası hastaların semptom düzeylerinin belirlenmesiyle ilgili bir çalışma yapmayı planlıyorum. Tezimde izniniz olursa sizin geçerlik güvenirliğini yapmış olduğunuz Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma Ve Rahatsız Durumu 58 Maddelik Ölçeği'nden de yararlanmak istiyorum. Eğer sizin için uygunsa ölçeği bana gönderebilir misiniz? İlginize teşekkür ederim. İyi akşamlar.
Saygılarımla..

Yaprak Sarıgöl < >

25 Oca 2021 10:03

Alıcı: ben

Merhaba Durdu

Senden haber almak ne güzel!

Hayırlı olsun yüksek lisansın çalışmalarında kolaylıklar dilerim

Ekte ölçeğin orjinalini, Türkçe açıklamasını ve ridit analizi açıklamasını gönderiyorum

Bu ölçekten elde edilen maddelerin puan ortalamalarına göre analiz yapabilirsiniz ama genelde her madde farklı bir semptomu değerlendirdiği için normal dağılımda çıkmıyo siz istatistiksel olarak uygun tanımlayıcı istatistikleri kullanırsınız.

Ayrıca bu ölçüm aracında semptomların oluşma ve rahatsız durumunun daha iyi anlaşılması için tanımlayıcı veri analizi olarak ridit kullanılıyor. Bu değer sadece semptomların sıralanmasını sağlıyor kullanacağınız hiçbir karşılaştırma ya da ilişki bakan istatistiksel analizde puan ortalaması gibi kullanılan bir değer değil.

Hesaplaması biraz karışık o yüzden açıklamayı ekte gönderiyorum

Çalışmalarında başarılar dilerim

Sevgiler

Doç Dr Yaprak Sarıgöl Ordin

Ölçek İzni

Gelen Kutusu

Durdu Ok < >

25 Oca 2021
Pzt 14:13

Alıcı: soaydemir

Merhaba hocam. Ben, Pamukkale Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı yüksekisans öğrencilerinden Durdu Ok. Şu an tez aşamasındayım ve tezimde böbrek transplantasyonu sonrası hastaların yaşam kalitelerini değerlendiren bir çalışma yapmayı planlıyorum. Tezimde izniniz olursa sizin de içerisinde olduğunuz ve geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Form-36 (KF-36) Ölçeği'nden de yararlanmak istiyorum. Eğer sizin için de uygunsa ölçeği bana gönderebilir misiniz? İlginize teşekkür ederim. İyi günler diliyorum.

Saygılarımla..

Omer Aydemir < >

25 Oca 2021
Pzt 13:47

Alıcı: ben

Sayın Durdu Ok,

Araştırmanızda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım.

Kolaylıklar diliyorum

Prof Dr Ömer Aydemir

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Ek 8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tez çalışması olarak yürütülecek olan "Böbrek Transplantasyonu Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsızlık Durumunun Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı çalışmaya katılmaya davet ediyorum.

Böbrek transplantasyonu, böbrek fonksiyonlarının vücudun yaşamsal gereksinimlerini karşılayamayacak kadar bozulması durumunda, ölü veya canlı bir böbrek vericisinden alıcıya nakledilmesi durumudur. Günümüzde son dönem böbrek yetmezliğinin kabul gören en uygun tedavi yöntemidir. Transplantasyondan sonra hastalara bağıışıklığını baskılayan ilaçlar uygulanmaktadır. Bu ilaçlar sizlerde çeşitli semptomlar oluşturabilmekte ya da oluşturmayabilmektedir. Bu araştırma böbrek transplantasyonu sonrası semptom oluşma ve rahatsızlık durumunun hastaların yaşam kalitesine etkisini belirleyebilmek amacıyla yapılmaktadır.

Transplantasyon sonrası oluşabilecek semptomların sizlerdeki etkisini anlayabilmemiz için Modifiye Transplantasyon Sonrası Semptom Oluşma ve Rahatsız Durumu 58 Maddelik Ölçeği-TR'ni doldurmanız gerekmektedir. Transplantasyon sonrası aynı zamanda yaşamınız da olumlu ya da olumsuz etkilenecektir. Yaşamınızdaki değişiklikleri, etkileri görüp değerlendirebilmemiz açısından da SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni doldurmanız gerekmektedir. Bu formların eksiksiz ve doğru bir şekilde doldurulması önemlidir. Formu doldurmanız tahmini 20-30 dakikanızı alacaktır. Bilgi toplama ile ilgili tüm işlemler sizin için en uygun olan zamanda yapılacaktır. Bilgi toplama işlemi dışında size herhangi bir girişimsel işlem yapılmayacaktır.

Bu bilgiler, sizin araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırma hakkında bilmeniz gereken bilgilerdir. Bu nedenle bu formun okunarak, anlaşılması önemlidir. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa lütfen sorunuz. Bu konu ile ilgili daha fazla bilgi isterseniz, size ek bilgi aktarılacaktır.

Bu çalışma tamamen gönüllülük esasına dayanmakta ve sizler bu çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmamanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Yukarıda araştırmadan önce verilmesi gereken bilgiler hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

İmza :

Tarih :