



T.C  
SANKO ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**BÖBREK TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARIN  
İMMÜNSÜPRESİF İLAÇ KULLANIMINA UYUM VE YAŞAM  
KALİTESİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HATİCE GÜZEL**

**2017  
GAZİANTEP**

**T.C**  
**SANKO ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**BÖBREK TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARIN**  
**İMMÜNSÜPRESİF İLAÇ KULLANIMINA UYUM VE YAŞAM**  
**KALİTESİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**HATİCE GÜZEL**

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ**

**2017**  
**GAZİANTEP**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Tez Savunma Tarihi:** 20/07/2017

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi / Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ	SANKO Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	
Üye	Doç. Dr. Arzu TUNA	SANKO Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	
Üye	Doç. Dr. Özlem OVAYOLU	Gaziantep Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	

## ONAY

### ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

**Tarih** : ...../...../.....

**Karar No** : ...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

**Prof. Dr. Ayşen BAYRAM**  
Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Hatice GÜZEL

20.07.2017

## TEŞEKKÜR

Bu çalıőmanın planlanmasında ve yűrűtűlmesinde yardımlarını esirgemeyen, her zaman anlayıő ve sabırla bilgi paylaőımında bulunan, deęerli hocam ve danıőmanım; Sayın Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ'a, yűnlendirici yaklaőımı ve hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Arzu TUNA'ya, her zaman sabır ve űzveri ile desteęini esirgemeyen Organ Nakli Bűlűm Baőkanı Sayın Prof. Dr. M. Fatih YŪZBAŐIOęLU'na ve ekibine, yardımları için Sayın Prof. Dr. Necmettin GŪVENCE'ye, çalıőmaya katılan sevgili hastalarım, her zaman yanımda olan ve bana gűvenen canım anneme, babama, kardeőlerime ve kıymetli yeęenlerime sonsuz hűrmet ve űkranlarımı sunarım.



## ÖZET

GÜZEL H.

### BÖBREK TRANSPLANTASYONU YAPILAN HASTALARIN İMMÜNSÜPRESİF İLAÇ KULLANIMINA UYUM VE YAŞAM KALİTESİ

#### DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

SANKO ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gaziantep, 2017

Kronik Böbrek Yetersizliği (KBY), tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Son dönem böbrek yetersizliğinde tedavi seçeneklerinden biri de transplantasyondur. Yapılan nakil sonrasında immünsüpresif tedaviye uyum oldukça önemlidir. Hastanın uyumu, tedavi başarısını arttırarak semptom yoğunluğunu azaltabilir ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir. Bu araştırma, Böbrek Transplantasyonu (Tx) yapılan hastaların uyum düzeylerinin, yaşam kalitelerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışma öncesi etik kuruldan ve kurumdan izin alındı. Araştırmanın evrenini, özel bir hastanenin Böbrek Transplantasyonu ünitesine kayıtlı 244 böbrek Tx hastası oluşturdu. Örneklem seçiminde evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi ve 206 hastaya ulaşıldı. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması  $41,40 \pm 11,88$  olarak bulundu. Hastaların %92,7'sinin 46-59 yaşları arasında, %54,4'ünün canlı donörden nakil olduğu, %54,9'unda yan etki, %2,9'unda uyumsuzluğa bağlı rejeksiyon geliştiği saptandı. En yüksek uyum skorlarına "46-59" yaş gurubunun sahip olduğu belirlendi. Rol-güç fiziksel fonksiyon ve rol-güç emosyonel fonksiyon skorlarının her ikisinin de erkeklerde yüksek olduğu, uyum puanlarının yan etki oluşmayan grupta daha yüksek olduğu saptandı. Hastaların yaşı ve böbrek yetersizliği (BY) süresine göre uyum skorlarında anlamlı bir değişiklik olmazken, Tx süresi arttıkça uyumun düştüğü, uyum skoru arttıkça fiziksel fonksiyon, vitalite ve mental sağlık skorlarının da arttığı belirlendi. Bu çalışmanın sonuçları dikkate alındığında; uyum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiler olduğu, uyumun artırılması ile yan etki gelişme sıklığının azalacağı ve yaşam kalitesinin artacağı düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kronik böbrek yetmezliği; uyum; yaşam kalitesi

## **ABSTRACT**

**GÜZEL H.**

### **ADHERENCE OF IMMUNOSUPPRESSIVE DRUG TREATMENT AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH RENAL TRANSPLANTATION**

**SANKO UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES**

**DEPARTMENT OF NURSING**

**M.SC. THESIS**

**Gaziantep, 2017.**

Chronic renal failure is an important health problem in our country and affects our quality of life negatively. One of the recent treatments of renal failure is transplantation. After the transplant, compliance to the immunosuppressive therapy is rather essential. Compliance of the patient can decrease the intensity of the symptom by increasing the success of the treatment and affect the quality of life positively. This study was conducted in an attempt to identify the factors which affect the quality of life and the compliance levels of the patients transplanted renal. Before the study, the necessary permission was obtained from the ethics committee. The study was conducted with 244 renal patients at a private hospital. The study aimed to reach all 244 renal patients, but it was reached to 206 of them. The data was collected by face-to-face interviews. In the study, the age average was 41,40+11,88. 92,7% of the patients are in the age range of 46-59, 54,4% of them was transplanted from a living donor, 54,9% of them experienced side effect and 2,9% of them got rejection because of incompatibility. The age group of 46-59 had the highest organ compliance. The scores of role-strength physical function and role-strength emotional function were both high on men and compliance scores were higher on the group who did not experience any side effect. While there was no significant change in compliance scores according to the age of the patients and the duration of renal failure, it was determined that as the Tx process increased, compliance decreased; as the compliance score increased, physical function, vitality and mental health scores increased. When the results of this study are taken into account, it is considered that there is a significant relation between compliance and quality of life and that the frequency of side effect development decreases and the quality of life increases.

**Key Words:** Chronic renal failure; harmony; life quality

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
ETİK BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ .....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. KURAMSAL BİLGİLER VE KAYNAK TARAMASI .....	4
2.1. Böbreklerin Yapı ve Fonksiyonları.....	4
2.2. Kronik Böbrek Yetersizliği.....	4
2.2.1. Kronik Böbrek Yetersizliğinin Evreleri.....	6
2.2.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji.....	6
2.2.3. KBY'nin Patofizyolojisi .....	6
2.2.4. KBY'de Tanı.....	8
2.2.5. KBY'de Tedavi.....	9
2.2.5.1. Renal Replasman Tedavi Seçenekleri.....	9
2.2.5.1.1. Diyaliz.....	10
2.2.5.1.2. Hemodiyaliz.....	10
2.2.5.1.2.1 Hemodiyalizin Avantajları .....	11
2.2.5.1.2.2 Hemodiyalizin Dezavantajları.....	11
2.2.5.1.3. Periton Diyalizi .....	12
2.2.5.1.3.1 Periton Diyalizinin Avantajları .....	12
2.2.5.1.3.2 Periton Diyalizinin Dezavantajları.....	12
2.2.5.1.4. Böbrek Nakli .....	12
2.2.5.1.4.1 Böbrek Naklinin Tarihteki Gelişimi.....	13
2.2.5.1.4.2 Ülkemizde Organ ve Doku Naklinin Tarihsel Süreci .....	13
2.2.5.1.4.3 Böbrek Naklinin Avantajları .....	14
2.2.5.1.4.4 Böbrek Naklinin Dezavantajları.....	14
2.2.5.1.4.5 Böbrek Nakli Sonrası Komplikasyonlar .....	14
2.3. Böbrek Nakli Sonrasında Kullanılan İmmünsüpresif Tedaviler.....	15
2.3.1. En Sık Kullanılan İmmünsüpresif Tedaviler (Calcineurin İnhibitörleri-CNI) ..	15
2.3.1.1. Takrolimus:.....	15



2.3.1.2. Siklosporin: .....	16
2.3.1.3. Kortikosteroid (Prednol): .....	16
2.3.1.4. Sirolimus (Rapamisin): .....	17
2.3.2. İmmünsüpresif Tedavilerin Komplikasyonları .....	17
2.3.3. İmmünsüpresif Tedaviye Uyum .....	17
2.4. Rejeksiyon ve Rejeksiyon Tipleri .....	18
2.4.1. Rejeksiyon Tipleri.....	18
2.4.1.1. Hiperakut Rejeksiyon: .....	18
2.4.1.2. Akut Rejeksiyon: .....	18
2.4.1.3. Kronik Rejeksiyon: .....	18
2.4.2. Rejeksiyon Tedavisi.....	19
2.4.2.1. T Hücre Aracılı Rejeksiyon (TCMR) Gelişmiş ise; .....	19
2.4.2.2. Antikor Aracılı Rejeksiyon Gelişmiş ise; .....	19
2.5. Böbrek Nakli Sonrasında Hasta Eğitimi .....	19
2.6. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam .....	21
2.7. Böbrek Yetersizliği Hastalarında Yaşam Kalitesi .....	21
2.7.1. Yaşam Kalitesi Kavramı .....	21
2.7.2. Böbrek Transplantasyonunda Yaşam Kalitesi .....	22
2.1. Araştırmanın Hipotezleri .....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	24
3.1. Araştırmanın Türü.....	24
3.2. Araştırmanın Amacı.....	24
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	24
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	24
3.5. Verilerin Toplanması .....	24
3.5.1. Veri Toplama Araçları .....	25
3.5.1.1. Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu .....	25
3.5.1.2. İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği.....	25
3.5.1.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği .....	25
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	26
3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri .....	26
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri.....	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	26
3.8. Araştırmada Etik İlkeler.....	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	26

3.10. Araştırma Zaman Çizelgesi ve/veya Çalışma Planı.....	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	28
4.2. Yaşam Kalitesi ve İmmünsüpresif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulgular .....	32
5. TARTIŞMA.....	41
5.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Özelliklerin İncelenmesi.....	41
5.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre İncelenmesi .....	42
5.3. Hastaların Kullandıkları İmmünsüpresif İlaçlara İlişkin Özelliklerin İncelenmesi ..	44
5.4. Yaşam Kalitesi ve İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeğine İlişkin Bulguların İncelenmesi .....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
6.1. SONUÇLAR.....	50
6.1.1. Tanıtıcı ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Sonuçlar.....	50
6.1.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Skorlarına İlişkin Sonuçlar.....	50
6.2. ÖNERİLER.....	55
7. KAYNAKLAR.....	56
8. EKLER.....	66
EK-1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU .....	66
EK-2. İMMÜNSÜPRESİF İLAÇ KULLANIMINA UYUM ÖLÇEĞİ.....	68
EK-3. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ.....	69
EK-4. SANKO ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU .....	72
EK-5. İMMÜNSÜPRESİF İLAÇ KULLANIMINA UYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ .....	73
EK-6. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ.....	74
EK-7. ETİK KURUL İZİNİ.....	75
EK-8. KURUM ÇALIŞMA İZİNİ.....	76
EK-9. TEZ İNTİHAL RAPORU .....	77
EK-10. ÖZGEÇMİŞ .....	78

## KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

- ABY:** Akut Böbrek Yetmezliği  
**APD:** Aletli Periton Diyalizi  
**ATG:** Anti-Timosit Globülin  
**BFT:** Böbrek Fonksiyon Testleri  
**BY:** Böbrek Yetersizliği  
**CNİ:** Calcineurin İnhibitörleri  
**CsA:** Siklosporin  
**DM:** Diyabet  
**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü  
**DT:** Diyaliz Tedavisi  
**GFH:** Glomerül Filtrasyon Hızı  
**GN:** Glomerülonefrit  
**HD:** Hemodiyaliz  
**HT:** Hipertansiyon  
**IL:** İnterlökin  
**İSİKU:** İmmünesüpresif İlaç Kullanımına Uyum  
**İST:** İmmünesüpresif Tedavi  
**KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği  
**LCM:** Lenfosit Cross Match  
**LSD:** Least Significant Difference (Önemli En Küçük Fark)  
**PD:** Periton Diyaliz  
**rho:** Pearson r Katsayısı  
**RRT:** Renal Replasman Tedavisi  
**SAPD:** Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi  
**SDBY:** Son Dönem Böbrek Yetmezliği  
**SİYK:** Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi  
**TCMR:** T Hücre Aracılı Rejeksiyon  
**TND:** Türk Nefroloji Derneği  
**Tx:** Transplantasyon  
**UNOS:** Amerikan Organ Paylaşım Ağı  
**YK:** Yaşam Kalitesi  
 $\bar{x}$ : Aritmetik Ortalama

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 2.2.1.</b> Kronik Böbrek Yetersizliğinin Evreleri.....	6
<b>Tablo 3.9.1.</b> Çalışma Planı .....	27
<b>Tablo 4.1.1.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	28
<b>Tablo 4.1.2.</b> Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı.....	29
<b>Tablo 4.1.3.</b> Hastaların Kullandıkları İmmünsüpresif İlaçlara İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı .....	31
<b>Tablo 4.2.1.</b> Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Yaşam Kalitesi ve İmmünsüpresif İlaç Tedavisine Uyum Skorlarının Karşılaştırılması-1.....	32
<b>Tablo 4.2.2.</b> Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Yaşam Kalitesi ve İmmünsüpresif İlaç Tedavisine Uyum Skorlarının Karşılaştırılması-2.....	35
<b>Tablo 4.2.3.</b> Hastaların Yaşam Kalitesi ve İmmünsüpresif İlaç Tedavisine Uyum Skorlarının Tıbbi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması .....	38
<b>Tablo 4.2.4.</b> Hastaların Yaşı, BY-Tx süresi ve SF-36 Ölçeği Alt Boyut Skorları İle Uyum Ölçeği Skoru Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	39
<b>Tablo 4.2.5.</b> Hastaların Donör Tipine Göre Ayrılmaları Durumunda Yaşı, BY-Tx-DT Süresi ve SF-36 Ölçeği Alt Boyut Skorları İle Uyum Ölçeği Skoru Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .....	40

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.2.1. Kronik Böbrek Yetersizliğinin İlerleme Mekanizmaları.....	5
Şekil 2.2.3.1. Böbrek Disfonksiyonunun Yaygın Belirti ve Bulguları.....	8



## 1. GİRİŞ

Kronik Böbrek Yetersizliği (KBY), tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. KBY yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkilerken bireyde ve ailede psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak sorunlar yaratan ciddi bir hastalıktır (Türkmen, 2003, s.11-22). Renal replasman tedavileri (RRT) ise, yüksek maliyetli olması nedeniyle toplumda ağır yük oluşturan, sadece hastayı değil aileyi de etkileyen bir tedavidir. Türk Nefroloji Derneği (TND) 2015 yılı verilerine göre Türkiye’de RRT gerektiren Son Dönem Böbrek Yetersizliği (SDBY) vaka sayısı milyon nüfus başına 935,4 olarak bildirilmektedir (National Nephrology, Dialysis and Transplantation Registry Report of Turkey 2015). SDBY tanısı alan hastalarda RRT seçenekleri diyaliz (Hemodiyaliz ve periton diyalizi) ve böbrek transplantasyonudur (Tomson, 2007, s. 442-446; Ersoy, 2005, s. 88-92). Hem yaşam kalitesini artırması hem de daha kalıcı bir çözüm olan böbrek transplantasyonu (Tx) diğer tedavi seçeneklerine göre daha başarılıdır. Maliyet açısından bakıldığında da nakil maliyetinin ilk yıldan sonra diyalize göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (Özdemir, 2010, s. 7).

Cerrahi uygulamalardaki gelişen yöntemler ve immünsüpresif ilaçların kullanılmaya başlanmasıyla böbrek Tx’i, KBY tanısı alan hastalarda en başarılı ve en çok tercih edilen yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (Erbay ve diğerleri, 1994, s. 47- 567-568; Titiz, 2010b, s. 25-27). Ancak böbrek naklinin avantajlarının yanında bazı olumsuz durumlar da neden olabilmektedir (Talas, 2007, s. 1035-1048; Titiz, 2010a, s. 21-23). Özellikle böbrek nakli yapılan hastalarda rejeksiyonu önlemek için kullanılan immünsüpresif ilaçlar, bağışıklık sistemini baskıladığından bazı komplikasyonlara (viral, bakteriyel ve fungal gibi) yol açmaktadır (Talas, 2007, s.1035-1048). Bu yüzden nakil sonrası dönemde hastanın takibinde iyi bir ekibe ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ekipte en önemli görev hemşirelere düşmektedir (Şelimen, 2010, s. 775-800). Çünkü nakilden sonra hastaya bakım veren ve onlarla birebir ilgilenen en temel sağlık profesyoneli hemşirelerdir (Güler, 2003, s. 4-7). Tüm nakillerde olduğu gibi böbrek nakli yapılan hastalarda da hastaların eğitimi, bakımı ve uyumu oldukça önemlidir. Hastalara verilen eğitimle böbrek naklinin başarısı ve hastaların uyumunun arttığı bildirilmektedir (Şelimen, 2010, s. 775-800). Eğitimin en önemli tarafı immünsüpresif tedaviye uyumun sağlanmasına verdiği katkıdır (Talas, 2007, s. 1035-1048). Yapılan bazı çalışmalarda nakil sonrasında hastaların yeterli düzeyde bilgilendirilmedikleri belirtilmiştir (Güler, 2003, s. 6).

Bu nedenle nakil sonrasında, greftin canlılığının sürdürülmesi, rejeksiyonun önlenmesi ve immünyosüpresif ilaç uyumu oldukça önemlidir. Uyum, hastaya aktarılan eğitim ve önerilerin hasta davranış ve tutumları ile çakışmaması anlamına gelmekte iken (Burra ve diğçerleri, 2011, s. 760-770) uyumsuzluk ise önerilerle, hasta davranışlarının çatışması anlamına gelmektedir (Kaul ve diğçerleri, 2000, s. 313-326). Nakil sonrasındaki uyum; ilaç kullanım şekli ve saatlerine dikkat edilmesi, düzenli aralıklarla kontrollere gitmesi, önerilen uygun davranışın ve tutumların sergilenmesini içerir. Özellikle hastaya önerilen tedavinin uygun, doğru ve zamanında yapılmasını kapsar (Morrissey ve diğçerleri, 2007, s. 67). Organ nakli sonrasında immünyosüpresif tedaviye uyum hastanın yaşamı açısından son derece önemlidir (Chisholm, 2002, s. 567-575). Literatürde hastalara rejeksiyonu önlemek amacıyla verilen immünyosüpresif ilaçları aksatmadan almaları gerektiğı vurgulanmasına karşın, çoğı hasta tedavilerini tam anlamıyla doğru uygulayamadığı belirtilmektedir (Chisholm ve diğçerleri, 2004, s. 13-20).

Organ nakli sonrasında yararlı ve başarılı sonuçlar elde edilmesinde hastanın tedaviye uyumu oldukça önemlidir (Flattery, Dale, 2008, s. 1). Yapılan çalışmalarda immünyosüpresif tedaviye uyumsuzluk oranının %15-%68 arasında değıştiğı bildirilmektedir (Denhaerynck ve diğçerleri, 2008, s. 441-446; Burra ve diğçerleri, 2011, s. 760-770). Organ nakli hastalarında en sık görülen uyumsuzluk bulgularının ise ilacın yanında bulundurulması ve yedek ilaç bulundurulmasının unutulmasıdır. Hastaların ilaçların pahalı olması; iş ile sağlık arasındaki sorunları sık yaşamaktadır (Burra ve diğçerleri, 2011, s. 760-770; Gordon ve diğçerleri, 2007, s. 3081-3085).

Uyumsuzluğu olan hastalarda, yerleştiren greftte hasar veya greft kaybı, yaşam kalitesinin olumsuz olarak etkilenmesi ve ölümlle sonuçlanabilen istenmeyen durumlar görülebilmektedir (Chilsm, 2002, s. 567-575). Nakil öncesinde uyumsuzluğu önlemek için hastalara verilmesi gereken eğitimler arasında; immünyosüpresif tedavilerin avantaj ve dezavantajları ile önemi, oluşabilecek komplikasyonlar ve ömür boyu kullanacakları ilaçlara ilişkin dikkat edilmesi gereken hususlar yer alır (Morrissey ve diğçerleri, 2007, s. 67). Denecke ve Tullius'un 2011 yılında yaptığı bir çalışmada; doğru ilaç kullanımını için hastalara verilen eğitimin, organ nakil merkezi tarafından hazırlanan yazılı bir materyali içermesinin uyumu artırmada etkili olabileceğı belirtilmektedir.

Nakil sonrasındaki oluşabilecek rejeksiyonu önlemek amacıyla immünyosüpresif tedaviye uyumsuzluğun önlenmesi gerekmektedir. Bu durumda hastaların öncelikli olarak uyum ve uyumsuzluğun sebebi araştırılmalıdır (Germani ve diğçerleri, 2011, s. ). Nakil üniteleri Tx sonrasında uyumsuzluğu önlemeye yönelik bir takım yaklaşımlara sahip değildir (De Geest, Dobbels, 2010, s. ). Bu önemli görev hemşirelere ve diğçer sağlık profesyonellerine

düşmektedir. İmmünesüpresif tedaviye uyumu arttırmak için hasta ve ailesi ile işbirliği içinde olup, danışmanlık hizmeti vermelidir (De Geest, Dobbels, 2010, s. 139-140; Germani ve diğerleri, 2011, s. 318-323).

Bu çalışma böbrek nakli yapılan hastaların immünesüpresif tedaviye uyumu, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.





## 2. KURAMSAL BİLGİLER VE KAYNAK TARAMASI

### 2.1. Böbreklerin Yapı ve Fonksiyonları

Böbrekler, her iki retroperitoneal bölgede ve her biri yaklaşık olarak 120-200 gr ağırlığında 11-12 cm uzunluğunda, 6-7 cm eninde, 4 cm derinliğinde, morumsu ve kırmızı renkte olup, fasulyeye benzer organlardır. Karaciğerin sağ tarafta olmasından dolayı, sağ böbrek sol böbreğe göre biraz daha aşağıdadır (Üriner Sistem Radyolojik Anatomisi, 2011; Boşaltım Sistemi, 2012). Böbreklerin en küçük fonksiyonel üniteleri nefronlar olup, her birinde 1.000.000 kadar nefron bulunmaktadır (Karaca ve Yeşiltepe Kaçar, 2013, s.444). Böbreğin idrar oluşumu dışındaki görevlerini aşağıda görülmektedir (Karadakovan, 2001, s. 19-26; Akpolat, Sungur, 2001, s. 11-20).

- Vücudun sıvı elektrolit dengesini sağlamak (sodyum, potasyum, magnezyum vb.)  
Vücuttaki metabolik olan fazla maddeleri atmak (üre, kreatinin, ürik asit vb.),
- Renin salgılayarak kan basıncı ayarlamak,
- Vücuttaki sıvı hacmini düzenlemek,
- 1,25 D<sub>3</sub> ve eritropoetin yapımını sağlamak,
- Peptid hormonları olan insülin, glukagon, kalsitonin ve parathormon yıkımını sağlamak,
- Metabolik olaylara katılmak (lipit metabolizması vb.), (Seymen, 2002, s. 3-9).

### 2.2. Kronik Böbrek Yetersizliği

KBY, böbreğin glomerüler filtrasyon değerinde azalmaya bağlı olarak vücudun gereksinim duyduğu sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarını sürdürmede kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanmaktadır. Kayıplar geri dönüşsüzdür. Başka bir tanıma göre KBY, üç aydan daha fazla süren fonksiyon bozuklukları ile kendini gösterir. İdrar, kan ya da radyolojik yöntemlerle saptanan bir bozukluk olması veya üç aydan uzun bir sürede Glomerül filtrasyon hızının 60 ml/dk/1.73m<sup>2</sup>'nin altında olması olarak da tanımlanmaktadır (Levey ve diğerleri, 2005, s. 2089-2100; Aydın, 2004, s. 16-20).

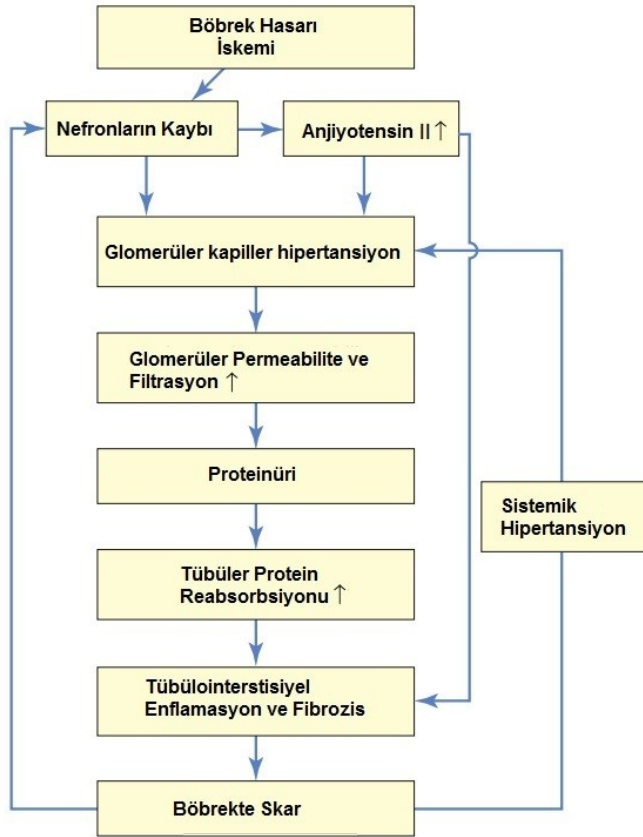
Böbreğin işlevini yapamaması durumunda serumdaki üre, kreatinin, sodyum, ürik asit, fosfor gibi elementler yükselir (KDİGO 2016, Clinical Practice Guideline Update on Diagnosis, Evaluation, Prevention and Treatment of CKD-MBD, [http://www.kdigo.org/clinical\\_practice\\_guidelines/CKD](http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/CKD)

MBD%20Update/KDIGO%20CKD-MBD%20Update\_Public%20Review\_Final.pdf,  
Erişim: 05.07.2017, Baysal ve diğerleri, 2002, s. 187-225).

KBY, birey aile ve toplumda psikolojik ve sosyokültürel sonuçların yanında, ülkenin kalitesinde sınıdığı çok ciddi bir hastalıktır (Aydın, 2002). Kronik hastalığa sahip birey, tüm hayatı boyunca hastalığı ile yaşamak zorundadır. KBY tanısı alan hastanın tedavi süreci, böbrek fonksiyonları bozulduktan sonra gelişebilecek komplikasyonları azaltmak amacıyla hemen başlatılmalıdır. RRT, hastaların semptomlarını ve yaşam kalitelerini kısmen düzeltmektedir. Fakat RRT'nin uygulanmasına rağmen SDBY hastalarının mortlitesi yüksektir. Bu sebepten dolayı hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde arttıracak tedaviler üzerinde çalışmalar yapılması gerekmektedir (Valderrabano ve diğerleri, 2001, s. 443-445).

KBY ve diyaliz tedavisi gören hastalar çeşitli endişeler ve sorunlar yaşayabilirler. Bunlar arasında aktivitelere kısıtlanma, yaşamını bir cihaza bağlı olarak devam ettirme, uygun bir işte çalışmama, başkalarına bağımlı olarak yaşama, cinsel sorun yaşayacağı korkusu, beden imajının bozulması ve ekonomik yönden belirli zorluklar yaşayabileceği korkusu bulunmaktadır (Karabulutlu, 2011, s. 25; Sevindik, 2017, s. 18).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de üremik koma ile KBY tanısı almış kişiler oldukça fazla bulunmaktadır (Yürügen, 1982, s. 131-161).



(Kaynak: Doig, A.K., Huether, S.E., (2014). Structure and Function of the Renal and Urologic Systems, [in McCance, K.L., Huether, S.E., Brashers, V.L., Rote, N.S. (Ed.). (2014) The Biologic Basis for Disease in Adults and Children, Seventh Edition, Elsevier, Mosby, p. 1366, Canada.)

Şekil 2.2.1. Kronik Böbrek Yetersizliğinin İlerleme Mekanizmaları

### 2.2.1. Kronik Böbrek Yetersizliğinin Evreleri

Normal bir insan da toplamda her iki böbrekten yaklaşık olarak 120 ml/dk kan süzülür. Buna glomerüler filtrasyon hızı (GFH) denilmektedir. GFH kişinin yaşı ve cinsiyete göre değişebilir (Parmar, 2002, s.85-90). Bu süzülen maddelerin bir kısmı tekrardan reabsorbsiyon olur (Biol, 1998, s. 199-228).

**Tablo 2.2.1. Kronik Böbrek Yetersizliğinin Evreleri**

Evre	Tanım	GFR mL/dk/1,73 m <sup>2</sup>
1	Böbrek Hasarı (Normal veya artmış GFR ile)	>90
2	Hafif GFR azalması	60-89
3	Orta derecede GFR azalması	30-59
4	Ağır GFR azalması	15-29
5	Kronik böbrek yetmezliği	

(Kaynak: Canver B (2011). Tübüler Atrofi ve İnterstisyel Fibrozisi Olan Böbrek Nakilli Olgularda Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi. İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Nefroloji Bilim Dalı. Nefroloji Yandal Uzmanlık Tezi.)

### 2.2.2. Epidemiyoloji ve Etiyoloji

Tüm dünyada KBY önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD), SDBY insidans ve prevalansında önemli bir artış saptanmıştır (Arık ve diğerleri, 2008). Türk Nefroloji Derneği (TND) böbrek kayıt sistem verilerine göre SDBY ülkemizde de artış gözlenmektedir. TND 2015 yılı verilerine göre Türkiye’de RRT gerektiren SDBY hasta sayısı milyon nüfus başına 935,4 olarak saptanmıştır (National Nephrology, Dialysis and Transplantation Registry Report of Turkey 2015).

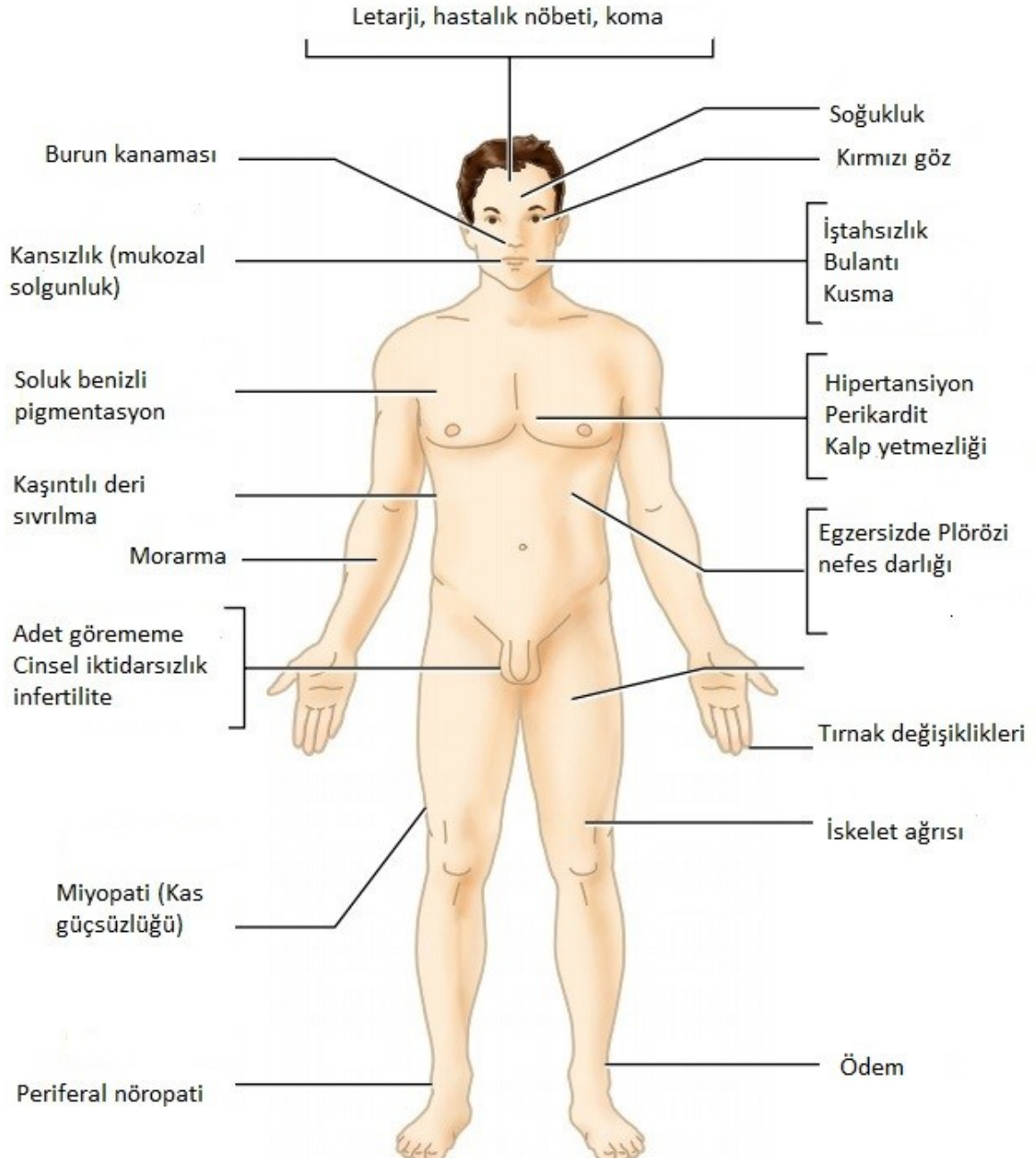
KBY; Hipertansiyon (HT), Diabetes mellitus (DM), Glomerülonefrit (GN), Polikistik böbrek hastalığı, Piyolonefrit, Enfeksiyonlar, Taş, Amiloidoz ve bilinmeyen nedenlerden dolayı karşımıza çıkar. Türkiye’de SDBY oluşumunda en çok DM, HT ve bilinmeyen nedenlerin sebep olduğu açıklanmıştır (www.tsn.org Erişim: 07. 04. 2017).

### 2.2.3. KBY’nin Patofizyolojisi

KBY’nin patofizyolojisinde glomerüler skleroz, interstisyel fibrozis ve atrofi dikkati çeker. Bütün bunların ilerleyici ve geri dönüşümsüz böbrek hastalıklarında rol oynadığı

düşünülmektedir. İlerleyen dönemlerdeki nefron kayıpları böbrek fonksiyonlarının bozulmasına neden olmaktadır. Yapılan farklı araştırmalarda ilerleyici böbrek fonksiyon bozukluğu; glomerüler hiperfiltrasyon, HT, hızla ilerleyen ateroskleroz ve hipertrofi ile açıklanmıştır. KBY'nin ilerlemesine neden olan faktörler arasında sistemik HT, glomerüler HT, diyetle fazla protein ve fosfor alımı, hiperlipidemi ve interstisiyel nefrit yer almaktadır (Akpolat, Sungur, 2001, s. 11-20; Birol, 1997, s. 201-206, 585-600; Akdemir, Birol, 2011, s. 585).

Klinik semptomlar böbrek yetmezliğinin evresi ve ilerleme hızı ile orantılıdır. Hastalar genellikle halsizlik, anemi ve noktüri gibi belirtiler gösterir. Üremik bulgular GFH 20-25 ml/dk olduğu zaman ortaya çıkar. Genel olarak sistemler üzerinde sıvı-elektrolit dengesizliği, sinir sistemi üzerindeki bozukluklar, gastrointestinal sistem, hematolojik bozukluklar, kardiyovasküler sistem, pulmoner sistem, cilt sorunları, metabolik ve endokrin sistem ve psikolojik sorunlar görülebilir (Çetinkaya ve diğerleri, 2008, s. 78-84).



**Şekil 2.2.3.1. Böbrek Disfonksiyonunun Yaygın Belirti ve Bulguları**

(Kaynak: Doig, A.K., Huether, S.E., (2014). Structure and Function of the Renal and Urologic Systems, [in McCance, K.L., Huether, S.E., Brashers, V.L., Rote, N.S. (Ed.). (2014) The Biologic Basis for Disease in Adults and Children, Seventh Edition, Elsevier, Mosby, p. 1367, Canada.)

#### 2.2.4. KBY’de Tanı

Böbrek Yetersizliğinde; serum üre ve kreatinin düzeylerindeki artış veya glomerül filtrasyon hızındaki azalma ile tanı konulur. Ayrıca idrarda proteinüri ve hematüri bakılır. Radyolojik incelemelerde görülen böbreklerin atrofik durumu değerlendirilir. Bazı böbrek hastalıklarında böbreklerde atrofi olmayabilir (diyabetik nefropati, hidronefroz, polikistik böbrek hastalığı, amiloidozdur) (Akdemir, Birol, 2011, s. 587). Böbreğin zarar gördüğü çoğunlukla böbrek biyopsisi yapılmadan tespit edilir. Tespitte yardımcı olan parametreler

idrarda proteinüri olması, idrar sedimantasyonunda değişiklikler, radyolojik inceleme yöntemlerindeki anormallikler ve kan ölçümlerindeki bozukluklar ile kendini gösterir (Öksüz, Malhan, 2005).

### **2.2.5. KBY’de Tedavi**

#### **2.2.5.1. Renal Replasman Tedavi Seçenekleri**

Böbreğin işlevlerinin bozulması durumunda vücuttan atılması gereken toksik maddeler atılamaz ve birikir. Vücutta biriken bu atıklar yaşamsal fonksiyonlarda bazı aksaklıklar meydana getirir ve konservatif tedavinin eksik kaldığı durumda RRT uygulanır. SDBY’den bahsedebilmek için artık GFH 5-10 ml/dk olması gerekir ve hastalar bu durumda RRT’ye ihtiyaç duyarlar (Stone, Hâkim, 1995, s. 653; İsmail, Becker, 1994, s. 292-299). SDBY tanısı konulan hastaya ya Tx ya da RRT işlemi yapılmaktadır. SDBY tanısı almış kişiler hızlıca tedaviye başlamak zorundadır. Aksi takdirde bu durum ölümlü sonuçlanır (Tokgöz, 2005, s. 9-10). SDBY’de böbrek işlevlerini yerine getiremez ve bu kaybın sonucunda azotemi ortaya çıkar. İlerleyen dönemlerde bu tablo üremi olarak tanımlanır (Fujisawa ve diğerleri, 2006, s. 1866-1872).

Hastalığın başlangıcında; beslenme ve diyet programı (Konservatif Tedavi), Hemodiyaliz (HD), Periton diyalizi (PD), Transplantasyon (Tx) tedavi seçenekleri arasından tercih yapılır (Sevindik, 2017, s. 12). KBY tanısı almış olan hastaların tedavisi acilen başlatılmalıdır. KBY hastalarına öncelikle konservatif tedavi uygulanır. Konservatif tedavinin uygulanmasındaki amaç SDBY ilerlemesini yavaşlatmaktır. Konservatif tedavi; hastaların diyet düzenlemesi, sıvı düzenlemesi, HT kontrolü, aneminin önlenmesi, yetersiz beslenmenin önlenmesi, uygun egzersiz ve toksik ilaçlardan kaçınma gibi önlemleri içermektedir (Kaya ve diğerleri, 2009).

Konservatif tedavi ile yönetilemeyen ve SDBY tanısı alan hastalarda bu üç tedavi seçeneğinden (HD, PD, Tx) birisinin uygulanması gerekmektedir (Akpolat, Utaş, [http://www.tsn.org.tr/folders/file/böbrek\\_yetmezliği.pdf](http://www.tsn.org.tr/folders/file/böbrek_yetmezliği.pdf), Erişim: 18.05.2017; Ovayolu, 2015, s. 381).

Böbrekler fonksiyonunu yapamayacak duruma geldiğinde HD, PD veya Tx uygulanmaktadır (Ersoy, 2005, s. 88-92). Bu uygulanan tedavinin ana hedefi hastaların yaşam sürelerini uzatmanın yanı sıra yaşam kalitelerini en üst seviyeye getirmektir (Karaca, Kaçar, 2013, s. 442-496; Akyol, 2013, s. 31-41).

### **2.2.5.1.1. Diyaliz**

Diyaliz, hasta kanı ve diyaliz sıvısı arasındaki değişime denir. Sıvı ve solüt hareketi yoğunluğun yüksek olduğu taraftan yoğunluğun düşük olduğu tarafa doğru olur. Bu işlem yarı geçirgen bir zar aracılığı ile yapılır (Erol, 2010, s.13; Aydın, 2012, s. 5). Diyaliz tedavisi vücuttaki zararlı atıkları ve vücuttan atılamayan fazla sıvıyı atsa da renal replasman gerçekte bir destek tedavisidir ve tam olarak bir iyileşme sağlamaz (Albayrak, 2007, s. 502-514; Şahin, 2011, s. 16).

Diyaliz tedavisi ile böbrek yetmezliğinden kaynaklanan ölümlerin önüne geçilse de, hasta sağkalım oranları önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Şahin, 2011, s.19). Çünkü SDBY hastalarının yaşam kalitelerini en üst seviyede tutma ve hastalık durumundaki rehâbilitasyonu sağlayabilme konusundaki başarı düzeyimiz yetersizdir (Erbay ve diğerleri, 1994, s. 567-578). Diyaliz tedavisi böbrek yetersizliği olan hastalarda tedavi seçeneği olarak hastalara uygulansa da böbreğin asıl görevlerini tam olarak yerine getiremez. Hastalara getirilen diyet kısıtlaması, sürekli diyaliz olmaları, eritropoetin yetersizliğinden kaynaklı anemi ve diyaliz esnasında kanla bulaşan hastalıklar riski nedeniyle yaşam kalitelerinde azalma gözlenmektedir (Titiz, 2010a, s. 21-23).

### **2.2.5.1.2. Hemodiyaliz**

İlk olarak hemodiyaliz ABY tanısı alan bir hastaya uygulanmıştır. Daha sonralarda ise KBY tedavisinde kullanılan bir tedavi seçeneği olmuştur.

HD, SDBY tanısı alan hastalara en sık olarak uygulanan tedavi şeklidir. Vücuttan atılamayan ve zararlı atık olarak ifade ettiğimiz üre, kreatinin, sodyum, potasyum, fosfor gibi maddelerin ve fazla olan sıvının bir yarı geçirgen membran yardımı ile temizlenmesi işlemidir (Üriner Sistem Hastalıkları ve Bakım, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2013). Vasküler girişim yeri olarak arteriyovenöz (AV) fistül, greft ya da diyaliz kateterleri ile işlem gerçekleştirilir (Üriner Sistem Hastalıkları ve Bakım, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2013; Kolbakır F. Vasküler girişim yolu. [http://www.tsn.org.tr/folders/file/vaskuler\\_girisim\\_yolu.pdf](http://www.tsn.org.tr/folders/file/vaskuler_girisim_yolu.pdf). Erişim: 02.05.2017). Arter ve venin birleştirilmesi işlemine AV fistül denir.

En uygun HD yolu cerrahi bir operasyon gerektiren genellikle üst extremiteler de açılan AV fistülleridir. Hasta AV fistül açılmayacak derecede sorunlu ise yine bir operasyonla yapılan AV greft işlemi yapılabilir. Eğer kişinin uzun süre hemodiyalize girmesi planlanıyorsa AV fistül en iyi yoldur. Radial arter ve sefalik ven en çok kullanılan bölgedir (Ovayolu, 2015, s. 384-385).

Ven yapısı bozuk olan hastalarda kullanılan diğere bir damar yöntemi AV grefttir ve ömrü, AV fistüle göre daha kısadır (Ovayolu, 2015, s. 384-385 ).

Üçüncü bir yol olan kateter işlemi, acil diyalize girmesi gereken ve fistülü bulunmayan hastalarda uygulanan bir işlemdir. AV fistül açılana kadar ya da açılmış olan fistülün olgunlaşmasını beklerken kullanılan tedavi yoludur (Üriner Sistem Hastalıkları ve Bakım, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2013). Enfeksiyon açısından riskli olduklarından dolayı kateterler uzun süreli kullanılmamalıdır (Ovayolu, 2015, s. 384-385).

Hemodiyaliz çoğunlukla her seans 4 saat olmak üzere haftada 3 kez uygulanır ve gün aşırı yapılır. İşlem makinesinin dezenfeksiyonu, vasküler giriş yeri, cihazın ayarlanması, alarm limitlerinin kurulması, hasta takibi ve sonlandırma aşamalarından oluşmaktadır. HD merkezlerinde veya da hasta evinde uygulanabilen bir yöntemdir (Dilek, 2005, s. 9)

#### **2.2.5.1.2.1 Hemodiyalizin Avantajları**

- Kilo sıkıntısı yaşamamaları,
- Atık maddelerin vücuttan hızlıca atılabilmesi,
- Bir ekip tarafından uygulanıyor olması,
- Tedavinin kısa olması,
- Haftada 2-3 kez girmelerinden ötürü doktor muayenesi yapılması,
- Hastaneye yatış işlemlerinin olmaması,
- Haftada 2-3 kez merkeze gittikleri için bir sosyal çevre edinmeleridir (Erol, 2010, s.19; Sevindik, 2017, s. 14).

#### **2.2.5.1.2.2 Hemodiyalizin Dezavantajları**

- İşlem için büyük bir damar yoluna ihtiyaç duyulması,
- Özel yetiştirilmiş bir ekibe ihtiyaç duyulması,
- Antikoagülan kullanımının olması,
- Damar yolu için bir operasyon gerekmesi,
- İlaç kullanılması,
- Enfeksiyon görülme ihtimalinin yüksek olması,
- İlerleyen dönemlerde kalp hastalıklarının görülmesi,
- Vücuttan sıvı çekilmesi durumunda hipotansiyon gelişmesi,
- Elektrolitleri ile ilgili olarak özel diyetle ihtiyaç duyulmasıdır (Sevindik, 2017, s. 14; Erol, 2010, s. 19; Ölmez, <http://www.psikiyatr.com/anksiyete/anksiyete.htm/>. Erişim: 04.04.2017).



### **2.2.5.1.3. Periton Diyalizi**

1975 yılında kullanılmaya başlayan Periton Diyalizi (PD) önceleri sadece ABY hastalarına uygulanırken, daha sonra KBY hastalarına da uygulanmaya başlamıştır. KBY hastalarında uygulanan işlem sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) olarak tanımlanmıştır. PD cerrahi yöntemle peritona bir kateter yerleştirilmesi ile belirli süre ve aralıklarla yapılan tedavi yöntemidir. Sıvı elektrolit dengesinin sağlanması temel hedeflerindedir (Erol, 2010, s. 21; Arık, 2013, s. 6).

PD, SAPD ve Aletli Periton Diyalizi (APD) diye iki şekilde uygulanmaktadır. SAPD ev ve iş yerlerinde uygulanırken, APD gece yatarken diyaliz yapılması işlemidir (Albaz ve diğerleri).

#### **2.2.5.1.3.1 Periton Diyalizinin Avantajları**

- Diyaliz veya sağlık merkezine ihtiyaç duyulmaz,
- Herhangi bir damar yoluna ihtiyaç duyulmaz,
- Tansiyon kontrolü daha kolaydır,
- Bulaşıcı hastalık riski daha azdır,
- Anemiye nadir olarak rastlanır,
- Maliyeti daha düşüktür,
- HD'ye oranla böbrek fonksiyonları daha iyi korunur.

#### **2.2.5.1.3.2 Periton Diyalizinin Dezavantajları**

- Peritonda yabancı bir cisim bulunması sebebiyle enfeksiyon riski artar,
- HD'e göre yaşam süreleri daha azdır.
- Zaman zaman kateterlerde tıkanma görülebilir.
- Günlük uygulanması gerekmektedir.
- Uzun süre PD uygulayan hastalarda kalp rahatsızlığı gelişir.
- PD solüsyonları için evde özel olarak ayrılmış belli bir yere gereksinim duyulur.
- Peritonit geçirme riski yüksektir.
- Steril şartlarda uygulanması gerekir. Bu durum hastada bazı psikolojik rahatsızlıklara neden olabilir (Sevindik, 2017, s.15-16; Erol, 2010, s.22).

### **2.2.5.1.4. Böbrek Nakli**

Böbrek nakli, SDBY tanısı konulan hastalara canlı ve kadavra vericili olmak üzere alınan organın transfer edilme işlemi olup (Karadakovan, Kaymakçı, 2010, s. 919-975). en efektif

tedavi seçeneklerinden birisidir (Yörük ve diğerleri, 2007, s. 8-10; Demirgüneş ve diğerleri, 2008, s. 18-21). Fizyolojyeyen uygun tedavi seçeneği olarakta kabul edilir. Maliyet açısından en avantajlı tedavi seçeneği yine böbrek naklidir. Ülkemizde diyalize giren hasta sayısı yaklaşık olarak 40.000'dir. Bu diyaliz hastalarının maliyeti oldukça yüksektir. Bu yüzden böbrek nakli daha ucuz bir tedavi yöntemidir (Özdemir, 2010, s. 1-2).

#### **2.2.5.1.4.1 Böbrek Naklinin Tarihteki Gelişimi**

SDBY tanısı konulan hastalara sunulan en önemli tedavi seçeneği olan renal transplantasyon tıbbi, cerrahi ve farmakolojik alanlardaki gelişmeler sayesinde önemli bir tedavi seçeneğidir (Kaplan, Meier-Kriesche, 2004, s. 3270-3271). Böbrek nakli ilk olarak Viyana'lı cerrah Dr. Emerich Ulmann 20.yy başlarında ve ABD'de Alexis Carrel tarafından hayvanlarda deneysel olarak yapılmıştır. Carrel 1912'de geliştirmiş olduğu damar anostomozu yöntemleri ile ilk Nobel ödülünü almıştır (Sert, 2001,; Morris, 1997; Görkey, 1994, s. 95-97). Nakil alanında önemli yeri olan ve yıllar geçtikçe cerrahi ve immünolojideki gelişmeler ile önemli bir yere sahip olmuştur (Titiz, 2010b, s. 25-27). İnsanda ilk böbrek nakli, Kiev'de kadavradan olmak üzere Rus cerrah tarafından 1933 yılında yapılmıştır. Cıva toksisitesi sonucu gelişen akut böbrek yetmezliğinde tedavi olarak kadavradan alınan greft öldükten 6 saat sonra çıkarılıp alıcıya transplantasyon yapılmış, fakat İmmünsüpresif ajanların olmaması, vericinin B gurubu alıcının ise "0" kan gurubunun olmasından dolayı hasta 48 saat sonra kaybedilmiştir (Sert, 2001; Morris, 1997; Evirgen, 2002, s. 5). Paris ve Boston'da transplantasyon konusundaki çalışmaları ile gündeme gelen Küss, Joseph Murray ve Hume, başkanlığında yapılan transplantasyonun sonuçları immünsüpresif tedavinin eksikliği nedeni ile başarılı olamamıştır (Sert, 2001; Bayraktar, Talas, 2002, s. 1-4; Kiper, 2001, s. 514-531).

#### **2.2.5.1.4.2 Ülkemizde Organ ve Doku Naklinin Tarihsel Süreci**

Türkiye'de ilk organ nakli çalışmaları Ankara ve İstanbul'da 1960 yıllarında başlamıştır. 1969 yılında ilk olarak Dr. Kemal Beyazıt, Dr. Siyami Ersek ve Cemil Barlas tarafından insana iki kalp nakli yapılmış, fakat her ikisi de başarısız olup 2. gün sonunda kaybedilmiştir (Haberal, 2001, s. 3027-3029). İlk canlıdan renal transplantasyon 1975 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde, diğeri Hacettepe Tıp Fakültesinde yapılmıştır. Kadavradan yapılan ilk renal transplantasyon ise 1978 yılında Hacettepe Tıp Fakültesinde Dr. Mehmet Haberal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Almanya Hamburg'da ölen gencin böbreği Türkiye'ye getirilmiş ve 28 yaşındaki hastaya nakli gerçekleştirilmiştir. (Evirgen, 2002, s. 8; Haberal, 2001, s. 3027- 3029; Haberal ve diğerleri, 1988, s. 353).

#### **2.2.5.1.4.3 Böbrek Naklinin Avantajları**

- Böbrek fonksiyonları yerine geldiğinden dolayı kişinin psikolojik olarak rahatlaması ve cinsel hayatında da önemli değişimler gözlenir (Ateş, 2010, s. 229-236).
- Herhangi bir cihaz ya da kuruluşa bağlı kalmadan hayatını daha kaliteli olarak idame ettirebilir (Erol, 2010, s. 24).
- Nakil olduktan sonra diyet kısıtlaması ortadan kalkmaktadır (Erol, 2010, s. 24).
- Nakil olan hastaların yaşam kalitesi, diyalize giren hastaya göre daha yüksektir (Karataş ve ark. 2012, s. 267-272).

#### **2.2.5.1.4.4 Böbrek Naklinin Dezavantajları**

- Geniş bir cerrahi operasyona gerek duyulması,
- Uygun vericinin bulunamaması,
- Nakil operasyonu için maliyetin pahalı olması,
- Vücudun yeni organı yabancı olarak algılayıp reddetme ihtimali,
- Nakil sonrası kullanılan immünsüpresif ilaçların yan etkilerinin olması ve vücudun savunma mekanizmasını azalttığından dolayı enfeksiyon gelişmesi olasılığının fazla olması gibi dezavantajları bulunmaktadır (Erol, 2010, s. 24).

#### **2.2.5.1.4.5 Böbrek Nakli Sonrası Komplikasyonlar**

Böbrek nakli, kullanılan yeni yöntemler ve immünsüpresif ilaçların etkisi ile daha fazla uygulanmaya başlamıştır. Yapılan araştırmalarda böbrek nakli olan hastalar KBY olan hastalar ile kıyaslandığında, böbrek naklinin yaşam kalitesini artırdığı, ruhsal yönden daha iyi oldukları, ve daha iyi rehabilitasyon sağladıkları görülmüştür (Özçürümez ve diğerleri, 2003,s. 225- 234 ). Böbrek nakli olan hastaların yaşam süreleri KBY hastalarına göre üç kat daha artmaktadır (Kaufman, 2003, s. 107-153; Sav ve diğerleri, 2007, s. 120-127; Yavuz, Sezer, 2008, s. 9-16).

Böbrek naklinden sonra eskisi gibi hayatını devam ettirme, hiç kimseye bağlı olmama, toplumda rahat bir şekilde bulunma, ruhsal açıdan rahatlama, işe ve okula tam olarak devam etme (Talas, 2007, s: 1035-1048; Titiz, 2010a, s: 21-23). Ancak böbrek naklinin pozitif yönleri olduğu kadar negatif yönleri de vardır. Özellikle sürekli kontrol altında olma, ömür boyu immünsüpresif ilaç kullanma, immünsüpresif ilaçların sürekli vücudu baskı altına almasından dolayı enfeksiyonlara, kanser oluşumuna, sürekli ve düzenli immünsüpresif ilaç

kullanımına rağmen akut olarak ya da kronik rejeksiyonun olma ihtimalinin olması negatif yönleri arasında sayılabilir (Talas, 2007, s: 1035-1048; Titiz, 2010a, s: 21-23).

Nakil cerrahisi sonrası tüm yeni gelişmelere rağmen, rejeksiyon ve enfeksiyon oluşması başarıdaki en büyük engeldir (Öner, Kaynaroğlu, 1989, s. 294-297; Arslan, 2005, s. 161-164; Arslan, 2006, s. 119-123). Yeterli immünsüpresyon verilmesi ve alıcıda oluşabilecek enfeksiyonlardan koruyacak şekilde bağışıklık sisteminin sağlanması, yapılan böbrek naklinin başarısı ve greft sağkalım oranı ile doğru orantılıdır (Demirgüneş ve diğerleri, 2008, s. 18-21).

### **2.3. Böbrek Nakli Sonrasında Kullanılan İmmünsüpresif Tedaviler**

Böbrek naklinden sonra alıcının bağışıklık sisteminin immünsüpresiflerle baskılanması gerekmektedir. Çünkü yeterli İmmünsüpresif ilaç verilmediği takdirde rejeksiyon gelişmektedir. Yeterli bir immünsüpresif tedavi kombin olarak seçilir ve hastalara uygulanır (Van Gelder, Ohler, 2008, s. 27-47; Chung ve diğerleri, 2010).

İmmünsüpresif tedavide rejeksiyonun en az seviyede tutulması bazı faktörlere bağlıdır. Bunlar; greftin alerjenlerden korunması, ilaç toksikasyonunun önlenmesi, grefti enfeksiyonlardan ve oluşabilecek tümörlerden koruyarak immünsüpresif kombinasyonunun sağlanmasıdır (Van Gelder ve Ohler, 2008, s. 27-47).

Böbrek nakli sonrası kullanılan güçlü immünsüpresif ilaçlar akut rejeksiyon gelişimini azaltır, greftin ve hastanın sağ kalımını artırır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, alıcı ve verici arasındaki HLA uyumu, nakil merkezlerinin protokolleri dikkate alınır ve immünsüpresif tedavi seçimi yapılır (Costello ve diğerleri, 2008; Debi, Hicks, 2003).

#### **2.3.1. En Sık Kullanılan İmmünsüpresif Tedaviler (Calcineurin İnhibitörleri-CNI)**

##### **2.3.1.1. Takrolimus:**

Takrolimus transplantasyon sonrası kullanılan bir ajandır. *Streptomyces tsokuaensis* adlı bir mantardan üretilmiştir. Bir diğer CNI olan siklosporinin yan etkilerinin takrolimusa göre daha fazla olması ve daha az toksik etki göstermesi nedeniyle kullanıma sunulmuştur. Pazarlanma tarihi 1994'tür. Siklosporin kullanımına göre genel olarak organ reddi olgularında daha efektif olduğu saptanmıştır (Şimşek, 2008). Takrolimus etkisini kalsinörün inhibisyonu, T hücre aktivasyonu ve interlökin (IL 2, IL 4, IL 5) sitokinler ile gerçekleştirir. Transplantasyon yapılan ve immünsüpresyon kullanan hastalar, immünsüpresif ilaçlar greyfurt meyveleri ile

etkileşime girdiğinden dolayı kesinlikle tüketmemesi gerektiği hususunda bilgilendirilmelidir. Hamilelik ve emziren annelerin immünsüpresif ilaç kullanması sakıncalıdır. Bu yüzden immünsüpresif ilaçların gebelik sırasında ve emzirme döneminde kullanımı önerilmez (<http://www.transplantliving.org/after-the-transplant/medications/post-transplan-meedications> 2012. Erişim: 10.05.2017)

### **2.3.1.2. Siklosporin:**

En önemli immünsüpresif tedavi ajanı ve ilk olarak kullanılan CNI'dır. İlk olarak pazarlanması 1980'lerde başlamıştır. Siklosporin birçok deneysel çalışma sonrasında tüm organ nakillerinde kullanıma girmiştir. Etkinliğinin yüksek olması nedeni ile transplantasyondaki başarı oranını da artırmıştır (Baştürk ve Haberal, 2004, s. 120-125).

Siklosporin de fungal kökenli olup, immün yanıtta T hücrelerinin kimyasal etkisini yok etmeye çalışır. T hücrelerinde IL2 gibi sitokinler, T hücrelerini immünsüpresif baskı altına alıp growth faktör beta salınımını artırarak T hücre aktivasyonunu baskılar. T hücrelerinin yeni nakledilmiş olan organı reddetmesini engeller. Siklosporinin makrofajlar üzerinde immün baskısı az olduğu için, ek olarak steroid (prednizolon) ile beraber kullanılır. İmmünsüpresif ajanlar içerisinde kullanımı hızlıca artmıştır (Atalay, 2009; Şimşek, 2008).

Nakil olan tüm hastalarda immünsüpresif ilaç kullanımına başladıktan hemen sonra kan ilaç seviyeleri yakından izlenmelidir. İlaç düzeylerini belirlemedeki en önemli noktalardan bir tanesi son ilacı alma zamanı ve kan alma zamanının arasındaki sürenin iyi bilinmesidir. İmmünsüpresif ilaç dozunu ayarlamadaki en önemli uygun zaman son dozu almadan iki saat önceki zamandır. Siklosporinde (CsA) ise sıfırıncı ve ikinci saatleri önemlidir. Yapılan birçok çalışmada ilaç düzeyinin iyi ayarlanmadığı durumda nefrotoksik etki ve böbrek yetmezliğinin görülme oranının yüksek olduğu kanıtlanmıştır (Atalay, 2009).

Gebelikte ve emzirme dönemlerinde kullanımı zararlı olduğundan dolayı önerilmez (<http://www.transplantliving.org/after-the-transplant/medications/posttransplan-meedications>, Erişim: 05.05. 2017).

### **2.3.1.3. Kortikosteroid (Prednol):**

Kortikosteroidler uzun yıllardan beri kullanılan ve rejeksiyonun önlenmesinde kullanılan ilaçlardır. Adrenal bezler tarafından endojen olarak ta salınırlar. Kortikosteroidler immünsüpresyon yaptığı için immünsüpresif ilaç kullanan hastaların dikkat etmesi gereken aynı hususlara, kortikosteroid kullanan hastalar da dikkat etmelidir. Yine diğer kullanılan

immünsüpresif ajanların gebelikte kullanılması sakıncalı olduğu gibi, kortikosteroid kullanımı da gebelikte sakıncalıdır (<http://www.transplantliving.org>). Erişim: 08.05.2017

#### **2.3.1.4. Sirolimus (Rapamisin):**

Transplantasyonda kullanılan diğer bir immünsüpresif ajan olan sirolimus antibiyotik özelliktedir. Bu ajan T hücrelerinin gelişmesini engeller ve bu hücreler üzerinde siklosporin ile birlikte kullanıldığında güçlü bir kontrol mekanizması sağlar. Sirolimus kullanan hastalar da diğer immünsüpresif kullanan hastaların dikkat etmesi gereken noktalara uymak zorundadır (<http://www.transplantliving.org/after-thetransplant/medications/post-transplant>; McKay ve diğerleri, 2010).

#### **2.3.2. İmmünsüpresif Tedavilerin Komplikasyonları**

İmmünsüpresif tedavilerin asıl olarak kullanım amacı rejeksiyonu önlemektir. Kullanılan immünsüpresifler bağışıklık sistemini baskılar ve vücudun savunma mekanizmasını etkiler. Savunma mekanizmaları zayıflayan hastalar enfeksiyona daha yatkın hale gelirler. Vücutta oluşan herhangi bir enfeksiyon durumunda, vücudun enfeksiyona karşı vermiş olduğu savunma mekanizması daha zayıf olduğundan bu durum daha da zorlaşır ve bu enfeksiyon tedavi edilmezse ölümlü sonuçlanabilen çok ciddi sorunlar olarak karşımıza çıkar (<http://www.transplantliving.org/after-the-transplant/staying-healthy/infections-andimmunity>). Erişim: 08.05.2017. Bu yüzden immünsüpresif tedavi kullanan hastaların ve hasta yakınlarının enfeksiyon belirti, bulguları ve böyle bir durum ile karşılaştıklarında ne yapmaları gerektiği hususunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

#### **2.3.3. İmmünsüpresif Tedaviye Uyum**

İmmünsüpresif tedaviye (İST) uyum bir ekip çalışması ile mümkündür. Bu ekipte hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri yer alır. Uyumunu arttıran ya da azaltan faktörler değerlendirilir. Sadece hasta değil, aynı zamanda ailesine de hastalık, ilaçların kullanım şekli ve saati, yan etkiler ve yan etki durumunda neler yapmaları gerektiği konusunda bilgi verilir. Hastaların yaşı, eğitim durumu ve kültür seviyeleri dikkate alınarak danışmanlık hizmeti verilir. İmmünsüpresif ilaçların önemi sözel ve görsel araçlar kullanılarak vurgulanır. Taburcu olduktan sonra da tedaviye uyumun önemi vurgulanır ve iletişim numaraları alınır. Hastaların uyumunu arttıran durumlar belirlenir ve sosyal destek gibi girişimler planlanır. Literatürde henüz İST'ye uyumu arttırmak için etkinliği kanıtlanmış bir program belirtilmemiştir (Chisholm ve diğerleri, 2012, s. 706-713; Griva ve diğerleri, 2012, s. 85-93; Weng ve

diğerleri, 2013, s. 261; Massey ve diğerleri, 2013, s. 229-234). Buna karşın uyumun artırılmasında zihinsel, davranışsal ve emosyonel girişimlerin katkı sağladığı bildirilmektedir (Gonçalves ve diğerleri, 2016, s. 121-130).

## **2.4. Rejeksiyon ve Rejeksiyon Tipleri**

Rejeksiyon, organ nakli sonrasında vücudun vermiş olduğu tepkiye bağlı olarak, yeni yerleştirilen organı yabancı olarak hissedip vücudun atmaya çalışması durumuna denir (Şimşek, 2008).

### **2.4.1. Rejeksiyon Tipleri**

#### **2.4.1.1. Hiperakut Rejeksiyon:**

Alıcı hastada daha önceden var olan antikorların nakledilen organa karşı reaksiyon göstermesi sonucunda oluşur. Bu olay nakil sırasında veya hemen nakil sonrasında gerçekleşir. Çok nadir görülür. Bu riski en aza indirmek için nakil öncesinde lenfosit crossmatch (LCM) yapılır. Daha önceden oluşan antikorların grefte bağlanması ile arter iltihaplanması, tromboz ve yeterli perfüzyon olmadığından dolayı nekroz ile karşımıza çıkar. Nekroz oluşması, arter duvarlarında daralma ve obstrüksiyon ile kendini gösterir (Kumar ve diğerleri, 2007, s. 108-132).

#### **2.4.1.2. Akut Rejeksiyon:**

Nakilden sonra yeterli dozda immünsüpresif tedavi (İST) alan hastalarda bile haftalar, aylar veya yıllar sonra görülen bir rejeksiyon tipidir. Hastalarda %20-30 oranında görülmektedir. Hümorale ve hücresele etkili olarak meydana gelir. Hümorale rejeksiyon vaskülit ile meydana gelir, hücresele rejeksiyon ise parankim dokunun iltihabı ve ödem ile kendini gösterir (Kumar ve diğerleri, 2007, s. 108-132).

#### **2.4.1.3. Kronik Rejeksiyon:**

Kronik rejeksiyon nakilden bir süre sonra böbrek fonksiyon testlerinde (BFT) bozulma ile kendini gösterir. Serum kreatinin düzeyinde artma ile belirti verebilir. Nakli takip eden dört ila altı ay içinde bu artış kendini gösterir. Renal parankim hasarı ve vasküler sorunlar kronik rejeksiyonda daha belirgindir. Kronik rejeksiyon geliştiğinde rutin olarak verilen immünsüpresif tedaviye cevap alınmaz (Van Gelder, Ohler, 2008, s. 27-47; Kumar ve diğerleri, 2007, s.108-132).

Böbrek transplantasyonu sonrası genel rejeksiyon belirtisi olarak; serum kreatinin düzeyinde artış, diürezin azalması, kilo kaybı, greft bölgesinde hassasiyet, halsizlik, periferik bölgede ödem ve ateş görülebilir (Sparks Ford, John, 2008, s. 68)

#### **2.4.2. Rejeksiyon Tedavisi**

##### **2.4.2.1. T Hücre Aracılı Rejeksiyon (TCMR) Gelişmiş ise;**

- Yüksek dozda steroid ve Anti-Timosit Globülin (ATG) (Tavşan kanından elde edilen bir immünglobülin) verilir.

##### **2.4.2.2. Antikor Aracılı Rejeksiyon Gelişmiş ise;**

- Rituximab (B hücrelerinin azalmasına yol açan bir ajandır) ve intravenöz immünglobülin (Rejeksiyonu önlemede önemli role sahiptir ve antikor oluşmasını önler) uygulanır.
- Plazmaferez; Bir cihaz yardımı ile vücuttaki antikorları uzaklaştırmaya yardımcıdır (Barnett, Mamode, 2011).

#### **2.5. Böbrek Nakli Sonrasında Hasta Eğitimi**

Böbrek nakli planlanan hastaları psikolojik ve fizyolojik olarak hazırlamanın yanı sıra hasta ve ailesini de oluşabilecek komplikasyonlar açısından, özellikle büyük sorunlar arasında alıcının bağışıklık sistemi sorununun karşımıza çıkacağı anlatılmalıdır. Vücut yeni organı yabancı olarak algılayıp nakil edilen organa karşı savaşmaya başlar. Yeni nakledilen organa karşı vücudun uyum göstermesi kullanılan immünsüpresif ilaçlar ile mümkün olmaktadır. Bu nedenle ilaçları nasıl kullanacağı ve yan etkileri gibi dikkat etmesi gereken konular ile ilgili eğitim verilmelidir. Kullanılan immünsüpresif ilaçların hipertansiyon ve enfeksiyon hastalıkları gibi vücuda zararları olabilir (Özdemir, 2010, s.9; Böbrek Naklinin Tarihçesi, <http://www.kenthospital.com/TR/KSayfa/24/tarihce.html> Erişim: 04.05.2017).

Böbrek nakli sonrasında en önemli komplikasyon olan rejeksiyon ve enfeksiyonu önlemek amacıyla yapılan hasta eğitimi; disiplinli ve sağlık ekibinin sürekli kontrolü altında ve iyi bir işbirliği içinde olması esasına dayanır. Hastalara; kullanılan immünsüpresif ilaçların önemi, yan etkileri, yapması ve yapmaması gereken uygulamalar, rejeksiyon belirti ve bulguları, cinsel yaşamı, çalışma ortamı ve sürekli poliklinik kontrollerine gelmesi hususunda eğitim verilmelidir (Akman, 2011; Gül ve diğerleri, 2010, s. 7-11). Nakil olan hastalara yapılan hasta



eğitimi, hastanın bireysel bakımını yerine getirmede önemli rol oynayarak yaşam kalitesini artırmaktadır (Cürcani, 2008, s. 20).

Nakil ünitelerinde çalışan sağlık personellerinin koordineli ve multidisipliner çalışmalarına gerek duyulur. Ekip içerisinde iyi bir organizasyon ile nakilden sonraki süreçte hastalarda çıkabilecek bütün sorunların bakımını üstlenmek, hastaların yaşam kalitesindeki artış ve yapılan naklin başarı oranının artırılması hedeflenmektedir (Şelimen, 2010, s. 775-800). Nakil sonrası yapılan hasta eğitimi bu durumdan ötürü çok önemlidir. Hasta eğitimi kişinin hastaneye yatış yapması ile başlamaktadır (Potter ve diğerleri, 2013). Nakil olan hastalarda nakilden sonraki süreci çok iyi yönetmek gerekmektedir. Bu süreç içerisinde hasta eğitimi, hastanın nakil öncesi dönemde başlatılıp, hastaneye kabulü ile taburcu olduktan sonraki dönemde de evde devam eder (Cürcani, 2008, s. 20; Şelimen, 2010, s. 775-800).

Hastanın bakım gereksinimi her hastaya özgü planlanmalıdır. Bu açıdan verilecek hemşirelik bakımı da oldukça önem taşımaktadır. Nakil merkezlerinde çalışan hemşirelerin yeterli bilgi ve donanımına sahip olmaları gerekmektedir. Bunlar arasında kullanılan ilaçlar ve yan etkileri, birbirleri ile olan etkileşimleri, acil durumlarda yapılması gereken durumlar yer almaktadır. Hemşire uygun ve etkili bir iletişim kurarak nakil döneminde ve sonrasında gerekli eğitimlerin verilmesini sağlar (Güler, 2003, s.6).

Böbrek nakli sonrasında hastalar iyi bir yaşam sürdürseler de sürekli bir kontrol altında olacağını, ömür boyu immünsüpresif ilaç kullanması gerektiğini, ilaçlara bağlı gelişebilecek komplikasyonları ve ömür boyu rejeksiyon olabileceğini bilmelidir (Titiz, 2010a, s. 21-23). Bu yüzden nakil olacak olan hastalara verilen eğitim oldukça geniş kapsamlı olmalıdır (Cürcani, 2008, s. 20-21). Genellikle nakil sonrası verilen eğitim aşığıda verilen bilgileri içerecek şekilde planlanmalıdır.

- Yaşamı boyunca ilaç kullanması ve kullanırken nelere dikkatli etmesi gerektiği,
- Yaşam bulgularının takibini nasıl yapacağı,
- Her gün sabahları aç karnına tartılması gerektiği,
- Günlük aldığı sıvı miktarı ve çıkardığı idrar miktarının dengede tutulması,
- Neleri yemesi gerektiği ve yememesi gereken yiyecekler konusunda bilgilendirilmesi,
- Taburcu olduktan sonra rahatsızlık durumunda ne yapması gerektiği,
- Kontrollerini aksatmamasının önemini vurgulan bir eğitimi içermelidir.

Bu verilen eğitim hasta ve yakınlarını kapsayacak şekilde olmalı, tedavinin ve bakımın planlanan şekilde yapılması gerektiği ve kontrollerini aksatmamalarının önemi vurgulanmalıdır (Cürcani, 2008, 21-22).

## **2.6. Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam**

Böbrek nakli yapılan hastalar nakilden sonra yaşamlarında herhangi bir sıkıntı yaşamayıp normale döneceğini, günlük yaşam aktivitelerinde daha aktif olacaklarını düşünürler (Muehrer, Becker, 2005, s. 124-131). Fakat nakilden sonra kişinin sürekli olarak immünyüpresyon kullanması, düzenli bir şekilde kontrollerinin yapılması ve ömür boyu vücudun takılan organı reddetme durumu ile karşı karşıya olduğu bilinmektedir (Üstündağ, 2006, s. 36-39). Nakil sonrasında immünyüpresif ilaç kullanımına bağlı olarak bağışıklık sistemi olumsuz etkilendiği için enfeksiyona yakalanma riski artacağından tekrarlı olarak hastaneye yatma endişesi yaşarlar ve bu durum kişinin stres yaşamasına neden olur. Bütün bu yaşananlar yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Honxia, 2006). Böbrek nakli yapılan hastalar fiziksel sorunların yanında ruhsal problemleride yoğun olarak yaşamaktadırlar (Cameron ve diğerleri, 2000, s. 629-637; Matas ve diğerleri, 2002, s. 113-121). Bu ruhsal problemlerin uzun yıllar devam etmesine karşın (Sensky, 1989, s. 41-46); ruhsal durum bozukluğunun üçte ikisinin ameliyattan hemen sonra rejeksiyon korkusuyla yaşandığı belirtilmiştir (Baines ve diğerleri, 2002, s. 450-454). Nakilden sonra ortaya çıkan durumlardan bir tanesi de depresyondur (Schlebusch ve diğerleri, 1989, s. 490; Sensky, 1989, s. 41-46). Hastadaki depresyon durumu ne kadar yüksek olursa immünyüpresif tedaviye uyumun o kadar kötü olduğu (Kiley ve diğerleri, 1993, s. 51-56) saptanmıştır. Ayrıca organı reddi olasılığının (Surman, 1989, s. 972-982) ve yaşam kalitelerinin de olumsuz olarak etkilendiği belirtilmiştir (Cameron ve diğerleri, 2000, s. 629-637; Matas ve diğerleri, 2002, s. 113-121).

## **2.7. Böbrek Yetersizliği Hastalarında Yaşam Kalitesi**

### **2.7.1. Yaşam Kalitesi Kavramı**

Yaşam Kalitesi (YK) kavramı yaşamdan memnun olma ve mutlu olmayı kapsayan, genel anlamda ‘‘iyi olma durumu’’ olarak ifade edilir. Yaşam kalitesi genel ve öznel bir terimdir (Esen ve diğerleri, 2001, s. 37-40). Yaşam kalitesi, 1939 yılında Thorndike tarafından tanımlanmıştır. Kişinin dış ortama göstermiş olduğu tepki olarak açıklamıştır (Üstün Erişkin, 2003, YL Tezi). Çoğu araştırmalarda yaşam kalitesi ile mutluluk ve yaşamdan alınan

memnuniyet eş kelimeler olarak kullanılmaktadır (Hönquist, 1996, s. 69-79; Murrell, Norris, 1983, s. 88-97).

Başka bir tanımda YK, kişinin kendi sağlığını nasıl algıladığıdır. Yani YK subjektif olup, laboratuvar teknikleriyle ölçülemez. Kişinin istekleri ile direkt olarak ilişkisi bulunmamaktadır. Yaşam kalitesindeki temel hedef; kişinin fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan ne derece memnun oldukları ve rahatsız oldukları durumların belirlenmesidir (Çolakdalcı, 2012, s. 24).

Dünya sağlık örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık; yalnızca hastalığın bulunmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır (Saxena, Orley, 1997, s. 263-266). Bu tanımlamadan sonra yaşam kalitesi (YK) kavramı karşımıza çıkmaktadır. Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesini bireyin yaşadığı kültür ve değerler içerisinde amaçları, beklentileri, kriterleri ve sosyal ilişkilerine yönelik olarak tanımlamıştır ([http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/en](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en)). Erişim: 08.05.2017).

Yaşam kalitesi kavramı subjektif bir veridir ve bireyin fiziksel sağlığından, psikolojik durumundan, bağımsızlık düzeyinden ve bulunmuş olduğu çevrenin özelliğinden etkilenir ([http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/en](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en)). Erişim: 08.05.2017; Ergün ve diğerleri, 2013, s.3-23; Eser, 2012, s. 2-5). Yaşam kalitesi holistik bir yaklaşımla birlikte kişinin o anki ruhsal durumu ile de ilişkilidir. Kronik hastalıklar insanların yaşam şekillerini sınırlandırıp, hastalık sürecini izleyen dönemde uygulanan tedavi ve hastalığından kaynaklı olarak kişinin yaşamında bazı engellere kısıtlamalara neden olur ve bu durum giderek artar (Aydemir ve diğerleri, 2002, s. 29-39; Toros ve diğerleri, 2002, s. 240-247; Er, 2006, s. 155-168).

### **2.7.2. Böbrek Transplantasyonunda Yaşam Kalitesi**

KBY, hastaların yaşamına oldukça sınırlamalar getirmektedir (Cimilli, 1994, s. 88-92). Böbrek fonksiyonlarının vücutta görevini yapamayacak derecede bozulması sonucu SDBY tanısı alan hastaların yaşamlarında birtakım aksaklıklarda artış gözlenmektedir (Aydemir ve diğerleri, 2002, s. 29-39; Cimilli, 1994, s. 88-92; Postlethwaite, 1998, s. 222-229). Yaşam kalitesini; birçok faktörün etkilediği yapılan birçok araştırmada belirlenmiştir. Bunlar arasında; uygulanan tedavi biçimi, uzun tedavi süresi, hastaneye yatma, diyet kısıtlaması ve diyalize bağlı komplikasyonlar gibi sıkıntılar olduğu bilinmektedir (Kalantar-Zadeh ve diğerleri, 2001, s. 2797-2806; Manns ve diğerleri 2002, s. 565-569).

Yaşam kalitesi, yaşam süresinin mümkün olan maksimum düzeye çıkarılması ve bakım maliyetinin düşürülmesi böbrek transplantasyonun en büyük hedeflerindedir (Yıldırım, 2006, s. 2831-2834). Holistik bir yaklaşımla ele alınması gereken bir durum olan hastalığın yaşam kalitesi üzerine olan etkisi son derece önem taşır (Suet-Ching, 2004, s. 201-209). Çünkü böbrek naklinin amacı sadece böbrek fonksiyonlarını iyileştirmek değil, bununla birlikte yaşam kalitesini de en üst seviyeye getirmektir (Balaska ve diğerleri, 2006, s. 521-524).

## 2.1. Araştırmanın Hipotezleri

**H<sub>0</sub> Hipotezi:** Böbrek nakli yapılan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Uyum ölçeği skorlarının hastaların bazı hastalık özellikleri ve sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları arasında fark yoktur.

**H<sub>1</sub> Hipotezi:** Böbrek nakli yapılan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi ve Uyum ölçeği skorlarının hastaların bazı hastalık özellikleri ve sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları arasında fark vardır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, Böbrek Tx'i yapılan hastaların İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum (İSİKU) düzeylerinin, yaşam kalitelerinin ve uyum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin yanı sıra etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

#### **3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırmanın verileri 650 yataklı Özel Sani Konukoğlu Hastanesi Böbrek Transplantasyonu Polikliniğinde Eylül 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında toplandı.

#### **3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırma evrenini, Özel Sani Konukoğlu Hastanesi Böbrek Transplantasyonu Polikliniğine 2011-2016 yılları arasında kayıtlı 244 böbrek Tx hastası oluşturmaktadır. Örneklem olarak evrenin tamamına ulaşılması planlandı. Araştırmada örnekleme; gönüllü olmak, canlıdan veya kadavradan böbrek nakli yapılmış olmak, 18 yaş üstü olmak, immünsüpresif ilaç tedavisi alıyor olmak, mental olarak problemi olmamak, kendini ifade etme kusuru bulunmamak, ve böbrek transplantasyonu sonrası en az ikinci ayını tamamlamış olmak kriterlerine uyan 206 hasta alındı.

#### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırmanın verileri Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu (Ek:1), İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum ölçeği (Ek:2) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek:3) ile toplanmıştır. Formlar, araştırmacı tarafından hastalara araştırma hakkında bilgi verilip, sözlü ve yazılı Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek:4) alınarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Anketteki sorular araştırmacı tarafından yüksek sesle, anlaşılır bir şekilde okunarak hasta tarafından verilen cevaplar yine araştırmacı tarafından formlara işaretlenmiştir.

### **3.5.1. Veri Toplama Araçları**

#### **3.5.1.1. Sosyodemografik Özellikler Veri Toplama Formu**

Örnekleme oluşturan hastaların özelliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacıyla araştırmacı tarafından düzenlenen sosyo-demografik özellikler veri toplama formu hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, aile tipi, meslek, organ nakli sürecine ilişkin immünsüpresif ilaç kullanımı ile ilgili sağlık personeli tarafından bilgilendirilip bilgilendirilmediği, nakil sonrası işe devam etme durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi demografik değişkenleri; böbrek yetersizliğine götüren neden, kaç yıldır kronik böbrek hastası olduğu, diyaliz tedavisi görüp görmediği, hangi tür diyaliz tedavisi gördüğü, transplantasyon tarihi, donör tipi, nakil sonrası oluşabilecek rahatsızlıkları bilip bilmediği, kullandığı immünsüpresif ilaçları, yan etki oluşup oluşmadığı, yan etki durumunda ne yaptığı, rejeksiyon sorunu yaşayıp yaşamadığı ve ilaçların hayatındaki önceliğinin kaçınıcı sırada yer aldığı hastalığa ilişkin değişkenleri içermektedir (Ek:1).

#### **3.5.1.2. İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği**

İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği, Solid organ transplantasyonu yapılmış immünsüpresif ilaç kullanan hastaların ilaç kullanımına uyumunun değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Solid organ transplantasyonu sonrası en az ikinci ayını tamamlamış hastalara uygulanmaktadır.

Ölçek toplam 11 maddeden ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek puanlamasında 5'li ve 2'li likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 11, en yüksek puan 55'tir. Ölçekte yer alan her bir maddenin puanlarının toplamı ölçek toplam puanını oluşturmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça ilaç kullanımına uyum artmaktadır. İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği'nin Cronbach'ın alfa katsayısı 0,611 olarak hesaplanmıştır ve ölçeğin immünsüpresif ilaç kullanımına uyumu değerlendirmede "güvenilir" bir ölçüm aracı olduğu kabul edilmiştir.

#### **3.5.1.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği**

SF-36 Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçek olan SF 36'nın Türkçe geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları, sosyal

fonksiyon, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlılıkları, vitalite ve sağlığın genel olarak algılanmasına yönelik sekiz alt boyuttan oluşmuştur. Ölçeğin her alt boyutu için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; hastaların immünsüpresif tedaviye uyum ve yaşam kalitesi ölçeği skorlarıdır.

#### **3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri**

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; hastaların tümünün böbrek transplantasyonu yapılmış olması ve sosyo-demografik özellikleri ile bazı tıbbi ve hastalık özellikleridir.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0 paket programı kullanıldı. Güven aralığı olarak %95 kabul edildi. Alfa 0,05 den küçük değerler anlamlı olarak değerlendirildi. Bu çalışmada verilerin normal dağılıma uyup uymadığını test etmek için Basıklık (kurtosis) ve Çarpıklık (skewness) katsayıları hesaplanmıştır ([http://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/1382/mod\\_resource/content/2/B9\\_Normal%20Da%C4%9F%C4%B11%C4%B1m.pdf](http://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/1382/mod_resource/content/2/B9_Normal%20Da%C4%9F%C4%B11%C4%B1m.pdf)). Bu değerler esas alınarak çalışmanın verilerinin analiz edilmesinde diğer şartların da uygun olması nedeniyle parametrik testlerin yapılmasına karar verildi. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama±standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, independent sample t test, Pearson Korelasyon Analizi, One Way ANOVA ve post hoc test olarak Least Significant Difference (LSD) analizleri yapıldı.

### **3.8. Araştırmada Etik İlkeler**

Araştırma öncesi; kurumdan, Sanko Üniversitesi etik kurulundan, hastalardan ve ölçeklerin geçerlilik-güvenirliğini yapanlardan izin alındı.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın en önemli sınırlılığı tek merkezde çalışılmış olmasıdır. Çalışma özel bir hastane bünyesinde yer alan organ nakil merkezinde yürütüldüğünden ekstra ücret ödemesi gereken

yeşil kartlıların gelememesi nedeniyle örneklemin Türkiye’deki tüm böbrek transplantasyonu yapılan hasta popülasyonuna genellenmesi yapılamaz.

### 3.10. Araştırma Zaman Çizelgesi ve/veya Çalışma Planı

Araştırmanın verilerinin toplanmasına 26 Eylül 2016 tarihinde başlandı. Hastalar ile telefon ile görüşülerek kontrole gelme zamanları öğrenildi ve hastalar ile Özel Sani Konukoğlu Hastanesi Böbrek Transplantasyonu Polikliniğine kontrole geldiklerinde yüz yüze görüşüldü. Görüşme sırasında veri toplama formları araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği ile dolduruldu.

**Tablo 3.9.1. Çalışma Planı**

FAALİYETLER	Haziran-2016	Temmuz-2016	Ağustos-2016	Eylül-2016	Ekim-2016	Kasım-2016	Aralık-2016	Ocak-2017	Şubat-2017	Mart-2017	Nisan-2017	Mayıs-2017	Haziran-2017	Temmuz-2017	Ağustos-2017
Literatür tarama															
Kaynakları tarama ve not alma															
Tez konusunun netleştirilmesine ve geçici plan															
Evren belirleme ve örneklem seçimi															
Derinlemesine görüşmeler ve analizi (seçilen konuya bağlı)															
Anket hazırlama															
Ön uygulama (anket)															
Anketin son şekli															
Araştırma verilerinin toplanması / anket uygulama															
Veri girişi ve analizi															
Tez yazımı															
Tezin SBE’ne teslimi															



## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyo-Demografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler			
Yaş (min-mak, $\bar{x}\pm Sd$ )	18-71 (41,40 $\pm$ 11,88)	n	%
Cinsiyet	Erkek	136	66,0
	Kadın	70	34,0
	Toplam	206	100,0
Medeni Durum	Evli	163	79,1
	Bekâr	43	20,9
	Toplam	206	100,0
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	11	5,3
	Okuryazar- İlkokul	93	45,2
	Ortaokul- Lise	82	39,8
	Üniversite ve Üzeri	20	9,7
	Toplam	206	100,0
Aile Tipi	Çekirdek Aile	141	68,4
	Geniş Aile	65	31,6
	Toplam	206	100,0
Meslek	Ev Hanımı	52	25,2
	Emekli	55	26,7
	Serbest Meslek	42	20,4
	İşçi-Memur	57	27,7
	Toplam	206	100,0
Nakil Sonrası İşe Devam Etme Durumu	Evet	87	46,5
	Hayır	100	53,5
	Toplam	187	100,0
İşe Devam Etmeme Nedeni	İşi Değiştirme	2	2,5
	İşi Bırakma	22	26,8
	Emekli Olma	58	70,7
	Toplam	82	100,0
Gelir Durumu	Gelir Yüksek	8	3,9
	Gelir-Gider Denk	100	48,5
	Gelir Düşük	98	47,6
	Toplam	206	100,0

Tablo 4.1.1’de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması 41,40 $\pm$ 11,88’dir. Hastaların yaşları 18-71 arasında değişmektedir. Örneklemin %92,7’sini 46-59 yaş aralığındaki hastalar oluşturmaktadır. Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımlarına bakıldığında %66,0’sının erkek olduğu görülmektedir. Hastaların %79,1’inin evli, %45,2’sinin okuryazar- ilköğretim mezunu, %68,4’ünün çekirdek aile mensubu, %26,7’sinin emekli olduğu saptanmıştır. Hastaların %53,5’inin nakil sonrası işe devam etmediği, bunların %70,7’sinin emekli olduğu için işe devam etmediği belirlenmiştir. Hastaların %48,5’inin gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4.1.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklere Göre Dağılımı**

Hastalığa İlişkin Özellikler	n	%
Organ Nakline İlişkin Bilgilendirme	Evet	204 99,0
	Hayır	2 1,0
	Toplam	206 100,0
Bilginin Yeterli Görülmesi	Yeterli	190 92,2
	Yetersiz	16 7,8
	Toplam	206 100,0
Böbrek Yetersizliğine Götüren Neden	Hipertansiyon	63 30,6
	Diyabet	10 4,9
	Kronik Glomerulonefrit	25 12,2
	Polikistik Böbrek Hastalığı	4 1,9
	Kronik Piyelonefrit	4 1,9
	Enfeksiyonlar	19 9,2
	Nefrotik Sendrom	1 0,5
	Bilmiyorum	74 35,9
	Hipertansiyon ve Diyabet	6 2,9
	Toplam	206 100,0
Böbrek Yetersizliği Süresi	0-12 Ay	30 14,6
	13-60 Ay	29 14,1
	61-120 Ay	66 32,0
	121 Ay ve Üzeri	81 39,3
	Toplam	206 100,0
Diyaliz Görme Durumu	Evet	182 88,3
	Hayır	24 11,7
	Toplam	206 100,0
Diyaliz Tedavisi Süresi	0-12 Ay	43 23,6
	13-60 Ay	39 21,5
	61-120 Ay	47 25,8
	121 Ay ve Üzeri	53 29,1
	Toplam	182 100,0
Yapılan Diyaliz Türü	Hemodiyaliz	156 85,7
	Periton Diyalizi	8 4,4
	Hemodiyaliz- Periton Diyalizi	18 9,9
	Toplam	182 100,0
Transplantasyon Sonrası Geçen Süre	2-12 Ay	57 27,7
	13-60 Ay	108 52,4
	61-120 Ay	41 19,9
	Toplam	206 100,0
Donör Tipi	Canlı Donör	112 54,4
	Kadavra Donör	94 45,6
	Toplam	206 100,0
Organ Naklinden Sonra Gelişebilecek Sorunları Bilme Durumu	Evet	126 61,2
	Hayır	80 38,8
	Toplam	206 100,0

Tablo 4.1.2’de hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre dağılımları gösterilmektedir. Çalışmamıza katılan hastaların % 99’unun sağlık personeli tarafından bilgilendirildiği, bu bilginin %92,2’sinin yeterli görüldüğü, hastaların %35,9’unun böbrek yetersizliğinin nedenini bilmediği ve hastaların %30,6’sında böbrek yetersizliği nedeninin hipertansiyon olduğu görülmektedir. Hastaların % 39,3’ünde böbrek yetersizliği süresinin 121 ay ve üzeri olduğu görülmektedir. Nakil olan hastaların %88,3’ünün diyaliz tedavisi gördüğü ve bunların %29,1’inin de en az 10 yıl tedavi gördükleri saptanmıştır. Diyaliz tedavisi gören hastaların %85,7’sinin hemodiyaliz tedavisi gördüğü saptanmıştır. Hastaların % 52,4’ünün

transplantasyon sonrası geçen süreye göre “12-60 ay” aralığında olduğu, nakil olan hastaların %54,4’ünün canlı donörden nakil olduğu ve % 61.2’sinin organ naklinden sonra gelişebilecek rahatsızlıkları bildikleri saptanmıştır.



**Tablo 4.1.3. Hastaların Kullandıkları İmmünsüpresif İlaçlara İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı**

İmmünsüpresif İlaçlara İlişkin Özellikler		n	%
Transplantasyon Sonrası Kullanılan İmmünsüpresif ilaçlar	Steroid+Takrolimus	192	93,1
	Steroid+Siklosporin	8	3,9
	Steroid+Sirolimus	3	1,5
	Takrolimus	3	1,5
	Toplam	206	100,0
Sürekli Kullanılan Antiviral İlaçlar	Kullanıyor	37	18,0
	Kullanmıyor	169	82,0
	Toplam	206	100,0
Sürekli Kullanılan Antifungal İlaçlar	Kullanıyor	38	18,4
	Kullanmıyor	168	81,6
	Toplam	206	100,0
Sürekli Kullanılan Antihipertansif İlaçlar	Kullanıyor	114	55,3
	Kullanmıyor	92	44,7
	Toplam	206	100,0
Sürekli Kullanılan Antidiyabetik İlaçlar	Kullanıyor	29	14,1
	Kullanmıyor	177	85,9
	Toplam	206	100,0
İlaç Kullanımına Bağlı Yan Etki Oluşma Durumu	Evet	113	54,9
	Hayır	93	45,1
	Toplam	206	100,0
Yan Etki Gelişmesinden Sonra Ne Yapılan İşlem	İlacı Bıraktım- Dozunu Azalttım	5	5,4
	Doktorumu Aradım	67	72,0
	Hiçbir Şey Yapmadım	21	22,6
	Toplam	93	100,0
Uyumsuzluğa Bağlı Rejeksiyon Yaşama Durumu	Evet	6	2,9
	Hayır	200	97,1
	Toplam	206	100,0
Hastaların İlaça Verdikleri Önem Sırası	1	195	94,6
	2	9	4,4
	3	2	1,0
	Toplam	206	100,0

Tablo 4.1.3'te transplantasyon sonrası kullanılan İmmünsüpresif ilaçlara ilişkin özelliklerin dağılımı görülmektedir. Transplantasyon sonrası hastaların %93,1'inin immünsüpresif ilaç olarak steroid+takrolimus kullandığı, hastaların ayrıca %18'inin antiviral, % 18,4'ünün antifungal, %55,3'ünün antihipertansif ve % 14,1'inin ise antidiyabetik ilaç kullandığı saptandı. Hastaların %54,9'unda yan etki geliştiği yan etki gelişen hastaların %72'sinin doktoruna haber verdiği saptandı. Hastaların %2,9'unda uyumsuzluğa bağlı Rejeksiyon geliştiği saptandı. Hastaların %94,6'sı ilaçların hayatındaki yerinin 1. sırada olduğunu belirtti.

## 4.2. Yaşam Kalitesi ve İmmünespresif İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.2.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Yaşam Kalitesi ve İmmünespresif İlaç Tedavisine Uyum Skorlarının Karşılaştırılması-1**

Sosyo-Demografik Özellikler		SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUT SKORLARI																	
		Fiziksel Fonksiyon		Rol Güç Fiziksel F.		Ağrı		Genel Sağlık		Vitalite		Sosyal Fonksiyon F.		Rol Güç Emosyonel F.		Mental Sağlık		Uyum Skoru	
		$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd
Tüm Gurup		73,33	22,61	67,48	37,67	74,36	18,38	63,58	18,51	63,57	23,03	72,51	29,05	64,56	38,13	68,56	18,96	48,33	3,21
18-30 yaş (n:41)		83,54	12,26	77,44	33,45	77,85	17,09	67,32	18,11	66,10	23,49	69,82	30,49	68,29	34,12	65,76	18,46	47,73	3,56
31-45 yaş (n:94)		72,34	21,64	70,74	33,73	71,93	18,23	63,64	17,87	64,95	21,60	73,01	24,61	65,96	39,71	68,77	18,32	48,15	3,12
Yaş Gurubu	46-59 yaş (n:56)	73,04	23,93	61,16	41,26	75,16	19,38	63,18	18,64	63,48	22,84	75,22	31,03	64,88	36,19	73,21	17,43	49,41	2,87
	60 yaş-üstü (n:15)	52,67	30,46	43,33	46,74	77,13	18,57	54,53	21,49	48,33	27,56	66,67	42,43	44,44	43,03	57,60	25,06	47,00	3,21
F-p		7,715- <b>0,000</b>		3,933- <b>0,009</b>		1,196-0,312		1,782-0,152		2,521-0,059		0,488-0,691		1,580-0,195		3,199- <b>0,024</b>		3,683- <b>0,013</b>	
Kadın (n:70)		71,79	22,59	58,93	41,71	71,79	18,64	64,10	17,57	61,29	24,73	70,71	31,12	55,24	43,18	67,43	19,60	48,63	2,89
Cinsiyet	Erkek (n:136)	74,12	22,66	71,88	34,75	75,69	18,18	63,32	19,03	64,74	22,11	73,44	27,99	69,36	34,44	69,15	18,67	48,17	3,37
	t-p	0,700-0,485		2,363- <b>0,019</b>		1,448-0,149		0,287-0,774		1,021-0,309		0,636-0,525		2,552- <b>0,011</b>		0,615-0,539		0,972-0,332	
Evli (n:163)		71,53	23,04	65,34	38,52	73,60	18,52	62,55	19,26	62,76	23,45	73,31	28,52	65,03	38,63	69,06	19,21	48,36	3,28
Medeni durum	Bekâr (n:43)	80,12	19,71	75,58	33,40	77,28	17,74	67,51	14,85	66,63	21,35	69,48	31,14	62,79	36,52	66,70	18,05	48,19	2,99
	t-p	2,236- <b>0,026</b>		1,592-0,113		1,170-0,243		1,571-0,118		0,979-0,328		0,770-0,442		0,342-0,733		0,725-0,470		0,319-0,750	

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları ve Uyum ölçeği skorlarının ortalamaları incelendiğinde ortalamaların genel olarak iyi olduğu ve SF-36 ölçeği için tümünde 60 ve üzeri olduğu saptandı. Uyum ölçeği ortalaması  $48,33 \pm 3,21$  olarak bulundu ve maksimum skorun 55 olduğu düşünüldüğünde gurubun ortalamasının genel olarak yüksek olduğu değerlendirildi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyut skorlarının yaşa göre dağılımları incelendiğinde, dağılımlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $f=7,715$ ,  $p=0,000$ ). Farkın hangi guruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Post Hoc analiz olarak Least Significant Difference (LSD) testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda 18-30 yaş gurubu ile 60 yaş ve üstü gurubunun diğer tüm guruplardan anlamlı derecede farklı olduğu, sırası ile en yüksek ve en düşük değerleri aldıkları saptanmıştır. Yaş gurubu “31-45” olanlar ile 46-59 olanların arasında ise anlamlı bir fark yoktur.

Hastaların yaşa göre rol-güç fiziksel skorlarının dağılımları incelendiğinde guruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $f=3,933$ ,  $p=0,009$ ). Yapılan post hoc analizde 18-30 yaş gurubunun skorlarının en yüksek olduğu ve 46-59 yaş gurubu ile 60 yaş ve üzeri gurubu arasındaki farkların anlamlı olduğu bulundu. Yaş gurubu “31-45” olan hastaların rol-güç fiziksel fonksiyon skorunun 60 yaş ve üzeri gurubun skorundan anlamlı derecede daha yüksek olduğu, diğer guruplar arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptandı.

Mental sağlık skorlarının yaş guruplarına göre dağılımları incelendiğinde guruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ( $f=3,199$ ,  $p=0,024$ ). Post hoc analizde en düşük değeri alan 60 yaş ve üzeri gurubunun mental sağlık skorlarının yaş gurubu “31-45” ve “46-59” olan hastaların skorlarından anlamlı derecede daha düşük olduğu guruplar arası diğer farkların ise anlamsız olduğu saptandı. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin diğer alt boyutlarının hastaların yaş guruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Hastaların yaş guruplarına göre uyum skorlarının dağılımları incelendiğinde guruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $f=3,683$ ,  $p=0,013$ ). Post hoc analizde en yüksek uyum skorlarına sahip olan “46-59” yaş gurubunun diğer gurupların tümünden anlamlı derecede daha yüksek skorlar aldığı saptandı.

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, guruplar arasında rol-güç fiziksel fonksiyon ( $t=2,363$ ,  $p=0,019$ ) ve rol-güç emosyonel fonksiyon skorları arasındaki ( $t=2,552$ ,  $p=0,011$ ) farkın anlamlı olduğu saptandı. Her iki skor da erkeklerde yüksek bulundu. Hastaların cinsiyetine göre uyum ve SF-36 yaşam kalitesi

ölçeğinin diğer alt boyut skorlarının dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının hastaların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, sadece fiziksel fonksiyon alt boyut skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ( $t=2,236$ ,  $p=0,026$ ). Hastaların medeni durumlarına göre uyum ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyut skorlarının dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).



**Tablo 4.2.2. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile Yaşam Kalitesi ve İmmünesüpresif İlaç Tedavisine Uyum Skorlarının Karşılaştırılması-2**

Sosyo-Demografik Özellikler		SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUT SKORLARI																	
		Fiziksel Fonksiyon		Rol Güç Fiziksel F.		Ağrı		Genel Sağlık		Vitalite		Sosyal Fonksiyon		Rol Güç Emos. F.		Mental Sağlık		Uyum Ölçeği Skoru	
		$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil (11)	56,36	28,29	45,45	43,04	67,27	20,93	54,00	12,42	62,73	31,09	71,59	36,70	45,45	42,88	63,27	23,17	49,36	2,94
	Okuryazar-İlkokul (93)	70,32	24,00	59,95	39,72	72,44	21,03	62,92	19,49	60,32	23,36	74,73	28,31	60,22	38,78	68,86	17,31	48,60	3,32
	Orta-Lise (82)	76,52	20,54	75,91	33,44	76,67	14,46	65,20	17,82	67,44	21,36	70,27	28,98	69,11	36,58	68,63	20,51	47,89	3,29
	Üniversite ve Üstü (20)	83,50	11,93	80,00	29,91	77,75	17,33	65,30	18,72	63,25	22,55	71,88	29,77	76,67	34,37	69,80	18,24	48,25	2,36
	F-p	4,755- <b>0,003</b>		4,861- <b>0,003</b>		1,554-0,202		1,293-0,278		1,403-0,243		0,347-0,792		2,434-0,066		0,319-0,812		1,120-0,342	
Aile tipi	Çekirdek Aile (n:141)	72,84	22,44	66,49	39,40	74,05	17,93	61,84	18,48	63,87	23,28	75,52	29,51	64,78	39,99	68,37	18,91	48,43	3,33
	Geniş Aile (n:65)	74,38	23,11	69,62	33,80	75,05	19,46	67,37	18,12	62,92	22,64	72,50	28,23	64,10	34,01	68,98	19,21	48,11	2,94
	t-p	0,456-0,649		0,553-0,581		0,361-0,719		2,009- <b>0,046</b>		0,272-0,786		0,004-0,997		0,117-0,907		0,216-0,829		0,659-0,511	
Meslek	Ev Hanımı (n:52)	69,90	21,77	54,33	43,08	70,42	18,52	61,94	18,10	59,52	24,92	70,19	32,57	52,56	43,46	67,00	18,69	49,12	2,73
	İşçi-Memur (n:57)	77,46	22,66	77,63	30,50	76,18	18,23	68,28	17,00	69,74	20,01	79,39	25,61	72,51	34,00	70,88	19,06	47,82	3,48
	Serbest Meslek (n:42)	74,88	22,75	74,40	35,13	76,26	18,35	66,00	17,88	64,05	24,53	71,43	28,99	65,87	34,91	67,43	19,59	47,98	3,26
	Emekli (n:55)	71,09	23,05	64,09	37,50	74,76	18,35	58,42	19,77	60,64	22,13	68,41	28,45	66,67	37,41	68,51	18,90	48,36	3,26
	F-p	1,282-0,282		<b>4,315-0,006</b>		1,141-0,333		<b>3,122-0,027</b>		2,243-0,084		1,573-0,197		<b>2,680-0,048</b>		0,448-0,719		1,695-0,169	
Tx Sonrası İşe Devam Etme Durumu	Evet (n:87)	76,32	21,36	76,72	33,63	75,72	16,82	65,79	17,53	68,68	21,53	77,44	25,85	71,65	35,77	69,33	18,43	47,53	3,55
	Hayır (n:100)	69,80	24,18	59,25	39,35	73,25	19,35	60,59	19,03	59,40	23,35	67,13	30,86	57,00	39,15	67,08	19,50	48,66	2,90
	t-p	1,942-0,054		3,239- <b>0,001</b>		0,926-0,355		1,934-0,055		2,810- <b>0,005</b>		2,457- <b>0,015</b>		2,656- <b>0,009</b>		0,808-0,420		2,395- <b>0,018</b>	
Gelir Durumu	Yüksek (n:8)	68,13	40,44	56,25	37,20	76,00	24,19	64,50	22,30	56,88	36,74	70,31	38,92	70,83	37,53	67,00	30,89	47,63	4,07
	Denk (n:100)	77,65	16,70	75,75	35,61	76,52	17,15	66,36	18,45	66,60	20,75	74,13	28,50	70,67	35,86	72,36	18,52	48,48	3,16
	Düşük (n: 98)	69,34	25,30	59,95	38,28	72,03	19,01	60,67	17,99	61,02	23,75	71,05	28,98	57,82	39,63	64,82	17,65	48,22	3,22
	F-p	3,658- <b>0,027</b>		4,905- <b>0,008</b>		1,517-0,222		2,379-0,095		1,819-0,165		0,300-0,741		2,977-0,053		4,065- <b>0,019</b>		0,352-0,704	



SF-36 fiziksel fonksiyon skorlarının eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında, dağılımlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $f=4,755$ ,  $p=0,003$ ). Yapılan post hoc analiz sonucunda eğitim durumu üniversite ve üstü olan gurubun skorlarının en yüksek ve orta-lise gurubu hariç diğer guruplardan anlamlı derecede farklı olduğu saptandı. Eğitim durumu “okuryazar değil” olan gurubun ise en düşük değerleri aldığı ve skorların diğer üç guruptan anlamlı derecede farklı olduğu belirlendi.

Hastaların eğitim durumlarına göre rol-güç fiziksel fonksiyon skorlarının dağılımları incelendiğinde guruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $f=4,861$ ,  $p=0,003$ ). Yapılan post hoc analizde eğitim durumu arttıkça skorların yükseldiği, farkın “okuryazar değil” ve “okuryazar-ilkokul” gurubu ile “orta-lise” ve “üniversite ve üzeri” gurubu arasında anlamlı olduğu saptandı. Okuryazar olmayan gurup ile eğitim durumu okuryazar-ilkokul olan gurupların skorları arasındaki farkın ise anlamsız olduğu belirlendi. Aynı şekilde eğitim durumu orta-lise olan gurup ile üniversite ve üzeri olan gurupların skorları arasındaki farkın da anlamsız olduğu saptandı. Uyum ölçeği ve SF-36 diğer alt boyut skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

SF-36 genel sağlık skorlarının aile tipine göre dağılımları incelendiğinde dağılımlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $t=2,009$ ,  $p=0,046$ ). Uyum ölçeği ve SF-36 diğer alt boyut skorlarının aile tipine göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

SF-36 rol-güç fiziksel fonksiyon skorlarının meslek guruplarına göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ( $f=4,315$ ,  $p=0,006$ ). Yapılan post hoc analiz sonucunda işçi memur ve serbest meslek guruplarının skorlarının ev hanımı gurubunun skorlarından anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

SF-36 genel sağlık skorlarının hastaların mesleklerine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $f=3,122$ ,  $p=0,027$ ). Yapılan post hoc analizde farkın emekli gurubundan kaynaklandığı bu gurubun genel sağlık skorlarının işçi-memur ve serbest meslek gurubundan anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi. Emekli gurubu ile ev hanımı gurubunun skorları arasındaki farkın ise anlamsız olduğu saptandı.

SF-36 rol-güç emosyonel skorlarının hastaların meslek guruplarına göre dağılımları incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $f=2,680$ ,  $p=0,048$ ). Yapılan post hoc analizde farkın ev hanımı gurubundan kaynaklandığı tespit edildi. Ev hanımı gurubunun skorları işçi memur gurubunun skorlarından anlamlı derecede daha düşük

bulundu. Diğer guruplar arasındaki farkların anlamsız olduğu saptandı. Uyum ölçeği ve SF-36 diğer alt boyut skorlarının hastaların meslek guruplarına göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Uyum ölçeği ve SF-36 alt boyut skorlarının nakil sonrası işe devam etme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; rol-güç fiziksel fonksiyon ( $t=3,239$ ,  $p=0,001$ ), sosyal fonksiyon ( $t=2,457$ ,  $p=0,015$ ), rol-güç emosyonel fonksiyon ( $t=2,656$ ,  $p=0,009$ ) ve uyum skorlarının ( $t=2,395$ ,  $p=0,018$ ) anlamlı derecede farklı olduğu bulundu. Anlamlı farklılık gösteren SF-36 skorlarının tümü işe devam eden, uyum skoru ise işe devam etmeyen gurupta daha yüksek bulundu. Diğer alt boyut puanlarının hastaların nakil sonrası işe devam etme durumuna göre dağılımları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

SF-36 fiziksel fonksiyon alt boyut skorlarının hastaların gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde guruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ( $f=3,658$ ,  $p=0,027$ ). Post hoc analizde sadece geliri giderine denk olan gurup ile geliri giderinden düşük olan gurubun skorları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı. Skorlar geliri giderine denk olan gurupta daha yüksek bulundu.

SF-36 rol-güç fiziksel fonksiyon skorunun hastaların gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde guruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ( $f=4,905$ ,  $p=0,008$ ). Post hoc analizde sadece geliri giderine denk olan gurup ile geliri giderinden düşük olan gurubun skorları arasındaki farkın anlamlı olduğu, skorların denk gurubunda yüksek olduğu saptandı.

SF-36 mental sağlık skorunun hastaların gelir durumuna göre dağılımları incelendiğinde guruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ( $f=4,065$ ,  $p=0,019$ ). Post hoc analizde sadece geliri giderine denk olan gurup ile geliri giderinden düşük olan gurubun skorları arasındaki farkın anlamlı olduğu, bu skorunda denk gurubunda yüksek olduğu saptandı. Uyum ölçeği ve SF-36 diğer alt boyut skorlarının hastaların gelir durumuna göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.2.3. Hastaların Yaşam Kalitesi ve İmmünespresif İlaç Tedavisine Uyum Skorlarının Tıbbi Özelliklerine Göre Karşılaştırılması**

Sosyo-Demografik Özellikler		SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUT SKORLARI																	
		Fiziksel Fonksiyon		Rol Güç Fiziksel		Ağrı		Genel Sağlık		Vitalite		Sosyal Fonksiyon		Rol Güç Emosyonel		Mental Sağlık		Uyum Ölçeği Skoru	
		$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd	$\bar{x}$	Sd
Diyaliz Tedavisi Görme durumu	Evet (n:182)	72,72	23,12	67,45	37,92	74,43	18,39	63,65	18,74	64,18	22,85	73,63	28,66	65,20	37,87	69,03	19,12	48,40	3,27
	Hayır (n:24)	77,92	18,05	67,71	36,47	73,88	18,67	63,04	16,99	58,96	24,32	64,06	31,13	59,72	40,50	65,00	17,66	47,75	2,74
	t-p	1,059-0,291		0,032-0,974		0,138-0,890		0,152-0,879		1,044-0,298		1,521-0,130		0,661-0,509		0,979-0,329		0,933-0,352	
Donör Tipi	Canlı (n:112)	73,71	22,65	68,08	35,55	75,70	17,99	64,23	18,95	62,59	23,08	72,43	27,37	63,99	38,00	68,43	17,54	48,19	3,09
	Kadavra (n:94)	72,87	22,68	66,76	40,23	72,78	18,81	62,81	18,04	64,73	23,03	72,61	31,07	65,25	38,46	68,72	20,61	48,49	3,36
	t-p	0,263-0,793		0,251-0,802		1,136-0,257		0,549-0,584		0,665-0,507		0,043-0,966		0,236-0,814		0,111-0,912		0,671-0,503	
Tx Sonrası Komplikasyon	Evet (n:126)	75,40	20,90	70,24	36,97	75,78	17,67	65,22	18,35	65,71	22,35	72,92	27,15	67,99	38,96	69,68	18,41	48,15	3,24
	Hayır (n:80)	70,06	24,86	63,13	38,56	72,14	19,36	61,00	18,58	60,19	23,81	71,88	31,98	59,17	36,35	66,80	19,79	48,60	3,16
	t-p	1,657-0,099		1,323-0,187		1,388-0,167		1,602-0,111		1,686-0,093		0,250-0,803		1,625-0,106		1,064-0,289		0,978-0,329	
Yan Etki Oluşma durumu	Evet (n:113)	72,35	24,65	70,13	37,48	75,13	17,43	64,32	17,24	65,44	23,15	72,90	28,19	68,14	36,29	69,73	18,93	47,82	3,41
	Hayır (n:93)	74,52	19,92	64,25	37,84	73,43	19,54	62,69	20,00	61,29	22,79	72,04	30,19	60,22	40,01	67,14	19,00	48,94	2,85
	t-p	0,685-0,494		1,117-0,265		0,661-0,510		0,628-0,530		1,290-0,199		0,210-0,834		1,489-0,138		0,977-0,330		2,505- <b>0,013</b>	

Uyum ölçeği ve SF-36 alt boyut skorlarının hastaların diyaliz tedavisi görme, donör tipi ve Tx sonrası komplikasyon gelişme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ).

SF-36 alt boyut skorlarının hastalarda immünespresif ilaçlara bağlı yan etki oluşma durumuna göre dağılımları arasında anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Hastaların uyum skorlarının ise istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu bulundu ( $t=2,505$ ,  $p=0,013$ ). Uyum puanları yan etki oluşmayan grupta daha yüksek bulundu.

**Tablo 4.2.4. Hastaların Yaşı, BY-Tx süresi ve SF-36 Ölçeği Alt Boyut Skorları İle Uyum Ölçeği Skoru Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

	Uyum Skoru	
	Rho	p
Yaş	0,101	0,148
BY Süresi	0,047	0,505
DT Süresi	0,131	0,078
Tx süresi	-0,205	<b>0,003</b>
Fiziksel f,	0,140	<b>0,045</b>
Vitalite	0,207	<b>0,003</b>
Mental Sağlık	0,211	<b>0,002</b>

Hastaların yaşı ( $\rho=0,101$ ,  $p=0,148$ ), BY ( $\rho=0,047$ ,  $p=0,505$ ) ve DT süresi ( $\rho=0,131$ ,  $p=0,078$ ) ile uyum skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Tx süresi ile uyum skoru arasında negatif ( $\rho=-0,205$ ,  $p=0,003$ ), fiziksel fonksiyon ( $\rho=0,140$ ,  $p=0,045$ ), vitalite ( $\rho=0,207$ ,  $p=0,003$ ) ve mental sağlık ( $\rho=0,211$ ,  $p=0,002$ ) skorları ile uyum skoru arasında ise pozitif yönde anlamlı zayıf ilişki olduğu saptandı. Diğer bir ifadeyle, hastaların yaşı ve BY süresine göre uyum skorlarında anlamlı bir değişiklik olmazken, Tx süresi arttıkça uyum düşmekte, fiziksel fonksiyon, vitalite ve mental sağlık skorları arttıkça uyum skoru da artmaktadır.

**Tablo 4.2.5. Hastaların Donör Tipine Göre Ayrılmaları Durumunda Yaşı, BY-Tx-DT Süresi ve SF-36 Ölçeği Alt Boyut Skorları İle Uyum Ölçeği Skoru Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

		Uyum Skoru	
		Rho	p
Canlıdan nakil (n=112)	Yaş	0,113	0,235
	BY Süresi	-0,147	0,122
	DT Süresi	-0,094	0,385
	Tx Süresi	-0,190	<b>0,044</b>
	Fiziksel Fonksiyon	0,052	0,583
	Vitalite	0,181	0,056
	Mental Sağlık	0,194	<b>0,040</b>
Kadavradan nakil (n=94)	Yaş	0,072	0,487
	BY Süresi	0,228	<b>0,027</b>
	DT Süresi	0,298	<b>0,004</b>
	Tx Süresi	-0,226	<b>0,029</b>
	Fiziksel Fonksiyon	0,238	<b>0,021</b>
	Vitalite	0,233	<b>0,024</b>
	Mental Sağlık	0,228	<b>0,027</b>

Tablo 4.2.5'te hastaların donör tiplerine göre yaş, BY- Tx-DT süresi ve SF-36 ölçeği alt skorları ile uyum ölçeği skoru arasındaki ilişki görülmektedir. Yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda, canlıdan yapılan nakillerde yaş (rho= 0,113, p=0,235), BY süresi (rho= -0,147, p=0,122), DT süresi (rho= -0,094, p=0,385), fiziksel fonksiyon (rho= 0,052, p=0,583) ve vitalite (rho= 0,181, p=0,056) skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Tx süresi ile uyum skoru arasında negatif yönlü anlamlı zayıf bir ilişki saptandı (rho=-0,190, **p=0,044**). Mental sağlık skoru ve uyum skoru arasında pozitif yönlü anlamlı ve zayıf bir ilişki saptandı (rho=0,194, **p=0,040**). Yani hastaların yaşı, BY süresi ve DT süresine göre uyum skorlarında anlamlı bir değişiklik olmazken, Tx süresi arttıkça yine uyum düşmekte ve sadece mental sağlık skorları arttıkça uyum skoru da artmaktadır.

Böbrek nakli kadavradan yapılan hastalar dikkate alındığında da, yaş ile uyum skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (rho= 0,072, p=0,487). Tx süresi ile uyum skoru arasında negatif yönlü, anlamlı ve zayıf bir ilişki bulundu (rho=-0,226, **p=0,029**). Hastaların BY süresi (rho= 0,228, **p=0,027**), vitalite (rho= 0,233, **p=0,024**) ve mental sağlık (rho= 0,228, **p=0,027**) skorları ile uyum skoru arasında pozitif yönlü, anlamlı ve zayıf bir ilişki saptandı. Hastaların DT süresi (rho= 0,298, **p=0,004**) ve fiziksel fonksiyon (rho= 0,238, **p=0,021**) skorları ile uyum skorları arasında pozitif yönlü, anlamlı ve orta düzeyde bir ilişki saptandı. Diğer bir ifade ile kadavradan nakil yapılan hastalarda da önceki guruplarda olduğu gibi yaş ile uyum skoru arasında anlamlı bir korelasyon saptanmazken Tx süresi arttıkça uyum skoru düşmektedir. BY süresi, vitalite, mental sağlık, fiziksel fonksiyon skorları ve DT süresi arttıkça uyum skorları da artmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma, böbrek Tx sonrasında hastaların kullandıkları immünsüpresif tedaviye uyum ve yaşam kalitelerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığa ilişkin özellikler, immünsüpresif ilaç uyumu ve yaşam kalitesi tartışılacaktır.

### 5.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Özelliklerin İncelenmesi

Bu bölümde örnekleme oluşturan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi, meslek, nakil sonrası işe devam etme durumu, işe devam etmeme nedeni ve gelir durumu ile ilgili özellikler tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların yaşları 18-71 arasında değişmekte olup, ortalaması  $41,40 \pm 11,88$ 'dir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %45,6'sını 31-45 yaş gurubu hastalar oluşturmaktadır. Özdemir, 2015'te yaptığı çalışmada yaş aralığını benzer şekilde 35-49 olarak bulmuştur (Özdemir, 2015). Yapılan bazı çalışmalarda hastaların yaş ortalamaları 35-47 arasında değişmektedir (Hoşçoşkun ve diğerleri, 2002, s. 92; Aydınli ve diğerleri, 2014, p. 31; Yakupoğlu ve diğerleri, 2009, s. 76-81). Amerikan Organ Paylaşım Ağı (UNOS) 2014 verilerine göre solid organ transplantasyonu yapılan hastaların çoğunluğunun 50-64 yaş ve 35-49 yaş gurubunda yer aldığı belirtilmektedir (Talas, Bayraktar, 2004, s. 580-588). Bu çalışma kapsamına kabul edilen hastaların yaş ortalamalarının literatür ile benzer özellikler gösterdiği görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun erkek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde dünyada ve Türkiye'de transplantasyon yapılan hastaların çoğunluğunun erkek olduğu görülmektedir (Aydınli ve diğerleri, 2014, p. 31; Hoşçoşkun ve diğerleri, 2002, s. 92). Bulgularımız literatür ile benzer özellik göstermektedir.

Çalışmamıza alınan hastaların %79,1'i evlidir. Yapılan çalışmalarda yaş gurubu da dikkate alındığında hastaların medeni durumlarının çoğunlukla evli olduğu görülmüştür (Bayhan, 2014, s. 57). Bulgularımız benzer özellik göstermektedir.

Çalışmamızda yer alan hastaların eğitim durumları incelendiğinde okuryazar olmayan küçük bir gurubun (%5,3) yanı sıra üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan %9,7'lik bir gurup saptandı. Gurubun toplamda %85'ini, okuryazar-ilkokul ile ortaokul-lise gurubu oluşturdu. Literatür incelendiğinde yine hastaların büyük çoğunluğunun toplamda ilköğretim

ve lise olduğu bulunmuştur (Bayhan, 2014, s. 57; Gökkyaya, 2012, s. 35). Bulgularımız benzerdir.

Çalışmamıza katılan hastaların aile tipi incelendiğinde çoğunluğunun çekirdek aile olduğu saptandı. Yapılan literatür incelemesinde yine çoğunluğun çekirdek aile olduğu belirtilmiştir (Yatkin, 2009, s. 51). Bulgularımız literatür ile benzer özellik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların meslek guruplarına bakıldığında oranların birbirine yakın fakat en yüksek oranı emekli gurubunun oluşturduğu saptandı. Literatürde küçük bir gurubun (%3) emekli olduğu belirtilmiştir (Yatkin, 2009, s. 51). Üstündağ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise meslek gurubunun büyük çoğunluğu diğer olarak belirtilmiştir (Üstündağ ve diğerleri, 2007, cilt. 2, sayı. 6). Bulgularımız bu çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu farkın nedeni sosyal politikalardaki değişiklikler olabilir. Günümüzde böbrek nakli olan hastalar malulen emekli olmaktadır.

Çalışmamıza katılan hastaların nakil sonrası işe devam etme durumları incelendiğinde çoğunun nakilden sonra işe devam etmediği saptandı. Literatür incelendiğinde yine aynı sonuçlar ile karşılaşıldı (Soylu, 2015, s. 41; Şahin, 2016, s. 53). Bulgularımız literatür ile benzerdir. Bununla birlikte bazı çalışmalarda çoğunluğunun nakilden sonra işe devam ettiği görülmüştür (Bayhan, 2014, s. 58). Bulgularımız literatür ile kısmen uyumludur. Çalışmamızda işe devam etmeme nedenleri arasında büyük çoğunluğunun emekli olmaktan dolayı devam etmediği saptandı. Nakilden sonra devam etmeme nedenleri dikkate alındığında bulgularımız literatür ile benzer özellik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hastaların gelir durumu incelendiğinde küçük bir gurubun (%3,9) gelirinin yüksek olduğu, yanı sıra gelir-gider denk ve gelir düşük gurubunun toplamda %96,1 olduğu saptandı. Literatür incelendiğinde ise yine benzer özelliklerin olduğu görülmüştür (Bayhan, 2014, s. 57; Şahin, 2016, s. 53). Bulgularımız benzerdir.

## **5.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre İncelenmesi**

Araştırma kapsamına alınan hastaların organ nakline ilişkin immünsüpresif ilaçlar hakkında bilgilendirme durumları incelendiğinde büyük çoğunluğunun bilgilendirildiği ve bu verilen bilginin çoğunluğunun yeterli görüldüğü saptandı. Özdemir'in 2015'te yaptığı çalışmada da benzer özellikler bulunmuştur (Özdemir, 2015). Yine literatürde eğitimlerin immünsüpresif ilaç kullanımına uyumu geliştirmede ve rejeksiyonu önlemede en önemli girişimlerden olduğu belirtilmektedir. Araştırmalarla yapılan etkili eğitimde ilaç kullanımına uyumu artırdığı gösterilmiştir (Annunziato ve diğerleri, 2008, s. 309-315; Balkrishnan, 2005, s. 517;

Dejean ve diğeri, 2004, sözel bildiri; Morrissey ve diğeri, 2007, s. 1463-1481; Shemesh ve diğeri, 2008, s. 316-323; Vlasnik ve diğeri, 2005, s. 47-51). Buradan yola çıkarak transplantasyon yapılan merkezlerde nakil hastaları için ilaçların kullanımına yönelik eğitim verilmektedir. Bizim çalışmamızda da immünespresif ilaçlar konusunda katılımcıların çoğunun eğitim aldığı görülmüştür. Bulgularımız benzerdir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların böbrek yetersizliği nedenlerini bilip bilmedikleri incelendiğinde çoğunun bilmediği bulundu. Yetersizlik nedeni olarak hastaların ikinci sırada hipertansiyon cevabını verdiği saptandı. Literatür incelendiğinde böbrek yetersizliğinin nedenlerine yönelik hastaların verdiği cevaplar arasında birinci sırada bilmiyorum cevabının yer aldığı görülmüştür (Yakupoğlu ve diğeri, 2009, s. 76-81; Soylu, 2015, s. 43). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmamızın aksine böbrek yetersizliği nedenini bilen gurubun fazla olduğu bulunan bir çalışmaya rastlanmıştır (Gökkaya, 2012, s. 36). Bilip bilmeme durumu örneklem özelliklerine göre değişiklik göstermiş olabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların böbrek yetersizliği sürelerine bakıldığında toplamda en fazla 10 yıl ve üzeri (%39,3) olduğu saptandı. Soylu'nun çalışmasında ise gurubun çoğunluğunun (%56,5) 10 yıl ve daha az süredir böbrek yetersizliği hastası olduğu bulunmuştur (Soylu, 2015, s. 43). Farkın nedeni Soylu'nun küçük bir örnekleme (n=46) çalışması ve böbrek transplantasyonlu hasta popülasyonunu yansıtmaması olabilir.

Katılımcıların nakil öncesi diyaliz görme durumları incelendiğinde büyük çoğunluğunun diyaliz gördüğü bulundu. Soylu'nun yapmış olduğu çalışmada da benzer özellikler bulundu (Soylu, 2015, s. 43). Bulgularımız benzerdir.

Çalışma kapsamındaki hastaların diyaliz tedavi süreleri incelendiğinde en yüksek orana sahip olan gurubun 10 yıl ve üzeri gurubu olduğu saptandı. Literatürlere bakıldığında yapılan çalışmada ortalama 34-40 ay olduğu belirtilmiştir (Yakupoğlu ve diğeri, 2009, s. 76-81). Bulgular benzerlik göstermemektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların gördükleri diyaliz türü incelendiğinde gurubun büyük çoğunluğunun (%85,7) hemodiyaliz gördüğü saptandı. Literatür incelendiğinde benzer bulgular saptandı (Gökkaya, 2012, s. 37; Soylu, 2015, s. 43). Türkiye'de böbrek yetersizliği olan hastalara diyaliz türü olarak yaklaşık %90'ında hemodiyaliz uygulanmaktadır. Bu nedenle nakil öncesi en sık uygulanan diyaliz türünün literatür ile benzer şekilde çoğunlukla hemodiyaliz şeklinde olması beklenen bir durumdur.

Katılımcıların nakilden sonraki geçen sürelerine bakıldığında en fazla orana sahip gurubun "12-60 Ay" gurubu olduğu bulundu. Literatür incelendiğinde çoğunluğun bir yıldan fazla



olduğu belirtilmiştir (Üstündağ ve diğerleri, 2007, cilt. 2, sayı. 6; Soylu, 2015, s. 44). Bulgularımız benzer özellik göstermektedir. Gurubumuzda bu sonucun çıkmasının merkezin beş yıldır açık olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların donör tipi incelendiğinde çoğunluğun (%54,4) canlı donörden nakli olduğu saptandı. Özdemir'in 2015'te yaptığı çalışmada yine donörlerin büyük çoğunluğunun canlı donörler olduğu bulunmuştur. Diğer çalışmalarda yine benzer özellikler bulunmuştur (Newsletter Transplant, 2014; European Commission, 2014; <http://www.transplantobservatory.org/SiteCollectionDocuments/newsletter2014.pdf>; [http://ec.europa.eu/health/blood\\_tissues\\_organ/docs/ev\\_20141126\\_factsfigures\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organ/docs/ev_20141126_factsfigures_en.pdf)).

Hoşoşkun ve arkadaşları ile Soylu'nun yaptığı çalışmalarda da bulgular benzerdir (Hoşoşkun ve diğerleri, 2002, s. 92; Soylu, 2015, s. 44). Türkiye'de 2014 yılındaki böbrek nakillerinde 2298'i canlı, 626'sının kadavra donörlerden yapıldığı bildirilmektedir (<https://organ.saglik.gov.tr/web>). Bulgularımız literatür ile benzerdir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların organ naklinden sonra gelişebilecek rahatsızlıkları bilip bilmedikleri sorulduğunda büyük çoğunluğunun bildiğini ifade ettiği saptandı. Literatürde bu bulgumuz ile ilgili bir veriye rastlanmadı.

### **5.3. Hastaların Kullandıkları İmmünsüpresif İlaçlara İlişkin Özelliklerin İncelenmesi**

Araştırma kapsamına alınan hastaların Tx sonrası kullandıkları immünsüpresif ilaçlar incelendiğinde büyük çoğunluğunun steroid+takrolimus kullandıkları saptandı. Özdemir'in 2015'te yaptığı çalışmada da büyük çoğunluğunun steroid+takrolimus kullandığı bulunmuştur. Diğer bazı çalışmalarda yine bulguların benzer olduğu görülmektedir (Celep, Polat, 2013, s. 61-67; Haberal ve diğerleri, 2013, s. 790-805; Hartono, Muthukumar, 2013, 1-15). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu durum en etkin immünsüpresyon tedavisi kombinasyonunun steroid+takrolimus kombinasyonu olmasına bağlanabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ilaç kullanımına bağlı yan etki oluşma durumları incelendiğinde hastaların çoğunda yan etki oluştuğu saptandı. Özdemir'in 2015'te yaptığı çalışmada da hastaların çoğunda yan etki oluştuğu saptanmıştır. Diğer bazı çalışmalarda da benzer bulgular vardır (Talas, Bayraktar, 2004, s. 580-588; Vincenti ve diğerleri, 2007, s. 1506-1514). Bulgularımızın literatür ile benzer olduğu anlaşılmıştır.

Katılımcıların ilaç kullanımına bağlı yan etki gelişiminden sonra ne yaptıkları incelendiğinde büyük çoğunluğunun doktorunu aradığı saptandı. Literatür incelendiğinde bu bulgumuz ile ilgili bir veriye rastlanmadı.

Araştırma kapsamına alınan hastalardan altısında (%2,9) rejeksiyon yaşandığı saptandı. Literatürde, kadavra vericili 70 olgunun bir, üç ve beş yıllık greft sağ kalım oranları kadavra vericili renal transplantasyon için % 95, 85 ve 76 iken, bu sayı canlı vericili renal transplantasyon için % 92, 82 ve 70 bulunmuştur (Hoşçoşkun ve diğerleri, 2002, s. 92). Başka bir yapılan çalışmada gurubun büyük çoğunluğunun (%96) organ reddi yaşamadığı bulunmuştur (Üstündağ ve diğerleri, 2007, cilt. 2, sayı. 6). Bu açıdan bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların immünsüpresif ilaçlara verdikleri önem sırası incelendiğinde büyük çoğunluğunun (% 94,6) hayatının 1. sırada yer aldığı saptandı. Bu bulgumuz ile ilgili literatürde bir veriye rastlanmamıştır.

#### **5.4. Yaşam Kalitesi ve İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeğine İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Çalışmamızda SF-36 yaşam kalitesi ölçek puanlarının genel olarak ve alt boyut puanlarından özellikle ağrı, sosyal fonksiyon ve fiziksel fonksiyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Üstündağ ve arkadaşları (2007) çalışmalarında nakil hastalarında mental sağlık, zindelik ve ağrı puanlarını daha yüksek olarak bulmuştur (Üstündağ ve diğerleri, 2007, cilt. 2, sayı. 6). Pınar ve arkadaşları (1995) hemodiyalize devam eden ve böbrek nakli olan hastaların yaşam kalitelerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, nakilden sonra yaşam kalitesinin arttığını belirlemişlerdir (Pınar ve diğerleri, 1995, s. 1-5). Tanrıverdi ve arkadaşları ile Öğütmen ve arkadaşlarının bulguları çalışma bulgularımız ile benzerdir (Tanrıverdi ve diğerleri, 2004, s. 117-119; Öğütmen ve diğerleri, 2006, s. 419-421). Yapılan birçok çalışmada, böbrek naklinin genel olarak yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir (Öğütmen ve diğerleri, 2006, s. 419-421; Humar ve diğerleri, 2003, s. 69-72; Fujisawa ve diğerleri, 2000, s. 201-206; Tanrıverdi ve diğerleri, 2004, s. 117-119). Nakil sonrası hastaların yaşam kalitelerinin artması çoğunlukla hemodiyalizin dezavatajlarının ortadan kalkmasına bağlanmaktadır. Diyaliz alan hastalarda sıklıkla karşılaşılan halsizlik, baş ağrısı, kaşıntı, yoğun invaziv girişimler, enfeksiyonlar, kan basıncı değişiklikleri, anemi, cihaza bağımlılık ve diyet kısıtlaması gibi olumsuz durumlar nakil sonrası büyük oranda ortadan kalkmaktadır.

Katılımcıların SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımları incelendiğinde; fiziksel fonksiyon ve rol-güç fiziksel fonksiyon skorlarının en genç grupta, mental sağlık skorlarının ise 46-59 yaş grubunda daha yüksek olduğu bulundu. Fujisawa ve arkadaşlarının 2000 yılında böbrek Tx hastalarında yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada fiziksel fonksiyon ve mental sağlık alt boyut skorlarının çalışmamızla benzer dağılım gösterdiği görülmüştür (Fujisawa ve diğerleri, 2000, s. 201-206). Çolakdal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada karaciğer nakli hastalarının yaş gruplarına göre, yaşam kalitesi alt boyut skorlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, 18-29 yaş grubundaki hastaların mental sağlık düzeylerinin, 30-49 yaş ve 50 yaş ve üstü grubundaki hastaların mental sağlık düzeylerinden anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların yaş gruplarına göre diğer yaşam kalitesi alt boyutlarından (fiziksel işlev, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal işlev, mental 65 rol) aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir (Çolakdal, 2012, s. 52).

Katılımcıların yaş ortalamaları ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde, yaş ile fiziksel fonksiyon, vitalite, mental sağlık alt boyut skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Atasoy ve arkadaşlarının 2013'te yapmış olduğu çalışmada vitalite hariç olmak üzere yaşam kalitesi ölçeğinin diğer tüm alt boyutları ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Atasoy ve diğerleri, 2013, s. 133-141). Özşaker böbrek nakli yapılan hastalarda yaş ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir (Özşaker, 2002, s. 131).

Çalışmamızda erkeklerde rol-güç fiziksel fonksiyon ve rol-güç emosyonel fonksiyon alt boyut skorlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Drent ve arkadaşlarının 2009'da karaciğer transplantasyonu olan hastalarda semptom kontrolü ve yaşam kalitesine ilişkin reiew değerlendirme sonuçlarına göre kadın hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, bu açıdan da çalışmamızla benzer özellik gösterdiği tespit edilmiştir (Drent ve diğerleri, 2009, s. 161-168). Bu bulguların aksine Üstündağ ve arkadaşlarının çalışmasında yaş grupları ve cinsiyete göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımları arasında herhangi bir fark saptanmamıştır (Üstündağ ve diğerleri, 2007, cilt. 2, sayı. 6). Soylu'nun yapmış olduğu çalışmada da cinsiyete göre vitalite hariç diğer alt boyut skorlarında anlamlılık saptanmamıştır (Soylu, 2015, 56). Bulgularımız literatür ile benzerdir.

Çalışmamızda fiziksel fonksiyon alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımı incelendiğinde bekârlarda daha yüksek bulunduğu saptandı. Literatüre bakıldığında ise evli bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Özşaker, 2002, s. 76; Çolakdalıcı, 2012, s. 53). Bulgularımız literatür ile farklılık göstermektedir. Bekârların yaş ortalamasının (31,65±9,90) evli olanların yaş ortalamasına (43,97±11,01) göre çok daha düşük olduğu dikkate alındığında bekâr gurubunda fiziksel fonksiyon alt boyut skorlarının daha yüksek bulunması anlaşılabilir durumdur.

Çalışmamızda eğitim seviyesi arttıkça fiziksel fonksiyon ve rol-güç fiziksel fonksiyon alt skorlarında arttığı görülmüştür. Bulgularımıza benzer şekilde bazı çalışmalarda eğitim seviyesinin yükselmesiyle yaşam kalitesinin önemli oranda arttığı bildirilmiştir (Muehrer, Becker, 2005, s. 124-131; Yıldırım, 2006, s. 2831-2834). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Bazı çalışmalarda farklı bulgular elde edilmiştir (Üstündağ ve diğerleri, 2007, cilt. 2, sayı. 6; Öğütmen ve diğerleri, 2006, s. 419-421). Eğitim durumu yüksek olan gurubun yaş ortalamasının daha düşük olması nedeniyle fiziksel fonksiyon ve rol-güç fiziksel fonksiyon skorlarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi alt boyut skorlarının aile tipine göre dağılımları incelendiğinde sadece genel sağlık skorunun geniş aile tipinde yaşayan gurupta daha yüksek olduğu saptandı. Çolakdalıcı'nın yapmış olduğu çalışmada ise aile tipine göre anlamlı farklılık saptanmamıştır (Çolakdalıcı, 2012, s. 43). Bulgularımız literatür ile farklılık göstermektedir. Farkın nedeni geniş aile içinde sorumlulukların dağılımı, sosyal destek olanağının daha fazla olması gibi faktörler etkili olmuş olabilir.

SF-36 rol-güç fiziksel fonksiyon skorlarının meslek guruplarına göre dağılımları incelendiğinde işçi memur ve serbest meslek guruplarının skorlarının ev hanımı gurubunun skorlarından anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Soylu'nun yapmış olduğu çalışmada anlamlı fark saptanmamıştır (Soylu, 2015, s. 56). Bulgularımız farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi alt boyut skorlarının Tx sonrası işe devam etme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde rol-güç fiziksel fonksiyon, vitalite, sosyal fonksiyon ve rol-güç emosyonel fonksiyon skorlarının çalışan gurupta daha yüksek olduğu belirlendi. Soylu'nun yapmış olduğu çalışmada anlamlı fark saptanmamıştır (Soylu, 2015, s. 56). Bulgularımız farklılık göstermektedir. Çalışan gurubun daha genç olduğu, bununla bağlantılı olarak vitalite (zindelik) olarak daha iyi durumda olabilecekleri, iş ortamı dolayısı ile sosyal fonksiyon skorlarının yüksek olabileceği, rol-güç ve emosyonel fonksiyon skorlarının yine çalışma ve aile bütçesine katkı sağlama rolü dolayısı ile yüksek bulunabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi alt boyut skorlarının gelir durumuna göre dağılımı incelendiğinde fiziksel fonksiyon, rol-güç fiziksel fonksiyon ve mental sağlık skorlarının geliri giderine denk olan grupta daha yüksek olduğu görüldü. Çolakdalıcı'nın yapmış olduğu çalışmada karaciğer nakli olmuş hastaların yaşam kalitesi ölçeğinde yer alan alt boyutlar ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. (Çolakdalıcı, 2012, s. 64). Soylu'nun yapmış olduğu çalışmada da anlamlı fark saptanmamıştır (Soylu, 2015, s. 56). Geliri giderine denk olan grubun yapısı incelendiğinde 100 kişiden 92'sinin 60 yaş altında olduğu görülmüştür. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin sıklıkla yaş ile bağlantılı olabilen skorlarının anlamlı farklılık göstermesi grubun bu özelliğinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamıza alınan bireylerin uyum ölçeği skoru ortalaması  $48.33 \pm 3.21$  olarak bulundu. Buna göre katılımcıların çoğunluğunun immünsüpresif ilaç kullanımına uyumu "iyi" olarak değerlendirildi. Bu çalışmaya benzer olarak Weng ve arkadaşları 2013'te böbrek transplant hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların immünsüpresif ilaç kullanımına uyumunun iyi düzeyde olduğunu bildirmişlerdir (Weng ve diğerleri, 2013, s. 261). Organ nakli sonrası immünsüpresif ilaç kullanımına uyumun iyi olduğunu bildiren çalışmaların yanında uyumsuzluğun yüksek bulunduğu birçok çalışmaya rastlanmıştır (De Bleser ve diğerleri, 2011, s. 882-891; Denhaerynck ve diğerleri, 2005, s. 1121-1133; Dew ve diğerleri, 2007, s. 858-873; Germani ve diğerleri, 2011, s. 318-323; Hansen ve diğerleri, 2007, s. 1287-1300). Bu durum immünsüpresif ilaç kullanımına uyumsuzluğun solid organ transplantasyonu yapılan hastalarda halen bir problem olmaya devam ettiğini göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların sosyodemografik özelliklerine göre immünsüpresif ilaç kullanıma uyum skorlarının dağılımları incelendiğinde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile, meslek grubuna göre uyum puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaz iken sadece yaş, Tx sonrası işe devam etme durumu ve yan etki oluşma durumu açısından anlamlı sonuçlar saptandı.

Çalışmamızda yan etki oluşma durumu düşük olan hastaların uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde solid organ transplantasyonu yapılan hastaların immünsüpresif ilaç kullanımına uyumsuzluğunun tedavinin başarısını olumsuz yönde etkilediği, rejeksiyon, greft kaybı ve hatta ölüme kadar varabilen sonuçlara neden olduğu bildirilmiştir (Butler ve diğerleri, 2004, s. 769-776; Dobbels ve diğerleri, 2004, s. 1245; Hansen ve diğerleri, 2007, s. 1287-1300). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Özdemir 2015'te yaptığı çalışmada, çalışmamızın aksine immünsüpresif ilaç kullanım uyum puanlarının hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları arasında hiçbir anlamlı fark saptanmamıştır (Özdemir, 2015). Chisholm-Burns ve arkadaşlarının 2012 yılında yapmış oldukları çalışmada yaş gurubu yüksek olan hastaların immünsüpresif ilaç uyumu puanının yükseldiği bulunmuştur (Chisholm-Burns ve diğerleri, 2012, s. 706-713). Bu çalışmada en yüksek puanı 46-59 yaş gurubunun aldığı saptandı. Bu gurubun mental sağlık skorları da en yüksek düzeyde bulunmuştu. Diğer taraftan 60 yaş ve üzeri gurubu en düşük mental sağlık skorlarına sahipti. Daha önce yapılan korelasyon analizinde belirtildiği üzere mental sağlık skorları ile uyum skoru arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır. Dolayısı ile kısmen yaş ile birlikte artan uyumun en yüksek yaş gurubunda anlamlı olmaması bu gurubun mental sağlık skorlarının düşük olması açıklanabilir.

Katılımcıların bazı tıbbi özelliklerine göre ilaç uyum puanlarının dağılımları incelendiğinde transplantasyon sonrası geçen süre ile uyum puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif zayıf bir ilişki vardır. Transplantasyon sonrası geçen süre arttıkça uyum düşmektedir. Literatür incelendiğinde bulgularımız farklılık göstermektedir (Joost ve diğerleri, 2014, s. 1-11; Dejean ve diğerleri, 2004, sözel bildiri, Özdemir 2015). Bu farkın nakil süresi uzun olan hastaların kendilerini daha iyi hissetmeleri ve ilaç konusunda daha esnek davranmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. SONUÇLAR

#### 6.1.1. Tanıtıcı ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması  $41,40 \pm 11,88$  olarak saptandı. Hastaların yaşları 18-71 arasında değişmekteydi. Örneklemin %92,7'sini 46-59 yaş aralığındaki hastalar oluşturdu. Hastaların %66,0'sının erkek, %79,1'inin evli, %45,2'sinin okuryazar- ilkokul mezunu, %68,4'ünün çekirdek aile mensubu, %26,7'sinin emekli olduğu saptandı. Hastaların % 53,5'inin nakil sonrası işe devam etmediği, bunların %70,7'sinin işe emekli olduğu için devam etmediği belirlendi. Hastaların %48,5'inin gelirinin giderine denk olduğu saptandı.

Çalışmamıza katılan hastaların % 99'unun sağlık personeli tarafından bilgilendirildiği, bu bilginin %92,2'sinin yeterli görüldüğü, hastaların %35,9'unun böbrek yetersizliğinin nedenini bilmediği ve hastaların %30,6'sında böbrek yetersizliği nedeninin hipertansiyon olduğu belirlendi. Hastaların % 39,3'ünde böbrek yetersizliği süresinin 120 ay ve üzeri olduğu, nakil olan hastaların %88,3'ünün diyaliz tedavisi gördüğü ve bunların %29,1'inin de en az 120 ay tedavi gördükleri saptandı.

Diyaliz tedavisi gören hastaların %85,7'sinin hemodiyaliz tedavisi gördüğü, % 52,4'ünün transplantasyon sonrası geçen süreye göre "12-60 Ay" aralığında olduğu, %54,4'ünün canlı donörden nakil olduğu ve % 61,2'sinin organ naklinden sonra gelişebilecek rahatsızlıkları bildikleri saptandı.

Transplantasyon sonrası hastaların %93,1'inin immünsüpresif ilaç olarak steroid+takrolimus kullandığı, hastaların ayrıca %18'inin antiviral, % 18,4'ünün antifungal, %55,3'ünün antihipertansif ve % 14,1'inin ise antidiyabetik ilaç kullandığı saptandı. Hastaların %54,9'unda yan etki geliştiği, yan etki gelişen hastaların %72'sinin doktoruna haber verdiği saptandı. Hastaların %2,9'unda uyumsuzluğa bağlı rejeksiyon geliştiği saptandı. Hastaların %94,6'sı ilaçların hayatındaki yerinin 1. sırada olduğunu belirlendi.

#### 6.1.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut ve İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Skorlarına İlişkin Sonuçlar

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları ve Uyum ölçeği skorlarının ortalamaları incelendiğinde ortalamaların genel olarak iyi olduğu ve SF-36 ölçeği için tümünde skorların

60 ve üzeri olduğu saptandı. Uyum ölçeği ortalaması  $48,33 \pm 3,21$  olarak bulundu ve maksimum skorun 55 olduğu düşünüldüğünde gurubun ortalamasının genel olarak yüksek olduğu değerlendirildi.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel fonksiyon alt boyut skorlarının yaşa göre dağılımları incelendiğinde, 18-30 yaş gurubu ile 60 yaş ve üstü gurubunun diğer tüm guruplardan anlamlı derecede farklı olduğu, sırası ile en yüksek ve en düşük değerleri aldıkları saptandı. Yaş gurubu “31-45” olanlar ile 46-59 olanların arasında ise anlamlı bir fark bulunamadı.

Hastaların yaşa göre rol-güç fiziksel skorlarının dağılımları incelendiğinde 18-30 yaş gurubunun skorlarının en yüksek olduğu ve 46-59 yaş gurubu ile 60 yaş ve üzeri gurubu arasındaki farkların anlamlı olduğu bulundu. Yaş gurubu “31-45” olan hastaların rol-güç fiziksel fonksiyon skorunun 60 yaş ve üzeri gurubun skorundan anlamlı derecede daha yüksek olduğu, diğer guruplar arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptandı.

Mental sağlık skorlarının yaş guruplarına göre dağılımları incelendiğinde guruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu. Post hoc analizde en düşük değeri alan 60 yaş ve üzeri gurubunun mental sağlık skorlarının yaş gurubu “31-45” ve “46-59” olan hastaların skorlarından anlamlı derecede daha düşük olduğu guruplar arası diğer farkların ise anlamsız olduğu saptandı. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin diğer alt boyutlarının hastaların yaş guruplarına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Hastaların yaş guruplarına göre uyum skorlarının dağılımları incelendiğinde guruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. En yüksek uyum skorlarına sahip olan “46-59” yaş gurubunun diğer gurupların tümünden anlamlı derecede daha yüksek skorlar aldığı saptandı.

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, guruplar arasında rol-güç fiziksel fonksiyon ve rol-güç emosyonel fonksiyon skorları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı. Her iki skor da erkeklerde yüksek bulundu. Hastaların cinsiyetine göre uyum ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyut skorlarının dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı.

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının hastaların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, sadece fiziksel fonksiyon alt boyut skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Hastaların medeni durumlarına göre uyum ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyut skorlarının dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı.

SF-36 fiziksel fonksiyon skorlarının eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında, eğitim durumu üniversite ve üstü olan gurubun skorlarının en yüksek ve orta-lise gurubu hariç



diğer guruplardan anlamlı derecede farklı olduğu saptandı. Eğitim durumu “okuryazar değil” olan gurubun ise en düşük değerleri aldığı ve skorların diğer üç guruptan anlamlı derecede farklı olduğu belirlendi.

Hastaların eğitim durumlarına göre rol-güç fiziksel fonksiyon skorlarının dağılımları incelendiğinde eğitim durumu arttıkça skorların yükseldiği, farkın “okuryazar değil” ve “okuryazar-ilkokul” gurubu ile “orta-lise” ve “üniversite ve üzeri” gurubu arasında anlamlı olduğu saptandı. Okuryazar olmayan gurup ile eğitim durumu okuryazar-ilkokul olan gurupların skorları arasındaki farkın ise anlamsız olduğu belirlendi. Aynı şekilde eğitim durumu orta-lise olan gurup ile üniversite ve üzeri olan gurupların skorları arasındaki farkın da anlamsız olduğu saptandı. Uyum ölçeği ve SF-36 diğer alt boyut skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı.

SF-36 genel sağlık skorlarının aile tipine göre dağılımları incelendiğinde dağılımlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Genel sağlık skorunun geniş aile üyelerinde daha yüksek olduğu saptandı. Uyum ölçeği ve SF-36 diğer alt boyut skorlarının aile tipine göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı.

SF-36 rol-güç fiziksel fonksiyon skorlarının meslek guruplarına göre dağılımları incelendiğinde işçi memur ve serbest meslek guruplarının skorlarının ev hanımı gurubunun skorlarından anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

SF-36 genel sağlık skorlarının hastaların mesleklerine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Yapılan post hoc analizde farkın emekli gurubundan kaynaklandığı bu gurubun genel sağlık skorlarının işçi-memur ve serbest meslek gurubunda anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi. Diğer guruplar arasındaki farkların ise anlamsız olduğu saptandı.

SF-36 rol-güç emosyonel fonksiyon skorlarının hastaların meslek guruplarına göre dağılımları incelendiğinde aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu farkın ev hanımı gurubundan kaynaklandığı tespit edildi. Ev hanımı gurubunun skorlarının işçi memur gurubunun skorlarından anlamlı derecede daha düşük olduğu bulundu. Diğer guruplar arasındaki farkların anlamsız olduğu saptandı. Uyum ölçeği ve SF-36 diğer alt boyut skorlarının hastaların meslek guruplarına göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmadı.

Uyum ölçeği ve SF-36 alt boyut skorlarının nakil sonrası işe devam etme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; rol-güç fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, rol-güç emosyonel fonksiyon ve uyum skorlarının anlamlı derecede farklı olduğu bulundu. Anlamlı farklılık

gösteren SF-36 skorlarının tümü işe devam eden, uyum skoru ise işe devam etmeyen grupta daha yüksek bulundu. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin diğer alt boyut skorlarının hastaların nakil sonrası işe devam etme durumuna göre dağılımları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

SF-36 fiziksel fonksiyon, rol-güç fiziksel fonksiyon ve mental sağlık skorlarının geliri gidere denk olan grupta anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, uyum ölçeği ve SF-36 diğer alt boyut skorlarının ise anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı.

Uyum ölçeği ve SF-36 alt boyut skorlarının hastaların diyaliz tedavisi görme, donör tipi ve Tx sonrası komplikasyon gelişme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

SF-36 alt boyut skorlarının hastalarda immünsüpresif ilaçlara bağlı yan etki oluşma durumuna göre dağılımları arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Hastaların uyum skorlarının ise istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu ve yan etki oluşmayan grupta daha yüksek olduğu saptandı.

Hastaların yaşı, BY ve DT süresi ile uyum skoru arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Tx süresi ile uyum skoru arasında negatif, fiziksel fonksiyon, vitalite ve mental sağlık skorları ile uyum skoru arasında ise pozitif yönde anlamlı zayıf ilişki olduğu saptandı. Diğer bir ifadeyle, hastaların yaşı ve BY süresine göre uyum skorlarında anlamlı bir değişiklik olmazken, Tx süresi arttıkça uyum skorunun düştüğü, fiziksel fonksiyon, vitalite ve mental sağlık skorları arttıkça uyum skorunun da arttığı saptandı.

Canlıdan yapılan nakillerde yaş, BY süresi, DT süresi, fiziksel fonksiyon ve vitalite skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Tx süresi ile uyum skoru arasında negatif yönlü anlamlı zayıf bir ilişki saptandı. Mental sağlık skoru ve uyum skoru arasında pozitif yönlü anlamlı ve zayıf bir ilişki saptandı. Diğer bir ifade ile hastaların yaşı, BY süresi ve DT süresine göre uyum skorlarında anlamlı bir değişiklik olmazken, Tx süresi arttıkça yine uyumun düştüğü ve sadece mental sağlık skorları arttıkça uyum skorunun da arttığı saptandı.

Böbrek nakli kadavradan yapılan hastalar dikkate alındığında da, yaş ile uyum skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Tx süresi ile uyum skoru arasında negatif yönlü, anlamlı ve zayıf bir ilişki bulundu. Hastaların BY süresi, vitalite ve mental sağlık skorları ile uyum skoru arasında pozitif yönlü, anlamlı ve zayıf bir ilişki saptandı. Hastaların DT süresi ve fiziksel fonksiyon skorları ile uyum skorları arasında pozitif yönlü, anlamlı ve orta düzeyde bir ilişki saptandı. Diğer bir ifade ile kadavradan nakil yapılan hastalarda da önceki guruplarda olduğu gibi yaş ile uyum skoru arasında anlamlı bir korelasyon saptanmazken Tx

süresi arttıkça uyum skoru düşmekteydi. BY süresi, vitalite, mental sağlık, fiziksel fonksiyon skorları ve DT süresi arttıkça uyum skorlarının da arttığı görüldü.



## 6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları dikkate alındığında uyum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiler olduğu saptandığından;

İlaça bağlı yan etkileri azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak için immünsüpresif ilaç kullanımına hasta uyumunu artırmayı amaçlayan girişimlerin planlanması,

Uyum düzeyi ve semptom kontrolü ilişkilerinin sınırları iyi belirlenmiş guruplarda ve kapsamlı olarak araştırılması,

Hastaların %93.1'inin immünsüpresif ilaç olarak steroid+takrolimus kullandıkları ve %94.6'sının ilaçların hayatlarında birinci sırada yer aldığını belirttikleri dikkate alınarak transplantasyon ünitesinde çalışan hemşirelerin özellikle bu kombinasyon ile ilgili ayrıntılı bilgi sahibi olmaları ve hastalarını bilgilendirmeleri,

Hastalara ilaç uyumu ile ilgili verilen eğitimin yeterli görüldüğü ve gurubumuzda rejeksiyon oranının düşük olduğu dikkate alınarak hasta eğitimine önem verilmesi,

Skorların genellikle düşük olduğu; yaşı 60 ve üzeri, ev hanımı, çalışmayan ve eğitim durumu düşük olan hastalar için yapılan eğitimlerin gurup özellikleri dikkate alınarak tekrarlanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi,

Canlıdan veya kadavradan yapılan nakillerde Tx süresi arttıkça uyum skoru düştüğünden immünsüpresif ilaçlara ilişkin eğitimlerin ve konunun önemini açıklayan girişimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması,

## 7. KAYNAKLAR

- Akdemir, N., Birol, L.** (2011). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Genişletilmiş 3. Baskı. Sistem Ofset
- Akman, S.** (2011). Kronik Böbrek Yetersizliği Diyaliz ve Transplantasyon, XI. Ulusal Klinik Biyokimya Kongresi Erişim: 25.05.2017.<http://semaakman.com/konferans/KBYDiyalizveTransplantasyon.Pdf>.
- Akpolat, T., Sungur, C.** (2001). Böbreklerin Temel Fonksiyonları ve Düzenlenmesi, Akpolat T., Utaş C., (Ed). Hemodiyaliz Hemşire El Kitabı, 11-20. (3. Baskı). İstanbul: Güzel Sanatlar Matbaası A.Ş.
- Akpolat, T., Utaş, C., Süleymanlar, G.** (2007). Nefroloji El kitabı. 4. Baskı, İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Akpolat, T., Utaş, C.,** Böbrek Yetmezliği: Genel Bilgiler Erişim: 18.05.2017. [http://www.tsn.org.tr/folders/file/böbrek\\_yetmezligi.pdf](http://www.tsn.org.tr/folders/file/böbrek_yetmezligi.pdf),
- Akyol, AD.** (2013). Son Dönem Böbrek Yetersizliği Olan Hastada Palyatif Bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi.2(1): 31-41
- Albaz, M., Aydın, Z., Cansever, N., Dolgun, R., Gülpınar, Ü., Gürün, J., Hacı, LB., Karakoç, A., Kirikçi, G., Korkmaz, R., Ölmez, N, Öztarhan, S., Sever, A., Şanlıdağ, C., Şen, A., Şentürk, S., Ünal B., Ünal, D.** Periton Diyalizi El Kitabı,
- Annunziato, R.A., Emre, S., Shneider, B.L., Dugan, C.A., Aytaman, Y., McKay, M.M. ve diğerleri.** (2008). Transitioning Health Care Responsibility From Caregivers to Patient: A Pilot Study Aiming to Facilitate Medication Adherence During This Process. Pediatric Transplantation, 12, 309–315.
- Arık, N., Ateş, K., Süleymanlar, G.,** (2008). Ankara. Güneş Tıp kitapevi. Tonbul HZ. Hekimler için Hemodiyaliz El Kitabı. 1.baskı.
- Arslan, H.,** (2005). Solid organ transplantasyonu ve infeksiyon. Aknem Dergisi, 19 (Ek 2). 161-164
- Arslan, H.,** (2006). Ankara. Organ transplantasyonu ve infeksiyon ilişkisi. 7. Febril Nötropeni Sempozyumu. 119-123
- Atalay, S.** (2009). Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Biyokimya Bölümü, İmmünespresif kan ilaç düzey izleminin ve elde edilen test sonuçlarıyla biyokimyasal parametreler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi.
- Atasoy, i., Çolak, H., Akdeniz, Y., Tanrısev, M., Özyurt, B.** (2013). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi. Tepecik Eğitim Hast Derg; 23 (3): 133-141
- Ateş, F.** (2010). Kronik Böbrek Yetmezliği, Diyaliz ve Böbrek Naklinin Cinsel ve Üreme İşlevleri Üzerindeki Etkileri”, Gülhane Tıp Dergisi, 52: 229-236.
- Aydemir, Ç., Kasım, İ., Cebeci, S., Göka, E., Tüzer, V.** (2002). Kronik Böbrek Yetersizliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar Kriz Dergisi. 10.29-39.
- Aydın, M.** (2002). Kronik Böbrek Yetersizliği ve Renal Replasman Tedavileri
- Aydın, Z.** (2004). Renal replasman tedavi seçenekleri. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 1 (1): 16-20

- Baines, L.S., Joseph, J.T., Jindal, R.M. ve ark.** (2002). Emotional issues after kidney transplantation: a prospective psychotherapeutic study. *Clin Transplant*, 16 (6): 450-454.
- Balaska, A., Moustaffellos, P., Gourgiotis, S., Pistolas, D., Hadjiyannakis, E, Vaugas, V. and Drakopoulos, S.** (2006). "Changes in Health-Related Quality of Life in Greek Adult Patients 1 Year After Successful Renal Transplantation", *Experimental and Clinical Transplantation*, 2:521-524.
- Balkrishnan, R.** (2005). The Importance of Medication Adherence in Improving Chronic-Disease Related Outcomes: What We Know and What We Need to Further Know. *Medical Care*, 43, 517.
- Barnett, N., Mamode, N.** (2011). *Kidney transplantation*, Transplantation, Elsevier Ltd. All rights reserved
- Baştürk, B., Haberal, M.** (2004). *Diyaliz Transplantasyon ve Yanık/Dialysis, Transplantation and Burns* (Eylül/September. 15 (3) 120-125.
- Bayhan, B.** (2014). *Organ Nakli Hastalarında İmmünesüpresif Tedaviye Uyum Ölçeği'nin (Ituö) Türkiye'de Geçerlik Güvenirliği*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Bayraktar, S.** (2013). *Organ Nakli ve Psikolojik Yaşam*. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi.
- Baysal, A., Aksoy, M., Bozkurt, N., Merdol, T.K., Pekcan, G., Keçecioglu, S., Besler, H.T., Mercanlıgil, S.** (2002). *Diyet El Kitabı*. 4.Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, s.187-225.
- Birol L.** (1998). *Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* Akdemir N. (Ed) *İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* 9, 199-228, Vehbi Koç Yayınları, İstanbul.
- Birol, L.** (1997). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Vehbi Koç Yayınları. Geliştirilmiş 6.Baskı, Ankara: 201-206, 585-600
- Boşaltım Sistemi, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2012, Erişim: 24.05.2017 <http://mtgem.meb.gov.tr/program/dokuman/modul/ANESTEZ%DD%20VE%20REAN%DDMASYON/ANATOM%DD%20VE%20F%DDZYOLOJ%DD/Sindirim%20SİSTEMİ>. Pdf.
- Burra, P., Germani, G., Gnoato, F., Lazzaro, S., Russo, FP., Cillo, U. ve Senzolo, M.** (2011). Adherence in Liver Transplant Recipients. *Liver Transplantation* 17:760-770.
- Butler, J.A., Roderick, P., Mullee, M., Mason J.C. ve Peveler R.C.** (2004). Frequency and Impact of Nonadherence to Immunosuppressants After Renal Transplantation: A Systematic Review. *Transplantation*, 77(5), 769–776.
- Cameron, JI., Whiteside, C., Katz, J. ve ark.** (2000). Differences in quality of life across renal replacement therapies. A meta-analytic comparison. *Am J Kidney Disease*, 35 (4): 629-637.
- Canver, B.** (2011). *Tübüler Atrofi ve İnterstisyel Fibrozisi Olan Böbrek Nakilli Olgularda Risk Faktörlerinin Belirlenmesi*. Nefroloji Yandal Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Celep, B., Polat, C.** (2013). İmmünesüpresyon. *Türkiye Klinikleri Dergisi Genel Cerrahi Özel Dergisi*, 6(1), 61-67.
- Chisholm, MA.** (2002). Issue of Adherence to immunosuppressant therapy after solid-organ transplantation. *University of Georgia College of Pharmacy and Department of Medicine*; 62(4) 567-575

- Chisholm, MA., Lance, C., Williamson, GM., Mulloy, LL.** (2005). Development and validation of the immunosuppressant therapy adherence instrument (ITAS). *Patient Education and Counseling*; (5) 13-20.
- Chisholm-Burns MA, Pinsky B, Parker G, Johnson P ve diğerleri.** (2012). Factor Related to Immunosuppressant Medication Adherence in Renal Transplant Recipients. *26:706-713*
- Chisholm-Burns, M.A., Pinsky, B., Parker, G., Johnson, P., Arcona, S., Buzinec, P. ve diğerleri.** (2012). Factors Related to Immunosuppressant Medication Adherence in Renal Transplant Recipients. *Clinical Transplantation*, 26(5), 706-713.
- Chung, P., Chang, W., Hricik, D.E.** (2010). What Are Immunosuppressive Medications? How Do They Work? What Are Their Side Effects?, USA.
- Cimilli, C.** (1994). Hemodiyaliz psikiyatrik yönleri Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi; 3: 88-92.
- Costello, A., Pearson, G.J., Core, Corriculum.** (2008). *Transplant Pharmacology*.
- Cürcani, M.** (2008). Böbrek Transplantasyonu Yapılmış Hastalara Verilen Eğitimin Hastaların Yaşam Kalitesi, Tedaviye Uyumları ve Yaşadıkları Ruhsal Sorunlar Üzerine Etkisi. Uzmanlık tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Çetinkaya, S., Nur, N., Ayvaz, A., Özdemir, D.** (2008). Bir üniversite hastanesinde hemodiyaliz ve sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarında depresyon, anksiyete düzeyleri ve stresle başa çıkma tutumları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 45 (3): 78-84.
- Çolakdalcı A.** (2012). Karaciğer nakli uygulanan hastalarda yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Daugirdas, JT., Blake, PT.** (2003). *Diyaliz el kitabı*. Ing TS (Ed.). Boz fakıglu S. Güneş kitapevi.3. Baskı. Ankara.
- De Bleser, L., Dobbels, F., Berben, L., Vanhaecke, J., Verleden, G. ve diğerleri.** (2011). The Spectrum of Nonadherence with Medication in Heart, Liver, and Lung Transplant Patients Assessed in Various Ways. *Transplant International*, 24, 882-891.
- De Geest, S., Dobbels, F.** (2010). Increasing Adherence to Immunosuppression: a clinical priority. *Vol:6*, 139-140
- Debi, H., Hicks D.** (2003). *İmmunosuppression, Transplantation nursing secrets*.
- Dejean N.B., Rontaing L., Lapeyre-Mestre, M., Roge, B. ve Durand, D.** (2004). Educational Program to Reduce Noncompliance After Renal Transplantation [Sözel Bildiri]. *European Renal Association and the European Dialysis and Transplantation Association 41st Congress Abstract*. Lisbon, Portugal.
- Demirgüneş, FE., Ersoy, Evans S., Yılmaz, R., Şahin, S., Yasavul, Ü.** (2008). Renal transplantasyon hastalarında görülen deri bulguları. *Türkderm*, 42: 18-21.
- Denhaerynck, K., Burkhalter, F., Schafer, P-Keller., Steiger, J. ve diğerleri.** (2008). Clinical consequences of non adherence to immunosuppressive medication in kidney transplant patients. *Transplant International*. 22(2009) 441-446
- Denhaerynck, K., Dobbels, F., Cleemput, I., Desmyttere, A., Keller, PS. ve diğerleri.** (2005). Prevalence, Consequences and Determinants of Nonadherence in Adult Renal Transplant Patients: a literature review. *Transplant International*, 18, 1121-1133.

- Dew, MA., Di Martini, AF., De Vito Dabbs, A., Myaskovsky, L. ve diğeri.** (2007). Rates and Risk Factors for Nonadherence to the Medical Regimen After Adult Solid Organ Transplantation. *Transplantation*, 83, 858-873.
- Dobbels, F., De Geest, S. ve Van Cleemput, J.** (2004). Effect of Late Medication Non-Compliance on Outcome After Heart Transplantation: a 5 Year Follow-Up. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 23, 1245.
- Doig, A.K., Huether, S.E.,** (2014). Structure and Function of the Renal and Urologic Systems, [in McCance, K.L., Huether, S.E., Brashers, V.L., Rote, N.S. (Ed.). (2014) *The Biologic Basis for Disease in Adults and Children*, Seventh Edition, Elsevier, Mosby, p. 1366, Canada.
- Drent G, Geest S.D, Dobbels F, Kleibeuker J.H, Haagsma E.B.** (2009). Symptom experience, nonadherence and quality of life in adult liver transplant recipients. *The Journal of Medicine*. 67(5): 161-168
- Er, M.** (2006). Çocuk, hastalık, anne-babalar ve kardeşler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 49: 155-168.
- Ergün, A., Eti Aslan, F., Varan, F., Olgun, N. ve Kuşuoğlu, S.** (2013). Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (s.3-23). Adana: Nobel Kitabevi.
- Ersoy, FF.** (2005). Son Dönem Böbrek Yetmezliğinde Uygun Diyaliz Yönteminin Seçimi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci Nefrology-Special Topics*; 1: 88-92.
- Esen, S., Köksoy, C., Yerdel, M. A.** (2001). Transplantasyon Komplikasyonları. *Trans Klinik Journal Surgery, Türkiye Klinikleri J Surgery* 2001;6(1):37-40. Ankara
- Eser, E.** (2012). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri. Arı, Z. (Haz.). *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu: 4 Mayıs 2012- İzmir: Konferanslar Konuşma Metinleri* (s. 2-5).
- European Commission.** (2014). Journalist Workshop on Organ Donation And Transplantation Recent Facts & Figures. Erişim: 05.07.2017 [http://ec.europa.eu/health/blood\\_tissues\\_organ/docs/ev\\_20141126\\_factsfigures\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organ/docs/ev_20141126_factsfigures_en.pdf).
- Evirgen, H.** (2002). Türkiye Organ Transplantasyon Ağı Tasarımı ve Bir Benzetim Modeli. Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Flattery, M.P., Dale, C.** (2008). Core Curriculum for Transplant Nurses, Solid Organ Transplantation: The Evaluation Process, Mosby Elsevier, Washington.
- Fujisawa, M., Ichikawa, Y., Yoshiya, K., Isotani, S., Higuchi, A., Nagano, S., Arakawa, S., Hamami, G., Matsumoto, O. and Kamidona, S.** (2000). "Assessment of Health-Related Quality of Life in Renal Transplant and Hemodialysis Patients Using the SF-36 Health Survey", *Urology*, 56: 201-206.
- Fujisawa, M., Ichikawa, Y., Yoshiya, K., Isotani, S., Higuchi, A., Nagano, S., Arakawa, S., Fukuhara, S., Gren, J., Albert, J., Mihara, H.** (2006). Symptoms of depression, prescription of benzodiazepines and the risk of death in hemodialysis patients in Japan. *Kidney International*; 70: 1866-72.
- Germani, G., Lazzaro, S., Gnoato, F., Senzolo, M. ve diğeri.** (2011). Nonadherent Behaviors After Solid Organ Transplantation. 318-323
- Germani, G., Lazzaro, S., Gnoato, F., Senzolo, V., Borella, G. ve diğeri.** (2011). Nonadherent Behaviors After Solid Organ Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 43, 318-323.



**Gonçalves PRC, Reveles AF, Martins HIF, Rodrigues IL ve ark** (2016). Adherence to Immunosuppressive Therapy in Kidney Transplant Recipients: Integrative Literature Review. *Journal of Nursing Referencia*. Pp.121-130.

**Gordon, E.J., Prohaska, T., Gallant, M., Sehgal, A.R.** (2007). Adherence to immunosuppression: a prospective diary study. *Transplant Proc*; 39(10): 3081–3085.

**Gökkaya, S.** (2012). Böbrek Nakli Hastalarında Viral İnfeksiyon Yaygınlığı; Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

**Griva K, Davenport A, Harrison M, Newman S.** (2012). Non-adherence to Immunosuppressive Medications in Kidney Transplantation: Intent vs. Forgetfulness and Clinical Markers Of Medication Intake. 44:85-93

**Gül, A., Üstündağ, H., Zengin, N.** (2010). Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Özbakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*; 20(1); 7-11

**Güler, S.** (2003). Böbrek Transplantasyonu Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hastaların Bakım Gereksinimlerine Yönelik Bilgileri. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

**Haberal, M., Moray, G. ve Gülay, H.** (2013). Böbrek Transplantasyonu. İ. Sayek (Ed.). *Temel Cerrahi* (s. 790-805). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri

**Hansen, R., Seifeldin, R. ve Noe, L.** (2007). Medication Adherence in Chronic Disease: Issues in Posttransplant Immunosuppression. *Transplantation Proceedings*, 39, 1287-1300.

**Hartono, C., Muthukumar, T.** (2013). Immunosuppressive Drug Therapy. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 3(9), 1-15.

**Hongxia, L.** (2006). Coping and Health-Related Quality of Life in Renal Transplant Patients, Thesis of Doctorate, May, Nashville.

**Hoşçoşkun, C., Duman, S., Töz, H., Aşçı, G., Özkahya, M., Sözbilen, M., Tanıl, V., Ok, E., Başçı, A., Yarabaş, Ö., Kaplan, H.**, (2002). Renal transplantasyon yapılan 388 erişkin hastanın analizi: Ege Üniversitesi sonuçları. *Genel Tıp Derg*;12(3):91-94

[http://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/1382/mod\\_resource/content/2/B9\\_Normal%20Da%C4%9F%C4%B1%C4%B1m.pdf](http://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/1382/mod_resource/content/2/B9_Normal%20Da%C4%9F%C4%B1%C4%B1m.pdf), Erişim: 20.06.2017.

<http://www.transplantliving.org/after-the-transplant/medications/post-transplan-meedications> 2012.

<http://www.transplantliving.org/after-the-transplant/staying-healthy/infections-andimmunity>.

**Humar, A., Denny, R., Matas, A.J. and Najarian, J.S.** (2003). “Graft and Quality of Life Outcomes in Older Receptients of a Kidney Transplant”, *Experimental and Clinical Transplantation*, 2:69-72.

**Ismail, N., Becker, BN.** (1994). Treatment options and strategies in uremia: current trends and future directions. *Semin Nephrol*; 14:292-299.

**Joost, R., Dörje, F., Schwitulla, J., Eckardt, K. ve Hugo, C.** (2014). Intensified Pharmaceutical Care Is Improving Immunosuppressive Medication Adherence in Kidney Transplant Recipients During The First Post-Transplant Year: A Quasi-Experimental Study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 0, 1–11.

**Kalantar-Zadeh, K., Kopple, JD., Block, G.** (2001). Humphreys MH Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*; 12: 2797-2806.

- Karabulutlu, E., Okanlı, A.** (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(4): 25
- Karaca, A., Kaçar, GY.** (2013). Üriner Sistem Hastalıkları Ve Bakım. Durna, Z.(Ed.). İç Hastalıkları Hemşireliği. Akademi Basın ve Yayıncılık. s. 442-496
- Karaca, A., Yeşiltepe Kaçar, G.** (2013). İç Hastalıkları Hemşireliği. (s. 480-481). Durna Z.(Ed). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Karadakovan, A.** Renal Yapı Ve Fonksiyonların Değerlendirilmesi. Yürügen, B. (Ed.). Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Eğitim Programları Kitabı (s. 19-26). İstanbul:
- Karadakovan, A., Kaymakçı, Ş.** (2010). Üriner Sistem Hastalıkları. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Ed.). İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (s. 919-975). Adana: Nobel Kitapevi.
- Karataş, A., Erdem, E., Kaya, C., Dilek, M., Yakupoğlu, YK., Özden, E., Cengiz, K., Arık, N., Akpolat, T.** (2012). Böbrek Nakli Olmuş Hastalarda Osteoporoz Risk Faktörleri, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 21(3): 267-272.
- Kaufman, D.B.** (2003). Kidney Transplantation. F.P., Abecassis M.M., Kaufman D.B. (Ed.). In: Organ Transplantation (s. 107-153). Stuart Landes Bioscience, Georgetown, Texas U.S.A
- Kaul, V., Khurana, S., Munoz, S.** (2000). Management of medication noncompliance in solidorgan transplant recipients, *Disease Management, BioDrugs*;13 (5): 313-326
- Kaya, E.** (2011). Diyaliz Hastalarının Acil Servise Başvuru Paterni ve Klinik Sonuçların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Kaya, Ö., Özcan, Y., Akgün, K., Ertuğrul, P.** (2009). Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Bitirme Projesi.
- Kiley, D., Lam, CS., Pollak, R.** (1993). A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation*, 55: 51-56.
- Koç, Z., Sever, MŞ.** Böbrek Nakilli Hastalarda Beslenme, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Fresenius Medikal Hizmetler A.Ş. Hasta Eğitim Yayınları No:7.
- Kolbakır F.** Vasküler girişim yolu. Erişim: 02.05.2017. [http://www.tsn.org.tr/folders/file/vaskuler\\_girisim\\_yolu.pdf](http://www.tsn.org.tr/folders/file/vaskuler_girisim_yolu.pdf).
- Kumar, V., Abbas, A.K., Fausto, N., Mitchell, R.N.** (2007). Robins Temel Patoloji, İmmün Sistem Hastalıkları, 108-132
- Levey, AS., Eckart, K., Amato, Y., Levin, A., Coresh, J., Rossert, J., Zeeun, D., Hostetter, T., Lameire, N., Eknoyan, G.** (2005). Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement from kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO). *Kidney International*; 67: 2089-2100.
- Manns BJ, JJ., Taub, K., Mortis, G., Ghali, WA.** (2002). Donaldson C Dialysis adequacy and health related quality of life in hemodialysis patients. *ASAIO J*;48 (5):565-9.
- Massey EK, Tielen M, Laging M, Beck DK ve ark** (2013). The Role of Goal Cognitions, Illness Perceptions and Treatment Beliefs in Self-Reported Adherence After Kidney Transplantation: A Cohort Study. *Journal Of Psychosomatic Research* 75. 229–234

- Matas, A.J., Halbert, R.J., Barr, M.L. ve ark.** (2002). Life satisfaction and adverse effects in renal transplant recipients: a longitudinal analysis. *Clin Transplant*, 16: 113-121.
- McKay, D.B., Park, K., and Perkins D.** (2010). What Is Transplant Immunology and Why Are Allografts Rejected.
- Morris, J.P.** (1997). *Kidney Transplantation. Böbrek Transplantasyonu* (E. Ereğ Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Morrissey, P.E., Flynn, M.L., ve Lin, S.** (2007). Medication Noncompliance and its Implications in Transplant Recipients. *Drugs*, 67(10), 1463-1481.
- Muehrer, R.M. and Becker B.N.** (2005). "Life After Transplantation: New Transitions in Quality of Life and Psychological Distress", *Seminars in Dialysis*, 18(2): 124-131.
- Murrell, S.A., Norris, F.H.** (1983). Quality Of Life As The Criterion For Need Assessment And Community Psychology *Journal Of Community Psychology* April,11, 88-97.
- National Kidney Foundation** (2002). Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. *Am J Kidney Dis*, 39,p:1-S266, (suppl 1)
- National Nephrology, Dialysis and Transplantation Registry Report of Turkey 2015.
- Newsletter Transplant** (2014). International Figures on Donation and Transplantation 2013. Erişim: 05.07.2017. <http://www.transplantobservatory.org/SiteCollectionDocuments/newsletter2014.pdf>
- Oğütmen, B., Yildirim, A., Sever M.S., Bozfakioğlu S., Ataman R., Ereğ, E., Cetin O. ve Emel, A.** (2006). "Health-Related Quality of Life After Kidney Transplantation in Comparison Intermittent Hemodialysis, Peritoneal Dialysis and Normal Controls", *Transplantation Proceedings*, 38: 419-421.
- Ovayolu N.** (2015). Üriner Sistem Ve Hemşirelik Yönetimi. Ovayolu N. Ovayolu Ö. (Ed.). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar* (s. 381-385). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi.
- Öksüz, E., Malhan, S.** (2005). *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri*. Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Öner, Z., Kaynaroğlu, V.** (1989). Transplantasyon ve infeksiyon sorunları. *Ankem Dergisi*. 3(3), 294- 297.
- Özçürümez, G., Tanrıverdi, N., Zileli, L.** (2003). Böbrek Transplantasyonu ve Psikiyatri. *Klinik Psikiyatri*, 6, 225- 234
- Özdemir, S.** (2010). Böbrek Transplantasyonunda Alıcı ve Vericilerin Ameliyat Öncesi Kaygı Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Özdemir, Z.**, (2015). Solid Organ Transplantasyonu yapılan hastalara yönelik immünsüpresif ilaç kullanımına uyum ölçeğinin geliştirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Özşaker E.** (2002). Böbrek Transplantasyonu Olan Hastalar Ve Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Saptanması Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Parmar, M.S.** (2002). Chronic Renal Disease. *BMJ*. 325: 85-90.
- Pınar, R., Çınar, S., İşsever, H., Albayrak, M. ve İlhan, S.** (1995). "Hemodiyalize Devam Eren ve Transplant Olan Son Dönem Böbrek Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması", *Çınar Hemşire Dergisi*, 1-5.

- Postlethwaite, R.J., Eminson, D.M., Reynolds, J.M., Wood, A.J., Hollis, S.** (1998). Growth in renal failure: a longitudinal study of emotional and behavioural changes during trials of growth hormone treatment. *Arch Dis Child*; 78: 222-229.
- Potter, P.A., Perry, G.A., Stockert, P., Hall, A.** (2013.) *Fundamentals of Nursing*. 8th ed: St. Loise: Missouri. Mosby Camp.
- Sav, T., Ünal, A., Sipahioğlu, M.H., Tokgöz, B., Akcakaya, M., Oymak, O., Düşünsel, R., Patiroğlu, T., Yılmaz, Z., Sözüer, E., Utaş, C.** (2007). Böbrek Transplantasyonundan Sonra On Yıllık Sonuçların Değerlendirilmesi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29 (2), 120-127. *Psikiyatri Dergisi*, 17 (1), 22- 31
- Saxena, S., Orley, J.** (1997). WHOQOL Group. Quality of life assessment: The world health organization perspective. *Eur Psychiatry*; 12: 263-266.
- Schlebusch, L., Pillay, B.J., Louw, J.** (1989). Depression and selfreport disclosure after live related donor and cadaver renal transplants. *S Afr Med J*, 75: 490.
- Sensky, T.** (1989). Psychiatric morbidity in renal transplantation. *Psychother Psychosom*, 52 (1-3): 41-46.
- Sert, F., Demir, B.A., Bora, İ., Yıldız, A., Ocakoğlu, G., Ersoy, A.** (2015). Kronik Renal Yetmezlikli ve Böbrek Nakilli Hastalarda Uyku Bozukluğunun Araştırılması ve Bunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Türk Uyku Tıbbi Dergisi* 2015;1:15-9
- Sevindik G.** (2017). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (Kkctc) Kronik Böbrek Yetersizliği Olan Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Algılanan Aile Desteğinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Seymen, O.** (2002). Böbreklerin Yapı ve Fonksiyonları. Türkmen, F. (Ed.). *Hemodiyaliz Seminerleri* (s. 3-9). İstanbul: Deniz Ofset Matbaacılık.
- Shemesh E., Annunziato R.A., Shneider B.L., Dugan C.A., Warshaw J., Kerkar N. ve diğerleri.** (2008). Improving Adherence to Medications in Pediatric Liver Transplant Recipients. *Pediatric Transplantation*, 12, 316–323.
- Soylu, D.** (2015). Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Sparks Ford, E.A., John, E.V.** (2008). Patient Education For The Transplant Recipient, *Core Curriculum*, 68.
- Stone, W.J., Hakim, R.M.** (1995). Therapeutic Options in the Management of End-stage Renal Disease. *The Principles and Practice of Nephrology*. Jacobson RH, Striker EG, Klahr S (Ed.). Mosby Year Book, St. Louis. (s. 653).
- Suet-Ching, W.** (2004). “The HRQoL of Renal Transplant Patients”, *Journal of Clinical Nursing*, 13:201-209.
- Surman OS** (1989). Psychiatric aspects of organ transplantation. *Am J Psychiatry*, 146:972-982.
- Şahin, M.** (2011). İnterdialitik Kilo Alımının Kardiyovasküler Mortalite ve Morbidite Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi. Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş.
- Şahin, N.** (2016). Karaciğer Ve Böbrek Transplantasyonu Sonrası İmmünoşüpresif Tedaviye Uyum Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Şelimen, D.** (2010). Transplantasyonda Hemşirelik Yaklaşımları. Titiz M.İ. (Ed.). İçinde: *Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım* (s. 775-800). İstanbul:

**Şimşekel, R.** (2008). Organ Nakli, Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Organ-Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı, Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi. (2015). Erişim: 05.07.2017, <https://organ.saglik.gov.tr/web>.

**Talas, M.S.** (2007). Böbrek Transplantasyonu. Akbayrak, N., Erkal, İlhan S., Ançel, G., Albayrak, A. (Ed.). İçinde: Hemşirelik Bakım Planları (s. 1035-1048). Ankara: Alter Yayıncılık Organizasyon.

**Talas, M.S., Bayraktar, N.** (2004). Kidney Transplantation: Determination of the Problems Encountered by Turkish Patients and Their Knowledge and Practices on Healthy Living. Journal of Clinical Nursing, 13, 580–588.

**Tanrıverdi, N., Özçürümez, G., Çolak, T., Dürü, Ç., Emiroğlu, R., Zileli, L. ve Haberal, M.** (2004). “Quality of Life and Mood in Renal Transplantation Recipients, Donors, and Control: Preliminary Report”, Transplantation Proceedings, 36: 117- 119.

**Titiz, M.İ.** (2010a). Böbrek Transplantasyonuna Genel Yaklaşım. Titiz M.İ. (Ed.). İçinde: Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım (s: 21-23). İstanbul.

**Titiz, M.İ.** (2010b). Renal Transplantasyonun Tarihçesi. Titiz M.İ. (Ed.). İçinde: Renal Transplantasyona Pratik Yaklaşım (s: 25-27). İstanbul,

**Tokgöz, B.** (2005). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyoloji. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci1 (21): 9-10.

**Tomson, U.** (2007). Management of chronic kidney disease Udayaraj Medicine; 35: 442-6.

**Toros, F., Ş, To.t, Düzovali, Ö.** (2002). Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. Klinik Psikiyatri;5:240-247.

Üriner Sistem Radyolojik Anatomisi, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2011. Erişim: 24.05.2017.

[http://megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf/%C3%9Cüriner%20Sistem%20Radyolojik%20Anatomisi.pdf](http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/%C3%9Cüriner%20Sistem%20Radyolojik%20Anatomisi.pdf).

**Üstündağ, H.** (2006). Renal Transplantasyon Uygulanan Hastanın Taburculuk Eğitimi, Nefroloji Hemşireliği Dergisi, Temmuz-Ekim, 36-39.

**Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N., Aydın, M.** (2007). Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Yaşam Kalitesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:2, Sayı:6

**Valderrabano, F., Jofre, R., Lopez-Gomez, JM.** (2001). Quality Of Life İn And-Stage Renal Disease Patients. AJKD. 38:443-465

**Van, Gelder F.E.L., Ohler, L.** (2008). Basic in Transplant Immunology, Core Curriculum for Transplant Nurses, s. 27-47.

**Vincenti, F., Friman S., Scheuermann E., Rostaing L., Jensene T. ve Campistol J.M.** (2007). Results of an International, Randomized Trial Comparing Glucose Metabolism Disorders and Outcome with Cyclosporine Versus Tacrolimus. American Journal of Transplantation, 7, 1506–1514.

**Vlasnik, J.J., Aliotta, S.L. ve DeLor, B.** (2005). Medication Adherence: Factors Influencing Compliance with Prescribed Medication Plans. The Case Manager, 16(2), 47-51.

- Weng, F.L., Chandwani, S., Kurtyka, K.M., Zacker, C., Chisholm-Burns, M.A. ve Demissi, K.** (2013). Prevalence and Correlates of Medication Non-Adherence Among Kidney Transplant Recipients More Than 6 Months Post-Transplant: A Cross-Sectional Study. *BMC Nephrology*, 14, 261.
- Wiseman, A.C., Cooper, J.E.** (2010). Optimizing Immunosuppression.
- Yakupoğlu, Y.K.** (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Üç Yıllık Böbrek Nakli Deneyimi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. Cilt. 18, No, 2. s. 76-81.
- Yatkın, I.** (2009). Renal Transplantasyon Hastalarında Ve Vericilerde Transplantasyon Öncesi Ve Sonrasında Depresyon, Anksiyete, Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek. Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Yavuz, D., Sezer, S.** (2008). Böbrek Nakli Öncesi Alıcı Adayının Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 17 (Ek 1): 9-16
- Yildirim, A.** (2006). “The Importance of Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life After Renal Transplantation”, *Transplantation Proceedings*, 38:2831-2834.
- Yörük, Ö., Keleş, M., Uyanık, A., Özkan, Ö., Bingöl, F., Emre, H., Kantarcı, R., Bilen, Y., Çetinkaya, R., Aktan, B.** (2007). Böbrek Nakli Olan Hastalarda Kulak Burun Boğaz Bulguları. *EAJM*, 39: 8-10
- Yürügen, B.** (1982). Düzenli Hemodiyaliz Tedavisinin Meydana Getirdiği Davranış Değişiklikleri. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

## 8. EKLER

### EK-1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VERİ TOPLAMA FORMU

1. Yaş: .....
2. Cinsiyet:  Kadın  Erkek
3. Eğitim Durumu:  Okur-yazar değil  Okur-yazar  İlkokul  
 Ortaokul  Lise  Üniversite ve üzeri
4. Medeni Durumu:  Evli  Bekâr  Evlenmiş boşanmış
5. Aile tipi:  Çekirdek aile  Geniş aile  Parçalanmış aile
6. Meslek:  Ev hanımı  İşçi  Memur  Serbest meslek  
 Emekli
7. Organ nakli sürecine ilişkin sağlık personeli tarafından bilgilendirildiniz mi?  
 Evet  Hayır
8. Yanıtınız evet ise ne kadar yeterli oldu?  Yeterli  Kısmen yeterli  Yetersiz
9. Nakil sonrası işe devam etme durumu:  Evet  Hayır
10. Hayır ise nedeni:  İş değiştirme  İş bırakma  Emekli olma
11. Gelir durumu:  Gelir yüksek  Gelir-gider denk  Gelir düşük
12. Böbrek yetmezliğine götüren nedeni biliyor musunuz?  
 Hipertansiyon  Diyabet  Kronik glomerulonefrit  Polikistik B. Hast.  
 Kronik piyelonefrit  Enfeksiyonlar  Bilmiyorum
13. Kaç yıldır kronik böbrek yetmezliği hastasıınız ? .....
14. Hiç diyaliz tedavisi gördünüz mü?  Evet  Hayır
15. Ne kadar zamandır diyaliz tedavisi görüyorsunuz? .....
16. Hangi tür diyaliz tedavisi gördünüz?  Hemodiyaliz  Periton diyalizi
17. Transplantasyon tarihi (Transplantasyondan itibaren geçen zaman)  
.....
18. Donör tipi:  Canlı donör  Kadavra donör
19. Organ naklinden sonra gelişebilecek komplikasyonları (Rahatsızlıkları ) biliyor musunuz?  Evet  Hayır

20. Transplantasyon sonrası kullanılan immünsüpresif ilaçlar;

Siklosporin;... Mg x... / gün

Takrolimus;.... Mg x... / gün

Sirolimus;... Mg x... / gün

Kortikosteroid;... Mg x... / gün

21. Sürekli kullanılan ilaçlar;

Antiviral ilaçlar;.....

Antifungal ilaçlar;.....

Antihipertansif ilaçlar;.....

Antidiyabetik ilaçlar;.....





## EK-2. İMMÜNSÜPRESİF İLAÇ KULLANIMINA UYUM ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı,

Vücudunuzun size nakledilen organı reddetmemesi ve reaksiyon göstermemesi amacıyla bağışıklık sisteminizin bir miktar zayıflatılması gerekmektedir. Bu amaçla kullanılan ilaçlara “immünsüpresif ilaçlar” denmektedir. Bu ilaçlar vücudunuzun nakledilen organı kabul etmesini ve organın normal işlev görmesini sağlayan ilaçlardır.

Ölçekte yer alan ifadeler sizin immünsüpresif ilaçlarınıza uyumunuz ile ilgilidir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur, lütfen sizin için en uygun olan seçeneği seçiniz.

<b>Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra size uygun olan tanımlama için (X) işareti koyunuz.</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Her zaman</b>
1. İmmünsüpresif ilacınızı almayı unuttuğunuz olur mu?					
2. Kendinizi iyi hissettiğinizde doktorunuza danışmadan immünsüpresif ilaç almayı bıraktığınız olur mu?					
3. Günlük uğraşlarınız (okul ya da iş gibi) nedeniyle immünsüpresif ilaç saatini aksattığınız ya da dozunu kaçırdığınız olur mu?					
4. Almayı unuttuğunuz immünsüpresif ilacınızı hatırladığınızda (2-3 saat içinde) hemen alır mısınız?					
5. İmmünsüpresif ilaçlarınız tükendiğinde yenisini almayı geciktirdiğiniz olur mu?					
6. İmmünsüpresif ilaç aldığınız saatleri yemek saatinize göre ayarlar mısınız?					
7. Her gün İmmünsüpresif ilaç kullanmak sizi zorladığı için ilaçlarınızı almayı aksattığınız olur mu?					
8. Çok sayıda İmmünsüpresif ilaç kullanmak sizi zorladığı için ilaçlarınızı almayı aksattığınız olur mu?					

<b>Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra size uygun olan tanımlama için (X) işareti koyunuz.</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
9. Geçtiğimiz iki haftayı düşünürsek İmmünsüpresif ilaç dozlarınızı önerilenden daha az aldığınız oldu mu?		
10. Geçtiğimiz iki haftayı düşünürsek İmmünsüpresif ilaç dozunuzu kaçırdığınız / atladığınız oldu mu?		
11. Geçtiğimiz iki haftayı düşünürsek İmmünsüpresif ilacınızı normal zamanından birkaç saat önce ya da sonra aldığınız oldu mu?		

### EK-3. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız  
Mükemmel 1 Çok iyi 2 İyi 3 Orta 4 Kötü 5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi 1

Geçen seneden biraz daha iyi 2

Geçen sene ile aynı 3

Geçen seneden biraz daha kötü 4

Geçen seneden çok daha kötü 5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sınırlı hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız.

	EVET	HAYIR
a. İş ya da diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İstedığınızden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya guruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç 1 Çok az 2 Orta derecede 3 Biraz 4 Oldukça 5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç 1 Çok az 2 Orta 3 Çok 4 İleri derecede 5 Çok şiddetli 6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç 1 Çok az 2 Orta 3 Çok 4 İleri derecede 5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin. Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman 1 Çoğu zaman 2 Bazı zamanlarda 3 Çok az zaman 4 Hiçbir zaman 5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c.Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d.Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

## EK-4. SANKO ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bir anket çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma nedeniyle herhangi bir ek maliyet alınmamakta ve size de ek ücret ödenmemektedir.

**Çalışmanın Adı:** Böbrek Transplantasyonu (Nakli) Yapılan Hastaların İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi

**Çalışmanın Konusu ve Amacı:** Çalışmanın konusu, Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi.

Araştırmanın amacı, Böbrek Transplantasyonu yapılan hastaların İmmünsüpresif ilaç kullanımına uyum (İSİKU) düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesidir.

**Çalışma Yöntemi:** Araştırma tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

**Çalışmaya Katılmanın Olası Yararları:** Böbrek Transplantasyonunda İmmünsüpresif ilaç kullanımına etki eden faktörlerin öneminin belirlenmesi ve yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmesidir.

**Soru ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler:** Hatice GÜZEL

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri çalışmayı yürüten araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Veli / Vasinin Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Tanık Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

Araştırmacı Adı Soyadı:	Hatice GÜZEL	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Tel: 0544 677 05 16	

## EK-5. İMMÜNSÜPRESİF İLAÇ KULLANIMINA UYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

The screenshot shows an Outlook web interface. The email is titled "RE: TEZ İZİN" and is from zeliha özdemir <ozdemir.z@hotmail.com> dated 1.6.2016 (Çar), 15:13. The email content includes a Word document attachment titled "İMMÜNSÜPRESİF İLAÇ ..." (20 KB). The main text of the email reads: "Sayın Hatice Güzel, Yüksek Lisans tez çalışmamda "İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği" ni kullanabilirsiniz. Ölçeği ve ölçeğin kullanım yönergesini ekte gönderiyorum. İlginiz için teşekkür ederim. Çalışmamda başarılar diliyorum." Below this, the sender's contact information is provided: "Dr. ZELİHA ÖZDEMİR, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD". The email footer contains the following information: "From: hguzel8080@hotmail.com, To: ozdemir.z@hotmail.com, Subject: TEZ İZİN, Date: Wed, 1 Jun 2016 11:25:40 +0000". A final paragraph states: "Sayın Zeliha Hocam; Ben Gaziantep Sanko Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği bölümünde Yüksek Lisans yapmaktayım. 2015 yılında sizin yapmış olduğunuz doktora tezinizde geliştirmiş olduğunuz immünsupresif ilaç kullanıma uyum ölçeğini kullanmak üzere izin talebinde bulunmaktayım. İlgili ve desteğiniz için şimdiden çok teşekkür ediyorum. İyi çalışmalar..."

Office 365 Microsoft

İş bilgisayarınızın otomatik olarak yedeğini almak ister misiniz?

OneDrive İş ile 1000 GB yedekleme alanı ayda 18,20 TL'den başlayan fiyatlarla.

Hemen alın

TR 10:31 07.07.2017

## EK-6. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

The screenshot displays an Outlook web interface. The main content area shows an email from Omer Aydemir (soaydemir@hotmail.com) to Hatice Güzel (hguzel8080@hotmail.com) with the subject "Re: Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İçin İzin Talebi". The email body contains a request for permission to use the SF-36 Life Quality Scale in a research project. The interface includes a left sidebar with folders like "Gelen Kutusu" and "Gönderilmiş Öğeler", a top navigation bar with "Yeni", "Yanıtla", "Sil", etc., and a Windows taskbar at the bottom with various application icons and a system tray showing the date and time (10:52, 07.07.2017).

Outlook Posta

Posta ve Kişilerde ara

Yeni | Yanıtla | Sil | Arşivle | Gereksiz | Süpür | Taşı | Kategoriler | Geri al

Klasörler

- Gelen Kutusu 1
- Gereksiz E-posta 17
- Taslaklar 78
- Gönderilmiş Öğeler
- Silinmiş Öğeler 4
- Arşiv
- RSS Akışları

Re: Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İçin İzin Talebi

Omer Aydemir <soaydemir@hotmail.com>  
Bugün, 10:50  
Siz

Sayın Hatice Güzel,  
Tez çalışmanızda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum.  
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.  
Prof. Dr. Ömer Aydemir  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi

From: Hatice Güzel <hguzel8080@hotmail.com>  
Sent: Friday, July 7, 2017 10:41 AM  
To: soaydemir@hotmail.com  
Subject: Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İçin İzin Talebi

Merhaba hocam, ben Hatice GÜZEL. SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları hemşireliği Yüksek lisans Programı öğrencisiyim. "Börek Nakli Yapılan Hastaların İmmün Süpresif İlaç Kullanımına uyum ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmamda SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği kullanımı için izninizi talep ediyorum. Saygılarımla....

Yeni Opel  
INSIGNIA  
Hemen Keşfet!

10:52  
07.07.2017








## EK-7. ETİK KURUL İZİNİ

### SANKO ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	<b>Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların İmmünespresif İlaç Kullanımına Uyum ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi</b>
	Sorumlu Araştırmacı	<b>Doç. Dr. Medet KORKMAZ</b>
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	Başvuru Tarihi	29.09.2016
	Araştırmanın Türü	İlaç dışı klinik araştırma, hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma
	Katılan Merkezler	Tek Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: <b>2016/03</b>	Karar No: <b>5</b>	Tarih: <b>21.10.2016</b>
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin <b>uygun olduğuna oy birliği</b> ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Aysel GÜVEN BAĞLA Başkan Yardımcısı	Histoloji ve Embriyoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Üye	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X		X	KATILMADI
Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi		X		X	X		
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Tıp Fakültesi		X		X	X		
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X		X	KATILMADI
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		



## EK-8. KURUM ÇALIŞMA İZNI

25.10.2016


SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında İç Hastalıklar Hemşireliği Bölümünde Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice Güzel'in Organ Nakil Bölümümüzce takip edilen hastalarla yapılmak istenen " Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tezin yapılmasında ve daha sonra verilerin kullanılmasında sakınca yoktur.

Saygılarımla

Prof. Dr. M. Fatih Yüzbaşıoğlu  
Organ Nakil Merkez Sorumlusu

## EK-9. TEZ İNTİHAL RAPORU

	<p>T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU</p>	<p>TEZ FORM 2</p>
---	--	---------------------------

### I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Hatice Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Soyadı : GÜZEL Programı : Hemşirelik (Tezli)  
Öğrenci No : 151101002 Statüsü :  Yüksek Lisans  Doktora

### II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ  
Tez Adı : Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum ve Yaşam KalitesiDüzeylerinin Belirlenmesi

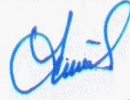
Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 75 sayfalık kısmına ilişkin, 13/07/2017 tarihinde URKUND adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil % 6'dır.

Uygulanan filtrelemeler:

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Onay Sayfası hariç  | <input checked="" type="checkbox"/> Simge ve Kısaltmalar İçindekiler hariç |
| <input checked="" type="checkbox"/> Önsöz hariç   | <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> İçindekiler hariç   | <input checked="" type="checkbox"/> Özgeçmiş                               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Beş kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç |  |

### ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR



Duygu ALANGİL  
Enstitü Sekreteri  
13.07.2017

#### ACIKLAMA

\*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (URKUND) raporunu alarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.  
\*Rapordaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

## EK-10. ÖZGEÇMİŞ



<b>Adı</b>	Hatice	<b>Soyadı</b>	GÜZEL
<b>Doğum Yeri</b>	Osmaniye	<b>Doğum Tarihi</b>	09.08.1984
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Telefon</b>	0544 – 677 05 16
<b>E-mail</b>	hguzel8080@hotmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	SANKO Üniversitesi	2017
<b>Lisans</b>	Çukurova Üniversitesi	2006

### İş Deneyimi

	<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
<b>1</b>	Kalp Damar Cerrahisi Servis Hemşiresi	Özel Sani Konukoğlu Hastanesi	2007 - 2011
<b>2</b>	Transplantasyon Kliniği Sorumlu Hemşire	Özel Sani Konukoğlu Hastanesi	2011 - 2015
<b>3</b>	Organ Nakil Koordinatörü	Özel Sani Konukoğlu Hastanesi	2013- Devam Ediyor

<b>Yabancı</b>	<b>Girdiği Ulusal Sınav Adı</b>	<b>Girdiği Uluslararası Sınav</b>
İNGİLİZCE	YÖK DİL-45	

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	65.264	61.728	55.123
<b>(Diğer) Puanı</b>			

<b>Bilgisayar Program Bilgisi</b>	<b>Kullanma Becerisi*</b>
Microsoft Office	İyi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

**Yayımlar:** Diğer Bilimsel Faaliyetler (yayın, kongre bildirisi vs.)

## **ALDIĞI EĞİTİMLER**

Leonardo da Vinci / AB ülkelerinde Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Bakım Hizmetlerinin Farkındalıkları
Leonardo da Vinci / Bavyera ve Almanya'da Eğitim Sistemi
Türkiye Organ Nakli Kuruluşları koordinasyon Derneği VII. Kongresi Transplantasyon Hemşireliği Kursu
Fresenius Medical Care Cihaz ve Online Plus Modül Kullanıcı Eğitimi Kursu
Türkiye Organ Nakli Kuruluşları koordinasyon Derneği IX. Kongresi Organ Nakli Hemşireliği Kursu
Etkili İletişim ve Motivasyonu Eğitimi

## **ESERLER**

### **A.Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:**

1. Guzel H, Oskay K, Çetin D, Beyazyıldız E, Kahveci K, Güvence N. “Attitude and Approach off people who live in Southeeastern Anatolia Region on Tissue and Organ Transplantation”. Transplat Proc. Apr; 45(3).2013
2. Uysal E, Gurer OA, Yuzbasioglu MF, Guzel H, Ulutasdemir N, Dokur M. ‘Evaluation of renal transplantations performed in the Transplantation Center at Sanko University Medical School’, Transplant Proc. 2015 May;47(4):1117-21.

### **B. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler:**

### **C.Yazılan Uluslararası Kitaplar veya Kitaplarda Bölümler:**

### **D.Ulusal Hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:**

1. Hemşirelikte akılcı ilaç kullanımı (Proje kabul edildi)

### **E. Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler:**

1. Guzel H, Çetin D, Güvence N, Karabulut I. “Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan insanların organ ve doku bağıışı hakkındaki tutum ve davranışı”. Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği IX. Kongresi. Transplantasyon 2012. P104, S23,:26-29 Eylül 2012.
2. Guzel H, Çetin D, Güvence N. “Transplantasyon yapılan hastaların eğitilmesi sonucunda hemşirelik bakımının hasta sağ kalımına etkisi” Türkiye Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği IX. Kongresi. Transplantasyon 2012. P103, S18,:26-29 Eylül 2012.

## **KATILDIĞI KURS VE SEMİNERLER**

- 2010 Osmangazi Üniversitesi Transplantasyon Hemşireliği Kursu
- 2011 Akdeniz Üniversitesi Organ Nakli Hemşireliği Katılım Kursu
- 2011 Fresenius Medikal (Hemodiyaliz Cihazı) Kullanıcı EĞitimi Sertifikası
- 2012 Bursa Transplantasyon Katılım Belgesi
- 2013 Almanya Eckert Schulen Katılım Sertifikası
- 2013 Ardemssoft Education Center Sertifikası

## **HOBİLER**

Kitap okumak, gezmek, yüzmek, araba kullanmak.

