



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



DOKTORA TEZİ

BÖBREK NAKLİ YAPILAN BİREYLERDE ÖZ YÖNETİM VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLER: KARMA YÖNTEM ÇALIŞMASI

ŞERİFE GÖZDE TÜTÜNCÜ

DANIŞMAN
PROF. DR. AYFER ÖZBAŞ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2022

TEZ ONAYI

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 25.05.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora
Programı Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Nuray AKYÜZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Neriman AKYOLCU
İstinye Üniversitesi
Sağlık Bilimler Fakültesi

Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR
Atlas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

**ŞERİFE GÖZDE TÜTÜNCÜ**

İTHAF

Canım anneme, babama, eşime, kardeşime

ve

tüm organ nakli alıcı ve vericilerine

ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Doktora tezimin her aşamasında ve lisansüstü eğitimim boyunca desteğini her zaman hissettiğim danışmanım, sayın hocam Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ'a,

Tez izlem sürecinde değerli bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım sayın hocalarım Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR ve Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK'e,

Lisansüstü eğitim sürecimde, akademik ve kişisel gelişimimde, öğrencileri olduğum ilk günden bu yana yaşamımın her aşamasında yol gösteren, ılık olan sayın hocalarım Prof. Dr. Nevin KANAN ve Prof. Dr. Neriman AKYOLCU'ya,

Lisansüstü eğitim yaşamımı sürdürdüğüm ve araştırma görevliliği sürecimin büyük bölümünde bulunduğum İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda eğitim aldığım öğretim üyeleri sayın hocalarım Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN, Doç. Dr. Nuray AKYÜZ, Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU'na,

Desteklerini her zaman hissettiren arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Gönül YILMAZ DÜNDAR, Dr. Öğr. Üyesi Zeynep ÇELİK TEMİZ ve Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KARAMAN başta olmak üzere, beraber eğitim aldığım, beraber çalıştığım, bu yolda paylaşımım olan tüm arkadaşlarıma,

Tez sürecimi yürütürken yöntemsel pek çok konuda destek veren, sorularımı cevaplamak için birçok kez değerli vaktini ayıran başta Öğr. Gör. Dr. Yasin ALTINIŞIK, Dr. Öğr. Üyesi Adeviye AYDIN, Doç. Dr. İbrahim DEMİRCİ olmak üzere, Sinop Üniversitesi'nde görev aldığım süre boyunca iş ve eğitim sürecimde desteklerini hissettiren tüm hocalarıma ve birlikte çalıştığım tüm çalışma arkadaşlarıma,

Tezimin yöntemsel ve çeviri süreçlerinde çeviri ekibinde, uzman görüşü sürecinde ve diğer aşamalarda yer alan, emek ve katkı sunan tüm hocalarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm böbrek nakli alıcılarına,

Araştırmanın uygulandığı süre boyunca desteğini esirgemeyen İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Prof. Dr. Necdet Koçak Transplantasyon Polikliniği'nde görev yapan hemşire, hekim ve tüm çalışanlara,

İlkokuldan başlayarak hayatımın pek çok aşamasında yanımda olan, kaygımı kaygısı, mutluluğumu mutluluğu sayan canım arkadaşım Olcay Hatice ÖZCAN'a,

Tezimin her sürecinde yanımda olmasının dışında, hayatımın her aşamasında, iyi ve kötü tüm anlarımda yanımda olduğunu hissettiren canım arkadaşım Dr. Öğr. Üyesi Hürrem AYHAN'a,

Bugünlere gelebilmem için büyük emek veren, tüm yaşamımda deneyimlerimi, heyecanımı, kaygılarımı benimle birlikte kalpten hissederek paylaşan, varlıklarıyla bana güç veren canım ailem; annem Nesime TOHUMAT'a, babam Mircan TOHUMAT'a, kardeşim Burak TOHUMAT'a ve ağabeylerim Recep ve Yener TOHUMAT'a,

Hayatıma girdiği andan itibaren her konuda olduğu gibi eğitim sürecimde de büyük özveriyle her zaman beni destekleyen, hayatı bana kolaylaştıran, her duygumu paylaşan, hayatıma girmesi en büyük teşekkürüm olan canım eşim Hakan TÜTÜNCÜ'ye,

Hayatımın tüm aşamalarında ve eğitim sürecimde emeği olan ismini sayamadığım herkese, tüm içtenliğimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	Vİİ
TABLolar LİSTESİ.....	Xİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİİ
KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİİ
ÖZET	XV
ABSTRACT.....	XVİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Böbrek Naklinin Tarihsel Gelişimi	4
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Böbrek Naklinin Durumu	5
2.3. Nakil Tipleri.....	5
2.4. Böbrek Nakli Endikasyonları.....	6
2.5. Böbrek Nakli Kontrendikasyonları	6
2.6. Nakil Öncesi Dönem.....	7
2.6.1. Verici (donör) Seçimi ve Hazırlığı.....	7
2.6.2. Alıcı Seçimi ve Hazırlığı.....	7
2.6.3. Transplantasyon İmmünolojisi.....	10
2.7. Nakil Sırası Dönem.....	11
2.7.1. Böbreğin Çıkarılması	11
2.7.2. Organın Korunması.....	12
2.7.3. Donör Böbreğin Alıcıya Nakli	12
2.8. Nakil Sonrası Dönem.....	13
2.8.1. Nakil Sonrası Kullanılan İlaçlar.....	13
2.8.2. Nakil Sonrası Komplikasyonlar	14
2.8.2.1. Cerrahi Komplikasyonlar	15
2.8.2.2. Tıbbi Komplikasyonlar	16
2.9. Hemşirelik Bakımı	19

2.9.1. Ameliyat Öncesi Bakım	20
2.9.2. Ameliyat Sırası Bakım	20
2.9.3. Ameliyat Sonrası Bakım	21
2.9.4. Taburculuk ve Evde Bakım.....	23
2.10. Böbrek Nakli Yapılan Bireylerde Öz Yönetim.....	27
2.10.1. Öz Yönetim Kavramı, Tanımı, Boyutları	27
2.10.2. Böbrek Nakli Sonrası Öz Yönetim Süreci	29
2.10.3. Böbrek Nakli Sonrası Öz Yönetim Sürecinde Hemşirenin Rolü	30
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	34
3.2. Araştırma Soruları.....	34
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	35
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	35
3.4.1. Araştırmanın Evreni.....	35
3.4.2. Araştırmanın Örneklemi	35
3.4.2.1. Araştırmanın ilk aşamasının örnekleme	36
3.4.2.2. Araştırmanın ikinci aşamasının örnekleme.....	36
3.5. Etik ve Yasal Gereklilikler.....	38
3.6. Veri Toplama Yöntemleri	38
3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu.....	39
3.6.2. Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği (BNÖYÖ).....	39
3.6.3. Böbrek Nakli Yapılan Bireylerle Görüşme Formu	40
3.7. Araştırma Planı/ Süreci	40
3.8. Araştırmanın Uygulanması	41
3.8.1. Birinci Aşamanın Uygulanması	42
3.8.2. İkinci Aşamanın Uygulanması.....	47
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	47
3.10. Araştırmanın Kazanımları.....	48
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	49
4. BULGULAR.....	50
4.1. “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları.....	51
4.1.1. “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin Dil ve Kapsam Geçerliği Bulguları ...	51
4.1.2. “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin Yapı Geçerliği Bulguları	52

4.1.3. “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin Güvenirlik Bulguları.....	56
4.2. Böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özellikleri, böbrek nakli öz yönetim ölçeği toplam puan ortalamaları ve tanıtıcı özelliklere göre ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulgular	60
4.3. Böbrek nakli yapılan bireylerin, nakil sonrası öz yönetim sürecindeki deneyimlerine ilişkin bulgular (nitel)	73
4.3.1. Öz Yönetim Sürecinde Motive Ediciler.....	75
4.3.1.1. Destek Sistemleri	75
4.3.1.2. Nakil Öncesi Sağlık Sorunlarının/ Diyalizin Tekrar Yaşanmasını İstememe	77
4.3.1.3. Kronik Bir Süreci Yönetmeye Alışkın Olma	78
4.3.1.4. Sağlığı ile İlgili Korku Duyma.....	79
4.3.1.5. İkinci Nakille Gelen Deneyim, Farkındalık ve Motivasyon Artışı.....	81
4.3.2. Öz Yönetim Sürecinde Engelleyiciler.....	83
4.3.2.1. Nakil Sonrası Komplikasyonlar	83
4.3.2.2. Süreçteki Sorunlar Nedeniyle Motivasyon Bozukluğu/ Tükenmişlik	84
4.3.2.3. Yeterli ve Anlaşılır Bilgi Verilmemesi	85
4.3.2.4. Küçük Yaşta Olma/ Farkında Olmama	86
4.3.2.5. İlerleyen Dönemde Rahatlama	87
4.3.2.6. Nakil Merkezine Uzak Mesafede Olma	88
4.3.2.7. İlaç Yönetiminde Zorlanma ve Unutkanlık.....	88
4.3.2.8. Pandeminin Olumsuz Etkileri	89
4.4. Nicel ve nitel sonuçların birlikte değerlendirilmesine ilişkin bulgular.....	91
5. TARTIŞMA	93
5.1. Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması	94
5.2. Böbrek Nakli Yapılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine ilişkin Bulguların Tartışılması	99
5.3. Böbrek nakli yapılan bireylerin BNÖYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması.....	105
5.4. Böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre öz yönetim düzeyleri (nicel) ile öz yönetim sürecine yönelik deneyimlerine ilişkin bulguların (nitel) tartışılması.....	107
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	128

KAYNAKLAR	130
FORMLAR	148
ETİK KURUL KARARI	159
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	162
ÖZGEÇMİŞ	163



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Böbrek nakli alıcı adaylarına yapılan tanı testleri

Tablo 2-2: Böbrek nakli öz yönetim desteği önerileri

Tablo 3-1: KTSM Scale alt ölçekleri ve ölçek maddeleri

Tablo 3-2: Çalışma süreci

Tablo 4-1: Ölçek maddelerinin uzman görüşleri doğrultusunda hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksleri (KGİ)

Tablo 4-2: BNÖYÖ 16 birinci düzey çok faktörlü DFA model uyum indeksleri

Tablo 4-3: BNÖYÖ katılımcılar için madde toplam puan korelasyon değerleri

Tablo 4-4: BNÖYÖ birinci düzey çok faktörlü DFA model uyum indeksleri (2)

Tablo 4-5: BNÖYÖ birinci düzey çok faktörlü DFA model uyum indeksleri (3)

Tablo 4-6: BNÖYÖ güvenirlik sonuçları

Tablo 4-7: BNÖYÖ ilk test ve tekrar test sonuçları (N=40)

Tablo 4-8: Ölçeğin ve alt boyutlarının ilk test ve tekrar test ölçümleri arasındaki ilişki

Tablo 4-9: BNÖYÖ alt boyutlarının katılımcılar için madde analizi sonuçları

Tablo 4-10: Böbrek nakli olan bireylerin tanıtıcı özellikleri (N=180)

Tablo 4-11: BNÖYÖ puan ortalamaları (N=180)

Tablo 4-12: Böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre BNÖYÖ puan ortalamaları (N=180)

Tablo 4-13: Nitel görüşmelere katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri

Tablo 4-14: “Öz Yönetim Sürecinde Motive Ediciler” temasına ait katılımcı yoğunluğu

Tablo 4-15: “Öz Yönetim Sürecinde Engelleyiciler” temasına ait katılımcı yoğunluğu

Tablo 4-16: Nicel ve nitel aşamada elde edilen bulguların birlikte değerlendirilmesi

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1: BNÖYÖ birinci düzey çok faktörlü DFA model (1)

Şekil 4-2: BNÖYÖ birinci düzey çok faktörlü DFA model (2)

Şekil 4-3: Kavram haritası

Şekil 4-4: “Öz Yönetim Sürecinde Motive Ediciler” temasına ait model

Şekil 4-5: “Öz Yönetim Sürecinde Engelleyiciler” temasına ait model



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD:	Anabilim Dalı
ABY:	Akut Böbrek Yetmezliği
AFA:	Açıklayıcı Faktör Analizi
ATG:	Antitimosit Globulin
BNÖYÖ:	Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği
CFI:	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı uyum indeksi)
CMV:	Sitomegalovirüs
CVI:	Content Validity Index
DFA:	Doğrulamalı Faktör Analizi
DM:	Diyabetes Mellitus
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
EAU:	European Association of Urology
EBV:	Epstein Barr Virüsü
EKG:	Elektrokardiyogram
ERBP:	European Renal Best Practice/ Avrupa Renal En İyi Uygulama
FMF:	Ailevi Akdeniz Ateşi (Familial Mediterranean Fever)
GFI:	Goodness of Fit Index (Uyum iyiliği indeksi)
GİS:	Gastrointestinal Sistem
HD:	Hemodiyaliz
HLA:	Human Lökosit Antijen
HSV:	Herpes Simpleks
HT:	Hipertansiyon
HÜS:	Hemolitik Üremik Sendrom
IFI:	Incremental Fit Index (Artan uyum indeksi)
İ.T.F.:	İstanbul Tıp Fakültesi
İ.Ü:	İstanbul Üniversitesi
KBH:	Kronik Böbrek Hastalığı
KBY:	Kronik Böbrek Yetmezliği
KDIGO:	Kidney Disease: Improving Global Outcomes

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

KTSM: Kidney Transplant Self Management Scale

KDH: Kalp-Damar Hastalığı

MHC: Majör Doku Uyumu (Histokompatibilite) Kompleksi

NFI: Normed Fit Index (Normlaştırılmış uyum indeksi)

NNFI: Non-Normed Fit Index (Normlaştırılmamış uyum indeksi)

PRA: Panel Reaktif Antikor Testi

PSA: Prostatik Spesifik Antijen

PTH: Paratiroid Hormonu

RCC: Renal Hücreli Karsinom

RFI: Relative Fit Index

RMSEA: Root Mean Square Error Of Approximation (Yaklaşık hataların ortalama karekökü)

SDBY: Son Dönem Böbrek Yetmezliği

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SRMR: Standardized Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü)

SVB: Santral Venöz Basıncı

TDİS: Transplantasyon, Diyaliz ve İzlem Sistemleri

TRAS: Transplant Renal Arter Stenoza

VUR: Vezikoüreteral Reflü

ÖZET

Tütüncü, Ş.G. (2022). Böbrek Nakli Yapılan Bireylerde Öz Yönetim ve İlişkili Faktörler: Karma Yöntem Çalışması. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Giriş: Böbrek nakli alıcılarında nakil sonrası sonuçların sürdürülmesinde, alıcıların öz yönetim rejimine uyumu önemlidir.

Amaç: Böbrek nakli yapılan bireylerin, nakil sonrası öz yönetim düzeylerini ve öz yönetimle ilişkili deneyimlerini belirlemek amacıyla uygulandı.

Yöntem: Araştırmada öncelikle “Kidney Transplant Self-Management Scale”ın Türk dili ve kültürüne uyarlanma süreci metodolojik olarak gerçekleştirildi. İkinci aşama, böbrek nakli alıcılarının nakil sonrası öz yönetim düzeylerini (nicel) ve öz yönetime yönelik deneyimlerini (nitel) belirlemek amacıyla, karma yöntem tasarımı (mix-method) kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular: “Böbrek nakli öz yönetim ölçeği (BNÖYÖ)”nin Türk dili ve kültüründe kullanılabilecek, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptandı. Yeni bir örnekleme uygulanan ölçekte, en düşük puanın “cilt kanserinin önlenmesi”, en yüksek puanın “nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” alt boyutlarında olduğu belirlendi. Çalışmanın nicel bölümünde; *yaşanan şehir, toplam nakil sayısı, diyaliz süresi, ilk ameliyat yaşı, nakil sonrası süre, eğitim alma durumu ve nakil sonrası hastaneye yatış sayısına* göre BNÖYÖ toplam puanlarında anlamlı düzeyde farklılık saptandı. Çalışmanın nitel bölümünde veriler; “öz yönetim sürecinde motive ediciler ((1) *destek sistemleri*, (2) *nakil öncesi sağlık sorunlarının/ diyalizin tekrar yaşanmasını istememe*, (3) *kronik bir süreci yönetmeye alışkın olma*, (4) *sağlığı ile ilgili korku duyma*, (5) *ikinci nakille gelen deneyim, farkındalık ve motivasyon artışı*)” ve “öz yönetim sürecinde engelleyiciler ((1) *nakil sonrası komplikasyonlar*, (2) *süreçteki sorunlar nedeniyle motivasyon bozukluğu/ tükenmişlik*, (3) *ilaç yönetiminde zorlanma ve unutkanlık*, (4) *yeterli ve anlaşılır bilgi verilmemesi*, (5) *küçük yaşta olma/ farkında olmama*, (6) *ilerleyen dönemde rahatlama*, (7) *nakil merkezine uzak mesafede olma*, (8) *pandeminin olumsuz etkileri*)” olmak üzere iki tema altında toplandı.

Sonuç: Böbrek nakli alıcılarında öz yönetim davranışlarının pek çok faktörden etkilendiği belirlendi. Öz yönetim davranışlarında rol oynayan durumların, motive edici ve engelleyici deneyimleri içerdiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Organ nakli, böbrek nakli, öz yönetim, hemşirelik, karma yöntem

ABSTRACT

Tütüncü, Ş.G. (2022). Self-management and Related Factors in Kidney Transplantation Patients: A Mixed Method Study. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Surgical Nursing Department. Doctoral Dissertation. Istanbul.

Background: Adherence to the self-management regimen is important in maintaining post-transplant outcomes in kidney transplant recipients.

Aims: It was applied to determine the post-transplant self-management levels and self-management-related experiences of individuals with a kidney transplant.

Methods: In the research, first of all, the adaptation process of the "Kidney Transplant Self-Management Scale" to the Turkish language and culture was carried out methodologically. The second phase was carried out using a mixed method design to determine the post-transplant self-management levels (quantitative) and self-management experiences (qualitative) of kidney transplant recipients.

Results: It has been determined that the “Kidney Transplant Self-Management Scale (Turkish version)” is a valid and reliable scale that can be used in Turkish language and culture. In the scale applied to a new sample, it was determined that the lowest score was in the "skin cancer prevention" and the highest score was in the sub-dimensions of "ownership of post-transplant self-care". In the quantitative part of the study; a significant difference was found in the total scores of KTSM according to the city where they lived, the total number of transplants, the duration of dialysis, the age at the first surgery, the time after the transplant, educational attainment and the number of hospitalizations after the transplant. Data in the qualitative part of the study; “motivators in the self-management process ((1) support systems, (2) not wanting to re-experiencing of pre-transplant health problems / dialysis treatment, (3) being used to managing a chronic process, (4) being afraid of their own health-related issues, (5) experience with second transplant, awareness and motivation increase)” and “inhibitors in the self-management process ((1) post-transplant complications, (2) motivation loss/ burnout due to problems in the process, (3) difficulty and forgetfulness in drug follow-up, (4) lack of adequate and understandable information (5) being at a young age/ unawareness, (6) relief in the future, (7) being far from the transplant center, (8) negative effects of the pandemic, grouped under two themes.

Conclusion: It was determined that self-management behaviors on kidney transplant recipients were affected by many factors. It was determined that the situations which play a role in self-management behaviors include motivating and inhibiting experiences.

Key Words: Transplantation, kidney transplantation, renal transplantation, self-management, nursing, mix-method

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Canlı ya da kadavradan alınan insan böbreğinin cerrahi yöntemle hasta bireye nakledilmesi olarak tanımlanan böbrek nakli, son dönem böbrek yetmezliği olan birçok hastada tercih edilen tedavi yöntemidir (Üstündağ ve ark. 2007; Schmid-Mohler ve ark. 2014; Kuwaiti ve ark. 2017; Ndemera ve Bhengu 2017). Dünya’da 2017 yılında toplamda 65,116 hastaya böbrek nakli yapıldığı, bunların 20,638’inin ABD’de gerçekleştirildiği bildirilmektedir (The Global Database on Donation and Transplantation, 2018). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Transplantasyon, Diyaliz ve İzlem Sistemleri (TDİS)’nden alınan güncel verilere göre, son 10 yılda (2011-2020) toplam 31,937 hastaya böbrek nakli yapıldığı bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2021).

Böbreğin normal işlevlerini yerine getirmesini sağlayan bir tedavi yöntemi olarak görülen böbrek nakli sonrası bireyler, nakille birlikte yaşamlarının normale dönmesini ve daha fazla aktif olmayı beklerler. Ancak bu süreçte böbrek nakli yapılan bireyler, ilaç tedavisini ve yan etkilerini yönetme, infeksiyon, kalp damar hastalığı ve malignite görülme riskinde artma, sürekli bir rejeksiyon riski ile yaşama ve düzenli izlem ve kontrol zorunluluğu gibi birçok sorunla da karşı karşıyadır (Kasiske ve ark. 2003; Üstündağ ve ark. 2007; Webster ve ark. 2007; Matas ve ark. 2008; Schmid-Mohler ve ark. 2014; Ndemera ve Bhengu 2017).

İmmünsüpresif ilaç tedavisindeki ilerlemelerle birlikte, akut rejeksiyon insidansı azalmış ve kısa vadeli sağ kalım oranları artmış olsa da uzun vadeli sağ kalım oranlarında artış görülmemesi günümüzde hala böbrek nakli sonrası önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (Kosaka ve ark. 2013). Literatürde, böbrek nakli sonrası komplikasyonları önlemek, uygun greft işleyişini ve uzun süreli hasta sağkalımını sağlamak amacıyla, genellikle alıcıların tedavilerine odaklanıldığı belirtilmektedir (De Bleser ve ark. 2009; Schmid-Mohler ve ark. 2014; Low ve ark. 2015; Grijpma ve ark. 2016; Ndemera ve Bhengu 2017). Böbrek nakil sonuçları, sadece immünsüpresif faktörlerle değil, aynı zamanda bu sürece uyum sağlanamaması ve nakil sonrası kronik böbrek hastalığı (KBH) gibi immünsüpresif olmayan faktörlerle de ilişkilidir. Kronik bir durumla yaşamaya devam eden böbrek nakli alıcılarında, infeksiyon, kalp-damar hastalıkları ve belirli kanser türlerinin gelişme riski genel popülasyondan daha yüksek olduğundan (Kasiske ve ark. 2003; Webster ve ark. 2007; Matas ve ark. 2008), nakil sonrası hasta sonuçları, büyük

ölçüde, alıcıların riskleri en aza indirmeye yönelik karmaşık ve süreklilik gösteren bir öz yönetim rejimine uyumu tarafından belirlenmektedir. Bu nedenle hastaların nakil sonrası yaşam boyu tedaviyi ve tıbbi izlemleri yönetmeleri ve kendi bakımları için sorumluluk almaları gerekmektedir. Bu amaçla, hastalarda öz yönetim davranışlarının desteklenmesi dünya çapında başarılı sağlık hizmetlerinin önemli bir unsuru olarak kabul edilmiştir (Kosaka ve ark. 2013; Schmid-Mohler ve ark. 2014; Jamieson ve ark. 2016; Ndemera ve Bhengu 2017).

Öz yönetim, “bireylerin, tıbbi yönetim, rol yönetimi ve koşulların duygusal yönetimi ile başa çıkma güvenine sahip olmasını içeren, bir veya daha fazla kronik koşulla yaşamada üstlenmeleri gereken görevler” olarak tanımlanır (Adams ve ark. 2004). Literatürde böbrek nakli alıcılarının, nakil sonrası üstlenmeleri gereken görevler/ öz yönetim önlemleri; ilaçları düzenli kullanma, yan etkileri izleme, rejeksiyon belirtilerini gözlemleme, enfeksiyon kontrolü, yaşamsal bulguları izleme, semptom yönetimi, klinik randevulara düzenli devam etme, yeterli hidrasyonu sürdürme, kendi kendini izleme/ kanser belirtilerini gözlemleme, güneşten korunma, fiziksel aktivite ve egzersiz yapma, sigara ve madde kullanımından uzak durma, sağlıklı beslenme ve az tuzlu, az yağlı ve düşük kolesterolü diyet uygulama olarak belirtilmektedir (Schäfer-Keller ve ark. 2009; Kosaka ve ark. 2013; Schmid-Mohler ve ark. 2014; Jamieson ve ark. 2016; Ndemera ve Bhengu 2017). Bu çoklu öz yönetim gereksinimleri, sağlığın sürdürülmesi ve KBH komplikasyonlarının nüksetmesinin azaltılması için büyük önem taşımaktadır (Kosaka ve ark. 2013).

Literatürde böbrek nakli yapılan bireylerde, öz bakım, öz yeterlilik, uyum gibi konularda yapılan çalışmalara rastlansa da (Weng ve ark. 2010; Lennerling ve Forsberg 2012; Rosoa ve Kruse 2017), bireylerin öz yönetim davranışlarının kapsamlı bir değerlendirme ölçeği kullanılarak çok boyutlu ele alınmadığı, öz yönetime ilişkin tek bir göreve (örneğin, ilaç alımı) veya popülasyona odaklanıldığı (Denhaerynck ve ark. 2007) görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, böbrek nakli olan bireylerin öz yönetim davranışlarının daha çok niteliksel yöntemlerle ele alındığı görülse de (Been-Dahmen ve ark. 2018; Ndemera ve Bhengu 2017), Jamieson ve ark. (2016) tarafından yapılan böbrek nakli alıcılarında öz yönetim tutumlarına ilişkin nitel araştırmaların sistematik incelemesinde, literatürde çeşitli bilgi boşlukları olduğu ve transplant alıcılarının önleyici davranışlarda bulunma ile kalp-damar hastalığı ve cilt kanseri taraması ile ilgili inançları

hakkında pek az şey bilindiği belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise, böbrek nakli olan hastalarda yaşam kalitesi, öz bakım gücü, tedaviye uyum (Sağduyu ve ark. 2006; Üstündağ ve ark. 2007; Gül ve ark. 2010) gibi konular ele alınsa da, öz yönetimi ele alan çalışmaya rastlanmamıştır.

Böbrek nakli alıcılarının öz yönetime ilişkin destek gereksinimlerinin karşılanabilmesi için yeterli ölçüm araçlarına gereksinimleri vardır. Hastaların öz yönetim motivasyonlarını arttırmak ve onlara çabaları hakkında doğru geribildirimler sağlamak için öncelikle kapsamlı bir değerlendirme ölçeği kullanılarak öz yönetim davranışları değerlendirilmelidir (Kosaka ve ark. 2013). Niteliksel çalışmalar ise nakil hastalarının öz yönetim davranışlarını ve tercihlerini etkileyen değerler, bilgi düzeyi ve inançlar gibi faktörler konusunda derinlemesine bilgi sağlayabilir. Öz yönetimle ilgili yapılacak araştırmaların sonuçları, klinik bakıma, karar verme sürecine ve öz yönetim kapasitelerini geliştiren eğitim kaynaklarına ve programlara bilgi oluşturacaktır (Jamieson ve ark. 2016).

Tüm bu nedenlerden dolayı bu araştırma, kronik bir durumla yaşamaya devam eden böbrek nakli alıcılarında nakil sonrası sonuçların, büyük ölçüde alıcıların süreklilik gösteren bir öz yönetim rejimine uyumu tarafından belirlendiği görüşünden yola çıkılarak, böbrek nakli yapılan bireylerde nakil sonrası öz yönetim davranışlarını ve öz yönetimle ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

Son dönem böbrek yetmezliğinin (SDBY) tedavisinde kullanılan başarılı bir yöntem olan böbrek nakli ile (Pazar ve ark. 2013; McDonald 2015; Santos ve ark. 2015) hastaların diyaliz ve katı diyet kısıtlamalarına bağımlı olma durumu ortadan kalkmakta (McDonald 2015), mortalite riski azalmakta, yaşam süresi ve kalitesi artmaktadır (Santos ve ark. 2015; Kaballo ve ark. 2018; Bek ve Cengiz 2020). Ancak, nakil sonrası, enfeksiyon, kalp-damar hastalığı ve malignite gelişimi riski genel popülasyona göre yüksek olduğundan (Kasiske ve ark. 2003; Webster ve ark. 2007; Matas ve ark. 2008), nakil sonrası sağlığın sürdürülmesi ve komplikasyonların azaltılması için, böbrek nakli alıcılarının üstlenmeleri gereken birtakım görevler ve öz yönetim davranışları bulunmaktadır (Schäfer-Keller ve ark. 2009; Kosaka ve ark. 2013; Schmid-Mohler ve ark. 2014; Jamieson ve ark. 2016; Ndemera ve Bhengu 2017).

2.1. Böbrek Naklinin Tarihsel Gelişimi

İnsanda ilk canlı donör böbrek nakli Joseph Murray tarafından 1954'te Boston'da tek yumurta ikizleri arasında yapılmış ve alıcı nakil sonrası 8 yıl yaşamıştır. İlerleyen yıllarda, organ temini ve korunmasına, cerrahi tekniklere, doku tiplmesi ve eşleştirmesine, greft reddinin önlenmesi ve tedavisine, immünsupresif ilaçlara yönelik gelişmeler böbrek transplantasyonunun başarısını önemli ölçüde artırmıştır (Delmonico 2002; Black ve ark. 2018; Diniz ve ark. 2019).

Türkiye’de ilk canlı vericiden böbrek nakli 1975 yılında Mehmet Haberal ve ekibi tarafından gerçekleştirilmiştir (Haberal 1989; Karakayali ve Haberal 2005; Hatipoğlu ve ark. 2017; Akyolcu ve Kula Şahin 2021). 1978’de yine Haberal tarafından Eurotransplant’ın sağladığı organ ile ölen donörden böbrek nakli yapılmış ve 1979 yılında da organ ve dokuların toplanması, saklanması ve nakledilmesine ilişkin ilk ulusal yasa çıkarılmıştır. Sonrasında ise, ilk yerel kadavra donör böbrek nakli de aynı ekip ile gerçekleştirilmiştir (Haberal 1989; Karakayali ve Haberal 2005). Tüm bu gelişmelere karşın, Türkiye’de transplantasyon merkezlerinin kurulması 1990’lı yılları bulmuştur. Şu anda tüm nakil merkezlerinin ve sürecin denetimi Sağlık Bakanlığı’na bağlı organ nakli koordinasyon merkezi tarafından yapılmaktadır (Diniz ve ark. 2019).

2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Böbrek Naklinin Durumu

Böbrek nakli, SDBY olan bireyler için mevcut en iyi tedavi seçeneği olsa da böbrek nakli gereksinimi olan hasta sayısı ile verici sayısı arasındaki eşitsizlik nedeniyle, nakil oranları düşüktür. Her yıl böbrek nakli için bekleyen binlerce kişiden çok az bir kısmına nakil yapılabilmekte; kadavra donörden nakil bekleyen bireyler, bekleme süresi uzadıkça yaşamını yitirebilmektedir (Headley 2014). Organ bağıışı ve nakil faaliyetlerine ilişkin uluslararası veriler incelendiğinde; 2017 yılında, Avrupa Birliği ülkelerinde toplam 21102; Latin-Amerika ülkelerinde ise toplam 12806 böbrek nakli yapıldığı belirtilmektedir. Küresel organ nakli faaliyetlerine yönelik 2016 yılı tahminlerine göre, toplam 89823 böbrek nakli yapıldığı belirtilmektedir. Uluslararası verileri inceleyen aynı bültende, Türkiye’de 2017 yılında yapılan toplam böbrek nakli sayısı ise 3342 olarak belirtilmiş ve bunlardan 2649’unun canlıdan, 693’ünün kadavradan yapıldığına yer verilmiştir (Newsletter Transplant: International figures on donation and transplantation 2017). Sağlık Bakanlığı Transplantasyon, Diyaliz ve İzlem Sistemleri (TDİS)’nden alınan güncel verilere göre ise, Türkiye’de, 2018 yılında 3874 (canlıdan 2967); 2019 yılında 3863 (canlıdan 3050) ve 2020 yılında 2499 (canlıdan 2242) böbrek nakli yapıldığı görülmektedir. Sistemde 2020 yılında böbrek nakli bekleyen birey sayısı ise 20895 olarak belirtilmektedir (<https://organkds.saglik.gov.tr>). Nakil oranlarında 2020 yılındaki azalmanın pandeminin etkisiyle olduğu düşünülmektedir (Salgın Sürecinin Organ Nakli Sayılarına Olumsuz Etkileri, Türk Böbrek Vakfı, Erişim Tarihi: Eylül, 2021).

2.3. Nakil Tipleri

Bağıışlanan böbreğin vericisi, alıcıyla kan bağı olan canlı bir bağıışçı (aile üyesi, eş vb.) olabileceği gibi, herhangi bir bağı bulunmayan kadavra bağıışçı da olabilir (McDonald 2015). Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında 29/5/1979 tarihli Kanun’a göre canlıdan organ naklinde öncelikle, vericinin 18 yaş üstü ve mümeyyiz (iyi, kötü, doğru ve yanlış ayırabilen) bireyler olması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca 15.11.2018 tarihli ek madde ile canlıdan organ naklinin, alıcının en az iki yıldan beri evli olduğu eşi ile dördüncü derece dahil kan ve kayın hısımlarından yapılabileceği de belirtilmiştir (<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2238.pdf>, Ek:15/11/2018-7151/16). Kadavra vericiden nakiller ise; beyin ölümü gerçekleşmiş ya da kalbi durmuş bireylerden olarak iki şekilde yapılabilmekte olup, ülkemizde kalbi durmuş olan bireylerden yapılan nakiller yasalarda yer almadığından yapılmamaktadır (Aki

2016). Uygulanabilen diğ er bir seçenek ise, uyumlu olmayan donör/alıcı çiftinin, karşılıklı böbrek bağı ı yapabilecekleri başka bir donör/alıcı çifti bulunduğu, e le tirilmi  ( apraz) organ bağı ıdır. Böylelikle, her iki adayın uyum oranı yüksek bir organla nakline olanak sağlanmakta, nakil bekleyen listesi ve bekleme süreleri azaltılmaktadır (Headley 2014; Tay 2016).

2.4. Böbrek Nakli Endikasyonları

Nakil sürecindeki güncel gelişmeler, görünür bir kontrendikasyon olmadığı sürece, SDBY tedavisinde böbrek naklinin düşünülmesine izin vermektedir (Santos ve ark. 2015). Glomerüler filtrasyon hızı 20-30 ml/dk. altına d   en veya gelecek 12 ay içinde ilk renal replasman tedavisi yapılması beklenen olası böbrek nakli adayları, değerlendirme için bir nakil birimine sevk edilmelidir. Kronik diyaliz tedavisi gören hastalara ise, diğ er tıbbi sorunları stabil hale geldiğinde nakil seçeneği  onerilmelidir (T z 2016; Traitanon ve Gallon 2017). Nakilden sonraki ilk bir yıl ölüm riski daha yüksek olsa da böbrek nakli olan hastalarda uzun süreli sağkalım (Kaballo ve ark. 2018) ve yaşam kalitesi (Landreneau ve ark. 2010; Barutçu Ataş ve ark. 2017; Bek ve Cengiz 2020) diyaliz hastalarına göre önemli ölçüde daha yüksektir.

2.5. Böbrek Nakli Kontrendikasyonları

Böbrek yetmezliği olan hastada, ileri evre ya da yaşam beklentisi kısa malignite, aktif enfeksiyon, şiddetli psikiyatrik hastalık, nakil sonrası uyumu etkileyebilecek psikososyal durumlar ve aktif madde bağımlılığı varlığı, böbrek nakli kontrendikasyonlarıdır. Bunlar dışında, nakil öncesi ayrıntılı ve dikkatli değerlendirme gerektiren bazı durumlar da söz konusudur. Değerlendirme sonucuna ve nakil merkezinin yaklaşımına göre kontrendikasyon olarak ele alınabilen bu durumlar; genitoüriner sistemde yapısal anormallik ya da tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu varlığı, şiddetli malnütrisyon, şiddetli hiperparatiroidizm, ciddi yetersizliğe neden olan serebrovasküler hastalık ve aortailiak hastalık (anjyoplasti/ aortailiak greftleme gerekebilir) varlığıdır. Şiddetli koroner arter hastalığı ya da refrakter konjestif kalp yetmezliği varlığı ile aktif hepatit veya kronik karaciğer hastalığı varlığı ise kombine organ naklini de düşündüren ayrıntılı değerlendirme gerektirmektedir (T z 2016; Traitanon ve Gallon 2017).

2.6. Nakil Öncesi Dönem

2.6.1. Verici (donör) Seçimi ve Hazırlığı

Canlı donör: Canlı donörler değerlendirilirken, vericinin uzun vadede genel sağlığına ciddi bir şekilde dikkat edilmesi, vericinin kalan böbreğinin sağlıklı kalmasını sağlamak için her türlü önlemin alınması zorunludur. Canlı donörlerden yapılan nakiller acil olmayıp, planlı ameliyatlara olduğundan, ameliyat öncesi hazırlık süreci daha iyi yapılabilmektedir. Bu süreçte, işleme ait riskler ve yararlar tamamen anlatılmalı, donörün tıbbi ve psikolojik açıdan uygun olduğundan, bağış konusunda zorlama olmaksızın karar verdiğinden emin olunmalıdır. Yapılan organ naklinin alıcıda başarılı bir sonuç sağlayacağı da değerlendirilmeli, vericide sistemik fiziksel muayene yapılmalı, olası enfeksiyon, malignite ve gebelik/ gebelik planı varlığı değerlendirilmelidir (Keven ve Aktürk 2016; Özbaş 2017).

Kadavra donör: Beyin ölümü gerçekleşmiş bir insanda, organların en kısa sürede çıkarılması; o sürece kadar da organların en iyi şekilde korunması ve zarar görmemesi ilk amaçtır. Organların yapısal ve işlevsel bütünlüğünün korunabilmesi ve organ bekleme süresinin olabildiğince kısa tutulması, nakil ameliyatının başarısı açısından önemlidir (Tay 2016). Human Lökosit Antijen (HLA) uyumunun önemli olduğu böbrek naklinde, en iyi eşleşme, "ideal" alıcıdan kilometrelerce uzakta olabilir. En iyi eşleşmeye sahip olma durumu ile bağışlanan organı donörden almak, taşımak ve alıcıya nakletmek için gereken sürenin dengelenmesi önemlidir (Lewis 2014).

2.6.2. Alıcı Seçimi ve Hazırlığı

Kadavra vericiden acil, canlı vericiden ise elektif durumlarda yapılabilen böbrek naklinde en iyi sonuçların alınması, ameliyat öncesi iyi bir tanılama ve hazırlık ile elde edilir (Aki 2016; Töz 2016). Nakile hazırlık sürecinde, hastanın nakil gereksinimi, cerrahi işleme uygunluğu, psikososyal ve immünolojik durumu, risk faktörleri, uygun zaman, multidisipliner bir ekip tarafından değerlendirilir. Bu süreç, nakil ekibinin tıbbi kayıtları ve hastayı inceleyip değerlendirdiği ilk tanılama ile başlar (Özbaş 2017).

İlk Tanılama: Nakil öncesi ilk tanılamada öncelikle, hastalar ve yakınları, mevcut tedaviye oranla böbrek naklinin riskleri ve faydaları hakkında bilgilendirilmelidir. Tedavide böbrek nakli yöntemi tercih edilirse, tıbbi öykü, altta yatan böbrek hastalığı, böbrek dışı hastalıklar ve diğer komorbiditeler dikkatle gözden geçirilmelidir. Aile öyküsü dahil ayrıntılı bir kalp-damar hastalığı öyküsü alınmalı ve fizik muayene

yapılmalıdır. Yaşlı bireyler prostat, meme ve servikal kanser gibi olası maligniteler açısından da muayene edilmelidir (Thiruchelvam ve ark. 2011; Töz 2016; Traitanon ve Gallon 2017). Nakile uygun böbrek için uzun süre bekleme listesinde yer alan nakil adaylarının sağlık durumları, nakil nefroloğu tarafından düzenli aralıklarla değerlendirilmeli, hastalar nakil için hazır tutulmalıdır (Thiruchelvam ve ark. 2011; Aki 2016). Yeniden değerlendirmenin zamanlaması ve sıklığı, hastaların yaşına ve komorbid koşullarına bağlı olmalıdır. İleri yaştaki, yüksek kalp-damar hastalığı riski ve diyabeti olan hastalar, kardiyovasküler durum açısından düzenli bir şekilde değerlendirilmelidir (Thiruchelvam ve ark. 2011; Traitanon ve Gallon 2017).

Tablo 2-1: Böbrek nakli alıcı adaylarına yapılan tanı testleri

-
- Tam kan sayımı, kan grubu, PT / PTT / INR
 - Human lökosit antijeni (HLA tiplmesi) ve panel reaktif antikor testi (PRA)
 - Biyokimyasal testler & metabolik profil: BUN, kreatinin, ürik asit, elektrolitler, kalsiyum, fosfat, karaciğer fonksiyon testi, albümin, globulin, paratiroid hormonu (PTH), lipid profili
 - İdrar tahlili
 - Hepatit B ve C, HIV, sitomegalovirüs (CMV), Epstein Barr virüsü (EBV), suçiçeği virüsü, herpes simpleks virüsü vb. viral ve bakteriyolojik seroloji (*Bunların sonucuna göre tedavi ve aşılama gerekebilir*)
 - Doğurganlık dönemindeki kadınlar için gebelik testi
 - Akciğer X-ray görüntüleme ve elektrokardiyogram (EKG)
 - Yaşlı erkeklerde prostatik spesifik antijen (PSA)
 - Pap smear (tüm kadınlar), mamografi (yaşlı kadınlar)
 - Tarama kolonoskopisi (yaşlı hastalar)
-

(Töz 2016; Traitanon ve Gallon 2017).

Hastaneye Kabul: Nakil listesinde yer alan bireylerin, uygun böbrek bulunduğu, nakil merkezi tarafından aranıp en kısa sürede duraksamadan hastaneye gelmesi beklenebilir. Bu nedenle, alıcıların, ameliyata hazır oluşu ve sağlığı sürdüren yaşam sürmeleri önemlidir. Ayrıca, iletişim bilgilerinde olan değişikliğin, nakil merkezine bildirilmesi önemlidir. Bireylere, böbreğin alıcısı olunacağına dair bir garanti olmadığı iletilse de yanlarında kişisel eşyalarını getirmeleri, hastaneye olası yatışa ve ameliyata hazır olmaları ve bir şeyler yiyip içmemeleri söylenir. Nakil servisine varıldığında, hastaneye yatış işlemleri ve oryantasyon, hemşire tarafından gerçekleştirilir, yaşamsal bulgularına bakılır. Nefrologlar tarafından hasta muayene edilerek, tıbbi öyküsü

incelenir, hastada enfeksiyon olmadığı doğrulanır. Hasta, yapılacak işlemler hakkında bilgilendirilir; cerrah ve anesteziist, hastanın nakil için uygun olup olmadığını değerlendirir. Cerrah tarafından, hastanın kaygısını azaltmak, yeterli ve uygun bilgiyi almasını sağlamak ve bireyin duygusal olarak hazırlanmasına yardımcı olmak amacıyla, ameliyatın riskleri ve yararları ayrıntılı olarak açıklanır. Hasta ve aile üyeleri bu süreç içerisinde, soru sormaları konusunda teşvik edilmelidir. Hastadan nakil ameliyatı için yazılı izin alınır (Trevitt ve ark. 2012).

Fiziksel Değerlendirme: Ameliyat öncesi hazırlık tüm nakil merkezlerinde benzer bir süreci izler. Bu süreçte rutin kan testleri ile doku ve kan grubu uyumunu inceleyen immünolojik testler yapılır (Lewis 2014; McDonald 2015; Oğuz Savran 2016). Ameliyat öncesi süreçte öncelikli hedefler arasında, nakil olacak bireyin metabolik durumunu olabildiğince normale yakın bir düzeye getirmek, enfeksiyonu olmadığından emin olmak, bireyi ameliyata ve sonrası sürece hazırlamak yer alır. Hastaların nakilden önce mümkün olan en iyi durumda olmaları önemlidir. Bu nedenle, nakil sonrası komplikasyona neden olabilecek, tedavi gerektirebilen durumlar, fiziksel muayene ve tanı testleri ile belirlenmelidir. Ameliyat sonrası artan enfeksiyon riski nedeniyle, hastanın nakil öncesi dönemde enfeksiyondan arınmış olması önemlidir. Bu nedenle diş eti hastalığı ve diş çürüğü dahil, herhangi bir enfeksiyon varlığına yönelik hasta değerlendirilmeli ve tüm enfeksiyon odakları tedavi edilmelidir. Ameliyat öncesi hemodiyaliz uygulanacaksa, hastanın fiziksel durumunu optimize etmek için planlanan nakil işleminden bir gün önce yapılması uygundur (Töz 2016; McGrath 2017).

Psikososyal Değerlendirme: Bireyin nakil sürecine ve tedaviye uyumu, kullandığı başa çıkma yöntemleri, aile, sosyal destek ve finansal kaynaklarının yeterliliği, nakile bilişsel ve duygusal hazır oluş düzeyi, karar verme yetisi ve nakile ilişkin beklentilerinin gerçekçiliği araştırılarak nakil öncesi dönemde bütüncül psikososyal değerlendirme yapılır (McGrath 2017; Körpe ve Küçük 2021). İmmüsupresyonda kullanılan kortikosteroidler, psikiyatrik durumların şiddetini arttırabildiğinden, psikiyatrik hastalık öyküsü açısından değerlendirme önemlidir (McGrath 2017). Böbrek Hastalığı Küresel Sonuçları İyileştirme klinik uygulama rehberi (Kidney Disease: Improving Global Outcomes-KDIGO:Chadban ve ark.) (2020), tüm böbrek nakli adaylarında psikososyal değerlendirme yapılmasını önermektedir. Adayların bu amaçla, böbrek naklinin psikososyal yönlerinde deneyimli bir sağlık uzmanına (ör. sosyal hizmet

uzmanı, psikolog, psikiyatrist, psikiyatri hemşiresi) yönlendirilmesini ve değerlendirmede ölçüm araçlarının da kullanılmasını önermektedir. Rehber ayrıca, tanı koyulabilir bir psikiyatrik durumu, madde kullanım bozukluğu ya da uyumsuz davranışları olan adayların, nakil öncesi danışmanlık hizmetine yönlendirilmesini önermektedir. Karar vermeyi etkileyen ve nakil sonrası dönem için risk oluşturan psikiyatrik bozukluk ya da devam eden madde kullanım bozukluğu olan hastalara nakil yapılmaması da önerilmektedir (KDIGO 2020: *Chadban ve ark.*).

2.6.3. Transplantasyon İmmünolojisi

Genetik olarak farklı dokuların reddinden sorumlu olan antijenler, majör doku uyumu (histokompatibilite) kompleksi (MHC) olarak adlandırılır. Bu antijenler, doku uyum genlerinin ürünleri olup, insanda Human Lökosit Antijeni (HLA) sistemi olarak adlandırılır. HLA'lar tüm çekirdekli hücrelerde ve trombositlerde bulunur ve öncelikle organ ve dokuların transplantasyon için eşleştirilmesinde kullanılır (Lewis 2014).

Kan grubu antijenleri: ABO kan grubu antijenleri, sadece eritrositler üzerinde değil, damar endotel hücrelerinin üzerinde de eksprese olurlar. Kan grubu uyumsuz nakillerde, A ve/veya B antikorlarının var olması, hemaglütinasyona ve hiperakut rejeksiyona neden olabileceğinden, organ nakillerinde ABO uyumu önemlidir. Böbrek naklinde genellikle ABO kan grubu uyumlu bir donörden böbrek alınmaktadır. Donör ve alıcının aynı Rh faktörüne sahip olması (Rh endotelyumda eksprese olmaz), kan grubu uyumu kadar önemli değildir (Oğuz Savran 2016; Akıncı ve Akıncı 2021).

HLA Tiplemesi: Olası donör ve alıcı üzerinde yapılan HLA tiplemesinde günümüzde A, B ve DR antijenlerinin klinik olarak önemli olduğu düşünülmektedir. Transplantasyonda amaç, HLA-A, HLA-B ve HLA-DR lokusları arasında mümkün olan en çok antijenin eşleşmesidir. Her lokus, antijenleri kodlayan iki allel içerdiğinden, toplamda altı antijen tanımlanmıştır. Özellikle böbrek ve kemik iliği naklinde, beş ve altı antijenden oluşan eşleşmeler ile belirli dört antijen eşleşmelerinin, daha iyi klinik sonuç gösterdiği (rejeksiyon riskini düşürdüğü) saptanmıştır. HLA eşleşmesine göre başarı oranı, nakledilen organın tipine bağlıdır. Belirli organ ve doku nakilleri, diğerlerine göre daha yakın bir doku uyumu gerektirir. Örneğin, avasküler olan korneada, rejeksiyona neden olacak hiçbir antikor korneaya ulaşmadığından, kornea nakli hemen her birey tarafından kabul edilebilir. Ancak özellikle böbrek ve kemik iliği naklinde greft reddi riski yüksek olduğundan, HLA uyumu çok önemlidir (Lewis 2014).

Panel Reaktif Antikor Testi (PRA): Alıcıda hangi HLA antijenlerine karşı antikor var olduğunu gösteren bir testtir. Olası alıcı, kan transfüzyonları, gebelik ya da önceki bir organ nakli yoluyla HLA antijenlerine maruz kalmış olabilir. Yüzde olarak hesaplanan PRA değerinin yüksek olması, alıcının çok sayıda sitotoksik antikora sahip ve yüksek duyarlılıkta olduğunu gösterir. Bu durum, gelecekte çapraz eşleşme (crossmatch) sonucu negatif verici bulma şansının düşük olduğu anlamına gelir. Nakil bekleyen hastalarda, genellikle düzenli olarak PRA bakılmaktadır. Yüksek duyarlılığa sahip hastalarda, var olan HLA antikorlarının sayısını azaltmak için plazmaferez ve IV immün globulin kullanılabilir (Lewis 2014; Oğuz Savran 2016).

Donör Spesifik Antikorlar ve Çapraz eşleşme (Crossmatch): Çapraz eşleşme (crossmatch), olası donörün organına karşı geçmişte oluşmuş anti HLA antikorlarını yani donör spesifik antikorları belirlemek amacıyla kullanılan, en temel immünolojik testtir. Alıcıdan alınan serumun, donör lenfositleri ile karıştırıldığı bir işlemdir (Lewis 2014; Oğuz Savran 2016). Crossmatch, birden fazla olası canlı donör düşünüldüğünde ya da bir kadavra donör varlığında, tarama testi olarak kullanılabilir. Crossmatch sonucunun pozitif olması, alıcının donöre karşı sitotoksik antikorlara sahip olduğunu ve nakil gerçekleşirse, hiperakut rejeksiyon gelişebileceğini gösterir (Lewis 2014).

2.7. Nakil Sırası Dönem

2.7.1. Böbreğin Çıkarılması

Kadavra vericiden nefrektomi: Ülkemizde beyin ölümü gerçekleşmiş bireylerden yapılan kadavra vericiden nakillerde, genellikle vericilerin birden fazla organının kullanılmasına dayalı “multiorgan harvesting” olarak adlandırılan işlem uygulanmaktadır. Bu nedenle kadavra vericilerde genellikle, orta hatta suprasternal çentikten simfisis pubise kadar kesi yapılmaktadır. Kadavra vericiden sadece böbreklerin çıkarıldığı durumlarda ise, toraks açılmadan ksifoidden simfisis pubise kadar bir kesi ile nefrektomi yapılmaktadır (Aki 2016). Orta hat insizyonu sonrası, öncelikle kardiyopleji uygulanır ve kalp çıkarılır; sonrasında akciğerler, karaciğer ve son olarak da böbrekler alınır (Özbaş 2017).

Canlı vericiden nefrektomi: Alıcının ameliyatından 1 ila 2 saat önce başlayan canlı donör nefrektomi ameliyatı sırasında, alıcı yakın bir ameliyathanede nakil için cerrahi olarak hazırlanır (Headley 2014). Nefrektomi, açık (geleneksel), laparoskopik ya da robotik yöntemle yapılabilir. Retroperitoneal ya da transperitoneal

uygulanabilen laparoskopik yöntemde, el yardımcı, tam laparoskopik ya da robotik yöntem kullanılabilir. Son dönemlerde tek port yöntemler de uygulanmaktadır (Aki 2016; Akin 2016; Black ve ark. 2018).

2.7.2. Organın Korunması

Nefrektomi sonrası böbrek, nakil merkezinin belirlediği soğutulmuş saklama solüsyonunda saklanır ve alıcıya nakledilmek üzere hazır tutulur. Organ korunmasında; hipotermi oluşturmak, hücre şişmesine ve serbest radikallere bağlı gelişen reperfüzyon hasarını önlemek önemlidir (Özbaş 2017). Avrupa Renal En İyi Uygulama Rehberi (European Renal Best Practice (ERBP) Guideline) (2015), soğuk iskemi süresinin olabildiğince kısa (2D) ve beyin ölümü gerçekleşmiş donörden böbrek naklinde, 24 saatin altında tutulmasını önermektedir (1B). Soğuk iskemi süresi 36 saatten fazla olan donör böbreğin kullanımının, her vaka için ayrı ayrı ele alınması önerilmektedir (1G). Böbrek saklama solüsyonlarına yönelik ise, Avrupa Üroloji Derneği rehberi (European Association of Urology (EAU) guidelines: Breda ve ark.) (2020), soğuk depolama için Wisconsin Üniversitesi veya Histidin Triptofan Ketoglutarat koruma solüsyonlarının kullanılmasını (Güçlü); bu solüsyonlar mevcut değilse, Celsior veya Marshall solüsyonlarının kullanılmasını (Güçlü), önermektedir (EAU 2020).

2.7.3. Donör Böbreğin Alıcıya Nakli

Donör böbrek, alıcıda genellikle iliak fossaya ekstrapéritoneal yerleştirilir. Damarların ve üreterin anastomozunu kolaylaştırmak ve paralitik ileus oluşumunu en aza indirmek için sağ iliak fossa tercih edilir. Herhangi bir kesi yapılmadan önce mesaneye bir üriner katater yerleştirilir. Damarların anastomoz süresi bir saati geçtiğinde, greft fonksiyonunda gecikme riski arttığından, böbrekte iskemik hasarı önlemek amacıyla hızlı revaskülarizasyon önemlidir (Headley 2014). En sık tercih edilen yöntem; donör arterin, alıcının dış iliyak arterine; donör venin, alıcının dış iliyak venine anastomozunun yapılmasıdır (Thiruchelvam ve ark. 2011; Aki 2016). Nakil sürecinde üçüncü önemli anastomoz; donör üreterin anastomozudur. Donör üreter, farklı cerrahi yöntemler kullanılarak (ekstravezikal Lich-Gregoir ya da transvezikal Politano-Ledbetter) alıcının mesanesine yerleştirilir. Üreterovezikal anastomoz hattına bir stent yerleştirilir (J-J stent); J-J stent ameliyattan 8-12 hafta sonra fleksibl sistoskopi ile çıkarılır (Thiruchelvam ve ark. 2011; Black ve ark. 2018).

2.8. Nakil Sonrası Dönem

Böbrek nakli sonrası dönem genel olarak iki aşamaya ayrılabilir:

- a. Akut rejeksiyon ile fırsatçı enfeksiyonu önlemek ve greft işlevinin optimizasyonunu sağlamanın en önemli konular olduğu ameliyat sonrası erken dönem,
- b. Hedefin iyi greft işlevini korumak, ilaç uyumunu sağlamak ve immün sistem baskılanmasının uzun vadeli sonuçlarını (malignite, enfeksiyon ve erken kalp-damar hastalığı) önlemek olduğu geç (sonraki) dönem. (Baker ve ark. 2017).

Nakledilen böbreğin uzun dönemde hayatta kalması, alıcıyla olan uyuma ve vücudun bağışıklık yanıtının uygun şekilde izlenerek kontrolüne bağlıdır. Bağışıklık sistemi, nakledilen böbreği "yabancı" olarak gördüğünden, sürekli onu reddetmeye çalışır. Bu süreçte, vücudun savunma mekanizmalarını uygun şekilde kontrol edebilmek için, immünsüpresif ilaçlar uygulanır (McGrath 2017). İmmünsüpresyonun amacı, sık ve şiddetli enfeksiyonu önleyecek şekilde bağışıklığı korumak, aynı zamanda da rejeksiyonu önlemek için bağışıklık yanıtını yeterince baskılamaktır (Headley 2014). İmmünsüpresif tedavi uygulanan protokole bağlı olarak, kademeli olarak azaltılır. Nakil sonrası erken ve geç dönem arasındaki geçiş, immünsüpresif tedavi dozu uzun vadeli idame düzeylerine ulaştığında yani, nakilden yaklaşık 3-6 ay sonra gerçekleşir. Böbrek nakli sonrası erken ve geç dönem yönetimi; azalan sıklıkta izlem, komplikasyonların farkında olma, komplikasyonları (erken akut rejeksiyondan geç kalp-damar hastalığına kadar) önleme ve tedavi stratejilerini gerektirir (Baker ve ark. 2017).

2.8.1. Nakil Sonrası Kullanılan İlaçlar

Böbrek nakli sonrası hastalara, organ reddinin önlenmesi amacıyla ilaç tedavisi başlanmaktadır. Hastanın yaşamının geri kalanında kullanması gereken bu tedavilere karşın vücut bazen böbreği reddedebilmekte ve hastanın diyalize geri dönmesi gerekebilmektedir (McDonald 2015). İmmünsüpresif ilaçlar nakil sonrası dönemde; indüksiyon, idame ve akut rejeksiyon tedavisi olmak üzere 3 farklı amaçla kullanılmaktadır (Çakır 2016). Böbrek naklinde başarılı sonuçlara ulaşmada hem indüksiyon, hem idame immünsüpresif tedavinin, hastaya özgü bireyselleştirilmesi gerekmektedir. Günümüzde hala böbrek sağ kalımını düşüren önemli sorun olarak karşımıza çıkan akut hücresel ve humoral rejeksiyon (Güngör ve ark. 2017) en sık nakil sonrası ilk üç ayda görüldüğünden, immünsüpresyon en yoğun bu dönemde olmalıdır. Akut rejeksiyonu ve renal allogreft kaybını önlemek için uygulanan idame immünsüpresif

tedavi, enfeksiyon ve malignite gelişim riski nedeniyle zamanla yeterli en düşük doza indirilmelidir (Taşkiran ve ark. 2016).

İmmün yanıtın farklı aşamalarına etki eden ajanların kombinasyonlarının kullanılması, her ilacın daha düşük dozlarda kullanılmasını sağlamakta ve yan etkileri de en aza indirmektedir. Kurumlar arası immünsüpresyon protokolleri oldukça değişkendir (Lewis 2014). Başlıca kullanılan immünsüpresif ajanlar, (1) kalsinörin inhibitörleri (siklosporin ve takrolimus); (2) kortikosteroidler (metilprednizolon, prednizon); (3) antiproliferatif ajanlar (azatiyoprin, mikofenolat mofetil); (4) mTOR (Mammalian target of rapamycin) inhibitörleri (sirolimus ve everolimus) ve (5) antikorlardır (poliklonal antikorlar; Anti-timosit globulin ve Anti-lenfosit globulin - monoklonal antikor; Basiliksimab). Monoklonal ve poliklonal antikorlar, güçlü immünsüpresif etkileri olan, erken reddi önlemek veya akut reddi tersine çevirmek amacıyla kısa süreliğine kullanılan (indüksiyon) ilaçlardır (Lewis 2014; Çakır 2016). Dünyada hala indüksiyon tedavisinde en sık Antitimosit globulin (ATG), idame tedavide ise kortikosteroid-kalsinörin inhibitörü-antimetabolit ilaç kombinasyonunun tercih edildiği belirtilmektedir (Güngör ve ark. 2017).

Uzun süreli immünsüpresif kullanımına bağlı toksik etkilerin görülmesi son dönemlerde indüksiyon ve idame tedavide farklı ajanların bulunması için çalışmalar yapılmasını gerektirmiştir. Eculizumab, Belatacept, Tofacitinib ve Belimumab gibi, böbrek nakli sonrası deneme aşamasında olan ve/veya yeni kullanılmaya başlanan immünsüpresif ilaçlar da mevcuttur (Güngör ve ark. 2017). Hem rejeksiyonu hem de yaşam boyu immünsüpresif ilaç gereksinimini azaltmak için böbrek nakli sırasında, donörün kemik iliğini de uygulamayı içeren klinik deneyler devam etmektedir. Çalışmalardaki hastalar, rejeksiyon önleyici ilaçların kullanımını durdurabilmiş ya da büyük ölçüde azaltabilmiştir (McDonald 2015).

2.8.2. Nakil Sonrası Komplikasyonlar

Nakil sonrası erken dönem komplikasyonları, genel olarak vasküler, ürolojik ve yara iyileşme sorunları gibi cerrahi komplikasyonlardır (Buttigieg ve ark. 2018; Elsayed 2020). Geç dönem komplikasyonlar ise nakil sonrası 3. aydan sonra görülen komplikasyonlar olup, daha sık immünsüpresif tedaviyle ilişkili olarak gelişmekte ve cerrahi dışı nedenlerden kaynaklanmaktadır (Thiruchelvam ve ark. 2011; Gül 2020).

2.8.2.1. Cerrahi Komplikasyonlar

Cerrahi komplikasyonların insidansı, daha iyi cerrahi tekniklerin kullanılması, erken teşhis ve uygun girişimler zaman içinde iyileşmiştir (Buttigieg ve ark. 2018; Elsayed 2020). Erken ve geç dönemde farklı cerrahi komplikasyonlar görülebilir. Genel olarak, kanama, tromboz ve stenoz gibi vasküler komplikasyonlar; toplayıcı sistemdeki obstrüksiyon, reflü ve sızıntı gibi ürolojik komplikasyonlar ile fitik ve batın içi yapışıklık gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (Buttigieg ve ark. 2018; Gül 2020).

Kanama: Şiddetine göre, yaşamı tehdit edebilen ve acil girişim gerektirebilen bir komplikasyondur. Arteriyel veya venöz anastomozda suture gevşemesi, arteriyel anastomozdaki mikotik anevrizma (damar duvarındaki enfeksiyondan kaynaklı) ya da agresif erken rejeksiyon nedeniyle gelişebilir. Hastanın insizyon bölgesi, idrar çıkışı, yaşamsal bulguları izlenmelidir (Tüzüner ve Çelik 2016; Demet ve ark. 2018).

Akut Vasküler Tromboz: Transplant renal arter veya veni içerebilir (Breda ve ark. 2020). Nakil bölgesinde ağrı ve şişlik gelişerek, idrar çıkışı azalabilir. Renal arter ve vende kan akışı olmadığı hemen belirlenebilirse, greft cerrahi girişim ile kurtarılabilir, ancak çoğu durumda bu mümkün olmaz ve greft kaybedilir. Küçük damarlarla ilişkili ameliyata ilişkin teknik sorunlar, alıcıda veya donörde önceden var olan aterosklerotik vasküler hastalık, alıcıda teşhis edilmemiş pıhtılaşma bozukluğu gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (Trevitt ve ark. 2012; Tüzüner ve Çelik 2016).

Transplant Renal Arter Stenozu (TRAS): Böbrek nakli sonrası sık görülen vasküler komplikasyonlardanır. Genellikle daha geç (6-12 ay) dönemde görülmekte ve cerrahi ya da girişimsel radyolojik yöntemlerle stenoz düzeltilebilmektedir. Düzeltilmezse refrakter hipertansiyon, renal fonksiyonda bozulma ve greft kaybı ile sonuçlanabilir (Tüzüner ve Çelik 2016; Taner ve ark. 2020).

İdrar Kaçağı: Nakil sonrası genellikle ilk 3 ayda görülebilen idrar kaçağı, immünsupresyonun etkisiyle, yaşamı tehdit eden bir enfeksiyona neden olabileceğinden acil girişim gerektirir (İnci ve ark. 2014). Üreter tıkanıklığı veya nekroza bağlı abdominal kaviteye idrar sızabilir; karın ağrısı ve idrar çıkışında azalma görülebilir. Bölgeye, etiyolojiye ve idrar kaçağının derecesine göre konservatif veya rekonstrüktif cerrahi uygulanır. Konservatif tedavide foley kateter, perkütan nefrostomi ve ardından üretere ante-grad stentleme uygulanır (Buttigieg ve ark. 2018; EAU 2020; Elsayed 2020). İdrar akışını sızıntı bölgesinden uzaklaştıran bu işlem sonrası, foley kateter genellikle sızıntı

giderildikten sonra çıkarılırken, stent 6-12 hafta süreyle kalmaktadır. Büyük idrar ekstravazasyonları veya nekrotik üreterlerde, sorun giderilemiyorsa cerrahi girişim gereklidir. Cerrahi girişim ile nekrotik üreter, sağlıklı dokuya ulaşılan kadar proksimal olarak rezeke edilir, ardından yeniden implantasyon yapılır (Buttigieg ve ark. 2018; EAU 2020).

Lenfösel: Nakil sonrası genellikle 4-8 hafta sonra ortaya çıkabilen lenf sıvısı birikimidir (İnci ve ark. 2014). Yan etkiler yoksa, tedavi gerektirmeyebilir ancak, iliak veni sıkıştırarak bacağın şişmesine ya da transplant üreterini sıkıştırarak greft disfonksiyonuna neden olabileceğinden, yan etki varlığında sorun yaratabilir. Lenfösel hastada semptom oluşturduğunda ya da enfekte ise tedavi edilmelidir (Trevitt ve ark. 2012; İnci ve ark. 2014; Gül 2020). Tedavide, laparoskopik fenestrasyon (nüks ve komplikasyon oranı en düşük), açık cerrahi ve aspirasyon yöntemi uygulanabilir. Perkütan dren yerleştirme (Pig-Tail) işlemi de yapılabilmektedir. EAU (2020); büyük ve semptomatik lenfösel tedavisinde ilk olarak perkütan drenaj yerleşimi yapılmasını; perkütan tedaviler başarısız olduğunda fenestrasyon gerçekleştirilmesini önermektedir.

Reflü ve Akut Piyelonefrit: Vezikoüreteral reflü (VUR) sıklığı %1-86 arasındadır. Avrupa Üroloji Derneği (EAU) (2020)'nin rehberinde, semptomatik reflü için birincil tedavi olarak endoskopik yaklaşım kullanılmasını önermektedir. Alıcıların %13'ünde görülen akut greft piyelonefritinde ise alt üriner sistem ve sitomegalovirüs enfeksiyonu olan hastalarda risk daha yüksektir (Breda ve ark. 2020).

2.8.2.2. Tıbbi Komplikasyonlar

Akut Tübüler Nekroz: Nakil sonrası erken dönemde (ilk hafta içinde) yaygın görülmekte ve sıvı-elektrolit dengesini korumak amacıyla diyaliz gerektirmektedir (İnci ve ark. 2014). Ameliyat sonrası erken dönemde aşırı sıvı yüklenmesi riski olduğundan, diyaliz gereksinimi yakından değerlendirilmelidir. Böbrek fonksiyonları günlerden haftalara kadar sürebilen kademeli iyileşme gösterir. Hastalar, hastaneden diyalizle taburcu edilebilir ancak idrar çıkışı arttığında ve serum kreatinin ve BUN düzeyleri normale dönmeye başladığında diyaliz sonlandırılır (Headley 2014).

Organ Reddi (Rejeksiyon): Nakil sonrası önemli sorunlardan olan rejeksiyon, yabancı dokuya normal bir bağışıklık tepkisi ile gelişir. İmmünsupresif tedavi ve doku eşleşmeleri ile yüksek oranda önlenbilse de doku kendinden ya da özdeş ikizinden olmadıkça, mükemmel eşleşme neredeyse imkansızdır (Lewis 2014). Serum kreatinin

değeri belirgin bir neden olmadan yükselirse (ya da düşmezse) reddin şüphelenilir. Doğrulamak için lokal anestezi ile nakil doku biyopsisi yapılır. Ateş, greft hassasiyeti ve idrar çıkışında azalma gibi semptomlar nispeten daha geç bir aşamada gelişir. Tedavi, reddin türüne ve şiddetine bağlıdır (Koçak 2016; Voora ve Adey 2019). Organ reddi; patofizyolojik olarak, T hücre aracılı (hücresel, intertisyel) ve B hücre aracılı (antikor aracılı, humoral); zamana göre ise, hiperakut (dakika), akut (gün-hafta), geç akut (3-6 aydan sonra) ve kronik (aylar, yıllar sonra) olabilir (Yılmaz 2016).

- **Hiperakut Rejeksiyon:** Perfüzyon sonrası böbreğin dakikalar/ saatler içerisinde siyanoze olması ile karakterize; donör organa karşı önceden antikora sahip olunması nedeniyle oluşan bir durumdur. Nakil öncesi doku tipi ve kan grubu eşleştirmeleri ile alıcı duyarlılığı genellikle belirlenebildiğinden, nadir görülmektedir. Geri dönüşümsüz olup, nakledilen organ çıkarılır (Lewis 2014; Koçak 2016; Yelken 2016).
- **Akut Rejeksiyon:** Hücresel (T lenfosit) ve humoral (B lenfosit) immünite ile innate immün sistemin (dendritik hücre, makrofaj) rol oynadığı, alıcının donör dokuya immün yanıt oluşturduğu durumdur. T lenfositlerin aktif rol oynadığı rejeksiyon, akut hücresel rejeksiyondur. Tedavisinde pulse kortikostereoid (3-5 gün), yanıt alınamazsa antitimosit globulin (ATG) (7-14 gün) uygulanır (Lewis 2014; Koçak 2016; Yılmaz 2016). Alıcıda nakil öncesi var olan ya da nakil sonrası gelişen donör spesifik antikorların rol oynadığı rejeksiyon ise akut humoral rejeksiyon olup tedavisinde, plazma değişimi (ort. 7 değişim) yapılır. Beraberinde immünoglobulin ve ritüksimab ya da bortezomib ilaçlarından biri uygulanır (Lewis 2014; Koçak 2016; Yelken 2016).
- **Kronik Rejeksiyon:** Aylar ila yıllar sonra oluşan, geri döndürülemez bir süreçtir. Yaygın interstisyel fibrozis ve glomerülopati gelişebilir (İnci ve ark. 2014). Bilinmeyen nedenler ve tekrarlı akut rejeksiyon ataklarından kaynaklanabilir. Kesin bir tedavisi olmayıp destekleyici tedavi uygulanır; yönetimi zordur (Lewis 2014; Yelken 2016).

İmmünsüpresyona bağlı komplikasyonlar (İlaç toksisitesi): İmmünsupresif kullanımı ile ilişkili riskler arasında hematolojik yan etkiler (nötropeni, lökopeni, trombositopeni, vb), enfeksiyon, nefrotoksisite, nörotoksisite (titreme ve nöbetler), hepatotoksisite, hiperglisemi, GİS rahatsızlıkları, hipertansiyon, hiperlipidemi, osteoporoz, hirsutizm, katarakt, dişeti hiperplazisi ve çeşitli kanser türleri bulunur (Trevitt ve ark. 2012; Lewis 2014; Yılmaz 2016; McGrath 2017; Ünver ve Yıldız Fındık 2021).

Enfeksiyon: İmmünsüpresyon nedeniyle böbrek nakli alıcıları bakteriyel, viral ve fungal enfeksiyonlar açısından daha yüksek risk altındadır. Nakil sonrası ilk ayda en sık görülenler, yara, IV yol, dren ve idrar yolu enfeksiyonları ile pnömoni gibi genel ameliyat sonrası enfeksiyonlara benzerdir. Sitomegalovirüs (CMV), polyomavirüs (ör. BK virüsü), Epstein-Barr (EBV), herpes simpleks (HSV) ve varicella zoster virüsü dahil olmak üzere viral enfeksiyonlar, primer enfeksiyon ya da reaktivasyon (var olan virüsün aktifleşmesi) olarak gelişebilir (Headley 2014). Nakil sonrası CMV, trombositopeni, lökopeni, gastroenterit, pnömoni ve hepatit ile ilişkili ateş ve halsizlik gibi geniş klinik belirtiler oluşturabilmekte ve ölümcül olabilmektedir (Thiruchelvam ve ark. 2011). CMV öyküsü olan donörden böbrek alan alıcılarda, riski azaltmak için gansiklovir ve valgansiklovir gibi antiviral profilaksi kullanılmaktadır (Thiruchelvam ve ark. 2011; López-Oliva ve ark. 2017). Nakil sonrası gelişebilen, tedavisi zor olan ve uzun sürebilen mantar enfeksiyonları ise nefrotoksik ilaç kullanımını gerektirebilir. Genellikle önlemek amacıyla profilaktik antifungal ilaçlar kullanılmaktadır (Headley 2014).

Malignansi: Nakil sonrası uzun süreli immünsüpresyon ile kanser gelişim riski artmaktadır (Webster ve ark. 2007; Matas ve ark. 2008; Teo ve ark. 2019). Böbrek nakli sonrası en sık melanom dışı cilt kanseri görülmektedir. Önlemede, güneşe maruziyetin kısıtlanması ve güneşten korunmaya yönelik eğitim önemlidir (Whittaker ve ark. 2012; Voora ve Adey 2019). Ayrıca nakil alıcıları, her yıl bir dermatolog tarafından taranmalıdır. Skuamöz hücreli cilt kanseri riski de genel popülasyondan yüksektir. Tipik olarak metastaz yapmasa da tedavi edilmezse metastaz yapabilmektedir (Voora ve Adey 2019). Nakil sonrası renal hücreli karsinom (RCC) da görülebilmektedir. Hematüri varlığı hem doğal hem de nakledilen böbreğin USG/ BT'sini içeren ürolojik değerlendirme gerektirir (Voora ve Adey 2019). Genellikle nakledilen böbrekte, doğal böbreklere göre daha az agresif seyirlidir. Nakledilen RCC tedavisi genellikle nefrektomi ve immünsüpresif tedavinin durdurulmasını içerir. Perkütan tümör ablasyon teknikleri de uygulanabilmektedir (İnci ve ark. 2014). Nakil sonrası lenfoproliferatif bozukluk, genellikle EBV ile ilişkili lenfoma benzeri bir durumdur (İnci ve ark. 2014; Voora ve Adey 2019). İç organların, merkezi sinir sisteminin, intratorasik veya intraabdominal lenf nodlarının infiltrasyonu ile kendini gösterir. Belirtiler arasında düşük dereceli ateş, nefes darlığı, baş ağrısı veya karın rahatsızlığı bulunur. Tedavide ilk olarak immünsüpresyonu azaltılır (Yılmaz Bengoa 2013; Voora ve Adey 2019).

Kalp-Damar Hastalığı (KDH): Böbrek nakli sonrası KDH, erken hasta ve allogreft kaybının önde gelen nedeni olup önemli bir morbidite ve sağlık bakımı maliyeti kaynağıdır. Koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, kalp kapak hastalığı, aritmiler ve pulmoner hipertansiyon dahil olmak üzere tüm majör KDH çeşitleri, böbrek nakli alıcı popülasyonunda görülebilmektedir. İmmünsupresiflerin metabolik etkileri, obezite, transplantasyon sonrası diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve allogreft disfonksiyonu gibi, nakil sonrası eklenen kardiyometabolik bozukluklar, alıcıda KDH için önceden var olan risk faktörlerini güçlendirmektedir (Rangaswami ve ark. 2019).

2.9. Hemşirelik Bakımı

Böbrek nakli öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakımı, birçok farklı konuyu ele almayı gerektiren bir süreçtir. Bu süreç, hasta ve ailenin hazırlığını, organ tedarik sürecini, verici ve alıcının nakil sürecinde bakımını içermektedir (Santos ve ark. 2015).

Vericinin bakımı, olası vericinin tipine göre canlı ya da beyin ölümü gerçekleşmiş bireyin bakımı olmak üzere 2 ayrı şekilde ele alınmaktadır (Santos ve ark. 2015). Beyin ölümü gerçekleşmiş bir bireyde, organ çıkarılmadan önceki bakım, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler tarafından gerçekleştirilir. Beyin ölümü gerçekleştiği doğrulanan bireyin, organları alınana kadar geçen sürede verilecek nitelikli bakım, greft canlılığını sürdürmek için önemli ve gereklidir. Bu süreçte genel amaç, hemodinamik stabiliteyi ve organların işlevini korumak, enfeksiyon riskini azaltmak, laboratuvar değerlerini izlemek ve donör ile aile üyelerine onurlu bir bakım süreci sağlamaktır. Bakım genellikle organ nakli koordinatörü ile iş birliği içinde sağlanır (McGrath 2017; Altun Uğraş 2021). Canlı donörün bakım süreci ise, rutin majör cerrahi girişim süreci bakıma benzerdir. Ameliyat sonrası 1. gün üretral kateter çıkarılır. Hastada gaz çıkışı olduktan sonra oral alıma başlanır. Ameliyat sonrası 2-4 gün içerisinde genellikle hastalar taburcu edilebilir (Aki 2016). Canlı vericiden yapılan nefrektomilerin komplikasyon ve mortalite riski, diğer cerrahi girişimlere benzer şekilde olsa da ameliyatın sağlıklı bir bireye yapılması, herhangi bir komplikasyonun önemini arttırmaktadır. Vericiden izin alınırken olası komplikasyonlara yönelik bilgi verildiğinden emin olunmalıdır. Uzun vadede komplikasyonlar çoğunlukla tek böbrekli olma durumu ile ilgilidir. Ameliyat sonrası komplikasyon oranı %2,2 olup, en yaygını kanama (%1,5) ve diğer organlarda yaralanmadır (%0,8). Ameliyat sonrası komplikasyon görülme oranı ise yaklaşık %7

olup, enfeksiyöz komplikasyonların oranı %2,6; kanama görülme oranı %1'dir (Avrupa Üroloji Derneği (EAU) 2020).

2.9.1. Ameliyat Öncesi Bakım

Böbrek nakli alıcısının ameliyat öncesi bakımı, ameliyata fiziksel ve psikososyal hazırlığı içerir. Diğer böbrek ya da elektif abdominal cerrahi girişimlere hazırlık süreciyle benzer olan dönemde, cerrahi girişim ve ameliyat sonrası dönem hakkında bilgi verilmelidir. Hasta eğitimi; ağrı yönetimi, diyet kısıtlamaları, IV ve arteriyel kateterler, tüpler ve erken ayağa kaldırma ele alınır. İmmünsüpresif ilaçlara olan gereksinim ve enfeksiyonu önlemek için gereken önlemler anlatılmalıdır. Ameliyat öncesi EKG, akciğer grafisi ve laboratuvar bulguları bakılmalıdır. Böbreğin hemen çalışmama ihtimali olduğu ve bu nedenle ameliyat sonrası bir süre diyaliz gerekebileceği belirtilmelidir. Ameliyat öncesi de aşırı sıvı yüklenmesi veya hiperkalemi gibi sorunlar nedeniyle diyaliz gerekebileceğinden; kateter açıklığı korunur. Kan basıncı ölçümü, kan alımı veya IV infüzyonlar için kullanılmasını önlemek amacıyla, vasküler erişimin olduğu ekstremiteye “diyaliz erişimi, başka girişim için kullanılmaz” benzeri etiketleme yapılabilir (Headley 2014). Böbrek nakli öncesi, özellikle nakil için uzun süre beklemiş, uzun süre diyalize girmiş hastalarda ameliyat, olası rejeksiyon ve diyalize dönme konusunda endişeler olabilir. Hastanın ve yakınlarının bu endişelerle başa çıkmasına yardımcı olmak, hastayı ameliyat sonrası sürece ilişkin bilgilendirmek hemşirenin rolünün bir parçasıdır. Canlı bir akraba donörden böbrek alan hasta, donörün cerrahi işlemi nasıl tolere edeceğinden de endişe duyabilir (McGrath 2017).

2.9.2. Ameliyat Sırası Bakım

Ameliyat sırası dönem, böbreğin çıkarılması, çıkarılan organın korunması ve bazı durumlarda taşınması ile donör böbreğin alıcıya nakli aşamalarından oluşmaktadır. Bu süreçte hemşire eğer organ nakli koordinatörlüğünde görevli ise, UKM, BKM, donörün ailesi, alıcı ve ailesi, cerrahlar, baş hekimlik, organ başka yere transfer edilecekse diğer organ nakli koordinatörleri ve ulaşım ile ilgili birimlerle iletişim halindedir. Ameliyat sırası dönemde, organ çıkarılma işlemi öncesi ameliyathanenin hazırlığı, organların saklanması ve yapılacaksa transferine ilişkin hazırlık yapılması önemlidir (Akkoç 2013).

Ameliyat sırasında verici ve alıcının bakımını koordine etmek ise ameliyathane hemşiresinin görevidir. Bu süreçte hemşire, hipotermi, korneal yaralanma, şok ve

pozisyona bağı yaralanma riski gibi konularda bakımı sürdürürken, ekip içi iş birliği ile koordinasyonu devam ettirmektedir (Çetin ve Cebeci 2021).

2.9.3. Ameliyat Sonrası Bakım

Nakil sonrası bakımın amacı, nakledilen böbrek iyi çalışana kadar homeostazı sürdürmektir. Böbreği hemen işlev gören hastada prognoz daha iyidir (McGrath 2017). Hastada, ameliyat sonrası şok ve hemoraji belirtileri gözlemlenir. Rutin majör cerrahi girişim sürecinde olduğu gibi yaşamsal bulguların ve solunum fonksiyonlarının izlenmesi önemlidir. İsteme uygun şekilde oksijen uygulaması yapılmalıdır. Hastalar, DVT ve enfeksiyon riskini en aza indirmek amacıyla ameliyattan sonraki gün mobilize olması için cesaretlendirilmelidir (Trevitt ve ark. 2012).

Üriner Fonksiyonun İzlenmesi ve Sıvı Dengesinin Sağlanması: Ameliyat sonrası öncelik sıvı-elektrolit dengesinin sağlanmasıdır. Böbrek nakli alıcılarında yakın izlem gerektiğinden, hastalar ilk 24 saat yoğun bakım ünitesinde izlenmelidir. Nakledilen böbreğe kan akışı yeniden sağlandıktan hemen sonra, böbrek çok büyük miktarlarda idrar üretebilir. BUN ve serum kreatinin düzeylerinin normale dönmesi ile idrar da kademeli olarak azalır (Headley 2014). Nakil sonrası hemodinamik stabilitenin sağlanması ve korunması önemlidir. Erken dönemde, böbreğin perfüzyonunu ve yeterli miktarda idrar çıkarmasını sağlamak, sıvı replasmanında temel hedeftir (Şahin 2016). Ameliyat sonrası erken dönemde hastalar, yeterli hidrasyonu sağlamak, kanama ve pıhtı varlığını belirlemek, idrar çıkışını gözlemlemek amacıyla, üriner kateter ile izlenmektedir. Kateter ayrıca, üreter-mesane anastomozunun iyileşmesi için de yardımcıdır. İdrar/dren çıkışına ve santral venöz basınç (SVB) değerine göre intravenöz sıvı replasmanı belirlenebilir. Nakil sonrası süreçte idrar çıkışındaki azalma sıvı dengesi, kalp debisi, böbreğin kendisi (red) ya da idrar yolu ile ilgili sorunları (kaçak, tıkanıklık vb.) gösterebilir. Üriner atım ile elektrolit düzeylerinin (hızlı diüreze bağı hiponatremi ve hipokalemi) dikkatli izlemi önemlidir (Trevitt ve ark. 2012; Headley 2014; McGrath 2017). Ameliyat sonrası sıvı durumunun izlenmesi için SVB ölçümü de önemlidir. Avrupa Renal En İyi Uygulama Rehberi (ERBP Guideline) (2015), hipovolemiyi ve greft fonksiyonunda gecikmeyi önlemek için, ameliyat sonrası erken dönemde SVB ölçülmesini önermektedir.

İntravenöz sıvı uygulamada kullanılan santral ve periferik erişim, enfeksiyon riskini en aza indirmek amacıyla mümkün olan en kısa sürede çıkarılmalıdır. Nakledilen böbrek yeterli derecede çalışana kadar, homeostazı sürdürmek, aşırı sıvı yüklenmesi ve

hiperkalemiyi önlemek amacıyla nakil sonrası diyalize gereksinim duyulabilir. Hemodiyaliz için gereken vasküler erişim, enfeksiyon belirtileri açısından izlenmelidir. (Şahin 2016; McGrath 2017). Ameliyat sonrası dönemde üriner kateter genellikle 3 ila 5 güne kadar hastada kalabilmektedir (Headley 2014; Aki 2016). Avrupa Renal En İyi Uygulama Rehberi (ERBP Guideline) (2015), böbrek nakli alıcılarında mesane kateterinin çıkarılması için ameliyat sonrası en uygun zamana yönelik, idrar yolu enfeksiyonu ile idrar kaçağı risklerinin karşılaştırılarak, nakil sonrası mümkün olan en kısa sürede mesane kateterinin çıkarılmasını önermektedir. Mesane kateterinin ne zaman çıkarılacağına dair kararı vermek için, her nakil merkezinin advers (istenmeyen) olay oranlarının (idrar yolu enfeksiyonu, idrar kaçağı) izlenmesini önermektedir (1G) (ERBP Guideline 2015).

Hastanın Organ Reddi Açısından Değerlendirilmesi: Böbrek nakli sonrası hasta rejeksiyon belirti ve bulguları açısından değerlendirilmelidir. Oligüri, ödem, ateş, kan basıncında artma, kilo alımı, nakledilen böbrek veya greft üzerinde şişlik ya da hassasiyet ve idrar çıkışında azalma, rejeksiyon işaretçisi olabilir. Siklosporin alan hastalar, akut reddin olağan belirti ve bulgularını göstermeyebilir. Bu hastalarda tek belirti, serum kreatinin düzeyinde asemptomatik bir yükselme olabilir. Reddin türü ve şiddetine bağlı olarak uygun tedavi planlanır (Koçak 2016; Yelken 2016; Yılmaz 2016; McGrath 2017; Voora ve Adey 2019).

Beslenme: Herhangi bir batın ameliyatında olduğu gibi, bağırsak sesleri gelene kadar oral beslenmeye başlanmamalıdır. Ardından sıvı gıdalar tüketilmeli ve hafif bir diyetle geçilmelidir (Trevitt ve ark. 2012). Genellikle retroperitoneal cerrahiden 8-10 saat sonrasında oral beslenmeye başlanabileceği belirtilmektedir (Aki 2016).

Yara Bakımı: Cerrahi yara, kanama, kızarıklık ve enfeksiyon belirtileri açısından düzenli olarak izlenmelidir. Cerrahin tercihine göre yara kapatmada kullanılan klips ya da dikiş, genellikle ameliyattan sonraki 10-14. günlerde çıkarılır. Nakil sonrası ilk birkaç gün hastalarda abdominal dren de mevcut olabilir (Trevitt ve ark. 2012).

Enfeksiyonu Önleme: Böbrek yetmezliğine bağlı komplikasyonlar ve immünsüpresif tedavi nedeniyle enfeksiyona yatkınlık söz konusudur. Bu nedenle enfeksiyonun klinik belirtileri (ateş, taşikardi, taşipne ve lökositoz ya da lökopeni), biyokimya sonuçları, lökosit ve trombosit değerleri yakından izlenmelidir. Enfeksiyon; idrar ve solunum yolu, cerrahi alan ya da diğer yollarla vücuda girebilir. Nakil sonrası

yüksek bakteriüri insidansı nedeniyle sık sık idrar kültürü yapılmalı; her tür yara drenajı olası bir enfeksiyon kaynağı olarak görülmelidir. Çıkarılan kateter ya da drenajın ucu aseptik teknik ile kesilerek, steril bir kaba yerleştirilip kültür için laboratuvara gönderilebilir. Hastanın hastane personeli, ziyaretçiler ve aktif enfeksiyonu olan diğer hastalardan enfeksiyona maruz kalması önlenmelidir. Hastayla temas eden herkesin el hijyenine dikkat etmesi zorunludur (McGrath 2017). Nakil sonrası en yaygın viral enfeksiyonlardan biri olan CMV enfeksiyonu nedeniyle, hastalar ve donörler, ameliyattan önce CMV antikoru açısından taranmalı ve nakil sonrası antiviral profilaksi kullanılmalıdır (López-Oliva ve ark. 2017). Derin solunumu cesaretlendirme ve erken ayağa kaldırma ile ameliyat sonrası akciğer enfeksiyonları önlenabilir (Headley 2014).

Olası Komplikasyonları İzleme ve Yönetme: Böbrek nakli sonrası hastalar, herhangi bir majör cerrahi girişim sonrası olası komplikasyonlar açısından risk altındadır. Ek olarak, uzun süredir devam eden böbrek yetmezliği ve tedavisi nedeniyle hastanın fiziksel durumunda da sorunlar olabilmektedir. Bu nedenle, böbrek yetmezliğine bağlı komplikasyonlar dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Solunum egzersizleri, erken ayağa kaldırma ve cerrahi insizyon bakımı, ameliyat sonrası komplikasyonları önlemede önemlidir. Gastrointestinal ülserasyon ve kortikosteroide bağlı kanama; kortikosteroid ve antibiyotik tedavisine bağlı GİS (özellikle ağız) ve mesanede mantar kolonizasyonu ortaya çıkabilir. Hasta yakından izlenmeli ve belirtiler farkedilirse hekime bildirilmelidir. Tedavide kortikosteroid varlığında, adrenal yetmezlik belirti ve bulguları da yakından izlenir (McGrath 2017).

Psikososyal Sorunları Ele Alma: Gelecekle ilgili endişe ve belirsizlik, nakledilen böbreğin reddine ve immünsupresif tedavinin komplikasyonlarına yönelik korkular hasta, aile ve sağlık ekibi için önemli bir endişe kaynağıdır. Hastanın stres düzeyini ve başa çıkma yöntemlerini değerlendirmek önemli bir hemşirelik girişimidir. Hemşire, yaptığı her görüşmede, hastanın/ailenin tedaviye uyum ve baş etme sürecini değerlendirir; gerekirse, hemşire hastayı psikolojik destek alması için yönlendirir (McGrath 2017).

2.9.4. Taburculuk ve Evde Bakım

Taburculuk planlaması ve eğitim gereksinimleri hastaneye yatış sonrası erken dönemde belirlenmelidir. Ameliyat sonrası eğitim, organ reddi, enfeksiyon ve olası komplikasyonların belirtilerini içerir (Headley 2014). Böbrek fonksiyonunun düzenli olarak; nakilden sonraki bir ay haftada iki kez, ilk yıl boyunca kademeli azalarak

izlenmesi önemlidir. Standart uygulama, süresiz olarak en az 3 ayda bir nakil işlevini gösteren laboratuvar değerlerini izlemektir (Voora ve Adey 2019). Baker ve ark. (2017) böbrek nakli alıcılarında ameliyat sonrası bakıma yönelik yayınladıkları rehberde, klinik kontrol sıklığına yönelik komplike olmayan hastaların aşamalı olarak daha az sıklıkla incelenebileceğini önermektedir (2C) ve sıklıkla ilgili şu şekilde öneride bulunmaktadır:

- Nakil sonrası ilk ay, haftada 2-3 kez
- 2-3. Aylarda haftada 1-2 kez
- 4-6. Aylarda her 2-4 haftada bir
- 6-12. Aylarda her 4-6 haftada bir
- Sonrasında 3-6 aylık periyotlarla (Baker ve ark. 2017).

İlaçların kullanımı: Böbrek nakli sonrası, nakil yapılan bireylerin katı bir ilaç rejimine uyması gerekir. Dar terapötik sınırlar içinde, stabil kan düzeylerine ulaşmak ve sürdürmek için özellikle immünsüpresif ilaçlar doğru bir şekilde alınmalıdır (Rebafka 2016). Hastalar, taburcu edilmeden önce tüm ilaçlarını nasıl kullanacaklarını ve tedaviye devam etmenin gerekliliğini bilmelidir. Taburculuk sonrası izlemde, serum kreatinin, lökosit, CRP değerleri ile ilaç düzeyleri, böbrek fonksiyonunun, olası reddin ve enfeksiyonun izlenmesinde önemlidir. İlaç düzeyleri, kullanılan ilaç düzeylerinin terapötik aralıkta olup olmadığını gösterir (Trevitt ve ark. 2012). İmmünsüpresif ilaçlar düzenli olarak alınmazsa, nakledilen böbreğe ilişkin komplikasyon ve rejeksiyon riski önemli ölçüde artacağından (Chisholm ve ark. 2007; Takemoto ve ark. 2007; Chisholm-Burns ve ark. 2009), ilaç tedavisine uyum önemli bir durumdur. Buna karşın böbrek nakli yapılan bireylerin, immünsüpresif ilaç kullanımına uyumda sorunlar yaşadığı (Chisholm ve ark. 2007; Denhaerynck ve ark. 2007; Ören ve Sucu Dağ 2020), nakil sonrası geçen süre arttıkça ilaç tedavisine uyumunun düştüğü saptanmıştır (Chisholm ve ark. 2007; Couzi ve ark. 2013; Ören ve Sucu Dağ 2020). Nakilli bireylerde tedaviye uyumunu arttırmaya yönelik, eğitim, telefonla görüşme, ev ziyareti, elektronik hatırlatma, akıllı ilaç şişeleri gibi çok sayıda yöntem kullanılmaktadır. İlaç kullanımına uyumun artırılmasında, davranışsal, eğitsel ve duygusal uygulamaların kullanımının etkili olduğu düşünülmektedir (Gordon ve ark. 2009; Akıncı ve Özbaş 2021).

Hastalara Öz Bakımın Öğretilmesi ve Nakledilen Böbreğin Korunması: Hastanın, nakil sonrası izlemi yaşam boyu sürecek bir gerekliliktir. Diyet, ilaç tedavisi, sıvı alımı, günlük ağırlık ve idrar izlemi, enfeksiyonun önlenmesi, aktivitenin yeniden

başlaması ve böbreğin zarar görebileceği temas sporlarından kaçınılması ve diğer olası komplikasyonların riskleri ile ilgili sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılması önemlidir. Bu süreçte; hasta ve yakınlarına, organ reddi, enfeksiyon veya tedaviye bağlı yan etkileri izlemesi ve bildirmesinin gerekliliği anlatılır. Bu belirtiler, idrar çıkışında azalma, kilo alma, halsizlik, ateş, solunum sıkıntısı, kan basıncı değişiklikleri, kaygı, depresyon, nakledilen böbrek üzerindeki hassasiyet ile yeme, içme veya diğer alışkanlıklarda değişiklikleri içerir. Hastaya ayrıca, farklı bir sağlık hizmeti alırken, böbrek nakli öyküsü ve immüsupresif tedavi kullanımına ilişkin bilgi vermesi gerektiği anlatılır (McGrath 2017). Hastalar, böbrek naklinin ardından taburcu edildiklerinde, nakil kliniği ve birinci basamak sağlık hizmetleri açısından yoğun desteğe gereksinim duyacaktır. Eğitim, bu hastaların bakımında temel öğedir. Nakillerinin bakımını nasıl yönetecekleri öğretilmeli ve öz bakım becerileri konusunda yetkin olmaları sağlanmalıdır. Hastalar bu yeni bilgi ve becerileri öğrenme ve kavrama yetenekleri açısından değerlendirilmeli; görme veya işitme bozuklukları ile dil ve okuryazarlık zorlukları gibi fiziksel zorluklar belirlenmelidir (Trevitt ve ark. 2012).

Kilo Kontrolü ve Egzersiz: Böbrek nakli sonrası kilo alımı sık görülen bir durumdur. İştahın düzelmesi, böbrek fonksiyonunun yenilenmesi, daha bağımsız bir diyetle geçiş ve düzenli egzersiz yapmama gibi durumların bir arada bulunmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Voora ve Adey 2019). Çalışmalar nakil sonrası dönemde, nakil öncesine göre kilo artışı olduğunu göstermektedir (Orazio ve ark. 2014; Soylu ve Ortabağ 2017; Nöhre ve ark. 2020). Bu durum, böbrek nakli alıcılarının gelecekte, nakil sonrası başlayan diyabet (Kasiske ve ark. 2003; Chang ve Jiang 2018; Nöhre ve ark. 2020), kalp-damar hastalığı (Nicoletto ve ark. 2014) ve hipertansiyon (El-Agroudy ve ark. 2004) gibi kronik hastalıklara yakalanma riskinin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca BKİ artışının, greft işlevinin azalmasına (eGFR) neden olduğu da saptanmıştır (Nöhre ve ark. 2020). Hastalara, sağlıklı bir diyetin önemi ve düzenli egzersizin yararları konusunda düzenli olarak ve sık sık danışmanlık verilmelidir (Rangaswami ve ark. 2019; Voora ve Adey 2019; Nöhre ve ark. 2020; Karaman Özlü ve Yıldırım 2021).

Kalp- Damar Sağlığının Korunması, Sürdürülmesi: Kalp-damar hastalığı, böbrek nakli alıcılarında nakilin ilk yılından sonra önde gelen ölüm nedenlerindendir. Kronik böbrek hastalığı öyküsü, DM ve HT, hiperlipidemi, obezite, sigara kullanımı ve fiziksel hareketsizlik dahil olmak üzere çeşitli faktörler kardiyovasküler risk artışına

katkıda bulunur (Seyahi 2016; Rangaswami ve ark. 2019; Voora ve Adey 2019). Böbrek nakli olacak hastalara, nakil öncesi rutin kalp-damar hastalığı taraması yapılmalı, risk faktörleri açısından hastalar incelenmelidir. Alıcıda kardiovasküler hastalık olmasa bile, risk faktörlerini azaltmaya yönelik, nakil öncesi dönemden itibaren aktif girişimlerde bulunulmalıdır. Kalp-damar sağlığını korumak ve sürdürmek amacıyla düzenli olarak kan basıncı (<130/80mmHg tutulmalı), HbA1c, BKİ (<35kg/m²), HDL ve LDL izlemleri yapılmalı; bireyler sağlıklı beslenmeye, egzersize ve sigara kullanıyorsa bırakmaya yönlendirilmelidir. Yaşam şeklinde riski azaltmaya yönelik değişim sağlanmalı, risk faktörlerinin gelişimi sürekli izlenmeli ve gerektiğinde ilaçla müdahalede bulunulmalıdır (Seyahi 2016; Rangaswami ve ark. 2019).

Malignite: Uzun süreli immünsüpresif tedavi alan hastalar, genel popülasyona göre malignite açısından daha yüksek risk altında olduklarından (Webster ve ark. 2007; Matas ve ark. 2008; Teo ve ark. 2019); nakil sonrası hastalara, sağlığı geliştirmenin ve sağlık taramasının önemi vurgulanmalıdır. Böbrek nakli sonrası bakıma yönelik yayınlanan rehberde, alıcıda neoplazi tarama organizasyonlarının dikkate alınması önerilmekte; nakil sonrası ilk 5 yıl en az yılda iki kez ve 5. yıldan itibaren yıllık, bir sağlık profesyoneli tarafından cilt izlemi yapılması önerilmektedir (2C). Rehberde melanom dışı cilt kanserine yönelik öneriler de yer almaktadır. Bu kapsamda:

- Böbrek nakli alıcılarının güneşe maruziyetin olumsuz etkileri konusunda eğitilmesi önerilmektedir (1C).
- Böbrek nakli alıcılarına, risk faktörlerine göre kişiselleştirilmiş risk değerlendirmesi yapılması önerilmektedir (2C).
- Hastaların direkt güneş ışığı altındayken ciltlerini örtmeleri ve güneş koruyucu kullanmalarının teşvik edilmesi önerilmektedir (Güneş Koruma Faktörü ≥ 50) (1D).
- Rehberlik sağlanarak, kendi kendine muayenenin teşvik edilmesi gerektiği önerilmektedir. Kendi kendine muayenenin, eğitimli bir sağlık profesyoneli tarafından, nakil sonrası 5 yıla kadar en az yılda iki kez ve 5 yıldan itibaren yıllık yapılan incelemeyle desteklenmesi önerilmektedir (2C) (Baker ve ark. 2017).

Transplant alıcılarında kanser taramasına yönelik öneriler şunlardır:

Meme kanseri: tüm kadınlar yıllık/ iki yılda bir mamografi

Gastrik ve kolorektal: 50 yaş üstü ve aile öyküsü pozitif olan bireylere, yılda bir fekal gizli kan testi; 3 yılda bir özofagogastroduodenoskopi ve fleksibl sigmoidoskopi

Servikal: Yıllık sitolojik servikal kanser taraması ve pelvik muayene

Prostat: 40 yaş üstü erkek alıcılara yıllık dijital rektal muayene ve PSA ölçümü

Hepatoselüler: Yüksek riskli bireylerde 6 ayda bir α -Fetoprotein ve ultrason izlemi

Cilt: Aylık kendi kendine; yılda bir uzman hekimler tarafından tüm vücut cilt muayenesi

Böbrek: Her 6-12 ayda bir nativ böbreklerin ultrasonografisi

Lenfoproliferatif hastalık-virüsle ilgili: Nakil sonrası 6 aya kadar her ay ve sonrasında her 6-12 ayda bir viral nükleik asit izlemi

(Stallone ve ark. 2015; Çelik ve Yıldız 2016)

Psikososyal destek: Sağlıklı bir iyileşme süreci geçiren alıcıda, diyaliz tedavisi, tedavinin yan etkileri ve diyet kısıtlamaları gibi durumlar sona erecektir. Bu durum, alıcıların aile yaşantısına, işlerine ve hobilerine daha aktif katılmalarını sağlayarak, yaşam tarzı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir (Whittaker ve ark. 2012). Bununla birlikte, yaşamı değiştiren yeni koşullara uyum sağlamayı gerektiren bu süreç, hastalar ve aile üyelerini zorlayıcı bir zaman dilimi de olabilir. Bu nedenle, hasta bakımının bütüncül olarak yönetilmesi önemlidir. Nakil sonrası yaşama uyum sağlama sürecinde yaşanan psikososyal sorunlar, hasta ve aile üyeleri ile birlikte ele alınmalıdır. Hasta ve yakınlarının endişelerini ifade etmesine fırsat verilmesi, her birinin aktif olarak dinlenmesi çok önemlidir. Aynı zamanda bireylerin yaşadıkları sorunlarla ilgili iletişim kurmaları için desteklenmesi de gereklidir (Trevitt ve ark. 2012). Hemşire ayrıca, diyet, egzersiz, seyahat ve olası hastalıkların tedavisi gibi çok çeşitli yaşam tarzı konularında öz yönetimi teşvik etmeye yardımcı olmalıdır (Whittaker ve ark. 2012).

2.10. Böbrek Nakli Yapılan Bireylerde Öz Yönetim

2.10.1. Öz Yönetim Kavramı, Tanımı, Boyutları

Öz yönetim, bireylerin kronik bir durumu aktif olarak yönettikleri dinamik bir süreçtir (Schulman-Green ve ark. 2012). “Bireylerin bir veya daha fazla kronik durumla yaşarken üstlenmeleri gereken, tıbbi yönetim, rol yönetimi ve içinde bulundukları koşulların duygusal yönetimi ile başa çıkma güvenine sahip olmasını içeren görevler” olarak tanımlanmaktadır (Adams ve ark. 2004). Aynı zamanda, bireylerin, aile, toplum ve sağlık profesyonelleri ile birlikte, semptomları, tedaviyi, kronik bir durumla yaşamının doğasında bulunan yaşam tarzı değişikliklerini ve sağlık koşullarının fiziksel

ve psikososyal sonuçlarını yönetme becerisini ifade eder (Barlow ve ark. 2002; Richard ve Shea 2011; Schulman-Green ve ark. 2012; Richmond ve Connolly 2021).

Lorig ve Holman (2003) öz yönetimi tanımlarken, kronik hastalıkları olan bireyler üzerine Corbin ve Strauss'un yaptığı çalışmada tanımlanan 3 görev grubuna yoğunlaşmıştır. Buna göre, ilk görev grubu, ilaç almak, özel bir diyetle bağlı kalmak veya bir inhaler kullanmak gibi durumun tıbbi yönetimini içermektedir. İkinci görev grubu, yeni davranışlar ya da yaşam rolleri oluşturmayı, bu rolleri sürdürmeyi, içermektedir. Son görev ise, kişinin geleceğe bakışını değiştiren kronik bir duruma sahip olmanın duygusal sonuçlarıyla başa çıkmasını içerir. Kronik bir durum yaşayan bireylerde genellikle öfke, korku, hayal kırıklığı ve depresyon gibi duygular görülebilmektedir. Bu nedenle, süreci yürütürken, bu duyguları yönetmeyi öğrenmek de önemlidir. Literatürde, kronik bir süreç deneyimleyen bireylerin yaşadığı öz yönetim zorluklarının, Lorig ve Holman (2003)'nın ele aldığı öz yönetim alanlarının birinde veya birkaçında yaşandığı belirtilmektedir (Lorig ve Holman 2003; Moos ve Holahan 2007; Been-Dahmen ve ark. 2018):

1. **Tıbbi yönetim:** semptomları ve tedaviyi yönetme
2. **Rol yönetimi:** sağlık profesyonelleri, aile üyeleri ve arkadaşlarla (yeni) ilişki kurma
3. **Duygu yönetimi:** belirsiz bir geleceğe hazırlanma, duyguları ve olumlu benlik imajını yönetme

Schulman-Green ve ark. (2012)'nin kronik hastalıkta öz yönetim süreçlerini tanımlayan 101 çalışmayı, kalitatif metasentez teknikleri kullanarak analiz ettiği çalışmasında, öz yönetim sürecine ait “hastalık gereksinimlerine odaklanma”, “kaynakları etkinleştirme” ve “kronik bir hastalıkla yaşama” olarak 3 kategori belirlenmiştir.

- **“Hastalık gereksinimlerine odaklanma”** kategorisinde bireylerin hastalık/ süreç hakkında bilgi edindiği, sağlık gereksinimlerini sahiplendiği ve sağlığı geliştirme faaliyetlerini gerçekleştirdiği süreç ifade edilmektedir.
- **“Kaynakları etkinleştirme”** kategorisindeki kaynaklar; bireyleri (aile, arkadaşlar, sağlık hizmeti sağlayıcıları), toplumsal kaynaklar ve hizmetleri (manevi, sosyal hizmetler vb.) içerir. Bu kategorinin beceriler, sağlık profesyonelleri ile iletişimi, psikolojik destek kaynaklarından yararlanmayı, manevi bir topluluğun parçası olmayı, sosyal destek almayı, sosyal veya çevresel zorlukları yönetmeyi içerir.

- **“Kronik bir hastalıkla yaşama”** hastalıkla başa çıkma ve bireysel gelişime ilişkin görev ve becerileri içeren bir öz yönetim sürecidir. Aynı zamanda hastalıkla, hastalığa odaklanmadan yaşamayı öğrenme, hastalığı yaşamına entegre etmeye geçiştir.

2.10.2. Böbrek Nakli Sonrası Öz Yönetim Süreci

Böbrek nakli sonrası çoğu durumda artan yaşam kalitesine karşın, nakil alıcıları kronik bir durumla yaşamaya devam ederler. Genel popülasyona göre enfeksiyon, kalp-damar hastalığı gibi konularda daha yüksek riske sahip olan bu bireylerin, olası komplikasyonları önlemek ve sağ kalım süresini uzun tutmak amacıyla, karmaşık ve sürekli bir öz yönetim rejimine uyması gerekmektedir. Bu amaçla, nakil sonrası bireylerin yaşam boyu tedavi ve bakımlarını, düzenli tıbbi izlemlerini kendilerinin de yönetmesi beklenmektedir (Ghadami ve ark. 2012; Kosaka ve ark. 2013; Schmid-Mohler ve ark. 2014; Jamieson ve ark. 2016; Ndemera ve Bhengu 2017).

Böbrek nakli alıcısının öz yönetimi, bireylerin günlük yaşamlarını kendi kendilerine yönetmelerine odaklanan kronik hastalık yönetim sürecine benzer şekilde, **tıbbi rejimin yönetimi, duyguların yönetimi ve yeni yaşam rollerinin yönetimi** bileşenlerine ayrılabilir (Ghadami ve ark. 2012). Bu kapsamda böbrek nakli sonrası öz yönetim sürecinin ana başlıkları; düzenli ilaç kullanımı, kalp-damar hastalığı ve kanser risk faktörlerinin yönetilmesi, eşlik eden morbiditeler ve immünsupresif tedavi yan etkilerinin yönetilmesi, rejeksiyon ve enfeksiyon belirtilerinin izlemi, duyguların ve yeni yaşam rollerinin yönetimi ve nakil merkezinde düzenli takiplere uyum konularını içermektedir (Ghadami ve ark. 2012; Schäfer-Keller ve ark. 2009). *Bu başlıklar altında, böbrek nakli alıcılarına yönelik nakil sonrası temel öz yönetim görevleri şunlardır:*

- İlaç tedavisine uymak ve yan etkileri izlemek,
- Rejeksiyon belirtilerini izlemek ve semptom yönetimi,
- Enfeksiyon belirtilerini izlemek ve enfeksiyonu kontrol etmek,
- Yaşamsal bulguları izlemek,
- Az tuzlu, az yağlı ve düşük kolesterolü diyet tüketmek,
- Yeterli hidrasyonu sürdürmek,
- Yeterli fiziksel egzersiz yapmak ve sigarayı bırakmak,
- Kontrol amacıyla belirlenen randevulara düzenli şekilde devam etmek,
- Güneşten korunmak ve kanser taraması yapmak,
- Sosyal rollerdeki ve ilişkilerdeki değişikliklere uyum sağlamak,

- Duyguları yönetmek, yer almaktadır (Schäfer-Keller ve ark. 2009; Kosaka ve ark. 2013; Schmid-Mohler ve ark. 2014; Grijpma ve ark. 2016; Jamieson ve ark. 2016; Been-Dahmen ve ark. 2018; Eslami ve ark. 2021).

2.10.3. Böbrek Nakli Sonrası Öz Yönetim Sürecinde Hemşirenin Rolü

Nakil sonrası alıcıların, ilaç kullanımını, yaşam tarzındaki değişiklikleri günlük rutinlerine nasıl uyarlayacaklarını, sosyal rollerdeki değişikliklere nasıl adapte olacaklarını ve duygusal etkiyle nasıl başa çıkacaklarını öğrenmeleri, nakil sonrası bakımlarının yönetiminde aktif rol almaları önemlidir (Gordon ve ark. 2009; Been-Dahmen ve ark. 2018). Nakil sonrası öz yönetim görevlerini yerine getirmek için hastaların bilgi, beceri, inanç, motivasyon ve sosyal desteğe gereksinimleri vardır (Grijpma ve ark. 2016). Bu süreçte, nakil yapılan bireylerin, hastalık sürecini yönetmeyi kabul etmesi; sağlıklı davranışlar geliştirmeye yönelik sorumluluk hissetmeleri için farkındalık, beceri ve tutum kazanması gerekir (Ghadami ve ark. 2012). Bu nedenle böbrek nakli alıcılarının öz yönetiminin desteklenmesi sürecin yönetiminde büyük önem kazanmaktadır (Gordon ve ark. 2009; Ndemera ve Bhengu 2017). Bu süreçte, hastaların sonuçları kendi başlarına yönetmeleri beklenmediğinden, öz yönetim desteği sıklıkla uzman hemşireler tarafından sağlanmaktadır (Elissen ve ark. 2013; Been-Dahmen ve ark. 2018).

Hemşirelerin temel görevlerinden biri, optimal tıbbi ve psikososyal sonuçlara ulaşmak amacıyla, nakil sonrası dönemde öz yönetimi desteklemektir (Been-Dahmen ve ark. 2019). “Hastaların sağlık durumlarını yönetme konusundaki becerilerini ve güvenini artırmak için sistematik girişimler yapılması” olarak tanımlananan öz yönetim desteği (Adams ve Corrigan 2003), Dwarswaard ve ark. (2015) tarafından geliştirilen modelde, araçsal, ilişkisel ve psikososyal olarak 3 boyutta kategorize edilmiştir.

- **Araçsal (enstrümental) destek;** tıbbi yönetimi desteklemeyi belirtmektedir. 3 tema içerir: (1) bilgi verme ve açıklama, (2) bilgiyi içselleştirme ve (3) günlük yaşamı kronik duruma uyarlama.
- **İlişkisel destek;** hastaların başkalarıyla etkileşim kurmasına yardımcı olan desteği (ilişki kurmak ve sempati kazanmak vb.) ifade etmektedir.
- **Psikososyal destek;** kronik bir durumla yaşamının duygusal ve psikolojik yönlerini yönetmek için gereken kaynakları ifade etmektedir. Kronik durumun

duygusal yükünü tanımayı, öz güven ve güç oluşturmayı içerir (Dwarswaard ve ark. 2015).

Klinik uygulamada hemşirelerin öz yönetim desteğinin tanımı ve işlevi hakkında farklı algılara sahip olduğu ve zorluklar yaşadığı görülmektedir (Elissen ve ark. 2013; Been-Dahmen ve ark. 2015; van Hooft ve ark. 2015). Öz yönetim desteğinin amacına ilişkin hemşirelerin algılarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, 4 farklı bakış açısına sahip hemşire tipi belirlenmiştir. Bunlar; (1) hastanın günlük yaşam aktivitelerine, beceri geliştirmelerine odaklanan hemşireler; (2) tedaviye uyum sağlanmasını amaçlayan klinisyen hemşireler; (3) devletin sağlık bakım maliyetlerini azaltmayı amaçlayan hemşireler; (4) hastalara hastalığı yönetme konusunda talimat vermeye odaklanan eğitici hemşirelerdir (van Hooft ve ark. 2015). Bir diğer çalışmada, öz yönetim desteği rollerine ilişkin hemşirelerin “tıbbi rejime uyma”, “semptomları izleme” ve “hastalığı günlük yaşama entegre etme” olarak 3 farklı görüşe sahip olduğu, ilk 2 görüşün tıbbi yönetime odaklı geleneksel bakım modeline yatkın olduğu; psikolojik ve sosyal destek gereksinimlerine uymadığı belirtilmiştir. Hemşirelerin biyopsikososyal modele uygun öz yönetim desteği vermesi önerilmiştir (Been-Dahmen ve ark. 2015).

Literatürde sağlık profesyonellerinin öz yönetimi destekleyici girişimlerinin genellikle bilişsel (bilgi verme) ve davranışsal (izlem ve geri bildirim) stratejilere ya da bunların kombinasyonuna odaklandığı; duygusal bileşene (özyeterliliği ve sosyal desteği artırma) daha az yer verildiği görülmektedir (De Bleser ve ark. 2009; Low ve ark. 2015; Grijpma ve ark. 2016; Been-Dahmen ve ark. 2018). İmmüsupresif tedavinin klinik seyir açısından önemi göz önüne alındığında, öz yönetime yönelik girişimlerin, yeni yaşama uyum ve sürece yönelik gereksinimler gibi konulardan ziyade, genellikle ilaç uyumu üzerine odaklanma eğiliminde olduğu; böbrek nakli alıcılarının bakımında odak noktasının öncelikle tıbbi rejimi yönetmek olduğu belirtilmektedir (De Bleser ve ark. 2009; Schmid-Mohler ve ark. 2014; Low ve ark. 2015; Grijpma ve ark. 2016). Bununla birlikte, böbrek nakli olan bireyler, nakil sonrası tıbbi yönetim zorluklarının dışında, yaşadıkları durumun psikososyal yönleriyle de mücadele ettiklerini belirtmektedir. Been-Dahmen ve ark. (2018)’nın çalışmasında, böbrek nakli olan bireylerin; nakil sürecinde uzman hasta olma, tedaviyi yönetme, sağlık profesyonelleriyle ilişki kurma, günlük yaşam aktivitelerini yönetme, sosyal sonuçlarla başa çıkma, benlik imajını geliştirme, nakil süreci ve donörle ilgili duygularla başa çıkma, konularında zorluk yaşadıklarını

ifade ettikleri belirtilmiştir. Bu bilgiler ışığında, Jamieson ve ark. (2016) tarafından böbrek nakli alıcılarında öz yönetimi ele alan 50 nitel çalışmanın sistematik incelemesinde, elde edilen sonuçlara dayanarak oluşturulan klinik uygulamaya yönelik öz yönetim desteği önerileri aşağıda verilmiştir (Tablo 2-2).

Tablo 2-2: Böbrek nakli öz yönetim desteği önerileri

Strateji	Önerilen girişimler
Özerkliği (otonomi) ve öz yeterliliği teşvik etme	Önemli tıbbi verileri girmek için bir hasta günlüğü oluşturun Her ayaktan kontrol ziyareti sonrası yazılı ilaç raporu ve laboratuvar sonuçları (açıklamalarıyla) sağlayın Hastaların hedeflerini izlemelerine olanak sağlayan mobil uygulamalar geliştirin veya kullanın Öz yönetimin önemine yönelik eğitim programları uygulayın Hastalar ve sağlık personeli arasında işbirlikçi “davranış sözleşmeleri” kullanın Uygun olduğunda akran destek gruplarına veya ilgili organizasyonlara ulaşmasını sağlayın
Açık önerilerde bulunun ve belirsizlikleri giderme	Pratik ve spesifik öneriler verin (ör. ilaç planı, telefon numaraları, planlanan randevular hakkında) Kişiselleştirilmiş bakım planı uygulayın Hastaları gerektiğinde diyetisyen, fizyoterapist ve psikoloğa yönlendirin Temel konularda bir eğitim broşürü sağlayın Kişiselleştirilmiş egzersiz programları geliştirin
Organ reddi ile ilgili endişeleri giderme	Öz yönetim kapsamında, organ reddi ile ilgili endişeleri tanılayın Acil durumlar için telefon numaraları paylaşın Psikolojik hizmetlere erişimi kolaylaştırın Bağıışçılara yönelik suçluluk ve borçluluğu ele alın
Tedavi yorgunluğunu azaltma	Açık şekilde yazılı randevu ve ziyaret programları sağlayın Sorunları belirlemek ve hastada değişim isteğini desteklemek için motivasyonel görüşme yapın Tedavi yükünü en aza indirecek stratejiler geliştirin (ör. öz yönetim faaliyetlerini günlük rutine entegre etme)
Karar verme sürecini destekleme	Hastanın önceliklerini ve endişelerini (ör. yan etkiler) dikkate alan karar destekleyicileri geliştirin ve kullanın

Sonuç olarak kişiye özel bakım planlaması, eğitim, psikososyal destek, karar vermeyi destekleyen girişimler ve kendini izlem araçlarını içeren çok bileşenli girişimler, öz yönetim kapasitesini artırabilir ve nakil sonuçlarını iyileştirebilir (Jamieson ve ark. 2016). Bu nedenle, nakil sonrası sürecin etkinliğini tüm yönleriyle artırmak için öz yönetimi destekleyici girişimler uygulanmalıdır. Bu amaçla uygulanan girişimler;

- Kanıta dayalı davranış değişikliği teorilerine dayanmalı, çok boyutlu (bilişsel, duygusal ve davranışsal) olmalıdır.
- Birden fazla gruba (hasta, sağlık profesyoneli, sağlık sistemi) hitap etmelidir.
- Yeterli miktarda, sürede ve düzeyde uygulanmalıdır.
- Hastaların hedeflerine, gereksinimlerine ve durumuna göre uyarlanmalıdır (De Bleser ve ark. 2009; Grijsma ve ark. 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, nakil yapılan bireylerin böbrek nakli sonrası öz yönetim düzeylerini, öz yönetime yönelik deneyimlerini belirlemek amacıyla tasarlandı ve gerçekleştirildi. Araştırmada, çalışmanın amacı doğrultusunda iki ayrı sürece yer verildi.

Araştırmanın “Kidney Transplant Self-Management Scale”i Türk dili ve kültürüne uyarlamak amacıyla yürütülen *ilk aşaması, metodolojik (nicel)* olarak gerçekleştirildi.

Araştırmanın, nakil yapılan bireylerin böbrek nakli sonrası öz yönetim düzeylerini, öz yönetime yönelik deneyimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen *ikinci aşaması ise, karma yöntem tasarımı (mix-method)* kullanılarak gerçekleştirildi. Çalışmada karma yöntem tasarımı olarak birbiriyle bağlantılı iki süreçten oluşan *açıklayıcı sıralı karma yöntem* tasarımı kullanıldı (Dede ve Demir 2015; Mertkan 2015; Sözbilir 2017).

- Türk dili ve kültürüne uyarlanan “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği (BNÖYÖ)” kullanılarak, nakil yapılan bireylerin böbrek nakli sonrası öz yönetim düzeylerinin incelendiği ilk bölüm tanımlayıcı (nicel);
- Nakil yapılan bireylerin öz yönetim davranışlarına yönelik deneyimlerini belirlemek amacıyla yarı-yapılandırılmış görüşme formu ile derinlemesine görüşülerek, verilerin toplandığı ikinci bölüm ise tanımlayıcı (nitel) yapıda gerçekleştirildi.

3.2. Araştırma Soruları

- “Kidney Transplant Self- Management Scale” ölçeği Türk dili ve kültürüne uygun bir ölçüm aracı mıdır?
- Böbrek nakli yapılan bireylerin nakil sonrası öz yönetim düzeyi nasıldır? (Nicel)
- Böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre, nakil sonrası öz yönetim düzeyleri arasında farklılık var mıdır? (Nicel)
- Böbrek nakli yapılan bireylerin nakil sonrası öz yönetim sürecindeki deneyimleri nelerdir? (Nitel)

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırmanın tüm aşamaları, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) İstanbul Tıp Fakültesi (İ.T.F.) İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı (ABD), Nefroloji Bilim Dalı, Prof. Dr. Necdet Koçak Transplantasyon Polikliniği'nde gerçekleştirildi. İ.Ü. İ.T.F. İç Hastalıkları A.B.D., Nefroloji Bilim Dalı, Prof. Dr. Necdet Koçak Transplantasyon Polikliniği; hem ilgili fakültede, hem farklı hastanelerde (özel hastaneler, üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri) böbrek nakli ameliyatı olan hastaların, nakil sonrası düzenli izlendiği bir polikliniklidir.

İki aşamada gerçekleştirilen araştırmanın ilk (metodolojik) aşamasının verileri Ağustos-Aralık 2019; ikinci aşamaya ilişkin nicel veriler Şubat (pandemi öncesi) ile Haziran-Aralık 2020; nitel veriler ise Mart-Haziran 2021 tarihleri arasında toplandı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, verilerin toplandığı dönemlerde İ.Ü. İ.T.F. İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Prof. Dr. Necdet Koçak Transplantasyon Polikliniği'nde böbrek nakli sonrası düzenli izlenen bireyler oluşturdu.

3.4.2. Araştırmanın Örneklemi

Verilerin toplandığı dönemde, böbrek nakli sonrası İ.Ü. İ.T.F. İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Prof. Dr. Necdet Koçak Transplantasyon Polikliniği'nde izlenen, çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmanın örneklemi oluşturdu.

Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

- Sadece böbrek nakli yapılmış ve böbreği aktif/ çalışır durumda olmak,
- 18 yaş üstü olmak,
- Okur-yazar olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmektir.

Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

- Veriler toplanırken iletişime engel olabilecek görme, işitme, algılama vb. rahatsızlıkları bulunuyor olmasıdır.

İki aşamada gerçekleştirilen araştırmada, örneklem belirleme süreci, araştırmanın aşamalarına göre aşağıda belirtildiği şekilde oluşturuldu:

3.4.2.1. Araştırmanın ilk aşamasının örnekleme

Araştırmanın ilk aşamasında “Kidney Transplant Self-Management Scale” ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması amacıyla geçerlik ve güvenirlik analizleri yapıldı.

Geçerlik çalışmasının yürütülmesine yönelik, İ.Ü. İ.T.F. İç Hastalıkları A.B.D., Nefroloji Bilim Dalı, Prof. Dr. Necdet Koçak Transplantasyon Polikliniği’nde düzenli izlenen, araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan, verilerin toplandığı dönemde (Ağustos-Aralık 2019) polikliniğe kontrol amacıyla başvurmuş, ölçek madde sayısının 10 katı (16 madde) (Esin 2015; Seçer 2015) olan **160 birey** araştırmanın örneklemini oluşturdu. Güvenirlik çalışmasına yönelik test-tekrar test yöntemi ile ilk teste katılanların %25’ine (40 birey), üç hafta içerisinde ölçek yeniden uygulandı (Alpar 2012; Seçer 2015; Seçer 2017).

3.4.2.2. Araştırmanın ikinci aşamasının örnekleme

Araştırmanın ikinci aşamasında, açıklayıcı sıralı karma yöntem tasarımına uygun olarak iki farklı uygulama için birbiriyle bağlantılı iki ayrı örneklem seçimi yapıldı. Birbiriyle bağlantılı iki uygulama şeklinde gerçekleştirilen bu tasarımda, ilk olarak nicel veriler toplanıp analiz edildi. Sonrasında gerçekleştirilen nitel uygulama ile elde edilen veriler, tasarıma uygun şekilde nicel sonuçları derinlemesine açıklama veya detaylandırma amacıyla kullanıldı (Dede ve Demir 2015; Sözbilir 2017).

İkinci aşamada birbiriyle bağlantılı 2 ayrı örnekleme süreci izlendi:

İkinci aşamanın ilk (nicel) bölümünde; Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği’ni uygulamak üzere, yeni bir örneklem grubu oluşturuldu. Bu amaçla, ölçek uyarlama sürecinde ulaşılan 160 birey çalışma dışında tutularak, İ.Ü. İ.T.F. İç Hastalıkları A.B.D., Nefroloji Bilim Dalı, Prof. Dr. Necdet Koçak Transplantasyon Polikliniği’nde düzenli izlenen, araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan, verilerin toplandığı dönemde (Şubat 2020 ve Haziran-Aralık 2020) polikliniğe kontrol için başvurmuş, **180 birey** araştırma kapsamına alındı. İkinci aşamada örnekleme ait veriler toplandıktan sonra araştırmanın gücü değerlendirildi. Çalışmanın gücü “G power 3.1.9.2” programı kullanılarak hesaplandı. Bu kapsamda; bireylerin böbrek nakli sonrası öz yönetimini etkileyen faktörler, hipotez testleri ile incelendi. Hipotez testleri sonrasında yapılan çoklu regresyon

analizinde kukla değişkenler kullanılarak analiz yapıldı. Modelde enter metodu kullanıldı ve anlamsız olan değişkenler ile anlamlılığı düşüren değişkenler modelden çıkarıldı. Modelde yer alan çoklu değişkenlerin anlamlılığı belirlendi ($p < 0,05$: $F = 5,295$). Sonuçlar incelendiğinde; bireyin yaşadığı şehir, nakil sayısı ve eğitim alma durumu anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama gücünü gösteren R^2 değeri 0,067 olarak hesaplandı. İstanbul ve sınırında yaşayan bireylerin, diğerlerine göre; nakil sayısı iki olanların bir olanlara göre; eğitim alanların almayanlara göre öz yönetim düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Çalışmada 180 kişi ile uygulanan analiz sonucunda, alfa 0,05 ve regresyondaki etki büyüklüğü 0,06 olarak alındı. Posthoc hesaplama sonucunda çalışmanın gücü 0,81 olarak bulundu. Post hoc analizi için minimum elde edilmesi gereken power değeri 0,67'dir (Cohen 1992). Yapılan power analizi sonucuna göre çalışmanın gücünün kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlendi.

İkinci aşamanın ikinci (nitel) bölümünde; çalışma tasarımına uygun olarak örneklem, nicel bölüme katılan bireylerden seçildi. Açıklayıcı sıralı desende, hangi nicel sonucun daha fazla açıklama gerektirdiğine karar vermenin zor olduğu ifade edilmekte; araştırmacının nicel sonuçlardan ortaya çıkan aykırı durumları, önemli ya da beklenmedik sonuç veren değişkenleri ve belirli demografik özelliklere sahip katılımcıları açıklayabileceği belirtilmektedir. Bu desende nicel bölümde seçkisiz örnekleme yapılırken, nitel bölümde ise amaçlı örnekleme yapılabilir (Sözbilir 2017). Amaçlı örnekleme, araştırmanın temel olgusunu açığa çıkarmaya yardım edebilecek, konuyla ilgili önemli ve detaylı bilgiye sahip olduğu düşünülen katılımcıları seçme sürecidir. Kişilerin, bir kitleyi temsil etmesi ya da ulaşılabilir olması gibi nedenlerle seçilebildiği bir örnekleme yöntemidir (Mertkan 2015; Özcan 2017).

Bu çalışmada, ilk bölümde yer alan verilerin sonuçlarına göre, nitel bölümde yer alan örneklem grubu, amaçlı örnekleme yoluyla belirlendi. Bu kapsamda nicel aşamada BNÖYÖ toplam puanlarında anlamlı düzeyde farklılık oluşturan yedi farklı değişkene ait (*nakil sayısı, diyaliz süresi, ilk nakil yaşı, mesafe, nakil sonrası geçen süre, nakilden sonra hastaneye yatış sayısı, nakil sonrası sürece ilişkin bilgilendirilme durumu*) (düşük ve yüksek puanlı) gruplarda yer alan, kendini ifade gücü yüksek bireylere ulaşılması hedeflendi. Bu kapsamda, BNÖYÖ toplam puanlarına göre, belirtilen yedi değişkende anlamlılık oluşturan her gruptan bireyler içerecek şekilde, toplam 14 birey araştırmanın nitel aşamasının örneklemini oluşturdu. Bu örneklem seçim yöntemi ile anlamlı düzeyde

farklılık gösteren durumlara ilişkin deneyimlerin derinlemesine açıklanması ve detaylandırılması amaçlandı.

3.5. Etik ve Yasal Gereklilikler

Araştırmaya başlamadan önce, Chung (2018) tarafından geliştirilen, “Kidney Transplant Self- Management Scale” ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması ve kullanımı için ilgili yazardan yazılı izin alındı (EK 1). İ.Ü. İ.T.F Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna dair izin alındı (Tarih: 17 Ocak 2019) (EK- Etik Kurul Kararı). Çalışmanın İç Hastalıkları A.B.D. Prof. Dr. Necdet Koçak Transplantasyon Polikliniği’nde yapılabilmesi amacıyla İ.Ü. İ.T.F. dekanlığından yazılı izin alındı (Tarih: 20 Mart 2019) (EK 2).

Böbrek nakli olan bireylere veri toplama araçları uygulanmadan önce, araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi. Bireyler, bilgilerin araştırmacılar tarafından saklanacağı, yanıtların gizli kalacağı ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgilendirildi. Hastalardan araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine ilişkin, sözlü ve yazılı izin alındı (Bilgilendirilmiş İzin Formu EK 3).

3.6. Veri Toplama Yöntemleri

Araştırmanın her iki aşamasında da nicel veriler toplanırken, araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda (Gül ve ark. 2010; Gündüz 2014; Been-Dahmen ve ark. 2018; Ndemera ve Bhengu 2017; Chung 2018) oluşturulan Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu (EK 4) kullanıldı.

İlk (metodolojik) aşamada, Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu’na ek olarak; Chung (2018) tarafından geliştirilen “Kidney Transplant Self-Management Scale” (EK 5)’in, Türk dili ve kültürüne uyarlama sürecine uygun aşamalardan geçirilerek oluşturulan Türkçe versiyonu kullanıldı (Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği, Form 1-ilk versiyon) (EK 6) (Beaton ve ark. 2000; Karakoç ve Dönmez 2014; Esin 2015; Seçer 2015; Lenz ve ark. 2017; Çapık ve ark. 2018; Ortiz-Gutiérrez ve Cruz-Avelar 2018; DSÖ 2019).

İkinci aşamada, Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu’na ek olarak; metodolojik uyarlama süreci sonrası son hali verilen Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği (EK 7) ile nicel veriler toplandı. Nitel veriler ise, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan (Gündüz 2014; Been-Dahmen ve ark. 2018; Ndemera ve Bhengu 2017; Bütün ve Demir 2018) yarı yapılandırılmış “Böbrek Nakli Yapılan Bireylerle Görüşme Formu

(EK 8)” aracılığıyla, çevrimiçi görüntülü derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Görüşmeler sırasında ses ve görüntü eş zamanlı olarak kaydedildi.

Böbrek nakli yapılan bireylerden elde edilen veriler dışında, hasta dosyaları incelenerek klinik özelliklere ilişkin hasta ifadelerinde de yer alan bazı veriler doğrulandı. Bu kapsamda kayıtlardan, böbrek nakli olma tarihi, nakil tipi (canlı/kadavra), böbrek yetmezliği nedeni, ailede böbrek hastalığı öyküsü vb. veriler incelendi.

3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Bilgi Formu

Bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı şehir, gelir durumu, beraber yaşadığı kişiler, bakmakla yükümlü olduğu kişiler, nakil tarihi, ameliyatı olduğu yer, nakil yapılan böbreğin nasıl temin edildiği ve canlıdan ise alıcının vericiyi tanıma durumu, böbrek nakil sayısı, böbrek yetmezliğine neden olan durum, nakil sonrası hastaneye yatmayı gerektiren durum varlığı, nakil öncesi diyaliz uygulanma durumu, nakil sonrası sürece ilişkin bilgilendirilme durumu, ek hastalık varlığı, ailede böbrek hastalığı olan ve nakil olan birey varlığı (yakınlık dereceleri) durumlarını sorgulayan 20 soru yer almaktadır (EK 4).

3.6.2. Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği (BNÖYÖ)

Çalışmanın ilk (metodolojik) aşamasında, Chung (2018) tarafından geliştirilen “Kidney Transplant Self-Management Scale” (EK 5)’in, dil ve kapsam geçerliği sonrası oluşturulan 16 maddelik Türkçe ilk versiyonu kullanıldı (Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği, Form 1-ilk versiyon) (EK 6). Chung (2018) tarafından, böbrek nakli yapılan bireylerde öz yönetim düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen “Kidney Transplant Self-Management Scale (KTSM Scale)” beş alt boyuttan oluşmakta ve toplam 16 soru içermektedir (Cronbach’s Alpha:0,84). Ölçekteki her bir ifade “kesinlikle katılmıyorum (1)” dan “kesinlikle katılıyorum (5)” a doğru 1-5 arasında değişen likert tipi puanlamaya sahiptir. Ölçeğin orijinaline ait alt boyutlar ve maddeler Tablo 3-1’de sunuldu.

Tablo 3-1: KTSM Scale alt ölçekleri ve ölçek maddeleri (Chung 2018)

Boyutlar	Maddeler	Cronbach’s α
- Medication management	1., 2., 3. maddeler	0,83
- Cardiovascular disease risk reduction	4., 5., 6., 7. maddeler	0,70
- Protecting the new kidney	8., 9., 10., 11. maddeler	0,72
- Ownership of post-transplant self-care	12. ve 13. maddeler	0,77
- Skin cancer prevention	14., 15., 16. maddeler	0,72
KTSM	16 MADDE	0,84

Ölçeğin Türk toplumunda kullanılması amacıyla güvenirlik ve geçerlik çalışması bu araştırmada yapıldı. Güvenirlik ve geçerlik çalışması sonrası ölçekten sekizinci madde çıkarılarak, ölçeğe Türk toplumunda kullanılabilir son hali verildi (Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği-BNÖYÖ). Bu kapsamda uygulanan dilsel, kültürel ve psikometrik uyarlama süreçlerine, çalışmanın ilerleyen bölümlerinde yer verildi. Çalışmanın ikinci aşamasında metodolojik uyarlama süreci sonrası son hali verilen, Türk toplumunda kullanılabilir 15 maddelik Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği (ilk aşamada yer almayan 180 birey) kullanıldı. Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği (BNÖYÖ), ölçeğin orijinaline uyumlu olarak beş alt boyuttan oluşmakta olup (*ilaç yönetimi, kalp-damar hastalığı riskinin önlenmesi, nakledilen (yeni) böbreğin korunması, nakil sonrası öz bakım sorumluluğu ve cilt kanserinin önlenmesi*), toplam 15 soru içermektedir (Cronbach alfa: 0,809). Ölçekteki her bir ifade ölçeğin orijinaline uygun olarak “kesinlikle katılmıyorum (1)” dan “kesinlikle katılıyorum (5)” a doğru 1-5 arasında değişen likert tipi puanlamaya sahiptir (EK 7).

3.6.3. Böbrek Nakli Yapılan Bireylerle Görüşme Formu

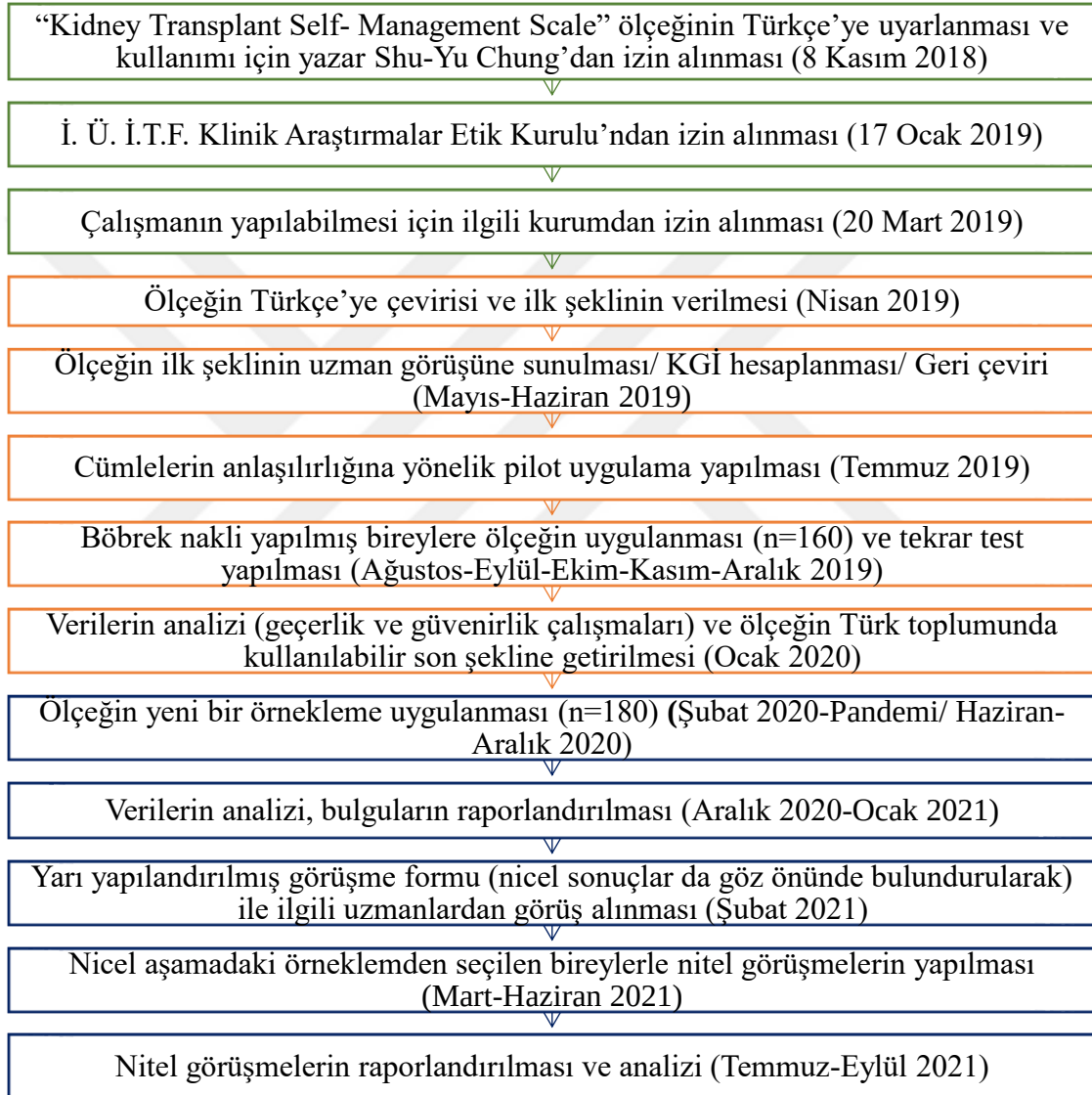
Böbrek Nakli Yapılan Bireylerle Görüşme Formu (EK 8); araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Bütün ve Demir 2018; Ndemera ve Bhengu 2017; Been-Dahmen ve ark. 2018; Gündüz 2014) oluşturulan yarı yapılandırılmış bir formdur. Literatür taraması sonrası oluşturulan görüşme soruları, nitel araştırma konusunda deneyimli, uzmanlık alanı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği olan üç öğretim üyesinin görüşüne sunuldu ve alınan görüşler bir araya getirilip incelenerek soru formuna son hali verildi (EK 9). Süreç sonrası son şekli oluşturulan görüşme formunda; nakil yapılan bireyler için organ naklinin anlamını, nakil öncesi ve sonrası deneyimler ve duyguları, nakil yapılan bireylerin öz yönetim süreçlerinde rol oynayan durumları, destek gereksinimlerini ve beklentilerini belirlemeye yönelik yedi açık uçlu soru yer almaktadır. Görüşme formunun tasarımı ve uygulanmasında, araştırmacı tarafından farkedilmeyen herhangi bir eksiklik olup olmadığının sınılanması ve varsa eksikliklerin giderilmesi amacıyla, ilk iki görüşme sonrasında katılımcılara sorularla ilgili anlayamadıkları herhangi bir yer olup olmadığı soruldu; soruların amaca uygun özellikte ve anlaşılabilir olduğuna karar verildi.

3.7. Araştırma Planı/ Süreci

Çalışmanın Başlangıç Tarihi: Araştırmaya, konu ile ilgili literatür taraması yapılarak Kasım 2018 tarihinde başlandı. Araştırma protokolü oluşturularak, etik

kuruldan onay (17.01.2019) ve ilgili kurumdan izin (20.03.2019) alındı. İlgili kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra ilk aşamanın verileri, Ağustos- Aralık 2019 tarihleri arasında; ikinci aşamanın nicel verileri ise Şubat 2020 ile Haziran-Aralık 2020 (pandemi dönemi sonrası); nitel verileri Mart- Haziran 2021 tarihleri arasında toplandı. Çalışma süreci ayrıntılı bir şekilde Tablo 3-2’de yer almaktadır.

Tablo 3-2: Çalışma süreci



3.8. Araştırmanın Uygulanması

Gerekli izinler alındıktan sonra araştırmanın uygulama aşamasına geçildi. Bu aşamada araştırma planlandığı şekilde iki aşamada yürütüldü. “Kidney Transplant Self-Management Scale” ölçeğinin Türk dili ve kültürüne uyarlanma sürecinin (geçerlik ve güvenirlik analizleri) yürütüldüğü ilk aşamanın tamamı Nisan 2019-Ocak 2020 tarihleri

arasında gerçekleştirildi. Böbrek nakli yapılan bireylerde öz yönetim düzeyi ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla karma yöntem (mix-method) tipinde tasarlanan ikinci aşamanın, ilk (nicel) bölümü Şubat 2020-Ocak 2021 (pandemi süreci ile birlikte) arası; ikinci bölümü (nitel) Şubat-Eylül 2021 tarihleri arasında tamamlandı. Araştırmanın yürütülmesine ilişkin ayrıntılı akış şeması Tablo 3-2’de yer almaktadır.

3.8.1. Birinci Aşamanın Uygulanması

Birinci aşamada, “Kidney Transplant Self- Management Scale” ölçeği, literatür doğrultusunda yabancı dilden (İngilizce) Türkçe’ye ve Türk kültürüne uyarlanarak, geçerlik güvenirlik çalışması yapıldı (Beaton ve ark. 2000; Karakoç ve Dönmez 2014; Esin 2015; Seçer 2015; Lenz ve ark. 2017; Çapık ve ark. 2018; Ortiz-Gutiérrez ve Cruz-Avelar 2018; DSÖ 2019). Bu süreç 2 başlık olarak ele alınacaktır:

- 1) Dil ve kültürel uyarlama adımları
- 2) Psikometrik özelliklerin incelenmesi

1) Dil ve kültürel uyarlama adımları

Bu kapsamda, “Kidney Transplant Self-Management Scale” ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması için, literatürde yer alan kültürlerarası ölçek uyarlamada dil ve kültürel uyarlama aşamaları (*çeviri, uzman paneli değerlendirmesi, geri çeviri ve ön (pilot) uygulama*) izlendi. Bu aşamada, birebir dilsel denklikten daha çok, kültürler arası ve kavramsal denkliğin sağlanması amaçlandı (Borsa ve ark. 2012; Çapık ve ark. 2018; DSÖ 2019).

a) Dil Geçerliği:

İlk çeviri ve çevirilerin incelenmesi: Kültürlerarası uyarlama sürecinin ilk adımı; ilk çeviridir (forward translation). Ölçeğin orijinal halinden hedef dile en az iki farklı (birebirinden bağımsız) çevirisinin yapılması; karşılaştırabilme, belirgin olmayan ifadelerdeki farklılıkları ve şüpheli ifadeleri netleştirerek ortak bir sonuca varabilme açısından önerilmektedir (Beaton ve ark. 2000; Seçer 2015). İlk çeviride, ölçeğin orijinal dil ve kültürüne yeterince hakim, ana dilleri hedef dil (Türkçe) olan çevirmenlerin yer alması istenmektedir (Beaton ve ark. 2000; Çapık ve ark. 2018; Ortiz-Gutiérrez ve Cruz-Avelar 2018; DSÖ 2019). Sağlıkla ilişkili ölçek uyarlama sürecinde ayrıca, ölçeğe ilişkin alan terminolojisine ve bu konuda görüşme yapma, veri toplama becerilerine aşina sağlık profesyonellerinin görev alması da önerilmektedir (Çapık ve ark. 2018; DSÖ 2019).

Beaton ve ark. (2000)'ın yayınında ise, ilk çeviri aşamasında yer alan iki çevirmenin, farklı profillerde olması gerektiği belirtilmektedir. Çevrilen ankette incelenen kavramların farkında olan çevirmenin, klinik perspektif açısından denklik ve ölçüm açısından güvenilirlik sağlayacağı; ölçülen kavramların farkında olmayan, tercihen tıbbi veya klinik geçmişi bulunmayan diğer çevirmenin ise, orijinal ölçekteki farklı anlamları algılama olasılığını yükselteceği, akademik bir hedeften daha az etkileneceği ve o nüfus tarafından kullanılan dili yansıtan bir çeviri sunacağı düşünülmektedir (Beaton ve ark. 2000). Tüm bu bilgiler doğrultusunda bu araştırmada ilk olarak, çalışılan konuya ilişkin terminolojiye hakim uzmanların yer aldığı, ölçüm aracının orijinal diline (İngilizce) de hakim üç uzman tarafından, ölçeğin Türkçe'ye birbirinden bağımsız üç çevirisi yapıldı (İngiliz Dili Edebiyatı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Üroloji (Tıp)) (EK 9). Yapılan çeviriler sonrası, sentezleme sürecine başlandı. Bu amaçla orijinal ölçek göz önünde bulundurulup, kavramsal denklik ve dil uyumuna odaklanarak çeviriler karşılaştırıldı ve değerlendirildi (Ortiz-Gutiérrez ve Cruz-Avelar 2018). Her maddenin anlamsal, dilsel ve bağlamsal farklılıkları değerlendirildi, en uygun ifadeler seçilerek ortak bir metin oluşturuldu ve ölçeğe ilk şekli verildi (Beaton ve ark. 2000).

Geri çeviri: “İlk çeviriler sonrası incelenip son hali verilen değerlendirmenin, ölçeğin geliştirildiği (orijinal) dile dönüştürülme süreci” olarak tanımlanan geri çeviri sürecinde, çevirmenin anadilinin, mümkünse ölçeğin orijinal dili olması; uyarlanan dil ve kültüre de hakim olunması beklenmektedir (Lenz ve ark. 2017; Ortiz-Gutiérrez ve Cruz-Avelar 2018). Bir uzman ile tamamlanabilse de sıklıkla ilk çeviride yer almayan en az iki çevirmen tarafından çevirinin yapılması önerilir (Lenz ve ark. 2017; Çapık ve ark. 2018). Bu çalışmada, İngiliz Dili Eğitimi alanında uzman bir akademisyen ve akademik çeviri yapan profesyonel tercümanlık bürosu (anadili İngilizce olan çevirmenler) tarafından, ölçeğin oluşturulan son halinin geri çevirisi yapıldı (EK 9). Geri çeviri sürecinde, çevrilen taslağın, orijinal ölçekle aynı içeriği yansıttığından emin olmak amacıyla, çevirmenlere ölçeğin orijinal hali gönderilmedi (Beaton ve ark. 2000; Çapık ve ark. 2018). Geri çeviriler sonrasında ölçeğin orijinal dilinde yeni bir versiyonu oluşturuldu ve ölçeğin orijinaliyle karşılaştırılarak, ikisinin kavramsal açıdan denkliği teyit edildi (Ortiz-Gutiérrez ve Cruz-Avelar 2018).

b) İçerik (Kapsam) Geçerliği:

Farklı kültürlerde kullanılacak ölçeklerde, maddelerin sadece dilbilimsel olarak iyi tercüme edilmesinin yeterli olmadığı; içerik geçerliğini farklı kültürlerde kavramsal olarak korumak için, ölçeğin kültürel olarak da uyarlanması gerektiği belirtilmektedir (Beaton ve ark. 2000). Çevirideki yetersiz ifadeleri, iki dil arasındaki tutarsızlıkları belirleyip düzeltmek amacıyla uygulanan bu adım, DSÖ (2019) tarafından, çeviriden sonraki aşama olarak önerilmektedir (Çapık ve ark. 2018; DSÖ 2019). Burada uzman olarak tanımlanan, en az üç, en fazla 20 kişiden oluşan ekip üyelerinin, ölçekle ilgili dilleri, kültürleri, ölçeğin içeriğini bilmesi ve ölçek uyarlama yöntemlerine hakim olması beklenmektedir (Esin 2015; Çapık ve ark. 2018).

Ölçeğin içerik (kapsam) geçerliğini değerlendirmek amacıyla, çeviriler sonrası oluşturulan metin, ölçeğin orijinali ve her maddenin derecelendirme ölçütü [4=Tümüyle uygun; 3=Oldukça uygun (madde için ufak değişiklikler gerekli); 2=Biraz uygun (maddenin uygun şekle getirilmesi gerekli); 1=Uygun değil] ile birlikte hemşirelik ve tıp alanında uzman 11 kişiden oluşan uzman ekibin görüşüne sunuldu (EK 9). Kapsam geçerliği için kullanılan dörtlü derecelendirme yöntemi incelenerek, maddeler için “4=tümüyle uygun” ve “3=oldukça uygun (madde için ufak değişiklikler gerekli)” seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölündü ve maddeye ilişkin “**Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI; Content Validity Index-CVI)**” elde edildi. (Karakoç ve Dönmez 2014). Uzmanlardan gelen yanıtlar sonucunda ölçekte bulunan her bir maddenin kapsam geçerlik indeksinin %80’in üzerinde olduğu saptandı (Karakoç ve Dönmez 2014; Esin 2015; Çapık ve ark. 2018), bu nedenle ölçekten madde çıkarımına gidilmeyip, uzmanların önerileri doğrultusunda, ölçekteki ifadelerde dilsel ve anlamsal sadeliğin sağlanması amacıyla çeşitli düzenlemeler yapıldı.

c) Ön uygulama (Pilot uygulama):

Ölçeğin, hedef popülasyon üzerinde önceden test edilmesi gerekmektedir. Ön uygulama, ölçeğin uygulanacağı bireyleri temsil eden bir gruba yapılmalı; hedef popülasyona benzer yaş gruplarını, sosyoekonomik grupları, cinsiyetleri vb. temsil etmelidir (Borsa ve ark. 2012; DSÖ 2019). Oluşturulan çeviri metninin, hedef kitleye benzer katılımcılara pilot olarak uygulanması; katılımcıların nasıl cevap verdiklerinin ve sorular yanıtlanırken geçen zamanın izlenmesi önerilir. Pilot uygulama sırasında, ortaya çıkan eksiklikler de belirlenir (Ortiz-Gutiérrez ve Cruz-Avelar 2018). Ön uygulamada 5

ila 8 katılımcıya uygulama yapılmasını yeterli bulan yayınlar (Ortiz-Gutiérrez ve Cruz-Avelar 2018) olduğu gibi; 30 ila 40 katılımcıya uygulama yapılmasını öneren kaynaklar da mevcuttur (Gjersing ve ark. 2010).

Ölçeğin geri çevirisi sonrasında, hedef grupla aynı özellikleri taşıyan 30 kişiye soruların anlaşılabilirliğini, kafa karıştırıcı veya yanıltıcı öğelerin varlığını ve ölçekle ilgili yapılması gereken başka düzeltmeler olup olmadığını belirlemeye yönelik bir ön uygulama yapıldı. Öncelikli olarak hedef grubun veri toplama formunu kendisi doldurması istendi. Sonrasında, katılımcılardan soruyu okumaları, her maddenin anlamı hakkında kısa bir açıklama yapmaları ve her maddeyi yeniden ifade etmeleri istendi (Gjersing ve ark. 2010). Katılımcıların ifadeleri ile ölçek maddelerine verdikleri yanıtlar, tutarlılık açısından karşılaştırıldı. Katılımcılara, anlamadıkları ya da rahatsız oldukları bir kelime ya da ifadenin varlığı soruldu (Çapık ve ark. 2018; DSÖ 2019). Pilot çalışmadan elde edilen sonuçlara dayanarak, ölçekte herhangi bir anlamsal düzenleme yapılmadı (Gjersing ve ark. 2010).

2) Psikometrik Özelliklerin İncelenmesi

Çeviriler tamamlanıp dil uyarlaması yapıldıktan sonra, ölçeğin psikometrik özelliklerini incelemek amacıyla uygulama sürecine geçildi (Beaton ve ark. 2000). Bu amaçla, ölçek çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan örneklem grubuna uygulandı ve çalışmadan elde edilen sonuçlara göre uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak, ölçeğin psikometrik özellikleri test edildi (Gjersing ve ark. 2010).

a) Yapı Geçerliği:

Yapı geçerliği; kuramsal olarak açıklanabilen ancak doğrudan gözlenemeyen ya da ölçülmesi güç olan soyut kavram, davranış ya da boyutu ölçmeyi hedefleyen aracın, ölçmeyi hedeflediği durumu ne derece doğru ölçebildiğinin değerlendirilmesidir. Yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla toplam puan ile alt boyutları (faktör) olan ölçekler için “faktör analizi” kullanılmaktadır. Bu amaçla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere 2 farklı yöntem kullanılabilmektedir. Araştırmada yeni geliştirilen bir ölçek kullanılacağına, ilk olarak AFA yapılır (Esin 2015). DFA ise, AFA ile belirlenen bir yapı sınanırken ya da yurt dışında geliştirilen bir ölçme aracının orjinal faktör yapısının, uyarlanmaya çalışılan kültüre gösterdiği tutarlılık belirlenmek istenirken kullanılmaktadır (Seçer 2017). Yurt dışında geliştirilen bir ölçeğin, Türkçe’ye ölçek uyarlandığı çalışmalarda sadece DFA yapmak yeterli olabilir

(Esin 2015). Bu çalışmada; pilot uygulama sonrası son hali verilen “Kidney Transplant Self-Management Scale” ölçeğinin Türkçe versiyonu, ölçek madde sayısının (16 madde) 10 katı olan 160 bireye uygulandı (Büyüköztürk 2005). Örneklem alınan verilerle, ölçeğin orijinalinde mevcut olan beş faktörlü yapının (ilaç yönetimi, kalp-damar hastalığı riskinin önlenmesi, nakledilen (yeni) böbreğin korunması, nakil sonrası öz bakım, cilt kanserinin önlenmesi) iyi uyum gösterip göstermediğini belirlemek, yapı geçerliğini test etmek amacıyla DFA yapıldı. DFA sonucunda, Ki kare uyum testi (Chi-Square Goodness) ve X²/sd değerleri ile diğer uyum indeksleri (RMSEA, CFI, NFI, NNFI, IFI, RFI, GFI, SRMR) incelendi (Alpar 2012; Esin 2015; Seçer 2017).

b) Güvenirlik Çalışması:

Güvenirlik; bir ölçme aracının, aynı koşullarda tekrarlı ölçümler sonucu verdiği ölçüm değerlerinin kararlılığıdır. Ölçek kullanılarak elde edilen bilgilerin kararlı özellikte olduğuna ve aynı amaçla yapılacak yeni bir ölçümde, aynı sonuçlara ulaşılabileceğine güven duyulması gerekir (Ercan ve Kan 2004). Bir ölçümün güvenilirliği, bir ölçümün tekrarlanabilir ve tutarlı sonuçlar verdiğini belirleme yeteneğini ifade eder. Güvenirlik analizi; iç tutarlılık güvenilirliği, yarı yarıya (split-half) güvenilirlik, test-tekrar test güvenilirliği ve değerlendiriciler arası güvenilirliği içermektedir (Arafat ve ark. 2016).

Bu çalışmada ölçeğin güvenilirliğini test etmek amacıyla uygulanan “Güvenirlik Analizi”nde; ölçeğin iç-tutarlılık güvenilirliği, madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı ile hesaplandı; zamana karşı değişmezliği ise test-tekrar test yöntemi ile incelendi. Test-tekrar test yöntemi ile ilk teste katılanların %25’ine (40 birey) 3 hafta içerisinde ölçek yeniden uygulandı (Alpar 2012; Esin 2015; Seçer 2017). Tekrar test uygulaması, kısa zaman aralığında yapıldığında ezberleme etkisi ile uzun zaman aralığında yapıldığında gelişim etkisi (durumun değişmesi) ile karşılaşıldığı belirtilmektedir (Çakmur 2012). Bu nedenle uygulamanın geciktirilmemesi, 2-4 hafta gibi zaman aralığından uygulanması önerilmektedir (Aktürk ve Acemoğlu 2012). Bu ölçümler ile ölçeğin ve alt boyutlarının ilk test ve tekrarlı test ölçümleri arasındaki ilişki incelendi.

Tüm bu süreçler sonunda Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği’nin geçerlik ve güvenilirlik analizleri tamamlandı. Ölçeğin Türk dili ve kültürüne uyarlanması ile araştırmanın ilk aşaması olan metodolojik süreç sona erdirildi.

3.8.2. İkinci Aşamanın Uygulanması

Araştırmanın ikinci aşaması açıklayıcı sıralı karma yöntem tipinde (mix-method) tasarlandı. Açıklayıcı sıralı karma yöntem araştırmasında amaç ilk olarak nicel yöntemleri kullanmak ve sonrasında nicel sonuçlara açıklama getirmek için nitel yöntemleri kullanmaktır. Bu amaçla ilk olarak nicel veri toplama yöntemleri kullanılır, nicel analiz yöntemleri ile sonuçlara ulaşılır ve açıklanacak sonuçlar belirlenir. İkinci olarak ise nitel veri toplama ve analiz yöntemleri kullanılır, nitel sonuçlara ulaşılır ve nitel sonuçların, nicel sonuçları nasıl açıkladığı yorumlanır (Mertkan 2015; Sözbilir 2017). Bu desen, araştırmacı nicel manidar (veya manidar olmayan) sonuçları, olumlu işleyen modelleri, aykırı ya da şaşırtıcı sonuçları açıklamak için nitel veriye gereksinim duyduğunda kolayca uygulanabilir (Dede ve Demir 2015).

Karma yöntem sürecini içeren ikinci aşamanın, nicel aşaması olan ilk bölümünde, böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özellikleri ile öz yönetim davranışları incelendi. Bu amaçla, nakil yapılan bireylere yönelik oluşturulan tanıtıcı özellikler veri toplama formu ile Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği, böbrek nakli sonrası İ.Ü. İ.T.F. İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Prof. Dr. Necdet Koçak Transplantasyon Polikliniği'nde izlenen yeni bir örneklem grubuna uygulandı (180 birey). Veriler toplanırken metodolojik (ilk) aşamada örnekleme alınan böbrek nakli yapılmış 160 birey çalışma dışında tutuldu. Uygulama sonrasında elde edilen verilerin analizi yapılarak, tanıtıcı özellikler ve öz yönetim davranışlarına ilişkin bulgular raporlandırıldı.

Nicel verilerden elde edilen sonuçlara göre, nitel aşama olan ikinci bölümde yer alacak bireyler belirlendi. Nitel aşamada, böbrek nakli yapılan bireylerin öz yönetime yönelik deneyimleri, çevrimiçi görüntülü görüşme ile (COVID-19 pandemisi nedeniyle) derinlemesine görüşüldü. Görüşme sonrası elde edilen veriler raporlandırılarak, analizi yapıldı. Nitel verilerden elde edilen sonuçlar, nicel aşamada elde edilen sonuçları detaylandırma ve açıklamada kullanıldı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde, kullanılan araştırma yöntemine uygun farklı analiz programları ve analizler kullanıldı.

Birinci aşama: Bu aşamada veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 ve LISREL paket programları kullanılarak analiz edildi. Yapılan

analizler sonucunda, ölçeğin dil, kapsam, yapı geçerliğine ve güvenirliğine ilişkin bulgular ayrıntılı olarak raporlandırıldı. Bu aşamada metodolojik yöntem kullanıldığı için, veriler Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI), Doğrulamalı Faktör Analizi, madde toplam puan korelasyonu, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı, bağımlı gruplarda t testi ve Pearson korelasyon analizi yapılarak analiz edildi.

İkinci aşama, nicel (ilk) bölüm: Bu aşamada elde edilen verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanıldı. Çalışmanın gücü “G power 3.1.9.2” programı ile hesaplandı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanıldı. Ayrıca parametrik testlerden; iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ikili karşılaştırmalarda Tukey ve Bonferroni testi yapıldı.

İkinci aşama, nitel (ikinci) bölüm: Bu aşamada öncelikle görüşmelere ait kayıtlar yazılı hale getirilerek raporlandırıldı ve analize hazır hale getirildi. Bireysel derinlemesine görüşme yoluyla toplanan verilerin analizi için kodlama ve içerik analizi kullanıldı. Elde edilen verilerin analizi için MAXQDA 2020 programı kullanıldı.

3.10. Araştırmanın Kazanımları

Sürekli bir rejeksiyon riski, belirgin yan etkileri olan ilaç tedavisine uyum, enfeksiyon, kalp-damar hastalığı ve belirli kanser türlerinin görülme riskinde artma ile düzenli kontrol zorunluluğu gibi birçok sorunla karşı karşıya olan ve kronik bir durumla yaşamaya devam eden böbrek nakli alıcılarında, nakil sonrası sonuçlar, büyük ölçüde, alıcıların süreklilik gösteren bir öz yönetim rejimine uyumu tarafından belirlenmektedir. Böbrek nakli sonrası, alıcının ilaç ve yaşam tarzı önerilerini günlük yaşam rutinlerine nasıl entegre edeceğini, sosyal rollerdeki değişikliklere nasıl adapte olacağını ve duygusal etkiyle nasıl başa çıkacağını öğrenmesi gerekir. Çalışma sonucunda böbrek nakli yapılan bireylerde nakil sonrası öz yönetim davranışları ve bununla ilişkili faktörler belirlendi. Bu sonuçlardan yola çıkılarak, bireylerin kendi bakımları için sorumluluk almalarının önemini gösteren eğitim programları oluşturulabilir; olumlu faktörler belirlenerek, müdahale edilebilir olanlar desteklenebilir; olumsuz etkileyen değiştirilebilir durumlar saptanarak gerekli girişimler planlanabilir. Böylece, evrensel boyutta nakil yapılan bireylerde sağlık hizmetlerinin önemli bir unsuru olarak kabul edilen öz yönetim davranışlarının desteklenmesi ve geliştirilmesi ile nakil sonrası hasta sonuçları ve uzun vadeli sağ kalım oranları olumlu yönde etkilenebilecektir.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir kurumda ve 18 yaş üstü bireylerle yapılmış olması genellenebilirliği açısından sınırlılık yaratmaktadır. Araştırma verileri toplanmaya başladıktan sonra, ülkemizde COVID-19 vakaları görülmeye başlanmış ve ülke genelinde çeşitli kısıtlamalar getirilmiştir. Çalışmanın nitel aşamasında yapılan görüşmelerde katılımcılar, pandemi ve kısıtlamalar nedeniyle yaşadıkları zorluklardan bahsetmiş ve nakil sonrası egzersiz yapma, randevulara uyma gibi konularda pandemi öncesine göre farklılıklar olduğunu belirtmişlerdir. Nitel aşamadaki görüşmelerde de ulaşılan bu sonuçlar düşünüldüğünde, çalışmada kullanılan BNÖYÖ'nin maddelerinde yer alan, egzersiz, randevulara uyum ve dolayısıyla ilaç yönetimi gibi öz yönetim sürecini oluşturan durumlara verilen yanıtların, pandemi öncesi ve pandemi sonrası farklılık gösterebileceği düşünülmektedir. Bu sınırlılık nedeniyle çalışmanın farklı zaman dilimlerinde de gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

4. BULGULAR

İki aşamada gerçekleştirilen (metodolojik ve karma) çalışmadan elde edilen bulgular, aşamalara uygun sırayla;

- 1) “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin geçerlik ve güvenirlik bulguları,
- 2) Böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özellikleri, böbrek nakli öz yönetim ölçeği puan ortalamaları ve tanıtıcı özelliklere göre böbrek nakli öz yönetim ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular (nicel) (Karma, ilk bölüm),
- 3) Böbrek nakli yapılan bireylerin nakil sonrası öz yönetim sürecindeki deneyimlerine ilişkin bulgular (nitel) (Karma, ikinci bölüm),
- 4) Nicel ve nitel sonuçların birlikte değerlendirilmesine ilişkin bulgular, *olmak üzere dört bölümde sunuldu.*

4.1. “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Bu bölümde ölçeğin dil, kapsam ve yapı geçerliği ile güvenirliliğine ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1.1. “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin Dil ve Kapsam Geçerliği Bulguları

Dil geçerliği kapsamında, uzmanlar tarafından, Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği’nin Türkçe’ye ilk çevirisi ve orijinal diline geri çevirisi yapıldı. Çeviri metinler her aşamada incelenerek değerlendirildi. Ölçeğin içerik (kapsam) geçerliği için 11 uzmandan oluşan ekibe, orijinal ölçek, çeviri metinler ve derecelendirme ölçütü sunuldu. Dörtlü derecelendirme yöntemi ile yapılan değerlendirmeler incelenerek, maddeler için “tümüyle uygun” ve “oldukça uygun” seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölündü. Bu şekilde her maddeye ilişkin “Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)” elde edildi (Karakoç ve Dönmez 2014).

Tablo 4-1: Ölçek maddelerinin uzman görüşleri doğrultusunda hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksleri (KGİ)

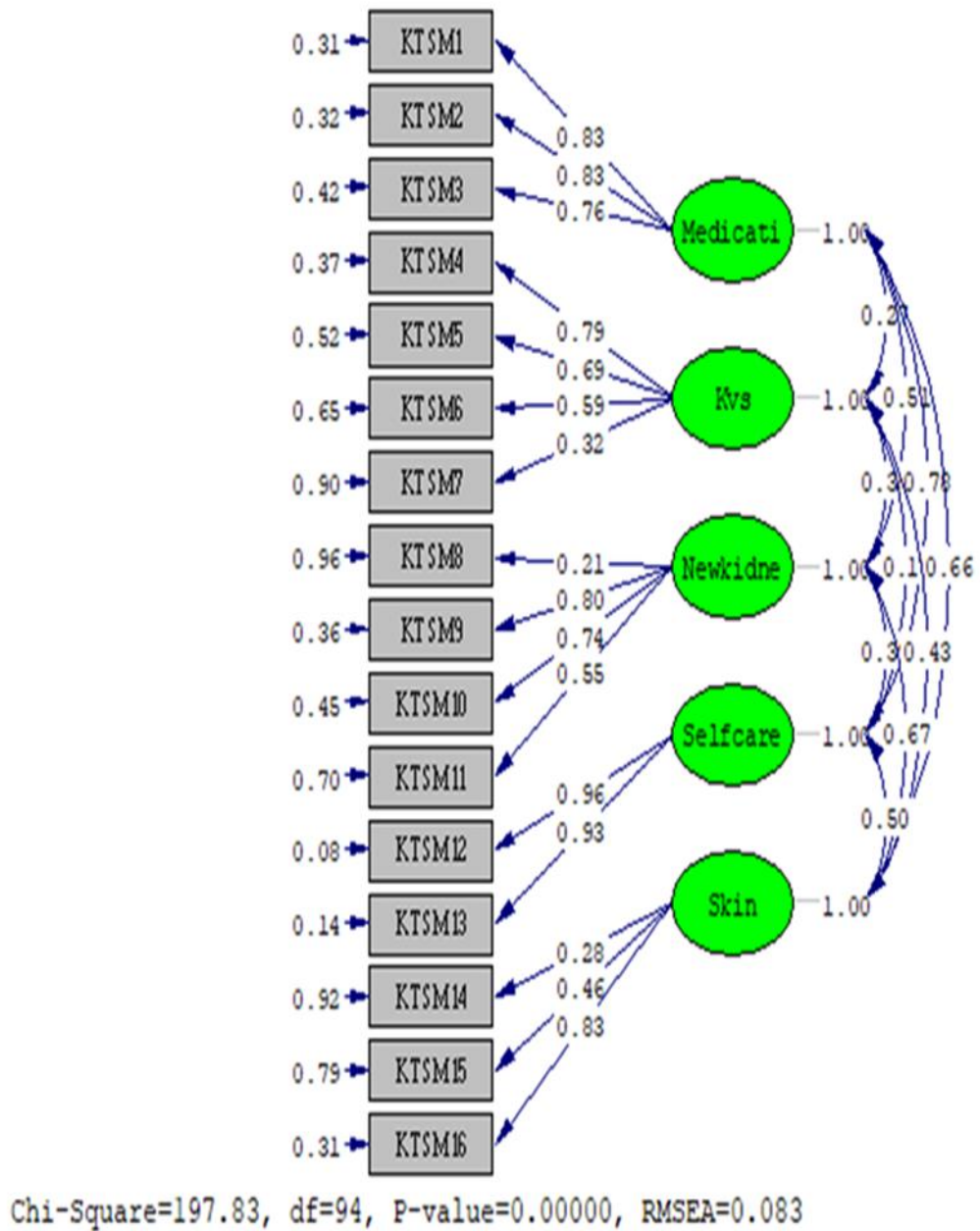
Başlık ve Ölçek Maddeleri	Tümüyle Uygun	Oldukça Uygun	Biraz Uygun	Uygun değil	Tümüyle Uygun+Oldukça Uygun/ Uzman sayısı	KGİ
KTSM 1	6	5	-	-	11/11	1
KTSM 2	7	4	-	-	11/11	1
KTSM 3	6	5	-	-	11/11	1
KTSM 4	7	4	-	-	11/11	1
KTSM 5	7	4	-	-	11/11	1
KTSM 6	9	2	-	-	11/11	1
KTSM 7	11	-	-	-	11/11	1
KTSM 8	7	2	2	-	9/11	0,82
KTSM 9	7	4	-	-	11/11	1
KTSM 10	7	4	-	-	11/11	1
KTSM 11	6	5	-	-	11/11	1
KTSM 12	9	2	-	-	11/11	1
KTSM 13	10	1	-	-	11/11	1
KTSM 14	11	-	-	-	11/11	1
KTSM 15	9	-	2	-	9/11	0,82
KTSM 16	11	-	-	-	11/11	1

Tablo 4-1’de uzmanların değerlendirmesi sonrası elde edilen, maddelere ilişkin kapsam geçerlik indeksleri bulunmaktadır. Analiz sonucunda ölçekte bulunan her bir maddenin kapsam geçerlik indeksinin %80’in üzerinde olduğu (Karakoç ve Dönmez 2014; Esin 2015; Çapık ve ark. 2018); madde 8 ve 15’in KGİ değerinin 0,82; diğer

maddelerin KGİ değerinin ise 1 olduğu saptandı. Bu nedenle ölçekten madde çıkarımına gidilmedi. Uzmanların maddelerin ifadeleri ile ilgili önerileri değerlendirilerek ölçekteki ifadelerde düzenlemeler yapıldı.

4.1.2. “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin Yapı Geçerliği Bulguları

Ölçeğin yapı geçerliğini test etmek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) uygulandı. DFA ile orijinalinde beş faktörlü yapıya sahip olan ölçeğin, örneklem verisine iyi uyum gösterip göstermediği incelendi.



Şekil 4-1: BNÖYÖ birinci düzey çok faktörlü DFA model (1)

Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği'nin 16 maddeden oluşan birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizine ilişkin oluşturulan model Şekil 4-1'de gösterilmektedir. Analiz sonucunda, incelenen maddelere ilişkin faktör yük değerlerinin 0,21 ile 0,96 arasında değiştiği saptandı. Literatürde, faktör yükünün en az 0,30 olması istenmektedir (Seçer 2015). BNÖY ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizinde, faktör yük değeri 0,30'un altında olan iki maddenin (8. ve 14. maddeler) yer aldığı belirlendi.

Tablo 4-2: BNÖYÖ 16 birinci düzey çok faktörlü DFA model uyum indeksleri

Uyum İyiliği Ölçümleri	Araştırma Bulgusu
χ^2/sd	2,105
RMSEA	0,083
CFI	0,94
NFI	0,89
NNFI (TLI)	0,92
IFI	0,94
RFI	0,86
GFI	0,87
SRMR	0,094

DFA sonucunda analiz edilen modelin uyumlu olup olmadığını ortaya koymak üzere değerlendirilen χ^2/df , RMSEA, CFI, NFI, NNFI, IFI, RFI, GFI, RMR uyum indekslerine ilişkin saptanan değerler Tablo 4-2'de yer almaktadır. Oluşturulan modelde χ^2/sd oranı 2,105 olarak bulundu. Literatürde bu oran iki ve altında olduğunda modelin iyi bir model olduğu, beş ve altında olduğunda ise modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğu belirtilmektedir (Esin 2015). Bu doğrultuda modelin, ilk aşamada kabul edilebilir sınırlarda olduğu belirlense de tek başına bu istatistik yeterli olmadığından, DFA kapsamında uyum iyiliği değerleri de incelendi. DFA sonuçlarına göre 16 maddelik beş faktörlü ölçeğin hesaplanan uyum indeksleri genel olarak incelendiğinde, modelin kabul edilebilir uyum değerlerinin var olduğu görülse de sınırda uyum değerlerinin de mevcut olduğu görüldü. Tüm bu veriler doğrultusunda, faktör yükleri de göz önünde bulundurularak, sorun oluşturan değişkenlerin incelenmesine karar verildi.

Tablo 4-3: BNÖYÖ katılımcılar için madde toplam puan korelasyon değerleri

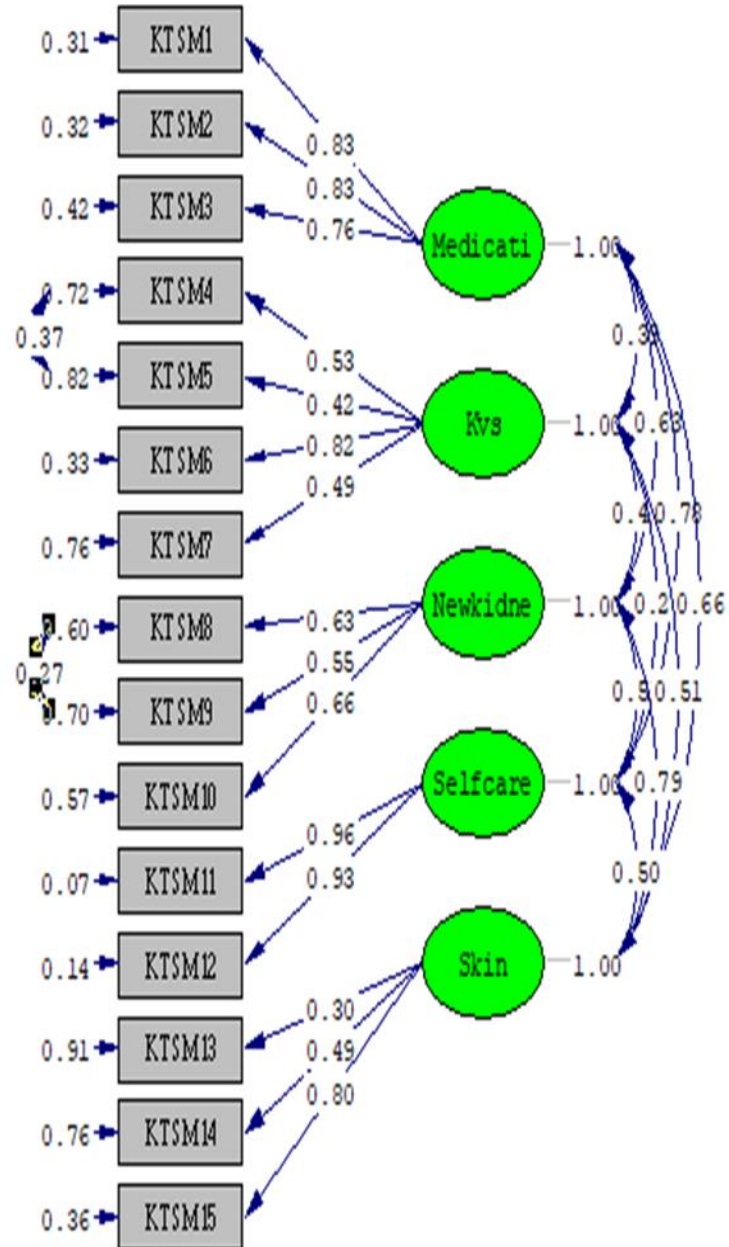
	Alt boyuta göre
	Madde toplam puan korelasyonu
KTSM1	0,783
KTSM2	0,831
KTSM3	0,681
KTSM4	0,547
KTSM5	0,473
KTSM6	0,566
KTSM7	0,319
KTSM8	0,192
KTSM9	0,544
KTSM10	0,538
KTSM11	0,325
KTSM12	0,960
KTSM13	0,960
KTSM14	0,441
KTSM15	0,517
KTSM16	0,316

DFA’da maddelerin faktör yük değerleri incelendikten sonra, katılımcıların ölçek sorularına verdikleri cevapların madde-toplam test korelasyon değerleri incelendi. Analiz sonucunda, sekizinci maddenin alt boyut toplam puan korelasyon değerinin de düşük (0,192) olduğu belirlendi (Tablo 4-3). Madde-toplam test korelasyonunun yeterli olabilmesi için literatürde en az 0,20 ya da 0,25 olması istenmektedir (Tavşancıl 2018). Bu sonuçlara göre faktör yükü ile madde toplam puan korelasyonu düşük olan sekizinci madde modelden çıkarıldı ve 15 maddelik son haline yeniden DFA uygulandı.

Tablo 4-4: BNÖYÖ birinci düzey çok faktörlü DFA model uyum indeksleri (2)

Uyum İyiliği Ölçümleri	Araştırma Bulgusu
χ^2/sd	2,113
RMSEA	0,084
CFI	0,95
NFI	0,91
NNFI (TLI)	0,93
IFI	0,95
RFI	0,88
GFI	0,88
SRMR	0,092

Sekizinci madde çıkarıldıktan sonra, oluşturulan yeni modele ilişkin uyum iyiliği indeksleri incelendiğinde, modelin kabul edilebilir uyum sağladığı görülürken, sınırda uyum değerlerinin de olduğu gözlemlendi (Tablo 4-4). Bu süreçte, teorik olarak da desteklenen modifikasyon önerileri doğrultusunda, modele hata kovaryansları eklendi. Modele eklenen bu ilişkiler sonucunda, modele ait uyum iyiliği değerlerinin oldukça yükseldiği görüldü. Revize edilerek oluşturulan yeni model Şekil 4-2’de gösterilmektedir.



Chi-Square=137.29, df=78, P-value=0.00004, RMSEA=0.069

Şekil 4-2: BNÖYÖ birinci düzey çok faktörlü DFA model (2)

Böbrek nakli öz yönetim ölçeğinin birinci düzey çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizine ilişkin oluşturulan yeni model ve modele ilişkin faktör yükleri Şekil 4-2’de gösterilmektedir. Oluşturulan yeni modelde, 15 maddeden oluşan ölçekteki maddelerin faktör yük değerlerinin en düşük 0,30; en yüksek ise 0,96 olduğu gözlemlendi. Modelde alt boyutlara düşen maddeler incelendiğinde, Chung (2018) tarafından geliştirilen orijinal ölçek ile benzer şekilde, 1., 2. ve 3. maddelerin 1. faktörde (İlaç yönetimi), 4., 5., 6. ve 7. maddelerin 2. faktörde (Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması), 8, 9. ve 10. maddelerin 3. faktörde (Nakledilen (yeni) böbreğin korunması), 11 ve 12. maddelerin 4. faktörde (Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu), 13., 14. ve 15. maddelerin 5. faktörde (Cilt kanserinin önlenmesi) yer aldığı görülmektedir (Şekil 4-2).

Tablo 4-5: BNÖYÖ birinci düzey çok faktörlü DFA model uyum indeksleri (3)

Uyum İyiliği Ölçümleri	Araştırma Bulgusu
χ^2/sd	1,760
RMSEA	0,069
CFI	0,97
NFI	0,92
NNFI (TLI)	0,95
IFI	0,97
RFI	0,90
GFI	0,90
SRMR	0,075

Tablo 4-5’te birinci düzey çok faktörlü DFA model uyum sonuçlarına göre BNÖY Ölçeği uyum iyiliği indekslerine bakıldığında; χ^2/sd 1,760 ($p=0,00004$); RMSEA değeri 0,069 olarak saptandı. Elde edilen tüm uyum iyiliği ölçümleri incelendiğinde (Alpar 2012; Esin 2015; Çelik ve Yılmaz 2016), modelin kabul edilebilir düzeyde uyum iyiliğine sahip olduğu belirlendi.

4.1.3. “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin Güvenirlik Bulguları

Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği’nin güvenirliliğini test etmek amacıyla “Güvenirlik Analizi” yapıldı. Ölçeğin iç-tutarlık güvenirliliği madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı ile hesaplandı; zamana karşı değişmezliği test-tekrar test yöntemi ile incelendi.

Tablo 4-6: BNÖYÖ güvenirlik sonuçları

Ölçek ve alt boyutlar	Madde sayısı	Cronbach Alfa
İlaç yönetimi	3	0,875
Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması	4	0,685
Nakledilen (yeni) böbreğin korunması	3	0,724
Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu	2	0,980
Cilt kanserinin önlenmesi	3	0,603
Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği	15	0,809

Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği'nin tamamı için Cronbach Alpha değeri (15 madde) 0,809 olarak bulundu (Tablo 4-6). Cronbach alfa katsayıları, her bir alt faktör için de incelendi ve Tablo 4-6'daki sonuçlara ulaşıldı. Sonuçlar değerlendirildiğinde (Alpar 2012; Tavşancıl 2018) ölçeğin güvenilir olduğu saptandı.

Ölçeğin zamana karşı değişmezliği test-tekrar test yöntemi ile incelendi. Test-tekrar test yöntemi ile ilk teste katılanların %25'ine (40 birey), üç hafta ara ile ölçek yeniden uygulandı (Alpar 2012; Seçer 2017). Ölçeğin ve alt boyutlarının ilk test ve tekrar test ölçümleri arasındaki ilişki Tablo 4-7'de gösterilmektedir.

Tablo 4-7: BNÖYÖ ilk test ve tekrar test sonuçları (N=40)

Böbrek nakli öz yönetim ölçeği	İlk Test X±SS	Tekrar Test X±SS	İstatistiksel Değ. (t test)	
			t	p
İlaç yönetimi	4,91±0,21	4,93±0,19	-1,000	0,323
Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması	3,62±0,87	3,57±0,67	0,523	0,604
Nakledilen (yeni) böbreğin korunması	4,18±0,88	4,26±0,80	-1,497	0,142
Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu	4,93±0,35	4,95±0,32	-1,000	0,323
Cilt kanserinin önlenmesi	3,68±1,04	3,51±0,85	1,778	0,083
TOPLAM	4,18±0,50	4,15±0,40	0,641	0,525

Tablo 4-7 incelendiğinde, BNÖYÖ “İlaç yönetimi” alt boyutunun ilk uygulamada 4,91±0,21, ikinci uygulamada 4,93±0,19; “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyutunun ilk uygulamada 3,62±0,87, ikinci uygulamada 3,57±0,67; “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması” alt boyutunun ilk uygulamada 4,18±0,88, ikinci uygulamada 4,26±0,80; “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” alt boyutunun ilk uygulamada 4,93±0,35, ikinci uygulamada 4,95±0,32; “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutunun ilk uygulamada 3,68±1,04, ikinci uygulamada 3,51±0,85 ve ölçek toplamında ilk uygulamada 4,18±0,50, ikinci uygulamada 4,15±0,40 puan ortalamalarına sahip olduğu saptandı. Ölçeğin ilk test ve tekrar test ölçümlerinde anlamlı düzeyde farklılık olup olmadığını değerlendirmek için t testi yapıldı. Ölçeğin genelinde ve tüm alt boyutlarda

ilk test ve tekrar test ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılığa rastlanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4-8: Ölçeğin ve alt boyutlarının ilk test ve tekrar test ölçümleri arasındaki ilişki

Faktörler	İstatistiksel Değerlendirme (korelasyon)	
	r	p
İlaç yönetimi	0,870**	<0,01
Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması	0,719**	<0,01
Nakledilen (yeni) böbreğin korunması	0,917**	<0,01
Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu	0,892**	<0,01
Cilt kanserinin önlenmesi	0,800**	<0,01
TOPLAM	0,871**	<0,01

İlk test ve tekrar test ölçümleri arasında Pearson momentler çarpımı korelasyon testi ile korelasyon katsayısı (r değeri) hesaplandı (Esin 2015). Böbrek nakli öz yönetim ölçeği toplam ve alt boyut puanlarında, 40 kişide tekrarlanan ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzey bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,01$) (Tablo 4-8).

Tablo 4-9: BNÖYÖ alt boyutlarının katılımcılar için madde analizi sonuçları

Boyutlar	Madde No	Madde Toplam Puan Korelasyonu	t (Alt %27**-Üst %27**)	p değeri (Alt %27**-Üst %27**)
İlaç yönetimi	KTSM1	0,783	4,691	0,000***
	KTSM2	0,831	3,865	0,000***
	KTSM3	0,681	5,061	0,000***
Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması	KTSM4	0,547	11,971	0,000***
	KTSM5	0,473	10,969	0,013***
	KTSM6	0,566	14,480	0,000***
	KTSM7	0,319	9,528	0,000***
Nakledilen (yeni) böbreğin korunması	KTSM9	0,633	7,629	0,000***
	KTSM10	0,584	10,462	0,000***
	KTSM11	0,438	9,890	0,000***
Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu	KTSM12	0,960	4,486	0,000***
	KTSM13	0,960	4,322	0,000***
Cilt Kanserinin Önlenmesi	KTSM14	0,441	24,628	0,000***
	KTSM15	0,517	18,007	0,000***
	KTSM16	0,316	6,362	0,000***

n = 160, ** $n_1 = n_2 = 43$, *** $p < 0,05$ için anlamlı değerler.

Tablo 4-9’da bütün maddelerin ayırt edicilik güçlerini gösteren %27 alt-üst bağımsız grup t-testi sonuçları ve her bir alt boyuta göre madde toplam korelasyonları yer almaktadır. Katılımcıların ölçek sorularına verdikleri cevapların madde-toplam test korelasyon değerleri analiz edildiğinde, maddelerin madde-toplam test korelasyon değerlerinin 0,316 ile 0,976 arasında değişkenlik gösterdiği saptandı. Ayrıca, ölçekte yer alan maddelerin ayırt ediciliklerinin belirlenmesi amacıyla, ölçekten elde edilen ham puanlar büyükten küçüğe doğru sıralandı. Üst %27 (ölçeğin ölçmek istediği özelliğe olumlu yönde sahip olanlar) ve alt %27 (ölçeğin ölçmek istediği özelliğe olumsuz yönde sahip olanlar)’yi oluşturan grupların puan ortalamaları bağımsız grup t-testi ile karşılaştırıldı. Karşılaştırma sonucunda alt ve üst grup madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu saptandı (Tablo 4-9).

4.2. Böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özellikleri, böbrek nakli öz yönetim ölçeği toplam puan ortalamaları ve tanıtıcı özelliklere göre ölçek puan ortalamalarına ilişkin bulgular

Bu bölümde; araştırmanın örneklemini oluşturan böbrek nakli yapılan bireylere ilişkin tanıtıcı özellikler, Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile ölçeğin cronbach alfa sonuçları ve ölçeğin uygulandığı grubun tanıtıcı özelliklerine göre böbrek nakli öz yönetim puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4-10: Böbrek nakli olan bireylerin tanıtıcı özellikleri (N=180)

Özellikler		n	%
Yaş	44,16±12,291 (min:18, maks:75)		
Cinsiyet	Kadın	86	47,8
	Erkek	94	52,2
Medeni Durum	Bekar	56	31,1
	Evli	124	68,9
Eğitim Durumu	İlkokul	72	40,0
	Ortaokul	24	13,3
	Lise	53	29,5
	Üniversite	31	17,2
Çalışma durumu	Emekli	70	38,9
	Herhangi bir işte çalışmıyor	59	32,8
	Tam zamanlı çalışıyorum	39	21,7
	Yarı zamanlı (part-time)	3	1,6
	Öğrenci	9	5,0
Çalışanların Mesleği (n=42)	Özel sektör-işçi	18	42,8
	Memur	12	28,6
	Serbest meslek (muhasibeci, çiftçi vb)	6	14,3
	Özel sektör (bankacı, mühendis vb)	6	14,3
Aylık gelir durumu	Gelirim yok	45	25,0
	Gelirim giderimden az	42	23,3
	Gelirim giderime eşit	75	41,7
	Gelirim giderimden fazla	18	10,0
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	6	3,3
	Eş ve çocuk	77	42,8
	Sadece eş	45	25,0
	Anne, baba, (kardeş)	35	19,5
	Anne, baba, kardeş ya da çocuktan biri	15	8,3
	Diğer	2	1,1
Bakmakla yükümlü olduğu kişiler	Kimse yok	92	51,1
	Eş ve çocuk	41	22,8
	Sadece eş	20	11,1
	Sadece çocuk	13	7,2
	Diğer (anne, baba, kardeş vb.)	14	7,8
Yaşadığı şehir (mesafe)	İstanbul'da	134	74,5
	İstanbul'a sınır komşusu illerde	15	8,3
	İstanbul ve sınır illeri dışında	31	17,2

Toplam nakil sayısı	1	166	92,2
	2	14	7,8
Böbrek yetmezliğine neden olan durum/ hastalık	Nedeni Bilinmiyor	42	23,3
	HT	22	12,2
	Kronik Glomerülonefrit	16	8,9
	VUR	16	8,9
	Kistik Böbrek Hastalığı	15	8,3
	Iga Nefropati	9	5,0
	FSGS	8	4,5
	DM	7	3,9
	Diğer	45	25,0
Nakil öncesi diyalize girme	Diyalize girmedim	32	17,8
	Hemodiyaliz	123	68,3
	Periton diyalizi	9	5,0
	Hemodiyaliz ve periton diyalizi	16	8,9
<i>Hemodiyaliz süresi (n=139) (ay)</i>	<i>59,07±59,022 (min:1, mak:264)</i>		
<i>Periton diyaliz süresi (n=25) (ay)</i>	<i>43,08±29,115 (min:3, mak:102)</i>		
<i>(Toplam) diyaliz süresi (n=148) (ay)</i>	<i>62,76±59,616 (min:1, mak:264)</i>		
Nakil yapılan böbreğin temini*	Kadavradan	57	31,7
	Canlıdan	122	67,8
	Çapraz	1	0,5
<i>Canlıdan nakillerde vericinin yakınlık derecesi (n=123)</i>	<i>Tanıımıyorum (Yurtdışı)</i>	6	4,9
	Anne	35	28,5
	Baba	31	25,2
	Kardeş	23	18,7
	Eş	21	17,1
	Diğer	7	5,6
Nakil ameliyatının yapıldığı yer*	Üniversite hastanesi	149	82,8
	Eğitim ve Araştırma hastanesi	4	2,2
	Özel hastane	21	11,7
	Yurtdışı	6	3,3
Nakil yaşı (İlk nakil)	34,39±12,50 (min:10, maks:72)		
Böbrek naklinden beri geçen süre (ay)*	106,12±72,401 (min:3, maks:346)		
Nakil sonrası sürece ilişkin bilgilendirme yapılma durumu	Hayır	42	23,3
	Evett	138	76,7
<i>Eğitim/ bilgilendirme içeriği (Birden fazla yanıt verilmiştir, her bir madde için, maddeyi işaretleyenlerin tüm gruba yüzdelik oranı verilmiştir))</i>	İlaç kullanımı	121	67,2
	Beslenme/ diyet	88	48,9
	Nakil sonrası süreç ve rutin kontroller	81	45,0
	Enfeksiyondan korunma ve sosyal yaşam	71	39,4
	Çalışma ve günlük yaşam	40	22,2
	Hastaneye başvurmayı gerektiren durumlar	32	17,8
	Egzersiz	32	17,8
	Vücutta, ciltte oluşabilecek değişiklikleri izleme, korunma	24	13,3
<i>Eğitim/ bilgilendirme yapan kişi (n=138)</i>	<i>Hekim</i>	87	63,0
	<i>Hekim ve hemşire</i>	24	17,4
	<i>Hekim ve nakil koordinatörü</i>	14	10,2
	<i>Hemşire</i>	13	9,4

Nakil sonrası hastaneye yatma*	Hiç yatmadım	93	51,7
	1	47	26,1
	2 ve üzeri	40	22,2
Ek hastalık sayısı	Ek hastalığı yok	51	28,3
	1	53	29,5
	2	34	18,9
	3 ve üzeri	42	23,3
<i>Ek hastalıklar (Birden fazla yanıt verilmiştir, her bir madde için, maddeyi işaretleyenlerin tüm gruba yüzdelik oranı verilmiştir)</i>	HT	73	40,6
	DM	29	16,1
	Kalp-damar hastalıkları	25	13,9
	Ülser, gastrit/ mide hastalıkları	11	6,1
	Bağırsak hastalıkları	10	5,6
	Kan hastalıkları, anemi/ kansızlık	7	3,9
	Solunum/ akciğer hastalıkları	6	3,3
	Depresyon, psikiyatrik sorunlar	5	2,8
	Romatizmal hastalıklar	3	1,7
	Ciltle ilgili hastalıklar	1	0,6
Ailede böbrek hastalığı öyküsü	Evet	59	32,8
	Hayır	121	67,2
Ailede böbrek nakli öyküsü	Evet	22	12,2
	Hayır	158	87,8
TOPLAM		180	100

* Birden fazla nakil olan bireylerin verileri, son nakli dikkate alınarak raporlanmıştır.

Böbrek nakli olan bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; bireylerin yaş ortalamasının $44,16 \pm 12,291$ (min:18, maks:75); %52,2 (n=94)'sinin erkek; %68,9 (n=124)'ünün evli; %40,0 (n=72)'inin ilkökul mezunu olduğu saptandı. Bireylerin %38,9 (n=70)'u emekli olup, %23,3 (n=42)'ü tam ya da yarı zamanlı bir işte çalıştığını belirtirken; çalışanların %42,8 (n=18)'inin özel sektörde işçi olarak çalıştığı belirlendi. Nakil olan bireylerin %41,7 (n=75)'sinin geliri giderine eşit olduğu, %74,5 (n=134)'inin İstanbul'da ikamet ettiği, %42,8 (n=77)'inin eş ve çocuğuyla birlikte yaşadığı ve %51,1 (n=92)'inin bakmakla yükümlü olduğu kimsenin olmadığı saptandı (Tablo 4-10).

Araştırmaya katılan bireylerin nakil sürecine ilişkin özellikleri incelendiğinde; bireylerin %92,2 (n=166)'sinin bir kez nakil olduğu, %23,3 (n=42)'ünde böbrek yetmezliğine neden olan hastalık nedeninin bilinmediği; %12,2 (n=22)'sinde hipertansiyon nedeniyle böbrek yetmezliği geliştiği belirlendi (Tablo 4-10).

Nakil yapılan bireylerde, nakil öncesi süreç incelendiğinde; böbrek nakli olan bireylerin %17,8 (n=32)'inin nakil öncesi dönemde diyalize girmediği, %68,3 (n=123)'ünün ise sadece hemodiyalize girdiği belirlendi. Nakil öncesi dönemde, ortalama hemodiyaliz süresinin $59,07 \pm 59,022$ ay; ortalama periton diyaliz süresinin $43,08 \pm 29,115$

ay ve (toplam) diyaliz süresinin ortalama $62,76 \pm 59,616$ ay olduğu belirlendi (Tablo 4-10).

Araştırmaya katılan bireylerin nakil yapılan döneme ilişkin özellikleri incelendiğinde; nakil yapılan bireylerin %67,8 (n=122)'inde böbreğin canlıdan temin edildiği; canlı vericiden yapılan nakillerde böbreğin %28,5 (n=35)'inin anneden alındığı saptandı. Bireylerin %82,8 (n=149)'inin üniversite hastanesinde nakil olduğu, (ilk) böbrek nakli olma yaş ortalamasının $34,39 \pm 12,50$ (min:10, maks:72) olduğu belirlendi (Tablo 4-10).

Nakil yapılan bireylerde, nakil sonrası süreç incelendiğinde; araştırmaya katılan bireylerin (son) böbrek nakli ameliyatından beri geçen sürenin ortalama $106,12 \pm 72,401$ (ay) olduğu saptandı. Nakil yapılan bireylerin %76,7 (n=138)'si, nakil sonrası süreçle ilişkin eğitim ya da bilgilendirme aldığını ifade etti. Bu kapsamda; sırasıyla ilaç kullanımı (%67,2; n=121); beslenme/ diyet (%48,9; n=88); nakil sonrası süreç ve rutin kontroller (%45,0; n=81); enfeksiyondan korunma ve sosyal yaşam (%39,4; n=71); çalışma ve günlük yaşam (%22,2; n=40); hastaneye başvurmayı gerektiren durumlar (%17,8; n=32); egzersiz (%17,8; n=32); vücutta, ciltte oluşabilecek değişiklikleri izleme, korunma (%13,3; n=24) konularında eğitim ya da bilgilendirme yapıldığı belirlendi. Eğitim ya da bilgilendirme yapılan bireylerin %63 (n=87)'ü eğitimi sadece hekimden aldığını ifade etti (Tablo 4-10).

Nakil sonrası hastaneye yatma oranları incelendiğinde; bireylerin %51,7 (n=93)'sinin nakilden sonra hastaneye hiç yatmadığı belirlendi. Araştırmaya katılan bireylerin %28,3 (n=51)'ünde ek kronik hastalık olmadığı; %29,5 (n=53)'inin ise 1 kronik hastalığa sahip olduğu belirlendi. Böbrek nakli yapılan bireylerin kronik hastalıkları incelendiğinde sırasıyla; hipertansiyon (%40,6; n=73); diyabet (%16,1; n=29); kalp-damar hastalıkları (%13,9; n=25); ülser, gastrit vb. üst GİS hastalıkları (%6,1; n=11); bağırsak hastalıkları (%5,6; n=10); kan hastalıkları, anemi/ kansızlık (%3,9; n=7); solunum/ akciğer hastalıkları (%3,3; n=6); depresyon, psikiyatrik sorunlar (%2,8; n=5); romatizmal hastalıklar (%1,7; n=3); ciltle ilgili hastalıklar (%0,6; n=1) hastalıklara sahip oldukları belirlendi (Tablo 4-10).

Böbrek nakli yapılan bireylerde aile öyküsü incelendiğinde; bireylerin %32,8 (n=59)'inin ailesinde böbrek hastalığı öyküsü olduğu; %12,2 (n=22)'sinin ailesinde ise böbrek nakli olan bireylerin var olduğu saptandı (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: BNÖYÖ puan ortalamaları (N=180)

Böbrek nakli öz yönetim ölçeği	X±SS	Min-Maks	Cronbach Alfa
İlaç yönetimi (3 madde)	4,85±0,378	2,33-5,00	0,728
Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması (4 madde)	3,45±0,828	1,25-5,00	0,615
Nakledilen (yeni) böbreğin korunması (3 madde)	4,41±0,753	1,67-5,00	0,713
Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu (2 madde)	4,86±0,364	3,00-5,00	0,895
Cilt kanserinin önlenmesi (3 madde)	3,43±0,914	1,00-5,00	0,586
BNÖYÖ (15 madde)	4,11±0,479	2,60-5,00	0,778

Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ortalaması 4,11±0,479'dur. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları; "İlaç yönetimi" alt boyutu için 4,85±0,378; "Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması" alt boyutu için 3,45±0,828; "Nakledilen (yeni) böbreğin korunması" alt boyutu için 4,41±0,753; "Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu" alt boyutu için 4,86±0,364; "Cilt kanserinin önlenmesi" alt boyutu için 3,43±0,914 olarak saptandı. Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği'nin Cronbach Alpha değeri (15 madde) 0,778 olarak bulundu. Cronbach alfa katsayıları her bir alt faktör için incelendiğinde; alt boyutlara ilişkin cronbach alfa değerlerinin en düşük 0,586 (Cilt kanserinin önlenmesi), en yüksek 0,895 (Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu) olduğu belirlendi (Tablo 4-11).

Tablo 4-12: Böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre BNÖYÖ puan ortalamaları (N=180)

ÖZELLİKLER		BÖBREK NAKLİ ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ (BNÖYÖ)					
		İlaç yönetimi	KDH riskinin azaltılması	Nakledilen (yeni) böbreğin korunması	Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu	Cilt kanserinin önlenmesi	BNÖYÖ TOPLAM
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Yaş	≤35 (n=43)	4,78±0,36	3,31±0,79	4,23±0,87	4,80±0,41	3,53±0,98	4,03±0,53
	36-45 (n=49)	4,86±0,40	3,55±0,78	4,41±0,79	4,87±0,39	3,42±0,93	4,13±0,48
	46-55 (n=55)	4,85±0,43	3,41±0,85	4,48±0,69	4,86±0,34	3,44±0,88	4,11±0,46
	≥56 (n=33)	4,92±0,25	3,56±0,92	4,52±0,61	4,89±0,30	3,31±0,88	4,15±0,44
	İstatistiksel Analiz	F=0,934 p=0,425	F=0,858 p=0,464	F=1,195 p=0,313	F=0,450 p=0,717	F=0,340 p=0,796	F=0,511 p=0,675
Cinsiyet	Kadın (n=86)	4,89±0,36	3,46±0,81	4,44±0,74	4,88±0,35	3,51±0,86	4,14±0,45
	Erkek (n=94)	4,81±0,40	3,45±0,85	4,39±0,77	4,83±0,38	3,36±0,96	4,07±0,50
	İstatistiksel Analiz	t=1,481 p=0,140	t=0,124 p=0,901	t=0,457 p=0,648	t=0,992 p=0,322	t=1,126 p=0,262	t=0,964 p=0,336
Medeni Durum	Bekar (n=56)	4,82±0,45	3,46±0,82	4,36±0,83	4,87±0,35	3,59±0,89	4,13±0,52
	Evli (n=124)	4,86±0,34	3,45±0,84	4,43±0,72	4,85±0,37	3,36±0,92	4,10±0,46
	İstatistiksel Analiz	t= -0,636 p= 0,526	t=0,110 p=0,913	t= -0,574 p=0,567	t= 0,260 p=0,795	t= 1,563 p=0,120	t= 0,389 p=0,698
Eğitim Durumu	İlkokul-ortaokul (n=96)	4,88±0,37	3,37±0,78	4,49±0,64	4,86±0,37	3,34±0,79	4,09±0,38
	Lise (n=53)	4,84±0,37	3,65±0,88	4,39±0,85	4,87±0,36	3,62±0,98	4,19±0,56
	Üniversite (n=31)	4,78±0,42	3,39±0,87	4,22±0,87	4,81±0,38	3,39±1,12	4,02±0,59
	İstatistiksel Analiz	F=0,697 p=0,499	F=2,156 p=0,119	F=1,556 p=0,214	F=0,339 p=0,713	F=1,573 p=0,210	F=1,401 p=0,249
Çalışma durumu	Tam & yarı zamanlı (n=42) a	4,80±0,40	3,36±0,79	4,32±0,83	4,83±0,38	3,36±0,95	4,04±0,48
	Emekli (n=70) b	4,89±0,31	3,65±0,81	4,56±0,62	4,86±0,34	3,48±0,88	4,20±0,44
	Öğrenci & Çalışmıyor (n=68) c	4,84±0,43	3,31±0,84	4,31±0,82	4,87±0,38	3,43±0,94	4,05±0,50
	İstatistiksel Analiz	F= 0,684 p= 0,506	F= 3,215 p=0,043 Tukey b>c	F= 2,329 p= 0,100	F= 0,115 p= 0,891	F=0,221 p=0,802	F= 2,454 p=0,089

ÖZELLİKLER		BÖBREK NAKLİ ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ (BNÖYÖ)					
		İlaç yönetimi	KDH riskinin azaltılması	Nakledilen (yeni) böbreğin korunması	Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu	Cilt kanserinin önlenmesi	BNÖYÖ TOPLAM
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Aylık gelir durumu	Gelirim yok (n=45)	4,86±0,45	3,35±0,65	4,34±0,74	4,89±0,37	3,44±0,99	4,07±0,45
	Gelirim giderimden az (n=42)	4,84±0,36	3,47±0,93	4,52±0,72	4,86±0,34	3,20±0,86	4,09±0,45
	Gelirim giderime eşit (n=75)	4,87±0,33	3,59±0,85	4,48±0,70	4,87±0,35	3,52±0,91	4,18±0,49
	Gelirim giderimden fazla (n=18)	4,76±0,41	3,13±0,80	4,04±0,99	4,72±0,46	3,57±0,85	3,94±0,52
	İstatistiksel Analiz	F=0,404 p=0,750	F= 1,858 p=0,138	F= 2,175 p=0,093	F= 0,953 p=0,417	F=1,301 p=0,276	F= 1,426 p=0,237
Yaşadığı şehir	İstanbul ve sınırındaki iller (n=149)	4,88±0,30	3,50±0,83	4,42±0,73	4,84±0,38	3,51±0,89	4,14±0,47
	Diğer (n=31)	4,71±0,61	3,23±0,81	4,38±0,86	4,94±0,25	3,08±0,95	3,95±0,50
	İstatistiksel Analiz	t= 1,482 p=0,148	t= 1,697 p=0,091	t=0,282 p=0,778	t= -1,765 p=0,082	t= 2,417 p=0,017	t= 2,013 p=0,046
Toplam nakil sayısı	1 (n=166)	4,87±0,33	3,41±0,80	4,39±0,76	4,86±0,37	3,39±0,89	4,09±0,47
	2 (n=14)	4,62±0,74	3,95±0,97	4,69±0,62	4,86±0,36	3,95±1,01	4,35±0,58
	İstatistiksel Analiz	t= 1,249 p=0,233	t= -2,346 p=0,020*	t= -1,449 p=0,149	t= -0,017 p=0,987	t= -2,246 p=0,026*	t= -2,017 p=0,045*
Nakil öncesi diyalize girme	Diyalize girmeyen (n=32)	4,90±0,31	3,34±0,72	4,40±0,75	4,92±0,31	3,54±0,78	4,11±0,37
	Diyalize giren (n=148)	4,84±0,39	3,48±0,85	4,41±0,76	4,84±0,37	3,41±0,94	4,10±0,50
	İstatistiksel Analiz	t= 0,785 p=0,433	t=-0,831 p=0,407	t= -0,126 p=0,900	t=1,272 p=0,209	t= 0,751 p=0,453	t= 0,103 p=0,918
Diyaliz süresi (toplam)	Hiç girmedim (n=32) a	4,90±0,31	3,34±0,72	4,40±0,75	4,92±0,31	3,54±0,78	4,11±0,37
	≤1 yıl (1-12 ay) (n=43) b	4,91±0,30	3,48±0,91	4,53±0,57	4,91±0,27	3,46±0,95	4,16±0,47
	>1-5yıl (13-60 ay) (n=50) c	4,74±0,42	3,23±0,87	4,24±0,93	4,68±0,50	3,32±1,02	3,95±0,58
	>5 yıl (61 ay ve üzeri) (n=55) d	4,87±0,41	3,70±0,73	4,48±0,70	4,94±0,24	3,45±0,87	4,21±0,40
	İstatistiksel Analiz	F= 1,987 p=0,118	F= 3,214 p=0,024 Tukey d>c	F= 1,409 p=0,242	F= 5,855 p=0,001 Bonferroni a, b, d >c	F=0,417 p=0,741	F= 2,969 p=0,033 Bonferroni d>c

ÖZELLİKLER		BÖBREK NAKLİ ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ (BNÖYÖ)					
		İlaç yönetimi	KDH riskinin azaltılması	Nakledilen (yeni) böbreğin korunması	Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu	Cilt kanserinin önlenmesi	BNÖYÖ TOPLAM
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Nakil yapılan böbreğin temini*	Kadavradan (n=57)	4,84±0,43	3,69±0,78	4,46±0,72	4,88±0,32	3,51±0,87	4,20±0,44
	Canlıdan* (İçapraz nakil eklendi) (n=123)	4,85±0,35	3,34±0,83	4,39±0,77	4,85±0,38	3,39±0,94	4,07±0,49
	İstatistiksel Analiz	t= -0,286 p=0,775	t=2,680 p=0,008*	t= 0,545 p=0,587	t= 0,542 p=0,589	t= 0,830 p= 0,408	t= 1,724 p= 0,087
İlk ameliyat yaşı	≤18 yaş (n=21) a	4,68±0,45	2,98±0,82	3,92±0,99	4,71±0,49	3,25±1,05	3,79±0,59
	19-29 yaş arası (n=49) b	4,81±0,49	3,60±0,67	4,29±0,87	4,81±0,44	3,63±0,96	4,15±0,49
	30-40 yaş arası (n=59) c	4,89±0,31	3,45±0,85	4,54±0,63	4,88±0,31	3,46±0,86	4,15±0,43
	≥41 yaş (n=51) d	4,90±0,27	3,52±0,89	4,58±0,54	4,93±0,25	3,29±0,86	4,16±0,43
	İstatistiksel Analiz	F=2,169 p=0,093	F=3,025 p=0,031* Tukey b>a	F=5,104 p=0,002* Bonferroni c, d >a	F=2,235 p=0,086	F=1,452 p=0,230	F=3,534 p=0,016* Tukey b, c, d >a
Böbrek nakli sonrası geçen süre (ay)*	<1 yıl (≤12 ay) (n=16) a	4,96±0,11	3,98±0,91	4,71±0,47	4,97±0,13	3,96±0,93	4,45±0,48
	>1-5yıl (13-60 ay) (n=48) b	4,82±0,48	3,56±0,85	4,54±0,65	4,83±0,36	3,39±0,91	4,15±0,46
	>5-9 yıl (61-108 ay) (n=32) c	4,79±0,40	3,25±0,67	4,26±0,78	4,86±0,39	3,39±0,92	4,00±0,43
	>9 yıl (≥109 ay) (n=84) d	4,87±0,34	3,37±0,82	4,34±0,82	4,85±0,39	3,37±0,90	4,06±0,48
	İstatistiksel Analiz	F=0,836 p=0,476	F=3,501 p=0,017 Tukey a>c, a>d	F=2,042 p=0,110	F=0,594 p=0,620	F=1,981 p=0,119	F=3,777 p=0,012 Tukey a>c, a>d
Nakil sonrasına ilişkin eğitim alma ya da bilgilendirilme	Evet (n=138)	4,86±0,36	3,57±0,80	4,43±0,72	4,85±0,37	3,49±0,87	4,15±0,46
	Hayır (n=42)	4,81±0,43	3,09±0,84	4,35±0,86	4,87±0,33	3,25±1,03	3,96±0,51
	İstatistiksel Analiz	t= -0,755 p= 0,451	t= -3,354 p=0,001	t= -0,607 p=0,545	t= 0,273 p=0,785	t= -1,442 p=0,151	t= -2,367 p=0,019*

ÖZELLİKLER		BÖBREK NAKLİ ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ (BNÖYÖ)					
		İlaç yönetimi	KDH riskinin azaltılması	Nakledilen (yeni) böbreğin korunması	Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu	Cilt kanserinin önlenmesi	BNÖYÖ TOPLAM
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Nakil sonrası hastaneye yatma*	Hiç yatmadım (n=93) a	4,81±0,45	3,44±0,82	4,41±0,71	4,85±0,38	3,48±0,95	4,11±0,47
	1 (n=47) b	4,91±0,25	3,75±0,75	4,57±0,65	4,87±0,34	3,52±0,78	4,25±0,43
	2 ve üzeri (n=40) c	4,87±0,32	3,13±0,83	4,23±0,93	4,84±0,36	3,21±0,96	3,94±0,52
	İstatistiksel Analiz	F=1,349 p=0,262	F=6,417 p=0,002* Tukey b>c	F=2,264 p=0,107	F=0,098 p=0,906	F=1,564 p=0,212	F=4,710 p=0,010* Tukey b>c
Ek hastalık varlığı	Başka hastalığı yok (n=51)	4,77±0,42	3,27±0,87	4,24±0,92	4,76±0,43	3,32±0,91	3,97±0,55
	1 (n=53)	4,92±0,20	3,61±0,79	4,52±0,68	4,92±0,34	3,58±1,08	4,22±0,47
	2 (n=34)	4,82±0,55	3,45±0,77	4,47±0,70	4,91±0,29	3,47±0,71	4,13±0,40
	3 ve üzeri (n=42)	4,87±0,31	3,48±0,86	4,44±0,64	4,85±0,36	3,35±0,83	4,11±0,43
	İstatistiksel Analiz	F=1,511 p=0,213	F=1,442 p=0,232	F=1,373 p=0,253	F=1,836 p=0,142	F=0,842 p=0,473	F=2,401 p=0,069
Ailede böbrek hastalığı öyküsü	Evet (n=59)	4,86±0,30	3,43±0,83	4,30±0,82	4,80±0,43	3,40±0,90	4,07±0,49
	Hayır (n=121)	4,84±0,41	3,47±0,83	4,47±0,72	4,88±0,33	3,45±0,92	4,13±0,47
	İstatistiksel Analiz	t=-0,402 p=0,688	t=0,296 p=0,768	t=1,330 p=0,186	t=1,391 p=0,168	t=0,368 p=0,713	t=0,804 p=0,422
Ailede böbrek nakli öyküsü	Hayır (n=158)	4,84±0,39	3,45±0,84	4,43±0,73	4,87±0,33	3,42±0,93	4,11±0,48
	Evet (n=22)	4,88±0,30	3,50±0,72	4,24±0,90	4,73±0,53	3,50±0,78	4,09±0,45
	İstatistiksel Analiz	t=-0,404 p=0,686	t=-0,276 p=0,783	t=1,122 p=0,263	t=1,263 p=0,219	t=-0,374 p=0,709	t=0,196 p=0,845

* Birden fazla nakil olan bireylerin verileri, son nakli dikkate alınarak raporlanmıştır.

Böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre böbrek nakli öz yönetim ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu ile Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ortalaması ve “İlaç yönetimi”, “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu”, “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılığa rastlanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Çalışma durumuna göre, Böbrek Nakli Öz Yönetim ölçeğinin “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyutunda puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılığa rastlandı ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla uygulanan Tukey HSD testi sonucunda, “Emekli” olan böbrek nakilli bireylerin, “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamalarının “öğrenci olan ya da gelir getiren bir işte çalışmayan” gruptaki bireylerden daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ortalaması ve “İlaç yönetimi”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılığa rastlanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Aylık gelir durumu ile Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ortalaması ve “İlaç yönetimi”, “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu”, “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Örnekleme oluşturan grubun nakil sonrası kontrollerinin yapıldığı şehirde yaşama durumlarına göre; İstanbul dışında yaşayanların Böbrek Nakli Öz Yönetim ölçeği toplam puan ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyut puan ortalamalarının, İstanbul’da yaşayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$). Nakil sonrası kontrollerin yapıldığı şehirde yaşama durumlarına göre “İlaç yönetimi”, “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması” ve “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Toplam nakil sayısına göre, “İlaç yönetimi”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık bulunmazken ($p>0,05$); BNÖYÖ toplam puan ortalaması ile “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyut puan ortalamalarının, 2 kez nakil olmuş bireylerde, tek nakillilere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-12).

Örnekleme oluşturan grubun nakil öncesi diyalize girme durumları ile Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ortalaması ve “İlaç yönetimi”, “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu”, “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Diyalize girme sürelerine göre oluşturulan gruplarda Böbrek Nakli Öz Yönetim ölçeği toplam puan ortalaması ile “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” ve “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olduğu görüldü ($p<0,05$). BNÖYÖ ölçeği toplam puanında farklılığı oluşturan grubu belirlemek amacıyla uygulanan Bonferroni testi ile “KDH riskinin azaltılması” alt boyutunda farklılığı oluşturan grubu belirlemek amacıyla uygulanan Tukey HSD testi sonucunda, 5 yılın üzerinde diyalize giren bireylerin, BNÖYÖ toplam ve “KDH riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamalarının, >1-5 yıl arasında diyalize giren bireylere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” alt boyutunda farklılığı oluşturan grubu belirlemek amacıyla uygulanan Bonferroni testi sonucunda, >1-5 yıl arasında diyalize giren bireylerin alt boyut puan ortalamasının, diyalize hiç girmeyen, 1 yılın altında giren ve 5 yılın üzerinde diyalize giren bireylere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-12).

Nakil yapılan böbreğin teminine göre, Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ortalaması ve “İlaç yönetimi”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu”, “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir farklılığa rastlanmazken ($p>0,05$); “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamasının kadavradan nakil olanlarda, canlıdan nakillere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-12).

İlk nakil olunan yaşa göre Böbrek Nakli Öz Yönetim ölçeği toplam puanı ve “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” ile “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). BNÖYÖ toplam puanı ve “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puanındaki farklılığı oluşturan grupları belirlemek amacıyla uygulanan Tukey HSD testi sonucunda, ilk nakil ameliyatını 18 yaş ve altında olan bireylerin, BNÖYÖ toplam puan ortalamasının diğer tüm gruplardan; “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamasının ise 19-29 yaşları arasında nakil olanlardan, istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması” alt boyutunda oluşan farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla uygulanan Bonferroni testi sonucunda, ilk nakil ameliyatını 18 yaş ve altında olan bireylerin alt boyut puan ortalamasının, ilk naklini 30 yaş ve üzerinde olan bireylerden istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). “İlaç yönetimi”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının puan ortalamaları ile ilk nakil olunan yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Böbrek nakli sonrası geçen süre ile Böbrek Nakli Öz Yönetim ölçeği toplam puan ortalaması ve “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Farklılığı oluşturan grubu belirlemek amacıyla uygulanan Tukey HSD testi sonucunda, nakil sonrası geçen süre 1 yıldan az olan bireylerin, hem Böbrek Nakli Öz Yönetim ölçeği toplam puan ortalamasının, hem de “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamasının, nakil sonrası geçen süre 5 yıldan fazla olan bireylerden istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Böbrek nakli sonrası geçen süreye göre “İlaç yönetimi”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Nakil sonrası sürece ilişkin eğitim alma ya da bilgilendirilme durumuna göre, “İlaç yönetimi”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılığa rastlanmazken ($p>0,05$); Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ve “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut

puan ortalamalarının, eğitim ya da bilgilendirme yapılmadığını belirten bireylerde, yapıldığını belirten bireylere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4-12).

Nakil sonrası süreçte hastaneye yatma durumu ile Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ve “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olduğu görüldü ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla uygulanan Tukey HSD testi sonucunda, hem ölçek toplam puanı hem de alt boyut puan ortalamasının, nakil sonrası süreçte hastaneye 1 kere yatanlarda, 2 ve üzeri yatanlardan anlamlı daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Nakil sonrası süreçte hastaneye yatma durumu ile “İlaç yönetimi”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

Nakil yapılan bireyde ek hastalık varlığı, ailede böbrek hastalığı ve böbrek nakli öyküsü ile Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği toplam puan ortalaması ve “İlaç yönetimi”, “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu”, “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılığa rastlanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-12).

4.3. Böbrek nakli yapılan bireylerin, nakil sonrası öz yönetim sürecindeki deneyimlerine ilişkin bulgular (nitel)

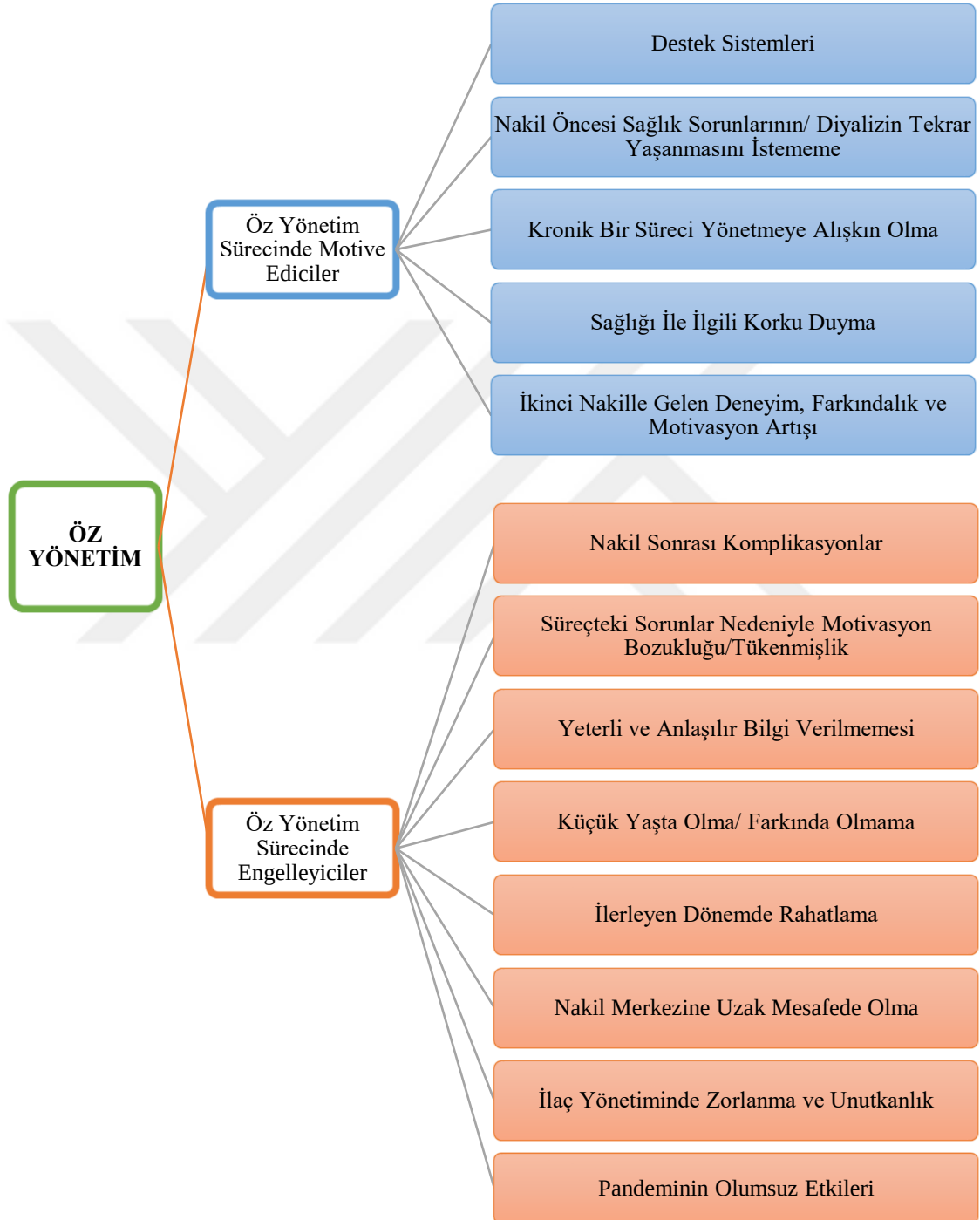
Bu bölümde böbrek nakli yapılan bireylerin, öz yönetim sürecine yönelik deneyimlerine ilişkin derinlemesine görüşme yoluyla elde edilen verilerin sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4-13: Nitel görüşmelere katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri

	Cinsiyet	Diyaliz Süresi	Nakil Yaşı	Nakil Sayısı	Nakil Sonrası Süre	Eğitim Alma	Nakilden Sonra Yatış	Yaşadığı Şehir
K1	Kadın	0-1 yıl	≥41	1	>1-5 yıl	Aldı	1	İstanbul
K2	Kadın	1-5 yıl	19-29	2	>9 yıl	Aldı	0	İstanbul
K3	Kadın	>5 yıl	19-29	2	>1-5 yıl	Aldı	1	İstanbul
K4	Erkek	1-5 yıl	19-29	2	>1-5 yıl	Aldı	0	İstanbul
K5	Kadın	>5 yıl	30-40	1	≤1 yıl	Aldı	0	İstanbul
K6	Kadın	0-1 yıl	30-40	1	≤1 yıl	Aldı	1	İstanbul
K7	Kadın	Girmedi	19-29	1	≤1 yıl	Aldı	0	İstanbul
K8	Kadın	>5 yıl	≥41	1	>1-5 yıl	Aldı	0	İstanbul
K9	Erkek	1-5 yıl	<18	1	>5-9 yıl	Aldı	1	Diğer
K10	Erkek	1-5 yıl	<18	1	>5-9 yıl	Almadı	2	İstanbul
K11	Erkek	1-5 yıl	19-29	1	>9 yıl	Almadı	0	Diğer
K12	Kadın	1-5 yıl	<18	1	>9 yıl	Aldı	2	İstanbul
K13	Erkek	1-5 yıl	19-29	1	>9 yıl	Almadı	0	Diğer
K14	Erkek	1-5 yıl	<18	1	>9 yıl	Almadı	2	İstanbul

Araştırma kapsamında, Tablo 4-13’de özellikleri verilen 14 birey ile görüşme gerçekleştirildi. K1’den K14’e kadar kodlanan katılımcıların 8’i kadın ve 6’sı erkek olup; nakil öncesi 1-5 yıl arası giren diyalize sekiz; beş yılın üzerinde diyalize giren üç birey mevcuttur. Katılımcıların 4’ü böbrek nakli ameliyatını 18 yaşının altında, diğerleri ise 18 yaş üzerinde iken olmuştur. Nakil sayısı iki olan üç kişi yer almakta olup; diğerlerinin tamamı bir kez nakil olmuştur. Nakil sonrası geçen süre incelendiğinde; nakil sonrası bir yılın altında olan üç kişi; 5 yılın üzerinde olan yedi kişi yer almaktadır. Nakil sonrası sürece ilişkin eğitim almayan dört kişi olup, diğerleri eğitim aldığını ifade eden gruptadır. Nakilden sonra hastaneye yeniden yatış sayısı bir olan dört nakilli; iki ve üzerinde yatışı olan üç nakilli yer almaktadır. Nakil sonrası kontrollerinin yapıldığı merkezin bulunduğu şehir olan İstanbul’da yaşayan 11 kişi; İstanbul dışında yaşayan üç kişi yer almaktadır.

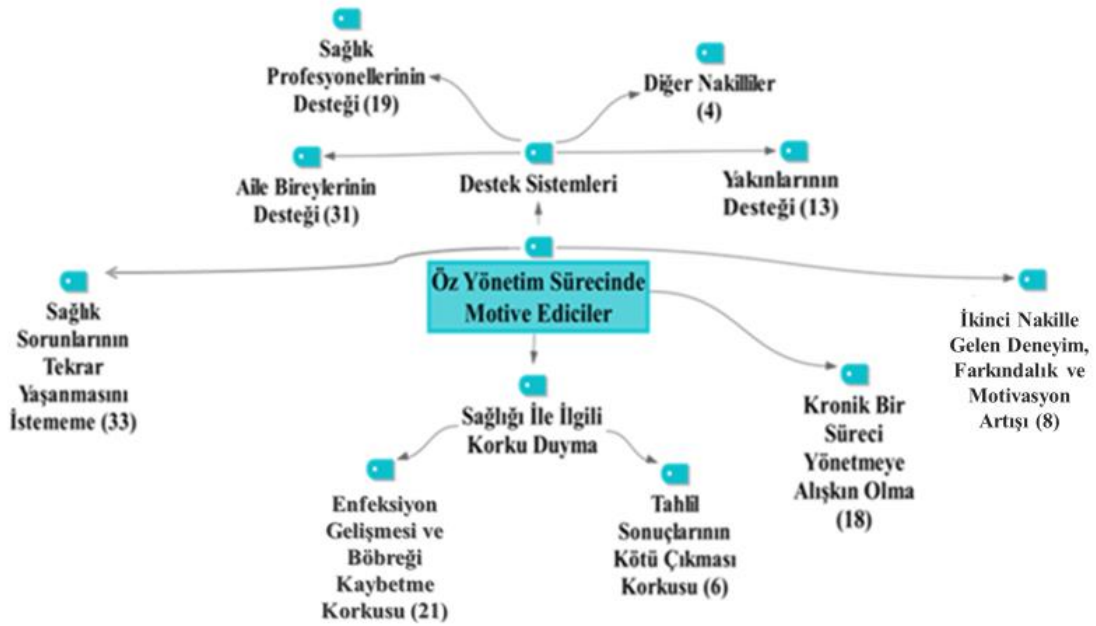
Çalışmadan elde edilen verilerin analizi sonrasında, çalışmanın aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi iki tema altında toplandığı belirlendi. Bunlar; “öz yönetim sürecinde motive ediciler” ve “öz yönetim sürecinde engelleyiciler”dir (Şekil 4-3).



Şekil 4-3: Kavram haritası

4.3.1. Öz Yönetim Sürecinde Motive Ediciler

Araştırmanın ikinci teması olan “öz yönetim sürecinde motive ediciler” temasına ait model Şekil 4-4’te görülmektedir. Öz yönetim sürecinde motive ediciler teması katılımcı ifadeleri doğrultusunda 5 kategori altında toplanmıştır. Bu kategoriler; “destek sistemleri”, “nakil öncesi sağlık sorunlarının/ diyalizin tekrar yaşanmasını istememe”, “kronik bir süreci yönetmeye alışkın olma”, “sağlığı ile ilgili korku duyma” ve “ikinci nakille gelen deneyim, farkındalık ve motivasyon artışı”dır.



Şekil 4-4: “Öz Yönetim Sürecinde Motive Ediciler” temasına ait model

4.3.1.1. Destek Sistemleri

Öz yönetim sürecinde motive ediciler temasının ilk kategorisi olan “destek sistemleri” kategorisi katılımcılar tarafından; “aile bireylerinin desteği, sağlık profesyonellerinin desteği, yakınlarının desteği ve diğer nakillilerin desteği” olmak üzere dört kod ile ifade edildi. Katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilen kod aile bireylerinin desteği kodudur. Katılımcılar öz yönetim sürecinde aile bireylerinin kendilerine destek verdiklerini ifade ettiler. K1, K7, K10 ve K14 kodlu katılımcıların aile bireylerinin desteği ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Hani ailemin desteği ile çok şükür bunları daha rahat atlattım. Eşimin ailemin desteği de bunları daha rahat atlattım." (K1)

"En büyük destekçim annemdi o baktı. Desteğe ihtiyacım olmaz olur mu oluyor, oluyor yani, benim vardı yardımcım annem vardı bakıldım, bakılmasaydım ne olurdu, bence her şey bu

kadar güzel olmazdı. Çünkü ilk süreç çok önemli hastaneden duyduğunuz hastalar konuştuğunuz muhabbet ettiğiniz “benim şöyle oldu benim böyle oldu, işte benim bakanım yoktu bu şekilde olumsuz sonuçlar aldım, işte enfeksiyondan böbreğe kadar giden hikayeler dinliyorduk, dinledik yani, dinledim. Destekçim annemdi. Destek olmadan olmaz, olmayan bir süreç bence alıcı için.”(K7)

"Bebeklikten beri de şu an da benim en büyük destekçim ailem yani. Yani benim ailemin benim yanımda olması bana çok büyük destek yani onlar, hepsi yani ben bebecikken, diyaliz zamanında, bu nakil sonrasında benim yanımda olan hep ailemdi yani. Ailem bana çok destek oldu ama yani ben kendim ayakta durmaya çalıştım hani hep kendi kendimi motive ettim." (K10)

"Benim her şeyim vardı öncelikle her şeyim vardı derken müthiş bir ailem vardı, her soruya böyle “aile, ailem” diye cevap veriyorum ama gerçekten hani o doktorlar hemşireler de bilirler benim bugüne gelmemin sebebi hatta tek sebebi ailemdir. Ailem çok güçlü insanlar o yüzden bana da çok güç verdiler çok destek oldular. O yüzden hiçbir zaman eksikim olmadı." (K14)

Katılımcılar tarafından destek sistemleri kategorisinde ifade edilen diğer kod, sağlık profesyonellerinin desteği kodudur. Katılımcılar öz yönetim sürecinde sağlık profesyonellerinin kendilerine destek verdiklerini ifade ettiler. K2, K4 ve K14 kodlu katılımcıların sağlık profesyonellerinin desteği ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Çapa'da oldum ilkini, ilk önemli. Psikolojik açıdan doktorların desteği, siz orayı biliyorsunuz mesela hemşirelerin desteği o kadar yoğun ki yani o kadar fazlaydı ki onların da etkisi var ama Allah razı olsun her birinden." (K2)

"Doktorumuz çok iyiydi, kontrolü hazırlayan hemşirelerimiz olsun, burada da aynı şekilde bilinçlendirme olarak tek tek anlatıyorlar, her şeyi gösteriyorlar, soruyorlar, kontrol ediyorlar, onaylıyorlar, anestezi doktoru bile tek tek oturdu konuştu bizle anlattı." (K4)

"Bana çok destek oldular bütün doktorlar bütün hemşireler, hastanedeki bütün sağlık çalışanları, yapıcı şeyler söylemek gerekirse hepsi ile arkadaş gibiydim, hiçbir zaman, her zaman bir doktor- hasta ilişkimiz oldu ama çoğu zaman bir abi kardeş abla kardeş yoluyla, yeri gel dedi zamanında dertlerimi anlattım, onların dertlerini dinledim, yani hastane açıkçası ev gibiydi benim için kaldığım zamanlarda, ama tabii ki Allah bir daha kaldırmasın." (K14)

Katılımcılar tarafından destek sistemleri kategorisinde ifade edilen diğer kod, yakınlarının desteği kodudur. Katılımcılar öz yönetim sürecinde yakınlarının kendilerine destek verdiklerini ifade ettiler. K3, K8 ve K13 kodlu katılımcıların yakınlarının desteği ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Benim bir arkadaşım vardı, hala daha arkadaşım da, o beni çok motive ederdi. İlk nakilden sonra işe girmeme de o vesile oldu. Sen kafayı yiyeceksin evde bir işe gir diye o beni işe soktu. Çalışmaya başladım. Böyle kişisel gelişim kitapları okurdum, yani kendimi daha iyi hissetmek için. Düşünce bilimini okurdum hani böyle düşünceyle yapabileceğim şeyleri. Arkadaşım da zaten yaşam koçu. Bana çok destek verdi o konuda. Hala daha veriyor sağ olsun." (K3)

"Yani bir insanlarla konuştuğum zaman daha iyi geliyor benim kafam dağılıyor, sıkıntılarım gidiyor. Moralim geliyor o zaman yani ne bileyim bazı şeyleri kafama taktığım zaman birileriyle konuşayım diyorum. Komşularım, komşularım, kız kardeşim var o gelir veya ben oraya gideyim derim mesela kapıya çıkarız yazın oldu muydu. Komşularla konuşuruz. Selma'ya (üst komşu), ona çok giderdim. Akşamları çok giderdim, o beni çağırırdı veya o bana gelirdi." (K8)

"Ailem olsun, iş yerinden mesela arkadaşlar sağ olsun çok yardımcı oldular, çünkü beni tanıdıklarından diyalize girdiğimden beri tanıyorlar beni o yüzden yani bir sıkıntı yaşamadım." (K13)

Katılımcılar tarafından destek sistemleri kategorisinde ifade edilen son kod, diğer nakilliler kodudur. Katılımcılar öz yönetim sürecinde kendileri gibi nakilli bireylerin onlara destek verdiklerini ifade ettiler. K5 ve K12 kodlu katılımcıların diğer nakilliler ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Benim bir tane arkadaşım var o çok destek olmuştu mesela, hani bak nakil olduğu zaman bazı ilaçlar çok ağır, hani sakın canını sıkma, sakın moralini bozma, elinden geldikçe müzik dinle, filmler izle, şey yap, tamam dedi bazı noktalarda çok duygusal olacaksın dedi." (K5)

"Çocukluğumdan beri hastanede olduğum için çok fazla arkadaşım oldu orada transplantasyon ünitesinde de çok fazla arkadaşım oldu. Onlarla da sıkı bir dostluğumuz oldu böyle dışarıda da görüşüyoruz falan iş yerinde görüştüklerimiz var. Hastaneye giderken işte birlikte buluşup gidiyoruz, aynı günlere randevu alıyoruz falan bunlar böyle bize eğlenceli gelmeye başladı açıkçası. Seninle aynı sorunları yaşayan kişilerle buluşmak işte aynı ortak dili konuşuyor olmak bunlar bizi çok motive etti." (K12)

4.3.1.2. Nakil Öncesi Sağlık Sorunlarının/ Diyalizin Tekrar Yaşanmasını İstememe

Öz yönetim sürecinde motive ediciler temasının ikinci kategorisi olan “nakil öncesi sağlık sorunlarının/ diyalizin tekrar yaşanmasını istememe” kategorisinde katılımcılar yoğun olarak diyalize dönmek istemediklerini ve bunun öz yönetim sürecinde kendilerini motive ettiğini ifade ettiler. K8, K12, K13 ve K14 kodlu katılımcıların sağlık sorunlarının tekrar yaşanmasını istememe ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Allah diyalizden herkesi kurtarsın, tabii. Yani dikkat ediyorum, niye dikkat ediyorum, böbreğimi kaybetmeyeyim diye. Diyalize geri dönmeyeyim diye. Böbreğime onun için dikkat ediyorum her şeyime. Suyumu bol içiyorum ki böbreğim susuz kalmasın, böbreğimi kaybetmeyeyim diye." (K8)

"Korku var yani açıkçası hani eğer ki bunu yapmazsam sonucunu biliyorum, bu. Başka hani motive olarak, bunun sonucunu bildiğim için yapıyorum yani. Dikkat etmek zorundayım başka bir şansım yok. Yani tek şu anda bu. İlacımı içmek zorundayım, suyum içmek zorundayım, bugün de su içmek istemiyorum gibi, ilacımı içmek istemiyorum gibi tabii ki düşüncem oluyor ama sonucunu bildiğim için artık kendimi programlamışım herhalde ona. Şey yapıyorum hani çok şükür diyorum, hani bu ilaçları kullanıyorum hala diyorum işte çok şükür hala suyum içiyorum diyorum işte bes... Bunu yememem lazım sonucu bu olur diye söylüyorum ama sonucunu bildiğim için yapıyorum bunları." (K12)

"Daha çok eskiye göre daha iyi diyordum Allah'a şükür diyordum mesela yani eskiye göre daha iyi ilaçlarımızı zamanında alıyordum, kontrollere zamanında gidiyordum mesela, yani insan onları düşündükçe, mesela daha iyi motive oluyor mesela, yani diyalize girmekle şimdiki hayat arasında dağlar kadar fark var, o anlamda zaten motive oluyorsun zaten bir de kendini hastayım mastayım gibi derde düşüyorsun, yani normal hayat gibi yaşıyorsun." (K13)

"Tabii ki kötü zamanlar diye adlandıralım bunu, nakil öncesi periton diyalizi ve yapılan operasyonlar sonucu çektiğim acılar veya uzun süreli hastanede kalışlar falan filan, bunlar tabiki nakilden sonra beni biraz daha şey yapmaya iten sonuçlar oldu bir daha oralara dönmek hapisten çıkan birinin bir kendisini düzeltmesi gibi bir şey aslında o dört duvar arasında bir daha dönmek için kendisini düzelden bir insan gibi aslında. O periton diyalizine dönmek için veya operasyonları bir daha geçmemek için tabii ki ilk yıllarda çok büyük motivasyon oldu benim için." (K14)

4.3.1.3. Kronik Bir Süreci Yönetmeye Alışkın Olma

Öz yönetim sürecinde motive ediciler temasının diğer kategorisi, "kronik bir süreci yönetmeye alışkın olma"dır Katılımcılar, kronik bir süreci yönetmeye alışkın olmalarının, nakil sonrası süreci yönetirken kolaylaştırıcı olduğunu ifade ettiler. K1, K5 ve K10 kodlu katılımcıların kronik bir süreci yönetmeye alışkın olma ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Zaten gidiyordun takviyelerle, vitamin takviyeleri işte önceden kullandığım ilaçlar vardı, onlar hep kendime yememe içmeme dikkat ediyordum. Suyu hiçbir zaman ihmal etmedim, yani su artık benim ne bileyim bir evden çıkarken nasıl insan telefonu çantasında alırsa ben hemen suyum da alırım. Nereye gidersem gidim, bu hiç değişmez. Günde 3 litre suyum 10

yıldan beri böbrek hastası olduğumu öğrendiğim andan itibaren o suyumu hiç ihmal etmedim. Hala da öyle. Hiç ihmal etmem." (K1)

"Ya ben zaten hep her zaman dikkat eden bir şeydim yani, hemen hemen her şeyime, yememe olsun yeme olsun, içme olsun, ilaçlar olsun, hep dikkat ediyordum, nakilden sonra da aynı şekilde devam etmeye çalıştım." (K5)

"Ben küçüklükten beri, doğuştan beri, bebeklikten beri sıkıntılar hani sürekli sıkıntı stres içinde olduğum için az çok hani sağlıkla ilgili, hani biraz daha tabii ki yani şeylerim var hani bilgi amaçlı şeylerim kazanmışlıklarım var yani. O yüzden daha dikkatli, daha şeyli davranmaya çalışıyorum" (K10)

4.3.1.4. Sağlığı ile İlgili Korku Duyma

Öz yönetim sürecinde motive ediciler temasının diğer kategorisi olan “sağlığı ile ilgili korku duyma” kategorisi katılımcılar tarafından; “enfeksiyon gelişmesi ve böbreği kaybetme korkusu” ve “tahlil sonuçlarının kötü çıkması korkusu” olmak üzere iki kod ile ifade edildi. Katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilen kod “enfeksiyon gelişmesi ve böbreği kaybetme korkusu” kodudur. Katılımcılar enfeksiyon gelişmesi ve böbreği kaybetme korkularının öz yönetim sürecinde kendilerini kurallara uymaya motive ettiğini ifade ettiler. K2, K5, K6, K9, K11 ve K14 kodlu katılımcıların enfeksiyon gelişmesi ve böbreği kaybetme korkusu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Erken dönemde biraz daha yoğun ilaç aldığımız için enfeksiyona çok daha fazla açığız o dönem. Bunu uyarıyorlar zaten. Ekstra bir yani 3-5 ay en azından 1 sene ekstra bir, şu ana göre daha fazla özen gösteriyorum. Yine bütün hastalar için böyledir zaten herhalde." (K2)

"Lavabo konusunda zorluk yaşadık, hani sonuçta pis olunca ortam, nasıl yapacağını insan şaşırtıyor, bi ara artık elime eldiven giyip lavaboyu temizliyordum, o şekilde girebiliyordum, mesela o derece, o konuda baya bi kötü olmuştum artık, bir yere gittiğim zaman hani ya enfeksiyon kaparsam ya bir şey olursa falan tarzı, o biraz etkilemişti, hani bazen hatta yeni nakilliyim diye gitmemeye çalışıyordum" (K5)

"Biraz gözlemlemek lazım insanları. Mesela şimdi çok... Şimdi benim nakilden sonra orada bir karşılaştığım bir abi var diyeyim abi diyeyim artık ona, o da sanırım kadavradan almıştı böbreği ve şey onunla da böyle karşılaşıyorduk sürekli şey anlatmıştı bir kere bana yaza gelmişti, yazın karşılaştık bir kere, böyle cam açık kaldığı için vücudunda enfeksiyon oluşmuştu. Şimdi o mesela benim kafamda kaldı. Cam açık yatarsak vücudumuzda, üzerimizde herhangi bir şey olmazsa üşütebiliriz. Ben hiçbir şekilde şimdi cam açık yatmıyorum ve hatta üzerime ince bir şey atıyordum." (K6)

"Biyopsiye girince şey oluyorsunuz böyle, bir reset atmak lazım, neyi düzelteyim, neyi edeyim... Ondan sonra diyetle çok dikkat ettim yani harbiden yediklerime şey ettim yani tabağına. Anneme de hani söyledim, buna dikkat etmek mecburiyetindeyim. O da anladı. O zaten dikkat et falan söylüyordu da uygulamaya geçtik laftan. Ondan sonra böbreğim yavaş yavaş düzeldi zaten mesela benim kreatinim 1,5'lardaydı, maksimum 1,6-1,72yi de gördüm. Şimdi 1,3-1,2 bazen 1,4 oraya sabitledim." (K9)

"İlk 1 sene tedirginsin çünkü ilk bir sene, acaba rahatsızlanacak mısın, tekrar bu komplekse giriyorsun yani, yani tekrar mı reddedecek, ilaçlar nasıl gelecek, çünkü ilaç değişikliği yapılabiliyor bazı şeylerde, enfeksiyon kapıyorsun, serum yiyorsun, yani serum takıyorlar, yani acaba böbreğine zarar verir mi, o korku o endişeler oluyor" (K11)

"Ben hataları yaparken çok mutluydum, yani çok hoşuma gidiyordu hata yapmak, her insan gibi, ama ondan sonra farkına vardım, bir dönüm noktasına geldim, ikinci bir ameliyat söz konusu yakın bir zamanda, 2. bir nakil şu an tarih hiçbir şey falan belli değil ama sözde dolaşmaya başladı yavaş yavaş. Yavaş yavaş sözü başladı çok daha kesin hiçbir şey yok. Yavaş yavaş böyle bir laf arasında geçti yani, yavaş yavaş hazırlıklı olalım gibi, çok önemli bir şey değil. Tabii bu lafı duymak yaptığım hataları bana bir daha yaptırmamayı ya da neyi yaptığımı fark ettirdi. Zaten yaparken de hata olduğunu biliyordum, yaptıktan sonra da biliyordum. Şu an ders alma kısmındayım yaptıklarımın." (K14)

Katılımcılar tarafından sağlığı ile ilgili korku duyma kategorisinde ifade edilen diğer kod, *"tahlil sonuçlarının kötü çıkması korkusu"* kodudur. Katılımcılar tahlil sonuçlarının kötü çıkması korkularının öz yönetim sürecinde kendilerini motive ettiğini ifade ettiler. K11, K12 ve K14 kodlu katılımcıların bu konudaki ifadeleri şöyledir:

"Kontrollerde soru soruyoruz sormaya çalışıyoruz, oraya gittiğimizde öyle olmuyor ya bütün bildiğimiz bütün sureleri okuyoruz kan tahlili güzel çıksın diye, yani tek psikolojik olarak o akla geliyor zaten, sonra ilk önce o sonraya geliyor zaten de, yani öyle bir süreç yaşıyoruz yani, oraya gittiğinde inanın yani, her gittiğinde hiç yani, şimdi şöyle bir şey olur ya konumuz dışında, sanatçı sahneye çıkarmış heyecanlanıyormuş iki gün, 50 yıl sonra çıksa yine heyecanlanıyorum der ya, şimdi yani 30 yıl da geçse hastalık yine aynı stres heyecan var, yani sonuç bekleme yerinde sanki böyle şey gibi beklersin yani, ne çıkacak ne çıkacak endişesi, o farklı bir şey ya." (K11)

"Sadece işte tahlilleri alırken hala bir panik yaşıyorum tahlil sonuçlarını alırken. İki gün üç gün öncesinden gerilmeye başlıyorum. Ama diyorum ki yani neden geriliyorsun ki şu anda zaten kendini iyi hissediyorsun, iyi çıkacaktır diye kendimi motive ediyorum. Ne kadar doğru işte onu bilmiyorum da hani o şekilde kendimi motive etmeye çalışıyorum. Aklımca böyle kendimi motive ediyorum ama bir şekilde vücudum bunu kabul etmiyor, söylediğimi kabul etmiyor ve çok

geriliyorum işte o süreçte. Sonrasında işte tahlilleri aldık iyi çıktı, sonrasında böyle inanılmaz bir rahatlama geliyor ve inanılmaz bir mutluluk geliyor bunu sağlıklı insanlar yaşayamaz... O gün yeniden doğmuş oluyorum. Tabii şimdi tahlil vermeden önce zaten daha çok dikkat ediyoruz o kesin hani suyumuzu ilaçlarımızı daha düzenli içiyoruz." (K12)

"Hiçbir zaman hiçbir şeyden geri kalmadım yani çok geniş bir arkadaş grubuna sahibim ve o insanlar nasıl yaşıyorsa ben de hayatım boyunca yaptığının belki fazlasını bile yapmışımdır işte eksik kaldığım bir an yok. Tabii bazen mecbur bir 10 günlük ara veriyordum. Yani şimdi şöyle söyleyeyim, hastaneden çıktığım gün atıyorum 10 günlük bir hastaneye yatışım oldu yüksek değerlerden dolayı hastaneden çıktığım hafta melek gibiyim, hiçbir şey yemiyorum, hiçbir şey içmiyorum, sadece sağlıklı besinler, tabii ki böyle oluyor ama dediğim gibi karakterimden dolayı bir yerden sonra aslında canında çekiyor." (K14)

4.3.1.5. İkinci Nakille Gelen Deneyim, Farkındalık ve Motivasyon Artışı

Öz yönetim sürecinde motive ediciler temasının son kategorisi, "ikinci nakille gelen deneyim, farkındalık ve motivasyon artışı"dır. Katılımcılar, ikinci nakillerini olduktan sonra öz yönetim süreciyle ilgili deneyim ve farkındalık kazandıklarını ve motivasyonlarının arttığını ifade ettiler. K2, K3 ve K4 kodlu katılımcıların ikinci nakille gelen deneyim, farkındalık ve motivasyon artışı ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"İlk nakilde tecrübesizdim, söylenenleri evet yapıyordum ama tecrübesiz olduğum için yani neyin ne olacağını bir de çok daha küçük yaştayım falan anlatılıyordu ama, çok kaybetme korkusu açıkçası çok fazla yoktu, bilinçsiz olduğum için." (K2)

"Yani pırlanta, elmas mı en değerlisi hangisi o işte. Pırlanta, elmas (2.nakil). Onun için daha çok dikkat ediyorum, çünkü tecrübelendim. Ne yapmam gerektiğini, ne yapmamam gerektiğini daha iyi farkına vardım çünkü ilk nakilde sanki, nakil oldun ilaçlarını iç bir şey olmayacakmış gibi geliyordu ama oluyormuş. O yüzden o bana çok büyük acı bir tecrübe oldu. 2. Nakil o yüzden çok değerli. 3.sü olur mu bilmiyorum. 3 nakilli kimseyi görmedim, duymadım şimdiye kadar. Yapıyorlar mı yapmıyorlar mı onu da bilmiyorum. İnşallah ömürlük olur. İnşallah." (K3)

"O zaman biraz daha rahattık yani, ilk nakil olduğu için biraz daha rahattık, yani düşünmüyorduk fazla kendimize o kadar dikkat ettiğimiz halde gene de biraz da dikkatsizliğimiz oluyordu bazı şeylerde, biraz daha rahattık. Şimdi bu ikinci nakil olduğu için, ikinci hayat yani, üçüncü hatta, bizim üçüncü hayat. İlk nakil, ikinci nakil, üçüncü hayat olduğu için daha da dikkat etmemiz gerekiyor. İkinci nakilde hani o dönemler bilinçli oluyorsun, daha böyle o konularda tecrübe sahibi oluyorsun, yani neyi nerede yapacağım, maskeyi nerede kullanacağım, hangi ilacı ne kadar kullanacağım biliyorsun, biraz daha rahat geçiriyorsun ikinci nakilde o dönemi. Şöyle

diyeyim, ilk nakilde kontrol süreleri vardı, hem de çalışıyordum, altı ay mesela kontrolse sekiz aya 10 aya uzatıyordum ben ilk kontrolde bu süreleri, kontrol Çapa'daki. Şimdi o kadar değil, doktor üç ay dedi ise üç ay, dört ay dedi ise dört ay, bir ay dediyse bir ay, şimdi biraz daha disiplinli gidiyordum o konuda, ya tabii değerler oynamasın, sıkı takip olsun diye, arada bu fark var yani." (K4)

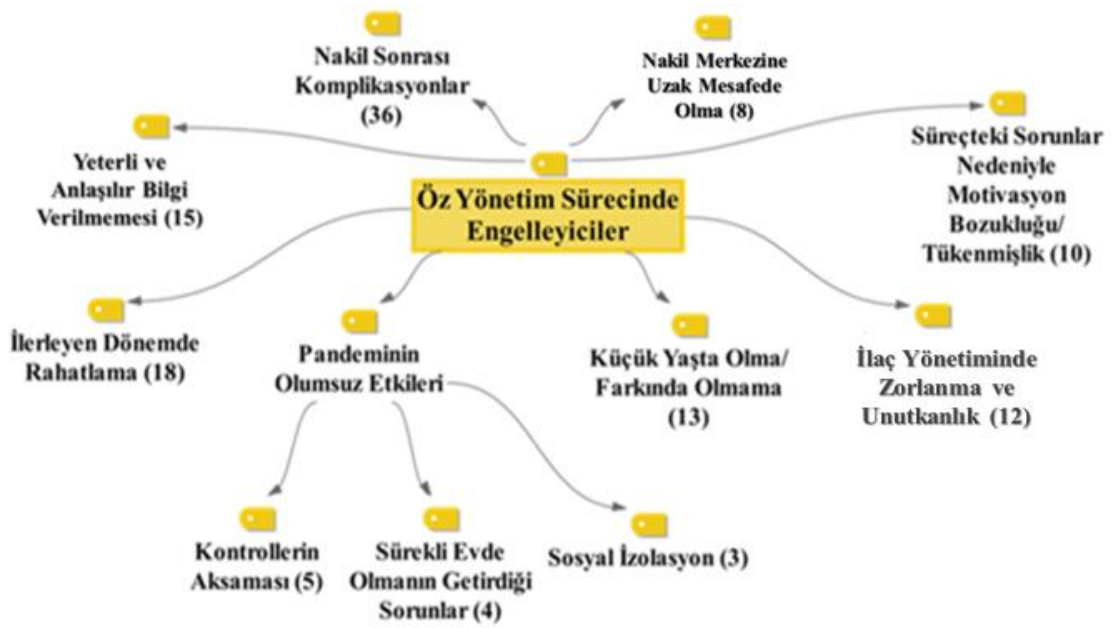
Tablo 4-14: “Öz Yönetim Sürecinde Motive Ediciler” temasına ait katılımcı yoğunluğu

Kod Sistemi	K1...	K2...	K3...	K4...	K5...	K6...	K7...	K8...	K9...	K10...	K11...	K12...	K13...	K14...
Öz Yönetim Sürecinde Motive Ediciler														
Kronik Bir Süreci Yönetmeye Alışkın Olma														
İkinci Nakille Gelen Tecrübe, Farkındalık ve Motivasyon Artışı														
Sağlık Sorunlarının Tekrar Yaşanmasını İstememe														
Sağlığı İle İlgili Korku Duyuma														
Enfeksiyon Kapma ve Böbreği Kaybetme Korkusu														
Tahli Sonuçlarının Kötü Çıkması Korkusu														
Destek Sistemleri														
Aile Bireylerinin Desteği														
Sağlık Profesyonellerinin Desteği														
Yakınlarının Desteği														
Diğer Nakilliler														

“Öz yönetim sürecinde motive ediciler” teması ile ilgili görüşler katılımcı bazlı incelendiğinde, katılımcıların çok geniş bir yapıda değerlendirme yaptıkları görülmektedir. Farklı katılımcıların farklı noktalarda yoğunlaştıkları noktaların büyüklüğü ve renk değişimleri ile görülmektedir. Tüm katılımcıların ifade yoğunluklarına bakıldığında, en yoğun ifadelerin *sağlık sorunlarının tekrar yaşanmasını istememe* ve *aile bireylerinin desteği* kategorisinde olduğu görülmektedir (Tablo 4-14).

4.3.2. Öz Yönetim Sürecinde Engelleyiciler

Araştırmanın bir diğer teması olan öz yönetim sürecinde engelleyiciler temasına model Şekil 4-5’de görülmektedir. Öz yönetim sürecinde engelleyiciler teması katılımcı ifadeleri doğrultusunda sekiz kategori altında toplanmıştır. Bu kategoriler; “*nakil sonrası komplikasyonlar*”, “*süreçteki sorunlar nedeniyle motivasyon bozukluğu/ tükenmişlik*”, “*yeterli ve anlaşılır bilgi verilmemesi*”, “*küçük yaşta olma/ farkında olmama*”, “*ilerleyen dönemde rahatlama*”, “*nakil merkezine uzak mesafede olma*”, “*ilaç yönetiminde zorlanma ve unutkanlık*” ve “*pandeminin olumsuz etkileri*” dir.



Şekil 4-5: “Öz Yönetim Sürecinde Engelleyiciler” temasına ait model

4.3.2.1. Nakil Sonrası Komplikasyonlar

Öz yönetim sürecinde engelleyiciler temasının ilk kategorisi, “*nakil sonrası komplikasyonlar*”dır. Katılımcılar, nakil sonrası yaşanan (dönemsel) komplikasyonların öz yönetim sürecini yönetirken oluşturduğu olumsuz duygu ve durumlardan söz ettiler. K2, K5, K8 ve K9 kodlu katılımcıların nakil sonrası komplikasyonlar ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"O virüs çıktı vesaire falan diyaliz döneminde ne kadar hastaneye gidiyorsam, ne kadar ilaç yükü varsa üzerimde, o kadar hastaneye gidiyordum zaten o BK virüs çıktığında, sürekli kreatinlerim yükselişteydi, sürekli stresim bir o kadar fazlaydı ne olacak ne bitecek diye." (K2)

"Beni bir tek şeyde çok zorladı, bağışıklık olmayınca çok zorladı, nakil süreci nakil olduğumda, lökositlerim aşırı düştüğü için hani, o çok zorladı, ve direkt ağız içi yaraları çıkınca, o zorladı"(K5)

"Benim bir ağrım var mesela söylüyorum onlara ya senin ağrın şundan diye bir cevap verilmedi ona üzüliyorum. Çok da bakıldı ama önceleri bilinmedi denildi, bilmiyorum ondan sonra da hani küçük bir enfeksiyonun var dendi bana acilde, nakil olduğum yerle bağlantı yaptılar böyle böyle, dediler. Yani o neden, nasıl oldu, hani ben hiç ısınamıyorum böbreğe vuruyor böbreğim şu an şişmiş gibi oluyor. O yani bunun alınma gibi bir durumu yok mu bir açıklaması olmalı ona üzüliyorum. Ben hep diyorum benim buramda bir ağrı var böbreğime vuruyor, uyuşturuyor diyorum. Onun için yapacak bir şey yok denildi ben ona üzüldüm yani." (K8)

"Yoksa bundan daha kiloluydum, şöyle bir şeydim (eliyle yanaklarını gösteriyor). Eski fotoğrafları göstermeyi sevmiyorum ama bayağı kötüydüm. Şey ben ilacın şeyini de bilmiyordum etkisini bu prednolün işte iştah açtığını. Diyorum ki işte ameliyattan sonra ne olduysa böyle iştahım açıldı, yani bir ekmeği komple tek başıma bitirirdim. O hale gelmişim" (K9)

4.3.2.2. Süreçteki Sorunlar Nedeniyle Motivasyon Bozukluğu/ Tükenmişlik

Öz yönetim sürecinde engelleyiciler temasının diğer bir kategorisi, "süreçteki sorunlar nedeniyle motivasyon bozukluğu/ tükenmişlik"tir. Nakil olduktan sonraki süreçte ortaya çıkan sorunlar sık tekrarlanan, özellikle tekrarlı hastaneye yatışlar deneyimleyen katılımcılar, motivasyonlarının bozulduğunu ve tükenmişlik hissettiklerini ifade ettiler. K4, K9 ve K10 kodlu katılımcıların süreçteki sorunlar nedeniyle motivasyon bozukluğu/ tükenmişlik ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Orada Antalya'da 2-3 defa yattım, incelemek için yatırdılar, yükseldi düşürdüler bir daha çıkarttılar bir daha düşürdüler, bu sefer kaçağı buldular. Bir de kolumda fistül vardı en son, en son ki ameliyatta fistül ile beraber stent çıkarmak için tekrar yatırmışlardı, birkaç defa yattım Antalya'da, sonra tabii İstanbul'da da işte o hastalandıktan sonra en son 12. yılın sonlarına doğru işte birkaç defa yatış yaptım Çapa'da, ondan sonra da diyaliz oldu zaten. İlk zamanlara göre hani ilk nakildeki zamanlara göre bu son yatışlar biraz daha zor geçiyor yani, o zamanlar biraz daha tolere ediyordum, kendim biraz daha psikolojim şeydi, gençlik falan filan, şimdi biraz da hani belki yaşlandık mı şey mi oldu, ne oldu biraz daha zor geçiyor yatışlar, stres oluyor, bunalım oluyor, insan sıkılıyor hastaneden, yattığın yataktan bile sıkılıyorsun bazen hastanede." (K4)

"İlk zamanlarda işte o biyopsimin falan olduğu dönemlerde tansiyonum yüksek, şey yüksek yani kötüye gidiyordu, iyiye gitmiyordu. Böyle şey ameliyatın 2.-2,5 sene o civar, kötüydüm yani. Çocuk nefrolojideki doktorlar çekti benden biraz. Kötüydü ya, böyle hani şey hissiyatına giriyorsunuz, ya gittim mi lan acaba? Ne oluyor? Ne yaptım? Beceremedim, Allah

kahretmesin senin mal gibisinden kendimi bayağı şey ettim, demotive ettim. Ama şeyi hissediyorsunuz yani böyle olabilecek bir şey, yani kaza. Burayı da işte şu ayı atlatırsam iyi, şu 3 ay önemli, şu önümüzdeki 6 ayı atlatırsak tamam gibisinden. Ya doktorlarla da aram iyi olduğu için hani onlar da şey diyordu, iyi gibi ya hallediyorsun gibi söylerlerdi onlar da. Kendimi suçladığımda, 17 falandım 16-17 falan. Kendime bayağı yani kızıyorum ama hata da bende, şey düzeltemiyorum da rayına da sokamıyorum. Kötü süreç." (K9)

"Bilirsiniz belki böbreğe tel takılıyor mesela böbreği korumak için, o benim sürekli yaşantımı mahvetti. Ben o telden dolayı hep hastaneye yatıp çıktım. O benden erken çıkmadı mesela bir böbrek naklinde o böbreğe takılan teli 1,5-2 ayda mesela çıkarttılar ama bende o tel 8-9 ay kaldı. Hep enfeksiyon oluşturdu, bir şey yaptı. O yüzden onu çekemediler hani böbrekten. Korktular hani bu sefer teli çeksek o enfeksiyon, mikrop böbreğe sızar, böbreğe yansır. Daha çok büyür sıkıntı olur diye teli mesela çıkaramamışlardı. O tel de olduğu süre zarfında bu sefer hep enfeksiyon, mikrop kaptım. Sürekli hep hastaneye yattım 10, 17, 20 gün hep hastanedeydim yani. Ondan sonrasında işte o tel çıktıktan sonra daha rahatladım artık hani." (K10)

4.3.2.3. Yeterli ve Anlaşılır Bilgi Verilmemesi

Öz yönetim sürecinde engelleyiciler temasının diğer bir kategorisi, "yeterli ve anlaşılır bilgi verilmemesi"dir. Katılımcılar, öz yönetim sürecinde sağlık profesyonellerinden yeterli ve anlaşılır bilgi almak istediklerini belirttiler. K2, K3, K5, K8 ve K13 kodlu katılımcıların yeterli ve anlaşılır bilgi verilmesi ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Hani, baştan savma oluyor ya bazı durumlarda, sorduğunuz zaman hani bizleri de, sanki biliyoruz her şeyiymiş gibi algılıyorlar ama açıklayıcı konuşsunlar, sadece istediğimiz o, biz anlamak istiyoruz neyin ne olduğunu. Sadece açıklayıcı konuşsunlar, moral versinler onun dışında bir şey yok yani." (K2)

"Yani bize açık olsunlar. Böyle hep Latince kullanıyorlar ya kelimeleri. Konuşuyorlar bir şeyler söylüyorlar, ben artık anlayabiliyorum iyi mi kötü mü, negatif mi pozitif mi ama ilk zamanlar bakıyordum böyle ne söylerlerse onu yapıyordum ama mesela rejeksiyon olduğumu, onların bildiğini ama benim bilmediğimi, belki moralim bozulmasın diye söylemediler ama yani illaki öğrendim sonunda. Yani zaten diyalize başladım tekrar. Yani açık olsunlar, ne yapmamız gerektiğini bize açık açık söylesinler. Git, enfeksiyon kaparsan da doktorların onu halleder ama tutarsan kaçak olursa çok sorun yaşarsın. Bunu bana baştan söyleselerdi belki ilk nakilim devam edecekti. Yani ben, o zaman benim de cahilliğim aslında tutmak normal insana bile, nakil olmamış normal kendi böbrekleriyle yaşayan insana bile zararlı." (K3)

"İlaçla ilgili bir şey sorduğum zaman, açıklıyor ama bazen çok açıklayıcı olmuyor, hastaların anlayacağı şekilde açıklarsa güzel olur mesela. Doktor, hani doktor diliyle konuşuyor, tıp diliyle konuştuğu için, bazen hani yeri geliyor anlayamıyoruz, hani şimdi bu ilaç zararlı mı? Bak mesela o ilaç bana zararlı mı değil mi sonuca böbreğe bir zararı var mı yok mu, onu öğrenmek istiyoruz mesela." (K5)

"Ben hep diyorum benim buramda bir ağrı var böbreğime vuruyor, uyuşturuyor diyorum. Onun için yapacak bir şey yok denildi ben ona üzüldüm yani. Ben okumuş o kadar kültürlü değilim ilkokul mezunuyum, yani biraz açıklama, biraz daha anlatabilirler yani. Çok bir şey söylemiyorlar." (K8)

"Eğitim verilmesi daha iyi olur mesela, yeme içme olur, ondan sonra spor, gerçi spor fazla yapmıyoruz da, yeme içme yani diyet bakımından eğitim olabilir, sadece böbrek rahatsızlığım olduğundan, başka bir şeyim olmadığımdan fazla hastaneye giden kişi değilim yani, hastaneye nasıl gidiyordum mesela, kışın grip olur anca öyle göğüs hastalıklarına giderim, ilaç verir iyileşirim, başka bir şey yani öyle kötü hastalığım olmaz yani... Evdeyken dikkat edeceklerim öğretilir..." (K13)

4.3.2.4. Küçük Yaşta Olma/ Farkında Olmama

Öz yönetim sürecinde engelleyiciler temasının diğer bir kategorisi, "küçük yaşta olma/ farkında olmama"dır. Katılımcılar, küçük yaşta nakil olmalarının ve sürecin yeterince farkında olmamalarının öz yönetim sürecini olumsuz etkilediğine değindiler. K2, K10, K12 ve K14 kodlu katılımcıların kategoriye ilişkin ifadeleri şöyledir:

"Şimdi mesela o dönemi geçtiğim için, çocuksunuz, çok da bir şeyi algılamıyorsunuz açıkçası yani. Sadece diğer çocuklardan farklı olduğunuzun farkındasınız çünkü aile sürekli gözetim altında; hani şunu yapma, bunu yapma, dışarı çıkarken ekstra özen gösteriyor aile; yok top oynama, yok koşma, şunu yeme, bunu yeme gibi farkındasınız işin ama hani çocuksunuz neticesinde çok da fazla algılayamıyorsunuz o yaşlarda." (K2)

"Tabii ki. Ya motiveden ziyade hani ben daha önce mesela hiç böyle bir şey yaşamadığım için yani hani hiç nasıl olur, nasıl olmaz, dikkat edilmesi gereken şeyleri hiç bilmiyordum mesela. Ben o doğuştan rahatsızdım ama ben daha küçüktüm hani mesela hiçbir şey bilmiyordum" (K10)

"Dediğim gibi çok fazla da şey yapmamışım hani hiçbir zaman ipin ucunu koy verdiğim olmamış ama yirmi yaşlarında gerçekten kendimi çok hani böyle hastalığımı unuttuğum dönemlerde sadece ilaçlarımı alıyordum, suyum içiyordum. Diyorum başka hani diğer insanlardan farkım yok diyordum. Otuzlardan sonra şey sıkıntılar çıkmaya başlıyor işte kemikler, kemik ağrıların olmaya başlıyor, yedikleriniz artık size dokunmaya başlıyor ağır bir şeyler

yediğinizde ne bileyim önceden ben hani hiçbir zaman şey demedim fast food hep yedim açıkça söylemek gerekirse hani o yaşlarda bunun sıkıntısını yaşamadım ama şimdi yiyeyim falan böyle bir dokunuyor onu hissediyorum vücudumda. İşte dizlerimde artık ağrı oluyor işte kemik erimesi oluştu ondan dolayı. Şu anda yaşadığım olumsuz yön... yani nakille ilgili yaşadığım aslında olumsuz yönleri bu son yıllarda yaşıyorum sanırım daha çok yaşıyorum." (K12)

"Ben genç bir hastayım, çok genç bir hastayım, diğerlerine göre 50 yaşında 40 yaşında 30 yaşında insanlar veya 70 yaşında çok yaşlı insanlar da vardı. Evet, çok genç de var, çok var, ben bunu şeye çok bağlıyorum, çok genç yaşta olduğum için, çok çocuk yaşta daha doğrusu, genç yaş değil, çok çocuk yaşta olduğum için biraz da umursamaz artık, yani bir cahillik söz konusu olduğundan dolayı şu an bunları böyle anlatıyorum, yedim içtim diyorum tabii ki onlar doğrular, böyle söylenmesi gerekiyor." (K14)

4.3.2.5. İlerleyen Dönemde Rahatlama

Öz yönetim sürecinde engelleyiciler temasının diğer bir kategorisi, "ilerleyen dönemde rahatlama"dır. Katılımcılar nakil olduktan sonraki ilerleyen süreçte rahatlama yaşadıklarına ve zamanla, erken döneme göre daha az dikkat ettiklerine değindiler. K1, K4 ve K9 kodlu katılımcıların kategoriye ilişkin ifadeleri şöyledir:

"İlk zamanlarımızda dışarıda hiç yemek yemezdim, şimdi yavaş yavaş yemeye başladım. Yiyorum artık arkadaşlarla bir yere gittiğimizde rahatlıkla işte yiyorum, hani ilk zamanlar buna çok dikkat ediyordum. Onun haricinde de ne var, yok, çok fazla hani rahatladım artık şunu da yapmayayım dediğim bir şey yok." (K1)

"İlk zamanlar hani tabii biraz daha kısıtlı oluyorsun, yeni nakilli olduğun zaman, böbrek uyum sağlama sürecinde olduğu için. Akrabaları geliş gidişini falan engelliyorsun, sağa sola gitmeyi sen de engelliyorsun, kalabalık ortamlara girmiyorsun vesaire vesaire, o dönemler biraz zor geçiyor, zor geçiyor kısıtlamalardan dolayı zor geçiyor, yoksa senin için herhangi bir sıkıntın yok, rahatsın her hangi bir problemimiz yok, değerlerimiz iyi gidiyor ilk 6 ay 1 yıl biz dikkat ediyoruz kendimize, tabii o zamana göre şimdiki zaman daha serbestim, daha rahatım, yeme içme biraz daha iyi gidiyor, süre uzadıkça insan bir özgüveni daha çok oluyor." (K4)

"İlk zamanlara göre hiç aynı değil. Yani ilk ameliyat olduğum süreçte böyle 10 dakika da olsa günde bir çıkıp turlardım yani ya da işte şuradan bir parka kadar bir git gel ya da bir markete git ekmek al bir şey al gel. İlk sene dediğim işte bu maskeden sonrası hani milletten uzaktım ya ilk sene, ondan sonrası işte ikinci senesi, 2,5 sene sonrası falan. Ondan sonra şey oldu işte böyle hani normale döndük daha işte böbrek de alışmışsa alışmıştır artık yapacak bir şey yok. Ondan sonra saldım o şeyleri, sporun şeyini mecburiyetini. Çıkıyorum arkadaşlarımla, gidiyorum sonra oturuyorum çarşıda işte çay ocağı olur ne bileyim kafe olur hemen bir yere oturuyorum." (K9)

4.3.2.6. Nakil Merkezine Uzak Mesafede Olma

Öz yönetim sürecinde engelleyiciler temasının diğer kategorisi, “*nakil merkezine uzak mesafede olma*”dır. Bu kategoride nakil merkezinin bulunduğu şehre uzakta yaşayan katılımcılar, nakil merkezine başvurmalarını gerektiren düzenli ya da acil sağlık kontrollerini yürütürken, uzakta olmaktan kaynaklı yaşadıkları ulaşım ve günlük yaşam zorluklarını belirttiler. K4, K9 ve K11 kodlu katılımcıların nakil merkezine uzak mesafede olma ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"(İlk nakil) Burada olmadık da Antalya'da olduk hani çok uzaktı bize orada 3 ay 4 ay kaldık zorluk çektik, orada yerleştik, annem babam, babam işini bıraktı geldi oraya, işten ayrıldı tamamen ayrılıp geldi orada 4 ay kaldık, sonra tekrar buraya geldik, işte İstanbul'a geldik, o şartları yaşadık. Başka bir ile özellikle gitmek, orada kalmak, orada nakil olup orada iyileşip geri dönmek çok zor. Hastane ne kadar şey verse, destek verirse de versin zor yani... (2. nakil) Tabii daha farklıydı çünkü hem İstanbul'da kendi evimizde kendi bölgemizde olduk, hem Çapa'da olduk bize Çapa'da bize uzun süredir orada kontrollerim olduğu için, doktorlar tanıdık, her şey tanıdık, hayatımıza daha kolay yaklaşım olduğunu gidiş-geliş olsun Antalya'da zor, daha uzaktı." (K4)

"Zorluğu şöyle, yani misafirsin işte böyle buradan doldur valizi git, havalimanında, yani onlar tabii zor ama, şey değil yani sokakta kalmadım ne bileyim çok şey etmedim böyle bazıları vardır ya parkta markta yatar hani, o hallere düşmedik diyelim." (K9)

"Orada yaşıyor olsaydım, mesafe kısa olduğu için mesela 10 dakikada bilemedin 20 dakikada yarım saatte ben Çapa'ya gelirdim bana oradaki herhangi bir doktor, çünkü benim rahatsızlığımı o biliyor, o teşhis koymuş, o tedavimi o uyguluyor, bana A hapını yazardı, ben giderdim evimde A hapını kullanırdım, ya da serumumu taktırırdım acile, tedavime bakarım. Şimdi buradaki doktorlarımıza gittiğimizde çünkü normal sağlıklı bir insana verilen hapları antibiyotik olarak veriyorlar demeyeyim de, yani çünkü ne bileyim herhalde verirlerdi tahmin ediyorum, çünkü kaç defa oldu başıma geldi. Çünkü buradakiler de nefroloji doktoru değil ister istemez yani, zorlandım." (K11)

4.3.2.7. İlaç Yönetiminde Zorlanma ve Unutkanlık

Öz yönetim sürecinde engelleyiciler temasının diğer kategorisi, “*ilaç yönetiminde zorlanma ve unutkanlık*”tır. Katılımcılar nakil olduktan sonraki süreçte unutkanlık yaşadıklarına ve ilaç yönetiminde zorlandıklarına değindiler. K6 ve K11 kodlu katılımcıların ilaç yönetiminde zorlanma ve unutkanlık ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Ben ilaçlarda, ilaçlarda çok zorlandım. Ya yanlış mı alıyorum, yanlış alıyorum değil eksi mi alıyorum diye çok zorlandım ben. Yani sonuçta dedikleri kadar alıyorum ama almayı mı

unuttum acaba diyorum, geri dönüyorum ilaç kutularını şey yapıyorum bu sefer artık şey geliştirdim mesela ben; günlük şeylerimde sabah kullandığım ilaçları kesiyorum şeylerini, tabletlerini. Ne kadar içtiğimi görüyorum, çünkü unutuyorsunuz. Yani sonuçta o bir rutin, rutine alışıyorsunuz. Bir gün içmediğim oldu da hatta onunla ilgili transplantasyon merkezini falan aradım unutmuşum sabah ilaçlarımı. Akşam saat 10'da aklıma geldi içmediğim." (K6)

"Beni belki ilaçlara uyarmışlardır, bazen inanın unutuyorum yani şu anda iki iki sabah akşam böbrek ilacı alıyorum, acaba diyorum ki üç iki miydi ya iki iki miydi kafam karışıyor yani şu anda, artık ne yapıyorum E-devlet' ten giriyorum da, bana eczaneden bana hangi kaç kaç yazmış doktor ona bakıyorum yani, çünkü unutuyorsun ya ister istemez unutuyorsun, zamanı akışa bıraktığımda yani gün içerisinde bu gün oluyor, ay oluyor, yıl oluyor sonra ne oluyor seneler atlıyor atlıyor, unutup gidiyorsun, bana soruyorsun şimdi bak ilaç verdiler mi ya da söylediler mi belki fikir olarak söylemişlerdir ama bilmiyorum hatırlamıyorum yani işte. " (K11)

4.3.2.8. Pandeminin Olumsuz Etkileri

Öz yönetim sürecinde engelleyiciler temasının son kategorisi, “pandeminin olumsuz etkileri”dir. Katılımcılar tarafından, pandeminin öz yönetim sürecindeki olumsuz etkileri; *kontrollerin aksaması, sürekli evde olmanın getirdiği sorunlar ve sosyal izolasyon* olmak üzere üç kod ile ifade edildi. K5 ve K7 kodlu katılımcıların kontrollerin aksaması ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Bir kere şeye gitmiştim acile gitmiştim, direkt zaten korona ile şüphe... Korona için şüphelendikleri için hani doktorlar beni direkt şey yapmışlardı, hani korona testini yaptırıp, ondan sonra evine git demişlerdi, ben şöyle demiştim, ben nakilliyim bir böbrek değerlerime bakın demiştim ama, hayır hayır dediler direkt reddettiler ama kendi doktoruma ulaştığım zaman mesela çabuk hemen git değerlerini ve bir onları görelim falan diye şey yapmışlardı." (K5)

"Nakil sonrası ilk her hafta gidiyordum daha sonra bir aya çıkmıştı, zaten kovid olayı ortaya çıkınca uzun bir süre gidemedim, sadece ay, ayda bir bile değildir artık net hatırlayamıyorum ama, 2 ayda bir sanırım sadece kan verip, tahlillerimi mecburen yaptırıp, muayene olmadan telefonla görüşerek, kontrollerimiz devam etti." (K7)

Katılımcılar tarafından pandeminin olumsuz etkileri kategorisinde ifade edilen diğer kod, “*sürekli evde olmanın getirdiği sorunlar*” kodudur. Katılımcılar pandemi nedeniyle sürekli evde olmalarının çeşitli sorunlara yol açtığını belirttiler. K6 ve K9 kodlu katılımcıların sürekli evde olmanın getirdiği sorunlar ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Yani böyle çok şükür sağlıklıyım o yüzden bir sıkıntı yok da ama dediğim gibi bir ruh halinde ister istemez, belki iş hayatına devam ediyor olsaydım belki daha rahat olurdu ama evin

içinde de çok şükür iyice Covidle birlikte sinir katsayım biraz daha yükseldi. Çünkü evde olduğum için gerçekten sürekli 24 saat evin içerisindeyiz, bir yere çıkmıyorsunuz yani işler zaten yoğun, sadece aile bireylerini görüyorsunuz yani 1,5 sene boyunca sadece aile bireylerini görüyorsunuz. Bu da gerçekten ister istemez ne kadar aileniz de olsa biraz psikolojinizi etkiliyor." (K6)

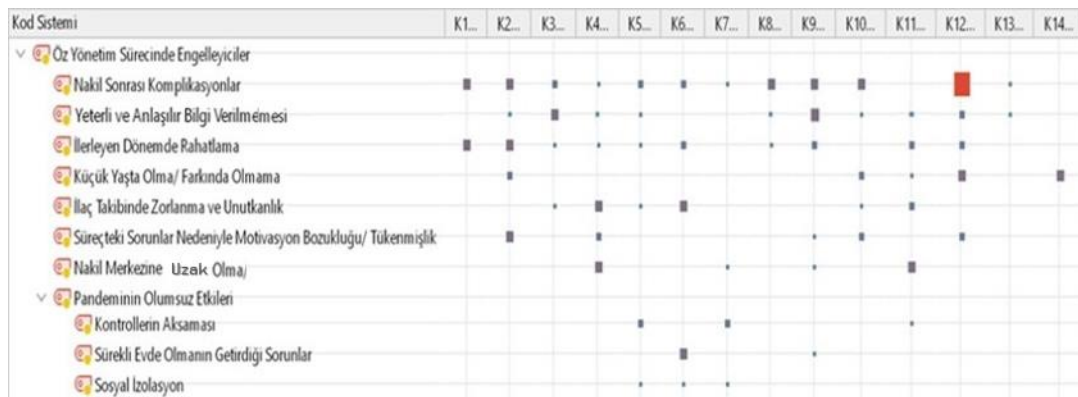
"Yani nakil sonrası kiloya çok dikkat etmeye çalışıyorum, böyle işte yürüyüş yapmaya çalışıyorum ama işte koronadan beri de o kadar öyle de hiç dikkatli de yürümüyorum." (K9)

Katılımcılar tarafından pandeminin olumsuz etkileri kategorisinde ifade edilen diğer kod, "sosyal izolasyon" kodudur. Katılımcılar pandemi nedeniyle sosyal yaşamdan izole olmalarından memnun olmadıklarını ifade ettiler. K6 ve K7 kodlu katılımcıların sosyal izolasyon ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Yani işin aslı biraz şeyden sonra bu nakilden sonra o işe başladıktan sonra insanlarla biraz daha iç içe olmaya başladığım için daha rahattım ama yani mesela yeğenimi falan da daha rahat sevebiliyordum. Şimdi yine bu covid'den ötürü yine bir dur diyorum yani sevemiyorum çünkü okula başladı, anaokuluna başladığı için şey yapmıyorum, yaklaşamıyorum. Yine dikkatliyim yani. Yapabilecek bir şey yok. Belki covid olmasaydı daha rahat olacaktım." (K6)

"Nakilden sonra ki zaten biliyorsunuz çağımızın yaygın hastalığı korona ortaya çıktı, tam ben 3 ayımı doldurdum sokağa çıkıcam, fıldır fıldır gezicem umutlarını hayallerini kurarken, korona çıktı ve ben 8 ay annemde kalmak zorunda kaldım." (K7)

Tablo 4-15: "Öz Yönetim Sürecinde Engelleyiciler" temasına ait katılımcı yoğunluğu



Öz yönetim sürecinde engelleyiciler teması ile ilgili görüşler, katılımcı bazı incelendiğinde katılımcıların çok geniş bir yapıda değerlendirme yaptıkları görülmektedir (Tablo 4-15). Farklı katılımcıların farklı noktalarda yoğunlaştıkları noktaların büyüklüğü ve renk değişimleri ile görülmektedir. Tüm katılımcıların ifade yoğunluklarına bakıldığında, en yoğun ifadelerin *nakil sonrası komplikasyonlar* kategorisinde yer aldığı görülmektedir.

4.4. Nicel ve nitel sonuçların birlikte değerlendirilmesine ilişkin bulgular

Bu aşamada, araştırmanın nicel ve nitel aşamasında elde edilen bulgular değerlendirilerek, sonuçlar konu içerikleri uyumlu olacak şekilde birlikte ele alındı. Bu kapsamda böbrek nakli yapılan bireylerin, BNÖYÖ toplam puanlarında anlamlılık gösteren parametrelere ilişkin bulgular (nicel) ile nakil sonrası öz yönetim sürecindeki deneyimlerine ilişkin bulgulardan (nitel) elde edilen sonuçlar konu içeriklerine uygun şekilde gruplandırıldı. Öz yönetim sürecindeki deneyimlere ilişkin nitel aşamada elde edilen “öz yönetim sürecinde motive ediciler” ve “öz yönetim sürecinde engelleyiciler” temalarındaki kategoriler ele alındı. Nicel ve nitel aşamadan elde edilen bulguların yorumlanarak birleştirildiği tablo aşağıda yer almaktadır:

Tablo 4-16: Nicel ve nitel aşamada elde edilen bulguların birlikte değerlendirilmesi

Konu başlığı	BNÖYÖ puanlarında anlamlılık gösteren parametreler (nicel)	Böbrek nakli sonrası öz yönetim sürecindeki deneyimlere ilişkin bulgular (nitel)
1. Mesafe	Yaşadığı Şehir	“Nakil merkezine uzak mesafede olma (E)”
2. Nakil Öncesi Diyaliz ve Hastalık Süreci	Diyaliz Süresi	“Nakil öncesi sağlık sorunlarının/ diyalizin tekrar yaşanmasını istememe (M)” “Kronik bir süreci yönetmeye alışkın olma (M)”
3. Nakil Yaşı	İlk nakil olunan yaş	“Küçük yaşta olma/ farkında olmama (E)”
4. Nakil Sayısı	Toplam nakil sayısı	“İkinci nakille gelen deneyim, farkındalık ve motivasyon artışı (M)”
5. Nakil Sonrası Süre	Nakil sonrası geçen süre	“İlerleyen dönemde rahatlama (E)”
6. Eğitim Alma	Eğitim Alma Durumu	“Yeterli ve anlaşılır bilgi verilmemesi (E)”
7. Nakil Sonrası Yatış	Nakil Sonrası Yatış	“Nakil sonrası komplikasyonlar (E)” “Süreçte çıkan sorunlar nedeniyle motivasyon bozukluğu/ tükenmişlik (E)”
Nicel Aşamada Anlamlılık Oluşturmayan, Nitel Aşamada Elde Edilen Diğer Kategoriler		“Destek sistemlerinin oluşturduğu motivasyon (M)” “Sağlığı ile ilgili korku duyma (M)” “İlaç yönetiminde zorlanma ve unutkanlık (E)” “Pandeminin olumsuz etkileri (E)”

E: “öz yönetim sürecinde engelleyiciler”, M: “öz yönetim sürecinde motive ediciler” temasına ait kategoriler

Tablo 4-16’da nicel aşamada BNÖYÖ toplam puanlarında anlamlılık gösteren 7 parametreye yönelik konu başlıklarıyla uyumlu olan nakil sonrası öz yönetim sürecindeki deneyimlere ilişkin kategoriler (nitel) birlikte yer almaktadır. Bu kapsamda;

1. **Mesafe** konu başlığına uygun olarak; “yaşanılan şehir (nicel)” ve “nakil merkezine uzak mesafede olma (nitel)”

2. **Nakil Öncesi Diyaliz/ Hastalık Süreci** konu başlığına uygun olarak; “diyaliz süresi (nicel)” ile “nakil öncesi sağlık sorunlarının/ diyalizin tekrar yaşanmasını istememe (nitel)” ve “kronik bir süreci yönetmeye alışkın olma (nitel)”

3. **Nakil Yaşı** konu başlığına uygun olarak; “ilk nakil olunan yaş (nicel)” ve “küçük yaşta olma/ farkında olmama (nitel)”

4. **Nakil Sayısı** konu başlığına uygun olarak; “toplam nakil sayısı (nicel)” ve “ikinci nakille gelen deneyim, farkındalık ve motivasyon artışı (nitel)”

5. **Nakil Sonrası Süre** konu başlığına uygun olarak; “nakil sonrası geçen süre (nicel)” ve “ilerleyen dönemde rahatlama (nitel)”

6. **Eğitim Alma** konu başlığına uygun olarak; “eğitim alma durumu (nicel)”ve “yeterli ve anlaşılır bilgi verilmemesi (nitel)”

7. **Nakil Sonrası Yatış** konu başlığına uygun olarak; “nakil sonrası yatış (nicel)” ile “nakil sonrası komplikasyonlar (nitel)” ve “süreçte çıkan sorunlar nedeniyle motivasyon bozukluğu/ tükenmişlik (nitel)” bulguları birlikte ele alındı.

Çalışmanın nitel aşamasında ayrıca, nicel aşamada anlamlılık oluşturmayan aşağıdaki dört kategoriye de ulaşıldı.

- “Destek sistemlerinin oluşturduğu motivasyon (nitel)”
- “Sağlığı ile ilgili korku duyma (nitel)”
- “İlaç yönetiminde zorlanma ve unutkanlık (nitel)”
- “Pandeminin olumsuz etkileri (nitel)”

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, çalışmadan elde edilen bulgular dört başlık altında toplanarak tartışıldı.

- 1) “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin geçerlik ve güvenirlik bulgularının tartışılması
- 2) Böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- 3) Böbrek nakli yapılan bireylerin BNÖYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması
- 4) Böbrek nakli yapılan bireylerin, tanıtıcı özelliklerine göre öz yönetim düzeyleri (nicel) ile öz yönetim sürecine yönelik deneyimlerine ilişkin bulguların (nitel) birarada tartışılması

5.1. Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Chung (2018) tarafından geliştirilen “Kidney Transplant Self Management Scale”in Türk toplumuna uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda oluşturulan “Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği”nin, Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlendi. Bu süreçte dil, kapsam ve yapı geçerliği ile güvenirlik analizleri uygulandı.

Kapsam geçerliği, bir ölçme aracının maddelerinin, ölçme aracı hangi konuda ölçüm yapmak istiyorsa, o konuyu dengeli bir şekilde temsil etme derecesidir. Araştırmacının tümüyle kendisinin yapacağı değerlendirme yanıltıcı olabileceğinden, kapsam geçerliği, uzmanlarla iş birliği içerisinde, onlara danışarak saptanır (Tavşancıl 2018). Kapsam geçerliği belirlemede uzman görüşüne sunulacak kullanılan dörtlü derecelendirme yönteminde her bir maddeye ilişkin “Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ; Content Validity Index-CVI)” elde edilmektedir (Karakoç ve Dönmez 2014). Bu değer 0,80 ve üzerinde olması yani her bir maddenin %80 ve üzerinde “4=tümüyle uygun” ve “3=oldukça uygun (madde için ufak değişiklikler gerekli)” puan alması KGİ skorunun kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir (Karakoç ve Dönmez 2014; Esin 2015; Çapık ve ark. 2018). Bu çalışmada, ölçeğin dil ve kapsam geçerliği kapsamında ölçek maddelerinin uzman görüşüne göre hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksleri (KGİ) incelendiğinde, ölçekte bulunan her bir maddenin kapsam geçerlik indeksinin yeterli düzeyde (%80'in üzerinde) olduğu saptandı (Tablo 4-1).

Toplam puanı ile birlikte alt boyutları (faktör) olan ölçeklerde yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla faktör analizi kullanılmaktadır. Dil ve kültürel uyarlama çalışmalarında kullanılan bir yöntem olan doğrulayıcı faktör analizi (DFA) sonucunda saptanan “uyum iyiliği değerlerinin” istenilen düzeyde olması, ölçeğin yapı geçerliğinin sağlanması açısından önemlidir (Esin 2015). Yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla uygulanan DFA sonucunda, ki-kare uyum testi (Chi-Square Goodness) ve χ^2/sd değerleri ile diğer uyum indeksleri incelenmektedir (Alpar 2012; Esin 2015; Çelik ve Yılmaz 2016; Seçer 2017). Model sınanırken beklenen, ki-kare değerinin anlamlı çıkmamasıdır. Ancak, örneklem büyüklüğüne duyarlı olan bu değer, uygulamada sıklıkla anlamlı çıkabilmektedir. Bu nedenle, değere ilişkin değerlendirme yapılırken, ki-kare değeri, serbestlik derecesine bölünür. Elde edilen χ^2/sd değerinin beş veya altında olması

modelin kabul edilebilir, iki veya altında olması ise modelin iyi bir uyum iyiliğine sahip olduğunu göstermektedir (Esin 2015). RMSEA'nın 0,08'e eşit ya da küçük olması kabul edilebilir ve 0,05'e eşit ya da küçük olması ise iyi uyum değeri olarak kabul edilmektedir (Esin 2015; Çelik ve Yılmaz 2016). RMSEA değerinin 0,08 ile 0,10 arası olması ise vasat uyumu gösterirken; değer 0,10'un üzerinde olması modelin kabul edilemeyeceğini göstermektedir (Çelik ve Yılmaz 2016). Model uyum indeksleri için literatürde genel olarak benzer değerler istense de farklılıklar bulunabilmektedir. Çelik ve Yılmaz (2016)'ın kitabında belirtilen uyum iyiliği ölçümleri ve aralıkları şunlardır:

Uyum İyiliği Ölçümleri	Kabul edilebilir uyum	İyi uyum
χ^2/sd	$2 \leq \chi^2/sd \leq 3$	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$
RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık hataların ortalama karekökü)	$0,05 < RMSEA < 0,10$	$0 < RMSEA < 0,05$
CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı uyum indeksi)	$0,95 \leq CFI \leq 0,97$	$0,97 \leq CFI \leq 1$
NFI: Normed Fit Index (Normlaştırılmış uyum indeksi)	$0,90 \leq NFI \leq 0,95$	$0,95 \leq NFI \leq 1$
NNFI: Non-Normed Fit Index (Normlaştırılmamış uyum indeksi)	$0,95 \leq NNFI \leq 0,97$	$0,97 \leq NNFI \leq 1$
GFI: Goodness of Fit Index (Uyum iyiliği indeksi)	$0,90 \leq GFI \leq 0,95$	$0,95 \leq GFI \leq 1$
SRMR: Standardized Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış hata kareleri ortalamasının karekökü)	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$	$0 \leq SRMR \leq 0,05$

Tabloda belirtilen uyum iyiliği indeksleri dışında ayrıca IFI-Incremental Fit Index (Artan uyum indeksi) ve RFI-Relative Fit Index değerleri de model uyumunda incelenebilmektedir. Her iki değer de 0,90 ve üzerinde olduğunda modelin kabul edilebilir uyumda olduğu; 0,95 ve üzerinde olduğunda ise modelin iyi uyuma sahip olduğunu belirtilmektedir (Seçer 2015). Tüm bu bilgiler göz önünde bulundurularak bu çalışmada BNÖY Ölçeğinin 16 maddeli halinin çok faktörlü doğrulayıcı faktör analizine ilişkin oluşturulan ilk modelde $\chi^2/sd=2,105$ ($p=0,00000$); RMSEA değeri 0,083 olarak saptandı. DFA sonucunda analiz edilen modelin uyumlu olup olmadığını ortaya koymak üzere diğer uyum indeksleri incelendiğinde, ilk modelin genel olarak kabul edilebilir olduğunu gösteren uyum değerlerinin var olduğu görülse de sınırda uyum değerlerinin de mevcut olduğu görüldü (Şekil 4-1; Tablo 4-2).

DFA ile incelenen diğer bir değer ise, madde faktör yükleridir. Literatürde, maddelere ilişkin faktör yükünün en az 0,30 olması istenmektedir (Seçer 2015). Bu çalışmada, ilk oluşturulan model incelendiğinde, maddelere ilişkin faktör yük değerlerinin 0,21 ile 0,96 arasında değiştiği; 8. ve 14. maddelerin faktör yük değerinin 0,30'un altında olduğu belirlendi (Şekil 4-1). Bu nedenle öncelikle faktör yükü düşük

maddeler ayrıntılı incelenerek, maddelerin madde-toplam test korelasyon değerleri belirlendi (Tablo 4-3).

Ölçekteki maddelerin uygunluğuna ve güvenirliğine yönelik bilgi sağlayan “madde toplam puan güvenirliği (item total correlations)” ölçümünde, her bir maddenin varyansı ile toplam puanın varyansı karşılaştırılır ve her madde için “r değeri” saptanır. Bir maddenin toplam puanla olan korelasyonunun düşük olması, o maddenin diğer maddelerden farklı bir niteliği ölçtüğünü gösterir. Güvenirliği değerlendirirken, madde-toplam test korelasyon değerinin hangi ölçütün altına düştüğünde, maddenin yetersiz sayılacağına yönelik literatürde farklı değerler mevcut olup, belirli bir standart bulunmamaktadır (Esin 2015). Tavşancıl (2018), madde-toplam test korelasyonunun yeterli olabilmesi için istenen en düşük değeri 0,20-0,25 olarak belirtmektedir. Bu çalışmada yapılan analiz ile sekizinci maddenin toplam puan korelasyon değerinin de düşük (0,192) olduğu belirlendi ve madde modelden çıkarıldı (Tablo 4-3). Faktör yükü ve madde-toplam test korelasyon değerleri düşük olan sekizinci maddenin içeriği incelendiğinde; maddenin bireylerin alkol kullanım sıklığını incelediği görülmektedir. Ölçeğin uygulanma sürecinde, katılımcılardan bir kısmının ölçeğin uygulaması bitince “alkol kullanmadıklarını” sözel olarak da belirtme gereği duyduğu gözlenmiştir. Katılımcıların maddeye verdikleri yazılı ve sözlü yanıtlar ile elde edilen bulgular birlikte değerlendirildiğinde, alkol kullanımının yasak kabul edildiği İslam dinine mensup bireylerin büyük çoğunluğu oluşturduğu Türk toplumunda, alkol kullanım sıklığının belirtilmesini isteyen maddenin uyum sağlamamasının olası bir durum olduğu düşünülmektedir. Son hali ile değerlendirildiğinde, bu çalışmada katılımcıların ölçek sorularına verdikleri cevapların madde-toplam test korelasyon değerlerinin literatürle uyumlu olduğu saptandı (Tavşancıl 2018).

Son olarak yapı geçerliğinin incelenmesi için, ölçeğin 15 maddeden oluşan son haline DFA yeniden uygulandı ve modifikasyon önerileri doğrultusunda teorik temelde eklenen hata kovaryansları ile modele ait uyum iyiliği değerlerinin son hali oluşturuldu. Oluşturulan modele ilişkin uyum indeksleri incelendiğinde tüm sonuçların literatür ile uyumlu olduğu, modelin kabul edilebilir düzeyde uyum iyiliğine sahip olduğu görüldü ($\chi^2/sd=1,760$ ($p=0,00004$); RMSEA=0,069) (Tablo 4-4; Şekil 4-2; Tablo 4-5).

Bir ölçme aracının, ölçtüğü özelliği ne derece kararlılıkla ölçtüğünü gösteren güvenirlik, farklı analiz yöntemleri ile değerlendirilmektedir (Tavşancıl 2018). Böbrek

Nakli Öz Yönetim Ölçeği'nin güvenirlik analizleri kapsamında; iç-tutarlık güvenirliği, madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı ile hesaplandı; zamana karşı değişmezlik ise test-tekrar test yöntemi ile incelendi. "Cronbach alfa güvenirlik katsayısı" yöntemi, maddeler doğru-yanlış, evet-hayır şeklinde iki yanıtı değil; 1-3, 1-4, 1-5 gibi ikiden fazla seçenekle ve sıralı (ordinal) puanlandığında kullanılabilen bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir (Esin 2015; Kılıç 2016). Literatürde istenen cronbach alfa değerleri aşağıda yer almaktadır (Alpar 2012; Tavşancıl 2018).

Cronbach's alfa katsayısı	Güvenirlik düzeyi
0,80-1,00	Yüksek güvenirliğe sahip
0,60-0,79	Oldukça güvenilir
0,40-0,59	Güvenirlik düşük
0,00-0,39	Güvenilir değil

Bu araştırmada, güvenirliği test etmek amacıyla hesaplanan Böbrek Nakli Öz Yönetim Ölçeği cronbach's alpha değeri (15 madde) 0,809 olarak bulundu. Her bir alt boyut için ise en düşük 0,603; en yüksek 0,980 Cronbach alfa değeri olduğu saptandı (Tablo 4-6). Sonuçlar, literatür ile uyumlu olarak ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Alpar 2012; Tavşancıl 2018).

Test-tekrar test yönteminde ölçek aynı örnekleme, benzer durumda 2 veya daha fazla kez uygulanır ve ölçümler arasında önemli farklılık olmaması beklenir (Aktürk ve Acemoğlu 2012). Ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin incelendiği test-tekrar test yöntemi ile ölçeğin geneli ve alt boyutları arasında ilk test ve tekrar test ölçümlerinde anlamlı düzeyde farklılık olup olmadığını değerlendirmek için t testi yapıldı. Ölçeğin genelinde ve tüm alt boyutlarda ilk test ve tekrar test ölçümlerinde anlamlı düzeyde farklılığa rastlanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-7). Test-tekrar test yönteminde ayrıca, aynı gruba belli bir aralıkla ikinci kez uygulanan testlerin birinci ve ikinci ölçümleri arasında Pearson momentler çarpımı korelasyon testi ile korelasyon katsayısı (r değeri) hesaplanır. Elde edilen "r" değerinin 1'e yaklaşması ve en az 0,70 in üzerinde olması gerekmekte; tercihen 0,80'in de üzerinde olması istenmektedir (Esin 2015; Tavşancıl 2018). Bu katsayının +1'e yaklaşması, ölçüm aracının zamana karşı değişmezliğini ve güvenirliğini göstermektedir (Alpar 2012; Karakoç ve Dönmez 2014). Bu çalışmada, BNÖYÖ ve alt boyutlarının ilk test ve tekrar test ölçümleri arasındaki ilişki incelendiğinde; r değerlerinin 0,70'in üzerinde olduğu, tekrarlanan ölçümlerde ölçeğin toplamı ve alt boyutlarının

istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzey bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4-8).

Maddelerin ayırt edicilik güçlerini belirlemek amacıyla, ölçek puanına göre büyükten küçüğe sıralanmış veri setindeki maddelerin alt-üst %27'lik grupları, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırılmaktadır. Bir madde açısından, bu iki grup arasında istatistiksel açıdan fark olmaması, bu maddenin ilgili özelliğe sahip olanlarla olmayanları ayırt etmeyeceği anlamına gelmektedir (Alpar 2012). Bu çalışmada, ölçekte yer alan maddelerin ayırt edicilik güçlerinin belirlenmesi amacıyla, ölçekten elde edilen ham puanların, üst %27 (ölçeğin ölçmek istediği özelliğe olumlu yönde sahip olanlar) ve alt %27 (ölçeğin ölçmek istediği özelliğe olumsuz yönde sahip olanlar)'yi oluşturan gruplara ait madde puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görüldü. Bu sonuçlar, ölçeğin istenen niteliği ölçmesi bağlamında ayırt edici olduğunu göstermektedir (Tablo 4-9).

5.2. Böbrek Nakli Yapılan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine ilişkin Bulguların Tartışılması

Böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özellikleri, öz yönetim sürecinde önemli rol oynayabilmektedir (Goldade ve ark. 2011; Ndemera ve Bhengu 2017; Vankova ve ark. 2018; Khezerloo ve ark. 2019). Böbrek nakli alıcılarıyla yapılan çalışmalarda, nakilli bireylerin eğitim düzeyi, çalışma ve sosyoekonomik durumu, nakil tipi gibi özelliklerin farklı ülke ve inançlarda farklılık oluşturabildiği görülmektedir (Weng ve ark. 2010; Griva ve ark. 2012; Brito ve ark. 2016; Dolgun ve ark. 2017; Khezerloo ve ark. 2019). Weng ve ark. (2010)'nın Tayvan'da 150 böbrek nakil alıcısı ile yaptığı çalışmada, katılımcıların çoğunluğunun evli (%67,8) olduğu ve eğitim durumuna göre en büyük grubu lise mezunlarının (%37,4) oluşturduğu saptanmıştır. Dolgun ve ark. (2017)'nin çalışmasında, böbrek nakli olan bireylerin yaş ortalamasının $40,34 \pm 1,18$ yıl olduğu; %55,2'sinin erkek; %73,6'sının evli; %39,1'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada, böbrek nakli olan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu açısından Dolgun ve ark. (2017)'nin çalışmasına benzer olduğu belirlendi. Weng ve ark. (2010)'nin çalışmasından farklı olarak bu çalışmada; eğitim durumu en yüksek grubu ilkokul mezunlarının oluşturduğuna ilişkin sonuç, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2021) verilerine göre, ülkemizde 2008-2021 yılları arası eğitim düzeyi açısından en yüksek grubu (25 yaş üstü) ilkokul mezunlarının oluşturmasının doğal bir yansıması olarak yorumlanabilir (TÜİK, 2021).

Dolgun ve ark. (2017)'nin çalışmasında, evde yaşayan kişi sayısını 3 ve 4 olarak ifade edenlerin oranı %57,5 olarak belirtilmiş; Vankova ve ark. (2018)'nin Çek Cumhuriyeti'nde yaptığı çalışmada ise katılımcıların %20,4'ünün yalnız yaşadığı bulunmuştur. Bu çalışmada eş ve çocuğuyla birlikte yaşadığını belirten bireylerin oranı, örneklemin yarısına yakınına oluştururken (%42,8); yalnız yaşayanların oranı oldukça düşüktür (%3,3). Brito ve ark. (2016)'nin Brezilya'da yaşayan böbrek nakillilerle yaptığı çalışmada, nakil merkezinin bulunduğu şehirde yaşayanların oranı %26 iken bu çalışmada, farklı olarak böbrek nakilli bireylerin çoğunluğu (%74,5) nakil merkezinin bulunduğu şehirde ikamet etmektedir (Tablo 4-10). Bu çalışmada, çoğunluğu nakil merkezinin bulunduğu şehirde yaşayan hastaların oluşturduğuna ilişkin elde edilen sonucun, çalışmanın çok sayıda sağlık kurumunun yer aldığı İstanbul gibi büyük bir kentte/ metropolde yapılmış olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Böbrek nakilli bireylerde çalışma ve gelir durumları incelendiğinde, İngiltere’de yapılan bir çalışmada nakilli bireylerin %52,3’ünün (Griva ve ark. 2012); Tayvan’da yapılan çalışmada ise %68,7’sinin (Weng ve ark. 2010) çalıştığı belirtilmiştir. Ülkemizde çalışma oranları, Akkoç ve Aksoy (2021)’un çalışmasında %32,67 (tam/ yarı zamanlı); Dolgun ve ark. (2017)’nin çalışmasında %25,3 olarak belirtilmiştir. Dolgun ve ark. (2017)’nin çalışmasında ayrıca bireylerin %26,4’ünün de emekli olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmada, çalışanların oranı ülkemizde yapılan çalışmalardan kısmen düşük (%23,3), emekli bireylerin oranı ise kısmen yüksek (%38,9) olarak saptandı. Üstündağ ve ark. (2007)’nin çalışmasında, böbrek nakilli bireylerin yüksek oranda işçi olarak çalıştığı belirtilirken; bu çalışmada daha düşük oranlarda olsa da, çalışanların en büyük bölümünü benzer şekilde işçilerin oluşturduğu saptandı (Tablo 4-10). Sonuç üzerinde ülkeler arasındaki sosyoekonomik farklılıkların etkili olduğu söylenebilir.

Böbrek nakli alıcılarında gelir (finansal) durumuna yönelik Khezerloo ve ark. (2019)’nin yaptığı çalışmada, nakilli bireylerin çoğunlukla orta (%53,1) ve düşük (%31,7) gelir düzeyinde olduğu; gelir durumu iyi (%15,3) olanların azınlığı oluşturduğu saptandı. Bu çalışmada, Khezerloo ve ark. (2019)’nin çalışmasına benzer olarak, geliri giderinden fazla olanların, grubun küçük bir bölümünü oluşturduğu (%10); çoğunluğu geliri giderine eşit olanların (%41,7) oluşturduğu saptandı. Bu çalışmada ayrıca, geliri olmayan da önemli bir grubun (%25,0) olduğu saptandı. Ayrıca çalışmada yer alan bireylerin yaklaşık yarısı (%48,9) bakmakla yükümlü olduğu en az 1 kişinin olduğunu da belirtti. Sonuçlar incelendiğinde, bu çalışmada ilkokul ya da ortaokul mezunu, emekli ya da herhangi bir işte çalışmayan, gelir durumu orta ya da zayıf bireylerin oranının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4-10). Bu durum, özellikle ülkemizde böbrek nakli alıcılarının eğitim süreçlerini devam ettiremediklerine, erken yaşta çalışma yaşamına katılıp emekli olma eğiliminde olduklarına ve önemli bir grubun yeterli gelir elde edebilecek iş bulamadığına yorumlanabilir. Böbrek nakli alıcılarının eğitim, istihdam ve sosyal yaşama uyum süreçlerini olumsuz etkileyen nedenlerin araştırılması, farklı bölgelerde, bu süreçlerde aktif rol alan nakil alıcılarının aldığı destekleyici girişimlerin incelenmesi, nakil alıcılarının yaşam kalitesi ve uyum sürecinde destekleyici olmak açısından önemlidir.

Böbrek nakli yapılan bireylerde sosyodemografik özellikler dışında, hasta öyküsü ve klinik özellikler gibi durumlar da literatürde farklılık gösterebilmektedir (Weng ve ark.

2010; Griva ve ark. 2012; Dolgun ve ark. 2017; Vankova ve ark. 2018; Chang ve ark. 2021; Ertuğrul 2019; Khezerloo ve ark. 2019; Akkoç ve Aksoy 2021). Son dönem böbrek yetmezliğine neden olan durumlar incelendiğinde; yurt dışında yapılan çalışmalarda, yetmezliğe neden olan primer tanının en çok glomerülonefrit olduğu (Griva ve ark. 2012; Vankova ve ark. 2018) belirtilmektedir. Griva ve ark. (2012)'nin çalışmasında ikinci sırayı polikistik böbrek hastalığı (%11,9) ve reflü (%11,9) alırken, bunu IgA nefropati (%8,3) ve HT (%8,3) izlemektedir. Ülkemizde ise Ertuğrul (2019)'un çalışmasında, bireylerin %35'inde SDBY için herhangi bir neden saptanamadığı belirtilmektedir. Nedeni bilinenlerde en yüksek oranı DM (%32,5)'un aldığı; sırasıyla HT (%17,1), kronik glomerülonefrit (%13,3), polikistik böbrek hastalığının (%2,5) bunu takip ettiği belirtilmiştir (Ertuğrul 2019). Bu çalışmada, böbrek yetmezliğine neden olan hastalık nedeninin bilinmeme oranı, Ertuğrul (2019)'un çalışmasından düşük olup (%23,3); nedeni bilinen durumlar içerisinde en sık hipertansiyona bağlı böbrek yetmezliği (%12,2) geliştiği belirlendi (Tablo 4-10). Sonuçlar, ülkemizde böbrek yetmezliğine en sık, uygun tedavi yöntemlerine ek olarak kişinin öz yönetiminin de önemli olduğu DM ve HT gibi kronik hastalıkların neden olduğunu göstermektedir. Bu hastalıklarda organ hasarı pek çok nedene bağlı olarak gelişebilse de, ülkemizdeki bu oranların yüksekliğinde, erken tanı ve tedavide gecikme, eğitim ve farkındalık eksikliği, zayıf öz yönetim süreci gibi pek çok nedenin de rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, bu hastalıklar açısından riskli grupların taranması, erken tanılama ve bireylerin öz yönetim eğitimi, organ hasarının azaltılmasında önemli rol oynayabilir.

Böbrek nakli olan bireylere, nakil öncesi dönemde hemodiyaliz veya periton diyalizi yapılabileceği gibi, hasta bu tedavilere başlamadan yapılan nakiller (preemptif) de mevcuttur (Trevitt ve ark. 2012; Santos ve ark. 2015). Böbrek nakli alıcılarında nakil öncesi diyaliz öyküsü incelendiğinde; diyalize girenlerin oranı Chang ve ark. (2021)'nin çalışmasında %96,8 olup; Griva ve ark. (2012)'nin çalışmasında bu oran %95,4'tür. Ülkemizde yapılan Akkoç ve Aksoy (2021)'un çalışmasında ise diyalize girenlerin oranı %57,33 olarak belirtilmiştir. Ayrıca ortalama diyaliz süresinin Griva ve ark. (2012)'nin çalışmasında $9,67 \pm 11,20$ yıl; Akkoç ve Aksoy (2021)'un çalışmasında ise $38,10 \pm 48,16$ ay olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, yurt dışında yapılan çalışmalara oranla nakil öncesi diyalize girme oranı (%82,2) ve ortalama (toplam) diyaliz süresinin ($62,76 \pm 59,616$ ay) daha düşük olduğu saptandı. Diyaliz çeşitlerine göre oranlar incelendiğinde; Khezerloo ve ark. (2019)'nin çalışmasında nakil öncesi hemodiyaliz oranı %61,4, periton diyalizi

oranı %36,6 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada nakil öncesi hemodiyalize girenlerin oranı (%68,3), Khezerloo ve ark. (2019)'nın çalışması ile kısmen benzerlik gösterirken; periton diyalizi oranı düşüktür (%5,0). Bu çalışmada ayrıca nakil öncesi dönemde farklı zamanlarda hemodiyalize ve periton diyalizine giren bireyler (%8,9) de mevcuttur (Tablo 4-10). İlgili çalışmalardaki bireylerin kadavradan nakil oranları da incelenmiş ve bu çalışma da dahil olmak üzere kadavra nakil oranı yükseldikçe diyalize girenlerin oranının da arttığı görülmüştür. Bu sonuçlar üzerinde, canlıdan nakillerde diyalize gerek kalmadan nakil olunabilmesi (preemptif) ancak, kadavra nakillerde uygun böbrek çoğu zaman hemen bulunamadığından, bekleme sürecinde diyaliz tedavisine gerek duyulmasının etkili olduğu söylenebilir.

Literatürde donör tipine göre nakil oranları da farklılık göstermekte; kadavradan nakil yapılma oranı yüksek olan çalışmalar olduğu gibi (Weng ve ark. 2010; Vankova ve ark. 2018); canlıdan nakil yapılma oranı yüksek olan çalışmalar da bulunmaktadır (Dolgun ve ark. 2017; Ertuğrul 2019; Khezerloo ve ark. 2019). Bu çalışmada, Khezerloo ve ark. (2019)'nın İran'da yaptığı çalışmaya ve ülkemizde yapılan çalışmalara (Dolgun ve ark. 2017; Ertuğrul 2019) benzer şekilde, canlıdan nakil oranı daha yüksektir (%67,8). Weng ve ark. (2010)'nın Tayvan'da yaptığı çalışmada ayrıca, canlıdan yapılan nakillerde, verici grubunu en çok kardeşin oluşturduğu belirtilirken; bu çalışmada canlı verici grubunu en çok anne (%28,5) ve babanın (%25,2) oluşturduğu gözlenmektedir (Tablo 4-10). Sonuçlar incelendiğinde, ülkemiz de dahil olmak üzere büyük çoğunluğunu Müslüman ve kültürel özellikleri benzer ülkelerin kadavra nakil oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, kadavradan organ alıcısı ya da bağışçı olmaya yönelik dini açıdan çekincelerin yanı sıra kültürel yapıdaki farklılıkların da bağış oranlarında etkisinin olabileceğini düşündürmektedir. Ülkemizde canlı vericiden nakil oranının daha yüksek olmasında, bir diğer faktörün de aile ve akrabalık ilişkilerinin daha yoğun duygularla ve bağlarla yaşanması olabileceği söylenebilir.

Scheel ve ark. (2018)'nin çalışmasında böbrek nakli yapılan bireylerin %88,5'inin bir kez nakil olduğu; böbrek nakli olma yaş ortalamasının $46,1 \pm 14,6$ (min:2, maks:76) olduğu belirtilmektedir. Vankova ve ark. (2018)'nin çalışmasında ise tekrarlayan nakil oranının %10,9 olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada, literatürle benzer şekilde bir kez nakil olma oranı yüksek (%92,2); ilk böbrek nakli olma yaş ortalamasının ise düşük olduğu ($34,39 \pm 12,50$; min:10, maks:72) belirlendi. Literatürde, böbrek nakli alıcılarında

yapılan çalışmalarda, nakil sonrası geçen süreler incelendiğinde; Weng ve ark. (2010)'nın çalışmasında bu sürenin ortalama $4,6 \pm 2,7$ yıl ($n=150$); Khezerloo ve ark. (2019)'nın çalışmasında $43,76 \pm 23,27$ ay ($n=360$); Akkoç ve Aksoy (2021)'un çalışmasında ise sürenin ortalama $62,73 \pm 57,16$ ay ($n=150$) olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin (son) böbrek nakli ameliyatından beri geçen sürenin daha önce yapılan çalışmalardan farklı olarak oldukça yüksek olduğu ($106,12 \pm 72,401$ ay) saptandı (Tablo 4-10). Son böbrek nakli sonrası geçen sürenin oldukça yüksek olduğuna ilişkin bu sonuç, nakil yapılan bireylerin yaşamlarını sürdürdüğünün de bir göstergesi olarak istenilen ve olumlu bir durum olarak yorumlanabilir.

Böbrek nakli hastalarında, eşlik eden hastalıkların varlığı incelendiğinde; Griva ve ark. (2012)'nin çalışmasında en sık hipertansiyonun (%89), sonrasında iskemik kalp hastalığı (%24,8) ve diyabetin (%3,7) böbrek nakilli bireylerde ek hastalık olarak var olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, katılımcıların yarısından fazlasını, ek hastalığı olmayan (%28,3) ya da bir kronik hastalığa sahip (%29,5) bireylerin oluşturduğu belirlendi. Eşlik eden hastalıkların ise sırasıyla; hipertansiyon (%40,6); diyabet (%16,1); kalp-damar hastalıkları (%13,9); ülser, gastrit vb. üst GİS hastalıkları (%6,1); bağırsak hastalıkları (%5,6); kan hastalıkları, anemi (%3,9); solunum/ akciğer hastalıkları (%3,3); depresyon, psikiyatrik sorunlar (%2,8); romatizmal hastalıklar (%1,7) ve ciltle ilgili hastalıklar (%0,6) oldukları gözlemlendi (Tablo 4-10). Elde edilen sonuçlar, hastalık ya da kullanılan ilaçların yan etkileri de göz önünde bulundurulduğunda gelişmesi olası sorun/ komplikasyon olarak değerlendirilebilir.

Böbrek nakli alıcıları nakil sonrası dönemde, hastaneye yatış gerektirebilen çeşitli durumlar yaşayabilmektedir (Çetin ve Cebeci 2016; Çoban ve ark. 2017). Böbrek nakli hastalarında, nakil sonrası tekrarlı hastaneye yatışlara yönelik Çetin ve Cebeci (2016)'nin çalışmasında, böbrek nakli sonrası tekrarlı hastaneye yatış oranı %62,2 olarak belirtilmiş; hastaneye yatış nedenleri ise enfeksiyon (%53,4), kreatinin yükselmesi (%20,8) ve diğer (%25,8) olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada, nakil yapılan bireylerin yaklaşık yarısı (%48,3), nakilden sonra en az 1 kez hastaneye yattığını bildirdi (Tablo 4-10).

Haspeslagh ve ark. (2013)'nin böbrek nakli sonrası eğitim ve bilgilendirmeye yönelik yeterlilik ve memnuniyeti inceledikleri karma modellenli çalışmada, böbrek nakli alıcılarının büyük çoğunluğunun (%93,5), nakil sonrası ilaç kullanımına yönelik kapsamlı bilgi aldıkları ancak sağlıklı yaşam tarzı (fiziksel aktivite ve rehabilitasyon, %54,8), işe

dönüş (%54,8) ve duygusal başa çıkma (%25,8) konularındaki bilgilerinin yetersiz olduğu ve hastaların çoğunun bu tür bilgilere gereksinim duyduğunu ifade ettiği belirtilmiştir. Bu çalışmada; bireylerin çoğunluğunun (%76,7) nakil sonrası sürece ilişkin eğitim ya da bilgilendirme aldığını ifade ettiği belirlendi. Haspeslagh ve ark. (2013)'nın çalışmasına benzer özellikler taşıyan bu çalışmada da bireylerin en çok “ilaç kullanımı (%67,2)” konusunda bilgi verildiği ifade etikleri; bunu sırasıyla, beslenme/diyet, nakil sonrası süreç ve rutin kontroller, enfeksiyondan korunma ve sosyal yaşam konularının izlediği görüldü. Nakil sonrası çalışma ve günlük yaşam ile egzersiz konularında bilgilendirilme oranı, Haspeslagh ve ark. (2013)'nın çalışmasına benzer şekilde bu çalışmada da düşük olarak belirtildi. Ayrıca bu çalışmada, hastaneye başvurmayı gerektiren durumlar ile vücutta, ciltte oluşabilecek değişiklikleri izleme ve korunma, konularında bilgilendirildiğini belirtenlerin oranının da düşük olduğu saptandı (Tablo 4-10). Çetin ve Cebeci (2016)'nin çalışmasında, nakil sonrası eğitim aldığını belirten hastaların oranı %91,2 olarak bulunmuş; çalışmaya katılan bireylerin çok büyük bir bölümü eğitimi koordinatör tarafından aldığını (%94,6), hemşire (%3,3) ve hekim (%2,1) tarafından eğitim verilme sıklığının ise düşük olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada, eğitim ya da bilgilendirme yapılan bireylerin çoğunluğu (%63) eğitimi sadece hekimden aldığını belirtirken, bunu hem hekim hem hemşireden eğitim aldığını belirtenlerin (%17,4) izlediği görülmektedir (Tablo 4-10). Böbrek nakli sonrası hasta eğitiminde aktif rolü hekimlerin üstlendiğini gösteren çalışma sonuçları, nakil sonrası süreçte hem tedavi ve bakım hem eğitim ve bilgilendirme süreçlerinde hasta ile sürekli iletişim halinde olan, hemşirelerin eğitici rolü kapsamında böbrek nakli sonrası eğitim programlarında daha aktif rol almalarını ve bu konuda desteklenmeleri gerektiğini ortaya çıkarmaktadır.

Ailede böbrek hastalığı ve nakil öyküsü bulunma durumları incelendiğinde; Vankova ve ark. (2018)'nın 211 böbrek nakilli birey ile yaptığı çalışmada, ailesinde böbrek hastalığı öyküsü bulunanların oranı %26,1 olarak saptanmıştır. Bu çalışma Vankova ve ark. (2018)'nin çalışmasında belirtilen nakilli bireylerde ailede böbrek hastalığı öyküsü oranıyla benzerlik göstermektedir (%32,8). Bu çalışmada ayrıca böbrek nakillilerin %12,2'sinin ailesinde böbrek nakli olan birey/ bireylerin var olduğu saptandı (Tablo 4-10).

Tüm bu sonuçlar, böbrek nakli yapılan bireylerde, eğitim ve gelir durumu gibi tanıtıcı özellikler ile verici tipi, diyaliz süreci gibi klinik özellikler konusunda farklı ülkelerde, farklı inançlarda çeşitlilikler görülebildiğini göstermektedir.

5.3. Böbrek nakli yapılan bireylerin BNÖYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması

Böbrek nakli alıcılarının, nakil sonrası bakımlarında, yaşam kalitelerini de dolaylı olarak iyileştiren öz yönetim sürecinde aktif rol almaları beklenir (Gordon ve ark. 2009; Been-Dahmen ve ark. 2018). Nakil sonrası dönemde alıcıların yönetmesi gereken öz yönetim davranışları kapsamında; *ilaçların düzenli kullanımı, infeksiyon kontrolü, sağlıklı beslenme ve hidrasyonun sağlanması, klinik randevuların sürdürülmesi, yaşamsal bulguların, yan etkilerin, rejeksiyon ve kanser belirtilerinin izlemi, güneşten korunma, fiziksel aktivite ve egzersiz yapma*, yer alabilir (Schäfer-Keller ve ark. 2009; Kosaka ve ark. 2013; Schmid-Mohler ve ark. 2014; Jamieson ve ark. 2016; Ndemera ve Bhengu 2017).

Böbrek nakil sonrası uzun dönem sonuçlar, immünsüpresif faktörlerin yanı sıra sürece uyum sağlanamaması ve öz yönetimin yetersizliği gibi immünsüpresif olmayan faktörlerden de olumsuz etkilenebilir (Matteson-Kome ve ark. 2016; Ndemera ve Bhengu 2019). Ancak, literatürde, böbrek nakli sonrası komplikasyonları önlemek, greft fonksiyonu ve sağkalımı sürdürmek gibi nakil sonrası sonuçların yönetiminde, genellikle alıcıların ilaç uyumu ve yönetimine yani tıbbi tedavilerine odaklanıldığı belirtilmektedir (De Bleser ve ark. 2009; Schmid-Mohler ve ark. 2014; Low ve ark. 2015; Grijpma ve ark. 2016; Ndemera ve Bhengu 2017). Böbrek nakli yapılan bireylerde çok sayıda bileşenden oluşan öz yönetim davranışlarının sürdürülmesinin, sağlığın korunması ve komplikasyonların azaltılmasında önemli rol oynadığı da bilinmektedir (Kosaka ve ark. 2013).

Böbrek nakli hastalarının immünsüpresif tedaviye uyumu, inançları ve öz yönetim davranışlarının incelendiği çalışmada, öz yönetime ilişkin yaşam tarzı alışkanlıklarından; “kan basıncı izlemi” ve “düzenli kilo izlemi” yapma oranı yüksek; “güneşten korunma bilinci” ve “düzenli güneş koruyucu krem kullanım oranı” ise oldukça düşük olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireyler, güneşten korunmaya yönelik girişimler kapsamında en çok öğlen saatlerinde güneş ışığından korunduklarını (%52,4) belirtirken, çalışmada güneş korumasına yönelik hiçbir şey yapmadığını ifade eden bireylerin de

olduğu (%27,5) belirtilmiştir (Vankova ve ark. 2018). Böbrek nakli hastalarında öz yönetim ve psikososyal değişkenlerin incelendiği bir çalışmada da, 483 böbrek nakli alıcısının 4 alt boyuta sahip öz yönetim ölçeğine verdikleri yanıtlar incelenmiştir. Çalışmada, toplam puana göre en yüksek puan indeksinin “tedavi” alt boyutunda olduğu; bunu sırasıyla “aktivite”, “diyet” ve “psikoloji” alt boyutlarının izlediği saptanmıştır (Xie ve ark. 2019).

Bu çalışmada, BNÖYÖ’den alınan toplam puan ortalaması $4,11 \pm 0,479$ olarak bulunurken, ölçeği oluşturan alt boyutlar incelendiğinde; en yüksek puanların düzenli kontrollere uyumu içeren soruların yer aldığı “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” ve “İlaç yönetimi” alt boyutlarından alındığı; bunu “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması” alt boyutunun izlediği saptandı. Beslenme şekli ve egzersize ilişkin soruları içeren “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının ise diğer alt boyutlara göre daha düşük puan ortalamalarına sahip olduğu belirlendi (Tablo 4-11). Vankova ve ark. (2018) ve Xie ve ark. (2019)’nın çalışmalarına benzerlik gösteren bu çalışma sonucu, böbrek nakli sonrası ilaç yönetimine verilen önem ve bu konudaki eğitimlerin fazla ve etkili olmasına karşın, egzersiz yapma ve güneşten korunma gibi konularda eğitim ve bilgilendirme yapılma oranının düşük olmasına bağlı öz yönetimin de yetersiz olduğunun göstergesi olarak yorumlanabilir.

5.4. Böbrek nakli yapılan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre öz yönetim düzeyleri (nicel) ile öz yönetim sürecine yönelik deneyimlerine ilişkin bulguların (nitel) tartışılması

Böbrek nakli alıcıları, nakil öncesinden başlayarak sürekli, koordineli ve bütüncül bir bakıma gereksinim duyarlar. Bu süreçte öz yönetim davranışlarını desteklemek ve greftin işlev süresini arttırmak amacıyla, böbrek nakli alıcılarının sağlığı koruyucu ve geliştirici önerilere uymaya motive edilmeleri gerekmektedir (Ndemera ve Bhengu 2017). Böbrek nakli yapılan bireylerde öz yönetim süreci, sosyodemografik özellikler, klinik özellikler, inançlar, tutumlar ve zaman gibi pek çok faktörden etkilenebilmektedir. (Denhaerynck ve ark. 2005; Gordon ve ark. 2008; Goldade ve ark. 2011; Ndemera ve Bhengu 2017; Zhu ve ark. 2017; Vankova ve ark. 2018; Khezerloo ve ark. 2019). Öz yönetim davranışlarına ve sürece uyumu arttıran stratejileri etkili bir şekilde uygulamak için, öz yönetime yönelik motivasyonları, engelleri ve süreçte rol oynayan faktörleri anlamak önemlidir (Ndemera ve Bhengu 2017). Süreçte rol oynayan bu faktörlerin, kapsamlı ele alınarak belirlenmesi, gerektiğinde hedefe yönelik çok boyutlu girişimler geliştirilmesine ve öz yönetim düzeylerinin arttırılmasına katkı sağlayabilir (Vankova ve ark. 2018).

Tanıtıcı özelliklerin böbrek nakli sonrası öz yönetim davranışlarındaki rolüne yönelik literatürde yer alan araştırmalar incelendiğinde, sonuçların oldukça farklılık gösterdiği görülmektedir. Literatürde yaş, cinsiyet ve medeni durumu böbrek nakli sonrası öz yönetimde önemli belirleyiciler olarak belirten çalışmalar olduğu gibi (Khezerloo ve ark. 2019); öz yönetim ve içerdiği konular üzerine farklı sonuçlar elde eden çalışmalar da bulunmaktadır (Denhaerynck ve ark. 2007; Gül ve ark. 2010; Griva ve ark. 2012). Örneğin, Scheel ve ark. (2018)'nın çalışmasında, cinsiyetin ilaç tedavisine uyumlu ve uyumsuz gruplarda anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirtilirken, ilaç tedavisine erkek (Denhaerynck ve ark. 2007) ya da kadın hastaların (Griva ve ark. 2012) daha fazla uyum sağladığını belirten çalışmalar da mevcuttur. Griva ve ark. (2012)'nin çalışmasında ayrıca, daha genç yaşta ve eğitim düzeyi düşük olan, çalışan ve evli bireylerde de ilaç uyumsuzluğunun yüksek olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde, Gül ve ark. (2010)'nın böbrek nakli yapılan hastalarda öz bakım gücünü incelediği çalışmada, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve çalışma durumunun nakil sonrası öz bakım gücünü etkilemediği belirlenmiştir (Gül ve ark. 2010). Gül ve ark. (2010) öz bakım gücünü incelediği çalışma sonuçlarına genel olarak benzerlik gösteren bulguların yer aldığı bu çalışmada, yaş,

cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve aylık gelir durumu ile BNÖYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi. Çalışma durumu açısından da BNÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık görülmezken; “Emekli” bireylerin, “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamalarının “öğrenci olan ya da gelir getiren bir işte çalışmayan” gruptaki bireylerden daha yüksek olduğu görüldü. Diğer alt boyutlarda çalışma durumuna göre anlamlı düzeyde bir fark bulunmadı (Tablo 4-12). Bu sonuç, emekli olan bireylerin bulunduğu yaş ortalamasının daha yüksek olabileceği düşüncesiyle kalp-damar hastalığı riskine yönelik farkındalıklarının yüksek olduğu ve bu nedenle öz yönetim davranışlarına daha fazla dikkat ettikleri şeklinde yorumlanabilir.

Son dönem böbrek yetmezliği pek çok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir (Griva ve ark. 2012; Vankova ve ark. 2018; Ertuğrul 2019). Bu nedenlerden bazıları genetik geçiş gösterebildiğinden, aile üyelerinde bu tarz kalıtsal hastalıklara sahip olanların (ör. Kistik böbrek hastalığı, Alport Sendromu, Fabry hastalığı vb.) böbrek yetmezliği açısından daha yüksek risk taşıdığı bilinmektedir (Uğurlu ve ark. 2007; Esen ve ark. 2014; Taktak ve Çakar 2015). Aile öyküsünde böbrek hastalığı ya da nakil varlığında, öz yönetim düzeylerine yönelik literatür incelendiğinde, konuyla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Vankova ve ark. (2018)’nın böbrek nakli hastalarında immünosupresif tedavi ile ilgili uyum ve öz yönetimi incelediği çalışmasında, ailede böbrek hastalığı öyküsü bulunma oranlarına değinilmiş (%26,1) ancak bu durumun ilaçlara uyum ya da öz yönetim davranışlarıyla ilişkisine yönelik herhangi bir ifade kullanılmamıştır. Bu çalışmada ise nakil yapılan bireylerde ailede böbrek hastalığı ya da böbrek nakli öyküsü bulunma durumu ile BNÖYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir farklılığa rastlanmadığına ilişkin sonuç (Tablo 4-12), deneyimlerin ya da yaşanmışlıkların farkındalık oluşturmada etkili olduğu gerçeği ve beklentinin aksi yönünde bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Böbrek nakli, canlı bir vericiden yapılabileceği gibi, kadavra bağışçından alınan böbrek ile de yapılabilir. Canlı vericiler, anne, baba, kardeş, eş gibi herhangi bir aile üyesi olabilir (McDonald 2015; Ganjali ve ark. 2019). Böbrek nakli yapılan bireylerde öz yönetim zorlukları ve destek gereksinimlerini inceleyen bir çalışmada, böbrek nakli yapılan bireyler nakil sonrası zorluklar arasında “donörle (akraba) ilgili duygularla başa çıkma” durumuna yer verilmiştir. Bu başlığa ait zorluklara yönelik de 1)

böbreği aldığı için (çok fazla) şükran ifade etme konusunda yüksek beklentilerle başa çıkma; 2) sağlıklı yaşama, iyi hissetme ve uyumlu davranma konusunda baskı hissetme ve 3) bağışçıların sağlığından sorumlu hissetme, başlıklarına yer verilmiştir (Been-Dahmen ve ark. 2018). Maasdam ve ark. (2022)'nin böbrek nakli sonrası sağlık okuryazarlığı ve öz yönetim düzeylerini incelediği çalışmada ise, böbrek nakli yapılan bireylerde donör tipi ile öz yönetim puanları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada, öz yönetim düzeyine yönelik nakil sonrası bakım ve bilgi; semptomların tanınması ve yönetimi; başa çıkma ve sağlıklı yaşam tarzı olmak üzere 4 alt boyut belirtilmiş ve donörün canlıdan ya da kadavradan olmasıyla bu alt boyutlar arasında da ilişki olmadığı saptanmıştır.

Bu çalışmada Maasdam ve ark. (2022)'nin çalışmasından farklı olarak donör tipine göre sadece “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamasının, kadavradan nakil olanlarda canlıdan nakillere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Donör tipi ile BNÖYÖ toplam puanı ve diğer tüm alt boyutların puanları arasında anlamlı düzeyde farklılığa rastlanmadı (Tablo 4-12). Kadavradan yapılan nakillerde KDH (ventriküler hipertrofi, koroner arter kalsifikasyonu vb.) görülme sıklığının daha yüksek olduğunu bildiren literatür bilgisi (Yazbek ve ark. 2012) dikkate alındığında; KDH riski daha fazla olan kadavradan nakil alıcılarının KDH konusunda dikkatli davrandığının saptanması, olası riskleri azaltma konusunda olumlu bir yaklaşım olarak yorumlanabilir. Ancak bu sonuç, canlıdan nakil olanların da KDH riski olduğu gerçeği doğrultusunda, bu konuda tüm gruba eğitim verilmesi ve farkındalık kazandırılmasının önemini de ortaya koymaktadır.

Bu bölümde, karma yöntem kapsamında, nicel ve nitel aşamada elde edilen bulguların birlikte değerlendirilerek ele alındığı sonuçlara ait tartışma yer almaktadır:

1. Mesafe

Böbrek nakli olan bireylerde, nakil sonrası yaşanan şehir ve nakil merkezine olan mesafenin öz yönetim sürecine etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmasa da, randevulara uyumsuzluğu inceleyen bir çalışmada, mesafenin bu konuda olumsuz etki yaratabileceği belirtilmektedir. Çalışmada, nakil sonrası randevulara uyumsuzlukta etkisi olabilecek çok sayıda faktörden birinin sosyoekonomik durum olabileceği ifade edilmiştir. Randevulara gidebilmek için uzun mesafe ulaşım yapması gereken yerlerde yaşayan düşük sosyoekonomik düzeyli bireylerin, ulaşım ya da seyahat maliyetlerinin randevuya

uyumda bir engel olabileceği belirtilmiştir (Taber ve ark. 2017). Klinik randevulara uyumsuzluğun incelendiği bir çalışmada ise, randevulara uyumsuzluk gösteren bireylerin ilerleyen dönemlerde ilaç uyumsuzluğu sıklığının da arttığı ifade edilmiştir (Mohamed ve ark. 2021). Bu çalışmada, nicel aşamada, nakil sonrası kontrollerin yapıldığı merkeze (İstanbul) uzak mesafede yaşayanların randevulara uyuma ilişkin soruları içeren “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” alt boyutu ile “İlaç yönetimi” alt boyutlarından aldığı puanlarda herhangi bir farklılık saptanmasa da, uzak mesafede yaşayanların BNÖYÖ toplam puan ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyut puan ortalamalarının, nakil merkezinin bulunduğu şehir ve sınır komşusu illerde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-12; Tablo 4-16).

Çalışmanın nitel aşamasının “*nakil merkezine uzak mesafede olma*” kategorisinde ise uzak şehirlerde yaşayan bireyler, nakil merkezine gelmelerini gerektiren durumlarda, uzakta olmaktan kaynaklı yaşadıkları ulaşım zorluklarını, tedavi ve kontrollere ayrılan toplam sürenin, yakında yaşamaya göre daha uzun olması gibi nedenlere bağlı yaşadıkları zorlukları ifade ettiler. Uzakta yaşayan nakil alıcıları ayrıca, sağlıklarıyla ilgili normal olmayan bir durum olduğunda, nakil merkezine hızlı ulaşım sağlayamamanın olumsuzluğundan söz ederek bulundukları şehirde tedavi gördüklerinde böbrek nakli alanında uzman, kendilerinin tedavi ve bakım sürecine hakim sağlık profesyonellerinin olmamasının olumsuz yönlerini belirttiler. Bu konuyla ilgili katılımcı (K11) ifadeleri şunlardır: *"Orada yaşıyor olsaydım, mesafe kısa olduğu için mesela 10 dakikada bilemedin 20 dakikada yarım saatte ben Çapa'ya gelirdim, bana oradaki herhangi bir doktor, çünkü benim rahatsızlığımı o biliyor, o teşhis koymuş, o tedavimi o uyguluyor, bana A hapını yazardı, ben giderdim evimde A hapını kullanırdım, ya da serumumu taktırırdım acile, tedavime bakarım. Şimdi buradaki doktorlarımıza gittiğimizde çünkü normal sağlıklı bir insana verilen hapları antibiyotik olarak veriyorlar demeyeyim de, yani çünkü ne bileyim herhalde verirlerdi tahmin ediyorum, çünkü kaç defa oldu başıma geldi. Çünkü buradakiler de nefroloji doktoru değil ister istemez yani, zorlandım."* (K11) “Nakil merkezine uzak mesafede olma” kategorisinde ayrıca, nakil merkezinin ikamet edilen şehre yakınlığına göre süreci sahiplenme düzeyinde ve motivasyonda farklılık yaşandığına dair K4 numaralı katılımcı ifadeleri de dikkat çekicidir. İlki yaşadığı şehre uzak (Antalya), diğeri aynı şehirde (İstanbul) olmak üzere iki nakil öyküsü olan K4 numaralı katılımcı, yaşadığı şehirden uzakta, Antalya'da olduğu ilk nakli için, yerleşme, taşınma, iş bırakma gibi kendisini ve ailesini etkileyen sorunları belirterek *"Başka bir ile özellikle gitmek, orada kalmak, orada nakil olup orada*

iyileşip geri dönmek çok zor. Hastane ne kadar şey verse, destek verirse de versin zor yani...” ifadelerini kullanmıştır. Aynı katılımcının yaşadığı şehirde (İstanbul) olduğu ikinci nakil deneyimine yönelik ifadeleri ise şu şekildedir: *“Tabii daha farklıydı çünkü hem İstanbul’da kendi evimizde, kendi bölgemizde olduk, hem Çapa’da olduk, Çapa’da bize uzun süredir orada kontrollerim olduğu için, doktorlar tanıdık, her şey tanıdık, hayatımıza daha kolay yaklaşım olduğunu gidiş-geliş olsun Antalya’da zor, daha uzaktı.”* (Şekil 4-3; Şekil 4-5; Tablo 4-16). Katılımcının kendi evi, kendi bölgesi olarak gördüğü ikinci naklinde, *“doktorlar tanıdık, her şey tanıdık”* ifadeleri de göz önünde bulundurulduğunda, yakın bir ildeki nakil merkezinde nakil sonrası süreçleri yürütürken, bağlılık ve güven duygularının daha güçlü olduğu ve buna bağlı motivasyonun arttığı düşünülebilir. Bireylerin kendi yaşadıkları şehirde, nakil öncesi tedavi ve bakımlarının yapıldığı nakil merkezlerinde nakil olmalarının, günlük yaşam kolaylıklarının yanında, sağlık profesyonellerine ve kuruma olan güven ve bağlılık duygularında da etkili olduğu görülmektedir. Sonuç, herhangi birinden öz yönetim desteği almanın koşullarından birinin güven ilişkisi olduğu ifade eden Been-Dahmen ve ark. (2018)’nin çalışmasını desteklemektedir. Çalışma sonuçları doğrultusunda, uzakta yaşayan böbrek nakli alıcılarının süreçte yaşadıkları tıbbi ve yaşamsal zorlukları değerlendirmek, öz yönetim sürecini desteklemek amacıyla girişimler planlanması; uzakta yaşayan bireylerle klinik ve yaşamsal konuların birlikte değerlendirildiği güven ilişkisini kurmayı ve güçlendirmeyi hedefleyen tele-sağlık gibi uygulamalar yoluyla düzenli iletişim desteği sunulması önerilebilir.

2. Nakil Öncesi Diyaliz ve Hastalık Süreci

Son dönem böbrek yetmezliği gerçekleşen ve nakil için uygun verici bulunamayan hastalar, kadavra donör organ listesine kaydedilerek, diyaliz tedavi sürecine başlatılır. Ülkemizde yetersiz kadavra organ bağış oranları nedeniyle SDBY hastaları uzun süre diyaliz tedavisine bağımlı kalmakta, bu süreç fiziksel ve duygusal olarak hastaları yıpratmaktadır (Ertuğrul 2019). Böbrek nakilli 360 bireyle yapılan çalışmada, nakil öncesi diyaliz tipi ve süresinin böbrek nakli alıcılarında öz yönetimin önemli belirleyicisi olduğu belirtilmiş; daha uzun diyaliz süresi ve hemodiyaliz öyküsü olanların, daha kısa diyaliz süresi ve periton diyalizi öyküsü olanlara oranla, öz yönetim düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, diyaliz süresi uzun ve hemodiyaliz öyküsü olan hastaların daha fazla zorluk yaşamış olabileceğine, bu nedenle, zorlu nakil öncesi koşullara geri dönmekten kaçınarak öz yönetim davranışlarına daha dikkatle bağlı kalmaya çalışmış olabileceklerine yorumlanmıştır (Khezerloo ve ark. 2019).

Bu çalışmada nicel aşamada, nakil öncesi diyalize girme durumu ile BNÖYÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmazken, diyalize girme sürelerine göre farklılıkların olduğu saptandı. Bu kapsamda, beş yılın üzerinde diyalize giren bireylerin, >1-5 yıl arasında diyalize girenlerle oranla, BNÖYÖ toplam ve “KDH riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Çalışmada ayrıca, beş yıldan daha fazla ve bir yıldan daha az süre diyaliz tedavisi görenlerin, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” alt boyut puan ortalamasının >1-5 yıl arasında diyalize giren bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-12; Tablo 4-16). Çalışmanın nitel aşamasındaki bulgularda ise, “öz yönetim sürecinde motive ediciler” temasının “*nakil öncesi sağlık sorunlarının/ diyalizin tekrar yaşanmasını istememe*” kategorisinde katılımcılar tarafından, nakil öncesi dönemde yaşanan zorluklar, özellikle diyalizin zorlukları olmak üzere fiziksel, ruhsal ve sosyal çok sayıda olumsuzluk belirtildi. Diyaliz deneyimi olan katılımcılar bu kategoride, o günlere ve diyalize geri dönmek için kendilerine dikkat ettiklerini; bu olumsuz deneyimlerin öz yönetim sürecine uyumda kendilerini motive ettiğini belirttiler (Şekil 4-3; Şekil 4-4; Tablo 4-16). “Öz yönetim sürecinde motive ediciler” temasının “*kronik bir süreci yönetmeye alışkın olma*” kategorisinde ise nakil öncesinde kronik hastalık ve diyaliz süreci deneyimleyen katılımcılar, o dönemden beri beslenme, sıvı alımı/ kısıtlaması, ilaçlar, düzenli hastane ziyaretleri gibi sürekli dikkat etmeleri gereken konular olduğunu belirterek, nakil sonrası öz yönetim sürecinde de yer alan bu konuların onlar için rutinleştiğini ve bu rutine alışmış olduklarından, nakil sonrası öz yönetim sürecinde zorlanmadıklarını ifade ettiler (Şekil 4-3; Şekil 4-4; Tablo 4-16). Önceki çalışma sonuçlarını ve bu çalışmanın nicel verilerini de destekleyen bu sonuçlar, özellikle nakil süreci hızlı gelişmiş bireylere, mümkün olduğunca nakil öncesinden başlanmak üzere, nakil öncesi ve sonrası daha yoğun hazırlık ve eğitim desteği verilmesinin, sürece hazırlık ve alışmak açısından önemli olduğunu düşündürmektedir. Nakil sonrası sürece bireylerin uyumu sağlanıp, sürecin rutin hale geldiği belirlenene kadar, gerekirse tekrarlı eğitimler ve hasta görüşmeleri planlanabilir.

3. Nakil Yaşı

Böbrek nakli alıcılarında, greft başarısızlık oranlarının ergenlik ve genç erişkinlik döneminde diğer yaşlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Tüm pediatrik nakil alıcıları bu yüksek riskli dönemden geçmektedir (Fernandez ve Foster 2022). Ayrıca

ergenlik döneminde yapılan böbrek nakillerinin, diğer yaşlardaki nakil alıcılarına oranla daha düşük uzun vadeli greft sağkalımına sahip olduğu belirtilmektedir (Van Arendonk ve ark. 2013a). Özellikle ergenlik ve genç erişkinlik döneminde yüksek oranda greft başarısızlığına neden olan faktörler arasında; tedaviye zayıf uyum, pediatrik bakımdan yetişkin odaklı bakıma geçiş sürecinde bakımın kötüleşmesi ve bağışıklık tepkisinin güçlenmesi, sayılabilir (Fernandez ve Foster 2022).

Pediatrik böbrek nakli alıcıları, uzun yıllar greft işlevine gereksinim duymaları, KBY'nin nörogelişim üzerine olası etkileri ve büyüme-gelişme sürecinde değişen bağışıklık süreci ile yetişkin nakil alıcılarından ayrılmaktadırlar. Çocuklukta organ nakli yapılan bir bireyin yaşamının tümü, nakil alıcısı statüsüne göre şekillendirilir. Bu genç alıcıların, yetişkinliğin olağan zorluklarını aşarken (okuldan işe geçiş, romantik ilişkiler, ebeveynlerden ayrılıp bağımsızlaşma), aynı zamanda yaşamı tehdit eden bir tıbbi durumu bağımsız olarak yönetmeyi öğrenmeleri de gerekir (Fernandez ve Foster 2022). Özel sağlık bakımı gereksinimi olsun ya da olmasın, tüm gençlerin yaşam boyu işlevselliğini ve refahını en üst düzeye çıkarmak amacıyla planlı bir sağlık hizmeti geçişi sunulmalıdır. Çocuklara yönelik sağlık hizmetlerinden, yetişkinlere yönelik sağlık hizmetlerine iyi zamanlanmış bir geçiş, kişiye özeldir ve ideal olarak 18 ile 21 yaşları arasında gerçekleşir. Hasta, aile ve bakım vericilerin sorumluluklarının koordinasyonu, gençlerin yetişkin rollerini ve işlevlerini üstlenme yeteneklerini geliştirmelerini sağlar. Bu amaçla, gençlikten genç yetişkinliğe geçiş sürecinde, böbrek nakli olan pediatrik grubu da içeren, sağlık hizmetleri geçiş algoritmaları oluşturulmuştur. Optimal sağlık bakımı, her yaştan tüm bireyler, tıbbi ve gelişimsel sürecine uygun bakım aldığında elde edilir. (Cooley ve ark. 2011).

Bu çalışmada, nicel verilerin toplandığı dönemde ergenlik ya da genç erişkinlik döneminde olmasalar bile katılımcıların ilk nakil ameliyatını 18 yaş ve altında olma durumlarına göre, BNÖYÖ toplam ve bazı alt boyut puanlarında farklılıklar olduğu saptandı. İlk nakil ameliyatını 18 yaş ve altında olanların, BNÖYÖ toplam puan ortalamasının diğer tüm gruplardan; “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamasının 19-29 yaşları arasında nakil olanlardan; “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması” alt boyut puan ortalamasının ilk naklini 30 yaş ve üzerinde olan bireylerden anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). “İlaç yönetimi”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarının puan ortalamaları ile

ilk nakil olunan yaş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farka rastlanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-12; Tablo 4-16). Çalışmanın nitel aşamasında, “öz yönetim sürecinde engelleyiciler” temasının “*Küçük Yaşta Olma/ Farkında Olmama*” kategorisinde katılımcılar tarafından küçük yaşta nakil oldukları için nakil sürecinin yeterince farkında olmadıkları, çocuklukta aile gözetimi altında olup durumu algılayamadıkları ifade edildi. Gençlik olarak ifade ettikleri dönemlerde ise kendilerini iyi hissettikleri için ilaçları içmek dışında öz yönetim davranışlarına çok dikkat etmedikleri belirtildi. Katılımcılar ilerleyen yıllarda, beslenme, egzersiz gibi konulara dikkat etmediklerinde, vücutlarının eskisi kadar durumu tolere edemediğini de belirttiler (Şekil 4-3; Şekil 4-5; Tablo 4-16). Bu çalışmanın her iki sonucu değerlendirildiğinde, nitel aşamada 18 yaşın altında nakil olan bireylerin, çocuklukta ve gençlikte özellikle beslenme ve günlük yaşamla ilgili konulara dikkat etmediğini ifade ettikleri görülmektedir. Nicel aşamada ise, bu grubu oluşturan bireylerde veri toplandığı dönemde, ölçek öz yönetim toplam puanının, beslenme ve egzersiz ilişkili soruların yer aldığı “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” ile “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması” alt boyut puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Tüm bu sonuçlar, ülkemizde çocukluk çağına nakil olan bu bireylerin yetişkinliğe geçiş sürecinde sorumluluk alma yeteneğini geliştiren kişiye özel ve planlı bir sağlık hizmeti geçişine yönelik eğitim ve girişimlerin yetersiz olduğu ya da bu bireylerin çocukluk çağından itibaren öz yönetim becerilerini geliştirme ve sorumluluk alma konusunda yeterince desteklenmediği şeklinde yorumlanabilir.

4. Nakil Sayısı

Son dönem böbrek yetmezliğinin tedavisinde uygulanan böbrek nakli sonrası bireyler, çeşitli nedenlere bağlı gelişen greft yetmezliği nedeniyle yeniden nakil gereksinimi yaşayabilmektedir (Van Arendonk ve ark. 2013b). İkinci nakil deneyimi yaşayan çok sayıda birey olduğu gibi, üç, dört hatta beş böbrek nakli deneyimleyen bireylerin olduğu da belirtilmektedir (Van Arendonk ve ark. 2013c). Nakil sayısının öz yönetim sürecindeki etkisine yönelik Scheel ve ark. (2018)’nin immünsupresif ilaç uyumsuzluğunu incelediği çalışmasında, nakil sayısı ile uyumsuzluk arasında anlamlı ilişki saptanmadığı belirtilmiştir.

Bu çalışmanın nicel aşamasında, Scheel ve ark. (2018)’nin çalışmasına benzer şekilde, toplam nakil sayısı ile “İlaç yönetimi” alt boyutunun ve ayrıca “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” alt boyutlarının puan

ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığa rastlanmadı. Ancak bu çalışmada, BNÖYÖ toplam puan ortalaması, “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyut puan ortalamalarının iki kez nakil olmuş bireylerde, tek nakillilere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-12; Tablo 4-16). Çalışmanın nitel aşamasında ise konuyla ilgili “*ikinci nakille gelen deneyim, farkındalık ve motivasyon artışı*” kategorisinde katılımcılar, “ilk nakilde deneyimsiz olduklarını, neyi neden yaptıklarını anlamadıklarını, ilaç içmelerinin yeterli olduğunu düşündüklerini, daha rahat davrandıklarını ve organ kaybını acı bir şekilde deneyimlediklerini” ifade ettiler. Katılımcılar ikinci nakil için ise “ikinci nakilin yeni bir şans olup değerli olduğunu, verilen eğitimlerin daha etkili olduğunu, ne yapmaları gerektiğini anladıklarını, sürece ilişkin deneyim ve farkındalık kazandıklarını” belirttiler. Bu kategorideki görüşmeci ifadelerine bakıldığında, katılımcıların ilk nakilde ne yapması gerektiğini bilmediklerine ve sadece ilaçlarını kullanmaya dikkat ettiklerine dair ifadeler olduğu görülmektedir (Şekil 4-3; Şekil 4-4; Tablo 4-16). Literatürde yer alan çalışmalarda, nakil sonrası öz yönetim bileşenlerinden en çok ilaç uyumuna odaklanıldığı (De Bleser ve ark. 2009; Lennerling ve Forsberg 2012; Low ve ark. 2015), ayrıca bu çalışmanın sonuçları da dahil olmak üzere, nakil sonrası döneme ilişkin verilen eğitimlerin içeriğinde de en çok ilaç kullanımına ağırlık verildiği görülmektedir (Haspeslagh ve ark. 2013; Ndemera ve Bhengu 2017). Bu nedenlerle hastalarda, ilaç kullanımına gereken önemin verilmesinin yeterli olacağı gibi bir fikre sahip olunduğu, diğer öz yönetim davranışlarına yeterli önemin verilmediği düşünülebilir. Konu ile ilgili K3 numaralı katılımcının şu ifadesi örnek olarak verilebilir: *“ilk nakilde sanki, nakil oldun ilaçlarını iç bir şey olmayacakmış gibi geliyordu ama oluyormuş. O yüzden o bana çok büyük acı bir tecrübe oldu.”* Tüm bu nedenlerle, çalışmanın sonuçları da göz önünde bulundurulduğunda, nakil sonrası ilaç yönetimine önem verildiği ancak diğer konularda yetersiz kalındığı düşünülebilir. Bu durum diğer konulardaki eğitim eksikliğinden kaynaklanabileceği gibi, sık sık tekrarlanarak önemli olduğu vurgulanan ilaç yönetimine dikkat eden bireylerin, diğer konuları önemsizmiş gibi algıladığına ya da göz ardı ettiği şeklinde de yorumlanabilir. Nakil kaybı yaşayan bireylerin, ikinci nakil sırasında verilen eğitimlerde diğer konuların varlığı noktasında farkındalık kazandıkları düşünülebilir. Nakil sonrası dönemde tüm öz yönetim davranışlarının her birinin önemi tek tek ele alınarak vurgulanmalıdır.

5. Nakil Sonrası Süre

Böbrek nakli sonrası geçen sürenin uzunluğu, nakil sonrası öz yönetim sürecinde ve ilaç kullanımı, randevulara uyum gibi bileşenlerinin yönetiminde rol oynayabilecek faktörlerden biri olarak belirtilmektedir (Denhaerynck ve ark. 2005; Gordon ve ark. 2008; Goldade ve ark. 2011; Zhu ve ark. 2017; Khezerloo ve ark. 2019). Böbrek nakli sonrası immünsüpresif ilaç uyumundaki değişiklikler ile alıcıların bilişsel düzeyleri, hastalık algıları ve tedavi inançlarının ilişkisini inceleyen bir çalışmada; nakil sonrası 6. hafta, 6. ay ve 18. ayda poliklinikteki hastalarla görüşmeler yapılmış ve uyumsuzluğun zaman içinde önemli ölçüde artarak 18. ayda %31'e ulaştığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada zaman ilerledikçe, algılanan ilaç gerekliliğinin, böbrek naklinin yaşam üzerindeki algılanan etkisinin ve transplantasyona duygusal tepkinin önemli ölçüde azaldığı ve ilaca uyumun önemini düşük olarak bildiren katılımcıların zamanla uyumsuz hale gelme olasılıklarının daha yüksek olduğu da belirtilmiştir (Massey ve ark. 2015). İmmünsüpresif ilaçlara uyumun incelendiği diğer bir çalışmada da, nakil sonrası geçen sürenin ortalama 71,8 ay (12-230 ay) olduğu belirtilirken; bu sürenin çalışmadaki immünsüpresiflere uyumlu bireylerde ortalama 67,0 ay; uyumsuz bireylerde ortalama 75,0 ay olduğu görülmektedir (Brito ve ark. 2016). Böbrek nakli alıcılarının düzenli nefroloji poliklinik ziyaretlerine ilişkin algılarını, inançlarını ve engelleri inceleyen bir çalışmada; hastalarla yapılan görüşmelerde nakil olan bireyler, randevulara uymanın önündeki engelleyici ve motive edici faktörleri ifade etmişlerdir. Çalışmada randevulara uyumun önündeki engeller; (1) nakilden sonra zamanla artan kendine güven, (2) düzenli olarak doktorla görüşmeye gerek duymadan vücutlarını bağımsız olarak yorumlayabildiklerine dair artan bir his ve (3) nakil sonrası yaşamda yer alan çok sayıda fiziksel ve zihinsel sağlık sorunu, olarak belirtilmiştir (Goldade ve ark. 2011).

Bu çalışmada nicel aşamada, literatürden farklı olarak böbrek nakli sonrası geçen süreye göre “ilaç yönetimi” ve randevulara uyumla ilgili sorular içeren “nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” alt boyutlarında ve ayrıca “nakledilen (yeni) böbreğin korunması” ve “cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarında anlamlı düzeyde bir farklılığa rastlanmadı. Ancak, böbrek nakli sonrası geçen süre beş yıldan fazla olan bireylerin, BNÖYÖ toplam ve “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamalarının, geçen süre bir yıldan az olan bireylerden anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (Tablo 4-12; Tablo 4-16). Nitel aşamada bu konuya özgü “öz yönetim sürecinde engelleyiciler”

temasında yer alan “İlerleyen dönemde rahatlama” kategorisi dikkat çekmektedir. Bu kategoriye yönelik katılımcılar, nakil sonrası süreçte, zaman ilerledikçe rahatlama yaşadıklarını ve öz yönetim süreci davranışlarına ilk zamanlara göre daha az dikkat ettiklerini ifade ettiler. Buna neden olarak; ilk zamanlarda yoğun immünsüpresan kullanımına bağlı enfeksiyon riskinin fazla olmasının dikkat gerektirdiğini ve erken dönemde böbreğin uyum sağlama sürecinde olduğunu düşündüklerini, zamanla öz güvenlerinin arttığını ve iş yaşamına girme, sosyalleşme gibi insanlarla etkileşimde oldukları alanlarda daha rahat davrandıklarını belirttiler (Şekil 4-3; Şekil 4-5; Tablo 4-16). Bu sonuçlar, nakil sonrası dönemde düzenli olarak yapılan hasta izlemleri gibi öz yönetim düzeylerinin de düzenli olarak değerlendirilmesinin ve süreç boyunca öz yönetim desteği sağlanmasının önemini göstermesi açısından dikkat çekicidir.

6. Eğitim Alma

Yoğun desteğe gereksinim duyulan böbrek nakli sonrası dönemde eğitim, nakil alıcılarının bakımı yönetmesinde, yan etkilerin ve komplikasyonların izleminde, öz bakım becerilerinin kavranmasında, öz yönetim sürecini optimal şekilde sürdürebilmede önemli rol oynamaktadır (Trevitt ve ark. 2012; McGrath 2017). Öz yönetim desteği kapsamında, nakil sonrası öz yönetimin önemine yönelik eğitim programları uygulanması, tedaviler, planlanan randevular gibi konularda pratik ve spesifik bilgilendirmeler yapılması ve temel konularda eğitim broşürü sağlanması gibi öneriler yer almaktadır (Jamieson ve ark. 2016). Ndemera ve Bhengu (2017)’nin böbrek nakli yapılan bireylerde, öz yönetimin önündeki engeller ve motive edicileri incelediği nitel çalışmada, öz yönetim engelleri temasında, “Bilgi eksikliği” kategorisine yer verilmiştir. Çalışmanın bulgularında böbrek nakli sonrası öz yönetim konusunda bilgi eksikliğinin büyük bir engel olduğunun belirlendiği; ayrıca katılımcılar tarafından eğitimin, yaşam tarzı değişikliğine değil, daha çok ilaç uyumu üzerine odaklandığının ifade edildiği belirtilmiştir. Haspeslagh ve ark. (2013)’nin böbrek nakli sonrası eğitim ve bilgilendirmeye yönelik yeterlilik ve memnuniyeti inceledikleri karma modellenli çalışmada ise, böbrek nakli alıcıları, sadece hastanede kaldıkları süre boyunca değil, nakil sonrası uzun dönemde de daha somut ve pratik bilgilere gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir (Haspeslagh ve ark. 2013). Böbrek nakli alıcılarında öz yönetim zorlukları ve destek gereksinimlerini inceleyen nitel bir çalışmada ise, nakil sonrası en büyük zorluklardan biri “nakil konusunda uzman hasta olmak” olarak belirtilmiştir. Böbrek nakli yapılan

bireyler, bu süreçte hemşirelerden yeterli bilgi ve açıklama almak istediklerini ifade etmişler ve herkese ortak verilen eğitimleri yetersiz bularak, farklılık gösteren kişisel durumları, hastalık geçmişi ve mevcut tıbbi durumlarına yönelik daha özel eğitimi tercih etmişlerdir. Aynı çalışmaya katılan bireyler, kendi özel durumlarına yönelik ne tür bilgi ve açıklama gerektiğine karar verme sürecine dahil olmak istemişler ve özel tıbbi durumlarına uyarlanmış bilgilere daha fazla gereksinim duyduklarını dile getirmişlerdir. Çalışmada ayrıca, böbrek nakli olan bireylerin, öz yönetime yönelik verilen bilgi ve eğitimi yaşamlarına entegre edebilmek için, ayakta tedavi görüşmeleri sırasında hemşirelere soru sorma ve kişisel durumlarını tartışma fırsatlarının oluşturulmasına gereksinimleri olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin bunun mümkün olduğu bir ortam yaratmasının önemli olduğundan söz edilmektedir. Çalışmada yer alan bir katılımcı örneğinde konuyla ilgili “*Bazen önceden bazı sorular sormayı planlıyorsunuz. Ancak, randevu sırasında (doktor) o kadar meşgul ki, siz farkına varmadan bitiyor*” ifadelerine yer verilmiştir (Been-Dahmen ve ark. 2018).

Bu çalışmada nicel aşamada, nakil sürecine ilişkin herhangi bir konuda eğitim ya da bilgilendirme yapılmadığını belirten bireylerin BNÖYÖ toplam puan ve “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamalarının, eğitim aldığını belirten bireylere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). “İlaç yönetimi”, “Nakledilen (yeni) böbreğin korunması”, “Nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” ve “Cilt kanserinin önlenmesi” alt boyutlarında bu farklılık görülmedi (Tablo 4-12; Tablo 4-16). Nitel aşamada bu konuya özgü “öz yönetim sürecinde engelleyiciler” temasında yer alan “yeterli ve anlaşılır bilgi verilmemesi” kategorisinde bireyler, sağlık profesyonellerinin açıklamalarının tıbbi terimler içermesinden ve anlaşılabilir olmasından rahatsızlık duyduklarını belirttiler. Katılımcılar, sağlık profesyonellerinin onların anladığını düşünerek konuştuğunu ancak aslında neyi, nasıl yapacaklarını anlayamadıkları zamanlar olduğunu ifade ettiler. Böbrek nakli alıcıları ifadelerinde ayrıca, kendileri sorduklarında kısa açıklama yapıldığını belirterek, daha açıklayıcı bir şekilde ne olduğunu öğrenmek istediklerini de belirttiler. Ayrıca görüşmelerde, ilaçlar ve kontroller dışında ne yapması gerektiğini bilmediğini ifade eden ve beslenme, egzersiz vb konularda eğitim talep eden bireyler de mevcuttu (Şekil 4-3; Şekil 4-5; Tablo 4-16). Tüm bu veriler, sağlık profesyonelleri tarafından yapılan eğitim ve bilgilendirmelerde, tıbbi terimler ve anlaşılabilir cümleler kullanmadan, hastaların

anlayabileceği dilde, açıklayıcı ve yeterli düzeyde verilen eğitimin önemliliğini göstermektedir.

7. Nakil Sonrası Yatış

Böbrek yetmezliği olan kişiler sıklıkla, daha aktif olacaklarına ve çalışan bir böbrekle normal bir yaşam sürdüreceklerine inandıkları için böbrek nakli olmayı seçerler. Bu nedenle, bu hasta grubunda, beklenen hedeflere ulaşıp ulaşılamadığı önemlidir. Böbrek nakli alıcılarında yaşam kalitesi değerlendirmelerinde genel olarak nakil sonrası iyileşme olduğu görülür ancak, komorbid durumlar, böbrek fonksiyonu, rejeksiyon atakları, hastaneye yatışlar, çalışma durumu ve ilaçların yan etkileri dahil olmak üzere birçok faktör yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkiler (Muehrer ve Becker 2005). Scheel ve ark. (2018)'nın çalışmasında nakil sonrası dönemde, ruhsal ve fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi daha düşük olan böbrek nakli alıcılarının, immüsupresif ilaç uyumsuzluğu için risk grubunda kabul edilebileceği belirtilmiştir. Ayrıca immüsupresif tedavinin ciddi yan etkilerinin varlığı (cushingoid görünüm, akne, kilo artışı, enfeksiyon sıklığında artış, diyare ve uykusuzluk) ve hastanın sağlık durumunu algılama şekli de uyumu etkileyebilir (Moons ve ark. 2003; Cedillo-Galindo ve Gracida 2011; Zhu ve ark. 2017). Ndemera ve Bhengu (2017)'nin yaptığı nitel çalışmada, “az ya da hiç olmayan yan etki” kategorisinde, çok az ilaç yan etkisi olan ya da hiç yan etki yaşamayan nakil alıcılarının tedaviye reçete edildiği gibi devam etmek için motive olma eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Aynı çalışmada “şiddetli yan etkiler” kategorisinde ise birkaç katılımcının, şiddetli ishal, siğiller, ülserler, cilt kanseri, titreme gibi ciddi yan etkilerin, öz yönetimin önünde güçlü bir engel olduğunu belirttiğine yer verilmiş; katılımcıların, ciddi yan etkiler nedeniyle sağlık profesyonellerine haber vermeden ilaçları bıraktıklarını itiraf ettiği belirtilmiştir. Çalışmada, “kötü sağlık” kategorisinde ise birkaç katılımcının ifadelerinde, kötü sağlığın günlük yaşam aktivitelerine katılımı engellediği ve nakil yönetiminde engel olabildiği ifadelerine yer verilmiştir (Ndemera ve Bhengu 2017). Klinik randevulara uyumu inceleyen bir çalışmada ise nakil sonrası ilk bir yıl içinde (erken) uyumsuzluk gösteren hastaların ortalama hastaneye yeniden yatış sayısının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Mohamed ve ark. 2021). Böbrek nakli sonrası sağlık okuryazarlığı ve öz yönetimin, böbrek fonksiyonu, komplikasyonlar ve greft yetmezliğine etkisinin incelendiği prospektif kohort çalışmasında, böbrek nakli yapılan hastalarda öz yönetim becerileri ile yeniden hastaneye yatış sayısı arasında bir ilişki

bulunamamıştır. Ancak çalışmada, öz yönetim becerileri ile ilgili “başa çıkma” boyutundan başlangıç ölçümünde düşük puan alan hastaların bakteriyel enfeksiyonlar nedeniyle daha sık yeniden hastaneye yatış yaşadıkları belirtilmiştir (Maasdam ve ark. 2022).

Bu çalışmada nakil yapılan bireylerde BNÖYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarında; ek hastalık varlığının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir farklılığa neden olmadığı ancak nakil sonrası hastaneye yatış sayısının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir farklılığa neden olduğu saptandı. Anlamlılık yaratan gruplar incelendiğinde; nakil sonrası hastaneye iki ve üzerinde yatanlarda, BNÖYÖ toplam puanı ve “Kalp-damar hastalığı riskinin azaltılması” alt boyut puan ortalamalarının bir kez yatanlardan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-12; Tablo 4-16). Çalışmanın nitel aşamasında yer alan “öz yönetim sürecinde engelleyiciler” temasının “*nakil sonrası komplikasyonlar*” kategorisinde, ağız içi yaralar, kilo alımı, enfeksiyon gibi yan etkileri deneyimleyen katılımcılar, bu süreçlerde zorlandıklarından, stres yaşadıklarından, yaşamlarının olumsuz etkilendiğinden söz ettiler (Şekil 4-3; Şekil 4-5; Tablo 4-16). Aynı temanın “*süreçte çıkan sorunlar nedeniyle motivasyon bozukluğu/ tükenmişlik*” kategorisinde ise nakil sonrası süreçte uzun süre sağlık sorunları yaşayan, tekrarlı hastane yatışları olan bireyler, süreç uzayınca tolere etmekte zorlandıklarını ifade ettiler. Sağlık sorunları devam ettikçe, beceriksiz hissedip kendini suçladığını ve motivasyonunun bozulduğunu ifade eden katılımcılar olduğu gibi, hastaneye yatış süreçlerinin sıklığından tükenmişlik hissettiğini, yattığı yataktan ve hastaneden sıkıldığını ifade eden katılımcılar da mevcuttu (Şekil 4-3; Şekil 4-5; Tablo 4-16). Tüm bu sonuçlar, nakil sonrası süreçte baş etme gücü ile hastaneye yatış arasında birbirini olumsuz etkileyen iki yönlü bir durum olduğunu düşündürmektedir. Nitel aşamada yer alan hasta ifadeleri incelendiğinde, nakil sonrası komplikasyonların, ilaç yan etkilerinin strese neden olduğu, sorunları uzun süre devam eden ve hastaneye sık yatan bireylerde bu olumsuzlukların tükenmişliğe ve öz yönetim sürecinde motivasyon bozukluğuna neden olduğu görülmektedir. Nakil sonrası komplikasyonları şiddetli yaşayan ve hastaneye sık yatışı olan bireylerin, nakil sonrası erken ve geç dönemde baş etme düzeyleri belirlenmeli, hasta süreçte yaşadığı olumsuzlukların yarattığı duyguları ifade etmesi konusunda desteklenmelidir.

Nicel Aşamada Anlamlılık Oluşturmayan, Nitel Aşamada Elde Edilen Diğer Kategoriler

Çalışmada nicel aşamada istatistiksel olarak herhangi bir farklılığa yol açmasa da nitel aşamada derinlemesine görüşmelerle elde edilen farklı kategoriler de yer almaktadır. Çalışmanın nitel aşamasında elde edilen verilerin analizi ile “öz yönetim sürecinde motive ediciler” temasında “destek sistemlerinin oluşturduğu motivasyon” ve “sağlığı ile ilgili korku duyma” kategorilerine; “öz yönetim sürecinde engelleyiciler” temasında ise “ilaç yönetiminde zorlanma ve unutkanlık” ve “pandeminin öz yönetim sürecine olumsuz etkileri” kategorilerine ulaşıldı.

Destek Sistemlerinin Oluşturduğu Motivasyon

Sosyal destek, stresin olumsuz etkilerini önleyici ya da hafifletici önemli bir “tampon” görevi görebilmekte ve/veya stres yönetimi konusunda etkili olabilmektedir (Chisholm-Burns ve ark. 2010; Scheel ve ark. 2018). Nakil sonrası izlemde, algılanan sosyal desteği daha düşük olan böbrek nakli alıcıları, immüsupresif ilaç uyumsuzluğu için bir risk grubu olarak kabul edilmektedir. İmmüsupresif ilaç uyumsuzluğunun psikososyal faktörlerle ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, uyumlu ve uyumsuz gruplarda sosyal destek düzeyinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; uyumsuzluğun daha zayıf sosyal destekle ilişkilendirildiği belirtilmiştir (Scheel ve ark. 2018). Benzer şekilde Lennerling ve Forsberg (2012)’in çalışmasında, ilaç tedavisine uyumsuzlukla ilgili tek faktörün sosyal destek eksikliği olduğu bulunmuştur ($p=0,022$). Böbrek nakli hastalarında öz yönetim düzeyleri ile psikososyal faktörlerin incelendiği bir çalışmada ise, sosyal desteğin fazla olmasının, öz yönetim düzeyinin artmasında belirleyici olduğu belirtilmektedir (Xie ve ark. 2019). Öz yönetimin önündeki engeller ve motive edicilerin incelendiği nitel bir çalışmada ise, motive ediciler temasında, “destek sistemleri” kategorisine yer verilmiş; katılımcıların aile desteğine güçlü bir destek sistemi olarak değer verdikleri belirtilmiştir. Çalışmada, katılımcıların aile desteğinin yaşamsal olduğunu ve ailelerinden dolayı iyi durumda olduklarını belirttikleri ifade etiklerine yer verilmiştir (Ndemera ve Bhengu 2017). Sosyal destek kapsamında, geçmişte nakil olmuş diğer bireylerin paylaştığı deneyimlerin, böbrek nakli olan bireylerde destekleyici olabileceği ve kendi durumlarını anlamalarına yardımcı olabileceği de düşünülmektedir (Been-Dahmen ve ark. 2018). Sosyal desteğin öz yönetim süreci ve bileşenleriyle ilişkisine yönelik Goldade ve ark. (2011)’nın çalışmasında böbrek nakli alıcıları, akran

desteği ilişkileri ve diğer hastalarla diyaliz tedavisi hakkında konuşmak gibi faktörlerin nefroloji poliklinik ziyaretlerini düzenli sürdürmede motive edici olduğunu belirtmişlerdir. Hastalar, kendilerinden önce nakil olmuş hastalarla konuşmanın, nakil sonrası yaşamla ilgili zihinsel ve fiziksel zorlukları tahmin etmelerine ve bunlarla başa çıkmalarına yardımcı olduğunu bildirmişlerdir (Goldade ve ark. 2011). Ancak bazen diğer hastaların deneyimleri, örneğin hemşirelerin önerileriyle çeliştiğinde, bu durum kafa karışıklığı da yaratabileceğinden dikkatli olunması önerilmektedir. Sosyal destek kapsamında akrabaların da, böbrek nakli olan bireylerin hikayelerini dinleyerek duygusal destek sunabileceği belirtilmektedir. Ancak hemşirelerin canlıdan nakillerde verici ile potansiyel olarak duygusal olarak zorlayıcı ilişkilere de dikkat etmesi önerilmektedir (Been-Dahmen ve ark. 2018). Been-Dahmen ve ark. (2018)'nın çalışmasında yer alan nakilli bireyler, doktorların “görev benzeri bir tutuma sahip olduklarını” belirterek, duygusal desteği sağlamak için en uygun sağlık profesyonellerinin hemşireler olduğunu ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada, nitel aşamada bireylerle derinlemesine görüşmeler sonucunda, öz yönetim sürecinde motive ediciler temasının “destek sistemleri” kategorisine ulaşıldı. Kategoride katılımcılar tarafından; “aile bireylerinin desteği, sağlık profesyonellerinin desteği, yakınlarının desteği ve diğer nakillilerin desteği” olmak üzere dört kod ifade edildi. Yoğun olarak ifade edilen kod “aile bireylerinin desteği” idi. Katılımcılar bu kategoride, ailelerinden nakil sonrası erken dönemde bakım, enfeksiyondan korunma ve hijyen, duygusal yönetim gibi konularda destek aldıklarını ve bu desteklerin süreci kolaylaştırdığını belirttiler. Katılımcılar, bu kategoride sağlık profesyonellerinden de destek aldıklarından söz ederek, sağlık profesyonellerinin yakın ve ilgili tavırlarının, psikolojik desteklerinin, arkadaşça yaklaşımlarının onları olumlu etkilediğini ve hastaneyi ev gibi hissettirdiğini ifade ettiler. Yine böbrek nakli alıcılarının bazıları bu kategoride, kendilerine bu süreçte destek olan arkadaşlarının onları motive ettiğinden, onlarla vakit geçirmenin moral olarak iyi geldiğinden söz ettiler. Bu kategoride daha az sıklıkta söz edilen diğer bir destek sistemi de nakil olan hastaların desteğidir. Katılımcılar bu konuda, onlardan önce nakil olan bireylerin nakil sonrası süreç konusunda deneyimlerini paylaşarak destek olduklarını belirttiler. Konuyla ilgili K12 numaralı katılımcının *"Çocukluğumdan beri hastanede olduğum için çok fazla arkadaşım oldu orada transplantasyon ünitesinde de çok fazla arkadaşım oldu. Onlarla da sıkı bir dostluğumuz oldu böyle dışarıda da görüşüyoruz falan iş yerinde görüştüklerimiz var. Hastaneye giderken işte*

birlikte buluşup gidiyoruz, aynı günlere randevu alıyoruz falan bunlar böyle bize eğlenceli gelmeye başladı açıkçası. Seninle aynı sorunları yaşayan kişilerle buluşmak işte aynı ortak dili konuşuyor olmak bunlar bizi çok motive etti." (K12) ifadeleri dikkat çekmektedir (Şekil 4-3; Şekil 4-4; Tablo 4-16). Nakil sonrası uyumun yüksek olması beklenen randevulara katılım, düzenli tetkik yaptırma gibi konuları, aynı durumda olan diğer kişilerle birlikte yapmanın "eğlenceli" olduğunu belirten katılımcı ifadeleri, nakil sonrası randevulara uyum gibi öz yönetim konularında destek girişimlerine yol gösterici olarak ele alınabilir.

Sağlığı ile ilgili korku duyma

Nakil sonrası erken ve geç dönemde cerrahi girişimle, alınan böbrekle ya da immünsupresif tedaviyle ilişkili çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir (Thiruchelvam ve ark. 2011; Buttigieg ve ark. 2018; Elsayed 2020; Gül 2020). Günümüzde kullanılan immünsupresif ajanlar rejeksiyon sıklığında azalmayı sağlarken, fırsatçı enfeksiyonların görülme riskini arttırabilmektedir (Karaman Özlü ve Yıldırım 2021). Böbrek nakli sonrası erken dönemde uygulanan yoğun immünsüpresif tedavi nedeniyle, enfeksiyon riski ilk aylarda daha fazladır (Yörük ve ark. 2007). Nakil sonrası dönemde önemli sorunlardan bir diğeri de rejeksiyondur. Rejeksiyon, hiperakut, akut ve kronik olmak üzere, farklı çeşitlerde, nakil sonrası herhangi bir dönemde görülebilmektedir (Lewis 2014; Yılmaz 2016). Bunların dışında nakil sonrası ilaç toksisitesi, malignite, kalp-damar hastalığı gelişme riskleri de mevcuttur (Yılmaz 2016; McGrath 2017; Teo ve ark. 2019; Rangaswami ve ark. 2019; Ünver ve Yıldız Fındık 2021). Jamieson ve ark. (2016) tarafından böbrek nakli alıcılarında öz yönetimi ele alan 50 nitel çalışmanın sistematik incelemesinde, hastaların uyumunun önündeki engellere ve motive edicilere bakılmış; rejeksiyon, komplikasyonlar ve komorbiditelere yönelik duyulan endişenin, uyumda motive edici faktörlerden olduğu belirtilmiştir. Ndemera ve Bhengu (2017)'nin böbrek nakli yapılan bireylerde, öz yönetimin önündeki engeller ve motive edicileri incelediği nitel çalışmada, motive ediciler temasında, "greft kaybı korkusu" kategorisine yer verilmiştir. Çalışmanın bulgularında çoğu katılımcının greft kaybı korkusu olduğu belirtilmiştir. Diyalize geri dönme korkusu da önemli bir rol oynamıştır. Özgürlüğünü kaybetme, gıda kısıtlamalarına geri dönme ve aile tarafından reddedilme korkusu, böbrek alıcılarını sağlık hizmeti önerilerine bağlı kalmaya motive eden durumlar olarak belirtilmiştir.

Bu çalışmada, öz yönetim sürecinde motive ediciler temasında “sağlığı ile ilgili korku duyma” kategorisine ulaşıldı. Bu kategoride katılımcıların, “enfeksiyon gelişmesi ve böbreği kaybetme korkusu” ve “tahlil sonuçlarının kötü çıkması korkusu” konularında ifadeleri yer almaktadır. Katılımcılar nakil sonrası dönemde, özellikle ilk zamanlarda tedaviye bağlı enfeksiyon gelişme korkusu daha fazla olacak şekilde, genel olarak böbreği kaybetme korkusu yaşadıklarını belirttiler. Nakil sonrası dönemde yaşanan bu korkuların öz yönetim sürecindeki kurallara uymada motive edici olduğunu, beslenme, hijyen, ilaç kullanımı gibi konularda daha çok dikkat etmeyi sağladığını ifade ettiler (Şekil 4-3; Şekil 4-4; Tablo 4-16). Bu kategoride ifade edilen diğer konu “tahlil sonuçlarının kötü çıkması korkusu”dur. Katılımcılar, tahlil sonuçlarının kötü çıkmasından duydukları korkuyu belirtirken, bu korkuya bağlı olarak tahlil verme dönemlerinde kendilerine daha çok dikkat ettiklerini ifade ettiler. Konuyla ilgili K12 numaralı katılımcının ifadesi dikkat çekicidir: *"Sonrasında işte tahlilleri aldık iyi çıktı, sonrasında böyle inanılmaz bir rahatlama geliyor ve inanılmaz bir mutluluk geliyor bunu sağlıklı insanlar yaşayamaz... O gün yeniden doğmuş oluyorum. Tabii şimdi tahlil vermeden önce zaten daha çok dikkat ediyoruz o kesin hani suyumuzu ilaçlarımızı daha düzenli içiyoruz."* (K12) (Şekil 4-3; Şekil 4-4; Tablo 4-16). Bu sonuç, katılımcıların tahlil verene kadar geçen sürede öz yönetimlerine dikkat etmedikleri ancak rutin tahlil verme dönemlerinde kendilerine özen gösterdiklerine dair yanlış davranış biçimlerini göstermesi açısından önemlidir.

İlaç Yönetiminde Zorlanma ve Unutkanlık

Organ nakli sonrası başarılı sonuçlara ulaşmada ve nakledilen böbreğin işlevlerini iyi bir şekilde sürdürmede, nakil yapılan bireylerin yaşam boyu immünsupresif ilaçlara uyumunun sağlanması oldukça önemlidir (Karaman Özlü ve Yıldırım 2021). İlaça uyum ifadesi yalnızca ilacın alınması olarak değil, ilacın doğru dozda ve doğru zamanda alınmasını da belirtmektedir (Tuncer ve Khorshid 2018; Karaman Özlü ve Yıldırım 2021). İlaçların maliyeti, doz karmaşıklığı, tedavi süresi, unutkanlık, diğer öncelikler, ilaç ve doz değişikliği, yan etkilerin varlığı, sağlığı algılama şekli gibi çeşitli nedenlerle ilaca uyum sağlamak zor olabilmektedir (Moons ve ark. 2003; Cedillo-Galindo ve Gracida 2011; Zhu ve ark. 2017). Uyum, isteğe bağlı olduğundan, bireyin inanç ve duygularından da etkilenmesi olasıdır (Achille ve ark. 2006). Achille ve ark. (2006) çalışmalarında, böbrek nakli alıcılarının, ilaçları almayı unutmaktan daha çok, tam olarak reçete edildiği şekilde almadıklarını bildirmişlerdir. Böbrek nakli alıcılarında öz yönetimi ele alan 50 nitel çalışmanın sistematik incelemesinde ise, alıcılarda uyumun önündeki engeller olarak

unutkanlık ve immünsupresif tedavinin yan etkilerinden korkma konusuna yer verilmiştir (Jamieson ve ark. 2016).

Bu çalışmada, nicel aşamada herhangi bir tanıtıcı ya da klinik özelliğin, BNÖYÖ alt boyutlarından “ilaç yönetimi” alt boyutunda anlamlı düzeyde farklılık oluşturmadığı görülürken; nitel aşamada katılımcılar ilaç yönetiminde zorlandıklarını ifade ettiler. Nitel aşamada elde edilen veriler sonucunda ulaşılan “öz yönetim sürecinde engelleyiciler” temasının “*İlaç Yönetiminde Zorlanma ve Unutkanlık*” kategorisinde katılımcılar, literatürle benzer şekilde ilaçları alırken, doğru ilacı, doğru dozda, doğru zamanda alıp almadıklarının tereddütünü yaşadıklarını, ilaç saatlerini takip etmekte zorlandıklarını ve ilaç yönetimini olumsuz etkileyecek şekilde unutkanlık yaşadıklarını belirttiler. Unutkanlığın ve takip etme zorluğunun, dozlarda aksamalara neden olduğunu belirten katılımcılar da mevcuttu (Şekil 4-3; Şekil 4-5; Tablo 4-16).

Böbrek nakli sonrası uyumun iyileştirilmesine yardımcı olmak için böbrek nakli olan hastalar tarafından çeşitli öz yönetim stratejileri kullanılmaktadır. Cedillo-Galindo ve Gracida (2011) çalışmalarında, uyumu iyileştirmeye yardımcı olmada yaygın kullanılan stratejilerin cep telefonu alarmı (%15,25), çalar saat kullanımı (%9,04), liste/takvim kullanımı (%5,65), ilaçları öğünlerde alma (%5,08), ilaç kayıt defteri kullanma (%2,26) ve ilacı masada görünür kılma (%2,26) olduğunu bulmuşlardır. Tedaviye uyumu iyileştiren ve uzun vadeli kalıcılığı arttıran yöntemleri inceleyen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında ise “son doz öyküsüne göre elektronik izleme geri bildirim” ve “bilişsel eğitim”in ilaç uyumunu arttırmada yararlı olduğu saptanmıştır (Demonceau ve ark. 2013). Sosyal desteğin de, böbrek nakli yapılan bireylerde uyum davranışını olumlu yönde etkileyebileceği, karmaşık ilaç rejimlerinin yönetimini iyileştirmede ve unutkanlıkla mücadele etmede kullanılabileceği belirtilmektedir (Chisholm-Burns ve ark. 2010; Scheel ve ark. 2018). Nakil sonrası uyum, zihinsel ve fiziksel olarak yorucu olabilse de öz yeterlik ve sosyal sorumluluk, öz yönetim için motive edici unsurlardır. Kişiselleştirilmiş bakım planlaması, eğitim, psikososyal destek, karar yardımcıları ve kendini izleme araçlarını içeren çok bileşenli girişimler, öz yönetim kapasitesini geliştirebilir ve nakil sonuçlarını iyileştirebilir (Jamieson ve ark. 2016).

Bu çalışmada katılımcılar, unutkanlığı önlemek amacıyla cep telefonu alarmı, fazla ya da eksik doz alımını önlemek amacıyla da ilaç kutuları kullandıklarını ya da ilaçlarını bir dosyaya yazarak notlar aldıklarını ifade ettiler (Şekil 4-3; Şekil 4-5; Tablo

4-16). Çalışma sonuçları incelendiğinde, hem ilaç yönetiminde zorlanma nedenleri hem de uyumu arttırmada kullanılan stratejilerin literatürle benzerlik gösterdiği görülmektedir. ancak her şeye rağmen, nakilli bireylerin ilaç yönetiminde zorlanmaları ya da unutkanlık yaşamalarına ilişkin veriler, ilaç yönetiminin desteklenmesinde, literatürde önerilen girişimlerin planlanması, ilaç uyumunu arttırmaya yönelik elektronik geri bildirim uygulamalarının geliştirilmesi ve kullanımına ilişkin eğitimler yapılması gibi süreci destekleyici girişimlere yer verilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Pandeminin Olumsuz Etkileri

Böbrek nakli yapılan bireylerde, nakil öncesi ve sonrası güvenilir tıbbi bakım sürecinin sağlanabilmesi, sürdürülebilir bir altyapı ile mümkündür. Covid-19 salgını, nakil öncesi ve sonrası dönemde böbrek nakli sonrası yönetim ve izlemlerde değişikliklere neden olmuştur (Alasfar ve Avery 2020; Özşaker 2021). Böbrek fonksiyonunda azalma, kalp-damar hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi yüksek komorbidite sıklığı ve immünsupresif ilaçların kullanımı nedeniyle böbrek nakli alıcılarında, COVID-19'un olumsuz sonuçlarının riskinde artış olabilmektedir (Caillard ve ark. 2021; Kremer ve ark. 2021). Bulaşıcı hastalıklara karşı daha savunmasız olan böbrek nakli alıcılarında, genel nüfusa oranla ölüm ve akut böbrek hasarı oranlarının daha yüksek olması olasıdır (Kremer ve ark. 2021). Bu yüksek risk nedeniyle, COVID-19 pandemi döneminde, böbrek nakli alıcılarında bulaşmayı önlemek amacıyla dikkat edilmesi gereken çok sayıda özel koruyucu önlemlere yer verilmiştir. Özellikle nakil sonrası ilk yılında olan hastaların korunma konusunda çok daha dikkatli olmaları, stabil hastalarda randevuların ertelenmesi ve teletıp uygulamalarına daha çok yer verilmesi gibi öneriler uygulamada da yer almıştır (Bayrakçı ve Özkan 2020; Ulu ve ark. 2020; Özşaker 2021). Ancak, Covid-19 salgınında korunmaya yönelik uygulanan bu yaşam şekli değişiklikleri, sosyal izolasyon ve karantina önlemlerinin, psikolojik sağlık üzerine olumsuz etkilerinin olduğu da belirtilmektedir (APA 2020; Sønderkov ve ark. 2020; Karademir ve Şahan 2021).

Bu çalışmada, katılımcıların ifadelerine göre öz yönetim sürecinde engelleyiciler temasında “pandeminin olumsuz etkileri” kategorisine ulaşıldı. Bu kategoride katılımcılar tarafından; “kontrollerin aksaması, sürekli evde olmanın getirdiği sorunlar ve sosyal izolasyon” olmak üzere üç kod ifade edildi. Kontrollerin aksaması ile ilgili (K7) katılımcının ifadeleri konuyla ilgili önemli ifadeler içermektedir: *"Nakil sonrası ilk her*

hafta gidiyordum daha sonra bir aya çıkmıştı, zaten kovid olayı ortaya çıkınca uzun bir süre gidemedim, sadece ay, ayda bir bile değildir artık net hatırlayamıyorum ama, 2 ayda bir sanırım sadece kan verip, tahlillerimi mecburen yaptırıp, muayene olmadan telefonla görüşerek, kontrollerimiz devam etti." (K7) Taber ve ark. (2017)'nin randevulara uyumsuzluğu incelediği çalışmasında, kaçırılan randevu oranı %12 ve üzerinde olan bireylerde akut rejeksiyon riskinin 1,5 kat arttığı ve greft fonksiyonunda gecikme riskinin %27 daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Randevulara uyumsuzluk ayrıca, greft kaybı riskinde %71'lik, ölüm riskinde %31'lik artışla ilişkilendirilmiştir (Taber ve ark. 2017). Her ne kadar Taber ve ark. (2017)'nin çalışmasında belirtilen uyumsuzluk, alıcının kendi tercihiyle yaptığı bir davranış biçimi olsa da, pandemi nedeniyle randevulara gidememenin de böbrek nakli sonuçları üzerinde olumsuzluklara neden olabileceği düşünülmektedir. "Sürekli evde olmanın getirdiği sorunlar" konusunda ise katılımcılar, pandemi nedeniyle sürekli evde olmalarının çeşitli sorunlara yol açtığını belirttiler. Belirtilen sorunlar arasında, iş yaşamına devam edememe, sürekli evde olmaya bağlı duygusal baş etme sorunları yaşama, yürüyüş, egzersiz yapamama ve kilo kontrolünde zorlanma gibi konular yer almaktadır. "Sosyal izolasyon" konusunda ise katılımcılar pandemi nedeniyle sosyalleşemediklerini, nakil öncesinde kurdukları hayalleri gerçekleştiremediklerini, aile bireyleri ve sevdikleriyle enfeksiyon riski nedeniyle temas edemediklerini belirterek, sosyal yaşamdan izole olmalarından memnun olmadıklarını ifade ettiler (Şekil 4-3; Şekil 4-5; Tablo 4-16). Pandeminin böbrek nakli alıcılarındaki etkilerini gösteren bu sonuçlar, pandemi nedeniyle biyo-psiko-sosyal olumsuzluklar yaşayan nakil alıcılarına, egzersiz ve kilo kontrolüne yönelik ev içi uygulanabilir planlamaların yapılması, randevularla ilgili bulaşma riskini azaltacak uygulamaların geliştirilmesi ve baş etmeye yönelik psikososyal destek girişimlerinin uygulanmasının gerekli ve önemli olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Böbrek nakli yapılan bireylerde öz yönetim ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla uygulanan bu çalışmanın sonuçları aşağıda belirtilmektedir:

- Böbrek nakli öz yönetim ölçeği (BNÖYÖ)” Türk dili ve kültüründe kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.
- Böbrek nakli alıcılarının BNÖYÖ alt boyut puanlarının, en düşük “cilt kanserinin önlenmesi”, en yüksek “nakil sonrası öz bakım sorumluluğu” alt boyutlarında olduğu belirlendi.
- Böbrek nakli alıcılarının *yaşanan şehir, toplam nakil sayısı, diyaliz süresi, ilk ameliyat yaşı, nakil sonrası süre, eğitim alma durumu ve nakil sonrası hastaneye yatış sayısına* göre BNÖYÖ toplam puan ortalamalarında anlamlı düzeyde farklılıklar olduğu saptandı.
- Böbrek nakli alıcılarının öz yönetim davranışlarına ilişkin deneyimleri, “öz yönetim sürecinde motive ediciler” ve “öz yönetim sürecinde zorluklar ve engelleyiciler” olmak üzere iki tema altında toplandı.
- Böbrek nakli alıcılarıyla yapılan derinlemesine görüşmelerde, “öz yönetim sürecinde motive ediciler” olarak; (1) *destek sistemleri*, (2) *nakil öncesi sağlık sorunlarının/ diyalizin tekrar yaşanmasını istememe*, (3) *kronik bir süreci yönetmeye alışkın olma*, (4) *sağlığı ile ilgili korku duyma*, (5) *ikinci nakille gelen deneyim, farkındalık ve motivasyon artışı* kategorilerine ulaşıldı.
- Böbrek nakli alıcılarıyla yapılan derinlemesine görüşmelerde, “öz yönetim sürecinde zorluklar ve engelleyiciler” olarak; (1) *nakil sonrası komplikasyonlar*, (2) *süreçteki sorunlar nedeniyle motivasyon bozukluğu/ tükenmişlik*, (3) *ilaç yönetiminde zorlanma ve unutkanlık*, (4) *yeterli ve anlaşılır bilgi verilmemesi*, (5) *küçük yaşta olma/ farkında olmama*, (6) *ilerleyen dönemde rahatlama*, (7) *nakil merkezine uzak mesafede olma*, (8) *pandeminin olumsuz etkileri* kategorilerine ulaşıldı.

Tüm bu sonuçlar doğrultusunda böbrek nakli alıcılarına yönelik öz yönetimi geliştirmek amacıyla;

- Böbrek nakli alıcılarının öz yönetim sürecini ve buna bağlı olarak böbrek nakli sonuçlarını iyileştirmek amacıyla, bireylerin biyopsikososyal gereksinimleri göz önünde bulundurulmalı ve bütüncül bakım sağlanması,
- Böbrek nakli alıcılarına yapılan eğitim ve bilgilendirmelerde, anlaşılır bir dil kullanılması, hastanın anladığından emin olunması,
- İlaçların yönetimine yönelik unutkanlık vb. engelleyici faktörlere yönelik elektronik izlem yöntemlerinin geliştirilmesi,
- Öz yönetim sürecinde bireyler sadece ilaç uyumuna yönelik değil, düzenli izlemlere katılma, beslenme, egzersiz, anormal durumların izlemi gibi tüm konularda eğitilmesi ve desteklenmesi,
- Böbrek nakli sonrası, sürece yönelik yaşam değişiklikleri günlük yaşam rutinine dönünceye kadar böbrek nakli alıcıları düzenli izlenmesi ve bu süreçte ilaç alımı, düzenli kontroller, beslenme, egzersiz vb. tüm konularda hastalar daha fazla desteklenmesi,
- Nakil sonrası komplikasyonları daha yoğun yaşayan, özellikle hastaneye tekrarlı yatışları olan bireylere öz yönetim desteği sağlanırken, bireylerin baş etme düzeyinin de tanınması ve gerekirse desteklenmesi,
- Daha küçük yaşta nakil olan bireylerin, yetişkinliğe geçiş sürecinde sorumluluk almaları yönünde desteklenmesi,
- Nakil sonrası uzun süre geçen bireyler, düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler dışında öz yönetim davranışları açısından da değerlendirilmesi, öz yönetimi destekleyici tekrarlayan eğitimler verilmesi,
- Uzak mesafede yaşayan nakil alıcılarıyla güven ilişkisini destekleyici iletişim kurulması, randevu/ kontrol süreçlerinde destekleyici olunması ve mümkünse bulunduğu şehirdeki sağlık kuruluşlarıyla iş birliği yapılması,
- Böbrek nakli alıcılarının destek sistemlerinin değerlendirilmesi, mümkünse diğer böbrek nakilli bireylerle iletişim kurabilecekleri destek gruplarının oluşturulması,
- Pandemi nedeniyle çeşitli zorluklar yaşayan böbrek nakli alıcılarının yaşadığı zorlukların tanınması ve uygun girişimlerin planlanması, önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abramowicz, D., Cochat, P., Claas, F. H., Heemann, U., Pascual, J., Dudley, C. ve Nagler, E. (2015). European Renal Best Practice (ERBP) Guideline on kidney donor and recipient evaluation and perioperative care. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 30(11), 1790-1797.
- Achille, M. A., Ouellette, A., Fournier, S., Vachon, M., Hébert, M. J. (2006). Impact of stress, distress and feelings of indebtedness on adherence to immunosuppressants following kidney transplantation. *Clinical transplantation*, 20(3), 301-306.
- Adams, K., Corrigan, J. M. ve Greiner, A. C. (2004). *1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities*. Washington, DC: National Academies Press.
- Adams, K. ve Corrigan, J.M. (2003). Institute of Medicine Committee on Identifying Priority Areas for Quality. İçinde K. Adams ve J. M. Corrigan (Eds.), *Priority areas for national action: Transforming health care quality*. Washington, DC: National Academies Press; 52-53.
- Akıncı, N. ve Özbaş, A. (2021). Böbrek nakli yapılan hastaların immunsupresif ilaç uyumunu arttırmaya yönelik yapılan uygulamaların etkinliği: Sistematik derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(3), 257-264.
- Akıncı, S. ve Akıncı, N. (2021). Organ naklinde immünolojik uygulamalar. A. Özbaş (Ed.), *Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 17-23.
- Aki, T. (2016). Transplantasyon Cerrahisi. İçinde A. Türkmen (Ed.), *Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 37-44.
- Akin, B. (2016). Retroperitonoskopik verici nefrektomisi; böbrek naklinde vericide karın içi komplikasyonları önleyen güvenli bir teknik. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Transplantasyon Dergisi*, 1(1), 33-34.
- Akkoç, H. (2013). Nakil yapılacak doku ve organların korunması ve taşınması. *ONKOD Transplant & Koordinasyon*, 2, 32-37.
- Akkoç, M. G. ve Aksoy, N. (2021). Validity and reliability of a Turkish version of the relationship and sexuality scale for kidney transplant recipients. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 7(2), 230-238.

- Aktürk, Z. ve Acemoğlu, H. (2012). Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2), 316-319.
- Akyolcu, N. ve Kula Şahin, S. (2021). Organ naklinin tarihsel gelişimi. A. Özbaş (Ed.), *Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 1-5.
- Alasfar, S. ve Avery, R. K. (2020). The impact of COVID-19 on kidney transplantation. *Nature Reviews Nephrology*, 16(10), 568–569.
- Alpar, R. (2012). Geçerlik ve Güvenirlik. *Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. Ankara: Detay Yayıncılık; 408-509.
- Altun Uğraş, G. (2021). Beyin ölümü tanısı konulan hastanın hemşirelik bakımı. A. Özbaş (Ed.), *Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 12-6.
- American Psychiatric Association (APA), (25 March 2020), New Poll: COVID-19 Impacting Mental Well-Being. Erişim Tarihi: 01.04.2022, URL: <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mental-well-being-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adults-are-less-anxious>
- Arafat, S. Y., Chowdhury, H. R., Qusar, M. M. A. S., Hafez, M. A. (2016). Cross-cultural adaptation and psychometric validation of research instruments: A methodological review. *Journal of Behavioral Health*, 5(3), 129-136.
- Baker, R. J., Mark, P. B., Patel, R. K., Stevens, K. K. ve Palmer, N. (2017). Renal association clinical practice guideline in post-operative care in the kidney transplant recipient. *BMC Nephrology*, 18(1), 1-41.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. ve Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177-187.
- Barutçu Ataş, D., Arıkan, H., Alışır Ecdar, S., Çiftçi, H. (2017). Hemodiyaliz ve böbrek nakli hastalarında anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(2), 171-176.
- Bayrakçı, N. ve Özkan, G. (2020). Management of nephrology clinics in COVID-19 Pandemic. *Namık Kemal Medical Journal*, 8(3), 570-578.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. ve Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Been-Dahmen, J. M., Beck, D. K., Peeters, M. A., van der Stege, H., Tielen, M., van Buren, M. C., Ista, Erwin., van Staa, A. ve Massey, E. K. (2019). Evaluating the

- feasibility of a nurse-led self-management support intervention for kidney transplant recipients: a pilot study. *BMC Nephrology*, 20(1), 1-16.
- Been-Dahmen, J. M., Dwarswaard, J., Hazes, J. M., van Staa, A. ve Ista, E. (2015). Nurses' views on patient self-management: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2834–2845.
- Been-Dahmen, J. M., Grijpma, J. W., Ista, E., Dwarswaard, J., Maasdam, L., Weimar, W., van Staa, A. ve Massey, E. K. (2018). Self-management challenges and support needs among kidney transplant recipients: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2393–2405.
- Bek, S., Cengiz, K. (2020). Health Related Quality of Life in Renal Transplantation and Related Parameters. *Kocaeli Medical Journal*, 9(3),14-21.
- Black, C. K., Termanini, K. M., Aguirre, O., Hawksworth, J. S. ve Sosin, M. (2018). Solid organ transplantation in the 21st century. *Annals of Translational Medicine*, 6(20).
- Borsa, J. C., Damásio, B. F. ve Bandeira, D. R. (2012). Cross-cultural adaptation and validation of psychological instruments: some considerations. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 423-432.
- Breda, A., Budde, K., Figueiredo, A., Lledó García, E., Olsburgh, J. ve Regele, H. (2020). EAU guidelines on renal transplantation. European Association of Urology.
- Brito, D. C. S. D., Marsicano, E. O., Grincenkov, F. R. D. S., Colugnati, F. A. B., Lucchetti, G. ve Sanders-Pinheiro, H. (2016). Stress, coping and adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: a comparative study. *Sao Paulo Medical Journal*, 134, 292-299.
- Buttigieg, J., Agius-Anastasi, A., Sharma, A. ve Halawa, A. (2018). Early urological complications after kidney transplantation: An overview. *World Journal of Transplantation*, 8(5), 142-149.
- Bütün, M. ve Demir, S. B. (2020). *Nitel araştırma yöntemleri-Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*. (Çeviri kitap, ed. Creswell, J.W.: *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Büyüköztürk, Ş. (2005). Anket geliştirme. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3 (2), 133-151.
- Caillard, S., Chavarot, N., Francois, H., Matignon, M., Greze, C., Kamar, N. ve ark. (2021). Is Covid-19 infection more severe in kidney transplant recipients? *American Journal of Transplantation*, 21(3), 1295-1303.

- Cedillo-Galindo, H. ve Gracida, C. (2011, November). Barriers and strategies for taking medicines in adult patients with renal transplantation. In *Transplantation Proceedings*, 43(9), 3364-3366.
- Chadban, S. J., Ahn, C., Axelrod, D. A., Foster, B. J., Kasiske, B. L., Kher, V. ve ark. (2020). KDIGO clinical practice guideline on the evaluation and management of candidates for kidney transplantation. *Transplantation*, 104(4S1), S11-S103.
- Chang, Y.H., Lai, Y.H., Tsai, M.K. ve Shun, S.C. (2021). Care needs for organ transplant recipients scale: Development and psychometric testing. *Journal of Renal Care*, 47(2), 123-132.
- Chang, S. ve Jiang, J. (2018, June). Association of body mass index and the risk of new-onset diabetes after kidney transplantation: a meta-analysis. In *Transplantation Proceedings*, 50(5), 1316-1325.
- Chisholm, M. A., Kwong, W. J. ve Spivey, C. A. (2007). Associations of characteristics of renal transplant recipients with clinicians' perceptions of adherence to immunosuppressant therapy. *Transplantation*, 84(9), 1145-1150.
- Chisholm, M. A., Lance, C. E. ve Mulloy, L. L. (2005). Patient factors associated with adherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 62(17), 1775-1781.
- Chisholm-Burns, M. A, Spivey, C. A. ve Wilks, S. E. (2010). Social support and immunosuppressant therapy adherence among adult renal transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 24(3), 312-320.
- Chisholm-Burns, M. A., Spivey, C. A., Rehfeld, R., Zawaideh, M., Roe, D. J. ve Gruessner, R. (2009). Immunosuppressant therapy adherence and graft failure among pediatric renal transplant recipients. *American Journal of Transplantation*, 9(11), 2497-2504.
- Chung, S. Y. (2018). The multidimensional kidney transplant self-management scale: Development and psychometric testing. Indiana University-Purdue University Indianapolis.
- Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101.
- Cooley, W. C. ve Sagerman, P. J., American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians & American College of Physicians. (2011). Supporting the health

- care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*, 128(1), 182-200.
- Couzi, L., Moulin, B., Morin, M. P., Albano, L., Godin, M., Barrou, B. ve ark. (2013). Factors predictive of medication nonadherence after renal transplantation: a French observational study. *Transplantation*, 95(2), 326-332.
- Çakır, Ü. (2016). Posttransplant Erken Dönemde İmmüsupressif İlaç Yönetimi. İçinde A. Türkmen (Ed.), *Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 51-58.
- Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda ölçme- güvenilirlik- geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3), 339-344.
- Çapık, C., Gözüm, S. ve Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(3), 199-210.
- Çelik, A. ve Yıldız, S. (2016). Posttransplant Maligniteler. İçinde: A. Türkmen (Ed.), *Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 141-146.
- Çelik, H. E. ve Yılmaz, V. (2016). *LISREL 9.1 ile Yapısal Eşitlik Modellemesi, Temel Kavramlar- Uygulamalar- Programlama*. (Yenilenmiş 3. baskı). Ankara: Anı Yayıncılık, 23-42.
- Çetin, Ç. (2016). Böbrek nakli alıcılarında öz yönetim ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Antalya.
- Çetin, Ç. ve Cebeci, F. (2021). Böbrek nakli hastasının bakım yönetimi. A. Özbaş (Ed.), *Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 31-8.
- Çoban, Ş., Yıldız, S., Bozkaya, E., Derici, Z. S., Ünlü, M., Çelik, A. ve ark. (2017). Böbrek nakli alıcılarının morbidite, hasta ve greft sağkalımı yönünden değerlendirilmesi: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Deneyimi. *Dialysis and Transplantation Journal*, 26, 1-7.
- De Bleser, L., Matteson, M., Dobbels, F., Russell, C. ve De Geest, S. (2009). Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review. *Transplant International*, 22(8), 780-797.

- Dede, Y. ve Demir, S.B. (2015). *Karma Yöntem Araştırmaları Tasarımı ve Yürütülmesi*. (2. baskı) (Çeviri kitap, ed. Creswell, J.W. ve Plano Clark, V.L.: *Designing and Conducting Mixed Methods Research*), Ankara: Anı Yayıncılık.
- Delmonico, F. L. (2002). Interview with Dr Joseph Murray. *American Journal of Transplantation*, 2(9), 803-806.
- Demet, D., Aksoy, N. ve Kiraz, N. (2018). Nursing care after kidney transplant: case report. *Experimental and Clinical Transplantation*, Suppl 1: 55-60.
- Demonceau, J., Ruppar, T., Kristanto, P., Hughes, D. A., Fargher, E., Kardas, P. ve ark. (2013). Identification and assessment of adherence-enhancing interventions in studies assessing medication adherence through electronically compiled drug dosing histories: a systematic literature review and meta-analysis. *Drugs*, 73(6), 545-562.
- Denhaerynck, K., Dobbels, F., Cleemput, I., Desmyttere, A., Schäfer-Keller, P., Schaub, S. ve De Geest, S. (2005). Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. *Transplant International*, 18(10), 1121-1133.
- Denhaerynck, K., Steiger, J., Bock, A., Schäfer-Keller, P., Köfer, S., Thannberger, N. ve De Geest, S. (2007). Prevalence and risk factors of non-adherence with immunosuppressive medication in kidney transplant patients. *American Journal of Transplantation*, 7(1), 108-116.
- Diniz, G., Tugmen, C. ve Sert, İ. (2019). Türkiye ve dünyada organ transplantasyonu. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 29(1), 1-10.
- Dolgun, E., Özdemir, N., Aydın, Y. ve Ordu, G. (2017). Böbrek nakli sonrası hastaların evde kendilerini koruma konusundaki girişimlerinin incelenmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(3), 271-274.
- Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ (World Health Organization (WHO). (2019). *Process of translation and adaptation of instruments*. Erişim Tarihi: 05.03.2019. URL: https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
- Dwarswaard, J., Bakker, E. J., van Staa, A. ve Boeije, H. R. (2016). Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies. *Health Expectations*, 19(2), 194-208.
- El-Agroudy, A. E., Wafa, E. W., Gheith, O. E., El-Dein, A. B. S. ve Ghoneim, M. A. (2004). Weight gain after renal transplantation is a risk factor for patient and graft outcome. *Transplantation*, 77(9), 1381-1385.

- Elissen, A., Nolte, E., Knai, C., Brunn, M., Chevreul, K., Conklin, A. ve ark. (2013). Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. *BMC Health Services Research*, 13, 117.
- Elsayed, S. (2020). Early urological complications post kidney transplant. *Urol Nephrol Open Access J.*, 8(1):1-4.
- Ercan, İ. ve Kan, İ. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.
- Ertuğrul, G. (2019). Böbrek nakli yapılan hastaların retrospektif analizi. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 2(3), 88-91.
- Esen, B., Atay, A. E., Gökmen, E., Yıldırım, S. ve Şit, D. (2014). Son dönem böbrek yetmezliğinin nadir bir nedeni: Fabry hastalığı. *Ege Tıp Dergisi*, 54(1), 33-35.
- Esin, M.N. (2015). Veri toplama araçlarının güvenirlik ve geçerliği. İçinde: S. Erdoğan, N. Nahcivan ve M.N. Esin (Eds.), *Hemşirelikte Araştırma*. (2nd ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 216-230.
- Eslami, S., Khoshrounejad, F., Golmakani, R., Taherzadeh, Z., Tohidinezhad, F., Mostafavi, S. M. ve Ganjali, R. (2021). Effectiveness of IT-based interventions on self-management in adult kidney transplant recipients: a systematic review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 1-16.
- Fernandez, H. E. ve Foster, B. J. (2022). Long-term care of the pediatric kidney transplant recipient. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 17(2), 296-304.
- Ganjali, R., Taherzadeh, Z., Sabbagh, M. G., Nazemiyan, F., Mamdouhi, F., Tabesh, H. ve ark. (2019). Effect of an interactive voice response system on self-management in kidney transplant recipients: Protocol for a randomized controlled trial. *Medicine*, 98(6).
- Ghadami, A., Memarian, R., Mohamadi, E. ve Abdoli, S. (2012). Patients' experiences from their received education about the process of kidney transplant: a qualitative study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(2 Suppl1), S157.
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R. ve Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 13.
- Goldade, K., Sidhwani, S., Patel, S., Brendt, L., Vigliaturo, J., Kasiske, B. Ahluwalia, J. S., Israni, A. K. (2011). Kidney transplant patients' perceptions, beliefs, and barriers

- related to regular nephrology outpatient visits. *American Journal of Kidney Diseases*, 57(1), 11-20.
- Gordon, E. J., Gallant, M., Sehgal, A. R., Conti, D. ve Siminoff, L. A. (2009). Medication-taking among adult renal transplant recipients: Barriers and strategies. *Transplant International*, 22(5), 534-545.
- Gordon, E. J., Prohaska, T. R. ve Sehgal, A. R. (2008). The financial impact of immunosuppressant expenses on new kidney transplant recipients. *Clinical transplantation*, 22(6), 738-748.
- Grijpma, J. W., Tielen, M., van Staa, A., Maasdam, L., van Gelder, T., Berger, S. P. ve ark. (2016). Kidney transplant patients' attitudes towards self-management support: A Q-methodological study. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 836-843.
- Griva, K., Davenport, A., Harrison, M. ve Newman, S. P. (2012). Non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: intent vs. forgetfulness and clinical markers of medication intake. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(1), 85-93.
- Gül, A., Üstündağ, H. ve Zengin, N. (2010). Böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(1), 7-11.
- Gül, M. C. (2020). Böbrek Transplantasyonunun Erken ve Geç Dönem Cerrahi Komplikasyonları. İçinde M. Dalkılıç (Ed.), *Scientific Developments for Health and Life Sciences*. Gece Kitaplığı, Ankara; 279-286.
- Gündüz, E. S. (2014). Böbrek transplantasyonu yapılan hastaların nakil öncesi ve sonrası psikososyal deneyimleri. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Güngör, Ö., Alp, A., Pembegül, İ. ve Tokgöz, B. (2017). Böbrek naklinde kullanılan yeni immünesupresif ilaçlar. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Drg*, 26(3), 239-45.
- Haberal, M. (1989). Transplantasyonun dünü, bugünü, yarını. *Türkiye Klinikleri*, 9(4), 239-242.
- Haspeslagh, A., De Bondt, K., Kuypers, D., Naesens, M., Breunig, C. ve Dobbels, F. (2013). Completeness and satisfaction with the education and information received by patients immediately after kidney transplant: a mixed-models study. *Progress in Transplantation*, 23(1), 12-22.
- Hatipoğlu, S., Karayurt, Ö., Ordin, Y. S. ve İşeri, Ö. (2017). Türkiye'de organ nakli hemşireliğinin; dünü, bugünü yarını... *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(1), 49-58.

- Headley, C. (2014). *Nursing Management, Acute Kidney Injury and Chronic Kidney Disease*, İçinde S. L. Lewis, S. R. Dirksen, M. M. Heitkemper, L. Bucher ve M. M. Harding. (Eds.), *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. (9th ed.). Mosby, an imprint of Elsevier Inc. Printed in Canada; 1101-1131.
- İnci, M. F., Ozkan, F., See, T. C. ve Tatli, S. (2014). Renal transplant complications: diagnostic and therapeutic role of radiology. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 65(3), 242-252.
- Jamieson, N. J., Hanson, C. S., Josephson, M. A., Gordon, E. J., Craig, J. C., Halleck, F., Budde, K. ve Tong, A. (2016). Motivations, challenges, and attitudes to self-management in kidney transplant recipients: a systematic review of qualitative studies. *American Journal of Kidney Diseases*, 67(3), 461-478.
- Kaballo, M. A., Canney, M., O’Kelly, P., Williams, Y., O’Seaghdha, C. M. ve Conlon, P. J. (2018). A comparative analysis of survival of patients on dialysis and after kidney transplantation. *Clinical Kidney Journal*, 11(3), 389-393.
- Karademir, Ç. ve Şahan, B. (2021). Türkiye’de Covid-19 pandemisinin psikososyal etkileri ve akılcı duygusal davranışçı terapinin ABC modeli çerçevesinde incelenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi*, 4(2), 416-439.
- Karakayali, H. ve Haberal, M. (2005, September). The history and activities of transplantation in Turkey. In *Transplantation Proceedings* (Vol. 37, No. 7, pp. 2905-2908). Elsevier.
- Karakoç, F. Y. ve Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Karaman Özlü, Z. ve Yıldırım, T. (2021). Organ nakli olan hastalarda taburculuk eğitimi. A. Özbaş (Ed.), *Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 74- 80.
- Kasike, B. L., Snyder, J. J., Gilbertson, D. ve Matas, A. J. (2003). Diabetes mellitus after kidney transplantation in the United States. *American Journal of Transplantation*, 3(2), 178-185.
- Keven, K., Aktürk, S. (2016). Transplantasyona Hazırlık-Verici. İçinde A. Türkmen (Ed.), *Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 9-26.
- Khezerloo, S., Mahmoudi, H., Nia, H. S. ve Vafadar, Z. (2019). Predictors of self-management among kidney transplant recipients. *Urology Journal*, 16(4), 366-370.

- Kılıç, S. (2016). Cronbach's alpha reliability coefficient. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6(1), 47.
- Koçak, H. (2016). Posttransplant Erken Dönem Medikal Komplikasyonlar. İçinde A. Türkmen (Ed.), *Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 59-64.
- Kosaka, S., Tanaka, M., Sakai, T., Tomikawa, S., Yoshida, K., Chikaraishi, T. ve Kazuma, K. (2013). Development of self-management scale for kidney transplant recipients, including management of post-transplantation chronic kidney disease. *International Scholarly Research Notices ISRN Transplantation* (published online; 2013). <http://dx.doi.org/10.5402/2013/619754>
- Körpe, G. ve Küçük, L. (2021). Organ nakli olan hastaya psikososyal yaklaşım. A. Özbaş (Ed.), *Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 81-6.
- Kremer, D., Pieters, T. T., Verhaar, M. C., Berger, S. P., Bakker, S. J., van Zuilen, A. D. ve ark. (2021). A systematic review and meta-analysis of COVID-19 in kidney transplant recipients: lessons to be learned. *American Journal of Transplantation*, 21(12), 3936-3945.
- Kuwaiti, S., Ghadami, A. ve Yousefi, H. (2017). Effects of the self-management program on the quality of life among kidney-transplant patients in Isfahan's Hazrat Abolfazl Health and Medical Charity in 2015. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(6), 1607.
- Landreneau, K., Lee, K. ve Landreneau, M. D. (2010). Quality of life in patients undergoing hemodialysis and renal transplantation-a meta-analytic review. *Nephrology Nursing Journal*, 37(1), 37.
- Lennerling, A. ve Forsberg, A. (2012). Self-reported non-adherence and beliefs about medication in a Swedish kidney transplant population. *The Open Nursing Journal*, 6, 41.
- Lenz, A. S., Gómez Soler, I., Dell'Aquila, J. ve Uribe, P. M. (2017). Translation and cross-cultural adaptation of assessments for use in counseling research. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 50(4), 224-231.
- Lewis, S. R. (2014). Altered Immune Responses and Transplantation. İçinde S. L. Lewis, S. R. Dirksen, M. M. Heitkemper, L. Bucher ve M. M. Harding (Eds.), *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. (9th ed.). Mosby, an imprint of Elsevier Inc. Printed in Canada; 220.

- López-Oliva, M. O., Flores, J., Madero, R., Escuin, F., Santana, M. J., Bellón, T., Selgas, R. ve Jiménez, C. (2017). Cytomegalovirus infection after kidney transplantation and long-term graft loss. *Nefrología (English Edition)*, 37(5), 515-525.
- Lorig, K. R. ve Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Low, J. K., Williams, A., Manias, E. ve Crawford, K. (2015). Interventions to improve medication adherence in adult kidney transplant recipients: a systematic review, *Nephrology Dialysis Transplantation*, 30(5), 752–761.
- Maasdam, L., Timman, R., Cadogan, M., Tielen, M., van Buren, M. C., Weimar, W. ve Massey, E. K. (2022). Exploring health literacy and self-management after kidney transplantation: A prospective cohort study. *Patient Education and Counseling*, 105(2), 440-446.
- Massey, E. K., Tielen, M., Laging, M., Timman, R., Beck, D. K., Khemai, R., van Gelder, T. ve Weimar, W. (2015). Discrepancies between beliefs and behavior: a prospective study into immunosuppressive medication adherence after kidney transplantation. *Transplantation*, 99(2), 375-380.
- Matas, A. J., Gillingham, K. J., Humar, A., Kandaswamy, R., Sutherland, D. E. R., Payne, W. D., Dunn, T. B. ve Najarian, J. S. (2008). 2202 Kidney transplant recipients with 10 years of graft function: what happens next? *American Journal of Transplantation*, 8(11), 2410-2419.
- Matteson-Kome, M. L., Ruppar, T. ve Russell, C. (2016). Attainment of the elusive: Attributions for long-term success in kidney transplantation. *Progress in Transplantation*, 26(2), 162-171.
- McDonald, M. (2015). Nursing Care of Patients with Disorders of the Urinary System. İçinde L. S. Williams ve P. D. Hopper (Eds.), *Understanding Medical Surgical Nursing*. (5th ed.). F. A. Davis Company. Printed in the USA.
- McGrath, I. (2017). Management of patients with kidney disorders. In: *Smeltzer & Bare's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. (Eds. Maureen Farrel). 4th ed and New Zealand Ed. Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins. Printed in China. 1259-1263.
- Mertkan, Ş. (2015). *Karma Araştırma Tasarımı*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Mohamed, M., Soliman, K., Pullalarevu, R., Kamel, M., Srinivas, T., Taber, D., ve Salas, M. A. P. (2021). Non-adherence to appointments is a strong predictor of medication

- non-adherence and outcomes in kidney transplant recipients. *The American Journal of the Medical Sciences*, 362(4), 381-386.
- Moons, P., Vanrenterghem, Y., Van Hooff, J. P., Squifflet, J. P., Margodt, D., Mullens, M., Thevissen, I. ve De Geest, S. (2003). Health-related quality of life and symptom experience in tacrolimus-based regimens after renal transplantation: a multicentre study. *Transplant International*, 16(9), 653-664.
- Moos, R. H. ve Holahan, C. J. (2007). Adaptive tasks and methods of coping with illness and disability. İçinde E. Martz ve H. Livned (Eds.), *Coping with Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical and Clinical Aspects*. New York, NY: Springer; 107-126.
- Muehrer, R. J. ve Becker, B. N. (2005). Life after transplantation: new transitions in quality of life and psychological distress. *Seminar in Dialysis. Blackwell Synergy*, 18(2), 124-131.
- Ndemera, H. ve Bhengu, B. (2017). Motivators and barriers to self-management among kidney transplant recipients in selected state hospitals in South Africa: A qualitative study. *Health Science Journal*, 11(5), 1-13.
- Ndemera, H. ve Bhengu, B.R. (2019). Factors that influence the durability of transplanted kidneys in South Africa. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, 21(2), 18.
- Newsletter Transplant: International figures on donation and transplantation 2017 (International Figures on Organ, Tissue & Hematopoietic Stem Cell Donation & Transplantation Activities. Documents Produced by The Council of Europe European Committee (Partial Agreement) On Organ Transplantation (CD-P-TO). YEAR 2017. Editor: Beatriz Domínguez-Gil & Rafael Matesanz, 2018(23). Erişim Tarihi: 18.12.2020 URL: <https://www.tonv.org.tr/wp-content/uploads/2019/05/organ-nakli-istatistikler-2018.pdf>
- Nicoletto, B. B., Fonseca, N. K., Manfro, R. C., Gonçalves, L. F. S., Leitão, C. B. ve Souza, G. C. (2014). Effects of obesity on kidney transplantation outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Transplantation*, 98(2), 167-176.
- Nöhre, M., Schieffer, E., Hanke, A., Pape, L., Schiffer, L., Schiffer, M. ve de Zwaan, M. (2020). Obesity after kidney transplantation-results of a KTx360° substudy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 399.

- Oğuz Savran, F. (2016). Transplantasyon İmmünolojisi. İçinde A. Türkmen (Ed.), *Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 27-36.
- Orazio, L., Chapman, J., Isbel, N. M. ve Campbell, K. L. (2014). Nutrition care for renal transplant recipients: an evaluation of service delivery and outcomes. *Journal of Renal Care*, 40(2), 99-106.
- Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında 29/5/1979 tarihli Kanun ve 15.11.2018 tarihli ek madde (Ek:15/11/2018-7151/16 md.) (Erişim Tarihi: Haziran, 2021, URL: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2238.pdf>)
- Ortiz-Gutiérrez, S. ve Cruz-Avelar, A. (2018). Translation and cross-cultural adaptation of health assessment tools. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 109(3), 202-206.
- Ören, E. ve Sucu Dağ, G. (2020). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Böbrek Nakli Yapılmış Hastaların İmmünespresif Tedaviye Uyum Düzeylerinin Belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(Ek sayı), 1-9.
- Özbaş, A. (2017). Organ naklinde (transplantasyonda) bakım. İçinde N. Akyolcu, N. Kanan, G. Aksoy (Eds.), *Cerrahi Hemşireliği II*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 673-710.
- Özşaker, E. (2021). Böbrek Nakli: Covid-19 Etkisi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 352-360.
- Pazar, B., Yava, A. ve Genç, H. (2013). Eşler arası renal transplantasyonda hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(1), 150-155.
- Rangaswami, J., Mathew, R. O., Parasuraman, R., Tantisattamo, E., Lubetzky, M., Rao, S. ve ark. (2019). Cardiovascular disease in the kidney transplant recipient: epidemiology, diagnosis and management strategies. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 34(5), 760-773.
- Rebafka, A. (2016). Medication adherence after renal transplantation-a review of the literature. *Journal of Renal Care*, 42(4), 239-256.
- Richard, A.A. ve Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264.
- Richmond, R. S. ve Connolly, M. (2021). Delineation of self-care and associated concepts. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1576-1588.
- Rosoa, C.C. ve Kruse, M. H. L. (2017). Life on Facebook: self-care in renal transplantation patients. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 38(2).

- Sağduyu, A., Şentürk, V., Sezer, S., Emiroğlu, R. ve Özel, S. (2006). Hemodiyalize giren ve böbrek nakli yapılan hastalarda ruhsal sorunlar, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 22-31.
- Salgın Sürecinin Organ Nakli Sayılarına Olumsuz Etkileri, Türk Böbrek Vakfı. Erişim Tarihi: Eylül, 2021. URL: <https://www.tbv.com.tr/bobrek-sagligi/salgin-surecinin-organ-nakli-sayilarina-olumsuz-etkileri/>
- Santos, C. M. D., Kirchmaier, F. M., Silveira, W. J. ve Arreguy-Sena, C. (2015). Perceptions of nurses and clients about nursing care in kidney transplantation. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(4), 337-343.
- Schäfer-Keller, P., Dickenmann, M., Berry, D. L., Steiger, J., Bock, A. ve De Geest, S. (2009). Computerized patient education in kidney transplantation: Testing the content validity and usability of the Organ Transplant Information System (OTIS™). *Patient Education and Counseling*, 74(1), 110-117.
- Scheel, J. F., Schieber, K., Reber, S., Stoessel, L., Waldmann, E., Jank, S. ve ark. (2018). Psychosocial variables associated with immunosuppressive medication non-adherence after renal transplantation. *Frontiers in Psychiatry*, 9-23.
- Schmid-Mohler, G., Schäfer-Keller, P., Frei, A., Fehr, T. ve Spirig, R. (2014). A mixed-method study to explore patients' perspective of self-management tasks in the early phase after kidney transplant. *Progress in Transplantation*, 24(1), 8-18.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R. ve ark. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136-144.
- Seçer, İ. (2017). *SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi & Analiz Raporlaştırma*. Ankara: Anı Yayıncılık. 59-66; 171-182; 201-208.
- Seçer, İ. (2015). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Seyahi, N. (2016). Posttransplant Kardiovasküler Sorunlar. İçinde A. Türkmen (Ed.), *Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 115-120.
- Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I. ve Østergaard, S. D. (2020). The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*, 32(4), 226-228.
- Soylu, D. ve Ortabağ, T. (2017). Böbrek transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(2), 215-221.

- Sözbilir, M. (2017). *Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş*. (Çeviri kitap, ed. Creswell, J. W.: *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Stallone, G., Infante, B. ve Grandaliano, G. (2015). Management and prevention of post-transplant malignancies in kidney transplant recipients. *Clinical Kidney Journal*, 8(5), 637-644.
- Şahin, S. (2016). Posttransplant Erken Dönemde Sıvı Elektrolit Takibi. İçinde A. Türkmen (Ed.), *Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 45-50.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü- Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı. *Nakil Sayıları Raporu, 2018 Verileri*. Erişim 05.11.2018, URL: <https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor.aspx?q=ORGANNAKLI>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Transplantasyon, Diyaliz ve İzlem Sistemleri (TTDİS) Karar Destek Sistemi. Erişim Tarihi: Eylül, 2021. URL: https://organkds.saglik.gov.tr/dss/PUBLIC/Transplant_Kidney.aspx
- Taber, D. J., Fleming, J. N., Fominaya, C. E., Gebregziabher, M., Hunt, K. J., Srinivas, T. R. ve ark. (2017). The impact of health care appointment non-adherence on graft outcomes in kidney transplantation. *American Journal of Nephrology*, 45(1), 91-98.
- Takemoto, S. K., Pinsky, B. W., Schnitzler, M. A., Lentine, K. L., Willoughby, L. M., Burroughs, T. E. ve Bunnapradist, S. (2007). A retrospective analysis of immunosuppression compliance, dose reduction and discontinuation in kidney transplant recipients. *American Journal of Transplantation*, 7(12), 2704-2711.
- Taktak, A. ve Çakar, N. (2015). Kalıtsal kistik böbrek hastalıklarına yaklaşım. *Güncel Pediatri*, 13(1), 40-45.
- Taner, S., Güneş, S., Bozkaya, H., Kiliç, M. A., Bulut, İ. K., Keskinoglu, A. ve ark. (2020). Böbrek nakli sonrası önemli bir komplikasyon: transplant renal arter stenozu. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 14, 528-530.
- Taşkıran, E., Erbaş, O. ve Akar, H. (2016). Böbrek naklinde kullanılan immünsüpresif tedaviler. *FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi*, 1(1), 48-52.
- Tavşancıl, E. (2018). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. 6. Basım, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Tay, M. (2016). Türkiye’de doku ve organ naklinin önemi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(3), 106-110.

- Teo, S.H., Lee, K.G., Lim, G.H., Koo, S.X., Ramirez, M.E., Chow, K.Y. ve Kee, T. (2019). Incidence, risk factors and outcomes of malignancies after kidney transplantation in Singapore: a 12-year experience. *Singapore Medical Journal*, 60(5), 253.
- The Global Database on Donation and Transplantation, Erişim 05.11.2018, URL: <http://www.transplant-observatory.org/>
- Thiruchelvam, P. T., Willicombe, M., Hakim, N., Taube, D. ve Papalois, V. (2011). Renal transplantation. *Bmj*, 343.
- Töz, H. (2016). Transplantasyona Hazırlık-Alıcı. İçinde A. Türkmen (Ed.), *Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 1-8.
- Traitanon, O. ve Gallon, L. (2017). Indications for Renal Transplantation: Evaluation of Transplant Candidates. İçinde *Kidney Transplantation, Bioengineering and Regeneration*. Academic Press; 187-197.
- Trevitt R., Dunsmore V., Murphy F., Piso L., Perriss C., Englebright B., Chamney M. (2012). Pre- and post-transplant care: nursing management of the renal transplant recipient: part 2. *Journal of Renal Care*, 38(2), 107-114.
- Tuncer, M. ve Khorshid, L. (2018). Böbrek nakli hastalarında immünosüpresan tedaviye uyum ve hemşirenin sorumlulukları. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 13(1), 26-31.
- Türkiye İstatistik Kurumu, TÜİK (2021). Bitirilen eğitim düzeyine göre nüfusun dağılımı (2008-2021; 25+ yaş). Erişim Tarihi: Mayıs, 2022. URL: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Egitim,-Kultur,-Spor-ve-Turizm-105>
- Tüzüner, A. Çelik, S.U. (2016). Posttransplant Erken Dönem Cerrahi Komplikasyonlar. İçinde A. Türkmen (Ed.), *Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 83-90.
- Uğurlu, S., Marşan, E., Kahveci, A. ve Candan, F. (2007). İki erkek kardeşde eş zamanlı kronik böbrek yetmezliği olası nedeni: Alport Sendromu. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 175-178.
- Ulu, S., Gungor, O., Gok Oguz, E., Hasbal, N. B., Turgut, D. ve Arici, M. (2020). COVID-19: a novel menace for the practice of nephrology and how to manage it with minor devastation? *Renal Failure*, 42(1), 710-25.

- Ünver, S. ve Yıldız Fındık, Ü. (2021). Organ naklinde immünsupresif tedavi ve bakım. A. Özbaş (Ed.), *Organ Nakilleri ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 24- 30.
- Üstündağ, H., Gül, A., Zengin, N. ve Aydın, M. (2007). Böbrek nakli yapılan hastalarda yaşam kalitesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(6), 117-126.
- Van Arendonk, K. J., James, N. T., Boyarsky, B. J., Garonzik-Wang, J. M., Orandi, B. J., Magee, J. C. ve ark. (2013a). Age at graft loss after pediatric kidney transplantation: exploring the high-risk age window. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 8(6), 1019-1026.
- Van Arendonk, K. J., James, N. T., Orandi, B. J., Garonzik-Wang, J. M., Smith, J. M., Colombani, P. M., ve Segev, D. L. (2013b). Order of donor type in pediatric kidney transplant recipients requiring retransplantation. *Transplantation*, 96(5), 487.
- Van Arendonk, K. J., Wang, J. M. G., Deshpande, N. A., James, N. T., Smith, J. M., Montgomery, R. A., Colombani, P. M. ve Segev, D. L. (2013c). Practice patterns and outcomes in retransplantation among pediatric kidney transplant recipients. *Transplantation*, 95(11), 1360.
- Van Hooft, S. M., Dwarswaard, J., Jedeloo, S., Bal, R. ve van Staa, A. (2015). Four perspectives on self-management support by nurses for people with chronic conditions: a Q-methodological study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 157-166.
- Vankova, B., Mala-Ladova, K., Kubena, A. A., Maly, J. ve Sulkova, S. D. (2018). Immunosuppressive therapy related adherence, beliefs and self-management in kidney transplant outpatients. *Patient Preference and Adherence*, 12, 2605-2613.
- Voora, S. ve Adey, D. B. (2019). Management of kidney transplant recipients by general nephrologists: core curriculum 2019. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(6), 866-879.
- Webster, A. C., Craig, J. C., Simpson, J. M., Jones, M. P., Chapman, J. R., (2007). Identifying high risk groups and quantifying absolute risk of cancer after kidney transplantation: a cohort study of 15,183 recipients. *American Journal of Transplantation*. 7(9), 2140-2151.
- Weng, L. C., Dai, Y. T., Huang, H. L. ve Chiang, Y. J. (2010). Self-efficacy, self-care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. *Journal of Advanced Nursing*, 66(4), 828–838.

- Whittaker, C., Dunsmore, V., Murphy, F., Rolfe, C. ve Trevitt, R. (2012). Long-term care and nursing management of a patient who is the recipient of a renal transplant. *Journal of Renal Care*, 38(4), 233-240.
- Xie, J., Liu, J., Liu, M., Yan, J., Ding, S. ve Ma, K. (2019, April). Self-management and related psychosocial variables among renal transplant patients. In *Transplantation Proceedings* (Vol. 51, No. 3, pp. 734-741). Elsevier.
- Yazbek, D. C., de Carvalho, A. B., Barros, C. S., Marcassi, A. P., Pestana, J. O. M., Fachini, F. C., Cassiolato, J. L. ve Canziani, M. E. F. (2012, December). Cardiovascular disease in early kidney transplantation: comparison between living and deceased donor recipients. In *Transplantation proceedings*, (Vol. 44, No. 10, pp. 3001-3006). Elsevier.
- Yelken, B. (2016). Antikor aracılı rejeksiyon. İçinde A. Türkmen (Ed.), *Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 73-82.
- Yılmaz Bengoa, Ş. (2013). Lenfoproliferatif Hastalıklarda Ayırıcı Tanı ve Tedavi. XXXIX. Ulusal Hematoloji Kongresi, 23-26 Ekim 2013, Antalya, 41-45.
- Yılmaz, M. (2016). Akut hücresele rejeksiyon ve tedavisi. İçinde A. Türkmen (Ed.), *Türk Nefroloji Derneği Transplantasyon Nefrolojisi-Pratik Uygulama Önerileri*. Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic. Ankara; 65-71.
- Yörük, Ö., Keleş, M., Uyanık, A., Özkan, Ö., Bingöl, F., Emre, H. ve ark. (2007). Böbrek nakli olan hastalarda kulak burun boğaz bulguları. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 39(1), 8-10.
- Zhu, Y., Zhou, Y., Zhang, L., Zhang, J. ve Lin, J. (2017). Efficacy of interventions for adherence to the immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: a meta-analysis and systematic review. *Journal of Investigative Medicine*, 65(7), 1049-1056.

FORMLAR

EK 1: ÖLÇEK KULLANIM İZİN YAZISI: “Kidney Transplant Self-Management Scale” ölçeğinin yazarı Shu-Yu Chung’tan ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması ve kullanımını için alınan izin.



Chung, Shu-Yu <shuchung@iu.edu>

Alici: Eileen, ben ▼

8 Kas 2018 09:08 ☆ ↩ ⋮

Dear Gozde,

Thank you for your email. I appreciate your interest in adapting and testing the 16-item KT-SM scale in Turkish kidney transplant recipients. Yes, you can adapt and test the KT-SM scale in your study. I would very much like to know how your study goes and ask that you please share your study results with me . Best wishes for your dissertation study and PhD process. Please feel free to contact me if you have any further questions or concerns.

Best Regards,

Shu-Yu

EK 2: KURUM İZİN YAZISI:

Tarih ve Sayı: 21.03.2019-65623	
	
T.C. İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı	
	
Sayı :89969066-044- Konu :Şerife Gözde TÖTÜNCÜ'nün Anket Çalışması	
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü	
İlgili :20.12.2018 tarih ve 56806 sayılı yazınız.	
Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Şerife Gözde TÖTÜNCÜ'nün "Böbrek Nakli Yapılan Bireylerde Öz-Yönetim ve İlişkili Faktörler" başlıklı anket çalışmasını, Fakültemizin İç Hastalıkları Anabilim Dalında uygulamasına 20.03.2019 tarihinde toplanan Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.	
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.	
e-İmza Prof. Dr. Ayşin KALE Dekan Yardımcısı	
EK : 20.03.2019 Tarihli Yönetim Kurulu Kararı	
21/03/2019 Tekn. : E.BÖHÜRLER 21/03/2019 Fak.Sek. : E.AYDIN	
Doğrulamak için: http://194.27.128.88/enveston/SorgulaBelgedogrulama.aspx?V=BEL67DC04	
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL. Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93 e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : http://istanbultip.istanbul.edu.tr	
Ayrıntılı bilgi için lütfen : Emel DÖHÜRLER Dahili : 31387	
	
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.	

EK 3:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ İZİN FORMU

Araştırmanın Başlığı: Böbrek Nakli Yapılan Bireylerde Öz-Yönetim ve İlişkili Faktörler

Bu bilgilendirilmiş gönüllü izin formu, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ~~Nefroloji~~ Nefroloji Bilim Dalı, Transplantasyon Polikliniği'nde yapılacak olan, "Böbrek Nakli Yapılan Bireylerde Öz-Yönetim ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırmaya davet etmek üzere hazırlanmıştır. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın amacını ve nasıl yapılacağını anlamanız ve katılıp katılmama doğrultusundaki kararınızı bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir.

Araştırma hakkında sözlü olarak size aktarılabilecek bilgiler, yazılı olarak da size bu metinde sunulacaktır. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz lütfen son bölümü imzalayınız. |

Bu çalışma; böbrek nakli yapılan bireylerde nakil sonrası öz-yönetim düzeylerini ve öz-yönetimle ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlandı. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır.

- *Çalışmanın ilk aşamasında veri toplama formu verilerle doldurmanız istenmektedir. Uygulanacak bu formlar yaklaşık 10-15 dakikanızı alacaktır. Doldurulan formlar araştırmacı tarafından geri toplanacaktır. Elde edilen bilgiler, bireylerin adı saklı tutularak bilimsel olarak kullanılacak, kimliğiniz gizli tutulacaktır.*
- *Çalışmanın ikinci aşamasında yer alma durumunuz, ilk aşamada elde edilen verilerin sonuçlarına göre oluşturulacaktır. İkinci aşamada yer alacağınız iletilirse, görüntülü görüşme yöntemi ile yaklaşık 20-25 dakikalık bir görüşme yapılacaktır ve nakil sürecine ilişkin soruları yanıtlamanız istenmektedir. Bu süreçte görüntülü görüşme kayıt altına alınacak olup, kayıt sonrası yazıya dönüştürülen bilgiler, bireylerin adı saklı tutularak bilimsel olarak kullanılacak, kimliğiniz gizli tutulacaktır.*

Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı izin vermiş olmanıza karşın, çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Çalışmada yer aldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi, çalışma sırasında araştırma amacıyla sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Katılımcının Beyanı

"Böbrek Nakli Yapılan Bireylerde Öz-Yönetim ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya "gönüllü" olarak katılmak üzere davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin, gizlilik içinde, bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile korunacağı güvencesi verildi. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladım ve bu anlamaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde gönüllü olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun bir örneğinin bana verileceğini de biliyorum.

Katılımcının:

Adı Soyadı : _____

Tarih: _____

İmzası: _____

Telefon : _____

Adres : _____

Araştırmacılar:

Prof. Dr. Ayfer Özbaş _____

Tarih: _____

İmza: _____

İ.Ü.C. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıklardan Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: _____

Arş. Gör. Ş. Gözde Tütüncü _____

Tarih: _____

İmza: _____

İ.Ü. C. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıklardan Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: _____

EK 4:

TANITICI ÖZELLİKLER/BİLGİ FORMU

Tarih:

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ ErkekMedeni Durumunuz: ☐ Bekar ☐ EvliEğitim Durumunuz: ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu

Şu anda çalışma durumunuz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- ☐ Tam zamanlı çalışıyorum (Belirtiniz:)
- ☐ Yarı zamanlı (part-time) çalışıyorum (Belirtiniz:)
- ☐ Emekliyim
- ☐ Öğrenciyim
- ☐ Herhangi bir işte çalışmıyorum

Yaşadığınız şehir:

Aylık gelir durumunuz: ☐ Gelirim yok ☐ Gelirim giderimden az
☐ Gelirim giderimle eşit ☐ Gelirim giderimden fazla

Şu anda birlikte yaşadığınız kişiler (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- ☐ Yalnız yaşıyorum ☐ Annemle ☐ Babamla ☐ Kardeşimle
- ☐ Eşimle ☐ Çocuğumla ☐ Diğer (.....)

Bakımda yükümlü olduğunuz kişiler (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- ☐ Kimse yok ☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Diğer (.....)

Böbrek nakli ameliyat tarihiniz:

Nakil ameliyatını olduğunuz hastane:

Nakil yapılan böbrek nasıl temin edildi? ☐ Kadavradan ☐ Canlıdan

Canlıdan ise nakil yapılan böbrek vericisini tanıyor musunuz?

- ☐ Hayır ☐ Evet (Yakınlık durumunuzu belirtiniz:)

Daha önce de böbrek nakli ameliyatı oldunuz mu?

- ☐ Hayır ☐ Evet (Son ameliyatla beraber toplam kaç kez nakil yapıldı?.....)

Böbrek yetmezliğine neden olan durum/ hastalık neydi?

- ☐ Nedenini Bilmiyorum ☐ Nedeni Bulunamada
- ☐ Hipertansiyon (yüksek tansiyon) ☐ Diyabet (şeker hastalığı)
- ☐ Kronik Glomerulonefrit ☐ İnterstisiyel nefrit/piyelonefrit
- ☐ Hemolitik Üremik Sendrom (HÜS) ☐ Böbreğe zarar veren ilaç kullanımı
- ☐ Vezikoüreteral reflü (VUR) ☐ Böbrek taşı (Nefrolitiazis)
- ☐ Böbreğin kistik hastalıkları ☐ Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF Hastalığı)
- ☐ Diğer (Belirtiniz:)

Nakil sonrası yeniden hastaneye yatmanızı gerektirecek bir durum oldu mu?

- ☐ Hayır ☐ Evet (Nedeni belirtiniz: Yatış sayısı:.....)

Böbrek nakli öncesi dönemde diyalize girdiniz mi?

- ☐ Diyalize girmedim
☐ Hemodiyalize girdim (Süresi:.....)
☐ Periton diyalizine girdim (Süresi:)

Nakil sonrası sürece ilişkin eğitim/ bilgilendirme aldınız mı?

- ☐ Hayır, eğitim ya da bilgilendirme almadım.
☐ Evet, aşağıda işaretlediğim konularda eğitim/ bilgilendirme aldım.
☐ İlaç kullanımı | ☐ Egzersiz ☐ Beslenme/ diyet
☐ Nakil sonrası süreç ve rutin kontroller
☐ Enfeksiyonlardan korunma ve sosyal yaşam
☐ Çalışma ve günlük yaşam
☐ Vücutta, ciltte oluşabilecek değişiklikleri izleme, korunma
☐ Hastaneye başvurmayı gerektiren durumlar
☐ Diğer (Belirtiniz:)

Eğitim/ bilgilendirme yapıldıysa kim tarafından yapıldı?

- ☐ Hemşire ☐ Hekim ☐ Nakil koordinatörü ☐ Diğer (.....)

Böbrek yetmezliğine neden olan durumu dışında başka bir hastalığınız mevcut mudur?

- ☐ Başka hastalığım yoktur.
☐ Hipertansiyon (Süresi:) (*Örneğin: 5 yıldır ya da 2015'ten beri vb.*)
☐ Diyabet (Süresi:)
☐ Kalp/ damar hastalıkları (Belirtiniz: Süresi:.....)
☐ Solunum/ akciğer hastalıkları (Belirtiniz: Süresi:.....)
☐ Ülser, gastrit/ mide hastalıkları (Belirtiniz: Süresi:.....)
☐ Bağırsak hastalıkları (Belirtiniz: Süresi:.....)
☐ Kan hastalıkları, anemi/ kansızlık (Belirtiniz: Süresi:.....)
☐ Ciltle ilgili hastalıklar (Belirtiniz: Süresi:.....)
☐ Romatizmal hastalıklar (Belirtiniz: Süresi:.....)
☐ Depresyon, psikiyatrik sorunlar (Süresi:.....)
☐ Diğer (Belirtiniz: Süresi:.....)

Ailenizde başka herhangi bir kişide böbrek hastalığı var mı?

- ☐ Hayır ☐ Evet (Yakınlık derecenizi belirtiniz

Ailenizde böbrek nakli bekleyen ya da böbrek nakli ameliyatı geçiren başka biri var mı?

- ☐ Hayır ☐ Evet (Yakınlık derecenizi belirtiniz

EK 5: THE KIDNEY TRANSPLANT SELF-MANAGEMENT SCALE

This survey is designed to understand how kidney transplant recipients take care of their transplanted kidney. We are particularly interested in finding out what people do at home to make their kidney last longer so they live a healthier life. Please mark the number that corresponds with your level of agreement/disagreement.

Questions	Strongly Disagree 1	Disagree 2	Neutral 3	Agree 4	Strongly Agree 5
Medication management (3 items)					
1. I call my transplant team if my antirejection pills make me sick.					
2. I take my antirejection pills as instructed by my transplant doctor.					
3. I tell my transplant doctor about problems and concerns with my antirejection pills.					
Cardiovascular disease risk reduction (4 items)					
4. I eat low fat foods like chicken, poultry, lean meats, or low-fat dairy products most of the time.					
5. I avoid eating sweets, fried foods and other high calorie foods most of the time.					
6. I read food labels most of the time.					
7. I exercise for at least 5 times per week.					
Protecting the new kidney (4 items)					
8. I limit alcoholic drinks to no more than one drink per day.					
9. I call my transplant doctor if I urinate (pee) less than usual.					
10. I call my transplant team if I gain more than 4 pounds in one day.					
11. I call my transplant doctor when I have signs of an infection like fever, flu-like symptoms					
Ownership of post-transplant self-care (2 items)					
12. I keep every appointment with my transplant doctor.					
13. I keep my blood (lab) test appointments.					
Skin cancer prevention (3 items)					
14. I use sunscreen when outdoors					
15. I examine (look at carefully) my skin and lips at least once a month					
16. I call my transplant doctor if there is a change or suspicious lesion on my lips or skin					

EK 6: BÖBREK NAKLİ ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ - Form 1 (İlk versiyon)

Bu ölçek, böbrek nakli yapılan bireylerin, nakledilen böbreklerinin bakımlarını nasıl yaptıklarını anlamak için tasarlanmıştır. Özellikle, bireylerin böbreklerinin yaşam süresini daha çok uzatabilmek ve bu sayede daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için evde hangi uygulamaları yaptıklarını öğrenmeye çalışıyoruz. Lütfen katılma/ katılmama düzeyinize uygun olan numarayla işaretleyiniz.

Sorular	Kesinlikle Katılmıyorum 1	Katılmıyorum 2	Kararsızım 3	Katılıyorum 4	Kesinlikle Katılıyorum 5
1. Organ reddini önlemek için kullandığım ilaçlar beni rahatsız ederse nakil ekibime (nakil polikliniğine) ulaşırım.					
2. Organ reddini önleyen ilaçlarımı, organ nakli doktorumun önerdiği şekilde kullanırım.					
3. Organ reddini önleyen ilaçlarımla ilgili problemlerimi ve endişelerimi organ nakli doktoruma anlatırım.					
4. Çoğunlukla tavuk, kümes hayvanları, yağsız et ürünleri gibi az yağlı yiyecekler veya az yağlı süt ürünleri tüketirim.					
5. Çoğu zaman tatlılar, kızartılmış yiyecekler ve diğer yüksek kalorili yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
6. Çoğu zaman yiyeceklerin etiketlerini okurum.					
7. Haftada en az 5 kez egzersiz yaparım.					
8. Alkollü içecekleri günde bir içkiden (bir kadeh) fazla olmayacak şekilde sınırlandırırım.					
9. Normalden daha az idrar yaparsam, organ nakli doktorumu ararım.					
10. Bir günde, yaklaşık 2 kilogramdan fazla kilo alırsam organ nakli doktorumu ararım.					
11. Ateş ve grip benzeri semptomlar gibi enfeksiyon belirtilerim olduğunda organ nakli doktorumu ararım.					
12. Organ nakli doktorumla olan tüm randevularıma uyarım.					
13. Kan (laboratuvar) testi için verilen randevularıma uyarım.					
14. Açık havada güneş kremi kullanırım.					
15. En az ayda bir kez cildimi ve dudaklarımı (dikkatlice bakarak) kontrol ederim.					
16. Dudaklarımda veya cildimde bir değişiklik veya şüpheli bir lezyon olduğunda organ nakli doktorumu ararım.					

EK 7: BÖBREK NAKLİ ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, böbrek nakli yapılan bireylerin, nakledilen böbreklerinin bakımlarını nasıl yaptıklarını anlamak için tasarlanmıştır. Özellikle, bireylerin böbreklerinin yaşam süresini daha çok uzatabilmek ve bu sayede daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için evde hangi uygulamaları yaptıklarını öğrenmeye çalışıyoruz. Lütfen katılma/ katılmama düzeyinize uygun olan numarayı işaretleyiniz.

Sorular	Kesinlikle Katılmıyorum 1	Katılmıyorum 2	Kararsızım 3	Katılıyorum 4	Kesinlikle Katılıyorum 5
1. Organ reddini önlemek için kullandığım ilaçlar beni rahatsız ederse nakil ekibime (nakil polikliniğine) ulaşırım.					
2. Organ reddini önleyen ilaçlarımı, organ nakli doktorumun önerdiği şekilde kullanırım.					
3. Organ reddini önleyen ilaçlarımla ilgili problemlerimi ve endişelerimi organ nakli doktoruma anlatırım.					
4. Çoğunlukla tavuk, kümes hayvanları, yağsız et ürünleri gibi az yağlı yiyecekler veya az yağlı süt ürünleri tüketirim.					
5. Çoğu zaman tatlılar, kızartılmış yiyecekler ve diğer yüksek kalorili yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
6. Çoğu zaman yiyeceklerin etiketlerini okurum.					
7. Haftada en az 5 kez egzersiz yaparım.					
8. Normalden daha az idrar yaparsam, organ nakli doktorumu ararım.					
9. Bir günde, yaklaşık 2 kilogramdan fazla kilo alırsam organ nakli doktorumu ararım.					
10. Ateş ve grip benzeri semptomlar gibi enfeksiyon belirtilerim olduğunda organ nakli doktorumu ararım.					
11. Organ nakli doktorumla olan tüm randevularıma uyarım.					
12. Kan (laboratuvar) testi için verilen randevularıma uyarım.					
13. Açık havada güneş kremi kullanırım.					
14. En az ayda bir kez cildimi ve dudaklarımı (dikkatlice bakarak) kontrol ederim.					
15. Dudaklarımda veya cildimde bir değişiklik veya şüpheli bir lezyon olduğunda organ nakli doktorumu ararım.					

EK 8: BÖBREK NAKLİ YAPILAN BİREYLERLE GÖRÜŞME FORMU

1. Organ nakli sizin için ne anlam ifade ediyor?
2. Nakil öncesi dönemde yaşadıklarınızdan, deneyimlerinizden, duygularınızdan söz edebilir misiniz?
3. Nakil sonrası dönemde yaşadıklarınızdan, deneyimlerinizden, duygularınızdan söz edebilir misiniz? Nakille birlikte, günlük yaşamınızda ne gibi değişiklikler oldu?
4. Nakil sonrası dönemde, sağlığını sürdürmek amacıyla dikkat etmeniz gereken bazı durumlar, bazı sorumluluklarınız var. Nakil sonrası bu sürecinizi yürütürken sizi etkileyen durumlar nelerdir?
 - 4.1. Olumlu etkileyen, motive eden durumlar nelerdir?
 - 4.2. Engelleyen, olumsuz yönde etkileyen durumlar nelerdir?
 - 4.3. Bu süreçte desteğe gereksinim duyduunuz mu? Zorlandığınız durumlarla ne şekilde başa çıktınız?
5. Nakil öncesi dönemde yaşadıklarınız, deneyimleriniz nakil sonrası sorumluluklarınızı yerine getirmenizi nasıl etkiledi?
6. Nakil sonrası süreçte, ilk günden bugüne (zamanla), sağlığını sürdürmeye yönelik davranışlarınızda değişiklik yaşadınız mı?
7. Nakil sonrası süreçte sorumluluklarınızı yerine getirirken (öz yönetim), sizi olumlu ve olumsuz etkileyen durumları da göz önünde bulundurduğunuzda, sağlık profesyonellerinden (hekimler, hemşireler, diğerleri) neler bekliyorsunuz?

EK 9: ARAŞTIRMANIN ÇEŞİTLİ AŞAMALARINDA KATKIDA BULUNAN VE GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLARAVE KURUMLARA İLİŞKİN BİLGİLER

İLK ÇEVİRİ EKİBİ	
Dr. Öğr. Üyesi Adnan Yılmaz	Sinop Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yabancı Diller Eğitimi Bölümü-İngiliz Dili Eğitimi Anabilim Dalı
Dr. Öğr. Üyesi Oya Gümüşkaya	The University of Newcastle, School of Nursing and Midwifery, Australia
Doç. Dr. Gökhan Çulha	İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Üroloji Bölümü
GERİ ÇEVİRİ	
Doç. Dr. Arif Bakla	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, İnsan Ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Mütercim-Tercümanlık Bölümü
Tercüme Bürosu	Akademik çeviri yapan profesyonel tercümanlık bürosu
KAPSAM GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR	
1. Prof. Dr. Neriman Akyolcu	İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
2. Prof. Dr. Nevin Kanan	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
3. Prof. Dr. İkbâl Çavdar	Atlas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
4. Prof. Dr. Ümmü Yıldız Fındık	Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
5. Prof. Dr. Rengin Acaroğlu	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi (Emekli Öğretim Üyesi)
6. Prof. Dr. Mehmet Küçük	İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Nefroloji Bölümü
7. Doç. Dr. Gülay Altun Uğraş	Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
8. Uzm. Dr. Erol Demir	İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı
9. Op. Dr. Serkan Akıncı	Memorial Hizmet Hastanesi Üroloji Bölümü
10. Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Temiz	Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
11. Dr. Öğr. Üyesi Bilge Bal Özkaptan	Sinop Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
METODOLOJİK VE NİTEL AŞAMADA İSTATİSTİK VE ANALİZ DESTEĞİ	
İstatistik Danışmanlık Merkezi	İstatistik ve danışmanlık hizmeti veren bir merkez
GÖRÜŞME FORMUNA (NİTEL) YÖNELİK GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR	
Prof. Dr. Leyla Küçük	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Adeviye Aydın	Sinop Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Hürrem Ayhan	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

ETİK KURUL KARARI





İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

BÖBREK NAKLİ YAPILAN BİREYLERDE ÖZ YÖNETİM VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

ORJİNALLİK RAPORU

%9

BENZERLİK ENDEKSİ

%8

İNTERNET KAYNAKLARI

%2

YAYINLAR

%3

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%1

2

toad.halileksi.net

İnternet Kaynağı

%1

3

Submitted to The Scientific & Technological
Research Council of Turkey (TUBITAK)

Öğrenci Ödevi

%1

4

dspace.akdeniz.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%1

5

nek.istanbul.edu.tr:4444

İnternet Kaynağı

<%1

6

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

<%1

7

opus4.kobv.de

İnternet Kaynağı

<%1

8

hdl.handle.net

İnternet Kaynağı

<%1

Submitted to Eskisehir Osmangazi University

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şerife Gözde	Soyadı	Tütüncü
Doğ.Yeri		Doğ.Tar.	
Uyruğu		T.C Kim No	
Email		Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce					

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri***Kitap Bölümü Yazarlığı******Uluslararası Dergilerde Basılan Makaleler******Ulusal Dergilerde Basılan Makaleler******Sözel Bildiriler******Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Sözel Bildiriler******Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Sözel Bildiriler***

Poster Bildiriler**Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Poster Bildiriler****Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Poster Bildiriler**

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

