

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA NAKİL SONRASI İLK İKİ
YILDA KİLO ALIMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

SEDEF SELÇUK TOPBAŞ
ORCID: 0000-0002-4748-7456

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
NİSAN 2021

TEZ KODU: DEU.HSL.MSc- 2018970077

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA NAKİL SONRASI İLK İKİ
YILDA KİLO ALIMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ**

SEDEF SELÇUK TOPBAŞ
ORCID: 0000-0002-4748-7456

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR
NİSAN 2021

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLOLAR DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
GRAFİKLER DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
KABUL VE ONAY.....	viii
ETİK BEYAN.....	ix
TEŞEKKÜR.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
2.GENEL BİLGİLER	
2.1. Böbrek Nakli Tanımı.....	4
2.2. Böbrek Transplantasyonu Etiyolojisi, Endikasyonları ve Kontraendikasyonları..	4
2.3. Böbrek Nakli Öncesi Ameliyat Hazırlığı ve Bakımı.....	5
2.4.Böbrek Nakli Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	7
2.4.1. Böbrek Nakli Sonrası Erken Dönem Bakımı.....	7

2.4.2.Erken Dönem Medikal ve Cerrahi Komplikasyonlar.....	10
2.4.3.Uzun Dönemde Görülen Komplikasyonlar.....	13
2.4.3.1. Tekrarlayan veya Yeni Görülen Hastalıklar.....	13
2.4.3.2. Kardiyovasküler Hastalıklar.....	14
2.4.3.3. Dislipidemi.....	15
2.4.3.4.Diyabet.....	15
2.4.3.5. Malignite.....	15
2.4.3.6.Metabolik Sendrom.....	16
2.4.3.7. Osteoporoz.....	16
2.4.3.8. Rejeksiyon.....	16
2.4.3.9. Enfeksiyon.....	18
2.5.Böbrek Nakli ve Kilo Alımı.....	19
2.5.1. Kilo Alımını Etkileyen Faktörler.....	19
2.6. Böbrek Nakli Sonrası Kilo Alımının İzlenmesi ve Önlenmesi.....	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Tipi.....	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4. Çalışma Materyali.....	22
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.6. Veri Toplama Araçları.....	22

3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Toplama Formu.....	22
3.6.2. Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği.....	22
3.7. Veri Toplama.....	23
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.10. Etik Kurul Onayı.....	24
4.BULGULAR.....	25
5.TARTIŞMA.....	34
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
7.KAYNAKLAR.....	39
8.EKLER.....	50

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Böbrek nakli öncesi gerekli testler ve taramalar.....	6
Tablo 2. Böbrek nakli sonrası görülen medikal ve cerrahi komplikasyonlar.	11
Tablo 3. Böbrek nakli alıcılarının sosyodemografik özellikleri.....	27
Tablo 4. Böbrek nakli alıcılarının klinik özellikleri.....	29
Tablo 5. Böbrek nakli alıcılarının metabolik durumu.....	31
Tablo 6. Nakil sonrası geçen zamanın kilo ve BKİ'ye etkisi.....	32
Tablo 7. Böbrek nakli sonrası ilk iki yıldaki fark kiloyu ve fark BKİ'yi etkileyen faktörler.....	33
Tablo 8. Böbrek nakli alıcılarının yaş gruplarına göre fark kilo ve fark BKİ'ye etkisi.....	34

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Kilo alımını etkileyen faktörler.....	20
--	----



GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1. Böbrek nakli alıcılarının 3. ay, 6. ay, 12. ay ve 24. ay kilo ve BKİ değerlerinin dağılımı.....	28
Grafik 2. Böbrek nakli alıcılarının kilo ve BKİ değerlerinin dağılımı.....	32



KISALTMALAR

BKİ: Beden Kütle İndeksi

BUN: Kan  re nitrojeni

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık  rg t 

EKG: Elektrokardiyogram

FMF: Ailevi Akdeniz Ateşı

FSGS: Fokal Segmental Glomerüloskleroz

GFR: Glomerüler filtrasyon hızı

HT: Hipertansiyon

MMF: Mikofenolat mofetil

VUR: Vezikoüreteral reflü

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TEZ KABUL ONAYI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları ve Hemşireliği programı yüksek lisans öğrencisi Sedef SELÇUK
TOPBAŞ tarafından hazırlanan Böbrek Nakli Alıcılarında Nakil Sonrası İlk İki Yılda
Kilo Alımı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi başlıklı tez çalışması 01/06/2021
Günü 13.30- 15.30 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri
tarafından OY BİRLİĞİ ile YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç.Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN

DEÜ, Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID 0000-0002-3359-3362

İMZA

Üye: Prof.Dr. Özgül KARAYURT

İzmir Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID ID numarası: 0000-0002-3463-388

İMZA

Üye: Doç.Dr. Aylin DURMAZ EDEER

Dokuz Eylül Üniversitesi, Cerrahi
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID ID numarası: 0000-0002-0681-5863

İMZA

Üye: Doç.Dr. Burcu AKPINAR

Dokuz Eylül Üniversitesi, Cerrahi
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID ID numarası: 0000-0002-9643-0325

İMZA

Üye: Dr.Öğr.Ü. Özge PEKİN İŞERİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi

Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum

ORCID ID numarası: 0000-0002-6623-8973

İMZA

ETİK BEYAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum ‘Böbrek Nakli Alıcılarında Nakil Sonrası İlk İki Yılda Kilo Alımı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi’ başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Ad Soyad

Tarih

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgisini, desteğini ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen danışmandan fazlası olan Doç.Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN'e,

Araştırmanın yapılabilmesi için onay ve destek veren Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Hastanesi yetkilileri ve tüm ekip üyelerine,

Eğitimim süresince tüm bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma,

Beni bu günlere getiren aileme ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen eşime teşekkürlerimi sunarım.

Sedef SELÇUK TOPBAŞ

BÖBREK NAKLİ ALICILARINDA NAKİL SONRASI İLK İKİ YILDA KİLO ALIMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Sedef SELÇUK TOPBAŞ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ÖZET

Bu araştırma böbrek nakli alıcılarında nakil sonrası ilk iki yılda kilo alımı ve kilo alımını etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırma tanımlayıcı ve geriye dönük bir araştırmadır. Bu araştırma iki üniversite hastanesinde böbrek nakli sonrası ilk iki yılda takipleri düzenli yapılan böbrek nakli alıcıları ile (n= 139) gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri Ekim 2019- Nisan 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler sosyodemografik ve klinik özellikler formu, Genel Öz-yeterlilik Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Hastaların 3. ay, 6. ay, 12. ay ve 24. ay kilo ve BKİ değerleri değerlendirilmeye alınmıştır. Hastaların ilk poliklinik kontrollerindeki kilo değerleri ile 24. ay kilo değerleri dikkate alınarak fark kilo ve fark Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerleri hesaplanmıştır. Verilerin analizinde tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, linear regresyon ve multiple linear regresyon analizi kullanılmıştır.

Hastaların yaş ortalaması 46.32 ± 12.39 olarak bulunmuştur. Alıcıların fark kilo ortalaması 7.07 kg ve fark BKİ ortalaması 2.63 kg/m^2 olarak saptanmıştır. Böbrek nakli alıcılarının nakil sonrası ilk iki yılda kilo ve BKİ değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu bulunmuştur. Yaşın artması ile birlikte kilo alımının azaldığı saptanmıştır. Böbrek nakli alıcılarının kilo ve BKİ artışları ile cinsiyet, kronik hastalık varlığı, verici tipi, steroid dozu ve genel öz-yeterlilik puanı ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur.

Böbrek nakli alıcılarında ilk iki yılda kilo ve BKİ değerlerinde artış olduğu görülmüştür. Genç böbrek nakli alıcılarında kilo artışının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu nedenle tüm böbrek nakli hastaları ve özellikle genç nakil sonrası kilo alımı açısından yakından takibi gerekir.

Anahtar sözcük: BKİ, böbrek Nakli, hemşirelik, kilo Alımı, öz-yeterlilik

Tezin sayfa adedi: 75

Danışman: Doç. Dr. Yaprak SARIGÖL ORDİN



**INVESTIGATION OF WEIGHT GAIN AND EFFECTING FACTORS IN
KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS IN THE FIRST TWO YEARS
AFTER TRANSPLANTATION**

MSc Dissertation

Sedef SELÇUK TOPBAŞ

DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Department of Surgical Nursing

ABSTRACT

This study was performed to examine weight gain and affecting factors in kidney transplant recipients in two years after transplantation.

The study has a retrospective, descriptive design and included 139 kidney transplant recipients regularly followed by two university hospitals in two years after transplantation. Data were collected with a sociodemographic and clinical features form, The General Self-Efficacy Scale between October 2019 and April 2020. Weight and body mass index (BMI) in the third, sixth, twelfth and twenty-fourth months after transplantation were evaluated. The differences between weight and BMI at the first outpatient clinic visit and weight and BMI in the twenty-fourth month after transplantation were calculated. Study data were analyzed with variance analysis, linear regression analysis and multiple regression analysis.

The mean age of the patients was 46.32 ± 12.39 years. The mean weight was 7.07 kg and the mean BMI was 2.63 kg/m^2 . Statistically significant differences were found in weight and BMI in two years after transplantation. As age increased, weight gain decreased. Weight gain and BMI did not have a significant relation with gender, presence of chronic diseases, donor type, steroid dose and the mean general self-efficacy score.

The kidney transplant recipients were found to have increases in their weight and BMI in two years after transplantation. Young kidney transplant recipients have higher weight gains. Therefore, kidney transplant recipients, especially young ones should be closely followed in terms of weight gain after transplantation.

Key Words: Kidney Transplantation, BMI, Self-Efficacy, Nursing

Page number: 75

Advisor: Assoc. Prof. Yaprak Sarigol Ordin



1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Böbrek nakli, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar için hemodiyaliz ve periton diyalizi ile kıyaslandığında sağ kalımı ve yaşam kalitesini arttıran, maliyeti olumlu yönde etkileyen en iyi tedavi yöntemidir (1-3). Böbrek nakli sonrası bir ve iki yıllık sağ kalım oranı %97'dir (4). İlk bir yılda böbrek nakli sonrası greft ve hasta sağ kalımında artış olduğu (3-5) ancak uzun dönemde obezite ve kardiyovasküler hastalık varlığına bağlı sağ kalım ve hastanede yatış sıklığında artış olduğu görülmektedir (6,7). Uzun dönemde görülen diğer sorunlar; hiperlipidemi, hipertansiyon, metabolik sendrom, malignite ve diyabettir (8-12).

Obezite, kısa ve uzun dönemde allogreft böbrek sonuçlarını olumsuz etkilemektedir (13,14-17,19). Grosso ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada nakil sonrası obezite varlığının greft sağ kalımını önemli ölçüde etkilediği belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda ise obezitenin greft sağ kalımına etkisinin olmadığı belirtilmektedir (21-25). Böbrek nakli alıcılarında Beden Kütle İndeksinde (BKİ) artış olması cerrahi alan enfeksiyonu, akut rejeksiyon, gecikmiş greft fonksiyonu ve greft kaybı riskini arttırmaktadır (26,27).

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre BKİ < 18.5 kg/m² zayıf, 18.5-24.9 kg/m² normal kilolu, 25.0-29.9 kg/m² pre-obezite, 30.0-34.9 kg/m² obez sınıf I, 35.0-39.9 kg/m² obez sınıf II, ≥ 40 kg/m² obez sınıf III olacak şekilde sınıflandırılmaktadır (28). BKİ'si 25 ila 29.99 arasında olan kişiler fazla kilolu olarak tanımlanırken BKİ'nin 30'un üzerine çıkmasıyla bu tanım obezite olarak değişmektedir. DSÖ obeziteyi vücuttaki yağ dokusunun artması olarak tanımlamakta olup biriken yağ miktarının erkeklerde %25'in üzeri, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması obezite olarak tanımlanmaktadır (29). Nakil sonrası ilk bir yıl kilo alımı ve obezite prevalansı oldukça yüksektir (30). Nakil sonrası hastaların yaklaşık üçte ikisinde kilo alımı görülmektedir (31). Yapılan diğer araştırmalarda da, böbrek nakli sonrası hastaların %50-90'ında kilo alımı olduğu saptanmıştır (1,4). Böbrek nakli sonrası ilk bir yılda %10-35 oranında ve 5-10 kg artış olduğu belirtilmektedir (3,30-33). Yapılan çalışmalarda, nakil öncesi kilo ve BKİ ortalaması 67 kg -24.7 kg/m², 81.98 kg-28.10 kg/m² iken nakil sonrası birinci yılda 71.1 kg -26.2 kg/m², 84.30 kg- 28.98

kg/m²'ye yükseldiği belirtilmektedir (17,30). Forte ve ark. (2020)'nın çalışmasında, nakil sonrası birinci yılda hastaların %72.7'sinin kilo aldığı ve hastaların kilo artışı ortalamasının 7.12 kg olduğu belirtilmektedir. De Oliveira ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırmada, birinci yılın sonunda hastalarda %4.3 oranında kilo artışı olduğu ve üçüncü yılın sonunda bu artışın %9.1'e yükseldiği belirtilmiştir.

Böbrek naklini takip eden süreçte kilo alımı bireysel, çevresel ve klinik faktörlerden etkilenmektedir (32). Nakil sonrası immünosupresif tedavi kilo alımında etkili bir faktördür (3). Böbrek nakli sonrası kilo alımı ve obezite gelişme riskini; immünosupresif ilaçların kullanımına bağlı gelişen iştah artışı, üreminin iyileştirilmesi (1,11,32), nakil sonrası böbrek fonksiyonlarının yeterli olması, fiziksel aktivitenin az olması (1,3,11), kalıtım (1,36), yaş (45-64 yaş) (32,35,36), kadın cinsiyet (33,35), nakil öncesi BKİ, verici tipi (36), hastanın günlük kalori alımı ve beslenme durumu arttırmaktadır (1,36). Öz yeterlilik düzeyinin yüksek olması hastaların uyumlarını arttıran bir durum olup nakil sonrası gelişebilecek olumsuz sonuçların yönetimi açısından önemlidir (37). Böbrek nakli sonrası öz yeterliliği yüksek olan hastaların uzun dönemde ilaç uyumlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir (38). Literatürde böbrek nakli ve öz yeterlilik arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırmada, öz-yeterlilik düzeyinin kilo alımına etkisi değerlendirilecektir.

Yukarıda belirtildiği gibi böbrek nakli sonrası kilo alımı ve obezite gelişimi nakil sonrası tüm sonuçları olumsuz etkileyen bir durumdur. Yapılan araştırmalarda hastaların kilo alımlarının farklı zaman aralıklarında ve uzunluklarında incelendiği görülmektedir. Böbrek nakli sonrası kilo alımını engellenmesi ve nakil sonuçlarına olumsuz etkilerinin önlenmesi açısından kilo alımını etkileyen faktörlerin kontrol altına alınması gerekmektedir. Böbrek nakli sonrası hasta izleminde hemşirelerin, hastaların kilo alımını değerlendirmesi ve buna yönelik risk faktörlerini incelemesi önemlidir. Bu araştırma, böbrek nakli sonrası hastaların kilo alımlarının izlemi, etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve buna yönelik hasta izlem ve bakımına yol gösterecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; böbrek nakli alıcılarında nakil sonrası ilk iki yılda kilo alımı ve kilo alımını etkileyen faktörleri incelemektir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Böbrek nakli alıcılarında fark BKİ ve fark kilo puan ortalaması nasıldır?
2. Böbrek nakli alıcılarında toplam öz yeterlilik puan ortalamasını nasıldır?
3. Böbrek nakli alıcılarında başlangıç (ilk poliklinik kontrol), 3. ay, 6. ay, 12. ay, 24. ay kilo puan ortalaması arasında fark var mıdır?
4. Böbrek nakli alıcıların başlangıç (ilk poliklinik kontrol), 3. ay, 6. ay, 12. ay, 24. ay BKİ puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
5. Böbrek nakli alıcılarında fark kilo puan ortalamasına göre etkileyen faktörler nelerdir (yaş, cinsiyet, verici tipi, kronik hastalık, steroid dozu, öz-yeterlilik)?
6. Böbrek nakli alıcılarında fark BKİ puan ortalamasına göre etkileyen faktörler nelerdir (yaş, cinsiyet, verici tipi, kronik hastalık, steroid dozu, öz-yeterlilik)?
7. Böbrek nakli alıcılarının öz yeterlilik düzeyleri düzeyleri nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Böbrek Nakli Tanımı

Böbrek nakli, günümüzde sağ kalım ve yaşam kalitesini arttıran, morbidite ve mortalite düşüren en uygun ve maliyet etkin bir tedavi yöntemidir (31,39). Dünya’da 1954 yılında ilk başarılı böbrek nakli Joseph E. Murray gerçekleştirmiş olup ülkemizde ise Mehmet Haberal tarafından canlı vericiden 1975 yılında gerçekleştirilmiştir (17,40).

Böbrek nakli, hastaların hemodiyalize bağımlılıklarını ortadan kaldırarak yaşam kalitesini artırmaktadır (8). Bu hastalarda tedavi ve bakımda temel hedefler sağ kalımın uzatılması, greft fonksiyonlarının korunması ve rejeksiyon başta olmak üzere olası komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Bu hedeflere ulaşmak hastaların ameliyat öncesi ve sonrası bakımlarının en iyi koşullarda devam ettirilmesi ile sağlanabilir (41).

2.2. Böbrek Transplantasyonu Etyolojisi, Endikasyonları ve Kontraendikasyonları

Kronik böbrek yetmezliğine neden olan ve en sık görülen durumlar diabetüs mellitus, hipertansiyon ve glomerulonefrittir (42). Böbrek nakli yapılabilmesi için endikasyonlar; glomerüler filtrasyon hızının (GFR) < 15 olması ve kronik böbrek yetmezliği evre beş olmasıdır. Ayrıca hastanın uzun süre immünsüpresif tedaviye ve majör cerrahiye uygun olması gerekir (41,42,43). Böbrek naklinde kesin kontraendikasyonlar; aktif malignite, aktif enfeksiyon, ABO uyumsuzluğu, geri dönüşümü olmayan ekstra renal hastalık, yaşam beklentisinin bir yıldan az olması, karaciğer sirozu, birincil oksalozis, aktif psikoz, madde ve alkol bağımlılığının olmasıdır. Göreceli kontraendikasyonlar ise aktif peptik ülser, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, ilaç uyumsuzluğu, akut hepatit B virüsü, morbid obezite, kontrolsüz diyabet ve hipertansiyon olmasıdır (41,44).

2.3. Böbrek Nakli Öncesi Ameliyat Hazırlığı ve Bakımı

Böbrek nakli öncesi hasta hazırlık süreci nakil yapılan tüm hastanelerde aynı testleri ve hazırlıkları içermelidir (47). Nakil öncesi hazırlık, fiziksel, psikososyal ve emosyonel hazırlığı, ameliyata ve ameliyat sonrası döneme ilişkin bilgilendirme yapılıp hastanın onamının alınmasını içermektedir (41).

Böbrek nakli adayının rutin değerlendirilmesi ayrıntılı bir özgeçmiş ve fizik muayene ile başlamaktadır (44). Nakil öncesi alıcı adaylarının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesindeki amaç alıcılarda nakile neden olan hastalığın tespiti ve nakil sonrası gelişebilecek hastalıkların saptanıp ameliyat sonrası erken dönemde yaşanabilecek komplikasyon, greft ve hasta kayıplarına kısa sürede müdahale edilmesini sağlamaktır (43,44). Hastanın nakile ve immünsupresif ilaç kullanmasına engel bir durumunun olup olmadığını değerlendirebilmek için ayrıntılı bir anamnez alınıp vital takibi yapılmalıdır. Alıcı adayında herhangi bir aktif enfeksiyon görülmesi halinde nakile ve immünsupresif tedaviye başlamak için kontraendikasyon oluşturacağından, hasta enfeksiyon açısından sorgulanmalı ve bunların tespit edilebilmesi için laboratuvar testleri yapılmalıdır (Tablo 1). Böbrek nakli öncesi bazı rutin kan ve doku tipi testlerinin yapılması gerekmektedir. Doku tipi ve uyumunun belirlenmesi amacıyla kan grubu, insan lökosit antijenleri (Human Leukocyte Antigens-HLA) tiplemesi, panel reaktif antikorları (panel reactive antibodies-PRA) ve çapraz uyum (crossmatch) testi sonuçları değerlendirilmelidir. Bu testlerin sonuçlara göre ameliyat öncesi ve sonrasında uygulanacak immünsupresif tedavinin hastaya uygun planlanması gerekmektedir (41).

Hastaların yatışlarının yapılması ile birlikte kliniğin tanıtılması, ameliyat tarihi ve saati, nakil öncesi beslenme, ameliyat öncesi açlık süresi, bağırsak ve cilt hazırlığı, anestezi türü, ameliyat sonrası toparlanma süreci, diren varlığı, ağrı kontrolünün nasıl sağlanacağı, yara yeri ve pansumanı hakkında bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır (46). Bu süreçte nakil hemşiresi; hastaya ve yakınlarına nakil sürecini anlatmalı, yeni gelişen bu durumla baş etmelerine yardımcı olmalı ve nakil öncesi hazırlığında ve sonrası erken ve uzun dönem bakımda, nakil edilen böbreğin sağlığını sürdürmede aktif rol oynamalıdır (41,45).

Tablo 1. Böbrek nakli öncesi gerekli testler ve taramalar

Laboratuvar Testleri	Hematoloji: Tam kan sayımı, PT, INR, PTT Biyokimya Paneli: Sodyum, potasyum, klorür, kreatinin, kan üre nitrojeni (BUN), kan şekeri, karaciğer fonksiyon testleri İdrar: İdrar kültürü, tam kan idrar tetkiki, 24 saatlik idrarda protein ve kreatinin Seroloji: Hepatit B yüzeyi antijeni ve antikorları, hepatit C PCR, CMV, EBV, HSV, VZV, HIV, VDRL Diğerleri: PAP smear, prostat spesifik antijen (> 50 yaş hastalar için), PPD, Hemoglobin A1C (diyabetik hastalar için), gebelik testi (gebelik olasılığı olanlarda)
Kan ve Doku Tipi Testleri	AB0 kan grubu, doku tipleme, PRA, çapraz uyum (cross-match)
Radyolojik Tanı Testleri	Göğüs grafisi, EKG, ekokardiyografi, kardiyak kateterizasyon, pulmoner fonksiyon testi, mammografi (>40 yaş kadın hastalarda), efor testi, abdominal bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, noninvaziv vasküler testler, voiding sistoüretrografi
Fiziksel Değerlendirmeler	Transplant cerrahı ya da nefrolog tarafından alınan öykü, psikososyal değerlendirme, jinekolojik muayene, prostat muayenesi

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

Hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi, böbrek naklinin kısa ve uzun dönemdeki başarısı için önemli ve gereklidir. Psikososyal değerlendirme yapılırken hastanın psikiyatrik öyküsünün olması, diyalize uyumu, madde bağımlılığı öyküsünün olması, sosyal yaşamı ve yaşam kalitesini kapsamaktadır (47). Hastadan nakil sonrası öz bakımını kendi kendine ya da destek alarak sağlayabilmesi ve nakledilen böbreği korumaya yönelik bir yaşam şeklini benimsemesi beklenmektedir. Bu nedenle ameliyat öncesinde hastaya, ameliyat sonrası dönemdeki tedaviler ve immüsupresif ilaç programı, egzersizler, diyet ve gelişebilecek önemli komplikasyonlar hakkında eğitim verilerek ameliyata hazırlığı sağlanmalıdır (41).

Nakil öncesi hazırlığın bir diğer önemli parçası da hastanın ameliyata ilişkin onamının alınmasıdır. Hastanın, ameliyatı gerçekleştirecek doktor tarafından ameliyatın yararı ve riskleri, olası komplikasyonlar, ameliyat sonrası yaşantı ve kullanılacak ilaçlar ile ilgili bilgilendirilerek onamının alınması gerekmektedir. Hemşire, ameliyat öncesinde hastanın onamının alınıp alınmadığını kontrol etmelidir (41).

2.4. Böbrek Nakli Sonrası Hemşirelik Bakımı

2.4.1. Böbrek Nakli Sonrası Erken Dönem Bakımı

Nakil sonrası ilk 12-24 saat alıcılar için önemlidir. Bu nedenle hastalar ameliyat sonrası nakil ünitelerinde ya da yoğun bakım ünitelerinde takip edilmeye başlanmalıdır. Alıcıların ilk değerlendirilmesi büyük bir cerrahi işlem sonrasında takip eden süreç ile benzer olup öncelikle kardiyovasküler ve solunum sistemlerinin normale getirilmesi sağlanmalıdır (48). Bu süreçte alıcıların hemodinamilerinin sürdürülmesi ve yaşam bulgularının izlenmesi, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, kardiyovasküler, pulmoner, nörolojik, gastrointestinal ve hematolojik sistem fonksiyonlarının takibini, yara yeri ve drenaj miktarının, psikososyal durumun değerlendirilmesini, immüsupresif ilaçların uygulanmasını ve nakile ilişkin komplikasyonların takibi yapılmalıdır (41).

Hastaların ameliyat sonrasındaki vital takibi ilk 12 saat boyunca saatlik, sonraki sekiz saatte üç saatte bir olmak üzere daha sonra dört saatte bir olacak

şekilde kontrol edilmelidir. Vücut ısısında artış meydana geldiğinde rejeksiyon, enfeksiyon, atelektazi ve dehidratasyon gibi durumların varlığı kontrol edilmeli ve ateş takibi sık yapılmalıdır. Hemşirenin tüm olasılıkları düşünmesi ve hastayı detaylı değerlendirmesi gerekir (42). Hastalarda ameliyat sonrasında kan basıncında meydana gelen değişiklikler yakından takip edilmelidir. Ameliyat sonrası görülen kanama, sepsis, dehidratasyon, adrenal yetmezlik gibi birçok nedenden dolayı hipotansiyon görülebilir. Nakilden sonra uzun süre hipotansiyon görülmesi böbreğin yeterli oksijenasyonunun sağlanamamasına, akut tübüler nekroza ve gecikmiş greft fonksiyonuna sebep olurken; hipertansiyonun görülmesi ise böbreğin olumsuz yönde etkilenmesine, anastamoz kaçaklarına neden olabilmektedir. Bu nedenlerle hastaların nakil sonrası takibi yapılırken sistolik kan basıncı aralığının 110-180 mmHg arasında tutulması önerilmektedir (41,42).

Nakledilen böbreğin fonksiyonunun değerlendirilebilmesi için önemli bir faktör olan sıvı elektrolit dengesi hastanın saatlik aldığı çıkardığı takibi, günlük kilo takibi, santral venöz basıncı takibi ile değerlendirilmektedir. Bir diğer takibi yapılması gereken durum da periferik ödem değerlendirmesidir. Periferik ödem hastaların özellikle nakledilen böbreğin tarafında bulunan ekstremitelerde derin ven trombozu ya da lenfösel kaynaklı gelişebilmektedir. Hastalara nakil sonrası başlanan intravenöz mayilerin uygulanmasında dikkatli olunmalıdır. Nakil sonrası erken dönemde sıvı replasmanına başlanmasındaki amaç renal perfüzyonun sağlanmasını ve böbreğin fonksiyonelliğinin sağlanmasıdır. Böbrek yetmezliği olan hastalarda sıvı elektrolit dengesizliği oldukça fazla görülen bir durumdur (49). Nakil sonrası böbrek hasarını önlemek ve böbreğin perfüzyonunun sağlanması sıvı replasmanı ve dengesinin yakından takibi ile sağlanmaktadır. Hipervolemi nedenleri ise; kardiyak fonksiyonların bozulması, ameliyat esnasında aşırı sıvı yüklenmesi ve primer greft disfonksiyonudur (41,50).

Nakil sonrası yara yeri açılması, yara yerinde enfeksiyon ve yara yerinin geç iyileşmesi gibi cerrahi alan komplikasyonları yaygın görülmektedir (11). Yara yeri komplikasyonlarının uzun dönemde hastanın greft sağ kalımını, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (51). Böbrek nakli alıcılarının hepsinin kullandığı steroid ve immunosupresiflere bağlı olarak enfeksiyon ve yara yeri iyileşmesinde

gecikme oldukça yaygın görülen sorunlardandır. Bu nedenle hastalarda yara yerinin takibi günde en az iki kez olacak şekilde yapılmalıdır. Yapılan kontrollerde enfeksiyon belirtileri, anormal yara drenajı, yara yeri ayrılması veya açılması yönlerinden takip edilmeli ve kayıt edilmelidir. Yerleştirilen drenler ise sekiz saatte bir kontrol edilmeli ve drenaj miktarı, özellikleri, rengi yönünden takip edilmelidir. Hastaya order edilen antibiyotik uygulanmalı ve yara bakımı yapılmalıdır (41,42).

Nakil sonrası, sıvı yönetimini yeterli düzeyde sağlanabilmesi için kardiyovasküler fonksiyonun yeterli olması gerekir. Hastanın EKG, kan basıncı, aritmi, santral venöz basınç ve nabız takibi yapılmalıdır. Santral venöz basıncın takibinin yapılması böbrek nakli sonrası hastaların intravasküler sıvı durumunu değerlendirmeyi kolaylaştırmaktadır (52). Ameliyat sonrası elektrolit dengesizlikleri oldukça sık görülmektedir bu sebeple gelişebilecek aritmiler geri dönüşümsüz olabilir. Bu aritmilerin saptanabilmesi için EKG takibi ile hastanın izlemi yapılmalıdır. Ayrıca hastaların elektrolit düzeyleri takip edilmelidir (41).

Nakil sonrası gelişen nörolojik komplikasyonlar morbidite ve mortalite açısından risklidir. Ameliyat sonrasında nörolojik komplikasyonların görülme sıklığı %30-60 arasındadır (101). Hastalarda enfeksiyon gelişmesi ve kullandıkları immünosupresif ilaçlar nörolojik komplikasyonların gelişmesine neden olmaktadır (19). Ameliyat sonrası hemşire hastaların bilinç düzeyini, motor ve bilişsel fonksiyonlarını ve hastaların nerede olduklarını, tarih ve zaman kavramlarına hakim olup olmadıklarını değerlendirmelidir. İmmünosupresif toksisite gelişmesi durumunda hastada görülebilecek değişimleri fark edebilmelidir (41).

Pulmoner komplikasyonların gelişmesi böbrek nakli hastalarının prognozunda önemli bir yere sahiptir (55). Nakil sonrasında hastaların solunum sesleri, sayıları, oksijen satürasyonunun takibi yapılmalı, solunum yolunun tıkanmasına ilişkin belirtiler takip edilmelidir. Hastalar derin solunum ve öksürük egzersizlerini yapmaya teşvik edilmeli ve ilk 24 saat içerisinde kısıtlama gerekmiyorsa mobilize edilmelilerdir (41).

Hastalarda ameliyat sonrası bulantı, kusma, diyare, konstipasyon ve irritable bağırsak sendromu görülebilmektedir (56,57). Bu sorunlar hastaların kullandıkları

ilaçların yan etkileri olarak ortaya çıkmaktadırlar. Hastaların bulantı ve kusma şikayetleri olduğunda bu durum antiemetikler ile kontrol altına alınabilmektedir. Konstipasyon gelişmesi halinde hastaların diyetlerinde bir düzenlemeye gidilebilir, lifli gıda tüketimi ve sıvı alımı artırılabilir (41). Hastalarda diyare gelişmesi ilaç yan etkisi ve enfeksiyon kaynaklı olabilmektedir (57). İlaça bağlı komplikasyonların gelişmesi halinde ilacın dozunun azaltılması ya da farklı bir ilaç tedavisine geçilmesi düşünülebilir. Hemşire, hastaların ilaç tedavisindeki değişikliği yönetmeli, hasta eğitimini ve diyarenin takibini yapmalıdır (58).

Böbrek nakli sonrası psikososyal bakım oldukça önemlidir (59). Hastaların ameliyat sonrası yaşantılarında birçok değişiklik meydana gelmektedir ve bu değişikliklere uyum sağlamaya çalışmak psikososyal durumu etkilemektedir. Hastalarda rejeksiyon gelişmesi, böbreğini kaybetme ve tekrardan diyalize dönme gibi düşüncelerden dolayı anksiyete gelişebilmektedir (41). Hastalar nakil sonrası yaşamlarına devam etmekte zorluk yaşayabilmektedir. İlaç uyumu, diyet uyum, düzenli egzersiz yapma, vital takiplerinin kontrolünü yapabilme ve düzenli olarak kan testlerini yaptırmaları gerekmektedir (59). Hastaların tekrar normal yaşama uyum sağlayabilmelerini kolaylaştırabilmek için hastalar ve aileleri ile ortak çalışılmalıdır. Hasta ve aileleri taburculuğa hazırlanmalı ve eğitimler planlanmalıdır (41,50).

2.4.2. Erken Dönem Medikal ve Cerrahi Komplikasyonlar

Böbrek naklinin sonrasında hastaların yakından takip edilmeleri, gelişen komplikasyonların kısa zamanda tespitinin yapılıp tedavisine başlanması ve önceden tahmin edilebilmesi için gerekli önlemlerin alınabilmesi nakil başarısını etkileyen en önemli faktörlerdir (60). Böbrek nakli sonrasında görülen medikal komplikasyonlar; rejeksiyon, primer nonfonksiyonel böbrek, gecikmiş greft fonksiyonu, greft disfonksiyonu, sıvı elektrolit dengesizlikleri ve hiperglisemidir. Erken dönemde görülen cerrahi komplikasyonlar ise; kanama ve hematoma, renal arter ve ven trombozu, idrar kaçağı ve lenfostektidir (Tablo 2).

Tablo 2. Böbrek nakli sonrası görülen medikal ve cerrahi komplikasyonlar

Medikal Komplikasyonlar	Cerrahi Komplikasyonlar
* Rejeksiyon	*Kanama ve hematom
*Primer nonfonksiyone böbrek	*Renal arter trombozu
*Gecikmiş greft fonksiyonu	*Renal ven trombozu
*Akut greft disfonksiyonu	*Renal arter stenozu
*Sıvı elektrolit dengesizlikleri	*Üreter stenozu
*Hiperglisemi	*İdrar kaçağı
	*Lenfösel

Kanama ve Hematom: Nakil sonrası hastaların %15'inde görülebilen bir komplikasyon olup nakilden sonraki 24-48 saat içerisinde görülmektedir (45,60,61). Bu komplikasyonun gelişmesi yaşamı tehdit etmekte ve acil müdahale gerektirmektedir. Kanamanın oluşmasında ise yeterli homeostazın sağlanamaması, trombosit bozuklukları, arteriyel kanamalardan kaynaklanabilmektedir. Hastanın hemodinamisi yakından takip edilmeli, hastanın yara yeri ve idrar çıkışı kontrol edilmelidir. Ayrıca majör bir kanama gelişmesi halinde hastanın hemoglobin ve hematokrit değerlerinde ciddi bir azalma ile hastada bulunan direnden gelenin miktarı ve özellikleri kanama ya da hematom hakkında hemşireye bilgi vermektedir.

Renal Arter Trombozu: Renal arter trombozu nadir görülse de nakledilen böbreğin kaybıyla sonuçlanabilecek bir komplikasyondur. Nakil sonrası ilk saatlerde ortaya çıkmaktadır. Bu komplikasyon en fazla cerrahi tekniğe bağlı hatalar sonucunda gelişmektedir. En önemli belirtileri ise greft perfüzyonunun sağlanamaması ile hipertansiyona bağlı idrar çıkışının aniden kesilmesidir. Renal arter trombozu acil olarak cerrahi işleme alınmaktadır ve nakledilen böbreğin perfüzyonunun yeniden sağlanması gerekmektedir (62).

Renal Arter Stenozu: Renal arter trombozunun gelişmesindeki nedenler uçtan uca anastomoz yapılması ve kadavra dönorden yapılan nakillerdir. Tedavisi

yapılmadığı takdirde böbreğin fonksiyon bozukluğuna, dirençli hipertansiyona ve bunların sonucunda greftin kaybına neden olmaktadır (39). Nakilden sonraki üçüncü ay ile üçüncü yıl arasında herhangi bir zaman diliminde ortaya çıkabilmektedir. Böbrek fonksiyonu Doppler USG ile kontrol edilip normal olarak tespit edilirse hipertansiyonun kontrolünün sağlanması ve anjiyotensin enzim inhibitörlerinin kullanımı yeterli olabilmektedir (62).

Renal Ven Trombozu: Genellikle nakilden sonraki ilk yedi gün içerisinde meydana gelmekte olup erken dönemde böbreğin kaybına neden olmaktadır. Komplikasyonun gelişmesi sonucu klinik olarak görülen belirtiler hematüri, nakil bölgesinde ağrı, yüksek kreatinin seviyesi, ani oligüri ya da anüridir. Tromboz Doppler USG ile teşhis edilmekte, tedavisinde laparotomi, trombektomi ve nefrektomi uygulanmaktadır (39,62).

İdrar Kaçağı: İdrar kaçağı genellikle nakilden sonraki ilk üç ay içerisinde görülürken en sık nakilden sonraki birkaç günde meydana gelmektedir. Komplikasyon, cerrahi teknikte yapılan hatalardan kaynaklı gelişmektedir. Hastalarda nakil sonrası klinik tablosu, ateş, ağrı, kreatininin yükselmesi, çıkan idrar miktarının azalması, yara yerinde berrak bir akıntı ile seyretmektedir (62,63).

Üretral Stenoz: Ameliyat sonrası hastaların %2-10'u arasında görülen üretral stenoz ilk birkaç hafta ya da bir yıl içerisinde ortaya çıkmaktadır. Görülme nedeni ise en fazla üreterin iskemisinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca soğuk iske mi süresinin uzaması, lenfösel, hematoma kaynaklı da görülebilmektedir. Hastalarda idrar çıkışında azalma ve renal disfonksiyonun görülmesi ve kreatinin yükselmesi görülmektedir (62,63).

Lenfösel: Lenfösel, böbrek ve mesane arasında lenfatik sıvı toplanması olarak bilinmektedir. Asemptomatik olarak gelişir ve sadece ultrason yapılması ile teşhis edilebilmektedir. Akut rejeksiyon gelişmesi ya da üretral stenozu, lenfösel gelişmesinde etkili olabilmektedir. Lenfösel, hastalarda abdominopelvik şişlik ve ağrı, kreatinin seviyesinde artış, alt ekstremitelerde ödem, yara yerinde akıntı ile karakterizedir. Tedavisinde en etkili yaklaşım ultrason eşliğinde perkütan drenajın yapılmasıdır (39,62,63).

2.4.3. Uzun Dönemde Görülen Komplikasyonlar

Böbrek nakli sonrası uzun dönemde, uzun süreli immunosupresif kullanımına bağlı birçok risk oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, malignite, kemik-mineral sorunları, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve ciddi enfeksiyonlar nakil sonrası sık karşılaşılan sorunlardır.

2.4.3.1. Tekrarlayan veya Yeni Görülen Hastalıklar

Böbrek nakli alıcılarında son dönem böbrek yetmezliğinin sebebi glomerüler hastalıklardır (64). Hastaların %30-50'si arasında görülmektedir. Tekrarlayan ya da yeni ortaya çıkan glomerulonefrit %18-22 oranında greft fonksiyonsuzluğuna neden olmaktadır. Glomerulonefrit tekrarlama riski, nakil öncesinde glomerulonefrit şiddetine göre değişmektedir (65). Nakil sonrası tekrarlayan ya da yeni gelişen glomerulonefritler arasında; fokal segmental glomerüloskleroz (FSGS), membranöz nefropati, IgA nefropatisi, membranoproliferatif glomerulonefrit, antinötrofil sitoplazmik antikörle ilişkili glomerüloefrit ve lupus nefriti bulunmaktadır.

Fokal Segmental Glomerüloskleroz (FSGS) ikincil ya da birincil olarak tanımlanmaktadır. Birincil FSGS genetik faktörlü veya idiyopatik olabilir. Hastaların çoğunda asemptomatik ya da nefrotik sendrom olarak belirti vermektedir. Hastalarda görülen ödem ise önemli bir bulgudur (66). İdiyopatik FSGS'de nakil sonrası tekrarlama olasılığı %20-40'lardadır (64). İkincil FSGS glomerüler hiperfiltrasyon, reflü nefropatisi, ilaç maruziyetleri ve viral enfeksiyon kaynaklı olabilir fakat nakil sonrası tekrarla durumu bulunmamaktadır (65).

İdiyopatik membranöz nefropati, böbrek nakli sonrası hastaların %40 ile 50'sinde tekrarlamaktadır. Tekrarlayan ya da yeni oluşan membranöz nefropati ayırt edilebilmelidir çünkü yeni gelişen membranöz nefropati nakil sonrası en çok görülen yeniden gelişen (de novo) glomerülopatidir. Hastalarda tekrarlayan membranöz nefropati nakili takiben 10 ay içerisinde görülmekte olup yeni gelişen membranöz nefropati daha yavaş ilerlemektedir (64,65).

İmmunoglobulin A nefropatisi böbrek nakli etiolojisinin %20'sini oluşturmaktadır. Nakil sonrası tekrarlayan IgA nefropatisi hematüri, proteinüri ve böbrek fonksiyonlarındaki değişiklikler ile belirti vermektedir (63,64).

Membranoproliferatif glomerülonefrit, viral enfeksiyonlar veya otoimmün hastalık kaynaklı gelişebilmektedir. Hastalarda proteinüri ve yavaş bozulan böbrek fonksiyonları görülmektedir. Nüks etmesi sonucunda 10 yıl içerisinde %15 oranında greft kaybına neden olmaktadır (63,64).

Antinötrofil sitoplasmik antikora bağlı gelişen glomerülonefrit, nakil sonrası hastalarda tekrarlama oranı %17 olarak bildirilmiştir. Bu hastalarda greft kaybı insidansı %7.7 olarak belirtilmiştir. Tedavisinde siklofosfamid ve plazmaferez kullanımının yararlı olduğu bildirilmiştir (63,64).

Nakil sonrası görülen sistemik lupus eritematozus (SLE) tekrarlama oranının %30 olduğu belirtilmektedir. Ciddi semptomlarla birlikte tekrarlama oranı %2-9 arasında değişiklik göstermektedir. Nakil sonrası bu hastalık kaynaklı greft kaybı oranları oldukça düşüktür (63,64).

2.4.3.2. Kardiyovasküler Hastalıklar

Böbrek nakli sonrası kardiyovasküler hastalık (KVH) gelişmesi mortaliteyi etkileyen önemli bir durumdur. Kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklı ölümler, nakilin birinci yılından sonraki yıllarda %3.5-5 arasında olup en önemli ölüm nedenidir. Nakil ihtiyacının artması sebebiyle de fonksiyonel bir böbreğin erken kaybını önlemek için kardiyolojik risklerin erken tanınması ve önlenmesi önemlidir (47,51,54).

Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar arasında nakil hastalarında en sık karşılaşılan durumdur ve hastaların %80'ini etkilemektedir. Hastanın primer böbrek hastalığı olması, steroid kullanımı ve nakledilen organın fonksiyonelliği hipertansiyon gelişimini etkilemektedir. Hipertansiyon kontrolünde, hemşireler hastaların klinik kan basınçlarını <140/90 mmHg altında tutmalı, sodyumdan kısıtlı diyet ve kilo kontrolünün sağlanması ve fiziksel egzersizler konusunda hastayı bilgilendirmelidir (47,67,68,69).

2.4.3.3. Dislipidemi

Nakil sonrası hastaların %60-80'inde görülmektedir. Dislipidemisinin tanımlanması ve tedavisindeki amaç total kolesterol, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) ve trigliserid değerlerinin normal değer aralıklarında tutulmasını sağlamaktır. Hastaların nakil sonrası kontrollerinde rutin olarak lipid değerleri kontrol edilmelidir. Hastaların istenen seviyelere gelmesi için statin kullanımı, diyet düzenlemeleri ve egzersiz önerilmektedir (67,68,69).

2.4.3.4. Diyabet

Diyabet, kortikosteroidler, kalsinörin inhibitörleri ya da diğer immünosupresyonların kullanımından dolayı glikoz metabolizmasını olumsuz etkilenmesinden dolayı gelişmektedir (70). Bu nedenle çoğu böbrek nakli alıcısında nakil sonrası yeni gelişen diyabet ortaya çıkmakta ve nakilden sonraki ilk bir yılda hastaların %40'ını etkilemektedir. Nakil sonrası yeni gelişen diyabetin kardiyovasküler hastalık (KVH) açısından önemli bir risk faktörü olması dışında hastaların greft sağkalımları üzerine olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir (65,70).

2.4.3.5. Malignite

Böbrek nakli sonrası birçok kanser türünün görülme sıklığı artış göstermektedir. Nakil sonrası malignite görülme oranları oldukça fazla olup nakil sonrası ölümlerin %27'sinden sorumludur. Malignite oluşumunda immünosupresiflerin uzun süre kullanımı etkilidir. Nakil sonrası görülebilecek kanser türleri; deri, non hodgkin lenfoma, renal hücreli karsinom, lösemi, servikal kanser, meme, testis, prostat ve kolon kanseridir. Malignite gelişmesindeki risk faktörleri ise yaş, sigara kullanımı ve immünosupresif tedavidir. Hemşireler, hastaları yıllık cilt muayenesinden geçmeleri gerektiği, güneşe maruz kalmanın riskleri ve önleyici davranışlar konusunda bilgilendirmelidir. Erkek hastaların, prostat ve testis kanseri açısından risk altında oldukları, idrar çıkışı ve sıklığı kontrolü, kendi kendine testis muayenesi konusunda eğitimleri yapılmalıdır. Kadın hastalar kendi kendine meme muayenesi ve mammografi, pap smear testlerini yaptırmaları konusunda

bilgilendirilmelidir. Ayrıca hastalar bağırsak hareketlerini takip etmeli ve gaitada gizli kan testini yaptırmalı ve kolonoskopi taramalarını yaptırmalıdır (47,68,71).

2.4.3.6. Metabolik Sendrom

Böbrek nakli sonrası hastalar kilo almaya eğilimlidir ve hastalarda obezite ve metabolik sendrom gelişebilmektedir. Böbrek nakli sonrası gelişen metabolik sendrom uzun dönemde greft ve hasta sağ kalımını riske atmaktadır (72). İmmünosupresiflerin kullanımı nakil yapılan böbreğin rejeksiyonunu önlemeyi sağlarken, metabolik komplikasyonların gelişmesinde ise risk oluşturmaktadır. Hastalarda metabolik sendrom insülin direnci kaynaklı meydana gelmektedir. Bu durumun gelişmesinde risk faktörleri obezite, dislipidemi, hipertansiyon ve diyabettir. Bu tanıyı alan hastalarda kilo alımı ve obezitenin gelişmesini engellemek ve kilo takibinin yapılması gerekir. Hemşireler obeziteyi önlemek ve kilo kontrolünü sağlayabilmek için hastalara danışmanlık yapmalıdır. Metabolik sendromun gelişme riskini azaltmak için; nakilden önce metabolik sendrom riskini arttıracak durumların saptanması, nakil sonrası kan basıncı ve kan şekeri takibinin yapılması, hastalara sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, fiziksel aktivite eğitimleri verilmesi gerekmektedir (73).

2.4.3.7. Osteoporoz

Osteoporoz nakil sonrası alıcılarda önemli bir morbidite nedenidir. Böbrek nakli sonrası gelişen osteoporoz daha çok mineral metabolizmasındaki değişikliklerden kaynaklıdır (74). Bu metabolik değişikliklere steroidler ve kalsinörin inhibitörlerinin de katkısı bulunmaktadır. Kemik yoğunluğundaki azalma nakilden sonraki ilk bir yılda önemli bir düzeydedir ve fraktür gelişme riskinin artmasına neden olmaktadır. Hastaların tedavisinde eksiklik olması halinde kalsiyum ve D vitamini takviyesi verilmelidir (75). Ayrıca hastalara sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite eğitimleri verilmelidir.

2.4.3.8. Rejeksiyon

Böbrek naklinden sonra gelişebilecek en ciddi komplikasyon nakledilen böbreği vücudun kabul etmeyip reddedilmesidir. Bu durum alıcının immün

sisteminin nakil yapılan böbreğe verdiği tepkidir (76). Böbrek naklinden sonra görülebilecek rejeksiyon türleri görülme zamanına göre hiperakut, akselere akut, akut ve kronik rejeksiyon olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır.

Hiperakut rejeksiyon, damarlanmanın yok olması sonucu nakil böbreğin dakikalar ya da saatler içerisinde reddedilmesidir. Ayrıca hiper akut rejeksiyon ameliyat esnasında greftin anında tromboze olmasına neden olmaktadır. ABO kan grubuna veya HLA'ya karşı oluşan antikorlar sonucunda hiperakut rejeksiyon gelişmektedir. Hiperakut rejeksiyon sonucunda nakledilen böbrek kaybedilmektedir. Nakil hazırlığı sırasında ABO ve HLA uyumu, cross-match ile hiperakut rejeksiyonun gelişmesi önlenabilmektedir (77,78).

Akselere rejeksiyon, nakilden sonraki ilk 24 saat ile beşinci gün arasında ortaya çıkmaktadır. Antijene karşı sensitize olan T ve B lenfositlerinin aktive olması sonucunda meydana gelmektedir. Geçmişte uygulanmış kan transfüzyonları, çoklu gebelik, daha önce transplantasyon öyküsü olma akselere rejeksiyon gelişme riskini arttırmaktadır. Akselere rejeksiyon, hiperakut rejeksiyon gibi cross-match ile tespit edilememektedir. T ve B lenfositleri nakil sonrası çoğalarak rejeksiyon gelişmesine neden olmaktadır. Bu rejeksiyonun tanısı ortaya çıkış süresi ile biyopsi sonucuna göre konulmaktadır (77,78). Hastalarda ateş, üre ve kreatinin değerlerinde artış, abdominal ağrı, ödem ve hipertansiyon görülebilmektedir (79).

Akut rejeksiyon, nakilden sonraki günler veya haftalar içerisinde gerçekleşmektedir. En sık görüldüğü dönem nakil sonrası ilk üç ay olup bu süreden sonra görülme olasılığı giderek azalmaktadır. Akut rejeksiyon iki tür kaynaklı oluşmaktadır. T lenfosit kaynaklı (hücresel) immünite ve B lenfosit kaynaklı (humoral) veya innate immünite (makrofajlar, dendritik hücre) kaynaklı görülebilir. Akut rejeksiyonun erken teşhis edilmesi nakledilen böbreğin korunmasına imkan sağlamaktadır. Ateş, idrar miktarında azalma, bir günde 2 kg ve üzerindeki kilo artışı, üre ve kreatinin değerlerinde azalma, nakledilen böbrekte hassasiyet, ağrı ve ödem gibi semptomlar görülmektedir (77,78,80).

Kronik rejeksiyon, greft kaybına en çok neden olan durumdur. Nakilden sonraki aylar ya da yıllar içinde yavaşça ilerleyerek geri dönüşümsüz böbrek

fonksiyon kaybının yaşanması ile sonuçlanmaktadır. Hücresel ya da humoral immün tepkiye bağlı gelişebilmektedir. Kronik rejeksiyonun gelişmesinde immünosupresyonların yetersiz kalması ya da hastaların ilaca uyumsuzluğu sebep olmaktadır. Serum kreatinin düzeyi ve eGFR hastanın her kontrolünde değerlendirilmelidir. Erken tespit edilip tedavisinin başarılı olması için laboratuvar testlerinin düzenli yapılması gerekmekte olup, Doppler USG ile de değerlendirilmektedir. Kronik rejeksiyonun kesin tespiti için hastaya biyopsi yapılması gereklidir. Kronik rejeksiyon gelişirken görülen belirtiler yorgunluk, ateş, soğuk algınlığına benzer belirtiler, anüri ya da idrar çıkışında azalma, ödem ve nakil bölgesinde ağrı ya da hassasiyettir (77,80,81).

2.4.3.9. Enfeksiyon

Böbrek nakli sonrası hastalara uygun immünosupresif tedavi uygulanarak rejeksiyon riski azaltılırken, hastalar fırsatçı enfeksiyonların gelişimi açısından risk altındadırlar. Nakil sonrası ilk dönemde immünosupresyon tedavisi yeni başladığı için buna bağlı fırsatçı enfeksiyon görülme sıklığı düşük olup, yapılan cerrahi işlem veya invaziv girişimlere bağlı gelişen enfeksiyonlar daha yaygın görülmektedir. Böbrek nakli sonrası immünosupresif tedavi etkisini tam olarak göstermeye başlar ve yaşamı tehdit edebilecek enfeksiyonlar görülebilmektedir (82).

Böbrek nakli sonrası üriner sistem enfeksiyonu yaygın olarak görülmektedir. İlk olarak erken dönemde görülen bu enfeksiyonun foley kateter ya da kullanılan üreteral stentlerden kaynaklı gelişebilmektedir. Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonunda standart bir tedavi uygulanmamaktadır (65).

Viral enfeksiyonların gelişmesi nakil sonrası en zorlayıcı olan enfeksiyon türüdür. Kullanılan immünosupresif tedavilerin amacı T lenfositlerin aktivasyonunu bloke ederek nakledilen böbreğin reddini engellemektedir. Sitomegalovirüs (CMV), böbrek nakli alıcılarında yaygın olarak görünür ve diyare, ateş, halsizlik belirtileri göstermektedir. Polioma (BK virüsü), nakil sonrası alıcıların %20'sinde görülmektedir. Bu virüs için kesin olarak kullanılan antiviral bir tedavi olmamakla birlikte immünosupresyon tedavisi dozlarında bir azaltılma ya da intravenöz immünglobulin (IVIG) kullanımının tedavide etkili olabileceği belirtilmektedir (65).

Hastalara nakil sonrası birinci yıldan itibaren her yıl influenza aşılarını, beş ya da 10 yılda bir pnömokok aşılarını yaptırmaları sağlanmalıdır. Hastalar inaktif aşilar konusunda bilgilendirilmeli ve canlı virüs (kızamık, kabakulak, kızamıkçık vb.) aşiları yaptırmamalıdır (65).

2.5. Böbrek Nakli ve Kilo Alımı

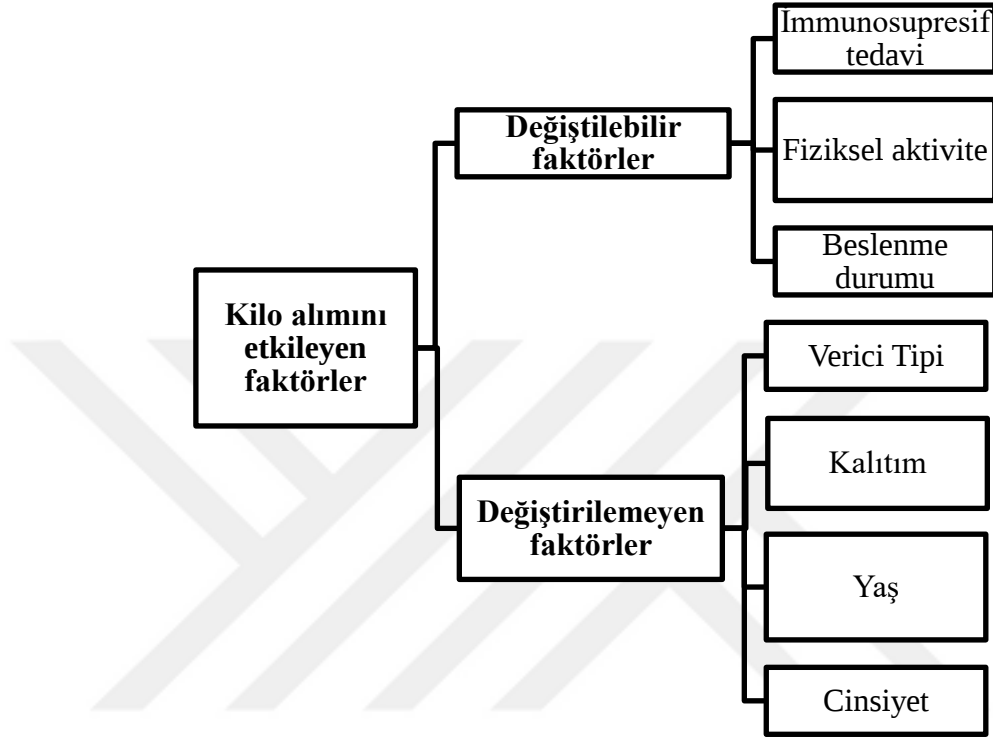
Böbrek nakli sonrası ilk bir yılda alıcıların çoğunda kilo artışı görülmektedir (1,31,83). Yapılan çalışmalarda kilo alımının en fazla ameliyat sonrasını takiben ilk 12 ayda görüldüğü ve yaklaşık 5-10 kilo ağırlık artışı meydana geldiği belirtilmektedir (36). Kilo artışının birçok faktöre bağlı olduğu bilinmekte olup kullanılan immünosupresif ilaçların etkisine bağlı iştahın artması, nakil sonrasında diyet uyumunun ortadan kalkması, yeterli fiziksel aktivitenin yapılmaması, üreminin iyileştirilmesi gibi birden fazla faktör kilo alımında etkili olmaktadır. Ayrıca kalıtım, yaş, cinsiyet, nakil öncesi BKİ değeri, beslenme alışkanlıkları gibi faktörlerin de kilo alımında rol oynadığı bilinmektedir (15,34,83,84). Kilo yönetiminin sağlanması alıcıların eğitimi ile başlamakta olup bu eğitim sonrasında böbrek nakli sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (84).

Aşırı kilo alımı ve obezite, sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında böbrek nakli alıcılarda kısa ve uzun dönemde ciddi sağlık sorunları oluşturabilmektedir. Kilo alımının artması sonucunda alıcılarda kardiyovasküler hastalık, Tip 2 diyabet, dislipidemi ve hipertansiyon görülmeye sıklığı artmaktadır. Nakilden sonra uzun dönemde sağlıklı beslenme ve immünosupresifler ilaçların yan etkileri olarak görülen obezite, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet ve osteoporozu önlemek için hastalara sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılmalıdır (85).

2.5.1. Kilo Alımını Etkileyen Faktörler

Böbrek nakli sonrası hastaların kilo alımında etkili birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler değiştirilebilir ya da değiştirilemeyen olarak sınıflandırılabilir. Hastaların değiştirilebilir faktörleri arasında beslenme alışkanlıkları, günlük kalori alımları, fiziksel aktivite yapmaları, immünosupresif ilaç

dozları ve nakil öncesi BKİ değeri bulunurken; değıştirilemeyen faktörler yaş, cinsiyet, kalıtım ve verici tipidir (11,15,31,34,86).



Şekil 1. Kilo alımını etkileyen faktörler

2.6. Böbrek Nakli Sonrası Kilo Alımının İzlenmesi ve Önlenmesi

Böbrek nakli sonrası alıcıların her poliklinik kontrollerinde kilo takibi yapılmaktadır. Hastaların kısa ve uzun dönemde kilo takibinin yapıldığı ve değírlendirildiğı çalışmaları bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda hastaların değírlendirilmeleri her poliklinik kontrolünde kilo ölçümleri yapıp ve BKİ değírleri hesaplanmaktadır (15,32,34).

Kılavuzlar, nakil sonrası kilo alımının kontrolünü sağlayabilmek için hastaların her poliklinik kontrollerinde kilo alımı yönünden değírlendirilmesini, kilo alımını önleyebilmek için diyetisyenlerden danışmanlık alınmasını, kilo yönetimi konusunda bilgilendirilmelerinin yapılmasını önermektedir (87). Ayrıca böbrek nakli sonrası kilo alımını önleyebilmek için alıcıların fiziksel aktiviteyi bir yaşam tarzı haline getirmeleri gerekmektedir. Günlük fiziksel aktivitesini yapan hastaların

yapmayan hastalara göre daha çok normal kilo aralığında oldukları ve daha düşük yağ kütlesine sahip oldukları belirtilmektedir (88,89).

2.7. Genel Öz yeterlilik Kavramı ve Böbrek Nakli

Öz yeterlilik kavramı, Bandura tarafından Sosyal-Bilişsel Kuram kapsamında kişinin etrafında gerçekleşen olaylar karşısında gösterebileceği çabayı sarf etmesi, sonuca ulaşana kadar da bu çabayı sürdürebileceğine dair inancı olarak tanımlanmaktadır (90). Diğer bir deyişle kişilerin stresle baş etmelerinin bir yansıması olarak kişilerin kendilerini tanımlarını sağlamak ve kendisine duyduğu güveni ortaya çıkarmak olarak tanımlanabilmektedir. Öz yeterliliğin fazla olması güçlü, başarılı ve iyilik halinin oluşmasında etkili olmaktadır (96).

Hasta davranışlarını öz yeterlilik açısından değerlendiren birçok çalışma bulunmaktadır. Hastalarda sağlık davranışının oluşturulması, geliştirilmesi ve davranış değişikliği açısından öz yeterlilik kavramının kullanılması olumlu sonuçlar vermektedir (96). Böbrek nakli, hastalarda öz bakım davranışı gerektiren bir durumdur. Nakil sonrası hastaların bakımında en önemli faktör ise hasta ve sağlık profesyoneli arasında sağlıklı bir ilişki ile hastada öz yeterliliğin oluşturulmasıdır (38). Bu davranışın geliştirilmesinde hastalarda en fazla iletişime geçen grup olarak hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Hemşireler ve hastalar arasında yapılan öz yeterlilik çalışmalarında kronik hastalıkları olan hastalara hemşireler tarafından verilen danışmanlıklar sonrasında hastaların öz yeterliliklerinde artış olduğu rapor edilmiştir (91,92). Nakil hemşireleri hastaların fiziksel aktivitelerini arttırmada, ilaç uyumlarını sağlamada, sosyalleşme girişimlerine ve hayatlarında yeni hedefler belirlemelerine rehberlik ederek hastaların öz yeterliliklerini geliştirmeye yardımcı olmalıdırlar (38).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve geriye dönük araştırma desenine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı

Bu araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Dahili Hastalıkları Anabilim Dalı Nefroloji Bilim Dalı Böbrek Nakli Polikliniğinde ve Ege Üniversitesi Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ege Organ Nakli Araştırma ve Uygulama Merkezi Böbrek Nakli Polikliniği'nde yürütülmüştür. Araştırmanın başlangıç ve bitiş tarihleri ise Mart 2019 ile Mayıs 2021 tarihleri arasında kapsamaktadır. Araştırmanın verileri Ekim 2019 - Mart 2020 arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme

Bu araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi ve Ege Üniversitesi Hastanesinde böbrek nakli gerçekleştirilmesinden sonra iki yıl geçmiş olan hastalar oluşturmaktadır. Bu nedenle bu merkezlerde 2014-2017 yıllarında böbrek nakli gerçekleştirilmiş hastalar örnekleme dahil edilmiştir. Örnekleme dahil edilme kriterleri; 18 yaşından büyük olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Örneklemden dışlanma kriterleri ise; retransplantasyonu olmak, multiple organ transplantasyonu olmak, psikiyatrik tanısı olması ve hastanede yatıyor olmaktır.

Hastaların böbrek nakli sonrası De Oliveria ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) yer alan 1., 3., 6. 12. ve 24. aylardaki BKİ puan ortalamaları kullanılarak ANOVA tekrarlı ölçümlerde varyans analizine göre G. Power programında örneklem hesaplanmıştır. Yapılan analizde, beş tekrarlı ölçümde, 0.75 etki büyüklüğü, 0.05 anlamlılık düzeyi ve % 95 güçle hesaplandığında ihtiyaç duyulan örneklem sayısı 30'dur. Bu çalışmada 200 örnekleme ulaşılması hedeflenmiştir ancak Mart 2020'de COVID-19 pandemi süreci başlamasıyla veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Bu çalışmada örneklem kriterlerini karşılan 139 örnekleme ulaşılmıştır.

3.4. Çalışma materyali

Çalışma materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; böbrek nakli alıcılarının kilo ve BKİ fark puan ortalamasıdır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; böbrek nakli alıcılarının yaşı, cinsiyet, verici tipi, steroid dozu, kronik hastalık varlığı ve genel öz-yeterlilik puanıdır.

3.6. Veri toplama araçları

Bu araştırmada Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Toplama Formu ile Genel Öz-yeterlilik Ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Veri Toplama Formu (Ek-1)

Bu form, literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Formun sosyo-demografik bölümünde hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, sigara kullanma öyküsü, alkol kullanma öyküsü yer almaktadır. Formun klinik özellikler bölümünde, nakil zamanı, verici tipi, verici ile yakınlık derecesi, immunosupresif ilaç tedavisi, steroid dozu, böbrek nakli etyolojisi ve kronik hastalık durumu yer almaktadır. Ayrıca formda hastaların laboratuvar bulgularından trigliserid, total protein, HDL (High Density Lipoprotein, yüksek yoğunluklu lipoprotein), LDL (Low Density Lipoprotein, Düşük yoğunluklu lipoprotein), serum glikoz düzeyi, hemoglobin A1C, BUN (Blood Ürea Nitrogen, Kan Üre Azotu) ve serum kreatinin değerleri bulunmaktadır.

3.6.2. Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği (Ek-2)

Genel öz-yeterlilik ölçeğinin, 23 maddelik özgün formu Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilmiştir. Özgün ölçek, Genel Öz-yeterlilik (açıklanan varyans %26,5, Cronbach alfa=0,86) ve Sosyal Özyeterlilik (açıklanan varyans %8,5, Cronbach alfa=0,71) olmak üzere iki faktörlü bir yapı ortaya koymuştur. Birinci faktöre yüklenen maddeler özgül bir davranış alanına işaret etmediği için bu faktöre “Genel Öz-yeterlilik” başlığının uygun görüldüğü belirtilmiştir. Sosyal Öz-yeterlilik faktörü ise sosyal durumlardaki yeterlilik beklentilerini yansıtmaktadır. Özgün haliyle 14 dereceli olan ölçeğin sonraki hali beş dereceli Likert tipi bir ölçeğe çevrilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin “Sizi ne kadar tanımlıyor?” sorusuna beş dereceli olarak “hiç” ve “çok iyi” yanıtları arasında değişen yanıtların verilebildiği Likert formatındaki hali kullanılmıştır. Her sorunun puanı 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. Maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek toplam puanı 17-85 arasında değişebilmektedir; puanın artması öz yeterlilik inancının arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ilk olarak Gözümlü ve Aksayan (1999) tarafından yapılmış olup, ölçeğin hem genel hem sosyal özyeterlilik maddelerini içeren toplam 23 maddelik Türkçe çevirisi üzerinde çalışılmıştır. Sonrasında bu ölçek tekrar gözden geçirilerek madde sayısı 19’a indirilmiştir (95). Yıldırım ve Özgür’ün çalışmasında (2010) ölçek madde sayısı 17’ye düşürülmüştür. Yıldırım ve Özgür (2010) geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, ölçeğin “Başlama”, “Yılmama” ve “Sürdürme çabası-ısrar” olmak üzere üç faktörlü yapıda olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin faktör analizi yükünün 0.43-0.70 arasında olduğu, benzer ölçek geçerliliği Pearson korelasyon analizi sonucunun $r = 0.30-0.49$ olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0.80 ve test-tekrar test korelasyon kat sayısının 0.69 olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin örneklemi 18 yaşından büyük ve en az 5 yıllık eğitimini almış 905 kişi ile gönüllülük esasına dayalı kişiler tarafından oluşmaktadır (96). Bu çalışmada, ölçeğin son formu olan 17 maddelik versiyonu kullanılmıştır. Araştırmamızda cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur.

3.7. Veri Toplama

Araştırmanın verilerinin toplandığı böbrek nakli merkezlerinde 2014-2017 yıllarında böbrek nakli gerçekleştirilmiş olan hastaların böbrek nakli sonrası ilk iki yıldaki klinik verileri hasta kayıtlarından elde edilmiştir. Genel öz-yeterlilik verileri yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bu nedenle hastaların öz yeterlilik düzeyleri nakil sonrası geçen yıl açısından farklılık

göstermektedir. Hastaların öz yeterlilik düzeyleri, nakil sonrası ikinci yılında olanların ortalaması 68.45, üçüncü yılında olanların ortalaması 69.37, dördüncü yılında olanların ortalaması 69.63 ve beşinci yılında olanların ortalaması 66.90 olarak hesaplanmıştır. Böbrek nakli sonrası geçen zaman (yıl) açısından öz yeterlilik düzeyleri arasında fark bulunmamıştır ($F=0.919$, $p= 0.616$). Bu araştırmada nakil sonrası geçen yıl açısından fark olmadığı için tüm hastaların öz yeterlilik düzeylerinin ortalaması alınmıştır. Ayrıca hastaların klinik verileri olan laboratuvar verileri hastaların ikinci yıl izlemine en yakın olan randevusundan elde edilmiştir. Hastaların her laboratuvar bulgusu her kontrolünde rutin olarak değerlendirilmediği için trigliserid, HDL ve LDL değerleri olamayan hastalar mevcuttu ve bu veriler varolan hastaların değerleri üzerine verildi. Hemogloblin A1C çok az hastada bakıldığı için bulgulara verilememiştir.

Hastaların en düşük vücut ağırlığına sahip oldukları dönem ilk poliklinik kontrolündeki değerdir. Bu nedenle fark kilo ve fark BKİ değeri hesaplamasında doğru sonuca ulaşabilmek için hastaların 24. ay kilosundan en az kiloya sahip olduğu ilk poliklinik verileri çıkartılarak fark kilo ve fark BKİ değeri elde edilmiştir. Ancak ilk poliklinik günü açısından her hasta farklılık göstermektedir. Bunun nedeni hastaların hastanede yatış süresi ve buna bağlı taburculuk tarihidir. Araştırmamızda hastaların nakil sonrası ilk iki yılda kilo ve BKİ değerlerindeki değişimin analiz edilmesinde zaman açısından hastalar arasında farklılık olmaması için başlangıç olarak üçüncü ay verileri baz alınmıştır. Bu nedenle zamana göre hastaların kilo ve BKİ değerleri arasındaki değişim 3. ay, 6. ay, 12. ay ve 24. ay verileri ile değerlendirmeye alınmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel değerlendirme için “Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 23.0” istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı veriler; sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılım durumu swekness (çarpıklık), kurtosis (basıklık), ShapiroWilk ve Kolmogrov-simironov testleri ile analiz edilmiştir. Böbrek nakli sonrası ilk iki yıldaki BKİ ve kilo ortalaması açısından fark tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile analiz edilmiştir. Yaş cinsiyet, verici tipi, steroid dozu, kronik hastalık varlığı ve öz yeterlilik düzeyinin fark kilo ve BKİ düzeyini yordamasında çoklu multiple linear

regresyon analizi yapılmıştır. Yaşın fark kilo ve BKİ düzeyini yordamasında linear regresyon analizi ile analiz edilmiştir. P anlamlılık düzeyi < 0.05 olarak kabul edilmiştir. Bonferroni düzeltmeli t testine p anlamlılık düzeyi 0.008 ($p = 0.05/6$) olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın, geriye dönük (retrospektif) araştırma dizaynına göre yapılması retrospektif araştırma dizaynının getirmiş olduğu verilerin doğru kaydedilmesi ve standardizasyonu açısından sınırlılık içermektedir. Steroid kilo alımında kilo alımında önemli değişkendir. Bizim çalışmamızda steroidi kullanmayan hasta grubu olmaması bir sınırlılıktır. Bu nedenle hastaların kullandıkları steroid dozuna göre analiz yapılmıştır. Kilo alımını, depresyon, stres bozuklukları, yeme bozuklukları ve endokrin hastalıklar (hipotroidi) etkilemektedir. Bu araştırmanın yapıldığı merkezlerde nakil öncesi ve sonrası bu bozukluklar ve hastalıklar rutin olarak değerlendirilmediği ve veri standardizasyonu sağlanamayacağından bu özellikler değerlendirilememiştir. Bu araştırma, nakil sonrası geçen süre açısından iki ile beş yıl arasında olan hastaların yer aldığı örnekleme gerçekleştirilmiştir. Hastaların ikinci yılına ait kilo ve diğer tüm değişkenlerin değerleri hasta kayıtlarından elde edilmiştir. Bu veriler açısından nakil sonrası geçen zamana göre standardizasyon vardır. Ancak hastaların öz yeterlilik düzeyi sadece nakil sonrası ikinci yılında olan hastaların değil nakil sonrası iki ile beşinci yılında olan hastalara göre farklı zaman aralıklarında olan hastalara aittir. Öz yeterlilik düzeyi kliniklerde rutin olarak yapılan bir değerlendirme olmadığı için veriler nakil sonrası geçen zaman açısından farklılık göstermektedir. Bu nedenle nakil sonrası geçen zaman açısından hastaların öz yeterlilik düzeylerinde fark olmadığı analiz edilerek kanıtlanmış olsada bu durum araştırmanın sınırlılığıdır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 30.09.2019 tarihli ve 2019/24-36 numaralı etik kurul onayı (Ek-3), Ege Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği kurum izni (Ek-4) ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (Ek-5) alınmıştır. Araştırmaya katılan hastalardan yazılı Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek-6)

alınmıştır. Genel Öz-yeterlilik Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan sorumlu araştırmacıdan ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek-7).

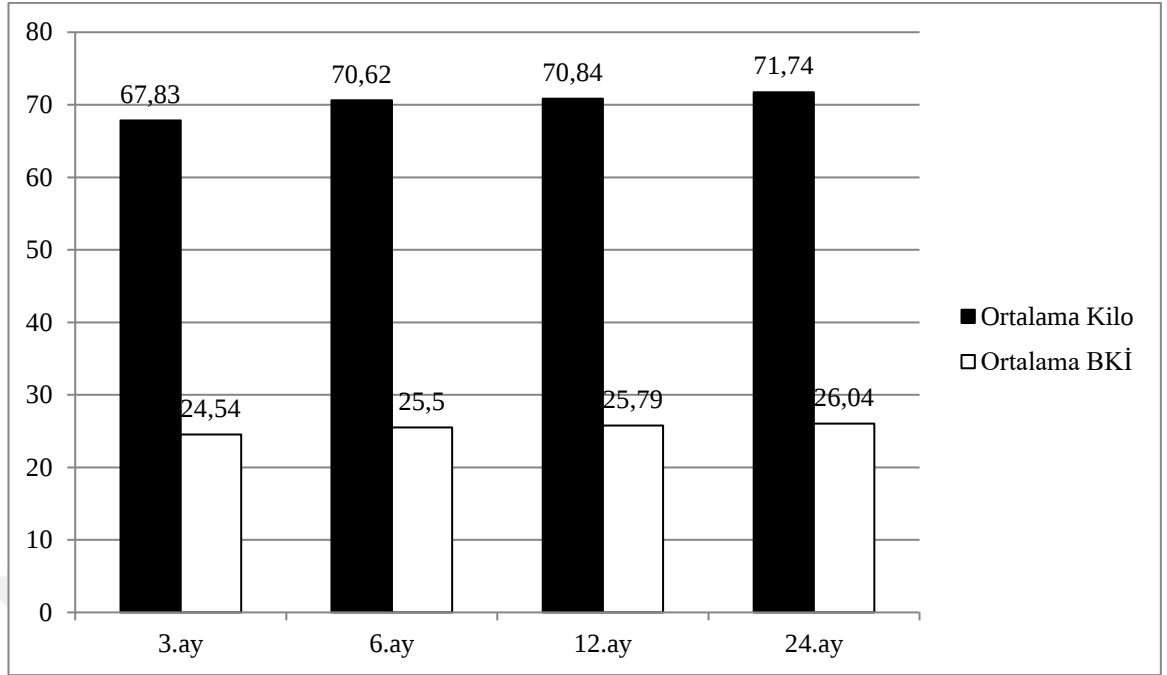


4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 139 böbrek nakli alıcısının sosyo demografik verilerine ilişkin bulguları Tablo 3’de verilmiştir. Böbrek nakli alıcılarının yaş ortalaması 46.32 ± 12.39 yıl olarak saptanmıştır. Hastaların %56.8’i (n=79) erkek, %51.1’i (n=71) ilkokul mezunu, %75.5’i (n=105) evli, %52.5’i (n=73) ilde yaşamakta ve %48.9’u (n=68) çalışmamaktadır. Ayrıca %72.7’si (n=101) sigara ve %83.5’i (n=116) alkol kullanmamaktadır. Hastaların öz yeterlilik düzeyi puan ortalaması 68.55 ± 9.87 (min-max= 44-85) olarak bulunmuştur (Tablo 3). Böbrek nakli alıcılarının 3. ay, 6. ay, 12. ay ve 24. ay kilo ve BKİ değerlerinin dağılımı Grafik 1’de verilmiştir. Hastaların kilo alma yüzde ortalaması 11.98 ± 12.30 (-24.01-64.90) olarak bulunmuştur. Alıcılar DSÖ sınıflandırmasına göre BKİ gruplarına ayrılmışlardır. İlk poliklinik kontrolünde hastaların %11.5’i (n=16) zayıf, %50.4’ü (n=70) normal kilolu, %33.1’i (n=46) pre-obez ve %5’i (n=7) obez sınıf 1 olarak tespit edilmiştir. Bu oranlar 24. ayda, %3.6’sı (n=5) zayıf, %36’sı (n=50) normal kilolu, %43.9’u (n=61) pre-obez, %15.1’i (n=21), obez sınıf 1 ve %1.4’ü (n=2) obez sınıf 2 olarak saptanmıştır.

Tablo 3. Böbrek nakli alıcılarının sosyodemografik özellikleri (n=139)

Özellikler	Ortalama±SS (min-max)
Yaş	46.32±12.39 (21-73)
Nakil Yaşı	42.45±12.41 (17-68)
Öz yeterlilik	68.55±9.87 (44-85)
Yaş	
45 yaş ve altı	63 (45.32)
46 yaş ve üstü	76 (54.68)
Cinsiyet	
Kadın	60 (%43.17)
Erkek	79 (%56.83)
Eğitim Durumu	
İlköğretim	74 (%53.24)
Lise	33 (%23.74)
Üniversite ve üstü	32 (%23.02)
Medeni Durum	
Evli	105 (%75.53)
Bekar	34 (%24.47)
Çalışma Durumu	
Tam zamanlı	45 (%32.38)
Yarı zamanlı	2 (%1.43)
Çalışmıyor	68 (%48.92)
Emekli	24 (%17.27)
Nakil Öncesi Sigara Kullanma	
Evet	38 (%27.3)
Hayır	101 (%72.7)
Nakil Öncesi Alkol Kullanma	
Evet	23 (%16.5)
Hayır	116 (%83.5)



Grafik 1. Böbrek nakli alıcılarının 3. ay, 6. ay, 12. ay ve 24. ay kilo ve BKİ değerlerinin dağılımı

Böbrek nakli alıcılarının klinik özelliklerine ilişkin verileri Tablo 4’de verilmiştir. Alıcıların nakil nedenleri incelendiğinde %40.30’unun (n=56) nakil nedeni bilinmemektedir. Canlı vericilerin yakınlık düzeylerine bakıldığında en fazla verici olanlar eş %25.53 (n=24), anne %23.41 (n=22) ve baba %21.27 (n=20)’dir. Böbrek nakli alıcılarının %61.87 (n=86)’unun kronik hastalığının olduğu en fazla görülen hastalığın ise %34.53 (n=48) hipertansiyon olduğu bulunmuştur. Alıcıların nakil sonrası idame tedavilerinde en sık kullanılan ilaç kombinasyonu ise %48.92 (n=68) Kortikosteroid+Takrolimus+Mikofenolatmofetil üçlü tedavisidir. Uygulanan kortikosteroid tedavisinde ortalama kortikosteroid dozu 4.90 ± 1.14 (min-max 2.5-10 mg) mg olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Böbrek nakli alıcılarının klinik özellikleri (n=139)

Etyoloji	n (%)
Bilinmiyor	56 (%40.30)
PKBH	11 (%7.91)
FGS	11 (%7.91)
Kronik Glomerulonefrit	10 (%7.19)
Hipertansiyon	9 (%6.47)
IgA Nefropatisi	9 (%6.47)
Kronik Pyelonefrit	6 (%4.32)
VUR	5 (%3.60)
Tip 1 DM	4 (%2.88)
FMF+Amiloidoz	3 (%2.16)
Diğer	15(%10.79)
Verici Tipi	
Canlı	94(%67.63)
Ölü	45(%32.37)
Canlı vericiyle yakınlık (n=94)	
Anne	22 (%23.41)
Baba	20 (%21.27)
Çocuk	6 (%6.38)
Kardeş	11(%11.70)
Eş	24 (%25.53)
Amca/Dayı	3 (%3.20)
Nine	1 (%1.06)
Çapraz	5 (%5.32)
Kayınvalide	2(%2.13)
Kronik Hastalık Durumu	
Evet	86 (%61,87)
Hayır	53 (%38,13)

Tablo 4. (Devam) Böbrek nakli alıcılarının klinik özellikleri (n=139)

Kronik Hastalık	
Diyabetes Mellitus	11(%7,91)
Hipertansiyon	48(%34,53)
DM+HT	22(%15,82)
Kalp hastalıkları	2(%1,44)
DM+HT+Kalp Hastalığı	2(%1,44)
Gut Hastalığı	1(%0,72)
İmmunosupresif İlaç Tedavisi	
Kortikosteroid+Takrolimus+Mikofenolatmofetil	68 (%48,92)
Kortikosteroid+Siklosporin+ Mikofenolatmofetil	18 (%12,95)
Kortikosteroid+Takrolimus+Mikofenolat asit	25 (%17,98)
Kortikosteroid+Siklosporin+Mikofenolat asit	7 (%5,03)
Kortikosteroid+Everolimus+Mikofenolatmofetil	5 (%3,60)
Kortikosteroid+Takrolimus+Azathioprine	9 (%6,48)
Kortikosteroid+Siklosporin+Azathioprine	1 (%0,72)
Kortikosteroid+Takrolimus	2 (%1,44)
Kortikosteroid+Mikofenolat asit	1 (%0,72)
Kortikosteroid+Mikofenolatmofetil	1 (%0,72)
Kortikosteroid+Everolimus+Takrolimus	2 (%1,44)
Ortalama±SS (min-max)	
Steroid dozu	4.90±1.14 mg (2.5-10 mg)

*VUR: Vezikoüreteral reflü, FMF: Ailevi Akdeniz Ateşi, DM: Diabetes Mellitus, HT:

Hipertansiyon **Diğer: 2 Hereditör nefrit, 2 DM+HT, 2 Nefrolitiazis, 1 İkincil segmental skleroz, 1 Kistik hastalık, 1 KML, 1 mesane kist hidatik, 1 nörojenik mesane ve 1 soliter böbrek, 1 nefrotiksendrom, 1 SLE.

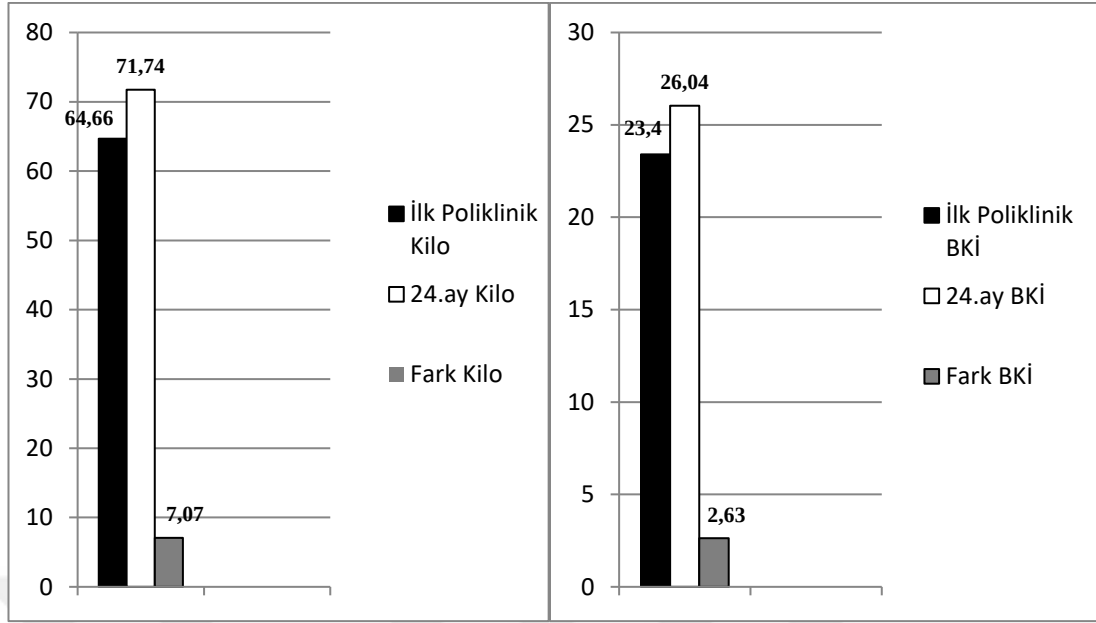
Böbrek nakli alıcılarının nakil sonrası 24. aydaki laboratuvar bulguları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Böbrek nakli alıcılarının metabolik durumu (n=139)

Laboratuvar Bulguları	Ortalama±SS
Trigliserid (n=93)	145.57±64.57
Total Protein (n=135)	6.92±0.46
HDL (n=60)	53.10±15.58
LDL (n=60)	16.85±33.08
BUN (n=139)	42.19±21.90
Kreatinin (n=139)	1.30±0.46
Glikoz (n=139)	102.51±33.80

*HDL= Yüksek yoğunluklu lipoprotein, LDL= Düşük yoğunluklu lipoprotein, BUN= Kan üre nitrojen.

Böbrek nakli alıcılarının ilk poliklinik kilo ve BKİ, 24. ay kilo ve BKİ, fark kilo ve fark BKİ değerlerinin dağılımı Grafik 2’de verilmiştir. Böbrek nakli alıcılarının nakil sonrası geçen zamana göre kilo ve BKİ değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6). Yapılan ileri analizde nakil sonrası geçen zamana göre hastaların kilolarındaki farkın 3.- 6. ay ($t=-5.628$; $p<0.001$), 3.- 12. ay ($t=-6.516$, $p<0.001$), 3.- 24. aydan ($t=-7.032$; $p<0.001$) kaynaklandığı bulunmuştur. Hastaların 6.- 12. ay ($t=-0.493$; $p= 0.623$), 6.- 24. ay ($t=-2.526$; $p= 0.013$) ve 12.- 24. ayları ($t=-2.211$; $p= 0.029$) arasında kiloları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). BKİ değerleri açısından yapılan ileri analizde ise farkın 3.-6. ay ($t=-8.879$; $p<0.001$), 3.- 12. ay ($t=-8.424$; $p<0.001$), 3.- 24. ay ($t=-9.345$; $p<0.001$) ve 6.- 24. aydan ($t=-3.913$; $p<0.001$) kaynaklandığı bulunmuştur. Hastaların 6.- 12. ay ($t=-2.509$; $p=0.013$) ve 12.- 24. ay ($t=-2.161$; $p= 0.032$) arasında ise BKİ değerleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).



Grafik 2. Böbrek nakli alıcılarının kilo ve BKİ değerlerinin dağılımı

*BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 6. Nakil Sonrası Geçen Zamanın Kilo ve BKİ'ye Etkisi (n=139)

	3.Ay	6.Ay	12.Ay	24.Ay	F	p
Kilo	67.83±12.95	70.62±13.22	70.84±12.73	71.74±13.41	18.239	<0.001
BKİ	24.54±3.94	25.50±3.93	25.79±4.17	26.04±4.13	35.815	<0.001

BKİ: Beden Kütle İndeksi **p değeri <0.05

Hastaların nakil sonrası ilk iki yılda fark kilosunu etkileyen faktörleri incelendiğinde modelin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($R=0.346$, $R^2= 0.120$, $F= 2.995$, $DW= 2.534$, $p= 0.009$). Modele dahil edilen değişkenlerin tamamı hastaların kilo artışının %12'sini açıklamaktadır. Değişkenler incelendiğinde yaşın ($B= -0.178$, $SH= 0.052$, $t= -3.419$, $\beta: -0.292$, $p= 0.001$) anlamlı ve negatif yönde fark kiloyu yordadığı saptanmıştır. Diğer değişkenler tek başına fark kiloyu anlamlı şekilde yordamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7). Hastaların nakil sonrası ilk iki yılda fark BKİ'sini etkileyen faktörler incelendiğinde modelin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($R=0.344$, $R^2= 0.118$, $F=2.955$, $DW=2.303$, $p= 0.010$). Modele dahil edilen değişkenlerin tamamı hastaların BKİ artışının %12'sini açıklamaktadır. Değişkenler incelendiğinde

yaşın ($B=-0.053$, $SH=0.016$, $t=-3.246$, $\beta=-0.278$, $p= 0.001$) anlamlı ve negatif yönde fark BKİ'yi yordadığı saptanmıştır. Diğer değişkenler tek başına fark BKİ'yi anlamlı şekilde yordamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Böbrek nakli sonrası ilk iki yıldaki fark kiloyu ve fark BKİ'yi etkileyen faktörler (n=139)

	Fark Kilo	Fark BKİ
	B	B
Yaş	-0.292 ($p<0.001^*$)	-0.278 ($p<0.001^*$)
Cinsiyet	-0.001 ($p>0.987$)	-0.101 ($p>0.222$)
Verici Tipi	-0.082 ($p>0.337$)	-0.110 ($p>0.199$)
Steroid Dozu	-0.130 ($p>0.118$)	0.026 ($p>0.751$)
Kronik Hastalık Varlığı	-0.113 ($p>0.176$)	-0.116 ($p>0.166$)
Öz yeterlilik	-0.023 ($p>0.778$)	0.010 ($p>0.904$)
R	0.346	0.344
R ²	0.120	0.118
F	2.995	2.955
p	0.009	0.010
DW	2.534	2.303

* $p<0.05$ β : Beta DW:Durbin-Watson

Böbrek nakli alıcıların yaş gruplarına göre 45 yaş ve altı, 46 yaş ve üstü olarak sınıflandırılarak yaşın nakil sonrası ilk iki yılda kilo ve BKİ'yi etkileme durumunu yordaması analiz edilmiştir (Tablo 8). Hastaların yaş gruplarına göre fark kiloyu etkileme durumu incelendiğinde modelin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($R= 0.247$, $R^2= 0.061$, $F= 8.869$, $DW= 2.412$, $p= 0.001$). Yaşın hastaların kilo artışını %6 yordadığı bulunmuştur ($B= -3.738$, $SH=1.255$, $t=-2.978$, $\beta= -0.247$, $p= 0.003$). Hastaların yaş gruplarına göre BKİ'yi etkileme durumu incelendiğinde modelin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($R= 0.209$, $R^2= 0.044$, $F= 6.257$, $DW= 2.147$, $p=$

0.001). Yaşın hastaların BKİ artışını %4 yordadığı bulunmuştur (B=-0.995, SH=0.398, β = -0.209, p= 0.014).

Tablo 8. Böbrek Nakli Alıcılarının Yaş Gruplarına Göre Fark Kilo ve Fark BKİ'ye Etkisi (n=139)

	Fark Kilo	Fark BKİ
	B	B
Yaş	-0.247 (p<0.001*)	-0.209 (p<0.001*)
R	0.247	0.209
R²	0.061	0.044
F	8.869	6.257
p	0.003	0.014
DW	2.412	2.147

5. TARTIŞMA

Bu bölümde böbrek nakli alıcılarının kilo alımı, BKİ ve bu değerleri etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla elde edilen bulgular literatür ile tartışılmıştır. Bu çalışmada böbrek nakli alıcılarının nakil sonrası ilk poliklinik kontrolleri ile nakilden sonraki 3. ay, 6. ay, 12. ay ve 24. ay değerleri karşılaştırılarak kilo ve BKİ'leri karşılaştırılmış olup bu gruplar arasındaki fark incelenmiştir.

Araştırmanın sonucunda böbrek nakli alıcılarında nakil sonrası ilk iki yılda kilo artışının olduğu, hastaların nakil sonrası 3. ayda kilo ortalaması 67.83 kg iken 24. ayda 71.74 kg yükseldiği ve BKİ'nin 24.54 kg/m²'ten 26.04 kg/m²'e yükseldiği bulunmuştur. Hastaların nakil sonrası ilk iki yılda %11.98 oranında kilo aldığı bulunmuştur. Nakil sonrası 24. ayda, ilk poliklinik kontrollerine göre preobez oranında %10.8 artış, obez sınıf 1 oranında %10.1 artış ve iki hastanın obez sınıf 2'de olduğu bulunmuştur. Böbrek nakli alıcılarının kilo ve BKİ'sinin değişimini ilk altı ay, ilk bir yıl, iki yıl, üç yıl takibini yapan çalışmaların var olduğu bilinmektedir. Bu çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde nakil sonrası geçen süre arttıkça hastaların kilo ve BKİ'lerinde artış olduğu rapor edilmiştir (1,31,32,33,86,97). Ayrıca hastaların özellikle ilk bir yılda kilo aldıklarını vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (1,97). Yapılan bir çalışmada, hastaların nakil öncesi 6. ay ve 12. ay BKİ değerleri sırasıyla 25.9±4.4 kg/m², 26.1±4.6 kg/m² ve 26.4±4.7 kg/m² olarak belirtilmiştir (98). Ayrıca hastaların başlangıç kilo ortalaması 81.1 ± 16.9 kg iken nakil sonrası birinci yılda 87.0 ± 18.2 kg'a yükseldiği belirtilmiştir (34). Yapılan bir çalışmada BKİ değerinin başlangıçta 29.9 kg/m²'den 12. ayda 35 kg/m²'ye yükseldiği (11), farklı bir çalışmada ise nakil öncesi BKİ ortalaması 24.7 ± 4.1 kg/m²'den nakil sonrası birinci yılda 26.2 ± 5.0 kg/m² ye yükseldiği belirtilmiştir (1). Hooker ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada ise nakilden sonraki ilk bir yılda 1.9 kg kilo artışının olduğu rapor edilmiştir. Nakilden sonraki ilk yılda, BKİ artışının 2.1 kg/m² (33), kilo artışının 7.12 ± 5.9 kg olduğu belirtilmiştir (Forte ve ark., 2020). Nakilden sonraki üçüncü yılda hastaların BKİ değerlerinin 25.8 ± 4.6 kg/m²'den 26.6 ± 5.0 kg/m²'ye yükseldiği (13) ve hastalarda %9.1 oranında kilo artışı olduğu belirtilmiştir (15).

Çalışmamızda alıcıların yaş ortalaması 46.32 ± 12.39 'dur, yaşı artması ile fark kilo ve fark BKİ ortalaması karşılaştırıldığında bizim çalışmamızda yaş arttıkça kilo alımının azaldığı bulunmuştur. Gill ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada da yaş ortalaması arttıkça BKİ ortalamasının azaldığı belirtilmiştir. Knight ve ark. (2020) yaptığı çalışmada nakil sonrası 1. yılda 40 yaşından genç olan alıcılarının kilo alımının daha fazla olduğunu, Arshad ve ark. (2020) çalışmasında nakil sonrası 6. ayda BKİ artışının genç alıcılarda daha fazla olduğu belirtilmiştir. Gonzalez ve ark. (2020) yaptığı çalışmada yaşı kilo alımına etkisinin olmadığı bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda ise yaş azaldıkça kilo alımının daha fazla olduğu belirtilmiştir (15,34). Görüldüğü üzere literatürde yaşı kilo alımı üzerine etkisi konusunda bir netlik yoktur. Yaşı artması ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Bu nedenle alıcılarda beslenme alışkanlıkları açısından daha sağlıklı ve düzenli bir beslenme programına uyma gereksinimi oluşmaktadır. Ayrıca yaşlanma ile birlikte bireylerde kas lifleri sayısında ve büyüklüğünde bir azalma başlamaktadır. Bu nedenle yaş arttıkça kas kütlesinin azalması ile birlikte hastalarda kilo kaybı oluşmuş gibi göstermektedir. Ayrıca BKİ değerlendirilmesi vücuttaki yağ oranı hakkında bilgi vermekle birlikte kas kütlesi hakkında objektif bir veri sağlamamaktadır. Bu nedenle yaşlı alıcılarda sadece BKİ değerlendirmek kilo alımı değerlendirilmesi açısından yanlış bir değerlendirmeye neden olabilir (102). Bizim çalışmamızda yaşı arttıkça kilo alımının azalması bu nedenlerle açıklanabilir.

Araştırmamızda böbrek nakli alıcılarında cinsiyetin fark kilo ve fark BKİ puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur. Literatürde bizim çalışmamıza benzer şekilde cinsiyetin kilo alımına etkisinin olmadığını belirten çalışmalar mevcuttur. (32,34,98,100,102). Bazı araştırmalarda ise kadın cinsiyetin etkili olduğu (1,11,15,30,31), bir çalışmada ise erkeklerin kadınlara oranla daha fazla kilo aldığı belirtilmektedir (97,103). Görüldüğü üzere cinsiyetin kilo alımı üzerine bir etkisi konusunda bir fikir birliği yoktur.

Araştırmamızda böbrek nakli alıcılarında verici tipinin fark kilo ve fark BKİ puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde verici tipinin BKİ artışı ile ilişkisinin olmadığı belirtilmiştir (11,32). Türkiye, Dünyada canlı vericiden böbrek nakli oranı milyon

nüfus başına 53.02 ile birinci sıradadır (105). Bizim çalışmamızda canlı vericiden böbrek nakli oranı %67.63'dır. İtalya'da yapılan bir çalışmada canlı vericiden nakil olan böbrek nakli alıcılarında kilo artışının daha fazla olduğu rapor edilmiştir (1). İtalya'nın canlı vericiden böbrek nakli yapma oranı milyon nüfus başına 5.6'dır (105). Canlı vericili nakillerde iki durum söz konusu olabilir. Birincisinde bekleme listesine girmeksizin ya da daha az bekleme süresi ile nakil olmaya bağlı nakledilen böbreğin değerini anlayamama ikincisinde ise sevdiği birini riske atarak ondan böbrek aldığı için daha dikkatli davranma nakledilen böbreğe daha fazla değer verme olabilir. Bu iki düşüncede bu hasta grubuyla uzun yıllar çalışan olarak bu araştırmanın yazarların yorumudur. Bu konunun niteliksel araştırmalar ile incelenmesine gereksinim vardır. Ayrıca, canlı verici oranı oldukça yüksek olan ülkemizde yapılan çalışmamızda verici tipinin böbrek nakli alıcılarında kilo alımını etkilediği çıkmaması oldukça önemli bir sonuçtur.

Araştırmamızda böbrek nakli alıcılarında steroid dozunun fark kilo ve fark BKİ puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur. Liese ve ark. (2018) yaptığı çalışmada steroid kullanan grupta obezitenin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Ahmad ve ark. (2020) çalışmasında nakil sonrası ilk iki yılda, Oliveira ve ark. (2014) yaptığı bir başka çalışmada ise nakil sonrası ilk 6. ayda steroid kullanımında kilo artışını etkili olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda steroid kullanmayan grup olmadığı için doz farkına göre steroidin kilo alımında etkisi incelenmiştir. Böbrek nakli alıcılarının kullandıkları minimum steroid dozu 2.5 mg ve maksimum steroid dozu 10 mg'dır. Bizim çalışmamızda steroid kullanmayan grup bulunmadığı için sadece steroid dozuna göre hastaların kilo ve BKİ artışı değerlendirilmiştir. Steroid kullanmayan grupla karşılaştırma yapılarak steroidi kilo alımında etkili bulan çalışmalara göre bizim çalışmamızda sadece steroid dozuna göre farklılık bulunmadığı ifade edilmektedir.

Araştırmamızda böbrek nakli alıcılarında kronik hastalık varlığının fark kilo ve fark BKİ puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur. Araştırmamızda hastaların %61.87'sinin kronik hastalığı bulunduğu fakat kronik hastalık varlığının nakil sonrası kiloya etkisinin olmadığı bulunmuştur. Arshad ve ark. (2020) yaptığı çalışmada diyabet ve hipertansiyon varlığının kilo alımına etkisinin olmadığı

bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda ise diyabet öyküsünün BKİ artışını etkilediği belirtilmiştir (86). Liese ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir diğer çalışmada da diyabetin kilo alımını arttırdığı, hipertansiyonun ise kilo alımını arttırmaya etkisinin olmadığı rapor edilmiştir. Kronik hastalık varlığının kilo alımına etkisi ile ilgili literatürde bir netlik yoktur, özellikle diyabet üzerinde durulduğu görülmektedir. Ayrıca kronik böbrek yetmezliği olan çoğu hastanın bizim çalışmamızdaki gibi eşlik eden kronik hastalık varlığı bulunmaktadır.

Öz yeterliliğin yüksek olması hastaların uyumunu etkileyerek olumsuz sonuçların daha az görülmesini sağlayacağı düşünülmektedir (37). Bu nedenle, bizim çalışmamızda öz yeterliliği yüksek olan hastaların kilo artışının daha az olması beklenmekteydi. Ancak araştırmamızda böbrek nakli alıcılarında öz yeterliliğin fark kilo ve fark BKİ puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda öz yeterliliğin etkili çıkmamasının nedeni alıcıların öz yeterlilik puan ortalamasının (68.55) yüksek olması olabilir. Ancak literatürde bu konuyla ilgili yeterince çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle öz yeterliliğin farklı çalışmalarda tekrar incelenmesine gereksinim vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada nakil sonrası ilk iki yılda hastaların kilo artışı incelenmiş olup, iki yıl içerisinde kilo artışı ve etkileyen sebepler incelenmiştir. Nakil sonrası ilk iki yıl içerisinde hastalarda kilo artışı olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda cinsiyet ve kronik hastalık varlığının kilo alımını etkilemediği bulunmuştur. Ancak bu konuda literatürde de netlik yoktur. Türkiye, Dünya’da en fazla canlı vericiden nakil yapan ülkedir bu nedenle kilo alımında verici tipinin etkili bulunmaması önemli bir sonuçtur. Bizim çalışmamız, literatürde böbrek nakli alıcılarında öz yeterliliğin kilo alımına etkisini değerlendiren ilk çalışmadır. Bizim çalışmamızda öz-yeterlilik kilo alımını etkileyen faktör olarak bulunmamıştır

Araştırmacılar için;

- Böbrek nakli sonrası kilo alımını etkileyen faktörler konusunda fikir birliği yoktur. Etkileyen faktörlerin ve özellikle cinsiyet, kronik hastalık varlığının kilo alımını etkileme durumunun detaylı irdelenmesine gereksinim vardır.
- Öz-yeterliliğin kilo alımında etkisinin olup olmadığının farklı çalışmalar ile değerlendirilmesine gereksinim vardır.
- Ayrıca, böbrek nakli alıcılarında kilo alımının ve etkileyen faktörlerin prospektif çalışmalar ile incelenmesine gereksinim vardır.
- Hastaların kilo kontrolünün sağlanması için beslenme eğitimi, egzersiz eğitimi ya da farklı bilişsel/çevresel/motivasyonel girişimsel çalışmaların planlanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi önerilir.

Klinik uygulama için;

- Hastaların böbrek nakli öncesi ve böbrek nakli sonrası BKİ düzeyinin değerlendirilmesi önerilmektedir.
- Böbrek nakli sonrası poliklinik takiplerinde düzenli aralıklarla hastaların kilo takibinin yapılması ve hastalara kilo takiplerini evde yapmaları konusunda eğitimlerinin yapılması önerilmektedir.
- Hastaların kilo alımının ve metabolik durumunun değerlendirilmesi için her poliklinik kontrolünde bel çevresinin ve laboratuvar bulgularının (total protein, trigliserdi, glikoz, HDL, LDL, Hgb A1C vb) rutin kontrole dahil edilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Forte CC, Pedrollo EF, Nicoletto BB, Lopes JB, Manfro RC, Souza GC ve ark. Risk factors associated with weight gain after kidney transplantation: A cohort study. PLoS ONE. 2020;15(12):e0243394.
2. Roth S. Managing kidney transplant recipients in primary care. Journal of the American Academy of Physician Assistants. 2017; 30(6).
3. Wołoszyk P, Małgorzewicz S, Chamienia A, Dębska-Slizien A. Obesity after successful kidney transplantation. Transplantation Proceedings. 2020; XX, 1-5.
4. Çoban Ş, Yıldız S, Bozyaka E, Derici ZS, Ünlü M, Çelik A ve ark. Böbrek nakli alıcılarının morbidite, hasta ve greft sağ kalımı yönünden değerlendirilmesi: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Deneyimi. Türk Nefroloji ve Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 2017;26 (1): 41-47.
5. Mohler GS, Zala P, Graf N, Witschi P, Mueller TF, Wüthrich RP ve ark. Comparison of a behavioral versus an educational weight management intervention after renal transplantation: a randomized controlled trial. Transplantation Direct. 2019; 5: e507.
6. Ateş D, Cebeci F. Obesity in the kidney transplant process. Experimental and Clinical Transplantation. 2018; 16(1) Suppl 1:61-63.
7. Nicoletto BB, Fonseca NK, Manfro RC, Gonçalves LF, Leitão CB, Souza GC. Effects of obesity on kidney transplantation outcomes: a systematic review and meta-analysis. Transplantation. 2014; 98(2):167-76.
8. Fırat N, Dheir H, Akın E, Sipahi S, Altıntoprak F, Çelebi F ve ark. Canlı donörden böbrek nakli: ilk deneyimlerimiz. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;5(2):356-363.
9. González AL, Pérez RG, Soto JB, Castillo RF. Study of weight and body mass index on graft loss after transplant over 5 years of evolution. International Journal of Medical Sciences. 2020; 17(15): 2306-2311.
10. Lam NN, Kim SJ, Knoll GA, McArthur E, Lentine KL, Naylor KL ve ark. The risk of cardiovascular disease is not increasing over time despite aging and higher comorbidity burden of kidney transplant recipients. Transplantation. 2017; 101(3):588-596.
11. Liese J, Bottner N, Büttner S, Reinisch A, Woeste G, Wortmann M ve ark. Influence of the recipient body mass index on the outcomes after kidney transplantation. Langenbecks Arch Surg. 2018; 403:73–82.
12. Stehlik J, Edwards LB, Kucheryavaya AY, Benden C, Christie JD, Dipchand AI ve ark. The registry of the international society for heart and lung transplantation: 29th official adult heart transplant report. The Journal of Heart and Lung Transplantation. 2012; 31(10): 1073-86.
13. Beckmann S, Ivanović N, Drent G, Ruppert T, De Geest S. Weight gain, overweight and obesity in solid organ transplantation—a study protocol for a systematic literature review. Systematic Reviews Journal. 2015; 6;4(2).
14. Cenan SR. Beden kitle indeksinin böbrek nakli sonuçları üzerine etkisi [uzmanlık tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2016.
15. De Oliveira CM, Moura ÁE, Gonçalves L, Pinheiro LS, Pinheiro FM Jr, Esmeraldo RM. Post-transplantation weight gain: prevalence and the impact of steroid-free therapy. Transplantation Proceedings. 2014; 46(6):1735-40.

16. Ertürk T, Berber I, Çakır U. Effect of obesity on clinical outcomes of kidney transplant patients. *Transplantation Proceedings*. 2019; 51(4):1093-1095.
17. Hatzinger M, Stastny M, Grützmacher P, Sohn M. The history of kidney transplantation. *Urologe*. 2016; 55:1353–1359.
18. Karakan Ş, Sezer S, Acar Ö, Nurhan F. Böbrek nakli sonrası yeni diyabetes mellitus gelişmesine etki eden faktörler; obezite ve inflamasyonun rolü. *Fırat Tıp Dergisi*. 2013; 18(2): 122-125.
19. Kim IK, Choi SH, Son S, Ju MK. Early weight gain after transplantation can cause adverse effect on transplant kidney function. *Transplantation Proceedings*. 2016; 48(3):893-6.
20. Grosso G, Corona D, Mistretta A, Zerbo D, Sinagra N, Giaquinta A ve ark. Delayed graft function and long-term outcome in kidney transplantation. *Transplantation Proceedings*. 2012; 44, 1879–1883.
21. Bardonnaud N, Pillot P, Lillaz J, Delorme G, Chabannes E, Bernardini S ve ark. Outcomes of renal transplantation in obese recipients. *Transplantation Proceedings*. 2012; 44(9):2787-91.
22. Ditunno D, Lucarelli G, Impedovo SV, Spilotros M, Grandaliano G, Selvaggi FP ve ark. Obesity in kidney trasnplantation affects renal function but not graftand patient survival. *Transplantation Proceedings*. 2011; Volume 43, Issue 1, p: 367-372.
23. Furriel F, Parada B, Campos L, Moreira P, Castelo D, Dias V ve ark. Pre-transplantation overweight and obesity: does it really affect kidney transplantation outcomes?. *Transplantation Proceedings*. 2011; 43(1):95-9.
24. Karabıçak I, Aytuğ S, Lewis S, Shah S, Sumrani N, Hayat A ve ark. Long-term kidney transplant outcome in obes patients in a predominantly African American population. *Clinical Transplantation*. 2011; 25(3):264-70.
25. Moreira TR, Bassani T, de Souza G, Manfro RC, Gonçalves LF. Obesity in kidney transplant recipients: association with decline in glomerular filtration rate. *Renal Failure*. 2013; 35(9):1199-203.
26. Hoogeveen EK, Aalten J, Rothman KJ, Roodnat JJ, Mallat MJ, Borm G ve ark. Effect of obesity on the outcome of kidney transplantation: A 20-year follow-up. *Transplantation*. 2011; 91(8):869-74.
27. Pham PT, Danovitch GM, Pham PC. Kidney transplantation in the obese transplant candidates: to transplant or not to transplant?. *Seminars in Dialysis*. 2013; 26(5):568-77.
28. DSÖ - Dünya Sağlık Örgütü. Body mass index- BMI, 2019, Erişim: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
29. Tedik SE. Fazla kilo / obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşirenin rolü. *Türk J Diab Obes*. 2017; 2: 54-62.
30. Pantik C, Cho YE, Hathaway D, Tolley E, Cashion A. Characterization of body composition and fat mass distribution 1 year after kidney transplantation. *Progress in Transplantation*. 2017; 27(1): 10–15.
31. Hap K, Madziarska K, Hap W, Zmonarski S, Zielińska D Kamińska D ve ark. Are females more prone than males to become obese after kidney transplantation?. *Ann Transplant*. 2019; 29;24:57-61.

32. Arshad A, Hodson J, Khalil K, Sharif A. Changes in body mass index and outcomes after kidney transplant: a single-center, retrospective, observational study. *Experimental and Clinical Transplantation*. 2020; 3: 292-299
33. Cashion AK, Sánchez ZV, Covan PA, Hathaway DK, Costello AL, Gaber OA. Changes in weight during the first year after kidney transplantation. *Progress in Transplantation*. 2007; 17, No. 1.
34. Cashion AK, Hathaway DK, Stanfill A, Thomas F, Ziebarth JD, Cui Y ve ark. Pre-transplant predictors of one year weight gain after kidney transplantation. *Clinical Transplantation*. 2014; 28(11): 1271–1278.
35. Orazio L, Chapman J, Isbel NM, Campbell KL. Nutrition care for renal transplant recipients: an evaluation of service delivery and outcomes. *Journal of Renal Care*. 2014; 40(2):99-106.
36. Taşdemir D, Aksoy N. Weight gain, energy intake, energy expenditure, and immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients. *Progress in Transplantation*. 2020; 1-8.
37. Pasquale CD, Pistorio ML, Corona D, Sinagra N, Giaquinta C, Zerbo D ve ark. Role of 'self efficacy' in the process of long-term care in kidney transplant recipients. *Transplantation Proceedings*. 2014; 46, 2235e2237.
38. Weng LC, Dai YT, Huang HL, Chiang YJ. Self-efficacy, self care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(4), 828-838.
39. Reyna-Sepúlveda F, Ponce-Escobedo A, Guevara-Charles A, Escobedo-Villarrreal M, Pérez-Rodríguez E, Muñoz-Maldonado G ve ark. Outcomes and surgical complications in kidney transplantation. *Int J Org Transplant Med*. 2017; Vol. 8 (2).
40. Haberal M. Transplantation in Turkey. *Clin Transpl*. 2013; 175-80.
41. Köken ZÖ, Sezer RE. Böbrek transplantasyonunda bakım. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*. 2018; 4(2):149-56.
42. Holecheck MJ, Armstrong G. Kidney transplantation. Ohler L, Cupples S, Editörler. *Core curriculum for transplant nurses*. Philadelphia: Mosby, Inc., an imprint of Elsevier, Inc.; 2008. 513-556.
43. Töz H. Transplantasyona Hazırlık- Alıcı. Türkmen A, Editör. *Transplantasyon nefrolojisi pratik uygulama önerileri*. Ankara: BULUŞ Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic.; 2016. 1-8.
44. Pham PT, Pham PC, Danovitch G. The acute care of the transplant recipient. McKay BD, Steinber SM, Editörler. *Kidney Transplantation: A guide to the care of kidney transplant recipients*. London: Springer; 2010. 207-236.
45. Trevitt R, Dunsmore V, Murphy F, Piso L. Pre- and post-transplant care: nursing management of the renal transplant recipient: part 2. *Journal of Renal Care*. 2012; 38(2), 107-114.
46. Demet D, Aksoy N, Kiraz N. Nursing care after kidney transplant: case report. *Experimental and Clinical Transplantation Suppl*. 2018; 1: 55-60.
47. Murphy F. Managing post-transplant patients in primary care. *Practice Nursing*. 2011; Vol 22, No 6.
48. Pham, P.-T., Pham, P.-A., Pham, P.-C., Parikh, S, Danovitch, G. Evaluation of adult kidney transplant candidates. *Seminars in Dialysis*. 2010; Vol 23, No 6.

49. Calixto Fernandes MH, Schricker T, Magder S, Hatzakorjian R. Perioperative fluid management in kidney transplantation: a black box. *Critical Care*. 2018; 22:14.
50. Wittebole, X., Castanares-Zapatero, D., Mourad, M., Montiel, V., Collienne C ve ark. Early postoperative ICU care of the kidney transplant recipient. *Kidney Transplantation, Bioengineering, and Regeneration*. 2017; 199–210.
51. Mugino M, Lee T, Lam S, Hameed A, Sandroussi C, Chadban S ve ark. Prophylactic wound drainage in renal transplant: A survey of practice patterns in Australia and New Zealand. *Experimental and Clinical Transplantation*. 2020; 18(7):771-777
52. Aref A, Zayan T, Sharma A, Halawa A. Utility of central venous pressure measurement in renal transplantation: Is it evidence based?. *World J Transplant*. 2018; 28; 8(3): 61-67.
53. Basso G, Cristelli M, Bichuetti D, Franco M, Baptista A, Sandes-Freitas T ve ark. Major neurological complications following renal transplantation [abstract]. *Am J Transplant*. 2013; 13 (suppl 5).
54. Mohammadi HM, Salarzai M, Parooie F. Neurological complications after renal transplantation: A systematic review and meta-analysis. *Ther Apher Dial*. 2019; Dec;23(6):518-528.
55. Pencheva VP, Petrova DS, Genov DK, Georgiev OB. Risk factors for lung diseases after renal transplantation. *J Res Med Sci*. 2015; 20(12): 1127-1132.
56. Calogero A, Gallo M, Sica A, Peluso G, Scotti A, Tammaro V ve ark. Gastroenterological complications in kidney transplant patients. *Open Medicine*. 2020; 15:623–634.
57. Gioco R, Corona D, Ekser B, Puzzo L, Inserra G, Pinto F ve ark. Gastrointestinal function after kidney transplantation. *World J Gastroenterol*. 2020; 26(38): 5797-5811.
58. Lucan VC, Berardinelli L. Gastrointestinal side effects of post-transplant therapy. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2016; Vol. 25 No 3: 367-373.
59. Dew MA, Myaskovsky L, Steel JL, DiMartini AF. Post-transplant psychosocial and mental health care of the renal recipient. Maldonado JR, Sher Y, Editörler. *Psychosocial care of end-stage organ disease and transplant patients*. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2018. ISBN 978-3-319-94914-7.
60. Gül MC. Böbrek transplantasyonunun erken ve geç dönem cerrahi komplikasyonları. Dalkılıç M, Editör. *Scientific Developments for Health and Life Sciences* Ankara: Gece Kitaplığı; 2020, 277-283.
61. Hachem LD, Ghanekar A, Selzner M, Famure O, Li Y, Kim SJ. Postoperative surgical-site hemorrhage after kidney transplantation: incidence, risk factors and outcomes. *Transplant International*. 2017; 30: 474–483.
62. Haberal M, Boyvat F, Akdur A, Kınap M, Özçelik Ü, Karakayalı YF. Surgical complications after kidney transplantation. *Experimental and Clinical Transplantation*. 2016; 6: 587- 595.
63. Tüzüner A, Çelik SU. Posttransplant erken dönem cerrahi komplikasyonlar. Türkmen A, Editör. *Transplantasyon Nefrolojisi Pratik Uygulama Önerileri*. Ankara: BULUŞ Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic.; 2016. 83-90.

64. Afşar B, Elsürer R, Yılmaz Mİ. Böbrek nakli sonrası tekrarlayan glomerülonefritler. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2010; Cilt/Vol: 19, No: 3, Sayfa: 151-156.
65. Voora S, Adey DB. Management of kidney transplant recipients by general nephrologists: Core Curriculum 2019. *AJKD*. 2019; Vol 73 | Iss 6.
66. Şengül E, Eyileten T, Yenicesu M. Fokal segmental glomerüloskleroz. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*. 2009; Cilt/Vol. 18, No, 3, Sayfa/Page 147-151.
67. Rao NN, Coates PT Cardiovascular diseases after kidney transplant. *Seminars in Nephrology*. 2018; Vol 38, No 3 pp 291–297.
68. Schafer HM. Long-term management of the kidney transplant recipient. *Blood Purif*. 2012; 33:205–211.
69. Baker RJ, Mark PB, Patel RK, Stevens KK, Palmer N. Renal association clinical practice guideline in post-operative care in the kidney transplant recipient. *BMC Nephrology*. 2017; 18:174.
70. Pham PT, Pham PM, Pham SV, Pham PA, Pham PC. New onset diabetes after transplantation (NODAT): an overview. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*. 2011; 4 175–186.
71. Bottomley MJ, Harden PN. Update on the long-term complications of renal transplantation. *British Medical Bulletin*. 2013; 106: 117–134.
72. LaGuardia H, Zhang R. Obesity and metabolic syndrome in kidney transplantation. *Curr Hypertens Rep*. 2013; 15:215–223.
73. Soylu D, Ceyhan Ö, Kartın PT. Böbrek nakli sonrası metabolik sendrom risk faktörlerinin yönetiminde hemşirelik bakımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2019; 28(1):60-65.
74. Bouquegneau A, Salam S, Delanaye P, Eastell R, Khwaja A. Bone disease after kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016; 11: 1282–1296.
75. Kovvuru K, Kanduri SR, Vaitla P, Marathi R, Gosi S, Garcia Anton DF ve ark. Risk factors and management of osteoporosis post-transplant. *Medicina*. 2020; 56, 302.
76. Altunrende SŞ, Karalök I, Kaya E, Bulut SSD, Server S. Böbrek nakli sonrası hasta takibinde görüntüleme: Rejeksiyon (hiperakut, akut, kronik). *Türkiye Klinikleri J Radiol-Special Topics*. 2016; 9(3):116-20.
77. Malhotra P. Nakil reddinin immunolojisi. *Medscape*. 2019.
78. Sayın CB. Preemptif olan ve olmayan renal transplant alıcılarının transplantasyon sonrası beş yıllık takiplerinin karşılaştırılması [uzmanlık tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2009.
79. Yılmaz M. Akut hücrel rejeksiyon ve tedavisi. Türkmen A, Editör. *Transplantasyon Nefrolojisi Pratik Uygulama Önerileri*. Ankara: BULUŞ Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri San. Tic.; 2016. 65-72.
80. Justiz Vaillant AA, Misra S, Fitzgerald BM. Acute transplantation rejection. [Updated 2020 Dec 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.
81. Hassanein M, Augustine JJ. Chronic kidney transplant rejection. [Updated 2020 Jul 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.

82. Tanyel E, Ünver Ulusoy T, Dilek M, Yakupoğlu YK. Böbrek nakli sonrası görülen infeksiyonların irdelenmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2019; 11(3): 288-293.
83. Aksoy N. Weight gain after kidney transplant. *Experimental and Clinical Transplantation*. 2016; Suppl 3: 138-140
84. Butler K. Assessment of nutritional counseling frequency on weight status in renal transplant recipients [yüksek lisans tezi]. Brookings: South Dakota State University, 2017.
85. Hong SH, Kim EM, Rha MY. Nutritional intervention process for a patient with kidney transplantation: a case report. *Clin Nutr Res*. 2019; Jan;8(1):74-78.
86. Curran SP, Famure O, Li Y, Kim SJ. Increased recipient body mass index is associated with acute rejection and other adverse outcomes after kidney transplantation. *Transplantation*. 2014; Volume 97, Number 1.
87. Ryan KJ, Casas JM, Mash LE, McLellan SL, Lloyd LE, Stinear JW ve ark. The effect of intensive nutrition interventions on weight gain after kidney transplantation: protocol of a randomised controlled trial. *Biomed Central Nephrology*. 2014; 9;15: 148.
88. Takahashi A, Hu SL, Bostom A. Physical activity in kidney transplant recipients: A Review. *AJKD*. 2018; Vol XX | Iss XX |
89. Zelle DM, Kok T, Dontje ML, Danchell EI, Navis G, Van son WJ ve ark. The role of diet and physical activity in post-transplant weight gain after renal transplantation. *Clinical Transplantation*. 2013; 27: 484–490.
90. Açiksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinde öz yeterlilik algısı ile klinik uygulamaya ilişkin kaygı ve stres durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2016;58:129-135
91. Mohammadi N, Soleymani R, Omid A, Roshanae G. The effect of telephone nursing follow-up on self-efficacy of females with type 2 diabetes mellitus. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2017; 25(2): 61-68
92. Behzad Y, Bastani F, Haghani H. Effect of empowerment program with the telephone follow-up (Tele-Nursing) on self-efficacy in self-care behaviours in hypertensive older adults. *Nurs Midwifery J*. 2016; 13(11): 1004-1015
93. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self- efficacy scale: construction and validation. *Psychol Rep*. 1982;51:663-671.
94. Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi*. 1999; 2(1): 21-34.
95. Türetgen İÖ, Cesur S. Öz etkinlik ölçeği'nin psikometrik özellikleri. *ÖNERİ*. 2005; 6(24): 305-312
96. Yıldırım F. ve Özgür İ (2010), Genel özyeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*: 1-8.
97. Hooker RW, Draper CM, Mitchell CO, Cashion AK. The relationship between fruit and vegetable consumption and weight gain in kidney transplant recipients within 1 year posttransplant. *Topics in Nutrition*. 2015; Vol. 30, No. 4, pp. 324–332.
98. Sukackiene D, Miglinas M. Changes in body composition after kidney transplantation. *Clinical Nutrition ESPEN*. 2020; 40,640.

99. Gill JS, Hendren E, Dong J, Johnston O, Gill J. Differential association of body mass index with access to kidney transplantation in men and women. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2014; 9: 951–959.
100. Knight RJ, Islam AK, Pham C, Graviss EA, Nguyen DT, Moore ve LW ve ark. Weight gain after simultaneous kidney and pancreas transplantation, *Transplantation*. 2020; 104(3):632-639.
101. Karakaş S. Yaşlanmanın anatomisi. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2012; 3(1):23-29.
102. Cupples C, Cowan PA, Cashion AK, Wicks MW. Characterizing dietary intake and physical activity affecting weight gain in kidney transplant recipients. *Progress in transplantation*. 2012; 22(1):62-70.
103. Mucha K, Foroniewicz B, Ryter M, Florczak M, Krajewska M, Mulka-Gierek ve ark. Weight gain in renal transplant recipients in a polish single centre. *Ann Transplant*. 2015; 20: 16-20.
104. IRODaT. (2019). International registry on organ donation and transplantation - 2019. Erişim= <https://www.irodat.org>
105. Ahmad N, Khan TFT, Nadeem N, Fourtounas K. Steroid-sparing and steroid-based immunosuppression in kidney Transplant: is there a difference in outcomes and recipient comorbidities. *Experimental and Clinical Transplantation*. 2020; 5: 572-576.

8. EKLER

Ek-1. Hasta Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri Veri Formu

1) Doğum Tarihi: (.....) ay/gün/yıl olarak belirtiniz.

2) Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

3) Eğitim Durumu: a) İlköğretim c) Lise d) Üniversite ve üstü
Durum: a) Evli b) Bekar

5) Yaşadığınız Yer: a) İl b) İlçe c) Köy/Kasaba

6) Çalışma durumu: a. Tam zamanlı b. Yarı zamanlı c. Çalışmıyor

7) Nakilden önce Sigara Kullanıyor muydunuz?: a) Evet b) Hayır

8) Nakilden önce Alkol Tüketiyor muydunuz?: a) Evet b) Hayır

9) Birlikte yaşadığı kişiler:

Klinik özellikler (Araştırmacı tarafından doldurulacak olan bölüm)

Nakil tarihi:

Böbrek nakli etyolojisi:

Verici tipi: a. Canlı b. Ölü

Canlı verici ile yakınlık durumu a. Akraba b. Akraba dışı

Cevap akraba ise akrabalık derecesi:

1. Derece	2. Derece	3. Derece	4. Derece
Anne	Kardeş	Amca	Amca çocuğu
Baba	Nine	Hala	Hala çocuğu
Çocuk	Dede	Dayı	Dayı çocuğu
	Torun	Yeğen	Yeğen çocuğu

Cevap akraba dışı ise yakınlık durumunuz;

a. Eş b. Komşu c. Arkadaş d. Diğer:

Kullanılan immunosupresif ilaçlar:

Kronik Hastalık Durumu: a. Evet b. Hayır

Eğer yanıt evet ise: Diabetüsmellitüs b. Hipertansiyon c. Kalp hastalıkları

Nakil sonrası ilk poliklinik kontrolü= Boy..... Kilo..... BKL.....

3. ay kontrolü = Boy..... Kilo..... BKL.....

6. ay kontrolü = Boy..... Kilo..... BKL.....

12. ay kontrolü =

24. Ay kontrolü= Boy..... Kilo..... BKL.....

Bel çevresi=

24. ay Laboratuvar bulguları

Trigliserid değeri:

HbA1C değeri:

Total protein değeri:

BUN değeri:

HDL değeri:

Serum kreatinin değeri:

LDL değeri:

Serum glikoz değeri:

Ek-2. Öz-Yeterlilik Ölçeği

Açıklama:

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölmeyle işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç		Çok İyi		
	1	2	3	4	5
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.	1	2	3	4	5
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.	1	2	3	4	5
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım.	1	2	3	4	5
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.	1	2	3	4	5
5. Her şeyi yarım bırakırım.	1	2	3	4	5
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.	1	2	3	4	5
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.	1	2	3	4	5
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.	1	2	3	4	5
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.	1	2	3	4	5
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.	1	2	3	4	5
14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.	1	2	3	4	5
15. Kendine güvenen biriyim	1	2	3	4	5
16. Kolayca pes ederim.	1	2	3	4	5
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla başedebileceğimi sanmıyorum.	1	2	3	4	5

Ek-3. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Yaprak Sarıgöl Ordın

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat Inciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DCSYA NO:	4927-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Böbrek Nakli Alıcılarında Nakil Sonrası İlk İki Yılda Kilo Alımı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI ADI SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Yaprak Sarıgöl Ordın Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Karar No:2019/21-42	Tarih:04.09.2019				
KARAR BİLGİLERİ	Doç.Dr. Yaprak Sarıgöl Ördin'in sorumlusu olduğu "Böbrek Nakli Alenlarında Nakil Sonrası İlk İki Yılda Kilo Alımı ve Etkileven Faktörlerin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Gelişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İhtiyat Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kuvanc METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Azra GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat İLKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cengiz ERGÖN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kuvanc YUKSEL	Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik ve Bilişim A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEÜ Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	DEÜ Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek-4. Ege Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği kurum izni

 **T.C.**
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı : 69631334-302.14.06
Konu : Sedef Selçuk Tez Çalışması

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgili : 18/07/2019 tarihli ve BİSA sayılı yazı.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi Sedef SELÇUK'un "Böbrek Nakli Alıcılarında Nakil Sonrası İlk İki Yılda Kilo Alımı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Ağustos 2019 - Nisan 2020 tarihleri arasında etik kurul onay kararının Müdürlüğümüze bildirilmesinden sonra Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezi Böbrek Nakli Polikliniğinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Tuncay GÖKSEL
Başhekim

Ek: Organ Nakli Uygulama ve Araştırma
Merkezinden gelen 265052 sayılı yazı.

Evrağı Doğrulamak İçin: <https://olys.egu.edu.tr/en/Validat/Validat/Doc.aspx?ID=BEAS486MS>
Üniversite Cad. No:9 Fuarı Kısası 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 32 34 Faks No: +90 (232) 399 10 15
E-Posta: icm.bic@ogu.edu.tr İnternet Adresi: www.egu.edu.tr

İzledi Kişi: İsmail ERGÜN
Ünvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 3274



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-5. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



E-İmzalıdır

Sayı : 72292585-00.99-E.78762
Konu : Sedef SELÇUK-Tez Çalışması
Uygulama İzni

02/10/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 18.07.2019 tarih ve 1781 sayılı yazımız

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı,Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Sedef SELÇUK'un " Böbrek Nakli Alıcılarında Nakil Sonrası İlk İki Yılda Kilo Alımı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi " konulu tez çalışması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ
Başhekim V.

Ek : 01.10.2019 tarih ve 210 sayılı yazı



Adres: İnciraltı Mahallesi, Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi
No:1606, 35340 Narlıdere/Balçova/İzmir
Tel: 0(232) 412 1212
Elektronik Ağ: <http://www.hastane.deu.edu.tr/>

Bilgi için İrtibat:
Miray ÇÖLDÜR
Dahili:
E-Posta: miray.coldur@deu.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof.Dr. Semih KUCUKGUCLU tarafından 02.10.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınız <http://dogrulama.deu.edu.tr> linkinden E7274E70X5 kodu ile doğrulayabilirsiniz.



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı



Sayı : 210
Konu : Sedef SELÇUK-Tez Çalışması
Uygulama İzni

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 24.07.2019 tarih ve 72292585-10.99-58062 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereğince; Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün 18/07/2019 tarih ve 1781 sayılı yüksek lisans öğrencisi Sedef SELÇUK'un 'Böbrek Nakli Alıcılarında Nakil Sonrası İlk İki Yılda Kilo Alımı ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi' isimli çalışmayı 18/09/2019 tarihinde yürütücü araştırmacı çalışmayı araştırma toplantısında sunmuş olup; Nefroloji Bilim Dalımız tarafından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr. Ali ÇELİK
Nefroloji Bilim Dalı Başkanı

Ek : 18.07.2019 tarih ve 1781 sayılı yazı

27.09.2019

Dokuz Eylül Üniversitesi
Adres: Mithatpaşa Cd. Inciraltı yerleşkesi No:1606, 35340
Balgova/Zmir
Tel: 0(232) 412 26 36 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr
Kep Adresi: dokuzeyuluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için İrtibat:
Elçin TAŞCI
Dahili:
E-Posta: elcin.goren@deu.edu.tr

izmir
Dokuz Eylül Üniversitesi

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof.Dr. Semih KUCUKGUCLU tarafından 02.10.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakınızı <http://dogrulama.deu.edu.tr> linkinden E7274E70XS kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Ek-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Bay/Bayan,

Bu araştırma ile sizlerin böbrek nakli sonrası kilo alımınızı ve kilo alımını etkileyen faktörleri incelenmek amacıyla yapılmaktadır.

Bu amaçla, sizlerden Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Formu ve Genel Özyeterlilik Ölçeğini doldurmanız beklenmektedir. Bu soru formlarını doldururken isim belirtmemeniz gerekmektedir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte bilgiler kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Ben,olarak katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu çalışmaya katıldığım için herhangi bir maddi kazancım olmayacağını ve herhangi bir ödeme yapmak zorunda olmadığımı farkındayım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Adı-Soyadı:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No).....

İmzası:.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:.....

Görevi:.....

İmzası:.....

Ek-7. Genel Öz-yeterlilik Ölçeği kullanım izni

Fatma Yıldırım

13 Ağustos Sal 00:11



Alıcı: ben ▼

Merhaba,

Genel Özyeterlilik Ölçeğini çalışmanızda elbette kullanabilirsiniz.

Ters puanlanan maddelere, geçerlik ve güvenirlik ile ilgili bilgilere makalede ayrıntılı şekilde yer verilmiştir. Puan arttıkça özyeterlilik inancı artıyor.

Ekte ölçek formunu gönderiyorum.

Kolay gelsin

İyi çalışmalar

Fatma Yıldırım

Ek-8. Özgeçmiş (ARBİS Formatı)



SEDEF SELÇUK TOPBAş

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telofon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

10 Ağustos 2018 - Şu Anda (2 yıl 9 ay)

Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, CERRAHİ HASTALILAR HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Diploma Numarası: -

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 2.91 / 4.0

25 Eylül 2014 - 10 Temmuz 2018 (3 yıl 10 ay)

Lisans, Anadal/Normal Öğretim, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
GÜLHANE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU, HEMŞİRELİK PR.
Diploma Numarası: 18070006

Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.49 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Nisan 2020 - Şu Anda (1 yıl 2 ay) (Tam Zamanlı)

HEMŞİRE, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAŞKANLIĞI KOCAELİ İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ KOCAELİ
DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)

ALMANCA (Okuma: İyi, Yazma: Başlangıç, Konuşma: Orta)

Bilimsel Teknolojik Faaliyet Alanları

Anahtar Kelimeler

Cerrahi Hastalılardan Hemşireliği

Empati

Sağlık İletişimi

Yabancı Dil

Hemşirelik

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0