

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YETİŞKİN BÖBREK NAKLİ ALICILARININ
İMMÜNOSUPRESİF TEDAVİYE UYUMLARINI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Mohamed AHMED MOHAMED

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2017-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YETİŞKİN BÖBREK NAKLİ ALICILARININ
İMMÜNOSUPRESİF TEDAVİYE UYUMLARINI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Mohamed AHMED MOHAMED

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç.Dr. Fatma CEBECİ

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2016-1297 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2017-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 19/06/2017.

İmza

Tez Danışmanı : Doç Dr. Fatma CEBECİ
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof.Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Doç.Dr. Azize KARAHAN
Başkent Üniversitesi



Üye : Yrd. Doç. Dr. Nilgün AKSOY
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Yrd. Doç. Dr. Emine ÇATAL
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Mohamed AHMED MOHAMED

İmza



Tez Danışmanı

Doç.Dr. Fatma CEBECİ

İmza



TEŞEKKÜR

Bu tez alıŐması, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü kurulunun kararı ile Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yapılmıştır.

Yüksek lisans eğitimim süresince; her konuda, bilgi ve deneyimleri ile beni destekleyen, tez danışmanım olarak; tezimin her aŐamasında çalıŐmamın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendiren, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Fatma CEBECİ'ye, Cerrahi Anabilim ekib arkadaşlarım, çalışmanın uygulamasını yaptığım Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Prof. Dr. Tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli ve Medikal Park Hastanesi Organ Nakli Polikliniklerinin tüm ekibine, çalışmaya katılan böbrek nakli hastalarına, sabır ve özverileri için sevgili aileme, adımı sayamadığım katkıda bulunan herkese,

teŐekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Yetişkin böbrek nakli alıcılarının immünosupresif tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı türdedir. Nisan 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında Antalya ilinde böbrek nakli yapılan bir Üniversite ve Özel hastanenin organ nakli polikliniklerinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 130 yetişkin böbrek nakli alıcısı oluşturmuştur. Araştırmada etik kurul onayı, ölçek ve kurum izinleri ile hastalardan yazılı onam alınmıştır. Araştırmanın verileri, Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, İmmünosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği aracılığı ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veriler SPSS 23 programında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Kikare, Mann Whitney, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon testleri ile değerlendirilmiş, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: İmmünosupresif tedaviye uyum puan ortalaması 9.25 ± 1.87 ve ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyi puan ortalaması 7.25 ± 2.65 'tir. Hastaların %8.5'inin ilaçların gerekliliğine inanmadığı, İnançları yüksek olan hasta oranının %67.7, ilaç tedavisini hatırlatan mesaj gönderilmesini yararlı bulan hasta oranının ise %65.4 olduğu belirlenmiştir. Evli, tam gün çalışan hastaların sosyal destek ve özel biri desteği algıları daha yüksektir (%72.35). Böbrek naklinden sonra çalışma hayatında değişiklik olanların ve şehirde yaşayanların immünosupresif tedaviye uyum düzeyleri yüksektir. Böbrek naklinden sonra iki kez hastaneye yatanların, özel biri desteği algıları ve immünosupresif tedaviye uyum düzeyleri yüksektir. Nakil sonrası böbrek fonksiyon bozukluğu ile tekrarlı hastaneye yatanların, immünosupresif ilaçlara olan İnançları en düşük (4.80) ($X^2:8.119$, $P: 0.044$) grup olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Böbrek nakli yapılan hastalarda immünosupresif tedaviye uyumsuzluğun olumsuz sonuçlarını önlemek için strateji geliştirilmesi, ilaç uyumunun artırılmasında iletişim tekniklerinin kullanılması ve hastalara sağlık çalışanları tarafından verilen sosyal desteğin artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yetişkin böbrek nakli alıcısı, immünosupresif tedaviye uyum, uyumsuzluk, sosyal destek

ABSTRACT

Objective: The aim was to identify factors affecting immunosuppressant therapy adherence in adult renal transplant recipients.

Method: The research is a cross-sectional and descriptive study. The study was conducted between April 2016 and January 2017 in the university and private hospital's transplantation outpatient polyclinics. A total 130 of adult renal transplant recipients constituted the sample. Ethics committee approval, scale and institutional permission and written consent from the patients were obtained. The data were collected via Socio-demographic patients feature form, Immunosuppressant Therapy Adherence Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Using SPSS 23 program by calculating number, percentage, mean, SD, X², Mann Whitney, Kruskal Wallis and Spearman correlation tests were evaluated and $p < 0.05$ was accepted as significant.

Results: Immunosuppressant therapy adherence mean score was 9.25 ± 1.87 and mean score belief in drug necessity were 7.25 ± 2.65 . It was seen that 8.5% of patients have no believe in the necessity of drugs, while 67.7% of patients were high on the necessity of drug beliefs and 65.4% of the patients who found useful to send drug treatment reminder message. Married and full-time working patients have higher perceived social support and some one special support (%72.35). Patients changed working life after kidney transplantation and those living in the city have high level of Immunosuppressant therapy adherence. It was identified that patients who hospitalized twice after renal transplantation have a high level of some one specific social support type and immunosuppressive therapy adherence. the lowest belief in immunosuppressive drugs (4.80) ($X^2: 8.119$, $P: 0.044$) were identified in patients who patients have recurrent hospitalization by reason of posttransplant renal dysfunction.

Conclusion: To prevent negative outcomes of immunosuppressant therapy non-adherence developing strategies, using of communication techniques to enhance drug compliance, increasing social support given by health care workers is needed.

Key words: Adult renal transplant recipient, immunosuppressive therapy adherence, Non-adherence, Social support

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem tanımı ve önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Son Dönem Böbrek Yetmezliği	3
2.1.1. Kronik Böbrek Hastalığı Evrelemesi	4
2.1.2. Son Dönem Böbrek Yetmezliği Tedavisi ve Maliyeti	5
2.2. Organ Nakli Koordinasyon Sistemi	6
2.3. Böbrek Nakli	7
2.3.1. Böbrek Nakli Sıklığı	7
2.3.2. Böbrek Nakli Süreci	8
2.3.3. Transplantasyon İmmunolojisi	10
2.3.4. Rejeksiyon	11
2.4. Böbrek Naklinde kullanılan İmmünoşpresif ilaçlar	13
2.4.1. İmmünoşpresif Tedavinin yan etkileri ile mücadele yaklaşımı	18
2.5. İmmünoşpresif Tedaviye Uyum	19
2.5.1. İmmünoşpresif Tedaviye Uyum Sıklığı	19
2.5.2. İmmünoşpresif İlaç Uyumunun Ölçülmesi	19
2.5.3. İmmünoşpresif İlaç Uyumsuzlukları	22
2.5.4. İlaç Uyumsuzluğu Risk Faktörleri Sınıflandırması	23
2.5.5. İlaç Uyumsuzluğunun Değerlendirilmesi	26
2.6. Organ Nakli Sürecinde Hemşirelik	26

2.6.1. Böbrek Nakli Sonrası Hastalarda Uyumu Sağlamaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri	27
2.7. Sosyal Destek Tanımı	28
2.7.1. İmmüno-supresif Tedaviye Uyumda Sosyal Destek	28
2.7.2. Sosyal Desteğin Modelleri	29
2.7.3. Böbrek Nakli Sonrası Sosyal Destek Kaynakları	30
3. GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	31
3.3. Araştırma Soruları	32
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	32
3.4.1. Örnekleme Alınma Kriterleri	33
3.4.2. Örneklemeden Dışlanma Kriterleri	33
3.4.3. Araştırmanın Değişkenleri	33
3.5. Veri Toplama Araçları	33
3.5.1 Sosyo-Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu	34
3.5.2. Organ Nakli Hastalarında İmmüno-supresif Tedaviye Uyum Ölçeği	34
3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	35
3.6. Araştırmanın Etik Onamı	35
3.7. Verilerin Toplanması	36
3.8. Araştırma Planı ve takvimi	36
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve zorlukları	37
4. BULGULAR	
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik, Hasta Tanıtıcı Özellikleri ve İmmüno-supresif İlaç Kullanıma Yönelik Bulgular	38
4.2. İmmüno-supresif Tedaviye Uyum, Algılanan Sosyal Destek Ölçeklerin Güvenirlik, Normallik Test Sonuçları, Betimleyici İstatistikler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	41
4.3. İmmüno-supresif İlaç Uyumu, Sosyal Destek ve Gerekliliğine İnanç Düzeyi İle Sosyo-Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	45

5. TARTIŞMA	
5.1. İmmünosupresif Tedaviye Uyum ile İlişkili Faktörler	52
5.2. İmmünosupresif İlaçların Gerekliliğine Olan İnanç Düzeyleri ile İlişkili Faktörler	57
5.3. Algılanan Sosyal Destek ile İlişkili Faktörler	59
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	62
KAYNAKLAR	65
EKLER	
Ek-1. Aydınlatılmış Hasta Onam Formu	
Ek-2. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu	
Ek-3. Organ Nakli Hastalarında İmmünosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği	
Ek-4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
Ek- 5. Etik Kurul Onayı	
Ek- 6. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kurumu İzin Yazısı	
Ek-7. Medikal park hastanesi Kurumu İzin Yazısı	
Ek-8. İmmünosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği Kullanım İzni	
Ek- 9. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon kongere bildirisi	
Ek- 10. Dekanlık Tebrik Belgesi	
Ek-11. Ek Tablolar	
ÖZGEÇMİŞ	96

TABLolar DİZİNİ

Tablo	Sayfa
2.1. Yeni kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığında GFH ve albüminüri kategorileri	4
2.2. İmmünesupresif ilaçların etki mekanizması, doz aralığı, uygulama ve yan etkileri	15
2.3 İmmünesupresif ilaç uyumunun ölçülmesi	21
4.1. Böbrek nakli sonrası hastaların sosyo-demografik ve hasta tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular	38
4.2. Hastaların böbrek nakli sonrası immünesupresif ilaç kullanımına yönelik bulgular	40
4.3. Ölçeklerin cronbach alfa güvenilirlik katsayıların	41
4.4. Ölçek puanlarının normallik testleri	41
4.5. Ölçek puanlarının betimleyici istatistikleri	42
4.6. İmmunosupresif ilaçlara olan İnanç düzeylerinin immünesupresif tedaviye uyum durumlarına göre dağılımı	42
4.7. İmmünesupresif tedaviye uyum ile algılanan sosyal destek puanları arasındaki ilişki analizi	43
4.8. Sosyo Demografik ve hasta tanıtıcı özellikleri ile immunosupresif ilaç uyum düzeyi puanlarının karşılaştırması	45
4.9. Sosyo Demografik ve hasta tanıtıcı özellikleri ile immunosupresif ilaçların gerekliliğine olan İnanç düzeyi puan ortalamaların karşılaştırılması	47
4.10. Algılanan sosyal destek puanları ile sosyo demografik ve hasta tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılması	49

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
2.1. Türkiye’de yıllara göre böbrek transplantasyon sayıları	4
2.2. Türkiye’de renal replasman tedavisi uygulanan hasta sayılarının yıllar içinde değişimi.	6
2.3. Kadavradan Organ Nakli Sayıları	9
2.4. Türkiye’de 2017 yılı içinde yeni verilere göre Böbrek Transplantasyon yapılan hastaların donör Türlerine göre dağılımı.	11
2.5. İmmünoşpresif tedaviye uyumsuzluğunu belirleyen faktörler	23
3.1. Araştırma Planı ve takvimi	36
4.1. İmmünoşpresif tedaviye uyum, ilaçlara olan İnanç düzeyi, algılanan sosyal destek, aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve puan ortalaması	43
4.2. İmmünoşpresif ilaçlara olan İnanç düzeylerinin ve immünoşpresif tedaviye uyumlarının göre dağılımı	44

SİMGELER ve KISALTMALAR

ÇBASDÖ	: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği
DTI	: Donation and Transplantation İnstituse
GFR	: Glomeruler filtration rate/Glomerüler filtrasyon hızı
HLA	: Human Leucocyt antigen / insan lökosit antijeni
İTUÖ	: İmmünsüpresif tedaviye uyum ölçeği
İST	: İmmünosupresif tedaviye
KDIGO	: The Kidney Disease Improving Global Outcomes türkcesi
MHC	: Büyük Uyumluluk Kompleksi
MSPSS	: Multidimensional scale of perceived social support/ Çok boyutlu algılanan sosyal destek
RRT	: Renal replasman tedavileri
SDBY	: Son dönem böbrek yetmezliği
TND	: Türk Nefroloji Derneği
UKS	: Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemine
UNOS	: The United Network of Organ Sharing
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

1.1 Problem tanımı ve önemi

İmmünoşpresif tedavi, enfeksiyon kontrolü ve cerrahi teknikte sağlanan gelişmeler böbrek naklini, son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda en fazla tercih edilen, en başarılı ve maliyet açıdan en düşük tedavi yöntemi haline getirmiş, yaşam süresini ve kalitesini arttırmıştır (Garcia ve ark., 2012; Shrestha 2015). Dünyada her yıl ortalama 100.000 hastaya organ nakli yapılmakta; ancak bu sayının çok daha fazlası organ bekleme listesinde bulunmaktadır (Delmonico ve ark., 2011). Türkiye’de ise Nisan 2017 itibarı ile 21,603 hastanın böbrek nakli beklediği ve 20,619 hastaya böbrek nakli yapılabildiği bildirilmektedir (<https://organkds.saglik.gov.tr> Erişim:20/05/ 2017).

Böbrek nakli yapılan hastalarda immünoşpresyon, tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır (Çarın ve ark., 2009). Ameliyattan kısa bir süre önce başlanan immünoşpresif ilaçlar yaşam boyu devam eder. Ancak, hastaların immünoşpresif tedaviye (İST) uyumu greftin canlılığını sürdürmesi ve rejeksiyonun önlenmesi için son derece önemlidir (Fuzinato ve ark., 2013; De Geest ve ark., 2014). Uyum ‘compliance’ tıp literatürüne ilk olarak yaklaşık 30 yıl önce girmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uyumu, “klinik öneriler ile hasta davranışlarının çatışmaması” olarak tanımlanmaktadır (Bleser, 2009; Burra ve ark., 2011). İlaç uyumsuzluğu, hastanın önerilen ilacı düzgün bir şekilde almaması nedeni ile amaçlanan tedavinin olumsuz etkilemesi olarak tanımlanmıştır (Fine, 2009). İmmünoşpresif tedaviye (İST) uyum, organ nakli sonrasında rejeksiyonun önlenmesi (Fuzinato ve ark., 2013; De Geest ve ark., 2014) ve hayatta kalım için önemlidir (Pai Ahna, 2011).

İST’ye uyumsuzluk durumunda ise hastalarda akut ve kronik rejeksiyon, organ veriminde azalma (Ruppar, 2009), yaşam kalitesinde düşme, mortalite ve morbidite oranlarında (Ruppar, 2009; Mencarelli ve Marks, 2012) sağlık bakım harcamalarında artma (Burra P, 2011) ve greft kaybı gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Brahm ve ark., 2012). İST’ye uyumsuzluğun nakil sonrası ölümlerin %25’inde etkin rol oynadığı belirtilmektedir (Gorevski, 2011).

Literatürde, organ nakli sonrasında İST’ye uyumsuzluk oranlarının nakil edilen organa göre değişmektedir (Dew ve ark., 2007; Denhaerynck, 2009; Pinsk ve ark.,

2009; Russell, 2010, Gorevski , 2011; Burra 2011; Lieber ve Volk, 2013; De Geest 2014). Böbrek naklinde İST uyumsuzluk oranı %15-%68 arasındadır (Morales, 2012; Burns, 2012; Gorevski, 2013). Solid organ transplantasyonu yapılan hastalarda ilaç uyumsuzluğunun yıllık maliyetini 15 milyon dolardan 100 milyon dolara yükselttiği tahmin edilmektedir (Gorevski, 2013). İST uyumsuzluk nedenlerine yönelik çalışmalarda, değişik sonuçların bulunduğu görülmektedir (Drent, 2009; Gordon, 2009; Burra, 2011; Denecke, 2011; Griva, 2012; De Gest, 2014). Hastalara yeterli ve pratik bilgilendirme desteğinin verilmemesi, ilaç uyumsuzluğuna neden olan önemli etkenlerden biridir (Chisholm-Burns, 2010). İST'ye uyumsuzluğu önlemek için hastaların nakil öncesinde, İST'ye uyumun organ reddini önlemedeki önemi, yaşam boyu almalarının gerekçesi, potansiyel riskleri ve dikkat edilmesi gerekenler ile ilgili bilgilendirilmelidir (Koller, 2010). İST uyumsuzluğu etkileyen değişkenlerden biri de sosyal destektir (Kugler, 2009; Russell, 2010; Galura ve Sole, 2012). Sosyal destek; aile, arkadaşlar, komşular ve topluluk üyelerinin ihtiyaç duydukları zamanlarda verdiği psikolojik, fiziksel ve maddi destekten oluşan bir ağ olarak tanımlanmaktadır (NCI, 2015). Chisholm ve arkadaşları (2010)'nın yaptığı meta-analiz çalışma sonucunda böbrek nakli yapılan bireylerde sosyal destek ve IST uyum arasındaki ilişki ile ilgili tutarsız kanıtlar nedeniyle, daha fazla çalışma yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Chisholm-Burns, 2010).

Böbrek nakli yapılan hastalarda İST'ye uyumu sağlamak için uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, sağlık çalışanlarına uygun müdahaleler geliştirilmelerinde ve uygulamalarında rehberlik eder (Galura ve Sole, 2012). Ancak Türkiye'de böbrek nakli yapılan bireylerde İST uyumu etkileyen faktörleri inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Böbrek nakli alıcılarında rejeksiyon için risk oluşturan İST'ye uyumsuzluğu etkileyen faktörlerin saptanması; literatürdeki eksikliği kapatma görevi üstlenecek, sağlık kurumu ve çalışanlarının uygun müdahaleler geliştirilmelerine rehberlik edecek ve hemşirelik girişimlerinin planlanmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca literatürde yer alan diğer immunosupresif ilaçların uyumu ile ilgili çalışmalarla Türkiye'de yapılan bu araştırmanın sonuçlarının karşılaştırılmasına da olanak sağlayacaktır.

1.2 Araştırmanın amacı

Yetişkin böbrek nakli alıcılarının immünosupresif tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Son Dönem Böbrek Yetmezliği

Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) önemli bir küresel halk sağlığı sorunu olduğunu görülmektedir (Wetmore, 2016). Türkiye’de Kronik Böbrek Hastalığı (Chronic Renal Disease in Turkey; CREDIT) çalışmasının verilerine göre 18 yaşın üzerindeki yetişkin popülasyonda KBY prevalansının %15,7 olduğunu ve olguların % 5,2’sinde evre 3-5 Kronik böbrek hastalığı bulunduğunu göstermiştir (Seyahi, 2016).

Kronik böbrek yetmezliği glomerüler filtrasyon hızında (GFR) azalma sonucu yada GFR’nin 3 aydan uzun bir sürede 60 mL/dk/1.73 m²’den düşük olması ve böbreğin sıvı-solüt dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarında kronik ve ilerleyici bozulma hali olarak tanımlanabilir (McKay ve Steinberg, 2010; Sülen, 2012).

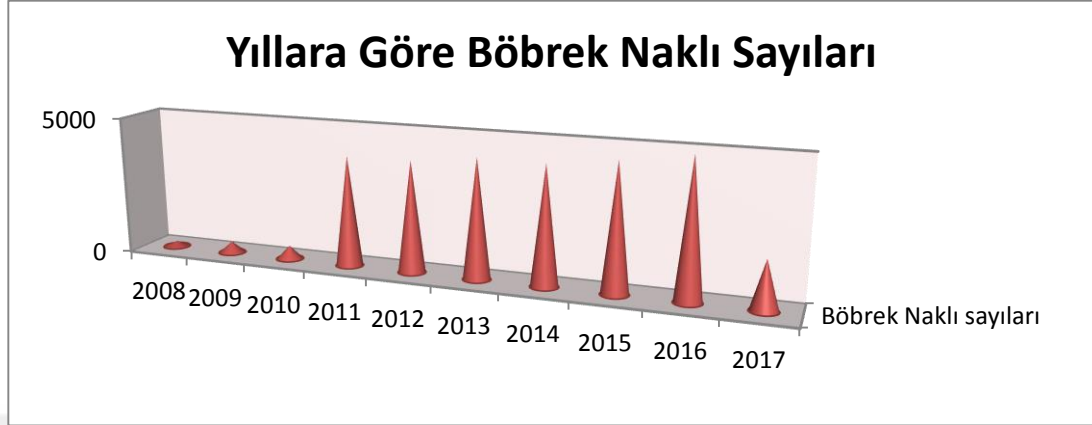
Üremi, kronik böbrek yetmezliğinin neden olduğu tüm klinik ve biyokimyasal anormallikleri içeren bir deyimdir ve birçok kaynakta kronik böbrek yetmezliği ile eş anlamda kullanılmaktadır. Kronik böbrek yetmezliği medikal yönünün yanı sıra hastaların sosyal, ekonomik ve psikolojik durumlarını da etkilemektedir (Weir, 2014; Sülen, 2012).

SDBY etiyojisi ülkelere göre değişmektedir. ABD’ de kronik böbrek hastalıklarının etiyojisinde ileri yaş, diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık ve ≥ 30 kg / m²’ den yüksek vücut kitle indeksi, ön sıralarda yer almaktadır (https://www.usrds.org/2016/view/v1_01.aspx. Erişim tarihi: 20.05.2017). Türkiye de ise son dönem böbrek yetmezliğinin önemli nedenleri kronik glomerulonefrit, diyabet ve hipertansiyon olarak belirlenmiştir (Süleymanlar, 2015).

Dünyada diyabete ve hipertansiyona bağlı SDBY sıklığı giderek artış göstermektedir. SDBY’nin epidemiyolojisi heterojen olup, çok çeşitli faktörlerden etkilenir. Bu nedenle, insidansı ve prevalansı ülkeler arasında büyük farklılık gösterir (Saran, 2015).

Türk Nefroloji kayıtlarına göre, SDBY insidansı normal seviyelerde kalmasına rağmen diyaliz ve organ nakli kayda değer bir tempoyla artmaktadır. 2001 ve 2011

yılları arasında SDBY prevalansı milyonda 353'ten 868'a çıkmıştır. Bu yıllık toplam %9'luk bir artışa tekabül etmektedir (Süleymanlar, 2011). Türkiye’de böbrek transplantasyonunun 2010 yılından itibaren sabitlendiği söylenebilir.



Şekil 2.1. Türkiye’de yıllara göre böbrek transplantasyon sayıları
(<https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor.aspx?q=Organnakli>. Erişim tarihi: 10.05.2017)

2.1.1 Kronik Böbrek Hastalığı Evrelemesi

Böbrek Hasta lıkları: Küresel Kazanımların artırılması kuruluşu (KDIGO;The Kidney DiseaseImproving Global Outcomes) tarafından kronik böbrek hastalığının değerlendirilmesi, yönetimi ve klinik tedavisi konusunda rehberlik etmesi amacıyla kurulmuştur. KDIGO kılavuzunda kronik böbrek yetmezliğinde GFH ve albüminüri kategorileri Tablo 2.1’de yer almaktadır.

Tablo 2.1. KDIGO yeni kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığında GFH ve albüminüri kategorileri.

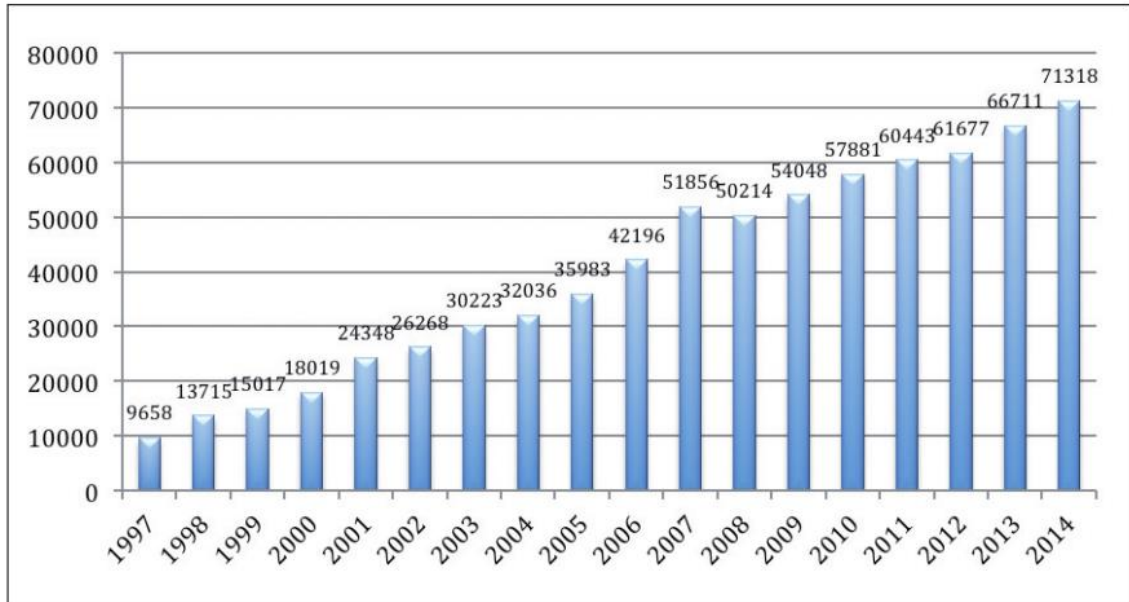
GFH Evreleri	GFH (ml/dk/1.73 m ²)	Tanımlar
G1	≥90	Normal veya yüksek
G2	60-89	Hafif azalmış
G3a	45-59	Hafif-orta derecede azalmış
G3b	30-44	Orta-şiddetli derecede azalmış
G4	15-29	Şiddetli azalmış
G5	300	Çok yüksek
Albüminüri Evreleri	AER (mg/gün)	Tanımlar
A1	<30	Normal/ Yüksek Normal
A2	30 - 300	Yüksek
A3	>300	Çok yüksek

Kaynak: Stevens PE, Levin A. Kidney disease: improving global outcomes chronic kidney disease guideline development work group Members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes, 2012; 825-830.

2.1.2 Son Dönem Böbrek Yetmezliği Tedavisi ve Maliyeti

Son dönem böbrek yetmezliği, renal replasman tedavi (RRT)'lerinden biri başlanmazsa hastayı hızla ölüme götürebilen bir hastalıktır. Renal replasman tedavisi; Hemodiyaliz (HD), Periton Diyalizi (PD) ve Renal Transplantasyondan oluşmaktadır (Warren kupin, 2011). Dünya genelinde böbrek nakli değerlendirmesi ile ilgili yapılan çalışmada, son yıllarda SDBY'nın giderek arttığı, böbrek nakli olan yetişkin bireylerin diyaliz hastalarına göre daha iyi yaşam kalitesi, daha uzun yaşam süresi ve ekonomik açıdan daha uygun olduğu vurgulanmaktadır (Garcia ve ark, 2012).

Türkiye Nefroloji Derneği (TND) kayıt sisteminin merkez bazlı verilere göre toplam 71.318 hastanın RRT aldığı tespit edilmiştir. RRT alan hastaların sayısında artış eğilimi devam etmektedir (Şekil 2). En sık uygulanan RRT tipi hemodiyaliz (%78,4) olup, bunu transplantasyon (%15,6) takip etmektedir, periton diyalizi (%6,0) ise üçüncü sırada gelmektedir. Prevalans milyon nüfus başına 918, insidans ise milyon nüfus başına 147 olarak hesaplanmıştır. Prevalans ve insidansın yıllar içindeki seyri Şekil 2'de görülmektedir (Seyahi, 2016).



Şekil 2.2. Türkiye’de renal replasman tedavisi uygulanan hasta sayılarının yıllar içinde değişimi.

Kaynak: Seyahii N, Ateş k, Süleymanlar G. Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu Current Status of Renal Replacement Therapy in Turkey: A Summary of Turkish Society of Nephrology 2014 Annual Registry Report. Turk Neph Dial Transpl 2016; 25 (2): 135-141.

Son Dönem Böbrek Yetmezliğe sahip olan hastaların tedavi ve izlem maliyetleri giderek artmaktadır. Böbrek fonksiyonlarını yerine koyma tedavilerinin dünya çapında maliyetinin 1 trilyon doların üzerinde olduğu tahmin edilmektedir. Giderek artan hasta sayıları bakıldığında, yakın gelecekte gelişmiş ülkelerin sağlık bütçelerini ciddi olarak zorlayan, daha düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde ise altından kalkılması mümkün olmayan bir ekonomik yük ortaya çıkarabileceğini tahmin edilmektedir. Türkiye’de diyaliz tedavilerinin yıllık yaklaşık maliyeti 1,5 milyar dolardır. Buna hastaneye yatışlar, paket dışı tetkikler ve diğer ilaç kullanımları dâhil edilirse maliyetin çok daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Böbrek Nakli ilk 2 yıl diyalize eş değer bir maliyete sahip olmakla beraber, ikinci yıldan sonraki maliyeti yarıya düşmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2017).

2.2 Organ Nakli Koordinasyon Sistemi

Türkiye’de organ ve doku dağıtımına ilişkin usul ve esaslar ‘Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi (UKS) Yönergesi’ ne göre yürütülmektedir. Yönergede kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır. Organ ve doku dağıtımını kanun ve yönetmelik çerçevesinde, bilimsel kurallara, tıbbi-etik anlayışa uygun ve adaletli bir şekilde gerçekleştirilir. Öncelikli olarak acil organ talepleri değerlendirilir ve Acil Bekleme Listesi oluşturulur. Bakanlık tarafından ‘Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesi’ oluşturulmuştur ve nakil merkezleri, kendi organ nakli bekleme listelerindeki hasta bilgilerini ‘Ulusal Organ Nakli Bekleme Listesine’ kaydetmekle sorumludur. Organ bekleyen hastalarını Ulusal Bekleme Listesine kaydetmeyen merkezlere kadavra organ dağıtımını yapılmamaktadır. Ancak, bu merkezler kendilerinde çıkacak kadavra vericileri UKS’ne sunmakla yükümlüdür (Bozoklar, 2009; www.saglik.gov.tr, 2016).

Türk Tabipleri Birliğine göre Türkiye’de organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve kuruluşlar arasında gerekli koordinasyonu sağlamak, bağışlanan organ ve dokuların, bilimsel kurallara ve tıbbi etik anlayışa uygun olarak, adaletli bir dağıtımla, en uygun hastalara ve en kısa süre içerisinde naklini sağlamak amacı ile organ nakli koordinatörlüğü sistemi kurulduğunu belirtmektedir (Türk Tabipleri Birliği, Kompozit Doku Nakilleri Raporu. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/kompozit-3210.html>. Erişim tarihi; 21.Mayis.2017).

Organ Alım ve Nakil Ağı (Organ Procurement And Transplantation Network) 'nın 2017 yılında yayınladığı rapora göre Transplantasyonun başarılı olması en belirleyici faktörün zaman olduğu belirtilmiştir. Bununla beraber böbrek çıkarıldıktan sonra 18 saat içerisinde nakledilmesi durumunda organı optimum işlev gösterdiği bilinmektedir (<https://optn.transplant.hrsa.gov>. erişim tarihi: 20.Mayis.2017).

2.3 Böbrek Nakli

Böbrek nakli, SDBY hastalarında uygulanan en etkin renal replasman tedavi yöntemidir (Kaya, 2011). Vücutta her iki böbreğin görevini yapamayacak kadar hasar görmüş, son dönem böbrek yetmezliği olan hastaya, canlı vericiden ya da kadavradan alınan sağlam böbreğin nakledilmesi işlemi olarak tanımlanabilir (Morris ve Knechtle, 2013). Türkiye'de 23 nakil merkez tarafından toplanan böbrek nakli en sık ölüm nedeni ile ilgili verilere göre enfeksiyonun en önemli ölüm nedeni olduğu (% 43.2) saptanmıştır (Seyahi, 2016).

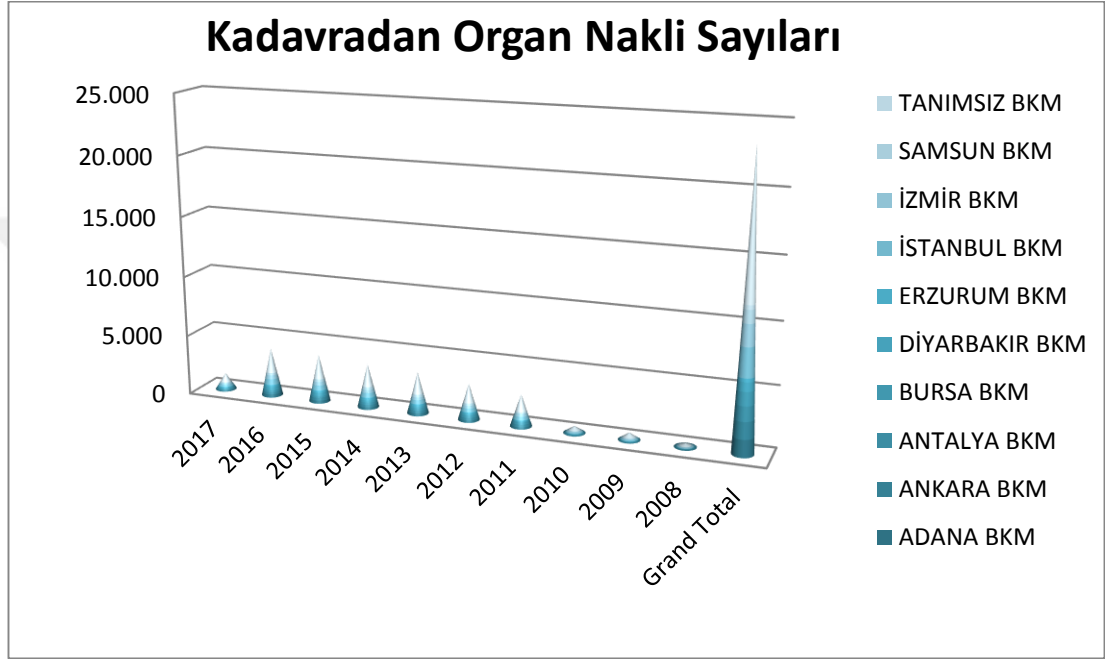
2.3.1 Böbrek Nakli Sıklığı:

Organ Paylaşımı için Birleşmiş Ağ (The United Network of Organ Sharing; UNOS)'ın yeni verilere göre ABD'e Son beş yılında Transplantasyon sayısında 20% artış gösterirken sadece 2016 Yılı'ndan yaklaşık 33.600'den fazla Transplantasyon gerçekleştirildiğine yer verilmektedir (UNOS 2017). ABD'nin yaklaşık her 10 dakikada bir bekleme listesine yeni bir hasta eklenmekte, her gün yaklaşık 79 hasta organ nakli olmakta ve her gün bekleme listesinde bekleyen hastalardan 22'si hayatını kaybetmektedir (<https://www.organdonor.gov/statistics-stories/statistics.html#transplants>, Erişim tarihi: 20.05. 2017). Bağış ve Transplantasyon Enstitüsü (Donation and Transplantation İnstitute; DTI) verilerine göre tüm dünyada organ nakli bekleyen birey sayısı 240,000'dir.

Türkiye Sağlık bakanlığı Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı verilerine göre, 2002 yılında kadavradan 307 olan nakil sayısının, 2017'de 1998'e canlıdan yapılan nakil sayısı ise 438'den 4921'a yükseldiğini, nakil bekleyen toplam hasta sayısının 2017 yılı Mayıs ayı itibarı ile 24.784'olduğu ve bu hastaların 21.617'sinin böbrek nakli beklemekte olduğunu ve toplam böbrek nakli yapılan hasta sayısının ise 20.631 olduğu görülmektedir. (<https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor>. Erişim tarihi: 2017). Türkiye'de 2009 yılında 38 organ nakli merkezi,

2017 yılında 75'e yükselmiştir (<http://www.diyalizmerkezleri.org/organ-nakli-merkezleri.aspx>, Erişim tarihi:22.05.2017).

Türkiye'de Böbrek transplantasyon sayısındaki artış sevindiricidir. Ancak özellikle aşağıdaki şekilde belirttiğimiz gibi kadavra kaynaklı organ nakil oranının düşmesi, kadavradan organ bağıışı sorununun devam ettiğinin göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Süleymanlılar, 2015).



Şekil: 2.3 Kadavradan organ nakli sayıları

Kaynak: <https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor.aspx?q=Yobis>, Erişim tarihi: 10.Mayis.2017).

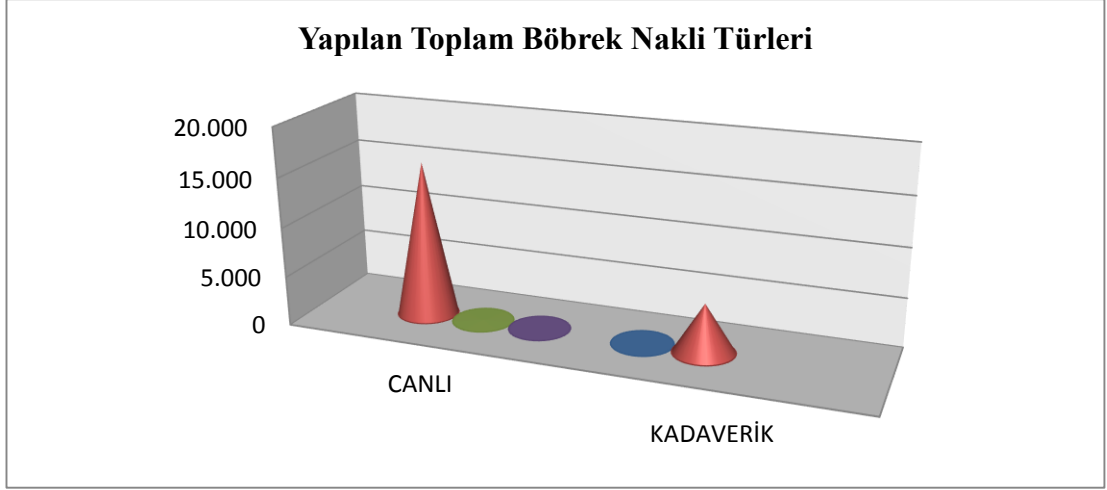
2.3.2 Böbrek Nakli Süreci

Böbrek bağıışı yapan bir kişiden böbreklerinin çıkarılması ve alıcıya nakledilmesi için işlemi yapacak merkezin ya da hastanenin organ nakli için gereken izne sahip olması gerekmektedir. Organ ve Doku nakli yeni yönetmeliğine göre beyin ölümü tanısı konulabilmesi için biri nörolog veya nöroşirürjiyen, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon veya yoğun bakım uzmanından oluşan iki hekim tarafından kanıta dayalı tıp kurallarına uygun olarak oy birliği ile karar verilir (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun 18.01.2014 tarih ve 28886 sayılı Resmî Gazete Madde 41).

Beyin ölümü gelişen kişi önceden organ bağışı yapmamışsa organ bağışı için ailesinin izni aranmaktadır. Böbrek bağışının gerçekleştiği hastanede transplantasyon organizasyonu yoksa Ulusal Koordinasyon Merkezi bilgilendirilir. UKM'de ulusal sıralamada bağışlanan organı alacak transplant merkezi ya da hastanenin koordinatörü ile irtibata geçer. Sağlık Bakanlığı organ bekleme listesini bu yerlere gönderir ve bağış için en uygun hastanın seçilmesi sağlanır (Genç, 2009).

Canlı vericili böbrek naklinin avantajları, böbreğin hemen çalışması ve greft sağkalımın daha uzun ömürlü olmasıdır (Guimarães, 2016). Canlı vericili böbrek nakillerinde bir yıllık başarı % 90-95, beş yıllık başarı % 76 (ortalama 15-20 yıl)'dır. Kadavra vericili böbrek nakillerinde ise bir yıllık başarı % 85-90, beş yıllık başarı % 61 (ortalama 10-12 yıl)'dir. Tıbbi ve hukuki koşulları yerine getiren herkes canlı verici olabilir. Hukuki koşullar; 18 yaşını doldurmuş, gönüllü, akli dengesi yerinde, alıcının en az iki yıldan beri fiilen birlikte yaşadığı eşi ya da dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dâhil) akrabası değildir. Tıbbi koşullar ise nakil sürecini zora sokacak herhangi bir hastalığı, psikiyatrik rahatsızlığı, bulaşıcı hastalığı, aşırı kilosunun olmaması, hamile olmaması ve böbreğin yapısal özelliklerinin uygun olmasıdır (Pham ve ark., 2010; Totm, 2016).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 28.06.2004 tarih ve 4690 sayılı onay ile yürürlüğe giren yönetmeliğe göre; canlıdan organ ve doku nakli alıcının dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabilecektir. Kan hısımlığı kişinin kendi akrabılığı, Kayın hısımlığı ise kişinin eş tarafından akrabalarıdır 1. derece akrabalar; anne, baba, çocuk, 2. derece akrabalar; kardeş, dede, nine, torun, 3. derece akrabalar; amca, hala, dayı, teyze, yeğen, 4. derece akrabalar; 3. derecedekilerin çocuklarıdır (T.C. Resmi Gazete. Organ Ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. 01.02.2012 - 28191. Sayı: 4690). Türkiye'de akraba dışı transplantasyonlarda yapılabilmektedir. Bu durum etik kurul kararı ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca çapraz nakillerde yapılmaktadır (Süleymanlar, 2011).



Şekil 2.4. Türkiye'de 2017 yılı içinde yeni verilere göre böbrek transplantasyonu yapılan hastaların donör türlerine göre dağılımı.

Kaynak: <https://organkds.saglik.gov.tr/KamuyaAcikRapor.aspx?q=Yobis>, Erişim tarihi: 10.Mayis.2017).

Türkiye'de Nefroloji, diyaliz ve transplantasyon 2014 verilerine göre yapılan böbrek nakil sayıları ihtiyacın altındadır. Ayrıca en önemli potansiyel kaynak olan kadavra vericilerde istenilen artışın olmaması ve düşük oranların devamlılık göstermesi düşündürücüdür (Süleymanlar, 2015).

2.3.3 Transplantasyon İmmunolojisi

Böbrek naklinin başarısı, donör dokusuna karşı alıcının immün yanıtıdır. Spesifik immün yanıt sonucu oluşan inflamatuvar reaksiyon, greft fonksiyonlarında bozulmaya ve rejeksiyona (dokunun reddedilmesine) neden olur (Chinen 2010).

Böbrek nakillerinde bakılan parametreler:

Transplantasyon başarısı, alıcının, verici dokuya karşı immün yanıt geliştirip geliştirmemesine bağlı olduğundan, hastanın immünolojik açıdan nakil öncesi ve sonrası dönemde birçok parametresinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Sülen 2012).

Nakil öncesi dönemde bakılan parametreler:

Kan grubu tayini: Kan transfüzyonu uygun kan gruplarına göre uygulanır. Isoaglutinin titreleri düşürülerek ABO uyumsuz nakiller yapılabilir (Morath, 2017).

HLA doku tiplendirmesi: İmmün yanıt gelişimini tetikleyen en önemli faktörlerden biri HLA (İnsan Lökosit Antijeni) sistemidir. HLA uyumu arttıkça greft sağ kalım

süresi de artar. HLA'nın alıcı ve verici arasındaki uyumu nakledilen dokunun sağkalım belirlemede önemli faktördür bir. İlk olarak insan lökositleri üzerinde tespit edildiği için HLA adı verilen bu antijen sistemine daha sonra MHC (Büyük Uyumluluk Kompleksi-Major Histocompatibility Complex) olarak kabul edilmiştir. (Karahana, 2009).

Anti-HLA antikor tespiti: Kan transfüzyonları, gebelik veya önceki nakiller sonrasında yabancı HLA antijenlerine karşı oluşmuş anti-HLA antikorların tespit edilmesi önemlidir (Ferrandiz ve ark., 2016).

Cross-match (çapraz uyum) testleri: Alıcının serumu ile vericinin lenfositlerinin karşılaştırıldığı testlerdir. Serolojik (CDC), ELISA ve flow sitometri yöntemleri kullanılarak yapılır. Flow sitometri yöntemi komplemana bağlı olmayan dolayısıyla serolojik yöntem ile tespit edilemeyen antikorların tespitinde önemlidir (Özbolet, 2014).

Böbrek Nakil sonrası dönemde bakılan parametreler:

sCD30 düzeyi: T hücrelerinin aktivasyonu sonrasında, sCD30 (~85kD) kan dolaşımına salınır. T hücreleri immün regülasyonunda rol oynar. sCD30 düzeyinin yüksek olması ile rejeksiyon arasında ilişki saptanmıştır. Nakil öncesinde ve sonrası 1,3,5,7,9,14. günlerde sCD30 düzeyi ölçümü rejeksiyonun erken belirteci olarak kullanılır (Grenzi, 2015).

C4d birikim düzeyi: C4d depolanması saptanan hastalarda greft yaşam süresi anlamlı derecede düşük bulunmuş, rejeksiyonun göstergesi olarak kabul edilmiştir (Chen, 2012).

2.3.4. Rejeksiyon

Vücudun kendine yabancı olarak kabul ettiği organ veya dokuyu reddetmesidir. Nakil sonrası yaşam boyu rejeksiyon riski vardır. Ancak birinci yıldan sonra bu risk azalır. Kanda bulunan ve lökosit (akyuvar) olarak adlandırılan hücreler vücut savunmasında önemli görevler üstlenmiştir. Lökositler vücuda giren mikropları öldürür; vücudun kendi yapısında olmayan her türlü doku ve organı yabancı olarak tanır ve onu etkisiz hale getirmeye, dışarıya atmaya, özetle reddetmeye uğraşır. Bu

nedenle vücudun bağışıklık sistemini baskılamak için ilaçlar kullanılmaktadır (Grenzi, 2015).

Rejeksiyon türleri:

Hiperakut rejeksiyon: Teorikte böbrek takıldığı anda hemen ameliyat masasında rejeksiyona uğrar. Tedavisi yoktur, takılan böbrek geri çıkartılır. Fakat pratikte günümüzde önceden yapılan LCM tetkikleri ile bu durum saptanabilir ve bu kişilerin nakil olması engellenir (Goldberg, 2016).

Akut rejeksiyon: Genel olarak nakil ameliyatından sonraki ilk 3 ay içerisinde görülür. İdrar miktarında azalma, kilo alma, ateş, halsizlik, böbrek ağrısı ile kendini gösterir. Kanda üre ve kreatinin yükselir. Tedaviden çoğu kez başarılı sonuçlar elde edilir (Karam ve ark., 2014).

Kronik rejeksiyon: Nakil yapıldıktan, yıllar sonra görülür. İdrarda protein, bacaklarda ödem, tansiyon yükselmesi, kan üre ve kreatinin değerlerinde artış ile kendini gösterir. Ortaya çıkmasından birkaç yıl geçtikten sonra böbrek nakli hastası diyalize geri dönmek zorunda kalır. Bu rejeksiyon türünün ilaçlarla tedavisi yoktur (Goldberg, 2016).

Rejeksiyon belirtileri:

Böbrek Nakil sonrası en sık görülen rejeksiyon belirtileri;

- Nakil edilmiş böbreğin veya pankreasın üzerinde ağrı, hassasiyet ve şişlik
- 38°C ve üzeri ateş
- Tansiyon yükselmesi
- Hızla kilo alınması
- Elde ve bacaklarda ödem
- İdrar miktarında azalma
- Halsizlik, iştahsızlık, yagın vücut ağırları, kendini iyi hissetmeme
- Bulantı, kusma ve tekrarlayan ishal
- Kanda üre ve kreatinin düzeylerinin artmasıdır (Şahin, 2012, Li ve ark.,2015, [Http://Www.Tsn.Org.Tr/Pdf/31kongre/Pre](http://Www.Tsn.Org.Tr/Pdf/31kongre/Pre). Erişim Tarihi;2016).

Rejeksiyon takibinde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Özellikle siklosporin ve takrolimus uygulamalarından sonra hücresel tip akut rejeksiyonlar subklinik

seyretmekte, klinik belirgin semptom vermemekte ve zaman içinde geri dönüşü olmayan greft hasarına neden olmaktadır. Bu nedenle yapılan immüsupresyonun etkili olup olmadığı çok yakından izlenmelidir. Histopatolojik değerlendirme, tedavi ve prognozu yönlendirmede önemlidir. Ayrıca akut hücresele rejeksiyon, siklosporin ve takrolimus nefrotoksitesisi, ATN ve infeksiyonlar ile karışıklık da göstermektedir. Ayırıcı tanıda kan takrolimus, siklosporin düzeyleri yardımcı olmakla birlikte yanıltıcı da olabilir. İnfeksiyonlardan ayırmada, greft böbrek renkli doppler greft ultrasonografisi ile mikrobiyolojik incelemeler yol göstermektedir. Kesin tanı için greft böbrek biyopsisi sıklıkla gereklidir. Rejeksiyonun derecelendirilmesinde Hücresele akut rejeksiyonun histopatolojik sınıflandırılması (Banff) kullanılmaktadır. Banff sınıflandırmasına göre sınırda değişiklik (Fokal, hafif tubulitis-1-4 mononükleer hücre, interstisyomda %10-15 tutulum);Tip I A (Belirgin interstisyel inflamasyon-parankimin %25 ten fazlası ve orta derecede tubulitis (> 4 mononükleer hücre/her kesitte);Tip I B Belirgin interstisyel inflamasyon, ciddi tubulitis(>10 mononükleer hücre) Tip II A Hafif veya orta arterit; Tip II B Ciddi arterit(lumende %25 ten fazla kayıp);Tip III Transmural arterit ve arteryel fibrinoid değişiklikler. Damarın lenfositik inflamasyonu ile birlikte düz adale hücrelerinde nekroz olarak sınıflandırılmaktadır (Morris ve Knechtle, 2013).

Hücresele akut rejeksiyon tedavisinde, önce 3 gün 500 mg/gün metilprednisolon IV pulse tedavisi yapılır. Buna cevap vermeyen hastalarda poliklonal immünglobulin (ATG 1.5-2 mg/gün 10-14 gün), veya monoklonal immünglobulin (OKT3 5 mg/gün 10-14 gün) uygulanır (Morris ve Knechtle, 2013).

2.4. Böbrek Naklinde kullanılan İmmüsupresif ilaçlar

İnsan vücudu yabancı organı hiçbir zaman unutmayacağı için immüsupressif ilaçların yaşam boyu kullanılması gerekir. Ancak İmmüsupresif ilaçların gelişmesi ve nakil sonrası takip tecrübesindeki artış rejeksiyonun önlenmesinde %95–98 gibi yüksek başarı oranlarını sağlayabilmektedir (Lamb, 2011). Böbrek nakli sonrası uygun immüsupresif tedavi uygulandığında ilk yılda karşılaşılan akut rejeksiyon riski %25'in altındadır ve ilk yılın sonundaki yaşam kalitesinin %100'e yakın olduğu belirlenmiştir (Atay, 2015). İmmüsupresif ilaçların zamanında ve dozunda düzenli alınmaması böbrek nakil sonrası komplikasyonlara yol açmaktadır (Bleser, 2009).

İmmünosupresif ilaçları genel etki mekanizmaları; böbrek rejeksiyonunun oluşmasında önemli rolü bulunan T hücrelerinin antijen saptama ve çoğalma, farklılaşma ve antikör yapımı işlevlerinin baskılanmasıdır. Chesneau ve arkadaşların 2014'te yaptığı çalışmada immünosupresif ilaçların B hücrelerini üzerindeki etkisine; farklılaşmamış ve hafıza B hücrelerini apoptoza uğrattığı yönde yorumların bulunduğunu vurgulamaktadır. Temel olarak immünosupresif tedavi yöntemi spesifik ve non spesifik olarak iki'ye ayrılır (Noar, 2012). Non spesifik immünosupresyon, immün sistemin aktivasyonunu antijene bağlı olmaksızın önleme işlemidir. Burada immün sistem fonksiyonu her aşamada baskı altında tutulduğu için böbrek alıcıyı enfeksiyonlara daha duyarlı hale getirir. Dünyada en çok kullanılan non-spesifik immünosupresif ilaçları steroidler, azathiopirin, anti lenfosit globulinlerdir (Hartono, 2013). Spesifik immünosupresyon; Enfeksiyonlara duyarlılık artışına yol açmadan, anti greft yanıtı oluşturulan immünosupresyondur (Ayna, 2009).

Günümüzde birçok böbrek nakli yapılan merkezde modern immünosupresif tedavi protokolünde takrolimus veya siklosporin gibi kalsinörin inhibitörleri olarak kullanılır. Kalsinörin inhibitörlerinin akut rejeksiyona azaltan en önemli ilaçlardan biri olduğunu kanıtlanmıştır (Naesens ve Lerut, 2016). Ancak sirolimus tedavisine başlandıktan sonra, nefrotik düzeyde proteinüri tespit edilmektedir (Chailimpamontree, Worawon, ve ark., 2009). İmmünosupresyon ilaçları reçete edildiği şekilde alınmaması %60 oranında böbrek nakli başarısızlığına neden olabilmektedir (Pinsky, 2009). İmmünosupresif ilaçlar genellikle kombine olarak kullanılmakta olup etki mekanizmaları, doz aralıkları, uygulamaları ve yan etkileri Tablo 2.4'de yer almaktadır.

Tablo 2.2. İmmünesupresif ilaçların etki mekanizması, doz aralığı, uygulama ve yan etkileri (Atalay, 2009;Whittaker 2012;Noar, 2012; Sarıgül, 2013; Torricelli, 2014; Weir, 2014; Soylu, 2015; Morris ve Knechtle, 2013; Naesens ve Lerut, 2016).

Kortikosteroid: Prednizolon-Prednol® , Metilprednizolon-Deltakortil®			
Etki Mekanizması	Doz aralığı	İlaç uygulama	İlacın Yan etkileri
T sitotoksik lenfositlerin prodüksiyonu önler. Lenf nodunda olan lenfoid içeriği ve büyüklüğünü azaltır. Kemotaksisi baskılar. Makrofajları, T-hücreaktivasyonunu ve IL-2 üretimini engeller.	Profilaksi olarak Azatioprin ile beraber kullanıldığında yüksek doz(100mg/gün) steroidler kullanılır. Metilprednizolon: Operasyon sırasında günde 250 - 1000 mg İV olarak verilir. Rejeksiyon tedavisinde ise önerilen IV bolus olarak 1 gram kadar verilir.	Oral doz genellikle yemeklerden sonra verilir. İntravenöz doz birkaç dakika içinde verilebilir, ancak 500 mg ve üzerinde ise en az 30 dk içinde verilmelidir.	Kilo artışı, mide yanmaları ya da ülser, enfeksiyon, duyu durumunda değişme, depresyon, ciltte değişiklikler, hiperglisemi, diyabet, cushing yüzü, obezite, kilo alma, hipertansiyon, sodyum ve su birikimi, gözde katarakt ve glokomdur.
Siklorosporin: Sadimmun®, Neoral®, Gengraf®			
Kalsineurin aktivasyonu inhibitörüdür. Vücut T hücrelerin farklılaşmaları ve çoğalmasını kısıtlar. İnterlökin 2 sentezini bloke ederek lenfosit proliferasyonu ve aktivasyonunda önemli rol oynar.	İlaçın dozu, vücut kan düzeyine göre belirlenir. 3-10 mg/kg/gün günlük doz ikiye bölünerek verilir. Rejeksiyon önlemede diğer ilaçlardan üstündür.	Siklosporin alındıktan 12 saat sonra C0, 2 saat sonra ise C2 düzeyine bakılması önerilir. İntravenöz formu izotonik ya da %5 dextroz solüsyonla seyreltilerek 2-6 saat ya da 24 saat infüzyon şeklinde uygulanır.	Bulantı, kusma, hepatoksik, lenfoma, enfeksiyon, diyabet, hipertansiyon, hirsutizm, gingival hiperplazi, hiperlipidemi, hiperglisemi, hiperkalemi, hipomagnezemidir.
Tacrolimus: Prograf® Advagraf® Panalimus®			

Tablo 2.2.(Devam) İmmüsupressif ilaçların etki mekanizması, doz aralığı, uygulama ve yan etkileri

Etki Mekanizması	Doz aralığı	İlaç uygulama	İlacın Yan etkileri
Kalsineurin aktivasyonu İnhibitörüdür. IL-2 üretimini engeller. CD4'ün aktifleşmesini önler.	günlük (0.05-0.2 mg/kg/gün) doz ikiye bölünerek verilir, kan düzeyine göre belirlenir.	Oral formda 12 saate bir olarak ayarlanır. İntravenöz formu izotonik ya da %5 dextroz solüsyonla takip ederek, 24 saat infüzyon olarak ayarlanır.	Nefrotoksisite, nörotoksisite, baş ağrısı, uykusuzluk, titreme, hiperglisemi hipertansiyon, hipomagnezemi, hiperlipidemi, trombositopeni, aritmi, kaşıntı, lökositoz, saçlarda dökülmedir.
Sirolimus: Rapamune®, Evriolimus: Certican ®			
Rapamisin inhibitörleri, T hücre sentezini inhibe eder.	Sirolimus 1-8 mg oral, günlük bir defa verilir. Evorilimus 0.75-1.5mg /kg/gün'dür. Evorilimus için tedavi edici doz aralığının en az 3 ng/ ml en fazla 8 ng/ml olması gerekir	Oral doz su ya da portakal suyu ile verilmelidir. Siklorosporin dozundan en az 4 saat sonra verilir. Her gün aynı saatte ve yemeklerden önce verilmelidir.	Enfeksiyon, hiperlipidemi, diabet, kan basıncında yükselme, hipokalemi, baş ağrısı, anemi, lökopeni trombositopeni ve periferel ödemdir.
Azathioprin: imuran			
Rejeksiyon sürecinde T ve B lenfositlerin proliferasyonu üzerinde etkili olan pürin nukleidi sentezini engeller	Günlük doz ikiye bölünerek verilir. Böbrek nakli sonrası erken dönemde günde iki defa 1000 mg ayarlanır.	Genellikle tek doz verilir.	Gastrointestinal yan etkiler, hematolojik yan etkiler, enfeksiyondur.
Mycophenolate Mofetil: Cellcept, Mycophenolate Acid- Myfortic			
Rejeksiyon sürecinde T ve B lenfositlerin proliferasyonu üzerinde etkili olan pürin nukleidi sentezini önler.	Mykophenolate Mofetil 500-1500 mg günde iki kez, Mycopheno late acid 360-720 mg günde iki kez verilir.	Günde iki kez genellikle 12 saate bir verilir. Kapsüller ezilmemeli, çiğnenmemeli ve açılmamalıdır. İntravenöz doz %5 Dextrozla seyreltilmeli ve 6 mg/dl konsantrasyonda hazırlanmalıdır.	Gastrointestinal yan etkiler, hematolojik yan etkiler, enfeksiyondur.

Tablo 2.2. (Devamı) İmmüsupressif ilaçların etki mekanizması, doz aralığı, uygulama ve yan etkileri

Antitimosit globülin: ATGAM			
Etki Mekanizması	Doz aralığı	İlaç uygulama	İlacın Yan etkileri
T lenfositleri üzerinde etki eder.	Alım dozu, 10-30 mg/kg/gün'dür.	İzotonik sodyum klorür, %5 dextroz ve %0.45 sodyum klorür solüsyonu, ve %0.2 sodyum klorür solüsyonu içerisinde maximum 4mg/ml konsantrasyonda hazırlanmalı, karışım çalkalanmamalıdır.	Lökopeni, trombositopeni, artralji, bulantı, kusma, diyare, başağrısı, ateş, anaflaksi, pulmoner ödem, apne, akut renal yetmezlik, göğüs ağrısı, parestezi, konfüzyon, malign neoplazmdir.
Mumonab-CD3, Monoklonal antibody: Orthoclone OKT3®			
Monoklünle antikor T-hücre fonksiyonunu inhibe eder.	Rejeksiyon tedavisi sırasında 10-14 gün boyunca günlük 5mg düzeyinde verilmelidir. Günlük maksimum düzey 10-12,5 mg'dır.	OKT3 verilmeden önce vücut sıcaklığı 37.8°C nin altında olmalı, KKY olmamalı ve sıvı yüklenmesi yapılmamalıdır. Solüsyon çalkalanmalı, ilk birkaç doz için hasta monitorize edilmeli, kardiyak arrest yönünden izlenmelidir.	OKT3'ün düşük bir dozunun verilmesi ile birlikte ciddi kardiyopulmoner etkiler olabilmektedir. Sitokin salınım sendromu OKT3'ün en önemli yan etkisidir. Sitokin salınım sendromu ciddi ve bazen ölümcül bir reaksiyondur.
Daclizumab: Zenapax			
IL- 2'yi inhibe ederek T lenfosit aktivasyonunu bloke eder.	Transplantasyon 2 saat öncesi veya sonrası 4 gün IV olarak 20-30 dk süresi ile 20 mg olarak verilir.	Her doz 50 ml izotonik solüsyonu veya %5 dextroz içinde çalkalanmadan periferal ya da santral venöz katater yoluyla verilmelidir.	Karın ağrısı, kusma, titreme ve uykusuzluğa sebep olmaktadır. Akut hipertansif atak, anemi, kandida ve sitomegalovirus enfeksiyonu gibi ciddi yan etkileri bulunmaktadır.

2.4.1. İmmünosupresif Tedavinin Yan Etkileri ile Mücadele Yaklaşımı

Enfeksiyonlar ve malignite gelişimi; immünosupresif tedavinin en ciddi yan etkilerinden biridir. immünosupresyonun toplam miktarı ile ilaçların yan etkileri arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Nakil sonrası 6. aydan 12. aya kadar immünosupresyon dozunun yavaş yavaş azaltılması bu yüzden çok önemlidir (Katabathina, 2016).

Böbrek nakli alıcılarında immünosupressif tedavinin yan etkileri ile mücadele yaklaşımı hastaların tedavilerine uygun olarak farklılık gösterir. Her merkez farklı kombinasyonlarda farklı immünosupresif ilaçlar uygulamaktadır. Ancak hangi hastalar için hangi kombinasyon daha etkili olduğu ile ilgili yeterli kanıt bulunmamaktadır (Legendre, 2014). Böbrek nakil sonrası immünosupresif tedavi; nakil öncesi ve nakil sonrası erken dönem, idame tedavi ve rejeksiyon tedavisi olmak üzere üç grupta değerlendirilmektedir (Akbaba, 2009; Karam, 2014).

- 1. Nakil öncesi ve nakil sonrası erken dönem immünosupressif tedavi;** hiperakut ve akut rejeksiyonu önlemede en önemli ve en güçlü immünosupressif tedavinin uygulandığı dönemdir.
- 2. İdame immünosupressif tedavi;** nakil merkezlerinde çoğunlukla KDIGO 2009 klinik uygulama kılavuzunda da önerilen gibi üçlü idame immünosupresif tedavi rejimi kullanılmaktadır. Bu tedavi; bir kalsinörin inhibitörü (siklosporin ya da takrolimus), bir antimetabolit (azatiyopürin, MMF) ve prednizolon, sirolimus ya da everolimus veya belatacept, bazı merkezlerde ise kalsinörin inhibitörü yerine kullanılmaktadır. Bu üçlü rejimle bir yıllık yaşam >%90 ve akut rejeksiyon oranı < 20%'dir (Taşkiran ve ark., 2016).
- 3. Rejeksiyon tedavisi;** solid organ transplantasyon açısından en yoğun immünosupresif süreçtir. Bu dönemde ATG ve OKT 3 gibi ilaçlar sıklıkla kullanılmaktadır. Rejeksiyonu tedavi edilmediğinde renal allograft kaybı, enfeksiyonlar ve kardiyak komplikasyonlarla sonuçlanabilir.

2.5. İmmünosupresif Tedaviye Uyum

Uyum ‘compliance’ tıp literatürüne yaklaşık 30 yıl önce girmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uyumu, klinik öneriler ile hasta davranışlarının çatışmaması olarak tanımlamaktadır (Bleser, 2009; Burra, 2011). Uluslararası tıp ve sağlık ile ilgili altmışaltı kurumun katıldığı ilk Fikir Birliği Kongresinde, ilaç uyumsuzluğu, hastanın önerilen ilacı düzgün bir şekilde almaması nedeni ile amaçlanan tedavinin olumsuz etkilemesi olarak tanımlanmıştır (Fine, 2009). Hasta uyumu ilk zamanlarda hastaların verilen tedaviye uyumlarını ifade eden bir terim iken; artık sadece ilaç uyumunu değil, aynı zamanda poliklinik randevularına gelme zamanına uyum, doktor tarafından istenen tetkikleri yaptırmaya uyum ve ortaya çıkan tüm komplikasyonları hemen bildirmesi gibi faktörleri de kapsamaktadır (Berben, 2012).

2.5.1 İmmünosupresif Tedaviye Uyum Sıklığı

Literatürde, organ nakli sonrasında İST’ ye uyumsuzluk oranının %15 ile %68 arasında değiştiği belirtilmektedir (Dew 2007; Denhaerynck 2009; Pinsk BW, 2009; Russell, 2010; Gorevski , 2011; Burra 2011; Lieber ve Volk, 2013; De Geest 2014). Ayrıca nakil yapılan organa göre İST’ye uyumsuzluk oranı değişmektedir. Böbrek naklinde İST uyumsuzluk oranı %15-%68, karaciğer naklinde ise %6,7-%39 arasında değiştiği görülmektedir (Morales, 2012; Gorevski, 2013). Böbrek nakli ile ilgili yedi, karaciğer nakli ile ilgili otuz iki araştırmadan oluşan meta analiz çalışmasında, İST uyumsuzluk oranının karaciğer naklinde yılda %6,7, böbrek naklinde ise %35,6 olduğu bulunmuştur (Drent, 2009; Burra, 2011). Böbrek nakli yapılan yetişkin hastalarda İST uyumsuzluğu değerlendiren başka bir çalışmada ise (n 512) böbrek naklinde İST uyumsuzluk oranı %34,5’dir (Burns, 2012). Böbrek nakli sonrası hastaların ilaç uyumunu inceleyen bir araştırmada, hastaların %5-%18 oranlarda nakil sonrası tıbbi protokollere uymadıkları görmüştür (Perdeci, 2012).

2.5.2 İmmünosupresif İlaç Uyumunun Ölçülmesi

İlaç uyumunu ölçmek için çeşitli yöntemler uygulanmaktadır. Ayrıca her ne kadar yöntemin avantajları ve dezavantajları söz konusu olsa da uyum değerlendirmesi ile ilgili daha objektif yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır (Dew, 2011). Uyumun değerlendirilmesinde direk ve indirek olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır.

Direk yöntem, tedaviyi direk olarak izleme, ilaçların kan, idrar düzeylerini inceleme ve biyolojik markerları incelemedir (Couzi, 2013).

İndirek yöntemler ise hasta anketleri, ilaç sayımı, elektronik ilaç takibi, bakım verenlere uygulanan anketler, hasta günlükleri gibi yöntemlerdir (Galura ve Sole , 2012).

Böbrek nakli sonrası immünosupresif ilaçların ölçülmesinde kendi kendine bildirim yöntemi ucuz ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle en çok kullanılan ölçüm seçeneği durumuna gelmiştir. Ancak ilaç uyumsuzluğu oranını gerçek değerinin altında göstermektedir (McKay ve Steinberg, 2010). Bilimsel çalışmalarda immünosupresif ilaçlara uyum ve uyumsuzluğu belirlemek için araştırmacılar kendi kendine raporlama aracı olarak anket soruları veya ölçekler kullanmaktadır. Bilimsel dergilerde yayımlanan ilaç uyum ile ilgili iki ölçek bulunmaktadır (Siegal 1997; Chisholm, 2005). Elektronik izlem (Electronic Monitoring; EM) ilaç uyum ölçmesinde altın standart olarak değerlendirilmektedir. Çünkü EM sürekli olarak hem ilacın alınması hem de doğru saatte alınmasına ilişkin bilgi sağlamaktadır (Williams, 2015).

Tablo 2.3. İmmünesupresif ilaç uyumunun ölçülmesi

Yöntem		Avantajları	Dezavantajları
Direkt Gözlem	Tüketilen ilaçların direkt gözlemi	Pratik olarak çok uygun	Pratikte kullanılmıyor
İlaç düzeyleri	Serum kan düzeylerin bakılması Standart sapma veya katsayısı değişim düzeyleri dikkate alınarak Takrolimus değişkenlerin hesaplanması	Objektif ölçüm, kolay elde edilebilir ve ucuz	Sadece uyum ile ilgili son düzeyler hakkında bilgi verir Değişkenleri saptamak için birden fazla seviyelerinin hesaplanması
Biyolojik markerler	Tüketilen ilaçlar, elektronik izleyici ile ölçülebilir	Objektif ölçüm	Pahalı, pratik değil
İndirekt Gözlem			
Elektronik izleme	Akıllı ilaç kutu kapakları hapları almak için açıldığında elektronik olarak kayıt etmektedir	Kullanımı kolay, taşınabilir, zaman ile değişiklikleri takip etmekte mükemmeldir çünkü hem ilaç dozu hem de ilaç alımı ile ilgili bilgi vermektedir	Kapağı açıldığında ilacın tüketildiği varsayılır, çoklu ilaç kullananlarda tercih edilmez, kullanım için cihaza uyum gerekir, kullanıcı tüm verileri indirebilir. Kullanması ve yorumlanması uzmanlık gerektirir.
Hasta anketleri, ilaç uyum ölçeklerin	Kendi kendine bildirim	Kolay uygulanabilir	İlaç uyum oranını düşük göstermesi veya ilaç uyumsuzluk oranına yüksek göstermesi. Nispeten sübjektif olması

Kaynak: Dobbels Fabienne, Fine RN. Adherence To The Immunosuppressive Regimen In Adult And Pediatric Kidney Transplant Recipients. In: Kidney Transplantation: A Guide to The Care of Kidney Transplant Recipients. Springer US, 2010;371-382.

Massey EK, Tielen M, Laging M, Beck DK, Khemai R, van Gelder T, Weimar W. The Role of goal cognitions, illness perceptions, and treatment beliefs in self-reported adherence after kidney transplantation: a cohort study. Journal Of Psychosomatic Research. 2013; 75(3), 229-234.

Mckay BD, Steinberg MS. Kidney Transplantation: A Guide To The Care Of Kidney Transplant Recipients. Springer, 2010.

2.5.3 İmmüsupresif İlaç uyumsuzlukları

Transplantasyon hastalarında ilaç uyumsuzluğu; her ay için en az bir kez ilacın unutulması, yanlış ilacın kullanılması ya da ilacı her ay en az bir kez, iki ya da iki buçuk saat geç alma olarak tanımlanmaktadır. Böbrek nakli hastalarında uzun dönemde morbidite ve mortaliteyi etkileyen birçok faktör vardır. Mortaliteyi etkileyen önemli nedenlerden biri immüsupresif ilaç uyumsuzluğudur. Hastanın immüsupresif ilaca uyumsuzluğu greft kaybı nedenlerindedir. Başarılı bir nakil için hastaların ömür boyu tıbbi takiplerinin yapılması önemlidir. İlaç dozlarında ve ilacın alınma zamanında yapılan küçük sapmalar dahi greft kaybı riskini artırabilmektedir (Chrisholm, 2010; Couzi, 2013).

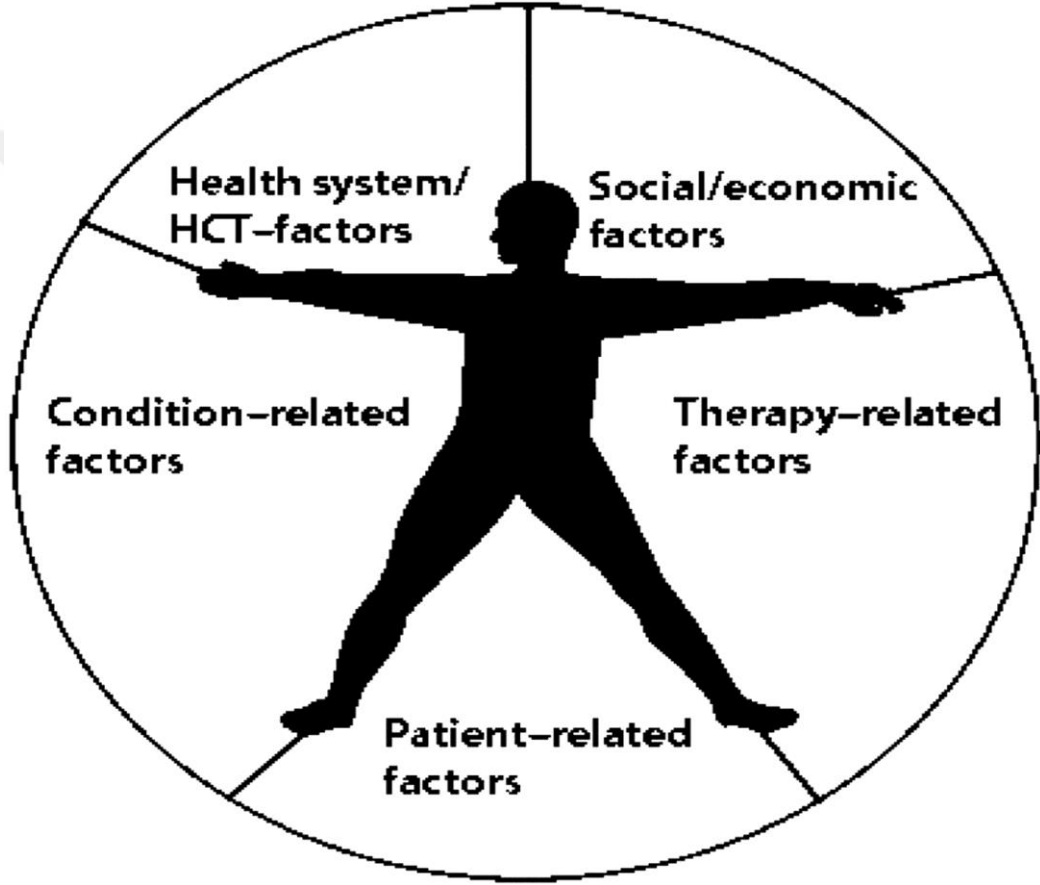
İST uyumsuzluk, nakledilen böbreğin fonksiyonlarını normal olarak devam etmesinde en önemli engeldir. İST uyumsuzluk sadece organ fonksiyonunu etkilememekte, aynı zamanda yaşam kalitesinde azalmaya, morbidite ve bakım maliyetinde artışa ve hastanın ölümüne kadar gidebilen sonuçlara yol açabilmektedir. Uygun ilaç kullanım alışkanlığı kazandırma, nakil sonrası bakımın en önemli kısmını oluşturmaktadır. Motivasyon bireyin İnançları, değerleri, tutumları ve uyuma karşı istekliliğini ifade eder. immüsupressiflere uyumu arttıran durumlar, isteklendirme, ilgi, tedaviye uyumu sürdürmede yetenekli olma ve bilgidir. Tedavi hakkında yeterli bilgiye sahip olma hem hasta, hem de bakım verenler (hemşire, doktor, hasta yakını) açısından çok önemlidir. Bu nedenle sözel ve yazılı olarak bilgi verilmesi, hastaların tedavinin hangi yol izleyeceği konusunda bilgi sahibi olmalarında yardımcı olur. Hastaları bilgilendirmede kullanılan diğer metotlar; videoteypler, bilgisayar destekli programlar ve internettir (Galura ve Sole, 2012).

Son verilere göre böbrek nakillerinde greft yetmezlik riskinin, akut rejeksiyon ataklarına sahip olan alıcılarda %0,4, akut rejeksiyon atakları geçirmeyen alıcılarda ise %6,3 oranında azaldığını göstermektedir (Çarın ve ark., 2009). Uzun dönem kullanımlarında ise ilaç nefrotoksitesisi, nakil sonrası gelişen malign hastalıklar, dislipidemi, diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi yan etkiler görülebilir. Bunlar ise kardiyovasküler hastalık gelişmesine, greft kaybına veya fonksiyon gören greft ile hastanın hayatını kaybetmesine neden olabilir (Kugler 2009). İmmüsupresif ilaçların en önemli sakıncaları enfeksiyona ve malignite gelişmesine karşı vücudun immün savunma sistemini kırmaları ve uzun süre kullananlarda neoplazm gelişme riskini arttırmalarıdır (Mencarelli ve Marks, 2012).

2.5.4 İlaç Uyumsuzluğu Risk faktörleri Sınıflandırması (DSÖ).

İST uyumsuzluğunu belirleyen faktörler;

1. Sosyo-ekonomik faktörler,
2. Hasta kaynaklı faktörler,
3. Durum ve hastalık kaynaklı faktörler,
4. Tedaviye bağlı faktörler,
5. Sağlık bakım sistemi ve sağlık bakım üyelerine bağlı faktörler olmak üzere beş grupta incelenir



Şekil 2.5 İmmüno-supresif tedaviye uyumsuzluğu etkileyen faktörler

Kaynak: World Health Organization. "Adherence to long term therapies. Evidence for action, (<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js4883e/7.2.html#Js4883e.7.2.1> Erişim tarihi: 19.05.2017)

Sosyo-ekonomik Faktörler

İST uyumsuzluk ve sosyo ekonomik faktörler ile ilgili yapılan birçok araştırmada gençlerde uyumsuzluğun yüksek olduğu bulunmuştur. İmmüno-supresiflere uyumsuzlukla ilişkili diğer bir sosyoekonomik değişken ise sosyal ilişkilerdir (Tavallai ve ark., 2009; Obi ve ark., 2013). Yalnız yaşama, bekâr olma, düşük sosyal desteğe sahip olma uyumsuzlukla ilişkili bulunmuştur (Morales, 2012). Denhaerynck ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında uyumsuzluğun yaş ile değişiklik göstermediğini iddia etmiştir. Ancak son çalışmalar, ilaç uyumsuzluğunun yaş ile arttığını desteklemektedirler (Chisholm ve ark., 2008; Krousel-Wood, 2009; Rusell ve ark. 2010; Kuvvetlioğlu, 2011; Popoola ve ark., 2014). Ekonomik durum, cinsiyet, ırk, eğitim durumlarında böbrek nakli alıcılarında ilaç uyumunu etkilediği bildirilmektedir (McKay ve Steinberg, 2010).

Hasta Kaynaklı Faktörler

Böbrek nakli olan bireylerin bilgi, beceri, tutum, inanç ve beklentilerini ile ilaç uyumsuzlukları ilişkilendirilmektedir (Kellerve ark, 2006; Sankaranarayanan 2012). Bireyin otonomisinin, özyeterliliğinin ve motivasyonunun düşük olması, öz bakımının yetersiz olması, daha önce kullandığı ilaçlara uyumsuzluğunun olması, ilaç hakkında yanlış inanca sahip olması, unutkanlığının olması, düşük eğitim seviyesi, ilaç kutusu kullanmaması, yaşam biçiminde oluşan değişiklikler, düşmanca tutuma sahip olması ve stress düzeyinin yüksek olmasının, uyumsuzluğu etkileyen faktörler olduğu belirtilmiştir (McKay ve Steinberg, 2010).

İlaç alımının bireye düşük yarar sağladığını düşünme, yüksek düzeyde anksiyete, bağımsızlık sistemini baskılayan ilaç alımına ihtiyaç olmadığına inanma, ilaç alımını geciktirme, ilaçların yan etkileri ve komplikasyonlarından olumsuz etkilenme, beden imajında bozulma, tedavi hakkında bilgi eksikliği, böbrek nakli öncesi kullandığı ilaçlara uyumsuzluk durumlarında, organ nakli sonrası ilaç uyumsuzluğu ile ilişkilidir. Ayrıca günlük meşguliyet, rutin yaşam şekli ve sağlık davranışları da uyumsuzluğun hasta kaynaklı faktörleri arasında yer almaktadır (Keller ve ark, 2006; Sankaranarayanan, 2012) .

Durum ve Hastalık Kaynaklı Faktörleri

Böbrek nakli alıcı bireyin ve ailesinin üzerinde psikolojik ve psikososyal streslerin oluşumuna neden olan karmaşık bir süreçtir (Brito, 2015). Organ nakli alıcısında,

cerrahi müdahalenin yapıldığı aşamadan, hastanın rehabilitasyona kadar geçen her aşamada ortaya çıkabilen psikososyal sorunlar, hastanın immünoşüpresif tedaviye uyumunu bozmakta ve tedavi sonuçlarını etkilemektedir (Cukor 2009). Böbreğin canlı donörden alınması, nakilden sonra uzun süre geçmiş olması, algılanan sağlığın iyi olması, böbrek nakli sonrası rejeksiyon veya enfeksiyon yaşanması hastalık kaynaklı uyumsuzluğu etkileyen faktörlerdendir (McKay ve Steinberg, 2010).

Depresyon, nikotin ve yasadışı ilaç bağımlılığı da uyumsuzluk ile ilişkilidir (Denhaerynck ve ark, 2005; Kugler ve ark.,2009; McKay ve Steinberg, 2010; Koller 2010). Hastaların semptom deneyimi İST uyumu etkileyen önemli faktörlerinden biridir (Denhaerynck ve ark, 2005; Kugler ve ark., 2009; Koller 2010). Böbrek naklinden sonra hastalar daha aktif olacaklarına ve nakil işlemiyle beraber normal yaşantılarına geri döneceklerine inanmaktadır (Gremigni, 2007). Oysa böbrek nakli olan bireyler hastalıklarını tamamen geride bırakamamakta, bu durum kendileri, aileleri ve arkadaşları için zor bir süreç olmaktadır (Brito, 2015).

Tedaviye Bağlı Faktörleri

Çoklu ilaç kullanımı, reçetesiz ilaç kullanımı, ilaç dozu veya kullanım sıklığının artırılması, akşam dozların olması, ilaçların yan etkisinden dolayı kullanılmaması ya da ilaç kullanımdan sakınılması tedaviye bağlı uyumsuzluğu etkileyen faktörlerdendir (McKay ve Steinberg, 2010). İlaçların maliyetinin İST uyumu etkilediğine ilişkin az sayıda çalışma vardır. İST uyumu ile ilgili yapılan çalışmada, sadece ilacın maliyetinin değil, kullanılan sürenin uzunluğunun da İST uyumu azalttığı belirtilmiştir. Tedaviye bağlı diğer faktörler ise, çoklu ilaç kullanımı, nakil sonrası geçen sürenin uzunluğu, karmaşık ilaç rejimi ve ilacın yan etkilerinin olmasıdır. Canlı donör organ alıcılarında kadavra donör alıcılarına göre İST uyumsuzluğunun yüksek olduğu bulunmuştur (Chisholm ve ark., 2001, 2005; Denhaerynck ve ark, 2005). Komorbid hastalıklarda kullanılan ilaçların da İST uyumu etkilediğini gösteren çalışma bulunmaktadır (Goldfarb, 2011).

Sağlık Sistemine Bağlı Faktörleri

Organ nakli merkezlerinde hasta ile bakım verenler arasındaki ilişkinin zayıf olması, sigorta sistemi, finansal kaynakların bulunmaması ve sağlık kurumunun vericiye optimal bakım sağlayamaması, sağlık sistemine bağlı uyumsuzluğu etkileyen faktörlerdendir (McKay ve Steinberg, 2010). Sağlık sistemini uygun hale getirmek

ve sağlık bakım üyelerinin eğitimi ile uyum geliştirilebilir. Sigorta, ilaç ücretleri, otoriter iletişim stilleri, sağlık bakım üyelerinin uyumsuzlukla ilgili bilgi eksikliği uyumsuzluğun risk faktörleri arasındadır (Denhaerynck ve ark, 2005; Keller ve ark, 2006; McKay ve Steinberg, 2010).

Türkiye’de kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan sağlık sigorta sistemi mevcuttur. Ayrıca 5510 sayılı kanun öncesi ölkede mevcut sosyal güvenlik kurumlarının kapsamındaki farklı kesimlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasında norm birliği bulunmaması ve kişilerin nicelik ve nitelik açısından farklı sağlık hizmeti alması söz konusu iken 5510 sayılı Kanunla yürürlüğe giren genel sağlık sigortası ile tüm nüfus kapsama alınarak herkese eşit ve aynı sağlık hizmetinin verilmesi sağlanmıştır. Bu kapsamda organ nakli tedavisi için yurt dışına gönderilen hastaların, organ teminine kadar geçecek sürenin naklin gerçekleştirileceği ölkede geçirilmesinin zorunlu olduğunun, yurtdışı sağlık hizmeti sunucusunca gereeleriyle belgelendirilmesi halinde SGK tarafından karşılanmaktadır (T.C.Sosyal Güvenlik Kurumu, [Http://Www.Sgk.Gov.Tr/Yayinlar/11_Saglik_Sigorta_Nisan_8.Pdf](http://www.sgk.gov.tr/Yayinlar/11_Saglik_Sigorta_Nisan_8.Pdf).Erişim Tarihi: 01.Mayis.2017). Sağlık sigortası ile İST uyum ilişkisini değerlendiren bir çalışmada, sağlık sigortası olmayıp, immünosupresif ilaçları kendi maddi imkanları ile alanlarda düşük greft sağkalımı olduğu bulunmuştur (Sankaranarayanan, 2012).

2.5.5 İlaç Uyumsuzluğunun Değerlendirilmesi

Uyumsuzluğun sonuçları; klinik ve ekonomik olmak üzere iki grupta değerlendirilmektedir. İlaç uyumsuzluğunun klinik sonuçları olarak; akut rejeksiyon, greft kaybı veya greftin fonksiyonlarını sürdürememesi, hastanın hayatta kalması koşulları ile değerlendirilir. Uyumsuzluğun ekonomik sonuçları ise hastane ücretleri, acil bakım ücretleri, hemşire evde bakım ücretleri, verimlilik kaybı, hasta ve ailenin giderleri ile değerlendirilir (şahın, 2012).

2.6 Organ Nakli Sürecinde Hemşirelik

Organ nakli hemşirelerinin uygulama alanlarındaki temel rolleri; bakım verme (klinik hemşiresi) organ nakli alıcıları, canlı vericiler ve kadavra donörlerde bakımını

koordine etme (koordinatör), ileri düzey klinik bakım (organ nakli hemşireliği) olarak sınıflandırılabilir (Folk ve ark., 2009).

Organ nakli hemşireliğinin temel alanları;

- Eğitim yapma,
- Potansiyel ya da mevcut alıcı ya da donör olmak üzere toplumun tüm yaş gruplarının fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlıklarını sürdürme ve geliştirmeye yönelik girişimleri yerine getirme,
- Yaşam boyu sürecek kompleks tedaviye bağlılığın geliştirilmesinde davranış değişiklikleri oluşturulması ve tedaviye uyumun kolaylaştırılmasına yönelik müdahalelerde bulunma,
- Bakımlarını planlama, uygulama ve değerlendirmede hasta ve ailelerini destekleme ve onların savunucusu olma,
- Organ nakli sonuçlarını en iyi düzeye getirmek için sistemi iyileştirmedir (Folk ve ark., 2009).

2.6.1 Böbrek Nakli Sonrası Hastalarda Uyumu Sağlamaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Böbrek nakli ekibinde hemşirelerin görevi, bireylerin sağlıklarının yükseltilmesi, olası sorunların engellenmesidir. Hemşireler nakil hastanın yaşamını uzatmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla yapılan organ nakli sürecinde hastaya danışmanlık yapar ve dikkat edilmesi gereken noktalarda yol gösterir. Bu nedenle, hemşireler nakil sürecinin tüm aşamalarında önemli görevler üstlenmektedirler. Nakil öncesi yoğun hazırlıkların yapıldığı uzun bekleme döneminde hemşire hasta ve yakınlarına destek ve eğitim yolu ile bakım hizmeti verir. Bu dönemde hastanın nakil için uygun olup olmadığı herhangi bir kontrendike bir durum olup olmadığı araştırılır ve nakil ameliyatı için gereken hazırlıklar yapılır. Ameliyat öncesi iyi bir değerlendirme ile saptanan sorunların kontrol altına alınmasıyla hem ameliyat hem de ameliyat sonrası süreçte yaşanabilecek riskler en aza indirilebilir (Rudow, 2009; Colaneri, 2014). Psikososyal uyumu sağlamaya yönelik olarak hemşire; böbrek nakli yapılan merkezlerde hastanın tedavi ve bakımı ile ilgili konularda eğitimler yapmaktadır.

Böbrek nakli alıcıları ve refakatçilerine nakil sonrası komplikasyon gelişimini azaltmak için önerilen tıbbi tedavi ve bakımın düzenli bir şekilde uygulanması ve

planlandığı şekilde sağlık kontrolleri yaptırmasının önemi açıklanmalıdır. Tıbbi psikolojik, sosyal ve ekonomik desteğe ihtiyacı olan hastalar için bu amaca hizmet eden devlet kurumları, sivil toplum kuruluşları veya gönüllü kuruluşlarla hastaların iletişim kurması sağlanmalıdır. Hastaların deneyimlerini paylaşabilecekleri sosyal ortamlar oluşturulmalıdır. Hastayı söylediklerinden dolayı yargılamamak, yaşadıkları her türlü duygu ve korkularını küçümsememek önemlidir. Ağlama, üzüntü, umutsuzluk ve mutsuzluk duygularının sağlıklı bir şekilde ifadesini sağlayacağı için hastanın ağlamasına izin verilmelidir (Bayhan, 2014).

Hastaların, öfke ve güçsüzlük duyguları yaşayabileceği bilinmelidir. Öfke duygularını uygun biçimde ifade etmelerine izin verilmeli ve öfke nin kaynağını tanımalarına yardımcı olunmalı, kullandığı öfke ile uygun baş etme teknikleri desteklenmelidir. Hastanın bakımı ile ilgili kararlarda mümkün olduğu kadar sorumluluk almasına izin verilmelidir. Hemşire, hastaların stres yaratan durumlardan uzak, sakin bir yaşam tarzı geliştirmelerine yardımcı olmalı ve ilaç uyumunu kolaylaştıran faktörlere yönelik eğitim ve destek hizmeti vermelidir (Williams, 2015).

2.7. İmmünoşüpresif Tedaviye Uyumda Sosyal Destek

Sosyal desteğin tanımı, sınırları, türleri ve kaynakları ile ilgili henüz bir uzlaşma sağlanabilmiş değildir. Sosyal Desteğin tanımı üzerinde çok farklı görüş ayrılıkları olmasına rağmen çoğunlukla, stresörler altındaki ya da zor durumda olan bireyin çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak özetlenebilir (Dean, 2013). Kuramcılar ve araştırmacılar tarafından yapılan kısa tanım ile sosyal destek, bireyin çevresinden elde ettiği destektir ([Http://Www.Cancer.Gov/Dictionary?Cdrid=440116](http://www.Cancer.Gov/Dictionary?Cdrid=440116). Erişim tarihi: 05.01.2017). Başka bir bakış açısına göre ise bireyin sosyal ilişkilerinin niceliğinden çok niteliği önemlidir. Bu bakış açısına göre bireylerin ilişkide bulunduğu kişilerin sayısından öte, hayat sınırlarını paylaşabileceği, güven duydukları ve kendisi açısından önemli gördüğü kişi ile kurduğu bağ sosyal desteği oluşturmaktadır (Dean, 2013).

Sosyal destek, bireyin sağlığını sürdürmesinde ve hastalık durumları ile başetmede önemlidir (Michael, 2011). Böbrek nakli sonrası yeterli sosyal desteğin sağlanması, bireylerin iyileşme süreçlerini hızlandırabilmekte, immünoşüpresif ilaç tedavisine uyumlarını, yaşam kalitelerini arttırabilmekte ve yaşam sürelerini uzatabilmektedir.

Düşük sosyal destek, ilaç uyumsuzluğunu artıran önemli faktörlerden biridir (Dobbels, 2009). Sağlık çalışanları tarafından verilen sosyal destek ve tavsiyeler nakil olan hastanın yaşam kalitesi ve ilaç uyumunu etkiler (Emma, 2012).

Sosyal destekle ilgili yapılmış olan araştırmaların önceleri, eğitim ve psikoloji alanlarında, yetişkinler üzerinde yapıldığı daha sonra kronik hastalarda gerçekleştirildiği görülmektedir (Massey, 2015). Ancak son yıllarda organ nakli ile ilgili yapılan sosyal destek araştırmalarının da hız kazandığı söylenebilir.

Böbrek nakli sadece cerrahi bir müdahale olarak değil aynı zamanda hasta ve ailenin üzerinde psikolojik ve psikososyal streslerin oluşumuna neden olan karmaşık bir süreçtir. Cerrahi müdahalenin yapıldığı aşamadan hastanın rehabilitasyonunun yapıldığı aşamaya kadar her adımda hastanın psikososyal sorunları hastanın uyumunu bozmakta ve tedavi sonuçlarını etkilemektedir (De Pasquale ve ark., 2014).

2.7.1 Sosyal Destek Türleri

- 1- Duygusal destek; bakım sağlanması, empati, sevgi ve güven
- 2- Enstrümantal veya pratik destek; maddi yardım veya davranışsal yardım
- 3- Bilgilendirici destek “stres zamanlarında problem çözmede yardımcı olmak için bilgilendirme
- 4- Değerleme veya doğrulama desteği; öz-değerlendirmeye yardımcı olmak için bilgilendirme ve / veya eylemlerin veya ifadelerin uygunluğunu teyit etmedir (Chisholm-Burns, 2010; Heo, 2014; Blalock ve ark., 2015)

2.7.2. Sosyal Desteğin Modelleri

Sosyal destek teorisi; ana etki ve tampon etkisi olmak üzere iki model üzerinde durmaktadır. Ana etki modeli, stres altında olan bireylerin, stres durumlarından kurtulması için sosyal bütünleşmenin önemi üzerinde durur. Tampon modeli ise stresli ve zararlı süreçlerin etkisinde kalma potansiyeli bulunan bireylerin korunmasını amaç edinir. İki modelin de birleştiği nokta, stres durumlarının ortadan kaldırılması ya da engellenmesi noktasıdır. Sosyal desteğin ne zaman sağlanabileceği, niteliğinin hangi düzeyde olması gerektiği, alıcının sosyal destekten beklentileri gibi konuların sosyal desteği etkileyen unsurlar olduğu görülmektedir (Cırık, 2010).

2.7.3 Böbrek Nakli Sonrası Sosyal Destek Kaynakları

Aile Desteği: Son dönem böbrek yetmezliğinin böbrek nakli ile tedavi edilmesi seçeneği, hasta ailesi içinde tartışılmalıdır. Hastalık ve ameliyat ile ilgili kaçınılmaz değişikliklere tüm ailenin uyum göstermesi, baş etmek için çözüm yollarının aranması yaşanan süreçlerdendir. Bu aşamalarda, aile içinde bireylerin birbirleriyle sağlıklı iletişim kurmaları önemlidir (De Pasquale, 2014).

Eş Desteği: Organ nakli en az hasta kadar eşler içinde stresli ve üzüntü yaratan bir durumdur. Eşleri tarafından verilen destek düzeyi azaldıkça, özellikle kadınların stres düzeyinin arttığı ve yaşam kalitelerinin kötüleştiği bulunmuştur. Böbrek nakli benlik saygısını ve cinsel işlevleri de etkilemektedir. Bu durum hem nakil yapılan bireyi hemde eşini etkilemektedir. Eşlerin evliliklerindeki uyumlarının, hastalık öncesine göre zamanla azaldığını gösteren çalışmada bulunmaktadır (Gill, 2012).

Arkadaş Desteği: Kişi yetilerinin yetersiz kaldığını ya da tükendiğini hissettiği zaman ailesinden ya da hayatındaki önemli kişilerden destek almaktadır. Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruh sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği ve yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle aile ve eş desteği kadar bireylerin sosyalleşmesinde önemli yeri olan arkadaşlarının desteği de önemlidir (Massey, 2015; Pınar, 2015).

Sağlık Personeli Desteği: Böbrek naklinin başarılı olması için nakil sonrası immünoşüpresif tedavilerin de düzenli alınması şarttır. Bu konuda hastalara taburculuk öncesi eğitim verilmeli, uyumsuzluğu önlemek için hastalarla ortak politikalar oluşturulmalıdır. İST hakkında aile bireyelerine de eğitim verilmeli, konunun önemini her aile ferdinin anlaması sağlanmalıdır. Ayrıca nakil sonrası takiplerde hastalara daha fazla sorumluluk verilmeli ve bu konuda hasta teşvik edilmelidir. Verilen ilaçların düzenli alınması, kontrollere düzenli gelmesi, diyet ve beslenmeye dikkat edilmesi, sağlıklı bir yaşam biçimi oluşturulması (sigarayı bırakma, alkol alımını azaltma v.b) ve buna uyulması, düzenli egzersiz yapılması hastanın kendi oto kontrolü altında olmalıdır. Böylece hastalar öz bakım becerilerini kazanır, özgüvenleri artar, hastalıkları ile ilgili bilinçleri pekişir ve motivasyonları yükselebilir. Hastanın uyumu ve rehabilitasyonu etkili tedavi ve bakımı için son derece önemlidir. (Bayhan, 2014; Soylu, 2015).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Böbrek nakli yapılan yetişkin hastaların immünosupresif tedaviye uyumlarını etkileyen etmenleri ve sosyal destek durumlarını inceleyen kesitsel, tanımlayıcı ve analitik bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Antalya ilinde böbrek nakli yapılan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Prof. Dr. Tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli ve Medikal Park Hastanesi Organ Nakli Polikliniklerinde yapılmıştır.

Akdeniz Üniversitesi Tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli Merkezinde 1982 yılından günümüze kadar geçen sürede 3000 böbrek nakli yapılmıştır. Böbrek-pankreas (23), böbrek-karaciğer (6), kalp-böbrek(1) olmak üzere kombine organ nakilleri ile doku uyumsuz canlı vericili böbrek nakli, çapraz donörlü canlı vericili böbrek nakilleri de yapılmıştır (<http://akdenizorgannakli.net/kurumsal/akdeniz-organ-nakli-ensittusu>). Erişim tarihi: 05.04.2017).

Akdeniz Üniversitesi Tuncer Karpuzoğlu Organ Nakli Merkezinde böbrek nakli yapılan hastaların, nakil sonrasında rutin kontrollerin sıklığı, ilk bir ay haftada bir, 1-3 aya kadar 10 günde bir, sonraki 3-6 ay arası 3 haftada bir, 6 ay- 1 yıl ayda bir, 1 yıldan sonra da 2-3 ayda bir şeklindedir (<http://akdenizorgannakli.net> Erişim tarihi: 02.2017). Böbrek nakli yapılan bireyin poliklinikte izlemleri hafta içi her gün iki uzman doktor ve bir hemşire tarafından yapılmaktadır. Poliklinikte günlük ortalama 60-70 birey takip edilmektedir. Bireyin laboratuvar sonuçları, genel durumu ve immünosupresif ilaç düzeyine göre kontrol sıklığı değişebilmektedir. Organ nakli servisinde 30 hasta yatağı bulunmaktadır.

Medikal Park hastanesinde haftada ortalama 10-12, ayda 35, yılda 420 böbrek nakli yapılmaktadır (<http://www.medicalpark.com.tr/bobrek-nakli>). Poliklinikte ortalama 70 – 90 sayıda hasta takibi üç doktor ve bir hemşire tarafından yapılmaktadır. Medikal Park hastanesinde organ nakli servisin de 48 hasta yatağı bulunmaktadır (www.medicalpark.com.tr, Erişim tarihi: Mayıs.2017).

3.3 Araştırma Soruları

1. Yetişkin böbrek nakli alıcılarının immünosupresif tedaviye uyumları etkileyen faktörleri nelerdir?
2. Yetişkin böbrek nakli alıcılarının immünosupresif tedaviye uyumunu etkileyen sosyo-demografik, hastalık ve tedavi özellikleri nelerdir?
3. Yetişkin böbrek nakli alıcılarının sosyal destek algıları nasıldır?
4. Yetişkin böbrek nakli alıcılarının immünosupresif tedaviye uyum ile ilaçların gerekliliğine olan İnanç düzeyleri nasıldır?
5. Yetişkin böbrek nakli alıcılarının immünosupresif tedaviye uyum ile sosyal destek algıları arasında ilişki var mıdır?

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Antalya’da böbrek nakli yapılan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Medikal Park Hastanelerinin organ nakli polikliniklerinde takip edilen tüm hastalar, araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Akdeniz Üniversitesinde bir yılda yapılan böbrek nakli sayısı 237, Medikal Park Antalya Hastanelerinde ise 420’dir. Araştırmanın örneklem büyüklüğü; evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklem büyüklüğünü saptamak amacıyla kullanılan formülle hesaplanmıştır (Sümbüloğlu, 2005):

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$

n: örnekleme alınacak birey sayısı

N: evrendeki birey sayısı

t: belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer ($\alpha=0.05$ serbestlik derecesinde teorik t değeri 1.96 bulunmuştur.)

p: incelenen olayın görülüş sıklığı

q: incelenen olayın görülmeyiş sıklığı

d: olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma ($d=0.05$, ± 0.5)

Örneklem büyüklüğü %95 güven ve %5 hata marjini ile 120 olarak belirlenmiştir. Antalya ilinde böbrek nakli yapılan hastanelerden alınacak hasta sayılarını belirlemede kotalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Buna göre Akdeniz Üniversitesi Hastanesinden 65 Medikal Park Hastanesinden ise 65 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmıştır.

3.4.1 Örneklem Alınma Kriterleri

- Türkçe okuyor, konuşuyor ve anlıyor olması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- 18 yaş ve üzerinde olması
- Böbrek nakil alıcısının tedaviye uyumunun değerlendirilmesi açısından nakil sonrası en az 3ay veya daha fazla zaman geçmiş olması (Griva, 2012)
- Çalışma zamanında böbrek greftinin işlevsel olması (Chisholm-Burns, 2010; Galura ve Sole, 2012)
- Bilişsel, duyuşsal ya da sözel bozukluğun olmaması
- Sadece böbrek nakli olması (Galura ve Sole, 2012)'dir.

3.4.2 Örneklemden Dışlanma Kriterleri

- Hastane kayıtlarına göre psikiyatrik tanı almış olması
- Tekrarlı böbrek nakli olması

3.4.3 Araştırmanın Değişkenleri;

Bağımlı değişken; böbrek nakli alıcılarında ilaç uyumu, sosyal destek ve İnanç düzeyi.

Bağımsız değişkenler; sosyo-demografik ve tanıtıcı özellikleridir

3.5 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, hastalara ait bilgileri içeren “Sosyo-Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Organ Nakli Hastalarında İmmüno-supresif Tedaviye Uyum Ölçeği (ITUÖ)” ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılarak toplandı.

3.5.1 Sosyo-Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu

Sosyo-demografik ve hasta tanıtıcı özellikler formu, literatürden (Chisholm Burns, 2010; Gorevski, 2011; Galura ve Sole, 2012; Griva, 2012) yararlanılarak oluşturulmuştur. Formda sosyo-demografik özellikler olarak; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, çalışma durumu, gelir durumu, yaşadığı yer, klinik özellikler olarak ise donör tipi, böbrek nakil tarihi, eşlik eden hastalık ve türü, serum kreatinin değeri, glomerüler filtrasyon hızı, immünsüpresif ilaçlar ve nakil öncesi kullandığı ilaçlar, nakil sonrası eğitim alma durumu, eğitimi veren kişi, nakil sonrası hastaneye yatış durumu, hastaneye yatış nedeni, immünsüpresif ilaçlara olan inancı yer almaktadır.

3.5.2 Organ Nakli Hastalarında İmmünsüpresif Tedaviye Uyum Ölçeği

İmmünsüpresif Tedaviye Uyum Ölçeği (ITUÖ) (Immunosuppressant Therapy Adherence Instrument-ITAS), Chisholm ve arkadaşları tarafından 2004 yılında organ nakli sonrasında bireylerin immünosupressif tedaviye uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkiye’de Bayhan ve Karayurt (2014) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek 4’lü likert tipi ve toplamda dört maddeden oluşmaktadır. Ölçek sorularına verilen yanıtlara bakıldığında %0 yanıtı için 3 puan, %1-20 yanıtı için 2 puan, %21-50 için 1 puan ve >% 50 yanıtı için 0 puan verilerek immünosupressif tedaviye uyum değerlendirilmesi yapılmaktadır. Ölçek sonucunda toplam puan 0 ile 12 arasında değişmektedir. Ölçek puanının artması uyumun da arttığını göstermektedir (Bayhan, 2014). Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ($\alpha=0.65$) olduğu, ölçek madde - toplam puan korelasyon katsayıları ise 0.27 ile 0.69 arasında değiştiği belirlenmiştir (Bayhan, 2014). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.93 olarak saptanmıştır.

Hastaların İST uyumlarına ilişkin değerlendirmeleri yapabilmek için veriler yanıtlar doğrultusunda doğru orantı ile hesaplama yapılır. Uygun seçenekler işaretlenerek hastanın ölçekten aldığı puan hesaplanır. Örneğin; Son 3 ay içerisinde organ reddinizi önleyecek ilaçlarınızı unuttuğunuz için kaç kez alamadınız? (Madde 1) sorusuna bireyin yanıtı: 10 kez unuttum ise; doğru orantı ile 90 günde 10 kez unutmada (1000/90) bu oran % 11.11 olup 2 puan olarak hesaplanmaktadır.

3.5.3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

(Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS) Ölçek 1988’de Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olup, Türkiye’de 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından geçerlik güvenirlik çalışmaları yapılmıştır (Eker 1995). Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin, aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Aile; 3.,4.,8. ve 11., Arkadaş; 6.,7.,9.,12., Özel biri; 1.,2.,5.,10., maddelerden oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28 dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84 dür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı farklı örneklem grupları için .83 ile .95 arasında değişmektedir (Eker ve ark., 2001). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik düzeyi 0.86’dır. Aile Desteği güvenirlik katsayısı 0.73, Arkadaş Desteği güvenirlik katsayısı 0.78, Özel Biri Desteği güvenirlik katsayısı 0.77’dir.

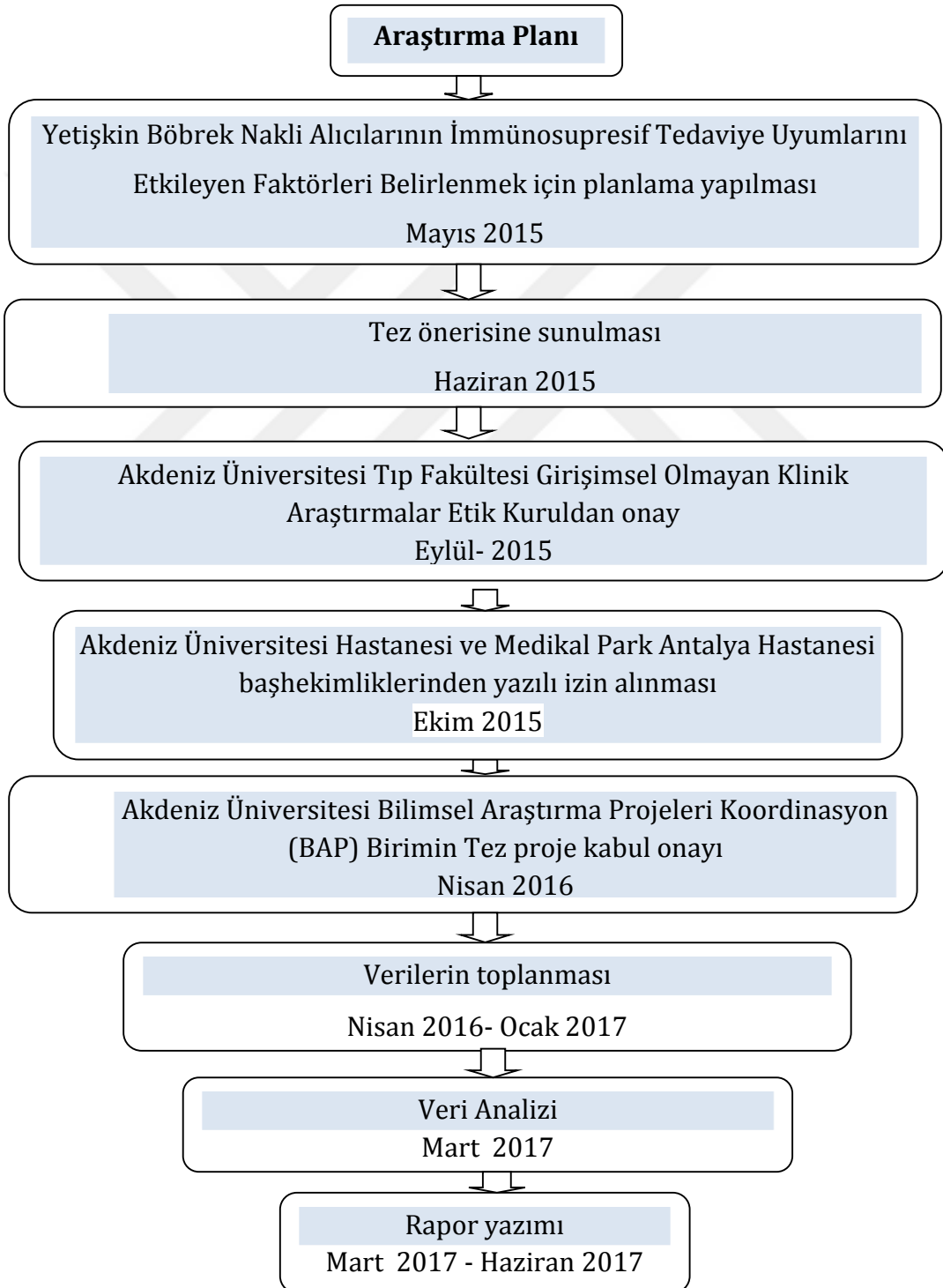
3.6 Araştırmanın Etik Onamı

Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruldan onay, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi ve Medikal Park Antalya Hastanesi başhekimliklerinden yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanmış ve aydınlatılmış onamları yazılı olarak alınmıştır. Araştırma yürütülürken, bilimsel ilkeler ışığında evrensel etik ilkelere ve insan haklarının korunmasını temel alan İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu’nda bulunan etik ilkelere uyulmuştur. Organ Nakli Hastalarında İmmünoşüpresif Tedaviye Uyum Ölçeği için Bahar Bayhan’dan (Ek-7), 21 Mayıs 2015 tarihinde, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ni kullanmak için Haluk ARKAR’ dan 22 Mayıs 2015 tarihlerinde e-mail yolu ile izinler alınmıştır. Araştırma boyunca mahremiyeti ve edinilen bilgilerin gizlilik ve gizliliğinin korunması etik ilkesine özen gösterilmiştir. Ayrıca elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutularak ‘Kimliksizlik ve Güvenlik’ etik ilkesi de yerine getirilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Görüşmeler; araştırmanın yapıldığı hastanelerin polikliniklerinde uygun ortam şartları sağlanan (sessiz, aydınlık, giriş çıkışı engellenen, iklimlendirmesi uygun) odada yapılmıştır. Anketi cevaplama süresi ortalama 20-30 dakikadır.

3.8 Araştırma Planı ve Takvimi



Şekil 3.1. Araştırma planı ve takvimi

3.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında Akdeniz Üniversitesi lisanslı SPSS 23 paket program kullanarak uzman istatistikçi desteği ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeklerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro Wilk testi yapılmıştır. Çalışmada parametrik olmayan test tekniklerinden Kikare, Spearman korelasyon, Mann Whitney U, Kruskal Wallis kullanılmıştır. Kikare Testi; iki kategorik değişken arasındaki ilişki belirlemede kullanılan test tekniğidir. Spearman korelasyon testi Bağımsız iki nicel değişken arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve kuvvetinin belirlenmesi kullanılan test tekniğidir. Mann Whitney bağımsız iki grubun nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında, Kruskal Wallis bağımsız iki grubun ($k>2$) nicel bir değişken açısından karşılaştırılmasında kullanılan non parametrik test tekniğidir (Karagöz, 2015).

Çalışmamızda verilerinin değerlendirilmesinde, immunosupresif tedaviye uyum ve sosyal destek düzey değişkenlerinin ilişkisi Kikare testi ile, ölçümlerin ilişkisi Spearman korelasyon testi ile ölçümlerin demografik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu ise Mann Whitney ve Kruskal Wallis (KW) testleri ile analiz edilmiş olup istatistiksel önemlilik derecesi $p<0.05$ alınmıştır.

3. 10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları

- Antalya ilinde böbrek nakli yapılan iki hastanenin organ nakli polikliniğinde takip edilen yetişkin (18 yaş ve üstü) hastalar ile sınırlı olması,
- Organ nakli bölümünde aynı anda birden fazla tez çalışmasının yürütülmesi,
- Polikliniklerde sirkülasyonun hızlı olması nedeniyle hastaların bazıları ile görüşülememesi,
- Verilerin toplanması sırasında hastaların sorunlarına yönelik sorularının çok olması ve bunların yanıtlanması nedeni ile veri uygulama süresinin beklenenden uzun olmasıdır.

4. BULGULAR

Bulgular üç bölüm şeklinde sunulmuştur. Birinci bölümde; hastaların sosyo-demografik, hasta tanıtıcı özellikleri ile immünosupresif ilaç kullanıma yönelik bulgular; ikinci bölümde ölçeklerin güvenilirlik, normallik test sonuçları, betimleyici istatistikleri ile ölçek puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular, üçüncü bölümde ise sosyo-demografik ve hasta tanıtıcı özellikler ile immünosupresif ilaç uyumu ve gerekliliğine olan İnanç düzeyi sosyal desteğin karşılaştırılmasına yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1 Hastaların Sosyo-Demografik, Hasta Tanıtıcı Özellikleri ve İmmünosupresif İlaç Kullanıma Yönelik Bulgular.

Tablo 4.1. Böbrek nakli sonrası hastaların sosyo-demografik ve hasta tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular (n=130)

		n	%
Yaş	18-24	16	12.3
	25-40	45	34.6
	41-59	56	43.1
	60 ve üzeri	13	10.0
Cinsiyet	Erkek	42	32.3
	Kadın	88	67.7
Eğitim durumu	Okuryazar değil	8	6.2
	Okuryazar/ilkokul	63	48.5
	Ortaokul/lise	39	30.0
	Üniversite	20	15.3
Medeni durum	Evli	95	73.1
	Bekar	35	26.9
Sağlık güvencesi	Var	130	100.0
Çalışma durumu	Tam gün	26	20.0
	Kısmi zamanlı	18	13.8
	Çalışmıyor	86	66.2
Kimlerle yaşadığı	Eş	6	4.6
	Eş ve çocuklar	76	58.5
	Anne ve baba	31	23.8
	Yalnız	9	6.9
	Diğer*	8	6.2
Yaşanan yer	Köy	8	6.2
	İlçe	46	35.4
	Şehir	76	58.4
Gelir durumu	Gelir giderden az	41	31.5
	Gelir gidere denk	76	58.5
	Gelir giderden çok	13	10.0
Çalışma durumunda değişiklik	Var	38	29.2
	Yok	92	70.8
Çalışmaya devam etmeme nedeni	İş değiştirme	10	26.3
	İş bırakma	18	47.4
	Emekli olma	10	26.3

Tablo 4.1. (Devam) Böbrek nakli sonrası hastaların sosyo-demografik ve hasta tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular (n=130)

		n	%
Donör tipi	Canlı donör	112	86.2
	Kadavra	18	13.8
Donör Yakınlık derecesi	Eş	32	28.6
	Birinci Derece Akraba	73	65.2
	İkinci Derece Akraba	7	6.3
Nakil sonrası geçen süre	3 ay - 23 ay	54	41.5
	24 - 35 ay	38	29.3
	36 ay ve üzeri	38	29.2
Eşlik eden hastalık	Var	57	43.8
	Yok	73	56.2
Eşlik eden hastalık türü	Hipertansiyon	41	71.9
	Diyabet	8	14.1
	Diğer**	8	14.0
Glomerüler filtrasyon hızı	Glomerüler filtrasyon hızı >90	86	66.2
	Glomerüler filtrasyon hızı 60-89	35	26.9
	Glomerüler filtrasyon hızı 30-59	9	6.9
Eğitim alma durumu	Evet	120	92.3
	Hayır	10	7.7
Eğitim süresi	<60 dk	50	41.7
	≥ 60 dk ve üzeri	70	58.3
Eğitimi veren kişi	Hekim	20	16.6
	Hemşire	11	9.2
	Koordinatör	89	74.2
Tekrarlı yatış	Var	75	57.7
	Yok	55	42.3
Tekrarlı yatış sayısı	1	26	34.7
	2	25	33.3
	3	11	14.7
	4 ve üzeri	13	17.3
Tekrarlı yatış nedeni	Enfeksiyon	49	65.3
	Böbrek fonksiyon bozukluğu	10	13.3
	Völüm değişikliği	9	12.1
	Diğer	7	9.3
Nakil Öncesi ilaç kullanımı	Var	39	30.0
	Yok	91	70.0

*Arkadaş, Sevgili, Akraba **Hiperlipidemi, Sistemik Lupus Eritamatozus, astım

Tablo 4.1’de, hastaların hastalık ve böbrek nakli ile ilgili bilgileri yer almaktadır. Hastalardan %34.6’sı 25-40 yaş grubunda, %67.7’sinin kadın, %78.5’inin ortaöğretim mezunu olduğu, %73.1’inin ise evli olduğu belirlenmiştir. Hastaların tamamının sağlık güvencesinin bulunduğu, %66.2’sinin çalışmadığı %56.9’unun şehirde yaşadığı, %58.5’inin gelirinin giderine denk olduğunu ifade etmişlerdir.

Hastaların %29.2’si böbrek naklinden sonra çalışma durumunda değişiklik olduğunu, bu değişikliğin ise %47.4 oranında iş bırakma olduğu, %86.2’sine canlı donörden nakil yapıldığı saptanmıştır. Hastaların %65.2’sinde vericinin birinci derecede akraba olduğu, %41.5’inin nakil sonrası geçen sürenin iki yıldan az olduğu, %43.8’inde

eşlik eden hastalık bulunduğu ve bunun %71.9 oranında hipertansiyon olduğu, glomerül filtrasyon hızı 90'dan büyük olan hasta oranının ise %66.2 olduğu görülmüştür. Hastaların %92.3'ünün nakil sonrası eğitim aldığı, bu eğitimin büyük oranda (%74.2) koordinatörden alındığı ve yarısından fazlasının (%58.3) bir saatten fazla eğitim aldığı saptanmıştır. Hastaların %57.7'sinin nakil sonrası hastaneye tekrarlı yatış yaptırdığı ve %68.0'inin 1-2 kez yattığı belirlenmiştir. Tekrarlı yatış nedeninin %65.3 oranında enfeksiyon olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hastaların böbrek nakli sonrası immünosupresif ilaç kullanımına yönelik bulgular (n=130)

		n	%
Kullanılan immünosupresif ilaçlar	Siklosporin + Mikofenolat Mofetil	14	10.8
	Takrolimus+Mikofenolat Mofetil	12	9.2
	Siklosporin+Kortikosteroid+ Diğer*	10	7.7
	Takrolimus+Kortikosteroid+ Diğer*	13	10.0
	Takrolimus+Kortikosteroid+ Myfortic	34	26.2
	Mikofenolat Mofetil+Siklosporin+ Kortikosteroid	47	36.2
İlaçların gerekliliğine inanma	İnanıyor	119	91.5
	İnanmıyor	11	8.5
İlaçların gerekliliğine olan İnanç düzeyi (\bar{x} :7.25±2.65)	Zayıf (0-3)	16	12.3
	Orta (4-7)	26	20.0
	Yüksek (8-10)	88	67.7
İlaç tedavi programı	Var	111	85.4
	Yok	19	14.6
Özel ilaç kutusu ya da çanta kullanımı	Var	95	73.1
	Yok	35	26.9
İlaç tedavisini hatırlatan birey	Var	81	62.3
	Yok	49	37.7
İlaç tedavisini hatırlatanlar	Eş	19	23.5
	Aile	33	40.7
	Akraba	23	28.4
	Arkadaş	2	2.5
	Sağlık çalışanı	4	4.9
İlaç hatırlatma aracı kullanma	Kullanıyor	58	44.6
	Kullanmıyor	72	55.4
Kullandıkları ilaç hatırlatma araçları	Cep telefonu	20	34.5
	Saat	38	65.5
İlaç tedavisini hatırlatan mesaj gönderilmesi	Yararlı	85	65.4
	Yararlı değil	27	20.8
	Fikrim yok	18	13.8

*Diğer İST kombinasyonları: Sirolimus (Rapamune), Azathioprine, Belatacept, Mycophenolate Mofetil (Cellcept), Mycophenolate Sodium (Myfortic) isimli tedavileri içermektedir.

Tablo 4.2'de, hastaların %36.2'sinin, immünosupresif tedavi olarak Siklosporin + Mycophenolate mofetil + kortikosteroid kombinasyonu kullandığı görülmektedir. Hastaların %91.5'i immünosupresif ilaçların gerekliliğine inandıklarını, %67.7'si ise İnanç düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir. İlaçları ile ilgili tedavi

programı oluşturanların %85.4 olduğu, %73'ünün özel ilaç kutuları ya da çantaları kullandığı, %62.3'ünün, ilacını hatırlatan yakınlarının bulunduğu, %40.7'sine ilacını ailesinden birinin hatırlattığı belirlenmiştir. Hastalardan %44.6'si ilacı hatırlamak için bir araç kullandığını, %65.5'inin hatırlatma aracı olarak saat, %34.5'inin ise cep telefonu kullandığı görülmüştür. Hastaların %65.4'ü cep telefonuna hatırlatma mesajı gönderilmesinin yararlı olacağını belirtmişlerdir (Tablo 4.2).

4.2. İmmünoşpresif Tedaviye Uyum, Algılanan Sosyal Destek Ölçeklerin Güvenirlik, Normallik Test Sonuçları, Betimleyici İstatistikler ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.3. Ölçeklerin Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayılarının

Ölçek	Madde Sayısı	Türkiye'de Uyarlanan Ölçek Cronbach Alfa	Araştırma Cronbach Alfa
İmmünoşpresif Tedaviye Uyum	4	.81	.93
Algılanan Sosyal Destek toplam	12	.89	.86
Aile Desteği	4	.85	.73
Arkadaş Desteği	4	.88	.78
Özel Biri Desteği	4	.92	.77

İmmünoşpresif tedaviye uyum güvenirlik katsayısı 0.93, sosyal destek güvenirlik düzeyi 0.86'aile desteği güvenirlik katsayısı 0.73, arkadaş desteği güvenirlik katsayısı 0.78, özel biri desteği güvenirlik katsayısı 0.77'dir. Buna göre ölçeklerin güvenirlikleri yüksektir.

Tablo 4.4. Ölçek Puanlarının Normallik Testleri

	İstatistik	p
İmmünoşpresif Tedaviye Uyum	0.738	0.000
Algılanan Sosyal Destek	0.781	0.000
• Aile Desteği	0.621	0.000
• Arkadaş Desteği	0.668	0.000
• Özel Biri Desteği	0.762	0.000

Tablo 4.4'te ölçek puanlarının normallik testi sonucu görülmektedir. Ölçek puanlarının normalliği için yapılan Shapiro-Wilk testine göre; ölçek puanları normal dağılım göstermediklerinden karşılaştırma analizlerinde parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 4.5. Ölçek Puanlarının Betimleyici İstatistikleri (n=130)

	Madde Sayısı	Ortalama	Std. Sapma	Min - Max
İmmünoşpresif Tedaviye Uyum	4	9.25	1.87	4-12
Algılanan Sosyal Destek	12	70.93	16.72	12 - 84
Aile Desteği	4	24.78	5.83	4 - 28
Arkadaş Desteği	4	23.99	6.57	4 - 28
Özel Biri Desteği	4	22.15	7.66	4 - 28

Tablo 4.5'te hastaların ölçek puanlarına ilişkin betimleyici istatistikleri görölmektedir. İmmünoşpresif tedaviye uyum puan ortalaması 9.25 ± 1.87 , algılanan sosyal destek puan ortalaması 70.93 ± 16.72 aile desteği puan ortalaması 24.78 ± 5.83 , arkadaş desteği puan ortalaması 23.99 ± 6.57 , özel biri desteği puan ortalaması 22.15 ± 7.66 'dir (Tablo 4.5). Tablo 4.5'te yer almamakla birlikte immünoşpresif ilaç gerekliliği İnanç düzeyi puan ortalaması 7.25 ± 2.65 olduğunu saptanmıştır.

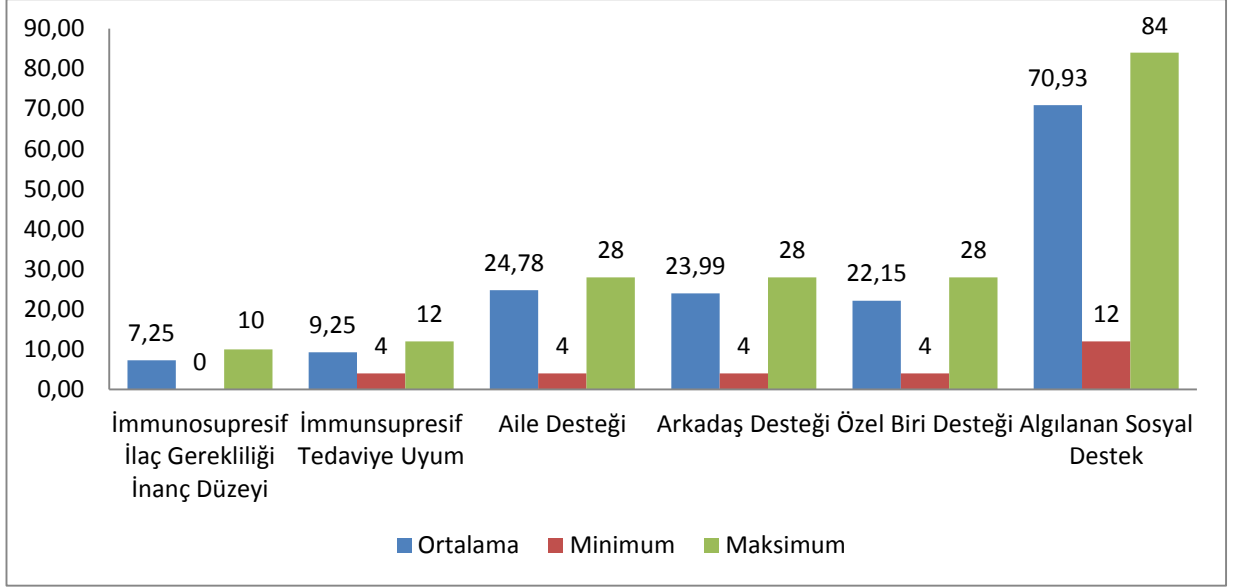
Tablo 4.6. İmmünoşpresif İlaçlara Olan İnanç Düzeylerinin İmmünoşpresif Tedaviye Uyum Durumlarına Göre Dağılımı (n:130).

İmmünoşpresif Tedaviye Uyum Durumu	İmmünoşpresif İlaçlara Olan İnanç Düzeyleri				X²	P
	$\bar{x} : 7.25 \pm 2.65$ (min max 0-10)					
	Zayıf n (%) [*]	Orta n (%) [*]	Yüksek n (%) [*]			
Uyumlu	4 (25.0)	5(19.2)	27(30.7)	1.380	0.501	
Uyumsuz	12 (75.0)	21(80.8)	61(69.3)			

*sütün yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4.6'de hastaların tedaviye uyum durumlarının, immünoşpresif ilaçlara olan İnanç düzeylerine göre dağılım analizi görölmektedir.

İmmünoşpresif tedaviye uyum ölçeğini geliştiren Chisholm ve arkadaşları 2012' yılında ölçekten alınan en yüksek puan (12) uyumlu, 12'den düşük olanları ise uyumsuz olarak kabul etmişlerdir. Bu bilgiler ışığında yapılan değerlendirmede; immünoşpresif ilaç uyumu (12 uyumlu, <12 uyumsuz) ile İnanç düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$).



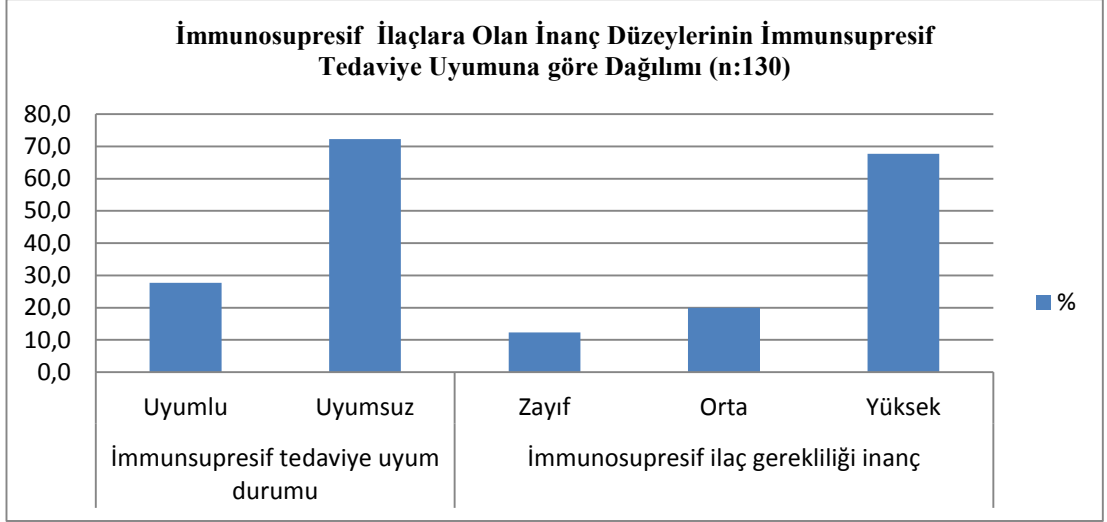
Şekil 4.1. İmmünosupresif tedaviye uyum, ilaçlara olan İnanç düzeyi, algılanan sosyal destek, aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği ve puan ortalaması

Tablo 4.7. İmmünosupresif Tedaviye Uyum ile Algılanan Sosyal Destek Puanları Arasındaki İlişki Analizi

n=130		İmmunosupresif Tedaviye Uyum	Algılanan Sosyal Destek	Aile Desteği	Arkadaş Desteği	Özel Biri Desteği
İmmunosupresif Tedaviye Uyum	r		.063	.011	.141	.014
	p	1	.477	.899	.109	.870
Algılanan Sosyal Destek	r		1			
	p					
• Aile Desteği	r		.752	1	.630	.502
	p		.000**		.000**	.000**
• Arkadaş Desteği	r		.755		1	.433
	p		.000**			.000**
• Özel Biri Desteği	r		.861			1
	p		.000**			

**p<0.01

Tablo 4.7’de ölçek puanlarının ilişki testi sonuçları görülmektedir. Ölçek puanlarının ilişkinin incelenmesi için yapılan Spearman Korelasyon testine göre; immunosupresif tedaviye uyum ile algılanan sosyal destek arasında ilişki bulunmamaktadır. Algılanan sosyal destek puanı ile alt boyutları olan, aile desteği, arkadaş desteği, özel biri desteği puanları arasında ise pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Arkadaş desteği ile özel biri desteği puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki görülmüştür. Algılanan sosyal destek ile özel biri desteği puanı arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır.



Şekil 4.2 İmmünosupresif ilaçlara olan inanç düzeylerinin ve immünosupresif tedaviye uyumlarının göre dağılımı

Tablo 4.7’da yer almamakla birlikte immünosupresif ilaçlara gerekliliğine olan İnanç düzeyi ile immünosupresif tedaviye uyum ve algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Ek Tablo 2).

4.3. İmmünoşpresif İlaç Uyumu, Sosyal Destek ve Gerekliliğine İnanç Düzeyi İle Sosyo-Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.8. Sosyo-Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özellikleri İle İmmünoşpresif İlaç Uyum Düzeyi Puanlarının Karşılaştırması (n:130)

Sosyo Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özellikleri		İmmünoşpresif Tedaviye Uyum				
		n	Ortalama	Std. Sapma	p*	
Yaş	18-24	16	9.50	2.50	X2: 3.794	0.285
	25-40	45	9.62	1.87		
	41-59	56	9.09	1.62		
	60 ve üzeri	13	8.31	1.75		
Cinsiyet	Erkek	42	9.38	1.92	U:1660.0	0.300
	Kadın	88	9.18	1.85		
Eğitim durumu	Okur yazar değil	8	9.00	1.85	X2: 1.786	0.618
	Okur yazar/ilkokul	63	9.11	1.79		
	Ortaokul/lise	39	9.51	2.04		
	Üniversite	20	9.25	1.86		
Medeni durum	Evli	95	9.21	1.81	U:1581.0	0.636
	Bekar	35	9.34	2.04		
Çalışma durumu	Tam Gün Çalışma	26	8.96	1.59	X2:2.486	0.289
	Kısmi çalışma	18	9.94	1.95		
	Çalışmama	86	9.19	1.91		
Yaşanan yer	Köy	8	9.50	1.77	KW: 8.127	0.043*
	İlçe	46	8.70	1.86		
	Şehir	76	9.59	1.84		
Gelir durumu	Gelir giderden az	41	8.88	2.04	X2: 2.780	0.249
	Gelir gidered enk	76	9.43	1.76		
	Gelir gideden çok	13	9.31	1.89		
Çalışma durumunda değişiklik	Evet	38	9.79	1.86	U2: 1381.0	0.037*
	Hayır	92	9.02	1.83		
Tekrarlı yatış sayısı	1	26	8.62	1.30	KW: 10.292	0.016*
	2	25	9.68	1.89		
	3	11	9.55	1.75		
	4 ve üstü	13	7.77	2.01		
Tekrarlı yatış nedeni	Enfeksiyon	49	9.08	1.87	X2: 4.123	0.249
	Böbrek fonksiyon bozukluğu	10	8.20	1.93		
	Völüm değişikliği	9	8.56	1.33		
	Diğer	7	9.71	1.70		
Kullanılan immünoşpresif ilaçlar	Sikloşporin+ Mikofenolat Mofetil	14	9.21	2.33	X2: 6.445	0.265
	Takrolimus+Mikofenolat Mofetil	12	9.92	1.88		
	Sikloşprin+Kortikosteroid+Diğer*	10	9.10	1.66		
	Takrolimus+Kortikosteroid+Diğer*	13	9.85	2.12		
	Takrolimus+ + Myfortic+ Kortikosteroid	34	9.35	1.98		
	Mikofenolat Mofetil+Sikloşporin + Kortikosteroid	47	8.87	1.58		
İlaç tedavisini hatırlatan birey	Var	81	9.17	1.78	X2: 1913.0	0.704
	Yok	49	9.37	2.02		
İlaç tedavisini hatırlatan mesaj gönderilmesi	Yararlı	85	9.38	1.89	U:1009.0	0.299
	Yararlı değil	27	8.81	1.84		
	Fikrim yok **	18	9.30	1.99		

*Diğer İST kombinasyonları: Sirolimus (Rapamune), Azathioprine, Belatacept, Mycophenolate Mofetil (Cellcept), Mycophenolate Sodium (Myfortic) isimli tedavileri içermektedir, ** İlaç tedavisine ilişkin hatırlatma mesajı konusunda "fikrim yok" diyenler istatistik değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 4.8’de sosyo-demografik, hastalık ve hasta tanıtıcı özellikleri ile immünosupresif tedaviye uyum düzeyi puanlarının karşılaştırma testleri görülmektedir. Yapılan Kruskal Wallis testine göre; yaşanan yer (X²: 8.127, P:0.043), hastaneye tekrar yatış sayısı (X²: 10.292, P:0.016) grupları arasında immünosupresif tedaviye uyum puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Şehirde yaşayanların immünosupresif tedaviye uyum düzeyi en yüksektir (9.50).

Böbrek naklinden sonra çalışma durumunda değişiklik için yapılan Mann Whitney testine göre; gruplar arasında immünosupresif tedaviye uyum puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmıştır (U:1381.0, P:0.037). Böbrek naklinden sonra çalışma hayatında değişiklik olanların immünosupresif tedaviye uyum tutumu daha yüksektir (9.79 ± 1.86).

Böbrek naklinden sonra hastaneye yatış sayısı için yapılan Kruskal Wallis testine göre; 4 kez ve üstü hastaneye yatanların immünosupresif tedaviye uyum puanı en düşük (7.77 ± 2.01), 2 kez hastaneye yatanların en yüksektir (9.68 ± 1.89).

Tablo 4.9. Sosyo-Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özellikleri İle İmmüno-supresif İlaçların Gerekliliğine Olan İnanç Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:130)

Sosyo Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özellikler		İmmüno-supresif İlaç Gerekliliği İnanç Düzeyi				
		n	Ortalama	SS		P
Yaş	18-24	16	8.44	1.90	X2 : 6.597	0.086
	25-40	45	7.29	2.81		
	41-59	56	6.91	2.70		
	60 ve üzeri	13	7.15	2.54		
Cinsiyet	Erkek	42	7.36	2.58	U: 1741.5	0.576
	Kadın	88	7.20	2.70		
Eğitim durumu	Okur yazar değil	8	7.63	0.74	X2 : 4.137	0.247
	Okur yazar/ilkokul	63	6.98	2.74		
	Ortaokul/lise	39	7.72	2.39		
	Üniversite	20	7.05	3.30		
Medeni durum	Evli	95	7.26	2.46	U: 1468.5	0.283
	Bekar	35	7.23	3.16		
Çalışma durumu	Tam gün	26	6.85	3.11	X2 : 0.693	0.707
	Kısmi zamanlı	18	7.50	2.46		
	Çalışmıyor	86	7.33	2.56		
Yaşanan yer	Köy	8	6.00	3.38	X2 : 2.703	0.440
	İlçe	46	6.91	3.15		
	Şehir	76	7.61	2.19		
Gelir durumu	Gelir giderden az	41	7.07	2.96	X2 : 3.324	0.190
	Gelir gidere denk	76	7.14	2.65		
	Gelir gideden çok	13	8.46	0.97		
Çalışma Durumunda Değişiklik	Evet	38	7.39	2.28	U : 1689.0	0.750
	Hayır	92	7.20	2.80		
Tekrarlı Yatış sayısı	1	26	7.19	2.86	X2: 0.353	0.950
	2	25	7.48	1.78		
	3	11	7.64	2.42		
	4 ve üstü	13	6.46	3.86		
Tekrarlı Yatış Nedeni	Enfeksiyon	49	7.35	2.47	KW: 8.119	0.044*
	Böbrek fonksiyon bozukluğu	10	4.80	3.97		
	Völüm değişikliği	9	8.11	0.93		
	Diğer	7	8.71	0.95		
Kullanılan immüno-supresif ilaçlar	Siklosporin+Mikofenolat Mofetil	14	7.71	3.41	U: 11.139	0.049*
	Takrolimus+Mikofenolat Mofetil	12	7.33	2.46		
	Siklosporin+Kortikosteroid+Diğer***	10	7.00	2.62		
	Takrolimus+Kortikosteroid+Diğer***	13	6.54	3.38		
	Takrolimus+Kortikosteroid+ Myfortic	34	7.88	2.13		
	Mikofenolat mofetil+Siklosporin+Kortikosteroid	47	6.89	2.61		
İlaç tedavisini hatırlatan birey	Var	81	7.37	2.45	X2 : 1946.5	0.847
	Yok	49	7.06	2.97		
İlaç Tedavisini hatırlatan mesaj gönderilmesi	Yararlı	85	7.09	2.64	U: 883.5	0.057
	Yararlı değil	27	7.89	2.50		
	Fikrim yok**	18	9.30	1.99		

*p<0.05 ** İlaç tedavisine ilişkin hatırlatma mesajı konusunda "fikrim yok" diyenler istatistik değerlendirmeye alınmamıştır. ***Diğer İST kombinasyonları: Sirolimus (Rapamune), Azathioprine, Belatacept, Mycophenolate Mofetil (Cellcept), Mycophenolate Sodium (Myfortic) isimli tedavileri içermektedir.

Tablo 4.9'da sosyo demografik ve hasta tanıtıcı özellikleri ile immüno-supresif ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyi puanların karşılaştırılması için yapılan Kruskal

Wallis testine göre; böbrek naklinden sonra hastaneye yatış nedeni ile immünoşüpresif ilaçlara olan İnanç düzeyi puanı arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. İmmünoşüpresif ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyi en düşük (4.80 ± 3.97) olanların nakil sonrası böbrek fonksiyon bozukluğu sebebiyle hastaneye yatanlar olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda böbrek naklinden sonra kullanılan ilaç grupları ile ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyi puanı arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Böbrek naklinden sonra Takrolimus + Kortikosteroid + Diğer ilaçları kullanan hastaların immünoşüpresif ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyi en düşük iken (6.54 ± 3.38) Takrolimus+Kortikosteroid+ Myfortic kullananların en yüksektir (7.88 ± 2.13).

Tablo 4.10. Algılanan sosyal destek puanları ile sosyo-demografik ve hasta tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılması (n:130)

Sosyo-Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özellikler		Algılanan Sosyal Destek Puanları				
		n	Ortalama	Std. Sapma	X2 / U	p
Yaş	18-24	16	68.31	18.32	X2:2.773	0.428
	25-40	45	72.11	17.42		
	41-59	56	71.11	16.57		
	60 ve üzeri	13	69.31	14.04		
Cinsiyet	Erkek	42	69.48	14.58	U: 1524.0	0.097
	Kadın	88	71.63	17.68		
Eğitim durumu	Okur yazar değil	8	80.38	4.72	X2:2.315	0.510
	Okur yazar/ilkokul	63	69.97	17.62		
	Ortaokul/lise	39	70.49	17.34		
	Üniversite	20	71.05	15.27		
Medeni durum	Evlü	95	72.35	16.03	U: 1271.5	0.034*
	Bekar	35	67.09	18.15		
Çalışma durumu	Tam Gün	26	78.62	10.28	KW: 11.075	0.004*
	Kısmi zamanlı	18	73.56	13.62		
	Çalışmıyor	86	68.06	18.11		
Yaşanan yer	Köy	8	66.88	24.16	X2: 0.676	0.879
	İlçe	46	70.72	19.01		
	Şehir	76	71.47	14.46		
Gelir durumu	Gelir giderden az	41	64.32	22.78	X2: 3.806	0.149
	Gelir gidere denk	76	73.36	12.42		
	Gelir giderden çok	13	77.62	8.68		
Çalışma Durumunda Değişiklik	Evet	38	75.39	10.72	U: 1553.5	0.305
	Hayır	92	69.09	18.38		
Tekrarlı yatış sayısı	1	26	72.50	12.10	X2: 3.485	0.323
	2	25	74.80	13.95		
	3	11	68.91	16.60		
	4 ve üstü	13	62.08	23.36		
Tekrarlı yatış nedeni	Enfeksiyon	49	23.94	6.48	X2: 2.800	0.313
	Böbrek Faksiyon bozukluğu	10	22.70	9.29		
	Völüm değişikliği	9	25.78	4.41		
	Diğer	7	26.57	3.78		
Kullanılan immüno-supresif ilaçlar	Siklosporin+Mikofenolat Mofetil	14	72.21	14.65	U: 10.735	0.057
	Takrolimus+Mikofenolat Mofetil	12	71.25	15.83		
	Sikloprin+Kortikosteroid+Diğer***	10	76.90	11.84		
	Takrolimus+Kortikosteroid +Diğer***	13	61.15	24.82		
	Takrolimus+Kortikosteroid + Myfortic	34	67.53	15.41		
	Mikofenolat Mofetil +Siklosporin+ Kortikosteroid	47	74.36	15.78		

4.10. (Devam) Sosyo demografik ve hasta tanıtıcı özellikleri ile algılanan sosyal destek puanlarının karşılaştırılması (n:130)

İlaç tedavisini hatırlatan birey	Var	81	71.11	17.13	X²:1862.5	0.546
	Yok	49	70.63	16.17		
İlaç tedavisini hatırlatan mesaj gönderilmesi	Yararlı	85	71.93	16.06	U: 1066.5	0.570
	Yararlı değil	27	69.00	17.93		
	Fikrim yok**	18	9.30	1.99		

*p<0.05, ** İlaç tedavisine ilişkin hatırlatma mesajı konusunda “fikrim yok” diyenler istatistik değerlendirmeye alınmamıştır, ***Diğer İST kombinasyonları: Sirolimus (Rapamune), Azathioprine, Belatacept, Mycophenolate Mofetil (Cellcept), Mycophenolate Sodium (Myfortic) isimli tedavileri içermektedir.

Tablo 4.10’da sosyo demografik ve hasta tanıtıcı özellikleri ile algılanan sosyal destek puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede algılanan sosyal destek puanları ile evli ve bekarlar arasında (U: 1271.5: P: 0.034) anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Evli (72.35) hastaların sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.10).

Çalışma durumu ile algılanan sosyal destek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Tam gün çalışanların puan sıra ortalaması 78.6, kısmi zamanlı çalışanların 73.56, çalışmayanların ise 68.06’dır. Buna göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları en yüksek grubun, tam gün çalışanlar olduğu saptanmıştır.

İST uyum puan ortalamaları ile yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte uyumun en yüksek şehirde yaşayanlarda (71.47) ikinci en yüksek uyumun ise köyde yaşayanlarda (66.88) olduğu görülmüştür.

Algılanan sosyal destek ile diğer değişkenler arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamaktadır. Tablo 4.10’de yer almamakla birlikte algılanan sosyal destek alt boyutları (aile, arkadaş, özel biri) ile sosyo demografik, hasta tanıtıcı ve hastalık bilgileri karşılaştırılmıştır. Yapılan değerlendirmede; gelir durumu ile aile desteği (X²:10.89, P:0.006) ve arkadaş desteği (X² 7.280, P: 0.026); medeni durum ile özel biri desteği (U:1303.0, P:0.045); çalışma durumu ile aile desteği (U: 9.281 P: 0.010) ve çalışma durumu ile özel biri desteği arasında (U: 7.170, P: 0.028) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Böbrek naklinden sonra hastaneye tekrarlı yatış sayısı ile özel biri desteği arasında yapılan Kruskal Wallis testine göre; özel biri desteği puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (X²: 8.059, P: 0.045). Böbrek naklinden sonra 4 kez ve üstü hastaneye yatanların özel birinden

algılanan sosyal destek algısı en düşük iken (17.23 ± 9.77) 2 kez hastaneye yatanların en yüksektir (24.60 ± 6.32).



5. TARTIŞMA

Dünya genelinde ve Türkiye'de böbrek nakli tedavisine ihtiyacı olan hasta sayısı giderek artmaktadır (Seyahi, 2016). Böbrek nakli öncesi başlanan immunosupresif ajanlar, etkili, güvenli ve hedefe yönelik bir tedavi sağlayarak nakil başarısındaki artışa katkıda bulunmaktadır (Çarın ve ark., 2009; Denhaerynck et al., 2009). Ancak nakil sonrası başarılı sonuçlar elde etmek için hastanın karmaşık bir tedavi sürecine uyum sağlaması gerekmektedir (Galura ve Sole, 2012). İmmünosupresif ilaçların zamanında, uygun dozda ve düzenli alınmaması olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Bleser, 2009). İST'ye uyumsuzluk hastalarda akut ve kronik rejeksiyona, organ veriminin azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine, mortalite ve morbidite oranının ve sağlık bakım harcamalarının artmasına neden olabilmekte ve büyük bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Galura ve Sole, 2012). Bu çalışma yetişkin böbrek nakli alıcılarının immunosupresif tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile biri üniversite diğeri özel olmak üzere iki hastanenin organ nakli polikliniklerinde yapılmıştır. Çalışmamız literatürde yer alan immunosupressif ilaçların uyumu alanla ilgili Türkiye'de yapılan bu araştırmanın sonuçlarının karşılaştırılmasına da olanak sağlayacaktır.

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik, tanıtıcı özellikleri ile immunosupresif tedaviye uyum, immunosupresif İlaçların gerekliliğine olan İnanç düzeyleri ve algılanan sosyal destek olmak üzere üç ana tema altında tartışılmıştır.

5.1. İmmünosupresif Tedaviye Uyum ile İlişkili Faktörler

Böbrek nakli yapılan hastanın immunosupresif ilaç tedavisine uyumu, hastalığın başarılı yönetiminde kritik bir yere sahip olmasına rağmen günümüzde tedaviye uyumsuzluk yüksek oranlarda görülmekte ve büyük bir sağlık problemi oluşturmaktadır (Galura ve Sole, 2012; De Geest, 2014). İST'ye uyumsuzluk, hastalarda organ veriminin azalmasına, akut, kronik rejeksiyona ve greft kaybına yol açabilmektedir (Bleser, 2009; Galura ve Sole, 2012).

Araştırmamızda kullanılan immunosupresif tedaviye uyum puan ortalamasının 9.25 ± 1.87 olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Ayrıca İmmünosupressif tedaviye uyum ölçeğini geliştiren Chisholm ve arkadaşları 2012' yılında ölçekte alınan en yüksek puan (12) uyumlu, daha düşük (<12 uyumsuz) olanları ise uyumsuz olarak kabul

etmişlerdir. Bu bilgiler ışığında yapılan değerlendirmede; immunosupresif ilaç uyumu hastaların %27.7'si immünosupresif tedaviye uyumlu iken %72.3'ünün uyumsuz olduğu bulunmuştur. Böbrek nakil alıcılarda İmmünosupresif tedaviye uyumsuzluk oranı %15-%68 arasındadır (Morales ve ark., 2012; Burns, 2012; Gorevski, 2013). Rusell ve arkadaşları 2010'de yaptığı çalışmada ilaç uyumsuzluğunun %86 oranında olduğu belirlenmiştir. İlaç uyumsuzluğu, hastalarda tedavi maliyetini 100 milyar dolardan 300 milyara yükseltirken, solid organ transplantasyonlarında ise yıllık tedavi maliyeti 15 milyon dolardan 100 milyon dolara yükselttiği tahmin edilmektedir (Gorevski, 2013).

İmmünosupresif tedaviye uyumsuzluğu etkileyen çeşitli değişkenlerin bulunduğu bildirilmektedir (Kugler, 2009; Galura ve Sole, 2012). Bu değişkenler; hasta bireyin kendisi, sosyoekonomik durumu, hastalığı ile ilgili durumu/belirtileri (Kugler, 2009), aldığı tedaviler (Kuypers, 2013) sağlık sistemi ve çalışanlarıdır (Galura ve Sole, 2012). İmmünosupresif ilaçlardaki hızlı gelişmeler böbrek nakli ameliyatından sonra ilk yılda görülen akut rejeksiyon insidansını azaltmıştır (Denhaerynck, 2009). Yetişkin organ nakli alıcılarında İST'ye uyumsuzluk nedenleri; ilaçların pahalı olması, psikiyatrik rahatsızlıklar (Griva, 2012), tedaviye inanmama (Burra, 2011), ekonomik gelirin yetersiz olması (Dobbels, 2009), böbrek naklin önce kullandığı ilaçlar (De Geest ve ark., 2014), sağlık bakımı ve iş ile ilgili sorunlar, evden uzak olma ve ilaç taşımayı unutma, tedaviyi yedeklemeyi unutma, önerilen tedavi dozlarının değişmesi olarak belirtilmektedir (Drent, 2009).

Gordon ve arkadaşları (2009) İST'ye uyumu artırmak için kullanılan en yaygın stratejileri; ilaç programı oluşturma (%60), özel ilaç kutuları ya da çantaları kullanma (%42), ilaç tedavisini günlük yaşamın bir parçası olarak planlama (%32) ve güvenilen insanlar tarafından hatırlatma yapılması (%26) olarak sıralamıştır (Gordon, 2009). Denecke ve Tullius'un 2011 yılında yaptığı bir çalışmada ise tedavi hakkında eğitim verme, motive etme, tedavinin sonuçlarına inandırma, yazılı olarak söz alma, ilaçları zamanında ve doğru almaları için organ nakil merkezinden basit bir kısa mesaj almanın uyumu artırmada etkili olabileceği bildirilmiştir (Denecke, 2011).

Brahm ve arkadaşların (2012)'de böbrek naklinden sonra bir yılını tamamlayan yetişkin hastalara üzerinde yaptığı prevelance çalışmasında, İST uyumsuzluğun çalışan hastalarda %66,4, çalışmayan hastalarda ise %51,4 olduğu bulunmuştur.

Çalışan hastaların ilaçlarını yoğunluk ya da ilaçlara zaman ayıramama nedeni ile düzgün bir şekilde kullanmaları uyumsuzluğun en sık nedenleri olarak belirlenmiştir. Gordon ve arkadaşlarının (2009) yaptığı bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmamızda sosyo-demografik ve hasta tanıtıcı özellikler formunda yer alan hastaların yaşadıkları yer için yapılan Kruskal Wallis testine göre; grupları arasında immünosupresif tedaviye uyum puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Şehirde yaşayanların immünosupresif tedaviye uyum düzeyi en yüksektir (9.50)(Tablo 4.8). Dew ve arkadaşları 2009 yılında yaptıkları çalışmada böbrek nakil yapılan bireylerin immünosupresif ilaçlara uyumunu etkileyen faktörlerden birisinin de yaşanan yer olduğu belirtilmektedir.

Evrensel olarak organ nakli olan hastalarda İST'ye uyum ve uyumsuzluk tutumunu ayırt etmek oldukça zordur. Çünkü hastanın tutumu değişiklik gösterebilir (Burra, 2011). İST'ye uyum ile ilgili birçok çalışma olmasına rağmen ilaç uyumsuzluğunu ölçmek için belirlenmiş tek bir altın standart yoktur (Abbott, 2007). İST uyumsuzluk ile ilgili 147 araştırmayı kapsayan bir meta-analiz çalışma sonucunda organ nakli yapılan hastaların İST uyumsuzluğu ölçmek için öz-rapor değerlendirmelerinin en yüksek oranda kullanıldığı bulunmuştur (Dew, 2007). Aynı çalışmada öz bildirim değerlendirme yöntemlerinin immünosupresif uyumsuzluğu yüksek gösterdiği belirlenmiştir.

ABD'de böbrek nakli alıcılarında yapılan bir çalışmada (n:254) ilaç uyumsuzluk oranının %68 olduğu, uyumsuzluğun ölüme, greft kaybına ve maliyet artışına neden olduğu bildirilmiştir (Pinsk, 2009). Chisholm ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada (n:135) yetişkin böbrek nakli alıcılarında bir yıl takipli randomize kontrollü çalışmada, imzalı davranış anlaşma müdahalelerinin; İST uyumu artırdığı, hastane kalış süresini azalttığı, sağlık bakım kullanımını artırdığı, nakil maliyetini düşürdüğü belirlenmiştir.

Araştırmamızda hastaların %34.5 ilaçların hatırlatmada cep telefon kullandığını, % 65.4 ceptelefon mesaj gönderilmesinin yararlı olacağını bildirmiştir. McGillicuddy ve arkadaşlarının (2013) (n:20) yaptığı randomize kontrollü çalışmada, akıllı cep

telefonu aracılığı ile yapılan elektronik ilaç takibinin immünosupresif tedaviye uyumsuzluğu azalttığı belirlenmiştir (Tablo 4.8)..

Hlubocky ve arkadaşlarının (2012)'de böbrek nakli alıcılarında İST uyum ve memnuniyet çalışmasında (n:838); uyum engellerinin belirlenerek çözüm yollarının üretilmesinde için eczacının geliştirdiği özel programın, hem nakil yapılan hastalarda hem de sağlık personellerinde memnuniyeti arttırdığı, klinik sonuçları olumlu yönde etkilediği ve telefon görüşmelerinin uyumun artırılmasında önemli olduğu bildirilmiştir.

Tschida ve arkadaşlarının (2013) ABD'nde böbrek nakli sonrası en az üç yıl tamamlayan hastalara eczacı tarafından uygulanan programın, klinik ve ekonomik sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada (n:519) genel sağlık, hastane ve nakil maliyetlerinde azalma ile immünosupresif tedaviye uyumda artış gösterdiği bulunmuştur.

Russell ve arkadaşlarının (2011) yaptığı randomize çalışmada, kişisel gelişim müdahalelerin İST uyumu olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir.

Griva ve arkadaşları (2012) yaptığı araştırmada (n: 218) uyumsuzluğu kasıtlı ve kasıtsız uyumsuzluk olarak ikiye ayırarak izlemişlerdir. Sonuç olarak kasıtlı uyumsuzluk %13,8, kasıtsız uyumsuzluk ise %62.4 olarak belirlenmiştir. Kasıtlı uyumsuzluğun tek sebebinin depresyon olduğu bulunmuş, depresyonun izlenmesi, gerekli İnançların kazanılması için uyum çalışmalarının artırılması ve unutkanlık için stratejilerin belirlenmesi önerilmiştir (Griva K, 2012). Hastaların çeşitli özelliklerinin İST uyumu etkilediği bilinmektedir (Dew, 2011; Diana, 2017). İngiltere'de çok merkezli yapılan (n:2055) bir çalışmanın üç yıllık (2011- 2013) verilerine göre sosyo-ekonomik, coğrafik ve demografik değişkenler böbrek naklini etkileyen önemli faktörlerdir (Diana, 2017).

İmmünosupresif tedaviye uyumun yaş gruplarına göre farklılık gösterdiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Burra, 2011; Kuvvetlioğlu, 2011). Ancak araştırmamızda yaşın İST uyumu etkileyen faktörler arasında olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.8). Çalışmamız ile benzerlik gösteren çalışma bulunmaktadır (Russel, 2010).

Kuvvetlioğlu (2011)'nin yaptığı çalışmada, medeni durum ve birlikte yaşadığı kişilerin ilaç uyumunu etkileyen sosyo demografik özellikler arasında olduğu, evli olan yaşlıların ilaç kullanım davranışlarının ve ilaca uyumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır (Kuvvetlioğlu, 2011). Literatürde, bekar olmanın veya yalnız yaşamanın immünosupresif tedaviye uyumsuzluk riskini artıran faktörler arasında yer aldığının bildirmektedir (Massey, 2011). Ancak araştırmamızda evli yada bekar olmanın, çalışma, eğitim ve gelir durumlarının ilaç uyumunu etkilemediği görölmüştür (Tablo 4.8). Yapılan çeşitli araştırmalarda cinsiyet, yaşam koşulları, sahip olunan kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, ekonomik koşullar ve ailelerin durumunun ilaç uyumunu etkileyen unsurlar arasında olduğu bildirilmektedir (Cooney 2009, Pinsk, 2009; Dew, 2009; Dobbels, 2010; Burra, 2011 Özdemir, 2012). İsviçre'de iki organ nakli polikliniğinde yapılan kesitsel çalışmada (n:356) böbrek nakli sonrası kullanılan immünosupresif ilaçların yan etkileri ve hastaların kullanım sürecinde cinsiyete göre farklılaştığı belirtilmiştir. Çalışmanın sonucunda İST' nin yan etkilerinin kadınlarda erkeklerden daha fazla göröldüğu, erkeklerde en çok impotans ve anksiyete, kadınlarda ise halsizlik ve fiziksel görünüme değişikliği (yüz ve vücut kıllanmasının artış göstermesi) şikâyetleri göröldüğu bulunmuştur (Koller A, 2010). Kadın ve erkeklerde görölen ortak sıkıntıların; yorgunluk, eklem ve sırt ağrısı olduğunu bulunmuştur. İST ilaçlarının diyare, ağrı, bulantı, enfeksiyon ve kanser riskini arttırdığı da bilinmektedir (Mencarelli ve Marks, 2012).

Yetişkin ve adölesan olmanın immünosupresif tedaviyi etkileyen faktörler arasında olduğu gösterilmiştir (Burra, 2011). Araştırmamızda hastaların %12.3'ü genç erişkin (18-24), %10'ise 60 yaş ve üzerindedir (Tablo 4.1). Yaşlılarda ilaç uyumunu belirlemeye ilişkin çalışmalarda yaşlıların çok azının iyi düzeyde; önemli bir kısmının düşük ve orta düzeyde uyumlu olduğu bulunmuştur (Krousel-Wood 2009, Ertemür 2009, Cooney 2009).

Çalışmamızda böbrek nakil sonrası ilaç kullanımına yönelik eğitim alan hasta oranının %92,3 olduğu ve yarısından fazlasının 1 saat ve daha fazla süre ile eğitim aldıkları bulunmuştur (Tablo 4.1). Hastaların ilaç uyumunu kolaylaştıran faktörlere yönelik eğitim ve destek hizmeti verilmesinin, immünosupresif tedaviye uyumsuzluğa azaltığı belirtilmektedir (Williams, 2015). Bununla birlikte ilaç uyumsuzluğu yüksek bulunan bireylere yönelik eğitim uygulamalarının geliştirilmesine ihtiyaç olduğu görölmektedir.

Araştırmamıza dahil edilen hastaların %43.8'sinde eşlik eden hastalık bulunduğu görülmüştür (Tablo 4.1). Komorbid hastalıklarda kullanılan ilaçların İST uyumu etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Pinsk, 2009; Dew, 2009; Dobbels, 2010; Burra, 2011; Goldfarb, 2011; Sankaranarayanan, 2012). Kronik hastalıktan dolayı çeşitli tedavilerin birlikte kullanılması, bilişsel ve fonksiyonel kapasitenin azalmasının ilaca uyumsuzluğu artırdığını bildirmiştir (Ertemür, 2009). Araştırmamızda hastaların %56.2'sinde ek hastalık bulunmadığı, eşlik eden hastalığının %71.9 oranında hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Hastaların böbrek nakilden sonra immunosupresif tedaviye ek olarak antihipertensif (%61.5) ve diyabet (%33.3) ilaçları kullandıkları belirlenmiştir. Russell ve arkadaşların (2010)'da yaptığı çalışmada böbrek nakli alıcılarının kullandıkları ilaç sayısının İST uyumu etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Obi ve arkadaşları'nın (2013)'te yaptığı çalışmada da (n: 312) böbrek nakli alıcıların günlük tek doz tedavi yönteminin ilaç uyumunu artırdığı belirtilmiştir.

5.2. Immünosupresif İlaçların Gerekliliğine Olan İnanç Düzeyleri ile İlişkili Faktörler

Araştırmamızda hastaların immunosupresif ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyi puan ortalaması 7.25 ± 2.65 olduğunu saptanmıştır (Tablo 4.5). Hastaların %8.5'i immünosupresif ilaçlara inanmadığını ifade etmiştir. İmmünosupresif ilaçlara İnanç düzeyleri açısından değerlendirildiğinde %67.7 yüksek, %20'sinin orta, %12.3 'zayıf olduğunu saptanmıştır (Tablo 4.2). Çalışmamızda böbrek naklinden sonra hastaneye yatış nedeni ile immünosupresif ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyi puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır. İmmünosupresif ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyi en düşük (4.80) olan hastaların nakil sonrası böbrek fonksiyon bozukluğu sebebiyle hastaneye yatanların olduğu görülmektedir (Tablo 4.9)

Kuper ve arkadaşlarının (2013) yaptığı randomize kontrollü araştırmada, immünosupresif tedaviye uyumun geliştirmesinde elektronik cihaz takibinin önemli olduğunu vurgulanmıştır. Araştırmamızda ilaç tedavisini hatırlatan mesaj gönderilmesinin yararlı görülme grupları arasında immünosupresif ilaç gerekliliği İnanç düzeyi bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. İlaç tedavisini hatırlatıcı mesaj gönderilmesini yararlı bulanların puan sıra ortalaması 53.39 iken yararlı görmeyenlerin 66.28'dir. Buna göre ilaç tedavisini hatırlatıcı mesaj

gönderilmesini yararlı bulmayanların immünosupresif ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyi daha yüksektir.

Sankaranarayanan ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada İST uyumu ile İnanç arasında ilişki bulunduğunu belirtilmiştir. Araştırmamızda İnançları yüksek olan hastaların ilaçları düzenli ve dikkatli bir şekilde almaları nedeniyle hatırlatma gereksinimlerin olmadığını düşünülebilir. Gordon ve arkadaşları (2009) çalışmalarında unutkanlığın ilaç uyumsuzluğunun en sık karşılaşılan nedeni olduğunu belirlenmişlerdir.

Araştırmamızda böbrek naklinden sonra kullanılan ilaç grupları arasında immünosupresif ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyi puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Böbrek naklinden sonra Takrolimus + Kortikosteroid + Diğer ilaçları kullanan hastaların immünosupresif ilaç gerekliliği İnanç düzeyi en düşük iken (6.54 ± 3.38) Takrolimus + Cellcept + Kortikosteroid+Diğer ilaçları kullananların en yüksektir (7.88 ± 2.13) (Tablo 4.9).

Kuypers ve arkadaşları (2013)'te Belçikada yaptığı Randomize kontrollü çalışmada (n:219) Böbrek nakil yapılan hastaların Elektronik izlemi kullanarak takrolimus günde bir kez verilen rejim ve takrolimus günde iki kez uygulanan rejim arasındaki etkiye değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda Günde bir kez uygulanan grubun% 88.2'si ve günde iki kez uygulanan grubun% 78.8'i ($P = 0.0009$), verilen günlük dozları kullanmıştır. Ancak ilaç günde iki kez alan grubun kaçırdığı dozların ortalama yüzdesi sabah %11.7 ve akşamları% 14.2 ($P = 0.0035$) olduğunu saptanmıştır.

Sankaranarayanan ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada böbrek nakli olan bireylerin ilaçların gerekliliğine ilişkin bilgi, beceri, tutum, İnanç ve beklentileri ile immünosupresif tedaviye uyumlarının büyük ölçüde ilişkili olduğu vurgulanmıştır.

Russel ve arkadaşlarının (2016) yaptığı randomize kontrollü çalışmada (n:92) 'ilaç uyumsuzluk müdahalelerinin öncelikli olarak bilgi, tutum ve İnançların değiştirilmesi yerine kişisel çevrenin değiştirilmesi ve günlük rutinleri şekillendirilmesine odaklanmasını önermektedir.

Veroux ve arkadaşlarının 2012’da böbrek nakil sonrası İnanç ile ilgili yaptığı çalışmada hastaların ameliyet sonrasında daha aktif olacaklarına ve nakil işlemiyle beraber normal yaşantılarına geri döneceklerine inanma düzeylerin yüksek olduğunu belirtmiştir.

Yaş ile immünoşüpresif ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İlaç uyumsuzluğunun yaş ile arttığını destekleyen çalışmalar olduğu gibi (Chisholm, 2008; Krousel-Wood, 2009; Rusell ve ark., 2010; Kuvvetlioğlu, 2011; Popoola, 2014), çalışmamız ile benzerlik gösteren çalışmada bulunmaktadır (Denhaerynck, 2005).

5.3. Algılanan Sosyal Destek ile İlişkili Faktörler

Çalışmamızda algılanan sosyal destek puan ortalaması 70.93 ± 16.72 olduğunu saptanmıştır. Algılanan sosyal destek alt boyutları bakıldığında aile desteği puan ortalaması 24.78 ± 5.83 , arkadaş desteği puan ortalaması 23.99 ± 6.57 , özel biri desteği puan ortalaması 22.15 ± 7.66 olduğunu bulunmuştur (Tablo 4.5). Çalışmamızda Türk toplumunun sosyo-kültürel yapısı bakımından aile desteğinin yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Araştırmamızda ilacını hatırlatan yakınları bulunan hasta oranının %62.3’ olduğu ve hatırlatıcıların da büyük oranda (%64.2) aile üyelerinden oluştuğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Evliler ve bekarlar arasında algılanan sosyal destek puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (U: 1271.5, P: 0.034). Evli hastaların sosyal destek algısı daha yüksektir (72,35) (Tablo 4.10). Chisholm 2012’deki çalışmasında evli böbrek nakli alıcılarında algılanan sosyal desteğin algılarının evli olmayanlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Russell ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada sosyal desteği düzeyi yüksek olan evli böbrek nakli alıcılarının tedaviye uyumlarında yüksek olduğunu görülmüştür.

Araştırmamızda çalışma durumu ile algılanan sosyal destek puanları arasında istatistiksel anlamlılık bakımından bir farklılık bulunmaktadır. Tam gün çalışanların puan sıra ortalaması 86.04, kısmi zamanlı çalışanların (kısmi zamanlı çalışanları 68.47, çalışmayanların ise 58.67’dir. Buna göre tam gün çalışanların algılanan sosyal destek tutumu en yüksektir.

Çalışmamızda immüno-supressif tedaviye uyum ile algılanan sosyal destek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak algılanan sosyal destek ile özel bir desteği puanı ($r: .861, P= .000$) arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4.7).

Russell ve arkadaşları (2010)'da yetişkin böbrek nakli alıcılarında ilaç uyumuna ilişkin yaptığı çalışmada, ilaç uyumu ile sosyal destek arasında ilişki bulunmadığını belirtmiştir. Böbrek nakli yapılan bireylerde algılanan sosyal destek ve İST uyumsuzluk arasındaki ilişki, oldukça karmaşık ve değişken bir resim şeklinde sunulmaktadır (Chisholm-Burns, 2010). Böbrek nakli olan hastalarda sosyal destek ile İST uyum arasında hiçbir ilişki bulunmadığını bildiren çalışmaların (Frazier 1994; Russell ve ark., 2010) yanı sıra ilişki bulunan bir çalışmada mevcuttur (Dew, 2007). Chisholm ve ark. (2010)'nın yaptığı meta-analiz çalışma sonucunda ise böbrek nakli yapılan bireylerde sosyal destek ve IST uyum arasındaki ilişkiye ilişkin kanıtlar olduğunu bu nedenle daha fazla çalışma yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Bu tutarsız kanıtlar sosyal destek kavramının ve tanımlanmasındaki çeşitlilik ve farklılık göstermesinden (Elliott, 2008 ;Siegel, 2008; Jia-Rong, 2008; Kapıkıran, 2010; Prati ve Pietrantonio, 2010; Michael, 2011; Barutcu, 2013) kaynaklanmış olabilir. Prati ve Pietrantonio (2010) yaptığı çalışmada sosyal desteği algılanan ve alınan sosyal destek olmak üzere ikiye ayırarak incelenmişlerdir. Vyavaharkar ve arkadaşları (2011) kırsal alanda yaşayan Afro-Amerikan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, yeterli sosyal desteğe sahip olan bireylerin stresle daha kolay baş edebildiği ve daha olumlu sağlık sonuçları ile karşılaşabildiği belirtilmiştir.

Low ve arkadaşlarının (2015) böbrek nakli alıcılarında sosyal destek ve uyuma yönelik yaptığı sistematik derlemede böbrek nakli olan bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri arttıkça anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite belirtilerinin azaldığı bildirmiştir. Böbrek nakli sonrasında bireylerde duygusal stres ve psikiyatrik hastalıkların görülme morbiditesinin yüksek olduğu bilinmektedir (Mistretta ve ark., 2009).

Vyavaharkar ve arkadaşları (2011) yaptığı çalışmada sosyal desteği üç alt boyutta ele alarak, destek kaynağı (aile, arkadaşlar ya da bakıcılar gibi), destekten memnuniyet ve destek türü şeklinde değerlendirilmiştir. Sosyal destek son zamanlarda sosyoloji, halk sağlığı, psikoloji, psikiyatri, sosyal çalışma ve hemşirelik gibi çok farklı

alandaki bilim insanları için önemli bir çalışma alanı olmuş ve birçok çalışmanın konusunu oluşturmuştur (Kapıkıran, 2010). Algılanan sosyal destek ile ilgili yapılan araştırmada anne ve babasının her ikisinin de kendisini anladığını belirten, aile üyeleri ile olan ilişkilerinden memnun olan, fiziksel ve ruhsal sağlığını durumunu iyi olarak değerlendirenlerinin sosyal destek algılarının yüksek olduğunu belirtilmiştir. Araştırmada algılanan sosyal destek ile öznel iyi oluş arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Şenocak, 2016).

Russell ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada, sosyal destek ile ilaç uyumu arasında ilişki bulunmasına rağmen böbrek nakil öncesi düşük sosyal desteği olan bireylere psikolog tarafından tedavi uygulanması önerilmektedir.

Araştırmamızda kadınlar ile erkeklerin arasında immünosupresif ilaç gerekliliği inanç düzeyi, immünosupresif tedaviye uyum, algılanan sosyal destek puanları bakımından karşılaştırma yapılmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$)(Ek tablo 10).

Özet olarak; çalışmamıza alınan hastaların %27.7'si immünosupresif tedaviye uyumlu iken %72.3'ünün uyumsuz olduğu, %67.7'sinin ilaçlara inanma düzeyinin yüksek olduğu, %44.6'sının ilaç hatırlatma aracı kullandığı, %65.4'ünün ilaç tedavisine hatırlatan mesajların gönderilmesinin yararlı olduğunu bildirmişlerdir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; yarısından fazlasının çalışmadığı, 41-59 yaş grubunda ve kadın olduğu, eşi ve çocuklarıyla ve şehirde yaşadıkları, gelirlerinin giderlerine denk olduğu %73.1'inin ise evli, tamamının sağlık güvencesinin bulunduğu, yarıya yakınının ilkokul mezunu/okur yazar olduğu görülmüştür. Hastaların %86.2'sine canlı dōnorden nakil yapıldığı ve birinci derece akrabasının dōnor olduğu bulunmuştur. Hastaların %56.2'si eşlik eden hastalığının olmadığı, eşlik eden hastalığın ise büyük oranda hipertansiyon olduğu bulunmuştur. Hastaların %66.2'sinin glomerülfiltrasyon hızı 90'dan büyüktür. Hastaların %92,3'ü nakil sonrası eğitim aldıklarını ve eğitimin büyük oranda koordinatör tarafından verildiğini ifade etmişlerdir. Hastaların %57.7'sinde nakil sonrasında tekrarlı hastane yatışı olmuş, %34.7'si bir, %33.3'ü iki, %14.7'si ise üç kez nakilden sonra hastaneye yattığı görülmüştür. Hastaneye tekrarlı yatış nedenin enfeksiyon %65.3, fonksiyon bozukluğu %13.3, ise völüm değişikliği ise %12.0' olduğunu saptanmıştır (Tablo 4.1).
- Nakil sonrası hastaların %91.5'i nakil sonrası immünosupresif ilaçların gerekliliğine inandıklarını, %85.4'ü ilaç tedavisiyle ilgili program oluşturduklarını, %73.4'ü özel ilaç kutusu ya da çantası kullandıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların %62,3'üne ilacının hatırlatıldığı ve hatırlatıcıların %64.2 oranında aile bireyleri olduğu bulunmuştur. Hastaların %55.4'ünün ilacı hatırlamak için bir araç kullandığı, %65.5'inin saat %34.5'ise cep telefonu kullandığı saptanmıştır. Hastaların %65.4'ü cep telefonuna hatırlatma mesajı gelmesinin yararlı olacağını ifade etmişlerdir (Tablo 4.2).
- Çalışmamızda, immünosupresif ilaç gerekliliğine olan İnanç düzeyi puan ortalaması 7.25 ± 2.65 'dir. Hastalardan %12.3'ü immünosupresif ilacın gerekliliğine zayıf derecede inanmakta, %20,0'si orta derecede inanmakta, %67.7'si yüksek derecede inanmaktadır (Tablo 4.2).
- İmmünosupresif tedaviye uyum puan ortalaması 9.25 ± 1.87 'dir. Algılanan sosyal destek puan ortalamasının 70.93 ± 16.72 , alt boyut puan ortalamalarının ise aile desteği için 24.78 ± 5.83 , arkadaş desteği için 23.99 ± 6.57 , özel biri desteği için ise 22.15 ± 7.66 , olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5).

- Hastaların %27.7'si immünoşpresif tedaviye uyumlu iken %72.3'ünün uyumsuz görülmüştür (Şekil 4).
- Çalışmaya katılan hastaların immünoşpresif tedavi uyumsuzluğunu önlemek için özel ilaç kutuları ya da çantaları kullanma, ilaç tedavisini günlük yaşamın bir parçası olarak planlama, bir kişi tarafından hatırlatma yapılmasını sağlama, hatırlatma aracı kullanma, organ nakli merkezi tarafından ilaçlar ile ilgili hatırlatma mesajı gönderilmesini yararlı bulma konularında farkındalık oluşturdukları saptanmıştır (Tablo 4.1).
- Evli hastaların sosyal destek algıları ve özel biri desteği daha yüksektir (U: 1271.5, P: 0.034) (Tablo 4.10).
- Tam gün çalışan hastaların sosyal destek algıları, aile desteği ve özel biri desteği en yüksektir (U=11.075, p=0.028) (Ek Tablo-9).
- Şehirde yaşayanların immünoşpresif tedaviye uyum düzeyi daha yüksektir (X²: 8.127, p=0.043) (Tablo 4.8).
- Geliri giderinden çok olan hastaların aile desteği (U=10.089, p=0.006) ve arkadaş desteği algıları daha yüksektir (U=7.280, p=0.026) (Ek Tablo-9).
- Böbrek naklinden sonra çalışma hayatında değişiklik olanların immünoşpresif tedaviye uyum düzeylerinin en yüksek olduğu bulunmuştur (U=1381.0, p=0.037) (Tablo 4.8).

6.2. Öneriler

Araştırmacılar için;

- Araştırma sürecinde yapılan gözlemlerden elde edilen deneyimler doğrultusunda gelecek çalışmaların, ilaç uyumunun artırılmasında iletişim tekniklerine yönelik planlanması (hastaneden ilaç hatırlatıcı mesajların gönderilmesi, ilaçları unutmamak için cep telefonu, saat, akıllı ilaç kutuları kullanılması, elektronik izlem, tele hemşirelik hizmeti),
- Böbrek nakli sonrası ilaç uyumu, daha geniş bir sosyo-demografik ölçekle ve farklı hastalık gruplar ile tekrarlanması önerilebilir.

Uygulayıcılar için;

- Böbrek nakli yapılan hastalarda İST'ye uyumsuzluğun olumsuz sonuçlarını önlemek için stratejilerin geliştirilmesi ve uygulanması,
- Yetişkin böbrek nakli alıcılarına sağlık çalışanları tarafından sağlanan sosyal desteğin artırılması,
- Organ nakli ünitelerinde sosyal destek grupların oluşturulması
- Böbrek nakli yapılan bireylerde ilaç uyumunun artırılmasında; ilaçlar hakkında kapsamlı bir eğitim broşürü hazırlanarak servislerde bulundurulması,
- Çalışma verilerinin sağlık çalışanları ile paylaşılması, farkındalık oluşturulması ve hasta grubunun ilaç uyumuna aktif katılımının sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akbaba D. İmmünoşpresif kan ilaç düzey izleminin ve elde edilen test sonuçlarıyla biyokimyasal parametreler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Biyokimya Bölümü, Uzmanlık Tezi, 2009.İstanbul (Tez Danışman: Şef.Uzm. Dr. Sacide ATALAY).

Atay G.Böbrek nakilli hastalarda Kalsinörin İnhibitörleri ve Sirolimus kullanımının etkileri. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Ankara, 2015; s: 13-15. (Tez danışman: Yrd. Doç. Dr. Cihat Burak Sayın).

Barutcu D. Canan MH. The Relationship Between Social Support And Quality Of Life İn Patients With Heart Failure. J Pak Med Assoc. 2013; 63 (4): 463-467.

Bayhan B, Karayurt Ö. Organ nakli hastalarında immünoşpresif tedavide uyum ölçeğinin türkiyede geçerliliği ve güvenilirliği. Dokuz eylül üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, cerrahi hastalıkları hemşireliği, Anabilim Dalı Yüksek Lisans, Tezi, 2014. İzmir (Danışman: Doç. Dr. Özgül Karayurt).

Berben L, Dobbels F, Engberg S, Hill Mn, De Geest S. An Ecological Perspective On Medication Adherence. West J Nurs Res. 2012;34(5):635-53.

Bhowmik DM, Dinda AK, Mahanta P, Agarwal SK. The evolution of the Banff classification schema for diagnosing renal allograft rejection and its implications for clinicians. Indian Journal of Nephrology. 2010;20(1):2-8.

Bozoklar A. Türkiye de Organ Bağıışı; Koordinatör Perspektifi Türkiye Klinikleri Genel Cerrahi Dergisi. 2009; 2 (1):5-9.

Brahm MM, Manfro RC, Mello D, Cioato S, Gonçaves Lf. Evaluation of Adherence To Immunosuppressive Drugs İn Kidney Transplantation By Control of Medication Dispensing. Transplantation Proceedings. 2012; 44, 2391–2393.

Burra P, Germani G, Gnoato F, Lazzaro S, Russo FP, Cillo U, Senzolo M. Adherence İn Liver Transplant Recipient. Liver Transplantation. 2011; 17 (7): 760-770.

Chailimpamontree W, Dmitrienko S, Li G, Balshaw R, Magil A, Shapiro RJ, Genome Canada Biomarkers in Transplantation Group. Probability, Predictors, And Prognosis of Posttransplantation Glomerulonephritis." *Journal Of The American Society of Nephrology*. 2009; 20(4): 843-851.

Chen Y, Tai Q, Hong S, Kong Y, Shang Y, Liang W, Et al. Pretransplantation Soluble Cd30 Level As A Predictor of Acute Rejection In Kidney Transplantation: A Meta-Analysis. *Transplantation*, 2012; 9 (94).911-918.

Cheng CY, Lin BY, Chang KH, Shu KH, WU MJ. Awareness Of Memory Impairment Increases The Adherence To Immunosuppressants In Kidney Transplant Recipients., Department of Pharmacy, Taichung Veterans General Hospital., *Transplant Proc*. 2012; 44(3):746-8.

Chesneau M, Pallier A, Braza F, Lacombe G, Le Gallou S, Baron D, Néel A, et al. Unique B cell differentiation profile in tolerant kidney transplant patients. *American Journal of Transplantation*, 2014; 14(1), 144-155.

Chisholm MA, Lance C, Williamson GM, Mulloy LL. Development And Validation of The Immunosuppressant Therapy Adherence Instrument (ITAS). *Patient Education And Counselling*. 2005; 59: 13-20.

Chisholm-Burns M, Pinsky B, Parker G, Johnson P, Arcona S, Buzinec P, Chakravarti P, Good M, Cooper M. Factors Related To Immunosuppressant Adherence In Adult Renal Transplant Recipient. *Clin Transplant*. 2012; 26 (5): 706–713.

Chisholm-Burns MA, Spivey CA, Wilks SE. Social Support And Immunosuppressant Therapy Adherence Among Adult Renal. *Clin Transplant*. 2010; 24: 312–320.

Chisholm-Burns MA, Spivey CA, Graff Zivin J, Lee JK, Sredzinski E, Tolley EA. Improving outcomes of renal transplant recipients with behavioral adherence contracts: a randomized controlled trial. *Am J Transplant*. 2013; 9: 2364–2373.

Chisholm-Burns, MA. Nonmodifiable Characteristics Associated With Nonadherence To Immunosuppressant Therapy In Renal Transplant Recipients. *American Journal Of Health-System Pharmacy*. 2008; 65(13), 1242-1247.

Cırık I, İlköğretim 5., 6., 7. Ve 8. Sınıf Öğrencilerinin algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin incelenmesi; Doktora Tez Çalışması, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2010; 25-35, İstanbul.

Colaneri J. An overview of transplant immunosuppression – History, principles, and current practices in kidney transplantation. *Nephrology Nursing Journal*, 2014; 41(6), 549- 560.

Cooney D, Pascuzzi K. Polypharmacy In The Elderly: Focus On Drug Interactions And Adherence In Hypertension. *Clin Geriatr Med* 2009; 25: 221-33.

Couzi L, Moulin B, Morin MP. Factors Predictive of Medication Nonadherence After Renal Transplantation: A French Observational Study. *Transplantation*. 2013;95, 326-332.

Cukor D, Rosenthal DS, Jindal RM, Brown CD, Kimmel PL. Depression Is An Important Contributor To Low Medication Adherence In Hemodialyzed Patients And Transplant Recipients. *Kidney Int*. 2009;75(11):1223-9.

Çarin M, Ayna K, Çiftçi HŞ, Tozkır H, Gürtekin M. İmmunosupresif ilaçların etki mekanizmaları. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 2009; 42-47.

David KK, Kidney and pancreas transplantation in Weir MR, and Lerma EV eds. *Kidney transplantation: practical guide to management*. Springer Science & Business Media, 2014; 200-330.

De Bleser L, Matteson M, Dobbels F, Russell C, De Geest S. Interventions To Improve Medication-Adherence After Transplantation: A Systematic Review. *Transplant International*. 2009; 22(8):780-97.

De Brito, Daniela CS, De Paula AM, Grincenkov FR, Dos S, Luccetti G, Sanders-Pinheiro H. Analysis of The Changes and Difficulties Arising From Kidney

Transplantation; A Qualitative Study. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2015; 23(3),419-426.

De Geest S, Burkhalter H, Bogert L, Berben L, Glass Tr, Denhaerynck K, ve ark., Describing The Evolution Of Medication Nonadherence From Pretransplant Until 3 Years Post-Transplant And Determining Pretransplant Medication Nonadherence As Risk Factor For. *Transplant International* 2014; 27(7):657-66.

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

Dean A, Social Support in Epidemiological Perspective. In: Lin N, Dean A ve Ensel WM, (eds.) *Social support, life events, and depression*. London: Academic Press; 2013, P 4-10.

Delmonico F, Domínguez-Gil B, Matesanz R, & Noel L. A Call For Government Accountability To Achieve National Self-Sufficiency In Organ Donation And Transplantation. *Lancet*, 2011; 378: 1414–18.

Denecke Ch, Tullius G S. Adherence To Immunosuppression: A Critical Aspect For The Success Of Organ Transplantation. *Transplant International European Society For Organ Transplantation*. 2011; (24) 880–881.

Denhaerynck K, Burkhalter F, Schäfer-Keller P, Steiger J, Bock A, De Geest S. Clinical Consequences Of Non Adherence To Immunosuppressive Medication In Kidney Transplant Patients. *Transplant International*. 2009; 22(4), 441-446.

Denhaerynck K, Dobbels F, Steiger J, De Geest S. Quality Of Life After Kidney Transplantation. In Veroux M, Veroux P: *Kidney Transplantation: Challenging The Future*, United Arab Emirates. Bentham. 2012; 71–84.

Dew MA, Dabbs AD, Myaskovsky L, Shyu S, Shellmer DA, Dimartini Af, Steel J, Unruh M, Switzer Ge, Shapiro R, Greenhouse Jb. Meta-Analysis Of Medical Regimen Adherence Outcomes In Pediatric Solid Organ Transplantation. *Transplantation*, 2009; 88:736–746.

Dew MA, Dimartini AF, De Vito Dabbs A, Myaskovsky L, Steel J, ve ark., Rates And Risk Factors For Nonadherence To The Medical Regimen After Adult Solid Organ Transplantation. *J Transplantation*, 2007; 15;83(7):858-73.

Diana A, Wu ML, Robb C, Watson LR, Forsythe Charles RV, Tomson JC, Paul R, Rachel J, Johnson RR, Damian F, Clare B, Andrea G, Wendy M, Heather D, Andrew JB, Gabriel CO. Barriers to living donor kidney transplantation in the United Kingdom: a national observational study. *Nephrol Dial Transplant* 2017; 32 (5): 890-900. doi: 10.1093/ndt/gfx036.

Dobbels F, Vanhaecke J, Dupont L, Nevens F, Verleden G, Pirenne J, De Geest S. Pretransplant Predictor Of Post Transplant Adherence And Clinical Outcome:An Evidence Base For Pretransplant Psychosocial Screening. *Transplantation*. 2009; 87 (10): 1497-1504.

Dobbels Fabienne, Fine RN. Adherence To The Immunosuppressive Regimen In Adult And Pediatric Kidney Transplant Recipients. In: *Kidney Transplantation: A Guide To The Care Of Kidney Transplant Recipients*. Springer US, 2010; 371-382.

Drent G, De Geest S, Dobbe Sf, Kleibeuker Jh. Haagsma Eb. Symptom Experience, Nonadherence and Quality Of Life İn Adult Liver Transplant Recipients. *Netherlands Journal Of Medicine*. 2009; 6 7 (5) , 164.

Eker D. Arkar, H. Yıldız, H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği‘Nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):17-25.

Ekmekçioğlu O, Turkan S, Yıldız Ş, Güneş ZE. Comparison of tacrolimus with a cyclosporine microemulsion for immunosuppressive therapy in kidney transplantation. *Turkish journal of urology*. 2013; 39(1):16-21.

Elliott R. Poor Adherence to Medication in Adults with Rheumatoid Arthritis: Reasons And Solutions. *Disease Management &Health Outcomes*. 2008; 16, 13–29.

Ertemür E. Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastaların İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2009. Ankara (Danışman: Prof. Dr. Fethiye Erdil).

Ferrandiz I, Congy-Jolivet N, Del Bello A, Debiol B, Trébern-Launay K, Esposito L, Kamar N. Impact of Early Blood Transfusion After Kidney Transplantation on the Incidence of Donor-Specific Anti-HLA Antibodies. *American Journal of Transplantation*, 2016; 16(9), 2661-2669.

Fine RN, Becker Y, De Geest S, Eisen H, Ettenger R. Nonadherence Consensus Conference Summary Report. *Am J Transplant*, 2009; 9: 35.

Folk P, Hoekstra C, Jirasachiran E, Kallenborn B, Kosmach-Park B, Long D. *American Nurses Association Transplant Nursing: Scope & Standards Of Practice*. Maryland, Silver Spring. 2009; 3-6

Fuzinatto C, Marin S, Maissiat G. Adherence to Immunosuppressive Treatment in Post-Renal Transplant Patients: A Descriptive-Exploratory Study. *Online Brazilian Journal Of Nursing*. 2013; 12(2), 269-82. Doi:10.5935/1676-4285,20133865.

Galura JS, Sole LM. Predictors Of Immunosuppressant Adherence In Long-Term Renal Transplant Recipients. the College of Nursing at the University of Central Florida Orlando, Florida (Doctoral Dissertation). Spring Term, 2012;19-25

Garcia-Garcia G, Harden P, Chapman J. The Global Role Of Kidney Transplantation. *Indian Journal Of Nephrology*. 2012;22(2):77-82. Doi:10.4103/0971-4065.97101.

Gill P. Stressors and Coping Mechanisms in Live-Related Renal Transplantation. *Journal Of Clinical Nursing*, 2012; 21: 1622–1631.

Goldberg RJ, Weng FL, Kandula P. Acute and chronic allograft dysfunction in kidney transplant recipients. *Medical Clinics of North America*, 2016; 100(3), 487-503.

Goldfarb-Rumyantzev AS, Wright S, Ragasa R. Factors Associated with Nonadherence to Medication In Kidney Transplant Recipients. *Nephron Clin Pract*, 2011; 117: 33–39.

Gordon EJ, Gallant M, Sehgal Ar, Conti D, Siminoff LA. Medication-Taking Among Adult Renal Transplant Recipients: Barriers and Strategies. *Transplant International* :

Official Journal of The European Society for Organ Transplantation. 2009; 22(5):534-545. Doi:10.1111/J.1432-2277.2008.00827.X.

Gorevski E, Succop P, Sachdeva J, Cavanaugh TM, Volek P, Heaton P, et al. Is There an Association Between Immunosuppressant Therapy Medication Adherence and Depression, Quality of Life, And Personality Traits in The Kidney and Liver Transplant Population? *Patient Preference and Adherence*. 2013; 7, 301–307. Doi:10.2147/Ppa.S34945

Gorevski E. Association Between Immunosuppressant Therapy Medication Adherence And Depression, Quality of Life and Personality Traits in The Kidney and Liver Transplant Population. University of Cincinnati, Master of Science. 2011. Electronic Thesis or Dissertation. University of Cincinnati, 2011. [ohiolink](#)

Grenzi PC, Campos EF, Silva JR, Felipe CR, Franco MF, Soares, MF, et al Post-Transplant Soluble Cd30 Levels are Associated With Early Subclinical Rejection in Kidney Transplantation." *Transplant Immunology* (2015): 32(2): 61-65.

Griva K, Davenport A, Harrison M, Newman SP. Non-Adherence to Immunosuppressive Medications in Kidney Transplantation: Intent vs. Forgetfulness and Clinical Markers of Medication Intake. *Ann Behav Med*. 2012; 44(1):85-93. Doi: 10.1007/S12160-012-93594.

Guimarães J, Araújo A, Santos F, Nunes C, Casal M. Living-Donor and Deceased-Donor Renal Transplantation: Differences in Early Outcome—A Single-Center Experience, . *Transplantation Proceedings*. 2015; 47(4),958-962.

Hartono C, Muthukumar T, Suthanthiran M. Immunosuppressive Drug Therapy. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*. 2013;3(9):a015487. doi:10.1101/cshperspect.a015487.

Hlubocky JM, Stuckey LJ, Schuman AD, Stevenson JG. Evaluation of a transplantation specialty pharmacy program. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2012;69(4).

Jia-Rong Wu, Debra K. Moser, Terry A. Lennie, Patricia V. Burkhart. Medication Adherence in Patients Who Have Heart Failure: A Review of The Literature. Nursing Clinics of North America. 2008; 43(1):133-53.

Kapıkıran Ş, Acun Kapıkıran N. Algılanan Elde Edilebilir Destek Ölçeğinin Türkçeye. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2010; Cilt: 43, Sayı: 2, 51-73.

Karagöz Y. SPSS 22 Uygulamalı Biyoistatistik. Güncellenmiş 2.Basım. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara; 2015: 305-520.

Karahan, GE, Savran OF, Çarın MN. Renal Re-Transplantasyona Hazırlanan Hastalarının Anti-Hla Antikor Durumları ile İlgili Yaklaşımlar. Gaziantep Tıp Dergisi. 2009; 15(3):36-41.

Karam G, Kälble T, Alcaraz A, Aki FT, Budde K, Humke U ve Süsal C. Guidelines on renal transplantation. European Association of Urology. 2014; 23.

Katabathina V, Menias CO, Pickhardt P, Lubner M ve Prasad SR. Complications of immunosuppressive therapy in solid organ transplantation. Radiologic clinics of North America. 2016; 54(2), 303-319.

Kaya E. Diyaliz Hastalarının Acil Servise Başvuru Paterni Ve Klinik Sonuçların Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2011: Konya, (Danışman: Prof.Dr.Mehdi Yeksan).

Koller A, Denhaerynck K, Moons P, Steiger J, Bock A, De Geest S. Distress Associated With Adverse Effects Of Immunosuppressive Medication İn Kidney Transplant Reciepents. Progress İn Transplantation. 2010; 20:40-46.

Krousel-Wood Ma, Muntner P, Islam T, Morisky De, Webber Ls. Barriers To And Determinants Of Medication Adherence İn Hypertension: Perspective Of The Cohort Study Of Medication Adherence Among Older Adults. Med Clin North Am 2009; 93: 753-68.

Kugler C, Geyer S, Gottlieb J, Simon A, Haverich A, Dracup K. Symptom Experience After Solid Organ Transplantation. *J Psychosom Res.* 2009;66(2):101-10. Doi: 10.1016/J.Jpsychores.2008.07.017.

Kuvvetlioğlu K. Yaşlı Hastaların İlaç Kullanım Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yakındoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Lefkoşa (Danışman Yrd. Doç Dr. Leyla Özdemir).

Kuypers DR, Peeters PC, Sennesael JJ ve ark., Improved adherence to tacrolimus once-daily formulation in renal recipients: A randomized controlled trial using electronic monitoring. *Transplantation* 2013;2: 333–340.

Lamb KE, Lodhi S, Meier-Kriesche HU. *American Journal Of Transplantation: Official Journal of The American Society of Transplantation and The American Society of Transplant Surgeons.* 2011; Vol. 11 (3) P. 450-62.

Legendre C, Canaud G, Martinez F. Factors influencing long-term outcome after kidney transplantation. *Transplant International*, 2014; 27(1), 19-27.

Lieber SR ve Volk ML. Non-Adherence and Graft Failure in Adult Liver Transplant Recipients University Of Michigan Medical School, Pubmed. 2013; 58(3):824-34. Doi: 10.1007/S10620-012-2412-0.

Low JK, Williams A, Manias E, Crawford K. Interventions to improve medication adherence in adult kidney transplant recipients: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant.* 2015 May;30(5):752-61.

Massey EK, Dobbels F, Dew AM. Issues In Adherence to Lifestyle and Medication Regimen After Solid Organ Transplantation. In. Weimar W, Bosam, Busschbach JV. (Eds.) *Organ Transplantation: Ethical, Legal And Psychological Aspects. Expanding The European platform* Lengerich, Germany: Pabst. 2011; 355-362.

Massey EK, Tielen M, Laging M, Beck DK, Khemai R, van Gelder T, Weimar W. The Role of goal cognitions, illness perceptions, and treatment beliefs in self-reported adherence after kidney transplantation: a cohort study. *Journal Of Psychosomatic Research.* 2013; 75(3), 229-234.

Massey Emma K, Early Home-Based Group Education to Support Informed Decision-Making Among Patients With End-Stage Renal Disease: A Multi-Centre Randomized Controlled Trial. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2015; 322.

McGillicuddy JW, Gregoski MJ, Weiland AK et al., Mobile health medication adherence and blood pressure control in renal transplant recipients: A proof-of-concept randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc* 2013; 2: e32.

Mckay BD, Steinberg MS. *Kidney Transplantation: A Guide To The Care Of Kidney Transplant Recipients*. Springer, 2010.

Mencarelli, F. Marks SD. Non-Viral Infections In Children After Renal Transplantation. *Pediatric Nephrology*, 2012; 27(9), 1465–76.

Michael LL, Linda Cooper MA, Social Support Measures Review. Final report. National Center For Latino Child and Family Research, Los Angeles: 2011; p.5-60.

Mistretta A, Veroux M, Grosso G, Contarino F, Biondi M, Giuffrida G, Corona D. Role of socioeconomic conditions on outcome in kidney transplant recipients. *Transplantation proceedings*. Elsevier, 2009; (41)4,1162-1167.

Morales Jm, Varo E, Lázaro P. Immunosuppressant Treatment Adherence, Barriers to Adherence And Quality of Life in Renal and Liver Transplant Recipient in Spain. *Clin Transplant*, 2012; 26: 369–376. Doi: 10.1111/J.1399-0012.2011.01544.X

Morath C, Zeier M, Döhler B, Opelz G, Süsal C. ABO-Incompatible Kidney Transplantation. *Frontiers in Immunology*, 2017;8:234.

Morris P, Knechtle JS. *Kidney Transplantation-Principles and Practice*. Elsevier Health Sciences, 2013; (1)1-30

Naesens M, Lerut E. Calcineurin Inhibitor Nephrotoxicity In The Era of Antibody-Mediated Rejection. *Transplantation*. 2016; 1599-1600.

Obi Y, Ichimaru N, Kato T, Kaimori JY, Okumi M, Yazawa K, et al. A Single Daily Dose Enhances The Adherence To Immunosuppressive Treatment In Kidney Transplant Recipients: A Cross-Sectional Study." *Clinical And Experimental Nephrology*. 2013; 17(2) 310-315.

Özboilat G,Tuli A, Yenilmez D. İnsan Lökosit Antijenleri Yapı ve İşlevleri. Archives Medical Review Journal. 2014;23(3):387-397.

Özdemir Leyla. Yaşlılıkta İlaç Uyumu Ve İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler, Akademik Geriatri Dergisi. 2012; 4(1):18-22.

Pai Ahna LH, Ostendorf HM, Treatment adherence in adolescents and young adults affected by chronic illness during the health care transition from pediatric to adult health care: A literature review. Children's Health Care, 2011; 40(1): 16-33.

Perdeci Z, Alpay AM, Algül A. Transplantasyon ve Psikiyatri. Nobel Med. 2012; 8(1): 16-23.

Pınar S. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde Tedavi Gören Meme Kanseri Hastalarının Tedavi Arama Şekilleri, Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin İncelenmesi. Doktora Tezi; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. 2015, Malatya.

Pinsk BW, Takemoto SK, Lentine KL, Burroughs TE, Schnitzler MA, Salvalaggio PR. Transplant Outcomes and Economic Costs Associated with Patient Noncompliance to İmmunosepression. Am J Transplantation, 2009; 9(11):2597-606 Doi: 10.1111/J.1600-6143.2009.02798.X.

Popoola J, Greene H, Kyegombe M, Macphee IA. Patient İnvolvevement in Selection Of İmmunosuppressive Regimen Following Transplantation. Patient Preference And Adherence. 2014; 8:1705-1712. Doi:10.2147/Ppa.S38987.

Prati G, Pietrantonio L. The Relation of Perceived and Recieved Social Support to Mental Health at First Resonder. Journal of Community Psychology. 2010; 38 (3). 403–417 doi: 10.1002/Jcop.20371.

Ruppar TM, Russell CL. Medication Adherence İn Successful Kidney Transplant Recipients. Progress İn Transplantation. 2009; 19:167-72.

Russell CL, Cetingok M, Hamburger KQ, Owens S, Thompson D, Hathaway D, Wakefield MR. Medication adherence in older renal transplant recipients. Clinical nursing research. 2010; 19: 2. doi/pdf/10.1177/1054773810362039.

Russell CL, Moore S, Hathaway D, Cheng AL, Chen G, Goggin K. MAGIC Study: Aims, Design and Methods using SystemCHANGE™ to Improve Immunosuppressive Medication Adherence in Adult Kidney Transplant Recipients. *BMC nephrology*, 2016; 17(1), 84.

Sankaranarayanan J, Collier D, Furasek A, Reardon T, Lynette M. Smith, McCartan M, Langnas NA, Rurality and Other Factors Associated with Adherence to Immunosuppressant Medications in Community-Dwelling Solid-Organ Transplant Recipients, *Research In Social and Administrative Pharmacy*, 2012; 8,(3),228-239.

Saran R. Us Renal Data System 2015 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in The United States. *American Journal of Kidney Diseases* 2015; 67(3),7 -8.

Sarıgül OY. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Destek Grup Girişiminin Hastaların Bilgi, Semptom ve Yaşam Kalitesi Düzeyine Etkisinin İncelenmesi, Deü Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, 2013.İzmir.

Seyahi N, Ateş k, Süleymanlar G. Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2014 Yılı Özet Raporu Current Status of Renal Replacement Therapy in Turkey: A Summary of Turkish Society of Nephrology 2014 Annual Registry Report. *Turk Neph Dial Transpl* 2016; 25 (2): 135-141.

Shrestha B, Haylor J, Raftery A. Historical Perspectives in Kidney Transplantation: an Updated Review. *Progress In Transplantation*, 2015; 25(1), 64-76.

Siegel BR, Greenstein SM. Postrenal Transplant Compliance from The Perspective of African-Americans, Hispanic-Americans, and Anglo-Americans. *Adv Ren Replace Ther*. 1997 Jan;4(1) 46-54. Pmid: 8996620.

Siegel SD, Turner P, Haselkorn JK. Adherence to Disease-Modifying Therapies in Multiple Sclerosis: Does Caregiver Social Support Matter. *Rehabilitation Psychology*, 53, 73–79.

Soylu D. Böbrek Transplantasyonu Sonrası Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans Tez. 2015. Gaziantep (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Tülay ORTABAĞ).

Stevens PE, Levin A. For The Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members. Evaluation And Management Of Chronic Kidney Disease: Synopsis Of The Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2012 Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med. 2012;158:825-830. Doi:10.7326/0003-4819-158-11-201306040-00007.

Sülen S, Nefropatoloji; Böbrek Hastalıkları Ve Böbrek Transplantasyon Patolojisi. Nobel Tıp Kitabevi, 2012, İstanbul.

Süleymanlar G, Rıza Altıparmak M. Türkiye’de Renal Replasman Tedavilerinin Güncel Durumu: Türk Nefroloji Derneği Kayıt Sistemi 2009 Yılı Rapor Özeti Current Status of Renal Replacement Therapy in Turkey: A Summary of Turkish Society of Nephrology 2009 Annual Registry Report. Turk Neph Dial Transpl 2011; 20 (1): 1-6.

Süleymanlar G, Seyahii N, Ateş K, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu: Ministry of Health And Turkish Society of Nephrology Joint Report. Türk Nefroloji Derneği Yayinlari Published By The Turkish Society of Nephrology. Ankara. 2015, s: 3-114.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Klinik Ve Saha Araştırmalarında Örneklem Yöntemleri ve Örneklem Büyüklüğü. Ankara: Alp Ofset Metbaacılık. 11.Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınları.2005; 265.

Şahın N, Karaciğer Tranplantasyon Sonrası Hastaların İlaç Uyumsuzlukları, Nedenleri Ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, SBE; Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tez (Tez Danışmanı Doç.Dr. Özgül Karayurt).

Şenocak ÜS, Perceived Stress, Perceived Social Support, Subjective Well-Being And Related Factors İn Nursing Students. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yayınlanmayan Yüksek Lisans Tez (2016). Danışman: Prof. Dr. Fatma Demirkıran).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu: Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2014-2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 946. Ankara. 2017; 1-62.

Tavallai SA, Einollahi B, Azizabadi Farahani M, Namdari M. Socioeconomic links to health-related quality of life, anxiety, and depression in kidney transplant recipients. *Iran J Kidney Dis.* 2009; 3(1):40-44.

Toricelli FCM, Watanabe A, David-Neto E, Nahas WC. Current Management Issues of Immediate Postoperative Care in Pediatric Kidney Transplantation. *Clinics.* 2014;69(1):39-41. Doi:10.6061/Clinics/2014(Sup01)07.

Tschida S, Aslam S, Khan TT, Managing specialty medication services through a specialty pharmacy program: the case of oral renal transplant immunosuppressant medications. *J Manag Care Pharm* 2013; 1: 26–41.

Türk Tabipler Birliği. Kompozit Doku Nakillerii Raporu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2012;

Ünlüer E. 2-6 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi. İstanbul: 2009;21.

Vyavaharkar M, Moneyham L, Corwin S, Tavakoli A, Saunders R, Annang L. HIV-Disclosure, Social Support and Depression Among HIV Infected American Women Live in The Rural Southeast Usa. *Aids Education and Prevention.* 2011; 23(1); 78–90.

Warren kupin. Pre emtive kidney transplantation. In: Daugirdas, John T. Ed. *Handbook Of Chronic Kidney Disease Management.* Lippincott Williams & Wilkins, Chicago. 2011;1: 500 – 570.

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

Wetmore JB, Collins AJ. Global challenges posed by the growth of end-stage renal disease. *Renal Replacement Therapy,* 2016; 2(1):15.

Whittaker C, Dunsmore V, Murphy F, Rolfe C, Trevitt R. Long-Term Care and Nursing Management of A Patient Who Is The Recipient Of A Renal Transplant. *Journal Of Renal Care,* 2012; 38: 233–240. Doi: 10.1111/J.1755-6686.2012.00326.X.

Williams A, Low JK, Manias E, Dooley M, Crawford K., Trials and tribulations with electronic medication adherence monitoring in kidney transplantation, *Research in social and administrative pharmacy*, 2016;12(5): 794-800, doi: 10.1016/j.sapharm.2015.10.010.

Williams AF, Manias E, Gaskin CJ, Crawford K. Medicine Non-Adherence In Kidney Transplantation. *Journal of renal care*. 2014; 40(2), 107-116.

Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988; 52(1), 30-41.



EKLER

EK 1

Tarih:

AYDINLATILMIŞ HASTA ONAM FORMU

Sayın Katılımcı

Adım Mohamed Ahmed MOHAMMED, yetişkin böbrek nakli alıcılarının immunosupresif tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesine ilişkin bir çalışma yapıyorum. İmmunosupresif tedaviye (IST) uyum, nakil sonrası ortaya çıkabilecek olumsuz durumların engellenmesinde önemlidir. İmmunosupresif tedaviye uyumsuzluk ise nakil yapılan organın verimini azalmakta ve organ kaybına yol açabilmektedir. Bu nedenle çalışmada yetişkin böbrek nakli alıcılarının immunosupresif tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma için tedavi gördüğünüz hastaneden ve etik kuruldan izin alınmıştır. Araştırmamızda sizden istenen, araştırmacı tarafından sorulan kişisel bilgi formunu yanıtlamanız ve ölçeklerde yer alan ifadelerden size en uygun gelen seçeneği belirtmenizdir. Bu işlem yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır. Araştırma tamamen bilimsel amaçlı yapılmaktadır. Tüm yanıtlar gizli tutulacaktır ve herhangi bir yayın veya raporda isminiz kullanılmayacaktır. Zaman ayırdığınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Ben böbrek nakli olan katılmam istenen araştırmanın amacını, içeriğini tamamen anladım. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu çalışmayı istediğim anda sonlandırabileceğimi ve bıraktığım zaman tedavi ve bakımıyla ilgili herhangi bir olumsuz tutumla karşılaşmayacağıma inandım. Bu koşullar doğrultusunda kendi rızamla, baskı altında kalmadan araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü CHH Y.L. Öğrencisi:
Mohamed Ahmed MOHAMMED, Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Fatma
CEBECİ

Hastanın Adı-Soyadı

Araştırmacının Adı-Soyadı

Tanık Adı-Soyadı

İmzası:

İmzası:

İmzası:

EK-2

Tarih:

**HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTA TANITICI
ÖZELLİKLER FORMU**

Kod:

1. **Yaşınız:**
2. **Cinsiyet:** () Kadın () Erkek
3. **Eğitim Durumunuz:** () Okur-yazar değil () Okur-yazar ()
İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ve üzeri
4. **Medeni Durumunuz:** () Evli () Bekar
5. **Sağlık Güvenceniz** () Var () Yok
6. **Çalışma durumunuz:** () Tam gün çalışıyor () Yarım gün ya da belirli
saatlerde çalışıyor () Çalışmıyor
7. **Böbrek nakli yapıldıktan sonra çalışma durumunuzda değişiklik oldu mu?**
() Evet.....Belirtiniz () Hayır
8. **Kim/kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?**
() Eşimle birlikte () Eş ve çocuklarımla () Anne ve babamla () Yalnız
() Diğer.....belirtiniz
9. **Yaşadığınız yer:** () Köy () İlçe () Şehir
10. **Gelir durumunuz:** () Gelir giderden az () Gelir gidere denk
() Gelir giderden çok
11. **Donör tipi:** () Canlı donör Yakınlık derecesi:..... () Kadavra donör
12. **Böbrek naklinin yapıldığı tarih**ay.....yıl
13. **Eşlik eden başka hastalık:** () Var () Yok
14. **Cevabınız var ise eşlik eden hastalık türü:** () Hipertansiyon () Diyabet
() Anemi () Hiperlipidemi () Diğer..... açıklayınız
15. **Serum kreatinin miktarı:** mg / dL
16. **Glomerüler filtrasyon hızı:**
() 1 T e GFR \geq 90 () 2T e GFR: 60-89 () 3T e GFR: 30-59
() 4T e GFR: 15-29 () 5T GFR <15
17. **Nakil sonrası eğitim alma durumu:** () Evetsaat/dakika () Hayır
18. **Eğitimi veren kişi:** () Hekim () Hemşire () Diğer
19. **Nakil sonrası hastaneye tekrar yatış durumu:** () Evet () Hayır (23.soruya geçiniz)
20. **Nakil sonrası kaç kez hastaneye tekrar yatış yaptınız:**
() Hiç () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ve üzeri

21. Nakil sonrası hastaneye yatış nedeniniz:

- () Enfeksiyon () Böbrek fonksiyon bozukluğu () Rejeksiyon
() Ağrı () Hipervolemi () Hipovolemi () Diğer

22. Nakil öncesi kullanılan ilaçlar;

23. Nakil sonrası kullanılan immünosupresif ilaçlar;

Siklosporin; ... Mg x ... / gün

Takrolimus; Mg x ... / gün

Sirolimus; ... Mg x ... / gün

Kortikosteroid; ... Mg x ... / gün

Diğer.....

24. Nakil sonrası kullandığınız immünosupresif ilaçların gerekliliğine inanıyormusunuz?

- () Evet () Hayır

25. Nakil sonrası kullandığınız immünosupresif ilaçların gerekliliğine olan inancınız hangi düzeydedir? Lütfen bir tanesini daire içine alınız.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
| | | | | | | | | | |

İnancım yok

Inancım çok fazla

26. İlaç tedaviniz ile ilgili bir program oluşturduunuz mu?

- () Evet () Hayır

27. Özel ilaç kutuları ya da çantaları kullanıyor musunuz?

- () Evet () Hayır

28. İlaç tedavinizi size hatırlatan insanlar var mı?

- () Evet belirtiniz () Hayır

29. İlaç tedavinizi unutmamak için herhangi bir hatırlatma aracı (cep telefonu, saat v.b) kullanıyor musunuz?

- () Evet... Belirtiniz () Hayır

30. İlaç tedaviniz ile ilgili cep telefonunuzdan size hatırlatma mesajı gönderilmesinin yararlı olacağını düşünüyor musunuz?

- () Evet () Hayır () Fikrim yok

EK -3 ORGAN NAKLİ HASTALARINDA İMMUNSUPRESİF TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ölçek sizin nakil sonrası organ reddinizi önleyecek ilaç tedavisine (immünosupresif tedavinize) uyumunuzu değerlendirmek için oluşturulmuştur. Ölçekte dört soru bulunmaktadır. Her soru son üç ay içinde organ reddinizi önleyecek ilaçlarınızı (immünosupresif tedavinizi) almayı kaç kez ve neden unuttuğunuzu değerlendirecektir. Her bir sorunun doğru ya da yanlış yanıtı yoktur. Sizin için uygun olan seçeneği araştırmacıya söyleyiniz

	Kaç kez	%0 3 puan	%1-% 20 2 puan	%21-%50 1 puan	>%50 0 puan
1. Son 3 ay içerisinde organ reddinizi önleyecek ilaçlarınızı unuttuğunuz için kaç kez alamadınız?				
2. Son 3 ay içerisinde organ reddinizi önleyecek ilaçlarınızı alırken dozunda ve/veya saatinde kaç kez yanlışlık yaptınız?				
3. Son 3 ay içerisinde organ reddinizi önleyecek ilaçlarınızı yan etkileri nedeniyle kendinizi kötü hissetmenizden dolayı kaç kez almadınız?				
4. Son 3 ay içerisinde organ reddinizi önleyecek ilaçlarınızı sizin dışınızda bir nedenden dolayı (rapor, eczane...vb) kaç kez alamadınız				

EK-4 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı araştırmacıya söyleyiniz.

	Kesinlikle Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle Evet
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlısözlü, akraba, komşu, doktor) var.									
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.									
Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.									
İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.									
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.									
Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.									
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.									
Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.									
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.									
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.									
Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.									
Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.									

EK-5 ETİK KURUL ONAYI


T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: 70904504/
Konu:


2015


KARAR

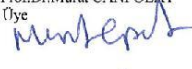
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Fatma CEBECİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yetişkin Böbrek Ahcılarının İmmunosupresif Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 169	Tarih: 26.08.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında <u>bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.</u> Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	


Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Başkan


Öğr.Gör.Dr.M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı


Prof.Dr.Can ÇEVİKOL
Üye


Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye


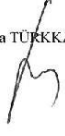
Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye (izinli)

Prof.Dr.Necmiye HADİMİOĞLU
Üye (izinli)


Prof.Dr.Gülşay ÖZBİLİM
Üye


Doç.Dr.Yeşim SENOL
Üye



Doç.Dr.Gülşüm Özge BAYSAL
Üye (izinli)

Doç.Dr.Doğa TÜRKKAHRAMAN
Üye


Doç.Dr.Ali Berkant AVCI
Üye (izinli)

Doç.Dr.Dijle Kipmen KORGUN
Üye


Av. Mustafa AÇIKEL
Üye (izinli)

Turgut ALTUN
Üye


EK- 6 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUMU İZİN YAZISI

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Çalışmanın Adı : Yetişkin Böbrek Nakli Alıcılarının İmmunosupresif Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Yürütücü :Doç. Dr. Fatma CEBECİ

Çalışmanın Amacı :Böbrek nakli alıcılarında immünosupresyon tedavinin ayrılmaz bir parçasıdır. Nakil sonrası bakımda başarılı sonuçlar elde etmek için hastanın tedavi sürecine uyum sağlaması gerekmektedir. İmmunosupresif tedaviye (İST) uyum greftin canlılığını sürdürmesi ve rejeksiyonun önlenmesi için son derece önemlidir. Böbrek nakli yapılan hastalarda İST'ye uyumu sağlamak için İST uyumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, sağlık çalışanlarına uygun müdahaleler geliştirilmelerinde ve uygulamalarında rehberlik eder. Türkiye'de böbrek nakli yapılan bireylerde İST uyum etkileyen faktörleri belirleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma, yetişkin böbrek nakli alıcılarının İmmunosupresif tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Çalışmanın Süresi : 2 yıl

Yürütücülüğünü yapmakta olduğum yukarıda ismi yazılı proje ile ilgili olarak belirttiğim tarihler arasında hastane veri arşivini kullanmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Yürütücünün

Doç. Dr. Fatma CEBECİ

İmza

BAŞHEKİMLİK

Sorumlu araştırmacı Doç. Dr. Fatma CEBECİ tarafından yürütülecek olan yukarıda adı yazılı çalışma için belirtilen tarihler aralığında hastane veri kullanım izni verilmiştir.

Başhekim

Doç. Dr. Murat KÖRHAN

İmza

Tarih: 17.06.2015

EK-7 MEDİKAL PARK HASTANESİ İZİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 12/11/2015-E.100424



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 50913635-302.14.04
Konu : Mohamed Ahmet MOHAMMED'in
Yüksek Lisans Tez Çalışması hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 15.10.20115 tarih 57830559-302.14.4/91245 sayılı yazınız.

Medicalpark Özel Antalya Hastane Kompleksi'nin Enstitünüz Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Mohamed Ahmet MOHAMMED'in "Yetişkin Böbrek Nakli Alıcılarının İmmunosupresif Tedaviye Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tezini ilgi yazınızda belirtilen hastalara uygulayabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin 05.11.2015 tarih 1312 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Ramazan ÇETİNKAYA
Rektör Yardımcısı

Ek:Medicalpark Özel Ant. Hast. Kompleksi'nin yazısı

Adres:Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Kampus / Antalya
Telefon:0242 227 44 00/1300 Faks:0242 310 15 09
e-Posta:oidb@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ:http://oidb.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Arzu Löker
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 2422274400

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

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/11/2015-41811

MEDICALPARK

ÖZEL ANTALYA HASTANE KOMPLEKSİ

Tarih : 05.11.2015
Sayı : 1312

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

İlgi : 22.10.2015 tarih ve 50913635-302-14-04-24236 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda Mohamed Ahmet MOHAMMED isimli öğrencinizin tez çalışmasının Kurumumuzda yapılmasını talep etmektedir.

Talebinizi kabul ettiğimizi bildiririz.

Saygılarımla.

Dr. Reşit AĞAR
Mesul Müdür/Başhekim

MESUL MÜDÜR
Dr. Reşit AĞAR

Medical Park Sağlık Grubu
Medical Park Antalya
Fener Mah. Tekelioğlu Cad. No:7 Lara - Antalya
Tel: +90.242 314 34 34 Faks: +90.242 314 30 30 www.medicalpark.com.tr

EK-8 İMMÜNOSUPRESİF TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

25.05.2015

Sayın Mohamed Ahmed Mohammed,

Yürüttüğünüz yüksek lisans tezinizde geçerliği ve güvenilirliğini ben Bahar Madran ve Doç. Dr. Özgül Karayurt'un tamamladığı "İmmunosupresif Tedaviye Uyum Ölçeği (ITUÖ)" ni kullanmanızda sakınca yoktur.

İyi çalışmalar dilerim, başarılar.

Bahar MADRAN



**EK- 9. 25TH ULUSAL BÖBREK HASTALIKLARI, DİYALİZ VE
TRANSPLANTASYON HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ**

**32. Ulusal Nefroloji, Hipertansiyon,
Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi®**

*32nd National Congress of Nephrology,
Hypertension, Dialysis and Transplantation*

**25. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve
Transplantasyon Hemşireliği Kongresi**

*25th National Congress of Renal Diseases,
Dialysis and Transplantation Nursing*

Yazar Dizini / Author Index

HP-059

PERİTON DİYALİZİNDEN AYRILMA NEDENLERİ: 6 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Dede Şit¹, Hasan Kayabaşı¹, Şengül Tahta¹, Ayten Karakoç¹¹Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları (Nefroloji Kliniği) Periton Diyalizi Ünitesi

Giriş: Periton Diyalizi (PD), Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) için tedavi gören hasta sayısının artışı, görülen komplikasyonların ve çeşitli nedenlerle bu tedaviden ayrılmak zorunda kalan hastaların sayısını da arttırmıştır. Bu çalışmada Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Periton Diyalizi polikliniğinde takip edilen ve PD tedavisi almaktan tedaviyen ayrılan hastalarda tedavinin sonlandırılma nedenleri araştırılmıştır.

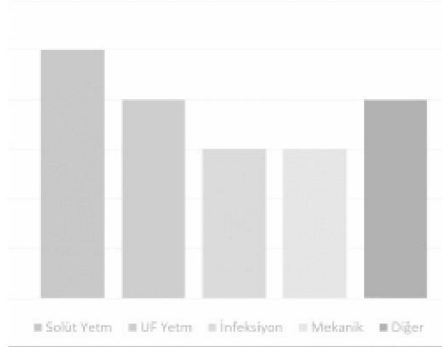
Gereç ve Yöntem: Ünitimizde 2009-2015 tarihleri arasında SDBY tanısı ile PD programına alınan erişkin yaş grubunda (18-78 yaş) 67 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar diğer renal replasman tedavilerine geçenler (hemodiyaliz ve renal transplantasyon) ve eksitus olanlar olarak tasnif edildi. Hemodiyaliz programına geçen hastalar PD ayrılma nedenleri gözden geçirildi.

Sonuçlar: Çalışma kapsamına alınan olguların ortalama PD kalış süresi 18.8 ay idi. Hastaların %11.94 (8 olgu)sine renal transplantasyon yapıldı (arzulanan PD'den ayrılma); %20.89 (14 olgu) olguda başlıca nedenin kardiyovasküler hastalıklar olduğu mortalite saptandı; 18 olgu (%26.86) hemodiyalize transfer oldu. Halen 27 olgu (%40.31) PD devam etmektedir (20 olgu merkezimizde 7 olgu diğer merkezlerde). HD transfer olan olgularda en sık neden solüt yetersizliği (5 olgu), UF yetersizliği (4 olgu) ve enfeksiyöz komplikasyonlar (3 olgu) olarak saptandı (Şekil 1). HD transfer olan olgular 3'ü ev HD, diğerleri konvansiyonel HD programına alındı. Mekanik komplikasyonlar haricindeki tüm olguların PD süresi 3.5 yılın üstünde idi.

Sonuç: SDBY hastalarda PD birçok açıdan seçkin bir tedavi modalitesi olmasına rağmen çeşitli nedenlere bağlı bu tedaviden ayrılmalar hastaların bu tedaviden yeterince uzun süre faydalanamamalarına yol açmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Periton diyalizi, ayrılma nedenleri

Figürler



HP-060

RENAL TRANSPLANTASYONDA PLAZMAFEREZ TEDAVİSİNDE KULLANILAN VASKÜLER GİRİŞ YOLU KOMPLİKASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Pelin Çardak¹, Nilgün Demiröz¹, Gökçen Aliş¹, Türker Ertürk¹, Özgür Çavdaroglu¹, Ülkem Çakır¹, İbrahim Berber¹¹Acibadem International Hastanesi Organ Nakil Bölümü, İstanbul¹Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

Giriş: Plazma değişim tedavisi (PF), renal transplantasyonda preoperatif ve postoperatif dönemde kullanılan bir tedavi yöntemidir. Tedavide vasküler girişim yolu olarak arteriovenöz fistül (AVF) veya hemodiyaliz(HD) kateteri tercih edilir. Bu çalışmada, merkezimizde AVF'den ve HD kateterinden yapılan PF'in komplikasyonları değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem: Merkezimizde 01 Ocak 2014- 31 Ocak 2015 tarihleri arasında, 20 hastaya toplam 100 seans PF yapıldı. 30 seanslık işlemde AVF, 70 seanslık işlemde HD kateteri kullanıldı. Her iki vasküler yol işlem öncesi ve sonrası hematom, ödem, kızamık, şişlik, ekimoz, kanama, ağrı ve hasta konforu açısından değerlendirildi.

Bulgular: Yaşları 19-66 arası 15'i erkek, 5'i kadın olan hasta grubunun vital bulguları alındı, eğitimleri verildi. Her PF seansı 180 ml/h pompa hızı, 30-40 ml/dk replasman hızı, yüksek hacimli (12-25 ünite) taze donmuş plazma ve kalsiyum destekli yapıldı. Her iki vasküler yol kullanım uygunluğu açısından hekim ve hemşire tarafından değerlendirildi. AVF bakımı yapıldı, iğne girişim yerlerinin kontrolleri sağlanarak steril şartlarda kapatıldı. HD kateter bakımı düzenli yapıldı, enfeksiyon, akıntı, kaşıntı yönünden izlendi. Hasta konforu açısından her iki yol değerlendirildi. AVF'de 10 seansa girişim yerlerinde sızıntı şeklinde kanama ve ekimoz gelişirken, 5 seansa kol ağrısı, girişim yerlerinde kırtırlık meydana geldi. Bir hastada 5. seansa işlemden 24 saat sonra miyokard infarktüsü(MI) gelişti. Diğer bir hastada 10. seansa kolda uyusukluk, soğukluk gelişti. HD kateteri kullanılarak yapılan toplam 70 PF seansının 15' inde cihaz ile ilişkili komplikasyonlar (setlerde pıhtılaşma, arter ve ven alarmları, kan kaçağı alarmları) yaşanırken, 5 seanslık işlemde kateter pozisyonundan dolayı hasta konforunda bozulma oldu. Bu süreçte işlem ile ilişkili kateter enfeksiyonu gelişmedi ve kateter giriş yeri komplikasyonları gözlenmedi.

Sonuçlar ve Tartışma: Araştırmamız sonucunda kontrolleri ve bakımları düzenli olarak yapılırsa bile, plazmaferез işleminin hasta üzerindeki etkileri de (trombositopeni, uyuşma, kramp, üşüme kaşıntı) göz önünde bulundurulduğunda AVF kullanım komplikasyonlarının daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Girişimsel işlemler (HD kateteri takılması) enfeksiyon riski olarak düşünülse de etkili bakım ve takip yapıldığında plazmaferез tedavisinde HD kateter kullanım komplikasyonlarının daha az olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Renal Transplantasyon, plazmaferез, vasküler girişim yolları

HP-061

BÖBREK NAKLİ OLAN YETİŞKİN HASTALARIN İMMUNOSUPRESİF TEDAVİYE UYUMLARI İLE SOSYAL DESTEK DURUMLARI: LİTERATÜR İNCELEMESİ

Mohamed Ahmed Mohamed¹, Fatma Cebeci²¹Akdeniz Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi²Akdeniz Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Böbrek nakli yapılan hastalarda, ameliyattan kısa bir süre önce başlanan immunosupresif ilaçlar yaşam boyu devam ederler. Ancak, hastaların immunosupresif tedavi (İST)ye uyumu greftin canlılığını sürdürmesi ve rejeksiyonun önlenmesi için son derece önemlidir (De Geest, 2014). İST Uyumsuzluğu hastanın önerilen

ilacı düzgün bir şekilde almaması nedeni ile amaçlanan tedavi edici etkisinin olumsuz etkilemesi olarak tanımlanmıştır (Fine RN, 2009).

İST'ye uyumsuzluk sonrasında hastalarda Akut ve kronik rejeksiyonu, organ veriminin azalması, ölüme sebep olması (Todd M. Ruppert, 2009), yaşam kalitesinin düşmesi, mortalite ve morbidite oranının artması, sağlık bakım harcamalarının artması (Burra P, 2011) ve greft kaybı gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Brahm, 2012).

Yetişkin organ nakli alıcılarında IST'ye uyumsuzluk nedenleri; ilaçların pahalı olması, psikiyatrik rahatsızlıklar (Griva K, 2012), tedaviye inanmama (Burra, 2011), ekonomik gelirin yetersiz olması (Dobbels, 2009), böbrek nakilden önce kullandığı ilaçlar (De Geest, 2014), sağlık bakımı ve iş ile ilgili sorunlar, evden uzak olma ve ilaç taşımaya unutmama, tedaviyi yedeklemeyi unutmama, önerilen tedavi dozlarının değişmesi olarak belirtilmektedir (Drent, 2009).

Sosyal destek; Aile, Arkadaşlar, komşular ve Topluluk üyelerinin ihtiyaç duydukları zamanlarda verdiği psikolojik, fiziksel ve maddi destekten oluşan bir ağ olarak tanımlanmıştır (NCI, 2015). Chisholm ve ark. (2010)'nın yaptığı meta-analiz çalışması sonucunda ise böbrek nakli alıcılarında sosyal desteğin çeşitli boyutları ve IST uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Düşük sosyal destek, ilaç uyumsuzluğunu artıran önemli faktörlerden biridir (Dobbels, 2009). Sağlık çalışanları tarafından verilen sosyal destek ve tavsiyeler nakil olan hastanın yaşam kalitesi ve ilaç uyumunu etkiler (Emma, 2011).

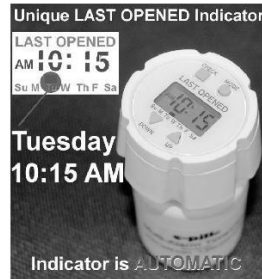
İST'ye uyumu artırmak için kullanılan en yaygın stratejileri bir tedavi programı oluşturmak (%60), ilaç kutuları ya da çantaları kullanmak (%42), bunlarla tedaviyi taşımak (%34), günlük yaşamın bir parçası olarak planlamak (%32) ve onlara hatırlatmalar için diğer insanlara güvenmek (%26) olarak sıralanmıştır (Gordon EJ, 2009).

Uluslararası organ nakli dergide yayınlanan çalışmanın sonucunda; kalp, karaciğer ve böbrek nakli yapılan hastalara immunosupresif tedavi hakkında eğitim verme, onları motive etme, tedavinin sonuçlarına inandırma, hastalardan sözlüden fazla yazılı olarak söz alma, zamanında ve doğru ilaç almaları için organ nakil merkezinden basit bir kısa mesajın da uyumu artırmada etkili olabileceği bildirilmiştir (Denecke Ch., 2011).

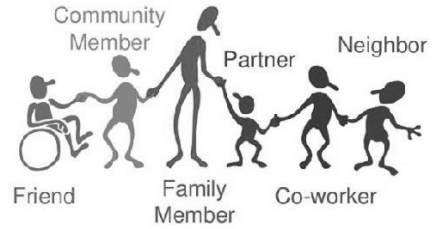
İsviçre'de iki organ nakli polikliniğinde yapılan kesitli çalışmada (n:356) böbrek nakli sonrası kullanılan immunosupresif ilaçların yan etkileri ve hastaların kullanım sürecinde karşılaştığı belirtilerine incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda IST sonrası en sık şikâyetleri yorgunluk, eklem ve sırt ağrısıdır. Bunların beraber IST yan etkileri cinsiyete göre farklılık gösterir, erkeklerde göre kadınların daha fazla yan etki semptomlarına görülmüş, erkeklerde en çok impotans ve anksiyete, kadınlar ise halsizlik ve Fiziksel Görünüm değişikliği gibi şikâyetleri bulunmuş (Koller A, 2010).

Brezilya'da bir Üniversite hastanesinde, Böbrek nakli sonrası bir sene tamamlayan yetişkin hastalar üzerinde Yapılan çalışmada IST uyumu çalışan hastaların (66,4%) Çalışmayan hastalardan (51,4%) daha fazla olduğunu bulunmuştur. Çünkü çalışanlar yorgunluktan ilaçları zaman ayıramıyorlar (Brahm, 2012).

Figürler



Social Support Network



Anahtar Kelimeler: Böbrek nakli yapılan yetişkin bireyleri, immunosupresif tedaviye uyumları, sosyal destek



TEBRİK BELGESİ

Danışmanlığı Doç.Dr.Fatma CEBEÇİ tarafından yürütülen Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Mohamed AHMED MOHAMMED, "Yetişkin Böbrek Nakli Alıcılarının İmmünosupresif Tedaviye Uyumluluğu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu Yüksek Lisans tez çalışmasını, 19.06.2017 tarihinde jüri önünde savunmuş ve başarılı olmuştur.

Tebrik eder, başarılarının devamını dileriz.

DEKANLIK

EK-11 TABLOLAR

Ek Tablo 1. Algılanan Sosyal Destek alt boyutları Puanları ile Sosyo Demografik ve Hasta Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

			n	Ortalama	Std. Sapma	X2	p*
Yaş	Algılanan Sosyal Destek	18-24	16	68.31	18.32	2.773	0.428
		25-40	45	72.11	17.42		
		41-59	56	71.11	16.57		
		60 ve üzeri	13	69.31	14.04		
	• Aile Desteği	18-24	16	23.88	6.40	2.229	0.526
		25-40	45	25.20	5.22		
		41-59	56	24.55	6.37		
		60 ve üzeri	13	25.46	5.17		
	• Arkadaş Desteği	18-24	16	22.94	7.12	1.879	0.598
		25-40	45	24.20	6.82		
		41-59	56	24.48	5.86		
		60 ve üzeri	13	22.46	8.21		
	• Özel Biri Desteği	18-24	16	21.50	7.67	1.335	0.721
		25-40	45	22.71	7.96		
		41-59	56	22.07	7.75		
		60 ve üzeri	13	21.38	6.92		
Cinsiyet	Algılanan Sosyal Destek	Erkek	42	69.48	14.58	1524.0	0.097
		Kadın	88	71.63	17.68		
	• Aile Desteği	Erkek	42	24.43	5.11	1609.0	0.163
		Kadın	88	24.95	6.17		
	• Arkadaş Desteği	Erkek	42	23.43	6.52	1679.0	0.328
		Kadın	88	24.26	6.62		
	• Özel Biri Desteği	Erkek	42	21.62	7.27	1608.0	0.205
		Kadın	88	22.41	7.87		
Eğitim durumu	Algılanan Sosyal Destek	Okur yazar değil	8	80.38	4.72	2.315	0.510
		Okur yazar/ilkokul	63	69.97	17.62		
		Ortaokul/lise	39	70.49	17.34		
		Üniversite	20	71.05	15.27		
	• Aile Desteği	Okur yazar değil	8	26.88	1.64	2.641	0.450
		Okur yazar/ilkokul	63	24.19	6.18		
		Ortaokul/lise	39	24.62	6.40		
		Üniversite	20	26.15	4.31		
	• Arkadaş Desteği	Okur yazar değil	8	26.75	2.38	1.690	0.639
		Okur yazar/ilkokul	63	23.16	7.14		
		Ortaokul/lise	39	24.56	6.61		
		Üniversite	20	24.40	5.58		
	• Özel Biri Desteği	Okur yazar değil	8	26.75	2.12	3.423	0.331
		Okur yazar/ilkokul	63	22.62	7.18		
		Ortaokul/lise	39	21.31	7.90		
		Üniversite	20	20.50	9.48		
Medeni	Algılanan Sosyal Destek	Evli	95	72.35	16.03	1271.5	0.034*

durum							
		Bekar	35	67.09	18.15		
	Aile Desteği	Evli	95	25.11	5.54	1402.0	0.109
		Bekar	35	23.91	6.57		
	Arkadaş Desteği	Evli	95	24.33	6.50	1421.5	0.141
		Bekar	35	23.09	6.77		
	Özel Biri Desteği	Evli	95	22.92	7.33	1303.0	0.045*
		Bekar	35	20.09	8.27		
Çalışma durumu	Algılanan Sosyal Destek	Tam Gün Çalışma	26	78.62	10.28	11.075	0.004*
		Yarım Gün Yada Belirli Saatlerde Çalışma	18	73.56	13.62		
		Çalışmıyor	86	68.06	18.11		
	• Aile Desteği	Tam Gün Çalışma	26	27.54	1.50	9.281	0.010*
		Yarım Gün Yada Belirli Saatlerde Çalışma	18	25.39	4.29		
		Çalışmıyor	86	23.83	6.63		
	• Arkadaş Desteği	Tam Gün Çalışma	26	26.12	4.24	4.766	0.092
		Yarım Gün Yada Belirli Saatlerde Çalışma	18	24.94	5.60		
		Çalışmıyor	86	23.15	7.19		
	• Özel Biri Desteği	Tam Gün Çalışma	26	24.96	5.89	7.170	0.028*
		Yarım Gün Yada Belirli Saatlerde Çalışma	18	23.22	7.45		
		Çalışmıyor	86	21.08	8.00		

*p<0.05 anlamlı fark var . p>0.05 fark yok

Ek Tablo 2. İmmunosupresif İlaçların gerekliliğine ilişkin İnanç Düzeyi ile Ölçek Puanları arasındaki İlişki Analizi

n=130	İmmunosupresif İlaç Gerekliliği İnanç Düzeyi	İmmunosupresif Tedaviye Uyum	Aile Desteği	Arkadaş Desteği	Özel Biri Desteği	Algılanan Sosyal Destek
İmmunosupresif İlaç Gerekliliği İnanç Düzeyi	1	.125	.089	.046	-.064	.002
		.158	.316	.605	.471	.983

*p<0,05 anlamlı fark var , p>0,05 fark yok

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Mohamed	Uyruğu	Somalı
Soyadı	Ahmed Mohamed	Tel no	0 553-056-2230
Doğum tarihi	04.04.1988	e-posta	drdacaamiye01@gmail.com

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	NUURADİN SECONDARY SCHOOL	2008
Lisans	HOPE ÜNİVERSİTESİ	2013
	(Türkiye YÖK Tıp Denklik Belgesi)	2016
Yüksek Lisans	AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ	2017

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Lecturer	Caritus	Ocak 2013, Mart 2013
Cerrahi	QUDUS RUSSIAN HOSPİTAL	Ocak 2013, Ağustos 2013
Asistanlık	HANDICAP İNTERNATİONAL	Ağustos 2012, Aralık 2012
Sağlık	HAVAYOCO	Ağustos 2011, Ağust 2012
Danışmanı	UNİCEF SOMALİLAND	Mayıs 2011, Temmuz 2011

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
Almanca	MEB	Başarılı
Arapça	Umaya binu kaab language school	Başarılı
Türkçe	Akdeniz Üniversitesi Yabancı Diller Yüksek Okulu C1- Seviye sınavı	Başarılı
İngilizce	YDS, Ankara Üniversitesi Tıp Dil Sınavı	Başarılı
Somalice	Anadili Resmi dili (İngilizce)	

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Tez Projesi, Yüksek Lisans TYL20161297 proje numarası	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi	2016-2017

Burslar-Ödüller: Türkiye Bursları - İbnu Sina Sağlık Bilimleri Burs programı

Yayınlar ve Bildiriler: Mohamed AM, Cebeci F. Böbrek Nakli Olan Yetişkin Hastaların İmmunosupresif Tedaviye Uyumları İle Sosyal Destek Durumları. 25th Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireliği Kongresi. Poster Bildiri, Eylül 2015, Belek, Antalya.

