



**RENAL TRANSPLANTASYON HASTALARINDA
İLAÇLAR HAKKINDA İNANÇ VE İMMÜNSÜPRESİF
İLAÇ KULLANIMINA UYUMUN BELİRLENMESİ**

Zuhal KÖSE

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT

Yüksek Lisans Tezi-2025



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**RENAL TRANSPLANTASYON HASTALARINDA
İLAÇLAR HAKKINDA İNANÇ VE İMMÜNSÜPRESİF
İLAÇ KULLANIMINA UYUMUN BELİRLENMESİ**

Zuhal KÖSE

**İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT**

**ERZURUM
2025**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Böbrek Yapısı ve Fonksiyonları	5
2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği.....	5
2.2.1. Renal Replasman Tedavileri	6
2.3. Organ Transplantasyonu	7
2.4. Renal Transplantasyon.....	8
2.4.1. Kadavradan Renal Transplantasyon	9
2.4.2. Canlı Vericili Renal Transplantasyon.....	11
2.4.3. Renal Transplantasyon Hazırlığı	13
2.4.4. Renal Transplantasyon Sonrasında İlaç Kullanımı.....	14
2.5. Renal Transplantasyon Komplikasyonları	17
2.5.1. Kanama ve Hematom.....	17
2.5.2. Renal Arter Trombozu	17
2.5.3. Renal Arter Stenozu.....	18
2.5.4. Üreter Darlık	18
2.5.5. Reflü.....	19
2.5.6. Rejeksiyon	19

2.5.7. Enfeksiyon	20
2.5.8. Maligniteler.....	21
2.6. Renal Transplantasyon Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı	21
2.7. Renal Transplantasyon ve İlaç İnançları.....	25
2.8. Renal Transplantasyon ve İlaç Uyumu	25
3. MATERYAL VE METOT.....	29
3.1. Araştırma Türü.....	29
3.2. Araştırmanın Uygulama Yer ve Zamanı.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.5. Veri Toplama Araçları	30
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu	30
3.5.2. İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği	30
3.5.3. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi.....	31
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
KAYNAKLAR	56
EKLER	69
EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	69
EK-2. Etik Kurul Onay Form.....	70

EK-3. Tez Çalışması İzin Yazısı	72
EK-4. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi Kullanım İzni.....	73
EK-6. Tanıtıcı Bilgi Formu	75
EK-7. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi.....	77
EK-8. İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği.....	79
EK-9. Erişkin Hastalar İçin Blgilendirilmiş Onam Formu	80
EK-10. Tez Adı Değişikliği Bildirim Formu.....	83



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile tezimin her aşamasında yanımda olan ve sonsuz sabır gösteren hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT’a şükranlarımı sunarım.

Araştırma süresince maddi ve manevi her anlamda yanımda olan desteğini hiç esirgemeyen biricik eşim ve değerli aileme, çalışma süresince yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Salih Kara’ya ve her zaman düştüğümde elimden tutan güzel arkadaşım Ayşenur ERGÜN’e teşekkür ederim.

Zuhal KÖSE

ÖZET

Renal Transplantasyon Hastalarında İlaçlar Hakkında İnanç ve İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyumun Belirlenmesi

Amaç: Bu araştırma renal transplantasyon yapılan hastaların ilaçlar hakkındaki inançları, ilaç uyumları ve ikisi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Evrenini Atatürk Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Nefroloji Polikliniğine 15 Mayıs 2024- 15 Aralık 2024 tarihleri arasında başvuran hastalar oluşturmuştur. Örneklemi ise araştırmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 183 renal transplantasyon olmuş bireyler oluşturmuştur. Veriler Tanıtıcı Anket Formu, İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (BMQ-T) ve İmmünsüpresif İlaç Uyum Ölçeği (İİÜÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, t Testi, Pearson ve Spearman korelasyonu ve varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların İİÜÖ toplam puan ortalaması 48.10 ± 7.11 , BMQ-T ölçeği alt boyutlarından; spesifik endişeler 3.19 ± 0.65 , spesifik gereklilik 3.87 ± 0.42 , genel aşırı kullanım 3.02 ± 0.65 ve genel zarar 2.98 ± 0.71 olarak belirlenmiştir. BMQ-T ölçeğinin spesifik gereklilik alt boyut puanı ortalaması ile İİÜÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu bulundu ($p < 0.05$). İİÜÖ puan ortalaması ile transplantasyon süresi arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki olduğu bulundu ($p < 0.05$). İİÜÖ puan ortalaması ile spesifik gereklilik ($R = 0.152$, $R^2_{\text{adjusted}} = 0.018$, $F_{(1,181)} = 4.263$; $p = 0.040$) alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulundu. İİÜÖ puan ortalaması BMQ-T spesifik gereklilik puan ortalamasının %1.8'ini açıklamaktadır.

Sonuç: Araştırmaya katılan renal transplantasyon hastalarının ilaç uyumları yüksektir. İlaç inançları ise orta düzeydedir. İmmünsüpresif ilaç kullanım gerekliliğine ilişkin inançları arttıkça ilaç uyumları da artmaktadır. Transplantasyon olduğu zaman süresi arttıkça ilaç uyumu azalmaktadır. Transplantasyon sonrası geçen süre arttıkça bireylerin daha yakından izlenmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, ilaç inançları, ilaç uyumu, immunsüpresif ilaç, renal transplantasyon

ABSTRACT

Determination of Medication Beliefs and Immunosuppressive Medication Compliance in Renal Transplantation Patients

Aim: This study was conducted to determine renal transplant patients' beliefs about medications, medication compliance and the relationship between the two.

Material and Method: The study was conducted as descriptive research. The population consisted of patients who presented to the Nephrology Outpatient Clinic of Atatürk University Training and Research Hospital between May 15, 2024, and December 15, 2024. The sample included 183 renal transplant patients who met the inclusion criteria. Data were collected through face-to-face interviews using the Descriptive Questionnaire, the Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ-T), and the Immunosuppressive Medication Adherence Scale (IMAS). In the data analysis, frequency, percentage, t-test, Pearson and Spearman correlation, and analysis of variance (ANOVA) were used.

Results: The participants scored 48.10 ± 7.11 on the total IMAS, 3.19 ± 0.65 on the Specific Concerns, 3.87 ± 0.42 on the Specific Necessity, 3.02 ± 0.65 on the General Overuse, and 2.98 ± 0.71 on the General Harm subscale of the BMQ-T. A statistically significant, positive and low-level relationship was found between the mean score of the specific necessity sub-dimension of the BMQ-T scale and the mean score of the IMAS ($p < 0.05$). It was found that there was a negative and low-level relationship between IMAS mean score and transplantation time ($p < 0.05$). A significant relationship was found between the IMAS mean score and the specific necessity sub-dimension mean score ($R = 0.152$, $R^2_{\text{adjusted}} = 0.018$, $F(1,181) = 4.263$; $p = 0.040$). The IMAS score average explains 1.8% of the BMQ-T specific requirement score average.

Conclusion: The renal transplant patients participating in the study have high medication compliance. Their medication beliefs are at a moderate level. As their beliefs about the necessity of immunosuppressive medication use increase, their medication compliance also increases. As the duration of transplantation increases, medication compliance decreases. As time passes after transplantation, closer monitoring of individuals is recommended.

Keywords: Immunosuppressive medication, medication adherence, medication beliefs, nurse, renal transplantation

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ATG	: Antitimosit globulin
BK	: Polyoma Hominis 1
BKİ	: Beden kitle indeksi
BMQ-T	: İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi
BUN	: Blood urea nitrogen
DAK	: Dakika
DM	: Diabetes Mellitus
DNA	: Deoksiriboz nükleik asit
GFR	: Glomerüler filtrasyon hızı
HBV	: Hepatit B virüsü
HCV	: Hepatit C virüsü
HLA	: Human lökosit antijeni
HT	: Hipertansiyon
İİÜÖ	: İmmünsüpresif İlaç Uyum Ölçeği
KBY	: Kronik böbrek yetmezliği
KG	: Kilogram
LCM	: Lenfosit Cross Match
M²	: Metrekare
MG	: Miligram
ML	: Mililitre
NACL	: Sodyum klorür
PCR	: Polymerase chain reaction
PRA	: Panel reaktif antikor
PSA	: Prostat spesifik antijen
RH	: Rhesus
RNA	: Ribonükleik asid
SDBY	: Son dönem böbrek yetmezliği

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler	32
Tablo 3.2. Araştırma sürekli değişkenlerine ait normal dağılımlar	33
Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	35
Tablo 4.2. Katılımcıların transplantasyon durumu ve ilaç kullanımına ait özelliklerinin dağılımı	36
Tablo 4.3. Katılımcıların yaş, çocuk sayısı, ilaç kullanımına yardımcı kişi yaşı ve transplantasyon süresi	37
Tablo 4.4. Bireylerin BMQ-T alt boyutları ve İİÜÖ puan ortalamaları (n=183).....	38
Tablo 4.5. Bireylerin tanıtıcı özellikleri ile BMQ-T alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.6. Katılımcıların transplantasyon durumu ve ilaç kullanımına ait özellikleri BMQ-T alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.7. Bireylerin tanıtıcı özellikleri ile İİÜÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	43
Tablo 4.8. Katılımcıların transplantasyon durumu ve ilaç kullanımına ait özellikleri ile İİÜÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması	44
Tablo 4.9. Sürekli değişkenler ile BMQ-T alt boyutları ve İİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=183)	45
Tablo 4.10. BMQ-T alt boyut ile İİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=183).....	46
Tablo 4.11. İİÜÖ puan ortalamasının BMQ-T alt boyut puan ortalamalarına etkisini gösterir regresyon analizi	46

1. GİRİŞ

Vücutun sıvı-elektrolit ve asit-baz dengesini sağlayan, metabolizma atık ürünlerini vücuttan uzaklaştıran, hormon salınımı ile kan basıncını düzenleyen ve alyuvar üretimi yapan organ böbreklerdir. Böbreklerde işlev kaybına; doğumsal anomaliler, glomerüler bozukluklar, diyabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT) gibi hastalıklar neden olabilir. Yaşanan işlev kaybı sonrasında nefronlar geri dönüşümsüz olarak hasar alır ve bu böbrek hasarı ile glomerüler filtrasyon hızındaki azalma meydana gelir. Bu duruma son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) adı verilir (Tayaz ve Koç, 2020). Sağlık bakım hizmetlerinin, yeterlilik, etkinlik ve kalite ölçüsünü belirleyen en önemli hastalıklardan birisi de kronik böbrek yetmezliğidir (Bilgiç, 2020).

İnsidans ve prevelansı giderek artmakta olan Dünyada ölüme sebep olan hastalıklar arasında dokuzunda sırada olan SDBY her 10 bireyden birisinde mevcuttur (WHO, 2024). Dünyada 3.5 milyondan fazla diyalize giren ve renal transplantasyon olan hasta mevcuttur. Bu sayının 2030 yılında 5.5 milyon olması beklenmektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024). Ülkemizde ise her yıl artan SDBY hastasının yetişkinlerde görülme sıklığı %15.7'dir (Özbek ve Erbaydar, 2024). Kronik böbrek yetmezliğinin geç fark edilmesi ya da etkili bir tedavi uygulanmaması sonucu hastalık ilerleyerek SDBY gelişir. Hastalıkta uygulanan tedavi ve bakım maliyet olarak fazla olduğu için ülke ekonomisini olumsuz etkilemektedir (Süleymanlar, 2021, s.1097). Mortalite ve morbidite oranları yüksek olan SDBY hastalarında yaşamı devam ettirmek için periton diyalizi, hemodiyaliz ve renal transplantasyon gibi renal replasman tedavileri uygulanır. SDBY olan ve artık renal transplantasyona ihtiyaç duyulan hastalarda yapılan renal transplantasyon, hastaların yaşam standartlarını yükselten ve ömrünü uzatan en iyi tedavi yöntemlerinden biridir (Akıncı ve Özbaş, 2021). Türkiye'de 2002-2023 yılları

arasında 52.258 renal transplantasyon yapılmış olup, 24.449 birey transplantasyon olmak için beklemektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022).

Transplantasyon olmuş hasta bireyin bakım sürecinde asıl hedef yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, sağ kalım oranının yükseltilmesi, greft fonksiyonlarının korunması ve en önemli komplikasyon olan organ reddi ve diğer komplikasyonlarında önlenmedir (Çalışkan ve Türkyılmaz, 2021, s.38). Bu hedefler doğrultusunda bakım sürecinin olumlu yönde ilerleyebilmesi için düzenli takibi sağlanan hastalara daha fazla sorumluluk verilmeli, gerekli teşvikler sağlanmalı ve kontrol edilmelidir. Hastalara verilebilecek sorumluluklar arasında ilaçların düzenli alınması, kontrollere düzenli katılım sağlanması, beslenme ve diyet konusunda özen göstermesi, sağlıklı yaşam biçimi oluşturması ve bunun devamlılığını sağlaması, düzenli egzersiz yapılması gösterilebilir. Tedavi ve bakımın kalitesi için hasta uyumu ve rehabilitasyonu önemli bir yere sahiptir (Güler ve ark., 2023).

Yapılan renal transplantasyon hastalarında görülen en önemli komplikasyon greft kaybıdır. Greft kaybını önleme konusunda en önemli hususlardan birisi olan ilaç uyumu için renal transplantasyon ameliyatı sonrası hemen başlanan ilaçlara uyum konusunda katı bir rejim izlenmesi gerekmektedir. İmmünsüpresif ilaç olarak adlandırılan bu ilaçlar dar terapötik aralığa sahip olduğu için belli aralıklarla yapılan kan tahlilleri ile stabil kan düzeylerini sağlamak adına doğru ve düzenli kullanılmalıdır. Uygun kan düzeyinin sağlanamadığı durumlarda organ reddi açısından risk artmakla birlikte beraberinde başka komplikasyonlar da görülebilmektedir (Yücel, 2021). Organ reddini önlemek için birçok ilaç geliştirilmiş olup en sık kullanılanlar standart ya da non-spesifik immunsüpresifler olarak adlandırılmıştır. Bu ilaçlar arasında kortikosteroidler, antimetabolitler, kalsinörin inhibitörleri, mTor inhibitörleri sayılabilir (Yıldız, 2019, s.372). Uzun vadeli tedavi başarısı için ilaç uyumunun iyileştirilmesi oldukça önemli bir değere sahiptir (Akıncı ve

Akıncı, 2022). Bireyin ayda en az 1 defa ilaç almayı unutması, yanlış ilaç kullanımı, ilaç alım saatinde ayda en az bir kez iki ya da iki buçuk saat geciktirme olması ilaç uyumsuzluğunun varlığını gösterir (Güler ve ark., 2023). İmmünsüpresif ilaç kullanan transplantasyon hasta gruplarında, ilaç uyumsuzluğu oranı en yüksek olan grup renal transplantasyon hastalarıdır (Akıncı ve Özbaş, 2021). İleri yaş, düşük sosyoekonomik gelir, cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, ilaç maliyetinin yüksek olması gibi nedenlerden dolayı ilaç uyumsuzluğu görülürken en önemli neden unutkanlık olarak gösterilmiştir (Akıncı ve Akıncı, 2022). Burns ve ark. (2012) 512 hasta ile yaptığı çalışmada %52 ilaç uyumsuzluğu mevcut iken, %35'inin ilaç uyumsuzluğunun nedeni unutkanlıktan kaynaklanmıştır. Chisholm ve ark. (2012) yılında yaptığı çalışmada renal transplantasyon olan hastalarda ilaç uyumsuzluğunu %34, Weng ve ark. (2013) de %14, Chisholm ve ark. (2005) %35 olarak bulmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise renal transplantasyon olmuş 293 hastada %23'ünün tedaviye uyumsuzken, %12'sinin hekim bilgisi olmadan ilaç dozlarını değiştirdiği görülmüştür (Liu, 2021). İlaç ve tedavi uyumu konusunda bireylerde başarı sağlanması için hastaların ilaçlar hakkında bilgi sahibi olması, faydalı olduğuna inanması ve gelişebilecek komplikasyonlara hazır olması sağlanmalıdır (Tosun ve ark., 2021). Bireylerin ilaç kullanımı ile zarar göreceğine inanması, meydana gelebilecek sorunlardan dolayı endişe duyması ilaç uyumunu olumsuz yönde etkileyebilir (Liu ve ark., 2021). İlaçlar hakkındaki inançlar, hastalığın durumu, kültürel ve çevresel faktörler, yaş, fazla ilaç kullanımı, hastalık deneyimlerine bağlı olarak değişebilir (Tosun ve ark., 2021). Bünemann ve ark. (2020) renal transplantasyon olmuş hastalar ile yaptığı çalışmada bireylerin ilaç kullanımı sonucu endişe düzeyleri arttıkça ilaç uyumlarının azaldığı görülmüştür. Ayrıca ilaç kullanımının gerekli olduğuna dair inançlar arttıkça ilaç uyumunun arttığıda görülmüştür. İlaç tedavisine uyumun tüm sağlık bakım aşamalarında yer alan ve hastalara bütüncül bakımla soruolan hemşirelere de önemli görev ve

sorumluluklar düşmektedir (Günel ve Demirtaş, 2024). Hemşireler, bakım sürecinde uyum sağlamaya yönelik girişimler planlama, uygulama ve değerlendirmede etkin rol üstlenmelidirler. Ayrıca kullanılan ilaçlar ve bu ilaçların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri hakkında hastalara bilgi vermeli, tedaviye uymayan hastaları tanımlayabilmeli ve eğitim programları düzenlemelidir (Baykal ve Yıldırım, 2022).

İlaç kullanımı ve uyumu ile ilaç inançları arasındaki ilişkinin önemli olması sebebi ile araştırma renal transplantasyon yapılan hastaların ilaç inançları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkiye bakılması amacı ile yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Renal transplantasyon yapılan bireylerin ilaçlar hakkındaki inançları nasıldır?
2. Renal transplantasyon yapılan bireylerin ilaç uyumları nasıldır?
3. Renal transplantasyon yapılan bireylerin ilaç inançları ile ilaç uyumları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Böbrek Yapısı ve Fonksiyonları

Böbrekler vücudumuzda retroperitoneal alanda yerleşim gösteren, 12. torakal ve 3. lomber vertebra arasında yer alırlar. Yetişkin bireylerde yaklaşık olarak 12-12 cm uzunluğunda, 6-7 cm genişliğinde, 150 gr ağırlığındaki organlardır. Duruş olarak hafif oblik görünümündedirler (Süleymanlar, 2019, s.3). Böbreklerin üst kısımlarında adrenal bezler bulunurken, hilus bölgesinde renal arterler ile böbreğe kan akımı sağlanmaktadır. Kapillerden gelen kan renal venler ile vena kava inferiora aktarılır. Nefronlar böbreğin en küçük anatomik birimleridir. Glomerül, proksimal tübül, Henle kulpu, distal tübül ve kollektör kanaldan oluşur (Altunören ve Bekfilavioğlu, 2021, s.4).

Böbrekler, metabolik atık ve eksojen madde ürünlerinin vücuttan atılması, sıvı volüm dengesinin sağlanması, endokrin ve metabolik dengenin sağlanmasında görev yapan organlardır. Sağlanan bu fonksiyonlar ile homeostazis korunur (Süleymanlar, 2019, s.3).

2.2. Kronik Böbrek Yetmezliği

Glomerüler filtrasyon hızının (Glomerular filtration rate- GFR) azalmasına bağlı olarak böbreğin endokrin sistem ve sıvı volüm dengesi sağlamadaki özelliklerinin kalıcı olarak bozulmasına kronik böbrek yetmezliği (KBY) denir (Özmen ve ark., 2023). KBY yavaş ilerleyen, farkındalık oranı düşük, yaygın olarak görülen, önlenemeyen veya geciktirilemeyen, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik bir hastalıktır. Aynı zamanda erken tanınması oranı da düşüktür (Ammirati, 2020). Dünya’da yaklaşık olarak 800 milyona yakın KBY hastası vardır ve prevalansı giderek artmaktadır. Ülkemizde KBY prevalansı %15.7 olup yaklaşık olarak 9 milyon KBY hastası vardır (Özbek ve Erbaydar, 2024). GFR 60 mL/dak/1.73 m² daha düşük ya da daha fazla olması durumunun üç ay ve daha uzun süreyle görüldüğü durumlarda tanı konulur. İleri yaş, DM ve HT,

otoimmün hastalıklar, düşük kilo ile doğum yapmak, genetik yatkınlık, protein kaçağı varlığı, Afrika soyundan gelmek, idrar yolu yapısal bozukluğu olması risk faktörlerindendir (Tuğlular, 2019, s. 292). En sık DM sebep olurken bu sırayı HT ve glomerülonefrit takip eder (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022).

Gelişen böbrek hasarı, kreatinin artışı, albuminüri, radyolojik incelemelerde görülen böbrek değişiklikleri, hematüri ve lökosit varlığı, yapılan böbrek biyopsisi sonucunda glomerülonekroz görülmesi, düzenlenemeyen elektrolit bozukluklar ile kesinleşir. Genelde hastalar GFR 35-50 ml/ dakika altına inene kadar semptomsuz devam eder, noktüri ve anemi ilk belirti olarak görülür. GFR 20-25 ml/ dakika altına düştüğünde, üremik semptomlar görülmeye başlar, 5-10 ml/dakika altına indiğinde ise SDBY tanısı koyulur. Ortaya çıkan SDBY ile zamanla anemi, kalsiyum ve fosfor düzensizliği, metabolik asidoz, hipervolemi, hiperkalemi gibi komplikasyonlar görülür (Yavuz, Sevinç ve Koçyiğit, 2017, s. 205-208). Böbrek sağ kalımı için renal replasman tedavileri başlanır. Son dönem böbrek yetmezliğinde mortalite ve morbidite oranlarının azaltmak için hemodiyaliz, periton diyalizi ve renal transplantasyon gibi renal replasman tedavileri uygulanır (Yıldız, 2019, s.371).

2.2.1. Renal Replasman Tedavileri

Böbreğin geri dönüşümsüz olarak işlevselliğini yitirdiği hastalarda yaşamın devam edebilmesi için hemodiyaliz, periton diyalizi ya da renal transplantasyon ile tedavi edilir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022). Akut ve kronik böbrek yetmezliğinde tedavi yöntemi olarak en sık kullanılan hemodiyaliz yöntemi, vücutta oluşan metabolizma atıklarını temizlemek ve sıvı-elektrolit düzenini sağlamak amacıyla yapılır (Ok, 2019, s.383). Hastada kreatinin klirensi 0.1-0.15 ml/dakika/kg düşünce hemodiyaliz tedavisi başlanmalıdır. Diyaliz süreleri dışında bireyin serbest olması, hastanede yatış gerektirmemesi, kilo durumundan etkilenmemesi, beslenme yetersizliğinin daha az

görülmesi, karın bölgesine ait sorunlara sebep olmaması hemodiyaliz avantajlı yönlerindendir (Bilgiç, 2020). Hemodiyaliz alan hastalarda, hipotansiyon, kas krampları, bulantı-kusma, kaşıntı, yorgunluk, güç kaybı, uykusuzluk, enfeksiyon, depresyon, anksiyete gibi semptomlar oluşabilir. Türkiye’ de hemodiyaliz tedavisi alan 56.687 hasta mevcuttur. Ülkemizde diyaliz tedavisi alan hastaların %94.7’sine hemodiyaliz uygulanmaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022).

Periton diyalizi, peritonun bir diyaliz membranı olarak kullanıldığı, kapillerdeki kan ve periton boşluğuna verilen hipertonic bir diyaliz sıvısı ile bu sıvının yarattığı ozmotik basınç sayesinde vücutta üretilen fazla suyun uzaklaştırıldığı bir yöntemdir (Ersoy, 2019, s.391). Üremik sendrom ortaya çıktığında hastaya seçilecek uygun diyaliz yöntemi ile diyalize arteriofistül ya da periton diyaliz kateteri takılır. Evde uygulanabilir olması, seyahat kısıtlaması olmaması, daha iyi anemi kontrolü, daha kolay sıvı-besin alımı sağlanması, komplikasyon sayısının azlığı, renal transplantasyonda yüksek başarı sağlaması, hepatit riskinin düşük olması gibi yönleriyle periton diyaliz uygulaması daha konforludur. Peritonit olma riski, uzun dönemde peritonda yapısal bozukluk gelişmesi, obeziteye yönelim ve metabolik sendrom olasılığının artması, hasta uyumunun önemli olması gibi durumlar olumsuz yönlerindendir (Ersoy, 2019, s.398). Diyaliz tedavisi alan hastaların %5.3’üne periton diyalizi uygulanır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022). Renal replasman tedavi seçeneklerinden biriside renal transplantasyondur (Yıldız, 2022, s.473).

2.3. Organ Transplantasyonu

2238 sayılı Organ Nakli yasasına göre organ bağıışı; bireyin yaşamı devam ederken iki şahit huzurunda alınan organ bağış kartı ile yapılabilir. Hayattayken organ bağıışı yapmayan, uygun şartlarda beyin ölümü gerçekleşen birey için yakınlarının izni ile organları bağışlanabilir (Gölbaşı ve Karadağ, 2024, s.6). Transplantasyon, canlı vericiler

ve beyin ölümü gerçekleşen kadavralardan olmak üzere iki şekilde yapılabilir. Günümüzde ince bağırsak, kemik iliği, kalp, böbrek, akciğer, karaciğer, pankreas, kornea, kan, deri gibi önemli birçok organ transplantasyonu başarı ile yapılabilmektedir. Canlı bireylerden yapılan transplantasyonlar, vericinin hayatını riske atmayacak olan göz, karaciğer, böbrek, pankreasın bir kısmı gibi organlardan yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023). Türkiye’de yapılan ilk organ transplantasyonu deneme girişimi 1962 yılında Dr. Kemal Beyazıt tarafından yapılan kalp transplantasyonudur lakin alıcı birey yaşamını kaybetmiştir. Ülkemizde organ transplantasyon sayısının artması amacıyla halkın bilgilendirilmesi ve dini açıdan şüphelerin ortadan kaldırılması gerekmektedir. O dönemde basın açıklamaları ve haberler yapılarak organ bağışına teşvik edildi. 3 Haziran 1978 yılında çıkarılan ve ülkenin en modern yasası olan Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakline ilişkin 2238 sayılı yasa yürürlüğe girmiştir ve organ transplantasyonun yasal çerçevesi belirlenmiştir. Bu çabalar sonucunda Türkiye’ de ilk yerli kadavradan transplantasyon 27 Temmuz 1979 yılında yapılmıştır (Yılmaz, 2017, s.6). Ülkemizde 06.03.1980 tarihinde 196 sayılı karar ile Diyanet İşleri Başkanlığı organ transplantasyonunun caiz olduğunu açıklamıştır (Din İşleri Yüksek Kurulu, 1980).

2.4. Renal Transplantasyon

Renal transplantasyon, Dünyada modern anlamda ilk kez 1902 yılında Macar cerrah Dr. Ullman tarafından hayvandan hayvana yapılarak denenmiştir (Gölbaşı ve Karadağ, 2024, s.1). 1906 yılında Jaboulay tarafından domuz ve keçi böbreği insana nakledilmiştir ancak başarısız olunmuştur. Canlıdan canlıya ise 1954 yılında Amerika Birleşik Devletinde ikiz kardeşler arasında Joseph Murray tarafından gerçekleştirilen renal transplantasyon ilk başarılı transplantasyon olmuştur. Alıcı Richard Herrick sekiz yıl daha yaşamış ve çocuk sahibi olmuştur. Bu başarılı ameliyattan sonra Dr. Murray’ a 1990 yılında Nobel Tıp Ödülü verilmiştir (Yılmaz, 2017, s.1). İlk başarılı organ

transplantasyon ameliyatı 3 Kasım 1975 yılında Mehmet Haberal tarafından anneden çocuğa nakledilen böbrek ile gerçekleşmiştir. Almanya'dan Türkiye'ye 1978 senesinde gönderilen kadavradan böbrek ile ilk kez renal transplantasyon yapan Dr. Haberal kadavradan transplantasyonun ülkemizdeki öncülerinden olmuştur (Yavaşcağlu ve Aydın, 2024, s.111). Ülkemizde 2002-2023 Kasım ayları arasında 74704 transplantasyon yapılmıştır. Bu transplantasyonların; 52258'i böbrek transplantasyonudur. Sağlık Bakanlığı verilerinde ise 24449 hasta renal transplantasyon için beklemektedir (Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2022).

Renal transplantasyon, renal replasman tedavileri arasında hasta yaşam kalitesinin en çok yükseldiği yöntemdir. Diyalizle tedavi yönteminde renal fonksiyonlar %10-15 geri kazanılırken, renal transplantasyon ile metabolik fonksiyonlara ek endokrin fonksiyonlar da geri kazanılarak tamamına yakın başarı sağlanabilir. Bu nedenle replasman tedaviler arasında en konforlu yöntemdir. Ülkemizde son 1 yılda 3755 toplamda ise 47233 renal transplantasyon yapılmıştır (Türkiye Transplantasyon, Diyaliz ve İzlem Sistemleri, 2025). Genişletilmiş kabul edilme kriterleri ve organ bağıışı sayısının az olması sebebiyle kadavradan renal transplantasyon ameliyatı oranı daha düşüktür. Beyin ölümü gerçekleşmiş bireyden sağlanacak olan toplu organ bağıışı ile birden fazla kişi tedavi olabilir. Ayrıca canlı vericili renal transplantasyonda, sağlıklı olan birey için ameliyatla birlikte yeni riskler oluşmaktadır. Bu nedenle kadavradan transplantasyon için toplumda organ bağıışı artırılmalıdır (Gülen ve Karaca, 2018).

2.4.1. Kadavradan Renal Transplantasyon

Kadavradan renal transplantasyon için vericinin beyin ölümünün gerçekleşmiş olması gerekir. Beyin ölümü; beyin, beyincik ve beyin sapının bulunduğu özel bölgenin işlevlerinin geri dönüşümsüz olarak yitirildiği, uyarana yanıt, istemli hareket ve spontan solunumun tamamen kaybolduğu ölümle sonuçlanan durumdur (Altınsoy, 2020). Beyin

ölümü kararının alınması için kardiyolog, nörolog, beyin cerrahi, anestezi ve reanimasyon uzmanlarından oluşan ekip kararı gerekmektedir (Gölbaşı ve Karadağ, 2024, s.7). Koma hali, hipotermi, hipovolemik ya da hipotansiyona bağlı şok, metabolik veya endokrin bozukluklara bağlı olmamalıdır. Beyin ölümü tarihi, saati ve ölüm halinin nasıl saptandığına dair hekim imzası bulunan tutanak ile beyin ölüm bildirim formu düzenlenir (Altuğ, 2017, s.59).

Organ nakli koordinatörü tarafından donörün fiziksel özellikleri, kronik hastalıkları, düzenli ilaç kullanma durumu, bulaşıcı hastalık varlığı, kardiyak arrest sonucu uzun süreli müdahale durumu, madde alışkanlığı gibi bilgiler alınarak verici bilgi formuna kaydedilir. Önceden geçirilmiş malign tümör varlığı donör olmak için önemli bir belirleyicidir. Tümörün türü, tedaviye cevabı, üzerinden geçen zamana göre değerlendirilir. Beyin tümörü bulunan donörlerde beyin dışına yayılım görülmediyse transplantasyon için uygun olabilir. Donörün 6 yaşından küçük ve 60 yaşından büyük olması da renal transplantasyon için kontrendikedir ancak kadavradan transplantasyon bekleyen hasta sayısının fazla olması ve donör havuzunun dar olması sebebiyle yaş aralığı genişletilebilir. Bulaşıcı hastalığı bulunan donörlerde Hepatit B virüsü (HBV) pozitif vericilerden alınan organlar HBV pozitif alıcılara, Hepatit C virüsü (HCV) pozitif vericilerden alınan organlar HCV pozitif alıcılara nakledilir (Yavaşçaoğlu ve Aydın, 2024, s.112). Kadavradan yapılan renal transplantasyon için diğer bir belirleyici ise doku uyumunun yani human lökosit antijen (HLA) varlığının negatif olmasıdır (Yüçetin, 2017, s.54). Koordinatör tarafından donörün genel bilgileri, uygunluk durumu, doku, tekli veya çoklu organ paylaşımı olup olmayacağı Bölge Koordinasyon Merkezi'ne bildirilir. Paylaşım yapılacak organ ve dokular için tam bir organizasyon ve iletişim sağlanarak transferler gerçekleşir (Yavaşçaoğlu ve Aydın, 2024, s.112). Organın koruyucu solüsyon içinde konulduğu andan, canlı bireye nakledildiği ana kadar ki zamana soğuk iskemi

süresi denir (Yıldız, 2019, s. 374). Soğuk iskemi süresi organlar arasında farklılık gösterirken böbrek 72 saat, karaciğer 24 saat, pankreas 72 saat, kalp 15 saat ve akciğer için 48 saat olarak belirlenmiştir. Organ sağ kalımının yüksek olabilmesi için uygun hipotermik ortamda saklanmalıdır. Hücrelerin canlılığının devam etmesi ve organ takıldıktan sonra reperfüzyonun hızlı olması için uygun ozmolarite ve asit baz dengesini sağlayacak koruyucu solüsyonlar bulunmaktadır. Beyin ölümünün gerçekleştiği süre zarfından ameliyat masasına konulması süresine kadarki şartlar organ kalitesini belirlemektedir (Altuğ, 2017, s.61). Renal transplantasyon alıcısının kadavradan transplantasyon olması için bireyin Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemine kaydı olmalıdır. Kayıt bilgilerinin güncel olması için düzenli kontrollere gidilmelidir ve her an transplantasyon için çağırılacakmış gibi hazır olunmalıdır (Adam, 2022).

2.4.2. Canlı Vericili Renal Transplantasyon

Son dönem organ yetmezliği olan hastalarda canlı bireyden yapılan transplantasyonlar en kaliteli yaşam şansı vermektedir. Yapılan transplantasyonda sağlıklı bireye uygulanacak olan majör cerrahide “önce zarar vermeme” ilkesi ile bireye yaklaşılmalıdır (Yüctin, 2017, s.51). Bu transplantasyon türünde; diyalize başlamadan transplantasyonun mümkün olması, alıcı bireyin uzun süre diyalize girmemesi, uzun süreli sağ kalım olması, transplantasyon için fazla beklememesi avantajlı yönü iken; vericinin mortalite ve morbidite oranının artması ve tek böbrekle yaşamına devam etmesi dezavantajlı yönleridir (Yıldırım, 2016). Canlıdan canlıya transplantasyon yapılabilmesi için en az iki yıldır birlikte yaşadığı eşi veya dördüncü dereceye kadar kan bağı olan bireyler arasında yapılabilir. Akraba olmayan canlı vericiler için transplantasyonun gerçekleştirileceği ilde bulunan Etik Kurul Komisyonundan alınacak olan karar ile transplantasyon yapılabilir (Gülen ve Karaca, 2018). Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2022 yılında yapılan canlı vericili renal transplantasyonların %59’u akraba olan

bireylerden alınan, %17'si akrabalık bağı olmayan bireylerden alınan ve %18'i eşlerden alınan böbrekle yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Canlı vericili transplantasyonda verici için; zarar görme riski düşük olmalı, tam bilgilendirme sağlanmalı, gönüllülük esasına dayanmalı, alıcıda başarı riski yüksek olmalıdır (Yüctin, 2017, s.51). Donör olarak 18 yaş altı, beden kitle indeksi 35 ve üstü, mental geriliği bulunan, kontrol edilemeyen hipertansiyon ve buna bağlı organ hasarı meydana gelen, diyabeti mevcut, aktif malign hastalık ve tedavi edilmeyen psikiyatrik rahatsızlığı bulunan, yüksek tromboemboli riski taşıyan, çift taraflı böbrek taşı bulunan bireyler kabul edilemez (Gülen ve Karaca, 2018). Donör bireylere, idrar analizi, böbrek fonksiyonların değerlendirmesi, kan testleri, kardiyorespiratuar sistem ve böbrek anatomi değerlendirilmesi için birçok tetkik ve tarama yapılır. Kadın verici adayları için hamilelik açısından tarama testleri yapılmalıdır. Gebe olan birey donör olmak için uygun değildir (Kamacı ve Şenel, 2024 s.59-63). Canlı vericili renal transplantasyon için doku tiplmesinde HLA uyum oranı kadavra transplantasyonunda önemli iken canlı transplantasyonda önemli bir fark oluşturmaz. Transplantasyonda en başarılı sonuç için tam doku uyumu sağlanmalıdır. Lenfosit cross-match (LCM) testi ile alıcı bireyin kanındaki yeni böbrek ile reaksiyon sağlayacak antikorlar incelenir ve başarı için sonucun 'negatif' olması istenir. Daha önce transplantasyon olmuş, uzun diyaliz geçmişi olan, birçok kan ürünü takılan, çok doğum ya da düşük yapmış kadınlarda 'pozitif' çıkma oranı yüksektir. Rh (Rhesus) uyumu bakılmaksızın kan grubu uyumu yeterlidir. Böbrek doku yüzeyinde Rh antijeni bulunmadığı için allograft rejeksiyonunda bu uyumsuzluk majör rol oynamaz (Yüctin, 2017, s.54). Böbreğin damarsal gelişimi ve yapısını görüntülemek için intravenöz pyelografi, anterioqram ve bilgisayarlı tomografi anjiografi yapılır. Hangi böbreğin çıkarılacağı kararı anatomiye bağlıdır. Bir böbrekte minör bir anormallik

durumu var ise o böbrek çıkarılır. Anomali durumu yok ise sol böbrek renal ven daha uzun olduğu için tercih edilir (Geçkil, 2017, s.138).

2.4.3. Renal Transplantasyon Hazırlığı

SDBY tedavi yöntemleri arasında bulunan ve en uygun yöntem olarak varsayılan renal transplantasyon, hemodiyaliz yönteminden ayrı olarak böbreğin eritropoetin üretimi, asit- baz sistemi kontrolü ve D vitamini aktifleşmesi gibi görevlerini kazanmasına olanak sunar (Geçkil, 2017, s.137). GFR 30 ml/ dk/ 1.73 m² altına indiğinde birey renal transplantasyon için değerlendirilebilir. Transplantasyon olduktan sonraki dönem için olası komplikasyonları en aza indirmek ve etkin başarı sağlamak için alıcı adayından detaylı bir anamnez alınır ve fizik muayene yapılır. Bireyin yaşı konusunda göreceli fikirler olmakla birlikte 60 yaş ve sağlıklı 70 yaş bireylere transplantasyon yapılmaktadır. Ancak ek hastalıklar açısından ileri yaşlı bireyler dikkatli değerlendirilmelidir. Beden Kitle İndeksi (BKİ) 35 ve üzeri olan bireylerde ise, kardiyovasküler sorunlarla beraber, cerrahi teknik ile alakalı yaşanabilecek komplikasyonlar, diyabete yatkınlık durumları göz önüne alınarak tercih edilmelidir ve mümkünse transplantasyon ameliyatından önce kilo vermesi önerilir (Kasap ve Uzun, 2024, s.49-54). Alkol tüketen hazırlık hastalarında kadınlarda günlük 40 gr, erkeklerde ise 60 gramdan fazla alkol alınması durumunda bireylere azaltması önerilir ve takip edilir. Alkol bağımlısı olan böbrek hazırlık hastaları listeye alınmaz. İleri düzey ilaç bağımlılığı olan kişiler ilaç uyumu konusunda problem olabileceği için bekleme listesine alınmaması önerilir (Geçkil, 2017, s.137). Tedavi edilemeyen kanser hastalığı, kazanılmış bağışıklık yetersizlik sendromu ve tüberküloz hastalığını aktif olarak taşımak, kısa zamanda miyokard enfarktüs geçirmek, aktif enfeksiyon varlığı, ileri derece psikososyal bozukluklar renal transplantasyon için kesin kontrendikasyonlardır. Bireyler arasında genetik olarak yakınlık arttıkça başarı düzeyi de artar. Bu uyumun belirlenmesi için ABO

kan grubu, panel reaktif antikor (PRA) testi, HLA uyumu, lenfosit cross-match (LCM) testi, serolojik testler, kardiyopulmoner değerlendirme ve kanser taraması yapılır (Geçkil, 2017, s.158). HLA doku uyumsuzluğu transplantasyon sonrası dönemde organ reddinin en önemli nedenlerindendir. Doku uyumu için polymerase chain reaction (PCR) kullanımı ve farklı doku tipleri antikorlarına lenfositler konularak ölü lenfosit oranlarına cross-match testi ile bakılır (Şimsek, 2017, s.77). Pozitif test sonucu hastanın kanında önceden oluşmuş anti-HLA antikorlarının varlığını gösterir ve hiperakut rejeksiyonun belirleyicisidir. Yapılan testler ile antikorun varlığı ve hangi doku, antijene bağlandığı belirlenerek transplantasyon öncesi ve sırasında uygulanacak tedavi için yol gösterir (Yıldız, 2019 s.372).

2.4.4. Renal Transplantasyon Sonrasında İlaç Kullanımı

Vücudun böbreğe karşı verdiği immün sistem yanıtı engellenmeye çalıştığı ilaç gruplarına immunsupresif ilaçlar denir. Bu ilaçlar hem greft fonksiyonlarının korunması hem de yaşam süresini uzatmak amacıyla ömür boyu kullanılır. Transplantasyon sonrası dönemde kullanılan immunsupresif ilaçlar indüksiyon tedavisi ve idame tedavisi olmak üzere 2 grupta incelenir (Yıldız, 2019, s.375).

İndüksiyon Tedavi İlaçları

Bu grup ilaçlar, erken dönemde rejeksiyon riskini azaltmak, kullanılacak olan kortikosteroid, kalsinörin inhibitörleri gibi ilaçların kullanımını en aza indirmek ve böylece ilaç toksisitesinden koruma amacıyla transplantasyondan hemen sonra başlanarak ilk bir ila iki hafta kullanılır. Anti-Timositik Globülin (ATG) kullanılan en yaygın ilaçtır. Çeşitli cerrahiler sırasında elde edilen timositler ya da dalaktan alınan lenfositlere, at veya tavşankanı enjekte edilerek antilenfosit serum yapılır. Oluşan bu üründen globülin kısmı ayrılıp antikor elde edilir. Oluşan bu antikor lenfosit oluşmasını

baskılayarak rejeksiyonu önler (Yıldız, 2017, s.375). Basiliximab grubu ilaç ise, İnterlökin-2' yi hedef alarak, T hücrelerinin oluşmasını engeller (Karakan, 2024, s.74).

İdame Tedavisi İlaçları

Renal transplantasyonda immün sistemi baskılayarak vücudun verdiği tepkiyi engellemek amacıyla ömür boyu devamlılık gereken tedavilerdir. Kortikostreoidler, kalsinörin inhibitörleri bu grup ilaçlar arasındadır (Yıldız, 2019, s.376).

Kortikosteroidler: Uzun yıllar tedavi olarak kullanılan bu ilaçlar inflamasyon bölgesine lökositlerin ulaşmasını ve hücrel faktörlerin etkilerini azaltır (Pektaş, 2017, s. 212). Transplantasyon sonrası ilk günlerde intravenöz yolla 1000 mg ile başlanır ve giderek doz düşümü yapılır. Sonrasında oral olarak alımına devam edilir. Yüksek dozda kullanım zamanlarında hiperglisemi açısından hasta takip edilmelidir. İdame tedavi kullanımında gün aşırı ya da günlük olarak düşük miktarda kullanılmaya devam edilir (Çakır, 2016, s.52). Küçük yaşlarda uzun süreli kullanım sonrasında gelişme geriliği, osteopeni, yara iyileşmesinde zorluk, katarakt, hiperglisemi, insülin direnci ve hipertansiyona neden olabilir (Pektaş, 2017, s.212).

Kalsinörin İnhibitörleri: İnterlökin 2 ve diğer sitokinlere etki ederek T hücrelerinin sinyal iletimini engeller. Everolimus en iyi biyoyararlılığı olmasına rağmen siklosporin ve takrolimus en önemli ilaçlardandır (Pektaş, 2017, s.212; Yıldız, 2019, s.376).

Takrolimus: 1987 senesinde Goto ve ark. tarafından geliştirilen ilaç T hücre aktivasyonunu engelleyerek etki sağlar. Siklosporine göre daha iyi inhibe eder. Oral ve parenteral yol ile uygulanabilir. Kullanım dozu için kan değerine bakılarak düzenlenir. Hiperglisemi, diyabet, nefrotoksisite, nörotoksisite, gastrointestinal disfonksiyon, hiperlipidemi, diyare, hipertansiyona neden olabilir (Çakır, 2016, s.52; Pektaş, 2017, s.212).

Siklosporin: T hücresi reseptörlerine bağlanarak hücre içine girer ve interlökin 2 inhibe eder. T hücre gelişimine ve aktivasyonuna engel olur (Dunsmore, 2016, s.291). Oral ve parenteral formları mevcuttur. İntravenöz yol ile uygulanacağı zaman içeriğinde lipit yapı bulunduğu için mutlaka %0.9 NACL veya %5 dekstroz ile sulandırılarak uygulanmalıdır. Nefrotoksitesi yüksek olan bu ilacın da transplantasyon öncesi başlanması önerilmez. Kanda, ilaç alınmadan önceki (C0) ve ilaç alındıktan 2 saat sonraki (C2) değerine bakılarak doz belirlemesi yapılır. Tremor, tüylenme, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyare, diyabet gibi yan etkileri mevcuttur (Çakır, 2016, s.52; Pektaş, 2017, s.212).

Antimetabolik İlaçlar: Etkilerini DNA üzerine gösteren, hücre büyümesi ve çoğalmasını önleyerek immünosupresyon sağlayan ilaç grubudur. Azatiyoprin, mikofenaolat mofetil bu grup ilaçlardandır (Yıldız, 2019, s.376).

- Azatiyoprin: Pürin sentezini engelleyerek daha az DNA ve RNA üretimini sağlar. Böylece immünosupresyon sağlanır. Günlük 1.5-2 mg/ kg şeklinde doz verilir. Vücutta emilimi yüksek olan ilaç, ilk immünosupresif olarak renal transplantasyonda kullanılmıştır. Kemik iliğini baskılaması nedeniyle lökopeni, trombositopeni, enfeksiyona yatkınlık, hepatotoksositeye, anemiye neden olabilir. Doz ayarlaması yapılırken yan etkiler dikkate alınır (Pektaş, 2017, s.211; Yıldız, 2019, s.376). Kalsinörin inhibitörlerinin transplantasyonda kullanılmaya başlanmasıyla yardımcı ilaç olarak kullanılmaya devam edilmiştir (Ayna, 2019).
- Mikofenaolat Mofetil: Mikofenolik asitin ön ilaç formu olarak kullanılarak T ve B lenfositlerinin bölünmesini engelleyerek immünosupresyon sağlar. Oral ya da parenteral kullanımı ile steroid ve kalsinörin inhibitörleriyle birlikte alınırken azotiyoprin ile birlikte kullanılmaz (Ayna, 2019). Diyare, lökopeni, kusma en sık

görülen yan etkilerdendir. Yüksek doz alımından sitomegalovirüs enfeksiyon riski artar (Pektaş, 2017, s.214).

Mtor İnhibitörleri: Yalnızca yarılanma ömrü ve farmakokinetik özellikleri yönüyle birbirinden ayrılan everolimus ve sirolimus, mTor aktivasyonunu engelleyerek T hücresi çoğalmasını engeller. Hiperlipidemi, lökopeni, trombositopeni, diyare gibi yan etkiler yapar. Sirolimus günde tek doz şeklinde kullanılırken everolimus günde 2 doz şeklinde kullanılır (Çakır, 2016, s.52).

2.5. Renal Transplantasyon Komplikasyonları

2.5.1. Kanama ve Hematom

Genellikle böbrek çıkarımı sırasında meydana gelen travmaya, perfüzyon sırasındaki zedelenmeye ve vericide bulunan enfeksiyona bağlı olarak renal greft dokulardaki arteriollerde meydana gelerek %1-3 oranında görülür. Renal transplantasyondan sonraki ilk 24-48 saat içerisinde gelişir. Arterde meydana gelen kanama sonrası tıkanıklık ile hızlı bir şekilde anüri gelişir ve kesin tanı için böbrek sintigrafisi ve anjiyografi ile karar verilir. Azalmış idrar ile taşikardi, hipotansiyon gibi klinik belirtiler de eşlik eder. Bununla birlikte dren takibi yapılan hastada dren vasfında hemorajik değişme, miktarda artış görülebilir. Büyük kanamalarda ise hemoglobinin düşüşü görülür. Ultrasonografik görüntüleme ile hematoma durumu ve boyutları belirlenebilir. Kanama durumlarında öncelikle homeostazisi sağlanmaya çalışılır ve sıvı retansiyonu ile başlanır. Hasta monitörize edilir. Saatlik aldığı çıkardığı sıvı, dren ve hemogram ve böbrek fonksiyonlarının takibi yapılır (Akıcı, 2017, s.219; Tüzüner ve Çelik, 2016, s.83).

2.5.2. Renal Arter Trombozu

Nadir olarak erken dönemde görülen bu komplikasyon, yüksek oranda greft kaybına sebep olabilir (Gül, 2020, s.279). Hiperkoagülasyon durumu, vasküler iç

katmanın zarar görmesi, vaka esnasında arter diseksiyonu ve cerrahi tekniğe bağı olarak arter ya da damar yapısındaki bozukluk ile kan akımında yavaşlama meydana gelir ve tromboza neden olabilir (Akıcı, 2017, s.219). Anüri ve oligüri ile seyreden klinik belirtiler sonrasında renkli ultrasonografi ile böbrek arter kanlanmasına ve rezistif indeks bakılarak karar verilir. Preoperatif dönemde başlanan antikoagülan tedaviler ile önlenabilir olan bu komplikasyon geliştiğinde genellikle cerrahi yöntem ile trombektomi ya da greftin çıkarılması ile tedavi edilebilir (Gül, 2020, s.280).

2.5.3. Renal Arter Stenozu

Ameliyat sonrası geç dönemde %1-15 oranında görülen önemli komplikasyonlardan olan renal arter stenozu tanısı için renal doppler ultrasonografi ve arteriografi kullanılır. Transplantasyon sonrası dönemde görülen hipertansiyon ve kreatinin yüksekliği tanı koymada önemli rol oynar (Akıcı, 2017, s.220). Günümüzde tedavi yöntemi olarak cerrahi tercih edilmeyip perkütan translüminal balon anjiyoplasti yöntemi kullanılır (Tüzüner ve Çelik, 2016, s.86).

2.5.4. Üreter Darlık

Erken veya geç dönemde görülebilen, %3-8 yaygınlıkta, genellikle distal üreterik iskemi kaynaklı komplikasyondur. Klinik olarak kreatinin artışı, oligüri ve böbrek fonksiyonlarının bozukluğuna bağı hipertansiyon görülür. Darlığın durumuna ve nedenine bağı olarak tedavi planlanır. Perkütan nefrostomi yöntemiyle tedavi edilerek greft başarısı için zaman kazanılmış olur (Tüzüner ve Çelik, 2016, s. 86). Ameliyat esnasında üreter etrafındaki yağlı dokuya zarar gelmemesi, üreterin iyi kanlanması ve anastomozun kalınlığının uygun olması için double j kateter konulması transplantasyon sonrası dönemde oluşabilecek darlıkların önüne geçebilir (Gül, 2020, s. 281).

2.5.5. Reflü

Genellikle distal üreterde nekroz sebebi ile sıklıkla ilk üç ayda oluşan ve %1-8 oranında görülen bir rahatsızlıktır. Ameliyat bölgesinde ağrı ve şişliğe eşlik eden ateş, yapılan idrar miktarında azalma, dren miktarında ve ameliyat bölgesinde seröz mayi artması, kreatinin artması ve bunlara bağlı böbrek fonksiyonlarının bozulması ile karakterizedir. Sepsis ve mortaliteye neden olması sebebiyle erken teşhis önemlidir. Nefrostomi, yeniden kateterizasyon veya stent uygulanması ile tedavi edilir (Tüzüner ve Çelik, 2016 s. 88).

2.5.6. Rejeksiyon

Böbrek fonksiyonlarının korunması için önlenmesi gereken en önemli komplikasyon olan rejeksiyonlar alınan önlemler ve gelişen yeni tedavi yöntemlerine rağmen hala önemli bir sorun olarak devam etmektedir. Renal transplantasyon ameliyatından sonra ilk 48 saatte gelişen ve nadir görülen hiperakut rejeksiyon durumuna neden olan antikorlar kompleman sistemini aktif ederek böbrekte trombüs ve nekroz oluşturarak böbreğin yıkımına sebep olurlar. Acil olarak nefrektomi yapılır fakat ameliyat öncesi yapılan alıcı ve verici birey arasındaki uyuma bakılan testler ile önüne geçilebilir. Akut rejeksiyon ise ilk 2 ayda hücrel mediatörler nedeniyle oluşur. Günümüzde kalsinörin inhibitörlerinin kullanılması ile sıklığı %20 altında görülmektedir. Oligüri, hipertermi, halsizlik, hipertansiyon, kilo artışı, böbrek boyutlarında artış ve hassasiyet varlığı, kreatinin ve kan üre azotu artışı ile trombositlerde meydana gelen azalma ile rejeksiyon bulguları ortaya çıkar (Akıcı, 2017, s.220). Tanı için klinik değerlendirme ve radyolojik görüntülemeye ek olarak biyopsi yapılır (Koçak, 2016, s.59). Akut hücrel rejeksiyon durumunda tübül epitel hücresinde 4'ten fazla lenfosit infiltrasyonu varlığında karar verilir. Tedavisinde pulse kortikosteroid 250 mg- 1000 mg/gün şeklinde dozlarla 3-5 gün uygulanır tedaviye yanıt görülmezse ATG uygulanarak devam edilir. Akut humoral

rejeksiyonda ise mikroinflamasyon belirtileri mevcuttur ve plazmaaferez işlemi ile kandan antikorlar uzaklaştırılır. Ek olarak yüksek doz ATG uygulanarak antikor üretimi engellenir. B lenfositlerine karşı ise rituksimab uygulanır (Yıldız, 2019, s.376).

2.5.7. Enfeksiyon

Renal transplantasyon ameliyatından sonra görülen enfeksiyonlar dönemlere göre farklı olabilir. İlk dönemlerde tam immünosupresyon sağlanmadığı için fırsatçı enfeksiyonlar çok sık görülmez. Genellikle ameliyata bağlı akciğer, üriner sistem, yara, kateter, oral kandidiyazis enfeksiyonları sık olarak görülür (Yıldız, 2019, s.378). Transplantasyon sonrası ilk 1 yıl boyunca rutin immünosupresif ilaç kullanan hastalarda %80 oranında enfeksiyon görülür (Dinkçi, 2022). Transplantasyon sonrası immünosupresyonun en fazla olduğu ikinci ve altıncı ay arasında sitomegalovirüs (CMV), eppstein- barr virüs (EBV), herpes simpleks virüs (HSV), hepatitler, varisella zoster virüs, aspergillüs gibi fırsatçı enfeksiyonlar görülür (Velidedeoğlu, 2018, s.176). Bu enfeksiyonlar arasında en sık görülen CMV enfeksiyonu erken tanılama yapılamazsa tüm organ tutulumuna sebep olarak ölümcül sonuçlanabilir (Akıcı, 2017, s.220). Profilaksi için 3-6 ay arasında oral valgansiklovir 450 mg kullanılır. Ateşin eşlik ettiği semptomlarda CMV şüphesi düşünülmelidir ve kanda CMV viral yük bakılmalıdır. Pozitif olduğu durumlarda intravenöz Gansiklovir uygulanır. Oral kandidiyazis için oral nistatin kullanımı 3- 6 kadar önerilir. Greft kaybına neden olabilecek olan diğer bir enfeksiyon olan polyoma hominis 1 (BK virüs) vücutta belirti vermeden bulunur ve immünosupresyon durumunda aktifleşir. Bu virüse karşı en başarılı yöntem erken tanılama ve immünosupresyonun azaltılmasıdır (Yıldız, 2019, s. 379). Posttransplant dönemde görülen BK virüs enfeksiyonları ise, erken tanılama yapılmazsa %50 greft kaybına neden olabilir. Tanı için rutin olarak her hastada BK virüs taraması en kolay yöntemdir. İlk 6 ay, ayda bir, daha sonra 9. ayında ve sonrasında 6 ayda bir tarama

yapılması önerilir. Genellikle yavaş seyreder ve büyük oranda renal fonksiyon bozukluğuna sebep olabilir. Kanda ve idrarda BKV-DNA taraması ile tanı kesinleşir ve özel bir tedavi protokolü olmadığı için en çok immünosupresyon azaltımı ile tedavi edilir. Genellikle antiproliferatif ilaçlar kesilerek m-Tor inhibitörlerine geçilir (Türkmen, 2016, s.97).

2.5.8. Maligniteler

İmmünosupresif tedavi alan hastalarda genellikle transplantasyon sonrası 62. ayda farklı maligniteler görülme sıklığı %4-6 arasında olup en sık görülenler deri, dudak, kalın bağırsak, akciğer ve böbrek tümörleridir (Akıcı, 2017, s.221). Hasta kontrollerinde ayrıntılı anamnez alınması ve fiziki muayene yapılması, sigara tüketiminin engellenmesi ve yılda bir kez akciğer grafisi, tüm batin ultrasonografi, AFP değeri ölçümü, 50 yaş üzeri bayan hastalarda mamografi ve vajinal muayene yapılması, erkek hastalarda üriner sistem muayenesi ve prostat spesifik antijen (PSA) değeri bakılması, tüm transplantasyon olan hastalarda dermatolojik muayene, beş yılda bir kolonoskopi ve gaitada gizli kan bakılması erken tanı ve tedavi için önerilir (Çelik ve Yıldız, 2016, s.141).

2.6. Renal Transplantasyon Yapılan Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Renal Transplantasyon sonrasında yeni bir döneme adaptasyon ve uyumla birlikte, gelişecek davranış değişimi için bireyin profesyonel eğitim, bakım ve desteğe ihtiyacı vardır. Hemşirelikte sağlık eğitimi için bireyin, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yapması ve yeterli bilgi ve beceriyi kazanması asıl amaçtır. Multidisipliner ekip anlayışı ile verilen bu eğitimde hemşireler, hasta ve ailesi arasında kilit rol taşıyan en önemli meslek grubudur. Bireylerin eğitim konusunda öğrenim eksikliklerinin tespit edilmesi için veri toplanarak tanı konulur. Bu tanımlar doğrultusunda planlama yapılarak gerekli uygulamalar yapılır. Yapılan uygulamalar için değerlendirme yapılarak veriler kaydedilir. Renal transplantasyon öncesinde başlanan bu bakım ve eğitim transplantasyon

olduktan sonra da sürerek ömür boyu danışmanlık şeklinde devam eder. Ameliyat öncesi dönemde;

- Hastaların süreç hakkında bilgilendirilmesi, derin solunum ve postüral drenaj, mobilizasyon, enfeksiyonun önlenmesi için yapılabilecekler, dren bakımı, kullanılacak ilaçlar ve ameliyat sonrasında karşılaşılabileceği sorunlar ile ilgili konularda bilgilendirilmelidir (Gülen ve Karaca, 2018).
- Süreç boyunca hastanın rahat bir şekilde soru sormasına izin verilmeli ve duygularını açıkça dile getirmesi için desteklenmelidir.
- Ameliyat öncesi anestezi hekimi istemi doğrultusunda belirli saate kadar kadar oral alıma izin verilir ve cilt temizliği mümkün olan en geç saatte yapılır (Uzun, 2000).
- Ameliyata inmeden önce hekim istemi doğrultusunda premedikasyon ve antibiyotik tedavi uygulanır.
- Hastanın vital bulgu takibi yapılarak güvenli cerrahi formları ve hasta bilekliği ile ameliyathaneye indirilir (Dirimeşe, 2018, s.33-41).

Ameliyat sonrası dönemde:

- Hastanın sıvı elektrolit dengesi, yakın aldığı çıkardığı ve hemodinami takibi, enfeksiyonlardan koruma, dren ve yara takibi ve bakımı, kanama kontrolü yapılır (Uzoğlu ve Bakır, 2024, s.75).
- Mümkün olan en kısa zamanda oral alıma başlanması, erken mobilizasyon ve ağrı kontrolü sağlanmalıdır.
- Ameliyat sonrası renal perfüzyonun sağlanması ve yeterli idrar çıkışının olması için öncelikle yeterli sıvı volüm dengesi korunmalıdır.
- Hastanın sıvı volüm dengesi için yaşam bulguları kontrolü yapılır.

- Aldığı çıkardığı takibi ile idrar çıkışına saatlik bakılır (Taşdemir, 2024, s.81-90).
- Ameliyat sırasında fazla sıvı yüklemesi, kanda bulunan BUN osmotik diüretik gibi etki göstermesi, ilk zamanlarda idrarın normal konsantrasyon olmasını sağlayacak olan tübüllerdeki fonksiyon bozuklukları sebebi ile idrar çıkışı 500 ml/h ve üzeri poliürik olabilir. Bu gibi durumlarda hastaya uygulanacak olan sıvı tedavisi 500 ml/ h ile kısıtlanmalıdır.
- Saatlik idrar çıkışı 50 ml ve daha az olduğu anüri veya oligüriye nekroz, tromboz, üriner sistemde kıvrılma, hipovolemi, idrar kaçıışı gibi sorunlar neden olabilir. Mevcut bir tıkanıklık olması halinde takılan kateter 30 ml serum fizyolojik ile yıkanarak idrar çıkışı sağlanır (Geçkil, 2017, s.143).
- Yeterli idrar çıkışı sağlanamadığı durumlarda uygun aldığı çıkardığı takibi yapılmaması halinde hipervolemi gözlenir. Yaygın ödem, kilo artışı, hipertansiyon, dispne, dolgun boyun venleri hipervolemi belirtileridir.
- Nefes darlığı ve pulmoner ödem açısından yakın satürasyon ve solunum takibi yapılmalıdır (Taşdemir, 2024, s.84).
- Postoperatif erken dönemde kanama nadir olarak görülmesine rağmen kanama takibi yapılır.
- Dren takibi sırasında dren vasfının hemorajik olarak değişmesi ve miktarının artması, taşikardi, hipotansiyon, gibi semptomlarda kanama düşünülmelidir (Taşdemir, 2024, s.87).
- Tam kan sayımı yapılarak hemoglobin, hematokrit, eritrosit düzeyleri takip edilir. Sıvı ve kan ürünü replasmanı hekim istemine göre uygulanır.
- Cerrahi müdahaleler, katater durumuna, postural drenaj ve mobilizasyona, distansiyona bağlı olarak ağrı kaçınılmaz olabilir (Geçkil, 2017, s.144).

- Hasta ifadesi ve gözlem yöntemiyle ağrı ölçekleri kullanılarak ağrı tanımlanır.
- Dikkati başka yöne çekme, masaj, pozisyon değişimi, sakin ortam yaratma ve bu yöntemlerin yetersiz kaldığı noktada uygun analjezikler ile ağrı minimize edilir ve sonrasında ağrı durumu yeniden kontrol edilmelidir (Uzun, 2020).
- Mortalite ve morbiditede önemli bir etken olan enfeksiyonların kontrolünde; hastaya ve çevresindeki eşyalara dokunmadan önce eller sabunla hijyenik yıkanmalı, hastanın özbakımı yeterli olmalı ve özellikle enfeksiyonlar için açık bir yol olan ağız bakımı verilmeli, tüm kateterlere steril bir şekilde günlük bakım yapılmalı ve mümkün olan en erken sürede çıkarılmalıdır.
- Yara bölgesi, kateter ucu giriş bölgesinde akıntı olan hastaların pansuman sıklığı arttırılmalıdır (Taşdemir, 2024, s.87).
- Sonda ile takip edilen hastalar için sonda giriş yerini antiseptik solüsyonlarla silmenin, enfeksiyonları önleme açısından bir fark yaratmadığı bilinmektedir.
- Foley sonda mutlaka bireyin bel hizasından aşağıda tutularak idrarın geri kaçıışı ve katlanıp, kıvrılması önlenmelidir.
- Perine bölgesi temizliği yalnızca su ve sabunla yapılmalıdır.
- Duş alırken ayakta alınması önerilir.
- Kadın hastalar için perine temizliğinin önden arkaya doğru yapılması gerektiği eğitimi verilir.
- İç çamaşırı kullanımının da sentetik olmayan, pamuklu çamaşır tercih edilmelidir (Aldemir ve Gürkan, 2018).

- Etkin olarak yapılan maske kullanımı, postürel drenaj, trifle egzersizi ve mobilizasyon ile pnömoni kaynaklı enfeksiyonlar engellenebilir (Taşdemir, 2024, s.82).

2.7. Renal Transplantasyon ve İlaç İnançları

Renal transplantasyon sonrasında kullanılmaya başlanan immunsupresif ilaçlarda transplantasyon başarısının devamı için uyum gerekmektedir. Hastaların sağlık algıları, ilaçlar hakkındaki inançları da ilaç uyumunu etkileyen faktörlerdendir. İlaç uyumu ise hastalık durumu, kültürel yapı, sosyoekonomik durumlarından etkilenmektedir (Yılmaz ve Çolak, 2017). Hastanın ilaçları neden kullanması gerektiğini kavrayamaması, kullanım sonrası gelişebilecek komplikasyonlardan dolayı endişe etmesi, reçeteye ve hekime güvenmemesi, endikasyona yönelik ilaç kullanmadığını düşünmesi gibi durumlarda ilaç inançları azalmaktadır. İncanın azalması sonucunda da tedavi doğru olsa dahi başarı oranı olumsuz yönde etkilenmektedir (Vilhelmsdottir ve Johannsson, 2017).

2.8. Renal Transplantasyon ve İlaç Uyumu

Renal Transplantasyon ile bireyin hayatına giren ve ömür boyu kullanım gereken immunsupresif ilaçlar böbrek sağ kalımı için hayati önem taşır. Dünya Sağlık Örgütü ilaç uyumunu ‘Bireyin sağlık kuruluşu tarafından önerilen tedavi ile uygulamalarının ne derece örtüştüğü’ şeklinde tanımlamıştır (Akıncı ve Özbaş, 2021). İmmünosupresif ilaçlara uyum, tedaviyi kabul edip aktif olarak katılımını içerir. Tedaviye başlamak, doğru doz ve doğru zamanlarda alarak devam etmek, kontrollere zamanında gelmek, yaşam biçimi değişiklikleri yapmak, hastalığı yönetebilmek uyum için temel kriterlerdir (Güler ve ark., 2023). Sağlık profesyonellerinin ilk amacı ilaç uyumsuzluğu olabilecek hastaları belirleyerek komplikasyon gelişimini önlemektir. Kısmi uyumsuz hastalarda ilacı bazen aksatma, temin etmede gecikme, doz ayarına dikkat etmeden kullanma görülürken, tam uyumsuz hastalarda ilaç kullanımını tamamen reddetme durumu vardır (Nerini ve ark.,

2016). İmmünosupresif tedaviye uyumsuzluk sonucu greft kaybı gelişerek hastaneye yatışlar artabilir. Maliyet artar ve diyaliz tedavilerine tekrar başlanabilir (Güler ve ark., 2023). İlaç ve tedavi uyumsuzluğu;

- İlacın alınmaması,
- Saatinde aksatmalar yaşanması,
- Belirlenen dozdan fazla ya da eksik alınması,
- Yanlış ilaç kullanımı,
- Reçete edilen ilaçların geç alınması,
- Randevulara gelinmemesi,
- İlaç düzeyleri için gerekli testlerin yaptırılmaması,
- Arama telefonlarına cevap verilmemesi,
- Öz bakımına dikkat etmemesi,
- Kişiye özgü ayarlanan diyetle uyum sağlamamasını içerir (Arslan ve ark., 2017, s.233).

İmmunosupresif tedaviye uyum hasta, hasta ailesi ve sağlık profesyonelleri tarafından takip gerektirir. Özellikle taburculuk eğitiminde hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Taburcu olurken ilaç kullanımı ile alakalı tüm riskler, ilaç dozları, kullanım saatleri detaylıca anlatılmalıdır. Kontrole geleceği gün ve sıklıkları hastaya bildirilmelidir. Yeniden reçete edilmesi gereken ilaç olması halinde nereden temin edileceği konusunda yol göstermelidir. Rejeksiyon belirtileri konusunda bilinçlendirilmeli ve belirti olması durumunda gerekli birimler ile iletişime geçmesi için numara, adres paylaşılmalıdır (Dunsmore, 2016, s.302). Yapılan farklı çalışmalar sonucu,

- Genç yaş,
- İleri yaş,
- Ekonomik durum,

- Siyah ırk,
- Düşük eğitim seviyesi,
- Aktif sosyal hayat,
- Kaygı düzeyi ve depresyona yatkınlık,
- İlaç maliyetlerinin fazla olması,
- İlaç kullanım sayısının fazlalığı,
- Ömür boyu takip ve tedavinin devamlılığı,
- Tedavide meydana gelen olumsuzluklar ve yan etkiler,
- Zayıf sağlık algısı,
- Yetersiz sağlık hizmeti desteği,
- Danışmanlık için yetersiz süre ayrımı gibi nedenler ilaç uyumsuzluğuna neden olabilmektedir (Nerini ve ark., 2016, Thomas ve ark, 2017).

Tedaviye uyum için en önemli değerlendirme aracı immunsupresif ilaçların kandaki düzeyidir. İmmunsupresif ilaçların kandaki düzeyleri için metabolik olaylar, ilaç etkileşimleri ile değişebilir (Nerini ve ark., 2016). Kullanılan ilaçlar, hastada sebep olabileceği komplikasyonları önlemek için mümkün olan en az dozda ayarlanmalıdır (Szumilas ve ark., 2023). Bunun dışında hastanın eczaneden ilaç aldığı tarihler, elindeki ilaç sayısı, ilaç uyum anket ya da ölçekleri, elektronik ilaç takip sistemleri ile takip edilebilir. Ancak bu yöntemlerde hasta yalan beyan edebilir, eczaneden aldığı ilaçları çöpe atabilir. Bu nedenle güvenli yöntemler olarak sayılmazlar. Dünya Sağlık Örgütü'nün de desteklediği 'Doğrudan Gözlemlenen Terapi' yöntemi ile sağlık çalışanı ya da özel personel takibiyle hastanın ilacı içtiğinden emin olunabilir. Maliyetli, uzun zaman isteyen ve bireye kendini yetersiz hissettirmesi bu yöntemin olumsuz yönlerindendir. İlaç olay izleme sistemleri ile bireyin ilaç kutusuna yerleştirilen elektronik işlemci ile kapak açılımı ve saati kontrol edilmektedir. Her kapak açılmasını hap alımı olarak değerlendiren

sistemde ilacın içilip içilmediği takibi yapılamaz. Ayrıca maliyeti yüksek olan bu yöntem sıvı formdaki ilaçlar için de kullanıma uygun değildir.



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırma Türü

Araştırma tanımlayıcı tip olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Uygulama Yer ve Zamanı

Çalışma Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi nefroloji polikliniğine 15 Mayıs 2024 -15 Aralık 2024 tarihleri arasında başvuru yapan renal transplantasyon yapılmış bireyler ile yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmada evreni Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi nefroloji polikliniğine başvuru yapan renal transplantasyon yapılmış bireyler oluşturmuştur. Araştırma örneklemine alınacak birey sayısı bir önceki yıl 15 Mayıs 2024-15 Aralık 2024 tarihleri arasında nefroloji polikliniğine başvuru yapan hasta sayıları (N:345) kullanılarak evreni bilinen grupta örneklem belirleme hesaplaması kullanılarak belirlenmiştir. Hesaplama %5 hata payı, %95 güven aralığında örnekleme alınması gereken hasta sayısı 183 olarak belirlendi. Araştırma, dahil edilme kriterlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden 183 renal transplantasyon yapılmış birey ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Canlıdan ya da kadavradan renal transplantasyon yapılmış ya da bu süreçte rejeksiyon yaşamış olan,
- En az 2 ay önce bir veya birden çok kez renal transplantasyon yapılmış olan,
- İletişim problemi olmayan,
- Sorulan soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliği olan,
- Psikiyatrik bir hastalık tanısı olmayan bireyler alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi nefroloji polikliniğine başvuran renal transplantasyon hastalarına öncelikle araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalardan yazılı onay alınarak anket uygulaması yapılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile poliklinik kontrolü öncesinde ya da sonrasında bekleme salonunda toplanmıştır. Okuma yazma bilen ve bilmeyen tüm hastalara sorular detaylıca açılarak sözlü bir şekilde yöneltmiştir. İşaretlemeler araştırmacı tarafından yapılmıştır. Her bir hasta için veri toplama süresi 15-20 dakikadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplamak için katılımcıların kişisel özelliklerini belirlemek için Tanıtıcı Anket Formu, İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği ve İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-6)

Bu anket formu hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerini belirlemeye yönelik bilgilere ulaşabilmek için araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Form toplam 18 sorudan oluşmuştur. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve transplantasyona dair bilgileri içermektedir.

3.5.2. İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği (İİUÖ) (EK-8)

Araştırma da kullanılan ölçek, Köken ve ark. (2020) tarafından organ transplantasyonu yapılmış ve immünosupresyon tedavi alan bireylerin ilaç uyumunu değerlendirmek adına geliştirilmiştir. Tek boyuttan oluşan bu ölçek toplamda 11 madde içermektedir. Ölçek içerisinde 4. ve 6. maddeler olumlu ve 1., 2., 3., 5., 7., 8., 9., 10. ve 11. maddelerde olumsuz tutum ifadesi mevcuttur. Ölçeğin 8 maddesinde verilecek olan yanıtlar “hiçbir zaman, nadiren, bazen, sık sık, her zaman”, 3 madde de ise “evet-hayır”

şeklinde likert tipinde değerlendirilmektedir. Ölçekteki 4. ve 6. maddeleri 1’den 5’e doğru, 1., 2., 3., 5., 7., 8., 9., 10. ve 11. maddeler 5’ten 1’e doğru ters puanlanmaktadır. Evet-hayır yanıtı sorularda ‘evet’ 1 puan, ‘hayır’ ise 5 şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçekten en düşük 11 puan, en yüksek 55 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın artması bireyin ilaç uyumunun iyi olduğu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.611 olarak bulunmuştur (Köken ve ark., 2020). Bu araştırma için Cronbach alpha değeri 0.865’tir.

3.5.3. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi (Beliefs about Medicines Questionnaire- BMQ-T) (EK-7)

Horne (2020) tarafından hastaların reçete edilerek alınan ve diğer tüm ilaçlar hakkındaki bireysel inanışlarını değerlendirilmek amacıyla geliştirilmiştir. Çınar ve ark. (2016) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Anket yanıtları beşli likert tipinde 1-kesinlikle katılmıyorum, 5-kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlandırılır. Anket spesifik ve genel olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Spesifik bölümü spesifik endişeler ve spesifik gereklilik olmak üzere 2 alt boyut ve toplam 10 sorudan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar kullanılan ilaçların hasta tarafından ne kadar gerekli görüldüğü ve kullanımı sonrası oluşabilecek olumsuz sonuçlar hakkında hastaların inanç ve endişelerini değerlendirmektedir. Madde puan ortalamaları alt ölçek puanlarının alt ölçek soru sayısına bölünmesiyle elde edilir. Genel bölümü ise; genel aşırı kullanım ve genel zarar şeklinde 2 alt boyut ve toplam 8 sorudan oluşmaktadır. Genel bölümü soruları ile ilaç kullanımının bireye verebileceği zararları ve aşırı kullanımına ilişkin bireylerin inançları değerlendirilmektedir. Ankette toplam puan olmayıp her bir alt bölümler madde puan ortalamaları değerlendirilmektedir. Bölümlerden alınan puanlar ne kadar yüksek ise o bölümün değerlendirildiği kavrama yönelik inancın daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin; aşırı kullanım puan ortalamasının yükselmesi doktorlar

tarafından ilaçların aşırı kullanıldığına olan güçlü inancı gösterir. Genel zarar madde puan ortalamasında ise yüksek puan ilaçlara karşı güçlü olumsuz inançları gösterir. BMQ-T Cronbach alpha değerleri spesifik gereklilik 0.812, spesifik endişe 0.672, genel zarar 0.677 ve genel aşırı kullanım 0.656'dır (Çınar ve ark., 2016). Bu araştırma için sırasıyla; 0.697; 0.601; 0.703; 0.556 olarak belirlendi.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Renal transplantasyon olmuş bireylerin İİUE ve BMQ-T puan ortalamaları.

Bağımsız Değişkenler: Renal transplantasyon olmuş bireylerin tanıtıcı özellikleri, transplantasyon durumu ve ilaç kullanımına ilişkin özellikleri.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler analizi için SPSS for Windows 22 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde yüzdelik, sayı, en düşük ve en yüksek değerler ile ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Bunlarla birlikte çalışmada kullanılan istatistiksel analizlere aşağıdaki tabloda yer verilmiştir. Araştırma verilerinin normallik varsayımına uygunluğu “Kurtosis” ve “Skewness” kat sayıları (± 2) ile hesaplandı. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler

Normal dağılım ölçümlerde		Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grup karşılaştırılması	Varyans Analizi (İleri analiz olarak Varyansların homojen olduğu durumda ileri analiz için LSD, homojen olmadığı durumlarda Dunnett C kullanıldı).	-
Çoklu grupların karşılaştırılması	Bağımsız Gruplarda t Testi	-
İlişki belirlenmesinde	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman Korelasyonu
İç Geçerlilikler	Cronbach α	
Normallik dağılımlarında	Kurtosis ve Skewness	

Araştırmada elde edilen verilerin normal dağılım uygunluğuna ait analizleri Tablo 3.2’de verilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırma sürekli değişkenlerine ait normal dağılımlar

Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Yaşınız	183	-0.168	0.180	-0.699	0.357
Çocuk sayısı*	141	1.395	0.204	3.017	0.406
Transplantasyon Süresi*	183	2.350	0.180	9.344	0.357
Yardımcının Yaşı	23	-0.185	0.481	-1.486	0.935
Spesifik Endişeler	183	-0.309	0.180	-0.108	0.357
Spesifik Gereklilik	183	-0.175	0.180	1.451	0.357
Genel Aşırı Kullanım	183	-0.173	0.180	0.003	0.357
Genel Zarar	183	-0.342	0.180	-0.438	0.357
İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği	183	-1.400	0.180	1.833	0.357

* Araştırmada normal dağılım olmayan verileri gösterir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (21.02.2024/B.30.2.ATA.0.01.00/147) ve Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü’nden (13.05.2024/E-45361945-000-2400155092) araştırmaya başlamadan önce yazılı izin alınmıştır (EK-2, EK-3). Kullanılan ölçek ve anketin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılar tarafından gerekli izinler alınarak ölçekler yazarların bilgisi dahilinde kullanılmıştır. Araştırmaya katılma koşullarını sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden renal transplantasyon hastalarına çalışmanın detayları konusunda açıklama yapılarak ‘Aydınlatılmış Onam’ ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama durumlarında özgür olduklarını belirterek ‘Özerkliğe Saygı’ ilkesi, araştırmaya dahil edilen renal transplantasyon hastalarının

bilgilerinin gizlilik esasının korunacağı belirtilerek ‘Gizlilik ve Gizliliğin Korunması’ ilkesi yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Çalışmanın sınırlılığı tek merkezli yapılmasına bağlı az sayıdaki örneklem ile gerçekleştirilmesi ve sadece renal transplantasyon hastalarını içermesidir. Bu nedenle tüm renal transplantasyon olan hastalara genellenemez.



4. BULGULAR

Renal transplantasyon olan katılımcılara ait tanıtıcı özellikler Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	63	34.4
	Erkek	120	65.6
Medeni Durum	Evli	139	76.0
	Bekar/ Boşanmış	44	24.0
Çocuk Sahibi Olma	Var	141	77.0
	Yok	42	23.0
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	3	1.6
	Okur yazar	9	4.9
	İlkokul	32	17.5
	Ortaokul	20	10.9
	Lise	37	20.2
	Ön lisans	32	17.5
	Lisans ve üstü	50	27.3
Çalışma Durumu	Ev hanımı	30	16.4
	İşçi	10	5.5
	Memur	64	35.0
	Serbest meslek	29	15.8
	Emekli	37	20.2
	Çalışmıyor	13	7.1
Sağlık Güvencesi	Emekli sandığı	12	6.6
	SSK	91	49.7
	Özel sağlık sigortası	22	12.0
	Bağ-Kur	17	9.3
	Yeşil kart	41	22.4
Gelir Durumu	Geliri giderinden az	65	35.5
	Geliri giderine eşit	94	51.4
	Geliri giderinden fazla	24	13.1
Aile Tipi	Çekirdek aile	117	63.9
	Geniş aile	66	36.1

Katılımcıların %65.4’ü kadın, %76’sı evli, %77’sinin çocuğu var, %27.3’ü üniversite mezunu, %35’i memur, %49.7’si SSK’lı, %51.4’ünün geliri giderine eşit, %63.9’u çekirdek ailede yaşamaktadır (Tablo 4.1).

Katılımcıların transplantasyon durumu ve ilaç kullanımına ait özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların transplantasyon durumu ve ilaç kullanımına ait özelliklerinin dağılımı

Değişkenler		n	%
Donör Tipi	Kadavra	76	41.5
	Canlı	107	58.5
Canlı Donör Yakınlık Seviyesi	1.derece yakın	102	95.3
	2. derece yakın	5	4.7
Organ Reddi Yaşama Durumu	Evet	17	9.3
	Hayır	166	90.7
Organ Nakli Sayısı	1 defa	175	95.6
	1’den çok	8	4.4
İlaç Kullanımı Hakkında Eğitim Alma	Evet	167	91.3
	Hayır	16	8.7
Eğitim Alınan Yer	Doktor	79	47.0
	Hemşire	89	53.0
İlaç İçin Hatırlatıcı Kullanma	Evet	74	40.4
	Hayır	109	59.6
Hatırlatıcı Yöntemi	Alarm	42	56.0
	İlaç kartı	33	44.0
İlaç Kullanımında Yardımcı Kişi Varlığı	Var	23	12.6
	Yok	160	87.4
Yardımcının Yakınlık Durumu	Eş	11	47.8
	Çocuk	11	47.8
	Ebeveyn	1	4.3
Yardımcının Eğitim Durumu	Okur Yazar	3	13.0
	İlkokul	7	30.4
	Ortaokul	2	8.7
	Lise	3	13.0
	Ön lisans	2	8.7
	Üniversite	6	26.1
Yardımcının Çalışma Durumu	Çalışıyor	9	39.1
	Çalışmıyor	14	60.9
Kronik Hastalık Durumu	Evet	65	35.5
	Hayır	118	64.5
Var Olan Kronik Hastalıklar	DM	15	22.1
	HT	48	70.6
	KOAH	5	7.4
Kullanılan ilaçlar	Prograf	165	90.2
	Sandimum	15	8.2
	Certican	14	7.7
	İmuran	1	0.5
	Myfortic	48	26.2
	Cellcept	103	56.3
	Deltacortil	149	81.4

Katılımcıların %58.5'inin dönör tipi canlı, %95.3'ünün dönörü 1. Derece yakını, %90.7'si organ reddi yaşamamış, %95.6'sı 1 defa organ nakli olmuş, %91.3'ü ilaç kullanımı hakkında eğitim almış ve %53'ü eğitimi hemşireden almıştır. Katılımcıların %59.6'sı ilaç için hatırlatıcı kullanmamakta, kullananların ise %56'sı alarm kurmakta, %87.4 ilaç kullanımında yardımcı olan kişi yok, olanların %47.8 yardımcı olan eş veya çocuk, yardımcının eğitim düzeyi %30.4 ilkokul, yardımcı olanların %60.9'u çalışmamaktadır. Katılımcıların %64.5'inde kronik hastalık yok, olanlarında %70.6'sında HT vardır. Katılımcıların %90.2'si prograf, %8.2'si sandimum, %7.7'si certican, %0.5'i imuran %26.2'si myfortic, %56.3'ü cellcept ve %81.4'ü deltacortil kullanmaktadırlar (Tablo 4.2).

Katılımcıların yaş, çocuk sayısı, ilaç kullanımına yardımcı kişi yaşı ve transplantasyon süresine ait ortalama, endüştük ve en yüksek değerler ile ilaç kullanımında yardımcı kişinin yaş ortalamaları Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların yaş, çocuk sayısı, ilaç kullanımına yardımcı kişi yaşı ve transplantasyon süresi

Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	183	20.00	74.00	48.05	12.84
Çocuk sayısı	141	1.00	11.00	3.07	1.77
Transplantasyon süresi	183	1.00	33.00	4.89	4.47
İlaç kullanımına yardımcı kişinin yaşı	23	20.00	65.00	42.61	14.38

Katılımcıların yaş ortalaması 48.05 ± 12.84 , ortalama çocuk sayısı 3.07 ± 1.77 , transplantasyon süresi ortalama 4.89 ± 4.47 ve yardımcının yaşı ortalama 42.61 ± 14.38 'dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4’de transplantasyon olan bireylerin BMQ-T ve İİUÖ ölçekleri puan ortalamaları gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Bireylerin BMQ-T alt boyutları ve İİUÖ puan ortalamaları (n=183)

Ölçekler	Min.	Maks.	Ort.	SS
BMQ-T Alt Boyutları				
Spesifik Endişeler	1.20	4.80	3.19	0.65
Spesifik Gereklilik	2.80	5.00	3.87	0.42
Genel Aşırı Kullanım	1.50	4.75	3.02	0.65
Genel Zarar	1.25	5.00	2.98	0.71
İİUÖ	22.00	55.00	48.10	7.11

Tablo 4.4’te görüldüğü gibi katılımcılar, BMQ-T alt boyutları olan; spesifik endişeler alt boyutundan 3.19 ± 0.65 puan, spesifik gereklilik alt boyutundan 3.87 ± 0.42 puan, genel aşırı kullanım alt boyutundan 3.02 ± 0.65 puan ve genel zarar alt boyutundan 2.98 ± 0.71 puan almışlardır. Bireylerin İİUÖ puan ortalaması ise 48.10 ± 7.11 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5’te tanıtıcı özellikler ile BMQ-T alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 4.5. Bireylerin tanıtıcı özellikleri ile BMQ-T alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

			Spesifik Endişeler		Spesifik Gereklilik		Genel Aşırı Kullanım		Genel Zarar	
		n	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	63	3.30	0.63	3.86	0.45	3.00	0.62	2.97	0.70
	Erkek	120	3.13	0.66	3.87	0.40	3.02	0.67	2.98	0.71
	Test ve p		t=1.678		t=-0.174		t=-0.226		t=-0.137	
			p=0.095		p=0.862		p=0.821		p=0.891	
Medeni Durum	Evli	139	3.19	0.67	3.91	0.41	3.03	0.64	2.98	0.69
	Bekar	37	3.21	0.60	3.74	0.39	2.93	0.72	2.99	0.78
	Boşanmış	7	3.03	0.60	3.77	0.58	3.18	0.47	2.93	0.75
	Test ve p		F=0.228		F=2.727		F=0.609		F=0.026	
			p=0.796		p=0.068		p=0.545		p=0.975	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	3	2.93	0.81	4.13	0.42	3.33	0.38	2.83	1.04
	Okuryazar	9	3.18	0.55	3.69	0.51	2.75	0.64	2.78	0.42
	İlkokul	32	2.99	0.67	3.85	0.43	3.17	0.63	3.09	0.82
	Ortaokul	20	3.37	0.60	3.84	0.44	3.24	0.60	3.14	0.65
	Lise	37	3.14	0.78	3.98	0.48	2.99	0.82	2.77	0.77
	Ön lisans	32	3.23	0.66	3.76	0.41	2.99	0.52	3.13	0.66
	Lisans ve üstü	50	3.26	0.56	3.89	0.33	2.89	0.61	2.95	0.63
	Test ve p		F=1.002		F=1.305		F=1.440		F=1.251	
			p=0.425		p=0.257		p=0.202		p=0.283	
Çalışma Durumu	Ev hanımı	30	3.25	0.70	3.90	0.45	3.06	0.65	2.88	0.74
	İşçi	10	2.88	0.89	4.06	0.60	3.28	0.56	2.75	0.95
	Memur	64	3.17	0.64	3.83	0.40	2.88	0.62	2.93	0.66
	Serbest meslek	29	3.26	0.62	3.88	0.41	3.24	0.53	3.26	0.69
	Emekli	37	3.25	0.58	3.82	0.36	2.99	0.71	3.03	0.60
	Çalışmıyor	13	3.05	0.71	3.94	0.49	2.94	0.82	2.83	0.89
	Test ve p		F=0.744		F=0.742		F=1.658		F=1.459	
			p=0.592		p=0.593		p=0.147		p=0.205	
Sağlık Güvencesi	Emekli sandığı	12	2.97	0.79	4.02	0.45	2.71	0.71	2.58	0.72
	SSK	91	3.22	0.67	3.87	0.44	3.03	0.62	3.05	0.71
	Özel sağlık sigortası	22	3.46	0.44	3.87	0.29	3.01	0.60	3.06	0.61
	Bağ-Kur	17	2.94	0.68	3.71	0.31	3.10	0.77	2.99	0.72
	Yeşil kart	41	3.13	0.62	3.87	0.45	3.03	0.68	2.89	0.71
	Test ve p		F=2.102		F=1.022		F=0.766		F=1.413	
			p=0.082		p=0.397		p=0.549		p=0.231	
Gelir Durumu	Geliri giderinden az	65	3.20	0.72	3.86	0.42	3.12	0.68	3.05	0.73
	Geliri giderine eşit	94	3.13	0.62	3.87	0.40	2.92	0.54	2.96	0.67
	Geliri giderinden fazla	24	3.39	0.59	3.87	0.51	3.09	0.87	2.85	0.79
	Test ve p		F=1.611		F=0.013		F=1.980		F=0.784	
			p=0.202		p=0.987		p=0.141		p=0.458	
Aile Tipi	Çekirdek aile	117	3.11	0.68	3.86	0.48	2.94	0.69	2.86	0.75
	Geniş aile	66	3.32	0.60	3.88	0.28	3.14	0.54	3.19	0.57
	Test ve p		t=-2.056		t=-0.389		t=-2.034		t=-3.415	
			p=0.041		p=0.698		p=0.043		p=0.001	
			d=0.65				d=0.64		d=0.69	

Tablo 4.5’te görüldüğü gibi spesifik endişeler alt boyutu puan ortalaması farkı aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Geniş ailede yaşayan bireylerin puan ortalaması daha yüksektir. Medeni durum, cinsiyet, eğitim, gelir, çalışma durumu, sağlık güvencesine göre ise Spesifik Endişeler alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Medeni durum, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumu, aile tipine göre Spesifik Gerekliklik alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Genel aşırı kullanım alt boyutu puan ortalaması farkı aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Geniş ailede yaşayanların puan ortalaması daha yüksektir. Cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumuna göre ise genel aşırı kullanım alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Genel zarar alt boyutu puan ortalaması farkı aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Geniş ailede yaşayanların puan ortalaması daha yüksektir. Medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, gelir, çalışma durumu, sağlık güvencesi durumuna göre ise genel zarar alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6’ da transplantasyon durumu ve ilaç kullanımına ait özelliklerin BMQ-T alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması sunulmuştur.

Tablo 4.6. Katılımcıların transplantasyon durumu ve ilaç kullanımına ait özellikleri BMQ-T alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Donör Tipi	Kadavra	76	3.19	0.59	3.91	0.42	3.03	0.66	2.95	0.68
	Canlı	107	3.18	0.70	3.84	0.42	3.00	0.64	3.00	0.73
	Test ve p		t=0.091 p=0.928		t=1.020 p=0.309		t=0.313 p=0.755		t=-0.496 p=0.620	
Canlı Donör Yakınlık Seviyesi	1.derece yakın	102	3.17	0.70	3.84	0.43	2.99	0.65	2.98	0.73
	2. derece yakın	5	3.36	0.65	3.88	0.18	3.20	0.48	3.50	0.40
	Test ve p		t=-0.579 p=0.564		t=-0.212 p=0.832		t=-0.702 p=0.484		t=-1.590 p=0.115	
Organ Reddi Yaşama Durumu	Evet	17	2.93	0.91	4.13	0.51	2.65	0.74	2.69	0.87
	Hayır	166	3.21	0.62	3.84	0.40	3.05	0.63	3.01	0.68
	Test ve p		t=-1.252 p=0.227		t=2.751 p=0.007 d=0.41		t=-2.487 p=0.014 d=0.64		t=-1.772 p=0.078	
Hatırlatıcı Kullanma	Evet	74	3.24	0.64	3.85	0.47	3.14	0.67	3.00	0.73
	Hayır	109	3.15	0.67	3.88	0.38	2.93	0.62	2.97	0.69
	Test ve p		t=0.867 p=0.387		t=-0.364 p=0.717		t=2.140 p=0.034 d=0.64		t=0.291 p=0.771	
Yardımcının Yakınlık Durumu	Eş	11	3.02	0.71	3.73	0.33	3.48	0.60	2.77	0.62
	Çocuk	11	3.22	0.66	4.07	0.44	2.91	0.63	2.57	0.84
	Ebeveyn	1	2.80	-	3.80	-	2.50	-	2.50	.
	Test ve p		F=0.339 p=0.717		F=2.217 p=0.135		F=2.994 p=0.073		F=0.236 p=0.792	
Yardımcının Eğitim Durumu	Okur yazar	3	3.00	0.35	3.73	0.12	3.08	0.63	2.75	0.90
	İlkokul	7	2.97	0.89	3.83	0.27	3.32	0.49	2.86	0.56
	Ortaokul	2	3.00	0.00	3.70	0.99	2.50	1.41	2.00	0.71
	Lise	3	3.00	0.72	4.00	0.53	4.00	0.75	2.58	1.04
	Ön lisans	2	3.60	0.57	4.00	0.00	3.13	0.18	3.13	0.88
	Üniversite	6	3.23	0.71	4.03	0.51	2.83	0.30	2.50	0.71
	Test ve p		F=0.307 p=0.902		F=0.364 p=0.866		F=2.219 p=0.100		F=0.639 p=0.673	
Yardımcının Çalışma Durumu	Çalışıyor	9	3.22	0.57	4.04	0.43	2.81	0.62	2.33	0.66
	Çalışmıyor	14	3.03	0.73	3.80	0.38	3.39	0.60	2.88	0.68
	Test ve p		t=0.675 p=0.507		t=1.434 p=0.166		t=-2.254 p=0.035 d=0.61		t=-1.876 p=0.075	
Kronik Hastalık Durumu	Evet	65	3.13	0.73	3.91	0.40	3.02	0.77	2.92	0.75
	Hayır	118	3.22	0.61	3.85	0.43	3.01	0.57	3.01	0.68
	Test ve p		t=-0.884 p=0.378		t=0.957 p=0.340		t=0.114 p=0.909		t=-0.838 p=0.403	

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi.

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi donör türü, canlı donör yakınlık seviyesi, organ reddi yaşama durumu, ilaç için hatırlatıcı kullanma, yardımcıının yakınlık durumu, yardımcıının eğitim, yardımcıının çalışma durumu, kronik hastalık durumuna göre Spesifik Endişeler

alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Spesifik gereklilik alt boyutu puan ortalaması farkı organ reddi yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Organ reddi yaşayanların puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.6). Donör tipi, canlı donör yakınlık seviyesi, ilaç için hatırlatıcı kullanma, yardımcının yakınlık durumu, yardımcının eğitim durumu, yardımcının çalışma durumu ve kronik hastalık durumuna göre ise Spesifik Gereklilik alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Genel aşırı kullanım alt boyutu puan ortalaması farkı organ reddi yaşama durumu, ilaç için hatırlatıcı kullanma ve yardımcının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Organ reddi yaşamayan, ilaç için hatırlatıcı kullanan, bir işte çalışmayan yardımcısı olanların puan ortalaması daha yüksektir. Donör tipi, canlı donör yakınlık seviyesi, yardımcının yakınlık durumu, yardımcının çalışma durumu ve kronik hastalık durumuna göre ise genel aşırı kullanım alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Genel zarar alt boyut puan ortalaması farkı donör türü, canlı donör yakınlık seviyesi, organ reddi yaşama durumu, ilaç için hatırlatıcı kullanma, yardımcının yakınlık durumu, yardımcının eğitim durumu, yardımcının çalışma durumu ve kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Sosyodemografik özellikler ile İİÜÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’te sunulmuştur.

Tablo 4.7. Bireylerin tanıtıcı özellikleri ile İİÜÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	İİÜÖ			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	63	48.84	6.23	t=1.016	0.311
	Erkek	120	47.72	7.53		
Medeni Durum	Evli	139	48.48	6.98	F=0.847	0.430
	Bekar	37	47.03	7.65		
	Boşanmış	7	46.29	6.92		
Eğitim Durumu	Okuryazar olmayan	3	46.00	7.21	F=1.253	0.282
	Okuryazar	9	51.67	2.78		
	İlkokul	32	48.56	6.94		
	Ortaokul	20	46.95	8.26		
	Lise	37	48.86	7.66		
	Ön lisans	32	45.75	7.80		
	Lisans ve üstü	50	48.70	6.19		
Çalışma Durumu	Ev hanımı	30	50.03	6.41	F=0.835	0.526
	İşçi	10	48.40	7.43		
	Memur	64	47.42	8.00		
	Serbest meslek	29	46.86	7.11		
	Emekli	37	48.84	6.46		
	Çalışmıyor	13	47.46	5.52		
Sağlık Güvencesi	Emekli sandığı	12	47.42	9.63	F=0.611	0.655
	SSK	91	47.38	7.60		
	Özel sağlık sigortası	22	49.18	5.42		
	Bağ-Kur	17	48.59	7.19		
	Yeşil kart	41	49.12	5.97		
Gelir Durumu	Geliri giderinden az	65	48.43	6.56	F=0.574	0.564
	Geliri giderine eşit	94	48.24	7.26		
	Geliri giderinden fazla	24	46.67	8.05		
Aile Tipi	Çekirdek aile	117	47.75	7.51	t=-0.890	0.375
	Geniş aile	66	48.73	6.35		

İİÜÖ puan ortalaması ile medeni durum, cinsiyet, eğitim, aile tipi, gelir, çalışma durumu, sağlık güvencesi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8’de katılımcıların transplantasyon durumu ve ilaç kullanımına ait özellikleri ile İİÜÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.8. Katılımcıların transplantasyon durumu ve ilaç kullanımına ait özellikleri ile İİÜÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

			iiüö			
		n	Ort.	SS.	Test	p
Donör Tipi	Kadavra	76	48.54	6.43	t=0.697	0.487
	Canlı	107	47.79	7.58		
Canlı Donör Yakınlık Seviyesi	1.derece yakın	102	47.76	7.38	t=-0.182	0.856
	2. derece yakın	5	48.40	12.03		
Organ Reddi Yaşama Durumu	Evet	17	48.41	10.27	t=0.187	0.852
	Hayır	166	48.07	6.75		
İlaç İçin Hatırlatıcı Kullanma	Evet	74	48.26	7.03	t=0.239	0.811
	Hayır	109	48.00	7.20		
Yardımcının Yakınlık Durumu	Eş	11	48.27	7.67	F=0.274	0.763
	Çocuğu	11	47.82	8.32		
	Ebeveyn	1	54.00	.		
Yardımcının Eğitim Durumu	Okur yazar	3	44.67	8.08	F=0.771	0.583
	İlkokul	7	52.43	2.94		
	Ortaokul	2	47.50	6.36		
	Lise	3	44.00	11.14		
	Ön lisans	2	51.00	2.83		
	Üniversite	6	46.83	10.89		
Yardımcının Çalışma Durumu	Çalışıyor	9	45.89	9.02	t=-1.214	0.238
	Çalışmıyor	14	49.86	6.67		
Kronik Hastalık Durumu	Evet	65	47.62	7.70	t=-0.688	0.492
	Hayır	118	48.37	6.79		

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi.

İİÜÖ puan ortalaması ile donör tipi, canlı donör yakınlık seviyesi, organ reddi yaşama durumu, ilaç için hatırlatıcı kullanma, yardımcıının yakınlık durumu, yardımcıının eğitim durumu, yardımcıının çalışma durumu ve kronik hastalık arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8).

Katılımcıların yaş, çocuk sayısı, ilaç kullanımına yardımcı kişi yaşı ve transplantasyon süresi gibi sürekli değişkenler ile BMQ-T alt boyutları ve İİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.9’da görülmektedir.

Tablo 4.9. Sürekli değişkenler ile BMQ-T alt boyutları ve İİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=183)

		Yaş	Transplantasyon süresi*	Yardımcının Yaşı
İİÜÖ	r	0.063	-0.177*	0.026
	p	0.395	0.016	0.906
BMQ-T	Spesifik Endişeler	r	0.053	-0.063
		p	0.477	0.354
	Spesifik Gereklilik	r	-0.032	-0.009
		p	0.670	0.044
	Genel Aşırı Kullanım	r	0.109	0.056
		p	0.143	0.800
	Genel Zarar	r	0.083	0.051
		p	0.266	0.818

* Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi transplantasyon süresi ile ilaç uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($p<0.05$). Transplantasyon süresi azaldıkça, ilaç uyumu artmaktadır. İİÜÖ puanı ile yaş ve yardımcının yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). BMQ-T spesifik endişeler, genel aşırı kullanım, genel zarar alt boyut puan ortalamaları ile yaş, transplantasyon süresi ve yardımcının yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Ancak BMQ-T spesifik gereklilik alt boyut puan ortalaması ile yardımcının yaşı arasında negatif yönlü ve düşük düzeyli istatistiksel olarak anlamlı, bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yardımcının yaşı azaldıkça spesifik gereklilik alt boyut puan ortalaması artmaktadır. BMQ-T spesifik gereklilik alt boyut puanı ile yaş ve transplantasyon süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

BMQ-T alt boyutları ile İİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.10’da sunulmuştur.

Tablo 4.10. BMQ-T alt boyut ile İİÜÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki (n=183)

		İİÜÖ
Spesifik Endişeler	r	0.035
	p	0.636
Spesifik Gereklilik	r	0.152
	p	0.040
Genel Aşırı Kullanım	r	-0.114
	p	0.125
Genel Zarar	r	-0.048
	p	0.521

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi BMQ-T spesifik gereklik alt boyut puan ortalaması ile İİÜÖ puan ortalaması arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyli istatistiksel olarak anlamlı, bir ilişki vardır ($p < 0.05$). BMQ-T spesifik gereklik alt boyut puanı arttıkça, İİÜÖ puanı da artmıştır. Ayrıca BMQ-T spesifik endişeler, genel aşırı kullanım ve genel zarar alt boyut puanları ile İİÜÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.10).

BMQ-T alt boyut toplam puanlarının, İİÜÖ puanına etkisini gösterir regresyon analizi Tablo 4.11’dedir.

Tablo 4.11. İİÜÖ puan ortalamasının BMQ-T alt boyut puan ortalamalarına etkisini gösterir regresyon analizi

Spesifik Endişeler	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
Sabit katsayı	3.031	0.332	-	9.122	0.000	2.375	3.687
İİÜÖ Puanı	0.003	0.007	0.035	0.474	0.636	-0.010	0.017
Spesifik Gereklilik							
Sabit katsayı	3.438	0.210	-	16.340	0.000	3.023	3.853
İİÜÖ Puanı	0.009	0.004	0.152	2.065	0.040	0.000	0.017
Genel Aşırı Kullanım							
Sabit katsayı	3.515	0.328	-	10.724	0.000	2.868	4.162
İİÜÖ Puanı	-0.010	0.007	-0.114	-1.542	0.125	-0.024	0.003
Genel Zarar							
Sabit katsayı	3.206	0.358	-	8.958	0.000	2.500	3.912
İİÜÖ Puanı	-0.005	0.007	-0.048	-0.643	0.521	-0.019	0.010

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, regresyon analizi, İİÜÖ toplam puanının, BMQ-T alt boyut puanlarına etkisini ne derece yordadığını belirlemek için uygulanmıştır. Yapılan analize göre, İİÜÖ toplam puanı ile BMQ-T spesifik gereklilik ($R=0.152$, $R^2_{\text{adjusted}}=0.018$, $F_{(1,181)}=4.263$; $p=0.040$) alt boyut puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. İİÜÖ toplam puanı BMQ-T spesifik gereklilik puanının %1.8’ini açıklamaktadır. İİÜÖ toplam puanı ile BMQ-T spesifik endişeler ($R=0.035$, $R^2_{\text{adjusted}}=-0.004$, $F_{(1,181)}=0.2252$; $p=0.636$), genel aşırı kullanım ($R=0.114$, $R^2_{\text{adjusted}}=0.008$, $F_{(1,181)}=2.379$; $p=0.125$) ve genel zarar ($R=0.048$, $R^2_{\text{adjusted}}=-0.003$, $F_{(1,181)}=0.416$; $p=0.521$) alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Regresyon analizi sonucunda BMQ-T spesifik gereklilik puan ortalamasını yordayan regresyon denklemi; $\text{BMQ-T spesifik gereklilik puanı} = (0.003 \times \text{İİÜÖ toplam puanı}) + (3.031)$. İİÜÖ puan ortalamasındaki 1 birimlik artış, BMQ-T spesifik gereklilik puanında 0.003 birimlik artışa neden olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan bireylerin ilaçlar hakkında inançlarının belirlenmesine yönelik kullanılan BMQ-T spesifik endişeler alt boyutu puan ortalamasının orta düzeyde olduğu (3.19 ± 0.65) belirlenmiştir (Tablo 4.4). Spesifik endişeler alt boyutundan alınan yüksek puan ilaçların yan etkisine bağlı yüksek endişeyi göstermektedir. Turan ve ark. (2020), Fischer ve ark. (2018) kronik bir hastalık olan ve sürekli ilaç tedavisi alan astım ve KOAH hastalarında yaptıkları ilaç inancının değerlendirildiği çalışmalarda spesifik endişe alt boyutundan ortalamanın altında bir puan aldıkları belirlenmiştir. Renal transplantasyon olan bireylerde kullanılan immunsupresif ilaçların daha ciddi yan etkisi olabileceğinden, astım ve KOAH hastalarına göre spesifik endişeler alt boyutundan alınan puan daha yüksek ölçülebilir.

Spesifik endişeler alt boyutu ile sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında sadece geniş ailede yaşayan bireyler arasındaki fark anlamlıdır (Tablo 4.5). Diğer sosyodemografik özellikler ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalarda aile tipini inceleyen araştırmaya rastlanmamış olup ailede yaşayan yetişkin sayısı ve eş ya da çocuk ile yaşama durumlarına bakılmıştır (Fischer ve ark., 2018; Kul, 2018). Geniş ailede yaşayan bireylerde ilaçların yan etkisini deneyimleme durumu daha fazla görülebileceği için endişe durumu artabilir.

Çalışmada BMQ-T spesifik endişeler alt boyutu ile immunsupresif ilaç uyum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.10). Yapılan farklı çalışmalarda spesifik endişeler alt boyutundan alınan yüksek puan düşük ilaç uyumu varlığını göstermiştir (Bünemann ve ark., 2020; Fischer ve ark., 2018; Krauskopf, 2015). Bireyler ilaçların yan etkilerine bağlı olarak endişelenip ilaç kullanıma istemiyor olabilir.

Çalışmaya katılan bireylerin ilaçlar hakkında inançlarının belirlenmesine yönelik kullanılan BMQ-T spesifik gereklilik alt boyut puan ortalamasının (3.87 ± 0.42) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Turan ve ark. (2020) sürekli ilaç tedavisi alan astım ve KOAH hastalarında, Samuelyan, (2023) kronik hastalığı bulunan bireyler ile ilaç inançlarının değerlendirildiği çalışmalarda spesifik gereklilik alt boyutundan ortalamanın altında bir puan aldıkları belirlenmiştir. Renal transplantasyon olan bireyler, organ kaybı yaşanması durumunda tekrardan bir cihaza bağlı olarak yaşayacağı için diğer kronik hastalıklara göre ilaç kullanımının daha gerekli olduğunu düşünebilirler.

BMQ-T Spesifik gereklilik alt boyutu ile sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında sadece organ reddi yaşayan bireylerde spesifik gereklilik alt boyut puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.6). Spesifik gereklilik alt boyutundan alınan yüksek puan bireylerin ilaçların gerekliliğine dair inançlarının daha fazla olduğunu gösterir. Literatüre bakıldığında organ reddi yaşayan hastaların ilaç inanç düzeyini araştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Organ reddi yaşayan bireyler, organ kaybında düzenli ilaç kullanımının önemli bir etken olduğunu deneyimlediği için ilaçların gerekliliğine dair inançları daha yüksek olabilir.

BMQ-T spesifik gereklilik alt boyutu ile İÜÖ arasında anlamlı olarak pozitif yönlü bir ilişki vardır (Tablo 4.10). Literatür incelemesinde çalışmamızı destekleyen başka araştırmalarda mevcuttur (Branstetter ve ark., 2017; Bünemann ve ark., 2020; Fischer ve ark., 2018; George ve ark., 2005; Park ve ark., 2018). Hastalar ilaç kullanımının gerekli olduğunu düşündüğünden ilaç uyumlarının yüksek olması beklendik bir durumdur.

Çalışmaya katılan bireylerin ilaçlar hakkında inançlarının belirlenmesine yönelik kullanılan BMQ-T genel aşırı kullanım alt boyutunun puan ortalamasının (3.02 ± 0.65) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bireylerin genel aşırı kullanım alt

boyutundan yüksek puan alması, doktorların çok fazla ilaç reçete ettiğine dair güçlü inançlarını göstermektedir. Turan ve ark., (2020), Güngör, (2023) yaptığı çalışmalarda genel aşırı kullanım alt boyutunun puan ortalamasının orta düzey olarak belirlenmiştir.

Genel aşırı kullanım alt boyutu ile sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında geniş ailede yaşayan, organ reddi yaşamayan bireyler, ilaç kullanımı için hatırlatıcı kullananlar ve ilaç kullanımına yardım eden çalışmayan bireylerin genel aşırı kullanım alt boyut puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5) (Tablo 4.6). Turan ve ark., (2020) yılında astım ve KOAH hastalarıyla yaptığı çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak şehir merkezinde yaşayan ve lise mezunu olan bireylerin genel aşırı kullanım alt boyut puanını daha yüksek bulmuştur. Renal transplantasyon olan bireylerde immunsupresif ilaçların düzenli kullanımı için hatırlatıcı faktörlerin olması uyumu artırabilir. Böbrek sağ kalımı için birçok ilaç kullanıldığından doktorların çok fazla ilaç reçete ettiği düşünülebilir. Organ reddi yaşamayan bireylerde ise ilaç kullanımının greft sağ kalımında önemli bir faktör olmadığı fikrine kapılıp gereksiz ilaç kullanıldığı düşünülebilir.

Çalışmada BMQ-T genel aşırı kullanım alt boyut puanı ve İİÜÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark olmayıp (Tablo 4.10) yapılan bir araştırma çalışmamızı destekler niteliktedir (Mahler ve ark., 2012). Yapılan başka çalışmalarda ise genel aşırı kullanım alt boyut puanı yüksek olan bireylerde düzensiz kullanımın daha fazla olduğu görülmüştür (Güngör ve ark., 2023; Kasahun ve ark., 2022; Kul, 2018; Mahler ve ark., 2012).

Çalışmaya katılan bireylerin ilaçlar hakkında inançlarının belirlenmesine yönelik kullanılan BMQ-T genel zarar alt boyut puan ortalamasının orta düzeyde (2.98 ± 0.71) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bireylerin genel zarar alt boyutundan yüksek puan alması ilaçların zararlı olduğuna dair yüksek inanç durumunu gösterir. Turan ve ark.,

(2020), Güngör ve ark., (2023) kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmalarda da genel zarar alt boyut puanı orta düzey olarak belirlemiştir.

Genel zarar alt boyutu ile sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında geniş ailede yaşayan bireylerin puan ortalaması daha yüksek ölçülmüştür (Tablo 4.5). Literatür taraması yapıldığında geniş ailede yaşayan bireylerin genel zarar alt boyutu puan durumunun incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır. Geniş ailede yaşayan bireylerde daha sık kronik hastalık ve çoklu ilaç kullanımı görüldüğü için ilaç kullanımının daha çok hastalığa sebep olduğu düşünülebilir.

Çalışmada BMQ-T genel zarar alt boyut puanı ve İİÜÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.10). Yapılan başka çalışmalarda ise genel zarar alt boyutundan alınan daha yüksek puan düşük ilaç uyumu ile ilişkilendirilmiştir (Brandstetter ve ark., 2017; Fischer ve ark., 2018; Güngör ve ark., 2023; Kasahun ve ark., 2022; Kul, 2018). Bireylerin ilaçların zararlı olduğuna dair inanışları ilaç kullanımını olumsuz yönde etkilemiş olabilir. Bu çalışmaların aksine Turan ve ark., (2020) yaptığı çalışmada pozitif yönde bir ilişki olduğunu saptamıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin İİÜÖ aldığı ortalama puan 48.10 ± 7.11 olup ilaç uyumu yüksektir (Tablo 4.4.). Özdemir ve ark. (2020) karaciğer transplantasyonu, Güzel (2017) renal transplantasyon olan hastalar ile yaptıkları çalışmalarda da ilaç uyumları yüksek bulunmuştur. Ülkemizde yapılan başka çalışmalarda transplantasyon olan hastaların ilaç uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Koç, 2022; Yirmibeş, 2024). Renal transplantasyon olan hastalarda immunsupresif ilaç uyumu greft kaybını ve rejeksiyonu önlemek için çok önemlidir. Bu nedenle ilaç uyumunun yüksek olması istenilen bir durumdur.

Çalışmaya katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri ile İİÜÖ puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Eğitim seviyelerine göre

İİÜÖ puanları arasındaki fark anlamlı olmamakla beraber okuryazar olan bireylerin daha yüksek uyuma sahip olduğu görülmüştür. Güzel (2017) yaptığı çalışmada ise okuryazar olmayan bireylerin puan ortalamalarının yüksek olduğunu belirlemiştir. Yirmibeş (2024) yaptığı çalışmasında ise lise mezunu bireylerin ilaç uyumlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yapılan araştırmalarda her bir grup için alınan ölçek puanlarının yaklaşık olarak benzer olduğu eğitim durumunun immunsupresif ilaç uyumunu etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir.

Çalışmada İİÜÖ puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte kadınların puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4.7). Güzel (2024) yaptığı çalışmada benzer sonuca ulaşmıştır. Zhang ve ark. (2021), Wang ve ark. (2024), Xia ve ark. (2019) yaptıkları çalışmalarda erkeklerin ilaç uyumlarının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Bireylerin medeni durumları ile İİÜÖ alınan puanlar karşılaştırıldığında evli bireylerde ilaç uyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Evli bireylerde düzenli yaşam biçimi ve aile bireylerinin ilaç kullanımını hatırlatmasından dolayı uyum daha yüksek olabilir (Güzel, 2017; Güzel ve ark., 2024; Koç, 2022; Xia ve ark., 2019; Yirmibeş, 2024; Zhang ve ark.,2021).

İlaç uyum puan ortalamaları bireylerin çalışma durumu ile karşılaştırıldığında ev hanımlarında ilaç uyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Bu sırayı işçi ve emekliler takip etmektedir. Güzel'in (2017) Gaziantep'te yaptığı çalışmada ev hanımlarının ilaç uyumları daha yüksek bulunmuştur. Bölgesel yaşam şartları, farklı hasta gruplarında yapılmıştır. İlaç uyumuna çalışma durumunun etkilerini araştıran nitel çalışmalar yapılması önerilir.

Çalışmada yapılan transplantasyon türünde kadavradan yapılan renal transplantasyon olan bireylerin ilaç uyumları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). Koç

(2022) yaptığı çalışmada ise canlı donörden transplantasyon yapılan bireylerin ilaç uyumunun daha yüksek olduğunu bulmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalar da bu araştırma sonucunu desteklemektedir (Güzel, 2017; Güzel ve ark., 2024; Xia ve ark., 2019, Zhang ve ark., 2021). Kadavradan transplantasyon türünde transplantasyon ameliyatı için bekleme süresi canlı transplantasyon sürecine göre daha uzundur. Ayrıca donör havuzu kısıtlı olduğu için organ temininde sorun yaşanılmaktadır (Gülen ve Karaca, 2018). Bu sebeple hasta organ kaybetme riski ile karşılaştığında organ temin edebileceği başka kimse olmaması bireylerin ilaç uyumlarını etkilemiş olabilir.

Çalışmada transplantasyon sonrası ilaç kullanım süresi yıl ortalaması (4.89 ± 4.47) (Tablo 4.3) ile İİÜÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır (Tablo 4.9). Transplantasyon sonrası ilaç kullanım süresi azaldıkça İİÜÖ puan ortalamaları artmaktadır (Tablo 4.9). Literatürde bu çalışmayı destekleyen araştırmalar mevcuttur (Chisholm ve ark., 2007; Güzel ve ark., 2024; Köken ve ark., 2020; Patzer ve ark., 2016; Zhao ve ark., 2017). Transplantasyon sonrası dönemlerde bireylerin transplantasyon öncesi döneme dair sorunların ve korkularının yeni olması ayrıca zaman geçtikçe ortaya çıkan uyum ile böbreğini kaybetmeyeceğini düşünmesi sebebi ile ilaç uyumunun azalabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Renal transplantasyon sonrası hastaların ilaçlar hakkında inanç ve immunsupresif ilaç kullanımına uyumun belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şöyledir;

- Hastaların immunsupresif ilaç uyumlarının yüksek olduğu,
- Sosyodemografik özellikleri ile ilaç uyumları arasında bir ilişki olmadığına,
- Renal transplantasyondan sonra geçen süre uzadıkça ilaç uyumunun azaldığı,
- İlaçlara olan inançlarının orta düzeyde olduğu,
- Geniş ailede yaşayanların ilaçların yan etkilerine dair daha fazla endişe duyduğu,
- İlaç kullanımının gerekli olduğuna dair inançlar arttıkça ilaç uyumlarının arttığı,
- Daha önce organ reddi yaşayan bireylerin ilaçların gerekliliğine olan inançların daha fazla olduğu,
- Geniş ailede yaşayan, ilaç kullanımında hatırlatıcı kullanan, daha önce organ reddi yaşayanların doktorlar tarafından aşırı ilaç reçete edildiğine dair inançların daha fazla olduğu,
- Geniş ailede yaşayanlarda ilaçların zararlı olduğuna dair inançların daha fazla olduğu
- İİÜÖ toplam puan ortalamasındaki 1 birimlik artış BMQ-T spesifik gereklilik alt boyut puan ortalamasını 0.003 birimlik artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Bireylerin ilaç kullanımı sağlık profesyonelleri tarafından düzenli ve sık aralıklarla takip edilmelidir.
- Transplantasyon sonrası süre uzadıkça hastaların ilaç uyumları azaldığından daha yakından izlenmeleri önerilir.
- İmmünsüpresif ilaçların böbrek sağ kalımı için önemli bir etken olduğu konusunda hastalar bilinçlendirilmelidir.
- Renal transplantasyon sonrasında hastanın taburculuk eğitiminin etkinliği değerlendirilerek verilen eğitim bireye ve ihtiyaçlarına yönelik olmalıdır.
- İlaç inançlarına dair endişeler giderilerek ilaç kullanımı hakkında bilgi düzeyleri artırılarak ilaç uyumları arttırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Adam, D. (2022). Organ nakli sürecinde sosyal hizmet uzmanlarının rol ve görevleri: Böbrek nakli olgusu örneği üzerinden müdahale örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 1715-1717. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.1094357>
- Akıcı, M. (2017). Organ nakli komplikasyonları. C. Çevik, & P. Özyürek (Editörler), *Organ Nakli Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitapevleri.
- Akıncı, N., & Akıncı, S. (2022). Böbrek nakli yapılan hastalarda sosyo-demografik ve klinik özelliklerin immünosupresif uyumuna etkisinin değerlendirilmesi: tek merkezli çalışma. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 188-195. <https://doi.org/10.26453/otjhs.999666>
- Akıncı, N., & Özbaş, A. (2021). Böbrek nakli yapılan hastaların immunsupresif ilaç uyumunu arttırmaya yönelik yapılan uygulamaların etkinliği: Sistematik derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(3), 257-264.
- Aldemir, K., & Gürkan, A. (2018). Böbrek transplantasyonu sonrası üriner sistem infeksiyonları ve hemşirelik bakımı. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2(13), 71-76.
- Altınsoy, S., Özdemir, E., Baran, İ., Akelma, F., Arslan, M., & Ergil, J. (2020). Beyin ölümü tanısı alan hastaların değerlendirilmesi ve yeni yönetmeliğin tanı süresine etkisinin araştırılması. *Turkish Journal Intensive Care*, 18(1), 21-27. <https://doi.org/10.4274/tybd.galenos.2019.09825>
- Altuğ, N., & Aras, S. (2017). Kadavradan organ alma prosedürü. C. Çevik, & P. Özyürek (Editörler), *Organ Nakli Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitapevleri.
- Ammirati, A. (2020). Chronic kidney disease. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 1(1), 3-9. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S1.3>

- Arınsoy, T. (2019). Kronik böbrek hastalığı epidemiyolojisi. Y. Yeniçerioğlu, Ö. Güngör & M. Arıcı (Editörler), *Temel Nefroloji*, Güneş Tıp Yayınevleri.
- Baykal, D., & Yıldırım, D. (2022). Determining the relationship between nursing care perception and drug compliance in hypertensive patients. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(30), 36-42. <https://doi.org/10.5543/khd.2022.212947>
- Bilgiç, N. (2020). Kronik böbrek hastalıkları ile diyaliz birimlerinde hemşirelerin maliyet-etkililik ve verimliliğe etkisi, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 15(1), 23-29. <https://doi.org/10.47565/ndthdt.2020.3>
- Brandstetter, S., Finger, T., Fischer, W., Brandl, M., Böhmer, M., Pfeifer, M., & Apfelbacher, C. (2017). Differences in medication adherence are associated with beliefs about medicines in asthma and COPD. *Clinical and Translational Allergy*, 7(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s13601-017-0175-6>
- Burns, M., Pinsky, B., Parker, G., Johnson, P., Arcona, S., Buzinec, P., Chakravarti, P., Good, M., & Cooper, M. (2012). Factors related to immunosuppressant medication adherence in renal transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 26, 706–713. <https://doi.org/10.1111/j.1399-0012.2011.01589.x>
- Bünemann, M., Bauer, M., Klewitz, F., Tun, E., Tegtbur, U., Pape, L., Schiffer, L., Schiffer, M., Zwaan, M., & Nöhre, M. (2020). Beliefs about immunosuppressant medication and correlates in a German kidney transplant population. *Journal of Psychosomatic Research*, 132, 109989. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109989>
- Çalışkan, İ. ve Türkyılmaz, A. (2021). Böbrek nakli öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı. B. Yürügen (Editör). *Üriner Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yaklaşımları* (1. baskı, s. 37-44.). Türkiye Klinikleri.

- Chisholm, M. A., Lance, C. E., & Mulloy, L. L. (2005). Patient factors associated with adherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 62(17), 1775-1781. <https://doi.org/10.2146/ajhp040541>
- Chisholm, M., Kwong, W., & Spivey, C. (2007). Associations of characteristics of renal transplant recipients with clinicians' perceptions of adherence to immunosuppressant therapy. *Clinical Transplantation*, 84(9), 1145-1150. <https://doi.org/10.1097/01.tp.0000287189.33074.c8>
- Chisholm-Burns, M., Pinsky, B., Parker, G., Johnson, P., Arcona, S., Buzinec, P., Chakravarti, P., Good, M., & Cooper, M. (2012). Factors related to immunosuppressant medication adherence in renal transplant recipients. *Clinical Transplant*, 26, 706–713. <https://doi.org/10.1111/j.1399-0012.2011.01589.x>
- Cossart, A., Staatz, C. (2019). Investigating the barriers to immunosuppressant medication adherence in kidney transplant patients. *Nephrology*, 24(1), 102-110. <https://doi.org/10.1111/nep.13214>
- Çakır, Ü. (2016). Posttransplant erken dönemde İmmünsüpresif ilaç yönetimi. A. Türkmen (Editör), *Transplantasyon Nefrolojisi Pratik Uygulama Önerileri*, Türk Nefroloji Derneği.
- Çınar, M., Çınar, F.L., Açıkel, C., Yılmaz, S., Çakar, M., Horne, R., & Şimsek, L. (2016). Reliability and validity of the Turkish translation of the beliefs about medicines questionnaire (BMQ-T) in patients with Behçet's disease. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 102(6), 46-51. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-eular.4884>
- Din İşleri Yüksek Kurulu. (1980). T.C. Resmi Gazete, sayı: 396, 06 Mart 1980.

- Dinkçi, S., Kibar, F., Demir, E., Paydaş, S., Erdoğan, Ş., & Yaman, A. (2022). Böbrek nakli yapılan hastalarda nakil öncesi ve nakil sonrası enfeksiyon etkenlerinin sıklığı, *Çukurova Tıp Dergisi*, 47(3), 1051-1068. <https://doi.org/10.17826/cumj.1099130>
- Dirimeşe, E. (2018). Ameliyat öncesi dönemde hasta bakımı. S. Çelik ve N. Taşdemir (Editörler), *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Hasta Bakım*, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Drangsholt, S., Cappelen, U., Lippe, N., Hoiegggen, A., Os, I., & Brekke, F. (2019). Beliefs about medicines in dialysis patients and after renal transplantation. *Hemodialysis International*, 23(1), 117-125. <https://doi.org/10.1111/hdi.12717>
- Dunsmore, V. (2016). Periton diyalizi. A. Karadakovan (Editör), *Böbrek Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı*, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Ersoy, F. (2019). Periton diyalizi. Y. Yeniçerioğlu, Ö. Güngör ve M. Arıcı (Editörler), *Temel Nefroloji*, Güneş Tıp Yayınevleri.
- Fischer, W., Brandstetter, S., Brandl, M., Parmak, T., Böhmer, M., Pfeifer, M., & Apfelbacher, C. (2018). Specific, but not general beliefs about medicines are associated with medication adherence in patients with COPD, but not asthma: Cohort study in a population of people with chronic pulmonary disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 107, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.004>
- Geçkil, Ö., & Yavuz, M. (2017). Böbrek nakli ve hemşirelik bakımı. C. Çevik ve P. Özyürek (Editörler), *Organ Nakli Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitapevleri.
- George, J., Kong, D. C., Thoman, R., & Stewart, K. (2005). Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest*, 128(5), 3198-3204. <https://doi.org/10.1378/göğüs.128.5.3198>

- Gölbaşı, A. & Karadağ, M. (2024). Organ nakli mevzuat. E. Ölçücüoğlu ve A. Kadioğlu (Editörler), *Renal Transplantasyon Cerrahisi*, Nobel Tıp Kitabevi.
- Greenstein, S., & Siegal B. (1998). Compliance and noncompliance in patients with a functioning renal transplant: a multicenter study. *Transplantasyon*, 66(12), 1718-1726. <https://doi.org/10.1097/00007890-199812270-00026>
- Gül, M. (2020). Böbrek transplantasyonunun erken ve geç dönem cerrahi komplikasyonları. M. Dalkılıç (Editör), *Scientific Developments for Health and Life Sciences*. Gece Kitaplığı.
- Gülen, H., & Karaca, A. (2018). Organ transplantasyonu sürecinde donör eğitimi ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 83-88.
- Güler, S., Bayır, B., Kargın, M., & Kubilay, Ş. (2023). Immunosuppressive medication adherence and hopelessness level in kidney transplant patients. *Perspectives in Palliative & Home Care*, 2(2), 53-62. <http://dx.doi.org/10.29228/pphcjournal.70722>
- Günel, M., & Demirtaş, A. (2024). Kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı hastaların ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 11(1), 82-92. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1335296>
- Güzel, H. (2017). *Böbrek transplantasyonu yapılan hastaların immünsüpresif ilaç kullanımına uyum ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi*. (Tez No. 478767) [Yüksek Lisans Tezi, SANKO Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Güzel, H., Ovayolu, Ö., Ovayolu, N., & İlter, S. (2024). The relationship between compliance with immunosuppressive therapy and religious attitudes of kidney

- transplant patients. *Transplant Immunology*, 85, 102080.
<https://doi.org/10.1016/j.trim.2024.102080>
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The Beliefs about Medicines Questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health*, 14, 1–24.
<https://doi.org/10.1080/08870449908407311>
- Kamacı, D., & Şenel, S. (2024). Böbrek naklinde canlı donör hazırlığı. E. Ölçücüoğlu ve A. Kadioğlu (Editörler), *Renal Transplantasyon Cerrahisi*, Nobel Tıp Kitabevi.
- Karakan, M. (2024). Renal transplantasyonda İmmünsüpresif ilaçlar ve protokoller. E. Ölçücüoğlu ve A. Kadioğlu (Editörler), *Renal Transplantasyon Cerrahisi*, Nobel Tıp Kitabevi.
- Kasahun, A. E., Sendekie, A. K., Mekonnen, G. A., Sema, F. D., Kemal, L. K., & Abebe, R. B. (2022). Impact of personal, cultural and religious beliefs on medication adherence among patients with chronic diseases at university hospital in Northwest Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*, 16, 1787–1803.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S370178>
- Kasap, Y., & Uzun, E. (2024) Renal transplantasyonda alıcı hazırlığı. E. Ölçücüoğlu ve A. Kadioğlu (Editörler), *Renal Transplantasyon Cerrahisi*, Nobel Tıp Kitabevi.
- Kaya, E. (2010). Kadavradan organ alınması. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, 19(3), 217-228.
- Kızıltan, G. (2018). Son dönem böbrek yetmezliğinde tıbbi beslenme tedavisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 46, 48-56. <https://doi.org/10.33076/2018.BDD.1170>
- Koç, G. (2022). *Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda sağlık okuryazarlığının immünsüpresif ilaç uyumuna etkisinin incelenmesi* (Tez No. 782565) [Yüksek Lisans Dokuz Eylül Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

- Koçak, H. (2016). Posttransplant erken dönemde medikal komplikasyonlar. A. Türkmen (Editör), *Transplantasyon Nefrolojisi Pratik Uygulama Önerileri*, Türk Nefroloji Derneği.
- Köken, Z., Karahan, S., Sezer, R., & Abbasoğlu, O. (2020). Karaciğer transplantasyonu yapılan hastalarda immünsupresif ilaç kullanımına uyum: tek merkez deneyimi. *Ahi Evran Medical Journal*, 4(3), 88-95. <https://doi.org/10.46332/aemj.785045>
- Krauskopf, K., Federman, A., Kale, M., Sigel, K., Martynenko, M., Conor, N., Wolf, M., Leventhal, H., & Wisnivesky, J. (2015). Chronic obstructive pulmonary disease illness and medication beliefs are associated with medication adherence. *Informa Healthcare*, 12, 154-161. <https://doi.org/10.3109/15412555.2014.922067>
- Kul, Ö. (2018). *Kronik hastalıklarda ilaç tedavisi uyumu ve etkili faktörler* (Tez No. 503993) [Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Liu, J., Zhu, X., Yan, J., Gong, L., Wu, X., Liu, M., & Mao, P. (2021). Association between regulatory emotional self-efficacy and immunosuppressive medication adherence in renal transplant recipients: does medication belief act as a mediator? *Frontiers in Pharmacology*, 12, 368-559. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.559368>
- Mahler, C., Hermann, K., Horne, R., Jank, S., Jank, S., & Szecsenyi, J. (2012). Patients beliefs about medicines in a primary care setting in Germany. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(2), 409–413. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01589.x>
- Massey, E., Tielen, M., Laging, M., Timmar, R., Beck, D., Khemai, R., Vangelder, T., & Weimer, W. (2015). Discrepancies between beliefs and behaviors A prospective study of immunosuppressive medication adherence after kidney transplantation. *Transplantasyon*, 99(2), 375-380. <https://doi.org/10.1097/TP.0000000000000608>

- Mohamed, A. (2017). *Yetişkin böbrek nakli alıcılarının immünosupresif tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Tez No. 484729) [Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Nerini, E., Bruno, F., Citterio, F., & Schena, F. (2016). Nonadherence to immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: can technology help? *Nephrology Journal*, 29, 627–636. <https://doi.org/10.1007/s40620-016-0273-x>
- Nevins, T., Peter, N., & Çiy, M. (2017). Understanding medication nonadherence after kidney transplant. *Journal of the American Society of Nephrology*, 28(8), 2290-2301. <https://doi.org/10.1681/ASN.2017020216>
- Ok, E. (2019). Hemodiyaliz. Y. Yeniçerioğlu, Ö. Güngör ve M. Arıcı (Editörler), *Temel Nefroloji*, Güneş Tıp Yayınevleri.
- Ordin, Y., Karayurt, Ö., Ertan, N., & Yıldız, S. (2018). Böbrek Nakli Alıcılarında İmmünosupresif Tedaviye Uyumun Farklı Yöntemler ile Değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 27(3), 254-261. <https://doi.org/10.5262/tndt.2018.3147>
- Ören, E. (2018). *Böbrek nakli yapılmış hastaların immünosupresif tedaviye uyum düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi* [Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Özbek, M., & Erbaydar, N. (2024). Kronik böbrek hastalığının küresel yükünün incelenmesi. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 9(3), 354-65. <https://doi.org/10.35232/estudamhds.1475552>
- Özdemir, Z. (2015). *Solid organ transplantasyonu yapılan hastalara yönelik immünosupresif ilaç kullanımına uyum ölçeğinin geliştirilmesi*. (Tez No. 409659) [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.

- Özmen, D., Zorlu, D., & Dinçel, N. (2023). Kronik böbrek hastalığında beslenme. *İzmir Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(4), 219-225. <https://doi.org/10.57221/izmir.1198911>
- Park, H., Seo, S., Yoo, H., Lee, K. (2018). Medication adherence and beliefs about medication in elderly patients living alone with chronic diseases. *Patient Preference and Adherence*, 12, 175. <https://doi.org/10.2147/PPA.S151263>
- Patzer, R., Serper, M., Reese, P., Przytula, K., Koval, R., Ladner, D., Levitsky, J., Abecassis, M., & Wolf, M. (2016). Medication understanding, non-adherence, and clinical outcomes among adult kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 30(10), 1294-1305. <https://doi.org/10.1111/ctr.12821>
- Pektaş, B. (2017). Organ naklinde immünsüpresyon. C. Çevik, & P. Özyürek (Editörler), *Organ Nakli Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitapevleri.
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2022). *Sağlık istatistikleri yıllığı*. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2022). *Diyaliz tedavi yöntemlerinin seçimi ve değiştirilmesi klinik protokolü*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Araştırma, Gelişme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı. https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/diyaliz_kp_30052022.pdf
- Samuelyan, N. (2023). *Kronik ilaç tedavisi alan hastalarda tedavi uyumunun değerlendirilmesi* (Tez No. 815272) [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Süleymanlar, G. (2019). Böbreğin anatomisi ve fizyolojisi. Y. Yeniçerioğlu, Ö. Güngör, & M. Arıcı (Editörler), *Temel Nefroloji*, Güneş Tıp Kitabevleri.

- Süleymanlar, G. (2021). Kronik böbrek hastalığının epidemiyolojisi ve fizyopatolojisi. Ö. Güngör, İ. Koçyiğit, S. Ulu, B. Tokgöz, M. Arıcı, & K. Ateş (Editörler), *Türk Nefroloji Derneği Nefroloji Kitabı*, Akademisyen Kitabevi.
- Szumilas, K., Milk, A., Wisniewski, P., Gimpel, A., Dziedziejko, V., Kipp, M., & Pawlik, A. (2023). Current status regarding immunosuppressive treatment in patients after renal transplantation. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(12), 103-101. <https://doi.org/10.3390/ijms241210301>
- Şimşek, M. (2017). Nakil İmmünolojisi. C. Çevik ve P. Özyürek (Editörler), *Organ Nakli Hemşireliği*, Nobel Tıp Kitapevleri.
- Taşdemir, N. (2024). Ameliyat sonrası dönemde hasta bakımı. S. Çelik ve N. Taşdemir (Editörler), *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarında Hasta Bakım*, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (07.11.2023). Türkiye’de organ bağışı bilinci ve nakil sayıları umudu artıyor. <https://www.saglik.gov.tr/TR-100600/turkiyede-organ-bagisi-bilinci-ve-nakil-sayilari-umudu-artiyor.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Türkiye’de nefroloji, diyaliz ve transplantasyon. https://nefroloji.org.tr/uploads/pdf/REGISTRY2022_web.pdf
- Tayaz, E., & Koç, A. (2020). Hemodiyaliz tedavisi alan kronik böbrek yetmezliği hastalarında semptom yönetimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 147-156. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.441384>
- Temiz, G., & Kaya, A. (2017). Böbrek nakli sonrası bireylerde görülen psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2(12), 78-83.

- Tosun, B., Pörücü, C., Karadurmuş, N., & Ünal, N. (2021). İmmünoterapi alan kanser hastalarında ilaç tedavisine inancı etkileyene faktörlerin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 12(2), 251-259.
- Töz, H. (2016). Transplantasyona hazırlık alıcı. A. Türkmen (Editör), *Transplantasyon Nefrolojisi Pratik Uygulama Önerileri*, Türk Nefroloji Derneği.
- Tuğlular, S. (2019). Kronik böbrek hastalığı: Etiyopatogenezi, tanı ve değerlendirme. Y. Yeniçerioğlu, Ö. Güngör ve M. Arıcı (Editörler), *Temel Nefroloji*, Güneş Tıp Yayınevleri.
- Tuna, D., Ovayolu, N., & Kes, D. (2018). Hemodiyaliz hastalarında sık karşılaşılan problemler ve çözüm önerileri. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(13), 17-23.
- Tuncer, M., & Khorshid, L. (2018). Böbrek nakli hastalarında immünosüpresan tedaviye uyum ve hemşirenin sorumlulukları. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(13), 26-31.
- Turan, G., Özer, Z., & Karaman, S. (2020). Koah ve Astım Hastalarının Tedaviye Uyum ve Tedavi İnaçlarının Değerlendirilmesi. *4 th International Hippocrates Congress on Medical and Health Sciences*.
- Türkiye Transplantasyon, Diyaliz ve İzlem Sistemleri. (04.02.2025). <https://organkds.saglik.gov.tr/DSS/PUBLIC/PublicDefault2.aspx>
- Türkman, A. (2016). Posttransplant BKV enfeksiyonu. A. Türkmen (Editör), *Transplantasyon Nefrolojisi Pratik Uygulama Önerileri*, Türk Nefroloji Derneği.
- Tüzüner, A., Çelik, S. (2016). Posttransplant erken dönem cerrahi komplikasyonlar. A. Türkmen (Editör), *Transplantasyon Nefrolojisi Pratik Uygulama Önerileri*, Türk Nefroloji Derneği.

- Uzoğlu, Ö., & Bakır, G. (2024). Böbrek hastalıkları cerrahisinde hemşirelik bakımı. G. Bakır (Editör), *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*, Serüven Yayınevi.
- Uzun, Ö. (2020). Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 36-45.
- Velidedeoğlu, M. (2018). Transplantasyon. M. F. Özçelik (Editör), *Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları*, Türk Cerrahi Derneği Yayınları.
- Vilhemsdottir, H., & Johannsson, M. (2017). Icelanders' beliefs about medicines: Use of BMQ. *Laeknabladid*, 103(2), 67-72. <https://doi.org/10.17992/lbl.2017.02.120>
- Wang, L., Fang, C., Nie, M., Zhu, L., Liu, S., & Li, H. (2024). Mediating role of inner strength in the relationship between medication literacy and medication adherence among kidney transplant patients. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*, 49(6), 961-971. <https://doi.org/10.11817/j.issn.1672-7347.2024.240215>
- Weng, F., Chandwani, S., Kurtyka, K., Zacker, C., Chisholm-Burns, M., & Demissie, K. (2013). Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months post-transplant: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 14, 261. <https://doi.org/10.1186/1471-2369-14-261>
- World Health Organization. (07.08.2024). The top 10 causes death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Xia, B., Yan, J., & Liu, J. (2019). Beliefs of immunosuppressive medication among chinese renal transplant recipients, as assessed in a cross-sectional study with the basel assessment of adherence to immunosuppressive medications scale. *Transplantation Proceedings*, 51(3), 742-748. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.10.029>
- Yavaşçaoğlu, İ., & Aydın, Y. (2024). Kadavra Nefrektomisi. E. Ölçücüoğlu ve A. Kadioğlu (Editörler), *Renal Transplantasyon Cerrahisi*, Nobel Tıp Kitabevi.

- Yavuz, Y., Sevinç, C., & Koçyiğit, İ. (2017). Kronik böbrek yetmezliği. T. Arınsoy, Ö. Güngör ve İ. Koçyiğit (Editörler), *Böbrek Fizyopatolojisi*, Reaktif Yayınevi.
- Yıldırım, M., Taşkiran, E., Erbaş, O., & Akar, H. (2016). Kronik böbrek hastalığında böbrek naklinin rolü ve böbrek naklinde canlı verici adayının değerlendirilmesi. *FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi*, 1(2), 67-71.
- Yıldız, A. (2019). Böbrek nakli. Y. Yeniçerioğlu, Ö. Güngör ve M. Arıcı (Editörler), *Temel Nefroloji*, Güneş Tıp Yayınevleri.
- Yılmaz, F., & Çolak, M. (2018). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde ilaç inancının ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 3(2), 113-121. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2017-58835>
- Yirmibeş, G. (2024). *Böbrek nakli yapılan hastalarda kadercilik anlayışının ve immünsupresif tedaviye uyumun incelenmesi* (Tez No. 862739). [Yüksek Lisans Tezi, Sabahattin Zaim Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Yücel, K., 2021. *Renal transplantasyon hastalarında immünsupresif tedavinin takibi ve tedaviye uyuncun iyileştirilmesi*. (Tez No. 670517) [Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Zhang, P., Zhu, X., Yan, J., & Liu, J. (2021). Identification of immunosuppressive medication nonadherence factors through a combined theory model in renal transplant recipients. *Frontiers in Pharmacology*, 26(12), 6-12. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.655836>
- Zhao, L., Yan, J., Yang, G., & Liu, Y. (2017). A study on adherence to follow-up, quality of life, and associated factors among renal transplant recipients in china. *Transplantation Proceedings*, 49(6), 1285-1290. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2017.03.086>

EKLER

EK-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Zuhal KÖSE
Öğrencinin Numarası	
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%5	% 15
II. Genel Bilgiler	%2	% 35
III. Materyal ve Metod	%18	% 35
IV. Bulgular	%15	% 15
V. Tartışma	%6	% 20

Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.

EK-2. Etik Kurul Onay Form

	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Bölümü : Dekanlık Servisi : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/ 447 Konu : Etik Kurul Kararı	
21.02.2024	
Sayın: Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi	
Değerlendirilmek üzere Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz “Renal Transplantasyon Hastalarında İlaçlar Hakkında İnanç ve İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyumunun Belirlenmesi” isimli bilimsel <u>tez</u> çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.	



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Renal Transplantasyon Hastalarında İlaçlar Hakkında İnanç ve İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyumunun Belirlenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:1 Karar No:79	Tarih:21.02.2024
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. Tez Çalışması İzin Yazısı

	T.C. ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı	
Sayı : E-42190979-000-2400156270		13.05.2024
Konu : Tez Çalışma İzin Talebi		
İÇ HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA		
İlgi : 13.05.2024 tarihli ve E-45361945-000-2400155092 sayılı belge.		
Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Zühal KÖSE'nin "Renal Transplantasyon Hastalarında İlaçlar Hakkında İnanç ve İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyumunun Belirlenmesi" konulu tez çalışması uygulamasını 15 Mayıs 2024-15 Aralık 2024 tarihleri arasında Yan Dalımız Nefroloji kliniği ve polikliniklerinde yapmasında bir sakınca yoktur.		
Bilgilerinize arz ederim.		

EK-4. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi Kullanım İzni



muhammet cınar
Siz kişisine

19 May 2023



BMQ-T
DOCX - 35 KB

Zuhal Hanım Merhaba,
Ekte gönderdim, Orijinaline atıf yapmayı unutmayın

İyi çalışmalar Dilerim

Muhammet ÇINAR

zuhal aydemir
yazdı (19 May 2023 09:00):

şunları

Sayın Muhammet Çınar hocam, ben Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezim için renal transplantasyon hastalarıyla yapacağımız çalışmada sizlerin Behçet hastalarında geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız İlaçlar Hakkında İnançlar Ölçeğini izniniz olursa kullanmak istiyorum.
Teşekkürler..

Windows için [Posta](#) ile gönderildi

EK-5. İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Kullanım İzni



ZELİHA ÖZDEMİR KÖKEN
Siz kişisine

11 Nis 2023



İMMÜNSUPRESİF İLAÇ KULLANIMINA UYUM Ö...
DOCX - 17 KB

Sayın Zuhal Aydemir,

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeğin renal transplantasyon yapılan hastalarda kullanımı uygundur. Kullanım amacınıza göre elbette ölçeği tek başına kullanabilirsiniz.

Ölçeği ve ölçeğin kullanım yönergesini ekte iletiyorum. Çalışma verilerinin toplanmasına yönelik önerim; ölçeği hastanın kendisinin doldurmaması, soruların hastaya araştırmacı tarafından yöneltilmesidir.

Çalışmanızda ölçeğe atıf için aşağıda gönderdiğim bilgileri kullanmanızı rica ediyorum.

Atıf için: Özdemir Köken Z, Talas MS, Gökmen D.
Development and Psychometric Testing of the Turkish
Immunosuppressive Medication Adherence Scale. Turk J
Nephrol 2019; 28(2):120-6.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

İzmit, 11 Nisan 2023

EK-6. Tanıtıcı Bilgi Formu

Adınız-Soyadınız:

1. Yaşınızı yazınız:.....

2. Cinsiyet

☐ Kadın ☐ Erkek

3. Medeni Durum

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul

4. Çocuk sahibi olma durumunuz

☐ Var (Çocuk Sayısı:) ☐ Yok

5. Eğitim Durumunuz

☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Önlisans
☐ lisans ve üzeri

6. Çalışma Durumunuz

☐ Ev hanımı ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Serbest meslek ☐ Emekli
☐ Çalışmıyor

7. Sağlık Güvenceniz

☐ Emekli Sandığı ☐ SSK ☐ Özel Sağlık Sigortası ☐ Bağ-kur
☐ Yeşil Kart

8. Gelir durumunuzu göz önünde bulundurduğunuzda sizce aşağıdaki kategorilerden hangisi sizin için uygundur?

☐ Geliri giderinden az ☐ Geliri giderine eşit ☐ Geliri giderinden fazla

9. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile

10. Transplantasyon tarihi:

11. Donör tipi:

☐ Kadavra ☐ Canlı (akraba:.....) ☐ Canlı (akraba değil:.....)

12. Daha önce rejeksiyon (organ reddi) yaşadınız mı ?

☐ Evet ☐ Hayır

13. Kaç defa nakil oldunuz?

☐ Bir ☐ Birden çok (Kaçınıcı olduğunu yazınız.....)

14. İlaçlarınız hakkında eğitim aldınız mı? (Etkileri, yan etkileri, ilaçlarınızı alma sıklığı vb.)

☐ Evet (Kim tarafından bilgi aldınız belirtir misiniz.....) ☐ Hayır

15. İlaç kullanımında hatırlatıcılar kullanıyor musunuz?

☐ Evet (Evet ise ne kullandığınızı belirtiniz.....) ☐ Hayır

16. İlaç kullanımına yardımcı kişi /kişiler

☐ Var (Var ise aşağıdaki bilgileri yazınız.) ☐ Yok

Yakınlığı:

Yaşı:

Eğitim Durumu:

☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Önlisans

☐ Üniversite ☐ Lisansüstü

Çalışma Durumu:

☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor

17. Kullandığınız ilaçlar (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Prograf-Adoport-Panolimus-Advagraf (Tacrolimus)
- ☐ Sandimmun (Siklosporin)
- ☐ Certican (Everolimus)
- ☐ İmuran (Azotiopürin)
- ☐ Myfortic (Mycophenolate sodyum)
- ☐ Cellcept (Mycophenolate mofetil)
- ☐ Deltacortril (prednisolon)
- ☐ Diğer.....

18. Kronik hastalığınız var mı?

- ☐Evet ☐Hayır
Evet ise yazınız.....



EK-7. İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi

Sayın katılımcı,

Bu ankette sizlere reçete edilen ilaçlarınız hakkındaki ve genel olarak ilaçlar hakkındaki kişisel görüşlerinizi sormak istiyoruz. Lütfen, fikrinizi en iyi yansıtan ifadeyi işaretleyiniz.

1. Şu anki sağlığım ilaçlarıma bağlıdır.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum

2. İlaç almak zorunda olduğum için endişeleniyorum.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum

3. İlaçlarım olmasa hayatım yaşanmaz olurdu.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum

4. İlaçlarım olmasa çok hasta olurum.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum

5. Bazen ilaçlarımın uzun vadeli etkileri nedeniyle endişeleniyorum.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum

6. İlaçlarım benim için bir sır gibi.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum

7. Gelecekteki sağlığım ilaçlara bağlı olacak.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum

8. İlaçlarım hayat düzenimi bozuyor.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum

9. Bazen ilaçlara çok bağımlı olmaktan endişe ediyorum.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum

10. İlaçlarım beni daha kötü olmaktan korur.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum

11. Doktorlar çok fazla ilaç reçete ediyorlar.
☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum
12. İlaç kullanan insanlar bazen tedavilerine ara vermelidir.
☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum
13. İlaçların çoğu bağımlılık yapar.
☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum
14. Doğal çareler, ilaçlardan daha güvenlidir.
☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum
15. İlaçların yarardan çok zararı var.
☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum
16. Tüm ilaçlar zehirdir.
☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum
17. Doktorlar ilaçlara çok fazla güvenmektedir.
☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum
18. Eğer doktorlar hastalarla daha fazla zaman geçirse, daha az ilaç reçete ederler.
☐ Kesinlikle katılıyorum ☐ Katılıyorum ☐ Kararsızım
☐ Katılmıyorum ☐ Kesinlikle katılmıyorum

EK-8. İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği

Sayın katılımcı,

Bu ölçek sizin immünsüpresif ilaçlarınıza uyumunuzu değerlendirmek için yapılmaktadır. Lütfen sizin için en uygun olan seçeneği seçiniz.

1. İmmünsüpresif ilacınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık Sık ☐ Her zaman

2. Kendinizi iyi hissettiğinizde doktorunuza danışmadan immünsüpresif ilaç almayı bıraktığınız olur mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık Sık ☐ Her zaman

3. Günlük uğraşlarınız (okul ya da iş gibi) nedeniyle immünsüpresif ilaç saatini aksattığınız ya da dozunu kaçırdığınız olur mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık Sık ☐ Her zaman

4. Almayı unuttuğunuz immünsüpresif ilacınızı hatırladığınızda (2-3 saat içinde) hemen alır mısınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık Sık ☐ Her zaman

5. İmmünsüpresif ilaçlarınız tükendiğinde yenisini almayı geciktirdiğiniz olur mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık Sık ☐ Her zaman

6. İmmünsüpresif ilaç aldığınız saatleri yemek saatinize göre ayarlar mısınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık Sık ☐ Her zaman

7. Her gün immünsüpresif ilaç kullanmak sizi zorladığı için ilaçlarınızı almayı aksattığınız olur mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık Sık ☐ Her zaman

8. Çok sayıda immünsüpresif ilaç kullanmak sizi zorladığı için ilaçlarınızı almayı aksattığınız olur mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık Sık ☐ Her zaman

9. Geçtiğimiz iki haftayı düşünürsek immünsüpresif ilaç dozlarınızı önerilenden daha az aldığınız oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

10. Geçtiğimiz iki haftayı düşünürsek immünsüpresif ilaç dozunuzu kaçırdığınız / atladığınız oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

11. Geçtiğimiz iki haftayı düşünürsek immünsüpresif ilacınızı normal zamanından birkaç saat önce ya da sonra aldığınız oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

EK-9. Erişkin Hastalar İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırma Projesinin Adı: Renal Transplantasyon Hastalarında İlaçlar Hakkında İnanç ve İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum

Sorumlu Araştırmacının Adı: Hatice Polat

Diğer Araştırmacıların Adı: Zuhal Köse

Destekleyici (varsa):-

“Renal Transplantasyon Hastalarında İlaçlar Hakkında İnanç ve İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde kronik böbrek hastalığının olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, Dr. Hatice Polat sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Yapılacak çalışma renal transplantasyon hastalarında ilaçlar hakkında inanç ve immünsüpresif ilaç kullanımına uyumunun belirlenerek kanıtlar sunması açısından bu öncelikli alanlardan kronik hastalıklarda bakım ve hasta eğitimi, kronik hastalığı olan birey ve bakım verenlerde psikososyal problemler ve yaklaşımlar, sağlık ve kaliteli yaşam alanlarına katkı sağlaması amacı ile yapılacaktır. Açık adı; “Renal Transplantasyon Hastalarında İlaçlar Hakkında İnanç ve İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyumunun Belirlenmesi” olan tez önerisi konumuzun İç Hastalıkları Hemşireliği ile ilgili çalışmalara kaynak oluşturması, yararlanılması, örnek teşkil etmesi ve katkı sağlaması amacıyla oluşturulmuştur. Çalışmada 183 hastaya ulaşılması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Yapılacak olan görüşmede veri toplamak için katılımcıların kişisel özelliklerini belirlemek için Tanıtıcı Anket Formu, İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği ve İlaçlar Hakkında İnançlar Anketi kullanılacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

1. Yapılacak olan bu çalışmada herhangi bir risk ya da rahatsızlık bulunmamaktadır.

Çalışmada yer almaman yararları nelerdir?

Hastalığa sahip bireylerin ilaç kullanım inançları ve ilaç uyumları ile ilgili bilgi birikimine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmaman maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI
GÖREVİ
TELEFON

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜTF Anabilim dalında, Dr. tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim)*. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Hatice Polat, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 25240 Yakutiye/Erzurum ve’ten arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres.

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres.

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres.

Tel:

İmza:

Tarih:

EK-10. Tez Adı Değişikliği Bildirim Formu

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences
TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU	
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Zuhal KÖSE
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığına	
Danışmanlığınızı yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan ana bilim dalımız öğrencisinin tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 05.02.2025 Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT	
Değişiklik Türü	Tez adı değişikliği ☒
Tezin Eski Adı	Renal transplantasyon hastalarında ilaçlar hakkında inanç ve immünsüpresif ilaç kullanımına uyumunun belirlenmesi
Tezin Yeni Adı	Renal transplantasyon hastalarında ilaçlar hakkında inanç ve immünsüpresif ilaç kullanımına uyumun belirlenmesi
Tezin İngilizce Adı	Determination of Medication Beliefs and Immunosuppressive Medication Compliance in Renal Transplantation Patients
Değişikliğin Gerekçesi	Tez savunma sınavı jüri üyeleri önerisi