

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

BÖBREK NAKLİ YAPILAN HASTALARDA
KADERCİLİK ANLAYIŞININ VE İMMÜNSUPRESİF
TEDAVİYE UYUMUN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ganime YİRMİBEŞ

İstanbul
Şubat-2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

BÖBREK NAKLİ YAPILAN HASTALARDA KADERCİLİK
ANLAYIŞININ VE İMMÜNSUPRESİF TEDAVİYE UYUMUN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ganime YİRMİBEŞ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Neslihan TEKE

İstanbul
Şubat-2024

Ganime YIRMİBEŞ

**BÖBREK NAKLİ YAPILAN HASTALARDA KADERCİLİK ANLAYIŞININ
VE İMMÜNSUPRESİF TEDAVİYE UYUMUN İNCELENMESİ**

Şubat-2024

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Teke

Üye: Prof. Dr. Ayşe Nefise Bahçecik

Üye: Doç. Dr. Berna Dinçer

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Kadercilik Anlayışının ve İmmüsupresif Tedaviye Uyumun İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Ganime YİRMİBEŞ

ÖN SÖZ

Araştırmamdaki her aşamada bana yardımcı olan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Neslihan Teke'ye, eğitim alanında dersleriyle bize vizyon katan çok değerli hocamız Prof. Dr. Ayşe Nefise Bahçecik'e, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteklerini esirgemeyen sevgili eşim Muttalip Yirmibeş'e, değerli hocam Prof. Dr. Elif Doğan'a, Dr. Süleyman Yüksel'e, Dr. Emre Demirci'ye ve aileme teşekkürlerimi sunarım.

Ganime Yirmibeş
Şubat-2024

ÖZET

BÖBREK NAKLİ YAPILAN HASTALARDA KADERCİLİK ANLAYIŞININ VE İMMÜNSUPRESİF TEDAVİYE UYUMUN İNCELENMESİ

Ganime YİRMİBEŞ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Neslihan TEKE

Şubat, 2024 -103 Sayfa

Çalışmanın amacı böbrek nakli yapılan hastalarda kadercilik anlayışı ve immünsupresif tedaviye uyumun incelenmesidir. Araştırmanın türü tanımlayıcı ve kesitseldir. Araştırmanın evrenini İstanbul ve Kastamonu illerindeki seçilen hastanelerin nefroloji polikliniğinde takipli 117 böbrek nakli yapılan hasta oluşturmaktadır. Veriler, hastalardan yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği” ile “Kadercilik Eğilimi Ölçeği” kullanılmıştır. Hastaların %62’si erkek olup yaş ortalaması $47,55 \pm 13,14$ ’dür ve %76’sı evlidir. Hastaların %66’dan fazlası bir yıldan daha kısa sürede böbrek nakli olmuştur. Hastaların kullandığı ilaç sayısının ortalaması $6,96 \pm 3,35$ ’tir. İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği’nin ortalaması $46,34 \pm 6,14$ ’dir. Kadercilik Eğilimi Ölçeği’nden alınan değerlerin toplam ortalaması ise $75,37 \pm 9,51$ ’dir. İmmünsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamaları ile kadercilik ölçeği puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizi yapılmıştır. Katsayılara bakıldığında -0,246 korelasyon katsayısı ve 0,013 anlamlılık değeri tespit edilmiştir. Buna göre iki ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon olmakla beraber ters yönlü bir korelasyon olduğu görülmektedir. Araştırmada kadercilik eğilimi yüksek olan hastaların tedaviye uyumlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Transplantasyonu, Kadercilik Eğilimi, İmmünsupresif Tedavi, Tedaviye Uyum.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE UNDERSTANDING OF FATALISM AND ADHERENCE TO IMMUNE SUPPRESSIVE THERAPY IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS

Ganime YİRMİBEŞ

Thesis Advisor: Assistant Professor Dr. Neslihan TEKE

February, 2024 - 103 Pages

The purpose of this study is to explain an understanding of fatalism and adherence to immune suppressive therapy in kidney transplant patients. The type of research is cross-sectional. The study population consists 117 kidney transplant patients who were followed up in the nephrology polyclinics of chosen hospitals in Istanbul and Kastamonu provinces. Data were collected from patients using face-to-face interview technique. As data collection tools, the "Personal Information Form", and "Immunosuppressive Medication Adherence Scale "and the "Fatalism Tendency Scale" were used. % 62 of the patients are men. The average of the patients is $47,55 \pm 13,14$ years and %76 are married. More than %66 of patients received transplants in less than a year. The average number of medications used by patients is 6.96 ± 3.35 . The mean of The Immunosuppressive Medication Adherence Scale is 46.34 ± 6.14 . The average of the values taken from the Fatalism Tendency Scale is 75.37 ± 9.51 . Correlation analysis was conducted between the immunosuppressive drug use compliance scale mean scores and the fatalism scale score mean points. Looking at the coefficients, a correlation coefficients of -0.246 and a significance value of 0.013 were determined. As a result, the study found that patients with a high tendency towards fatalism had low compliance with treatment.

Keywords: Kidney Transplant, Fatalism Tendency, Immunosuppressive Treatment, Compliance with treatment.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR	x
BİRİNCİ BÖLÜM	
GİRİŞ	1
İKİNCİ BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Böbreğin Anatomisi ve Fizyolojisi	3
2.2. Kronik Böbrek Hastalığı	3
2.3. Kronik Böbrek Hastalığının Evrelemesi	4
2.4. Kronik Böbrek Hastalığının Etiyolojisi	6
2.5. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi.....	7
2.6. Kronik Böbrek Hastalığında Belirti ve Bulgular.....	8
2.7. Kronik Böbrek Hastalığında Tanı.....	8
2.8. Kronik Böbrek Hastalığı'nın Komplikasyonlar.....	9
2.8.1. Hipertansiyon.....	9
2.8.2. Dislipidemi.....	10
2.8.3. Anemi.....	10
2.8.4. Kronik Böbrek Hastalığına Bağlı Kemik Hastalığı	12
2.8.5. Kronik Böbrek Hastalığına Bağlı Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)	12
2.8.6. Metabolik Asidoz.....	13

2.8.7. Enfeksiyon Riski.....	13
2.8.8. Diğer komplikasyonlar.....	14
2.9. Kronik Böbrek Hastalığı'nın Önlenmesi, İzlemi ve Tedavisi.....	14
2.10. Renal Replasman Tedavisi.....	17
2.11. Böbrek Transplantasyonu.....	20
2.11.1. Transplantasyon Öncesi Değerlendirme.....	22
2.11.2. Transplantasyonun Cerrahi Süreci.....	23
2.11.3. Transplantasyonu Sonrası Değerlendirme.....	24
2.12. Böbrek Transplantasyonu Sonrası Görülen Komplikasyonlar.....	24
2.12.1. Akut Allogreft Rejeksiyonu.....	24
2.12.2. Nörolojik Komplikasyonlar.....	25
2.12.3. Gecikmiş Greft Fonksiyonu (GGF).....	26
2.12.4. Kardiyovasküler Komplikasyonlar.....	27
2.12.5. Enfeksiyon.....	27
2.12.6. Diyabet Mellitus.....	27
2.12.7. Transplantasyon Sonrası Malignite.....	28
2.12.8. Transplantasyon Sonrası Hipertansiyon.....	28
2.12.9. Diğer komplikasyonlar.....	29
2.12.10. Diyalize geri dönme.....	29
2.13. Böbrek Transplantasyonunda Bakım ve Hemşirelik.....	29
2.14. Böbrek Transplantasyonunda İmmünsupresif Tedavi.....	30
2.14.1. İndüksiyon Tedavisi.....	31
2.14.2. İdame Tedavi.....	32
2.15. İmmünsupresif Tedaviye Uyum ve Hemşirelik Rollerini.....	36
2.16. Kadercilik Eğilimi.....	38
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	42
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	42
3.2. Evren ve Örneklem.....	42
3.3. Veri Toplama Araçları.....	43
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	43
3.3.2. İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği.....	43

3.3.3. Kadercilik Eğilimi Ölçeği	44
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	44
3.5. Verilerin Toplanması	44
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	45
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	45
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	45
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	
BULGULAR	46
4.1. Hastaların Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular	47
4.2. Hastalığa Yönelik Özellikler	48
4.3. Kadercilik Eğilimi Ölçeği ve Alt Boyutları İle İlgili Bulgular	49
4.4. İmmünespresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği İle İlgili Bulgular	49
4.5. Karşılaştırma Testleri	50
4.5.1. Kadercilik Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	51
4.5.2. İmmünespresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	53
4.6. İmmünespresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Ve Kadercilik Eğilimi Ölçek Sonuçlarının Regresyon Analizi	56
4.7. Model Katsayıları.....	57
BEŞİNCİ BÖLÜM	
TARTIŞMA	58
ALTINCI BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER	64
KAYNAKÇA	65
EKLER	81
ÖZGEÇMİŞ	91

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: Kronik Böbrek Hastalığının Risk Faktörleri.....	6
Tablo 2.2: Türkiye’de 2021 yılında RRT seçeneklerinden ilk olarak HD’ye başlayan hastaların etiyojisine göre dağılımı.....	7
Tablo 2.3: Kronik Böbrek Hastalığında hemoglobinin ölçüm sıklığı.....	11
Tablo 2.4: 2021 yılında böbrek transplantasyonu yapılan hastaların verici kaynağına göre dağılımı	20
Tablo 2.5: 2021 yılında böbrek transplantasyonu yapılan hastaların yıl sonu itibariyle son duruma göre dağılımı.....	22
Tablo 2.6: Transplantasyon sonrası hasta kontrol sıklığı.....	31
Tablo 2.7: İmmünespresif ilaçların etki mekanizması ve yan etkileri	35
Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	47
Tablo 4.2: Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	48
Tablo 4.3: Kadercilik Eğilimi Ölçeği İle İlgili Bulgular.....	48
Tablo 4.4: İmmünespresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği İle İlgili Bulgular	49
Tablo 4.5: Kadercilik Eğilimi Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.6: Kadercilik Eğilimi Ölçeği ve Eğitim Durumu Korelasyon Sonuçları... ..	51
Tablo 4.7: İmmünespresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 4.8: İmmünespresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Eğitim Durumu, Nakil Bekleme Süresi ve Sigara Kullanımı Korelasyon Sonuçları... ..	54
Tablo 4.9: İmmünespresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Ve Kadercilik Eğilimi Ölçek Sonuçlarının Regresyon Analizi.....	55
Tablo 4.10: Anova Testi.....	56
Tablo 4.11: Model Özeti	57
Tablo 4.12: Model Katsayıları	57

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Kronik Böbrek Hastalığının Evrelemesi	5
Şekil 2.2: Yaş ve Cinsiyete Göre RRT ile Tedavi edilen SDBH İnsidansı.....	8
Şekil 2.3: KBH'ın tanılanması ve yönetimi.....	15
Şekil 2.4: KDIGO 2012 Kılavuzuna göre KBH yıllık izlem sıklığı.....	16



KISALTMALAR LİSTESİ

ATG	: Anti-timosit Globülin
AVF	: Arteriyo-Venöz Fistüller
BFT	: Böbrek Fonksiyon Testleri
BMI	: Vücut Kitle İndeksi
BN	: Böbrek Nakli
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DVT	: Derin Ven Trambozu
Ed	: Editör
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
GGF	: Gecikmiş Greft Fonksiyonu
Hb	: Hemogloblin
HD	: Hemodiyaliz
HDL	: Düşük Yoğunluklu Protein
HLA	: Human Lökosit Antijen
IL-2	: İnterlökin-2 Reseptör Antikorları
İYE	: İdrar Yolu Enfeksiyonu
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	: Kronik Kalp Yetmezliği
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
LDL	: Yüksek Yoğunluklu Protein
MKB	: Mineral-Kemik Bozukluğu
MMF	: Mikofenolat mofetil
MR	: Manyetik Rezonans
NSAID	: Non Steroid Antienflamatuar İlaç
PD	: Periton Diyalizi

PTDM	: Posttransplant Diyabetes Mellitus
PTH	: Parathormon
PTLD	: Transplantasyon Sonrası Lenfoproliferatif Bozukluk
RAAS	: Renin-Anjiotensin Aldesteron Sistemi
RCC	: Renal Hücreli Karsinom
RRT	: Renal Replasman Tedavisi
SAPD	: Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi
SDBH	: Son Dönem Böbrek Hastalığı
SDBY	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
SİM	: Sağlık İnanç Modeli
SPSS	: (Statistic Packets For Social Sciencences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi
ÜSE	: Üriner Sistem Enfeksiyonları

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Kronik Böbrek Hastalığı (KBH) dünya çapında son derece yaygın, mortalitesi ve morbitidesi yüksek, bulaşıcı olmayan ölümcül bir hastalıktır (Kovesdy, 2022). Türkiye’de KBH’nın yetişkinlerde görülme oranı %15,7’dir (Topbaş, 2015). Dünya popülasyonunda ise bu oran %10 ile %14 arasındadır (Aeddulla, Vaidya 2018). KBH’nın erken tanınması, hastalığın ilerlemesini ve mortaliteyi azaltabilir. Kronik Böbrek Hastalarının tedavi süreci KBH’nın ilerlemesinin yavaşlatılması, komplikasyonları önlemek veya tedavi etmek, hastanın transplantasyon sürecine hazırlanması gibi maddeleri içerir (Ammirat,2020). Renal yetmezlik riski ilerleyici olduğu için son dönem böbrek yetmezliği hastalarında replasman tedavi önerilmektedir (KDIGO, 2012). Renal replasman tedavilerin en yüksek sağkalımla ilişkili olanı böbrek naklidir. Diyaliz tedavisi gören bir hasta için beklenen yaşam süresi 7 yıl iken, böbrek nakli olan bir hasta için ise 18 ila 20 yıldır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Her ne kadar böbrek nakli başarılı bir tedavi yöntemi olsa da böbrek nakli başarısız olan hastaların sayısı her geçen gün artmaktadır. Yüksek immüsupresyon yükü, kardiyovasküler hastalıklar, enfeksiyon ve donörün kadavra olması transplantasyon başarısını etkileyen önemli risk faktörleri arasındadır (Bellini vd., 2020). Böbrek nakli sonrası görülen en riskli komplikasyon greft reddidir (Zhu, 2017). Böbrek nakli alıcıları, greft reddi riskini en aza indirmek için yaşam boyu devam eden immüsupresif tedaviye uyumlu olmalıdır (Vankova vd., 2018). İmmüsupresif tedavi süreci karmaşıktır ve devamlı öz yönetim gerektirir. İmmüsupresif tedaviye uyumsuzluk, tekrardan diyalize dönme, böbreği kaybetme ve ölümlle ilişkilidir (Muduma vd., 2016). Tedaviye uyumda, sağlık uygulamalarında, sağlık hizmeti talep sıklığında, dini inançlar, tutumlar, gelenek ve görenekler, ekonomik durum, önemli etkiye sahip olabilir. Özellikle dini inançlar tedaviye karar verme sürecinde oldukça etkilidir. Bununla birlikte bireylerin kadercilik eğilimi tedaviyi etkileyebilir (Boztilki ve Ardıç, 2017). Böbrek transplantasyonu sürecinde böbreğin sağ kalımı en temel amaçtır (Jones-Hughes vd., 2016). Greft reddini önlemede temel tedavi ise immüsupresif tedavi yöntemidir.

Böbrek nakli alıcıları, greft reddi riskini en aza indirmek için yaşam boyu devam eden immüsupresif tedaviye uyumlu olmalıdır (Vankova vd., 2018).

İmmüsupresif tedavi süreci karmaşıktır ve devamlı öz yönetim gerektirir. Böbrek nakli olan hastalarda uyumun artırılması ve nakil sonrası sonuçların iyileştirilebilmesi için çeşitli yöntemler denenmiş ve geliştirilmiştir. Yapılan araştırmalar kaderciliğin sağlıkla ilgili sonuçlarla bağlantısı olduğunu kanıtlamıştır (Zhu, 2017). Bazı çalışmalar din ile sağlık davranışları arasındaki ilişkinin olumlu olduğunu gösterirken, bazı çalışmalarda bireylerin zihinsel ve manevi inançları nedeniyle belirli sağlık davranışlarını sergilemedikleri ortaya koyulmuştur (Bobov ve Capik, 2020). Kader inancı tedaviye uymada, sağlık uygulamalarında, sağlık davranışları üzerinde, sağlık hizmeti isteme konusunda önemli etkilere sahip olabilir.

Son 5 yıl içerisinde gerçekleşen nakillerde %75 başarı sağlanmıştır. Allograft reddini önleme başarısı güçlü immüsupresif tedavi ile ilgilidir (Katabathina, 2015). Başarısının yanında immüsupresif tedavinin yan etkileri, tedavini ömür boyu devam edecek olması ve tedaviye bağlı gelişen komplikasyonlar tedavi sürecini karmaşık ve zorlu hale getirmektedir (Katabathina, 2015; Muduma vd., 2016). Genel olarak bakıldığında kader inançlı bireyler, sonucu değiştirme isteğine ve çabalarına rağmen sonucu değiştiremeyeceği görüşündedir (Mitchell, vd., 2015). Dini inançlar ve inançların alt grupları tedaviyi etkileyen önemli etkenlerdendir. Bununla birlikte hastaların kadercilik anlayışı tedaviyi etkilen önemli bir faktör olabilir (Boztilki ve Ardıç, 2017). Örneğin, bireyler hastalığın kaderi olduğuna kaderini değiştiremeyeceğine inanıp ilacı kullanmak istemeyebilir ya da dozlarını atlayabilir (Pehlivan ve Aktaş, 2022). Böbrek nakilli hastalarda immüsupresif tedaviye uyum hayati önem taşımaktadır. Hastaların kadercilik eğiliminin belirlenmesi ve ömür boyu sürecek immüsupresif tedavi üzerinde etkisinin ortaya çıkarılması önem arz etmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Böbreğin Anatomisi ve Fizyolojisi

Böbrekler uzunlukları 12-13 cm, eni 6-7 cm, genişliği 3 cm olup, yaklaşık 150 gr ağırlığında olan retroperitoneal bölgedeki organlardır. Sağ böbrek, karaciğere olan yakınlığından dolayı sol böbreğe göre daha aşağıdadır. Böbreklerin en dış yüzeyi, sert yapıdan oluşan fibroelastik kapsül ile kaplıdır (Altunören vd., 2017). Her iki böbreğin iç yüzeyinde hilus bulunur. Böbrek hiluslarından böbrek pelvisi, sinirler, lenfatikler ve damarlar geçer. Böbreğin en küçük ve en işlevsel yapısı nefronlardır (Süleymanlar, 2019).

Vücudumuzun yaşamsal işlevlerini yerine getirmesinde en önemli rollerden biri böbreklere düşmektedir. Böbreklerin; vücuttaki artık maddelerin uzaklaştırılması, filtrasyon, ozmolaritenin düzenlenmesi, D vitamini sentezi, glukoneogenez, serbest radikaller ve ilaçların detoksifikasyon, sıvı elektrolit dengesinin sağlanması, asit-baz dengesinin korunması gibi rolleri mevcuttur (Altunören vd., 2017; Nair, 2014). Bu önemli rollere ek olarak, böbreklerin endokrin rolleri de bulunur. Böbreklerde jukstaglomerüler hücrelerden üretilen renin (anjiotensinojenas) vücut iç dengesini korurken, eritropoetin (hematopoetin) eritrosit üretimini kontrol eder (Özbey, 2017).

Böbreklere arteria renalis aracılığıyla bir dakikada yaklaşık olarak 1200 ml kan gelmektedir. Böbrekler gelen bu kanın yaklaşık olarak %20 ila %30'unu filtre eder. Filtrasyon sonucu oluşan idrar vücudun kan hacmini ve sıvı elektrolit dengesini sağlamış olur (Nair, 2014).

2.2. Kronik Böbrek Hastalığı

Kronik böbrek hastalığı (KBH) böbreğin, üç aydan daha uzun sürede yapısının bozulması ve işlevlerini (sıvı elektrolit dengesini düzenleme, metabolik- endokrin fonksiyonları yürütme) yerine getirememesidir (Jha vd., 2013). KBH dünya çapında son derece yaygın, mortalitesi ve morbitidesi yüksek bulaşıcı olmayan ölümcül bir hastalıktır (Kovesdy, 2022). Türkiye'de KBH'nın yetişkin oranı %15,7'dir (Topbaş, 2015).

Dünya popülasyonunda ise bu oran %10 ile %14 arasındadır. Prevalansı belirlemek için kullanılan kriterler ise şunlardır: GFR (Glomerüler filtrasyon hızı) 60 ml/dk/1.73 m²' den az olması, idrarda mikroalbuminüri veya albuminürinin saptanmasıdır (Vaidya ve Aeddulla, 2018).

2.3. Kronik Böbrek Hastalığının Evrelemesi

KBH'nin evrelemesi tanı konulması, hastalığın seyrinin izlenmesi ve hastanın uygun şekilde tedavi edilmesi açısından önemlidir (Albayrak, 2019). KDIGO'nun 2012 kılavuzuna göre GFH'nin azalması veya albuminürinin artması KBH'nin sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. KBH'nin evrelemesi genellikle belirti vermeyen evre 1 den Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY) ile sonuçlanan evre 5'e kadar olmaktadır. Genellikle KBH hastaları evre 1 ve 2 de belirti vermez ve böbrek hasarı olmayan hastalarda KBH tanısı konulmamaktadır (Albayrak, 2019). Evre 5 ise KBH'nin son evresi olup GFR'nin 15 ml/dk'nın altında olması ise son dönem böbrek yetmezliğine işaret etmektedir (Hashmi vd., 2018). Bu evrede hastanın renal replasman tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmesi ve hastanın karar verme sürecine aktif olarak katılması önem arz etmektedir (Göktürk, 2022).

GFH ve Albüminüri kategorilerine göre KBH prognozu: KDIGO 2012				Tekrarlayan albüminüri kategorileri		
				Tanım ve aralık		
				A1	A2	A3
				Normal ila hafif derecede artmış	Orta derecede artmış	Çok artmış
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFH kategorileri (ml/min/1.73m ²) Tanım ve aralık	G1	Normal veya yüksek	≥90			
	G2	Hafif azalmış	60-89			
	G3a	Hafif ila orta derece azalmış	45-59			
	G3b	Orta derece ila çok azalmış	30-44			
	G4	Çok azalmış	15-29			
	G5	Böbrek yetmezliği	<15			

*Yeşil renk: düşük risk (böbrek hastalığının başka bir belirtisi görülüyor ise KBH yoktur); Sarı renk: orta derece artmış risk; Turuncu renk: yüksek risk; Kırmızı renk: çok yüksek risk

Şekil 2.1: Kronik Böbrek Hastalığının Evrelemesi

Kaynak: KDIGO, 2012

2.4. Kronik Böbrek Hastalığının Etiyolojisi

Pek çok kronik hastalık kronik böbrek yetmezliğine sebep olabilir. Önde gelen sebeplerden biri ise diyabet hastalığıdır. Diğer sebepler arasında hipertansiyon, kistik böbrek hastalığı, glomerüler hastalıklar, kalp damar hastalıkları, konjenital böbrek defektleri, yaş faktörü ve NSAID kullanımı (non steroid antienflamatuar ilaç) yer almaktadır (Hashmi vd., 2018).

Tablo 2.1: Kronik Böbrek Hastalığın Risk Faktörleri

Duyarlaştırıcı faktörler	Başlatıcı faktörler	İlerletici faktörler
Aile hikayesi	Diyabetes mellitus	Kontrolsüz hipertansiyon
İleri yaş	Hipertansiyon	Proteinüri
Böbrek kitlesinde azalma	Sistemik infeksiyonlar	Diyabet
Düşük sosyoekonomik durum	Otoimmün hastalıklar	Kötü glisemik kontrol
Düşük doğum ağırlığı	Üriner sistem infeksiyonları	Dislipidemi
İrk	Üriner sistem taşları	Sigara
Düşük eğitim seviyesi	Geri dönüşümsüz akut böbrek hasarı	obezite

Kaynak: Albayrak, 2019

Kronik Böbrek Hastalığına sebep olan faktörleri bilmek KBH'nın ilerlemesini yavaşlatmak beraberinde getirdiği olumsuzlukların önüne geçmek adına önemlidir(Albayrak, 2019). 2021 yılında ülkemizde hemodiyalize başlayan hastaların %35,54'ünde diyabet ve %34,15'inde hipertansiyon etyolojik neden olarak karşımıza çıkmaktadır (Türk Nefroloji Derneği, 2021). (Tablo 2.2)

Tablo 2.2: Türkiye’de 2021 yılında RRT seçeneklerinden ilk olarak HD’ye başlayan hastaların etiyojisine göre dağılımı

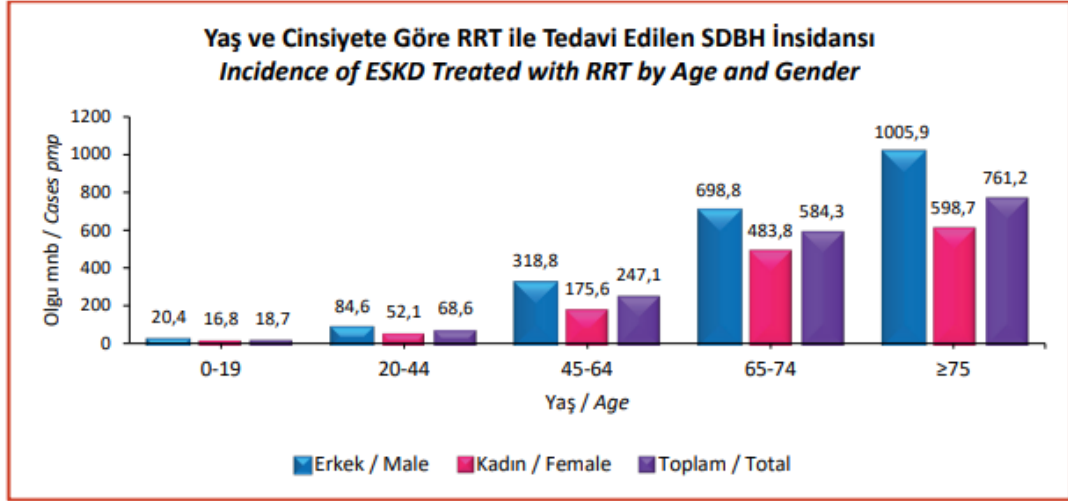
	n	%
Diabetes Mellitus	2048	35.54
Tip1 DM	338	5.87
Tip2	1710	29.67
Hipertansiyon	1968	34.15
Glomerülonefrit	191	3.31
Polikistik Böbrek Hastalıkları	159	2.76
Renal Vasküler Hastalık	61	1.06
Amiloidoz	48	0.83
Obstrüktif Nefropati	47	0.83
Tübülointerstisyel Nefrit	42	0.73
Diğer Nedenler	456	7.91
Etiyojisi Bilinmeyen	743	12.86
Toplam	5763	100.00

Kaynak: Türk Nefroloji Derneği, 2021

2.5. Kronik Böbrek Hastalığının Epidemiyolojisi

Son on yıllık süreç içerisinde diyabetes mellitus ve hipertansiyona bağlı olarak KBH prevalansı artış göstermiştir (Göktürk, 2022). Dünya genelinde KBH’ın görülme oranı %7-12 arasında iken KBH’ın Türkiye’deki yetişkin popülasyonundaki oranı %15,7’dir (Kavuzlu, 2019). 2001 yılında milyon nüfusun 314 kişisinde SDBY hastası bulunurken 2020 yılında bu sayı 3 katına çıkmıştır ve milyonda 996,8 olarak hesaplanmıştır. Bu rakamlara göre KBH’ın Türkiye’de halk sağlığı probelemi olduğunu görülmektedir (Güneş ve Yiğit, 2022).

Türk Nefroloji Derneği’nin 2021 yılındaki kayıtlarına göre; RRT görmeye başlayan hasta sayısının 12.661 olduğu bilinmektedir. Aşağıdaki grafikte 2021 yılı Türkiye’de RRT gören SDBH’ın yaşa ve cinsiyete göre dağılımı yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği, 2021).



Şekil 2.2: Yaş ve Cinsiyete Göre RRT ile Tedavi edilen SDBH İnsidansı

Kaynak: Türk Nefroloji Derneği, 2021

Türk Nefroloji Derneği'nin (2021) elde ettiği verilere göre: erkeklerde son dönem böbrek hastalığının görülme oranı kadınlara göre daha yüksek olduğu, yaşın artması ile birlikte SDBH'nın görülme oranının arttığı görülmektedir.

2.6. Kronik Böbrek Hastalığında Belirti ve Bulgular

KBH'nın E1 belirtilerinde GFR normal aralıkta olup, idrarda proteinüri, hematüri görülür. Erken bulgular arasında noktüri görülebilir. E1 ve E3'te KBH poliüri ve noktüri dışında belirti vermez. Bu evreler ilerleyici olsa da bazı hastalar E2 ve E3 te yıllarca kalabilir. Bu evrelerde hipertansiyon ve diyabet hastalarının yakından takibi önem arz etmektedir. E3'ten sonra görülen halsizlik ve yorgunluk şikayetleri genellikle anemiye bağlı olarak gelişen belirtilerdir (Topbaş, 2015). E3 ve sonrasında sıvı- elektrolit dengesizlikleri görülmeye başlar. Parathormon, üre ve fosfor artışları kaşıntı şikayetine sebebiyet verir. E4'de ise asit baz, sıvı elektrolit dengesi belirgin bir şekilde bozulur. İdrar çıkışları azalır. Bu durum hipervolemiye sonrasında akciğer ödeme kadar ilerleyebilir (Arınsoy, 2019).

2.7. Kronik Böbrek Hastalığında Tanı

KBH'da erken tanı diğer hastalıklarda olduğu gibi; hastalığın ilerlememesi ve diğer sistemleri etkilememesi açısından önemlidir.

Erken tanı ile birlikte KBH'da evrelerin ilerlemesine müdahale edilebilir, komplikasyonlar ve mortalite azaltılabilir (Webster vd., 2016). Kronik böbrek hastalığının ilk evrelerinde, semptomlar belli olmadığı için kesin tanı koymak zordur. KBH'nın en önemli ve ilk belirtilerinden biri böbrek fonksiyonlarında görülen azalmadır. KBH'da tanı kan üre ve serum kreatinin değerlerindeki yüksekliğe ve GFR'de görülen azalışa göre konulmaktadır (Ryzs vd., 2017). Bu taramaların yanında böbreğin boyutunu ve şeklinin değerlendirmek için ultrason taramaları kullanılır. Nadir olarak MR (manyetik rezonans) ve BT (bigisayarlı tomografi) tanı koymak için kullanılabilir fakat MR ve BT sırasında kullanılan toksik ilaçlar böbreğe zarar verir. Bu nedenle MR ve BT taramaları tanı koymada genellikle doktorlar tarafından tercih edilmez. Tanı aşamasında kullanılan bir diğer yöntem ise böbrek biyopsisidir. Bu yöntem ile böbrek dokusunun analizi yapılır. KBH'nın kesin teşhisini kolaylaştıran bir yöntemdir (Chen vd., 2019).

2.8. Kronik Böbrek Hastalığı'nın Komplikasyonları

2.8.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon KBH'nın hem nedeni hem de bir sonucudur. Dünya genelinde KBH'nda hipertansiyon prevalansı %40,4'dür. KBH'nın ilk evrelerinden itibaren GFR düşükçe renin-angiotensin aldesteron sisteminde (RAAS) aktivasyon bozukluğu görülmeye başlar. Bu duruma bağlı olarak; böbreklerde sodyum ve su tutulumu artar (Çiçek vd., 2019). Sonuç olarak da hastada hipertansiyon gelişir. Hipertansiyon KBH ile birlikte kardiyovasküler hastalık (KVH) için risk faktörlerindedir. Bu faktörlerin bir arada bulunması mortalite ve morbidite risklerinin önemli ölçüde arttırmaktadır. KBH'nda hipertansiyonu kontrol altında tutmak önemlidir. Kan basıncını düşürmek hastalığın seyrini yavaşlatır ve KVH riskini azaltır (Pugh vd., 2019).

İnatçı hipertansiyon KBH hastalarında oldukça yaygındır. Antihipertansif ilaç kullanmanın sınırı $\geq 140/90$ mmHg iken albüminürisi >30 mg olan hastalarda $<130/80$ mmHg sınırındadır (Whelton vd., 2018). Doğru tanı konulması doğru ölçümlere bağlıdır.

Kan Basıncı ölçümleri şunları içermelidir: (1) hastaya göre uygun manşon boyutu seçilmelidir. (2) Kan basıncı uygun pozisyonda ölçülmelidir. (hasta oturur durumda, kolu kalp hizasında desteklenmelidir) (3) ölçümden önce hastanın 5 dakika dinlenmiş olduğuna, 30 dakika içinde kafeinden, egzersizden ve sigaradan uzak durduğundan ve mesanesinin boş olduğundan emin olmalıdır. (4) çoklu ölçümler kalibre edilmiş cihazlarla her iki koldan yapılmalıdır (Hebert ve Ibrahim, 2022).

Amerikan Kalp Derneği kılavuzuna göre hipertansiyon yönetimi için temel stratejiler arasında diyetle dikkat edilmesi, sodyum kullanılması konusunda dikkatli davranılması, fiziksel aktivitelere önem verilmesi, alkol ve sigaradan uzak durulması yer almaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte kontrol altına alınamayan hipertansiyon uygun antihipertansif ilaçlarla yönetilmelidir (Flack ve Adekola, 2020).

2.8.2. Dislipidemi

Dislipidemi KBH'ında yaygın görülen bir komplikasyondur. KBH'ın ilerlemesiyle birlikte lipid metabolizması etkilenir ve bozulmaya başlar. GFH, proteinüri, immünespresif ilaçların kullanımı ve böbrek transplantasyonu lipid metabolizmasını etkiler (Kochan vd., 2021). KBH ile ilgili lipid bozukluklarının birincil nedeni kanda trigliseritlerin artışıdır. Diğer sebepler arasında LDL yüksekliği, HDL düşüklüğü ve apoC-III renal bozukluklardan dolayı atılım zorluğu yer alır. KBH'ın evresi ilerledikçe plazma HDL seviyesi düşer. Bu durumda dislipidemi şiddetli hale gelir (Dincer vd., 2019).

Yapılan araştırmalara göre; Lipit metabolizmasının bozulması, hastaları kardiyovasküler hastalık(KVH) açısından büyük bir risk altına sokar. Bu durum mortalite artışına sebebiyet verebilir. KB hastalarında Non-HDL ve non-HDL/HDL parametrelerinin takibi KVH riski açısından önem arz etmektedir (Demirci ve Sevinç, 2021).

2.8.3. Anemi

Anemi KBH'ın en sık görülen komplikasyonlarından biridir. GFH 35/ml/dk/1.73 m²'nin altına düşmesiyle anemi şiddetlenir. Böbrek yetmezliği sebebiyle eritropoietin üretimi azalması aneminin başlıca sebebidir.

Diğer sebepler arasında eritrosit ömründe kısalma, demir eksikliği anemisi, bozulmuş demir emilimi, sistemik inflamasyon, B12 vitamini ve folik asit eksiliği yer alır (Portolés vd., 2021).

Anemi, mortalitesinin ve morbitidesinin yüksek olmasıyla birlikte, son dönem böbrek hastalığının da göstergesidir. 5.5 yıl takip edilen 27.998 KBH tanılı hastalarda yapılan araştırmaya göre; Ölen hastalarda daha yüksek anemi ve kalp hastalığı prevalansı saptanmıştır (Gafer-Gvili vd., 2019).

Anemi tanısı konma kriteri erkeklerde <13gr/dl, kadınlarda <12gr/dl'dir. Mortalitedeki artış Hb< 8 gr./dl 13 olması ile ilişkilidir. Hemogloblin düzeyi belirtilen kriterlerin altında olduğu zaman, hemogloblin değerine ek olarak; B12 vitamini ve folik asit düzeyleri, tam kan sayımı, retikülosit sayısı, serum ferittin düzeyi gibi değerlere bakılmalıdır (Hazin, 2020).

Tablo 2.3: Kronik Böbrek Hastalığında hemogloblin ölçüm sıklığı

KBH Evresi	Önceki Ölçümde Anemi Yok	Önceki Ölçümde Anemi Var
Evre 1-2	Klinik endikasyon olduğunda	
Evre 3	En az yılda 1	En az 3 ayda 1
Evre 4	En az yılda 2	En az 3 ayda 1
Diyaliz	En az 3 ayda 1	En az ayda 1

Kaynak: Akizawa vd., 2019

Aneminin başlıca semptomları: Yorgunluk, nefes darlığı, uykusuzluk, bilişsel kapasitede azalma, dokulara taşınan oksijen kapasitesinin azalması, KBH'ın evrelerinde ilerleme ve kalp hastalıklarıdır (Hazin,2020).

Anemide uygun tedavi sağ kalımı arttırmasının yanında yaşam kalitesini arttır ve hastalığın ilerlemesini önemli derecede azaltır.

Anemi tedavisinde demir takviyeleri, kan transfüzyonlarının yanında hemoglobin seviyesini istenilen aralıkta kalmasına yardımcı olacak eritropoietin salınımı sağlayacak ajanlar son derece önemlidir (Akizawa vd., 2019).

2.8.4. Kronik Böbrek Hastalığına Bağlı Kemik Hastalığı

KBH'nda böbrek kitlesinin ve GFR azalmasına bağlı olarak serum kalsiyum düzeyi düşer (hipokalsemi), serum fosforu artar (hiperfosfatemi), 1-25 hidroksikalsiferolün azalması, PTH (parathormon) seviyesinin artışı gibi komplikasyonlar görülür. Bu durum Kronik böbrek hastalığı-mineral ve kemik bozukluğu (KBH-MKB) olarak isimlendirilir (Ersoy ve Gül, 2019).

Son dönem böbrek hastalarında KBH-MKB; kırık riski, kalsifikasyon, sistemik metabolik bozukluk, yüksek mortalite ve morbitide ile ilişkilidir. (Yiğit vd., 2016). Bu bozukluk ve risklerin yanında hastalarda; osteoitis fibrosa, osteomalazi, dinamik kemik hastalığı, mikst bozukluğu ve osteoporoz gibi hastalıklarda görülmektedir (Pazianas ve Miller, 2021).

Tedavide amaç; ağrıları dindirip, kemik hastalıklarının oluşmasını önlemek veya hastalığın ilerlemesini durdurmaaktır. Hastalara tedavi olarak fosfat kısıtlaması önerilmesine ek olarak kalsimimetikler ve D vitamini reseptör aktivatörleri takviyesi, paratiroid hormonunu baskılayıcı ajanlar önerilir (Hou vd., 2018).

2.8.5. Kronik Böbrek Hastalığına Bağlı Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)

Kronik böbrek yetmezliğin en önemli komplikasyonlarından biri, hastalarda kardiyovasküler hastalıkların görülmesidir. KB hastaları sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında; KVH açısından daha yüksek mortalite ve morbiditeye sahiptir (Erdem ve Akbaş, 2017). KBH'nda KVH risklerini bilinmesi, hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde son derece önemlidir. GFR'nin <30ml/dk/1,73 m²'nin altına düşmesi geleneksel olmayan risk faktörlerini ortaya çıkarır. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin geliştirdiği risk tablosuna göre; geleneksel risk faktörleri arasında: yaş, cinsiyet, sigara, diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipemi vardır, üremi ile ilgili risk faktörleri arasında ise; anemi, üremik toksinler, hipervolemi, inflamasyon, kalsiyum yükü ve hiperfosfatemi yer alır (Visseren vd., 2021).

Hastalarda diyabetin ve hipertansiyonun kontrolü, dislipideminin değerlendirilmesi, sigaranın bırakılması, aneminin tedavisi ve proteinüri düzeyinin kontrol altında tutulması gibi risk faktörlerini azaltmaya yönelik tedaviler uygulanmalıdır (Ammirati, 2020).

2.8.6. Metabolik Asidoz

Böbreğin en önemli işlevinden biri asit-baz dengesini sağlamaktır. KBH'a bağlı olarak nefron sayısında ve GFR'de azalma görülür. Bu sebeple günlük oluşan asit böbreklerden yeterince atılamaz. Sonuç olarak metabolik asidoz tablosu ortaya çıkar. KBH'ın ilerleyen evrelerinde metabolik asidoz şiddeti artar (Nagami ve Hamm, 2017). Metabolik asidoz; kemik hastalığı, kardiyovasküler hastalık, kas protein katabolizmasının, inflamasyonun ve insülin direncinin artmasına neden olur. Bikarbonat düzeyinin <22 mEq/l düşmesi ile hastaların bikarbonat değerleri yakından izlenir ve bikarbonat takviyesine başlanır (Wesson vd., 2020).

Metabolik asidoz tablosunun düzelmesi ile birlikte kronik böbrek hastalığının ilerlemesi yavaşlar. Kronik metabolik asidozun tedavisi, alkaliden zengin diyet veya alkali tuzlarının oral yolla alınmasıyla sağlanır (Siener, 2018).

2.8.7. Enfeksiyon Riski

KBH önemli halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik böbrek hastaları genel populasyonla karşılaştırıldığında önemli bir immün yetersizlik sorunu yaşamaktadır. Kronik böbrek hastalarında, enfeksiyon KVH'tan sonra en önemli ölüm nedenidir (Syed-Ahmed ve Narayanan, 2019).

Son epidemiyolojik çalışmalar KBH'ın ilk evrelerinin bile enfeksiyon riskini önemli ölçüde arttırdığını ortaya koymuştur. Azalan GFR artmış enfeksiyon riski ile yakından ilişkidir. Bu sorun başta idrar yolu enfeksiyonu (İYE), sepsis ve pnömoniyle kendini göstermektedir (Hassan vd., 2016). Hastalarda bağışıklığı etkileyen ve enfeksiyona zemin hazırlayan faktörler arasında ise yetersiz beslenme, kronik inflamasyon, vitamin D eksikliği, paratiroid hormon değişiklikleri, diyabet, KVH, oksidatif stres ve diyaliz tedavisi yer alır.

KB hastalarında enfeksiyon riskini azaltacak önlemler alınmalıdır. El hijyenine dikkat edilmeli, invaziv girişimler (santral venöz katater, ventilatör, idrar sondası vb) mümkün olduğu kadar en aza indirgenmeli ve hastalar aşılanmalıdır (Ishigami ve Matsushita, 2019).

2.8.8. Diğer komplikasyonlar

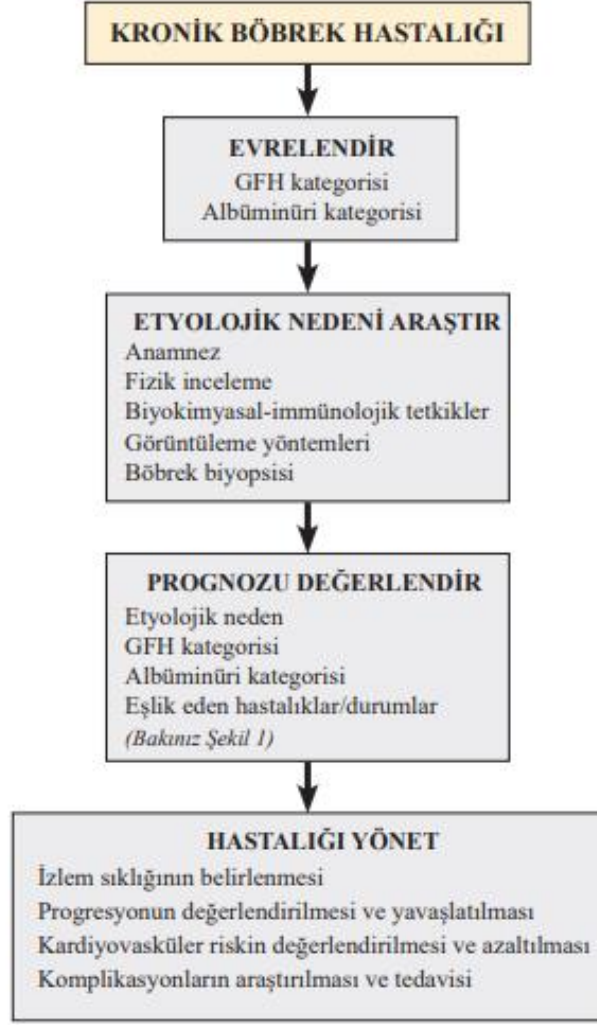
Kronik böbrek hastalığında; nörolojik hastalıklar (üremik ensefalopati, uyku bozuklukları) çocuklarda gelişme geriliği, endokrin bozukluklar, gastrointestinal rahatsızlıklar (peptik ülser, gastrit), cinsel işlev bozuklukları gibi çeşitli komplikasyonlar da görülebilir (Çavdar, 2019).

2.9. Kronik Böbrek Hastalığı'nın Önlenmesi, İzlemi ve Tedavisi

Kronik Böbrek Hastalığı dünya popülasyonunda yaygın olarak görülmektedir. KBH yüksek morbidite ve mortaliteye sahip, çok komplikasyonlu, diyaliz ve böbrek nakli açısından da maliyetli olan ilerleyici bir hastalıktır. Bu nedenle böbrek fonksiyonlarının korunması son derece önemlidir (Bello vd., 2017). Farmakolojik olmayan yöntemlerle (beslenme, yaşam tarzı düzenlemeleri) böbrekler korunabilir. Konservatif tedavinin organizasyonu ve kronik böbrek hastalığıyla ilişkili risklerin (KVH, enfeksiyon riski, akut böbrek hasarı) yönetimi ve nefrotoksik ajanlardan kaçınılması da önemli müdahalelerdendir. Bu önlemlere; doğru miktarda protein alımı, hipertansiyon ve diyabetin kontrolü, sigara ve alkol kullanılmaması eklenebilir (CDC, 2023).

KBH'nin erken tanınması, hastalığın ilerlemesini ve mortaliteyi azaltabilir. Kronik Böbrek Hastalarının tedavi süreci KBH'nin ilerlemesinin yavaşlatılması, komplikasyonları (anemi, enfeksiyon, asidoz tablosu gibi) önlemek veya tedavi etmek, hastanın transplantasyon sürecine hazırlanması gibi maddeleri içerir. Bunlara ek olarak tedavi süreci beslenme, ekip, hemşirelik, psikoloji ve sosyal yardımı içeren multidisipliner yaklaşımı gerektirir (Ammirat,2020).

2012 KDIGO kılavuzu KBH için gelişmiş bir sınıflandırma kılavuzu sunmaktadır. Hastaların GFR ve albüminürisine bakılarak doğru evreleme ve nefroloji uzmanlarına yönlendirmeler yapılabilir (KDIGO, 2012).



Şekil 2.3: KBH'ın tanılanması ve yönetimi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2020

				Albüminüri Kategorileri		
				A1	A2	A3
				Normal/ yüksek normal	Yüksek	Çok yüksek
				<30 mg/gr <3 mg/mmol	30-300 mg/gr 3-30 mg/mmol	>300 mg/gr >30 mg/mmol
GFH Kategorileri (ml/dk/1.73 m ²)	G1	Normal veya yüksek	≥90	1 (KBH varsa)	1	2
	G2	Hafif azalmış	60-89	1 (KBH varsa)	1	2
	G3a	Hafif - orta derecede azalmış	45-59	1	2	3
	G3b	Orta - şiddetli derecede azalmış	30-44	2	3	3
	G4	Şiddetli azalmış	15-29	3	3	4+
	G5	Böbrek yetmezliği	<15	4+	4+	4+

Şekil 2.4: KDIGO 2012 Kılavuzuna göre KBH yıllık izlem sıklığı

Kaynak: KDIGO, 2012

Kronik böbrek hastalığında tedavi hastalığın seyrini yavaşlatmayı ve böbrek yetmezliğini geciktirmeyi hedefler. KBH için yeni tedavi yöntemleri geliştirilmek üzere birçok girişimde bulunmaktadır. En iyi kanıtlara dayanılarak yapılan tedaviler arasında; kan basıncı kontrolü ve renin anjiyotensin sistemi blokerlerinin kullanılması vardır (Borg vd., 2018).

Anjiyotensin blokerlerinin kan basıncını düzenlemesinin yanı sıra antiinflamatuvar ve antifibrotik etkilerinin KBH faydalı olduğu bilinmektedir (Borg vd., 2018).

Böbrek yetmezliği riskinin ilerleyici olduğu, son dönem böbrek yetmezliği hastalarında replasman tedavi önerilmektedir (KDIGO, 2012). Son dönem böbrek yetmezliği, kronik diyaliz ve böbrek naklini gerektiren böbrek yetmezliğinin son evresidir. Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda, sağ kalım oranının ise %50 olduğu bilinmektedir (Borg vd., 2018).

Kronik böbrek hastalığının tedavisinde 3 temel seçenek bulunmaktadır.

1. KBH'ın ilerlemesini yavaşlatacak tedavi
2. KBH'ın komplikasyonlarını önlemek
3. Diyaliz ve transplantasyon tedavisi (KDIGO, 2012).
4. **2.10. Renal Replasman Tedavisi**

Kronik Böbrek Hastalığının son aşaması olan SDBY, hastaların yaşamını sürdürmesi için renal replasman tedavisini gerektirir. Renal replasman tedavisini seçmeyen hastalar için konservatif tedavi bir alternatiftir. Renal replasman tedavisi (RRT); hemodiyaliz (ev hemodiyalizi ve merkez hemodiyalizi), periton diyalizi (PD) ve böbrek nakli seçeneklerinden oluşur (Vélez-Bermúdez vd., 2018).

Diyaliz böbreğin işlevini yerine getiren bir tedavi yöntemidir. Vücut atıklarının ve fazla suyun yapay olarak, vücuttan uzaklaştırılma süreci diyaliz olarak isimlendirilir. Diyaliz kaybolan böbrek fonksiyonlarını tam olarak yerine getiremez. Fakat böbreğin difüzyon ve ultrafiltrasyon aktivitelerini gerçekleştirebilir. Diyaliz, GFR 15/ml/dak/1,73 m²'nin altına düştüğü zaman yapılır (Vadakedath and Kandi, 2017).

Kronik böbrek hastalarında diyalize başlama kararı, nefrolog ve hasta ile işbirliği içerisinde verilir. GFR ile değerlendirilen böbrek fonksiyonu, KBH'lı hastaların diyalize ne zaman başlanmasını belirlemede önemlidir (Bleyer,2023). GFR'ye ek olarak endikasyonlar üremik semptomlar, önlenemeyen hipertansiyon, tedaviye yanıt vermeyen akciğer ödemi, hiperkalemi, hiperfosfatemi, yetersiz beslenme, halsizlik ve büyüme geriliğini kapsar (KDIGO, 2013).

Periton diyalizi ve hemodiyaliz olmak üzere iki çeşit diyaliz yöntemi vardır. Her iki diyaliz yöntemini de membranlardan ve diyaliz soüsyonlarından (diyalizat) oluşmaktadır. Vücutta oluşan ve böbreklerle atılamayan toksinler, diyaliz yardımıyla yarı geçirgen membranlardan geçer. Diyalizat sayesinde, membrandan geçen üre ve kreatinin gibi birçok toksin vücuttan atılmış olur (NKF, 2022).

Hemodiyaliz uygulandığında iyi bir damar erişimi ile mümkündür. Arteriyovenöz fistüller (AVF) diğer damar erişim yöntemleriyle karşılaştırıldığında en iyi yöntem olarak kabul görmektedir. Uzun süreli hemodiyaliz hastalarında AVF; düşük tromboz, enfeksiyon ve mortaliteyle ilişkilidir (Woodside vd., 2018).

Hemodiyalizde, atıklar ve fazla su diyalizör olarak adlandırılan ve yarı geçirgen bir membran içeren bir dış filtre kullanılarak uzaklaştırılır. Atıklar, diyalizata ve kana ters akım oluşturularak ayrıştırılır (Vadakedath and Kandi,2017).

Diyalize, damar yoluyla (arteriyovenöz fistül, greft veya katater) gönderilen kan temizlenerek hastaya geri verilir. Diyalizis uygulama sıklığı ise haftada 2-3 gün ve en az 4 saat olacak şekilde planlanır (Sağlık Bakanlığı,2020).

Hemodiyaliz tedavisi (HD), hastalara transplantasyon yapıncaya dek sürdürülmesi gereken tedavidir. HD tedavisine başlamadan önce hastanın yaşam bulgularıyla birlikte kilosu ölçülür ve veriler kayıt edilir. Girişim yapılmadan önce, fistül bölgesi kontrol edilir. İşlem sırasında ve işlem sonlanıncaya dek hastanın hem yaşam bulguları izlenir hem de komplikasyonlar (emboli, diyalizerde pıhtılaşma gibi) açısından hasta sık aralıklarla değerlendirilir (Karadakovan ve Aslan, 2014).

Hemodiyaliz, SDBY hastalarında rutin olarak uygulanan hayat kurtarıcı bir tedavi yöntemidir. HD 'nin hayat kurtarıcı yönün yanında komplikasyonları da bulunmaktadır. HD tedavisi gören hastalarda; kardiyovasküler hastalık, serebrovasküler hastalık, kronik obstrüktif hastalığına yakalanma olasılığı daha yüksektir (Singh vd.,2015). Hemodiyalizin en yaygın komplikasyonları arasında damar erişiminden kaynaklanan enfeksiyon ve pıhtılaşma problemi vardır. Pıhtılaşma ve enfeksiyon komplikasyonları hastalarda yüksek mortalite ve morbitide ile ilişkilidir. Kanada Nefroloji Derneği fistülü en iyi damar erişimi olarak kabul etmektedir. Fistülün, diğer damar erişim yöntemlerine göre daha az komplikasyona ve daha iyi prognoza sahip olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır (Ravani vd., 2017).

Costa ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmaya göre; hemodiyaliz sırasında görülen diğer en yaygın komplikasyonlar şunlardır: mide bulantısı, kusma, kramplar, kaşıntı, hipotansiyon ve hipotermidir.

Komplikasyonların gelişmesini önlemek ve gelişen komplikasyonları tedavi etmek hemodiyaliz tedavisinin etkinliği açısından önem taşır. Hemodiyaliz sırasında hemşirenin hastayı yakından izlemesi ve komplikasyonları tespit etmesi son derece önemlidir. Hemşire hastanın yaşam bulgularını ve sıvı elektrolit kaybını yakından takip etmeli, gerekli durumda hekime bildirmelidir.

Periton diyalizi SDBY hastalarında kullanılan renal replasman tedavi yöntemlerinden biridir. Dünya genelindeki KBH'larının %8'inin PD ile tedavi olduğu bilinmektedir. PD akut böbrek hasarı meydana gelen hastalarda da tercih edilen bir yöntemdir. PD, hastanın kendi periton zarı kullanılarak uygulanır. Hastaya PD katateri takılır ve bu katater yardımıyla hastaya hipertonic solüsyon (diyalizat) verilir.

Verilen sıvı diffüzyon ve konvektif taşıma yoluyla toksinlerin uzaklaştırılmasını sağlar. Peritona verilen sıvı toksinlerle birlikte drenaj torbası kullanılarak vücuttan uzaklaştırılır (Ersoy,2019).

PD diğer tedavi yöntemleri ile karşılaştırıldığında, maliyetinin düşük olması, hastaların yaşam kalitesini koruması, HD komplikasyonlarının görülememesi ve düşük mortalite gibi pozitif yönleri sahiptir (Sevinç vd., 2019; Totoli, 2020). PD'nin birçok avantajının olması yanında komplikasyonları da mevcuttur. En sık görülen komplikasyonlar arasında; peritonit, katater fonksiyon bozukluğu, bağırsak hareketlerinin yavaşlaması, geniş fıtıklar, diyafragma fıtıkları, mesane ekstrofisi, periton fonksiyon kaybı, hidrotoraks, peritoneal adezyonlar, enfeksiyon, hipervolemi ve iskemik bağırsak hastalığı yer almaktadır (Totoli, 2020).

Peritonit, PD'nin en ciddi komplikasyonudur. Peritonitin semptomları karın ağrısı, bulanık diyaliz sıvısı, periton reaksiyonudur. Peritonit semptomlarının gözlemlendiği hastalardan kültür alınır ve en kısa sürede antibiyotik tedavisine başlanır. Uygun görülmesi durumunda KBY tedavisine HD ile devam edilir. Fıtıklar ise hastaların %10 ila %25'inde ortaya çıkmaktadır. Genelde cerrahi müdahale gerektirir (Totoli, 2020).

2.11. Böbrek Transplantasyonu

Dünya genelinde SDBY hastalarının sayısı her geçen gün artış göstermektedir. Bu doğrultuda her yıl gerçekleştirilen böbrek transplantasyonu sayısında artış mevcuttur.

İhtiyaç duyulan donör sayısı da artış göstermektedir. Bu durum mortalite ve morbitideyi yüksek oranda etkilemektedir (TND,2021).

Renal replasman tedavi seçeneklerinden biri olan böbrek nakli (BN), sağlıklı bir donörden alınan böbreğin cerrahi yollarla alıcıya yerleştirilmesi işlemidir. İlk başarılı girişim 1954 yılında Joseph Murray ve meslek arkadaşları tarafından gerçekleştirildi. Türkiye’de ilk böbrek nakli operasyonu ise 1975 yılında Dr. Mehmet Haberal tarafından gerçekleştirilmiştir. 1978 yılında da ilk kadavra vericiden transplantasyon gerçekleştirilmiştir. Diğer tedavi yöntemleriyle kıyasen böbrek transplantasyonunun sağ kalımı yüksek ölçüdedir (Kavuzlu, 2019).

2021 yılı Türk Nefroloji Derneğinin kayıtlarına göre canlı verici kaynağının oranı %91,17 iken kadavra vericinin oranı %8,83’tür (Türk Nefroloji Derneği, 2021). (Tablo 2.4).

Tablo 2.4: 2021 yılında böbrek transplantasyonu yapılan hastaların verici kaynağına göre dağılımı

	n	%
Canlı vericiden BTx	3077	91.17
Kadavra vericiden BTx	298	8.83
Toplam	3375	100.00

Kaynak: Türk Nefroloji Derneği, 2021

Böbrek Transplantasyonu olan hastaların yaşam kalitesinin oldukça yüksek olması ve maliyetinin düşük olması böbrek transplantasyonunu en çok tercih edilen tedavi yöntemi yapmıştır (Fırat vd., 2020).

Diyaliz tedavisi gören bir hasta için beklenen yaşam süresi 7 yıl iken, böbrek nakli olan bir hasta için ise 18 ila 20 yıldır.

KBH hastaları evre 4'ten sonra böbrek transplantasyonu hakkında eğitilmelidir. Hastalar transplantasyon uygunluğu açısından uzmanlar tarafından değerlendirilmeli ve uygun bulunan hastalar için transplantasyon planı yapılmalıdır. GFR değeri 20 ml/dk/1.73 m²'nin altında olan hastalar transplant adayı olarak kabul edilmektedir (Kara, 2023).

Verici canlı donör gönüllülük esasına bağlı olarak hastanın 4. dereceye kadar olan akrabaları değerlendirilir. Canlı verici bulamayan hastalar, Ulusal Böbrek Bekleme Listesine eklenir. Kadavra vericiden böbrek bekleme süresinde hastanın düzenli olarak doktor tarafından kontrolleri yapılır ve alıcı her an transplantasyona hazır bir şekilde takip altına alınır. KBH hastalarının GFR'si 30 ml/dk/1.73 m²'nin altında düşünce transplantasyon sürecine dahil edilmeli ve hastalar bilgilendirilmelidir.

Donörün erken dönemde bulunması durumunda hastalara preemtif böbrek transplantasyon (diyaliz tedavisi görmeden böbrek transplantasyonunun gerçekleşmesi) şansı verilebilir (Yılmaz ve Karakoç, 2015).

Yapılan çalışmalara göre preemtif transplantasyonun hasta ve greft sağkalımını arttırdığı kanıtlanmıştır (Acar, vd., 2021). Böbrek Nakli iki farklı yöntemle yapılabilir. Birinci yöntem canlı bir donörden alınan, ikinci yöntem ise kadavradan alınan böbrek ile gerçekleştirilebilir. Canlı donörden yapılan transplantasyonlar kadavradan yapılan transplantasyonlara göre daha uzun sağ kalımla ilişkilidir (Moore, Serur ve Rudow 2015). Bunun nedeni genellikle genetik testlerin daha kapsamlı bir şekilde yapılabilmesi olmasıdır. Bunlara ek olarak, transplantasyonun hem alıcıya hem de vericiye göre planlanması canlı donörden yapılan transplantasyonun avantajlarından biridir. Ölen donörden yapılan transplantasyon ise kadavra transplantasyonu olarak adlandırılır. Beyin hasarı sonucu ölen birinden, ailesinin kadavranın organını bağışlaması şartıyla alınan sağlıklı böbrek, alıcıya nakil edilir (Kidney Foundation, 2021). Türkiye'de 2022 yılında 3611 kişiye böbrek nakli yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Transplantasyonun Kontrendikasyonları

İdeal koşullarda ilerleyici KBH'nın farkına varıldığında transplantasyon hazırlığı başlar. Fakat bazı durumlarda transplantasyon yapılması uygun olmaz. Aşağıda alıcı için bazı transplantasyon kontrendikasyonları yer almaktadır:

- Aktif veya metastatik kanser
- Tedavi edilmemiş mevcut enfeksiyon
- Geri dönüşü olmayan ciddi ekstrarenal hastalık
- Ciddi psikiyatrik hastalık
- Aktif madde veya alkol bağımlılığı
- İnatçı tedavi uyumsuzluğu yer almaktadır (Abramyan ve Hanlon, 2021).

Transplantasyon böbrek sağkalımı ile sonuçlanmasının yanında greft kaybı, ölüm veya diyalize geri dönüşlerde sonuçlanabilir. 2021 yılında Türk Nefroloji Derneğinden elde edilen bilgiler göre greft sağkalımı ile sonuçlanma oranı %94,81, diyalize dönme oranı %1,07, alıcının ölümü ile sonuçlanma durumu ise %4,12 olarak hesaplanmıştır (Türk Nefroloji Derneği, 2021). (Tablo 2.5)

Tablo 2.5: 2021 yılında böbrek transplantasyonu yapılan hastaların yıl sonu itibariyle son duruma göre dağılımı

	n	%
Fonksiyonel greftle izlenen	3200	94.81
Diyalize dönen	36	1.07
ölen	139	4.12
Toplam	3375	100.00

Kaynak: Türk Nefroloji Derneği, 2021.

2.11.1. Transplantasyon Öncesi Değerlendirme

Donörün değerlendirilmesinde multidisipliner yaklaşım oldukça önemlidir. Donörden kapsamlı bir şekilde tıbbi öykü alınır. Fizik muayene, laboratuvar testleri, serolojik tarama, böbrek fonksiyon testleri (BFT), böbrek sintigrafisi, kardiyolojik testler ve radyolojik görüntüleme ayrıntılı bir şekilde yapılır (Yılmaz, 2015). Naklin gerçekleşebilmesi için alıcının uygun kriterleri taşıması gerekir. Hasta kalp sağlığı ve kan dolaşımı, kanser, obezite, diyabet, tansiyon, enfeksiyon, diğer renal hastalıklar ve psikolojik faktörler açısından ayrıntılı bir şekilde değerlendirilir (Keven ve Atatürk, 2016).

Vücutun böbreği reddetmesi veya kabul etmesinde, uyum son derece önemlidir. Transplantasyonda donör ile alıcının uyumunu belirlemek için bazı testlere ihtiyaç duyulur. Bunun için, Human lökosit antijen (HLA) testi, cross-match ve ABO uyum testi yapılır. HLA testi çoklu antikor tespit yöntemlerini kapsayan testtir. Donör ile alıcı arasındaki HLA antijen uyumsuzluklarını ölçer (Selda, 2014). Başarılı bir transplantasyon için ABO kan grubu uyumu son derece önemlidir. Uygunluk testi aşamasında kan grubu uyumu olmazsa transplantasyon gerçekleştirilmez.

Cross-match testi transplantasyon öncesi yapılan immünolojik testlerin son aşamasıdır. Cross-match testi alıcının antikorlara sahip olup olmadığını belirler (Özbay, 2019).

Alıcı ile donör arasında doku uyumunun yüksek olması başarılı transplantasyon açısından umut vericidir. Aile bireylerinin hastayla birlikte eğitim sürecine katılması ve donör olma konusunda gönüllü olmaları son derece önemlidir. Bunun nedeni doku uyumunun aile bireyleri arasında yüksek oranda olmasıdır (Kidney Foundation, 2021). Ameliyat öncesi süreçte hastanın fiziksel olarak hazırlanmasının yanında, psikososyal açıdan da değerlendirilip gerekli eğitimlerin verilmesi oldukça önemlidir. Hastaya ameliyat sonrası oluşabilecek komplikasyonlar konusunda, immüsupresyon tedavi süreci hakkında ve böbreği korumaya yönelik yaşam şeklinin sürdürülmesine yönelik eğitimler verilmelidir. Gerekli tüm bilgilendirmeler doktor ve hemşire tarafından yapıldıktan sonra hastanın ameliyat onamı alınmalıdır (Köken ve Sezer, 2018).

Kısaca özetlemek gerekirse transplantasyon öncesi yapılan değerlendirmelerin temel amacı, transplantasyondan maksimum yarar sağlamaktır. Bu durum da hastaların beklenen yaşam sürelerinin uzamasına ve yaşam kalitesinin artmasına zemin hazırlayacaktır (Çoban, 2017).

2.11.2. Transplantasyonun Cerrahi Süreci

Transplantasyonun cerrahi süresi çoğunlukla iki ila dört saat sürer. Yeni böbrek üretere, kan damarlarına ve mesaneye bağlanarak abdomene yerleştirilir. Eski böbrekler çok büyük olmadığı ya da kronik başka bir problem söz konusu olmadığı sürece böbreklere müdahale edilmez. Yeni böbrek yerleştirildikten sonra mesane içerisine dışarıdan bir kateter bağlanır.

Böylece oluşan idrarın bir süreliğine dışarı drenaj olması sağlanır. Yeni böbrek fonksiyonlarını yerine getirmeye başlayana kadar hasta hemodiyalize veya PD' ye ihtiyaç duyabilir (Kidney Foundtation, 2021).

2.11.3. Transplantasyonu Sonrası Değerlendirme

Böbrek nakli başarısız olan SDBY hastalarının sayısı her geçen gün artmaktadır. Amerika'da böbrek nakli sonrası diyalize dönen hasta oranı yaklaşık olarak %17,9'dur. Yüksek immüsupresyon yükü, kardiyovasküler hastalıklar, enfeksiyon ve donörün kadavra olması önemli risk faktörleri arasındadır. Canlı donörden alınan böbrek daha yüksek sağkalımla ilişkilidir. Bunun nedeni iskemi krizinin önüne geçilebilmesi ve transplantasyon öncesi kapsamlı değerlendirme yapılabilmesidir. Canlı donör böbrek transplantasyonu daha az hastaneye yatış, gecikmiş greft sağkalımı ve düşük mortalite ile ilişkilidir. Gecikmiş greft fonksiyonu insidansı ölen donörden alınan böbreklerde %30 daha yüksektir (Bellini vd., 2020) .

Birçok faktör greft sağ kalımını etkilemektedir. Donörün kadavra olması, HLA uyumu, alıcının ve vericinin hastalıkları vb. Beklenen greft fonksiyon süresinin uzaması greft sağkalımını etkileyen en önemli faktörlerden biridir (Usta, 2019) .

2.12. Böbrek Transplantasyonu Sonrası Görülen Komplikasyonlar

Böbrek Transplantasyonu, RRT tedavi yöntemlerinin son derece başarılı bir tedavi seçeneğidir. Her ne kadar böbrek transplantasyonu avantajlara sahip olsa da, transplantasyon sonrası alıcının hayatını tehdit eden bazı dezavantajlara sahiptir (Aldemir ve Gürkan, 2018).

2.12.1. Akut Allogreft Rejeksiyonu

Greft fonksiyon bozukluğunun nedenlerinden biri Akut Allogreft rejeksiyonudur. Son yıllarda geliştirilen immüsupresif tedaviler akut rejeksiyon insidansını önemli ölçüde azaltsa da yeterli olmamaktadır (Usta, 2019).

Akut Rejeksiyon Risk Faktörleri:

- HLA uyumsuzluğu
- Kan grubu uyumsuzluğu
- Soğuk iskemi süresinin uzun olması
- Hastanın ikinci nakli olması
- Hastanın yaşlı olması
- İmmünespresif tedavi uyumsuzluğudur (Usta, 2019).

Rodrigues ve arkadaşlarının(2019) greft sağkalımı risk faktörleri ile ilgili yaptığı çalışmada; erken vasküler komplikasyonlar, ve cerrahi revizyona gerek duyulması greft reddinin başlıca nedenlerinden olduğu kanıtlanmıştır.

Çoban ve arkadaşlarının 286 böbrek nakli gerçekleşmiş hasta üzerinde yaptığı araştırmaya göre; canlı donörden yapılan transplantasyonlarda greft sağkalımının daha uzun süre olduğu, komplikasyonların başta enfeksiyon ve hiperlipidemi olmak üzere sağkalımı olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

2.12.2. Nörolojik Komplikasyonlar

Transplantasyon sonrası hastalarda nörolojik komplikasyon insidansı %10 ila %21 olarak rapor edilmiştir. Nörolojik komplikasyonlar erken dönemde görülebileceği gibi geç dönemde de ortaya çıkabilir (Farin ve Luedke,2019).

Transplantasyon sonrası görülen yaygın nörolojik komplikasyonların yaygın nedenleri enfeksiyon, malignite, ilaç toksisitesi ve cerrahi komplikasyonlardır (Mour ve Wu, 2015).

Komplikasyonlar aşağıda akut, subakut ve kronik dđnem olacak şekilde gruplandırılmıştır.

- Perioperatif Vasküler Hastalıklar (Omirilik Enfarktüsü, Akut inme, Konus Meddularis Sendromu vb.)
- Ensefalopati
- Üremik ve Metabolik Ensefalopati
- Erken dđnem immünsupresif yan etkileri (hiperrefleksi, akinetik mutizm, nöropati vb.)
- Nöbetler
- Fırsatçı Enfeksiyona bağlı; menenjit, ensefalit, miyelit vb.
- Guillain-Barre Sendromu
- Fırsatçı enfeksiyonlara bağlı; Kriptokokal menenjit, Lokoensefalopati vb.
- Lenfoproliferatif Hastalık
- Kognitif Bozukluk

gibi komplikasyonlar görölmektedir (Farin ve Luedke, 2019; Mour ve Wu, 2015).

2.12.3. Gecikmiş Greft Fonksiyonu (GGF)

Allogreft fonksiyonunun olmaması GGF olarak adlandırılır. Böbrek transplantasyonu sonrası görölen en yaygın komplikasyondur. GGF yüksek ret oranları, yüksek mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Hastaların bir haftadan daha uzun diyalize girmesi, oligürik tablo, kreatinin değerinde düşüş olmaması GGF'yi düşündürür. GGF ölen donörden alınan böbreklerde daha sık karşılaşılan bir komplikasyondur (Abdulrahim, Tanrıöver, Ariyamuthu, 2019). GGF' ye sebep olabilecek faktörler arasında donörün hipertansiyon öyküsü olması, ölen donörün iskemi nedeniyle hayatını kaybetmiş olması, donörün serum kreatinin değerinin, BMI yüksek olması ve ileri yaşta olmasıdır. Düşük GGF oranı immünsupresif tedavinin yakın takibi ve greft fonksiyonun izlenmesiyle ilişkilidir (Bahl vd., 2019).

2.12.4. Kardiyovasküler Komplikasyonlar

Kardiyovasküler hastalık riski, transplantasyon sonrası en sık görülen ölüm nedenleri arasındadır. SDBY hastalarının yaklaşık %40'ında transplantasyondan sonraki üç gün içinde kardiyovasküler problemle gözlenmiştir. Hastalarda konjektif kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, aritmi, perifer arter hastalığı, hipertansiyon gibi komplikasyonlar görülebilir (Stoumpos, Jardine ve Mark, 2015).

2.12.5. Enfeksiyon

Transplantasyon sonrası en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri de enfeksiyondur. Enfeksiyon, yüksek mortalite ve morbitide oranlarına sahiptir. Bakteriyel enfeksiyonlar, pnömoni, karın içi enfeksiyonlar, akciğer enfeksiyonları, karaciğer enfeksiyonları özellikle kan dolaşımı enfeksiyonları alıcılarda en yaygın ve yaşamı tehdit eden komplikasyonlar olmaya devam etmektedir (Kritikos ve Manuel, 2016).

Transplantasyon sonrası kullanılan immüsupresif ilaçlar immün sistemi baskılamaktadır. Bu nedenle hastaların yaklaşık %75'i kadar enfeksiyonla karşılaşabilmektedir.

En yüksek prevalansa sahip olan üriner sistem enfeksiyonları akut selüler rejeksiyon, bozulmuş allograft fonksiyonu, ve greft kaybına sebebiyet verebilir (Aldemir ve Gürkan, 2018). Karadeniz'in (2020) 91 böbrek transplantasyonu gerçekleştirmiş hasta üzerinde yaptığı araştırmada, hastaların %68.6'ında üriner enfeksiyonu saptanmıştır. ÜSE'den sonra görülen en yaygın enfeksiyonun ise pnömoni olduğu belirtilmiştir.

2.12.6. Diyabet Mellitus

Böbrek nakli sonrası hiperglisemi sık görülen bir problemdir. Diyabet olmayan KBH hastaların yaklaşık üçte birinde, transplantasyondan 6 ay sonra kalıcı olarak glikoz metabolizmasında bozulma olur. Posttransplant diyabetes mellitus (PTDM) böbrek transplantasyonunun en ciddi ve yaygın komplikasyonlarından biridir (Dhital, 2019). PTDM, transplantasyonun ilk yılında ortaya çıkmaktadır ve insidansı %7 ila %10 arasındadır. Kardiyovasküler riskini, greft kaybı riskini ve enfeksiyona yatkınlığı arttırmasından sorumlu olabileceği için tanılanması önem arz etmektedir.

PTDM tanılamasında, normal plazma glikoz konsantrasyonu (≥ 200 mg/dl), açlık kan glikozu (≥ 126 mg/dl) ve HbA1c ($> \%6.5$) parametreleri kullanılır (Chevallier vd., 2021). Ortaya çıkan hiperglisemi problemi insülin ve antidiyabetik ajanlarla kontrol edilebilmektedir. Transplantasyon öncesindeki diyabetli hastaların transplantasyon sonrası glisemik kontrolü kötüleşebilir. Transplantasyon gerçekleşen hastalarda hipergliseminin kontrolü diyabetin erken ve geç komplikasyonlarının oluşmasını engellemede önemlidir (Conte ve Secchi, 2018).

2.12.7. Transplantasyon Sonrası Malignite

Transplantasyon sonrası immünsupresif ilaçların kullanımı malignite riskini arttırmaktadır. Transplantasyon sonrası malignite, morbiditenin önemli nedenleri arasındadır. Transplantasyon sonrası hastalar genel popülasyonla karşılaştırıldığında 2-4 kat daha fazla malignite riskine sahiptir. Görülebilecek malignite türleri: Cilt Kanseri (transplantasyon sonrası malignitelerin %40-50 kapsar) ve Transplantasyon Sonrası Lenfoproliferatif Bozukluk (PTLD) en sık görülen türlerdir (Mohamed, 2019).

2.12.8. Transplantasyon Sonrası Hipertansiyon

Hipertansiyon sıklıkla SDBY hastalarında, böbrek nakli sonrasında hastalarda yaygındır. Transplantasyon sonrası GFR'nin yüksek olması hipertansiyona sebep olur.

Buna ek olarak immünsupresiflerin en sık kullanılan sınıfı olan kalsinörin inhibitörleri, reninanjyotensin aldosteron sistemi yoluyla endotel disfonksiyonuna neden olur, böylelikle sodyum tutulumu artar ve sistemik hipertansiyon gelişir (Varas ve Vella, 2016).

Hipertansiyon, post transplantasyon sonrası greftin sağkalımını kısaltmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte hipertansiyon KVH'lara zemin hazırlamaktadır. Örneğin Kronik Kalp Yetmezliği'nin (KKY) en önemli belirleyicisi yüksek sistolik kan basıncıdır (Patney ve Aziz, 2019).

Böbrek nakli sonrası hipertansiyonun kontrol altında tutulması, allogreftin sağkalım süresinin uzaması, hastanede yatış süresinin kısalması, KVH nedeniyle ölüm riskinin azaltılması ve hayatta kalma ile son derece ilişkilidir (Patney ve Aziz, 2019).

2.12.9. Diğer komplikasyonlar

Böbrek transplantasyonu sonrası hastalarda birçok komplikasyonlar görülebilmektedir yapılan araştırmalara göre tanımlanan komplikasyonlar arasında bir bağlantı olduğu ve birbirlerini tetikleyebildiği kanıtlanmıştır. Örneğin hiperglisemi obeziteye obezite KVH'a sebep olabilmektedir (Cohen vd., 2020).

Yukarıda bahsedilen komplikasyonlara ek olarak, böbrek transplantasyonu sonrası obezite, metabolik hastalıklar, hematolojik komplikasyonlar (lökopeni, trombositopeni, eritrositoz vb.), kemik-mineral hastalıkları, gastrointestinal hastalıklar eklenebilir (Sen vd., 2018).

2.12.10. Diyalize geri dönme

Hastaların transplantasyon sonrası diyalize ihtiyacı olabilmektedir. Hastaların transplantasyon sonrası diyalize dönme süreci psikolojik ve fiziksel olarak zordur. Greft fonksiyonunun bulunmadığı veya tehlikeye girdiği dönemde hasta diyalize alınır. Genellikle erken dönemde greft reddi olan böbrekler cerrahi işlemle çıkarılır. Hastanın tekrardan diyalize dönme kararı alındıktan sonra immüsupresyon ilaçlar azaltılarak kesilir ve hasta rutin diyaliz sürecine geri döner (Davenport, 2013).

2.13. Böbrek Transplantasyonunda Bakım ve Hemşirelik

Böbrek transplantasyonu sonrası hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Ameliyat sonrası bakımda hasta multidisiplinel yaklaşımla değerlendirilir. Hasta, yaşam bulguları, laboratuvar testleri, sıvı-elektrolit dengesi, kardiyovasküler, pulmoner, nörolojik, gastrointestinal ve hematolojik sistemleri, insizyon yeri, drenaj miktarı ve rengi, dren giriş yeri ve komplikasyonları açısından değerlendirilir. (Köken ve Sezer, 2018; Karadakovan ve Aslan, 2014). Cerrahi operasyondan sonra hastanın oksijen ihtiyacı doktor ve hemşire tarafından değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda hastaya oksijen verilmelidir. Cerrahi işlem sonrası gelişebilecek Derin Ven Trombozu (DVT) ve enfeksiyon komplikasyonlarını en aza indirmek için hemşire hastanın mobilizasyonu sağlamalıdır (Karlı, 2023).

Enfeksiyon oluşumunu önlemek için gerekli aseptik tekniklere uyulur ve hastanın ziyaretçilerle görüşü kısıtlanır. Doku rejeksiyonu belirtileri açısından hasta yakın takip altına alınır. Cerrahi operasyona bağlı hasta ağrı duyabilir. Hemşire hekim ile iş birliği içerisinde uygun analjezikleri uygulamalı hastanın ağrısını kontrol altında tutmalıdır. Bunların yanında hastanın hemodinamisini korumak en önemli amaçlardan biridir. Hemşire hastanın idrar çıkışını kontrol etmeli doktorlarla iş birliği içerisinde hastanın ihtiyaç duyduğu sıvıyı replese etmelidir. Hastanın günlük olarak kan değerleri kontrol edilmeli ve günlük kilo takibi yapılmalıdır (Karşlı, 2023). Post-operatif süreçte hastalarda özellikle solunum yolu enfeksiyonları gelişebilmektedir. Hemşireler hastanın yeterince solunum egzersizi yaptığından emin olmalı ve hastayı yakından izlemelidir. Hemşire hastanın ateşi 38 ve üzerinde olursa hekime haber vermeli ve olası komplikasyonların önüne geçmelidir (Karşlı, 2023).

2.14. Böbrek Transplantasyonunda İmmüsupresif Tedavi

Böbrek naklinde amaç, alıcının yaşam kalitesini arttırmak ve uzun süreli hayatta kalmasını başarmayı sağlamaktır. Transplantasyon sonrası süreçte, greft rejeksiyonunu önlemek ve iskemik hasarın önüne geçmek hayati önem taşır (Zhu, 2017). Vücut, greft dokuyu yabancı doku olarak kabul eder ve dokuya karşı bağışıklık sistemini devreye geçirir. Greft reddini önlemede temel tedavi immüsupresif tedavi yöntemidir.

İmmüsupresif ilaçlar, T hücrelerinin antijene tepki olarak antikor oluşturmasının ve çoğalmasının önüne geçmeyi sağlar. İmmüsupresif tedavi indüksiyon ve idame tedaviyi kapsar. İndüksiyon tedavisi, rejeksiyon riskinin en yüksek olduğu dönemde alınan güçlü antirejeksiyon ilaçları içerir. İdame tedavi ise daha az güçlü antirejeksiyon ilaçları içerir. İdame tedavisi başlangıçta ve sonraki tedavi sürecinde kullanılır. Transplantasyondan sonraki süreçte tedavilerin her ikisi hastaya önerilir. Hastanın böbrek fonksiyonları ve ilaç dozları sık aralıklarla kontrol edilir (Jones-Hughes vd., 2016).

Tablo 2.6: Transplantasyon sonrası hasta kontrol sıklığı

transplantasyon sonrası ilk ay	transplantasyon sonrası 2-3 ay	transplantasyon sonrası 4-6 ay	transplantasyon sonrası 6-12 ay
Haftada 2-3 defa	Haftada 1-2 defa	Her 1-2 haftada 1 defa	Her 4-6 haftada 1 defa

Kaynak: Jones-Hughes vd., 2016

Transplantasyon sonrası hastalarda greft reddini önlemek ve sağkalımı sürdürmek amacıyla dokuz farmastötik kullanılmaktadır. Dokuz ilacın ikisi indüksiyon tedavi olarak, yedisi idame tedavi olarak kullanılmaktadır. İndüksiyon tedavisi BAS ve Ratg'dir. Yedi idame tedavi; TAC, TAC-PR, MMF, MPS, BEL, SRL ve EVL'dir (Jones-Hughes vd.,2016).

2.14.1. İndüksiyon Tedavisi

Akut greft reddinin önlenmesinde indüksiyon tedavisi oldukça önemlidir. İndüksiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar bağışıklık sistemi üzerinde güçlü etkilere sahiptir (Jones-Hughes vd., 2016). Anti- lenfosit antikorlar (rATG, atgam, alemtuzumab), interlökin 2 reseptör antagonistleri (Basiliximab) (örn: simulect) ve anti-CD20 antikorları (rituksimab) indüksiyon tedavi seçeneklerindedir (Taşkiran, vd., 2016).

1. Anti-lenfosit antikorlar: poliklonal ve monoklonal antikorları

a-) Poliklonal antikorlar

Anti-timosit globülin (ATG): At ve tavşandan elde edilen formları bulunmaktadır. ATG T lenfositlerinin yüzey antijenlerini baskılama yeteneğine sahiptir. ATG ciddi yan etkilere sebep olabilir. Bu sebeple ilk doz uygulamasında anafilaktik şok açısından hastanın takibi hayati önem taşır (Taşkiran vd., 2016).

b-) Monoklonal anti-lenfosit antikor

CD25 ve CD3 antijenlerine karşı üretilen alemtuzumab ve muromonab antikorlarıdır (Taşkiran vd., 2016).

2. İnterlökin-2 reseptör antikoları (IL-2)

Basiliksımab, aynı zamanda Anti-CD25 antikoru olarak bilinmektedir. Hem fare hemde insan antikoru içeren monoklonal antikordur. T lenfositleri üzerindeki CD25'e bağlanır ve T hücre proliferasyonunu sağlayan İnterlökin-2 reseptör antikoları (IL-2)'nin aktivasyonunu engeller. Akut rejeksiyon insidansını aaltmada önemli bir yer kapsar (Holt, 2017).

3. Anti-CD20 antikoları

ABO uyumsuz transplantasyonlarında Human Lökosit Antijen (HLA)'ni baskılayan antikor olarak aktivasyon göstermektedir (Taşkiran vd., 2016).

2.14.2. İdame Tedavi

Greftin sağkalımının sürdürülmesinde ve akut rejeksiyonun önüne geçilmesinde idame tedaviler hayati önem taşır. İdame tedavi 4 başlık altında ele alınır:

1. **Kalsinörin inhibitörleri;** Takrolimus (TAC) (adoport, capexion, modigraf, perixis, prograf, tacni) ve siklosporin (CSA).

a.Siklosporin A (CsA): Siklofilin T hücrelerine bağlanır ve hücre içerisinde aktifleşir. Kalsinörin enzimini durdur. Böylelikle T hücrelerinin işlevselliği bloke edilmiş olur (Çakır, 2016). Hipertansiyon ve kardiyovasküler sistem üzerinde birçok yan etkisi vardır. GFR'yi azaltır. Hipomagnezemi nefrotoksite, hepatotoksite, nörotoksite, malignite,vb. (Hussain ve Khan, 2022)

b.Takrolimus (TAC): Siklosporine göre daha güçlü işleve sahiptir. Tedaviden önce hastanın kan testleri yapılır. IL-2 inhibitörü ve T hücresi antikoru (Çakır, 2016). Yan etkileri: Myeastenya gravis, chron hastalığı, hiperlipidemi, hipertansiyon, nefrotoksite vb. (Hussain ve Khan, 2022).

2. **Kortikosteroidler :**prednizon (örn:prednol).

Kortikosteroidler, transplantasyon sonrası indüksiyon, idame ve rejeksiyon tedavisinde kullanılmaktadır. IL-1, IL-2, IL-3, IL-6, inhibe eder (Çakır, 2016).

3. **Antimetabolitler:** Mikofenolat mofetil (MMF) ve azatiyoprin. (örn: Myfenax, arzip)

a.Mikofenolik asit (MMF-MPA): T ve B lenfosit proliferasyonunun önüne geçer. En çok görülen yan etkileri: nefrotoksisite, diyare, lökopeni ve enfeksiyondur (Holt, 2017).

Yapılan araştırmalara göre MMF'nin azatiyoprine göre allograft rejeksiyonu %27 oranında azalttığı kanıtlanmıştır (Çakır, 2016).

b.Azatiyoprin: Mikofenoloik asit inozin monofosfat dehidrogenaz (İMPDH) enzimini baskılar. Yan etkileri: cilt kanseri, kemik iliği baskılanması vb. (Çakır, 2016)

4. **mTOR inhibitörleri:** Sirolimus (SRL) ve belatacepti

a.Sirolimus (SRL): Mtor proteinine bağlanarak T hücrelerini baskılar. Yan etkileri: lökopeni, trombositopeni, hiperlipidemi, gecikmiş yara iyileşmesi vb.

b.Belatacept: T hücre yüzeyindeki CD28'e bağlanarak aktive olur (Taşkıran vd., 2016).

Son 5 yıl içerisinde transplantasyonlarda %75 başarı sağlanmıştır. Allograft reddini önleme başarısı güçlü immünsupresif tedaviye atfedilir. İmmünsupresif tedavi başarısının yanında tedavinin yan etkileri ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar tedavi sürecini karmaşık ve zorlu hale getirmektedir. İmmünsupresif ilaç kullanımı sonrası hastalarda nefrotoksisite, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, enfeksiyon ve maligniteler görülebilir (Katabathina, 2015).

Enfeksiyöz komplikasyonlar en sık görülen komplikasyonlardandır. Transplantasyon sonrası depresif immünniteye sekonder bakteriyel (nocardia), viral (herpes simpleks, hepatitler, varicella-zoster), mantar (candida) ve paraziter (toksoplazma) enfeksiyonlara rastlanabilmektedir (Fishman, 2017).

Bu komplikasyonlara ek olarak malignite görülebilmektedir. İmmünsupresif tedavi gören hastaların %20'sinde yaklaşık on yılın sonunda kanser vakası görülebilmektedir.

Hastalarda görülen malignite çeşitleri: Lenfoproliferatif bozukluk (PTLD), kaposi sarkomu, anogenital kanser, akciğer kanseri ve renal hücreli karsinom (RCC)'dur (Katabathina, 2015).

Aşağıdaki tabloda ilaçların yan etkilerine ayrıntılı bir şekilde yer verilmektedir. (tablo 2.7).



Tablo 2.7: İmmünespresif ilaçların etki mekanizması ve yan etkileri

İlaç	İlaç mekanizması	Yan etkileri	Ek açıklama
Kortikosteroidler	Sitozolik reseptörlerine bağlanarak direkt ve indirekt genomik etkilerle prostaglandin sentezini ve İL-2, tnf alfa, INFy gibi sitokin genlerinin transkripsiyonunu önler.	Hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, osteoporoz, cushingoid görünüm uyku ve yara iyileşmesinde gecikme miyopati çocuklarda büyüme geriliği.	Hipoalbuminemi ve karaciğer hastalığı varlığında biyoyararlanımı artar.
Siklosporin	Siklofiline bağlanarak kalsinörini inhibe eder. IL-2 üretimini inhibe eder.	Hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, hiperürisemi, nefrotoksisite ve malignite riskinde artış.	İlaç düzeyi monitorizasyonu gerekir.
Tacrolimus	FKBP-12 bağlanarak kalsinörini inhibe eder. IL-2 üretimini inhibe eder.	Diş eti hiperplazisi, diyabet ve nörotoksisite BKV infeksiyonunda artış.	İlaç düzeyi monitorizasyonu gerekir.
Azatiyoprin	DNA sentezini inhibe eder.	Hepatotoksisite kemik iliği supresyonu makrositoz pankreatit	
MMF/MPA	İnozin monofosfat dehidrogenaz enzimini inhibe ederek pürin sentezinin de-novo yolağını bloke eder.	İshal, nütropeni anemi CMV ve BKV infeksiyonunda artış.	Siklosporin MMF/MPA'nın emilimini azaltır.
m-TOR İnhibitörleri	m-TOR'u inhibe eder ve IL-2 aracılı T hücre proliferasyonunu bloke eder.	Akne ağız ülserleri yara iyileşmesinde gecikme proteinüri dislipidemi.	CMV infeksiyonu riskini azaltır.

Kaynak: Çavuşoğlu, 2014

2.15. İmmüsupresif Tedaviye Uyum ve Hemşirelik Roller

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre uyum bir kişinin davranışının sağlık profesyonellerinin yönlendirdiği tavsiyelere ne ölçüde karşılık verdiği olarak tanımlanır. Uyum yalnızca ilacı kapsamaz aynı zamanda beslenme alışkanlıklarını ve yaşam tarzını da kapsar (Vankova vd., 2018).

İmmüsupresif tedavi, alıcılar için hayatın bir parçasıdır ve greft reddini önlemede önemli bir role sahiptir. İmmüsupresif tedaviye uyumsuzluk, tekrardan diyalize dönme, böbreği kaybetme ve ölümlle ilişkilidir. Yapılan araştırmalara göre; alıcılarda immüsupresif tedaviye uyumsuzluğun oranı %2 ila %67 arasında olabilmektedir. Greft kaybının %14-65'i tedaviye uyumsuzluktan kaynaklanmaktadır.

Tedavinin ömür boyu sürmesi, böbrek nakli alıcılarında en fazla tedaviye uyumsuzluğa neden olan etkidir. Buna ek olarak tedaviye uyumsuzluğun nedenleri arasında: ilacı almayı unutmak, yan etkiler (baş ağrısı, gis problemleri, psikolojik etkiler), ilaç takibi, çalışma koşulları ve yaşam tarzı yer alır (Muduma vd., 2016).

Transplantasyon sürecinde rol alan sağlık profesyonelleri immüsupresif ilaç kullanımı, dozaj stratejilerini, yan etkilerini, gıda ve ilaç etkileşimini ve gelişebilecek komplikasyonları bilmeli ve hasta izlemi konusunda dikkatli olmalıdır (Allison, 2016). Hemşireler hastayı ilacı doğru kullanma konusunda eğitmelidir. Örneğin hastalara ilaçları yanlış dozda veya yanlış zamanda kullandıklarında sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiğini, son kullanma tarihi dolmuş olan ilaçları kullanmamaları gerektiğini, ilaçları uygun koşullarda saklamaları gerektiğini ve enfeksiyonlu bireylerden kendilerini uygun şekillerde korumaları gerektiği anlatılmalıdır (Karşlı, 2023). İlaç dozları, greft reddini önleyecek toksisiteyi ve komplikasyonları en aza indirecek şekilde ayarlanmalıdır. İmmüsupesif tedavi sürecinin dikkate alınması hasta ve greft sağkalımı açısından hayati önem taşır (Allison, 2016).

Organ nakli süreci birçok açıdan bakıldığında zorlu bir süreç olmasının yanında değiştirilebilir bir risk faktörüdür. İmmüsupresif ilaç kullanımına uyum sürecinde sağlık profesyonellerinin yanında hatırlatıcı elektronik sistemleride kullanılabilir (Karşlı, 2023).

Bu süreç titiz hemşirelik ve tıbbi bakımı gerektirir. Hemşirelerin süreci yönetebilmesi için hemşirelerin gerekli bilgi, beceri ve donanıma sahip olması gerekmektedir. Transplantasyon gerçekleşmiş hastalar çoklu hemşirelik disiplinine ihtiyaç duyar (Cajanding, 2018). Nakil sonrası süreçte ve hastaların immüsupresif tedaviye uyum süreçlerinde hastalarla en yakın iletişimde olan hemşirelere önemli roller düşmektedir (Kişin vd., 2023).

Tedaviye Uyumu Sağlamada Hemşirelik Roller:

- İmmüsupresif rejimlerin izlenmesi
- Organ toksisitesinin belirtilerinin takibi
- Komplikasyonların erken teşhisi ve yönetimi
- İlaç takibi
- Uyumluluğu sağlamak ve sürdürmek
- Dozaj rejimlerinin bireyselleştirilmesi ve basitleştirilmesi
- Sosyal desteğin güçlendirilmesi
- Hastanın karar sürecine katılımının sağlanması

Bunlara ek olarak, hastanın tedaviye uyumsuzluğunun nedeninin belirlenmesi hemşirelik bakımının temel taşı oluşturabilir (Cajanding, 2018).

Tedaviye uyumu etkileyen faktörler arasında hastanın eğitim düzeyi, yaşı, sosyo-ekonomik durumu, tedavi hakkındaki bilgi yeterliği, ilaç dozları ve yan etkileri yer almaktadır (Özdemir ve Talas, 2016).

Hastaların tedaviye uyumunun değerlendirilmesi ve değerlendirmenin klinik izlemin bir parçası olması hasta için hayati önem taşımaktadır. Hemşireler tedaviye uyum sürecini hasta veya yakınlarıyla görüşerek ya da gerekli tektikler aracılığıyla izleyebilir (Özdemir ve Talas, 2016). Hemşireler böbrek nakli sonrasında hastalarda tedaviye uyumsuzluğun gelişebileceğini bilmelidir. Uyumsuzluğu değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeklerden yararlanılabilir (Ören ve Dağ, 2019).

Transplantasyon sonrası taburculuk sürecinde hemşireler önemli bir role sahiptir. Taburculuk sürecinde hemşire hastayı oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirir hastaların öz yönetimini destekler ve ilaç kullanımı konusunda gerekli

eğitimleri verir. Bu sayede hemşire hastanın yaşam kalitesinin ve sağkalımının artmasında aktif rol oynar (Karslı, 2023).

Böbrek nakli alıcıları, greft reddi riskini en aza indirmek için yaşam boyu devam eden immünsupresif tedaviye uyumlu olmalıdır. Bilindiği üzere böbrek nakli hasta için stresli ve yaşamın dönüm noktasıdır. Hastalar için ilaç ve diyetten ayrı olarak yeni yaşam tarzını benimsemek oldukça zordur (Vankova vd., 2018).

Yapılan araştırmalara göre böbrek transplantasyonu yapılmış hastalarda immünsupresif ilaç kullanımına uyumsuzluk oranının %26.4 olduğu bilinmektedir (Özdemir ve Talas, 2016). Hemşirelere hastaları tedaviye uyum sürecinde desteklemeleri, tedaviye uyumlarını değerlendirmeleri ve girişimde bulunmaları konusunda önemli roller düşmektedir (Özdemir ve Talas, 2016).

2.16. Kadercilik Eğilimi

Kader, Allah'ın ezeli ilmini, iradesini ve beşeri iradeyi kapsayan çok geniş bir kelimedir. Geçmişten günümüze kadar kader kavramı insanların doğauştü güçler karşısındaki çaresizliği olarak ifade edilmektedir (Ramírez ve Carmona, 2018).

Ancak Kur'an'ı Kerim'deki kelime anlamı ölçü, hükmetmek ve güç anlamına gelmektedir (Güler, 2020). Terim anlamı ise Allah'ın gelecekte meydana gelecek şeyleri her yönüyle bilmesi ve takdir etmesidir (Çadırcı,2019).

İnsanı diğer varlıklardan ayıran en önemli özellikler Allah'ın insanlara bahşettiği irade ve akıldır. Allah insana, gücünün yetebileceği ölçüde irade vermiştir. Allah'ın verdiği irade sayesinde insan hayatına seçimleriyle yön verebilmektedir (Gürler, 2013).

Geçmişten bu yana, insanlar kader inancı hakkında çok çeşitli fikirlere sahip olmuştur. Genel olarak kadercilik anlayışı iki grupta incelenebilir. Birinci kadercilik anlayışında; İnsanın kendi tercihleri ve hür olmadıkları, Allah'ın her şeyi yalnızca kendi iradesiyle yönettiği ve insanın hiçbir sorumluluğa sahip olmadığı yönündedir. İkinci kadercilik anlayışında; Allah insanların fiillerini yaratmaktadır ve bununla birlikte insanlar özgür iradeye sahiptir. Sonuç olarak da insanlar eylemlerinin sorumluluğunu üstlenirler (Namlı, 2018).

Bunlara ek olarak Sağlık İnanç Modeli (SİM) bireylerin hastalıkları üzerindeki kontrolünü incelemektedir. Sağlık İnanç modeli bireylerin sağlık davranışlarını iyileştirmenin yanında tedaviye uyumu arttırmada ve olumsuz sağlık davranışlarının nedenlerini belirlemede temel rehber olarak kullanılmaktadır (Gözüm ve Çapık, 2014). SİM bireylerin hastalıkları ve sağlıkları konusunda gereğini yaptıktan sonra hastalıkların önlenebileceği inancını benimsemektedir (Can, 2021). Sağlık İnanç Modeli (SİM) kullanılarak hastaların yaşamları üzerinde kontrolün ve öz yeterliliğin artırılacağı ve öz yeterliliği artan hastaların aktif olarak sağlık davranışlarında bulunabildiğini kanıtlanmıştır (Akan ve Caydam, 2022).

Sağlık Kontrol Odağında hastanın sağlığını kontrol etme durumu iki başlık altında ele alınır. Birincisi iç kontroldür. İç kontrol odağında hasta sağlığının kontrolünü kendi elinde görürken dış kontrol odağında hasta, sağlığının dış kontrollerin (Allah, doktor vb.) elinde görmektedir. Bu bağlamda Sağlık Kontrol Odağı karşımıza sağlık davranışlarını etkileyen önemli bir konu olarak çıkmaktadır (Bahçebaşı, 2023).

Sağlıkta kadercilik anlayışı hastalık gibi sağlıkla ilgili problemlerin insan iradesi dışında olduğu fikrini temsil eder. Bu inanç, bireyin sağlık durumunun Allah'ın ezelden beri bilmesini ve yönetmesini kapsar. Kader inancının, bireylerin sağlık davranışları üzerinde etkisi mevcuttur (Nageeb vd., 2018).

Sağlıkta kadercilik anlayışı üç başlık altında ele alınabilir: kader, karamsarlık ve kişinin sağlığını şansa bağlaması. Yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda, kader inançlı hasta bireylerin hastalığa yakalanma ile ilgili düşüncesi hastalığın kişinin kontrolü dışında olduğu ve teşhis sonrasında ölümün kaçınılmaz olduğu şeklindedir (Ramírez ve Carmona, 2018).

Genel olarak bakıldığında kader inançlı bireyler, sonucu değiştirme isteğine ve çabalarına rağmen sonucu değiştiremeyeceği görüşündedir (Mitchell, vd., 2015).

Türkiye’deki çoğu birey kaderi değiştiremeyeceğine ve çaba göstermenin faydası olmadığına inanmaktadır (Kaya ve Bozkur, 2017). Bunlara ek olarak, kadercı anlayışı yüksek olan bireylerin sağlık uyarısını dikkate alınmadığını ve “kaderimde varsa bunu önlemek için yapabileceğim bir şey yoktur” görüşünde oldukları belirtilmiştir (Bobov ve Capik, 2020). Kader inancı bireyin karar ve davranışlarını etkilemektedir (Özer vd., 2022).

Yapılan araştırmalara göre kader inancı olan bireylerin daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu ve daha düşük nitelikte sağlık hizmeti aldığı bilinmektedir (Nageeb vd., 2018). Bu araştırmanın zıddına kadercilik, olumsuz sağlık olaylarını anlamlandırmada zorluk çeken bireyler için, zihinsel koruma olarak veya psikolojik olarak savunma mekanizması işlev görebilmektedir (Mitchell, vd., 2015; Kaya ve Bozkur, 2017). Birey, başına gelen olumsuz olaylarla baş edemediği durumlarda kadere bağlanabilmektedir (Kaya ve Bozkur, 2017).

Tedaviye uyumda, sağlık uygulamalarında, sağlık hizmeti talep sıklığında; dini inançlar, tutumlar, gelenek ve görenekler, ekonomik durum, önemli etkiye sahip olabilir. Özellikle dini inançlar tedaviye karar verme sürecinde oldukça etkilidir. Bununla birlikte bireylerin kadercilik eğilimi, tedaviyi etkileyebilir (Boztilki ve Ardıç, 2017). Örneğin, bireyler hastalığın kaderi olduğuna kaderini değiştiremeyeceğine inanıp ilacı kullanmak istemeyebilir ya da dozlarını atlayabilir Araştırmalara göre kadercilik eğilimi sağlık arama davranışlarının önünde bir engel olarak görülmektedir (Pehlivan ve Aktaş, 2022).

Kadercilik anlayışında kısmen var olan sonuçtan kaçınılmazlık düşüncesi, tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilir. Kaderin insan iradesini kısmen dışarda bırakması ve hastaların kader üzerinde söz sahibi olmadıklarını düşünmesi; hastaların ilaç dozlarını atlamasına, tedaviyi reddetmesine sebep olabilir (Boztilki ve Ardıç, 2017). Kaderin, tedavi kararına etkisi veya tedavinin sürdürülebilirliği ile ilişkisi göz önünde bulundurularak; Bu çalışmada kader inancının, böbrek transplantasyon hastalarında ömür boyu devam edecek olan immüsupresif tedaviye uyumu nasıl etkilediği ortaya koyulmaya çalışılmıştır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma, böbrek nakli olan hastalarda kadercilik anlayışının immünsupresif tedaviye uyum üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmış olup, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma İstanbul ilinde bulunan bir hastanenin üç nefroloji polikliniğinde ve Kastamonu ilinde bulunan bir hastanenin bir nefroloji polikliniğinde 21 Nisan-25 Aralık 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini araştırma yapılması planlanan İstanbul ve Kastamonu illerinde bulunan hastanelerde, nefroloji polikliniğine başvuru yapan böbrek nakli gerçekleştirilmiş 117 (%84,47) hasta oluşturmaktadır. Örneklemi araştırma kriterlerine uygun olan 100 hasta oluşturmaktadır. Örneklem sayısının yeterliliğini tespit etmek amacıyla G-Power 3.1.9.4. programı kullanıldı. Posthoc güç analizinin sonucunda çalışmanın %95 güç ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde olduğu belirlendi.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olması
- Böbrek nakli gerçekleştirilmiş olması
- Böbrek naklinde en az 2 ayını tamamlamış olması
- Veri toplama araçlarını cevaplayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olması
- İletişim probleminin olmaması (işitme, dil, anlama vb.)
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Psikiyatrik tanı almamış olması
- Okuma ve yazma becerisine sahip olmasıdır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların sosyodemografik özelliklerini içeren “Tanıtıcı Bilgi Formu” (Ek-1), Özdemir (2015) tarafından geliştirilen ‘İmmüsupresif Tedaviye Uyum Ölçeği’ (Ek-2) ve Kaya ve Bozkur (2015) tarafından geliştirilen “Kadercilik Eğilimi Ölçeği” (Ek-3) yazarlardan gerekli izin alınarak kullanılmıştır. Böbrek nakli gerçekteşmiş olan hastalara uygulanacak bu ölçeğin ilk kısmında hastaların kişisel bilgileri, ikinci kısımda ise immüsupresif tedaviye uyumu ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi için sorular yer almaktadır.

3.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Böbrek nakli olan hastaların sosyodemografik bilgilerini ölçmek için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda ve kaynaklardan yararlanılarak oluşturulmuştur. Kişisel bilgi olarak; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sigara ve alkol kullanma durumu ve sıklığı, transplantasyonda kaçınıcı yılı olduğu, nakil bekleme süresi ve kullandığı ilaç sayısı gibi değişkenleri içeren 9 soru yer almaktadır.

3.3.2. İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği

“İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği” Kaya ve Bozkur (2015) tarafından tasarlanmıştır. Ölçek solid organ transplantasyonu gerçekteşmiş olan hastaların immüsupresif tedaviye uyumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ölçek solid organ transplantasyonu gerçekteştikten sonra en az iki aylık bir süre geçen hastalar üzerinde uygulanabilmektedir. Ölçek 11 maddeden oluşmaktadır ve tek boyutludur. Ölçek puanlamasında 5’li likert “hiçbir zaman” ,“nadiren” ,“bazen”, “sık sık” “her zaman” cevaplarını ve 2’li likert “evet”, “hayır” cevaplarını içeren derecelendirme kullanılmıştır. 8 madde 5’li likert, 3 madde ise 2’li likert derecelendirmeye göre cevaplanmaktadır. Cronbach’ın alfa katsayısı 0,611 olarak hesaplanmıştır.

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 11, alınabilecek en yüksek puan ise 55'tir. Bireyin ilaç kullanımına uyumunun iyi olduğunu gösteren yüksek puandır. Düşük puan bireyin beklenen ilaç kullanımına uyumunun yetersiz olduğunu gösterir (Özdemir, 2015). Araştırmanın Cronbach'ın alfa katsayısı ise 0,704 olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. Kadercilik Eğilimi Ölçeği

“Kadercilik Eğilimi Ölçeği” Özdemir (2015) tarafından tasarlanmıştır. Ölçek bireylerin kadercilik eğilimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ölçek, 24 maddeden oluşmaktadır. “Önceden Belirlenmişlik”, “Şans”, Batıl İnanç” ve “Kişisel kontrol” boyutlarından oluşmaktadır. Cronbach'ın alfa katsayısı 0,86 ve güvenirlik kat sayısı 0,72 olarak hesaplanmıştır. 4 boyutlu oluşan bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 24, alınabilecek en yüksek puan ise 120'dir. Toplam Kadercilik Eğilimi puanı alt boyutlardan alınan puanların toplanmasıyla elde edilir. Alınan puanın yüksek olması kadercilik eğiliminin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Kaya ve Bozkur, 2015). Araştırmanın Cronbach'ın alfa katsayısı ise 0,859 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Böbrek nakli hastalarının immünsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamaları, kadercilik eğilimleri

Bağımsız Değişkenler: Böbrek nakli gerçekleşen hastaların sosyodemografik özellikleri

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, İstanbul'da bir eğitim araştırma hastanesi ve Kastamonu'da bir devlet hastanesi nefroloji polikliniğinde 21 Nisan-25 Aralık 2022 tarihleri arasında hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile ve yaklaşık olarak 10-15 dakika içerisinde toplanmıştır. Araştırmanın evrenini nefroloji polikliniğine başvuru yapan 117 böbrek nakli olan hasta oluşturmuştur.

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın nicel verilerinin analizi için SPSS 26 paket programı kullanıldı. Frekans, yüzdelik ve ortalama veriler için \pm standart sapma (SS) kullanıldı. Ölçeklerin normal dağılımı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak tespit edildi. Bağımlı ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. 2 gruplu karşılaştırma testleri için Mann-Whitney U testi, 2'den fazla gruplu karşılaştırma testleri için ise Kruskal-Wallis testi tercih edilmiştir. Bonferonni düzeltmesi, farklılığı tespit etmek amacıyla kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak amacıyla SPSS PROCES macro 4 regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonucu ulaşılan bulgular $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.7.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılması için öncelikle İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan 28.01.2022 tarihinde 2022/01 sayılı toplantısından etik kurul izni alınmıştır. 21.04.2022 tarihinde 2022/09 sayılı kararıyla İl Sağlık Müdürlüğü'nden ilgili hastanelerde araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli izin alınmıştır. Araştırmada kullanılmak üzere geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği ve Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nin gerekli izinleri alınmıştır (Ek-4). Araştırmaya dahil edilen her bir böbrek nakli olan hastaya araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş onam formu kullanılarak yazılı izin alındı. Araştırmaya dahil edilen her bir birey gönüllülük esası doğrultusunda araştırmaya dahil edilmiştir. Bireylerin kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma 100 hasta ile gerçekleştirilmiştir ve araştırmaya 18 yaş altı bireyler dahil edilememiştir. Araştırma iki merkezde gerçekleştirilmiş olup genellenemez.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırma böbrek nakli gerçekleşmiş hastaların kadercilik anlayışının ve immünsupresif tedaviye uyumunun incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Aşağıdaki bölümde;

- Araştırmanın sonucundan elde edilen bulgulara ve analizlere yer verilecektir.
- İlk olarak demografik bilgilerin frekans ve yüzdelerine bakılacaktır.
- Ölçeklerin analizleri ve puan ölçekleri değerlendirilecektir.
- Ölçeklerin puanlamaları yapılacaktır.
- Son olarak da bağımlı ve bağımsız değişkenler karşılaştıracaktır.

Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		n	%
Yaş			
Ort: 47,55 ± 13,14			
Min:18;Max:83			
Cinsiyet	Kadın	38	38
	Erkek	62	62
Medeni Durum	Bekar	24	24
	Evli	76	76
Eğitim Durumu	İlkokul	32	32
	Ortaokul	27	27
	Lise	19	19
	Önlisans	10	10
	Lisans	12	12
Sigara Kullanımı	Hayır	68	68
	Günde bir paket	5	5
	Haftada bir paket	9	9
	Bırakmış	18	18
Alkol Kullanımı	Haftada bir kere	3	3
	Hayır	97	97

4.1. Hastaların Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 47,55 ± 13,14 (min. 18 ve max. 75) yıldır. Hastaların %62'si erkeklerden oluşmaktadır ve %76'sı evli olup ve %32'si ilkokul mezunudur (Tablo.4.1).

Tablo 4.2: Hastalığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Özellikler		n	%
Hastaların Kullandığı İlaç sayısının			
Ort: 6,96 ± 3,35			
Min: 1			
Max: 18			
Böbrek Naklinde	2-12 ay	16	16
Kaçıncı Yılı	1-3 yıl	31	31
	4 yıl ve üzeri	53	53
Böbrek Nakil	0-12 ay	66	66
Bekleme Süresi	1-3 yıl	20	20
	4-9 yıl	10	10
	10 yıl ve üzeri	4	4

4.2. Hastalığa Yönelik Özellikler

Hastaların %16'sının transplantasyonda 2.-12. ayı; %31'nin 1.-3. yılı; %53'ünün 4.yıl ve fazlası olduğu görülmüştür. Hastaların %66'dan fazlası bir yıldan daha kısa sürede nakil olmuştur. Hastaların kullandığı ilaç sayısının ortalaması $6,96 \pm 3,35$ (min. 1 ve max. 18) adettir (Tablo.4.2).

Tablo 4.3: Kadercilik Eğilimi Ölçeği İle İlgili Bulgular

Ölçek ve Alt Ölçek	Ölçekten Alınabilecek Min-Mak Puan	Örneklem Grubun Aldığı	
		Min-Mak Puan	$\bar{X} \pm SS$
Kadercilik Ölçeği	24-120	41-104	75.37±9.51
Önceden Belirlenmişlik	8-40	8-40	27.70±6.17
Kişisel Kontrol	6-30	7-30	20.73±4.63
Batıl İnanç	6-30	6-30	13.74±5.79
Şans	4-20	4-20	13.20±3.59

4.3. Kadercilik Eğilimi Ölçeği ve Alt Boyutları İle İlgili Bulgular

Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nden alınan değerlerin toplam ortalaması $75,37 \pm 9,51$ 'dir. Alt gruplardan Önceden Belirlenmişlik alt grubunun ortalaması $27,70 \pm 6,17$; Kişisel Kontrol alt ölçeğinden alınan ortalama $20,73 \pm 4,63$; Batıl İnanç alt grubunun ortalaması $13,74 \pm 5,79$; Şans alt grubunun ortalaması ise $13,20 \pm 3,59$ olarak hesaplanmıştır (Tablo4.3).

Kadercilik Eğilim Ölçeği ile benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda aynı ölçek için Cronbach Alpha katsayısı literatürde 0,72 ve 0,89 gibi değerler tespit edilmiştir (Tablo4.3).

Tablo 4.4: İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği İle İlgili Bulgular

Ölçek	Ölçekten Alınabilecek Min- Mak Puan	Örneklem Grubun Aldığı	
		Min-Mak Puan	$\bar{X} \pm SS$
İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği	11-55	29-55	$46,34 \pm 6,14$

4.4. İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği İle İlgili Bulgular

Hastaların İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği'nden minimum aldığı puan 29 maximum aldığı puan 55'tir. Ölçeğin ortalaması ise $46,34 \pm 6,14$ 'dür (Tablo4.2). Literatürde genel kabul görmüş geçerlilik sınırı 0,70 olarak kabul edilmekle birlikte benzer çalışmalarda da 0,75 vb. oranlar tespit edilmiştir (Tablo.4.4).

4.5. Karşılaştırma Testleri

Tablo 4.5: Kadercilik Eğilimi Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler	n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan	Test İstatistiği / Anlamlılık Değeri (p*)	
Yaş (Pearson Korelasyon)	100	47.55±17.13	75.00	0.163 / 0.105	
Cinsiyet	Kadın	38	74.71±11.266	75.00	1353.0* /
	Erkek	62	75.77±8.326	75.00	0.213
Medeni Durum	Bekar	24	75.71±11.149	76.00	962.0* /
	Evli	76	75.26±9.010	75.00	0.686
Eğitim Durumu	İlkokul	32	74.56±10.635	74.50	9.439** / 0.051
	Ortaokul	27	75.96±7.930	77.00	
	Lise	19	72.11±8.082	74.00	
	Önlisans	10	74.10±7.325	72.00	
	Lisans	12	72.42±10.900	79.00	
Sigara Kullanımı	Hayır	68	74.49±10.419	75.00	4.275** / 0.233
	Günde bir paket	5	80.20±3.271	79.00	
	Haftada bir paket	9	77.78±5.286	77.00	
	Bırakmış	18	76.17±8.326	75.00	
Alkol Kullanımı	Haftada bir kere	3	81.33±2.309	80.00	63.5* / 0.101
	Hayır	97	75.19±9.591	75.00	
Nakilde Kaçınıcı Yılı	0-12 ay	16	76.56±14.514	75.00	0.017** / 0.992
	1-3 yıl	31	75.39±7.046	77.00	
	4 yıl ve üzeri	53	75.00±9.064	75.00	
Nakil Bekleme Yılı	0-12 ay	66	75.14±9.222	75.00	1.319** / 0.725
	1-3 yıl	20	76.80±11.400	77.50	
	4-9 yıl	10	74.80±8.791	78.00	
	10 yıl ve üzeri	4	73.50±8.103	74.50	
Kullanılan İlaç Sayısı (Pearson Korelasyon)	100	6.69±3.35	75.00	-0.090 / 0.375	

*Mann Whitney U Testi p<0.05 ** Kruskal Wallis Testi, p<0.05

4.5.1. Kadercilik Eğilimi Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Aşağıdaki test sonuçları incelendiğinde tüm değişkenler için $p>0,05$ tespit edilmiştir. Bu nedenle hiçbir değişken ile kadercilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Ancak eğitim durumuna bakıldığında 0,051 güven sınırına çok yakın bir değerdir. %90 güven düzeyinde bakıldığında kadercilik ölçeği puan ortalamasının eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği söylenebilmektedir (Tablo.4.5).

Benzer şekilde yaş ve kullanılan ilaç sayılarına bakıldığında her iki değişken için de $p>0,05$ tespit edildiğinden dolayı yaş ve kullanılan ilaç sayısı ile kadercilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilememiştir (Tablo.4.5).

Tablo 4.6: Kadercilik Eğilimi Ölçeği ve Eğitim Durumu Korelasyon Sonuçları

Korelasyon		Eğitim Durumu
Kadercilik Ölçeği Puan Ortalaması	Korelasyon	.151
	Sig. (2-tailed) (p)	.133
	N	100

Pearson korelasyon katsayısına bakıldığında 0,151 ile iki değişken arasında aynı yönlü yok denecek kadar düşük bir korelasyon görülmektedir. Ancak eğitim durumu ve kadercilik ölçeği puan ortalamaları arasındaki korelasyonun anlamlılığına bakıldığında $p(0,151)>0,05$ bulunduğu için anlamlı bir korelasyon tespit edilememiştir (Tablo.4.6) .

Tablo 4.7: İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Özellikler	n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan	Test İstatistiği / Anlamlılık Değeri (p*)	
Yaş (Pearson Korelasyon)	100	46.34±6.135	48.00	0.098 / 0.333	
Cinsiyet					
	Kadın	38	45.21±7.271	47.00	1296.5* /
	Erkek	62	47.03±5.267	48.00	0.399
Medeni Durum					
	Bekar	24	44.96±7.304	47.50	1010.0* /
	Evli	76	46.78±5.703	48.00	0.428
Eğitim Durumu					
	İlkokul	32	47.34±6.073	49.00	
	Ortaokul	27	45.89±5.010	47.00	
	Lise	19	48.74±5.867	49.00	13.917 **/
	Önlisans	10	47.10±2.885	47.00	0.008
	Lisans	12	40.25±7.617	40.50	
Sigara Kullanımı					
	Hayır	68	46.24±6.428	48.00	
	Günde bir paket	5	41.20±3.899	41.00	6.710** /
	Haftada bir paket	9	49.11±4.197	49.00	0.082
	Bırakmış	18	46.78±5.694	48.50	
Alkol Kullanımı					
	Haftada bir kere	3	45.33±2.309	44.00	181.5* /
	Hayır	97	46.37±6.219	48.00	0.487
Nakilde Kaçınıcı Yılı					
	0-12 ay	16	45.00±7.052	47.50	0.464** /
	1-3 yıl	31	46.68±6.675	48.00	0.793
	4 yıl ve üzeri	53	76.55±5.563	47.00	
Nakil Bekleme Yılı					
	0-12 ay	66	46.53±5.816	48.00	
	1-3 yıl	20	45.80±6.826	47.00	7.993** /
	4-9 yıl	10	43.60±6.415	42.50	0.046
	10 yıl ve üzeri	4	52.75±2.872	53.50	
Kullanılan İlaç Sayısı (Pearson Korelasyon)	100	46.34±6.135	48.00	0.159 / 0.115	

*Mann Whitney U Testi p<0.05 ** Kruskal Wallis Testi, p<0.05

4.5.2. İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Puan Ortalamasının Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Karşılaştırma testleri için veriler normal dağılmadığından dolayı parametrik olmayan karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Bu noktada 2 gruplu karşılaştırma testleri için Mann-Whitney U testi, 2'den fazla gruplu karşılaştırma testleri için ise Kruskal-Wallis testi tercih edilmiştir. Aşağıdaki test sonuçları incelendiğinde cinsiyete göre (0,399), medeni duruma göre (0,428), sigara kullanımına göre (0,082), alkol kullanımına göre (0,487) ve transplantasyondaki yıl sayısına göre (0,793) $p>0,05$ olduğu için immüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Ancak eğitim durumuna göre (0,008) ve nakil bekleme yılına göre (0,046) $p<0,05$ olduğu için immüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamaları arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Bunun yanı sıra sigara kullanımı (0,082) değişkenine bakıldığında ise sigara kullanımına göre immüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamasının %95 güven düzeyinde anlamlı farklılık göstermediği ancak %90 güven düzeyinde anlamlı farklılık ortaya koyduğu söylenebilmektedir.

Yaş ve kullanılan ilaç sayılarına bakıldığında her iki değişken için de $p>0,05$ tespit edildiğinden dolayı yaş ve kullanılan ilaç sayısı ile immüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilememiştir (Tablo.4.7).

Tablo 4.8: İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Eğitim Durumu, Nakil Bekleme Süresi ve Sigara Kullanımı Korelasyon Sonuçları

		Korelasyon	
			Eğitim Durumu
İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Puan Ortalaması	Korelasyon		-.232
	Sig. (2-tailed) (p)		.020
	N		100
			Nakilde Bekleme Süresi
İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Puan Ortalaması	Korelasyon		.022
	Sig. (2-tailed) (p)		.825
	N		100
			Sigara Kullanımı
İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Puan Ortalaması	Korelasyon		.065
	Sig. (2-tailed) (p)		.518
	N		100

*Pearson Correlation Test

Eğitim durumu ve immüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamaları arasındaki korelasyon $p(0,02) < 0,05$ bulunmuştur. Eğitim durumu ve immüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği korelasyon katsayısı $-0,232$ 'dir. Değişkenler arasında ters yönlü bir korelasyon vardır. Eğitim düzeyi arttıkça immüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalaması azalmaktadır. Buna göre eğitim düzeyi ilaç kullanımını negatif yönde etkilemektedir (Tablo.4.8).

İmmüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalaması ve nakil bekleme süresi korelasyon katsayısına bakıldığında (0,022) iki değişken arasında aynı yönlü yok denecek kadar düşük bir korelasyon görülmektedir. Transplantasyon bekleme süresi ve immüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamaları arasındaki korelasyonun anlamlılığına bakıldığında $p(0,825) > 0,05$ bulunduğu için anlamlı bir korelasyon tespit edilememiştir

İmmüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalaması ve sigara kullanımı korelasyon katsayısına bakıldığında (0,065) iki değişken arasında aynı yönlü yok denecek kadar düşük bir korelasyon görülmektedir. Sigara kullanımı ve immüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamaları arasındaki korelasyonun anlamlılığına bakıldığında $p(0,518) > 0,05$ bulunduğu için anlamlı bir korelasyon tespit edilememiştir (Tablo.4.8).

Tablo 4.9: İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Ve Kadercilik Eğilimi Ölçek Sonuçlarının Regresyon Analizi

		Korelasyon	
		Ölçek 1*	Ölçek 2**
Ölçek 1*	Korelasyon Katsayısı	1	-.246
	P (Anlamlılık Değeri)		.013
	N	100	100
Ölçek 2**	Correlation	-.246	1
	P (Anlamlılık Değeri)	.013	
	N	100	100

* İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Puan Ortalaması ** Kadercilik Ölçeği Puan Ortalaması
Pearson Correlation Test

4.6. İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği Ve Kadercilik Eğilimi Ölçek Sonuçlarının Regresyon Analizi

Katsayılara bakıldığında -0,246 korelasyon katsayısı ve 0,013 anlamlılık değeri tespit edilmiştir. Buna göre iki ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon olmakla beraber ters yönlü bir korelasyon olduğu görülmektedir. İmmüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalaması arttıkça kadercilik ölçeği puan ortalamasının azaldığı belirlenmiştir. Bu anlamlı korelasyon doğrultusunda regresyon analizi ile iki ölçek arasındaki ilişkinin ne oranda değiştiği ve ilişkinin anlamlılığı test edilmiştir. Kadercilik eğilimi ölçeği ile immüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği arasında negatif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir.

İmmüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamaları ile kadercilik ölçeği puan ortalamaları arasında bir regresyon modeli kurulmuştur. Burada İmmüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamasının kadercilik anlayışına göre değişip değişmediği tespit edilmek istendiğinden bağımlı değişken immüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalaması olup bağımsız değişken kadercilik ölçeği puan ortalamasıdır. Analiz sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo.4.9).

Tablo 4.10: Anova Testi

ANOVA					
Model	Kareler Toplamı	S.D.*	Ortalama Kare	F	P
Regresyon	226.082	1	226.082	6.330	.013
Artıklar	3500.358	98	35.718		
Toplam	3726.440	99			

*One-Way ANOVA Test *F:6.330 *R2:0.246

Tablo 4.11: Model Özeti

Model Özeti	İmmünyesif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği			
	n	B	r	p
Kadercilik Eğilimi Ölçeği	100	-0.159	0.246	0.013

*Regresyon Analizi *F:6.330 *R2:0.246

Tablo 4.12: Model Katsayıları

Model	Model Katsayıları				t	Sig.
	Katsayılar		Std.	Beta		
	B	Std. Hata	Katsayılar			
B ₀	58.318	4.798			12.154	.000
Kader Ölçek Puanı	-.159	.063		-.246	-2.516	.013

*Regresyon Analizi *F:6.330 *R2:0.246

4.7. Model Katsayıları

Model katsayılarına ve değişken anlamlılığına bakıldığında ($p=0,013<0,05$) immünyesif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamaları ile kadercilik ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Model katsayılarına bakıldığında kadercilik ölçek puanı katsayısı -0,159 olarak hesaplanmıştır. Buna göre kader puan ölçeği ile immünyesif ilaç kullanımına uyum ölçeği arasından negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Yani kadercilik puan ortalaması arttıkça immünyesif ilaç kullanımına uyum ölçeği puanı azalmaktadır. Daha realist katılımcıların immünyesif ilaç kullanımına uyumunun daha yüksek olduğu söylenebilmektedir (Tablo.4.12).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmaya ilişkin sonuçlara, tartışmalara ve bulgular üzerinden düzenlenen önerilere yer verilmiştir.

Böbrek fonksiyonlarında ve yapısında 3 aydan uzun süren bozukluk olarak tanımlanan KBH, global bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. KBH'nin tedavisi hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılması, böbrek fonksiyonlarının korunması ve komplikasyonların engellenmesi açısından önemlidir (Charles ve Ferris, 2020).

İleri evredeki KBH'nin en yüksek başarı oranına sahip olan RRT yöntemi böbrek naklidir. Diyaliz tedavisi gören bir hastanın beklenen yaşam süresi 7 yıl iken böbrek nakli ile bu sayı 20 yıla kadar yükselebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Böbrek transplantasyonunun en önemli amaç greft sağkalımını sürdürülebilmektir. Greft sağkalımı ise immünsupresif tedavi ile sağlanabilmektedir. Bununla birlikte hastanın transplantasyon sonrasında immünsupresif tedaviye uyumu hayati önem taşımaktadır (Zhu, 2017).

Yapılan araştırmalarda kadercilik anlayışının sağlık davranışları üzerinde etkisi olduğu görülmektedir (Nageeb vd., 2018; Özer vd., 2022). Türkiye'deki çoğu birey kaderi değiştiremeyeceğine ve çaba göstermenin faydası olmadığına inanmaktadır (Kaya ve Bozkur, 2017).

Sağlık alanında kadercilik eğiliminin tedavi ile ilişkilendirildiği az sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde kaderciliğin tedavi uyumu üzerindeki etkisi, literatürdeki güncel araştırmalarla aynı payda altında tartışılıp analiz edilecektir.

Araştırmadan elde edilen bulgular göz önüne alındığında, böbrek nakli gerçekleşen bireylerin yaş ortalaması $47,55 \pm 13,14$ (min. 18 ve max. 75) yıl olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunu erkek, ilkökul mezunu, evli bireyler oluşturmaktadır. Hastaların %67'si sigara, %97'si alkol kullanmamaktadır (Tablo. 4.1).

Hastaların %16'sının transplantasyonda 2.-12. ayı; %31'nin 1.-3. yılı; %53'ünün 4.yıl ve fazlası olduğu görülmüştür. Hastaların %66'dan fazlası bir yıldan daha kısa sürede nakil olmuştur. 10 yıldan daha uzun süre nakil bekleyen hasta sayısı ise 4'tür. Hastaların kullandığı ilaç sayısının ortalaması $6,96 \pm 3,35$ (min. 1 ve max. 18) adettir (Tablo.4.2).

Kaya ve Bozkur 'un (2015) geliştirdiği Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nden alınan puanın yüksek olması bireylerin kadercilik eğiliminin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 24 iken alınabilecek maksimum puan 120'dir. Ölçeğin geçerliliği ile ilgili açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör yük değeri .57 ile .76 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .86 iken alt boyutlarının iç tutarlılık oranı .71 ile .86 arasında değişmektedir. Ölçeğin 4 alt boyutu bulunmaktadır. Önceden Belirlenmişlik alt boyutundan alınan yüksek puan hastaların her şeyin önceden belirlenmiş olduğuna inançlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Kişisel Kontrol alt grubundan alınan yüksek puan kişisel kontrolün düşük olduğunu gösterirken, Batıl inanç alt grubundan alınan puanın yüksek olması hastaların batıl inançlara olan inancının yüksek olduğunu göstermektedir. Şans alt grubundan alınan yüksek puan ise hastaların şansa olan inançlarının yüksek olduğuna işaret eder.

Yapılan bu çalışmada hastaların Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalaması $75,37 \pm 9,51$ 'dir. Ölçekten alınabilecek maksimum puana göre kıyaslandığında çalışmadan alınan puan, ortalama değerden fazladır. Buna göre böbrek nakli olan hastaların kadercilik eğilimlerinin yüksek olduğu söylenebilir. Araştırmada hastaların önceden belirlenmişlik ve kişisesel kontrol alt boyutları orta değer üstünde olduğu saptanırken batıl inanç ve şans alt boyutları orta düzeyin altında olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bu bulgulara göre böbrek nakli olan hastaların önceden belirlenmişlik ve kişisel kontrole olan inanç eğilimlerinin yüksek, batıl inanç ve şans unsuru inanç eğilimlerinin düşük olduğu söylenebilir.

Gündüz ve Aktaş'ın (2022) yaptığı çalışmada Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalaması $67,61 \pm 11,35$ olarak bulunmuştur. Öncü ve ark. (2021) covid hastalarına yönelik yaptığı çalışmada Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalaması $76,84 \pm 15,08$ olarak bulunmuştur. Pehlivan'nın (2019) hipertansiyonlu hastalarla yaptığı çalışmada, Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nin toplam ortalaması $80,07 \pm 10,01$ olduğu görülmektedir. Akgül ve ark (2022) hemşirelik öğrencilerine yönelik farklı kadercilik ölçeği ile yaptığı araştırmada kadercilik ölçeğinin ortalamasını $2,51 \pm 0,54$ olarak bulmuştur.

Özer ve ark. (2022) hipertansiyonlu hastalara yönelik farklı kadercilik ölçeğiyle yaptıkları çalışmada kadercilik ölçeğinin ortalamasını $61,11 \pm 13,30$ olarak bulmuştur. Çalışmaya göre hastaların kadercilik eğilimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmaya göre öğrencilerin kaderci tutuma sahip olduğu söylenebilmektedir. Ölçeğin alt grubu olan önceden belirlenmişlik alt boyutunun ortalaması yüksek çıkmıştır. Bu açıdan bu çalışma yaptığımız çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nin önceden belirlenmişlik alt boyutunun ortalaması $75,37 \pm 9,51$, kişisel kontrol alt grubunun ortalaması $20,73 \pm 4,63$, batıl inanç alt grubunun ortalaması $13,74 \pm 5,79$ ve şans alt grubunun ortalaması $13,20 \pm 3,59$ olarak bulunmuştur. Gündüz ve Aktaş'ın (2022) çalışmasında Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nin alt boyutlarının puanları şöyledir: Önceden belirlenmişlik alt boyutunun ortalaması $24,59 \pm 6,92$, kişisel kontrol alt grubunun ortalaması $15,99 \pm 5,56$, batıl inanç alt grubunun ortalaması $15,64 \pm 5,36$ şans alt grubunun ortalaması $11,38 \pm 3,81$ 'dir. Öncü ve ark. (2021) yapığı çalışmaya göre vaka grubunun ise alt boyut puanları şöyleydi: Önceden belirlenmişlik alt boyutunun ortalaması $32,58 \pm 7,13$, kişisel kontrol alt grubunun ortalaması $15,29 \pm 4,44$, batıl inanç alt grubunun ortalaması $18,13 \pm 4,53$, şans alt grubunun ortalaması $10,84 \pm 2,51$ 'dir. Pehlivan'nın (2019) hipertansiyonlu hastalarla yaptığı çalışmada, Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nin alt boyutlarının puanları şöyleydi: Önceden belirlenmişlik alt boyutunun ortalaması $28,76 \pm 5,12$, kişisel kontrol alt grubunun ortalaması $18,67 \pm 3,25$, batıl inanç alt grubunun ortalaması $20,15 \pm 4,58$ şans alt grubunun ortalaması $12,48 \pm 2,84$ 'dür. Selvi (2019) yaptığı çalışmaya göre kadercilik eğilimi ölçeğinin ortalaması $68,18 \pm 10,72$ 'dir. Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ise: Önceden belirlenmişlik $31,18 \pm 5,24$, kişisel kontrol $14,75 \pm 2,92$, batıl inanç $11,37 \pm 3,66$ ve şans $10,88 \pm 2,50$ 'dir.

Çalışmamızda kadercilik ölçeği sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmada eğitim dışında hiçbir değişken ile kadercilik arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Bu verilere göre düşük eğitim durumlu bireylerin daha çok kaderci eğilimde olduğu söylenebilmektedir. Bobov ve Capik (2020) yaptığı çalışmada eğitim durumu düşük olanların ve kronik hastalığa sahip olanların daha kaderci olduğunu saptamıştır. Selvi (2019) meme kanseri hastalar ile yaptığı çalışmada eğitim durumu ile kadercilik anlayışı arasında anlamlı fark bulmuştur ($p < ,001$).

Araştırmaya göre eğitim seviyesi düşük olan meme kanseri hastalarının kadercilik eğilimi de yüksekti. Kobayashi ve Smith (2016) çalışmasına göre düşük eğitilmiş bireyler daha fazla kaderci inanca sahiptir.

Tüm solid organ transplantasyonlarında olduğu gibi böbrek transplantasyonunda immünsupresif tedavi hayati önem taşımaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hastaların kullandığı ortalama ilaç sayısı $6,96 \pm 3,35$ (min. 1 ve max. 18) adettir. İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği'nden alınan minimum puan 29 maksimum puan 55'tir. Ölçeğin ortalaması $46,34 \pm 6,14$ 'tür. Köken ve ark.'nın (2020) karaciğer nakli hastalarıyla yaptığı çalışmada İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği'nin puan ortalamasını $48,10 \pm 6,61$ olarak bulmuştur. Ek olarak araştırmaya göre transplantasyon sonrası süre uzadıkça hastaların immünsupresif ilaç kullanımına uyumlarının düştüğü görülmüştür. Araştırmamıza paralel olarak Köken ve ark.'nın (2020) çalışmasında da hastaların kullandığı ilaç sayısı ile immünsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon saptanamamıştır. Güzel (2017) böbrek nakli olan hastalarla yaptığı çalışmada immünsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeğinin ortalamasını $48,33 \pm 3,21$ olarak saptamıştır. Buna göre hastaların ilaç kullanımına uyumlarının yüksek olduğunu ve çalışmamızla benzer ortalama olduğunu söyleyebiliriz. Tespit edilen ortalama bakıldığında hastaların immünsupresif ilaç kullanımına uyumlarının yüksek olduğunu söyleyebiliriz. Ölçeğin sosyo-demografik ve hastalık özellikleri ile karşılaştırılmasında eğitim durumuna göre (0,008) ve transplantasyon bekleme yılına göre (0,046) immünsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Araştırmaya göre hastaların eğitim düzeyi arttıkça immünsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamasının azaldığı tespit edilmiştir. Fakat diğer özelliklerle herhangi bir anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Çalışmamızda yaş ile ilaç kullanımına uyum arasında anlamlı bir korelasyon bulunamamışken, Güler'in (2017) çalışmasında 18-30 yaş ile 60 yaş grubu arasında anlamlı fark bulmuştur. 18-30 yaş grubu hastaların ilaç kullanımına uyumları 60 yaş üstü hastalara göre daha fazlaydı. Çalışmamızda eğitim durumu ve ilaç kullanımına uyum arasında anlamlı fark bulunurken Güzel'in (2017) çalışmasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bunlara ek olarak Güzel çalışmasında immüsupresif tedavi süresinin artması ile tedaviye uyum arasında negatif yönlü bir ilişki saptarken (0,044), hastanın yaşam kalitesinin artması ve immüsupresif tedavi konusunda eğitilmesi ile tedaviye uyum arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu bulmuştur. Çalışmamızda yaş faktörü ile ilaç uyumluluğu arasında anlamlı bir fark bulunamamışken Scheel ve ark. (2018) immüsupresif ilaçlara uyum ölçeği ile yaptığı çalışmada ise genç böbrek nakli olan hastaların ilaç uyumsuzluğunun daha yüksek olduğu kanıtlanmıştır. Hastaların çoğunluğunun tedaviye uyum gösterdiği ve sosyal desteğin tedavi uyumuna pozitif yönde etki ettiği belirtilmiştir.

Araştırmamıza göre iki ölçek arasında anlamlı bir kolerasyon varlığı saptanmıştır. Fakat kolerasyon negatif yönlüdür. İmmüsupresif ilaç kullanımına uyum ölçeğinin ortalaması arttıkça kadercilik eğilimi ölçeğinin puan ortalamasının azaldığı gözlemlenmiştir ($p=0,013<0,05$). Pehlivan'ın (2019) yaptığı çalışmada kadercilik eğilimi ölçeğinden alınan puanlar arttıkça hastaların ilaca uyumları ve reçete yazdırma oranlarının azaldığı görülmektedir. Bu açıdan çalışmamız ile Pehlivan'ın (2019) çalışması benzerlik göstermektedir. Nunez'in (2016) diyabet hastaları ve kadercilik arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında kadercilik anlayışının diyabet tedavisine uyum üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır. Gutierrez ve ark. 'nın (2017) hipertansiyonlu hastalarla yaptığı çalışmada kaderciliğin tedavi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı görülmüştür. El-Sayed ve ark.'nın (2023) geriatrik hastaların ilaç uyumları ve kadercilik üzerinde yaptığı çalışmada geriatrik hastaların kader inançları ile ilaç uyumları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Walker ve ark.(2012) diyabet hastalarında ilaç uyumu ve kadercilik ile ilgili yaptığı çalışmada kadercilik eğilimi ve tedaviye uyum arasında negatif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur. Böbrek transplantasyonu gerçekleştiren hastaların sahip olduğu kadercilik eğilimleri immüsupresif tedaviye uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Kulakçı ve ark. (2024) yaptığı çalışmada kadercilik eğilimi yüksek olan yaşlı hastaların tedaviye uyumlarının düşük olduğu saptanmıştır. Kulakçı ve ark. (2024) çalışması çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Asuzu ve ark. (2017) yaptığı çalışmada kadercilik eğiliminin yüksek diyabet prevalansı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Wang ve ark. (2019) kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada kanser hastaları hastalığın tedavi edilemez olduklarına inanmaktaydı ve buna göre kadercilik eğilimleri yüksek olan kanser hastalarının tedaviye uyumları düşüktü.

Özer ve ark. (2022) çalışmasına göre ise kadercilik eğilimi yüksek olan bireylerin tedaviye uyumları da yüksekti. Bu durumda immünespresif tedavi uyumsuzluğuna bağlı olarak hastalarda komplikasyonlar görülebilir, yaşam kaliteleri düşebilir veya hastaların diyaliz tedavisine geri dönme olasılıkları artabilir.



ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmada hastaların Kadercilik Eğilimi Ölçeği puan ortalaması ortalama değerden fazladır. Buna göre hastaların kadercilik eğilimlerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmada hastaların önceden belirlenmişlik ve kişisel kontrol alt boyutları orta değer üstünde olduğu saptanırken batıl inanç ve şans alt boyutları orta düzeyin altında olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bu bulgulara göre böbrek nakli olan hastaların önceden belirlenmişlik ve kişisel kontrole olan inanç eğilimlerinin yüksek, batıl inanç ve şans unsuru inanç eğilimlerinin düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmaya göre düşük eğitim durumlu bireylerin daha çok kaderi eğilimde olduğu görülmüştür.

İmmünespresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği'nin ortalamasına bakıldığında hastaların immünespresif ilaç kullanımına uyumlarının yüksek olduğunu bulunmuştur. Araştırmaya göre hastaların eğitim düzeyi arttıkça immünespresif ilaç kullanımına uyum ölçeği puan ortalamasının azaldığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak kadercilik eğilimi arttıkça immünespresif ilaç kullanımına uyumun azaldığı tespit edilmiştir.

Öneriler:

- Kaderciliğin sağlık davranışlarını ve tedaviye uyumu nasıl etkilediğini anlaşılması önemlidir. Bu doğrultuda hastaların eğitilmesini sağlayarak daha iyi protokoller geliştirilmesi önerilir.
- Hastalara kader inancı hakkında doğru ve güvenilir bilgiler alması önerilmektedir.
- Sağlık profesyonelleri hastaların immünespresif tedaviye uyumlarının artırılması yönünde yeni yöntemler geliştirmelidir.
- Araştırmanın daha fazla sayıda örneklem ile gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdulrahim, N., Tanriover, B. Ve Ariyamuthu, K.V. (2019). Post Kidney Transplant Immediate Complications: Delayed Graft Function and Wound. *Kidney Transplant Management*. (Ed.) Chapter 3: 43-45.
- Abramyan, S. Ve Hanlon, M. (2021). *Kidney transplantation*. StatPearls Publishing, Treasure Island. PMID: 33620832.
- Acar, i., Soyoral, U.Y. ve Begenik, H. (2021). Dış Merkezde Renal Transplantasyon Yapılmış Olan Hastalarda Posttransplant Takip Sonuçlarımız. *Van Tıp Dergisi*. 28(1): 1-8. DO: 10.5505/vtd.2021.98623.
- Akan, D. D. ve Caydam, O. D. (2022). Kalp Yetersizliğinde Sağlık İnanç Modeli'ne Dayalı Yapılan Araştırmalar: Sistematik Bir İnceleme. *İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.5(2),511-523.
- Akan, D. D., Çaydam, Ö. D. ve Pakyüz, S. Ç. (2020). Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi Ve İlaç Tedavisine Uyumunun Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 241-249.
- Akgül, E., Yılmaz, F. T., Çolak, L. ve Kütük, H. (2022). Hemşirelik Öğrencilerinde Kaderciliğin Sağlığı Geliştirici ve Koruyucu Davranışlar ile İlişkisi. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(3) 301-311.
- Akizawa, T., Ueno, M., Shiga, T. ve Reusch, M. (2020). Oral roxadustat three times weekly in ESA-naive and ESA-converted patients with anemia of chronic kidney disease on hemodialysis: results from two phase 3 studies. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 24(6): 628-641.
- Albayrak, H. (2019). Renal Replasman Tedavisi Gören Kronik Böbrek Hastalarında 13 Valanlı Konjuge Pnömonokok Aşısına Antikor Yanıtının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Kocaeli Üniversitesi.Tıp Fakültesi. Kocaeli.

- Aldemir, K. ve Gürkan, A. (2018). Böbrek Transplantasyonu Sonrası Üriner Sistem İnfeksiyonları ve Hemşirelik Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 13(2): 71-76.
- Allison, T. L. (2016). Immunosuppressive Therapy in Transplantation. *Nursing Clinics of North America*, 51(1): 107–120.
- Altunören, O. Aydın, G. ve Güngör, Ö. (2017). Böbrek Anatomisi. Böbrek Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi, Arınsoy T., Koçyiğit İ.(ed), Böbrek Fiziopatolojisi. Ankara. 1(3): 25-26.
- Ammirati, A. L. (2020). Chronic Kidney Disease. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66: 03-09.
- Arınsoy, T. (2019). Kronik Böbrek Hastalığı Epidemiyolojisi. Y.Y. (Ed). Temel Nefroloji. Ankara: Güneş Kitapevleri, 285-287.
- Asuzu, C. C., Walker, R. J., Williams, J. S., & Egede, L. E. (2017). Pathways for the relationship between diabetes distress, depression, fatalism and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 31(1), 169-174.
- Aydın, C. (2019). Kader İnancının Savunma Mekanizması ve Dini Başa Çıkma Kavramları Açısından Değerlendirilmesi. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 18(35), 101-122.
- Bahçebaşı, G. (2023). Epilepsi Hastalarında Sağlıkta Kadercilik Anlayışı, Benlik Saygısı Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul.
- Bahl, D., Haddad, Z., Dato, A. ve Qazi, Y. A. (2019). Delayed Graft Function in Kidney Transplantation. *Current opinion in organ transplantation*, 24(1): 82-86.
- Bakan, G. ve İnci, F. H. (2021). Hipertansiyonlu Hastalarda Tedavi Uyumu ve Sağlık Okuryazarlığı. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 12(28), 81-87.

- Bellini, M. I., Courtney, A. E., ve McCaughan, J. A. (2020). Living Donor Kidney Transplantation Improves Graft and Recipient Survival in Patients with Multiple Kidney Transplants. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7): 2118.
- Bello, A., Alrukhaimi M., Ashuntantang, G., Basnet, S., Rotter, R., Douthat, W., ve Moe., O. (2017). Complications of Chronic Kidney Disease: Current State, Knowledge Gaps, and Strategy for Action. *Kidney International Supplements* 7: 122–129.
- Bleyer, A. (2019). Indications for initiation of dialysis in chronic kidney disease. Dostupno na adresi: <https://www.uptodate.com/contents/indications-for-initiation-of-dialysis-in-chronic-kidney-disease> Datum pristupa, 4.
- Bobov, G. ve Capik, C. (2020). The reliability and validity of the religious health fatalism scale in Turkish language. *Journal of religion and health*, 59(2), 1080-1095.
- Borg, R., Carlson, N., Søndergaard J. ve Persson, F. (2023). The Growing Challenge of Chronic Kidney Disease: An Overview of Current Knowledge. *Hindawi International Journal of Nephrology*. <https://doi.org/10.1155/2023/9609266>.
- Boztilki, M., & Ardıç, E. (2017). Maneviyat ve Sağlık. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(1): 39-45.
- Cajanding, R. (2018). Immunosuppression Following Organ Transplantation. Part 2: complications and their management. *British Journal of Nursing*, 27(18): 1059–1065.
- Can, A.N. (2021). Sağlık İnanç Modeline Göre Obez Bireylerde Sağlık İnançları Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Malatya.
- Centers for Disease Control and Prevention. Chronic Kidney Disease in the United States, (2023). Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/kidneydisease/publications-resources/CKD-national-facts.html>.

- Chapman J. (2019). *Kidney Transplantation- Principles and Practice (Eighth Edition)*. The Recipient of a Renal Transplant. 51-68. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-53186-3.00004-8>.
- Charles, C ve Ferris, A.H. (2020). Chronic kidney disease. Primary Care: Clinics in Office Practice.
- Chen, T. K., Knicely, D. H. ve Grams, M. E. (2019). Chronic Kidney Disease Diagnosis and Management: a review. *Jama*, 322(13).
- Chevallier, E., Jouve, T., Rostaing, L., Malvezzi, P.ve Noble, J. (2021). pre-existing diabetes and PTDM in kidney transplant recipients: how to handle immunosuppression. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 14(1): 55-66.
- Cohen, E., Korah, M., Callender, G., de Aguiar, R. B. ve Haakinson, D. (2020). Metabolic Disorders with Kidney Transplant. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 15(5): 732.
- Conte, C.ve Secchi, A. (2018). Post-transplantation Diabetes in Kidney Transplant Recipients: an Update on Management and Prevention. *Acta Diabetologica*, 55: 763-779.
- Costa, R. H. S., Dantas, A. L. d. M., Leite, É. M. D., Lira, A. L. B. d. C., Vitor, A. F. ve Silva, R. A. R. d. (2015). Complications in Renal Patients During Hemodialysis Sessions and Nursing Interventions. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(1): 2137-2146. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.2137-2146>.
- Çadırcı, Ş. (2019). Kader Bağlamında İnsanın Özgürlüğü/Human's Freedom in the Context of Destiny (Doctoral dissertation).
- Çakır, Ü. (2016). Posttransplant Erken Dönemde İmmünesupresif İlaç Yönetimi. *Transplantasyon Nefrolojisi*, 51.
- Çavdar, C. (2019). Kronik Böbrek Hastalığı Komplikasyonları ve Tedavisi. Temel Nefroloji. Ankara: Güneş Kitapevleri, 303-313.

- Çavuşoğlu, M. (2014). Böbrek Transplantasyon Hastalarında Değişik İmmüsupresif Tedavi Protokollerinin İmmünfenotiplere Etkisi. İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi.Tıp Fakültesi. İstanbul.
- Çiçek Z., Akıllıoğlu K. Ve Doğan A. (2019) Lokal ve Sistemik Renin Anjiyotensin Sistemi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 28(4): 259-269.
- Çoban, Ş., Yıldız, S., Bozkaya, E., Derici, Z. S., Ünlü, M., Çelik, A. ve Çamsarı, T. (2017). Böbrek Nakli Alıcılarının Morbidite, Hasta ve Greft Sağkalımı Yönünden Değerlendirilmesi: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Deneyimi. *Turk Neph Dial Transpl*, 26(1): 41-47.
- Çoban, Ş., Yıldız, S., Bozkaya, E., Derici, Z. S., Ünlü, M., Çelik, A.ve Çamsarı, T. (2017). Böbrek Nakli Alıcılarının Morbidite, Hasta Ve Greft Sağkalımı Yönünden Değerlendirilmesi: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Deneyimi. *Turk Neph Dial Transpl*, 26(1), 41-47.
- Davenport, A. (2013). *Chronic Kidney Failure: Renal Replacement Therapy*. Kidney Transplantation: Principles and Practice (E-book). 48-50.
- Demirci, R., ve Sevinç, C. (2021). Kronik Böbrek Hastalığında Ateroskleroz, Karotis İntima Media Kalınlığı ve Lipid Profili Arasındaki İlişki. *Medical Journal of Istanbul Kanuni Sultan Süleyman/İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 13(2).
- Dhital, M.S. (2019). Diabetes in Kidney Transplant Recipients. *Kidney Transplant Management*.Chapter 10.: 113-115.
- Dincer, N., Dage, T., Afsar, B., Covic, A., Ortiz, A., & Kanbay, M. (2019). The Effect of Chronic Kidney Disease on Lipid Metabolism. *International Urology and Nephrology*, 51: 265-277.
- Ding H. Ve Yang J. (2020). Chronic Kidney Disease Diagnosis and Treatment. Transplantation.Ed. Junwei Yang ve Weichun He. *Springer Nature Singapore Pte*. Chapter 3.: 241-250.

- El-Sayed M. M., Mohsen, H. A., El-Ashry, A. M., Khaled, A. M. S., & Shoukr, E. M. M. (2023). Asso Association of health anxiety, fatalism and medication adherence among geriatric clients: An exploratory study. *Geriatric Nursing, 54*, 8-15.
- Erdem, B. K., & Akbas, H. (2017). Kronik Böbrek Hastalığı ve Vasküler Kalsifikasyon. *Türk Klinik Biyokimya Derg, 152*: 89-98.
- Ersoy, A. ve Gül, B. (2019). Geçmişten Günümüze Endokrinoloji. İ.Ş.(Ed). Kronik Böbrek Hastalığı-Mineral Kemik Bozukluğu. Ankara.
- Ersoy, F. (2019). *Periton Diyalizi*. Yavuz Yeniçerioglu (Ed). Temel Nefroloji. Ankara: Güneş Kitapevleri.
- Farin, V.C. ve Luedke, M.W. (2019). Neurologic Complications After Kidney Transplantation. *Kidney Transplantation: Principles and Practice*. (E-book).
- Fırat, N., Dheir, H., Emrah, A. K. I. N., Sipahi, S., Altıntoprak, F., Çelebi, F. ve Akçay, M. (2020). Canlı Donörden Böbrek Nakli: İlk Deneyimlerimiz. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2)*: 356-363.
- Fishman, J. A. (2017). Infection in Organ Transplantation. *American Journal of Transplantation, 17(4)*: 856-879.
- Flack, J.M. ve Adekola, B. (2020). Blood Pressure and The New ACC/AHA Hypertension Guidelines. *Trends İn Cardiovascular Medicine, 30(3)*.106-164.
- Gafter-Gvili, A., Schechter, A. ve Rozen-Zvi, B. (2019). Iron Deficiency Anemia in Chronic Kidney Disease. *Acta haematologica, 142(1)*: 44-50.
- Göktürk, L.Y. (2022). Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalarda Biyoelektrik İmpedans Analiz, Antropometrik Ölçümler, Biyokimyasal Parametreler Ve Malnutrisyon Tarama Araçları İle Nutrisyon Durumunun Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Diyarbakır.
- Gözüm, S. ve Çapık, C. (2014). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 7(3)*, 230-237.

- Gutierrez, A. P., McCurley, J. L., Roesch, S. C., Gonzalez, P., Castaneda, S. F., Penedo, F. J. ve Gallo, L. C. (2017). Fatalism and hypertension prevalence, awareness, treatment and control in US Hispanics/Latinos: results from HCHS/SOL Sociocultural Ancillary Study. *Journal of behavioral medicine*, 40, 271-280.
- Güler, Z. (2020). Safahat'tan Seçmeler Kader-Tevekkül. *Littera Turca Journal of Turkish Language and Literature*, 6(2): 180-201.
- Gündüz, İ.C ve Aktaş, B. (2022). Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesine Yönelik İnanç ve Tutumlar İle Kadercilik Eğilimi Arasındaki İlişki. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7 (3) , 501-506.
- Güneş, H., & Yiğit, V. (2022). Türkiye’de Renal Replasman Tedavi Yöntemlerinin Geri Ödeme Kurumu Perspektifinden Maliyet Analizi. *Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi*, 9(2), 446-464.
- Gürler, K. (2013). Kader” Üzerine Bir Deneme “İnsanın Kaderi” İsimli Kitap Çerçevesinde Bir Değerlendirme. *Şarkiyat*, (10): 98-114.
- Güzel, H. (2017). Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların İmmünsüpresif İlaç Kullanımına Uyum Ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi. Sanko Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.
- Hashmi, M.F., Benjamin, O. ve Lappin, S.L. (2018). End-Stage Renal Disease. In: StatPearls [Oline]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499861/>.
- Hassan, H. I. C., Tang, M., Djurdjev, O., Langsford, D., Sood, M. M. ve Levin, A. (2016). Infection in Advanced Chronic Kidney Disease Leads to Increased Risk of Cardiovascular Events, End-Stage Kidney Disease and Mortality. *Kidney international*, 90(4): 897-904.
- Hazin, M. A. A. (2020). Anemia in Chronic Kidney Disease. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66: 55-58.

- Hebert, S. A. ve Ibrahim, H. N. (2022). Hypertension Management in Patients with Chronic Kidney Disease. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 18(4): 41.
- Holt, C. D. (2017). Overview of Immunosuppressive Therapy in Solid Organ Transplantation. *Anesthesiology Clinics*, 35(3): 365–380.
- Hou, Y.C., Lu, C.L. ve Lu, K.C. (2018). Mineral Bone Disorders in Chronic Kidney Disease. *Nephrology (Carlton)*. Oct;23 Suppl 4: 88-94.
- Hussain, Y. ve Khan, H. (2022). Immunosuppressive Drugs. *Encyclopedia of Infection and Immunity*.726–40. doi: [10.1016/B978-0-12-818731-9.00068-9](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-818731-9.00068-9).
- Ishigami, J. ve Matsushita, K. (2019). Clinical Epidemiology of Infectious Disease Among Patients with Chronic Kidney Disease. *Clinical and experimental nephrology*, 23: 437-447.
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B. ve Yang, C. W. (2013). Chronic Kidney Disease: Global Dimension and Perspectives. *The Lancet*, 382(9888): 260-272.
- Jones-Hughes, T., Snowsill, T., Haasova, M., Coelho, H., Crathorne, L., Cooper, C. ve Anderson, R. (2016). Immunosuppressive Therapy for Kidney Transplantation in Adults: a Systematic Review and Economic Model. *Health Technology Assessment*, 20(62).
- Kara, B.A. (2023). Böbrek Transplantasyonunda Donör Böbreğin Hacim Ve Vasküler Özelliklerinin Greft Fonksiyonlarına Etkisi. Uzmanlık Tezi. Sakarya Üniversitesi.Tıp Fakültesi. Sakarya.
- Karadakovan, A., ve Aslan, F. (2014). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (3. Baskı). Akademisyen Kitabevi, İstanbul.
- Karadeniz, A. (2020). Böbrek Transplantı Alıcılarında Görülen İnfeksiyonların Sıklığı ve Özellikleri. *Maltepe Tıp Dergisi*, 12(2): 34-40.
- Karlı, Ş. (2023). Böbrek Nakli Olan Hastalarda Öz Yönetim Ve İmmünespresif İlaç Uyumu İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sanko Üniversitesi.Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.Gaziantep.

- Katabathina, V., Menias, C. O., Pickhardt, P., Lubner, M., ve Prasad, S. R. (2016). Complications of Immunosuppressive Therapy in Solid Organ Transplantation. *Radiologic Clinics*, 54(2): 303-319.
- Kavuzlu, M. (2019). Böbrek Nakli Olan Hastalarda Bk Virüs Ve İnsan Lökosit Antijenleri (Hla) Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Kaya, A. ve Bozkur, B. (2015). Kadercilik Eğilimi Ölçeğinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(3): 935-946.
- Kaya, A. ve Bozkur, B. (2017). Kadercilik Eğilimi ile Özyeterlik İnancı ve Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 18(1): 124-145.
- KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease (2013). *Official Journal of the International Society of Nephrology*. volume 3, issue 1.
- Keven, K. ve Aktürk, S. (2016). Transplantasyona Hazırlık Verici. *Transplantasyon Nefrolojisi*, 9.
- Kişin, Ç. Ş, Öz, N.E. ve Şen, S. (2023). Karaciğer Nakli Hastasında Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 27(1), 54-66.
- Kobayashi, L. C. ve Smith, S. G. (2016). Cancer fatalism, literacy, and cancer information seeking in the American public. *Health Education ve Behavior*, 43(4), 461-470.
- Kochan, Z., Szupryczynska, N., Malgorzewicz, S. Ve Karbowska, J. (2021). Dietary Lipids and Dyslipidemia İn Chronic Kidney Disease. *Nutrients*, 13(9): 3138.
- Kovesdy, P.C. (2022). Epidemiology of Chronic Kidney Disease: an Update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1): 7-11.
- Köken, Z. Ö., & Sezer, R. E. (2018). Böbrek Transplantasyonunda Bakım. *Turkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*, 4(2): 149-56.

- Kritikos, A.ve Manuel, O. (2016). Bloodstream Infections After Solid-Organ Transplantation. *Virulence*, 7(3): 329-340.
- Kulakçı-Altıntaş, H., & Ayaz-Alkaya, S. (2024). Fatalism tendency and health beliefs about medication use in older adults: A predictive correlational design. *Geriatric Nursing*, 55, 29-34.
- Mitchell, J. A., Manning, M., Shires, D., Chapman, R. A. ve Burnett, J. (2015). Fatalistic Beliefs About Cancer Prevention Among Older African American Men. *Research on Aging*, 37(6): 606-622.
- Mohamed, M. (2019). Post Kidney Transplant: Malignancies. *Kidney Transplant Management*. Chapter 8.: 95-99.
- Moore, D. R., Serur, D., Rudow, D. L., Rodrigue, J. R., Hays, R. Ve Cooper, M. (2015). Living Donor Kidney Transplantation: Improving Efficiencies in Live Kidney Donor Evaluation–Recommendations From A Consensus Conference. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 10(9): 1678.
- Mour, G., ve Wu, C. (2015). Neurologic Complications After Kidney Transplantation. In *Seminars in Nephrology* WB Saunders Vol. 35(4): 323-334.
- Muduma, G., Shupo, F. C., Dam, S., Hawken, N. A., Aballéa, S., Odeyemi, I., ve Toumi, M. (2016). Patient Survey to Identify Reasons for Non-Adherence and Elicitation of Quality of Life Concepts Associated with Immunosuppressant Therapy in Kidney Transplant Recipients. *Patient preference and adherence*, 27-36.
- Nagami, G. T. ve Hamm, L. L. (2017). Regulation of Acid-Base Balance in Chronic Kidney Disease. *Advances in chronic kidney disease*, 24(5): 274-279.
- Nageeb, S., Vu, M., Malik, S., Quinn, M. T., Cursio, J. ve Padela, A. I. (2018). Adapting a Religious Health Fatalism Measure for use in Muslim Populations. *Plos one*, 13(11): e0206898.
- Nair, M. (2014). *Üriner Sistem*. Hemşirelik öğrencileri için Anatomi ve Fizyolojinin temelleri. PT ve D.E. (ed). Ankara.

- Namlı, A. (2018).Kur'an'ın Işığında Kader Konusuna Bakış. *Umde Dini Tetkikler Dergisi*, 1(1), 65-87.
- NKF. (The National Kidney Federation). (2022). Introduction to Haemodialysis.
- Nunez, E.I. (2016). General Fatalism and Diabetes Fatalism as Predictors of Diabetes Treatment Adherence Loma Linda University Electronic Theses, Dissertations and Projects.433.
- Öncü, E. , Altuncan, H. , Köksoy Vayısoğlu, S. Ve Ayaz, M. (2021). COVID-19 pandemi sürecinde kaderciliğin etkisi ve salgın tedbirlerine uyum özellikleri: Vaka-kontrol çalışması . *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 14 (1) , 113-124.
- Ören, E., & Dağ, G. S. (2020). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Böbrek Nakli Yapılmış Hastaların İmmüsupresif Tedaviye Uyum Düzeylerinin Belirlenmesi. *Journal Of Education & Research In Nursing/Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, 17.
- Öncü, E. Altuncan, H., Vayısoğlu, S. K. ve Ayaz, M. (2021). COVID-19 Pandemi sürecinde kaderciliğin etkisi ve salgın tedbirlerine uyum özellikleri: Vaka-kontrol çalışması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 113-124.
- Özbay, M. M. (2019). Böbrek transplantasyonunda Cross Match testlerinin sonuçları ile HLA allelleri arasındaki ilişkinin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Antalya.
- Özbey İ. (2017). *Renal Fizyoloji*, İskemik-Obstrüktif Nefropati ve Renovasküler Hipertansiyon, Seçkinler İ. Ve Bayrak Ö.(ed), Genel Üroloji: Türk Üroloji Akademisi Gaziantep Yayını.
- Özdemir, Z. (2015). Solid Organ Transplantasyonu Yapılan Hastalara Yönelik İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Özdemir, Z. Ve Talas, M. (2016). Solid Organ Transplantasyonu Sonrası İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum. *Anadolu Hem Sağ Bil Derg*, 2017;20(4):304-310.

- Özer, Z., Bahçecioğlu Turan, G. ve Öztürk, D. (2022). Hemodiyaliz hastalarında sağlıkta kadercilik anlayışı ile hastalık algısı arasındaki ilişki: karşılaştırmalı bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 11(1), 10-17.
- Patney, V. Ve Aziz, F. (2019). Post Kidney Transplant: Hypertension. *Kidney Transplant Management*. Chapter 9.: 103-105.
- Pazianas, M. ve Miller, P. D. (2021). Osteoporosis and Chronic Kidney Disease– Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD): back to basics. *American Journal of Kidney Diseases*, 78(4): 582-589.
- Pehlivan, I. ve Aktas, B. (2022). Relationship Between Medication Compliance and Fatalistic Tendency in Patients with Hypertension. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1).
- Portolés, J., Martín, L., Broseta, J. J. Ve Cases, A. (2021). Anemia in Chronic Kidney Disease: from Pathophysiology and Current Treatments, to Future Agents. *Frontiers in Medicine*, 8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.642296>
- Pugh, D., Gallacher, P.J. ve Dhaun, N. (2019) Management of Hypertension in Chronic Kidney Disease. *Drugs* 79: 365–379.
- Ramírez, A. S. ve Carmona, K. A. (2018). Beyond fatalism: Information overload as a mechanism to understand health disparities. *Social Science & Medicine*, 219, 11-18.
- Ravani, P., Quinn, R., Oliver, M., Robinson, B., Pisoni, R., Pannu, N. Ve Gillespie, B. (2017). Examining the Association Between Hemodialysis Access Type and Mortality: the Role of Access Complications. *Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 12(6): 955.
- Rodrigues, S., Escoli, R., Eusébio, C., Dias, L., Almeida, M., Martins, L. S., ve Cabrita, A. (2019, June). A Survival Analysis of Living Donor Kidney Transplant. In *Transplantation proceedings Elsevier* Vol. 51(5): 1575-1578.
- Rysz, J., Gluba-Brzózka, A., Franczyk, B., Jabłonowski, Z. Ve Ciałkowska-Rysz, A. (2017). Novel Biomarkers in the Diagnosis of Chronic Kidney Disease and the Prediction of its Outcome. *International journal of molecular sciences*, 18(8): 1702. <https://doi.org/10.3390/ijms18081702>.

- Sağlık Bakanlığı (2020). *Kronik Böbrek Hastalığı Klinik Protokolü*. Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2023). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Scheel, J. F., Schieber, K., Reber, S., Stoessel, L., Waldmann, E., Jank, S., ... ve Erim, Y. (2018). Psychosocial variables associated with immunosuppressive medication non-adherence after renal transplantation. *Frontiers in psychiatry*, 9, 23.
- Selda, E. (2014). *Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların Nakil Öncesi ve Sonrası Psikososyal Deneyimleri*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.
- Selvi, A. (2019). Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişki. İstanbul Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Sen, A., Callisen, H., Libricz, S. ve Patel, B. (2019). Complications of Solid Organ Transplantation: Cardiovascular, Neurologic, Renal, and Gastrointestinal. *Critical Care Clinics*, 35(1): 169-186.
- Sevinç, M., Hasbal, NB., Ünsal, A. (2019) Transplantasyon ve Periton Diyalizi. Ünsal A, editör. Periton Diyalizi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Siener, R. (2018). Dietarty Treatment Of Metabolic Acidosis İn Chronic Kidney Disease. *Nutrients*, 10(4):512.
- Singh, R. G., Singh, S., Rathore, S. S. ve Choudhary, T. A. (2015). Spectrum of Intradialytic Complications During Hemodialysis and its Management: a Single-center Experience. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 26(1): 168-172.
- Stoumpos, S., Jardine, A. G. ve Mark, P. B. (2015). Cardiovascular Morbidity and Mortality After Kidney Transplantation. *Transplant International*, 28(1): 10-21.
- Süleymanlar, G. (2019). *Böbrek Anatomi ve Fizyolojisi*, Yeniçeri Y, Güngör Ö, Arıcı M.(ed), Temel Nefroloji. Ankara.

- Syed-Ahmed M ve Narayanan M. (2019). Immune Dysfunction and Risk of Infection in Chronic Kidney Disease. *Adv Chronic Kidney Dis.* 26(1):8-15.
- T.C. Sağlık Bakanlığı ve Türk Nefroloji Derneği. (2021). Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon. *Türk Nefroloji Derneği Yayınları.* 19-45.
- Taşkıran, E., Erbaş, O., ve Akar, H. (2016). Böbrek Naklinde Kullanılan İmmünsüpresif Tedaviler. *İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Transplantasyon Dergisi, 1(1):* 48-52.
- Türk Nefroloji Derneği. (2021). Türkiye’de Nefroloji, Diyaliz Ve Transplantasyon. T.C. Sağlık Bakanlığı Ve Türk Nefroloji Derneği Ortak Raporu. Türk Nefroloji Derneği Yayınları. Ankara.
- Topbaş, E. (2015). Kronik Böbrek Hastalığının Önemi, Evreleri ve Evrelere Özgü Bakımı. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi,* 53-54.
- Totoli, C. and Andreoli, M. (2020). Peritoneal Dialysis. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 66 (Suppl 1) <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.S1.37>.
- Usta, Ş. (2019). Böbrek Nakli Öncesi İmmunolojik Risk Değerlendirilmesinin Greft Fonksiyonları Üzerine Etkisinin Araştırılması. Tıpta Uzmanlık tez. Ankara Üniversitesi. Tıp Fakültesi. Ankara.
- Vadakedath, S. And Kandi, V. (2017). Dialysis: A Review of the Mechanisms Underlying Complications in the Management of Chronic Renal Failure. *Cureus* 9(8): e1603. DOI 10.7759/cureus.1603.
- Vankova, B., Mala-Ladova, K., Kubena, A. A., Maly, J., ve Sulkova, S. D. (2018). Immunosuppressive Therapy Related Adherence, Beliefs and Self-management in Kidney Transplant Outpatients. *Patient preference and adherence,* 2605-2613.
- Varas, S. Ve Vella, J. (2016). Hypertension in the Kidney Transplant Recipient. *Core Concepts in Hypertension in Kidney Disease,* 167-202.
- Vélez-Bermúdez, M., Christensen, A., Kinner, E., Roche, A. ve Fraer, M. (2018). Exploring the Relationship Between Patient Activation, Treatment Satisfaction, and Decisional Conflict in Patients Approaching End-Stage Renal Disease. *ann. behav. med.*53: 816–826.

- Visseren, FLJ. Mach., Smulders, YM. Carballo, D. Koskinas, KC. Bäck, M. Benetos, A. ve Biffi, A. (2021). ESC Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J.* 7;42(34): 3227-3337.
- Webster, A. C., Nagler, E. V., Morton, R. L., & Masson, P. (2017). Chronic Kidney Disease. *The lancet*, 389(10075): 1238-1252.
- Wesson, D. E., Buysse, J. M. ve Bushinsky, D. A. (2020). Mechanisms of Metabolic Acidosis–Induced Kidney Injury in Chronic Kidney Disease. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*, 31(3): 469.
- Whelton, P. K., Carey, R. M., ve Aronow, W. S. (2018). Acc/aha/aapa/abc/acpm/ags/APhA/ASH/ASPC/nma/pcna guideline for the prevention, Detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a Report of the American College of Cardiology/American heart Association. Task force on clinical practice guidelines//*J. Am. Coll. Cardiol.*-2017.-Nov 13. *Почки*, 7(1): 68-74.
- Woodside, K., Bell,S., Mukhopadhyay, P., Repeck, K., Robinson, I., Eckard, A. ve Saran, R. (2018). Arteriovenous Fistula Maturation in Prevalent Hemodialysis Patients in the United States: A National Study. *Am J Kidney Dis. Published online* February 8. 71(6): 793-801.
- Yılmaz, V. ve Karakoç, A.(2015).Böbrek Naklinde Alıcı ve Donörlerin Değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 31-38.
- Yiğit, İ.P., Ulu, R., Gözel, N., Çeliker, H., Doğukan, A. ve Taşkapan, H. (2016).Yaşlı Hemodiyaliz Hastalarında Mineral Kemik Bozukluğu Belirteçlerinin Değerlendirilmesi. *Fırat Üniveristesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 30(2):77-81.
- Zhu, Y., Zhou, Y., Zhang, L., Zhang, J., ve Lin, J. (2017). Efficacy of Interventions for Adherence to the Immunosuppressive Therapy in Kidney Transplant Recipients: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Journal of Investigative Medicine*, 65(7): 1049-1056.

- Walker, R. J., Smalls, B. L., Hernandez-Tejada, M. A., Campbell, J. A., Davis, K. S., & Egede, L. E. (2012). Effect of diabetes fatalism on medication adherence and self-care behaviors in adults with diabetes. *General hospital psychiatry*, 34(6), 598-603.
- Wang, L., Geng, X., Ji, L., Lu, G., & Lu, Q. (2020). Treatment decision-making, family influences, and cultural influences of Chinese breast cancer survivors: a qualitative study using an expressive writing method. *Supportive Care in Cancer*, 28, 3259-3266.



EKLER

Ek-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu araştırma böbrek transplantasyonu gerçekleştirilen hastaların kadercilik anlayışını ve immüsupresif tedaviye uyumunu ölçmek amacıyla yapıldı. Sizlere aşağıda bilgi formu ve ölçek maddeleri verilmiştir. Araştırmada sizden tahminen 5-10 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Lütfen maddeleri dikkatli okuyarak size en uygun gelen şıkkı işaretleyiniz. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır.

Bu araştırmaya verdiğiniz destek ve katılımınız için teşekkür ederiz.

BÖBREK YAPILAN HASTALARDA KADERCİLİK ANLAYIŞININ VE İMMÜNSUPRESİF TEDAVİYE UYUMUN İNCELENMESİ

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Sosyodemografik özellikler

1.Yaşınız.

.....

2.Cinsiyetiniz

a) Kadın

b) Erkek

3.Medeni Durumunuz

a) Evli

b) Bekar

4.Eğitiminiz

- a) İlkokul
- b) Ortaokul
- c) Lise
- d) Önlisans
- e) Lisans
- f) Lisansüstü

5. Sigara Kullanıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Bırakmış
- c) Haftada yarım paket
- d) Haftada 1 paket
- e) Günde 1 paket veya fazlası

6. Alkol Kullanıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Haftada 1defa
- c) Günde 1 defa veya daha fazla

7. Böbrek Naklinde kaçınıcı yılınız.

- a) 0-12 ay
- b) 1-3 yıl
- c) 4 yıl ve üzeri

8. Böbrek Nakil bekleme süreniz.

- a) 2-12 ay
- b) 1-3 yıl
- c) 4-9 yıl
- d) 10 yıl ve üzeri

9. Kullandığınız ilaç sayısı (Açıklayınız)

Ek-2: İmmüsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeği

Sayın katılımcı,

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

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

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra size uygun olan tanımlama için (X) işareti koyunuz.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. İmmüsupresif ilacınızı almayı unuttuğunuz olur mu? *					
2. Kendinizi iyi hissettiğinizde doktorunuza danışmadan immüsupresif ilaç almayı bıraktığınız olur mu? *					
3. Günlük uğraşılarınız (okul ya da iş gibi) nedeniyle immüsupresif ilaç saatini aksattığınız ya da dozunu kaçırdığınız olur mu? *					
4. Almayı unuttuğunuz immüsupresif ilacınızı hatırladığınızda (2-3 saat içinde) hemen alır mısınız?					
5. İmmüsupresif ilaçlarınız tükendiğinde yenisini almayı geciktirdiğiniz olur mu? *					
6. İmmüsupresif ilaç aldığınız saatleri yemek saatinize göre ayarlar mısınız?					
7. Her gün immüsupresif ilaç kullanmak sizi zorladığı için ilaçlarınızı almayı aksattığınız olur mu? *					
8. Çok sayıda immüsupresif ilaç kullanmak sizi zorladığı için ilaçlarınızı almayı aksattığınız olur mu? *					
Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra size uygun olan tanımlama için (X) işareti koyunuz.				Evet	Hayır
9. Geçtiğimiz iki haftayı düşünürsek immüsupresif ilaç dozlarınızı önerilenden daha az aldığınız oldu mu? *					
10. Geçtiğimiz iki haftayı düşünürsek immüsupresif ilaç dozunuzu kaçırdığınız / atladığınız oldu mu? *					
11. Geçtiğimiz iki haftayı düşünürsek immüsupresif ilacınızı normal zamanından birkaç saat önce ya da sonra aldığınız oldu mu? *					

Ek-3: Kadercilik Eğilimi Ölçeği

SIRA NO:	AÇIKLAMA: Sevgili arkadaşlar; Aşağıda çeşitli konular ile ilgili bazı düşünceler bulunmaktadır. Lütfen bunları dikkatlice okuyunuz. Sizden istenen her düşünceyle ilgili görüşünüzü belirlemeniz ve görüşünüze uygun olan seçeneği işaretlemenizdir. Bu düşüncelerin doğrusu ya da yanlışı yoktur, önemli olan kendi düşüncenizi samimi bir biçimde ifade etmenizdir. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.	Kesinlikle	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Hayatımızda olacak şeyler önceden belirlenmiştir.					
2	Yaşadığım her şeyin kendi davranışlarımın bir sonucu olduğunu düşünürüm					
3	Bazı nesnelerin (nazar boncuğu, tütsü, şans yüzüğü vb.) koruyucu olduğuna inanırım.					
4	Başıma gelecek şeylerin kaderim olduğuna inanırım					
5	Bazı nesnelerin uğursuzluk getirdiğine inanırım.					
6	Geleceğimin gösterdiğim çabaya göre şekilleneceğine inanırım.					
7	İnsanların yaşamlarındaki mutsuzluklar kötü şanslarına bağlıdır.					
8	Yaşadığımız şeyler seçimlerimizin bir sonucudur.					
9	Kötü şeylerin gelip beni bulduğuna inanırım					
10	Bazı sözleri söylersem (cin, vb.) çarpılacağıma inanırım.					
11	Kendi irademle bazı şeylere yön verebileceğime inanırım					
12	Kaderimde varsa hastalığa yakalanırım					
13	Bazı insanların doğuştan şanslı olduklarına inanırım					
14	Hayatımın kontrolü benim elimdedir					
15	Hiç kimse yazgısını değiştiremez					
16	Kaderimin zaman zaman bana oyun oynadığını düşünürüm					
17	Bazı ritüellerin (tahtaya vurmak, sağ ayakla odaya girmek vb.) koruyucu olduğuna inanırım.					
18	İstedğim bir şey olmayınca "kısmet değilmiş" derim					
19	Kaderimiz bizi nereye savurursa oraya gideriz					
20	Bazı davranışlarda bulunursam çarpılacağıma inanırım.					
21	İnsan kendi tercihlerini kendisi yapar.					
22	Kaderimin hayatıma yön vermesine razı olurum					
23	Bazı durumların (kara kedi görmek, gece tırnak kesmek, vb.) uğursuzluk getireceğine inanırım.					
24	Her iş olacağına varır diye düşünürüm					

Ek-4: Etik Kurul İzni



T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-22867
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Ganime YİRMİBEŞ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Kadercilik Anlayışının ve İmmünespresif Tedaviye Uyumuun İncelenmesi" başlıklı araştırmanız kurumumuzun 28.01.2022 tarihli ve 2022/01 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek:30-Ganime YİRMİBEŞ Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSP2596J7* Pin Kodu : 82362
Adres: Balıkesir Caddesi No: 281 Kızılköy/İstanbul
Telefon: +90 97 88 Faks: +90 (212) 693 82 29
E-Posta: bilgi@iza.edu.tr Web: www.iza.edu.tr
Kup Adresi: iza@bell1.kup.tr

Belge Takip Adresi : <https://elbys.iza.edu.tr/en/Veriler/Doğrulama/BN>

Bilgi için: Zeynep Fındık TIG

Ünvanı: Yürürlük Kurul

Telefon: +902126928666



Ek-5: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.02
Konu : Ganime YİRMİBEŞ Tez Çalışması
İzin Talebi

BAŞAKŞEHİR ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 15/03/2022 tarihli ve 71211201-34555043-770.02.01-E.24337 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazısı ile Kurumunuzda Hemşire olarak görev yapan, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ganime YİRMİBEŞ'in, Dr. Öğr. Üyesi Neslihan TEKE danışmanlığında yürüteceği "*Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Kadercılık Anlayışının ve İmmünyosupresif Tedaviye Uyumuun İncelenmesi*" konulu tezin saha çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Hastanede yapma talebi Başkanlığımıza iletilmiş olup Sağlık Hizmetleri Başkanlığımız *Araştırma, Basalı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 21.04.2022 tarih ve 2022/09 sayılı kararınca uygun görülmüştür.*

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması hususunda,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELLİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İstanbul Cd. General Kamal Elizer Sk. No:8/1 Yenimahalle/Bakırköy/İSTANBUL

Dahili:3058

Telefon: Faks No:

e-Posta: yeşim.biyik@sağlık.gov.tr İnternet Adresi: ism_34@hs01.kapir

Bilgi için: Yeşim BIYIK

MEMUR

Telefon No: (0 212) 638 33 99



Ek-7: Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU Sizi Ganime YİRMİBEŞ tarafından yürütülen “Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Kadercilik Anlayışının ve İmmüsupresif Tedaviye Uyumun İncelenmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı böbrek nakli yapılan hastalarda kadercilik anlayışının ve immüsupresif tedaviye uyumu incelemektir. Araştırmada sizden tahminen 15-20 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya [] e-posta adresi ve [] numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı:

Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri:

e-posta:

Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin:

Adı Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı Soyadı:

İmzası:

Ek-8: Ölçek İzni-1

Ölçek izni ▷ Gelen Kutusu x



← Binaz Bozkur ▭

15 May 2022 17:02 ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben, Alim ▾

Merhabalar,

Geliştirdiğimiz Kadercilik Eğilimi Ölçeği'nin formu ektedir. Ölçeğe ilişkin puanlama ve alt boyutlarına ilişkin bilgiler ekteki dosyada ölçek formunun arkasına eklenmiştir. Referans gösterme kuralları çerçevesinde olması ve ölçeğin yapısının bozulmaması şartı ile ölçeğimizi kullanabilirsiniz. Çalışmanız sonuçlandığında sonuçlar hakkında bizi bilgilendirirseniz seviniriz. Kolaylıklar diliyorum.

Windows'u Etkinleştir

Ek-9: Ölçek İzni-2

Okunmadı olarak işaretle

Ynt: Ölçek izni ▶ Gelen Kutusu x



← ZELİHA ÖZDEMİR KÖKEN

Alıcı: ben ▼

13 May 2022 Cum 22:11



Sayın Ganime ÇEKER,

"İmmünsupresif İlaç Kullanımına Uyum Ölçeğini" çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve ölçeğin kullanım yönergesini ekte gönderiyorum. Çalışma verilerinin toplanmasına yönelik önerim; ölçeği hastanın kendisinin doldurmaması, soruların hastaya araştırmacı tarafından yöneltilmesidir. Ölçeğin kullanımı ile ilgili herhangi bir sorunuz olursa tekrar iletişime geçebilirsiniz.

Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.

ÖZGEÇMİŞ

Ganime YİRMİBEŞ

EĞİTİM DURUMU

- **Lisans:** 2015-2019 Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

MESLEKİ DENEYİM

- 2020-2021 İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi-Hemşire
- 2021- Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Hemşire

KONGRE VE SEMİNER

- Yirmibeş, G. (2023). Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Kadercilik Anlayışının Ve İmmüsupresif Tedaviye Uyumun İncelenmesi 6. Uluslararası Antalya Bilimsel Araştırmalar Ve Yenilikçi Çalışmalar Kongresi. (Özet Bildiri/Sözel Sunum).