

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI
HASTALARIN İLAÇ UYUMSUZLUKLARI,
NEDENLERİ VE HEMŞİRELERDEN
BEKLENTİLERİNİN İNCELENMESİ**

NUR ŞAHİN

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR- 2012

TEZ KODU:DEU.HSI.MSc-2009970079

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI
HASTALARIN İLAÇ UYUMSUZLUKLARI,
NEDENLERİ VE HEMŞİRELERDEN
BEKLENTİLERİNİN İNCELENMESİ**

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

NUR ŞAHİN

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
DOÇ. DR. ÖZGÜL KARAYURT

İZMİR- 2012

TEZ KODU:DEU.HSI.MSc-20099

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi olan Nur Şahin'in "Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların İlaç Uyumsuzlukları, Nedenleri ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi" isimli bu tezi 14.05.2012 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı

Doç. Dr. Özgül Karayurt



Jüri Üyesi

Yard. Doç. Dr. Özlem Bilik



Jüri Üyesi

Yard. Doç. Dr. Ayfer Elçigil

Yedek Jüri Üyeleri

Yard. Doç. Dr. Fatma Vural

Yard. Doç. Dr. Hatice Mert

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, beni sabırla, titiz ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima teşvik eden ve özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım
Sayın Doç. Dr.Özgül Karayurt’a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca destek ve yardımlarını esirgemeyen sevgili hocalarım
Sayın Yard. Doç. Dr. Aklime Dicle’ye, Sayın Yard. Doç. Dr. Özlem Bilik’e,
Sayın Yard. Doç. Dr. Fatma Vural’a , Sayın Yard. Doç. Dr. Ayfer Elçigil’e,
Sayın Yard. Doç. Dr. Hatice Mert’e ve Sayın Yard. Doç. Dr. Hatice Yıldırım Sarı’ya;

Öneri ve desteklerinden dolayı
Sayın Araşt. Gör. Yaprak Sarıgöl Ordin’e,

Bütün Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Elemanlarına,

Tezimin veri toplama aşamasında bana destek sağlayan
Sayın Prof. Dr. Sedat Karademir’e,
Sayın Dr. Aylin Bacakoğlu’na,

Her zaman bana güvenen ve yanımda olan
Aileme, nişanlıma ve arkadaşlarıma,

Araştırmaya gönüllü katılan tüm hastalarıma,

En içten duygularımla teşekkürlerimi sunarım.

Nur Şahin

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	iii
ŞEKİL DİZİNİ.....	iii
KISALTMALAR.....	iv
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2

GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	7

GENEL BİLGİLER

2.1.Karaciğerin Yapısı.....	8
2.2. Karaciğerin Fonksiyonları.....	9
2.3. Karaciğer Hastalıkları Fizyopatolojisi.....	9
2.4. Karaciğer Hastalıklarının Belirti ve Bulguları.....	10
2.5. Karaciğer Transplantasyonu.....	10
2.5.1. Karaciğer Transplantasyonunda Donör Seçimi.....	10
2.5.1.1.Kadavra Donörün Değerlendirilmesi.....	10
2.5.1.1.1. Kadavra Donörü Etik Açıdan Değerlendirme.....	10
2.5.1.1.2. Kadavra Donörü Yasal Açıdan Değerlendirme.....	11
2.5.1.2. Canlı Donör.....	11
2.5.1.2.1. Canlı Donörü Etik Açıdan Değerlendirme.....	12
2.5.1.2.2. Canlı Donörü Yasal Açıdan Değerlendirme.....	13
2.5.2. Karaciğer Transplantasyonunda Hasta Seçimi.....	13
2.5.3. Karaciğer Transplantasyonunda Hazırlık (Ameliyat Öncesi Dönem).....	15
2.5.3.1. Karaciğer Transplantasyonunda Fizyolojik Hazırlık.....	15
2.5.3.2.Karaciğer Transplantasyonunda Psikolojik Hazırlık.....	18
2.5.3.3. Karaciğer Transplantasyonunda Yasal Hazırlık.....	18
2.5.3.4. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi.....	18
2.5.4. Karaciğer Transplantasyonu Cerrahisi.....	19
2.5.5. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	20

2.5.5.1. Ameliyat sonrası hasta eğitimi.....	21
2.5.5.2. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Görülen Komplikasyonlar.....	23
2.6. Transplantasyon İmmunolojisi.....	24
2.6.1. Rejeksiyon.....	24
2.6.1.1. Rejeksiyon immunolojisi.....	25
2.7.İmmunosupresif İlaçlar.....	25
2.8. Transplantasyon Hastalarında İlaç Uyumsuzluğu.....	31
2.8.1. İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler.....	32
2.8.2. İlaç Uyumsuzluğunun Belirleyicileri.....	34
2.8.3. İlaç Uyumsuzluğunun Sonuçları.....	35

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	36
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	36
3.4. Veri Toplama Araçları.....	37
3.5. Verilerin Toplanması.....	37
3.6. Araştırma Planı.....	38
3.7. Araştırmacının Nitelikleri.....	38
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
3.9. Verilerin Raporlanması.....	40
3.10. Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenirliği.....	40
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	41
3.12. Araştırma Etiği.....	41

BULGULAR

4.1. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası İlaç Uyumsuzluğu Yaşayan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	42
4.2. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların İlaç Uyumsuzlukları, Nedenleri ve Hemşirelerden Beklentilerine İlişkin Bulgular.....	46
4.2.1. İlaç Uyumsuzlukları.....	46
4.2.2. İlaç Uyumsuzluğu Nedenleri.....	48
4.2.3. Hemşirelerden Beklentiler.....	52

TARTIŞMA

5.1. İlaç Uyumsuzlukları.....	54
5.2. İlaç Uyumsuzluğu Nedenleri.....	55
5.3. Hemşirelerden Beklentiler.....	59

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar.....	61
6.2. Öneriler.....	61

KAYNAKLAR.....	62
-----------------------	-----------

EKLER

EK.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu.....	68
EK.2. Görüşme Formu.....	70
EK.3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	72
EK.4. Nitel Araştırma Yöntemleri Semineri Katılım Belgesi.....	73
EK.5. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Kararı.....	74
EK.6. Yazılı Kurum İzni.....	76
EK.7. Özgeçmiş.....	77

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Canlı Donörde Kesin ve Göreceli Kontrendikasyonlar.....	11
Tablo 2. Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları.....	14
Tablo 3. Karaciğer Transplantasyonunun Kontrendikasyonları.....	15
Tablo 4. Karaciğer Transplantasyonu Öncesi Uygulanması Gereken Testler.....	16
Tablo 5. İmmunosupresif İlaçlara Bağlı Görülen Yan Etkiler ve Hemşirelik Girişimleri.....	29
Tablo 6. İlaç Uyumunu Arttıran/Azaltan Faktörler.....	32
Tablo 7. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası İlaç Uyumsuzluğu Yaşayan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri.....	42
Tablo 8. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların Transplantasyona İlişkin Bilgileri.....	44

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Karaciğerin anatomik yapısı.....	8
Şekil 2. Araştırmanın planı.....	38

KISALTMALAR

HIV: Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü

HCV: Hepatit C Virüsü

HBV: Hepatit B Virüsü

CMV: Cytomegalovirus

AİDS: Acquired immunodeficiency syndrome/ Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu

EKG: Elektrokardiyografi

CT: Computed tomography/ Bilgisayarlı tomografi

MRI: Magnetic resonance imaging/Manyetik rezonans görüntüleme

ERCP: Endoskopik Retrograt Kolanjiopankreatografi

MELD: Model for End-stage Liver Disease

HT: Hipertansiyon

DM: Diyabetes Mellitus

MMF: Mycophenolate Mofetil

GIS: Gastrointestinal sistem

KT: Karaciğer transplantasyonu

HLA: Human lökosit antijen

MHC: Major histocompatibility complex

IL-1: İnterlökin-1

IL-2: İnterlökin-2

HCC: Hepatosellüler karsinom

PSK: Primer sklerozan kolanjit

TSH: Tiroid uyarıcı hormon

PSA: Prostat spesifik antijen

ÖZET

KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI HASTALARIN İLAÇ UYUMSUZLUKLARI, NEDENLERİ VE HEMŞİRELERDEN BEKLENTİLERİNİN İNCELENMESİ

NUR ŞAHİN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

nursahin86@gmail.com

Amaç: Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentilerini açıklamaktır.

Yöntem: Araştırma nitel bir çalışmadır. Ölçüt örneklem yöntemi kullanılmıştır. Karaciğer transplantasyonu sonrası ilaç uyumsuzluğu yaşayan 21 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler “yarı yapılandırılmış görüşme formu” kullanılarak, “derinlemesine görüşme” yöntemi ile toplanmıştır. Her hasta ile bir kez görüşülmüştür. Görüşmelerin tamamı, hastalardan sözlü ve yazılı onamları alınarak, ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Verilerin analizinde “betimsel analiz” yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentilerine ilişkin bulgular üç ana tema ve alt temalar olarak belirlenmiştir. Bu ana temalar; ilaç uyumsuzlukları, ilaç uyumsuzluğu nedenleri ve hemşirelerden beklentilerdir.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre; karaciğer transplantasyonu sonrası hastalarda doz atlama, doz geciktirme ve ilacı yanlış alma şeklinde ilaç uyumsuzlukları saptanmıştır. Bu hastalar ilaç uyumsuzluğu nedenlerini; unutkanlık, yaşam biçimi, sağlık bakım sistemi, bilgi eksikliği, çoklu ilaç kullanımı ve sağlık inancı, hemşirelerden beklentilerini ise mali danışmanlık, eğitim, ilgi ve ilaç uygulamaları olarak ifade etmişlerdir. Bu ifadelerle göre; hemşirelerin ilaç dozu, zamanı, etkisi gibi tedavi süreci ile ilgili bilgileri yazılı ve sözlü olarak hastalara verip, hastalardan bu bilgileri tekrar etmeleri önerilebilir. Aynı zamanda hastalara taburculukta verilen eğitimin taburculuk sonrasında da belirli aralıklarla tekrarlanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Karaciğer transplantasyonu, ilaç uyumsuzluğu, hemşirelik, nitel çalışma

ABSTRACT

INVESTIGATION OF DRUG NONADHERENCES, ITS REASONS OF PATIENTS WHO HAD LIVER TRANSPLANTATION AND THEIR EXPECTATIONS FROM NURSES

NUR ŞAHİN

Dokuz Eylül University The Institute of Health Sciences

nursahin86@gmail.com

Aim: It is investigate drug nonadherences, its reasons of patients who had liver transplantation and their expectations from nurses.

Method: Research is qualitative study. Sampling criteria method was used. The sample of research consists of 21 patients who had liver transplantation with drug nonadherence. Data was collected with method of “in depth interview” by using “ semi-structured interview form”. It was interviewed with each patient once. All interviews were recorded with audio recorder by getting verbal and writing permission of patients. Data was assessed with “descriptive analysis”.

Results: Three main themes and sub-themes have been determined concerning the expectations had from nurses and drug nonadherences, its reasons of the patients who had liver transplantation. These main themes; drug nonadherences, reasons of drug nonadherences and expectations from nurses.

Conclusion and Suggestions: According to conclusions obtained from this research; it was determined drug nonadherences such as missing a dose, delaying a dose, taking an incorrect drug in patients who had liver transplantation. The patients who had liver transplantation have stated regarding their drug nonadherence reasons; forgetfulness, life style, health care system, lack of knowledge, multiple medication usage and health belief; regarding their expectations from nurses; financial consulting, education, relation and drug applications. According to these statements, the nurses are suggested to give to patients these informations associated with treatment process, drug dose, time, effect...etc., as verbal and written and patients are suggested to repeat these informations. It is also suggested to repeat with definite intervals of education when patients were discharged from a hospital.

Keyword: Liver transplantation, drug nonadherence, nursing, qualitative study

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde karaciğer transplantasyonu, son dönem karaciğer yetmezliğinin tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. Son dönem karaciğer hastalığı, Amerika’da her yıl 25.000’den fazla ölüme neden olan önemli bir sağlık problemidir (Forsberg ve ark, 2000; Bufton ve ark, 2008). Amerika’da 2011 yılında 6.341 (OPTN, 2012), Avrupa’da 2010 yılında 4941 (ELTR, 2011) karaciğer transplantasyonu yapılmıştır. Türkiye’de ilk karaciğer transplantasyonu 1988 yılında gerçekleştirilmiştir (ONKOD, 2010) ve bugün Türkiye’de 23 karaciğer transplantasyon merkezi bulunmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2012). Türkiye genelinde, 2011 yılında 898 karaciğer transplantasyonu gerçekleştirilmiş olup, aynı yıl 2947 hasta karaciğer transplantasyonu bekleme listesinde yer almaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı, 2012). Son verilere göre Amerika’da karaciğer transplantasyonu bekleme listesindeki hasta sayısı ise, 16.066’dır (OPTN, 2012).

Karaciğer transplantasyonunun yaşam süresini uzatmak, yaşam kalitesini geliştirmek, morbidite oranını azaltmak ve greft sağkalım süresini uzatmak olmak üzere dört önemli sonucu vardır (Bufton ve ark, 2008; Murray ve Carithers, 2005). Karaciğer transplantasyonu sonrası hastalar, erken ve geç dönem olmak üzere iki dönemde izlenirler. Erken dönem; cerrahi sonrası ile taburculuğa kadarki süreç, geç dönem; taburculuktan sonraki süreç olarak değerlendirilir (Bufton ve ark, 2008).

Karaciğer alıcıları için transplantasyon sonrası uyum; ilaçları düzenli ve zamanında alma, randevulara gitme, sigara içme, içki kullanma gibi yüksek riskli davranışlarla ilgili önerilen yaşam biçiminde değişiklikler yapmayı ve sürdürmeyi içerir. İmmunosupresif ilaç kullanımına uyum, organ transplantasyonu sonrası greft rejeksiyonunu önlemede oldukça önemlidir (Stilley ve ark, 2010). Transplantasyon hastalarında ilaç uyumsuzluğu, her ay için en az bir kez ilacın unutulması ya da yanlış ilacın kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca uyumsuzluk, ilacı her ay en az bir kez, iki ya da iki buçuk saat geç alma olarak da ifade edilmektedir (Butler ve ark, 2004b). İmmunosupresiflere uyumsuzluk, akut ve kronik rejeksiyona veya ölüme yol açabilir (Ruppar ve Russell, 2009; Chisholm, 2002). Transplantasyon sonrası alıcılarda uyumsuzluğu yaş, cinsiyet, eğitim, hastalık ve tedavinin kültürel boyutu, ırk ve ekonomik durum gibi faktörler etkilemektedir (Kaul ve ark, 2000).

İmmunosupresif ilaçlara uyumun önemi açık olmasına rağmen, transplantasyon sonrası hastalarda görülen uyumsuzluk oranı % 2- 73 arasında değişmektedir (Chisholm, 2002; Dew ve ark, 2007; Gheith ve ark, 2008; Cukor ve ark, 2008; Gremigni ve ark, 2007; Berquist RK ve ark, 2008; Stilley ve ark, 2010). Yapılan çalışmalarda, hastaların ilaç dozlarını atladıkları saptanmıştır (Stilley

ve ark, 2010; Denhaerynck ve ark, 2006; Fredericks ve ark, 2008; Stilley ve ark, 2010). Fredericks ve arkadaşlarının (2008) Amerika’da yaptıkları çalışmada (n: 25) hastaların ilaçlarını iki saatten daha geç aldıkları bulunmuştur. Barros ve Cabrita’nın (2000) Portekiz’de immunosupresif tedaviye uyumsuzluğun prevalansı ve belirleyicileri üzerine yaptıkları çalışmada (n:113) ilacını almakta en az iki buçuk saat gecikme olan bireyler uyumsuz olarak alınmıştır.

Shemesh ve arkadaşları (2004) Amerika’da yaptıkları çalışmada (n:81), pediatrik ve adölesan karaciğer transplantasyonu alıcılarında ilaç uyumsuzluğuna en sık neden olan faktörün unutkanlık olduğunu saptamışlardır. Denhaerynck ve arkadaşları (2007) İsviçre’de böbrek transplantasyonu sonrası hastalarla yaptıkları çalışmada (n: 249); gençler, erkekler, düşük öz-saygıya sahip olanlar, yoğun çalışanlar ve canlı grefte sahip olan kişileri uyumsuz olarak bulmuşlardır. Berquist ve arkadaşları (2006) Amerika’da adölesan (12-21 yaş) karaciğer transplantasyonu alıcılarında yaptıkları çalışmada (n:97) düşük sosyo-ekonomik düzeyde olanların yararlandığı sağlık sigortasına sahip olanlarla ve ileri yaşta olanlarla (21 yaşa yaklaştıkça) ilaçlara uyumsuzluğun önemli derecede ilişkili olduğunu saptamışlardır. Vasquez ve arkadaşlarının (2003) Amerika’da böbrek transplantasyonu sonrası hastalarla yaptıkları çalışmada (n:270) unutkanlık, ilacı almadan evden uzaklaşma, alınan ilaç sayısı ve ilaca ihtiyacı olmadığını düşünme durumu ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada uyumlu hastaların uyumsuz hastalara göre immunosupresif ilaç bilgisinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Fredericks ve arkadaşlarının (2008) Amerika’da adölesan transplant alıcılarında yaptıkları çalışmada (n:25) unutkanlık ve ilacın evde bulunmaması uyumsuzluk nedeni olarak saptanmıştır. Gheith ve arkadaşlarının (2008) Mısır’da böbrek transplantasyonu sonrası hastalarla yaptıkları çalışmada (n: 100) ilaç uyumsuzluğunun nedenleri olarak unutkanlık, kendini daha iyi hissetme ve ilaçları önemsememe bulunmuştur. Keller ve arkadaşlarının (2008) İsviçre’de böbrek transplantasyonu olan hastalar üzerine yaptıkları çalışmada (n:249) ilaç uyumsuzluğu nedeni olarak unutkanlık ve immunosupresif ilaçları almaya gereksinim olmadığına inanma olarak saptanmıştır. Ghods ve arkadaşlarının (2003) İran’da böbrek transplantasyon alıcılarında yaptıkları çalışmada (n:267) psikiyatrik hastalıklar immunosupresif ilaçlara uyumsuz bireylerde önemli derecede yüksek bulunmuştur. McAllister, Buckner ve White-Williams’ın (2006) Amerika’da kalp transplantasyonu sonrası hastalarla yaptıkları çalışmada (n:4) stres, depresyon gibi psikolojik durumlar ilaç uyumsuzluğu nedeni olarak saptanmış, ilaç bilgisi uyumun artmasında önemli bulunmuştur. Aynı çalışmada ilaç uyumuna sahip hastalarda destekleyici arkadaşlar ve aile ve az oranda yaşam stili değişikliklerinin olduğu belirlenmiştir. Bullington ve arkadaşları (2007) Amerika’da böbrek transplantasyonu yapılan adölesanların (n:12) ilaçlarını düzenli almama

nedenini ev yaşamının iyi olmaması ve depresyon olarak saptamışlardır. Cukor ve arkadaşlarının (2008) Amerika’da böbrek transplantasyonlu hastalarda yaptıkları çalışmada (n:95) depresyon ilaç dozlarının alınmaması ile ilişkili bulunmuştur. Penkower ve arkadaşlarının (2003) Amerika’da adölesan böbrek transplantasyonu alıcılarında yaptıkları çalışmada (n:22) öfkeli olma durumu ilaçlara uyumsuzlukla ilişkili bulunmuştur. Feinstein ve arkadaşları (2005) İsrail’de böbrek transplantasyonu alıcılarında yaptıkları çalışmada (n:79) ilaç uyumsuzluğuna sahip bireylerin yetersiz aile desteğine sahip olduklarını saptamışlardır. Vlaminc ve arkadaşlarının (2004) Belçika’da böbrek transplantasyonu hastalarında yaptıkları çalışmada (n:146) sosyal desteğin olmaması uyumsuzluk nedeni olarak bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda transplantasyon sonrası geçen zaman arttıkça ilaç uyumsuzluğunun arttığı bulunmuştur (Chisholm ve ark, 2000; Chisholm ve ark, 2008; Chisholm ve ark, 2005; Denhaerynck ve ark, 2006; Berquist RK ve ark, 2008). Yapılan iki çalışmada ise; transplantasyondan itibaren geçen zamanın uyumsuzluk üzerine önemli bir etkisi saptanmamıştır (Vlaminc ve ark, 2004; Ghods ve ark, 2003). Chisholm ve arkadaşları (2005) Gürcistan’da böbrek transplantasyonu alıcılarında yaptıkları çalışmada (n:146) düşük gelir düzeyine sahip olmayı ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulmuşlardır. Furth ve arkadaşları (2003) Amerika’da hasta uyumunun etkileri, aile eğitimi ve böbrek transplantasyonu konusunda nefroloji uzmanlarının görüşlerinin araştırıldığı çalışmada (n:519) hastaların tedaviye uyumunda eğitimin etkisinin önemini belirtmişlerdir. Barros ve Cabrita’nın (2000) Portekiz’de yaptıkları çalışmada (n:113) bir partnerle birlikte yaşayanlarda uyum yüksek olarak saptanmıştır. Butler ve arkadaşlarının (2004) İngiltere’de böbrek transplantasyon alıcılarında yaptıkları çalışmada (n:58) uyumsuz hastalarda ilaçlara gereksinim olduğuna ilişkin düşük inanç saptanmıştır.

Denhaerynck ve arkadaşlarının (2006); Avrupa ve Amerika’daki böbrek transplantasyonu alıcılarında immunosupresif ilaçlara uyumsuzluğu karşılaştırdıkları çalışmada (Amerika n:1563, Avrupa n: 614) yaşı büyük olanlar, kadavra donöre sahip olanlar, yeni transplantasyon olanlar ve Avrupalılarda uyum daha yüksek bulunmuştur. Ruppert ve arkadaşları (2009) Kolombiya’da, böbrek transplantasyonu alıcılarında yaptıkları çalışmada (n:19) hatırlatma yöntemleri (alarmlar, ilaçların yeri, hap kutusu kullanımı), ilaçları sağlama (sigorta miktarı ve ücret), rutinleri sürdürme (diğer davranışlarla (kahvaltı, yemek. vb.) ilişkisi) ve problem çözme stratejileri (beceri eğitimi, bilgi verme gibi) olmak üzere ilaç uyumuyla ilgili dört ana tema belirtmişlerdir. Orr ve arkadaşları (2007) İngiltere’de, böbrek transplantasyonu sonrası ilaç uyumunu etkileyen hasta algıları üzerine yaptıkları çalışmada

(n:26), transplantasyon sonrası rejeksiyon korkusu, böbrek transplantasyonu ekibine ve donöre sadakat, sağlık inançları, unutmama ve yan etki olmak üzere beş tema saptamışlardır.

Bu çalışmalar dışında kronik hastalıklar, tedavinin önemli davranış değişikliği gerektirmesi, ilaçta kötü tat ve yutma güçlüğü, bakım verenlerde anlama güçlüğü, çok sayıda ilaç yan etkilerinin olması, sağlık bakım profesyonelleri ile (hemşire, doktor vb.) iletişim eksikliği ve hastalara yeterli zaman ayrılmaması ilaç uyumsuzluğunun nedenleri arasındadır. Ayrıca sağlık profesyonellerine güven eksikliği, tedavi planına hasta katılımının sağlanamaması, yetersiz bakım, bilişsel ve fiziksel yetersizlik (mental yetersizlik, görme ve işitme problemleri), sağlığa verilen önceliğin az olması, ilaç ücretleri, düşük özsaygı, yaşam krizleri ve kontrol kaybının da ilaç uyumsuzluğuna neden olduğu belirtilmektedir (Chisholm, 2002; Hoffmann ve Bunzel, 2000).

Literatürde ise uyumsuz hastalar üç gruba ayrılmıştır. Bunlar; tesadüfi uyumsuzlar, kararlı uyumsuzlar ve zarar görmez/dayanıklı uyumsuzlar olarak adlandırılmaktadır. Tesadüfi uyumsuzlar olarak adlandırılan bireylerin unutkanlığa bağlı ilaç uyumsuzluğu yaşadığı, bunu önlemek için günlük alışkanlıkları ile birlikte ilacı almada bir düzen sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Kararlı uyumsuzlar olarak adlandırılan uyumsuz hasta grubunda, ilaca gereksinimi olduğunu düşünmeme ve bunu bağımsız olarak kendisinin karar verme durumunun olduğu belirtilmektedir. Zarar görmez/ dayanıklı uyumsuzlar olarak adlandırılan uyumsuz hasta grubunda ise ilacı unuttuktan sonra kendilerine bir etkisinin olacağının farkında olmadıkları ifade edilmektedir (Rianthavorn ve Ettenger, 2005).

Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların hemşirelerden beklentileri değişmektedir. Ruppar ve arkadaşları (2009) Kolombiya'da, böbrek transplantasyonu alıcılarında yaptıkları çalışmada (n:19) ana temalardan biri olarak buldukları problem çözme stratejileri temasında bilgi vermenin önemini ifade etmişlerdir. Literatürde ilaç uyumsuzluğunu önlemede eğitimin önemi vurgulanmış (Rianthavorn ve Ettenger, 2005) hasta ve sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri) arasındaki terapötik ilişkinin kalitesinin uyumsuzlukla önemli bir ilişkisinin olduğu belirtilmiştir (Sabate, 2003). Yapılan bir çalışmada böbrek transplantasyonu sonrasında hastalar ilaçlar konusunda eğitim almak istedikleri sağlık profesyonelleri arasında hemşirelerin ilk sırada yer aldığını ifade etmişlerdir (Vasquez ve ark, 2003). Hastaların kullanacakları ilaçların isimlerini, dozlarını, yaygın yan etkiler ve önlenmesi konusundaki bilgileri hemşireler, koordinatörler, sosyal çalışmacılar, diyetisyenlerden almak istediklerini belirtmişlerdir (Furth ve ark, 2003). Chisholm ve arkadaşları (2000) Gürcistan'da böbrek transplantasyonu hastaları ile yaptıkları çalışmada (n:18) ilaç uyumunu geliştirmede mali destek programlarının önemini vurgulamışlardır.

Ülkemizde karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların, ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentilerine ilişkin çalışmalara ulaşılamamıştır. Hasta eğitimi bireylerin yaşam kalitesini arttırmakta, bireyin sağlığını ve hastalığını en üst düzeyde yönetmesini sağlamaktadır. Hasta eğitimi hastanın doktoru, hemşiresi ve diyetisyeni tarafından verilmesine karşın, hemşire hasta ile doğrudan ve sürekli iletişimde olduğu için, diğer sağlık profesyonellerine göre hasta eğitiminde daha etkin rol oynamaktadır (Aslan ve ark, 2010). Bu çalışmanın sonuçları, hemşirelerin ilaç uyumsuzluk nedenlerini anlayarak ve kendilerinden beklenenleri bilerek hastalara verdikleri eğitim ve danışmanlığın içeriğinin zenginleşmesine, hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesine, ilaç uyumsuzluğuna ilişkin nedenler ve hemşirelerden beklentiler belirlenerek ilaç uyumsuzluğunun azaltılmasına katkı sağlayabilir.

1.2 Araştırmanın Amacı

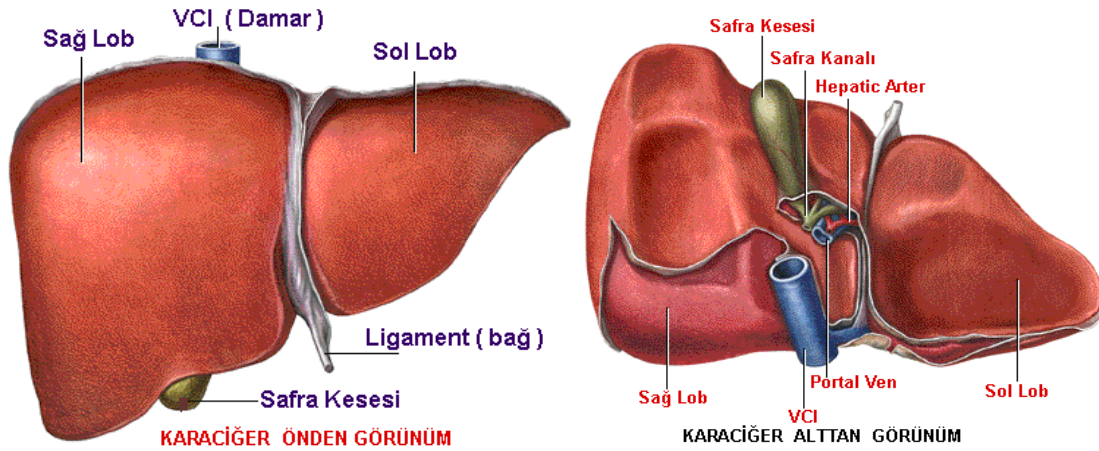
Bu çalışmanın amacı; karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentilerini açıklamaktır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Karaciğerin Yapısı

Karaciğer organizmanın metabolizması için gerekli pek çok madde üreten, depolayan ve salgılayan en büyük bezdir. Sağ üst kadranda yer alan karaciğer 1200-1500 gr. ağırlığındadır. Karaciğer sağ ve sol lob olmak üzere iki ana lob ve sekiz segmentten oluşmaktadır. Sağ lob sol loba göre daha büyüktür (sağ lob-%60, sol lob -%40) (Akdemir ve Birol, 2005).

Karaciğere portal ven ve hepatik arter olmak üzere iki kaynaktan gelen kanın %75'i (2/3'ü) portal ven yoluyla gelir. Portal ven kanı, sindirim sisteminden gelir ve besin öğelerinden zengindir. Portal ven inferior mezenterik ven, superior mezenterik ven ve splenik venin birleşmesiyle oluşur. Karaciğerin geri kalan kanı da hepatik arter yoluyla gelir, bu da oksijen bakımından zengin olan kandır. Karaciğerden gelen kan sinozoidler adı verilen kapiller yatağı oluşturur. Gelen arteriyel ve venöz kan sinozoidleri santral vene boşalır. Santral venler de hepatik veni oluşturur. Bu da inferior vena kavaya boşalır. Böylece karaciğere iki yolla giren kan hepatik ven ile çıkmış olur (Akdemir ve Birol, 2005).



Şekil 1. Karaciğerin anatomik yapısı

Starr S, Hand H. Nursing care of chronic and acute liver failure. Nursing Standard 2002; 16, 40, 47-54'den alınmıştır.

Karaciğerde arter ve venlerden başka, safra yolları da vardır. Safra yolları ince kılcal damarlar halinde karaciğer hücreleri arasında başlar ve birleşerek daha büyük safra kanallarını oluşturur, sonuçta sağ ve sol loblardan gelen safra yolları da birleşerek ana safra kanalı olarak karaciğerden çıkar. Safra kapilleri karaciğer hücrelerinden atıkları alır ve onları daha geniş safra kanallarına taşıyarak en sonunda hepatik kanalı oluşturur. Karaciğerden gelen hepatik

kanal ve safra kesesinden gelen duktus sistikus birleşerek koledok kanalı adını alır ve duodenuma açılır (Aslan ve ark, 2010).

Karaciğer retiküloendotelyal sistem için önemli bir organdır ve kuppfer hücreleri adı verilen özel fagositik hücreler ile bu görevini yapar. Kuppfer hücreleri portal sistem ile gelen yabancı maddeleri örneğin bakterileri fagosit eder (Akdemir ve Birol, 2005).

2.2. Karaciğerin Fonksiyonları

Glikoz metabolizmasında rol oynar. Kan ile gelen glikozu glikojene dönüştürür ve depolar. Proteinlerin yıkımı sonunda açığa çıkan amonyak karaciğerde üreye dönüştürülür bu da idrar ile organizmadan uzaklaştırılır. Plazma proteinlerinden olan albümin, alfa ve beta globulinler, pıhtılaşma faktörleri , özel taşıyıcı proteinler ve birçok plazma lipid proteinleri karaciğerde sentezlenir ve aminoasit şeklinde depolanır. Protrombin sentezi için gerekli olan K vitamini ve diğer pıhtılaşma faktörleri karaciğerde sentezlenir. Karaciğer enerji için yağları kullanır ve yağların yakılması ile keton cisimcikleri açığa çıkar. Keton cisimcikleri kas ve dokuların enerji kaynağı olarak kullanılmak üzere kan dolaşımına katılır. Açlık durumunda ve kontrolsüz olan diyabetiklerde glikoz metabolizmasının sınırlı olduğu durumlarda yağ asitlerinin yıkımı ile keton cisimleri açığa çıkar. Karaciğer vitamin A,B12,B kompleks ve D vitaminlerinin, demir ve bakırın depolandığı organdır.

Birçok ilaç karaciğerde metabolize olur. Karaciğer eritrositlerin yıkım yeri ve intrauterin hayatta da yapım yeridir. Karaciğer bazı hormonların da yıkım yeridir. Normalde her iki cinste de varolan östrojen ve testosteron, aldesteron ve steroidler karaciğerde yıkılır. Karaciğer organizmanın gereksinimine göre kimyasal reaksiyonları azaltıp arttırarak ısı regülasyonunu sağlar. Karaciğer safra yapımında görev alır. Karaciğerde sürekli yapılan safra kesede birikir ve konsantre edilir (Akdemir ve Birol, 2005).

2.3. Karaciğer Hastalıkları Fizyopatolojisi

Karaciğer hastalıkları, akut ya da kronik gelişebilir. Siroz kronik karaciğer yetmezliği arasında yer alır, karaciğerin geriye dönüşümsüz enflamasyon hastalığıdır. Karaciğer sirozunun nedenleri olarak viral hepatitler, alkol ve kriptojenik nedenler sayılabilir (Sonsuz, 2002; Starr ve Hand, 2002). Karaciğer yetmezliği, viral hepatitler, aşırı alkol alımı, metabolik hastalıklar (Wilson Hastalığı), bilier hastalıklar, ilaçlar, toksinler, immunolojik sebepler (Graft Versus Host Hastalığı) ve venöz kan akımında tıkanıklık (Budd- Chiari sendromu) nedeniyle oluşur (Starr ve Hand, 2002).

2.4. Karaciğer Hastalıklarının Belirti ve Bulguları

Karaciğer hastalığının semptomları; sarılık, assit, varis kanaması, hepatik ensefalopati, hepoatomegali, splenomegali, ellerde değişiklikler, örümcek görünümü ve jinekomastidir.

Sarılık: Kanda bilirubin artışına bağlı derinin, skleranın ve müköz membranların sarı renkleme halidir. Hemolitik, hepatosellüler ve obstrüktif olmak üzere üçe ayrılır. Hepatosellüler sarılık karaciğer yetmezliği sonucunda oluşur.

Assit: Abdominal kavitede aşırı derecede sıvı birikimi sonucu oluşan assit, kronik karaciğer yetmezliğinde yaygın olarak görülür. Ayrıca, malignite, kalp yetmezliği, tüberküloz, diyaliz ve akut karaciğer yetmezliği nedeniyle de asit görülebilir.

Varis kanaması: Siroz nedeniyle kan akımı yüksek basınçlı portal venden kollateral damarlara doğru yönelir. Bunun sonucunda bu damarlarda varisler oluşur. Bu varisler sıklıkla özefagus ve midede görülür, rüptüre olabilirler. Varis kanamaları melena, taşikardi ve hipotansiyona neden olur. Portal hipertansiyon sonucu assit, splenomegali, varis kanamaları görülür.

Hepatik ensefalopati: Kanda amonyak düzeyinin artışına bağlı görülen hepatik ensefalopati, akut ya da kronik karaciğer yetmezliğinde görülür. Karaciğer hastalığı olan bireyde nörolojik ve psikiyatrik semptomlar meydana gelmişse, hepatik ensefalopati düşünülebilir (Starr ve Hand, 2002).

2.5. Karaciğer Transplantasyonu

2.5.1. Karaciğer Transplantasyonunda Donör Seçimi

2.5.1.1. Kadavra Donörün Değerlendirilmesi

Kadavra donörün değerlendirilmesi; demografik özellikler (donör yaşı, cinsiyeti, ırk, ölüm sebebi), tıbbi, cerrahi, sosyal hikayesi, fiziksel araştırma (göğüs X-ray, EKG, ekokardiyogram, kardiyak kateterizasyon ve/ ya da ultrason) ve laboratuvar testlerini (kan grubu, kan gazları, kimyasal testler, karaciğer fonksiyonları, INR, kan, idrar, balgam kültürü, serolojik testleri (HIV, Hepatit B,C)) içerir (Cupples ve Ohler, 2003).

2.5.1.1.1. Kadavra Donörü Etik Açısından Değerlendirme

Beyin ölümü tanısı kesin olarak konmuş olmalıdır. Bağışlanan organ alıcıya zarar değil yarar sağlamalıdır. Nakledilecek organlar adil dağıtılmalıdır. Hiçbir maddi çıkar sağlanmamalıdır (Toouli ve ark, 2002). Kadavradan alınan organlarla yapılan transplantasyon sayıları gelişmişliğin de bir göstergesi olarak kabul görmektedir. Ailelerin yakınlarının organlarını bağışlamamasında en önemli neden beyin ölümü tanımını anlayamamalarıdır (Tokalak ve ark, 2002).

2.5.1.1.2. Kadavra Donörü Yasal Açıdan Değerlendirme

Türkiye’de ve birçok ülkede kadavradan organ ve dokuların alınması yasalarla düzenlenmiştir. Ülkemizde kadavradan organ ve doku alınması 2238 ve 2594 sayılı kanunlarla düzenlenmiştir. Tıbbi ölüm halinin saptanması koşulu ile organ alımına izin veren yasaya göre bu durum; biri kardiyolog biri nörolog, biri beyin cerrahisi uzmanı ve biri de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanından oluşan bir kurul tarafından tutanak ile belirlenmelidir. Yasaya göre alıcının hekimi ve transplantasyonu gerçekleştirecek olan cerrah bu kurulda yer almamalıdır. Bir kimse sağlığında vücudunun tamamını veya organ ve dokularını bağışladığını resmi ve yazılı olarak belirtmemiş ve bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamamış ise sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, anne-baba ya da kardeşlerinden birisinin, bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının izniyle ölüden organ ve doku alınabilir (Tokalak ve ark, 2002).

Kaza veya doğal afetler sonucu vücudunun uğradığı ağır harabiyet nedeniyle yaşamı sona ermiş olan bir kişinin yanında eşi, reşit çocukları, anne- baba ya da kardeşlerinden birisi yoksa; yaşamı organ ya da doku nakline bağlı olan kişilere, tıbbi zorunluluk bulunan durumlarda vasiyet ve rıza aranmaksızın organ ve doku nakli yapılabilir (Tokalak ve ark, 2002).

2.5.1.2. Canlı Donör

Canlı donörde ameliyat öncesi dönemde yapılan laboratuvar incelemeleri; tam kan sayımı, kimyasal incelemeler, karaciğer fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri, koagülasyon testleri, alfa-1 antitripsin düzeyi, seroplazmin, demir incelemeleri, lipid profili, hamilelik testi, idrar tahlili, otoimmün markerler, serum protein elektroforez, alfa fetoprotein, HIV, sitomegalovirüs (CMV), Epstein –Barr virüsü, Herpes Simpleks, Sifiliz testi, Hepatit C, B, A virüsü incelemeleridir (Cupples ve Ohler, 2003).

Tablo 1. Canlı donörde kesin ve göreceli kontrendikasyonlar

Kesin kontrendikasyonlar	Göreceli kontrendikasyonlar
• HIV- pozitif • HCV-pozitif • HBV- pozitif • Yaş < 18 • Obezite	• Kontrollü hipertansiyon • Diyet ya da oral ilaç kontrollü diabetes • Hafif astım • Sebebi bilinen hafif anemi • Hafif psikiyatrik hastalık (örneğin,

• Son 5 yıl içinde kanser • Önemli tıbbi koşullar • Aşırı aktif alkol kullanımı • Ciddi psikiyatrik hastalık • Hamilelik • Hiperkoagülopati • İdiopatik trombositopenik purpura ya da önemli hematolojik hastalık	anksiyete) • Kontrollü hiperlipidemi • Yaş> 50
---	---

Cupples SA, Ohler L. Transplantation Nursing Secrets, Questions and Answers Reveal the Secrets to Successful Transplantation Nursing 2003; 151-171'den alınmıştır.

Canlı donörde ameliyat sonrası dönemde akut karaciğer yetmezliği ya da kronik karaciğer disfonksiyonu, genel anestezi, entübasyon komplikasyonları, derin ven trombozu, pulmoner emboli, transfüzyonla ilişkili reaksiyon riski ya da enfeksiyon bulaşma riski, abdominal cerrahi komplikasyonları (yara yeri enfeksiyonu, intestinal obstrüksiyon, ileus, herni,adhezyon vb.), hepatik rezeksiyon komplikasyonları (kanama, bilier sızıntı, hepatik arter trombozu, portal ven trombozu vb.), sağ ya da sol lob rezeksiyonunun potansiyel uzun dönem sekelleri, ameliyat sonrası ağrı, fiziksel görünümde skarın etkisi vb. görülebilir (Cupples ve Ohler, 2003). Canlı donörde ameliyat sonrası dönemde günlük olarak; tam kan sayımı, INR, elektrolitler, renal fonksiyon: BUN, kreatinin, karaciğer fonksiyonu: AST, ALT, bilirübin izlemleri yapılır (Cupples ve Ohler, 2003).

2.5.1.2.1. Canlı Donörü Etik Açıdan Değerlendirme

Organ bağıışı uygun bir biçimde tartışılmalı ve aydınlatılmış onam alınmalıdır. İşlem sonunda alıcı yarar görürken vericiye zarar gelmemeli, ayrıca bağıış nedeni ile verici duygusal bir kazanç sağlamalıdır. Fedakârlık motive eden unsur olmalıdır. Verici üzerinde hiçbir maddi ya da manevi baskı olmamalıdır. Verici kararından rahatlıkla vazgeçebilmeli ve bu konuda kesin gizlilik sağlanmalıdır (Toouli ve ark, 2002).

Canlı donörden organ alınmasında etik yönden kesinlikle uyulması gereken koşullar;

- 1.Donöre yüklenecek riskin alıcının zorunlu gereksinim durumu ile karşılaştırılması; yani kadavra kaynaklı organ şansının hiç olmaması ya da bekleme süresinin belirsiz olması,
- 2.Donör onay vermeden önce kendisine ameliyat sırası ve sonrası dönemde karşılaşılabileceği sıkıntı ve riskler hakkında ayrıntılı bir açıklama yapılması,

3.Donörün onay belgesini maddi psikolojik etki ve baskı altında kalmadan vermesi, kararından vazgeçmesi durumunda, aile ve toplum içindeki itibarını zedelemesini önlemek amacıyla tıbbi bir neden yaratıp yardımcı olunması,

4.Organ verme karşılığında hiçbir maddi çıkarın sözkonusu olmaması; bu konuda herhangi bir kanıt veya kuşku varsa, hekimin ameliyatı iptal etmesi (Tokalak ve ark, 2002).

Birçok ülkede canlı donör adayları olarak birinci derece akrabalar (ana, baba, kardeş, çocuk), ikinci derece akrabalar (amca, dayı, teyze, hala, kuzen, büyükanne, büyükbaba) ve genetik bağı olmasa da güçlü duygusal bağı olan yakın gönüllüler (eş, arkadaş vs.) dışında kişiler kabul edilmemekle beraber, çoğu zaman yukarıdaki grupta yer almayan şahıslar ticari amaçla donör olabilmektedirler. Ülkemizde ve batı ülkelerinde organ ticareti kesin olarak yasaklanmasına rağmen bazı ülkelerde ticari amaçlı transplantasyon yapıldığı gözlenmektedir. Bu tür organ satışında motivasyon kabul edilebilir nitelikte değildir (Gürkan, 1998).

2.5.1.2.2. Canlı Donörü Yasal Açıdan Değerlendirme

Ülkemizde transplantasyon hizmetleri, 29 Haziran 1979'da kabul edilen 2238 sayılı yasa ile düzenlenmiştir. Bu yasaya göre ancak "18 yaşını doldurmuş ve mümeyyiz (doğru ve yanlış birbirinden ayırabilen) olan bir kişiden, en az iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim tarafından onaylanması" ile organ alınabilir. Donöre uygun bir biçimde ve ayrıntıda organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile, bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında bilgi verilmelidir (Tokalak ve ark, 2002).

Organ ve doku verenin alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında donörü aydınlatmak gereklidir, donörün evli olması halinde eşinin donörün kararından haberi olup olmadığını öğrenmek ve bunu bir tutanakla tespit etmek gereklidir (Tokalak ve ark, 2002).

Donörün yaşamını mutlak surette sona erdirecek veya tehlikeye sokacak olan organ ve dokuların alınmasından kaçınılmalıdır. Bunun tespiti için, sözkonusu olabilecek tehlikeleri azaltmak amacıyla gerekli tıbbi incelemelerin yapılması ve sonucunun da bir rapor ile açıklanması gereklidir (Tokalak ve ark, 2002).

2.5.2. Karaciğer Transplantasyonunda Hasta Seçimi

Son evre karaciğer yetmezliğinin bugün kabul edilen en uygun tedavisi karaciğer transplantasyonudur. Bunun dışında metastaz yapmamış karaciğer rezeksiyonu ile de tedavisi

mümkün olmayan karaciğer tümörlerinde de karaciğer transplantasyonu yapılmaktadır (Şahinoğlu, 2003).

Tablo 2. Karaciğer Transplantasyonu Endikasyonları

<u>Akut karaciğer yetmezliği</u> • Akut hepatit A • Akut hepatit B • İlaç/toksin hepatotoksitesi
<u>Kronik karaciğer yetmezliği</u> • Kronik hepatit B virüsü ve kronik hepatit C virüsü enfeksiyonu • Alkolik karaciğer hastalığı • Otoimmün hepatit • Kriptojenik karaciğer hastalığı • Primer bilier siroz ve primer sklerozan kolonjit • Sekonder bilier siroz
<u>Metabolik hastalıklar</u> • Alpha-1 antitripsin yetersizliği • Genetik hemokromatozis • Wilson hastalığı • Glikojen-depo hastalığı • Tip 1 hiperoksalüri • Ailesel homozigot hiperkolesterolemi
<u>Malignensi</u> • Primer hepatik kanser: hepatosellüler karsinoma ve kolonjiokarsinoma • Metastatik: karsinoid tümörler
<u>Diğer nedenler</u> • Polikistik karaciğer hastalığı • Budd-Chiari sendromu

Keeffe EB, Yu AS. Liver transplantation. ed: Zakim D, Boyer TD, Hepatology: A Textbook of Liver Disease. 4th edition. Philadelphia: Elsevier 2003; 1617–56’dan alınmıştır.

Tablo 3. Karaciğer Transplantasyonunun Kontrendikasyonları

Kesin Kontrendikasyonlar	Göreceli Kontrendikasyonlar
• Ekstrahepatik malignite • Kontrol edilemeyen aktif enfeksiyon • Aktif alkolizm • AIDS • Şiddetli kardiyopulmoner hastalık • Kontrol edilemeyen sepsis • Tıbbi tedavi devam ettirebilme ile ilgili sıkıntı olması • Psikososyal destek eksikliği • Karaciğerde anatomik anormallik olması • Komplikasyonsuz kompanse siroz (Child-Turcotte-Pugh skoru: 5-6)	• İleri yaş • Kolonjiokarsinoma • HIV enfeksiyonu • Portal ven trombozu • Psikolojik yetersizlik

Keeffe EB, Yu AS. Liver transplantation. ed: Zakim D, Boyer TD, Hepatology: A Textbook of Liver Disease. 4th edition. Philadelphia: Elsevier 2003; 1617–56’dan alınmıştır.

2.5.3. Karaciğer Transplantasyonunda Hazırlık (Ameliyat Öncesi Dönem)

- Fizyolojik hazırlık
- Psikolojik hazırlık
- Yasal hazırlık
- Ameliyat öncesi hasta eğitimini içermektedir.
-

2.5.3.1. Karaciğer Transplantasyonunda Fizyolojik Hazırlık

Ameliyat öncesi potansiyel alıcının değerlendirilmesinde öncelikle dikkatli bir öykü alınmalı ve fiziksel muayene yapılmalıdır. Bu hastalarda kardiyopulmoner değerlendirme, kardiyak ekokardiyografi, pulmoner fonksiyon testlerinin değerlendirilmesi gerekir. Hepatik arter, portal ven anatomisi ve hepatosellüler karsinoma (HCC) varlığını tespit etmek için abdominal görüntülemeler yapılmalıdır. Karaciğer hastalığının etiyolojisini ve ciddiyetini, HBV, HCV, Epstein-Barr virüsü, CMV ve HIV enfeksiyonunu belirlemek için laboratuvar testlerinin yapılması gerekmektedir. (Murray ve Carithers, 2005).

Tablo 4. Karaciğer Transplantasyonu Öncesi Uygulanması Gereken Testler

• Standart Kan testleri	• Kan biyokimyası, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, koagülasyon profili, protrombin zamanı, antikorlar, demir, seroplazmin, alfa 1 tripsin fenotipi, sitomegalovirüs, Epstein-Barr virüsü, herpes simleks virüsü, varisella zoster virüsü, HIV, sifiliz, toksoplazma, Hepatit A, B, C, D serolojisi, alfa fetoprotein
• Diğer standart testler	• Doppler ile abdominal ultrasonografi, EKG, göğüs radyolojisi, pulmoner fonksiyon testleri, endoskopik değerlendirmeler
• Diğer opsiyonel testler	• Bilgisayarlı tomografi (CT), Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) (hepatosellüler karsinoma durumlarında), angiografi (karaciğer vasküler yapı anormalliklerinde), karotid doppler incelemesi (yaşlılık ya da kardiyovasküler hastalıklarda), kontrast ekokardiyografi (hepatopulmoner sendromda), kardiyak kateterizasyon (koroner arter hastalığında), kolonoskopi (kolonla ilgili hastalık durumlarında), Endoskopik Retrograt Kolanjiopankreatografi (ERCP) (primer bilier sirozda), karaciğer biyopsisi, mantar serolojisi

Keeffe EB, Yu AS. Liver transplantation. ed: Zakim D, Boyer TD, Hepatology: A Textbook of Liver Disease. 4th edition. Philadelphia: Elsevier 2003; 1617–56'den alınmıştır.

Bu hastalarda immunolojik uyum gerekmediğinden immunolojik testlere gerek duyulmamaktadır. Ayrıca bu hastalara yapılması gereken konsültasyonlar da mevcuttur. Standart konsültasyonlar; diyet, psikososyal değerlendirme, kadın sağlığı (pap-smear, mammografi) ve mali durum (sigorta) değerlendirmesidir (Ahmed ve Keeffe, 2007). Cerrah, anestezi uzmanı, diyetisyen, hemşire, sosyal çalışmacı, organ nakli koordinatörü, psikiyatrik liyezon hemşiresi, psikiyatrist, karaciğer transplantasyonu geçirmiş hastalarla tanışma da yapılması gereken konsültasyonlar arasındadır (Ohler ve Cupples, 2008).

Ayrıca ameliyat öncesi dönemde hastaların sigarayı bırakmaları, solunum egzersizleri yapmaları ve beslenme durumlarının tespiti ile gerekli düzenleme yapılmalıdır. Ameliyat zamanı belirlendiğinde kan bankasında yeterli miktarlarda kan, taze donmuş plazma, trombosit süspansiyonu bulunmalıdır. Karaciğer transplantasyonlarında 250 ünite gibi çok fazla miktarlarda kan kullanıldığı bildirilmiş ise de bugün artık ortalama iki- on ünite kan transfüzyonu ile bu ameliyatı yapmak mümkün olmaktadır (Şahinoğlu, 2003).

Ameliyat öncesi kortikosteroid, siklosporin gibi immunosupresif ilaçlar başlanır. (Şahinoğlu, 2003). Ayrıca transplantasyonda başarı şansını arttırmak için malnütrisyon, asit birikimi ve sıvı elektrolit dengesizliği cerrahi girişim öncesi tedavi edilir (Aslan ve ark, 2010).

Ameliyathaneye alınınca, nazogastrik tüp, idrar kateteri, santral venöz kateter (juguler veya subklavien), hızlı kan transfüzyonuna imkan verecek kalın intravenöz kateterler, intraarteriyel kateter yerleştirilir ve hastanın kardiyak fonksiyonları, kan basıncı, solunumu, kan gazları, santral venöz basıncı ve rektal ısısı monitörize edilir. Hastanın anestezi altında ameliyathanede gerekli monitörizasyonu ve deri temizliği yapılırken ısı kaybının önlenmesine azami dikkat gösterilmelidir. Hipotermimin metabolizma ve koagülasyon fonksiyonları üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır (Şahinoğlu, 2003).

Ameliyat öncesi alıcının belirlenmesi ve seçimi için hastalığın geldiği noktayı belirlemeye yarayan klinik ve biyokimyasal değerlendirmeler yapılmaktadır. Bu amaçla, Child- Pugh ve MELD (The Model for End-Stage Liver Disease) kullanılmaktadır (Murray ve Carithers, 2005).

Child Pugh Sınıflaması :

Değişkenler :	1	2	3
Ansefalopati :	Yok	Hafif-orta	Orta-ciddi
Assit :	Yok	Hafif	Orta-ciddi
Bilirubin :	< 2	2 – 3	> 3
Albumin :	> 3.5	2.8 – 3.4	< 2.8
PZ (sn) :	>14	15 – 17	> 18

Child sınıfını belirlemek için skorlar toplanır:

Sınıf A = 5 - 7,

Sınıf B = 7 - 10,

Sınıf C = 10 – 15 (Fesci, 2007)

MELD skoru:

$$0.957 \times \log_e (\text{Cre mg/dL}) + 0.378 \times \log_e (\text{Bil mg/dL})$$

$$+ 1.120 \times \log_e (\text{INR}) + 0.643$$

MELD skoru ≥ 8 ise 30 ve 90 günlük mortalite daha yüksektir.

MELD skoru artışı bir ise 30-90 günlük mortalite %1.4 artar.

MELD skoru ≥ 15 ise KC transplantasyonu önerilir (Bektaş, 2007).

2.5.3.2. Karaciğer Transplantasyonunda Psikolojik Hazırlık

Ameliyat öncesi hastaların psikolojik olarak hazırlanmaları çok önemlidir. Transplantasyondan sonra greft rejeksiyonunun gelişmesi bu kişiler için büyük yıkımdır. Bu durum öfke duygusunun gelişmesine neden olabilir. Psikolojik yönden iyi durumda olan kişilerde ameliyat sonrası travmatik reaksiyonlar daha az görülür (Erdil ve Elbaş, 2001).

Transplantasyonu düşünen hasta ve ailesi tedavi, mali kaynakların kullanımı, tıbbi merkeze daha yakın olmak için başka bir yere yeniden yerleşme gibi güç kararlar almakta, aynı zamanda uzun süreli sağlık problemleriyle başa çıkmak zorundadır. Bu yüzden hasta ve aile karaciğer transplantasyonu düşünürken ve uygun karaciğer haberini beklerken oldukça streslidir. Hasta ve ailenin bu duygularından haberdar olunması, emosyonel ve psikolojik duruma uyum sağlayabilmeleri için desteklenmeleri gerekir. Hemşire, psikolog ve psikiyatrist hastanın psikolojik durumunu değerlendirip, hastaya yardımcı olmalıdır (Aslan ve ark, 2010; Fitzpatrick, 2007).

2.5.3.3. Karaciğer Transplantasyonunda Yasal Hazırlık

Canlıdan organ nakli için kişinin 18 yaşını doldurmuş bulunması, akli dengesinin yerinde olması şarttır. 18 yaşından küçük karaciğer transplantasyonu alıcısı hastalarında ameliyat izni alıcının ailesi tarafından alınmaktadır. Bununla birlikte hastaya ameliyat sırası ve sonrasında neler ile karşılaşabileceği anlatılarak, her hastadan yazılı ameliyat izni alınmalıdır (TOND, 2010).

2.5.3.4. Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi

Sağlık bakım ekibi üyelerinin hasta ve ailesine; işlemler, başarı şansı, riskleri, uzun süreli immunosupresif tedavinin yan etkilerini kapsayan kapsamlı bir eğitim vermeleri gerekmektedir (Aslan ve ark, 2010).

2.5.4. Karaciğer Transplantasyonu Cerrahisi

Günümüzde karaciğer transplantasyonu ile ilgili çeşitli cerrahi alternatifler bulunmaktadır. Bu teknikler reduced (azaltılmış) - karaciğer, split (ayrılmış) karaciğer ve canlı donörden transplantasyondur. Reduced karaciğer transplantasyonunda, donörün karaciğerinin sol ya da sağ lateral segmenti çıkarılır. Split- karaciğer transplantasyonunda yetişkinlerde sağ, çocuklarda sol lob tercih edilir. Canlı donörden split karaciğer transplantasyonunda olduğu gibi yetişkinlerde sağ, çocuklarda sol lob tercih edilir (Gökdoğan ve ark, 2007).

Sol lateral segmentektomide, II ve III. segmentler alınır. Bu segmentler total karaciğer volümünün %20'sini oluşturur. Sol lobektomide II, III ve IV. segmentler çıkarılır (total karaciğer volümünün %40'ı). Sağ lobektomide ise V, VI, VII ve VIII. segmentler çıkarılır (total karaciğer volümünün %60'ı) (Cupples ve Ohler, 2003).

Karaciğerin alıcıya yerleştirilmesinde orthotopik teknik kullanılır. Ortotopik karaciğer transplantasyonu; hasta olan karaciğerin çıkarılarak anatomik olarak çıkarılan yere sağlam karaciğerin yerleştirilmesidir. Yapılan operasyon tekniği ve süresi donörün canlı ya da kadavra olmasına göre değişir. Genellikle canlı donöre uygulanan hepatektomi ameliyatı altı saat sürmektedir ve bu operasyondaki önemli konular karaciğerin çıkarılmadan alıcının operasyona alınmaması ve çıkarılan organın zarar görmeden alıcıya nakledilmesidir. Alıcının ameliyatı dört- yirmi saat sürebilir, en zor kısmı alıcının hepatektomisidir (hasta karaciğerin çıkarılması). Alıcıya uygulanan hepatektomisi ve orthotopik olarak yeni karaciğerin yerleştirilmesi işlemi sırasında kanama nedeniyle hemodinamikte ciddi olarak bozulma olabilir (Gökdoğan ve ark, 2007).

Vasküler yapıların anastomozu suprahepatik inferior vena kava, infrahepatik vena kava, hepatik arter ve portal ven anastomozlarını içerir. Bilier anastomoz ise; koledokojejenostomi (Roux-en-Y koledokojejenostomi - safra kanalı jejenuma) ve koledokokoledostomi (safra kanalı safra kanalına) olmak üzere iki şekilde olmaktadır. Koledokokoledostomi safra kanalı sağlıklı ise ve açıklığı tam ise uygulanabilmektedir. Bu hastalara T tüp (safra kanalına yerleştirilen tüp) yerleştirilebilmektedir. Koledokojejenostomi ise bilier atrezi ya da sklerozan kolanjit gibi safra kanalında problem olan hastalarda tercih edilmektedir. Bu hastalarda safra kanalı bağırsakla bağlantılı olduğu için T tübe gerek yoktur (Ohler ve Cupples, 2008). Transplantasyon sırasında alıcı ve donörün supra ve infra vena kavaları, portal ven, hepatik arter ve safra drenajının ameliyat sonrası izlemi çok önemlidir. Ameliyattan sonra beş-yedi gün koyu daha sonraki dört ay içerisinde drenajın renginin açılması ve miktarının giderek azalması gerekir (Gökdoğan ve ark, 2007).

Kadavradan yapılan karaciğer transplantasyonlarında, subkostal kesit ile karına girilir. Portal ven, koledok ve hepatik arter diseke edildikten sonra tüm karaciğer vena kava inferior ile birlikte mobilize edilir. Portal ven, hepatik arter ve koledok yeterli uzunlukta kalacak şekilde bağlanır ve kesilir. Sonra infrahepatik ve suprahepatik vena kavaya klempler konarak karaciğer, arkasındaki vena kava segmenti ile birlikte çıkarılır. Yeni karaciğer implantasyonu için sıra ile suprahepatik vena kava anastomozu, portal ven anastomozu, infrahepatik vena kava anastomozları yapılır ve hipertonic perfüzyon sıvısının ringer laktat ile replasmanı sağlandıktan sonra karaciğerin portal ven vasıtasıyla kanlanması sağlanır. Böylece yaklaşık 30-50 dk. içerisinde vena kava ve portal ven klempleri açılarak normal dolaşım başlatılmış olur. Bu sırada portal sistem ve alt ekstemite kan akımı bir pompa aracılığı ile dakikada bir-iki lt. bir kan akımı sağlanacak şekilde juguler veya subklavien ven yoluyla dolaşıma verilebilir. Venö-venöz bypass denilen bu yöntemi uygulamak zorunlu olmayıp bazı merkezler kullanmamaktadır. By-passsız ameliyatta vena kava klempleri konunca ani kan basıncı düşmesine karşı hazırlıklı olmak, klempler kaldırıldıktan sonra da hızla dolaşıma giren beklemiş venöz kanın meydana getireceği asidoz ve koagülasyon bozukluklarından kaçınmak için bu işlem yavaş bir şekilde yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır. Normal dolaşım kurulduktan sonra hepatik arter ve koledok anastomozları yapılır. Hemostaz kontrol edildikten sonra gerekli drenler yerleştirildikten sonra karın kapatılır (Şahinoğlu, 2003).

2.5.5. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hemşirelik Bakımı

Kompleks ve riskli bir cerrahi girişimi gerektiren transplantasyon ameliyatlarının değişik evrelerinde hemşireye önemli görevler düşmektedir. Bu konuda hemşirenin yetkin olması gerekir. Hemşire; transplantasyon ekibinde hastayı enfeksiyon riskinden, doku rejeksiyonundan ve immunosupresif tedavinin yan etkilerinden korumaya çalışan hastanın güvenli bir ortamda bakımını veren ekibin önemli bir üyesidir (Öz, 2008).

İmmunosupresif ilaçlar bedenin doğal savunmasını azalttığından hasta mümkün olduğunca bakterisiz, virüssüz ve mantarsız bir ortamda tutulur. Ameliyat sonrası erken dönemde pulmoner, renal, nörolojik ve metabolik fonksiyonlar, arteriyel ve pulmoner arter basınç değeri sürekli izlenir. Hastanın hemodinamik durumunu ve intravasküler sıvı volümünü değerlendirmek için kardiyak out-put, santral venöz basınç, pulmoner kapiller wedge basıncı, arteriyel ve venöz kan gazları, oksijen saturasyonu, oksijen gereksinimi ve yayılımı, idrar miktarı, kalp atım hızı ve kan basıncı ölçüm ve değerlendirmeleri yapılır. Karaciğer fonksiyon testleri elektrolit seviyeleri, pıhtılaşma durumu, akciğer filmi, elektrokardiyogram ve idrar ile safra drenajını içeren sıvı çıktısı yakından izlenir. Karaciğer

glikojen depolama, protein sentezi ve pıhtılaşma faktörlerinden sorumlu olduğundan bu maddelerin izlenmesi ve ameliyat sonrası dönemde hemen yerine konulması gerekir (Aslan ve ark, 2010; Fitzpatrick, 2007).

Uzun süreli cerrahi işlem, anestezi, hareketsizlik ve ameliyat sonrası ağrının ortaya çıkardığı atelettazi ventilasyon/perfüzyonda bozulma nedeniyle hasta ameliyat sonrası erken dönemde endotrakeal ve mekanik ventilasyona gereksinim duyar. Gereklikçe aspirasyon yapılır ve nemlilik sağlanır. Yaşam bulguları stabilize olduğunda kompleks cerrahinin ortaya çıkardığı sorunlar giderilmeye çalışılır. Atelettazi riskini azaltmak için spirometre kullanımı konusunda hasta bilgilendirilir. Hareketsizliğe bağlı komplikasyonları önlemek için hastanın yataktan çıkmasına, tolere edebileceği kadar hareket etmesine ve kendi bakımına katılmasına yardım edilir. Karaciğer fonksiyon bozukluğu ve rejeksiyon belirti ve bulguları yakından izlenmelidir (Aslan ve ark, 2010; Fitzpatrick, 2007).

Hasta ameliyat sonrası 24-48 saat boyunca ventilatörde olabilir. Diyafragma altındaki insizyon ağrı ve ödeme neden olabilir, hastanın hareketlerini sınırlayabilir. Bu hastalarda göğüs tüpü de olabilir. Bakım bu özellikler göz önünde bulundurularak planlanmalıdır. Uzun süren cerrahi işlem boyunca kan ürünlerinin fazla miktarda uygulanması nedeniyle fazla sıvı yüklemesi olabilir. Bu yükleme pulmoner ödem ve konjestif kalp yetmezliğine yol açabilir. Bu konuda dikkatli olunmalıdır. Ameliyat sonrası erken dönemde koagulopati ve trombositopeni olabilir. Ayrıca nakil işleminin kendisi çok sayıda anastomozdan dolayı kanama kaynağı olabilir. Bu nedenle kanama riski yönünden hasta izlenmelidir (Aslan ve ark, 2010).

İmmunosupresif ilaçların istenen düzeyinin korunması rejeksiyonun önlenmesi açısından önemlidir. Yara drenajının obstrüksiyonu, asit ve kan birikimi karın içi basıncın artmasına neden olabilir. Safra akımının engellenmesi karaciğer ve safra sistemine zarar verebilir. Ayrıca hastanın kolonjiogram, karaciğer biyopsisi ve batın ultrasonografisi gibi işlemler hakkında eğitimi gereklidir. Hasta fulminan karaciğer yetmezliği gibi acil nakil gerektirmedikçe eğitimin önemli kısmı cerrahi öncesi yapılmalıdır (Aslan ve ark, 2010).

2.5.5.1. Ameliyat sonrası hasta eğitimi

Tedavinin sürdürülmesi: Hasta ve ailesine immunosupresif ilaçların etkileri ve verilme yöntemleri, zamanında almanın yararı ve unutulduğunda ve zamanında alınmadığında ne yapılacağı, sürekli tedavi edici (terapötik) rejime bağlı kalmaları gerektiği konusunda açıklama yapılmalıdır. İlaçları ne zaman ve nasıl alacakları konusunda yazılı ve sözlü bilgiler

verilmelidir. İlaçsız kalma ya da dozun atlanması sakıncaları vurgulanmalıdır (Aslan ve ark, 2010; Fitzpatrick, 2007).

Diyet düzenlenmesi: Çoğu hasta diyet kısıtlaması ile eve gitmemesine rağmen kortizon tedavisi nedeniyle tuzdan fakir diyete gereksinim duyabilirler. Bütün hastalar yara iyileşmesine yardımcı besleyici bir diyete gereksinim duyarlar (Aslan ve ark, 2010).

Enfeksiyon belirtileri: Ateş, öksürük, bulantı, kusma, baş ağrısı veya beklenmeyen diğer semptomların varlığında ne yapılması gerektiği açıklanmalıdır (Aslan ve ark, 2010).

Rejeksiyon belirtileri: Hemşire hastaya rejeksiyon belirti ve bulguları hastalara açıklamalıdır (karaciğer enzim yüksekliği, karaciğerde yağlanma, ateş, karaciğer üzerinde ağrı ve hassasiyet, koyu renkli idrar, sarı gözler, sarı cilt, batında assit, deride kaşıntı) Hasta karaciğer fonksiyonlarındaki herhangi bir değişiklikte hemen hekimine bilgi vermelidir. Hastanın rejeksiyon belirtisi olabilen karaciğer fonksiyon testlerindeki herhangi bir değişimi bilmesi gerekir (Ohler ve Cupples, 2003; Aslan ve ark, 2010).

Aktivite ve egzersizler: Hasta aktivitelerine yavaşça geri dönmelidir. Bununla birlikte normal fiziksel aktivitelerde kısıtlanmalar olabilir. Daha fazla güç gerektiren aktivitelerde (spor aktiviteleri (koşma, tempolu yürüyüş)) hekim izni gerekir (Aslan ve ark, 2010).

Kan testlerinin izlemi ve nakil ekibinin ziyaretlerinin önemi vurgulanmalıdır. Karaciğer ve böbrek fonksiyonlarını değerlendiren diğer kan testleri ile birlikte immunosupresif ajanların kan düzeyine de bakılır. İlk aylarda haftada iki veya üç kez kan testi gerekebilir. Hastanın durumu stabilize olunca kan testleri ve poliklinik kontrolleri azaltılır (Aslan ve ark, 2010).

Transplantasyonda uzun süreli kullanılan kortikosteroid tedavisiyle artan katarakt ve glokom vakalarından dolayı rutin göz muayenelerinin önemi vurgulanmalıdır. İmmunosupresyon nedeniyle diş tedavilerinden önce profilaktik antibiyotik verilmesi, düzenli ağız bakımı ve diş bakımı yaptırması önerilir. Ayrıca, T tüpü olan hastaya tüp bakımını nasıl yapacağı da öğretilmelidir (Aslan ve ark, 2010).

Transplantasyon sonrası uzun dönemde her yıl; akciğer filmi, düzenli rutin laboratuvar testleri, Hepatit B ve C, protein ve kreatinin klirensi için 24 saatlik idrar toplama, ürik asit, kolesterol ve trigliserid, kemik dansite testi, tiroid uyarıcı hormon (TSH), hemoglobin A1C, göz muayenesi, mammografi, smear, prostat spesifik antijen (PSA), deri kanseri için görüntüleme, dental incelemeler yapılmalıdır (Cupples ve Ohler, 2003). Bazı hastalarda kalıcı seksüel disfonksiyon görülse de çoğu hasta transplantasyondan sonra normal seksüel fonksiyonlarını sürdürebilmektedir. Kontrasepsiyon için bariyer yöntemleri önerilmektedir, hormonal kontraseptifler kontrendikedir. Hamile karaciğer alıcılarında hipertansiyon (HT) ve

preeklampsia yaygındır, bu nedenle hastalar potansiyel komplikasyonlar yönünden bilgilendirilmelidir (Levitsky ve Cohen, 2006). Hamilelik için önerilen süre en az bir yıldır, ancak bazı merkezler iki yıl beklemeyi tercih etmektedir (ITNS, 2006).

İmmunosupresif ilaçların hamilelikte placentaya yoluyla absorpsiyonu farklıdır. Hamilelik sırasında dikkatli izlem ile kortikosteroidle birlikte ya da kortikosteroid olmadan siklosporin ve takrolimus kullanımı önerilir, fakat Mycophenolate Mofetil (MMF) ve Sirolimusun hamilelik sırasında kullanımı önerilmez (McPake ve Burnapp, 2009). Hasta pnömokok aşısı, önceden bağışık değilse eğer Hepatit A ve B aşısı ve yıllık olarak influenza (grip) aşısı olmalı, ancak canlı virüs aşısı (kızamık, kızamıkçık, oral polio, sarı humma, kabakulak aşısı) yapılmamalıdır (Levitsky ve Cohen, 2006).

2.5.5.2. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Görülen Komplikasyonlar

Erken komplikasyonlar:

**Medikal komplikasyonlar*

Hemodinamik komplikasyonlar, respiratuvar değişiklikler (pnömoni, plevral effüzyon, pnömotoraks, pulmoner HT, hipoksi vb.), renal disfonksiyon, nörolojik komplikasyonlar (nöropati, koma, ensefalopati, afazi, tremor), teknik komplikasyonlar, ameliyat sonrası hemoraji, vasküler komplikasyonlar (hepatik arter ve portal ven trombozu, hepatik ven ve inferior vena cava obstrüksiyonu), bilier kanal komplikasyonları

**Karaciğer greft disfonksiyonu*

Primer yetersiz fonksiyon, akut hücresel rejeksiyon, tekrarlayan viral hepatitler

**Enfeksiyonlar*

Bakteriyel, viral, fungal (Moreno ve Berenguer, 2006; Rudow ve Golstein, 2008; Levitsky ve Cohen, 2006).

Uzun dönem komplikasyonlar

Kronik rejeksiyon, renal yetmezlik, arteriyel hipertansiyon, glukoz intoleransı, diabetes mellitus, dislipidemi, obezite, kemik komplikasyonları, nörolojik komplikasyonlar, malignite, anemi uzun dönem komplikasyonlar arasındadır (Moreno ve Berenguer, 2006; Rudow ve Golstein, 2008; Levitsky ve Cohen, 2006). Bunlarla beraber gastrointestinal sistem (GIS) komplikasyonları (ileus, ülser, GIS kanaması, diyare), elektrolit dengesizlikleri (hiponatremi, hipokalemi, hiperkalemi, hipopotasemi, hipoglisemi, hiperglisemi, hipomagnezemi) ve ilaç etkileşimlerinin yarattığı komplikasyonlar da bulunmaktadır. Karaciğer transplantasyonu sonrası en önemli sorunlardan biri de rejeksiyondur. Rejeksiyon sürecini değerlendirmek için,

transplantasyon immunolojisini, rejeksiyon tiplerini ve immunolojisini, immunosupresif ilaçların etki mekanizmalarını bilmek gerekir (Rudow ve Golstein, 2008).

2.6. Transplantasyon İmmunolojisi

İmmun sistemde antijen tanıma mekanizmasında, en önemli doku uyuşma kompleksi MHC (Major Histocompatibility Complex / Majör Doku Uyumu Kompleksi) olarak adlandırılır. İnsanlarda ise bu sistem human lökosit antijen (HLA) olarak bilinir. Greft reddinde de en önemli antijenler HLA antijenleridir. Yüzelli farklı tipi olmakla beraber her bireyin hücre yüzeylerinde bu antijenlerin ancak altı tanesi bulunur. Tek yumurta ikizleri hariç, iki farklı bireyin altı aynı HLA antijenini taşıması neredeyse olanaksızdır. Bu antijenlerin herhangi birine ciddi bağışıklık gelişmesi greft rejeksiyonuna yol açabilir (Guyton, 1996).

Sınıf I ve sınıf II HLA gen ürünleri oldukça antijenik yüzey proteinleri olduklarından transplantasyondan önce dokuların tiplendirilmesi önemlidir. HLA sınıf I’de HLA – A tarafından kodlanan en az 24, HLA-B tarafından kodlanan 52, HLA-C tarafından kodlanan 1111 özellik bulunmaktadır. HLA sınıf II’ de HLA-DR tarafından kodlanan 20, HLA-DQ tarafından kodlanan dokuz ve HLA-DP tarafından kodlanan altı özellik vardır (Johnson, 2000).

Bazı HLA antijenlerinin antijenik özelliği fazla değildir, bu nedenle greft kabulü için alıcı ve verici arasında mümkün olan en yakın uyumun sağlanması ile greft işlemleri daha az tehlikeli hale gelmiştir. Doku tiplemesinde en uygun eşleşmeler, kardeşler ile ebeveyn- çocuk arasındadır. Tek yumurta ikizlerinde tam uyum vardır ve aralarındaki nakillerde immün yanıt nedeniyle red hemen hiçbir zaman görülmez (Guyton, 1996).

Rh antijenleri doku hücrelerinde bulunmadığı için organ transplantasyonlarında göz önüne alınmaz. Karaciğer transplantasyonunda ABO antijenleri bütün hücrelerde bulunduğu için, alıcı ve donör arasında kan tiplerinin uyumlu olduğundan emin olmak gerekir, fakat doku uyumu ve Rh’ın negatif ya da pozitif olup olmadığıyla ilgilenilmez (Ohler ve Cupples, 2008). Birçok böbrek allograftı beş- onbeş yıl, karaciğer ve kalp allograftları ise bir- onbeş yıl süre ile yaşamaktadır (Guyton, 1996).

2.6.1. Rejeksiyon

Transplante edilen organın reddi, greft hücrelerinin her birinde olan HLA antijenlerine karşı hücresel ve humoral cevabı içeren kompleks bir immün reaksiyondur.

Hiperakut rejeksiyon: Hiperakut rejeksiyon transplantasyondan sonraki dakikalar ve saatler içinde donör antijenlerine karşı gelişen reaksiyon sonucu oluşur, intravasküler tromboz ile karakterizedir. Nadir görülür (Perry ve Neuberger; 2005).

Akut rejeksiyon: Akut rejeksiyon transplantasyon sonraki üç ay içinde yaygındır. Karaciğerde yaygın immün yanıt oluşturan sitotoksik T hücrelerinin aktivasyonu ile karakterizedir (Perry ve Neuberger; 2005). Karaciğer transplantasyonu sonrası erken bulguları ateş, greft hassasiyeti ve karaciğer işlev bozukluğudur (Kalaycı, 2002).

Kronik rejeksiyon: Kronik rejeksiyon transplantasyondan sonraki aylar, hatta yıllar sonra meydana gelen, rejeksiyonun geriye dönüşümsüz ve ilerleyici formudur. Retransplantasyona sebep olabilir, CMV (sitomegalovirüs) ve uyumsuzluk ile ilişkilidir (Rudow ve Goldstein, 2008).

Rejeksiyon tanısı: Rejeksiyonun en tipik bulgusu greftte işlev bozukluğudur. Günümüzde böbrek, kalp ve karaciğer transplantasyonlarından sonra rejeksiyon tanısı, iğne biyopsileri ile konmaktadır (Kalaycı, 2002).

2.6.1.1. Rejeksiyon immunolojisi:

Organ rejeksiyonu, her biri greft hücresi olan HLA antijenlerine karşı oluşturulan bir red sürecidir. Hücresel ve immün cevabı içeren kompleks bir immün reaksiyondur. Bu reaksiyon tam doku uyumu olmayan tüm organ transplantasyonlarında gerçekleşebilmektedir. Tek yumurta ikizleri hariç, tüm organ transplantasyonlarında tam HLA uyumu olamayacağından immün yanıtı baskılayıcı ve transplante dokunun yaşam süresini uzatıcı tedaviler uygulanmaktadır (Cotran ve Robbing, 2003).

2.7.İmmunosupresif İlaçlar

Kortikosteroidler

Etki mekanizması:

Kortikosteroidler rejeksiyonun önlenmesi ve tedavisinde etkindir. IL-1 ve IL-2 üretimini inhibe ederek, fagositoz etkisini ve sayısını, lenfosit mobilitesini azaltarak, yardımcı ve sitotoksik T hücrelerini baskılayarak etki eder, ayrıca nötrofil aktivitesini azaltır. T hücrelerinin çoğalmasını ve farklılaşmasını önler. Oral ve IV formlarda kullanılır. Oral formu 12 saatte bir kez verilir (Cohen, 2002; McPake ve Burnapp, 2009; Hoffman ve ark, 2006).

Yan etkiler:

Glukoz intoleransı, kilo artışı, çocuklarda kemik gelişiminin baskılanması, osteoporoz, osteonekroz, hipertansiyon, hiperlipidemi, katarakt, sıvı retansiyonu, potasyum kaybı, baş

ağrısı, kas güçsüzlüğü, peptik ülser, düzensiz menstrüasyon, konvülsiyon, psikiyatrik hastalıklar, duygu durum değişiklikleri (sıkıntılı olma, bunalıma girme, depresyon), diyabetin kötüleşmesi, kolay bir şekilde ciltte çürük oluşumu ve incelme, yüzde şişkinlik ve kılınmadır. İlacın sabahları yiyeceklerle alınması tercih edilir. Kan glukoz değerleri incelemesi gerekebilir (Ohler ve Cupples, 2008; Levitsky ve Cohen, 2006).

Önlemler:

Kortikosteroid kesinlikle birden kesilmemeli, kademeli olarak bırakılmalıdır. İlacı tok karına alınmalıdır. Tok alınmazsa midede irritasyona neden olabilir. Kortikosteroidler ruh halini etkileyebilir. Hastanın ve ailesinin bu durumun farkında olmasını sağlamak önem taşımaktadır (ITNS, 2010).

Kalseneurin İnhibitörleri (Siklosporin ve Takrolimus)

Etki mekanizması

Siklosporin ve takrolimus günümüzde kullanılan önemli kalseneurin inhibitörleridir. IL-2 karaciğer immunolojisindeki en önemli sitokindir. Kalseneurin T hücreleri tarafından IL-2 üretiminde anahtar enzimdir. Dolayısıyla IL-2 CD-4'ün aktifleşmesi için gereklidir ve rejeksiyon sürecinde önemli rol oynayan diğer sitokinlerin etkinliğinde de rolü vardır. IL-2'ler CD4'lerin etkinliğini sağlayarak immun cevabın oluşumunda rol oynar. Kalseneurin inhibitörleri IL-2 oluşumunu engelleyerek rejeksiyon sürecini önler (Perry ve Neuberger; 2005; Cohen, 2002; McPake ve Burnapp, 2009).

Yan etkileri:

Siklosporin: HT, hiperlipidemi, kozmetik (hirsutizm, gingival hiperplazi), nefrotoksisite, diyabetes mellitus (DM), tremor, gastrointestinal yan etkiler, nadiren hepatotoksisite.

Takrolimus: HT, hiperkalemi, hipopotasemi, hipomagnezemi, nefrotoksisite, DM, tremor, diyare, nörotoksisite, hiperlipidemi (Ohler ve Cupples, 2008; Levitsky ve Cohen, 2006).

İki ilacın da nefrotoksik etkileri benzerdir fakat, takrolimusun hipertansiyon ve hiperlipidemi etkisi daha düşüktür. Ayrıca takrolimusun diyabetes mellitus nörotoksik etkisi siklosporine göre daha fazladır (Perry ve Neuberger; 2005).

Terapötik ilaç izlemi

Siklosporin: *İlaç alımından 12 saat sonra (Co) kanda bakılır (normal değer:100-400ng/ml) (ilaç günde 2 kez kullanılır)

*İlaç alımından iki saat sonra (C2) (normal değer:800-1200 ng/ml) C2, Co'dan daha fazla kullanılır.

Takrolimus: Kanda 12 saat sonra bakılır (normal değer: 5 -20 ng/ml) (ilaç günde 2 kez kullanılır) (Ohler ve Cupples, 2008).

Önlemler:

Takrolimus ve siklosporini alırken, kesinlikle greyfurt ya da greyfurt suyu alınmamalıdır. Greyfurt ya da greyfurt suyu takrolimus emilimini etkilemektedir. Laboratuvar testleri öncesinde aşırı yağlı yiyecekler takrolimusun kan düzeylerini değiştirebilir. Takrolimus ve siklosporin oda sıcaklığında ve çocukların ulaşamayacakları yerde saklanmalıdır. İlaç unutulduğunda ya da geç alındığında bir farklılık hissedilmese bile, organ etkileneceği için transplantasyon ekibine bildirilmesi önemlidir. Bu konularda hasta bilgilendirilmelidir (ITNS, 2010).

Anti Metabolitler (Mycophenolate Mofetil- MMF)

Etki mekanizması.

Mycophenolate Mofetil- MMF pürin sentezini inhibe eder ve rejeksiyon sürecinde T ve B lenfositlerin proliferasyonu üzerinde inhibe edici etkisi vardır (Perry ve Neuberger; 2005; McPake ve Burnapp, 2009).

Yan etkileri:

GIS’de yan etkiler (bulantı, kusma, abdominal distansiyon, ağrı, diyare, konstipasyon), kemik iliği baskılanmasıdır (lökopeni, anemi, trombositopeni). MMF aynı zamanda CMV enfeksiyon riskinde artış ile ilişkilidir (Ohler ve Cupples, 2008; Levitsky ve Cohen, 2006).

Terapötik ilaç izlemi

12 saat sonra kan sayımı, lökosit ve trombosit sayımı yapılır (Ohler ve Cupples, 2003).

Önlemler:

Bulantı, kusma, diyare durumunda transplantasyon ekibini haberdar etmek önemlidir. MMF kandaki trombosit değerlerini etkilediği için, bireyde morluk ya da kanama belirtileri gözlenebilir. Ayrıca MMF doğum kontrol ilaçlarının etkinliğini azaltabilir, bu nedenle farklı bir doğum kontrol yöntemi kullanılması konusunda hastalar bilgilendirilmelidir (ITNS, 2010).

Rapamisin İnhibitörleri (Sirolimus, Everolimus)

Etki mekanizması.

Rapamisin ya da sirolimus T hücrelerinin gelişmesini ve lenfositlerin çoğalmasını önler (Hoffman ve ark, 2006).

Yan etkiler:

Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, hipertrigliseridemi, hiperlipidemi, trombositopeni, anemi, diyare, akne, döküntüdür. Sirolimus pnömoni ile ilişkili bulunmuş, renal disfonksiyon hem sirolimus ve hem de everolimus için rapor edilmiştir (Ohler ve Cupples, 2008; Levitsky ve Cohen, 2006). Sirolimus'un büyük bir oranı feçes (%91), küçük bir oranı ise idrar ile atılmaktadır. Böbreklere geri dönüşümsüz zarar verme gibi bir yan etkisi bulunmaktadır. Ayrıca anemi, lökopeni ve periferik ödeme sebep olmakta ve yara iyileşmesini olumsuz etkilemektedir. Karaciğer transplantasyonunda diğer organ transplantasyonlarına göre daha fazla yan etkiye sebep olmakta özellikle erken dönemde hepatik arter trombozu görülebilmektedir (Perry ve Neuberger; 2005; Hoffman ve ark, 2006).

Terapötik ilaç izlemi

Sirolimus:

4-12 ng/ml (22-24 saat sonra kan değerleri) (günlük alınır)

Everolimus:

Tam kana bakılır (>3 ng/ ml, üst limit: 8 ng/ ml) (önceki doz değişiminden sonra dört-beş günden daha uzun sürede doz ayarlaması yapılır) (Ohler ve Cupples, 2003).

Önlemler:

Ateş, kaşıntı, diyare, titreme ve diğer enfeksiyon belirtilerinde transplantasyon ekibine haber verilmelidir. Koyu renk idrar, açık renk dışkı, deride sararma gibi belirtiler karaciğer probleminin habercisi olabilir, bu nedenle durum da transplantasyon ekibine söylenmelidir (ITNS, 2010).

Antikorlar

Anti Timusit Globulin

Etki mekanizması.

Anti Timusit Globulin (ATG) poliklonal antikor immunosupresif olarak da sınıflandırılmaktadır. Lenfositleri yok ederek etki etmektedir (Hoffman ve ark, 2006).

Yan etkileri:

Yaygın yan etkiler: Ateş, abdominal ağrı, kusma, diyare, dispne, trombositopeni, lökopeni, baş ağrısı, HT, taşikardi, periferik ödeme, hiperkalemi, enfeksiyonlar, miyalji, artralji, baş dönmesi, anafaksi, anemi, periorbital ödeme, konjestif kalp yetmezliği, miyokardit, hiperglisemi, artmış malign neoplazm riski (Hoffman ve ark, 2006).

Terapötik ilaç izlemi

Lökosit ve trombosit sayımı yapılır.

OKT3

Etki mekanizması.

OKT3, olgun lenfosit membranındaki CD3 kompleksine karşı oluşan monoklonal antikorlardır. OKT-3 genellikle steroide dirençli rejeksiyonu olan hastalarda kullanılır ve IV olarak uygulanır (Cohen, 2002).

Yan etkiler: yüksek ateş (40 derece üzerinde), titreme, dispne, bulantı, kusma, göğüs ağrısı, diyare, baş ağrısı, taşikardi, hipertansiyon, aseptik menenjit (Ohler ve Cupples, 2008).

Terapötik ilaç izlemi

OKT3 terapisi sırasında veya öncesinde CD3 sayımı ve anti OKT3 antikorları sayımı yapılır (CD3 pozitif hücreler < 25-50 hücre/ mm³).

Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların immunosupresif ilaçlar dışında antiviral, antifungal, antiasid, antihiperlipidemi, antidiyabetik ve antihipertansif gibi ilaçları da kullanmaları gerekmektedir (Ohler ve Cupples, 2008).

Tablo 5. İmmunosupresif İlaçlara Bağlı Görülen Yan Etkiler ve Hemşirelik Girişimleri

Yan Etki	Hemşirelik Girişimleri
Aydede yüzü görünümü	Beden imajı hakkında hastanın hissettiklerini söylemesi sağlanır.
Kilo artışı	Kilo artışının hipertansiyona ve glikoz intoleransına, eklemlerde ağrıya neden olacağı anlatılır ve hastanın yüksek kalorili, karbonhidratlı yiyeceklerden kaçınarak dengeli beslenmesi sağlanır.
Tuz ve su retansiyonu	Tuzsuz diyet, eğitim ve kan basıncı takibi yapılır.
Hipertansiyon	Önerilen antihipertansif ilaç verilir ve hasta kan basıncı ölçümü ve kontrolü konusunda eğitilir.
Alopesia	Hastaya saç dökülmesinin geçici olduğu ve dökülmeye karşı alması gereken önlemler öğretilir. Bu

	önlemler arasında; saç ve saç derisine zarar veren ürünlerden kaçınmak, protein ağırlıklı besinlerin tüketimine özen göstermek, B grubu vitaminler, demir ve çinko eksikliği varsa gidermek, karbonhidrat ağırlıklı beslenmeden kaçınmak sayılabilir.
• Alerjik reaksiyonlar	• Alerjen (ilaç) madde kesilip, doktora haber verilir.
• Böbrek ve karaciğerde toksik etki	• BUN, serum kreatinin günlük takip edilir. Hastanın sıvı volümü ve renal disfonksiyon belirtileri gözlemlenir, karaciğer fonksiyon testleri incelenir.
• Yara iyileşmesinde gecikme	• İnsizyonel süturlar ve yara bakımı aseptik koşullarda sürdürülerek enfeksiyon riski azaltılır.
• Katarakt	• Görme duyusunda bozukluk olursa gerekli önlemler alınır.
• Steroidlerin neden olduğu diyabet	• Kan şekeri ölçümü yaptırılır, yüksekse hastada polidipsi, poliüri, polifaji gibi belirtiler izlenir. Diyabet eğitimi verilir ve gerektiğinde insülin tedavisi uygulanır.
• Kas zayıflığı	• Hastaya merdiven çıkma, yüzme, yürüme gibi egzersizlerden kaçınması söylenir.
• Tremor	• Verilen ilaç dozunun azaltılmasıyla semptomlar giderilir.
• Konvülziyon	• Hastanın bilinç düzeyi izlenir. Anti konvülzif ilaçların yan etkileri gözlemlenir.
• Ateş, diyare ve solunum rahatsızlıkları	• Semptoma göre uygulama yapılır.

• Sekresyonun artması	• Hijyenine önem verilir.
• Kemik iliği depresyonu	• Günlük laboratuvar değişiklikleri izlenir.
• Emosyonel bozukluk	• Hasta ile iletişim kurulup endişe ve korkuları azaltılır. Karşılaşabileceği sorunlarla nasıl baş edeceği konusunda hastanın kendisi ve ailesi eğitilir.

Öz G. Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. Songür Eğitim Hizmetleri. Ankara 2008; 350-353'den alınmıştır.

2.8. Transplantasyon Hastalarında İlaç Uyumsuzluğu

Transplantasyon hastalarında ilaç uyumsuzluğu, her ay için en az bir kez ilacın unutulması, yanlış ilacın kullanılması ya da ilacı her ay en az bir kez, iki ya da iki buçuk saat geç alma olarak tanımlanmaktadır (Butler ve ark, 2004b). İlaç uyumsuzluğu transplante organın yeterli olarak fonksiyonlarını sürdürmesinde en önemli engeldir. Bu durum sadece greft fonksiyonunu etkilememekte, aynı zamanda azalmış yaşam kalitesi, artmış morbidite, bakım maliyeti ve ölüme sebep olmaktadır. Uygun ilaç kullanımı davranışı kazandırma çabası, transplantasyon sonrası bakımın önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Butler ve ark, 2004b; Chisholm, 2002).

Transplante edilen organın fonksiyonunu sürdürmesi alıcıların immunosupresif ilaçlara uyumuna bağlıdır. İmmunosupresif ilaçlara uyumsuzluk rejeksiyon nedenidir, bu durum organ kaybı ya da ölüme sebep olabilir. İlaç uyumsuzluğu depresyon, artmış stres, birden fazla ilaç alımı, immunosupresiflere karşı yan etkiler, retransplantasyon, ilaçlara güvensizlik, bilgi eksikliği, sağlık sigortasının olmaması ile ilişkilidir. Ayrıca yabancı bir kültürden olma, özellikle dil sorunları da uyumsuzluğa neden olmaktadır (Chisholm, 2002).

2.8.1. İlaç Uyumunu Etkileyen Faktörler

Tablo 6. İlaç uyumunu arttıran/azaltan faktörler

İlaç Uyumunu Arttıran Faktörler	İlaç Uyumunu Azaltan Faktörler
• Hastalığa karşı duyarlı olma, • İlerleyen semptomlar ya da komplikasyonlar, • İlaçlar ve hastalık hakkında bilgi sahibi olma, • Kısa süreli hastalık, • Tedavinin yararını fark etme (tedaviye inanma ve güvenme), • Psikolojik ve bilişsel durumu etkileyen hastalığın ve depresyonun olmaması, • Tedaviye karşı pozitif beklenti ve tutum, • Yazılı ve sözel açıklamalar, • İlaç tedavisi ile ilgili açıklamaları anlama, • Uygun tedavi, • Basit ilaç yönetimi, • Hoşa giden ya da kolay yutulan ilaçlar, • Bakım verenlerin bilgili ve güvenilir olması , • Kısa sürede semptomatik rahatlama sağlayan ilaçlar, • Hoşa gitmeyen yan etkilerin olmaması,	• Hastalığa karşı duyarlı olmama, • Semptom ya da komplikasyonların olmaması, • Sağlık ve tedavi hakkında bilgi sahibi olmama, • Uzun süren rahatsızlık ya da kronik hastalık, • Tedavinin yararını fark etmeme, • Psikolojik ve bilişsel durumu etkileyen bir hastalığın olması ya da depresyon, • Tedaviye karşı negatif beklenti ve tutum, • Açıklama yapılmaması, • İlaç tedavisi ile ilgili açıklamaları anlamama, • Tedavinin önemli davranış değişikliği gerektirmesi, • Basit olmayan ilaç yönetimi, • İlaçta kötü tat ve yutma zorluğu, • Bakım verenlerin bilgili ve güvenilir olmaması , • İlacın semptomatik rahatlama sağlaması için uzun zaman geçmesi ya da rahatlama sağlamaması, • Hoşa gitmeyen yan etkiler,

• Sağlık bakım profesyonelleri ile iyi iletişim ve memnun edici ilişki, • Kontroller arasında kısa süre olması, • Tedavi planına hasta katılımı, • Sağlık bakım profesyonellerine güven, • Tedaviye güven, • Pozitif rol model varlığı, aile ve arkadaşların desteği, • Fiziksel ve bilişsel yetersizliğin olmaması, • İlaça olan ihtiyacın farkında olma, • Sağlığın öncelikli olması, • Yeterli bakım alma	• Sağlık bakım profesyonelleri ile iyi bir iletişim ve memnun edici ilişki kurulamaması, • Kontroller arasında uzun süre olması, • Tedavi planına hasta katılımının olmaması, • Sağlık bakım profesyonellerine karşı güvensizlik, • Sosyal destek eksikliği, • Fiziksel ve bilişsel yetersizliğin varlığı, • İlaça olan ihtiyacın farkında olmama, • Sağlığa verilen önceliğin düşük olması, • Yetersiz bakım alma
---	--

Chisholm MA. Issues of Adherence to Immunosuppressant Therapy After Solid-Organ Transplantation. *Drugs* 2002; 62 (4): 567-575'den alınmıştır.

Transplantasyon sonrası hastalarda depresyon ve anksiyete; aile dinamiklerinde bozulma, finansal ve fiziksel sorunlar nedeniyle yaygın görülmektedir. Fiziksel ya da psikososyal durumdaki değişiklikler transplantasyon sonrası kullanılan ilaçlara karşı uyumsuzluğa neden olabilmektedir (Hoffman ve ark, 2006). Unutkanlık, tedavi süresinin uzunluğu, yüksek ilaç ücretleri, yaşam şekli, sosyodemografik faktörler de ilaç uyumunu etkilemektedir. Ayrıca uyumun belirleyicileri olan, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ırk, zeka durumu uyumda düşük bir etkiye sahiptir (Hansen ve ark, 2007). Ancak yetişkin karaciğer transplantasyonu hastalarında 40 yaşından küçük olmak uyumsuzlukla ilişkilidir (Burra ve ark, 2011).

Uyumun değerlendirilmesinde direk ve indirek yöntemler kullanılmaktadır. Direk yöntemler; direk olarak tedaviyi gözleme, ilaçların kan ve idrar düzeylerini inceleme, biyolojik markerları inceleme, indirek yöntemler; hasta anketleri, ilaç sayımı, elektronik ilaç izlemi, bakım verenlere uygulanan anketler, hasta günlükleri gibi yöntemlerdir (Hansen ve ark, 2007). İmmunosupresiflere uyumu arttıran durumlar, motivasyon, ilgi, tedaviye uyumu sürdürmede yetenekli olma ve bilgidir. Motivasyon bireyin inançları, değerleri, tutumları ve

uyuma karşı istekliliğini ifade eder. Tedavi hakkında yeterli bilgiye sahip olma hem bakım verenler hem de hasta açısından çok önemlidir. Bu nedenle sözel ve yazılı olarak bilgilendirme, hastaların tedavinin nasıl sürdürüleceği konusunda bilgi sahibi olmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Hastaları bilgilendirmede kullanılan diğer metotlar; videoteypler, bilgisayar destekli programlar ve internettir (Chrisholm, 2002).

2.8.2. İlaç Uyumsuzluğunun Belirleyicileri

Uyumsuzluğu belirleyen faktörler; sosyo-ekonomik faktörler, hasta kaynaklı faktörler, durum ve hastalık kaynaklı faktörler, tedaviye bağlı faktörler, sağlık bakım sistemi ve sağlık bakım üyelerine bağlı faktörler olmak üzere beş grupta incelenir (Denhaerynck ve ark, 2005; Keller ve ark, 2006).

Sosyo-ekonomik faktörler

Sosyoekonomik faktörler çalışmalarda sıklıkla incelenir. Uyumsuzluk birçok çalışmada gençlerde yüksek bulunmuştur. İmmunosupresiflere yüksek uyumsuzlukla ilişkili diğer bir sosyoekonomik değişken ise sosyal ilişkilerdir. Uyumsuzlukla yalnız yaşayan, bekâr olan, düşük sosyal desteğe sahip bireyler ilişkili bulunmuştur. Ancak sosyal sınıf ve cinsiyetle uyumsuzluk ilişkili değildir (Denhaerynck ve ark, 2005). Adölesan olma, ilaç ücretleri, sosyal destek azlığı, sosyal izolasyon durumu uyumsuzlukla ilişkilidir (Keller ve ark, 2006).

Hasta kaynaklı faktörler

Hasta kaynaklı faktörler; hastaların bilgi, beceri, tutum, inanç ve beklentilerini ifade eder. İlaç alımının bireye düşük yarar sağladığını düşünme, yüksek düzeyde anksiyete, immunosupresif ilaç alımına ihtiyaç olmadığına ilişkin inanç, ilaç alımını geciktirme, tedavi hakkında bilgi eksikliği, transplantasyon öncesi uyumsuzluk durumları transplantasyon sonrası uyumsuzlukla ilişkilidir. Ayrıca meşguliyet, rutin yaşam şekli ve sağlık davranışları da uyumsuzluğun hasta kaynaklı faktörleri arasında yer almaktadır (Denhaerynck ve ark, 2005; Keller ve ark, 2006).

Durum ve hastalık kaynaklı faktörler

Depresyon, nikotin ve yasadışı ilaç bağımlılığı uyumsuzlukla pozitif bir ilişki içindedir. Uygun sağlık davranışı kazanmak uzun zaman aldığı için, kronik hastalığı olan örneğin; diyabetli bir hastada daha düşük seviyede ilaç uyumsuzluğu görülür (Denhaerynck ve ark, 2005; Keller ve ark, 2006).

Tedaviye bağlı faktörler

Uyumsuzluğu etkileyen tedaviye bağlı faktörler arasında yer alan retransplantasyon, birçok çalışmada uyumsuzlukla ilişkili bulunmamıştır. Tedaviye bağlı diğer faktörler ise, çok

sayıda ilaç kullanımı, transplantasyon sonrası dönemin uzun zaman alması, karmaşık ilaç rejimi ve ilaç yan etkilerinin olmasıdır. Kadavra donörle karşılaştırıldığında, canlı donöre sahip bireylerde uyumsuzluk yüksek bulunmuştur (Denhaerynck ve ark, 2005; Keller ve ark, 2006).

Sağlık bakım sistemi ve sağlık bakım üyelerine bağlı faktörler

Sağlık bakım sistemini uygun hale getirmek ve sağlık bakım üyelerinin eğitimi ile uyum geliştirilebilir. Sigorta, ilaç ücretleri, otoriter iletişim stilleri, sağlık bakım üyelerinin uyumsuzlukla ilgili bilgi eksikliği uyumsuzluğun risk faktörleri arasındadır. Gelecekteki çalışmalar; iletişim teknikleri, sağlık bakım üyelerinin bilgi ve yetenekleri, ameliyat sonrası dönemdeki bakımın organize edilmesi ve klinik konsültasyonun zamanında yapılması üzerine olmalıdır (Denhaerynck ve ark, 2005; Keller ve ark, 2006).

2.8.3. İlaç Uyumsuzluğunun Sonuçları

Uyumsuzluğun sonuçları; klinik ve ekonomik sonuçlar olmak üzere iki grupta incelenir. *Uyumsuzluğun klinik sonuçları olarak;* akut rejeksiyon, greft kaybı / greftin fonksiyonlarını sürdürememesi, hastanın hayatta kalması ve greftin fonksiyonlarını sürdürememe durumları değerlendirilir. *Uyumsuzluğun ekonomik sonuçları olarak;* uyumsuzluğun sebep olduğu hastane ücretleri, acil bakım ücretleri, hemşire evde bakım ücretleri, verimliliğin kaybı, hasta ve ailenin giderleri değerlendirilir (Denhaerynck ve ark, 2005).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, karaciğer transplantasyonu sonrası ilaç kullanım uyumsuzluklarını, nedenlerini, hemşirelerden beklentileri incelemek amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden niteliksel tanımlayıcı araştırma desenine uygun olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Karaciğer Transplantasyonu Polikliniğinde, Nisan 2011’de başlamak üzere verilerde doyum noktasına ulaşıldığı Haziran 2011 tarihine kadar devam etmiştir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini DEÜ Karaciğer Transplantasyonu Polikliniğinde izlenen karaciğer transplantasyonu sonrası ilaç uyumsuzluğu olan tüm hastalar oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde amaçlı örneklem yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme yöntemindeki temel anlayış, önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan bütün durumların çalışılmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2008).

Örneklem Seçme Ölçütleri:

- Akut ve kronik karaciğer yetmezliği nedeniyle ilk kez karaciğer transplantasyonu yapılmış olma,
- Karaciğer transplantasyonu sonrası en az altı ay geçirmiş olma,
- 18 yaş ve üstünde olma,
- Türkçe konuşabilme,
- Bilişsel ve mental yetersizliğin olmaması,
- Hastada ilaç uyumsuzluğunun saptanmış olması,
Transplantasyon hastalarında ilaç uyumsuzluğu: Her ay için en az bir kez ilacın unutulması, iki ya da iki buçuk saat geç alınması ya da yanlış ilacın kullanılması olarak tanımlanmaktadır.
- Bağımsız olarak immunosupresif ilaç alımını yürütebilme,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etme.

Örneklem Büyüklüğü:

Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünü belirlemede, araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (doyum noktası) kadar veri toplamaya devam edilmesini gerektiren bir örnekleme yaklaşımı kullanılır. Araştırmacı, ortaya çıkan kavramlar ve süreçler birbirini tekrar etmeye başladığı zaman yeterli sayıda veri kaynağına ulaştığına karar verebilir (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Bu araştırmanın örneklem sayısı da bu ilkeye bağlı kalınarak toplanan verilerde araştırmacı doyum noktasına ulaşana kadar sürdürülmüştür. Toplam 21 hasta ile görüşme yapılmıştır.

3.4 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında “hasta tanıtıcı özellikler formu” (EK 1.) ve “yarı yapılandırılmış görüşme formu” (EK 2.) kullanılmıştır.

3.4.1 Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (EK 1.)

Hasta tanıtıcı özellikler formu, araştırma örneklemine alınan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, mesleği, nakil sonrası çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi gibi sosyo-demografik özellikleri ile transplantasyondan itibaren geçen zaman, donör tipi, karaciğer transplantasyonu etiyolojisi, kullanılan ilaçlar ve ilaç kullanımına ilişkin soruları içeren toplam 16 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (EK 2.)

Görüşme formu, benzer konulara yönelmek yoluyla değişik insanlardan aynı tür bilgilerin alınması amacıyla hazırlanan, araştırma problemi ile ilgili tüm boyutların ve soruların kapsanmasını güvence altına almak için geliştirilmiş bir yöntemdir (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Bu araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme formu oluşturulduktan sonra üç uzman görüşü alınmış ve pilot uygulama (görüşme) yapılmıştır. Uzman görüşleri ve pilot uygulama sonrası görüşme formunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Pilot çalışma örnekleme dahil edilmemiştir.

3.5 Verilerin Toplanması

Veriler, “derinlemesine görüşme yöntemi” kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Derinlemesine görüşme yöntemi önceden belirlenmiş ve bir amaç için yapılan, soru sorma ve yanıtlama tarzına dayalı karşılıklı ve etkileşimli bir iletişim sürecidir (Yıldırım ve Şimşek, 2008).

Görüşme Süreci: Görüşme yapılan bireylerin aynı kavramları kullanması ve bu kavramların tekrarlanması, yeni bir bilgi ve kavram elde edilmediği noktaya kadar görüşmelere devam

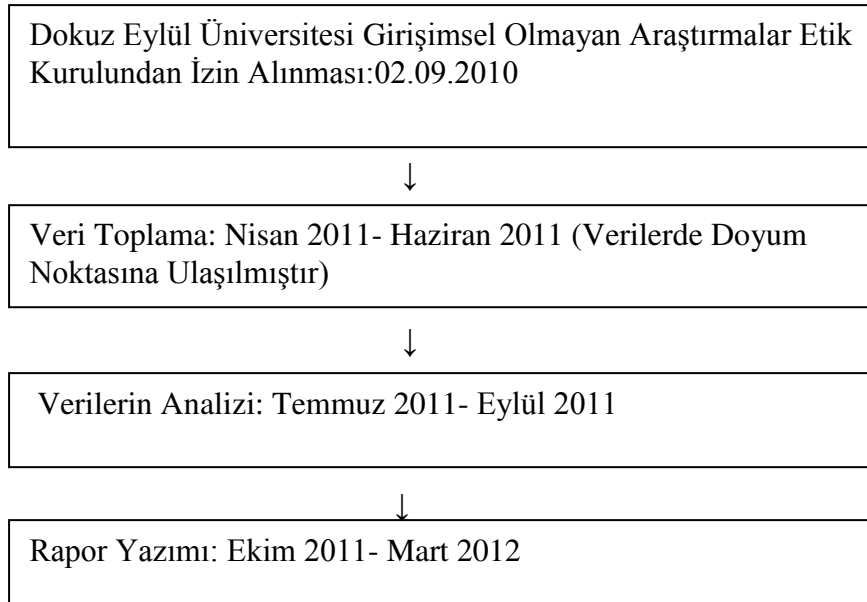
edilmiştir. Bu süre görüşmeciler arasında farklılık göstermekle birlikte, en az 20 dakika, en fazla 35 dakika devam etmiştir.

Veri Toplama Süreci:

1. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Karaciğer Transplantasyonu Polikliniğine gelen hastalardan örneklem ölçütlerine uygun olanlar belirlenmiştir.
2. Belirlenen hastalara araştırmacı kendisini tanıtıp, araştırmanın amacı ve nasıl yapılacağı, ses kaydının olacağı bilgilerini verip hastaların sözel ve yazılı onamlarını almıştır.
3. Görüşmeler; karaciğer polikliniğinde sessiz bir odada yapılmıştır.

3.6 Araştırma Planı

Bu araştırmanın planı Şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil 2. Araştırmanın Planı

3.7 Araştırmacının Nitelikleri

- Araştırmacı, 29 Ocak- 06 Şubat 2011 tarihleri arasında Antalya’da düzenlenen Nitel Araştırma Yöntemleri Semineri’ne katılmıştır.
- Araştırmacı, haftada iki gün hizmet veren Dokuz Eylül Üniversitesi Karaciğer Transplantasyonu Polikliniğinde yaklaşık bir yıldır haftada en az bir gün çalışmıştır.
- Araştırmacı Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Yüksek Lisans Programında yer alan Kalitatif Araştırma Yöntemleri dersini almıştır.

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler nitel veri analiz yöntemlerinden biri olan “Betimsel Analiz” kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede aşağıdaki yol izlenmiştir.

Betimsel Analiz Aşamaları:

1. **Aşama:** Görüşmenin tamamının ham dökümleri araştırmacı tarafından yapılmıştır. Bu aşamada görüşme süresince tutulan ses kayıtları dinlenerek, hiçbir değişiklik yapılmadan birebir hastaların ağızından çıkan sözcükler yazılmıştır.
2. **Aşama:** Ham dökümleri yapılan veriler düzenlenerek ‘İşlenmiş metin’ haline getirilmiştir. İşlenmiş metin, ham metne göre araştırma sorusuna uygun yanıtları içeren, düzenlenen daha üst bir metindir.
3. **Aşama:** İşlenmiş metne, görüşme süresince araştırmacının aldığı notlar, görüşülen kişinin ses tonu, mimikleri, hal ve hareketleri de eklenmiştir.
4. **Aşama:** Her bir görüşme metni iyice anlaşılınca kadar okunmuş, okurken araştırma sorularına göre önemli olan bölümlerin kenarlarına notlar alınmıştır.
5. **Aşama:** Kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan birimlere, o birimi en iyi ifade eden bir etiket (bir isim, bir kod) verilmiştir. Aynı birimlerle tekrar karşılaşıncaya aynı kod yanına yazılmıştır.
6. **Aşama:** Her görüşülen kişi için ayrı ayrı bir kod listesi oluşturulmuştur.
7. **Aşama:** Tüm görüşmelerden elde edilen kodlar bir araya getirilmiştir.
8. **Aşama:** Bir araya getirilen kodlar arasında benzerlikler ve farklılıklar araştırılmıştır.
9. **Aşama:** Buna bağlı olarak birbiri ile ilişkili olan kodlar bir araya getirilerek temalar oluşturulmuştur.
10. **Aşama:** Veriler temalara göre özetlenip yorumlanmış ve temalar ilişkilendirilmiştir.
11. **Aşama:** Oluşturulan temalardan bir üst anlam ifade eden temalara (ana temalara) ulaşılmıştır.
12. **Aşama:** Ana temalar belirlendikten sonra verilerin raporlanmasına geçilmiştir.
13. **Aşama:** Verilerin raporlanmasında; akla yatkınlık, deneyimlere uygunluk, inandırıcılık, önem ve okunurluk özellikleri sağlanmıştır.
14. **Aşama:** Son aşamada literatüre katkı ve uygulamaya ilişkin getirilen öneriler açıklanmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Ayrıca ikinci kişi tarafından veriler analiz edilmiş ve karşılaştırılmıştır.

3.9 Verilerin Raporlanması

Veriler raporlanırken, oluşturulan temalara nasıl ulaşıldığını göstermek için görüşmeye katılanların ifadelerinden örnekler verilmiştir. Bu örnekler verilirken yorum yapmadan, verilerin özgün biçimlerine sadık kalınarak, bireylerin söylediklerinden doğrudan alıntılar yaparak aktarma yapılmıştır. Görüşmeler çözümlenirken, bireylerin sözsüz iletişimlerini ifade etmek için bazı işaretler kullanılmıştır. Bu işaretler; tekrarlayan kelimeler(...), vurgu() şeklinde gösterilmiştir. Görüşmecilerin duygulanımları sonucu gösterdikleri tepkiler ise“(güldü), (ağladı)” şeklinde gösterilmiştir (Kümbetoğlu, 2008).

3.10. Araştırmanın Geçerliği ve Güvenirliği

Araştırmanın geçerliği ve güvenirliliğini sağlamak amacıyla **inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik** ilkelerinden yararlanılmıştır.

İnandırıcılık: Araştırmacının elde ettiği bulguların gerçekliğine, benzer ortamlarda sonuçların geçerliğine, süreçlerin birbiri ile tutarlı olmasına, verilerin nesnel yaklaşımla toplandığına ve sonuçların da nesnel olarak ortaya konulduğuna ilişkin kanıtlar sunması gereklidir. Bu amaçla beş yöntem (uzun süreli etkileşim, derinlik odaklı veri toplama, çeşitleme, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi) kullanılmaktadır.

Araştırmacı katılımcılar ile uzun süreli bir etkileşim içinde olmalıdır. Böylece katılımcılar üzerinde kendi varlığından ve öznel algılarından kaynaklanabilecek etkiyi anlayabilir. Bir görüşmenin başında araştırmacı etkisinden söz edilebilir. Görüşme süresi ilerledikçe geçen zaman içinde bir güven ortamı oluşur ve görüşülen kişi verdiği yanıtlarda daha samimi olabilir. Bu nedenle bu çalışmada katılımcılar ile yapılan derinlemesine görüşmeler ortalama 30 dakika sürdürülmüştür (uzun süreli etkileşim). Araştırmacının topladığı verilere eleştirel bir gözle bakması, bu verilerin araştırma sorularına yanıt vermede yeterliğini sorgulaması ve ulaştığı sonuçların gerçeğe uygun olup olmadığını teyit etmesi gerekir. Bu çalışmada araştırmacı topladığı verilerin araştırma sorusuna yanıt verme yeterliğini bulgular kısmında açıkça okuyucuya sunmaktadır (derinlik odaklı veri toplama). Uzman araştırmanın deseninden toplanan verilere, analiz ve sonuçların yazımına kadar olan süreçlere eleştirel gözle bakmış ve araştırmacıya geri bildirimde bulunmuştur (uzman incelemesi) (Yıldırım ve Şimşek, 2008).

Aktarılabilirlik: Araştırma sonuçları doğrudan benzer ortamlara genellenemez, ancak bu tür ortamlara sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin geçici yargılara ulaşılabilir. Böylece benzer ortamlara ve süreçlere ilişkin bir anlayış oluşturulabilir. Bu amaçla araştırmacı, bulguları genelleme yapmadan ve yorum katmadan okuyucuya sunmuştur (Yıldırım ve Şimşek, 2008).

Tutarlık: Araştırmacının araştırmanın tüm aşamalarında (veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizi) görüşmecilere tutarlı davranmasıdır. Araştırmacı verilerin toplanması ve analizinde tüm görüşmecilere tutarlı bir şekilde davranmıştır. Araştırmacı tüm görüşmelerinde aynı ses kayıt cihazını ve görüşme formunu kullanmıştır. Ayrıca araştırmanın verilerinin Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında konu ile ilgili bir öğretim elemanı tarafından tekrar bağımsız olarak analizi yapılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2008).

Teyit edilebilirlik: Araştırmacının, araştırmadan ulaştığı sonuçları, topladığı verilerle sürekli teyit etmesi, bu çerçevede okuyucuya mantıklı bir açıklama sunmasıdır. Bu nedenle tüm veri toplama araçları, ses kayıtları, ham veriler, analiz sırasında oluşturulan kodlar ve temalar uzman tarafından incelenmiştir. Ayrıca bunların hepsi gerektiğinde incelenmek üzere saklanmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2008).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Nitel bir çalışma olduğu için, bu araştırmanın verileri tüm karaciğer transplantasyonu hastalarına genellenemez.

3.12. Araştırma Etiği

Bu çalışma, Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Bilgisayar Destekli İlaç Kullanım Programının İlaç Uyumsuzluğu, Rejeksiyon Oranı, Semptom, Yaşam Kalitesi Ve Biyokimyasal Değerlere Etkisinin İncelenmesi adlı projenin ilk aşamasını oluşturmaktadır. Bu kapsamda Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır (Etik Kurul Onay Tarihi ve Protokol Numarası:02.09.2010-191-İÖÇ) (EK 5). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nden yazılı kurum izni alınmıştır (EK 6). Çalışmaya alınacak bireylere çalışmanın amacı, nasıl yapılacağı ve ses kaydının olacağı bilgileri verilerek, sözel ve yazılı onamları alınmıştır (EK 3).

BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular iki bölümde incelenmiştir. Birinci bölümde karaciğer transplantasyonu sonrası ilaç uyumsuzluğu yaşayan hastaların tanımlayıcı özellikleri, ikinci bölümde ise bu hastaların ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentilerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

4.1. KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI İLAÇ UYUMSUZLUĞU YAŞAYAN HASTALARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 7. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası İlaç Uyumsuzluğu Yaşayan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (n:21)

Tanımlayıcı özellikler		
	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş	49.61±11.07	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	6	28.6
Erkek	15	71.4
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	2	9.5
Okur-yazar	1	4.8
İlkokul	10	47.6
Ortaokul	3	14.3
Lise	4	19.0
Üniversite ve üzeri	1	4.8
Medeni durum		
Evli	19	90.5
Bekar	2	9.5

Meslek		
Ev hanımı	5	23.8
İşçi	2	9.5
Memur	-	-
Serbest meslek	10	47.6
Emekli	3	14.3
Diğer	1	4.8
Nakil sonrası çalışma durumu		
Evet	5	23.8
Hayır	16	76.2
Gelir durumu		
Gelir giderden yüksek	-	-
Gelir gidere denk	11	52.4
Gelir giderden düşük	10	47.6
Sağlık güvencesi		
Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)	18	85.7
Yeşilkart	3	14.3
Özel sağlık sigortası	-	-
Diğer	-	-
Toplam	21	100

Tablo 7’de karaciğer transplantasyonu sonrası ilaç uyumsuzluğu yaşayan hastaların tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. Hastaların yaşları 32 ile 68 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 49.61’dir. Hastaların % 71.4’ü erkek, %47.6’sı ilkokul mezunu, %90.5’i evli, %47.6’sı serbest meslek sahibi, %76.2’si nakil sonrası çalışmıyor, %52.4’ü geliri gidere denk ve %85.7’sinin sağlık güvencesi, sosyal güvenlik kurumu (SGK)’dur.

Tablo 8. Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların Transplantasyona İlişkin Bilgileri (n:21)

Transplantasyona İlişkin Bilgiler	n	%
Transplantasyondan itibaren geçen zaman		
6 ay- 1 yıl	1	4.8
2-3 yıl	11	52.4
4 yıl ve üzeri	9	42.8
Donör tipi		
Canlı donör	12	57.2
Kadavra donör	9	42.8
Canlı donör ise yakınlık derecesi		
Birinci derece akraba	5	23.8
İkinci derece akraba	3	14.3
Eş	3	14.3
Yabancı	1	4.8
Karaciğer transplantasyonu etiyolojisi		
HBV	4	19.0
HBV+Delta	7	33.4
HBV+*HCC	4	19.0
HCV	2	9.5
Kriptojenik karaciğer sirozu	3	14.3
*PSK	1	4.8
Transplantasyon sonrası kullanılan ilaçlar		
Tacrolimus + *İmmunosupresif dışı ilaçlar	10	47.6
Tacrolimus + MMF + İmmunosupresif dışı ilaçlar	2	9.6
Siklosporin + İmmunosupresif dışı ilaçlar	4	19.0
Siklosporin + MMF + İmmunosupresif dışı ilaçlar	1	4.8
Sirolimus / Everolimus +MMF + İmmunosupresif dışı ilaçlar	4	19.0

İlacı doğru doz ve / veya zamanda alma		
Evet	-	-
Hayır	21	100.0
Herhangi bir ay içerisinde ilacı atlama dozu		
Doz atlamayan	1	4.8
1-3 doz	10	47.6
4-6 doz	2	9.5
7 doz ve üzeri	8	38.1
Herhangi bir ay içerisinde ilacı geç alma süresi		
Geç almayan	4	19.1
0.5 saat-1.5 saat	2	9.5
2 saat ve üzeri	15	71.4
Herhangi bir ay içerisinde yanlış ilaç alma		
Evet	2	9.5
Hayır	19	90.5
Toplam	21	100

*HCC: Hepatosellüler karsinom

*PSK: Primer sklerozan kolanjit

*İmmunosupresif dışı ilaçlar: Antiviral ve / veya antifungal ve / veya antiasid ve / veya antihiperlipidemi ve / veya antidiyabetik ve / veya antihipertansif ilaçlar

Tablo 8’de karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların transplantasyona ilişkin bilgileri yer almaktadır. Hastaların % 52.4’ünde transplantasyondan sonra iki-üç yıl geçtiği, %57.2’sinin donör tipinin canlı donör, %23.8’inin canlı donörünün birinci derece akraba olduğu, %33.4’ünün HBV+Delta etiyolojili, %47.6’sının Tacrolimus (Prograf) + immunosupresif dışı ilaçlar kullandığı, %100.0’ünün ilacı doğru doz ve / veya zamanda almadığı, %47.6’sının herhangi bir ay içerisinde ilacı bir-üç doz , %71.4’ünün iki saat ve üzeri atladığı ve %90.5’inin ise herhangi bir ay içerisinde ilacı yanlış almadığı saptanmıştır.

4.2. KARACİĞER TRANSPLANTASYONU SONRASI HASTALARIN İLAÇ UYUMSUZLUKLARI, NEDENLERİ VE HEMŞİRELERDEN BEKLENTİLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde karaciğer transplantasyonu sonrasında hastaların ilaç uyumsuzlukları, uyumsuzluk nedenleri ve ilaçlara yönelik hemşirelerden beklentilerini belirlemek amacıyla yapılan betimsel analiz sonuçları sunulmuştur. Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentilerine ilişkin bulgular üç ana tema ve alt temalar olarak belirlenmiştir. Bu temalar;

4.2.1. İlaç Uyumsuzlukları

- Doz atlama
- Doz geciktirme
- İlacı yanlış alma

4.2.2. İlaç Uyumsuzluğu Nedenleri

- Unutkanlık
- Yaşam biçimi
- Sağlık bakım sistemi
- Bilgi eksikliği
- Çoklu ilaç kullanımı
- Sağlık inancı

4.2.3. Hemşirelerden Beklentiler

- Mali danışmanlık
- Eğitim
- İlgi
- İlaç uygulamaları

4.2.1. İLAÇ UYUMSUZLUKLARI

Karaciğer transplantasyonu sonrası hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda, ilaç uyumsuzlukları; doz atlama, doz geciktirme, ilacı yanlış alma olmak üzere üç alt temaya ayrılmıştır.

Doz Atlama

Yapılan görüşmelerde hastalar ilaçların dozlarını atladıklarını ifade etmişlerdir.

“Doktor bana bir kutu hap verdi ve daha sonra rapor çıkarmamı istedi. Rapor yeni elime geçti. O yüzden uzun süre ilacımı kullanamadım” {1. görüşmeci}.

“Sabah ilacımı almadığım zaman, sadece akşamki ilacımı alıyorum. İlacımı sabah almış gibi davranıyorum” {3. görüşmeci}.

“Yaklaşık bir yıldır ilaçlarımın akşam dozlarını almıyorum. İlaçlarımın hepsini günde bir kez sadece sabah alıyorum. İğneyi (Hepatit B immunglobulini) altı- yedi aydır almıyorum” {10. görüşmeci}.

“...İlacımı günde üç kez yerine iki kez kullanıyorum” {11. görüşmeci}.

“Kontrol için İzmir’e geldiğimde ilacımı yanıma almayı unutmuşum. O yüzden ilacımı iki gün boyunca alamadım” {12. görüşmeci}.

“Unuttuğum için ilacımın bazen sabah dozunu, bazen de akşam dozunu almadığım oldu” {17. görüşmeci}.

Doz Geciktirme

Yapılan görüşmelerde hastalar ilaç dozlarını geç aldıklarını belirtmişlerdir.

“...ilacımı alacağım saatte işte oluyorum. İlacımı almadığım aklıma gelince, eve gelip ilacımı içiyorum. İki saat geçmiş oluyor” {1. görüşmeci}.

“...ilacımı almayı unuttuğumdan dolayı ilaç saatimi iki-iki buçuk saat geciktiriyorum” {2. görüşmeci}.

“Bazen işe dalıyorum, o yüzden geç aldığım ilaçlar oluyor” {6. görüşmeci}.

“Akşam saat 22.00-22.30 arasında kullanacağım ilacı bazen 24.00’de alıyorum” {18. görüşmeci}.

“İlaçlarımı aldığım saati iki ya da üç saat geciktirebiliyorum” {20. görüşmeci}.

İlacı Yanlış Alma

Yapılan görüşmelerde hastalar ilaçlarını kullanırken almaları gereken ilacı başka bir ilaçla karıştırdıklarını açıklamışlardır.

“...prostat ilacımı içeceğime tekrar daha önce içtiğim ilacımı içtim” {20. görüşmeci}.

“...ilaçlarımı yanlış aldığım oluyor. Dün yanlışlıkla aspirin içeceğime mide ilacımı almışım” {5. görüşmeci}.

4.2.2. İLAÇ UYUMSUZLUĞU NEDENLERİ

Karaciğer transplantasyonu sonrası hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda, ilaç uyumsuzluğu nedenlerine yönelik olarak unutkanlık, yaşam biçimi, sağlık bakım sistemi, bilgi eksikliği, çoklu ilaç kullanımı, sağlık inancı olmak üzere altı alt tema belirlenmiştir.

Unutkanlık

Yapılan görüşmelerde hastaların çoğu ilaçlarını kullanırken unutkanlık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastalar; ev işi yapma, iş ve sosyal hayat, ilacı yanına almama, ilacı alıp almadığı konusunda kararsız kalma ve psikolojik duruma bağlı olarak unutkanlık yaşadıklarını belirtmişlerdir.

“...kahvaltıyı yapınca iş telaşı oluyor. Bu telaşla ilaçlarımı kullanmayı unutuyorum” {1. görüşmeci}.

“...sinirlendiğim zaman ilaçlarımı almayı unutuyorum” {5. görüşmeci}.

“Genellikle ilacımı düzenli kullanıyorum, bazen unuttuğum için almıyorum... bir kez misafirlğe gittiğimde ilaçlarımı yanıma almayı unutmuşum. O yüzden o akşamki ilacımı içemedim...genellikle işe gittikten sonra ilaçlarımı yanıma almadığımı fark ediyorum...işten dolayı unutuyorum” {6. görüşmeci}.

“İşlerim yoğun olduğundan dolayı birçok şeyi bir arada düşünmek zorunda kalıyorum. Bu yüzden bende unutkanlık oluyor. Bazen televizyonu seyrederken, bazen bir sohbet sırasında ilaçlarımı içeceğim saat geldiği halde, ilaçlarımı almayı unutuyorum. İş için evden erken çıktıysam ve ilacımı evde unutup eve geri dönemezsem o gün ilacımın sabah dozunu almamış oluyorum” {7. görüşmeci}.

“Dün gece ilaçlarımı içmeyi unuttum, bazen böyle unutuyorum. Evde her şey düzenli olsun istiyorum, ama yetişemiyorum. Evim daha düzenli olsun diye uğraşırken, ilaçlarımı içmeyi aksatıyorum” {14. görüşmeci}.

“Bazen kahvehaneye gidiyorum, oyun oynuyorum. Bu arada ilaçlarımı içmeyi unutuyorum. İlacımın yanımda olmadığı zamanlar da oluyor...arkadaşımla beraber oturup, muhabbet ederken ilacımı içmeyi unuttuğum zamanlar oluyor. Cebimde ilaç olsa da dalgınlıktan da unutabiliyorum” {21. görüşmeci}.

Yaşam Biçimi

Yapılan görüşmelerde hastalar ameliyat sonrası dönemde fizyolojik gereksinimleri karşılamada değişiklikler (düzensiz yemek yeme ve düzensiz uyuma, iştahsızlığa bağlı öğün atlama, çok uyuma, uykusuzluk ve yorgunluk) ve sosyal yaşam biçimindeki değişikliklerden

(yalnız yaşama, zamanı iyi kullanamama, eve geç gelme, çalışmamaya bağlı sabah saatlerinde geç uyanma ve kahvaltı yapmama) dolayı yaşamlarındaki rutinlerinin değişmesine bağlı ilaç uyumsuzluğu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Bazen kahvaltı yapmadan evden erken çıkıyorum. Kahvaltıyı geç yaptığım için ilacımı da geç almak zorunda kalıyorum. Bazen de evden dışarı çıkmadığım zaman da tembellik yapıp, geç uyanıyorum. O yüzden de ilacımı geç alıyorum. İlaçlarımı düzenli almamamın nedenini kendi tembelliğim olarak düşünüyorum” {7. görüşmeci}.

“İştahsızlık yüzünden ilacımı düzenli alamıyorum. Öğün atladığım ve yemek yemediğim için ilacımın bir dozunu almıyorum. Bir de yalnızım, evde kimse yok. Sabah eşim işe gidiyor, kızım okula gidiyor, evde tek başıma kalıyorum. Zamanımı iyi kullanamıyorum. Uyku ve iştahsızlık benim bütün derdim” {11. görüşmeci}.

“...bazen eve geç geldiğim için ilacımı içme saatinde uyanamıyorum. İlaç saatimde gecikmeler oluyor” {15. görüşmeci}.

“...bazen yorgunluk ve uykusuzluktan insan beyni yoruluyor. Bu yüzden ilaçları alamadığım oluyor” {16. görüşmeci}.

“...çalışmadığım için akşam erken saatte yatmıyorum. O yüzden sabah da erken kalkamıyorum. Bunlardan dolayı ilacımı saatinde alamıyorum” {10. görüşmeci}.

Sağlık Bakım Sistemi

Yapılan görüşmelerde hastalar, sağlık bakım sisteminin yarattığı ilaç uyumsuzluklarının bürokratik süreç (Everolimus ve Sirolimus kullanmaya başlayan hastaların rapor alma ile ilgili yaşadıkları sorunlar, yeşilkartlı hastaların yaşadığı sevk sorunu, mor reçete ile alınan Hepatit B immunglobulinini yazdırmada yaşanan sorunlar, antiviral ilaçların gastroenteroloji doktorunun dışında bir doktorun reçete edememesinden dolayı yaşanan sorunlar) ve sağlık çalışanlarından (bir hastanın hemşire tarafından ilaç kullanımına yönelik yanlış bilgi verildiğini belirtmesi) kaynaklandığını açıklamışlardır.

“...Kullandığım bir ilaç dışında diğer bütün ilaçlarım ilaç raporunda yazılı. Ecopirin raporda olmadığı için, bu ilacı almayı unutuyorum ya da aklıma gelirse bir kutu alıyorum, bittiği zaman da tekrar almak aklıma gelmiyor ” {2. görüşmeci}.

“Yeşil kartım olduğu için ilaçlarımı sevsiz alamıyorum. Sevki düzenli alamadığım için de ilaçlarımı alırken sorunlar çıkıyor. Hastaneye sevk için gittiğimde uzun süre bekliyorum. Mesela ilacımı (antiviral ilaç) uzman kaşesi olmadan alamıyorum. O yüzden çok sıra bekliyorum. Bir gün sıra gelmeyince sinirlenip, ilacımı almadan eve gittiğim bile oldu” {9. görüşmeci}.

“İğne (Hepatit B immungobulini) bir şekilde yazılmıyor. İğneyi altı yedi aydır almıyorum. Her zaman iğne için reçete (mor reçete) bulamıyorlar, o yüzden de iğneyi yazamıyorlar”{10. görüşmeci}.

“... hastanede hemşire hanım sabah kullanacağım ilaçları unuttuğum zaman unutmamış gibi davranmamı ve ilaçların akşam dozlarını almamı söylemişti. O şekilde söylediği için ilacımı almadığım zaman çok kafaya takmıyorum. Herhangi bir yan etki yapacağını da düşünmüyorum”{3. görüşmeci}.

Bilgi Eksikliği

Yapılan görüşmelerde hastalar ilacın alınmadığı zamanki durumu merak etme, ilacı almadığında nasıl bir etkisinin olduğunu bilmediği için almış gibi davranma ve doz geciktirme, ilacın yan etkisini bilmeme, ilacın yeterli olduğunu düşünme, ilacı almamaya kendi kendine karar verme ve yanlış anlamadan dolayı ilaç uyumsuzluğu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“... ilacı kullanmazsam nasıl olur, bir şikayetim olur mu? diye denemek istedim. O yüzden ilacımı kullanmayı bıraktım”{1. görüşmeci}.

“... tereddütte kaldığım zaman almadığımı düşündüğüm ilacı bir daha almıyorum. Psikolojik olarak kendimi etkilemiyorum, ilacı almış gibi kendimi şartlandırıyorum... tereddütte kalındığında en iyisi ilacı bir daha almamak. İlacı almadığım için bir zararı olacağı düşüncesine girmek istemiyorum”{7. görüşmeci}.

“İlacın 24 saatte bir kez yeterli olacağına kendi kendime karar verdim. Bence sabah ve akşam ilaç içmeye gerek yok...içtiğim ilaçlar beni etkiliyor. Her ilacın yan etkisi var, o yüzden fazla ilaç içmek hiçbir zaman iyi bir şey değil”{10. görüşmeci}.

“Kan şekerimi düzenli olarak kontrol ettim. Kan şekerimin normale döndüğünü görünce insülini kullanmamaya karar verdim. Bu ilacı (insülini) bırakmaya kendi kendime karar verdim. Kan şekerim şu anda iyi. Zaten kontrol altında, her zaman şekerimi ölçüyorum”{13. görüşmeci}.

“Kendimi rahatsız hissetmediğim için ilacı almasam olur diye düşünüyorum. Sağlığım iyi olduğu zaman ilaç içmesem de olur. Yavaş yavaş ilaçları bıraksam daha iyi. İlaçları ne kadar azaltırsam o kadar iyi...ben sağlığıma kavuştum, artık ilaç içmesem de olur ”{16. görüşmeci}.

“...doktor ilaçlarım arasından bir ilacın ismini söyleyerek, o ilacı artık içmemem gerektiğini söyledi. Ama ben yanlış anlayıp, başka ilacı bırakmışım”{13. görüşmeci}.

Çoklu İlaç Kullanımı

Yapılan görüşmelerde hastalardan biri birden fazla ilaç kullandığından dolayı alması gereken ilaç yerine yanlışlıkla tekrar aynı ilacı içtiğini belirtmiştir.

“...çok sayıda ilaç aldığımdan dolayı, ilaçlarımı yanlış içtiğim oluyor. Dün yanlışlıkla içmem gereken ilaç yerine başka bir ilacı almışım ”{5. görüşmeci}.

Sağlık İnancı

Yapılan görüşmelerde hastaların ilacı ihmal etme, kendisini iyi hissettiği için ilacı almama, ilacı almamanın normal olduğunu düşünme, ilacı almadığında sorun yaşamama, ameliyat olalı uzun süre geçmesinden dolayı ilacı birkaç gün içmeyince bir şey olmaz inancı ve ilacı önemsememe (boşverme) nedenleriyle ilaç uyumsuzluğu yaşadıkları belirlenmiştir.

“...ilaçları geç alınca durumumda hiçbir değişme olmuyor. İlaçları yemekten bir saat sonra ya da iki saat sonra almam bir şeyi değiştirmiyor”{1. görüşmeci}.

“İlacımı bir iki gün ya da üç gün içmesem vücudumda bir rahatsızlık hissetmiyorum. İlacı bir iki gün almasam bir şey olmaz. Vücudumda rahatsızlık hissetmediğim için ilacı almasam da olur diyorum. Bir an önce ilaç içmekten kurtulmak istiyorum... her gün ilaç içmek çok zor”{16. görüşmeci}

“ İlacı unuttuğum zaman bir zorlukla karşılaşmadığım için, unutsam da fark etmez deyip devam ediyorum. Sağlığımı iyi hissedince, bugün ilaç kullanmasam da fark etmez diyorum”{18. görüşmeci}.

“ ... ameliyat olalı iki yıl oldu... kendimi iyi hissediyorum. O yüzden ilacı içmesem de bir şey olmaz diye düşünüyorum”{8. görüşmeci}.

“İlacımı düzenli almama nedenim sadece ihmallik, başka bir nedeni yok. ”{10. görüşmeci}.

“Kendimi iyi görüyorum, sağlığımla ilgili bir sorunum yok. Aşırı güven midir bilmiyorum, pek umursamıyorum... ilacı almasam, iki günden bir şey olmaz... ameliyat sonrası ilk dönemlerde ilaçlarımı almaya çok önem verdim, biraz kendimi iyi hissedince önemsemedim. İlaçları düzenli içmem gerektiğini biliyorum ama kendimi iyi görüp, güvenmem bu duruma sebep oluyor. Durumum kötü olsa ilaca daha fazla önem verirdim, korkardım ve dikkat ederdim. Şimdi kendimi iyi görünce boşver deyip, önemsemiyorum”{12. görüşmeci}.

“Ameliyatın ilk zamanları korkudan mıdır bilmiyorum, ilaçları hep yanımda taşıyordum. Şimdi tansiyon ilaçlarımı düzenli kullanıyorum dersem yalan söylerim. Tansiyon

ilaçlarının düzenli alınması gerektiğini biliyorum, fakat şu anda kendimi rahat hissediyorum o yüzden ilaçları içerek boşuna kendimi yormak istemiyorum”{15. görüşmeci}.

4.2.3. HEMŞİRELERDEN BEKLENTİLER

Hastaların hemşirelerden beklentileri konusunda verdikleri yanıtlar doğrultusunda mali danışmanlık, eğitim, ilgi ve ilaç uygulamaları olmak üzere dört alt tema saptanmıştır.

Mali Danışmanlık

Hastalar mali danışmanlık alma isteklerini ifade etmişlerdir.

“... sadece hemşirelerden değil, doktorlardan da yardım istiyorum. Bazen yol param eksik oluyor, bir yakınımın borç alıyorum... ilaçlarım olsun, başka bir şey istemiyorum... bu konuda daha fazla bilgi edinmek istiyorum”{5. görüşmeci}.

Eğitim

Yapılan görüşmelerde hastalar bilgi gereksinimlerinin karşılanması, ilaçların etkisi, ilaç kullanım saatleri, ilaçların ne kadar süre kullanılacağı ve yan etkisi konusunda eğitim alma isteklerini belirtmişlerdir.

“İlaç alımı unutulduğu zaman, hangi yan etkilere sebep olacağı konusunda bilgi sahibi olunması gerekir... ilaç kullanılmadığı zaman oluşabilecek durumlar konusunda bilgi verilmedi. Kendimi ne kadar iyi tanırsam, o kadar iyi olur. İki ya da üç ayda bir kez hastalarla toplantı düzenlenebilir... ilacın dozu, kullanım şekli, kullanılmadığı zaman oluşabilecek durumlar, beslenme, toplumsal yaşama dönme konularında aydınlanmak istiyorum. Yeniden bir işte çalışmanın bir sorun yaratıp yaratmayacağını öğrenmek istiyorum”{3. görüşmeci}.

“... fazla ilaç kullandığımı düşünüyorum. Nakil olduktan bir süre sonra ilacımın dozunu azaltacaklarını söylediler, hala aynı dozda devam ediyorum. İlaç dozları hakkında bilgilenmek istiyorum... ilaçların yan etkilerine yönelik net cevap almak istiyorum ”{8. görüşmeci}.

“İlaçlara yönelik daha fazla bilgi verilsin. Daha fazla bilgilensem, ilaçlarımı kullanırken daha çok dikkatli olurum”{9. görüşmeci}.

“...Hemşirelerin ilaçlar ve hijyen konusunda bilgi vermesini isterim”{16. görüşmeci}.

“İlaçların yan etkileri konusunda daha fazla bilgi verilebilir. Kilo artışının ilaçlardan olup olmadığını merak ediyorum... yaşam kalitesinin artırılması için de daha fazla bilgi verilmeli. İlaç dozunun aynı devam edip etmeyeceğini öğrenmek istiyorum”{15. görüşmeci}.

İlgi

Yapılan görüşmelerde hastalar hemşirelerden ilgi beklediklerini açıklamışlardır.

“İyi davranılsın istiyorum. Bize en büyük ihtiyaç moral ” {19. görüşmeci}.

“Hastaneye gittiğim zaman bir ilgi beklerim. Bana bir ilgi göstermenizden mutlu olurum. Ben karşımdakine nasıl ilgi gösteriyorsam ondan da ilgi bekliyorum ” {21. görüşmeci}.

İlaç Uygulamaları

Bir hasta; hemşirelerin ilaç uygulaması konusunda daha dikkatli olması, yanlış hastaya uygulamaması gerektiğini ifade etmiştir.

“Hastanede yatarken ilaçlarımda çok yanlışlık yapıldı... diğer hastanın ilacı bana verildi... o yüzden hemşirelerin verdiği ilaçlara çok dikkatli bakarım. İlaçlarımı dikkatli versinler, hata yapmamaları gerekir. Başka bir hastanın ilacı bana yan etki yapabilir”{11. görüşmeci}.

TARTIŞMA

Karaciğer transplantasyonu sonrasında hastalar kullandıkları ilaçlara karşı uyumsuzluk yaşamaktadırlar. Bu dönemdeki hastaların ilaç uyumsuzlukları birçok nedene bağlı gelişmektedir. Bu bölümde bulgular; ilaç uyumsuzlukları, ilaç uyumsuzluğu nedenleri ve hemşirelerden beklentiler olmak üzere üç ana tema ve alt temalar altında tartışılmıştır.

5.1. İLAÇ UYUMSUZLUKLARI

Karaciğer transplantasyonu sonrasında yapılan görüşmelerde hastalar, ilaç uyumsuzluklarını doz atlama, doz geciktirme ve ilacı yanlış alma olarak belirtmişlerdir.

Doz atlama

Yapılan görüşmelerde hastalar ilaçların dozlarını atladıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda, bu çalışma bulgularına benzer olarak hastaların ilaç dozlarını atladıkları saptanmıştır (Butler ve ark, 2004a; Vasquez ve ark, 2003; Stilley ve ark, 2010; Denhaerynck ve ark, 2006; Fredericks ve ark, 2008;).

Literatürde hatırlatma yöntemlerinden (alarmlar, ilaçların göz önünde, günlük kullandığımız eşyalarla aynı yerde olması, gün ve saat bölmeleri olan hap kutusu kullanımı) yararlanılması gerektiği ve günlük alışkanlıklar ile birlikte ilacı almada bir düzen sağlanmasına ihtiyaç olduğu belirlenmiştir (Ruppar ve Russell, 2009; Rianthavorn ve Ettenger, 2005). Yapılan çalışmada bu durum, ilaçların alınmasını kolaylaştıran hatırlatıcı yöntemlerin sağlık profesyonelleri tarafından hastalara etkili bir şekilde anlatılmamasına bağlanabilir. Ayrıca bu durum, Türkiye’de sağlık sistemine bağlı aksaklıklardan dolayı hastaların ilaç sağlamada yaşadıkları güçlükler ile açıklanabilir.

Doz geciktirme

Yapılan görüşmelerde hastalar ilaç dozlarını geç aldıklarını açıklamışlardır. Yapılan diğer çalışmalarda, bu çalışma bulgularına benzer olarak hastaların ilaç dozlarını geç aldıkları bulunmuştur (Fredericks ve ark, 2008; Barros ve Cabrita, 2000).

Literatürde ilaç uyumsuzluğuna neden olan hasta kaynaklı faktörler vurgulanmaktadır. Bu faktörler; hastaların bilgi, beceri, tutum, inanç ve beklentilerini ifade etmektedir. İlaç alımının bireye düşük yarar sağladığını düşünme, yüksek düzeyde anksiyete, immunosupresif ilaç alımına ihtiyaç olmadığına ilişkin inanç, ilaç alımını geciktirme gibi nedenler ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili olarak sıralanabilir (Denhaerynck ve ark, 2005; Keller ve ark, 2006). Yapılan çalışmada bu durum, ilaç alımının önemi ve doz geciktirme konusunda hastalara yeterli bilgi

verilmemesine ve taburculuk sonrasında tedavi süreciyle ilgili bilgilerin belirli aralıklarla tekrarlanmamasına bağlanabilir.

İlacı yanlış alma

Hastalar ilaçlarını kullanırken almaları gereken ilacı başka bir ilaçla karıştırdıklarını belirtmişlerdir.

Literatürde bir ilacın diğer bir ilacın yerine alınması ilaç uyumsuzluğu olarak tanımlanmıştır (Butler ve ark, 2004b). Tedavi hakkında bilgi eksikliği ve ilaç tedavisi ile ilgili açıklamaları anlamama ilaç uyumsuzluğunu arttıran nedenler arasında yer almaktadır (Chisholm, 2002). Ayrıca immunosupresif ilaçların yan etkilerine bağlı ameliyat sonrası dönemde immunosupresif ilaçlar dışında antihipertansif, antidiyabetik ve antiviral gibi ilaçlar kullanılmaktadır (Ohler ve Cupples, 2008). Bu durum çok sayıda ilaç kullanımına sebep olmaktadır.

Yapılan çalışmada yanlış ilaç kullanımı, hastaların tedaviye ilişkin bilgi eksikliği, ilaç tedavisi ile ilgili yapılan açıklamaları anlamama ve ameliyat sonrası dönemde çok sayıda ilaç kullanmalarına bağlanabilir.

5.2. İLAÇ UYUMSUZLUĞU NEDENLERİ

Karaciğer transplantasyonu sonrasında yapılan görüşmelerde hastalar, ilaç kullanım uyumsuzluğu nedenlerini unutkanlık, yaşam biçimi, sağlık bakım sistemi, bilgi eksikliği, çoklu ilaç kullanımı ve sağlık inancı ile ilgili olduğunu açıklamışlardır.

Unutkanlık

Yapılan görüşmelerde hastaların çoğu ilaçlarını kullanırken unutkanlık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastalar; ev işi yapma, iş ve sosyal hayat, ilacı yanına almama, ilacı alıp almadığı konusunda kararsız kalma ve psikolojik duruma bağlı olarak unutkanlık yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Yapılan çalışmalar bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların unutkanlıktan dolayı ilaç uyumsuzluğu yaşadıkları saptanmıştır. (Vasquez ve ark, 2003; Fredericks ve ark, 2008, Gheith ve ark , 2008; Shemesh ve ark, 2004; Keller ve ark, 2008; Orr A. ve ark., 2007). Yapılan bazı çalışmalarda; hastalar ilaç uyumsuzluğu nedenini evden dışarı çıkarken ilacı almayı unutma ve yoğun yaşam biçimine sahip olma olarak belirtmişlerdir (Vasquez ve ark, 2003; Denhaerynck ve ark, 2007). Ayrıca yapılan diğer çalışmalarda da; stres, öfke, depresyon gibi nedenlerin, ev yaşamının iyi olmaması ve psikiyatrik

hastalıkların ilaç uyumsuzluğuna neden oldukları saptanmıştır (Ghods ve ark, 2003; McAllister ve ark, 2006; Bullington ve ark., 2007; Cukor ve ark, 2008; Penkower ve ark, 2003).

Karaciğer transplantasyonu sonrası unutkanlık, ameliyat sonrası immunosupresif ilaçların (özellikle kortikosteroidler) yan etkilerine bağlı görülen duygu durum değişikliklerine bağlanabilir. Ayrıca bu sonuç, bireylerde yoğun yaşam biçimine bağlı birçok şeyi aynı anda düşünmek zorunda olma ile açıklanabilir.

Yaşam biçimi

Hastalar düzensiz yemek yeme ve düzensiz uyuma, çalışmamaya bağlı sabah saatlerinde geç uyanma ve kahvaltı yapmama, eve geç gelme, iştahsızlığa bağlı öğün atlama, yalnız yaşama, zamanı iyi kullanamama, çok uyuma, uykusuzluk ve yorgunluktan dolayı ilaç uyumsuzluğu yaşadıklarını açıklamışlardır.

Yapılan diğer çalışmalarda bu çalışma bulgularına benzer olarak; aile veya sosyal destek yokluğu uyumsuzluk nedeni olarak belirtilmiştir. Bir partnerle birlikte yaşayanlarda, arkadaşlar/aile desteği olanlarda ve düzenli bir yaşama sahip olanlarda ise uyum yüksek bulunmuştur (Feinstein ve ark, 2005; Vlaminck ve ark, 2004; Barros ve Cabrita, 2000; McAllister ve ark, 2006). Amerika’da yapılan bir çalışmada bu çalışma bulgusuyla benzer olarak; evde bulunmama durumu uyumsuzluk nedeni olarak saptanmıştır (Fredericks ve ark, 2008). Kolombiya’da yapılan nitel bir çalışmada rutinleri sürdürmek (diğer davranışlarla (kahvaltı, yemek. vb.) ilişki) ilaç uyumuyla ilgili ana temalardan biri olarak saptanmıştır (Ruppar ve Russell, 2009). Literatürde de ilaç uyumsuzluğunu önlemek için diş fırçalama ve yemek yeme gibi günlük alışkanlıklarla birlikte ilacı almada bir düzen sağlanması önerilmektedir (Rianthavorn ve Ettenger, 2005).

Yapılan bu çalışma ve diğer çalışmalarda bu durum, ameliyat sonrası dönemde sosyal yaşamdaki değişiklikler ve sosyal destek sistemlerinin azlığı / yokluğunun bir sonucu olarak yorumlanabilir. Ayrıca yapılan çalışmada hastaların çoğu ameliyat sonrası dönemde işe devam etmemekte, bu nedenle ameliyat öncesi dönemde alıştıkları yaşam düzeninden uzaklaşmaktadırlar. Bu durum, hastaların iş yaşamındaki değişikliklerin ilaç alımını etkilediği ile açıklanabilir.

Sağlık bakım sistemi

Yapılan görüşmelerde hastalar, sağlık bakım sisteminin yarattığı ilaç uyumsuzluklarının bürokratik süreç (Everolimus ve Sirolimus kullanmaya başlayan hastaların rapor alma ile ilgili yaşadıkları sorunlar, yeşil kartlı hastaların yaşadığı sevk sorunu, mor

reçete ile alınan Hepatit B immunglobulinini yazdırmada yaşanan sorunlar, antiviral ilaçların gastroenteroloji doktorunun dışında bir doktorun reçete edememesinden dolayı yaşanan sorunlar) ve sağlık çalışanlarından (bir hastanın hemşire tarafından ilaç kullanımına yönelik yanlış bilgi verildiğini belirtmesi) kaynaklandığını belirtmişlerdir.

Yapılan bir çalışmada, Amerika’da düşük sosyo-ekonomik düzeyde olanların yararlandığı sağlık sigortasına sahip olanlarda ilaçlara uyumsuzluk bulunmuştur (Berquist RK ve ark, 2006). Gürcistan’da yapılan başka bir çalışmada da, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlarda ilaç uyumsuzluğu saptanmıştır (Chisholm ve ark, 2005). Kolombiya’da yapılan nitel bir çalışmada ilaçları sağlama (sigorta miktarı ve ücret) ilaç uyumuyla ilgili ana temalardan biri olarak belirtilmiştir (Ruppar ve Russell, 2009).

Türkiye’de son yıllarda sağlık alanında önemli bir dönüşüm ve tartışma süreci yaşanmaktadır. Uygulamaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı verilen politikalar sağlık sisteminde birtakım olumsuz durumlar yaşanmasına sebep olmaktadır (Elbek ve Adaş, 2009).

Sağlık bakım sistemine bağlı yaşanan ilaç uyumsuzlukları, Türk sağlık politikasında yaşanan değişime, yeterli sayıda sosyal hizmet uzmanı ve mali danışmanların olmaması ile açıklanabilir. Bu nedenle, bu görevlerin hemşireden beklenmesi, hemşirelerin işyükünün artması ve hastalara yeterli bilgi verilememesine bağlanabilir. Ayrıca bu durum, poliklinikte sürekli çalışan bir hemşirenin bulunmaması ile de açıklanabilir.

Bilgi eksikliği

Yapılan görüşmelerde hastalar ilacı almadığı zamanki durumu merak etme, ilacı almadığında nasıl bir etkisinin olduğunu bilmediği için almış gibi davranma ve doz geciktirme, ilacın yan etkisini bilmeme, ilacın yeterli olduğunu düşünme ve ilacı almamaya kendi kendine karar verme, yanlış anlamadan dolayı ilaç uyumsuzluğu yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda bu çalışma bulgularına benzer olarak; ilaç bilgisi uyumun artmasında önemli bulunmuş, hastaların tedaviye uyumunda eğitimin etkisinin önemi belirtilmiştir (Vasquez ve ark, 2003; McAllister ve ark, 2006; Furth ve ark, 2003). Portekizde yapılan bir çalışmada bu çalışma bulgularından farklı olarak uyumsuz hastaların ilaçlara ilişkin bilgi düzeyi daha düşük bulunmasına rağmen, immunosupresif ilaçlara ilişkin bilgi düzeyi uyumu etkileyecek kadar önemli bulunmamıştır (Barros ve Cabrita, 2000).

Literatürde kararlı uyumsuzlar olarak adlandırılan bir uyumsuz hasta grubu tanımlanmaktadır. Bu hasta grubu; ilaç gereksinimine önem vermez ve ilacı almamaya

bağımsız olarak kendileri karar verirler. Zarar görmez/dayanıklı uyumsuzlar olarak adlandırılan uyumsuz hasta grubu ise, ilacı unuttuktan sonra kendilerine olumsuz bir etkisinin olacağını farkında olmazlar (Rianthavorn ve Ettenger, 2005). Bu bilgilerden yola çıkarak; görüşülen hastalarda bilgi eksikliğinin olması; taburculuk eğitiminin yeterli yapılmaması, ilaçlar, yan etkileri ve düzenli kullanılmasının önemi konusunda yeterince bilgi verilmemesine, Türkiye’de hemşirelik lisans eğitimi sonrası “transplantasyon hemşireliği” sertifika programlarının olmaması nedeniyle, hemşirelerin yeterli bilgi sahibi olmaması ile açıklanabilir.

Çoklu ilaç kullanımı

Yapılan görüşmelerde hastalardan biri birden fazla ilaç kullandığından dolayı alması gereken ilaç yerine yanlışlıkla tekrar aynı ilacı içtiğini belirtmiştir.

Yapılan bir çalışmada bu çalışma bulgularına benzer olarak, alınan ilaç sayısı ilaç uyumsuzluğu ile ilişkili bulunmuştur (Vasquez ve ark, 2003).

Bu sonuç; birden fazla ilaç alımının yarattığı güçlük, dikkatsizlik ve sağlık profesyonellerinin bu konuda belirli aralıklarla yeterli açıklama yapmamasına bağlanabilir.

Sağlık inancı

Yapılan görüşmelerde hastalar ilacı ihmal etme, kendisini iyi hissettiği için ilacı almama (kendine güven), ilacı almadığında sorun yaşamama, ilacı almamanın normal olduğunu düşünme, ameliyat olalı uzun süre geçmesinden dolayı ya da ilacı birkaç gün içmeyince bir şey olmaz düşüncesi, ilaç almama isteği ve önemsememe nedenleriyle ilaç uyumsuzluğu yaşadıklarını açıklamışlardır.

Yapılan çalışmalarda bu çalışma bulgularına benzer olarak, ilaç uyumsuzluğu yaşayan hastalarda ilaçlara gereksinimi olduğuna ilişkin düşük inanç, ilaca gereksinimi olmadığını düşünme, kendini iyi hissettiği için ilacını içmeme ve ilaçlara önem vermeme durumunun olduğu saptanmıştır (Butler ve ark, 2004; Vasquez ve ark, 2003; Gheith ve ark, 2008; Keller ve ark, 2008). Yapılan diğer çalışmalarda bu çalışma bulgularına benzer olarak transplantasyon sonrası geçen zaman arttıkça ilaç uyumsuzluğunun arttığı bulunmuştur (Chisholm ve ark, 2000; Chisholm ve ark, 2005; Denhaerynck ve ark, 2006; Berquist RK ve ark, 2008).

Yapılan iki çalışmada bu çalışma bulgularından farklı olarak transplantasyondan itibaren geçen zamanın uyumsuzluk üzerine bir etkisi olmadığı saptanmıştır (Ghods ve ark, 2003; Vlaminc ve ark, 2004). İngiltere’de ilaç uyumunu etkileyen hasta algıları üzerine yapılan nitel bir çalışmada sağlık inançları temalardan biri olarak saptanmıştır (Orr A. ve ark, 2007).

Bu çalışma ve yapılan çalışmalardan yola çıkarak, hastalara ilaç kullanımının önemi konusunda verilen bilginin sadece taburculuk eğitimi ile sınırlı kalmasına ve hastalara verilen hizmetlerin sağlık inançlarını geliştirecek şekilde kültüre özgü planlanmaması ve uygulanmamasına bağlanabilir.

5.3. HEMŞİRELERDEN BEKLENTİLER

Hastaların hemşirelerden beklentileri konusunda verdikleri yanıtlar doğrultusunda mali danışmanlık, eğitim, ilgi ve ilaç uygulamaları olmak üzere dört alt tema belirlenmiştir.

Mali Danışmanlık

Yapılan görüşmelerde hastalar mali danışmanlık alma isteklerini ifade etmişlerdir.

Chisholm ve arkadaşları (2000) Gürcistan'da yaptıkları bir çalışmada, ilaç uyumunu geliştirmede ilaçlar için mali destek programlarının önemini vurgulamışlardır.

Türkiye'de sağlık sisteminde mali danışmanlar bulunmamaktadır. Mali danışmanların görevlerini sosyal hizmet uzmanları üstlenmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının sayısının yetersiz olmasına, hastaların mali danışmanlıkla ilgili gereksinimlerinin karşılanmamasına neden olmaktadır.

Eğitim

Yapılan görüşmelerde hastalar bilgi gereksinimlerinin karşılanması, ilaçların etkisi, ilaç kullanım saatleri, ilaçların ne kadar süre kullanılacağı ve yan etkisi konusunda eğitim alma isteklerini belirtmişlerdir.

Yapılan nitel bir çalışmada transplantasyon sonrası ilaç uyumu konusunda ana temalardan biri olarak bulunan problem çözme stratejileri temasında bilgi vermenin önemi vurgulanmıştır (Ruppar ve Russell, 2009). Yapılan bir çalışmada bu çalışma bulgularına benzer olarak hastaların tedaviye uyumunda eğitimin önemi belirtilmiştir. Hastaların kullanacakları ilaçların isimlerini, dozlarını, sık görülen yan etkiler ve yan etkileri önlemek konusunda önerileri içeren bilgileri hemşirelerin, koordinatörlerin, sosyal çalışanların, diyetisyenlerin ve hasta yakını olan sorumlu yetişkinlerin tekrarlaması gerektiği vurgulanmıştır (Furth ve ark, 2003). Yapılan başka bir çalışmada, hastalar ilaçlar konusunda eğitim almak istedikleri sağlık profesyonelleri arasında hemşirelerin ilk sırada yer aldığını ifade etmişlerdir (Vasquez ve ark, 2003). Literatürde ise ilaç uyumsuzluğunu önlemede eğitimin önemi vurgulanmış, hasta ve sağlık profesyonelleri (doktor, hemşire, diyetisyen vb.) arasındaki tedaviye yönelik ilişkinin kalitesinin ilaç uyumunu geliştirdiği belirtilmiştir (Rianthavorn ve Ettenger, 2005; Sabate, 2003).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığının hemşirelere yönelik yürüttüğü transplantasyon hemşireliği ile ilgili mezuniyet sonrası sertifika programları bulunmamaktadır. Hastaların eğitim isteklerinin olması, hemşirelerin bu alandaki bilgilerinin lisans eğitimi ile sınırlı olması, buna bağlı hastaların bilgi gereksinimlerinin etkili bir şekilde karşılanamaması ve hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması nedeniyle var olan bilginin hastaya aktarılamamasına bağlanabilir.

İlgi

Yapılan görüşmelerde hastalar hemşirelerden ilgi beklediklerini açıklamışlardır.

Literatürde sağlık bakım profesyonelleri ile (hemşire, doktor vb.) iletişim eksikliği ve hastalara yeterli zaman ayrılmaması uyumsuzluk nedenleri arasında sayılmaktadır (Hofmann ve Bunzel , 2000).

Bu durum, hemşirelerin yoğun çalışmalarından dolayı hastalara yeteri kadar zaman ayıramamasına, Türkiye’de transplantasyon konusunda sertifikalı uzman hemşirelerin olmamasına, hasta-hemşire arasındaki iletişim yetersizliğine ve poliklinikte sürekli çalışan bir hemşirenin olmamasına bağlanabilir.

İlaç Uygulamaları

Yapılan görüşmelerde bir hasta; hemşirelerin ilaç uygulaması konusunda daha dikkatli olması, yanlış hastaya uygulamaması gerektiğini ifade etmiştir.

Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin uygulamalarda karşılaştıkları hatalar arasında ilaç uygulama hataları ilk sırada yer almaktadır (Çırpı ve ark., 2009). İlaç hazırlama ve yönetiminde, temel standartlara uymamak ve ilgili rehberleri takip etmemek ilaç hatalarının en yaygın sebebidir. En fazla yapılan ilaç hataları parenteral uygulamalarda olmaktadır. İlaç hatalarında ihlal edildiği belirlenen altı konu; doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman ve doğru tekniktir. İlaç hatalarını en aza indirmek için, hasta bakımına ilişkin iletişim kopukluklarının giderilmesi gerekmektedir (Zencirci, 2010).

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentilerini incelemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

Hastalar;

- İlaç uyumsuzluklarının doz atlama, doz geciktirme ve ilacı yanlış alma olduğunu,
- İlaç uyumsuzluğu nedenlerinin; unutkanlık, yaşam biçimi, sağlık bakım sistemi, bilgi eksikliği, çoklu ilaç kullanımı ve sağlık inancı olduğunu,
- Hemşirelerden mali danışmanlık, eğitim, ilgi ve ilaç uygulamaları konusunda beklentilerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

6.2. Öneriler

Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentilerine yönelik olarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Hemşirelerin ilaç dozu, zamanı, etkisi gibi tedavi süreci ile ilgili bilgileri yazılı ve / veya sözlü olarak hastalara verip, hastalardan bu bilgileri tekrar etmelerinin sağlanması,
2. Hastalara taburculukta verilen eğitimin taburculuk sonrasında da belirli aralıklarla tekrarlanması,
3. İlaçların alınmasını kolaylaştıran hatırlatıcı yöntemlerin (alarmlar, saat bölmeli hap kutusu.. vb.) kullanılması ve hastalara etkili bir şekilde anlatılması,
4. Karaciğer transplantasyonu polikliniğinin haftada iki gün ile sınırlı kalmaması ve poliklinikte hastalarla sürekli iletişim halinde olacak bir hemşirenin bulunması,
5. Karaciğer transplantasyon hastalarının hemşirelerden beklentilerinin karşılanabilmesi için taburculuk sonrasında periyodik aralıklarla destek grup toplantılarının yapılması ,
6. Türkiye’de lisans sonrası “transplantasyon hemşireliği” sertifika programının oluşturulması,

KAYNAKLAR

Ahmed A, Keefe EB. Current Indications and Contraindications for Liver Transplantation. Clin Liver Dis 11. 2007; 227–247

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Sistem Ofset. Ankara 2005; 609-610

Aslan F.E, Çam O, Karadakovan A, Kuğuoğlu S ve ark. ed: Aslan F.E, Karadakovan A. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi, 2010: 773- 805

Barros CT ve Cabrita J. Noncompliance With Immunosuppressive Therapy: Prevalence and Determinants. Transplantation Proceedings 2000; 32, 2633

Bektaş A. Karaciğer Hastalıklarında Preoperatif Değerlendirme. http://www.tihud.org.tr/okul/samsun/sunum/Ahmet_bektas.pdf, 2007; Erişim tarihi: 22.02.2010

Berquist RK, Berquist WE, Esquivel CO, Cox KL ve ark. Adolescent non-adherence: Prevalence and consequences in liver transplant recipients. Pediatr Transplantation 2006;10: 304–310

Berquist RK, Berquist WE, Esquivel CO, Cox KL ve ark. Non-adherence to post-transplant care: Prevalence, risk factors and outcomes in adolescent liver transplant recipients. Pediatr Transplantation 2008; 12: 194–207

Buften S, Emmett K, Byerly AM. Liver Transplantation. ed: Ohler L, Cupless S. Core Curriculum for Transplant Nurses. International Transplant Nurses Society. Mosby Elsevier, 2008; 423-453

Bullington P, Pawola L, Walker R, Valenta A ve ark. Identification of medication non-adherence factors in adolescent transplant patients: The patient's viewpoint. Pediatr Transplantation 2007; 11: 914–921

Burra P, Germani G, Gnoato F, Lazzaro S ve ark. Adherence in Liver Transplant Recipients. Liver Transplantation 2011; 17:760–770

Butler JA, Peveler RC, Roderick P, Smith PWF ve ark. Modifiable risk factors for non-adherence to immunosuppressants in renal transplant recipients: a cross-sectional study. Nephrol Dial Transplant 2004a; 19: 3144–3149

Butler JA, Roderick P, Mullee M, Mason JC ve ark. Frequency and impact of nonadherence to Immunosupresants After Renal Transplantation: A Systematic Review. Transplantation 2004b; Vol:77, No:5, 769-789

Chisholm MA. Issues of Adherence to Immunosuppressant Therapy After Solid-Organ Transplantation. Drugs 2002; 62 (4): 567-575

Chisholm MA, Lance CE, Mulloy LL. Patient factors associated with adherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. *Am J Health-Syst Pharm* 2005; Vol: 62. 1775-1781

Chisholm MA, Vollenweider LJ, Mulloy LL, Jagadeesan M ve ark. Renal Transplant Patient Compliance With Free Immunosuppressive Medications. *Transplantation* 2000; Vol. 70, No. 8, 1240-1244

Cohen SM. Current Immunosuppression in Liver Transplantation. *American Journal of Therapeutics* 2002; 9, 119–125

Cotran RS, Robbing S. çev: Tulunay Ö. İmmun Bozukluklar. *Temel Patoloji*. Nobel Kitabevi. Ankara, 2003: 121-129

Cukor D, Newville H ve Jindal R. Depression and immunosuppressive medication adherence in kidney transplant patients. *General Hospital Psychiatry* 2008; 30, 386–389

Cupples SA, Ohler L. Transplantation Nursing Secrets, Questions and Answers Reveal the Secrets to Successful Transplantation Nursing 2003; 151-171

Çırpı F, Merih YD, Kocabey MY. Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; Cilt:2,Sayı:3

Denhaerynck K, Burkhalter F, Schafer-Keller P,Steiger J ve ark. Clinical consequences of non adherence to immunosuppressive medication in kidney transplant patients. *Transplant International* 2009; 22: 441–446

Denhaerynck K, Desmyttere A, Dobbels F, Moons P ve ark. Nonadherence with immunosupresif drugs: US compared with European kidney transplant recipient. *Progress in Transplantation* 2006; 16: 206-214

Denhaerynck K, Dobbels F, Cleemput I, Desmyttere A. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. *Transplant International* 2005; 18, 1121–1133

Denhaerynck K, Steiger J, Bock A, Schafer-Keller P ve ark. Prevalence and Risk Factors of Non-Adherence with Immunosuppressive Medication in Kidney Transplant Patients. *American Journal of Transplantation* 2007; 7: 108–116

Dew MA, Dimartini AF, Dabbs ADV, Myaskovsky L ve ark. Rates and Risk Factors for Nonadherence to the Medical Regimen After Adult Solid Organ Transplantation. *Transplantation* 2007; 83: 858-873

Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 2009; Cilt 12, Sayı 1

Erdil F, Elbaş NÖ. Böbrek Transplantasyonu ve Hemşirelik Bakımı. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Aydoędu Ofset. Ankara 2001;422-43

European Liver Transplant Registry (ELTR). <http://www.eltr.org/spip.php?article152>
Erişim Tarihi: 15.11.2010

Feinstein S, Keich R, Becker-Cohen R, Rinat C ve ark. Is Noncompliance Among Adolescent Renal Transplant Recipients Inevitable? PEDIATRICS 2005; Vol. 115 No. 4, 969-973

Fitzpatrick E. Assessment and Management of Patients With Hepatic Disorders. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing_2007;1115-1117

Forsberg A, Backman L, Möller A. Experiencing liver transplantation: a phenomenological approach. Journal of Advanced Nursing 2000. 32(2), 327-334

Fredericks EM, Magee JC, Opiari-Arrigan L, Shieck V ve ark. Adherence and health-related quality of life in adolescent liver transplant recipients. PediatrTransplantation 2008; 12:289–299

Furth SL, Hwang W, Neu AM, Fivush BA ve ark. Effects of Patient Compliance, Parental Education and Race on Nephrologists' Recommendations for Kidney Transplantation in Children. American Journal of Transplantation 2003; 3: 28–34

Gheith OA, Saadany SAE, Donia SAA ve Salem YM. Compliance of kidney transplant patients to the recommended lifestyle behaviours: Single centre experience. International Journal of Nursing Practice 2008; 14: 398–407

Ghods AJ, Nasrollahzadeh D ve Argani H. Risk Factors for Noncompliance to Immunosuppressive Medications in Renal Transplant Recipients. Transplantation Proceedings 2003; 35, 2609–2611

Gökdoğan F, Karadakovan, Pınar R ve Köřgeroęlu N. ed: Akbayrak N, İlhan S. E, Anęel G ve Albayrak SA. Hemşirelik Bakım Planları. Alter Yayıncılık. Ankara 2007; 851-859

Guyton C. Tıbbi Fizyoloji 1996; 460-461

Gürkan A. Organ Transplantasyonu ve Hemşirelik Bakımı. Hemşirelik Forumu. Transplantasyon ve Diyaliz Özel Sayısı 1998; Cilt: 1. Sayı:4. 178-182

Hansen R, Seifeldin R, Noe L. Medication Adherence in Chronic Disease: Issues in Posttransplant Immunosuppression. Transplantation Proceedings 2007; 39, 1287–1300

Hoffman FM, Nelson BJ, Drangstveit M.B, Flynn B.M ve ark. Caring for Transplant Recipients in a Nontransplant Setting. Critical Care Nurse 2006; Vol 26, No. 2, 53-74

Hoffmann KL, Bunzel B. Noncompliance in Organ Transplant Recipients: A Literature Review. General Hospital Psychiatry 2000; 22: 412–424

- Johnson AG. Mikrobiyoloji ve İmmunoloji 2000; 257-292
- Kalaycı G. Genel Cerrahi. Nobel Tıp Kitabevleri 2002; 633-675
- Kaul V, Khurana S, Munos S. Management of Medication Noncompliance in Solid-Organ Transplant Recipients. BioDrugs 2000; 13 (5): 313-326
- Keeffe EB, Yu AS. Liver transplantation. ed: Zakim D, Boyer TD, Hepatology: A Textbook of Liver Disease. 4th edition. Philadelphia: Elsevier 2003; 1617-56
- Keller PS, Lyon S, Gelder FV, Geest SD. A practical approach to promoting adherence to immunosuppressive medication after renal transplantation. Current Opinion in Nephrology and Hypertension 2006; 15, S1-S6
- Keller PS, Steiger J, Bock A, Denhaerynck K ve ark. Diagnostic Accuracy of Measurement Methods to Assess Non-Adherence to Immunosuppressive Drugs in Kidney Transplant Recipients. American Journal of Transplantation 2008; 8: 616-626
- Kümbetoğlu B. Sosyolojide ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma. İstanbul, Bağlam yayıncılık, 2008
- Levitsky J, Cohen SM. The liver transplant recipient: What you need to know for long-term care. The Journal of Family Practice 2006; Vol 55. No 2. 136-144
- McAllister S; Buckner EB; White-Williams C. Medication adherence after heart transplantation: adolescents and their issues. Progress in Transplantation 2006; 16, 4, 317-323
- McPake D, Burnapp L. Caring for patients after kidney transplantation. Nursing Standard. 2009; 23, 19, 49-57
- Moreno R, Berenguer M. Post-liver transplantation medical complications. Annals of Hepatology 2006; 5(2): 77-85
- Murray KF, Carithers RL. AASLD Practice Guidelines: Evaluation of the Patient for Liver Transplantation. Hepatology 2005; Vol. 41, No. 6, 1407-1432
- Ohler L, Cupples SA. Core Curriculum for Transplant Nurses, International Transplant Nurses Society, Mosby Elsevier 2008; 423-451
- Organ Nakli Koordinatörleri Derneği (ONKOD). <http://www.onkod.org/istatistik.php>
Erişim Tarihi: 15.11.2010
- Organ Procurement and Transplantation Network (OPTN).
<http://optn.transplant.hrsa.gov/latestData/rptData.asp>, <http://optn.transplant.hrsa.gov/data/>
Erişim Tarihi: 14 .03.2012
- Orr A, Orr D, Willis S, Holmes M ve ark. Patient perceptions of factors influencing adherence to medication following kidney transplant. Psychology, Health & Medicine 2007; 12(4): 509-517

- Öz G. Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. Songür Eğitim Hizmetleri. Ankara 2008; 350-353
- Penkower L, Dew MA, Ellis D, Sereika SM ve ark. Psychological Distress and Adherence to the Medical Regimen Among Adolescent Renal Transplant Recipients. American Journal of Transplantation 2003; 3: 1418–1425
- Perry I, Neuberger J. Immunosuppression: Towards A Logical Approach In Liver Transplantation. British Society for Immunology. Clinical and Experimental Immunology 2005; 139: 2–10
- Rianthavorn P ve Ettenger RB. Medication non-adherence in the adolescent renal transplant recipient: A clinician's viewpoint. Pediatr Transplantation 2005; 9: 398–407
- Rudow D.L, Golstein M. J. Critical Care Management of the Liver Transplant Recipient. Crit Care Nurs Q 2008; Vol: 31, No. 3, 232–243
- Ruppar TM, Russell CL. Medication adherence in successful kidney transplant recipient. Progress in Transplantation 2009; 19: 167-172
- Sabate E. World Health Organization Report: Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action. Switzerland: World Health Organization, 2003
- Shemesh E, Shneider BL, Savitzky JK, Arnott L ve ark. Medication Adherence in Pediatric and Adolescent Liver Transplant Recipients. Pediatrics 2004; Vol:113. No:4. 825-832
- Sonsuz A. Karaciğer Sirozunun Etiyolojisi ve Patogenezi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Hepato-Bilier Sistem ve Pankreas Hastalıkları Sempozyum Dizisi 2002; 87-91
- Starr S, Hand H. Nursing care of chronic and acute liver failure. Nursing Standard 2002; 16, 40, 47-54
- Stilley CS, Dimartini AF, Vera ME, Flynn WB ve ark. Individual and environmental correlates and predictors of early adherence and outcomes after liver transplantation. Progress in Transplantation 2010; 20: 58-67
- Şahinoğlu A.H. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. Ortadoğu Reklam Yayıncılık. Ankara 2003; 472-497, 881-890
- T.C Sağlık Bakanlığı, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-7785/organ-nakli.html?vurgu=ORGAN+NAKL%c4%b0>, Erişim tarihi: 14.03.2012
- T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı. <https://organ.saglik.gov.tr/tr/istatistikler/bekleme-listesi-kayit-istatistikleri>. Erişim tarihi: 14.03.2012

T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı. <https://organ.saglik.gov.tr/tr/istatistikler/organ-ve-doku-dagitimi-istatistikleri>. Erişim tarihi: 14.03.2012

The International Transplant Nurses Society (ITNS). Pregnancy nad Parenthood after Transplant: What You Should Know. [http:// www.itns.org/ education/ patient-materials](http://www.itns.org/education/patient-materials) 2006; Erişim tarihi: 20.03.2012

The International Transplant Nurses Society (ITNS). Making Your Transplant Medicines Work for You After Organ Transplant. [http:// www.itns.org/ education/ patient-materials](http://www.itns.org/education/patient-materials) 2010; Erişim tarihi: 20.03.2012

Tokalak İ, Emiroğlu R, Başaran Ö, Karakayalı H ve ark. Organ Bağışı ve Transplantasyonun Etik, Dinsel ve Yasal Yönü. Türkiye Organ Nakli Derneği. Türkiye Yanık ve Yangın Afetleri Derneği ve Başkent Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi. Diyaliz Transplantasyon ve Yanık 2002; Cilt:13, Sayı: 1-2

Toouli J, Russell C, Devit P, Clark CI. Probleme Dayalı Öğrenim Yaklaşımı İle Temel Cerrahi Bilimler. çev. ed: Terzi C. Dokuz Eylül Yayınları. İzmir 2002; 536-551

Türkiye Organ Nakli Derneği. <http://www.tond.org.tr/tr/> erişim tarihi: 04.02.2010

U.S. Department Of Health And Human Services. Theory at a glance. A guide for health promotion practice. 2005; 2 nd edition, 13-15

Vasquez EM, Tanzi M, Benedetti E ve Pollak R. Medication noncompliance after kidney transplantation. Am J Health-Syst Pharm 2003; Vol 60, 266-269

Vlaminck H, Maes B, Evers G, Verbeke G ve ark. Prospective Study on Late Consequences of Subclinical Non-Compliance with Immunosuppressive Therapy in Renal Transplant Patients. American Journal of Transplantation 2004; 4: 1509–1513

Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 7. Baskı. Seçkin Yayıncılık. Ankara. 2008

Zencirci AD. Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2010; 1:67-74

EKLER

EK.1. HASTA TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Adınız -Soyadınız:

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyet:
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Eğitim Durumunuz:
 - a) Okur-yazar değil
 - b) Okur-yazar
 - c) İlkokul
 - d) Ortaokul
 - e) Lise
 - f) Üniversite ve üzeri
4. Medeni Durumunuz:
 - a) Evli
 - b) Bekar
5. Mesleğiniz:
 - a) Ev hanımı
 - b) İşçi
 - c) Memur
 - d) Serbest meslek
 - e) Emekli
 - f) Diğer.....
6. Nakil sonrası çalışma durumu:
 - a) Evet
 - b) Hayır
7. Gelir durumunuz:
 - a) Gelir giderden yüksek
 - b) Gelir gidere denk
 - c) Gelir giderden düşük

8. Sağlık güvenceniz:

- a) Sosyal güvenlik kurumu (SGK)
- b) Yeşilkart
- c) Özel sağlık sigortası
- d) Diğer.....

9. Transplantasyondan itibaren geçen zaman.....

10. Donör tipi:

- a. Canlı donör
Yakınlık derecesi:.....
- b. Kadavra donör

11. Karaciğer transplantasyonu etiyolojisi:.....

12.-Transplantasyon sonrası kullanılan ilaçlar.....

-Sürekli kullanılan ilaçlar.....

13. İlaçlarınızı doğru dozda ve zamanda alabiliyor musunuz?.....

14. Şimdiye kadar herhangi bir ay içerisinde ilacınızı kaç doz atladınız?.....

15. Şimdiye kadar herhangi bir ay içerisinde ilacınızı ne kadar süre geç aldınız?.....

16. Şimdiye kadar herhangi bir ay içerisinde yanlış ilaç aldınız mı?.....

EK.2. GÖRÜŞME FORMU

Araştırma Amaçları

1. Karaciğer transplantasyonu sonrası ilaç kullanım uyumsuzlukları nelerdir?
2. Karaciğer transplantasyonu sonrası ilaç kullanım uyumsuzluğu nedenleri nelerdir?
3. Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların, hemşirelerden beklentileri nelerdir?

Giriş

Merhaba benim adım Nur Şahin, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Karaciğer nakli uygulanan hastaların ilaç uyumsuzluklarını, nedenlerini ve hemşirelerden beklentilerini incelemek amacıyla bir araştırma yapıyorum. Bu araştırma kapsamında sizlerle görüşme yapmak istiyorum. Sizinle görüşme yapıyorum, çünkü bu durumu sizlerin en iyi tanımlayacağını düşünüyorum. Bu araştırmada ortaya çıkacak sonuçların, ülkemizde bundan sonra bu konuda yapılacak araştırmalara katkı sağlayacağını, hemşirelerin hastalara verdikleri eğitim ve danışmanlığın içeriğinin zenginleşeceğini, hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesine ve ilaç uyumsuzluğunun azaltılmasına katkı sağlayacağını ümit ediyorum. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır.

Görüşme yaklaşık 30-45 dakika sürecektir. İzin verirseniz görüşmeyi kaydetmek istiyorum. Bu şekilde hem zamanı daha iyi kullanabiliriz, hem de sorulara vereceğiniz yanıtların kaydını daha ayrıntılı tutma fırsatı elde edebilirim.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim. Eğer sizin bana görüşmeye başlamadan önce sormak istediğiniz bir soru varsa, önce bunu yanıtlamak isterim.

GÖRÜŞME SORULARI

1.İlaçlarınızı nasıl kullanıyorsunuz, anlatır mısınız?

2.İlacınızı düzenli alamamanızın nedenleri nelerdir?

3.İlaç kullanımı sizi nasıl etkiliyor?

4. İlaç kullanımı yaşamınızı nasıl etkiliyor?

5.İlaç kullanımıyla ilgili yaşadığınız sorunlar nelerdir?

Sonda: -İlaçlarınızı kullanmadığınızda,

-İlaç dozlarını atlayınca,

-İlacı geç alınca,

-Yanlış ilaç alınca, nasıl etkileneceğinizi düşünüyorsunuz?

6.Sizce, ilaç kullanırken yaşadığınız sorunların nedenleri nelerdir?

7.Poliklinik ve klinik hemşirelerinden ilaçlarınıza ilişkin beklentileriniz nelerdir?

Sonda: Hemşirelerin ilaçlarınıza yönelik hangi konularda bilgi vermesini istersiniz?

Sonda: Hemşirelerden bilgi dışında ilaçlarınıza yönelik beklentileriniz nelerdir?

8.Bu konuda belirtmek istediğiniz başka görüş ve önerileriniz var mı?

Bana zaman ayırdığınız için çok teşekkür ederim. Bu konuda görüşmeden sonra eklemek istediğiniz başka görüş ve önerileriniz olursa, lütfen beni no'lu telefondan arayabilirsiniz.

İyi günler

EK.3.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Karaciğer nakli karaciğer fonksiyonlarının vücudun yaşamsal gereksinimlerini karşılayamayacak kadar bozulması durumunda, ölü veya canlı karaciğer vericisinden alınan karaciğerin bir bölümü ya da tamamının alıcıya (karaciğer yetmezliği olan kişi) nakledilmesidir. İlaç kullanımı nakledilen karaciğerin uyum sağlaması ve sizin yaşamınızı sürmeniz için önemli bir konudur.

Bu çalışmanın amacı; Karaciğer nakli sonrası sizlerin kullandığınız ilaçlara karşı uyumsuzluk durumunuzu ve uyum sağlayamama nedenlerinizi incelemektir. Bu araştırmanın amacına uygun veri toplama yöntemi olarak sizlerle bire bir görüşme (derinlemesine) yöntemi kullanılacaktır.

Sizlerin ilaç kullanım uyumsuzlukları ve nedenlerini belirleyebilmek için bire bir (derinlemesine) görüşmelere yol gösterecek yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılacaktır. Bu görüşmenin yaklaşık 30-45 dakika sürmesi planlanmaktadır. Görüşme veri kaydının yapılmasında ses kayıt cihazı, gözlem notları kullanılacaktır.

Siz bu çalışmaya katılmayı red etme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir.

Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih :

Hastanın;

Adı Soyadı:

İmza :

Olur Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı Soyadı:

Telefon Numarası :

İmza :

Araştırma Yapan Araştırmacının

Adı Soyadı :

Telefon Numarası :

İmza :

EK. 4.



IX. Araştırma Yöntemleri Semineri

29 Ocak - 06 Şubat 2011 • LykiaWorld Antalya

Katılım Belgesi

Nitel Araştırma Yöntemleri Semineri

Sayın:

Hemşire Nur Şahin

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Doç. Dr. Vildan MEVSİM

Nitel Araştırma Yöntemleri Semineri Eğitmeni

EK.5.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
ÇAĞK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43
	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	191-İOÇ
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Bilgisayar Destekli İlaç Kullanım Programının İlaç Uyumsuzluğu, Rejeksiyon Oranı, Semptom,Yaşam Kalitesi ve Biyokimyasal Değerlere Etkisinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Dr.Özgül KARAYURT Yüksek Lisans Öğrencisi Nur Şahin
	ARAŞTIRMA MERKEZİ ve AÇIK ADRESİ	Dokuz Eylül Üniversitesi DEU Hemşirelik Yüksekokulu İnciraltı-İZMİR 35340
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☐

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

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2010/11-19	Tarih:02.09.2010
	Dr.Özgül KARAYURT sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Karaciğer Transplantasyonu Yapılan Hastalarda Bilgisayar Destekli İlaç Kullanım Programının İlaç Uyumsuzluğu, Rejeksiyon Oranı, Semptom,Yaşam Kalitesi ve Biyokimyasal Değerlere Etkisinin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	DEU Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ (Başkan)	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılanadı
Dr.Ecz.İskender INCE (Başkan yardımcısı)	Eczacı	Ege Üniversitesi ARGEFAR	Erkek	E ☐	H ☒	İnce
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	İzinli
Prof.Ph.D. Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	İzinli
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	İzinli
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılanadı
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	İzinli
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Kongre'de
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	İzinli
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	İzinli
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	İzinli
Doç.Dr.Hülya ELLİDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Preventif Onkoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	İzinli
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	İzinli
Doç.Dr.Yeşim ÖZTÜRK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Kongre'de
Av. Tayfun OZANKAYA	Hukuk	Serbest	Erkek	E ☐	H ☒	İzinli
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	İzinli

" Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Karar Formu



EK.6.



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83 -123
KONU:

BALÇOVA-İZMİR
...../ /2011

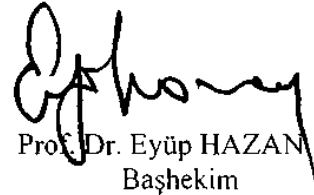
18.03.2011*002498

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgi:11.03.2011 tarihli 0708 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden; Enstitünüzün Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Nur Şahin'in "Karaciğer Transplantasyonu Sonrası Hastaların İlaç Uyumsuzlukları Nedenleri ve Hemşirelerden Beklentilerinin İncelenmesi" isimli tez çalışmasını belirttiğiniz tarihlerde hastanemizde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Eyüp HAZAN
Başhekim

29.03.11
18.03
Ays

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 18.03.2011
Kayıt No : 1040
Dosya No : 1040

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 Inciraltı/İZMİR

Tel:+90(232)412 23 15

Faks.+90(232) 259 97 23

E posta:elcin.safyurek@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:

Hem.Hiz.Müd. Gülay EŞREFGİL

Elektronik ağ:www.deu.edu.tr

EK.7.

ÖZGEÇMİŞ

NUR ŞAHİN

Adı Soyadı:	Nur ŞAHİN
Doğum Yeri:	İzmir
Doğum Tarihi:	21.11.1986
Uyruğu:	T.C
Medeni Hali:	Bekâr
Adresi:	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin Cerrahi Yoğun Bakım
Telefon:	0232 244 44 44
E-posta:	nursahin86@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

ÜNİVERSİTE	FAKÜLTE	ÖĞRETİM ALANI	DERECE	MEZUNİYET YILI
Ege Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2008

ÇALIŞMA BİLGİLERİ

KURUM	ÜLKE	ŞEHİR	BÖLÜM	GÖREV TÜRÜ	GÖREV SÜRESİ
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Türkiye	İzmir	Beyin Cerrahi Yoğun Bakım	Hemşire	2009- Devam ediyor